

**Skript zur Vorlesung – Verhaltenstherapie bei PTBS**

**Inhaltsverzeichnis**

<b>I. FAHRPLAN UND LERNZIELE.....</b>	<b>3</b>
<b>II. DEFINITION UND DIAGNOSTIK.....</b>	<b>5</b>
1. Trauma-Kriterium.....	7
2. Einteilung Potenzieller Traumatischer Ereignisse (Maercker, 2009).....	8
3. Diagnostische Kriterien ICD 10.....	9
a) „Klassische“ PTBS F43.1 .....	9
b) Komplexe PTBS-Präsentation/Entwicklungs-trauma-Störung .....	9
c) Differentialdiagnosen/Komorbiditäten.....	9
4. Der Diagnostische Prozess .....	10
<b>III. TIPPS ZUR BEZIEHUNGSGESTALTUNG .....</b>	<b>11</b>
<b>IV. NEUROBIOLOGIE UND TRAUMA.....</b>	<b>12</b>
1. Biologische Ansätze.....	12
2. Phänomenologie des Wiederbelebens .....	13
3. Traumagedächtnis.....	13
4. Persönlichkeit und Trauma .....	14
<b>V. TRAUMA-MODELLE UND STRESSPHYSIOLOGIE.....</b>	<b>15</b>
1. Modell nach Ehlers & Clark (2000).....	15
2. Horowitz-Kaskade .....	16
3. Stressphysiologische Bindung .....	17
4. Transgenerationales Trauma .....	18
5. Wer sich selbst nicht versteht, versteht auch die Welt nicht .....	18
<b>VI. THERAPEUTISCHE ZUGÄNGE – AUSZUG .....</b>	<b>19</b>
1. SBK nach Pieper .....	19
a) Phase 1.....	20
b) Phase 2.....	21
c) Phase 3 .....	23
aa) KTE.....	23
bb) Explorative Phase.....	23
cc) Konfrontation .....	23
d) Phase 4.....	24
e) Phase 5 EMDR.....	25

f) Phase 6 EXPO IN VIVO .....	25
g) Phase 7 Integration / Follow up.....	25
<b>VII. KOGNITIVE VT.....</b>	<b>27</b>
1. Bei Denkfallen .....	27
2. Trauma als Störung der Selbstregulation.....	27
3. Umgang mit Schuld .....	28
4. Umgang mit Scham .....	28
5. Umgang mit Ärger/Wut/Rage.....	28
6. Psychohygiene .....	29
<b>VIII. PSYCHOPHARMAKOTHERAPIE .....</b>	<b>30</b>
<b>IX. TAKE HOME MESSAGE .....</b>	<b>32</b>
<b>X. LITERATURLISTE .....</b>	<b>33</b>
<b>XI. ANHANG.....</b>	<b>36</b>

## **I. Fahrplan und Lernziele**

### **Fahrplan**

- 1. Verbindung erschaffen und Kennenlernen**
- 2. Definition und Diagnostik**
- 3. Austausch I**
- 4. Klassische VT-Interventionen**
- 5. Austausch II**
- 6. weiterführender Behandlungsmodelle/Ausblick**
- 7. Take Home Message und FAZIT**

### **Lernziele**

- 1. Erste Schritte in Richtung Sicherheit im diagnostischen Prozess gehen**
- 2. Vermittlung einer Haltung von Mitgefühl, Entdramatisierung und Zuversicht im Umgang mit Traumafolgestörungen**
- 3. Einblick und praktische Anwendung möglicher Interventionen und Therapiemodelle**
- 4. Achtsamkeit und Steuerungsfähigkeit für die eigene Selbstregulation im Therapieprozess**
- 5. Verständnis und Anwendung von Embodiment im Therapieprozess**



## II. Definition und Diagnostik

### Trauma als psychische Verletzung/Wunde

⇒ die je nach Intensität, Zeitpunkt in der individuellen Entwicklung, neurobiologischer Ausstattung und Persönlichkeit verschiedene Auswirkungen haben **KANN**

### Mensch als fließender, lebendiger Organismus

⇒ von neuronalen Verbindungen, elektrochemischen Reaktionsketten, hormonellen Steuerungskreisläufen, Tanz der Neurotransmitter und als Feld elektromagnetischer Schwingungen

### Phänomene von

- ⇒ Abspaltung/Trennung auch auf neuronaler Ebene und
- ⇒ Dysbalance in der Ebene des vegetativen Nervensystems

### sind typische Phänomene Erregungssteuerung

Eine besondere Eigenschaft eines Traumas ist das *plötzliche* und *unerwartete Auftreten*.

Da es zumeist *nicht vorhersehbar* ist, erlebt sich der Betroffene oft als von dem Ereignis *überwältigt*.

Erste Reaktionen sind häufig *Hilflosigkeit*, *Angst* oder *Entsetzen* angesichts des Geschehens und des damit verbundenen *Kontrollverlusts*.

Tiefgreifender ist die *Infragestellung des bisherigen Wertesystems* der Betroffenen.

„[...] ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“ (Fischer & Riedesser, 2009)

**ICD 10:** „[...] ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde (z. B. Naturkatastrophe oder menschlich verursachtes schweres Unheil – man-made disaster – Kampfeinsatz, schwerer Unfall, Beobachtung des gewaltsamen Todes Anderer oder Opfersein von Folter, Terrorismus, Vergewaltigung, Misshandlungen oder anderen Verbrechen).“

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).

