



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer

Thorsten Heedt

Praktische Psychotraumatherapie

Für Ausbildung und Praxis

Dr. med. Thorsten Heedt, MHBA

Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Leitender Oberarzt, ZPG Donaueschingen, Klinik am Vogelsang
Alte-Wolterdinger-Straße 80
78166 Donaueschingen
thorsten.heedt@mediclin.de

Besonderer Hinweis

Die in diesem Buch beschriebenen Methoden sollen psychotherapeutischen Rat und medizinische Behandlung nicht ersetzen. Die vorgestellten Informationen und Anleitungen sind sorgfältig recherchiert und nach bestem Wissen und Gewissen weitergegeben. Dennoch übernehmen Autor und Verlag keinerlei Haftung für Schäden irgendeiner Art, die direkt oder indirekt aus der Anwendung oder Verwertung der Angaben in diesem Buch entstehen. Die Informationen sind für Interessierte zur Weiterbildung gedacht.

Schattauer

www.schattauer.de

J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

Rotebühlstraße 77, 70178 Stuttgart

Fragen zur Produktsicherheit: produktsicherheit@klett-cotta.de

© 2025 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte inklusive der Nutzung des Werkes für Text und

Data Mining i.S.v. § 44b UrhG vorbehalten

Gestaltungskonzept: Farnschläder & Mahlstedt, Hamburg

Cover: Jutta Herden, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von Nele Bäumer-Heedt

Gesetzt von Dörlemann Satz, Lemförde

Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck

Lektorat: Volker Drüke

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani

ISBN 978-3-608-40206-3

E-Book ISBN 978-3-608-12512-2

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20727-9

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der

Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten

sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Francine Shapiro (1948–2019) und
Arne Hofmann gewidmet

Vorwort

Dieses Buch ist im Grunde eine Liebeserklärung.

Eine Liebeserklärung an EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), ein traumabearbeitendes Verfahren, welches in den 80er-Jahren des letzten Jahrhunderts von der amerikanischen Psychologin Francine Shapiro (1948–2019) ersonnen wurde und seitdem einen beispiellosen Siegeszug hinter sich hat. Seit ca. 2005 wird es zur Bearbeitung von Traumata in zahlreichen nationalen Leitlinien explizit empfohlen. Ich nenne es scherzhaft oft gegenüber meinen Patienten »Gehirnchirurgie ohne Skalpell«, denn mein Eindruck ist, dass es eine Schicht tiefer geht als die meisten Psychotherapieformen, die wir kennen. Meist arbeite ich mit den Patienten mit EMDR unter gleichzeitiger Anwendung bekannter Techniken der Kognitiven Verhaltenstherapie. Bei schwer erkrankten, komplex traumatisierten Patienten kann die Besserung gleichwohl sehr lange in Anspruch nehmen.

Dann fange ich an, eine »Traumalandkarte« mit den Patienten aufzuzeichnen, wo die Hauptbelastungssituationen – inklusive im eigentlichen Sinne traumatischer Ereignisse, sofern vorhanden – notiert werden. Ich sortiere und gewichte die Ereignisse, und arbeite planvoll (wie sagte noch der frühere Schweltmeister Anatoli Karpov: »Besser ein schlechter Plan als kein Plan«) eine Belastung nach der anderen mit den Patienten durch. Die Patienten vergießen dabei oft viele Tränen, doch am Ende geht es ihnen sehr häufig deutlich besser. Das klappt erstaunlich gut, sowohl mit Traumatisierten als auch mit schwer Depressiven (hierfür gibt es das DeprEnd-Protokoll; Hofmann et al. 2021), jedenfalls ist das meine klinische Erfahrung. Freilich muss der Patient motiviert sein, etwas zu verändern.

Ein gewisser Prozentsatz schwer komplex Traumatisierter braucht freilich eine Menge zusätzlicher Unterstützung, um zu profitieren, und natürlich gibt es auch einmal Fälle, wo das Verfahren nicht funktioniert. Aber bei der Mehrzahl der Patienten funktioniert die Behandlung hervorragend – immer vorausgesetzt, dass es mir gelingt, eine tragfähige therapeutische Beziehung aufzubauen, denn ca. 40 % des Therapieergebnisses gehen auf das Konto einer solchen, wie man heute weiß.

Mittlerweile habe ich auf meiner Station eine Art modulares Konzept gefunden – wenn ich feststelle, dass Traumatisierungen eine Rolle spielen, hole ich die Patienten 1- bis 2-mal die Woche zusätzlich zu den üblichen Terminen beim Einzeltherapeuten (meist ein Psychologischer Psychotherapeut) zu mir, oftmals geht es dann schneller vorwärts oder es gelingt gar ein Durchbruch, der vorher nicht möglich erschien.

Dieses Buch über »Praktische Psychotraumatheapie« stellt zunächst ein paar Basics über Traumatherapie im Einzelnen vor – was wirkt und was nicht. Dann stelle ich dar, wie man EMDR einsetzt, um posttraumatische Störungsbilder wirkungsvoll zu behandeln. Bei komplex Traumatisierten braucht man viele zusätzliche, weniger bekannte Erweiterungen des Standard-EMDRs, die ich ebenfalls darstelle. Gelegentlich lasse ich ein paar eigene Erfahrungen, Beispiele und Tipps aus dem klinischen Alltag in einem typischen stationären akutpsychosomatischen Setting einfließen. Ich wünsche viel Spaß und erhellende Erkenntnisse bei der Lektüre.

Thorsten Heedt, im Sommer 2025

Literatur

Hofmann A, Ostacoli L, Lehnung M, Hase M (2021). Depressionen behandeln mit EMDR: Techniken und Methoden für die psychotherapeutische Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta.

Einleitung

Dieses Buch heißt »Praktische Psychotraumatherapie«, weil es zunächst allgemeines Wissen bezüglich Traumatherapie vermittelt, dabei u. a. die wichtigsten Traumatherapien kurz vorstellt.

Danach stelle ich dar, wie man mit EMDR, einer wirkungsvollen traumatherapeutischen Therapieform, meist sehr erfolgreich Traumatisierte behandeln kann. Dazu stelle ich zunächst das Verfahren dar, gehe dann auf dessen konkrete Anwendung im Akutfall ein, wenn also gerade ein traumatisches Ereignis passiert ist. Problematisch wird es dann, wenn schwerst traumatisierte Menschen die Patienten sind, es sich also um sogenannte »Komplex Traumatisierte« handelt, denn dann ist Vorsicht geboten. Hierbei gibt es alle möglichen Fallstricke zu beachten, die eingehend dargestellt werden und wie man mit diesen umgeht. Dann sollte man einen guten Überblick bekommen haben, wie man Traumatisierte behandeln kann.¹

Sind Patienten mit Traumata eigentlich mittlerweile gut versorgt?

Ich denke eher nicht. Oft kommen die Patienten gar nicht in spezifischer ambulanter Therapie an, geschweige denn in stationärer. Angesichts vielfältiger (politisch bedingter) Schrecken

¹ Aus Gründen der Leseleichtigkeit, des Text-Umfangs oder des situativen Stil-Empfindens wird in diesem Buch in der Regel ein generisches Maskulinum verwendet. Es sind aber ausdrücklich Menschen jeder Geschlechtsidentität gemeint.

in der Welt scheint mir zum anderen die Zahl der Traumata auch eher zuzunehmen.

