

Workshop: Keine Angst vor Traumatherapie

Symposium „Trauma, Trauer und Depression“

Dipl.-Psych. Sonja Hillebrand
Dr. Dipl.-Psych. Nina Dittmer

26.04.2024



SCHÖN KLINIK
Roseneck



A-Kriterium der PTBS nach ICD-10 entsprechend Definition der WHO:

Ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmaßes, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.



A-Kriterium der PTBS nach DSM-IV:

Bedrohung der körperlichen und psychischen Unversehrtheit

1. Reale Gefahr: Person erlebt, beobachtet oder war konfrontiert mit Ereignis(sen), die tatsächlichen oder drohend Tod oder ernsthafte Verletzung oder Gefahr der körperlichen Unversehrtheit beinhaltete (eigene Person oder andere Person)
2. Subjektive Reaktion: Reaktion der Betroffenen umfasst intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen (bei Kindern, die Traumata erleben, kann die Reaktion etwas anders sein, z.B. aufgelöstes agitiertes Verhalten)



	Typ I Trauma	Typ II Trauma
Merkmal	Singuläres, unerwartetes traumatisches Ereignis von kurzer Dauer	Miteinander verknüpfte traumatische Ereignisse oder lang andauerndes traumatisches Ereignis
Beispiel	Vergewaltigung im Erwachsenenalter, schwerer Verkehrsunfall, Überfall, Naturkatastrophe	Wiederholte sexuelle oder körperliche Gewalt in der Kindheit, Geiselhaft, Kriegserlebnisse, Gewalt in der Partnerschaft
Konsequenz	Meist klare, lebendige Wiedererinnerungen an das traumatische Ereignis	Meist diffuse, unklare Wiedererinnerungen an die traumatischen Ereignisse; erhöhte Dissoziationstendenz



- Traumata werden aktiv zugefügt (z.B. sexueller Missbrauch) oder geschehen aktiv (z.B. Naturkatastrophen). Liebesentzug etc. sind keine Traumata im engeren Sinne
- Schwierige und kritische Lebensereignisse (z.B. Scheidung, schwierige Kindheitserlebnisse, problematische Beziehungen, Todesfälle) sind keine traumatischen Erlebnisse
- Grenzfall: Mobbing



F 43.1 Posttraumatische Belastungsstörung

- A. Die betroffene Person war einem kurz- oder langhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das bei nahezu jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.

- B. Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen, lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.

- C. Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihrem Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Ereignis.



F 43.1 Posttraumatische Belastungsstörung

D. Entweder 1. oder 2.

1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern.
2. Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei oder mehr der folgenden Merkmale:
 - a. Ein- und Durchschlafstörungen,
 - b. Reizbarkeit oder Wutausbrüche,
 - c. Konzentrationsschwierigkeiten,
 - d. Hypervigilanz,
 - e. erhöhte Schreckhaftigkeit.

E. Die Kriterien B, C, und D treten innerhalb von 6 Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer belastungs Periode auf.



Tabelle 1. Diagnostische Kriterien nach ICD-11 für die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und komplexe PTBS (kPTBS)

Symptomcluster	Beschreibung, Symptome
PTBS	
traumatisches Ereignis	sehr bedrohliches oder schreckliches Ereignis oder eine Serie von Ereignissen kPTBS: meist langanhaltende oder wiederholte Ereignisse, aus denen eine Flucht schwierig oder unmöglich ist (z. B. Folter, Sklaverei, wiederholte sexuelle oder körperliche Gewalt)
Wiedererleben	(1) intrusive Erinnerungen, Flashbacks oder (2) Alpträume, meist in Verbindung mit emotionaler Belastung oder physischen Reaktionen
Vermeidung	Vermeidung von (1) Gedanken und Erinnerungen oder (2) Aktivitäten, Situationen und Personen, die an das Ereignis erinnern
Übererregung	(1) Wahrnehmung anhaltender Bedrohung oder (2) erhöhte Schreckhaftigkeit
Beeinträchtigung	funktionale Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen oder anderen Bereichen
zusätzlich zur Diagnose der kPTBS	
Schwierigkeiten der Emotionsregulation	(1) erhöhte Reizbarkeit und Wut oder (2) verminderte emotionale Schwingungsfähigkeit
verändertes Selbstbild	(1) anhaltendes negatives Selbstbild, das dazu führt, dass die Person sich als beschädigt oder wertlos wahrnimmt oder (2) tiefgreifende und anhaltende Gefühle von Scham, Schuld und Versagen
interpersonelle Schwierigkeiten	anhaltende Schwierigkeiten, (1) Beziehungen aufrechtzuerhalten oder (2) sich anderen nahe zu fühlen.

Anmerkung: Für die Diagnosestellung muss in jedem Cluster eines von zwei Symptomen erfüllt sein.



Belastungsbezogene Störungen in der ICD-10 und ICD-11	
ICD-10	ICD-11
Posttraumatische Belastungsstörung F 43.1	Posttraumatische Belastungsstörung 6B40
Andauernde Persönlichkeitsveränderungen nach Extrembelastung F 62.0	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung 6B41
	Anhaltende Trauerstörung 6B42
Anpassungsstörung F 43.2	Anpassungsstörung 6B43



Nachfrage bereits im Erstgespräch:

„Haben Sie schon einmal etwas sehr Belastendes erlebt, wie z.B. einen schweren Autounfall, einen Brand oder körperliche/ sexuelle Übergriffe?“

„Ein Ja oder Nein und eine „Bild-Zeitungsüberschrift“ sind zunächst völlig ausreichend, ich werde nicht weiter nachfragen.“



Bei spürbarer Belastung/ wenn das Ereignis noch eine Rolle spielt, zeitnahe Diagnostik:

„Belastet Sie Ereignis xyz noch?
Spielt es in Ihrem Leben noch eine Rolle?“

„Darf ich Ihnen zu dem traumatische Ereignis Fragen stellen?
Für unsere weitere Therapie wäre es wichtig zu wissen, ob sich aus dem traumatischen Ereignis eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickelt hat.“



- A. Traumatisches Ereignis
- B. Wiedererleben (wichtig: Besonderheit Körpererinnerungen)
- C. Vermeidungsverhalten (wichtig: je nach subjektiver Theorie, was das Trauma hätte verhindern können)
- D. „Erinnerungslücken“ oder Übererregung



Testdiagnostik:

- LEC-5: Life Events Checklist for DSM-5
- PCL-5: Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5

Online frei verfügbar:

https://zep-hh.de/files/zep/pdf/PCL-5-with-LEC_German.pdf

Krüger-Gottschalk, A., Knaevelsrud, C., Rau, H., Dyer, A., Schäfer, I., Schellong, J., & Ehring, T. (2017). The German version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): psychometric properties and diagnostic utility. *BMC psychiatry*, 17(1), 379. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1541-6>



Zusatzfragebogen zur Erfassung dissoziativen Erlebens:

FDS-20: Fragebogen zu dissoziativen Symptomen

Spitzer, C., Mestel, R., Klingelhöfer, J., Gänssicke, M., & Freyberger, H. J. (2004). Screening und Veränderungsmessung dissoziativer Psychopathologie: Psychometrische Charakteristika der Kurzform des Fragebogens zu dissoziativen Symptomen (FDS-20) [Screening and Measurement of Change of Dissociative Psychopathology: Psychometric Properties of the Short Version of the Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS-20)]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 54(3-4), 165–172. <https://doi.org/10.1055/s-2003-814783>



Strukturierte klinische Interviews:

- Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID)
- Clinician-Administered PTSD Scale für DSM-5 (CAPS-5)

Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *SKID Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II.* Göttingen: Hogrefe Verlag.