Übersicht über die 5 Trauma- und Dissoziationsachsen				
I: Persönlichkeitsstörungen	II: spezifisch belastungsbezogene Störungen	III: strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit	IV: dissoziative Symptome	V: komorbide Störungen
43	51	101	195	259
<p><b>Schweregrad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• leichte Persönlichkeitsstörung (BD10.0) (44)</li> <li>• mäßige Persönlichkeitsstörung (BD10.1) (44)</li> <li>• schwere Persönlichkeitsstörung (BD10.2) (44)</li> </ul> <p>↓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Persönlichkeitsprobleme (DS50.7)</b></li> <li>• <b>Persönlichkeitsstörung? (44)</b></li> </ul> <p>↓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ausprägung von 5 Merkmalsdomänen (46)</b></li> <li>• mit negativer Affektivität (BD11.0)</li> <li>• mit Desorganität (BD11.1)</li> <li>• mit Desaktivität (BD11.2)</li> <li>• mit Enthemmung (BD11.3)</li> <li>• mit Zwanghaftigkeit (BD11.4)</li> </ul> <p>↓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Persönlichkeitsstörung mit Borderline-Muster (BD11.5) (46)</b></li> </ul>	<p><b>posttraumatische Belastungsstörung (SB42) (50)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumatikriterium (60)</li> <li>• Traumatis:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wiedererleben (61)</li> <li>- Vermeidung (62)</li> <li>- Hyperarousal (64) oder Hypoarousal (66)</li> </ul> </li> </ul> <p>↓</p> <p><b>komplexe posttraumatische Belastungsstörung (SB41) (70)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumatikriterium (74)</li> <li>• Traumatis (81)</li> <li>• Trauma-Störung der Selbstorganisation = Adressregulationsstörung (74)</li> <li>• Probleme Selbstbild (77)</li> <li>• Probleme in Beziehungen (76)</li> </ul> <p>↓</p> <p><b>anhaltende Trauerstörung (SB42) (81)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• anhaltende Trauerreaktion nach Tod eines nahen Menschen</li> <li>• starke Sehnsucht und/oder gedankliches Verhältnis mit der verstorbenen Person</li> <li>• mind. 6 Monate bzw. länger als kulturspezifisch</li> </ul> <p>↓</p> <p><b>Anpassungsstörung (SB43) (88)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• psychosozialer Stressor</li> <li>• Präokkupation mit dem Ereignis</li> <li>• Anpassungsschwierigkeiten</li> <li>• Beginn mind. nach 1 Monat, Dauer max. 6 Monate</li> </ul> <p>↓</p> <p><b>reaktive Bindungsstörung des Kindesalters (SB44)</b></p> <p>↓</p> <p><b>enthemmte soziale Interaktionsstörung des Kindesalters (SB45)</b></p> <p>↓</p> <p><b>Belastungsstörung bei anhaltender Traumatisierung (80)</b></p>	<p><b>dissoziative Identitätsstörung (SB44) (103)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verlust der exekutiven Kontrolle                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- ohne Amnesien: teildissoziiertes Handeln (123)</li> <li>- mit Amnesien: vollständig getrenntes Handeln (133)</li> </ul> </li> <li>• Persönlichkeitszustände (dissoziative Identitäten) mit eigenem Muster von Erleben, Wahrnehmen, Erfassen und Interagieren mit sich selbst, dem eigenen Körper und der Umgebung (123)</li> <li>• mind. zwei Persönlichkeitszustände (übernehmen wiederholt die exekutive Kontrolle)</li> <li>• Wechsel zwischen Zuständen, verbunden mit Veränderungen von Empfindungen, Wahrnehmung von Affekten, Kognitionen, Erinnerung, motorischer Kontrolle und Verhalten (140)</li> </ul> <p>↓</p> <p><b>partielle dissoziative Identitätsstörung (SB45) (104)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verlust der exekutiven Kontrolle, jedoch keine Amnesien (nur teildissoziiertes Handeln)</li> <li>• Persönlichkeitszustände (dissoziative Identitäten)</li> <li>• ein Persönlichkeitszustand ist dominant und funktioniert im Alltag, Beeinträchtigung durch nicht dominante Zustände</li> </ul>	<p><b>dissoziativ-neurologische Symptomenstörungen (SB60) (202) ist</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• visuellen Beeinträchtigungen (203)</li> <li>• akustischen B. (205)</li> <li>• Schwindel und Benommenheit (207)</li> <li>• anderen sensorischen Beeinträchtigungen (208)</li> <li>• nicht epileptischen Krampfanfällen (214)</li> <li>• Beeinträchtigungen des Sprechens (222)</li> <li>• Parese oder Schwäche (224)</li> <li>• Beeinträchtigungen des Ganges (221)</li> <li>• Beeinträchtigungen der Bewegungen (222)</li> <li>• kognitiven Beeinträchtigungen (223)</li> </ul> <p>↓</p> <p><b>dissoziative Amnesie (SB61) (234)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• peri-/posttraumatische Amnesien (36)</li> <li>• Adäptamnesien (234)</li> <li>• Amnesien Vergangenheit (236)</li> <li>• retrograde Amnesie (240)</li> <li>• anterograde Amnesie (241)</li> </ul> <p>↓</p> <p><b>Depersonalisations-Derealisationsstörung (SB66) (342)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depersonalisation</li> <li>• Derealisation</li> <li>• Desorientierung</li> <li>• Desfunktionalisierung</li> <li>• Detemporalisierung</li> </ul> <p>↓</p> <p><b>Trancestörung (SB62) (247)</b></p> <p>↓</p> <p><b>Trance-Bewusstseinsstörung (SB63) (247)</b></p>	<p>häufige komorbide Störungen zur Regulation von Traumafolgeerscheinungen (nicht immer Folge von Trauma, aber oft mit Funktion der Symptomregulation!)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suchstörungen (SB47) (260)</li> <li>• Essstörungen (SB57) (262)</li> <li>• Zwangstörungen (SB20) (264)</li> </ul> <p>↓</p> <p>komorbide Störungen als häufige Folge von Trauma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depression (SA70) (267)</li> <li>• Angststörungen (SB01) (268)</li> </ul> <p>↓</p> <p>weitere komorbide Störungen, mit/ohne Zusammenhang mit Trauma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bipolare Störungen (SA00) (256)</li> <li>• Schizophrenie (SA20) (260)</li> <li>• ADHS (SA20) (260)</li> <li>• Autismus-Spektrum (SA02) (266)</li> <li>• maladaptives Tagträumen (271)</li> <li>• körperliche Erkrankungen (271)</li> <li>• körperliche Verletzungen (272)</li> </ul>

1. Trauma-Kriterium

<p><b>ICD 10:</b></p> <p><b>Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)</b></p>	<p><b>ICD 11:</b></p> <p><b>Posttraumatische Belastungsstörung (F6B40)</b></p>
<p>Die PTBS entsteht als eine <i>verzögerte</i> oder <i>über einen längeren Zeitraum andauernde Reaktion</i> auf ein <i>belastendes Ereignis</i> oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit <i>außergewöhnlicher Bedrohung</i> oder <i>katastrophenartigem Ausmaß</i>, die bei fast jedem eine <i>tiefe Verzweiflung</i> hervorrufen würde.</p>	<p>Die PTBS entsteht als Reaktion auf ein <i>bedrohliches</i> oder <i>katastrophales Ereignis</i> oder eine <i>Reihe von Ereignissen</i>.</p>

## 2. Einteilung Potenzieller Traumatischer Ereignisse (Maercker, 2009)

	<b>Typ-I-Traumata (einmalig/kurzfristig)</b>	<b>Typ-II-Traumata (mehrfach/langfristig)</b>	<b>Medizinisch bedingte Traumata</b>
<b>Akzidentelle Traumata</b>	schwere Verkehrsunfälle,  berufsbedingte Traumen, z. B. <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Polizei</i></li> <li>• <i>Feuerwehr</i></li> <li>• <i>Rettungskräfte</i></li> </ul> kurzdauernde Katastrophen, z. B. <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Wirbelsturm</i></li> <li>• <i>Brand</i></li> </ul>	langdauernde Naturkatastrophen, z. B. <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Erdbeben</i></li> <li>• <i>Überschwemmung</i></li> </ul> technische Katastrophen, z. B. <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Giftgaskatastrophen</i></li> </ul>	akute lebensgefährliche Erkrankungen  chron. lebensbedroh- liche/schwerste Krankheiten, z.B. <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Malignome</i></li> <li>• <i>Schizoph.</i></li> </ul> notw. Eingriffe, z.B. <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Defibrillatoren</i></li> </ul>
<b>Interpersonelle Traumata (man made)</b>	sexuelle Übergriffe, z. B. <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Vergewaltigung</i></li> <li>• <i>kriminelle bzw. körperliche Gewalt</i></li> </ul> ziviles Gewalterleben, z. B. <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Banküberfall</i></li> </ul>	sexuelle und körperl. Gewalt/Missbrauch in der Kindheit bzw. im Erwachsenenalter, Kriegserleben, Geiselhaf Folter, politische Haft	angenommener Behandlungsfehler



### 3. Diagnostische Kriterien ICD 10

#### a) „Klassische“ PTBS F43.1

- A. Traumakriterium
- B. Intrusionen
- D. Vermeidung/Numbing
- E. Hyperarousal
- F. Dauer: länger als 1 Monat
- G. klinisch-signifikante Beeinträchtigungen

#### b) Komplexe PTBS-Präsentation/Entwicklungsstrauma-Störung

- Traumakriterium
- anhaltende Fehlregulationsmuster
  - Affekt- & Impulsregulation
  - Somatisierungsprobleme
  - Bewusstseins- & Aufmerksamkeit
  - interpersonelle Veränderungen
  - Selbstbildveränderungen
- soziokognitive Veränderungen (Orientierungen, Motive; z.B. depressiv)
- klinisch-signifikante Beeinträchtigungen

#### c) Differentialdiagnosen/Komorbiditäten

- Depressive Störungen/Trauerreaktion/Verbitterungsstörung
- Angststörungen
- Persönlichkeitsstörungen (DRIBS)
- Somatoforme Störungen
- Missbrauch und Abhängigkeit von Substanzen
- Dissoziative Störungen
- Komplexe PTSD
- Akute Belastungsreaktion

**Ungünstige Frage:** Welche Diagnose ist die “Richtige?”

**Besser:** *Welche Diagnose dient JETZT der Entwicklung des Patienten/der Patientin am meisten?*

*Welche Interventionen erscheinen mir am stimmigsten?*

*Passung von Lebenssituation, Diagnose und Therapieplan!*

#### 4. Der Diagnostische Prozess

1. Kontakt in der Position herstellen, bis es wirklich so angenehm wie möglich ist!
2. Erfragen der aktuellen Lebenssituation
3. Erfassen von prä- und posttraumatischen Ressourcen und individueller Kompetenzen
4. Erfassen und Explorieren traumatischer Lebensereignisse (Traumalandkarte, Lebenslinie)
5. Screening-Instrument einsetzen
6. Abklären der aktuellen Gefährdung (Suizidalität, Selbstverletzung, aktueller Täterkontakt?)
7. Exploration dysfunktionaler Gedanken und Bewältigungsstrategien
8. Erste Exploration von Auslösereizen (Triggern) für Intrusionen
9. Erfassen weiterer Symptomatik/Komorbiditäten
10. Erhebung prätraumatischer Status
11. Erhebung der Funktionsbeeinträchtigungen/sekundär entstandener Probleme
12. Aktuelle Medikation
13. Einsatz von Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumenten (siehe **Infoblatt 2**)
14. Informationsaustausch mit Vor- und Mitbehandlern ☺

### III. Tipps zur Beziehungsgestaltung

– SAFETY FIRST –

!

