



Leseprobe aus:

Lühr/Zens/Müller-Engelmann, Therapie-Tools Posttraumatische Belastungsstörung, ISBN 978-3-621-28521-6

© 2021 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28521-6>

Lühr • Zens • Müller-Engelmann

Therapie-Tools

Posttraumatische Belastungsstörung

Kristina Lühr • Christine Zens •
Meike Müller-Engelmann

Therapie-Tools

Posttraumatische

Belastungsstörung

Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial

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 978-3-621-28521-6 Print
ISBN 978-3-621-28525-4 E-Book (PDF)

1. Auflage 2021

© 2021 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
Hinweise zum Arbeitsmaterial	366
Literatur	367

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 problematischem 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

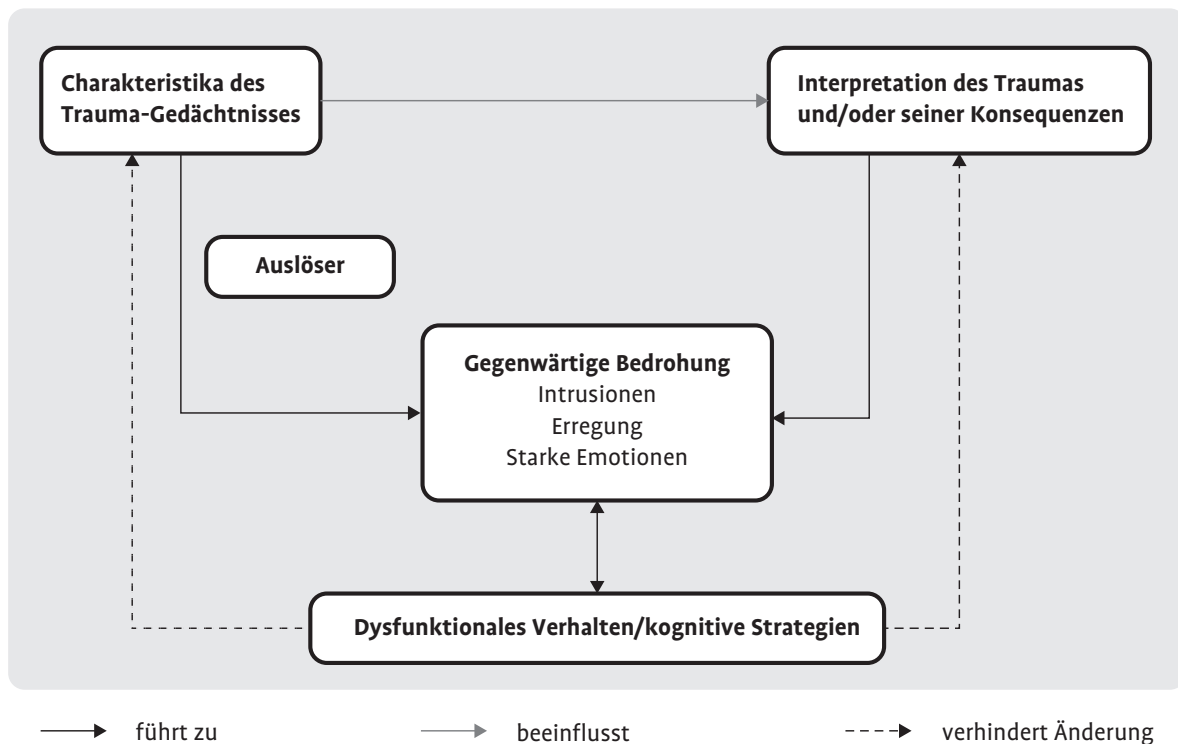
INFO 77	Ursachen und Folgen berufsbezogener Belastungen bei der Traumaarbeit	354
AB 112	Checkliste berufsbedingter Belastungsanzeichen	355
AB 113	Meine Belastungsampel	356
INFO 78	Typische Fallstricke in der Traumaarbeit	357
AB 114	Was hilft mir, gut durch den Tag zu kommen?	359
INFO 79	Schutz-und-Kraft-Sammlung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

3 Psychoedukation

3.1 Einführung

Viele Betroffene haben nach einem traumatischen Erlebnis große Schwierigkeiten, die damit verbundenen psychischen Symptome einzuordnen. Häufig werten sie diese Symptome als ein Zeichen dafür, dass mit ihnen etwas nicht stimmt oder sie verrückt werden. Eine gute Psychoedukation stellt in diesem Kontext einen ersten wichtigen Schritt zur Wiederherstellung der psychischen Stabilität dar und bildet die Grundlage für die Ableitung des Behandlungsrationalis im weiteren Verlauf der Therapie. Hierbei ist es von zentraler Wichtigkeit, die Symptome als eine normale und bekannte Reaktion auf ein außergewöhnliches Erlebnis einzuordnen. Darüber hinaus sollte den Patientinnen eine Erklärung dafür angeboten werden, wie es zu diesen Symptomen kommt. Ein bekanntes Modell, auf das sich viele der folgenden Materialien beziehen, ist das kognitive Modell von Ehlers und Clark (1999). Dieses Modell (s. Abb. 3.1) geht davon aus, dass das traumatische Erlebnis nur unzureichend elaboriert und in das autobiografische Gedächtnis integriert wurde. Konkret bedeutet dies, dass das traumatische Ereignis nicht als Teil der Vergangenheit erlebt wird. Hiermit in Zusammenhang steht, dass Reize, die an das das Trauma erinnern (Auslöser), intrusives Wiedererleben und Flashbacks auslösen können. Dies führt in Kombination mit ungünstigen Bewertungen in Bezug auf das Trauma und seiner Konsequenzen (z. B. »Ich bin nirgends sicher«; »Man sieht mir an, dass ich ein leichtes Opfer bin«) dazu, dass das Trauma als eine gegenwärtige Bedrohung wahrgenommen wird. Aufrechterhalten wird die Störung darüber hinaus durch dysfunktionale Verhaltensweisen (z. B. Gefühle mit Alkohol betäuben) und kognitive Verarbeitungstile (z. B. darüber grübeln, wie man das Trauma hätte verhindern können).