Müller-Engelmann, M., Schnyder, U., Steil, R., & Pfaltz, M. (2023). *CAPS-5 Manual: Zur Anwendung und Auswertung der Clinician-Administered PTSD Scale für DSM-5.* Berlin: Springer Verlag.



Ziel:

- Transparenz bzgl. diagnostischer Kriterien und Diagnose
- Entpathologisierung der Symptome: „Ich bin nicht verrückt“
- Entwicklung eines ersten Verständnisses für die eigene Symptomatik



- Kernsymptome darlegen mit konkreten Beispielen

A. Traumatisches Ereignis

B. Wiedererleben (wichtig: Besonderheit Körpererinnerungen)

C. Vermeidungsverhalten (wichtig: je nach subjektiver Theorie, was das Trauma hätte verhindern können)

D. „Erinnerungslücken“ oder Übererregung

- Weitere Symptome aufzeigen:

Ekel

Alkohol-/
Drogenkonsum

Tiefes
Misstrauen
gegenüber
Menschen

“Bewaffnung“

Vermeidung von
Sexualität oder
Promiskuität

Schwierigkeiten
der Emotions-
regulation

Schuld und
Scham

Phasen der Traumatherapie



- I. Stabilisierung
- II. Traumakonfrontation
- III. Integration



- Beziehungsaufbau
- Psychoedukation zu Therapierational
- Triggeranalyse
- Reizdiskrimination
- Psychoedukation zu und Umgang mit Dissoziationen
- Sicherer Ort
- Umgang mit intensiven Gefühlen, insb. Scham, Schuld, Ekel



- Manche Patient:innen testen die Therapeut:in, indem sie sehr früh schreckenerregende Details berichten; andere Patient:innen berichten sehr zurückhaltend, hier sollte die Therapeut:in aktiv nachfragen
- Als Therapeut:in signalisieren, dass das Trauma ausgehalten werden kann
- Worte finden: Das Unaussprechliche aussprechbar machen, nicht gemeinsam vermeiden

„Wie nennen wir das, was da passiert ist?“



- Offenheit signalisieren: Sollte zunächst die Behandlung einer anderen Symptomatik im Vordergrund stehen, klar signalisieren, dass die Patient:in jederzeit erzählen darf, wenn sie/ er möchte

„Sie können so viel
erzählen wie Sie mögen.“

- Kontrolle über Therapieprozess:
Patient:in möglichst weitgehende Kontrolle über den Therapieprozess geben und selbst verstärkt darauf achten, wann Interventionen intrusiv erlebt werden



Zwischen Therapeut:in und Patient:in entsteht oft ein sehr enges Verhältnis, das bis zur Abhängigkeit gehen kann



- Rolle der Therapeut:in:

Do: Patient:in helfen, eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen und eigene Schlussfolgerungen zu ziehen

Don't: Als Retter auftreten oder versuchen, Patient:in von ihrer/seiner Unschuld zu überzeugen

- Umgang mit Wut:

Do: Dieses sehr nachvollziehbare Gefühl darf dosiert ausgedrückt werden

Don't: Als Richter auftreten und therapeutische Haltung aufgeben



- Beziehungserfahrungen, die Patient:innen gemacht haben, können sich auch in der therapeutischen Beziehung widerspiegeln, z.B. Angst vor Strafe bei Fehlern, Angst vor Nähe, starke Hilflosigkeit, Unterwürfigkeit, Verbitterung

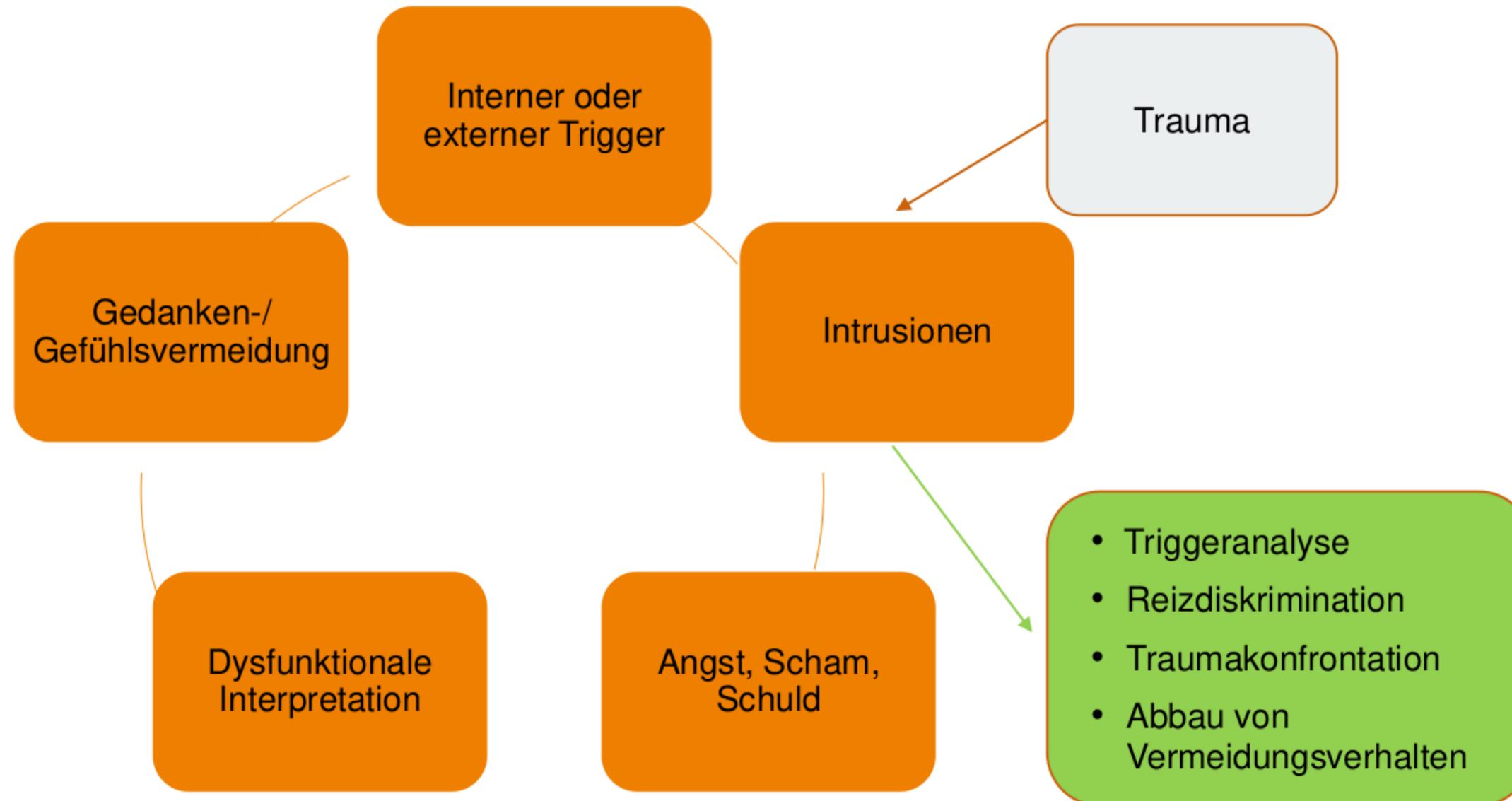


Ziele der Traumatherapie:

- Erhöhung des Kontrollerlebens über traumatische Erinnerungen
- Emotionales Prozessieren der traumatischen Gefühle und Körpererinnerungen
- Abbau des Sicherheits- und Vermeidungsverhaltens
- Verbesserung der Beziehungsgestaltung



Vermeidung („Ich denke einfach nie wieder daran“) hat nicht funktioniert;
Wichtig: Validierung der Vermeidung als nachvollziehbaren Bewältigungsversuch