Eine französische Studie von Demesmaeker et al. (2025) z.B. untersuchte PTBS-bedingte Krankenhausaufenthalte von 2013 bis 2022 (PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung). 69108 Patienten wurden 125349-mal mit PTBS-Diagnose stationär behandelt, was 0,4% aller stationären Fälle ausmachte. Der Anteil stieg in psychiatrischen Einrichtungen von 0,68% auf 2,22% und in allgemeinen Krankenhäusern von 0,02% auf 0,04%. Frauen waren jünger und hatten längere Aufenthalte in psychiatrischen Einrichtungen. Affektive Störungen, stressbedingte Störungen und Substanzgebrauchsstörungen waren häufige Komorbiditäten. Die Studie zeigt einen Anstieg der PTBS-bedingten Krankenhausaufenthalte, besonders nach 2019 und bei jüngeren Patienten, was verbesserte Versorgungsstrategien erfordert.

Oft sind Traumata auch mit sozialen Phänomenen eng verknüpft:

Eine Studie von Fearon et al. (2024) analysierte traumatische Lebenserfahrungen und Substanzkonsum bei 10125 psychiatrisch stationär behandelten Personen in Ontario (2015–2019). Acht Klassen wurden dabei identifiziert, die von geringerer Komplexität (z.B. interpersonelle Probleme ohne Substanzkonsum) bis hin zu hoher Komplexität (z.B. ausgedehntes Trauma mit Alkohol- und Cannabisabhängigkeit) reichten. Dabei erhöhte Obdachlosigkeit das Risiko dafür, in einer schweren Klasse zu landen, erheblich.

Schwer traumatisierte Patienten haben oft keine Lobby. Ich hoffe, dass dieses Buch dazu beiträgt, dass sich deren Behandlungsoptionen verbessern und dass sich Traumawissen schnell in der Bevölkerung und unter Ärzten verbreitet, um optimal helfen zu können.

Literatur

- Demesmaeker A, Creupelandt C, Leroy A, Vaiva G, D'Hondt F (2025). Impact of posttraumatic stress disorder and comorbid psychiatric conditions on suicide reattempts. *J Affect Disord*; 16(1): 2461435.
- Fearon D, Perlman CM, Leatherdale S, Hirdes JP, Dubin J (2024). Classification of traumatic life events and substance use among persons admitted to inpatient psychiatry in Ontario, Canada. *J Psychiatr Res*; 172: 236–243.

1 Behandlungsprinzipien bei Traumatherapien

Bei der Traumabehandlung muss man erst einmal sichere Rahmenbedingungen herstellen, für genügend Selbstkontrolle sorgen, d.h., der Patient muss immer »Herr des Verfahrens« bleiben, um nicht die hilflos machenden Situationen in der Therapie noch einmal zu erleben. So wird z.B. beim EMDR ein Stoppsignal vereinbart, wenn es dem Patienten zu viel wird. Wie bei jeder Therapie muss eine wertschätzende, transparente Atmosphäre hergestellt werden.

Es geht im Einzelnen um (Frommberger et al. 2023a):

- Innere und äußere Stabilisierung
- Ressourcenorientierung
- Wissen und Verstehen von Trauma und Traumbewältigung, was Neubewertung ermöglicht
- Förderung von Zielorientierung, aktivem Handeln und Selbstwirksamkeit
- Verbesserung von Emotionswahrnehmung und Emotionsregulation
- Förderung sozialer Kompetenz
- Traumakonfrontation mit Habituation und Aufbau aktiver Bewältigungsstrategien
- Arbeit an dysfunktionalen Kognitions- und Verhaltensmustern
- Akzeptanz nicht zu ändernder Traumafolgen
- Langfristige Rückfallprophylaxe

1.1 Allgemeine Wirkfaktoren von Psychotherapie

Der viel zu früh verstorbene Pionier der Verhaltenstherapie Grawe (1943–2005) hat die allgemeinen Wirkfaktoren von Psychotherapie beschrieben. Jede funktionierende Psychotherapie besitzt Elemente der genannten Faktoren, dies gilt auch für jede Traumatherapie. Wirkfaktoren sind (Frommberger et al. 2023a):

- Qualität der therapeutischen Beziehung
- Ressourcenaktivierung: Fähigkeiten und Interessen des Patienten werden im therapeutischen Prozess genutzt.
- Problemaktualisierung: Die Probleme, die bearbeitet werden sollen, werden erfahrbar gemacht, z. B. durch Aufsuchen realer Situationen oder durch Techniken wie Imaginationsübungen, Konfrontation, Rollenspiele.
- Motivationale Klärung: Die Therapie fördert ein besseres Verstehen der grundlegenden Zusammenhänge bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Problematik.
- Problembewältigung: Der Patient wird mit problemspezifischen Methoden ausgestattet, die ihm positive Bewältigungsstrategien vermitteln. Dies steigert die Selbstwirksamkeit, reduziert etwaiges Hilflosigkeitserleben.

1.2 Therapieplanung bei Traumatherapie

Wichtig ist es, bei der Traumatherapie planvoll vorzugehen. Ins Blaue therapieren schadet, stattdessen ergibt sich im Grunde direkt aus den allgemeinen beschriebenen Wirkfaktoren die Planung, dies gilt in ähnlicher Form eigentlich in jeder Therapie (Frommberger et al. 2023a):

- Eingangsphase und Klärung der Ausgangsbedingungen
- Entwicklung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung
- Motivationsklärung (aktive Therapie- und Veränderungsmotivation klären und aufbauen)
- Diagnostik und Indikationsstellung (dazu zählt auch die Abklärung somatischer Diagnosen)
- Differenzielle Indikationsstellung, Entscheidung: Stabilisierung oder Traumakonfrontation
- Gemeinsame Entwicklung der Therapieziele
- Prüfen, ob ausreichende Stabilität vorliegt für Traumakonfrontation, sonst Arbeit an Stabilisierung
- Wahl der geeigneten Methode (z. B. EMDR)
- Durchführung der Therapie
- Evaluation des Fortschritts
- Perspektivenklärung und Rückfallprophylaxe
- Beendigung der Behandlung und Abschlussevaluation

1.3 Risiken und Nebenwirkungen

Früher hat man mögliche Risiken und Nebenwirkungen von Therapien – welcher Art auch immer – gerne verschwiegen, aber Therapie kann, wenn sie schlecht durchgeführt wird oder das Setting nicht stimmt, auch schaden, deswegen sollte man sich der folgenden Risiken bewusst sein (Graul et al. 2023).

Bei Nebenwirkungen oder Therapieschäden kann man unterscheiden:

- Misserfolge (Nichterreichen der Therapieziele)
- Unerwünschte Nebenwirkungen (nicht erwartete anhaltende Symptomverschlechterungen)
- Therapieschäden (Neuaufreten nachhaltiger Störungen,

gravierende selbstschädigende Verhaltensweisen (Linden & Strauss 2012; Schwartze & Strauss 2018)

Schigl und Gahleitner (2018) unterscheiden hinsichtlich therapeutischer Fehler:

- Alltagsfehler im Sinne einmaliger Fehlhandlung
- Fehler in schwierigen Situationen
- Ethische Vergehen

Selbst bei angemessener Therapie zeigt sich bei bis zu 30 % der Patienten keine Besserung und bei 10 % eine Verschlechterung. Bei PTBS gibt es bis zu 40 % Non-Responder.