Abbildung 3.1 Auszug aus dem Modell der PTBS nach Ehlers und Clark (1999, aus Ehlers, 1999)



3.2 Arbeitsmaterial

Im Folgenden finden Sie eine Anleitung zur Erarbeitung des Störungsmodells sowie Informationsblätter für Patientinnen zu den Symptomen der PTBS. Es folgen Hinweise zur Ableitung des Therapierationals sowie Materialien zur Identifikation von Triggern, Intrusionen sowie traumabezogenem Vermeidungsverhalten. Abschließend finden Sie Informationen zu Dissoziationen und Hinweise dazu, wie Sie diese erkennen können.

AB 18 Was hat sich seit dem Trauma verändert?

Dieses Arbeitsblatt hat die Erfassung von Beschwerden und Symptomen, unter denen die Patientin im Zusammenhang mit dem traumatischen Erlebnis leidet, zum Ziel. Darüber hinaus werden bisherige Bewältigungsstrategien erfragt. Es kann der Patientin als Hausaufgabe zur Vorbereitung der Erarbeitung des Störungsmodells mitgegeben werden.

INFO 15 Hinweise zur Erarbeitung des Störungsmodells und zur Psychoedukation

Das Informationsblatt beschreibt das Vorgehen bei der Entwicklung des Störungsmodells, das gemeinsam mit der Patientin am Flipchart erarbeitet werden kann. Darüber hinaus werden drei verschiedene Möglichkeiten der Psychoedukation beschrieben, die bei Bedarf miteinander kombiniert werden können. Hierzu gehört erstens die Erläuterung von Besonderheiten des Traumagedächtnisses, die sich am kognitiven Modell der PTBS nach Ehlers und Clark (1999) orientiert. Darüber hinaus wird zweitens die Bildung von Reiz-Reaktions-Verbindungen erläutert. Der dritte Erklärungsansatz der PTBS bezieht sich auf die Erschütterung von Grundannahmen und orientiert sich am Störungsmodell der Cognitive Processing Therapy (Resick et al., 2016).

AB 19 Mein Störungsmodell der PTBS

Das Arbeitsblatt ermöglicht der Patientin, unter Berücksichtigung ihrer spezifischen Symptome ein individuelles Störungsmodell zu erstellen. Es kann der Patientin nach der Sitzung, in der das Störungsmodell erarbeitet wurde, als Hausaufgabe mitgegeben werden.

INFO 16 Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung

Auf diesem Informationsblatt wird der Patientin orientiert an den diagnostischen Systemen ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2012) und DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) erklärt, wie ein traumatisches Ereignis definiert ist und welche Symptome zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung gehören. Darüber hinaus wird das Vermeidungsverhalten als aufrechterhaltende Bedingung der PTBS identifiziert und seine Rolle mithilfe der Metapher des Wasserballs (Priebe & Dyer, 2014) erläutert. Es bietet sich an, der Patientin dieses Informationsblatt nach der Erarbeitung des Störungsmodells auszuhändigen.

INFO 17 Vorgehen beim Ableiten des Behandlungsrational

Die Beschreibung des Vorgehens bei der Ableitung des Behandlungsrational baut auf dem Informationsblatt zur Psychoedukation (INFO 15 »Hinweise zur Erarbeitung des Störungsmodells und zur Psychoedukation«) auf. Das Behandlungsrational kann entweder direkt im Anschluss an die Psychoedukation abgeleitet werden oder in der anschließenden Therapiesitzung folgen. Um zu verdeutlichen, warum die Auseinandersetzung mit den Erinnerungen erforderlich ist, kann auf die Metapher eines Schanks zurückgegriffen werden, in den die Erinnerungen einsortiert werden müssen (Priebe & Dyer, 2014). Wichtig ist es, die Ängste der Patientin im Hinblick auf die Auseinandersetzung mit den Erinnerungen zu normalisieren, Unterstützung anzubieten und das Vertrauen in das in der Therapie geplante Vorgehen zu stärken.

INFO 18 Worum geht es in der Traumatherapie?

Dieses Informationsblatt identifiziert das Vermeidungsverhalten als aufrechterhaltenden Faktor der PTBS. Anschließend erläutert es, warum eine Auseinandersetzung mit dem Trauma in der Therapie notwendig ist. Hierbei nimmt es Bezug auf die Metapher der »Wunde«, die das Trauma und den damit

verbundenen Genesungsprozess mit einer körperlichen Verletzung und deren Abheilung vergleicht. Abschließend werden Rahmenbedingungen der Therapie (z. B. *Unterstützung durch den Therapeuten* und *Kontrolle über den Prozess*) erläutert. Das Ziel ist hierbei, der Patientin zu erleichtern, sich auf die Behandlung einzulassen.

INFO 19 Den Triggern auf die Spur kommen: Auslösereize im Alltag erkennen

Das Informationsblatt bietet Psychoedukation zur Entstehung und Aufrechterhaltung innerer und äußerer Auslösereize für Intrusionen. Es richtet sich an Patientinnen und bietet die Option zum Notieren eigener, schon bekannter Trigger.

AB 20 Trigger-Tagebuch: den Auslösern für Wiedererleben auf der Spur

Dieses Arbeitsblatt ist ein Selbstbeobachtungsprotokoll zur Identifizierung und Beobachtung möglicher Auslösereize für Intrusionen. Die Identifikation dieser Auslöser stellt einen wichtigen Schritt dar, um das Kontrollerleben im Alltag zu stärken.