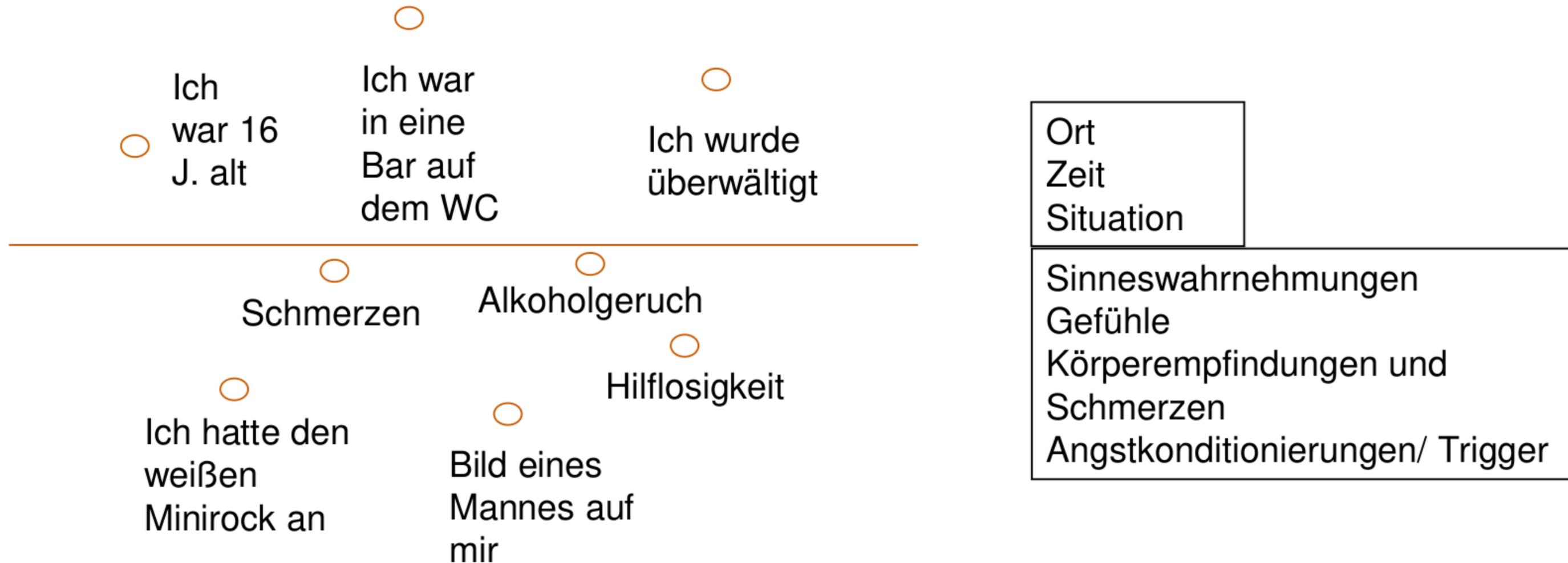


Ziele der Traumakonfrontation:

Verknüpfung der Gedächtnisinhalte zu einem Traumanarrativ und Ablage im autobiographischen Gedächtnis sowie emotionale Prozessierung der traumatischen Erlebnisse

Konzeptueller Hintergrund:

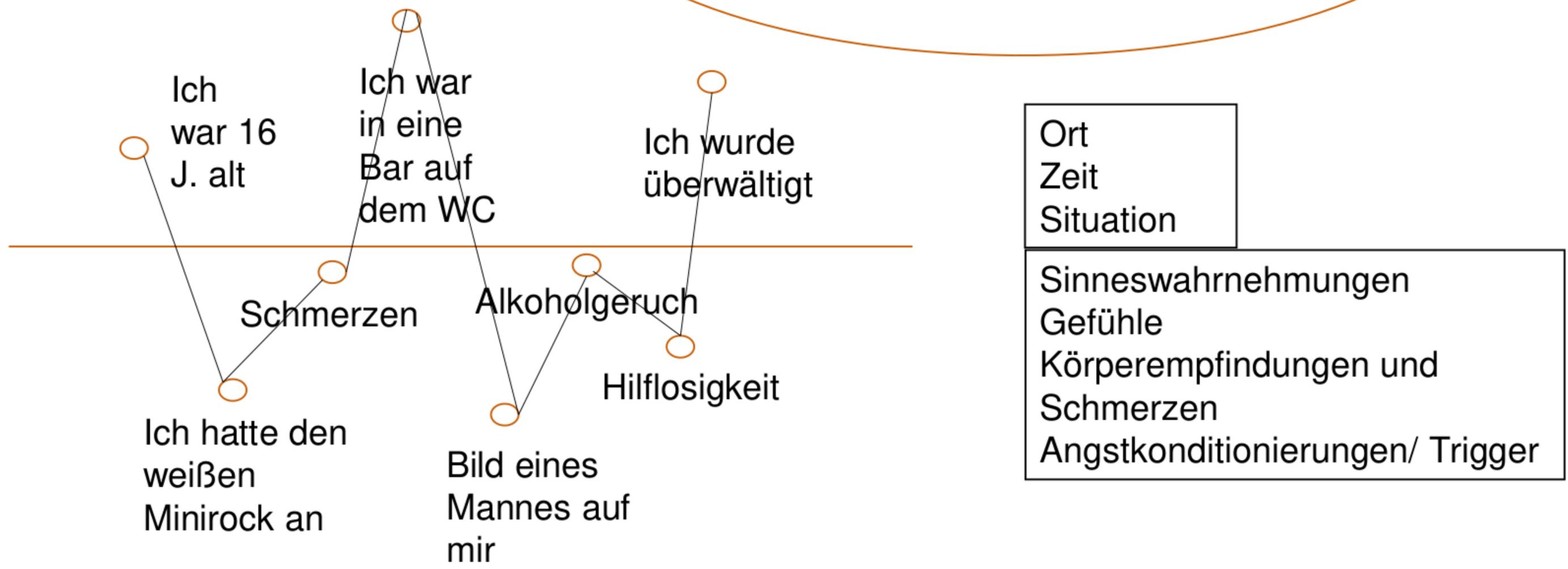
- Ungenügende Einbettung traumatischer Gedächtnisinhalte in das autobiographische Gedächtnis mit „damals und dort“ Qualität
- Dissoziation sensorischer und faktenbasierter traumatischer Gedächtnisinhalte bei „Einspeicherung“

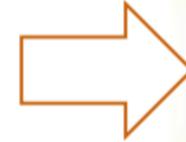
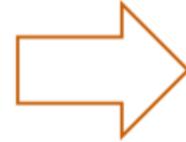
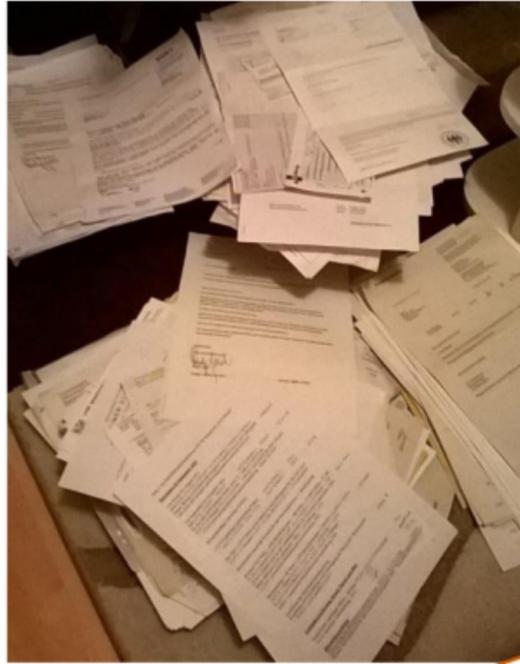