FALLBEISPIEL

Traumatherapie kann auch richtig schiefgehen und muss gut geplant werden:

So habe ich einmal den Fall mitbekommen, dass ein Therapeut bei einer Patientin, die absolut fassadär erschien, verfrüht mittels EMDR begann zu arbeiten. Das Ergebnis war, dass der Patientin plötzlich ein jahrelanger Missbrauch einfiel und sie von einem Flashback in den nächsten stolperte, sodass die Traumasymptomatik kaum zu »deckeln« war. Man sollte Traumatherapie gut vorbereiten und sich eine Menge Zeit nehmen, vor allem zum Vertrauensaufbau. Der Patient muss sich außerdem als Erstes richtig wohl bei einem fühlen, was angesichts des oftmals bestehenden Misstrauens gegenüber der Welt aufseiten der Patienten niemals leicht zu erreichen ist.

1.4 Probleme bei der therapeutischen Arbeitsbeziehung

Damit ganz generell Psychotherapie funktioniert, muss eine gute Arbeitsbeziehung zwischen Patient und Therapeut entstehen. Damit es hierbei keine gravierenden Schwierigkeiten gibt, sollte der Patient in alle relevanten Entscheidungen einbezogen und eine regelmäßige Rückmeldung eingeholt werden. Überdies sollte der Patient über alle Wirkungen und Nebenwirkungen der Therapie aufgeklärt werden. Und seitens des Therapeuten ist es ebenfalls wichtig, auch einmal Fehler einräumen zu können. Man sollte ein funktionierendes Fehlermanagement besitzen.

Ein gutes KRM (Klinisches Risikomanagement) besteht aus folgenden Punkten (Graul et al. 2023):

- Identifizierung (Was ist passiert?)
- Analyse (Was sind die Ursachen?)
- Risikobewertung (Wie ist die Schadensschwere und Wiederholungsgefahr?)
- Lösungsentwicklung (Welche Maßnahmen müssen ergriffen werden?)
- Ableitung von Maßnahmen und Umsetzung (Wer wird gebraucht, wer ist verantwortlich?)
- Bewertung (Haben die Maßnahmen den gewünschten Erfolg gehabt?)

Traumatherapeutische Techniken sind manchmal etwas absonderlich. Da wird z. B. bei EMDR mit dem Finger in der Luft geschwenkt. Da fragt sich der eine oder andere Patient, ob er wohl beim Schamanen gelandet ist. Das kann den Patienten massiv verunsichern und die Arbeitsbeziehung belasten. Daher nehme ich mir z. B. immer eine ganze Stunde Zeit und erkläre anhand eines Vortrags an meinem Computer Schritt für Schritt das

Vorgehen. Seitdem ich das mache, verlaufen die Therapien viel »smoother«. Die Investition lohnt sich.

1.5 Kontraindikationen

Im Allgemeinen gelten folgende Kontraindikationen für Traumatherapie: Verhaltensweisen wie Suizidalität, psychotische Symptome, dissoziative Symptome, Selbstverletzungen, Fremdaggression, Substanzkonsum, die zu schwerwiegenden Störungen der Verhaltenskontrolle führen. Sie stellen relevante Kontraindikationen für ein traumafokussiertes Vorgehen dar. Allerdings weicht sich dies in der Praxis zunehmend auf. So habe ich festgestellt, dass man selbst suizidale Gedanken oft mit ressourcenorientierten Techniken gut behandeln kann, wenn die therapeutische Beziehung stimmt. Selbstverletzungen können bei reinem Arbeiten im Ressourcenmaterial (z.B Verankerung positiver Bilder; s. EMDR-Teil) oft weniger werden. Psychotische Symptome können oftmals auch adressierbar sein, habe ich festgestellt. Es ist ein Unterschied, ob es sich um einen drogeninduziert psychotischen Patienten handelt – da würde ich es nicht versuchen – oder um jemanden, der gut im therapeutischen Kontakt steht und eher flüchtige psychotische Gedanken hat (Keller et al. 2023b).

FALLBEISPIEL

Zu den Kontraindikationen zählt auch, die Behandlung bei jemandem durchführen zu lassen, der darin schlecht ausgebildet ist.

Einmal kam eine Patientin, deren Therapeut sie auf den Rücken legte und EMDR im Liegen (!) durchführte. Nicht die beste Idee,

die Therapie in einer so regressiven Position durchzuführen. Danach dissoziierte die Patientin natürlich und wurde kränker denn je, bis sie zu unserem stationären Behandlungsteam in Therapie kam.

1.6 Leitlinien

Zweifellos sollte man sich in aller Regel an den bestehenden Leitlinien orientieren:

- S3-Leitlinie PTBS (DeGPT, AWMF 2019)
- S2k-Leitlinie Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung (AWMF 2019a)
- S2-k-Leitlinie Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen (AWMF 2019b)

In begründeten Einzelfällen kann man abweichen, aber wenn man sie nicht kennt oder aus rein ideologischen Gründen (»Die therapeutische Beziehung ist mir heilig, das spielt sich alles zwischen uns in Übertragung und Gegenübertragung ab, das kann man nicht in eine Leitlinie zwängen«), ist es schlecht. In den Leitlinien spiegelt sich das Wissen aus zahllosen Studien wider und stellt einen Konsens zahlloser relevanter Fachgesellschaften dar, den man nicht einfach wegwischen kann (Frommberger et al. 2023b).

1.7 Evidenzbasierte Therapie von Traumafolgestörungen

So wie allgemeine Wirkfaktoren von Grawe beschrieben wurden, kann man für Traumatherapie auch herausarbeiten, was funktioniert und was nicht. Schnyder und Cloitre (2015) haben die Wirkfaktoren evidenzbasierter Therapie von typischen Traumafolgestörungen zusammengetragen:

Psychoedukation Information über Auswirkungen von Traumatisierungen, zu Symptomen und möglichen Bewältigungsstrategien, Infos zur Rückfallprophylaxe.

Emotionsregulation/Copingstrategien Techniken zur Emotionsregulation sollen vermittelt werden. Dies muss regelmäßig geübt werden.

Imaginative Exposition mit den traumatischen Erinnerungen Gezielte strukturierte Wiedererinnerung an die traumatisierenden Erlebnisse. Maercker (2019c) unterscheidet expositions-fokussierte von kognitionsfokussierten Therapien. PE, NET, EMDR sind expositions-fokussierte, diese reduzieren Vermeidungsreaktionen und führen zur Habituation und zum Rückgang des Arousal.

Kognitive Bearbeitung und Umstrukturierung Bei den kognitionsfokussierten Therapien wie CPT, TF-KVT geht es um die Veränderung der dysfunktionalen veränderten Einstellungen zu sich selbst zu anderen und zur Umwelt.

Fokussierung auf Emotionen Es werden neben Angst und Furcht auch weitere belastende Emotionen bearbeitet, die im Zusammenhang mit dem Trauma stehen, etwa Schuld- und Schamgefühle, Ärger und Wut, Trauer und Traurigkeit, auch Ekel.

Reorganisation des Traumagedächtnisses, Bildung kohärentes Traumanarrativ Letztlich geht es um Reorganisation der Gedächtnisfunktionen und Bildung eines kohärenten Traumanarrativs (Frommberger et al. 2023b).

Ermahnung zur Leitliniennutzung

Es gibt Therapeuten, die glauben, die therapeutische Beziehung sei ja so individuell, dass man sie in keine Leitlinie pressen könne. In Wahrheit ist dort einfach das gesammelte Wissen zum jeweiligen Störungsbild von ausgewiesenen Koryphäen zu finden. Wer es nicht liest und anwendet, ist schlecht beraten und verpasst meist die besten neueren Entwicklungen.