AB 21 Intrusionsliste

Auf dieser Liste kann die Patientin im Alltag belastende Erinnerungen sowie zugehörige Gedanken und Gefühle protokollieren. Das Führen der Liste ist ein erster Schritt zur Reduktion des Vermeidungsverhaltens und zur Auseinandersetzung mit den belastenden Erinnerungen. Dem Therapeuten gibt sie Aufschluss über in der Therapie zu bearbeitenden Themen wie Schuld- und Schamgefühle. Darüber hinaus lassen sich anhand der Häufigkeit des Vorkommens bestimmter Intrusionen Rückschlüsse auf das Index-Ereignis der Patientin (also das Ereignis, von dem aktuell die stärkste Belastung ausgeht) ziehen.

AB 22 Vermeidungsverhalten identifizieren

Dieses Arbeitsblatt beinhaltet eine Liste, die der Patientin dabei helfen kann, ihr Vermeidungsverhalten zu identifizieren. Diese kann entweder die Patientin selbstständig bearbeiten oder der Therapeut erfragt die Strategien im Rahmen eines Interviews. Die Kenntnis des individuellen Vermeidungsverhaltens der Patientin ist wichtig, um diese darin zu unterstützen, Vermeidung bereits von Beginn der Behandlung an Schritt für Schritt zu reduzieren.

INFO 20 Dissoziationen: Hintergrundinformationen und Hinweise zur Psychoedukation

Dieses Informationsblatt erläutert zunächst, was Dissoziationen sind und wie man sie am Verhalten der Patientin und dem, was die Patientin über ihre Schwierigkeiten berichtet, erkennt. Anschließend werden Vorschläge zur Psychoedukation bei dissoziativen Symptomen gemacht. Diese gehen auf die Funktion der Dissoziation als Schutz- und Überlebensmechanismus ein und erläutern das Schwellenmodell dissoziativer Symptome (Priebe et al., 2014).

Um besser zu verstehen, unter welchen Belastungen Sie nach dem traumatischen Ereignis bzw. den traumatischen Ereignissen leiden und wie es dazu kommt, beantworten Sie bitte als Vorbereitung für die nächste Therapiesitzung die folgenden Fragen. Sollte der Platz nicht ausreichen, können Sie ein zusätzliches Blatt benutzen.



- (1) Welche Beschwerden und Symptome haben Sie in Zusammenhang mit dem traumatischen Ereignis bei sich beobachtet?

.....

- (2) Unter welchen belastenden Erinnerungen (z. B. wiederkehrende Bilder, sensorische Erinnerungen [bestimmte Geräusche oder Gerüche], Flashbacks und Albträume) leiden Sie? Bitte benennen Sie den Inhalt dieser Erinnerungen kurz.

.....

- (3) Welche Gefühle belasten Sie in Zusammenhang mit dem Trauma? Hiermit sind Gefühle wie Schuld, Scham, Hilflosigkeit, Wut, Ekel, Angst und Traurigkeit gemeint.

.....

- (4) Unter welchen belastenden Gedanken leiden Sie seit dem Trauma? Hiermit sind Gedanken über sich selbst, andere Menschen und die Welt gemeint, die nach dem Trauma entstanden sind oder sich durch dieses verändert haben (z. B. »Ich hätte voraussehen müssen, dass es passiert«, »Ich kann niemandem mehr vertrauen«, »Die Welt ist gefährlich«).

.....

- (5) Welche Symptome erhöhter körperlicher Anspannung und Übererregung beobachten Sie seit dem traumatischen Ereignis bei sich? Hierunter fallen Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen, starkes Erschrecken und leichte Reizbarkeit.

.....

- (6) Was haben Sie bisher getan, um mit diesen Schwierigkeiten zurechtzukommen?

.....



Zur Vorbereitung der Erarbeitung des Störungsmodells wird die Patientin gebeten, zu Hause aufzuschreiben, unter welchen Symptomen sie seit dem Trauma leidet (z. B. mit AB 18 »Was hat sich seit dem Trauma verändert?«). Bereits bei der Erarbeitung des Störungsmodells sollte der Vermeidung durch das konkrete Sprechen über die Symptome entgegengewirkt werden.

Das Störungsmodell kann in der Sitzung am Flipchart entsprechend des Arbeitsblatts 19 »Mein Störungsmodell der PTBS« erarbeitet werden. Hierbei bietet sich das im Folgenden erläuterte Vorgehen an.



Symptome sammeln

Sammeln Sie die Symptome der Patientin am Flipchart und ordnen Sie diese beim Aufschreiben den Bereichen »Erinnerungen«, »Gedanken«, »Gefühle« und »Körperreaktionen« zu. Sie können diese Sammlung beginnen, indem Sie die Patientin fragen, wodurch sie sich aktuell in Zusammenhang mit dem Trauma am stärksten belastet fühlt. Wenn dann eine konkrete Erinnerung benannt wird, können Sie davon ausgehend zugehörige Gedanken, Gefühle und körperliche Reaktionen explorieren. Anschließend können Sie weitere Erinnerungen und dazugehörige Symptome erfragen. Zur Reduktion der Vermeidung ist es empfehlenswert, die Patientin zu bitten, den Inhalt der Erinnerungen kurz zu beschreiben bzw. hierfür eine Überschrift zu finden (z. B. »Gesicht des Täters« oder »Geruch von damals«).

Auslöser/Trigger explorieren

Explorieren Sie im nächsten Schritt Situationen, in denen diese Symptome ausgelöst werden. Halten Sie diese ebenfalls am Flipchart fest.