Psychoedukation zu Therapie rational

„Ziel ist eine Nachverarbeitung,
ein Umwandeln der traumatischen
Erinnerung in eine „normale Erinnerung.“





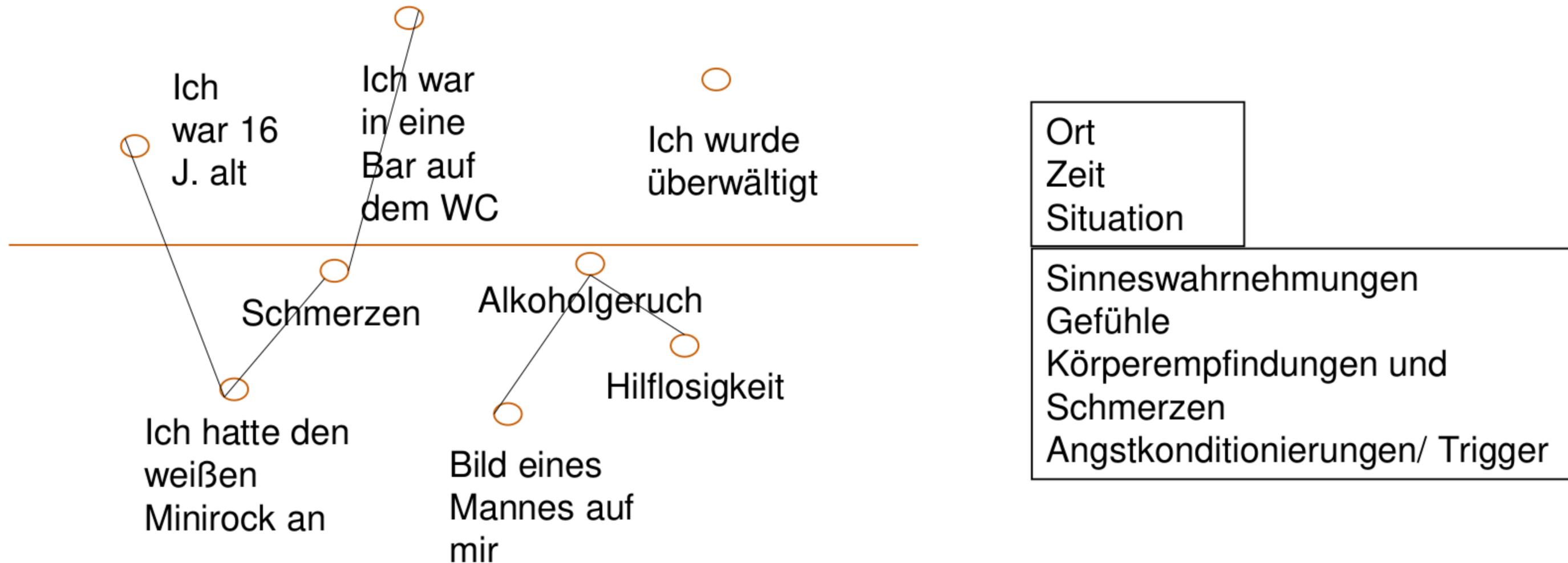
„Das Trauma soll zu einem beschrifteten Ordner im Schrank Ihres Lebens werden.“

„Um die losen Blätter in der richtigen Reihenfolge einzusortieren, müssen wir jedes einzelne in die Hand nehmen, anschauen und an der richtigen Position abheften.“



Cave:

Fragmentarische Erinnerungen können nicht immer vervollständigt werden





PTBS – Tagebuchkarte

Datum Uhrzeit	Trigger	Symptom-/Problemverhalten: (z.B. Intrusion/Alptrraum/Dissoziation...)	Was war direkt danach? Welche Skills habe ich angewandt?	Waren die Skills hilfreich? Wenn nein, warum nicht?

Trigger
Falls keine Trigger benannt werden können
Beschreiben Sie die vorangegangene,
Situation so ausführlich wie möglich
aber nur so belastend wie nötig

Intrusion
Welche sensorischen Reize
wurden wahrgenommen?
(sehen, hören, riechen,
fühlen, schmecken?)

Skills
Haben Sie Skills verwendet?
Falls Ja, welche Reize konnten
Sie aus der Intrusion reißen?
Was haben Sie danach gemacht?



Ziel:

Identifikation von Auslösereizen (Triggern) für intrusive
Wiedererinnerungen





1. Beschreibung der Intrusion	Bild von der Vergewaltigung, Schmerzen im Unterleib
2. Begleitende emotionale und körperliche Reaktion	Angst, Anspannung, Ekel
3. Situation (Ort, Zeit, Tätigkeit) unmittelbar vorher	Mit Freunden in einer Bar
4. Auslöser?	Song der Toten Hosen
5. Bezug zu Traumageschichte?	Dieser Song lief während der Vergewaltigung an Fasnacht

„Wenn Sie in die Situation reinzoomen, welches Element hat die Wiedererinnerung ausgelöst?“

„Was hat [Element] mit dem Trauma zu tun?“



1. Beschreibung der Intrusion	Schweißgeruch in der Nase, Gefühl an den Handgelenken festgehalten zu werden
2. Begleitende emotionale und körperliche Reaktion	Panik, Hilflosigkeit
3. Situation (Ort, Zeit, Tätigkeit) unmittelbar vorher	Mit einer Freundin beim Film schauen auf der Couch
4. Auslöser?	Graue Flauschdecke auf der Couch
5. Bezug zu Traumageschichte?	Der Täter hatte einen grauen Wuschelhund

„Wenn Sie in die Situation reinzoomen, welches Element hat die Wiedererinnerung ausgelöst?“

„Was hat [Element] mit dem Trauma zu tun?“



Ziel:
Bewältigung der Intrusionen durch Unterscheiden von „damals“ und „heute“

Damals: Gefahr



Heute: Sicherheit





Arbeitsblatt zur Reizdiskrimination

Meine Wiedererinnerung:

Ich fühle mich im Moment _____ (Gefühl, z.B. Angst,
Bedrohung, Ekel)

und ich spüre in meinem Körper _____

_____ (körperliche Empfindungen)

weil ich mich an _____ erinnere (Überschrift Trauma).



Heute aber weiß ich:

Ich schaue mich um, wo ich gerade bin _____ (Ort).

Heute ist _____ (Tag, Datum, Uhrzeit)

Ich befinde mich in folgender Situation: _____.

Ich bin allein / zusammen mit _____.

Ich kann _____ (sehen).

Daher weiß ich, dass _____ (Überschrift Trauma) jetzt / heute nicht passiert.