1.8 Die Zukunft mit KI?

Kann uns in Zukunft die Künstliche Intelligenz (KI) einen Teil der Arbeit abnehmen bei der Behandlung von Traumapatienten? Eine spannende Frage, die man derzeit noch nicht abschließend beurteilen kann. Ich habe aber den Eindruck, dass z.T. gerade in sprachbasierten Bereichen wie der Psychotherapie die KI uns bald überholen wird. Ich habe einmal anlässlich einer schwierigen interaktionellen Situation auf der Station in anonymisierter Form die KI gefragt und bekam eine fantastisch differenzierte Antwort, wie sie kein Supervisor hätte liefern können.

Eine Studie von Bartal et al. (2024) untersuchte die Wirksamkeit von ChatGPT und des Modells text-embedding-ada-002 (ADA) bei der Erkennung von Posttraumatischer Belastungsstörung nach der Geburt (CB-PTBS) anhand von Geburtsberichten. Die Forscher analysierten 1295 Geburtsberichte von Frauen, die in den letzten sechs Monaten entbunden hatten. Ein auf dem ADA-Modell basierender maschineller Lernansatz übertraf ChatGPT und sechs andere große Texteinbettungsmodelle bei der Identifizierung von CB-PTSB (F1-Score: 0,81). Die Autoren schließen daraus, dass ihr Modellierungsansatz das

Potenzial hat, auch andere psychische Störungen zu bewerten und möglicherweise als Screening-Tool für CB-PTBS eingesetzt werden könnte.

Eine weitere interessante Studie (Christ et al. 2023) untersuchte das Auftreten von plötzlichen Verbesserungen (sudden gains) in intensiven PTBS-Behandlungsprogrammen (ITPs) und deren Vorhersagbarkeit mithilfe von maschinellem Lernen. Die Forscher analysierten Daten von 465 Veteranen in einem 3-wöchigen und 235 Veteranen in einem 2-wöchigen ITP. Die Ergebnisse zeigten, dass 31 % bzw. 19 % der Teilnehmer plötzliche Verbesserungen erfuhren. Diese waren mit einer stärkeren Symptomreduktion nach der Behandlung und beim 3-Monats-Follow-up verbunden, wobei der Effekt beim Follow-up nach Kontrolle der Gesamtsymptomreduktion nicht mehr signifikant war. Trotz des Einsatzes von drei maschinellen Lernalgorithmen konnten keine zuverlässigen Prädiktoren für plötzliche Verbesserungen identifiziert werden. Die Autoren schließen, dass plötzliche Verbesserungen zwar in intensiven PTBS-Behandlungen auftreten, ihre Vorhersage und langfristige Bedeutung jedoch begrenzt sind.

Wir sollten die Hoffnung auf immer bessere KIs also nicht überbewerten, aber auch nicht unterbewerten.

Literatur

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2019a). S2k-Leitlinie Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung. Deutsche Ausgabe. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/051-027|_S2k_Diagnostik_Behandlung_akute_Folgen_psychischer_Traumatisierung_2019-10.pdf. Zugriff am 03.04.2025.

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2019b). S2k-Leitlinie Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen. Deutsche Ausgabe. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/051-029_I_S2k_Begutachtung-psychischer-psychosomatischer-Stoerungen_2025-01-abgelaufen.pdf. Zugriff am 03. 04. 2025.
- Bartal A, Jagodnik KM, Chan SJ, Dekel S (2024). AI and narrative embeddings detect PTSD following childbirth via birth stories. *Sci Rep*; 14(1): 8336. doi: 10.1038/s41598-024-54242-2.
- Christ NM, Schubert RA, Mundle R, Pridgen S, Held P (2023). Using machine learning to predict sudden gains in intensive treatment for PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*; 100: 102783.
- Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2019). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Deutsche Ausgabe. Herausgegeben von der DeGPT und AWMF. Verfügbar unter: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/b7d6e351610631daac5ef08f6cde9fb3c4dd3600/155-001_I_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2019-12.pdf. Zugriff am 03. 04. 2025.
- Frommberger U, Keller R, Graul J (2023a). Behandlungsleitlinien. In: Keller R, Frommberger U, Graul J (Hrsg). *Praxishandbuch Traumatherapie. Diagnostik, ambulante und stationäre Behandlung, Rahmenbedingungen und Anwendungsbeispiele*. München: Elsevier; 91–96.
- Frommberger U, Keller R, Graul J (2023b). Übergeordnete Behandlungsprinzipien bei Traumatherapie. In: Keller R, Frommberger U, Graul J (Hrsg). *Praxishandbuch Traumatherapie. Diagnostik, ambulante und stationäre Behandlung, Rahmenbedingungen und Anwendungsbeispiele*. München: Elsevier; 70–77.
- Graul J, Keller R, Klose M, Binder J (2023). Risiken und Nebenwirkungen einer Traumatherapie. In: Keller R, Frommberger U, Graul J (Hrsg). *Praxishandbuch Traumatherapie. Diagnostik, ambulante und stationäre Behandlung, Rahmenbedingungen und Anwendungsbeispiele*. München: Elsevier; 78–90.
- Keller R, Frommberger U, Graul J (Hrsg) (2023a). *Praxishandbuch Traumatherapie. Diagnostik, ambulante und stationäre Behandlung, Rahmenbedingungen und Anwendungsbeispiele*. München: Elsevier.
- Keller R, Frommberger U, Graul J, Binder J, Klose M, Ladwein S, Menne B (2023b). Überblick Traumafokussierte psychotherapeutische Behand-

- lungsmethoden. In: Keller R, Frommberger U, Graul J (Hrsg). *Praxis- handbuch Traumatherapie. Diagnostik, ambulante und stationäre Behandlung, Rahmenbedingungen und Anwendungsbeispiele*. München: Elsevier; 107–114.
- Linden M, Strauß B (Hrsg) (2022). *Erfassung von Psychotherapie-Nebenwirkungen*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schigl B, Gahleitner SB (2018). Psychotherapeutische Fehler. Wie wir damit umgehen, macht den Unterschied. *Psychotherapie-Wissenschaft*; 12(4): 322–332.
- Schnyder U, Cloitre M (eds) (2015). *Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders. A practical guide for clinicians*. Cham: Springer.
- Schwartz D, Strauss B (2018). Zur Definition und Erfassung von Kunstfehlern und Kunstfehlerfolgen in der Psychotherapie. *Psychotherapie-Wissenschaft*; 12(4): 296–306.

2 Psychopharmakotherapie von Traumafolgestörungen

Die medikamentöse Behandlung von Traumafolgestörungen, insbesondere der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), hat ihre Grenzen. Zwar können einige Symptome wie Schlafstörungen oder begleitende Depressionen gelindert werden, doch oft erschweren Medikamente die Therapie eher, als dass sie helfen. Besonders wenn keine zusätzliche Erkrankung wie eine Depression oder Panikstörung vorliegt, ist der Nutzen fraglich.

In Deutschland sind für die Behandlung der PTBS nur die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) Sertralin und Paroxetin offiziell zugelassen, während andere Medikamente »off-label« verwendet werden.