#### Infoblatt 3

*Mögliche Schwierigkeiten:*

- Reduzierte zwischenmenschliche Vertrauensfähigkeit und erhöhtes Kontrollbedürfnis
- Invalidierungsbefürchtung
- Sorge um Belastungsfähigkeit des Patienten
- Scham- und Schuldgefühle
- Sorgen über Symptome
- Verzögerter Bericht traumatischer Erfahrungen
- Hemmung, Hilfe anzunehmen oder aufzusuchen
- Interaktionelle Auffälligkeiten

## IV. Neurobiologie und Trauma

- Sympatiktone Erregung (fight / flight, freeze) oder Hypotones Kollabieren
- Video Polyvagalkreis <https://www.youtube.com/watch?v=2hc9PPN7L2c&t=153s>
- Daueraktivierung des negativen Affekts im limbischen System
- Stammhirn verarbeitet die zum Trauma gehörenden Körpersignale
- Überforderung des präfrontalen Kortex als bewusste Steuerung (zu viele Informationen, Reizanzahl größer 7 → Emotionen, Körpersignale, kognitive Bewertungen, Erinnerungen, innere Bilder, soziale Interaktionsprozesse laufen gleichzeitig ab und führen zu Dysregulation, oft auch Dissoziationsphänomenen → Abkopplung vom Bewusstsein mit Umgehung des präfrontalen Kortex)
- Top-Down-Nervenbahnen von Präfrontalem Cortex zu Amygdala und Stammhirn sind zu gering ausgeprägt, um die Traumawahrnehmungen regulieren zu können

### 1. Biologische Ansätze

- Sympathikotones Arousal mit verlangsamter Habituation (Todesbedrohung sollte auch nicht habituierten ☺)
- Evozierte Potentiale mit verzögerter N200 und reduzierter P300-Amplitude – Hinweis auf erschwerte Diskrimination relevanter und irrelevanter Reize
- Vermehrte biologische Aktivität im Schlaf – mangelnde Erholungsfähigkeit
- Biochemische Veränderungen in der HHNA-ACHSE
- Gesteigerte noradrenerge Aktivität mit erhöhten Katecholaminen
- Dysregulation endogener Opiate mit allgemeiner Senkung der Schmerzschwelle unter Ruhe und Anhebung der Schmerzschwelle unter Stress
- Verringertes Hypocampusvolumen bei daueraktivierter Amygdala

## 2. Phänomenologie des Wiederbelebens

- geringe Anzahl kurzer Fragmente, die stereotyperweise immer wieder auftreten
- sensorische Impressionen, meist visuelle Erscheinungen
- Ursprüngliche Gefühle...

*...werden wieder erlebt,*

*...werden im „Hier & Jetzt“ erlebt,*

*...spiegeln oft Szenen wider, die den Beginn des Traumas oder eine Wende zum Schlechteren darstellen,*

*...treten scheinbar aus dem „Nichts“ auf.*

**Michael et al., Behaviour Research and Therapy (2005); Ehlers, Hackmann & Michael, Memory (2004)**

- Auslöser sind Stimuli, die während des Traumas anwesend waren
- Normale autobiografische Erinnerungen werden als „vergangen“ erlebt
- Emotionen und Körpererleben ohne konkrete Erinnerungen typisch und angstmachend, weil nicht in Worte fassbar
- Fehlende Elaboration und Integration des Traumagedächtnisses sorgt für Wiedererleben

**Michael et al., Behaviour Research and Therapy (2005); Ehlers, Hackmann & Michael, Memory (2004)**

## 3. Traumagedächtnis

- *„The most predominant feature of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) is that memories of traumatic experiences remain indelible for decades and are easily reawakened by all sorts of stimuli and stressors.“*

**(Krystal, Southwick and Charney, 1995)**

- *„Perhaps the hallmark characteristics of PTSD is the the alteration between reexperiencing and avoiding trauma-related memories.“*

**(Brewin, Dalgleish and Joseph, 1996)**

## 4. Persönlichkeit und Trauma

### Theoretische Basis/Beispiele

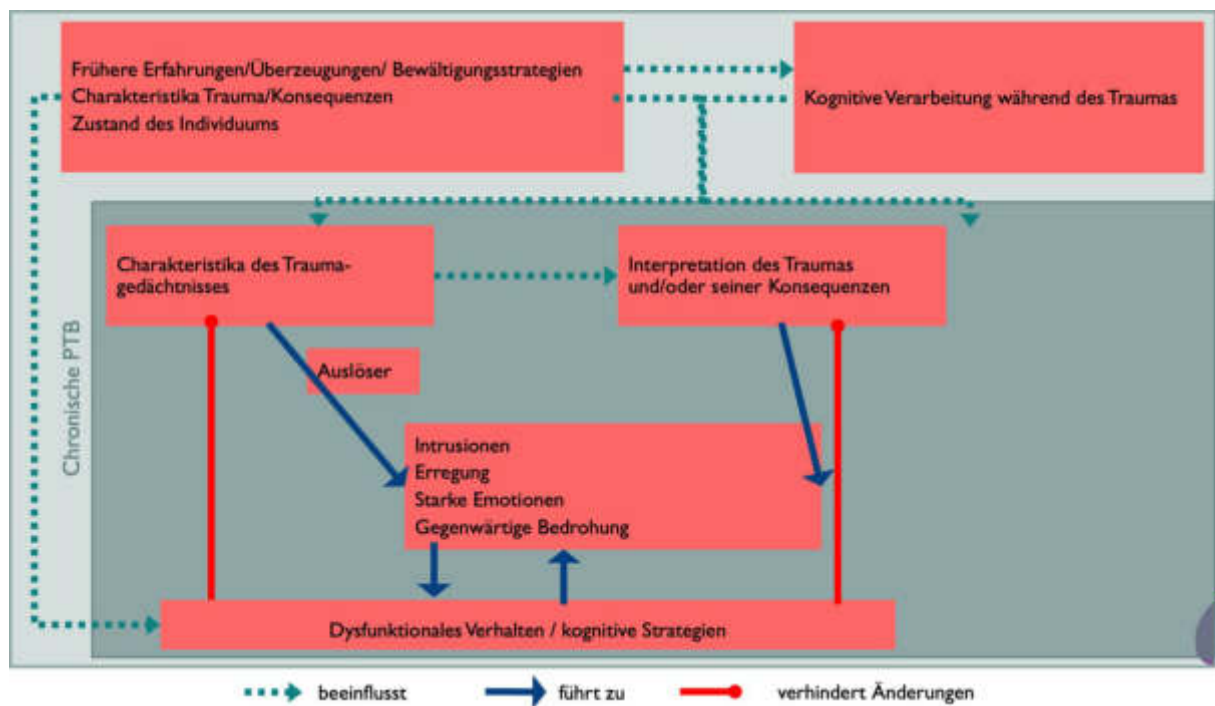
- Ego State Ansätze (Jochen Peichl)
- Schematherapie – Modusmodell (J. Young)
- Strukturelle Dissoziation Ellert Nijenhuis, Onno van der Hart und Kathy Steele
- Mehrgenerationale Psychotraumatologie (Franz Ruppert)
- sympathische Erregung führt zu Überforderung, Unsicherheit, emotionaler Gereiztheit
- verletzter Anteil führt Eigenexistenz und übernimmt die Führung, z.B.
  - *vernachlässigtes inneres Kind*
  - *Aggressiver oder distanzierter Beschützer*
  - *Choleriker*
- Persönlichkeitsstörungen als mögliche Folge
  - *histrionische Persönlichkeit (früher: hysterisch)*
  - *Narzissmus*
  - *Paranoide Persönlichkeit*
  - *Dissoziale Persönlichkeitsstörung*
- Erwachsener Ich-Anteil ist wenig ausgebildet bzw. nicht mehr Herr/Herrin über den verletzten Anteil

