



Lühr • Zens • Müller-Engelmann

THERAPIE-TOOLS



Posttraumatische Belastungsstörung

2. Auflage



Online-Material auf
psychotherapie.tools

BELTZ

Kristina Lühr, Dipl.-Psych.
Opferhilfe Hamburg – Beratung bei Gewalt und Trauma
Paul-Neumann-Platz 2–4
22765 Hamburg

Christine Zens, Dipl.-Psych.
Institut für Schematherapie Hamburg
Harvestehuder Weg 98
20149 Hamburg

Dr. Meike Müller-Engelmann, Dipl.-Psych.
Goethe-Universität Frankfurt a. M.
Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie/Zentrum für Psychotherapie
Varrentrappstr. 40–42
60486 Frankfurt am Main

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-29182-8 Print
ISBN 978-3-621-29183-5 E-Book (PDF)

2., neu ausgestattete Auflage 2024

© 2024 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz • Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim

Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Andrea Glomb
Umschlagbild: Lina Oberdorfer
Illustrator: Till Laßmann, Hamburg
Herstellung: Lelia Rehm
Satz: Markus Schmitz, Altenberge
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter	6
Geleitwort	12
Vorwort	13
Einleitung	14
1 Diagnostik	16
1.1 Einführung	16
1.2 Arbeitsmaterial	17
2 Äußere Sicherheit	42
2.1 Einführung	42
2.2 Arbeitsmaterial	42
3 Psychoedukation	80
3.1 Einführung	80
3.2 Arbeitsmaterial	81
4 Stabilisierung	99
4.1 Einführung	99
4.2 Arbeitsmaterial	101
5 Traumabearbeitung	196
5.1 Einführung	196
5.2 Arbeitsmaterial	198
6 Integration und Rückfallprophylaxe	327
6.1 Einführung	327
6.2 Arbeitsmaterial	327
7 Psychohygiene	351
7.1 Einführung	351
7.2 Arbeitsmaterial	352
Literatur	366

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter

1 Diagnostik

INFO 1	Hinweise für den diagnostischen Prozess	20
INFO 2	Überblick häufig eingesetzter diagnostischer Instrumente	23
AB 1	PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)	26
AB 2	Checkliste Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-11	28
AB 3	Checkliste zusätzliche Symptombereiche bei PTBS	30
AB 4	Checkliste Symptome der komplexen PTBS nach ICD-11	31
INFO 3	Tipps zur Beziehungsgestaltung im diagnostischen Prozess bei Traumafolgestörungen	32
INFO 4	Indikationen für den Einsatz von Ressourcenaktivierung und Stabilisierung	34
INFO 5	Übersicht Entschädigungsleistungen für Betroffene von Straftaten	36

Exploration traumatischer Lebensereignisse über die Lebensspanne und Ressourcendiagnostik

AB 5	Lebenslinie	38
AB 6	Meine Traumalandkarte	40
AB 7	Ressourcenlandkarte	41

2 Äußere Sicherheit

Äußere Sicherheit wiederherstellen

INFO 6	Täterkontakte und damit zusammenhängende Probleme der äußeren Sicherheit	46
AB 8	Mein Sicherheitsempfinden	49
AB 9	Sicherheit erhöhen in bestimmten Situationen	51
INFO 7	Professionelle und ehrenamtliche Unterstützungsangebote für Betroffene von Gewalt/Straftaten	53

Beziehungsgewalt

INFO 8	Beziehungsgewalt / häusliche Gewalt	55
INFO 9	Beziehungsgewalt – Umgang im therapeutischen Kontext	58
INFO 10	Trennungshindernisse bei Beziehungsgewalt	60
INFO 11	Was ist Beziehungsgewalt?	62
AB 10	Wie äußert sich Beziehungsgewalt?	64
AB 11	Was macht eine gleichberechtigte Paarbeziehung aus?	65
AB 12	Mein Sicherheitsplan bei Beziehungsgewalt	66
AB 13	Pro und Contra von Trennung und Zusammenbleiben	68
AB 14	Red flags – Warnhinweise zu potenziell schädigenden Beziehungspartnern	69

Stalking

INFO 12	Stalking	71
INFO 13	Was kann ich als Betroffene/r von Stalking tun?	73

AB 15	Stalking-Tagebuch: Dokumentation der Stalking-Handlungen	75
INFO 14	Instruktion zur Übung »Selbsthilfe bei Stalking«	76
AB 16	Selbsthilfe bei Stalking	77
AB 17	Beispiel: Selbsthilfe bei Stalking	79

3 Psychoedukation

AB 18	Was hat sich seit dem Trauma verändert?	83
INFO 15	Hinweise zur Erarbeitung des Störungsmodells und zur Psychoedukation	84
AB 19	Mein Störungsmodell der PTBS	87
INFO 16	Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung	88
INFO 17	Vorgehen beim Ableiten des Behandlungsrationalis	90
INFO 18	Worum geht es in der Traumatherapie?	92
INFO 19	Den Triggern auf die Spur kommen: Auslösereize im Alltag erkennen	93
AB 20	Trigger-Tagebuch: den Auslösern für Wiedererleben auf der Spur	94
AB 21	Intrusionsliste	95
AB 22	Vermeidungsverhalten identifizieren	96
INFO 20	Dissoziationen: Hintergrundinformationen und Hinweise zur Psychoedukation	97

4 Stabilisierung

Basics: eine gute Grundlage schaffen

AB 23	Mein Notfallplan für Krisensituationen	111
AB 24	Notfallkoffer	113
INFO 21	Die Schutzschicht stärken – Basics zur Selbstfürsorge	114
AB 25	Check-up zur Atmung und tiefe Bauchatmung	115
AB 26	Kleine Schritte zu körperlichem Wohlbefinden	117
AB 27	Erste Hilfe bei Gedankenkreisen	118
AB 28	Übungsprotokoll	120
INFO 22	Einführung Achtsamkeit	121
INFO 23	Achtsamkeit – den Anker in der Gegenwart stärken	123
AB 29	Achtsamkeitsübungen – sich dem Atem achtsam zuwenden	125
AB 30	Achtsamkeitsübung: 5-4-3-2-1-Technik	127
AB 31	Übungen: Achtsamkeit im Alltag	128
AB 32	Achtsamkeitsübungen – gegenwärtig sein in der Natur	129
AB 33	Achtsamkeitsübungen: Reflexion	130

Strategien zum Aufbau innerer Stärke und zur Distanzierung von Intrusionen

INFO 24	Einführung in die Arbeit mit stabilisierenden Imaginationstechniken	131
INFO 25	Der innere sichere Ort: Anleitung	134
AB 34	Mein innerer guter Ort	136
AB 35	Tresorübung	137
AB 36	Mein Schutzbaum	139
AB 37	Meine Schutzhülle	140
AB 38	Reorientierung – zurück ins Hier und Jetzt	141
INFO 26	Skalierung von Belastung und Anspannung	142
AB 39	Meine Anspannungs- und Belastungskurve	144
AB 40	Merkmale meiner Anspannung und Belastung	146

AB 41	Mein Anspannungsthermometer	147
INFO 27	Strategien zur Regulation von Anspannung	148
AB 42	Meine Anspannung schrittweise reduzieren	150

Umgang mit Dissoziation

INFO 28	Hinweise zum Umgang mit Dissoziationen	151
INFO 29	Erarbeitung der Vor- und Nachteile von Dissoziationen	153
INFO 30	Emotionale Verwundbarkeit verringern	154
AB 43	Wochenprotokoll emotionale Verwundbarkeit	156
AB 44	Den Dissoziationen auf der Spur I	157
AB 45	Den Dissoziationen auf der Spur II	158
AB 46	Antidissoziative Skills	159
AB 47	Hinweise zum Umgang mit Dissoziationen in der Therapiesitzung	161

Umgang mit selbstschädigendem Verhalten

AB 48	Verhaltensanalyse – ein Verhalten unter die Lupe nehmen	162
AB 49	Vor- und Nachteile eines Verhaltens abwägen	164
AB 50	Verhaltensalternativen betrachten	165
AB 51	Vor- und Nachteile eines Verhaltens abwägen – Beispiel Selbstverletzung	167
AB 52	Verhaltensalternativen betrachten – Beispiel Selbstverletzung	168
INFO 31	Bearbeitung problematischer Verhaltensmuster mithilfe von Stuhldialogen	169
AB 53	Meine Erfahrungen mit dem Stuhldialog	173
AB 54	Distanzierung in herausfordernden Situationen	175
AB 55	Abschied nehmen von meinem problematischen Verhalten	176
INFO 32	Schädlicher Gebrauch von Substanzen und PTBS	177
INFO 33	Alkohol, Cannabis, Medikamente – Was ist problematischer Konsum?	179
AB 56	Tagebuch – Problematischem Konsum von Alkohol und illegalen Substanzen auf die Spur kommen	182
AB 57	Tagebuch – Problematischem Konsum von Medikamenten auf die Spur kommen	183
AB 58	Meine Auslöser für problematischen Konsum	184
AB 59	Einen alternativen Weg einschlagen – hilfreiche Strategien	185
AB 60	Surfing – Umgang mit akutem Wunsch nach Konsum	186
AB 61	Analyse eines Rückfalls in problematisches Verhalten	187
INFO 34	Notfall-Kit für einen Rückfall in ein problematisches Verhalten	189

Umgang mit Schlafproblemen

INFO 35	Erholsamen Schlaf fördern – Schlafhygiene	190
AB 62	Mein Schlaf-Tagebuch	192
AB 63	Zu einem besseren Schlaf finden bei nächtlicher Anspannung und Alpträumen	193
AB 64	Mein Schlafritual	195

5 Traumabearbeitung

Kognitive Techniken

AB 65	Die Ursachen und Auswirkungen des Traumas	209
INFO 36	Was sind Denkfallen?	210
AB 66	Merkzettel für Denkfallen	211
AB 67	Den Denkfallen auf der Spur: ABC-Blatt	212
INFO 37	Fragen und Hinweise zum Bearbeiten traumabezogener Denkfallen	213
AB 68	Denkfallen überprüfen	215
AB 69	Denkfallen überprüfen: Beispiel	217
AB 70	Gefahren realistisch einschätzen	219
INFO 38	Das Sicherheitsempfinden der Realität anpassen	222
INFO 39	Der Kompass des Vertrauens: Einführung	224
AB 71	Der Kompass des Vertrauens	226