Eine hochwertige Studie (Shalev et al. 2012) zeigte, dass KVT oft wirksamer ist als eine Behandlung mit Escitalopram (häufig eingesetztes SSRI) und Chronifizierung vorbeugen kann.

Benzodiazepine vermeide ich fast immer, da diese meist dissoziative Symptome verstärken und nur bei akuter Suizidalität hilfreich sind. Bei Schlafstörungen können sedierende Antidepressiva wie Trimipramin helfen, bei zusätzlich psychotischen Symptomen kann Risperidon helfen. Betablocker reduzieren den Puls, ohne aber die PTBS-Symptome zu bessern.

Damit wirklich die PTBS durchgreifend besser wird, ist vor allem Psychotherapie notwendig.

In Deutschland sollten Sertralin (bis 200 mg) und Paroxetin

(bis 50 mg), wenn man es nun ausnahmsweise für wirklich erforderlich hält, ausreichend hoch dosiert werden, solange sie vertragen werden. Plasmaspiegelmessungen sind bei Paroxetin allerdings wenig aussagekräftig, da kein direkter Zusammenhang zwischen Blutwerten und antidepressiver Wirkung besteht (Frommberger 2023).

2.1 Behandlung therapieresistenter Traumafolgestörungen

Bei therapieresistenten Traumafolgestörungen wurden verschiedene Strategien erprobt, wenn Medikamente wie SSRI keine ausreichende Wirkung zeigen:

Nach anfänglicher Monotherapie und einer Behandlungsdauer von 8–12 Wochen ist der Wechsel auf ein Antidepressivum einer anderen Klasse möglich (z. B. statt SSRI Gabe eines SNRI). Auch kann man verschiedene Kombinationstherapien zur Augmentation versuchen: SSRI plus Mirtazapin oder SSRI plus Antipsychotika wie Quetiapin oder Aripiprazol oder SSRI plus Lithium – also Strategien, die man auch aus der antidepressiven Therapie kennt (Frommberger 2023).

Nach meiner persönlichen Erfahrung ist das aber alles nur halb so wirksam wie Psychotherapie. Man sollte sich lieber an die Arbeit wagen, mit psychotherapeutischen Mitteln/traumafokussierter Psychotherapie zu behandeln. Das ist am aussichtsreichsten (es sei denn, es gibt Komorbiditäten, die den Einsatz dennoch rechtfertigen).

2.2 Behandlung von dissoziativer Symptomatik

Auch die bei Traumapatienten häufig vorkommende Dissoziation kann man versuchen medikamentös zu behandeln. Ich habe bei solcher Indikation häufig niedrig dosiertes Naltrexon (off label) gegeben. Das hat auch oft gut funktioniert. Paroxetin z. B., das man auch versuchen kann, ist nicht mein liebstes Medikament. Ich finde, dass sich viele Patienten darunter »dizzy« fühlen, ich versuche es zu vermeiden.

Meine Erfahrungen mit LDN (= niedrig dosiertes Naltrexon, off label), in speziellen Apotheken zu haben, ist bezüglich der Behandlung hochdissoziativer Patienten sehr gut. Es gibt Patienten, die überhaupt nicht sinnvoll zu behandeln sind, weil sie ständig von einer Dissoziation in die nächste taumeln, diese kann man damit häufig in einen Zustand bringen, in dem sie z. B. von stationärer Therapie gut profitieren, gerade bei den schweren Fällen kann das einen Versuch wert sein (sollte aber nur von im Traumabereich erfahrenen Ärzten verschrieben werden, die das auch begleiten können). Man muss die Patienten vor allem darüber aufklären, dass man es vor OPs absetzen muss, weil sonst die Schmerzmittel nicht wirken, denn das Medikament neutralisiert Opiode.

2.3 Behandlung bei Alpträumen

Ich habe gute Erfahrung mit Doxazosin gemacht, wenn denn Patienten bereit sind, etwas bezüglich Alpträumen einzunehmen; oft ist dies nämlich nicht der Fall. Man braucht in der Re-

gel zwischen 4 und 12 mg Doxazosin. Trimipramin (50–300 mg) kann auch helfen, gelegentlich auch Risperidon (Detweiler et al. 2016). Studien mit Prazosin (Lipinska et al. 2016) zeigen eine ähnliche Wirksamkeit. Leider ist dies aber nicht mehr zugelassen.

Nach meiner Erfahrung profitieren etwa 25 % der Patienten von einer Behandlung mit Doxazosin, jedoch zeigt sich Psychotherapie als die wirksamste Methode. Verhaltenstherapeutisch lässt sich das Thema hervorragend bearbeiten, und medikamentöse Ansätze wie Doxazosin sollten erst dann in Erwägung gezogen werden, wenn psychotherapeutische Maßnahmen nicht ausreichen.

Literatur

- Detweiler MB, Pagadala B, Candelario J, Boyle JS, Detweiler JG, Lutgens BW (2016). Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder Nightmares at a Veterans Affairs Medical Center. *Journal of Clinical Medicine*; 5(12): 117.
- Frommberger U (2023). Psychopharmakotherapie. In: Keller R, Frommberger U, Graul J (Hrsg). *Praxishandbuch Traumatherapie. Diagnostik, ambulante und stationäre Behandlung, Rahmenbedingungen und Anwendungsbeispiele*. München: Elsevier; 97–106.
- Keller R, Frommberger U, Graul J (Hrsg) (2023). *Praxishandbuch Traumatherapie. Diagnostik, ambulante und stationäre Behandlung, Rahmenbedingungen und Anwendungsbeispiele*. München: Elsevier.
- Lipinska G, Baldwin DS, Thomas KGF (2016). Pharmacology for sleep disturbance in PTSD. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*; 31(2): 156–163.
- Shalev AY, Ankri Y, Israeli-Shalev Y, Peleg T, Adessky R, Freedman S (2012). Prevention of posttraumatic stress disorder by early treatment. Results from the Jerusalem Trauma Outreach And Prevention study. *Archives of General Psychiatry*; 69(2): 166–176.

3 Übersicht traumafokussierter Behandlungsmethoden

Die Behandlung von Traumafolgestörungen kann entweder traumafokussiert oder nicht traumafokussiert erfolgen. Traumafokussierte Psychotherapie setzt sich dabei aus drei wesentlichen Elementen zusammen: der Stabilisierung, der direkten Auseinandersetzung mit dem Trauma (Traumakonfrontation) und der Integration des Erlebten in die persönliche Lebensgeschichte. Bevor man mit einer traumafokussierten Behandlung beginnt, sollte eine gewisse psychische und körperliche Stabilität gegeben sein.

Zu den expositionsbasierten Verfahren gehört die Prolongierte Expositionstherapie (PE) nach Foa und Kozak (1986), bei der das traumatische Ereignis wiederholt in der Vorstellung durchlebt und erzählt wird. Ebenso zählen die Narrative Expositionstherapie (NET) (Schauer & Neuner 2011) und die EMDR-Therapie (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) nach Shapiro (2014) zu dieser Gruppe. Letztere habe ich selbst vielfach angewendet und immer wieder festgestellt, dass sie eine Art »Gehirnchirurgie ohne Skalpell« darstellt – direkt auf die zentralen Gefühle von Ohnmacht und Verzweiflung gerichtet, mit oft raschen Fortschritten.