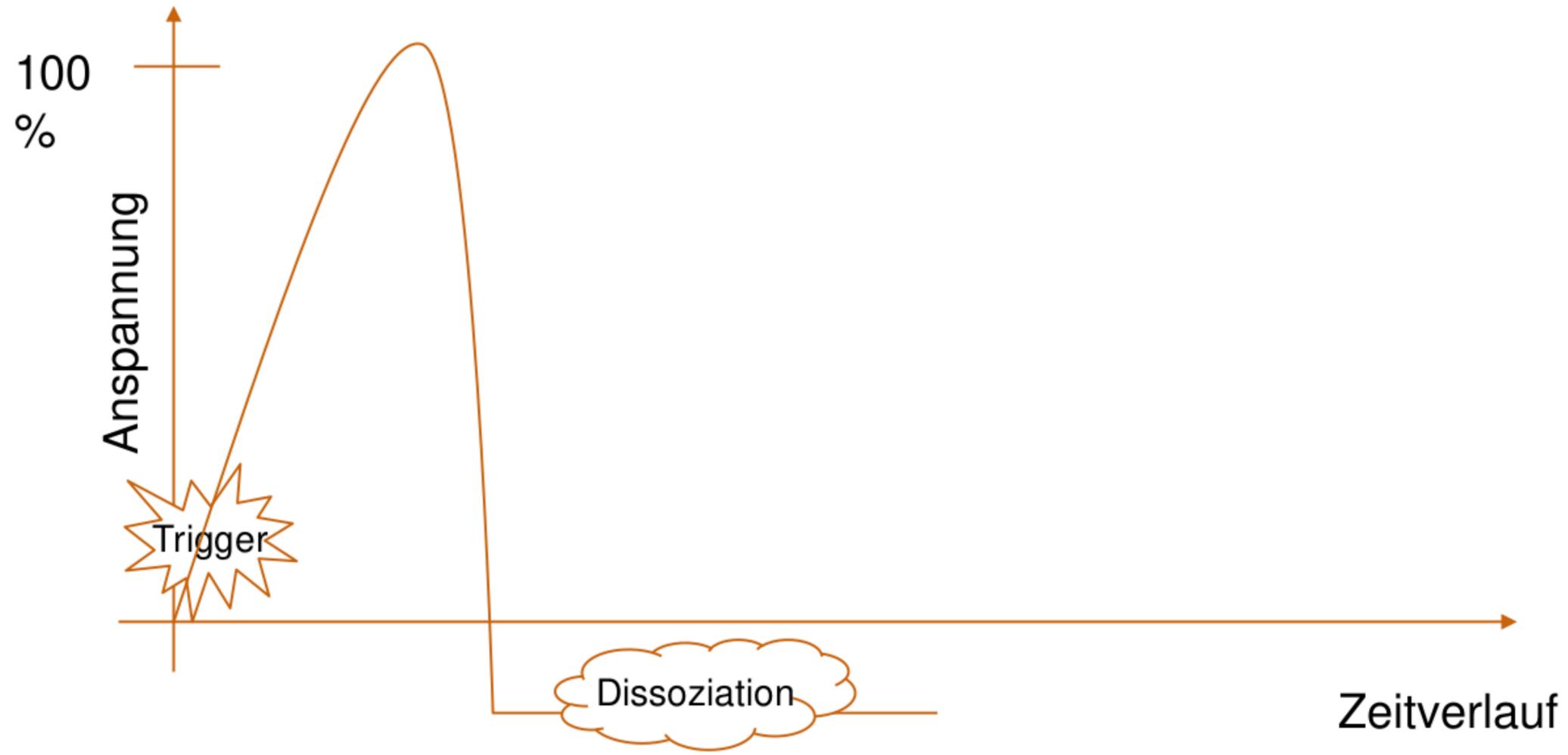
Welche Auslöser für die Wiedererinnerung kann ich identifizieren?

UNTERSCHIEDE von heutiger Situation zu damals?



- Dissoziation dient als Schutzmechanismus in Situationen, in denen weder Flucht noch Kampf Sinn machen würde. Diesen „Totstellreflex“ gibt es z.B. auch bei Tieren. Einerseits erhöht dieses regungslose Verharren möglicherweise die Überlebenschancen, andererseits bietet die Dissoziation eine Art psychischen Schutz.
- Validierung der Dissoziation als damals sinnvolle Strategie
- Dissoziationen sind nicht gefährlich

„Ich kann verstehen, dass Sie damals nur dadurch überlebt haben, dass Sie sich „weggebeamt“ haben. Ich denke aber, dass die Dissoziation Sie heute in Ihrem Alltag eher gefährdet und verhindert, dass Sie sich adäquat wehren können.“





Arbeit mit Frühwarnzeichen und anti-dissoziativen Skills

„Was sind charakteristische körperliche Symptome vor Auftreten einer Dissoziation?“

„Ziel ist es, dass Sie beim Auftreten des ersten charakteristischen Symptoms anfangen zu skillen.“

„Treten diese Symptome zuverlässig auf und sind sonst untypisch für Sie?“





- Entscheidung gegen Dissoziation treffen
- Arbeit mit Frühwarnzeichen und anti-dissoziativen Skills
- Anti-dissoziative Skills: Hochintensive Reize (Zitronensaft, Chilischoten, kaltes Wasser, intensive Bewegung, Wasabi, laute Musik, Riechsalz, Ammoniak)
- Anfälligkeit (Schlafmangel, Flüssigkeitsmangel) reduzieren
- Realitätskontrolle: 3-2-1- Übung, W-Fragen, Achtsamkeitsübungen



Ziel:

- Möglichkeit Emotionen zu regulieren
- Schaffen eines Ortes, an dem Patient:in sich wohlfühlt





Anleitung (abgewandelt nach Reddemann und Sachse):

„Ich bitte Sie jetzt, Ihre Aufmerksamkeit nach innen zu richten. Schauen Sie in Ihrem Inneren nach einem Ort, an dem Sie sich ganz wohl und sicher fühlen und den nur Sie alleine betreten können...

Vielleicht sehen Sie Bilder, vielleicht spüren Sie etwas, vielleicht denken Sie zunächst auch nur an einen solchen sicheren Ort...

Lassen Sie auftauchen, was immer auftaucht und nehmen Sie es an. Lassen Sie sich Zeit und begeben Sie sich auf die Suche nach diesem sicheren Ort. Seien Sie sich gewiss, dass es diesen sicheren Ort für Sie gibt und dass Sie nur eine Zeit geduldig nach ihm suchen und sich darauf konzentrieren müssen...

Machen Sie sich klar, dass Ihnen bei der Ausgestaltung Ihres sicheren Ortes alle nur denkbaren Hilfsmittel zur Verfügung stehen, alle erdenklichen Werkzeuge und Materialien sämtliche Fahrzeuge selbst magische Hilfsmittel wie ein Zauberstab...



Richten Sie Ihren sicheren Ort bitte so ein, dass Sie sich dort ganz sicher und geborgen fühlen...

Bitte prüfen Sie, ob Sie sich dort auch wirklich wohl und sicher fühlen. Es ist wichtig, dass Sie sich ganz wohl, sicher und geborgen fühlen. Richten Sie also Ihren sicheren Ort so ein, dass dies möglich ist...

Wenn Sie den sicheren Ort erreicht haben und für Ihr völliges Wohlbefinden gesorgt ist, spüren Sie bitte genau hin, wie es Ihrem Körper damit geht an diesem Ort zu sein.

Was sehen Sie? Was hören Sie? Was riechen Sie? Was spüren Sie auf der Haut? Wie geht es Ihren Muskeln?
Wie ist die Atmung? Wie geht es Ihrem Bauch?

Nehmen Sie das alles so genau wie möglich wahr, damit Sie wissen, wie es sich anfühlt an diesem sicheren Ort zu sein...



Verabreden Sie jetzt mit sich selbst ein Zeichen, mit dessen Hilfe Sie jederzeit an den sicheren Ort zurückkehren können. Sie können zum Beispiel eine Faust machen oder sich die Hände geben. Führen Sie die Geste bitte auch jetzt aus, damit sich Ihr Körper daran erinnert.

Spüren Sie noch einmal, wie es Ihnen an Ihrem sicheren Ort geht...

Kommen Sie dann langsam wieder zurück in den Gruppenraum, atmen Sie tief durch und strecken Sie sich.“



Leitfaden zum Umgang mit Gefühlen

1. Achtsamkeit für mein Gefühl

2. Akzeptanz meines Gefühls

3. Welche Handlungsmöglichkeiten habe ich?

- Habe ich das Gefühl unter Kontrolle? (Falls nicht, dann zunächst Skills anwenden)
- Ist das Gefühl angemessen? (Bei Zweifeln: Feedback holen, was würde ich in so einer Situation meiner besten Freundin raten?)
- Sind das Gefühl und der Verhaltensimpuls hilfreich?