Umgang mit traumabezogenen Gefühlen

INFO 40	Primäre und sekundäre Gefühle	227
INFO 41	Das Gefühlsrad	229
AB 72	Den Gefühlen auf der Spur	230
INFO 42	Schuldgefühle und deren Bearbeitung	233
INFO 43	Täterstrategien in Zusammenhang mit der Entstehung von Schuld- und Schamgefühlen	235
INFO 44	Typische Denkfehler bei Schuld	237
INFO 45	Fragen zur Bearbeitung von Schuldgefühlen	239
INFO 46	Schuldkreis: Anleitung für Therapeuten	240
AB 73	Schuldkreis	241
AB 74	Plädoyer zur eigenen Verteidigung	243
AB 75	Vor- und Nachteile des Festhaltens an der subjektiv empfundenen Schuld	244
AB 76	Vor- und Nachteile des Festhaltens an der Schuld: Beispiel	245
INFO 47	Schamgefühle und deren Bearbeitung	246
AB 77	Raus aus der Scham	249
AB 78	Eine Umfrage erstellen	251
INFO 48	Umgang mit Ärger und Wut	253
AB 79	Strategien zur Kontrolle von Wut und Ärger	256
AB 80	Brief an den Täter	258
INFO 49	Umgang mit Ekel	259

Vorbereitung der Exposition

INFO 50	Kontraindikation für die Expositionsbehandlung	261
AB 81	Vor- und Nachteile der Auseinandersetzung mit den Erinnerungen abwägen	262
INFO 51	Einen neuen Weg einschlagen	263
INFO 52	Bearbeitung von Befürchtungen im Hinblick auf die Auseinandersetzung mit dem Trauma	264
AB 82	Befürchtungen überprüfen	266
INFO 53	Vorbereitung der Exposition	267
AB 83	Paargespräch vor der Expositionsphase	270
AB 84	Durch gute Planung für die Exposition gestärkt	271
AB 85	Bedingungen für den Start der Exposition	273

Durchführung der Exposition

INFO 54	Instruktionen zur therapeutischen Arbeit mit dem Traumabericht	274
AB 86	Traumabericht	275
INFO 55	Das imaginative Nacherleben	276
INFO 56	Instruktionen für das imaginative Nacherleben	278
INFO 57	Protokoll zum Nachbesprechen der Exposition	279
INFO 58	Expositionsaufgabe: Anleitung	280
AB 87	Expositionsprotokoll	281
INFO 59	Exposition bei komplexer PTBS	282
INFO 60	Umgang mit schwierigen Situationen während der Exposition	284
INFO 61	Die Belastung nimmt nicht ab. Was kann ich tun?	287
INFO 62	Exposition in vivo	288
AB 88	Meidungsliste	290
INFO 63	Hinweise zur Durchführung der Exposition in vivo	291
AB 89	Protokollierung der Exposition in vivo	292

Diskriminationstraining

INFO 64	Diskriminationstraining: Einführung	293
INFO 65	Diskriminationstraining: Auswahl an Fragen	295
AB 90	Hilfreicher Umgang mit Auslösereizen – Unterschiede benennen	296
AB 91	Gegenüberstellung damals und heute	297

Imagery Rescripting

INFO 66	Imagery Rescripting – Grundlagen	298
INFO 67	Phasen des Imagery Rescripting	301
INFO 68	Imagery Rescripting: Veranschaulichung anhand eines Fallbeispiels	305
INFO 69	Mögliche Probleme und Lösungsansätze bei der Durchführung von Imagery Rescripting	309
AB 92	Anleitung zur Psychoedukation: Wie verläuft eine Behandlung mit Imagery Rescripting?	311
INFO 70	Imagery Rescripting: Umgang mit traumatischen Erlebnissen	313
INFO 71	Imagery Rescripting – Kurzanleitung	314
AB 93	Mein Imagery-Rescripting-Tagebuch	315
AB 94	Imagery Rescripting: Erhebungsbogen zum Verlauf	316

Albtraumbehandlung

INFO 72	Imaginatives Umschreiben von Albträumen – eine therapeutische Anleitung	318
INFO 73	Albtraumbehandlung mit Imagery Rehearsal Therapy (IRT)	321
AB 95	Traumtagebuch zur Begleitung der Albtraumbehandlung	322
AB 96	Fantasiereise Bach – Anleitung für eine Imaginationsübung zur Vorstellung eines positiven Bilds	323
AB 97	Albtraumbeschreibung	324
AB 98	Einen Albtraum umschreiben: das Drehbuch verändern	325
AB 99	Anleitung zur Imaginationsübung für die Vorstellung des veränderten Traums	326

6 Integration und Rückfallprophylaxe

INFO 74	Positive Stimmungsspirale	330
AB 100	Fundgrube für angenehme Aktivitäten	331
AB 101	Mein soziales Netz	332
AB 102	Etwas Positives für sich mit anderen gestalten	334
AB 103	Fantasiereise Strand und Meer	335
AB 104	Mein Energiehaushalt	336
AB 105	Der wohlwollende Teil in Ihnen	337
INFO 75	Absorptionstechnik – Beschreibung	338
AB 106	Absorptionstechnik – Übungsanleitung	339
AB 107	Ressourcenkiste	343
AB 108	Akzeptanz des Erlebten und Gestaltung der Zukunft	344
INFO 76	Traumatisierung und Sexualität	346
AB 109	Kontakt zu (früheren) Tätern und Täterinnen gestalten	348
AB 110	Meine Rückfallprophylaxe zur PTBS	349
AB 111	Rückblick auf meinen Therapieweg	350

7 Psychohygiene

INFO 77	Ursachen und Folgen berufsbezogener Belastungen bei der Traumaarbeit	354
AB 112	Checkliste berufsbedingter Belastungsanzeichen	355
AB 113	Meine Belastungsampel	356
INFO 78	Typische Fallstricke in der Traumaarbeit	357
AB 114	Was hilft mir, gut durch den Tag zu kommen?	359
INFO 79	Schutz-und-Kraft-Sammlung	362
AB 115	Selbstfürsorge – kleine Helfer für den Alltag	363
AB 116	Den inneren Botschaften lauschen	364
AB 117	Dankbar sein	365

Übersicht Audiodateien

- ▶ Tresorübung (zu AB 35)
- ▶ Mein Schutzbaum (zu AB 36)
- ▶ Meine Schutzhülle (zu AB 37)
- ▶ Fantasiereise zum Bach (zu AB 96)
- ▶ Fantasiereise Strand und Meer (zu AB 103)
- ▶ Der innere sichere Ort (zu INFO 25)

Geleitwort

Die Behandlung von Menschen mit Traumafolgestörungen hat in den letzten Jahrzehnten enorme Fortschritte gemacht. Gerade die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) gehört inzwischen zu den psychischen Beschwerdebildern, die besonders sorgfältig untersucht wurden und für die hoch effektive Behandlungsmethoden vorliegen.

Dazu scheint zunächst nicht zu passen, dass es Menschen mit PTBS und anderen Traumafolgestörungen zugleich auch besonders schwer haben, Therapieplätze zu finden. In aller Regel müssen sie besonders lange Wartezeiten in Kauf nehmen, bei Therapeutinnen und Therapeuten im ambulanten Bereich genauso wie in spezialisierten (Fach-)Kliniken. Einer der Gründe dafür scheint darin zu liegen, dass Betroffene nicht selten eine Vielzahl von Bedarfen aufweisen, die jeweils spezifische Interventionen erforderlich machen. Bereits die Gestaltung der therapeutischen Beziehung benötigt bei traumatisierten Menschen besondere Aufmerksamkeit. Betroffene können sich noch in schädigenden Beziehungen befinden und nutzen nicht selten Bewältigungsstrategien wie selbstverletzendes Verhalten oder Substanzkonsum – die aus ihrer Perspektive mehr als nachvollziehbar sind, in der Therapie aber zu besonderen Herausforderungen führen. Nicht zuletzt werden Techniken zur Traumabearbeitung in vielen psychotherapeutischen Curricula nicht oder nicht ausreichend vermittelt. Die Behandlung traumatisierter Patientinnen und Patienten erfordert also ein ganzes Spektrum von Kompetenzen. Sie sind allesamt gut zu erwerben, wurden aber bislang kaum je in der Zusammenschau und auf eine Art und Weise adressiert, die praxisnahe Zugänge bietet und dazu einlädt, sich mit allen notwendigen Aspekten der Traumatherapie zu befassen.

Mit dem vorliegenden Tools-Buch ist es Kristina Lühr, Christine Zens und Meike Müller-Engelmann gelungen, solche praxisnahen Zugänge zu schaffen. Konkrete Behandlungsstrategien werden anschaulich entlang konkreter Beispiele entwickelt und durch hilfreiche Zusatzinformationen ergänzt. Dabei schöpfen die Autorinnen nicht nur aus ihrem reichhaltigen Schatz von Erfahrungswissen, sondern beziehen sich konsequent auf zentrale Quellen in den jeweiligen Bereichen. So ist eine didaktisch klug aufbereitete Ressourcensammlung entstanden, die in dieser Form ihresgleichen sucht. Durch die breite Perspektive auf konkrete therapeutische Bedarfe bei traumatisierten Personen wird sie für die unterschiedlichsten Settings hilfreich sein, von der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung bis zu psychiatrischen Einrichtungen und dem Reha-Bereich. Das Buch schließt damit eine wichtige Lücke in der bisherigen Fachliteratur und wird, so ist zu hoffen, dazu beitragen, auch die nach wie vor bestehenden Lücken in der Versorgung traumatisierter Patientinnen und Patienten weiter zu schließen.

Hamburg, im Winter 2020

Prof. Dr. med. Ingo Schäfer

Vorwort

Im klinischen Alltag wird man häufig mit Menschen konfrontiert, die im Laufe ihres Lebens belastende oder traumatische Erfahrungen gemacht haben und in der Folge unter verschiedenen psychischen Störungen, wie der Posttraumatischen Belastungsstörung, leiden. Die Beschwerden gehen häufig mit einem hohen Leidensdruck einher und führen zu einer deutlichen Beeinträchtigung der allgemeinen Lebensqualität und des Funktionsniveaus der Betroffenen. Die Behandlung einer Posttraumatischen Belastungsstörung, insbesondere die traumafokussierte Arbeit mit traumatischen Erinnerungen, stellt für viele Psychotherapeuten eine Herausforderung dar. Häufig wird sogar eine so große Hürde erlebt, dass Therapeutinnen und Therapeuten davor zurückschrecken, den Betroffenen eine Behandlung anzubieten. Die Konsequenz ist, dass viele Betroffene trotz eines oft sehr hohen Leidensdrucks keine adäquate Unterstützung erhalten und die Störung weiter chronifiziert.