Kognitionsbasierte Therapieansätze setzen hingegen an den dysfunktionalen Gedanken und Bewertungen an, die sich infolge des Traumas entwickelt haben. Hierzu zählt z.B. die Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT) nach

Ehlers und Clark (2000), international bekannt als Cognitive Therapy for PTSD (CT-PTSD). Weitere kognitive Ansätze sind die Kognitive Verarbeitungstherapie (CPT) nach Resick und Schnicke (1992) sowie das STAIR/NT-Programm (Skillstraining zur affektiven und interpersonellen Regulation – narrative Therapie) nach Cloitre et al. (2014). Ebenso zählt die Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy (IRRT) nach Schmucker und Köster (2014) dazu, die mit einer gezielten Neubewertung belastender Erinnerungsbilder arbeitet (Keller et al. 2023d).

Neben diesen kognitiv-behavioralen Verfahren gibt es psychodynamische und imaginative Methoden wie die Psychodynamisch-Imaginative Traumatherapie (PITT) nach Reddemann (2004) und die Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie (MPTT) nach Fischer et al. (2003). Persönlich halte ich beide für nicht überzeugend. Die PITT setzt stark auf Stabilisierung, unterschätzt jedoch meines Erachtens die Bedeutung der direkten Traumakonfrontation. Zwar wird hier z. B. als Konfrontationstechnik die Bildschirmtechnik versucht, aber meine Erfahrung ist, dass dies oft nicht genügend wirkt. Die MPTT ist konzeptionell zu komplex und für viele Betroffene nicht nachvollziehbar, während EMDR in meiner Erfahrung oft sehr effektiv ist.

Zusätzlich existieren weitere Therapieansätze, wie die Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD (BEPP, Gersons et al. 2013), die Lebensrückblickstherapie (Maercker & Forstmeier 2013) sowie Albtraumtherapien (Thünker & Pietrowsky 2011).

Nicht traumafokussierte Behandlungsansätze konzentrieren sich vorrangig auf die Stabilisierung und umfassen Verfahren wie das Stressimpfungstraining oder stabilisierende Gruppenprogramme. Diese können als Vorbereitung auf eine spätere Traumakonfrontation dienen. Die beste Evidenz liegt allerdings für traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT) und EMDR als Einzelbehandlungen vor.

Ein zentrales Prinzip der Traumatherapie ist die flexible Kombination aus Stabilisierung, Konfrontation mit dem Trauma und Integration des Erlebten. Während diese Phasen früher als streng aufeinanderfolgend betrachtet wurden, zeigt sich in der Praxis, dass sie oft ineinandergreifen.

Relative Kontraindikationen für eine direkte Traumabearbeitung sind akute Suizidalität, psychotische Symptome, schwere Dissoziationen, Selbstverletzung, Fremdaggression und aktiver Substanzmissbrauch. Ebenso ist es wichtig, bestehende Täterkontakte zu prüfen, um eine fortgesetzte Viktimisierung zu vermeiden (Ehring et al. 2019).

Ein häufiger Befund bei Traumatherapie ist das sogenannte »Trauma-U« (Hofmann 1999), also eine vorübergehende Symptomzunahme während der Bearbeitung. Doch eine Meta-Analyse von Purnell et al. (2024), die 23 randomisierte kontrollierte Studien auswertete, fand keine Hinweise darauf, dass sich PTBS-Symptome während der Behandlung verschlechtern. Vielmehr zeigten sich sowohl für PTBS als auch für depressive Begleitsymptome durch traumafokussierte Interventionen deutliche Verbesserungen. Die Autoren betonen daher, dass man diese Therapien nicht aus Angst vor einer kurzfristigen Belastungszunahme zurückhalten sollte, da die langfristigen Erfolge deutlich überwiegen.

3.1 Ambulante versus stationäre Behandlung

Vor Durchführung ambulanter Traumatherapie sollte man prüfen, ob genügend Selbstregulationskompetenzen verfügbar sind. Wenn nicht, sollte man eher auf den stationären Rahmen verweisen.

Eine Indikation zu ambulanter traumafokussierter Behandlung ist gegeben, wenn eine psychische Traumafolgestörung vorliegt und subjektiver Leidensdruck und der Behandlungswunsch des Patienten vorhanden sind. Aber natürlich muss der Patient auch motiviert sein, die Prognose muss ausreichend gut sein, auch geht es nicht ohne eine gewisse Reflexionsfähigkeit des Patienten. Sonst kann es sein, dass eine TK- oder stationäre Behandlung vorzuziehen ist (Keller et al. 2023d).

Hilfreich sind möglicherweise auch intensivisierte ambulante Programme:

Eine Studie von Abeldt et al. (2024) untersuchte die Auswirkungen eines intensiven ambulanten Programms (IOP) auf die Nutzung psychiatrischer Dienste bei Erwachsenen mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS). In einer retrospektiven Kohortenstudie wurden 258 Teilnehmer analysiert, die in den Jahren 2017 und 2018 an einem IOP teilnahmen. Die Ergebnisse zeigten, dass die Wahrscheinlichkeit stationärer psychiatrischer Aufenthalte nach dem IOP um 56 % und die Wahrscheinlichkeit psychisch bedingter Notaufnahmebesuche um 35 % sank. Die Studie schlussfolgert, dass IOPs die intensive Nutzung psychiatrischer Dienste bei PTBS-Patienten signifikant reduzieren können.

Auch Therapeutenvariablen (Wissen, Erfahrung) und Umweltvariablen (Verfügbarkeit von Anlaufstellen bei Krisen) spielen eine Rolle.

Ambulante Traumatherapie in der Gruppe hat im Vergleich zur Einzelbehandlung folgende Vorteile: gegenseitiges Modelllernen, gegenseitige soziale Unterstützung. Es gibt aber auch Nachteile: Reaktivierung traumatischen Erlebens bei gegenseitigem Erzählen der Symptomatik, unerwünschtes Modelllernen in Bezug auf selbstschädigendes Verhalten. Und stillere Teilnehmer kommen gegenüber dominanteren Gruppenmitgliedern oft zu kurz.

Traumafokussierte Psychotherapie hat den Fokus auf Reduktion der PTBS-Symptomatik, nicht-traumafokussierte legt den Schwerpunkt auf die Vermittlung von Fertigkeiten zur Emotionsregulation. Kriterien für spezielle traumafokussierte Psychotherapie liegen vor bei überwiegend erinnerbarem und sich immer wieder aufdrängendem traumatischen Ereignis, bei hohem Leidensdruck, bei häufigen intrusiven Symptomen, bei ausgeprägten dissoziativen Symptomen und ausgeprägten Schwierigkeiten der Emotionskontrolle, auch bei ausgeprägten Komorbiditäten (z. B. Suchtverhalten mit der Funktion von Stopp von Flashbacks).

Meine Erfahrung ist, dass auf einer üblichen Psychiatrie-Station schwerst Traumatisierte oft nicht ordentlich zu behandeln sind. Überall werden sie durch irgendwas getriggert, oft endet es in einer Katastrophe, den Patienten geht es schlechter als vorher. Meist gibt es nur sporadisch Psychotherapie auf solchen Stationen, vielleicht einmal die Woche 15–30 Minuten, die dann durch Urlaube oder Krankheit schon mal häufiger ausfällt. Psychotherapie ist also rar, ansonsten gibt es bestenfalls Visiten, überwiegend psychiatrische Kurzkontakte mit dem Fokus auf medikamentöse Einstellung. Etwas anderes sind offene psychosomatische Stationen oder hochspezialisierte Traumasettings im psychiatrischen Bereich, die man aber mit der Lupe suchen muss. Bei guter traumatherapeutischer Betreuung können einige Patienten dort sehr gut profitieren.