Falls die Fragen mit „nein“ beantwortet werden, dann entgegengesetzt handeln.

4. Handlung



Intensität sekundärer Emotionen verringern:

- Beruhigen Sie die Atmung
- Ändern Sie die Gedanken
- Ändern Sie die Körperhaltung
- Ändern Sie die Wahrnehmung
- Ändern Sie den Handlungsimpuls



- I. Diagnostik, Psychoedukation, Stabilisierung
- II. Traumakonfrontation
- III. Integration



- Wiederentdecken von Ressourcen
- Ärztliche Untersuchungen durch gleichgeschlechtliche Ärzt:innen
- Etablieren eines regelmäßigen Ess- und Bewegungsverhaltens, Aufbau und Einhalten einer hilfreichen Tagesstruktur
- Ggf. Kontaktverbot für Täter:in
- Ggf. Bedarfsmedikation am Abend
- Ermutigung, Grenzen aktiv aufzuzeigen und Wünsche zu äußern (z.B. Sitzabstand im Einzeltherapie)



Kurzexposition

- Wer waren die/der Täter?

1. völlig fremd

2. vom Sehen bekannt ohne persönliche Beziehung

3. Bekannte (NachbarInnen, Arbeitskolleg:innen, Mitschüler:innen, usw.)

4. engere soziale Beziehung

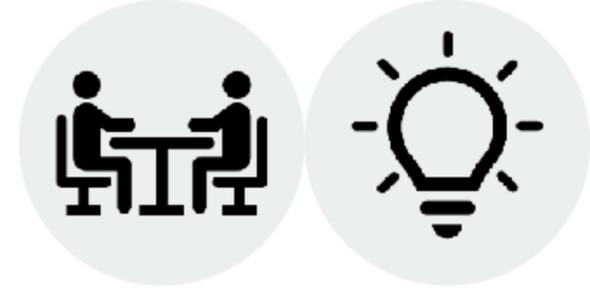
5. Familienmitglied: Verwandtschaftsgrad angeben

- Wie alt waren Sie?

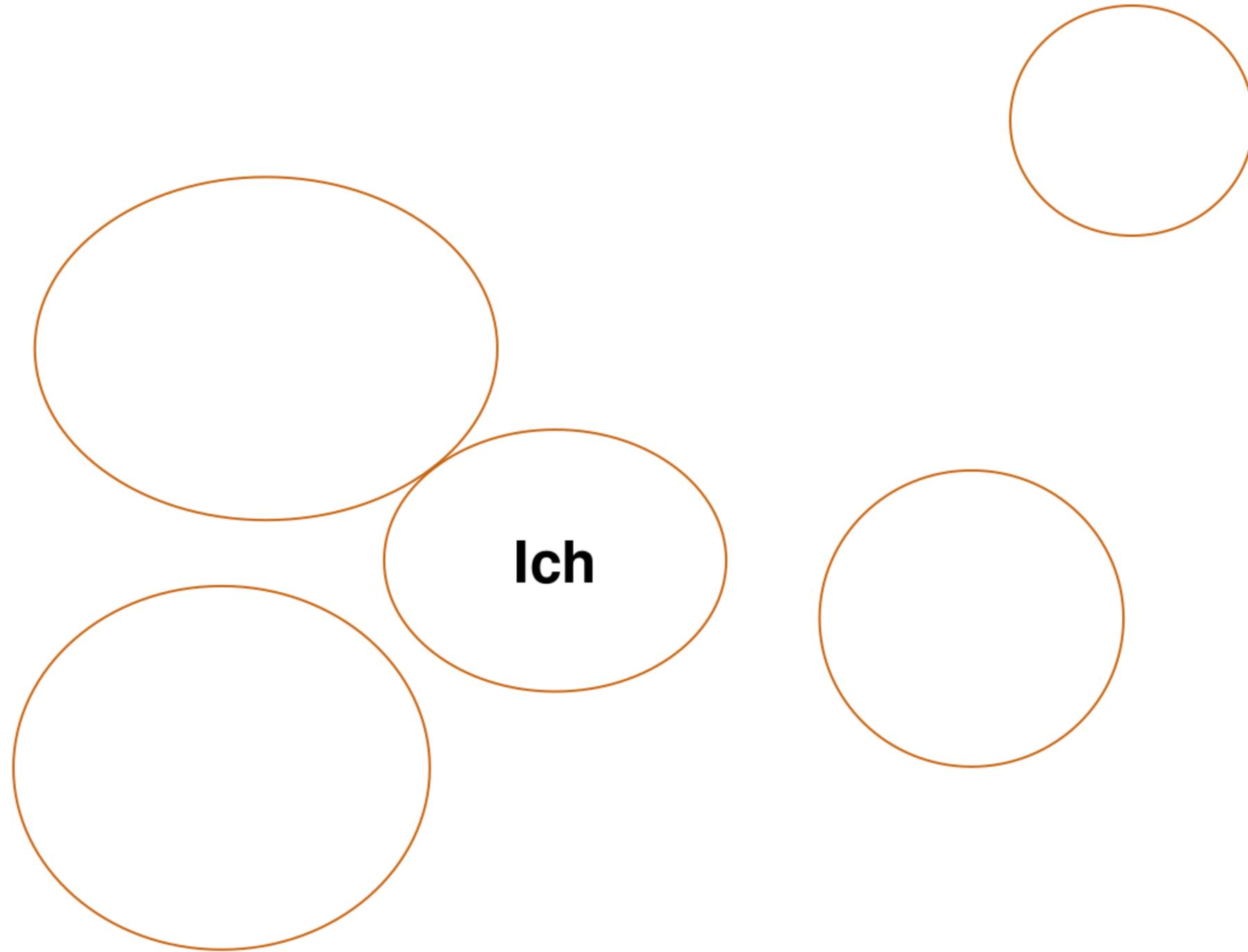


Kurzexposition

- Was ist passiert? Die schwersten Handlungen kurz benennen
 1. zuschauen lassen oder zuschauen müssen bei sexuellen Handlungen
 2. ungewollte sexuelle Berührungen
 3. ungewollter Geschlechtsverkehr bzw. Eindringen des Täters in den Körper
 4. Körperliche Verletzung durch den Täter
- Ist es wiederholt oder einmalig passiert?