## V. Trauma-Modelle und Stressphysiologie

### 1. Modell nach Ehlers & Clark (2000)

#### Kernaussagen

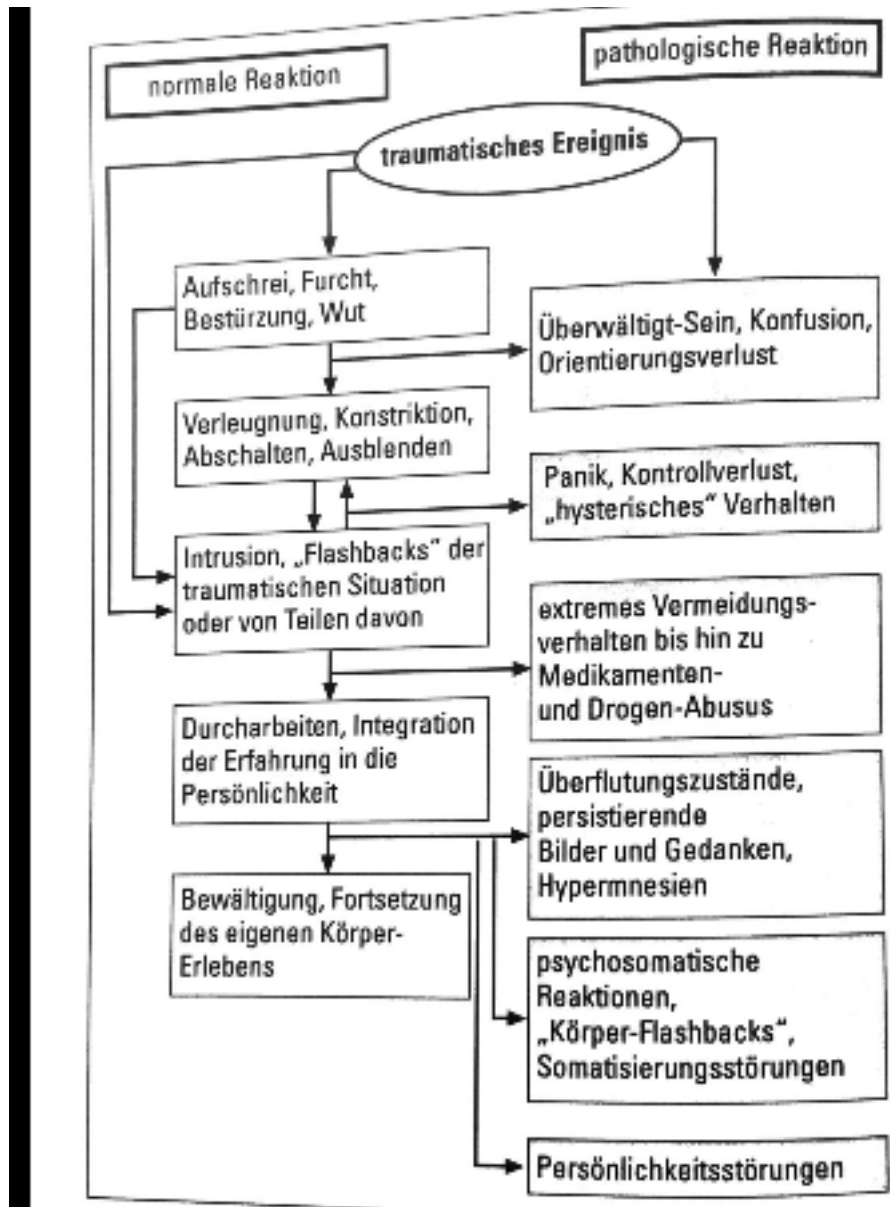
- Die INTERPRETATION des Traumas und seiner Konsequenzen kann zu anhaltender Wahrnehmung der Bedrohung/Beschädigung führen.
- Die Spezifika des Traumagedächtnisses und seiner Einbettung in andere biografische Erinnerungen führen ebenso zu einem anhaltenden Bedrohungsleben.
- Die anhaltend wahrgenommene Bedrohung führt in einem Teufelskreislauf zur Aufrechterhaltung und Verschlimmerung der Symptomatik.



## 2. Horowitz-Kaskade

Information über Normalität!

- Bei angemessener Begleitung beruhigt sich unser NS nach 3 Monaten wieder ☺
- Begleiten Sie Ihre KlientInnen in der Achtsamkeit, dass es für einen großen Teil des NS noch nicht vorbei ist!





### 3. Stressphysiologische Bindung

- Unterscheidung von Abuse und Neglect (Schore, 2001)
- Abuse führt zu Überstimulation und Hyperarousal des ANS
- Neglect (Vernachlässigung) führt zu einer Unterstimulation/Hypoarousal des ANS, was wiederum zur Überstimulation und Downregulation führt (Ping-Pong im vegetativen NS führt zu totaler Erschöpfung)
- Die psychobiologische Antwort des Kindes ist entweder Hypo-/Hyperarousal oder Dissoziation
- Dissoziation ist die gesunde NOTFALL-Reaktion des Organismus, wenn keine Beruhigung von außen erfolgt!

#### **MERKE**

Dissoziation ist ENTBINDUNG! Es ist der seelische Bindungsabbruch zur notfallmäßigen Konservierung von überlebensnotwendigen Energieressourcen. Schmerzen sind unterdrückt und endogene Opiate erhöht. Durch diese Opiate geschehen jedoch auch die Immobilität und Verhinderung, aktiv um Hilfe bitten zu können – bitte beachten im Prozess!

Hohe Konzentrationen von Neurotransmittern und Hormonen wirken neurotoxisch. Ernährung der Gliazellen ist verschlechtert.

#### 4. Transgenerationales Trauma

- Merke: Systemisches/Transgenerationales Trauma muss vor individuellem Trauma bearbeitet werden! Sonst ändert sich langfristig wenig bis nichts.
- Trauma wird sowohl genetisch als auch durch Modelllernen vererbt.
- Weiterführend ebenso zu beachten sind kollektive Traumata (Hübl) der verschiedenen Nationen und Regionen.
- Wichtig: ZUVERSICHT – uns stehen heute die besten Erklärungsmodelle und Möglichkeiten der Heilung zur Verfügung, die wir jemals hatten. ☺

#### 5. Wer sich selbst nicht versteht, versteht auch die Welt nicht

- **Eine gesunde Psyche** kann unterscheiden zwischen
- Ich, Du und Wir, Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, Wahrnehmungen und Projektionen, Innen und Außen, liebevollem Sein und unerfüllbaren Sehnsüchten, sinnlicher Lust und sexuelle Gier, Realitäten und Illusionen, Machbarem und Unerreichbarem, Leben, Überleben und Tod. Sie ist in sich glücklich und wünscht anderen dieses Glück.
- Eine **traumatisierte Psyche** wehrt sich gegen Selbsterkenntnis, indem sie sich auf das Außen fixiert, sich im Reden, im Aktionismus und im Kämpfen verliert. Sie betäubt sich selbst und fördert täglich ihr eigenes Unglück.

Ruppert, 2021

## VI. Therapeutische Zugänge – Auszug

- SBK nach Pieper (2021)
- IRRT nach Smucker
- EMDR
- Narrative Expositionstherapie nach Schauer, Elbert und Neuner
- Ego-State-Therapie nach Peichl
- Katathym-imaginative Verfahren Reddemann/Sachse
- Schematherapie nach Young
- NLP in der Traumatherapie (Shelliem)
- Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT)
- DBT nach Linehan
- SPIM 30 – Behandlungsmodell dissoziativer Psychotraumastörungen nach Vogt
- Neuroaffektives Beziehungsmodell (NARM) nach Heller/Lapierre
- Somatic Experience nach Levine
- Somatisch Emotionale Integration nach Dami Charf
- Etc.....