Symptome normalisieren und Zusammenhänge aufzeigen

Normalisieren Sie die von der Patientin genannten Symptome und erklären Sie unter Bezugnahme auf die von der Patientin beschriebenen Symptome die Symptombereiche der PTBS, z. B.: »Das, was Sie berichten, sind Symptome der PTBS. Zu den Symptomen der PTBS gehören das Wiederleben des Ereignisses, das auf unterschiedliche Art und Weise geschehen kann. Beispiele sind belastende Erinnerungen, Flashbacks (in einem Flashback hat man den Eindruck, das Ereignis würde gerade noch einmal stattfinden) und Alpträume. Ein weiterer häufiger Symptombereich ist die negative Veränderung von Gedanken und Gefühlen, so wie Sie sie beschrieben haben. Darüber hinaus gehören zu den Symptomen der PTBS eine starke Anspannung und Übererregung, das sogenannte Hyperarousal, das mit einem erhöhten Aktivierungsniveau Ihres Nervensystems zusammenhängt. Unter solchen Schwierigkeiten leiden viele Personen, die so schlimme Dinge erlebt haben wie Sie. Es handelt sich dabei um eine normale Reaktion auf ein außergewöhnliches Erlebnis.«

Stellen Sie anschließend Bezüge zu auslösenden Situationen her, z. B.: »In bestimmten Situationen, die Sie an das Trauma erinnern, z. B. wenn es im Fernsehen um sexuelle Gewalt geht (eine auslösende Situation der Patientin benennen), wird das Traumaerleben (bestehend aus belastenden Erinnerungen, Gedanken, Gefühlen und Symptomen körperlicher Anspannung) aktiviert. Die einzelnen Symptome können sich dabei gegenseitig bedingen und verstärken. Wie ist das bei Ihnen?«

Psychoedukation

Bieten Sie eine Erklärung dafür an, wie die Symptome der PTBS entstehen. Hierbei haben Sie verschiedene Möglichkeiten, die auch miteinander kombiniert werden können:

- ▶ **Besonderheiten des Traumagedächtnisses** (erklärt, wie es zu dem Gefühl des Überwältigtwerdens von traumatischen Erinnerungen in der Gegenwart kommt):



»Normalerweise sind Erinnerungen in das autobiografische Gedächtnis integriert und geordnet abgespeichert. Wenn Sie z. B. später jemandem von unserer Therapiesitzung heute erzählen, haben Sie das als zusammenhängende Erinnerung gespeichert, die viele Teilaspekte beinhaltet. So können Sie sich erinnern, wie der Therapieraum aussah, zu welcher Tageszeit wir uns getroffen haben, ob die Sonne in den Raum geschienen hat, worüber wir gesprochen haben und was Sie anschließend getan haben. Bei einem traumatischen Ereignis ist das anders. Aufgrund der außergewöhnlichen Bedrohung und der damit verbundenen erlebten starken Belastung wird es ungenügend verarbeitet und nicht ausreichend in das autobiografische Gedächtnis integriert. Die Erinnerungen sind dann z. B. ohne raumzeitlichen Kontext abgespeichert. Sie können sich die Erinnerungen an ein traumatisches Ereignis vorstellen wie ein Puzzle, dessen Teile unsortiert in der Schachtel liegen. Eine Folge hiervon ist, dass die Erinnerungen oft bruchstückhaft und ungeordnet sind. So haben viele Betroffene Schwierigkeiten, das traumatische Ereignis willentlich vollständig und in zeitlicher Reihenfolge zu erinnern. Gleichzeitig können Erinnerungen aber leicht wieder aktiviert werden, sobald etwas Sie an das Trauma erinnert. Es fällt dann schwer, die Inhalte der Erinnerung als Teil der Vergangenheit einzuordnen. Hierdurch erklärt sich das von Betroffenen häufig als unkontrollierbar erlebte Auftreten von belastenden Erinnerungen und Flashbacks, die den Eindruck vermitteln, als würde das Ereignis gerade wieder passieren.«

- ▶ **Bildung von Reiz-Reaktion-Verbindungen** (erklärt, wie es zur Aktivierung belastender Erinnerungen durch Trigger kommt)



»Wenn man eine traumatische Situation erlebt, werden Verbindungen zwischen Merkmalen der traumatischen Situation und der damit verbundenen starken Reaktion (z. B. Angst, Ekel, Schmerzen, körperliche Anspannung) gebildet. Die Folge hiervon ist, dass heutige situative Merkmale, die denen während des Traumas ähneln, z. B. bestimmte Gerüche, Geräusche oder Orte, erneut solche starken Reaktionen auslösen können. Diesen Prozess nennt man *Generalisierung*. Ein konkretes Beispiel hierfür ist der Geruch des Aftershaves des Täters oder die Sirene eines Rettungswagens [hier eigene Beispiele der Patientin verwenden]. Eigentlich handelt es sich dabei um einen evolutionsbiologisch sinnvollen Mechanismus, der uns vor gegenwärtigen Gefahren schützen und uns dabei unterstützen soll, beim nächsten Mal schneller reagieren zu können. Aus diesem Grund sind die gebildeten Verbindungen auch besonders stark. Denken Sie z. B. an Naturvölker, die im Urwald leben. Dort kann es überlebenswichtig sein, dass die Merkmale der Situation, in der man einer giftigen Schlange begegnet ist, z. B. Rascheln im Gebüsch und sumpfiges Gelände, mit Gefahr assoziiert sind. Das ausgelöste Angstgefühl hilft den Betroffenen dabei, gefährliche Situationen zu meiden und sich bei Hinweisen auf eine Gefahr so schnell wie möglich in Sicherheit zu bringen. Nach einem traumatischen Ereignis sind diese gebildeten Verbindungen jedoch meistens nicht hilfreich, da von den meisten Auslöse- oder Triggersituationen keine Gefahr ausgeht. Wenn etwa ein Kollege das Aftershave des Täters benutzt, stellt er deshalb keine Gefahr für Sie dar [hier eigenes Beispiel der Patientin verwenden]. Das Alarmsystem springt zu schnell an und wird selbst zu einer Belastung, die Sie im Alltag stark einschränken kann.«