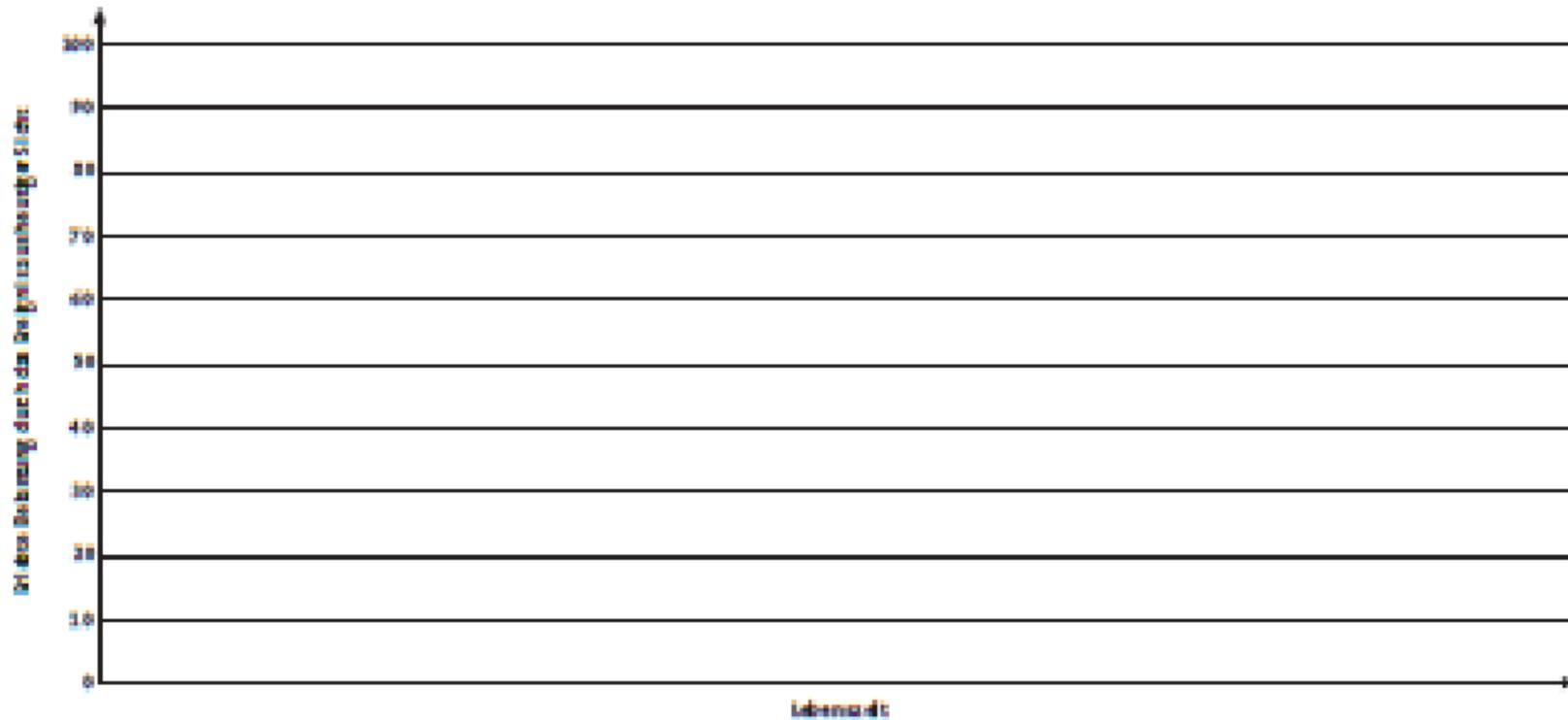
- „Schlimmste Momente“ der Traumatisierung/ „Belastungsgipfel“
- Von starken Emotionen und ungünstigen Bewertungen begleitet
- Wiedererleben in Intrusionen
- Meist 2-4 Hotspots/ unterscheidbare Intrusionen





40 | © Ullrich • Zeman • Müller-Klausmann: Therapie-Techik: Traumatische Belastungsstörung, 2011

Diese Traumalandkarte gibt Ihnen und Ihrem Therapeuten die Möglichkeit, eine Übersicht der belastenden Ereignisse über die Lebensspanne zu bekommen. Dazu reicht die Kennzeichnung mit einem X an der für Sie passenden Stelle im Graphen sowie eine kurze Notiz zur Art des Ereignisses (z.B. »Raubüberfall«). Die horizontale Achse gibt die Lebenszeit wieder, die vertikale Achse die erlebte Belastung aufgrund des Ereignisses aus Ihrer heutigen Sicht.



AB 6

Meine Traumalandkarte

TIP

Arten und Kungen:

.....

.....



- Erstes Berichten ohne Konfrontation im engeren Sinne
- Schreiben eines Traumaberichts



- Essverhalten
- Selbstverletzendes Verhalten
- Dissoziationen
- Beziehung zu Therapeut:in

müssen so stabil sein, dass eine typische Symptomverschlechterung mit Beginn der Traumakonfrontation „tolerierbar“ ist

- klare und dauerhafte Distanzierung von Suizidalität

Cave: Keine Traumakonfrontation bei noch bestehender Traumatisierung/ regelmäßigem Täterkontakt oder instabiler Lebenssituation

Cave: BMI mind. 16 kg/m², eher höher



- Doppelstunde einplanen
- Patien:in Urlaubstag am Tag der Exposition einplanen lassen
- Patient:in einen Plan für die Gestaltung der Zeit nach Expositionen erstellen lassen, z.B. Tagesplanung, bei Freund:in schlafen
- Erreichbarkeit der Therapeut:in nach ersten Expositionen klären
- Klären, wie und wo sich die Patient:in die Aufnahme anhören wird.



- Konfrontation der „schlimmsten Momente“/ Hotspots
- Manchmal genügt die Auseinandersetzung mit dem schlimmsten Moment



- Präsens, Ich-Form
- Beginn des Narrativs: Patient:in ist noch in Sicherheit
- Ende des Narrativs: Patient:in ist wieder in Sicherheit
- Einbezug von Daten, Zahlen, Fakten und gezielt von emotionalem Erleben und Sinneseindrücken
- Patient:in muss Skills dabei haben

- Wichtig: Berücksichtigen, welche Modalität Patient:in am leichtesten fällt: Schreiben, Sprechen, Bilder malen





Hilfreiche Sätze:

- „Wie geht es Ihnen in dem Moment?“
- „Wo spüren Sie das Gefühl im Körper?“
- „Was passiert dann?“
- „Wissen Sie, was da gerade passiert?“



- Traumakonfrontation aufnehmen und Patient:in selbst täglich anhören lassen
- Patient:in Aufnahme in verschiedenen Situationen anhören lassen
- Ziel: Erleben, dass Konfrontation mit traumatischen Erinnerungen tolerierbar ist



- Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy (IRRT): insb. geeignet bei kindlicher Traumatisierung
- Kognitive Verhaltenstherapie: insb. geeignet bei Missbrauch im Erwachsenenalter
- Narrative Expositionstherapie (NET): insb. geeignet für kriegstraumatisierte Menschen

Schmucker, M., & Köster, R. (2023). *Praxishandbuch IRRT: Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy bei Traumafolgestörungen, Angst, Depression und Trauer*. Stuttgart: Klett-Cotta.

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

Neuner, F., Catani, C., & Schauer, M. (2021). *Narrative Expositionstherapie (NET)*. Göttingen: Hogrefe Verlag



- I. Diagnostik, Psychoedukation, Stabilisierung
- II. Traumakonfrontation
- III. Integration



- Vertiefte Bearbeitung von Schuld, Scham, Ekel
- Modifikation dysfunktionaler Interpretationen
- Erarbeiten einer neuen Lebensperspektive
- Arbeit an Ressourcen
- Beziehungsgestaltung
- Weiblichkeit/ Männlichkeit und Sexualität



- Ekel schützt vor Gesundheitsgefahren durch Vergiftung oder Ansteckung
- Ekel ist ein primäres Gefühl während einer traumatischen Erfahrung
- Menschen mit traumatischen Erfahrungen fühlen sich oft beschmutzt
- Kinder können nicht zwischen ihrem Körper und dem eigenen Ich unterscheiden und lehnen ihre eigene Person als Ganzes ab
- Patient:innen glauben auch, dass andere sich vor ihnen ekeln und abwenden werden



- Patient:innen ekeln sich oft massiv vor ihrem Körper. Dies kann zu Essstörungen, exzessivem Waschen (auch mit Desinfektionsmittel) und zur Vermeidung von Ekel assoziierten Reizen (Intimität, soziale Kontakte, Spiegel etc.) führen
- Der Ekel überträgt sich auch auf Nahrungsmittel wie z.B. Bananen, Milch etc.
- Viele Traumapatient:innen trinken daher zu wenig.