### 1. SBK nach Pieper

- Phase 1: **Stabilisierung** (Stärkung des präfrontalen Cortex, überschießende Reaktionen der Amygdala nehmen ab)
- Phase 2: **Erklärung des Therapieansatzes** (Aktivierung des präfrontalen Cortex)
- Phase 3: **Kontrollierte Trauma Exposition** (Stärkung präfrontaler Cortex/Hippocampus, Aktivierung sprachrelevanter Areale der linken Hemisphäre, konsequentes Anwenden der „emotionalen Schleife“!)
- Phase 4: **Exposition in sensu** (sensorische Informationen werden in das kognitive Narrativ eingebettet und durch Wiederholung bekannt gemacht ☺)
- Phase 5: **EMDR** – Umwandlung der negativen Kognitionen über sich selbst nach Neutralisation der emotionalen Relevanz in eine positive Kognition (Übung Herzintegration)

- Phase 6: **Exposition in vivo** (Entwicklung kognitiver Kontrolle über den Ort des Geschehens, Amygdala wird gehemmt durch Erkenntnis, dass der Ort/der Trigger JETZT nicht gefährlich ist)
- Phase 7: **Traumaintegration** und Follow-UP

#### a) Phase 1

- Erfüllen des Grundbedürfnisses nach Sicherheit, Orientierung und Kontrolle durch Exploration, Diagnostik und Stabilisierung
- Stabilisierung durch Atmung, Achtsamkeit, Grounding, aktive Körperübungen, Imaginationenübungen
- ACHTUNG: keine Details in dieser Phase! Nicht erzählen lassen. Erklären, warum das nötig ist und zusichern, dass Raum dafür sein wird, zu erzählen!
- Treten Dissoziationen auf – Techniken zum Dissoziationsstopp anwenden ☺
- Innerer Sicherer Ort
- Schutzbaum
- Tresorübung
- Weichen Blick üben
- 5-Sinnes-Übung
- Reorientierungsübungen
- Emotionen neutralisieren aus der SBT von Hauke
- Bewegen, um Starre aufzulösen
- Selbstberührung und Selbsthalteübungen anleiten nach Levine
- Stress entblocken nach Stefan Rieth
- Achtung! Bitte hier schon gut pendeln und wenn es möglich ist, auch in dieser Phase schon „schwierige Situationen“ konfrontieren – wenn PatientInnen zu lange in der Stabilisierungsphase bleiben, signalisieren wir unbewusst – „dein Trauma ist so schwer, das dürfen wir nicht anfassen!“ – eigene Ängste reflektieren!
- PatientInnen bitte nicht „tot“ stabilisieren – Achtung, wann Stabilisierung zur Vermeidungsstrategie auf beiden Seiten wird ☺
- Bildschirmtechnik zur Distanzierung kann hier auch schon verwendet werden

## b) Phase 2

- „Alles, was wir in Worte gefasst haben, können wir hinter uns lassen.“ (Sokrates)
- Durch geleitetes Entdecken machen wir verständlich, dass das Trauma konfrontiert werden muss, um es hinter sich zu lassen.
- Metapher nur bei Typ I Trauma anwenden, Typ II Trauma fühlt sich hier oft missverstanden
- Menschen, die noch nie eine gesunde Erfahrung von Bindung, Sicherheit und Geborgenheit erfahren haben (Entwicklungstrauma) verfügen nicht über ein stabiles Funktionsniveau – sie konnten quasi noch nie ein autonomes gesundes Ich aufbauen.
- Diese brauchen eher die Erklärung der „dead-end-road“ – alles versucht, nichts hilft. Die Strasse ist zu Ende. Das Schreckliche ist geschehen.
- Metapher vom umgekippten Kleiderschrank und vom Langstreckenlauf einführen. ☺