3.2 Versorgungsstrukturen

Es gibt ein umfangreiches Netz von Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten in Deutschland. Dennoch werde ich in der Praxis den Eindruck nicht los, dass die Patienten praktisch kaum eine Chance haben, eine normale ambulante Therapie zu bekommen, geschweige denn spezifische Traumatherapie.

Noch ärger sieht es aus, wenn Patient aus unteren sozialen Schichten kommen, diese Patientengruppe ist schlecht untersucht und kommt oft erst als letzte in einer Therapie an, obwohl gerade diese sie nötig hätten:

Eine Studie von Bennett et al. (2022) untersuchte in einem Scoping Review (das ist eine Art großer Literaturübersicht) Interventionen zur Behandlung von PTBS und komplexer PTBS bei vulnerabel untergebrachten Personen (z.B. Obdachlose). Analysiert wurden 28 Studien (1999–2021). Hauptbefunde: Trauma-fokussierte Psychotherapien (z.B. EMDR) zeigten in kleinen Fallserien erste Erfolge, jedoch fehlen randomisierte Studien. Nicht-traumafokussierte Therapien waren meist unwirksam. Wohninterventionen verbesserten die Stabilität, hatten aber geringen direkten Einfluss auf PTBS-Symptome. Pharmakotherapien wurden kaum untersucht. Traumainformierte Pflege umfasste vor allem Sicherheit, empathische Kommunikation und flexible Therapiegestaltung, wurde aber nur in zehn Studien explizit eingesetzt. Herausforderungen waren hohe Abbruchraten, paralleler Substanzkonsum und organisatorische Barrieren. Die Autoren fordern besser konzipierte Studien, die traumainformierte Ansätze systematisch integrieren und auf spezifische Bedürfnisse dieser Population eingehen.

Ich habe mittlerweile meinen eigenen »Finde-einen-Therapeuten-Algorithmus« gefunden. So mache ich das mit meinen stationären Patienten:

- Suche die KV-Arztssuche deines Bundeslandes im Internet

- Kreuze die entsprechenden Auswahlmöglichkeiten an, insbesondere der »Psychologische Psychotherapeut« sollte dabei bzw. angekreuzt sein

Warum? Der Psychologische Psychotherapeut hat erst Psychologie studiert und dann noch zahllose Psychotherapieausbildungsstunden bei einem Ausbildungsinstitut absolviert. In der Regel sind diese also gut auf die therapeutische Situation vorbereitet.

Im ländlichen Raum gibt es meist zahllose »Heilpraktiker für Psychotherapie«. Diese können aber mit den Psychologischen Psychotherapeuten bezüglich des Ausbildungsstandards meiner Erfahrung nach nur schwer konkurrieren. Natürlich können hier gelegentlich auch schwer traumatisierte Patienten profitieren, wenn das therapeutische Arbeitsbündnis stimmt, aber das ist selten. Fachärzte für Psychiatrie haben meist den Schwerpunkt auf medikamentöser Einstellung, oft eher kürzere Termine und bieten auch nicht immer Psychotherapie an.

»Fachärzte für Psychosomatische Medizin« sind ähnlich gut ausgebildet wie die Psychologischen Psychotherapeuten und haben den Vorzug, Medikamente verschreiben zu können. Dummerweise sind das aber Fossile; man findet sie selten (weil nicht so viele diesen Facharzt machen). Dann gibt es noch diejenigen, die »Fachgebundene Psychotherapie« anbieten. Das sind ursprünglich somatisch tätige Ärzte (z. B. Unfallchirurgen, Internisten etc.), die dann in relativ kurzer Zeit (1 Jahr) Basics der Psychotherapie lernen, sodass sie das Notwendigste leisten können. Für eine erste Basisversorgung in der Krise ist eine Therapie dort vielleicht geeignet. Aber auch hier muss man sagen, dass der Ausbildungsstandard mit dem eines Psychologischen Psychotherapeuten bei Weitem nicht mithalten kann und man schwierigeren oder gar hochtraumatisierten Patienten hier in aller Regel nicht gerecht wird.

Nunmehr schreibt man z. B. 40–50 (!) »Psychologische Psychotherapeuten« an, am besten nimmt man einfach diejenigen, die die auch eine E-Mail-Adresse angeben, sonst hängt man endlos in Warteschlangen am Telefon. In der Regel, sagt meine persönliche Statistik, gibt es dann 1–2 Vorgesprächsangebote.

Dann nimmt man beide wahr und nimmt nicht den mit den meisten Titeln, sondern den, der einem am sympathischsten ist und wo man sich direkt wohlfühlt hat (denn die Therapieforschung hat gezeigt, dass 40 % des Ergebnisses auf die Qualität der Therapeutischen Beziehung zurückgeht!).

Mit diesem Vorgehen habe ich es geschafft, während des stationären Aufenthaltes so manchen Patienten in ambulante Therapie zu bringen.

Seit 1999 haben verschiedene Entwicklungen zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung beigetragen (Nübling et al. 2014), darunter die Einrichtung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ). Es gibt etwa 100 dieser MVZ, die psychiatrische, psychosomatische oder psychotherapeutische Leistungen anbieten. Darüber hinaus verfügen Unfallversicherer und Berufsgenossenschaften in ihren Kliniken oft über Ambulanzen, die auf die Behandlung von Traumafolgestörungen spezialisiert sind. Auch der WEISSE RING e. V. arbeitet mit Traumaambulanzen zusammen und bietet umfangreiche Unterstützung für Betroffene.

Für Menschen, die nach Hilfe suchen, gibt es auch Online-Quellen. Dazu gehören die Onlinedatenbank für Betroffene von Straftaten (www.odabs.org) sowie der Arbeitskreis der Opferhilfen (www.opferhilfen.de). Auch Betroffene von sexuellem Missbrauch können sich an das Hilfeportal bei sexuellem Missbrauch wenden (www.hilfeportal-missbrauch.de). Zusätzlich gibt es bundesweit Ambulanzen, die sich auf die Opferentschädigung (OEG) spezialisiert haben.

Die stationäre Versorgung von Traumapatienten in Deutschland erfolgt über verschiedene Klinikstrukturen. Akutpsychiatrien sowie psychiatrische Abteilungen und psychosomatische Stationen in Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken spielen hier eine Rolle. Ergänzend gibt es spezialisierte Fachkliniken für Psychosomatik und Psychotherapie, die an der Akutversorgung teilnehmen, sowie Rehabilitationskliniken für psychosomatische Erkrankungen und stationäre Suchteinrichtungen.

Wer gezielt nach Psychotherapeuten mit Expertise in der Traumabehandlung sucht, kann auf den Websites der Deutschen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT), der International Association for EMDR (EMDRIA) oder der Gesellschaft für Psychotraumatologie, Traumatherapie und Gewaltforschung (GPTG) entsprechende Listen finden.

Trotz dieser Versorgungsstrukturen zeigt sich, dass nur ein Teil der traumatisierten Menschen tatsächlich eine angemessene Behandlung erhält. Die psychotherapeutische Versorgung erfolgt auf mehreren Ebenen. Die primäre Ebene umfasst Hausarztpraxen, Beratungsstellen, psychiatrische und psychosomatische Psychotherapiepraxen sowie psychiatrische Institutsambulanzen (PIA). Auf der sekundären Versorgungsebene befinden sich spezialisierte Traumatherapie-Praxen, Traumaambulanzen und spezialisierte Kliniken. Die tertiäre Ebene umfasst traumaspezifische psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhäuser.