Mit unserem Buch möchten wir Behandelnde zur traumatherapeutischen Arbeit ermutigen und die Versorgung der Patientinnen und Patienten, die uns sehr am Herzen liegen, verbessern. Gerade im Bereich der Traumatherapie gibt es gut erlernbare, sehr wirksame Ansätze – und wir möchten dazu beitragen, dass diese vermehrt in die Praxis einfließen und den Betroffenen zu Gute kommen.

Dafür möchten wir eine Auswahl therapeutischer Techniken an die Hand geben und haben eine Sammlung an Tools zusammengestellt, die einerseits auf den aktuellen evidenzbasierten Leitlinien zur Behandlung der PTBS beruhen und andererseits auf unseren praktischen Erfahrungen in der langjährigen Arbeit mit Betroffenen basieren.

Danksagung

Unser besonderer Dank gilt unseren Kolleginnen und Kollegen, die uns durch fachlichen Austausch und hilfreiche wie wertschätzende Rückmeldungen bei der Umsetzung dieses Buches unterstützt haben. Wir möchten insbesondere Joachim Breu, Marie Cloos, Iris Hannig-Pasewald, Olga Siepelmeyer und Cornelia Tietze für ihren praxisbezogenen und kenntnisreichen Input danken. Auch den Kolleginnen und Kollegen der Opferhilfe Hamburg – Beratung bei Gewalt & Trauma und des Zentrums für Psychotherapie der Goethe-Universität möchten wir herzlich für ihre Unterstützung danken.

Unser besonderer Dank gilt Till Laßmann für die illustratorische Gestaltung und Marvin Leesch für die Unterstützung bei der Erstellung der Audioaufnahmen.

Wir danken außerdem dem Beltz-Verlag, insbesondere Andrea Glomb und Svenja Wahl, die uns in allen Belangen kompetent begleitet und unterstützt haben. Ferner möchten wir uns bei Ingo Schäfer herzlich für sein Geleitwort bedanken.

Ein besonders großes Dankeschön möchten wir unseren Partnern, Familien und Freund*innen für ihre Geduld, ihr Verständnis und ihre Unterstützung aussprechen.

Herzlich möchten wir auch unseren Patientinnen und Patienten danken, von denen wir viel lernen durften und dürfen und deren Mut und Stärke uns immer wieder beeindrucken.

Wir hoffen, dass Leserinnen und Leser viel Freude bei der Arbeit mit diesem Buch haben und die Inhalte als hilfreich und stärkend für sich und ihre Patientinnen und Patienten empfinden, und dass dieses Buch dazu beiträgt, die Versorgung traumatisierter Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Hamburg und Frankfurt, im Frühjahr 2021

*Kristina Lühr
Christine Zens
Meike Müller-Engelmann*

Einleitung

Die Traumatherapie zeichnet sich durch eine hohe Vielseitigkeit und Integration verschiedener therapeutischer Techniken und Traditionen aus. In diesem Buch können wir nur einen Ausschnitt der verschiedenen Ansätze der Traumatherapie abbilden und haben den Schwerpunkt auf kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden gelegt. Der Inhalt des Buches folgt zum einen dem typischen Ablauf einer verhaltenstherapeutischen Behandlung, berücksichtigt aber auch Einflüsse anderer traumatherapeutischer Ansätze sowie unterschiedliche Anforderungen und Ziele im Rahmen einer entsprechenden Behandlung.

- ▶ **Kapitel 1 / Diagnostik** befasst sich mit der Erfassung der Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung sowie der Exploration der traumatischen Ereignisse als auch mit Fragen des therapeutischen Beziehungsaufbaus.
- ▶ **Kapitel 2 / Äußere Sicherheit** beinhaltet Informationen und Hilfestellungen zur äußeren Sicherheit und dem Kontakt zu gewaltausübenden Personen, dabei liegt der Schwerpunkt auf den Problem-bereichen Beziehungsgewalt und Stalking.
- ▶ **Kapitel 3 / Psychoedukation** bietet Informationen und Anleitungen zur Erarbeitung des Störungsmodells der PTBS zur Psychoedukation über diese Symptome und zur Ableitung des Therapierationals.
- ▶ **Kapitel 4 / Stabilisierung** bietet eine Zusammenstellung verschiedener Strategien und Techniken, die einen funktionalen Umgang mit Belastungssymptomen erleichtern, zur Stärkung der Bewältigungskompetenzen der Patientinnen und Patienten beitragen und eine Vorbereitung der traumafokussierten Therapiephase darstellen können.
- ▶ **Kapitel 5 / Traumabearbeitung** stellt verschiedene Methoden der traumafokussierten Arbeit mit traumatischen Erinnerungen und traumabezogenen Gedanken und Gefühlen vor. Der Fokus liegt auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Techniken sowie imaginativen Verfahren.
- ▶ **Kapitel 6 / Integration und Rückfallprophylaxe** befasst sich mit Aspekten der Neuorientierung, der Ressourcenstärkung sowie der Rückfallvorbeugung.
- ▶ **Kapitel 7 / Psychohygiene** bietet Informationen für Therapeutinnen und Therapeuten zur Psychohygiene und Prävention eigener Belastungsfolgen im Rahmen der Traumatherapie.

Wie können Sie die Arbeitsmaterialien verwenden?

Jedes Kapitel hat die gleiche Struktur und beginnt mit einer Einführung, in der die Grundlagen und Hintergründe der jeweiligen Tools des Kapitels erläutert werden. Die Arbeits- und Informationsblätter innerhalb der Kapitel wurden thematisch gruppiert, zu jedem Abschnitt gibt es eine kurze Einleitung.

Um sich im Buch schnell und effektiv zurechtzufinden, sind auf allen Arbeits- und Informationsblättern Icons abgebildet. Anhand dieser Icons können Sie direkt sehen, für wen das vorliegende Informations- oder Arbeitsblatt gedacht ist und wie es eingesetzt werden kann. Die folgenden Icons werden Ihnen auf den verschiedenen Arbeitsblättern begegnen:

T **Therapeut*in:** Dieses Icon kennzeichnet Informations- oder Arbeitsblätter, die für die Therapeutin bzw. den Therapeuten selbst gedacht sind.

P **Patient*in:** Informations- oder Arbeitsblätter mit diesem Icon werden dem Patienten bzw. der Patientin zur Bearbeitung ausgehändigt.



Ran an den Stift: Dieses Icon fordert dazu auf, einen Stift zur Hand zu nehmen und Antworten und Überlegungen direkt auf dem Arbeitsblatt oder auch separat zu notieren.



Input für den Kopf: Auf diese Weise markierte Abschnitte beinhalten Hintergrundinformationen für eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Inhalten der Therapie.



Hier passiert etwas: An dieser Stelle werden Handlungsanweisungen für Therapeuten oder Patienten gegeben.



Wie sag ich's? Dieses Icon kennzeichnet Beispiele in wörtlicher Rede als Beispielformulierungen für Therapeutinnen.



Einfach zuhören ... Mit diesem Icon gekennzeichnete Abschnitte finden Sie als Audio-Dateien im Online-Arbeitsmaterial.

Hinweis: Wir verwenden in den Kapiteln das grammatikalische Geschlecht abwechselnd, sodass Patientinnen und Patienten mal auf Therapeuten und mal auf Therapeutinnen treffen. Alle, die ihre Geschlechtsidentität nicht diesen binären Kategorien zuordnen, sind ausdrücklich mitgedacht.

1 Diagnostik

1.1 Einführung

Die Posttraumatische Belastungsstörung sowie andere spezifisch mit traumatischen oder außergewöhnlich belastenden Lebensereignissen assoziierte psychische Störungen (z. B. akute Belastungsstörung) stellen insoweit eine Besonderheit in den psychiatrischen Klassifikationssystemen ICD-10/11 und DSM-5 (WHO, 2015; APA, 2015) dar, als zur Diagnosestellung die Feststellung eines ätiopathologischen Auslösers eine notwendige Bedingung darstellt (Knaevelsrud et al., 2012).

Definition

Fischer und Riedesser (2009, S. 94) beschreiben ein **Trauma** als ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt. Im ICD-10 wird ein Trauma als kurz- oder langanhaltendes Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß beschrieben, das bei nahezu jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde (WHO, 2015). Im DSM-5 ist dies konkretisiert als die Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt (APA, 2015).

Die Lebenszeitprävalenz für eine PTBS hängt auch von der Häufigkeit traumatischer Ereignisse in einer Gesellschaft ab – in Deutschland liegt sie bei Männern bei 1,5 und bei Frauen bei 2,2 Prozent (Perkonig et al., 2001). Menschlich verursachte sowie länger andauernde Traumata (beispielsweise das Erleben von sexualisierter Gewalt im Kindesalter) führen in der Regel zu stärkeren und länger andauernden psychischen Folgen (Maercker, 2019). Die PTBS stellt zudem nur eine der psychischen Störungen dar, die auf das Erleben eines traumatischen Ereignisses folgen können. Differentialdiagnostisch sollten bei Vorliegen von traumatischen und belastenden Lebensereignissen in der Biografie weitere Störungsbilder wie Depressionen, soziale Phobien oder Persönlichkeitsstörungen beachtet werden. Viele Menschen erleben jedoch auch traumatische Ereignisse, ohne nachfolgend eine psychische Störung zu entwickeln.

Bei der PTBS liegen sehr häufig komorbide Störungen vor. Zu beachten sind insbesondere

- ▶ depressive Störungen,
- ▶ Angststörungen,
- ▶ Persönlichkeitsstörungen,
- ▶ somatoforme Störungen,
- ▶ Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen,
- ▶ Suizidalität sowie
- ▶ dissoziative Störungen.

Vor dem Hintergrund der Überarbeitung des diagnostischen internationalen Klassifikationssystems ICD-10 wurden verschiedene Neuerungen zur Einordnung der Symptomatik und des Schweregrads der Reaktionen auf schwere Belastungen vorgenommen, welche insbesondere die Einführung der Diagnose einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung sowie die veränderte Einordnung der akuten Belastungsreaktion als normale Reaktion auf ein belastendes Ereignis als Zusatzcode betreffen. In der folgenden Tabelle finden Sie eine vergleichende Übersicht über die Diagnosen der belastungsbezogenen Störungen in den Klassifikationssystemen ICD-10, ICD-11 und DSM-5.