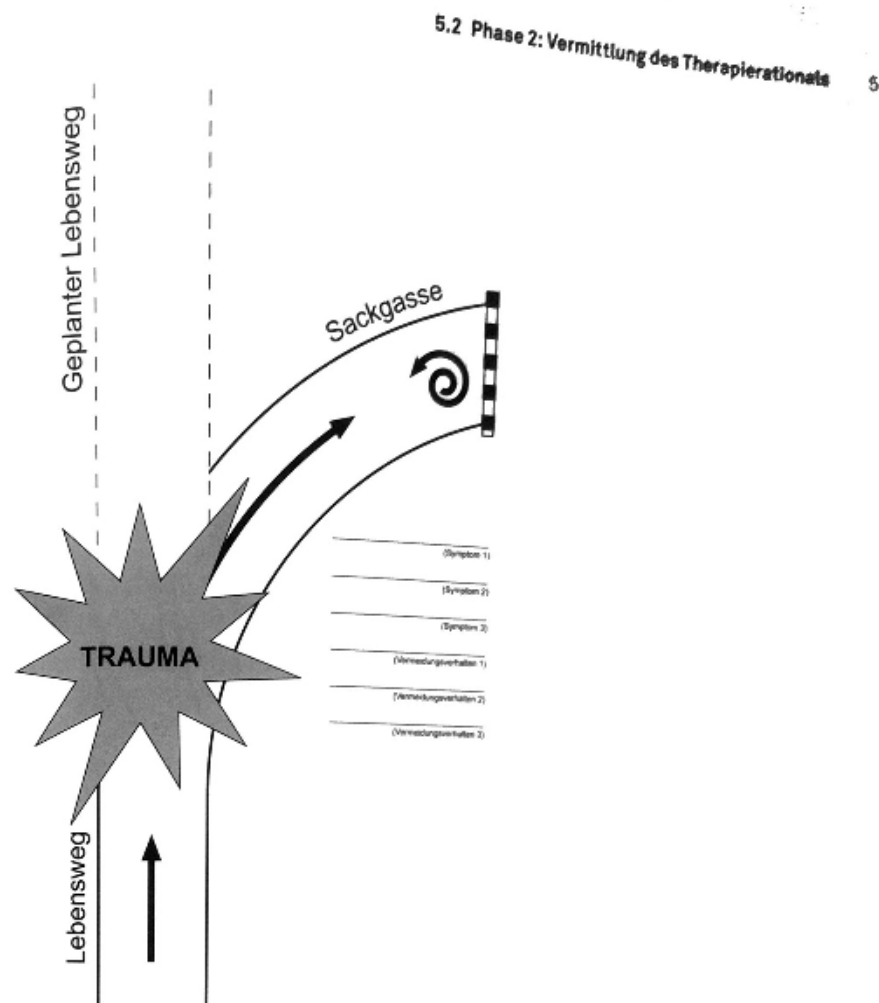


Abbildung 5-1: Modell Sackgasse – Vorlage 1

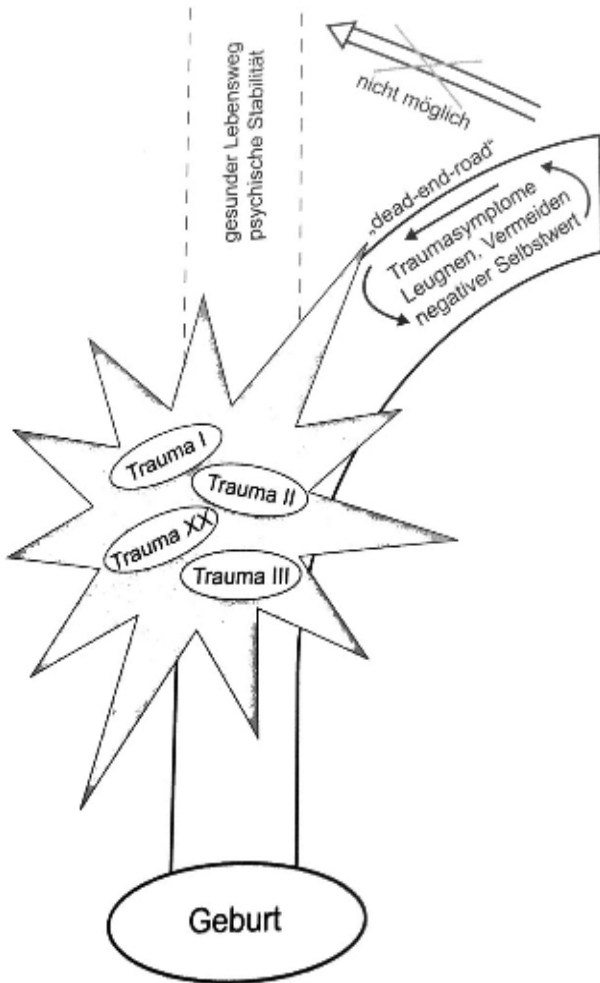


Abbildung 5-4: Psychoedukation

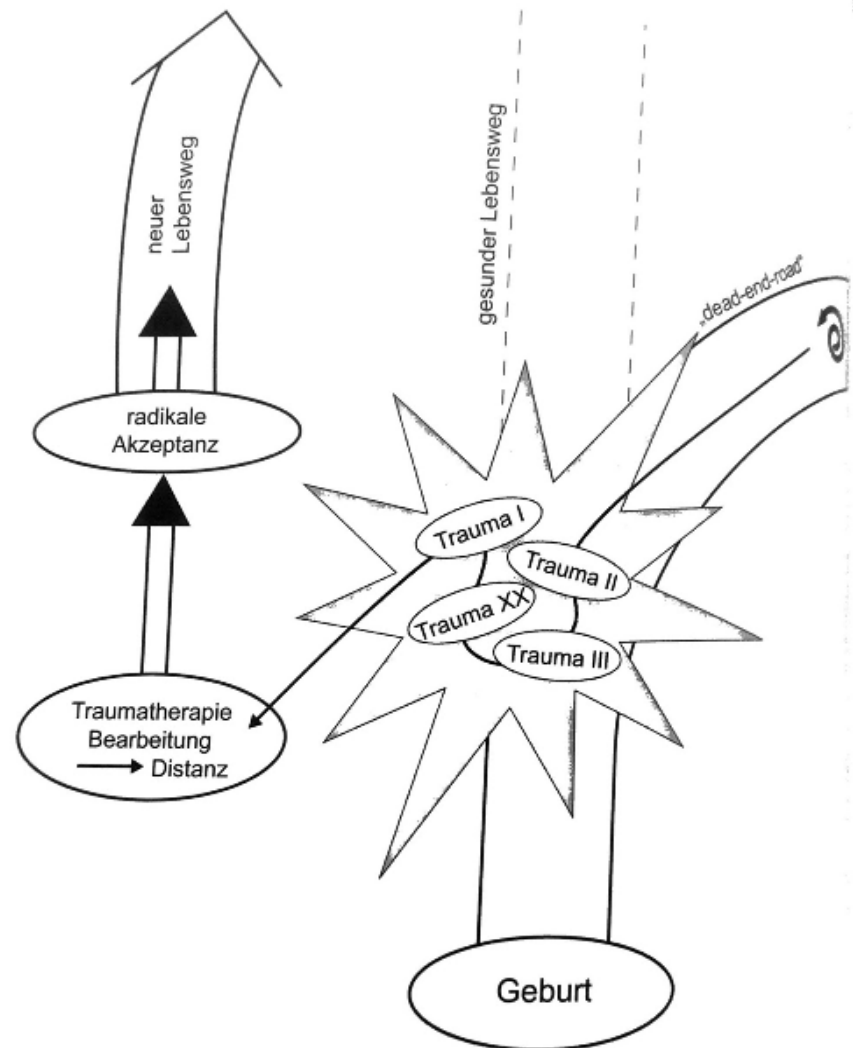


Abbildung 5-6: Traumabewältigung

### c) Phase 3

#### aa) KTE

- Hier freies Spielen mit allen Methoden der Exposition möglich.
- Fakten, Reaktionen, Emotionen und Konsequenzen integrieren.
- Auf Windows of Tolerance achten.
- Multisensorisch arbeiten.
- **Safety first!**
- Integrationspausen einräumen.
- Immer in der Ressource beginnen und enden.
- Vermeidungstendenzen auf unserer Seite führen oft dazu, dass von der Faktenebene auf die emotionale Ebene gewechselt wird. Hilflosigkeitserleben seitens der TherapeutInnen führt zu fehlender Strukturierung und Halt. Darauf achten. ☺
- Das Rational der NET ist hier ein hilfreicher begleitender Algorithmus.#
- Gelingt es, dass in Verbundenheit mit sich selbst und einem anderen Menschen über ALLES gesprochen werden kann, geschieht Heilung und Integration.

#### bb) Explorative Phase

- **Faktenebene** (Was ist passiert? Was haben Sie gehört? Gerochen? Gespürt? Wie sah der Täter aus? Was hatte er/sie an? Wie ging es dann weiter?) Kann auch aus dritter Person-Perspektive erzählt werden oder mittels Bildschirmtechnik erfasst werden.) Bei Emotionen validieren und die Angemessenheit betonen, zusichern, dass die Emotionen auch Raum bekommen werden.. dann wieder auf die kognitive Ebene zurückkehren – emotionale Schleife!
- **Symptomebene** (alle körperlichen Wahrnehmungen, Verletzungen)
- **Verhaltensebene** (wie hat sich das Verhalten seit dem Trauma verändert?)
- **Bewertungsebene** (Identifikation von Scham- und Schuldgefühlen)

#### cc) Konfrontation

- Rollenwechsel, Zusammenfassung und Distanzierung
- Therapeutin fasst den Bericht zusammen – auch aufschreiben oder das Audio mitschneiden

- PatientIn hört genau zu, lehnt sich zurück und korrigiert evtl.
- Im Rollenwechsel auch den Platz wechseln! – PatientIN nimmt TherapeutInnenstuhl/Perspektive ein – hier fallen oft noch fehlende Details aus der Beobachterperspektive ein
- Erforschen der Individuellen Traumatisierung – was konkret hat Sie am meisten verletzt? Hier gibt es oft Überraschungen. ☺
- Physiologische Begleiterscheinungen wahrnehmen, akzeptieren und notfalls regulieren.

#### d) Phase 4

- Prolongierte Exposition
- Imaginative Exposition
- Voraussetzungen:
  - Imaginative Fähigkeiten
  - Hohes Erregungsniveau muss haltbar und regulierbar sein
  - In Kauf nehmen kurzfristiger Verschlimmerung
  - Keine kardiovaskulären Risiken
  - Stabiles Lebensumfeld, liebevolle soziale Kontakte
  - Kein Substanzmissbrauch
- Erstellen eines „Traumadrehbuchs“, Ich-Form und Präsens
- Definierter Startpunkt, an dem alles noch ok war, exakter Punkt, wo klar ist, dass etwas Schlimmes passiert, Hotspots mit extremer Stressbelastung und Beschreibung der Hilflosigkeit, des Entsetzens und der Todesangst, definierter Endpunkt, an dem die Gefahr vorüber ist und der Mensch wieder in Sicherheit ist
- Patientin schreibt Drehbuch in Anwesenheit des Therapeut\*en oder zu Hause bei ausreichender Stabilität
- Hotspots werden mit Textmarker fixiert, dann wird abwechselnd vorgelesen
- SUD-Skala und WoT abfragen, auch selbst hinschauen, ob PatientIn noch stabil da ist oder dissoziiert. ☺
- Zwischen den einzelnen Leseabschnitten nicht zuviel sprechen oder ablenken, das verhindert die Expositionseffekte
- Meist reichen 12-15 Durchgänge (2 Stunden sind immer einzuplanen bei Expo!)



- Abschluss wieder in Reflektion über die Gefühle und mit Ressource!
- Exposition führt zu Habituation, Distanzierung, Integration und radikaler Akzeptanz, wenn WIR in echtem Kontakt dabei bleiben!