- ▶ **Erschütterung von Grundannahmen** (erklärt, wie es zu belastenden Annahmen über sich selbst, andere Menschen und die Welt kommt und bietet sich besonders zur Vorbereitung der Kognitiven Therapie an)



»Wir Menschen entwickeln im Laufe unseres Lebens grundlegende Überzeugungen und Glaubenssätze über uns selbst, andere und die Welt. Diese Glaubenssätze machen die Welt verstehbar und geben uns Sicherheit. Hierzu gehört z. B. der Glaube an eine gerechte Welt, also die Überzeugung, dass es uns gut gehen wird und uns Gutes passieren wird, wenn wir ein gutes Leben führen und uns an moralische Normen halten. Diesen Glauben an eine gerechte Welt spiegelt auch das Sprichwort ›Jeder bekommt, was er verdient‹ wider. Ein traumatisches Erlebnis erschüttert diese Überzeugungen grundlegend und kann in vielen Fällen zunächst nicht in unser bestehendes Wertesystem integriert werden. Konkret heißt das, dass es vielen Betroffenen schwerfällt zu verstehen, warum gerade ihnen so etwas Schreckliches passiert ist, obwohl sie nichts falsch gemacht haben. Ein möglicher Umgang mit diesem Widerspruch ist es, sich selbst die Schuld an dem Ereignis zu geben oder sich vorzuwerfen, es nicht verhindert zu haben. [An dieser Stelle, sofern zutreffend, auf die konkreten Schuldgedanken der Patientin verweisen.] Darüber hinaus verändern viele Betroffene ihre früheren, grundlegenden Überzeugungen sehr stark, um sich zu erklären, wie es zu dem Ereignis kommen konnte. Hierzu gehören Gedanken wie ›Die Welt ist unkontrollierbar und gefährlich‹, ›Ich bin nirgendwo sicher‹ und ›Es kann jederzeit wieder passieren‹ [eigene Beispiele der Patientin nennen]. Diese traumabezogenen Annahmen führen häufig zu belastenden Gefühlen wie Schuld, Scham und Angst.«

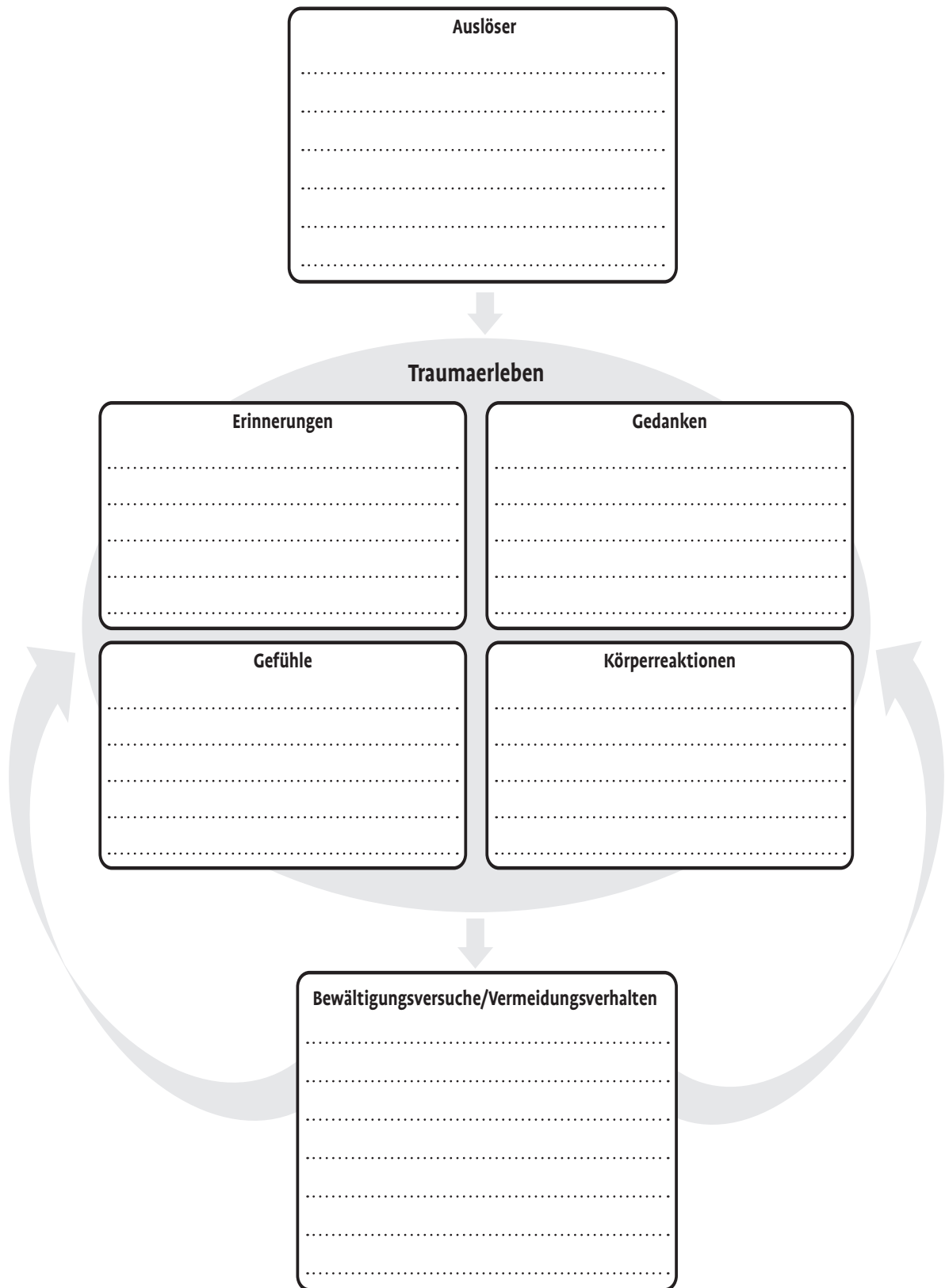
Bisherige Bewältigungsversuche explorieren und validieren