Techniken im Umgang mit Ekel:

- Psychoedukation (biologische Funktion, Generalisierung von Ekel etc.)
- Reizdiskrimination
- Abbau des Vermeidungsverhaltens
- Imaginationen z.B. Imagination zur Erneuerung von Hautzellen (CRIM-Imagination)
- Ein Nahrungsmittel mit angenehmem Geschmack und anderer Konsistenz achtsam schmecken (in den Expositionen z.B. Pfefferminzbonbons dabei haben)



- Scham schützt davor aus einer Gemeinschaft ausgeschlossen zu werden.
- Scham soll Abwertung und Erniedrigung verhindern.
- Wir schämen uns aber auch, wenn wir von uns selbst enttäuscht sind oder uns anders fühlen als andere.
- Traumpatient:innen entwickeln aufgrund der erlebten Erniedrigung und Verletzung eigener Grenzen oft sehr starke Schamgefühle. Scham geht oft in Selbsthass über und führt zu ausgeprägtem Vermeidungsverhalten.



- Traumabezogene Scham entsteht
 - durch Demütigung und Abwertung während des Traumas
 - durch Angst vor Ablehnung („andere sehen, was mir passiert ist“)
 - wenn Opfer eine positive Beziehung zum Täter hatten
 - wenn es zu sexueller Erregung während des Missbrauchs kam
- Scham ist ein sekundäres Gefühl und verhindert die Auseinandersetzung mit dem Trauma.



Intensität von Scham verringern:

- Zugewandt bleiben, entpathologisieren und Scham besetzte Details erfragen
- Veränderung dysfunktionaler Kognitionen
- Psychoedukation (z.B. bei sexueller Erregung)
- Veränderung der Körperhaltung
- Selbstöffnung bei Personen, die einem zugewandt sind (z.B. in therapeutischen Gruppen)



- Schuldgefühle sind bei traumatisierten Menschen häufig sekundäre Bewertungen.
- Schuldgefühle sind ein verständlicher Versuch, die erlebte Traumatisierung zu verstehen und einzuordnen, erhöhen jedoch die emotionale Belastung.
- Wichtig ist die Unterscheidung zwischen Schuldgefühlen und tatsächlicher Schuld



- Schuldgefühle entstehen durch Verstrickung
 - wenn Opfer selbst zu Tätern gemacht werden
 - wenn die Opfer belohnt werden

- Schuldgefühle entstehen auch durch den Denkfehler der Retrospektive



- Schuldgefühle haben die Funktion, die Vorhersehbarkeit und subjective Kontrolle über künftiger Ereignisse zu erhöhen.

“Wenn ich unschuldig bin, kann das in Zukunft wieder passieren.“

- Häufig entwickelt sich aus diesen Schuldgefühlen ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten (z.B. bestimmte Kleidung, Meidung von Männern etc.).
- Schuldgefühle können gerade bei Missbrauch im familiären Umfeld auch dem Schutz wichtiger Bezugspersonen bzw. paradoxerweise dem Schutz des eigenen Selbstbildes dienen:

„Wenn ich schuldig bin, dann hat mich mein Vater doch geliebt.“



Komponenten von Schuldgefühlen:

- Verantwortung: *“Ich bin schuld, weil ich freiwillig mit ihm in die Wohnung gegangen bin.”*
- Vorhersehbarkeit: *„Ich hätte wissen müssen, dass der Typ mich vergewaltigen wollte.“*
- Moralische Verfehlung: *„Ich habe es erst genossen, als er mich gestreichelt hat.“*



Denkfehler bei Schuldgefühlen:

- Denkfehler der Retrospektive
- Vernachlässigung möglicher Konsequenzen alternativer Verhaltensweisen
- Nichtberücksichtigen des Zeitdrucks und der Anspannung/Angst
- Emotionales Schlussfolgern („ Wenn ich mich schuldig fühle, bin ich schuldig.“)



Intensität von Schuld verringern:

- Einstiegsfragen:
 - “Was genau werfen Sie sich vor?”
 - Was genau haben Sie falsch gemacht?”
- Psychoedukation über Denkfehler und deren Konsequenzen
- Sokratisches Fragen, das auf den Kenntnisstand der Patient:in kurz vor und während der Traumatisierung fokussiert



- Es macht wenig Sinn, die Patient:innen von ihrer Unschuld zu überzeugen. Die Patient:innen sollen, durch sokratische Fragen unterstützt, selbst ihre bisherigen Bewertungen überprüfen und neue - die alte Sichtweise entkräftende - Interpretationen entwickeln.



Komponenten von Schuldgefühlen – Hinterfragen der Verantwortung für das Trauma:

- “Wer war noch beteiligt?”
- „Welche Pläne hatte der Täter?“
- „Wie genau haben Sie ihren Vater dazu gebracht, sie zu missbrauchen?“
- „Wer ist im strafrechtlichen Sinne schuldig?“



Komponenten von Schuldgefühlen – Hinterfragen der Verantwortung für das Trauma:

- Um das Ausmaß der Schuld zu erfassen, kann man mit der Patient:in sammeln, welche Person/Umstände Verantwortung für die Traumatisierung haben könnten.
- Die Patient:in zeichnet die verschiedenen Einflussfaktoren in einen sogenannten „Verantwortungskuchen“ ein (Kreissegmente je nach Verantwortung).



Komponenten von Schuldgefühlen – Hinterfragen der Vorhersehbarkeit:

- “Was hatten Sie erwartet, wie der Tag verlaufen würde?”
- “Woraus hätten Sie schließen sollen, dass das passieren würde?”
- “Konnten Sie den Täter einschätzen?”
- “Was hätten Sie ihm im schlimmsten Fall zugetraut?”
- “Wie hätte der Täter auf Widerstand reagiert?”



Komponenten von Schuldgefühlen – Fragen für Opfer, die in der Kindheit traumatisiert wurden:

- “Wussten Sie damals, dass es Unrecht war?”
- “Konnten Sie die Folgen des Geschehens für Ihre Zukunft einschätzen?”
- “Hatten Sie jemanden, dem Sie sich anvertrauen konnten?”
- “Wer trägt die Verantwortung dafür, wie die Beziehung zwischen einem Kind und einem Erwachsenen zu gestalten ist?”



- Therapieassistent einführen
- Traumabuch einführen
- Keine Angst vor Dissoziationen
- Auf leichte, humorvolle Momente achten
- Hoffnung vermitteln
- Dauer: für Exposition 2 Einzelsitzungen planen





- Max. 2-3 Traumapatient:innen gleichzeitig behandeln
- Pause einplanen nach Traumakonfrontation
- Distanz wahren in Traumakonfrontation, Fokus ganz beim Patienten haben
- Fokus auf Fortschritte wahren, nicht nur auf das Leid
- Bewusster Therapieabschluss
- Supervision/ Intervision sicherstellen



- Reddemann, Luise (2019). *Imagination als heilsame Kraft: Ressourcen und Mitgeföhlt in der Behandlung von Traumafolgen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schmucker, M., & Köster, R. (2023). *Praxishandbuch IRRT: Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy bei Traumafolgestörungen, Angst, Depression und Trauer*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Boos, A. (2014). *Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung*. Göttingen: Hogrefe.
- Neuner, F., Catani, C., & Schauer, M. (2021). *Narrative Expositionstherapie (NET)*. Göttingen: Hogrefe.
- Lühr, K., Zens, C., & Müller-Engelmann, M. (2021). *Therapie-Tools Posttraumatische Belastungsstörung*. Weinheim: Beltz.



**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!**

Weitere Themen Traumatherapie

- Aufwachen aus Alpträumen
- Abbau Sicherheits- und Vermeidungsverhalten
 - Verschiedene Techniken der Konfrontation
 - Traumabericht