#### e) Phase 5 EMDR

##### Standardprotokoll nach Shapiro (1995)

- Das zu bearbeitende Thema
- Erinnerungsbild des schlimmsten Moments
- Negative Kognition über sich selbst
- Wunschkognition
- Eingeschätzte Stimmigkeit der Wunschkognition auf Skala 1-7
- Durch das Bild ausgelöste Emotion/Kognition
- SUD
- Lokalisierung der Körperempfindungen
- Symbol/Position des Themas im Raum
- EMDR darf nur nach Weiterbildung darin durchgeführt werden ☺
- Kontraindikation bei DIS und schweren Dissoziationen beachten
- EMDR besonders wirkungsvoll bei Intrusionen und Alpträumen
- Bilaterale Stimulation kann auch durch Tappen oder Akustische Reize gesetzt werden
- Am Ende den stimmigen Satz oder das Symbol aufschreiben lassen und mitgeben.

#### f) Phase 6 EXPO IN VIVO

- Konfrontation mit dem Ort des Geschehens oder einem ähnlichen Ort, kann auch im Therapiezimmer nachgestellt werden. ☺
- Hier gelten alle Bedingungen, Indikationen und Kontraindikationen der klassischen Exposition in vivo

#### g) Phase 7 Integration / Follow up

##### Kriterien der Genesung nach Gschwend (2011)

- Physiologische Reaktionen überschaubar

- Gefühle können gehalten werden und reguliert werden
- Geschichte kann verbunden und zusammenhängend erzählt werden
- Erinnerungen unter Kontrolle (keine bis wenige Flashbacks)
- Selbstwertgefühl stabiler
- Beziehungen und Aktivitäten werden gepflegt
- Trauma kann in neues Wertesystem integriert werden
- Sinnfindung des Sinnlosen
- Konstruktive Schlüsse für ein sinnvolles Leben ziehen
- Geschenke der Erfahrung erkennen
- Traumatic Growth fördern
- Geschichte der Heilung schreiben, dem Trauma einen Platz zu Hause geben, Erinnerung und Würdigung erlauben, Mandala der Identität malen – Trauma ist nur ein Teil davon
- Idee fördern – wer bin ich ohne meine Geschichte?

## VII. Kognitive VT

### 1. Bei Denkfallen

#### Traumaspezifische Denkmuster erkennen und bearbeiten!

- Ich kann niemandem mehr vertrauen.
- Ich bin schuld, weil ich nicht um Hilfe gerufen habe.
- Ich bin schuld, dass mein Bruder misshandelt wurde. Ich hätte ihn beschützen müssen.
- Ich hätte merken müssen, dass etwas nicht stimmt.
- Ich wollte das ja so.
- Weil ich Lust empfunden habe, wollte ich es.
  
- Wenn andere erfahren, was mir passiert ist, werden Sie mich hassen.
- Ich kann meine Zukunft nicht beeinflussen.
- Ich habe nicht verdient, dass es mir gut geht.
- Wenn ich meine Traurigkeit, meinen Schmerz zulasse, wird sie mich überwältigen.
- Wenn ich jemanden nah an mich heranlasse, werde ich wieder verletzt.

→ Denkfallen entdecken und mit kognitiver VT/ABC-Arbeit ändern

### 2. Trauma als Störung der Selbstregulation

- Arbeiten Sie jederzeit im HIER und JETZT zielfokussiert nach VORNE! Das Trauma ist dann manchmal im Weg. Ja.
- Der Fokus sollte jedoch immer auf dem erwünschten Veränderungsziel und den Ressourcen liegen und weniger auf früheren hinderlichen Traumageschehen.
- Es braucht weniger spezifische Kenntnisse als Sie denken.
- Mit neueren bindungs- und körperorientierten Verfahren wie Ansätzen von Sachse, SE, SEI und NARM stehen uns Methoden zur Verfügung, die eine direkte Konfrontation mit der Geschichte des Traumas oft überflüssig machen.

### 3. Umgang mit Schuld

- Infoblatt 44
- Infoblatt 45
- Infoblatt 46
- Interventionen:
  - Schuldkreis erstellen
  - Eigenes Plädoyer halten
  - Vor- und Nachteile des Festhaltens an Schuld erarbeiten für damals und für heute

### 4. Umgang mit Scham

- Infoblatt 47
- Interventionen:
  - Schamexposition ohne erneut zu beschämen!
  - Körperhaltungen verändern
  - Weichen Blickkontakt üben, hinschauen und wegschauen erlauben – dabei bleiben 😊
  - Eine Umfrage erstellen – geht es nur mir so?

### 5. Umgang mit Ärger/Wut/Rage

- Infoblatt 48
- Interventionen:
  - In ein Kissen kneten – Video zu Rage
  - Bis 10 Zählen
  - Atmen zur Spannungsregulation
  - Der Wut ein Ziel geben
  - Treppen laufen, Kniebeugen, Liegestütze
  - Konfliktklärung üben aus GSK-Programm

## 6. Psychohygiene

- Sinnfindung des Sinnlosen für sich selbst klar spüren
- Tür zur Praxis bewusst schließen und öffnen
- Reinigungsritualen wie waschen/duschen/baden, barfuß laufen, Erlebtes in einen Container (Stein oder Kiste) geben
- Achtsamkeit und Meditation
- Bewegung, Tanzen, Schütteln!
- Inhalte NICHT zu Hause erzählen, sich dafür Intervention oder einen geübten Gesprächspartner suchen
- Eigene Grenzen kennen und ACHTEN!
- „Schale der Liebe“ leben
  
- Demut und Abgabe des „Heilens“ an ein größeres Bewusstsein/Glaube/Spiritualität
- Eigene Mitgefühlspraxis entwickeln
- Imagination des hohlen Knochens/Kanals

*„Ich heilte mit der Kraft, die durch mich hindurchfloss. Freilich war nicht ich es, der heilte sondern es war die Kraft der uns umgebenden jenseitigen Welt. Die Visionen und Zeremonien hatten aus mir lediglich so etwas wie eine Öffnung gemacht...“*

**Black Elk, Medizinmann**

## VIII. Psychopharmakotherapie

In der psychopharmakologischen Therapie wurden Benzodiazepine und Betablocker in der Frühintervention zur Verhinderung einer PTBS eingesetzt. Unter dem Betablocker Propranolol, 6-12 Stunden nach einem Trauma für 1 Woche gegeben, konnte die konditionierte Reaktion reduziert die Entwicklung einer PTBS jedoch nicht verhindert werden. Risperidon, 5 Tage nach dem Trauma gegeben, bewirkte eine Reduktion von Schlafstörungen, Albträumen und Übererregbarkeit. Patienten mit einem Benzodiazepin als Frühintervention wiesen im weiteren Verlauf mehr PTBS und Depressionen als die Kontrollgruppe auf. Auch der SSRI Escitalopram zeigte in der Frühintervention keine Wirksamkeit bezüglich der Verhinderung einer PTBS. (Maercker, 2020)

- Zugelassen für die Indikation PTBS in Deutschland: Paroxetin und Sertralin
- Cochrane Review(Stein et al. 2006): SSRI sind Mittel der ersten Wahl
- Review von Metaanalysen und Guidelines (Steinet al. 2009): SSRI und SNRI (Venlafaxin) sind Mittel der ersten Wahl
- Alpträume: Hinweise auf Wirksamkeit von Prazosin und Doxazosin (Nappi et al. 2012)

Beim Vollbild einer PTBS reduzierten in älteren Studien die trizyklischen Antidepressiva (TZA) Amitriptylin oder Imipramin und der irreversible MAO-Hemmer Phenelzfn teftweise die Symptome einer PTBS. Eine Metaanalyse (van Etten und Taylor 1998) fand hohe Effektstärken für die Stoffklasse der Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI). Eine neuere Metaanalyse (Watts et al. 2013) fand lediglich eine moderate Wirksamkeit. Unter den in kontrollierten Studien geprüften SSRI (Fluoxetin, Paroxetin, Sertralin) oder dem reversiblen MAO-Hemmer Modobemid wurden über weniger gravierende Nebenwirkungen und Therapieabbrüche berichtet als unter den trizyklischen Substanzen oder den irreversiblen MAO-Hemmern.