Tabelle 1.1 Übersicht Diagnosen in den aktuellen Klassifikationssystemen

ICD 10	ICD 11	DSM 5
Akute Belastungsreaktion	Akute Belastungsreaktion	Akute Belastungsstörung
Posttraumatische Belastungsstörung	Posttraumatische Belastungsstörung	Posttraumatische Belastungsstörung PTBS vom dissoziativen Subtyp
	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung	
Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung		
Anpassungsstörung	Anpassungsstörung	Anpassungsstörung
	Anhaltende Trauerstörung	

Bezüglich der Diagnostik der PTBS wurde eine Fokussierung auf drei Hauptgruppen von Symptomen (Wiedererleben, Vermeidung von Erinnerungen an das Trauma und anhaltende Wahrnehmung einer erhöhten gegenwärtigen Bedrohung) vorgenommen, während mit anderen Störungen überlappende oder unspezifische Symptome (z. B. Schlafstörungen) im ICD-11 nicht mehr zur Diagnosestellung herangezogen werden. Ferner werden die Traumafolgestörungen sowie die Anpassungsstörung einem eigenen Kapitel, den Störungen, die spezifisch mit Stress assoziiert sind, zugeordnet (Maercker, 2019; WHO, 2018).

Weiterführende Literatur

Für eine vertiefende Beschreibung der Diagnostik bei PTBS sind Maercker (2019), Sack et al. (2013) und Boos (2014) zu empfehlen.

1.2 Arbeitsmaterial

Innerhalb der folgenden Arbeitsmaterialien richten sich die diagnostischen Informationen nach den Vorgaben des ICD 10/11, sie werden durch hilfreiche Informationen aus dem DSM-5 und den Empfehlungen der S3-Leitlinie für PTBS (Schäfer et al., 2019) ergänzt.

INFO 1 Hinweise für den diagnostischen Prozess

Dieses Informationsblatt gibt einen Überblick über die Bestandteile des diagnostischen Prozesses sowie Hinweise zur Erleichterung des Beziehungsaufbaus und zur Differentialdiagnostik. Diese richten sich nach den Empfehlungen der S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung (Schäfer et al., 2019) sowie den Ausführungen bei Maercker (2019).

INFO 2 Überblick häufig eingesetzter diagnostischer Instrumente

Auf diesem Informationsblatt findet sich eine Übersicht über häufig in der therapeutischen Praxis eingesetzte Fremd- und Selbstbeurteilungsinstrumente.

AB 1 PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)

Die PCL-5 ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, das die 20 Symptome der PTBS nach DSM-5 erfasst. Sie kann genutzt werden, um auf das Vorliegen einer PTBS zu screenen, eine vorläufige PTBS-Diagnose zu stellen oder um während einer Therapie eine Verlaufsmessung durchzuführen. Die PCL-5 bezieht sich auf das Vorliegen der Symptome im letzten Monat, im Falle einer Verlaufsmessung kann alterna-

tiv auch die letzte Woche als Bezugsrahmen gewählt werden. Ein Score für den Schweregrad der PTBS kann gebildet werden, wenn die Werte für die 20 Items aufsummiert werden. Für das Stellen einer vorläufigen Diagnose der PTBS wird jedes Symptom berücksichtigt, dessen Schweregrad mit mindestens 2 (»ziemlich«) bewertet wurde. Um die Verdachtsdiagnose nach DSM-5 stellen zu können, müssen mindestens ein B-Symptom (Items 1–5), ein C-Symptom (Items 6–7), zwei D-Symptome (Items 8–14) und zwei E-Symptome (Items 15–20) vorliegen. Die Diagnose sollte jedoch anschließend immer mithilfe eines diagnostischen Interviews abgesichert werden.

AB 2 Checkliste Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-11

Dieses Arbeitsblatt bietet eine detaillierte Auflistung der Symptome der PTBS nach ICD-11 (WHO, 2020; Keeley et al., 2016). Die Checkliste kann bei der zusammenführenden Beurteilung von klinischem Eindruck, der Exploration und den Ergebnissen der diagnostischen Instrumente genutzt werden. Zum anderen gibt sie Hinweise zu den verschiedenen Symptombereichen, die für Diagnosestellung und Ableitung des Therapierationals bedeutend sind.

AB 3 Checkliste zusätzliche Symptombereiche bei PTBS

Dieses Arbeitsblatt beinhaltet eine Übersicht relevanter Symptombereiche nach DSM-5 (APA, 2015), die neben den zu erfüllenden Symptomkriterien der PTBS nach ICD-10/11 das klinische Bild der PTBS bestimmen können. Es kann dazu genutzt werden, die Vollständigkeit der Erfassung und Einschätzung wichtiger Symptombereiche für Diagnostik und Therapieplanung zu überprüfen.

AB 4 Checkliste Symptome der komplexen PTBS nach ICD-11

Die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (K-PTBS) beschreibt eine zumeist nach länger andauernden traumatischen Ereignissen auftretende Symptomatik (WHO, 2020; Keeley et al., 2016; Maercker, 2019). Dieses Arbeitsblatt listet die Kriterien der PTBS, die ebenfalls Teil der K-PTBS sind, sowie die weiteren darüber hinaus gehenden Symptombereiche Affektregulationsstörungen, anhaltende negative Überzeugungen über sich selbst sowie Schwierigkeiten in Beziehungen auf. Die Checkliste kann bei der zusammenführenden Beurteilung von klinischem Eindruck, der Exploration und den Ergebnissen der diagnostischen Instrumente genutzt werden. Zusätzlich gibt sie Hinweise zu den verschiedenen Symptombereichen, die für Diagnosestellung und Ableitung des Therapierationals bedeutend sind.

INFO 3 Tipps zur Beziehungsgestaltung im diagnostischen Prozess bei Traumafolgestörungen

Im diagnostischen Prozess können spezifische Aspekte auf Patientenseite die Exploration des Beschwerdebilds und den Aufbau eines therapeutischen Arbeitsbündnisses erschweren, dazu gehören beispielsweise Schwierigkeiten, dem Therapeuten Vertrauen entgegenzubringen, oder die Befürchtung, nicht ernst genommen zu werden. Dieses Informationsblatt listet eine Auswahl typischer Schwierigkeiten und möglicher hilfreicher Maßnahmen von Therapeutenseite auf.

INFO 4 Indikationen für den Einsatz von Ressourcenaktivierung und Stabilisierung

Dieses Informationsblatt enthält eine Übersicht nach Menne und Frommberger (2018, S. 72) über mögliche assoziierte Problembereiche und dysfunktionale Bewältigungsstrategien bei Patientinnen mit PTBS und entsprechende Vorschläge für Interventionen und Therapieplanung angelehnt an die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT).

INFO 5 Übersicht Entschädigungsleistungen für Betroffene von Straftaten

Dieses Informationsblatt bietet eine Übersicht über finanzielle Entschädigungsleistungen (z. B. das Opferentschädigungsrecht oder den Fonds Sexueller Missbrauch) und gibt Hinweise zur Recherche vertiefender Informationen (Schäfer et al., 2019).

Exploration traumatischer Lebensereignisse über die Lebensspanne und Ressourcendiagnostik

Die anamnestische Exploration belastender Lebensereignisse hat während der diagnostischen Phase das Ziel, einen ersten Überblick über die erlebten belastenden Ereignisse als Grundlage zur diagnostischen Abklärung und Therapieplanung zu erhalten. Hierbei können Techniken wie die Erstellung einer Traumalandkarte, eine Liste traumatischer Ereignisse, die Lebenslinie aus der NET oder Checklisten wie die Life-Event-Checkliste (Weathers et al., 2013a) eingesetzt werden. Eine vertiefende bzw. detaillierte Beschreibung der belastenden Ereignisse ist jedoch Teil der traumafokussierten Behandlungsphase.

Die Ressourcen einer Person, insbesondere soziale Unterstützung, stellen im Sinne von gesundheitsfördernden Faktoren bzw. Schutzfaktoren wichtige Einflussgrößen für die Entwicklung und Aufrechterhaltung von Traumafolgestörungen dar. Für den therapeutischen Prozess ist die Kenntnis der Ressourcen und funktionalen Bewältigungsstrategien der Patientin hilfreich, da diese den Prozess der Auseinandersetzung mit den belastenden Erinnerungen unterstützen können. Zudem bietet die Kenntnis der Ressourcen dem Therapeuten die Möglichkeit, diese gezielt im Rahmen des therapeutischen Vorgehens zu aktivieren und für den Prozess der Neuausrichtung und die posttraumatische Reifung der Betroffenen zu nutzen.

AB 5 Lebenslinie

Dieses Informationsblatt bietet eine Anleitung für die Erstellung der Lebenslinie, die Bestandteil der Narrativen Expositionstherapie (NET) nach Schauer et al. (2017) ist. Die Lebenslinie ermöglicht die Erlangung einer Übersicht über die biografische Entwicklung einer Patientin und die Abfolge traumatischer Stressoren chronologisch entlang einer Zeitachse (Schauer & Ruf-Leuschner, 2014). Sie sollte zum Abschluss der Diagnostik und nach erster Psychoedukation zur geplanten Behandlung erfolgen. Die Lebenslinie kann zur Planung und Strukturierung der Auseinandersetzung mit traumatischen Erinnerungen im Rahmen der traumafokussierten Therapie herangezogen werden.

AB 6 Meine Traumalandkarte

Die Traumalandkarte bietet die Möglichkeit, im Gespräch mit dem Patienten die Anamnese bezüglich der erlebten traumatischen Ereignisse vorzunehmen und entstammt der Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapie (Hoffmann, 2014). Im Graphen können die Ereignisse in Form von Überschriften oder Stichworten eingetragen sowie eine Einschätzung bezüglich des erlebten Belastungsgrades aus heutiger Sicht auf einer Skala von 0 (= gar nicht belastend) bis 100 (= sehr belastend) vorgenommen werden. Andauernde, wiederholte und sich ähnelnde traumatische Ereignisse (z. B. sexueller Missbrauch durch den Großvater) können durch Umkreisung gruppiert werden. In der Traumalandkarte können auf der Grundlinie der Zeitachse auch bedeutsame positive oder stärkende Lebenserfahrungen (z. B. symbolisiert durch +) eingetragen werden. Die Traumalandkarte kann im Behandlungsverlauf zur Strukturierung der Abfolge der Bearbeitung traumatischer Erinnerungen genutzt werden.