Explorieren Sie alles, was die Patientin bisher versucht hat, um mit der traumabezogenen Belastung umzugehen. Hierunter fällt das Vermeidungsverhalten, das Versuche beinhaltet, nicht an das traumatische Ereignis zu denken, Erinnerungen und Gefühle wegzuschieben oder zu bekämpfen (etwa durch den Konsum von Alkohol und Beruhigungsmitteln). Darüber hinaus versuchen viele Betroffene Situationen, Personen oder Orte zu meiden, die an das Trauma erinnern. Erklären Sie der Patientin, dass es sich dabei um einen weiteren Symptombereich der PTBS handelt. Validieren Sie das Vermeidungsverhalten der Patientin als einen Versuch, mit der starken traumabezogenen Belastung umzugehen, z. B.: »Ich kann gut verstehen, dass Sie die Erinnerungen wegschieben und sich durch Computerspiele ablenken, wenn die Erinnerungen zu stark werden. Das hilft Ihnen kurzfristig, mit der starken Belastung durch das Trauma umgehen zu können und Ihren Alltag weiterhin einigermaßen bewältigen zu können.«

Vermeidung als aufrechterhaltende Bedingung identifizieren

Erarbeiten Sie mit der Patientin, dass ihr Vermeidungsverhalten zwar kurzfristig hilfreich ist, aber langfristig zur Aufrechterhaltung der Symptomatik führt. Dies können Sie durch folgende Fragen einleiten: »Helfen Ihnen diese Strategien langfristig? Haben diese Verhaltensweisen dazu geführt, dass die Symptome langfristig weniger geworden sind?« Nutzen Sie ein gedankliches Experiment zur Verdeutlichung und bitten Sie die Patientin, eine Minute lang nicht an einen rosaroten Eisbären zu denken. Dieses Gedankenexperiment macht deutlich, dass der Versuch, nicht an etwas zu denken, dazu führt, dass die entsprechenden Gedanken häufiger auftreten. Weiterhin können Sie auf experimentelle Studien aus dem Bereich der PTBS-Forschung Bezug nehmen, die zeigen, dass sich die Wahrscheinlichkeit des Auftretens traumabezogener Gedanken und Gefühle durch den Versuch, diese zu unterdrücken, erhöht (z. B. Davies & Clark, 1998; Shipherd & Beck, 2005). Das Vermeidungsverhalten, das die Patientin für sich als Lösung gefunden hat, um mit der Symptomatik umzugehen, führt somit dazu, dass die PTBS weiterhin bestehen bleibt. Wenn Sie zuvor die Analogie des Puzzles verwendet haben, können Sie an dieser Stelle erneut darauf zurückgreifen: »Das Vermeidungsverhalten führt dazu, dass das Puzzle nicht sortiert wird, die Erinnerung kann dadurch nicht verarbeitet und in das autobiografische Gedächtnis integriert werden.«

 Mein Störungsmodell der PTBS





Unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung – PTBS – versteht man eine langanhaltende Belastungsreaktion, die entstehen kann, nachdem man ein Trauma erlebt hat.

Was versteht man unter einem Trauma?

Ein Trauma ist ein Erlebnis, das mit einer außergewöhnlichen Bedrohung verbunden ist. Hierbei kann es sich um eine Konfrontation mit dem Tod, einer Bedrohung des Lebens, einer schweren Verletzung oder sexueller Gewalt handeln.

Betroffene können das Ereignis entweder selbst erlebt haben oder Zeuge eines solchen Ereignisses geworden sein. Eine weitere Möglichkeit ist, dass Betroffene plötzlich und unerwartet davon erfahren haben, dass ein solches Ereignis einem Angehörigen passiert ist.

Beispiel

Beispiele für Traumata sind Unfälle, Naturkatastrophen, Kriegserlebnisse, körperliche Angriffe, Überfälle, schwere Unfälle, akute lebensbedrohliche Erkrankungen, Vergewaltigungen oder andere sexuelle Übergriffe.

Welche Symptome gehören zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)?

► Wiedererleben des Traumas

Häufig haben Menschen, die unter einer PTBS leiden, ungewollte Erinnerungen an die traumatischen Erlebnisse. Diese Erinnerungen lassen sich in den meisten Fällen nur schwer kontrollieren. Sie können in Form von Gedanken, Bildern, Albträumen, Geräuschen, Gerüchen oder auch Körperempfindungen auftreten. Die Erinnerungen wirken meist sehr lebendig und können mit körperlichen Reaktionen (wie Schwitzen, Zittern, Herzklopfen) verbunden sein. Häufig werden traumabezogene Erinnerungen durch Hinweisreize (sog. Trigger) ausgelöst, die mit dem Trauma in Zusammenhang stehen, z. B. bestimmte Geräusche oder Gerüche.

► Negative Veränderung von Gedanken und Gefühlen

Viele Menschen entwickeln als Reaktion auf ein Trauma starke, negative Überzeugungen in Bezug auf sich selbst, andere Menschen oder die Welt. Beispiele für solche Überzeugungen sind Gedanken wie: »Ich bin schlecht«, »Ich kann niemandem vertrauen«, »Die Welt ist gefährlich« und »Mein Leben ist ruiniert«. Solche Überzeugungen führen zu einer negativen Einstellung gegenüber sich selbst, anderen Menschen und der Zukunft.