Gerade Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen profitieren davon, wenn sie zwischen ambulanter und stationärer Behandlung wechseln können. Allerdings zeigt eine Untersuchung von Rosner et al. (2010), dass nur 13 % der stationär stabilisierend behandelten Patienten mit PTBS nach Missbrauch in der Kindheit innerhalb von vier Jahren eine traumakonfrontative Behandlung im Rahmen einer ambulanten Psychothe-

rapie erhalten haben. Das verdeutlicht, dass trotz vorhandener Strukturen noch immer ein erheblicher Teil der Betroffenen nicht die notwendige spezialisierte Therapie bekommt (Graul et al. 2023a).

3.3 Prolongierte Exposition (PE)

Die Prolongierte Exposition (PE) ist ein traumafokussierter Therapieansatz, der auf den Arbeiten von Foa und Kozak (1986) basiert. Durch die länger andauernde Konfrontation mit dem Trauma wird eine Habituation erreicht, die belastende körperliche Reaktionen reduziert. Die PE trägt dazu bei, belastende Erinnerungen zu verringern (Cooper et al. 2017). Die Exposition erfolgt dabei *in sensu*, also in gezielter Erinnerung an das Trauma.

Durch korrigierende Erfahrungen während der Exposition soll eine erfolgreiche Verarbeitung möglich werden, Intrusionen und Vermeidung nehmen ab (Hembree et al. 2013). Im Verlauf der Therapiesitzungen setzt eine gewisse Gewöhnung ein (Habituation). Negative Überzeugungen verbessern sich, Furcht und Angst reduzieren sich.

Es beginnt mit Psychoedukation über PTBS-Symptomatik, gefolgt von Atemübungen zur Spannungsregulation.

Die imaginative Exposition beinhaltet das wiederholte Erzählen des traumatischen Erlebnisses, das aufgenommen und später zu Hause angehört wird. In der In-vivo-Exposition werden vermiedene, aber ungefährliche Situationen und Orte bewusst aufgesucht. Zudem werden belastende Gedanken, wie Schuld- und Schamgefühle, kognitiv nachbearbeitet. Der Kern der PE besteht in der Kombination aus imaginativer und In-

vivo-Exposition (Foa et al. 2014). Die Wirksamkeit wurde in verschiedenen Studien repliziert und ist gut belegt (Van Woudenberg et al. 2018). Die Mehrzahl der Patienten zeigt Verbesserungen, bei geringer Drop-out-Rate.

Hendriks et al. (2018) führten eine weitere Studie mit PE als Hauptintervention für Patienten mit komplexer PTBS nach ICD-11 durch. Die Ergebnisse zeigten eine deutliche Reduktion der Symptome, die auch nach der intensiven Behandlungsphase erhalten blieb.

Früher galt eine Psychose als Kontraindikation für PE, doch neuere Studien zeigen, dass auch Patienten mit komorbider Psychose profitieren können. Van den Berg et al. (2018) zeigten in einer Studie eine signifikante Reduktion der PTBS-Symptome, eine geringere Reviktimisierung und positive Effekte auf die Psychosesymptomatik, die auch zwölf Monate nach Therapieende anhielten. Zudem nahmen negative posttraumatische Kognitionen in der PE-Gruppe ab.

Zusammenfassend gesagt, ist PE eine gut untersuchte und hochwirksame Therapieform für PTBS, die auch in intensiven Behandlungsformaten und bei komorbiden Störungen erfolgreich eingesetzt werden kann (Keller et al. 2023k).

Zur Traumakonfrontation wird auch zunehmend virtuelle Realität untersucht: Eine Studie von Heo und Park (2022) war eine systematische Übersichtsarbeit und Meta-Analyse, die die Auswirkungen von Virtual-Reality-basierter gradueller Expositionstherapie (VR-GET) auf PTBS-Symptome untersuchte. Die Analyse umfasste sieben randomisierte kontrollierte Studien. Die Ergebnisse zeigten, dass VR-GET im Vergleich zu Kontrollgruppen einen signifikant größeren Effekt auf PTBS-Symptome hatte ($g = 1.100$, $p = 0.001$). Es wurde jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen konventioneller VRET und Kontrollgruppen festgestellt ($g = -0.279$, $p = 0.970$). Die Autoren schlussfolgerten, dass VR-GET eine überlegene Behandlungs-

option für PTBS-Symptome im Vergleich zu Kontrollbedingungen darstellt. Sie wiesen jedoch darauf hin, dass die Ergebnisse aufgrund der hohen Anzahl an Studien mit Militärangehörigen mit Vorsicht interpretiert werden sollten und dass zukünftige Studien mit individuell angepassten Szenarien erforderlich sind, um ein breiteres Spektrum an Traumata abzudecken.

3.4 Kognitive Therapie für PTBS (CT-PTBS)

Die kognitive Therapie für PTBS (CT-PTBS) nach Ehlers (1999) sowie Ehlers und Clark (2000) ist eine äußerst wirksame Methode zur Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen. Belastende gedankliche Muster und dysfunktionale Traumabewertungen werden modifiziert.

Hier wird der Schwerpunkt darauf gelegt, dass der Patient nach Traumata oft negative Überzeugungen und verzerrte Gedanken entwickelt. Voreilige Schlüsse und Verallgemeinerungen führen zu Erwartungsängsten, die schwer zu verändern sind, es stellen sich automatische negative Gedanken ein, die man durch »kognitive Umstrukturierung« zu verändern versucht. Gedankliche Fehlverknüpfungen werden »reattribuiert«.

Ein wichtiger Bestandteil der Therapie ist die gezielte Überprüfung von Überzeugungen. Dabei werden Belege für oder gegen bestimmte Gedanken gesammelt, um realistischere Sichtweisen zu entwickeln. Zudem kommen Verhaltensexperimente zum Einsatz, um Ängste in der Praxis zu überprüfen. Umfragen unter anderen Menschen helfen, eigene Sorgen in einen angemessenen Kontext zu setzen.

Der Patient lernt, eigenes Verhalten selbst zu beobachten und Gedanken und Gefühle zu protokollieren, durch Reali-

tätstestung und Entkatastrophisieren werden übermäßige Befürchtungen relativiert.

3.5 Narrative Therapie (STAIR/NT)

Dieser therapeutische Ansatz ist emotions-, interaktions- und traumafokussiert und wurde speziell für Patienten mit psychotischen Traumafolgestörungen nach sexuellem Missbrauch und Misshandlung in der Kindheit entwickelt. Er basiert auf den Arbeiten von Cloitre et al. (2014) und adressiert insbesondere den Verlust von Bindungsfähigkeit sowie die eingeschränkte soziale und emotionale Entwicklung, die aus fehlender Unterstützung durch das soziale Umfeld resultieren.

Die Therapie gliedert sich in zwei Phasen (Keller et al. 2023h):

Phase 1 – Ressourcenaufbau und Emotionsregulation

Zunächst stehen stabilisierende Maßnahmen im Vordergrund. Dazu gehören:

- Skillstraining mit Übungen zur bewussten Wahrnehmung von Emotionen (z. B. Führen eines Gefühlstagebuchs)
- Emotionsregulation und Psychoedukation
- Training interpersoneller Fertigkeiten, um zwischenmenschliche Kompetenzen zu fördern