AB 7 Ressourcenlandkarte

Dieses Arbeitsblatt bietet Anregungen für die Erfassung möglicher individueller Ressourcen einer Patientin. Die genannten Kategorien umfassen soziale Unterstützung und soziales Umfeld, Fähigkeiten und Stärken, erreichte Ziele/Erfolge (z. B. zufriedenstellende berufliche Einbindung), funktionale Bewältigungsstrategien, angenehme Aktivitäten und hilfreiche Werte und Einstellungen sowie hilfreiche Reaktionen nach dem Trauma auf der sozialen Ebene (z. B. Anerkennung als Opfer, Anteilnahme). Dabei sollte beachtet werden, dass viele Betroffene im Aufbau und der Entfaltung ihrer Ressourcen durch z. B. belastende Lebenserfahrungen (z. B. anhaltende Gewalt, Stigmatisierung), ihre Symptomatik und deren Sekundärfolgen (wie z. B. Partnerschaftsprobleme) oder negative Einstellungen (z. B. geringer Selbstwert) behindert wurden, was ein sensibles Erkunden und Erfragen möglicher Ressourcen erforderlich macht.



Die Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung folgt größtenteils dem bekannten Vorgehen in der Behandlung psychischer Störungen. Ziel ist dabei die Erfassung der traumatischen Ereignisse und der assoziierten Symptome und Funktionsbeeinträchtigungen (S3-Leitlinie zur PTBS, Schäfer et al., 2019). Jedoch ergeben sich vor dem Hintergrund der Symptomatik der PTBS (z. B. Vermeidungsverhalten) und der möglichen intra- und interpersonellen Folgen der traumatischen Erfahrungen (z. B. Misstrauen) Besonderheiten, die im diagnostischen Prozess beachtet werden sollten.

Grundsätzlich sollte für eine störungsfreie und angenehme Gesprächsatmosphäre Sorge getragen werden, z. B. indem Störungen von außen (Telefon, Klopfen an der Tür) möglichst unterbunden werden. Ein behutsames Vorgehen im diagnostischen Prozess sowie das Einfließenlassen von psychoedukativen Informationen können die Bereitschaft des Patienten, sich zu öffnen, erhöhen und den Weg für eine erfolgreiche Behandlung bahnen. Ein strukturiertes Erfragen der Symptome und Transparenz bezüglich des Vorgehens geben beiden Seiten Sicherheit und ermöglichen der Patientin, eine ausreichende emotionale Distanz zum Berichteten aufrechtzuerhalten. Generell sollte im diagnostischen Prozess nach traumatischen Ereignissen in der Vorgeschichte gefragt werden, da diese oft nicht von sich aus berichtet werden.

Bestandteile des diagnostischen Prozesses bei PTBS

- ▶ Erfragen der aktuellen Lebenssituation des Patienten (z. B. Partnerschaft, Beruf, Wohnen, Gesundheitsstatus, Rechts- und Aufenthaltsstatus bei Geflüchteten etc.)
- ▶ Erfassen und erste Exploration traumatischer Ereignisse über die Lebensspanne sowie Exploration der Symptomatik unter Beachtung der Diagnosekriterien der PTBS
- ▶ Einsetzen eines Screening-Instruments
- ▶ Abklären der aktuellen Gefährdung des Patienten (z. B. Suizidalität, Kontakte zu gewaltausübenden Personen, akute Gesundheits- oder Suchtprobleme)
- ▶ erste Exploration dysfunktionaler Gedanken sowie der Bewältigungsstrategien wie Vermeidungsverhalten und selbstverletzendes Verhalten
- ▶ erste Exploration der Auslösereize (Trigger) für Intrusionen
- ▶ Erfassen von weiteren Symptomen bei Hinweisen auf komorbide Störungen und psychische Vorerkrankungen → differentialdiagnostische Abgrenzung von anderen Störungsbildern
- ▶ Erhebung der prä- und posttraumatischen Ressourcen (z. B. soziale Unterstützung) sowie individuellen Kompetenzen
- ▶ Erhebung des prätraumatischen Status des Patienten
- ▶ Erfragen der Funktionsbeeinträchtigungen und sekundär entstandenen Probleme im Lebensalltag, z. B. interaktionelle Schwierigkeiten
- ▶ Erfragen aktueller Medikation
- ▶ Einsatz von Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumenten wie Fragebögen und strukturierten diagnostischen Interviews
- ▶ fremdanamnestiche Befunde und Informationsaustausch mit Vor- und Mitbehandlern sowie weiteren Institutionen, die den Patienten unterstützen (z. B. Beratungseinrichtungen, Wohngruppen)

Besonderheiten im diagnostischen Prozess

Die Symptome einer PTBS sowie individuelle kompensatorische Strategien (z. B. Vermeidungsverhalten) des Patienten müssen aktiv erfragt werden, da diese von Patientinnen oftmals nicht spontan berichtet werden. Dies gilt insbesondere für dissoziative Symptome.

Traumatische Erfahrungen über die Lebensspanne sollten ebenfalls aktiv erfragt werden, z. B. mithilfe einer Traumalandkarte. In der diagnostischen Phase ist eine ausführliche Beschreibung der traumatischen Erfahrungen nicht notwendig. Eine Benennung im Sinne von »Überschriften« oder kurze Beschreibungen mit Alter, Art der Betroffenheit und möglichen Verursachern ist ausreichend. Bei der Exploration traumatischer Ereignisse können

- ▶ (unbewusstes) Vermeidungsverhalten,
- ▶ Scham- und Schuldgefühle sowie
- ▶ dissoziative Symptome (z. B. Erinnerungslücken)

die Erhebung der Symptomatik und der Anamnese erschweren. Manche Patientinnen bleiben vage und unspezifisch in der Beschreibung ihrer Beschwerden oder benennen zunächst andere Symptome, z. B. die einer Depression. Patientinnen sehen eventuell keinen Zusammenhang zwischen ihren Beschwerden und einer traumatischen Erfahrung, etwa weil diese lang zurückliegt oder als nicht bedeutsam eingeschätzt wird (z. B. körperliche Züchtigung als »normaler« Bestandteil der elterlichen Erziehung). Hier sind ein strukturiertes Vorgehen und empathisches, konkretes Nachfragen bei der Diagnostik und Anamnese notwendig, um keine relevanten Symptombereiche oder biografischen Bezüge zu übersehen. Psychoedukative Informationen (z. B. Symptome als »normale Reaktion auf ein extremes Ereignis«) wirken entlastend.

Verstärkung von Symptomen

Während der Sitzungen kann es, z. B. durch Auslösereize, zum Auftreten bzw. zur Verstärkung von Symptomen wie Intrusionen, dissoziativen Symptomen oder körperlicher Anspannung kommen. Beispielsweise können Motorengeräusche wie das Brummen eines LKWs vor der Praxis für Unfallopfer oder spezifische Berufsgruppen wie Soldaten Auslösereize für Erinnerungsbilder an einen Unfall oder eine Kampfhandlung darstellen. Deshalb empfiehlt es sich, für Veränderungen der psychischen Befindlichkeit der Patientin aufmerksam zu sein und bei einer Verstärkung der Belastung stabilisierende Techniken anzubieten und einzusetzen. Dazu gehören ein aktives, strukturiertes und verbindliches Auftreten des Therapeuten, Strategien zum Umgang mit Symptomen (z. B. Skills, Reorientierungstechniken) sowie Psychoedukation zum Störungsmodell der PTBS.

Differentialdiagnostisch zu beachten sind bei PTBS

- ▶ die akute Belastungsreaktion,
- ▶ die komplexe PTBS,
- ▶ dissoziative Störungen,
- ▶ depressive Störungen,
- ▶ Angststörungen,
- ▶ Zwangsstörungen,
- ▶ die emotional-instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline-Typ),
- ▶ somatoforme Störungen (z. B. Schmerzstörungen),
- ▶ Anpassungsstörungen und
- ▶ Simulation (selten, z. B. bei möglichem Vorliegen finanzieller Vorteile).

Häufig liegen auch komorbide Störungen vor. Wichtige Unterscheidungsmerkmale sind das Vorliegen und der inhaltliche Zusammenhang der Symptomatik mit einem traumatischen Ereignis sowie Kernsymptome wie Wiedererleben. Bei der komplexen PTBS liegen häufig länger anhaltende, mehrmalige traumatische Ereignisse (z. B. sexueller Missbrauch) vor und das Symptombild ist durch ein negatives Selbstkonzept, Affektregulationsprobleme und Schwierigkeiten in der Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen gekennzeichnet.

Bei der komplexen PTBS fällt häufig die Abgrenzung zur emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung (Borderline-Typ) schwer, bei der BPS sind im Vergleich zur K-PTBS Symptome wie Furcht vor Verlassenwerden, instabiles Selbstkonzept und nicht-triggerbezogene impulsive Ausbrüche kennzeichnend. Ferner ist die BPS kausal nicht mit dem Vorliegen traumatischer Ereignisse verknüpft, auch wenn diese häufig Teil der Biografie sind. Jedoch kann diese Störung auch komorbid vorliegen und sollte dann entsprechend kodiert werden. Dissoziative Symptome können sowohl bei der PTBS als auch der K-PTBS Teil des Symptombildes sein (z. B. Erleben von Depersonalisation), jedoch können diese Symptome auch die differentialdiagnostische Einordnung als eigenes Störungsbild erfordern.



Hilfreich ist der Einsatz von Fragebögen, Checklisten und diagnostischen Interviews zur Einschätzung der Symptomschwere und -häufigkeit, dem Beeinträchtigungsgrad sowie zur diagnostischen Absicherung. Die gewonnenen Informationen ergänzen den klinischen Eindruck und ermöglichen zudem eine Verlaufsbeurteilung während der Behandlung.