Darüber hinaus wirkt sich die PTBS auf das emotionale Erleben aus. So leiden viele Betroffene unter anhaltenden negativen Gefühlen wie Angst, Wut oder Scham und viele geben sich die Schuld für das traumatische Ereignis und dessen Folgen. Ein weiteres Symptom ist die Schwierigkeit, positive Gefühle wie Freude, Glück oder Zufriedenheit zu empfinden.

Hiermit in Zusammenhang steht, dass sich eine PTBS häufig auf das soziale Leben auswirkt. So fühlen viele Menschen mit einer PTBS sich einsam, sogar dann, wenn sie mit anderen Menschen zusammen sind. Es kann auch vorkommen, dass sie das Interesse an früher als schön oder angenehm erlebten Aktivitäten verlieren.

► Körperliche Anspannung/Übererregung

Eine PTBS ist außerdem durch körperliche Anspannung und Übererregung gekennzeichnet, die mit einem erhöhten Aktivierungsniveau des autonomen Nervensystems in Zusammenhang steht. Das bedeutet, dass der Körper andauernd in einer Art »Lauerstellung« ist, als ob jederzeit wieder ein Trauma geschehen könnte. Viele Betroffene haben das Gefühl, ständig auf der Hut sein zu müssen, und sind sehr schreckhaft. Mit der körperlichen Anspannung und Übererregung in Verbindung stehen Symptome wie Schlafstörungen oder Konzentrationsschwierigkeiten. Aber auch Reizbarkeit und wiederkehrende Wutausbrüche können eine Folge sein.

Wie entsteht eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)?

Es ist völlig normal, dass man nach einem traumatischen Erlebnis sehr belastet ist und Probleme wie sich aufdrängende Erinnerungen, Alpträume, Schlafprobleme, körperliche Anspannung oder Gefühle wie Angst, Wut oder Scham hat.

Wichtig

Die Symptome sind eine normale Reaktion auf ein unnormales Ereignis!

Viele Menschen erleben in ihrem Leben traumatische Ereignisse. Unmittelbar danach haben die meisten von ihnen Symptome wie sich aufdrängende Erinnerungen und Alpträume, körperliche Anzeichen von Übererregung wie Schlafprobleme und negative Gefühle wie Angst. Bei einigen Menschen lassen diese Symptome mit der Zeit wieder nach, bei vielen bleiben die Beschwerden aber auch bestehen.

Diese Symptome sind oft sehr belastend und schwer auszuhalten. Als Reaktion entwickeln viele Betroffene ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten, das ebenfalls zu den Symptomen der PTBS gehört.

Vermeidung als weiteres Symptom der PTBS

Viele Menschen mit einer PTBS versuchen alles, was mit dem Trauma in Verbindung steht, zu vermeiden. Hierzu zählt etwa der Versuch, belastende Erinnerungen, Gefühle oder Gedanken an das Trauma wegzuschieben oder sich abzulenken. Darüber hinaus werden häufig auch Orte, Aktivitäten oder Menschen, die einen an das Trauma erinnern, gemieden.

Die Vermeidung trägt kurzfristig dazu bei, negative Gefühle, Gedanken und Erinnerungen zu reduzieren. Sie verhindert jedoch, dass das Trauma verarbeitet und in das autobiografische Gedächtnis integriert werden kann. Studien zeigen, dass der Versuch, Gedanken und Gefühle zu unterdrücken, langfristig zu deren Zunahme führt und die Belastung durch das Trauma weiter bestehen bleibt.

Beispiel

Sie können sich das vorstellen wie einen aufgeblasenen Wasserball, den Sie versuchen, mit aller Kraft unter Wasser zu drücken und dann dort zu halten. Sobald Sie ganz kurz abgelenkt sind oder den Ball mit etwas weniger Kraft nach unten drücken, schießt er wieder nach oben und zwar umso stärker, je tiefer Sie ihn zuvor in das Wasser gedrückt haben. Genauso ist es mit den belastenden Erinnerungen. Es kostet sehr viel Kraft, die Erinnerungen wegzuschieben und sobald Sie einen Moment lang nicht aufpassen, weil Sie sich auf etwas anderes konzentrieren oder erschöpft sind, holen die Erinnerungen Sie mit voller Wucht wieder ein.



Die Ableitung des Behandlungsrationalis schließt sich an die Erarbeitung des Störungsmodells und die Psychoedukation zu den Symptomen der PTBS an.

Psychoedukation zur Bedeutung der Vermeidung als aufrechterhaltende Bedingung

Wägen Sie zunächst, anknüpfend an das Störungsmodell, noch einmal die Konsequenzen der bisherigen Bewältigungsversuche der Patientin ab. Erarbeiten Sie dabei im Sokratischen Dialog, dass diese zwar kurzfristig hilfreich sind, langfristig aber nicht dazu geführt haben, dass die Symptome abgenommen haben. Nehmen Sie dann noch einmal Bezug auf die zuvor gegebene Erklärung zur Entstehung der Symptome der PTBS und zeigen Sie vor diesem Hintergrund die Problematik des Vermeidungsverhaltens auf. Hierbei können Sie sich an folgenden Formulierungen orientieren.