Für alle Symptombereiche, d. h. sowohl für Intrusionen, Vermeidungsverhalten als auch für Übererregbarkeit, wurde eine Symptomreduktion mit den SSRI Fluoxetin, Paroxetin, Sertralin gezeigt. In einer kontrollierten Studie zeigte das Antidepressivum Venlafaxin eine gleich gute Wirksamkeit wie Sertralin. Bei psychotischen bzw. therapieresistenten PTBSPatienten wurde in kontrollierten Studien für die neueren Antipsychotika Risperidon und Olanzapin (Olanzapin in Kombination mit einem SSRI) eine signifikante Besserung der Symptomatik berichtet. Auch Antiepileptika wie Carbamazepin und Lamotrigin waren partiell erfolgreich. Bei einigen Patienten wurde über die erfolgreiche Reduktion von Albträumen durch Prazosin und Doxazosin berichtet.

Der Wert der Antidepressiva in der PTBS-Therapie wird noch unterstrichen durch die Befunde von Vermetten et al. (2003), die nach 9-12 Monaten Paroxetin nicht nur eine Verbesserung der Gedächtnisleistung, sondern auch eine Volumenzunahme des Hippokampus fanden.

Im direkten Vergleich zwischen Verhaltenstherapie und Psychopharmakotherapie (SSRI Paroxetin) zeigte sich ein gleich guter Effekt in der Symptomreduktion innerhalb von 3 Monate. In der 6-Monats-Nachuntersuchung war die VT jedoch überlegen (Frommberger et al. 2004).

Eine Cochrane-Metaanalyse fand keine sichere Überlegenheit einer Kombination aus Psycho- mit Pharmakotherapie gegenüber der Monotherapie mit Psycho- oder Pharmakotherapie (Hetrick et al. 2010). Es gibt Hinweise, dass eine Kombination aus Psychotherapie (VT) und Pharmakotherapie (SSRI) bei therapieresistenten Patienten helfen könnte, wenn beide Verfahren gleich viel Zeit erhalten wie die einzelnen Verfahren. Therapieresistenz ist bisher kaum systematisch untersucht. Daher sind die klinisch üblichen Verfahrensweisen anzuwenden (Übersicht bei Wirtz und Frommberger, 2009).

## IX. Take Home Message

*Das Trauma selbst ist nicht das, was Menschen krank macht. Verletzung gehört zum Leben.*

**Was krank macht, ist damit allein gelassen zu werden.**

*Durch wirklich anwesende, mitfühlende Präsenz und mit Geduld und Know-How führt der Weg zurück in ein Leben MIT Trauma.*



## X. Literaturliste

- Abram, A. (2017). *Imaginationen: Therapeutische Skills kompakt*. Paderborn: Junfermann.
- Bengler, S. (2021). *Praxisbuch Imaginative Techniken in der Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Bentzen, M., & Hart, S. (2016). *Neuroaffektive Therapie mit Kindern und Jugendlichen*. Lichtenau: Probst Verlag.
- Dana, D. (2021). *Die Polyvagal-Theorie in der Therapie*. Lichtenau: Probst Verlag.
- Drexler, K. (2021). *Erebtte Wunden heilen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fiedler, P. (2003). *Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Fischer, G., & Riedesser, P. (2020). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: UTB.
- Gysi, J. (2020). *Diagnostik von Traumafolgestörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Hackmann, A., Bennett-Levy, J., & Holmes, E. (2012). *Imaginationstechniken in der kognitiven Therapie*. Weinheim: Beltz.
- Hammer, C. (2020). *Im Körper zu Hause sein*. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag.
- Hanswille, R. (2014). *Systematische Traumatherapie*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Heller, L., & Lapierre, A. (2013). *Entwicklungsstrauma heilen*. München: Kösel-Verlag.
- Huber, M. (2012). *Transgenerationale Traumatisierung*. Paderborn: Junfermann.
- Kain, K., & Terrell, S. (2020). *Bindung, Regulation und Resilienz*. Paderborn: Junfermann.
- Kirn, T., Echelmeyer, L., & Engberding, M. (2015). *Imagination in der Verhaltenstherapie*. Berlin: Springer.
- Kizilhan, J. (Februar 2009). Kultursensitiv-narrative Traumatherapie. *Trauma und Gewalt*, S. 70-76.
- Leutner, S., & Cronauer, E. (2021). *Traumatherapie-Kompass*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Levine, P. A. (2011). *Sprache ohne Worte: Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt*. München: Klösel-Verlag.
- Mathesius, R., & Scholz, W.-U. (2014). *Multimodale Stresskompetenz*. Lengerich: Pabst Science Publishers.

- Pieper, G., & Bengel, J. (2021). *Ein kognitiv-behaviorales Behandlungsmanual*. Göttingen: Hogrefe.
- Reddemann, L. (2020). *Imagination als heilsame Kraft*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann, L., & Dehner-Rau, C. (2012). *Trauma heilen*. Stuttgart: TRIAS.
- Reddemann, L., & Dehner-Rau, C. (2020). *Trauma verstehen, bearbeiten, überwinden*. Stuttgart: TRIAS.
- Ruppert, F. (2017). *Symbiose und Autonomie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sachsse, U. (2004). *Traumazentrierte Psychotherapie*. Stuttgart/New York: Schattauer.
- Schellong, J., Epple, F., & Weidner, K. (2018). *Praxisbuch Psychotraumatologie*. Stuttgart: Thieme.
- Schnarch, D. (2020). *Brain Talk: Wie wir das Gehirn nutzen, um uns selbst und andere besser zu verstehen*. München: Kösel-Verlag.
- Shazer, S. (2015). *Der Dreh. Überraschende Lösungen und Wendungen in der Kurzzeittherapie*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Trenkle, B. (2013). *Das Ha-Handbuch der Psychotherapie*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Van der Kolk, B. (2016). *Verkörperter Schrecken*. Lichtenau: Probst Verlag.

## Nützliche LINKS im www

Artikel zu Erklärungsmodellen

<https://www.journal-fuer-psychologie.de/index.php/jfp/article/view/86/48#:~:text=Erkl%C3%A4rungsmodelle%20zur%20%C3%84tiologie%20und%20Aufrechterhaltung%20der%20Post-traumatischen%20Belastungsst%C3%B6rung,Insbesondere%20integrative%20Modelle%20zeigen%20die%20Bedeutung%20von%20>

Entkopplung der Stressreaktion Anleitung

<https://www.youtube.com/watch?v=Qn7ay3Q4I-g>

Seite von Dami Charf mit vielen Infos für Patientinnen und TherapeutInnen

<https://traumaheilung.de/>

Homepage von Prof. Franz Ruppert

<https://franz-ruppert.de/>

## XI. Anhang

### Die Herzintegration

Benutze die Herzintegration, um schwierige Dinge sofort zu integrieren oder um positiven Dingen mehr Kraft zu verleihen. Ersetze in den Formeln [...] durch das, was du integrieren oder unterstützen möchtest (z.B. „meine Angst, nicht zu genügen“ oder „meine große Fähigkeit, zu lieben“).

Klopfe während der Herzintegration über Kreuz, um die Integration anzuregen. Am besten ist es, wenn du die Integration laut aussprichst. Es geht aber auch, wenn du es mal (z.B. in der Bahn) leise murmelst oder deutlich innerlich spürst. Du kannst dann z.B. auch mit den Fingern überkreuzt die Hände klopfen.

### Herzintegration für schwierige und negative Dinge

- Ich sehe [...], und gleichzeitig bin ich in Liebe und ich korrigiere.
- Ich segne [...], und gleichzeitig bin ich in Liebe und korrigiere.
- Ich nehme [...], dankbar an, und ich verzeihe mir.
- Ich gebe [...] einen großen Platz in meinem Herzen, zur Heilung und zur Transformation.
- Hier und jetzt lasse ich mich aus [...], und freue mich [hier der positive Verstärker]

### Herzintegration zur Kräftigung positiver Dinge

- Ich sehe [...], und gleichzeitig bin ich in Liebe und ich bekräftige.
- Ich segne [...], und gleichzeitig bin ich in Liebe und ich bekräftige.
- Ich nehme [...] dankbar an, und ich freue mich sehr darüber.
- Ich gebe [...] einen großen Platz in meinem Herzen, zum Wachsen und zum Blühen.
- Hier und jetzt gebe ich [...] noch mehr Raum, und ich freue mich [hier der positive Verstärker].