Verfahren	Autoren	Ziel	Bezugsquelle
Erfassung traumatischer Ereignisse			
Checkliste zu belastenden Lebensereignissen (LEC-5)	Weathers et al. (2013a)	Erfassung traumatischer Ereignisse	Open Access: ► www.ptsd.va.gov . (englisch) ► in Kombination mit PCL-5: Zentrum für Psychotraumatologie (ZEP) Hamburg: https://zep-hh.de/service/diagnostik/
Adverse Childhood Experiences (ACE-D)	Felitti et al. (1998), dt. Version Schäfer et al. (2009)	Erfassung verschiedener Formen von Traumatisierungen und weiterer belastender Erfahrungen in Kindheit und Jugend mittels Selbstbeurteilungsfragebogen	Open Access: ► https://zep-hh.de/service/diagnostik/
Trauma History Questionnaire (THQ)	Hooper et al. (2011); dt. Version Maercker (2002)	Erfassung verschiedener traumatischer Erfahrungen über die Lebensspanne mittels Selbstbeurteilungsfragebogen	Open Access: ► Georgetown University, Center for trauma and the community: https://ctc.georgetown.edu/toolkit/# (Version in Englisch und anderen Sprachen)
Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)	Bernstein & Fink (1998); dt. Version Wingenfeld et al. (2010)	Erfassung von Misshandlungserfahrungen und Vernachlässigung in Kindheit und Jugend mittels Selbstbeurteilungsfragebogen	

Verfahren	Autoren	Ziel	Bezugsquelle
Strukturierte klinische Interviews			
Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5-Störungen – Klinische Version (SKID-5-CV)	Beesdo-Baum et al. (2019)	Diagnosestellung und -absicherung PTBS mittels strukturiertem klinischen Interview	► www.testzentrale.de
Clinical-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5)	Weathers et al. (2013b); dt. Version Cwik et al. (2020)	Diagnosestellung und -absicherung PTBS mittels störungsspezifischen strukturierten Interviews, wird beim ersten Einsatz häufig mit der LEC-5 kombiniert	Auf Anfrage: ► Institut für klinische Psychologie und Psychotherapie der Ruhr-Universität Bochum: https://www.kli.psy.ruhr-uni-bochum.de/klipsy/projekte/CAPS5.html ► US Department of Veteran Affairs > PTSD: National Center for PTSD: https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-int/caps.asp (englisch)
Selbstbeurteilungsinstrumente PTBS			
Impact of Event Scale – Revised (IES-R)	Weiss & Marmar (1997); dt. Version Mäercker & Schützwohl (1998)	Screening und Schweregradbeurteilung posttraumatischer Symptome mittels Selbstbeurteilungsfragebogen (orientiert sich nicht an ICD oder DSM)	Open Access: ► Psychologisches Institut der Universität Zürich https://www.psychologie.uzh.ch ► www.ptsd.va.gov . (englisch) Literatur: ► Boos, A. (2014)
PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)	Weathers et al. (2013c); dt. Version Ehring et al. (2014)	Erfassung der Symptome der PTBS und ihrer Stärke nach DSM-5 mittels Selbstbeurteilungsfragebogen, gut geeignet zur Verlaufskontrolle. Die LEC-5, wird in der Regel beim ersten Einsatz der PCL-5 mit verwendet	Open Access: ► www.ptsd.va.gov . (englisch) ► Zentrum für Psychotraumatologie (ZEP) Hamburg: https://zep-hh.de/service/diagnostik/

Verfahren	Autoren	Ziel	Bezugsquelle
International Trauma Questionnaire	Cloitre et al. (2018)	Erfassung der Symptome der PTBS und komplexen PTBS (ICD-11) mittels Selbstbeurteilungsfragebogen	Open Access: ► https://www.psychologie.uzh.ch/
Fragebögen zu zusätzlichen Symptomen			
Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI)	Foa et al. (1999)	Erfassung und Verlaufsbeobachtung traumabezogener Kognitionen	Literatur: ► Ehlers (1999)
Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS)	Bernstein-Carlson & Putnam (1993); dt. Version Spitzer et al. (2005)	Screening dissoziativer Symptome mittels Selbstbeurteilungsfragebogen	► www.testzentrale.de
Weitere diagnostische Instrumente		z. B. zur Diagnostik der PTBS, von Anpassungsstörungen, von Resilienzfaktoren oder der Anhaltenden Trauerstörung	Open Access für Therapie- und Forschungszwecke: ► https://www.psychologie.uzh.ch/ ► https://zep-hh.de/service/diagnostik/ ► www.ptsd.va.gov . (englisch)

Instruktionen. Dieser Fragebogen fragt nach Problemen, die Sie möglicherweise nach einem sehr belastenden Erlebnis mit *eingetretenem oder drohendem Tod*, *ernsthafter Verletzung* oder *sexueller Gewalt* erfahren haben. Es kann etwas sein, das Ihnen persönlich zugestoßen ist, wovon Sie Zeuge waren oder wovon Sie erfahren haben, dass es einem nahen Angehörigen oder engen Freund zugestoßen ist. Einige Beispiele sind ein schwerer Unfall; Feuer; Naturkatastrophe wie Orkan, Tornado oder Erdbeben; ein gewalttätiger Angriff; ein sexueller Übergriff oder Missbrauch; Krieg; Mord oder Suizid.

Bitte beantworten Sie als erstes einige Fragen in Bezug auf Ihr *schlimmstes Erlebnis*, das bedeutet für diesen Fragebogen das Ereignis, das Sie zurzeit am meisten belastet. Das kann eines der oben genannten Beispiele sein oder eine andere sehr belastende Erfahrung. Auch kann es um ein einzelnes Ereignis gehen (z. B. ein Verkehrsunfall) oder um mehrere ähnliche Ereignisse (z. B. mehrere belastende Erlebnisse in einem Kriegsgebiet oder wiederholter sexueller Missbrauch).



Benennen Sie bitte kurz das schlimmste Ereignis (wenn es für Sie in Ordnung ist, das zu tun):

.....

.....

Wie lange ist es her (bitte schätzen, falls Sie sich nicht sicher sind)?

.....

Beinhaltete es eingetretenen oder drohenden Tod, schwerwiegende Verletzungen oder sexuelle Gewalt?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Auf welche Weise haben Sie es erlebt?

- ☐ Es ist mir selbst passiert.
- ☐ Ich habe es beobachtet.
- ☐ Ich habe erfahren, dass es einem nahen Angehörigen oder engen Freund passiert ist.
- ☐ Ich wurde im Rahmen meines Berufes wiederholt mit Details des Ereignisses konfrontiert (z. B. Rettungssanitäter, Polizist, Soldat oder anderer Ersthelfer).
- ☐ Sonstiges, bitte beschreiben:

Falls das Ereignis den Tod eines nahen Angehörigen oder engen Freundes beinhaltete, war das die Folge eines Unfalls oder von Gewalt, oder war es die Folge natürlicher Umstände?

- ☐ Unfall oder Gewalt
- ☐ Natürliche Umstände
- ☐ Nicht zutreffend (Das Ereignis beinhaltete nicht den Tod eines nahen Angehörigen oder Freundes)



Denken Sie jetzt bitte an dieses schlimmste Ereignis, lesen Sie dann jedes der Probleme auf der nächsten Seite und markieren Sie dann eine der Zahlen in den rechten Spalten, um anzugeben, wie stark Sie *im letzten Monat* durch dieses Problem belastet waren.

Wie sehr waren Sie im letzten Monat belastet durch:	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
(1) wiederholte, beunruhigende und ungewollte Erinnerungen an das belastende Erlebnis?	0	1	2	3	4
(2) wiederholte, beunruhigende Träume von dem belastenden Erlebnis?	0	1	2	3	4
(3) sich plötzlich fühlen oder sich verhalten, als ob das belastende Erlebnis tatsächlich wieder stattfinden würde (<i>als ob Sie tatsächlich wieder dort wären und es wiedererleben würden</i>)?	0	1	2	3	4
(4) sich emotional sehr belastet fühlen, wenn Sie etwas an das Erlebnis erinnert hat?	0	1	2	3	4
(5) starke körperliche Reaktionen, wenn Sie etwas an das belastende Erlebnis erinnert hat (z. B. Herzklopfen, Schwierigkeiten beim Atmen, schwitzen)?	0	1	2	3	4
(6) Vermeidung von Erinnerungen, Gedanken oder Gefühlen in Bezug auf das belastende Erlebnis?	0	1	2	3	4
(7) Vermeidung äußerer Auslöser für Erinnerungen an das belastende Erlebnis (z. B. Personen, Plätze, Gespräche, Aktivitäten, Gegenstände oder Situationen)?	0	1	2	3	4
(8) Schwierigkeiten, sich an wichtige Teile des belastenden Erlebnisses zu erinnern?	0	1	2	3	4
(9) starke negative Überzeugungen über sich selbst, andere Menschen oder die Welt (z. B. Gedanken haben wie: Ich bin schlecht, mit mir stimmt ernsthaft etwas nicht, man kann niemandem vertrauen, die Welt ist absolut gefährlich)?	0	1	2	3	4
(10) sich selbst oder jemand anderem Vorwürfe machen in Bezug auf das belastende Erlebnis oder was danach passiert ist?	0	1	2	3	4
(11) starke negative Gefühle haben, wie zum Beispiel Angst, Schrecken, Ärger, Schuld oder Scham?	0	1	2	3	4
(12) Verlust von Interesse an Aktivitäten, die Ihnen früher Spaß gemacht haben?	0	1	2	3	4
(13) sich von anderen Menschen entfernt oder wie abgeschnitten fühlen?	0	1	2	3	4
(14) Schwierigkeiten, positive Gefühle zu erleben (z. B. keine Freude empfinden können oder keine liebevollen Gefühle haben können gegenüber Menschen, die Ihnen nahestehen)?	0	1	2	3	4
(15) reizbares Verhalten, Wutausbrüche oder aggressives Verhalten?	0	1	2	3	4
(16) zu viele Risiken eingehen oder Dinge tun, die Ihnen Schaden zufügen könnten?	0	1	2	3	4
(17) in erhöhter Alarmbereitschaft, wachsam oder auf der Hut sein?	0	1	2	3	4
(18) sich nervös oder schreckhaft fühlen?	0	1	2	3	4
(19) Konzentrationsschwierigkeiten haben?	0	1	2	3	4
(20) Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen?	0	1	2	3	4