► **Besonderheiten des Traumagedächtnisses**

»Erinnern Sie sich noch, was wir bezüglich des Traumagedächtnisses besprochen haben? Die Vermeidung führt dazu, dass die Erinnerungen bruchstückhaft bleiben und keine ausreichende Integration in das autobiografische Gedächtnis stattfinden kann. Sie können sich das vorstellen wie ein Puzzle, dessen Teile unsortiert bleiben.«

► **Bildung von Reiz-Reaktions-Verbindungen**

»Darüber hinaus verhindert das Vermeidungsverhalten, dass Sie die Erfahrung machen können, dass bestimmte, auslösende Reize (sog. Trigger), die Sie an das Trauma erinnern, heute ungefährlich sind. Dies verhindert beispielsweise, dass Sie feststellen können, dass von Ihrem Kollegen, der dem Täter ähnelt [hier auf Beispiele der Patientin verweisen] keine Gefahr ausgeht.«

► **Erschütterung von Grundannahmen**

»Denken Sie noch einmal daran, was wir in Bezug auf belastende Gedanken in Zusammenhang mit dem Trauma besprochen haben. Das Vermeidungsverhalten führt dazu, dass Sie sich nicht mit diesen Gedanken auseinandersetzen und nicht ausreichend überprüfen können, ob diese zutreffend sind oder nicht.«

Erarbeiten, warum die Auseinandersetzung mit den Erinnerungen wichtig ist

Fragen Sie die Patientin zunächst, was aus dem zuvor Besprochenen für die Behandlung folgt. Allen zuvor beschriebenen Erklärungsmodellen ist gemeinsam, dass sie darauf hinweisen, dass es in der Therapie wichtig ist, sich mit dem Erlebten auseinanderzusetzen. So kann eine Integration in das autobiografische Gedächtnis nur erreicht werden, wenn über das Ereignis gesprochen wird. Die Puzzleteile müssen geordnet und das Puzzle muss zusammengesetzt werden. Weiterhin ist es wichtig, sich objektiv ungefährlichen Triggern auszusetzen, um die Erfahrung machen zu können, dass von Reizen, die an das traumatische Ereignis erinnern, gegenwärtig keine Gefahr mehr ausgeht. Darüber hinaus müssen belastende Gedanken, die häufig mit dem Versuch zusammenhängen, zu verstehen, wie es zu dem traumatischen Ereignis kommen konnte, auf ihren Wahrheitsgehalt hin überprüft werden. Hierzu gehören die Überprüfung von Schuldgedanken sowie negativen Annahmen in Bezug auf die Gegenwart und die Zukunft (z. B. »Die Welt ist gefährlich« oder »Ich kann niemandem mehr vertrauen«).

Bei der Ableitung des Behandlungsrationalis können Metaphern hilfreich sein. Hierzu bietet sich die Metapher der Wunde an, die Sie auf Informationsblatt 18 »Worum geht es in der Traumatherapie?« finden. Darüber hinaus können Sie die »Schrank-Metapher« verwenden, die an die Psychoedukation zum Traumagedächtnis anknüpft.

Schrank-Metapher



»Sie können sich das Gedächtnis wie einen Kleiderschrank mit unterschiedlichen Fächern vorstellen. Alltägliche Erinnerungen, wie die an einen schönen Nachmittag mit einer Freundin, werden geordnet, in das passende Fach einsortiert und können bei Bedarf leicht wiedergefunden und herausgeholt bzw. abgerufen werden. Während des Traumas passiert alles sehr schnell, man steht unter starkem Stress und es ist keine Zeit, die Erlebnisse zu verarbeiten. Die neue Erfahrung hat noch keinen festen Platz im Schrank, so als hätte man ein Kleidungsstück einfach zerknittert hineingeworfen. Die Folge hiervon ist, dass das Kleidungsstück wieder herausfällt, sobald man die Schranktür öffnet. Wenn Sie die Auseinandersetzung mit den Erinnerungen vermeiden, können Sie sich das so vorstellen, als würden Sie das Kleidungsstück so schnell wie möglich wieder in den Schrank werfen und die Tür zuknallen. Dies führt dazu, dass das Problem ungelöst bleibt, d. h., das Kleidungsstück bleibt zerknittert und unsortiert und fällt heraus, sobald Sie den Schrank öffnen, genau wie die belastenden Erinnerungen immer wieder zurückkommen, sobald Sie etwas daran erinnert. Was folgt daraus für Sie?«

Gemeinsam kann dann erarbeitet werden, dass es in der Therapie darum geht, den Kleiderschrank zu öffnen, die einzelnen Kleidungsstücke herauszunehmen, anzuschauen und schließlich einzusortieren. Übertragen auf das Traumaerleben bedeutet das wiederum, dass eine Auseinandersetzung mit den belastenden Erinnerungen notwendig ist.

Ängste normalisieren, Unterstützung anbieten und Vertrauen in die Therapie aufbauen

Vielen Patientinnen, die erfahren, dass es in der Therapie darum gehen wird, sich mit den belastenden Erinnerungen auseinanderzusetzen, macht das zunächst starke Angst. Aus therapeutischer Sicht ist es wichtig, diese Ängste zu normalisieren und zu validieren. Gleichzeitig sollten Sie Unterstützung anbieten und die Patientin ermutigen: »Sie müssen diesen Weg nicht allein gehen, ich unterstütze Sie dabei. Wir werden zunächst Strategien erarbeiten, die Ihre psychische Stabilität verbessern, damit Sie die Auseinandersetzung mit den Erinnerungen bewältigen können. Ich traue Ihnen zu, dass Sie das schaffen und wenn Sie sich auf den Weg einlassen, können wir erreichen, dass es Ihnen danach deutlich besser geht.«

Tipp

An dieser Stelle kann es hilfreich sein, anzubieten, für Notfallkontakte zur Verfügung zu stehen, sofern Sie sich das selbst vorstellen können. Die Rahmenbedingungen dieser Notfallkontakte sollten dann vorab besprochen werden, z. B. Rückruf so bald wie möglich oder innerhalb eines vereinbarten Zeitfensters, kurzes Coaching, aber keine Therapie am Telefon.