Kriterium	Beschreibung	Kriterium erfüllt?	
		Ja	Nein
traumatische/s Ereignis/se	Die Person war einem extrem bedrohlichen oder entsetzlichen Ereignis oder Situation (kurz- oder langanhaltend, Ein- oder Mehrzahl) ausgesetzt. ▶ Solche Ereignisse beinhalten z. B. das direkte Erleben einer Natur- oder menschengemachten Katastrophe, Kriegshandlungen, schwere Unfälle, Folter, sexualisierte Gewalt, Terrorismus, Körperverletzung oder eine akute lebensbedrohliche Erkrankung (z. B. Herzinfarkt). ▶ Weitere Ereignisse umfassen Zeuge der drohenden oder tatsächlichen Verletzung oder des Todes anderer auf plötzliche, unerwartete oder gewaltsame Weise zu werden sowie ▶ über den plötzlichen, unerwarteten oder gewaltsamen Tod eines geliebten oder nahestehenden Menschen zu erfahren.	☐	☐
Wiedererleben	Wiedererleben des traumatischen Ereignisses, bei dem das Ereignis / die Ereignisse nicht nur erinnert, sondern im Hier und Jetzt als wiederkehrendes Ereignis erlebt wird/werden. ▶ Typischerweise in Form von lebhaften, aufdringlichen Bildern oder Erinnerungen; ▶ Flashbacks, die von leicht (es gibt ein vorübergehendes Gefühl, dass das Ereignis in der Gegenwart wieder auftritt) bis schwer (es gibt einen vollständigen Verlust der Wahrnehmung der gegenwärtigen Umgebung) variieren können; ▶ oder sich wiederholenden Träumen oder Albträumen, die thematisch mit dem/den traumatischen Ereignis/en zusammenhängen. ▶ Das Wiedererinnern kann sich auf eine oder auch mehrere Sinnesmodalitäten beziehen. ▶ Es wird begleitet von intensiven oder überwältigenden Gefühlen, insbesondere Angst oder Horror sowie starken physischen Empfindungen. Wiedererleben in der Gegenwart kann auch durch Gefühle des Überwältigtseins oder ein Eintauchen in die gleichen intensiven Gefühle, wie sie während des traumatischen Ereignisses erlebt wurden, begleitet werden. ▶ Das Wiedererleben kann durch traumaassoziierte Reize ausgelöst werden. ▶ Über das Ereignis / die Ereignisse nachzudenken oder darüber nachzudenken und sich an die Gefühle zu erinnern, die man in dieser Zeit erlebt hat, reicht nicht aus, um ein Wiedererleben zu konstituieren.	☐	☐

Kriterium	Beschreibung	Kriterium erfüllt?	
		Ja	Nein
Vermeidung	Vermeidung von Reizen, die ein Wiedererleben des traumatischen Ereignisses auslösen: ▶ aktive interne Vermeidung von Gedanken und Erinnerungen ▶ externale Vermeidung von Menschen, Gesprächen, Aktivitäten oder Situationen, die an das traumatische Ereignis erinnern ▶ In Extremfällen kann eine Person ihre Umgebung (z. B. Wechsel des Wohnorts oder der Arbeit) verändern, um entsprechende Reize zu vermeiden.	☐	☐
anhaltende Wahrnehmung einer erhöhten gegenwärtigen Bedrohung	Die anhaltende Wahrnehmung einer erhöhten gegenwärtigen Bedrohung äußert sich ▶ durch Hypervigilanz oder eine verstärkte Schreckreaktion auf Reize wie plötzliche Geräusche. ▶ Hypervigilante Personen schützen sich anhaltend gegen Gefahren und nehmen sich selbst und Personen, die ihnen nahestehen, in bestimmten Situationen oder generell als unmittelbar bedroht wahr. ▶ Betroffene können neue Verhaltensweisen annehmen, um ihre Sicherheit zu gewährleisten (z. B. nicht mit dem Rücken zur Tür sitzen, wiederholtes Überprüfen des Verkehrs im Rückspiegel).	☐	☐
Zeitkriterium	Die Symptome halten mindestens über mehrere Wochen an.	☐	☐
Funktionsbeeinträchtigung	Die Störung verursacht erhebliche Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, erzieherischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Wenn die Funktionsfähigkeit erhalten bleibt, dann nur durch erheblichen zusätzlichen Aufwand.	☐	☐
Ausschluss:	▶ akute Belastungsreaktion (Reaktion lässt wenige Tage nach dem Ereignis oder nach der Entfernung aus der bedrohlichen Situation nach) ▶ komplexe Posttraumatische Belastungsstörung	☐	☐
Bemerkungen:			



Neben dem Erleben eines traumatischen Ereignisses und der Kernsymptomatik aus Wiedererleben, Vermeidung und anhaltender Wahrnehmung einer erhöhten gegenwärtigen Bedrohung (nach ICD-11) können weitere Symptombereiche das klinische Bild der PTBS bestimmen. Im DSM-5 sind insbesondere die Veränderung von Gedanken und Stimmung sowie dissoziative Symptome (dissoziativer Subtyp der PTBS) konkretisiert.



Auswirkungen der Veränderungen des Erregungsniveaus nach Erleben eines traumatischen Ereignisses

- ☐ Schlafstörungen (z. B. unruhiger Schlaf, Ein- und Durchschlafstörungen)
- ☐ gereizte Stimmung und Wutausbrüche
 - verbal oder körperlich aggressives Verhalten
- ☐ riskantes oder selbstschädigendes Verhalten
 - Risikoverhaltensweisen (z. B. riskantes Autofahren)
 - selbstverletzendes Verhalten
 - missbräuchlicher Konsum psychotroper Substanzen (z. B. Alkohol)
 - suizidales Verhalten
- ☐ Konzentrationsstörungen

Negative Veränderungen von Gedanken und Stimmung im Zusammenhang mit dem oder den traumatischen Ereignissen

- ☐ Schwierigkeiten oder Unfähigkeit, sich an wichtige Aspekte der traumatischen Erfahrung zu erinnern (zumeist durch dissoziative Amnesie)
- ☐ anhaltende und übermäßig negative Gedanken bezüglich der eigenen Person, anderer Menschen, der Umwelt und der Zukunft (z. B. »Ich kann niemandem vertrauen.«)
- ☐ anhaltende dysfunktionale Überzeugungen bezüglich der Ursachen und Folgen des traumatischen Ereignisses, welche zur Zuschreibung von Schuld gegenüber sich selbst oder anderen führen
- ☐ anhaltende Zustände von negativer Stimmung (z. B. Furcht, Ärger, Scham, Ekel ...)
- ☐ Entfremdungsgefühle oder Gefühle des Abgetrenntseins von anderen Menschen
- ☐ Verlust bzw. Minderung von Interesse oder geringere Teilnahme an wichtigen Aktivitäten
- ☐ Unfähigkeit, positive Gefühle zu empfinden (z. B. Freude, Zuneigung zu anderen)

Dissoziative Symptome

- ☐ **Depersonalisation**
Gefühl der Unwirklichkeit oder des Entferntseins von bzw. der Fremdheit gegenüber dem eigenen Selbst oder Aspekten des Selbst (z. B. Gefühl, »nicht richtig hier zu sein«; das Selbst als fremd erleben, Gefühlstaubheit, sich wie ein Roboter fühlen, sich aus der Beobachterperspektive wahrnehmen)
- ☐ **Derealisation**
Erfahrungen von Unwirklichkeit und Entferntsein in Bezug auf die Umwelt – Personen, Gegenstände, die ganze Umgebung – (z. B. die Umwelt als traumatisch, verzerrt, leblos oder wie durch einen Nebel oder hinter einer Glaswand wahrnehmen)
- ☐ **Dissoziative Amnesien**
Unfähigkeit, sich an wichtige persönliche Informationen erinnern zu können. Die Amnesie bezieht sich meist auf traumatische Ereignisse und ist in der Regel unvollständig und selektiv.
- ☐ **Weitere dissoziative Symptome**, wie z. B. dissoziativer Stupor, dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen, dissoziative Bewegungsstörungen oder Krampfanfälle



Kriterium	Beschreibung	Kriterium erfüllt?	
		Ja	Nein
traumatische/s Ereignis/se	Exposition gegenüber einem Ereignis oder einer Reihe von Ereignissen extrem bedrohlicher oder schrecklicher Art, wobei es sich meist um längere oder sich wiederholende Ereignisse handelt, aus denen ein Entkommen schwierig oder unmöglich ist. (z. B. Folter, Sklaverei, Völkermordkampagnen, anhaltende häusliche Gewalt, wiederholter sexueller oder körperlicher Missbrauch in der Kindheit)	☐	☐
Erfüllung der Kriterien der PTBS	▶ Wiedererleben ▶ Vermeidung ▶ anhaltende Wahrnehmung einer erhöhten gegenwärtigen Bedrohung	☐	☐
anhaltende und schwerwiegende Probleme in der Affektregulation	Gekennzeichnet durch: ▶ erhöhte emotionale Reaktivität ▶ Schwierigkeiten sich von kleineren Belastungen zu erholen ▶ heftige Gefühlsäußerungen ▶ riskantes oder selbstschädigendes/selbstzerstörerisches Verhalten ▶ Neigung zu dissoziativen Zuständen in Belastungssituationen ▶ emotionales Betäubtsein, insbesondere die Unfähigkeit, Freude oder positive Emotionen zu erleben	☐	☐
anhaltende negative Überzeugungen über sich selbst	▶ anhaltende Überzeugungen von sich selbst als wertlos, minderwertig und unterlegen ▶ begleitet von intensiven und anhaltenden Überzeugungen und Gefühlen der Schuld, Scham oder des Versagens in Bezug auf das traumatische Ereignis	☐	☐
Schwierigkeiten in sozialen Beziehungen	▶ Schwierigkeiten, Beziehungen aufrechtzuerhalten ▶ Schwierigkeiten, sich anderen nah zu fühlen ▶ geringes Interesse oder Vermeidung naher Beziehungen	☐	☐
Funktionsbeeinträchtigung	Die Störung verursacht erhebliche Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, erzieherischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.	☐	☐
Ausschluss	Posttraumatische Belastungsstörung	☐	☐
Bemerkungen:			



Mögliche Themen	Lösungsansatz
Reduzierte zwischenmenschliche Vertrauensfähigkeit und erhöhtes Kontrollbedürfnis Nach traumatischen, insbesondere interpersonellen Erfahrungen, leiden Betroffene oftmals unter einem Gefühl der anhaltenden Bedrohung. Auch war die traumatische Situation zumeist durch Kontrollverlust geprägt, weshalb das Bedürfnis nach Kontrolle nun besonders stark sein kann. Im Rahmen der Untersuchung kann es ferner durch Schlüsselreize, wie bestimmte Gegenstände oder Geräusche, zur Aktivierung traumatischer Erinnerungen und erhöhter psychischer Belastung kommen.	Strukturiertes, transparentes Vorgehen, ein wertschätzendes und Sicherheit gebendes Beziehungsangebot und psychoedukative Informationen können Misstrauen entgegenwirken und das Kontrollempfinden der Patientinnen stärken. Auch ein Treffen bestimmter Vereinbarungen, z. B. eines Stopp-Signals oder Anpassen der Rahmenbedingungen, z. B. ausreichender körperlicher Abstand zum Therapeuten, eine Veränderung der Sitzposition zueinander oder im Raum, das Offenlassen der Türen oder die Begleitung durch eine Vertrauensperson, wenn die Patientinnen dies wünschen. Die Patientin sollte in Entscheidungen bezüglich des Vorgehens im Sinne des »informed consent« eingebunden werden. Der Rahmen der therapeutischen Beziehung und die Grundregeln für die Zusammenarbeit (z. B. Erreichbarkeit außerhalb der Sitzungen) sollten erläutert werden. Es ist normal, dass der Aufbau einer therapeutischen Arbeitsbeziehung länger brauchen kann. Nach Möglichkeit können Auslösereize vor allem zu Behandlungsbeginn aus dem Gesprächsraum entfernt werden.
Invalidierungsbefürchtung Eine Befürchtung von Patientinnen kann sein, dass der Therapeut ihren Schilderungen keinen Glauben schenkt oder diese bagatellisiert. Beispielsweise machen Betroffene von sexualisierter Gewalt im Kindesalter oftmals die Erfahrung, dass ihnen ihre Schilderungen von relevanten Personen aus dem sozialen Nahraum nicht geglaubt wurden. Die sekundäre Viktimisierung, d. h. negative Reaktionen z. B. von Bezugspersonen, Polizei, Ärzten haben einen ungünstigen Einfluss auf den Genesungsverlauf nach einer traumatischen Erfahrung.	Eine parteiliche, der Patientin zugewandte Haltung ist eine wichtige Voraussetzung für den Aufbau einer therapeutischen Arbeitsbeziehung. Ein wichtiger Baustein ist die Würdigung der Person und ihrer Erfahrungen. Gutachterliche Aufgaben sollten nicht durch den behandelnden Therapeuten wahrgenommen werden, da diese einer distanzierteren, objektiven Betrachtungsweise bedürfen. Auch kann das therapeutische Vertrauensverhältnis durch die Begutachtung und mögliche Folgen, z. B. Ablehnung eines Antrags auf Entschädigungsleistungen, belastet werden.
Sorge um Belastungsfähigkeit des Therapeuten Patientinnen vermuten, dass der Therapeut die Schilderungen des traumatischen Ereignisses nicht ertragen kann und wollen ihr Gegenüber nicht belasten.	Hier ist es bedeutsam, der Patientin zu signalisieren, dass die Bereitschaft besteht, ihr zuzuhören und dass der Therapeut über entsprechende Kompetenzen verfügt, um mit den Schilderungen der Patientin (z. B. Kenntnis therapeutischer Techniken, Berufserfahrung, Supervision) umzugehen. Der Therapeut trägt die Verantwortung für seine Psychohygiene und die Wahrung seiner Grenzen. Bei Bedarf nimmt er Supervision in Anspruch.



Mögliche Themen	Lösungsansatz
Scham- und Schuldgefühle Viele Menschen machen sich Vorwürfe, dass sie z. B. das traumatische Ereignis nicht abgewendet haben. Insbesondere Betroffene sexualisierter Gewalt erleben oftmals Schamgefühle. Beides kann dazu führen, dass Art und Umstände des traumatischen Ereignisses, Symptome oder Bewältigungsstrategien nicht benannt werden. Schuld- und Schamgefühle können durch Rückmeldungen aus dem sozialen Umfeld oder gesellschaftliche Haltungen verstärkt werden.	Psychoedukation und eine wertschätzende, offene Haltung erleichtern Patientinnen das Einlassen auf den therapeutischen Kontakt. Erklärungen, z. B. zur Häufigkeit eines bestimmten Traumas oder normalen Reaktionen unter akutem Stress, können entstigmatisierend wirken. Bedeutsam ist die Schaffung einer sicheren Atmosphäre, in welcher Patientinnen nicht befürchten müssen, verurteilt zu werden. Auch das Vorhandensein von Schuldgefühlen kann in diesem Rahmen normalisiert werden. Die Relativierung von Schuldgefühlen erfordert im Behandlungsverlauf zumeist eine umfassende Bearbeitung, sodass hierzu zunächst keine inhaltlichen Aussagen (z. B. »Sie haben nichts falsch gemacht«) getroffen werden sollten.
Sorgen über Symptome Viele Patientinnen sorgen sich bezüglich der erlebten Beschwerden, haben z. B. Angst, »verrückt« zu sein bzw. zu werden.	Die diagnostische Einordnung der Symptome im Sinne einer PTBS bzw. anderen Störung und psychoedukative Informationen, dass die geschilderten Beschwerden eine »normale Reaktion« auf eine traumatische Erfahrung darstellen, führen oftmals zu einer Entlastung.
Verzögerter Bericht traumatischer Erfahrungen Manche Patientinnen schildern erst im Behandlungsverlauf traumatische Ereignisse, die sie zu Beginn der Therapie aufgrund der damit verbundenen emotionalen Belastung, Misstrauen oder möglicher Erinnerungslücken nicht berichtet haben.	Ein behutsames Vorgehen im diagnostischen Prozess sowie das Einfließenlassen von psychoedukativen Informationen können die Bereitschaft zum Berichten erhöhen. Es sollte kein Druck ausgeübt werden. Im Therapieverlauf kann bei neuen Informationen die diagnostische Einschätzung und Therapieplanung angepasst werden.
Hemmung, Hilfe anzunehmen bzw. aufzusuchen Diese Probleme können unterschiedliche Hintergründe haben, z. B. bestimmte Überzeugungen wie »keine Schwäche zeigen«, gesellschaftliche Rollenbilder, ein geringer Selbstwert oder fehlende Informationen über Psychotherapie.	Psychoedukation zur Symptomatik (z. B. »normale Reaktion auf belastende Erfahrung«) und Vorwegnehmen möglicher dysfunktionaler Annahmen (z. B. »Es ist gut, dass Sie hier sind. Es ist oft keine leichte Entscheidung, sich Hilfe zu suchen.«) wirken den Hemmnissen entgegen und erleichtern den Einstieg in die psychotherapeutische Arbeit.
Interaktionelle Auffälligkeiten Den Aufbau einer therapeutischen Beziehung erschwerendes Verhalten, z. B. aggressives Auftreten, Tragen von Waffen zum Eigenschutz	Diese Verhaltensweisen lassen sich im Rahmen des Störungsmodells häufig als Folgen oder Bewältigungsversuche traumatischer Erfahrungen verstehen und einordnen. Eine Aufklärung und Verständigung über Regeln für die therapeutische Zusammenarbeit sowie die mögliche Formulierung als Veränderungsziel für die Therapie (z. B. Verzicht auf Waffen) ist wichtig.



Diese Tabelle gibt, inhaltlich angelehnt an die DBT, eine Übersicht über verschiedene dysfunktionale Verhaltensweisen und Problemlagen, die bei Patientinnen mit PTBS auftreten und den Therapieprozess behindern können (Menne & Frommberger, 2018; Linehan, 2008). In der Tabelle finden sich Hinweise auf mögliche Interventionen zur Veränderung durch Ressourcenstärkung und Stabilisierung.

Übersicht zu möglichen Problemstellungen und Interventionen



Ebene	Verhaltensweisen/ Problemlagen	Beispiele	Mögliche Interventionen
1	lebensbedrohliches Verhalten	schwere Suizidalität, schwere Selbstverletzung, Hochrisikoverhalten; BMI <15; bedrohliche Lebensumstände, z. B. bei häuslicher Gewalt	z. B. Suizidprophylaxe (Notfallpläne, Verhaltensanalyse); Skills zur Anspannungsregulation vermitteln, Behandlungsnetzwerk knüpfen
2	therapiegefährdendes Verhalten	Verhalten, das die therapeutische Zusammenarbeit und Beziehung gefährdet, wie fehlende Mitarbeit oder häufiges Ausfallenlassen der Sitzungen	z. B. Klärung der Motivation zur Behandlung (Pro und Contra); Psychoedukation (> Therapierational)
3	häufiges krisenhervorrufendes Verhalten	starke Wutausbrüche mit sozialen Folgen, strafbares Verhalten wie Diebstahl, unbehandelte schwere depressive Störung	z. B. Verhaltensanalyse; Skills zur Anspannungs- und Emotionsregulation, Vermittlung zwischenmenschlicher Fertigkeiten, Verhaltensaktivierung
4	ausgeprägte den Therapiefortschritt behindernde Verhaltensweisen (die z. B. den Erfolg therapeutischer Techniken wie Exposition beeinträchtigen)	dysfunktionale Bewältigungsstrategien wie Substanzkonsum, Dissoziation, Defizite in der Stress- und Emotionsregulation, Benzodiazepin-Einnahme, Selbstverletzung, zu wenig essen und/oder trinken	z. B. Anti-Craving-Skills, anti-dissoziative Skills, Abwägung von Pro und Contra, Strategien zur Regulation von hoher Anspannung und intensiven Gefühlen
5	PTBS-Symptomatik	Symptome des Wiedererlebens, der Vermeidung, Hypervigilanz und der Wahrnehmung einer andauernden Bedrohung, dysfunktionale Überzeugungen und anhaltende negativ getönte Gefühle	z. B. traumafokussierte Behandlung mit kognitiver Umstrukturierung oder Exposition in sensu, Diskriminationstraining
6	Verhaltensweisen, die die Lebensqualität einschränken	psychosozialen Probleme, z. B. in Bezug auf die Arbeit oder die Familie, soziale Isolation, finanzielle Probleme	Problemlösung; Vermittlung zwischenmenschlicher Fertigkeiten; Unterstützung durch Beratungseinrichtungen

Hilfreich bei der Entscheidung zur Auswahl der Interventionen kann eine Hierarchisierung der Problembereiche sein. Immer, wenn sich während der Behandlung eine manifeste Problematik einer höheren Ebene zeigt, wird diese in den Fokus genommen und vorrangig behandelt. Nach Linehan steht zunächst die Behandlung lebensbedrohlicher Verhaltensweisen im Vordergrund. Anschließend werden therapiegefährdende Verhaltensweisen vor Verhaltensweisen, die die Lebensqualität einschränken, fokussiert. Ergänzt wird diese Einteilung in der DBT-PTBS durch den Einbezug von Verhaltensweisen und Symptomen, die sich spezifisch auf die Therapie bei PTBS beziehen und die den Therapiefortschritt gefährden, z. B. dissoziative Symptome (Dyer et al., 2009). Erst wenn die Probleme innerhalb dieser Bereiche gut und stabil bearbeitet sind, kann die eigentliche Traumabearbeitung stattfinden. Verhaltensweisen, die die Lebensqualität einschränken, werden im Gegensatz dazu erst nach der Traumabearbeitung fokussiert.