



Steil • Resick • Rosner

(Komplexe) Posttraumatische Belastungsstörung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen



E-Book inside +
Arbeitsmaterial

BELTZ



Apl. Prof. Dr. Regina Steil ist Psychologische Psychotherapeutin und Supervisorin mit Fachkunde Verhaltenstherapie. Sie ist akademische Oberrätin und wissenschaftliche Geschäftsführerin des Zentrums für Psychotherapie der Goethe-Universität Frankfurt. Schwerpunkte ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit sind die Forschung zur Entstehung, Diagnostik und psychotherapeutischen Behandlung von Traumafolgestörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Gemeinsam mit anderen Forscherinnen untersuchte sie die Wirksamkeit von Psychotherapien für die PTBS und die kPTBS nach Missbrauchserfahrungen und nach Erfahrungen von Krieg, Bürgerkrieg und Vertreibung. Sie ist Gründungs- und Ehrenmitglied der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie.



Patricia A. Resick, Ph.D., ABPP, ist Professorin für Psychiatrie und Verhaltenswissenschaften an der Duke University, USA. Sie beschäftigt sich seit mehr als 45 Jahren mit Traumafolgestörungen und ihrer Behandlung. Insbesondere entwickelte und beforschte sie die Cognitive Processing Therapy. Prof. Resick war Präsidentin der International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) und der Association for Behavioral and Cognitive Therapies (ABCT).



Prof. Dr. Rita Rosner, Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, Supervisorin, Inhaberin des Lehrstuhls für Klinische und Biologische Psychologie an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt. Frau Rosner war Präsidentin der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) und im Vorstand der European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS). Sie ist Mitgründerin und war Mitherausgeberin des European Journal of Psychotraumatology (EJPT).

Apl. Prof. Dr. Regina Steil
Institut für Psychologie
Abt. Klinische Psychologie und Psychotherapie
Postfach 11 19 32, Fach 120
D-60054 Frankfurt/Main
E-Mail: steil@psych.uni-frankfurt.de

Prof. Patricia A. Resick, Ph.D.
Department of Psychiatry and Behavioral Sciences
Duke University Medical Center
1121 W Chapel Hill St
Durham, NC 27701, USA
E-Mail: patricia.resick@duke.edu

Prof. Dr. Rita Rosner
Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt
Lehrstuhl für Klinische und Biologische Psychologie
Ostenstr. 25
D-85072 Eichstätt
E-Mail: rita.rosner@ku.de

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



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-27790-7 Print
ISBN 978-3-621-28639-8 E-Book (PDF)

1. Auflage 2023

© 2023 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Karin Ohms
Umschlagbild: © GettyImages, Clarissa Leahy
Herstellung: Sonja Droste
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein klimaneutrales Unternehmen (ID 15985-2104-100).
Printed in Germany

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

Inhaltsübersicht

Danksagung	10
1 Einführung	11
2 Überblick über die E-KVT	36
3 Allgemeine Prinzipien der E-KVT	42
4 Durchführung der E-KVT	56
5 Die Fallkonsultation	135
6 Schwierige Situationen in der Behandlung und mögliche Lösungen	137
7 Empfehlungen zur Selbstfürsorge und Psychohygiene für die Behandler	144
Anhang	
Liste der Arbeits- und Infoblätter	148
Kommentierte Übersicht und Arbeitsmaterial	149
Literatur	224
Sachwortverzeichnis	232

Inhalt

Danksagung	10
1 Einführung	11
1.1 Posttraumatische Belastungsstörung	13
1.2 Diagnosen der PTBS laut ICD-11	15
1.3 Diagnostik der PTBS und kPTBS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen	17
1.3.1 Erfassung der Schwere und des Ausmaßes von traumatischen Ereignissen	17
1.3.2 Klinische Interviews zur Diagnosestellung und Schweregradeinschätzung im Fremdurteil	18
1.3.3 Selbstbeurteilungsinstrumente	19
1.3.4 Messung der Symptomentwicklung über den Behandlungsverlauf	21
1.4 Überblick über die Behandlung der PTBS und kPTBS	21
1.4.1 Behandlung der PTBS bei Erwachsenen	21
1.4.2 Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen	23
1.4.3 Behandlung der kPTBS	24
1.5 Leitlinien zur Behandlung der PTBS und kPTBS bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen	25
1.6 Zur Notwendigkeit eines spezifischen, empirisch überprüften Behandlungsmanuals für Jugendliche und junge Erwachsene nach Gewalterfahrungen in der Kindheit und Jugend	26
1.7 Plädoyer für eine möglichst frühzeitige Behandlung der PTBS im Kindes- und Jugendalter	29
1.8 Entwicklung der E-KVT	30
1.9 Evaluation der E-KVT	31
2 Überblick über die E-KVT	36
3 Allgemeine Prinzipien der E-KVT	42
3.1 Sicherheit der Patientin als vorrangiges Ziel	42
3.2 Frühzeitige und genaue Planung aller Therapietermine	44
3.3 Umgang mit Medikamenten und dem Missbrauch von Drogen	44
3.4 Krisenmanagement	45
3.5 Therapeutische Haltung und Gesprächsführung	46
3.6 Behandlungshierarchie	48
3.7 Regelmäßige Fallkonsultationen	50
3.8 Regelmäßig wiederkehrende Sitzungselemente	51

4	Durchführung der E-KVT	56
4.1	Probatorische Sitzungen: Anamnese und Diagnostik	56
4.2	Motivationsphase der E-KVT	57
4.2.1	Sitzung MO1: Abschließen des Therapievertrages, Erstellen eines Notfallplanes	58
4.2.2	Sitzung MO2: Die Tagebuchkarte einführen	60
4.2.3	Sitzung MO3: Nutzung der Tagebuchkarte trainieren, eine Lebenslinie erstellen	61
4.2.4	Sitzung MO4: Therapieziele erarbeiten und festlegen	62
4.2.5	Sitzung MO5: Wichtige Aspekte für die Therapie klären	64
4.3	Emotionsregulationsphase	65
4.3.1	Sitzung EM1: Vermittlung des Rationals zur Emotionsregulation und Psychoedukation über Stress und Stressbewältigung	67
4.3.2	Sitzung EM2: Erarbeiten des bisherigen Umgangs der Patientin mit Hochstress und Einführen von Verhaltensanalysen	69
4.3.3	Sitzung EM3: Einüben der Verhaltensanalyse zu schwierigen Situationen und Beginn der Einführung von Fertigkeiten zur Emotionsregulation	71
4.3.4	Sitzung EM4: Senken der allgemeinen Stressbelastung, Trainieren von Reizdiskrimination und Dissoziationsmanagement	74
4.3.5	Sitzung EM5: Einüben von Verhaltensanalyse, Skillsnutzung und Dissoziationsmanagement, Psychoedukation über Gefühle und deren Beeinflussung durchführen	79
4.3.6	Sitzung EM6: Wiederholung des Gelernten und Vorbereitung der Intensivphase	83
4.4	Intensivphase (Entwicklungsadaptierte Variante der Cognitive Processing Therapy)	85
4.4.1	Sitzung IN1: Psychoedukation über PTBS, Traumagedächtnis und Funktionsweise der Therapie durchführen	91
4.4.2	Sitzung IN2: Bericht über die Auswirkungen des Traumas besprechen, Einführung in Stuck Points und die Stuck-Point-Liste geben	92
4.4.3	Sitzung IN3: Erarbeitung des Zusammenhangs zwischen Gedanken und Gefühlen, Einführung in die ABC-Blätter, Vorbereitung des Traumaberichts	94
4.4.4	Sitzung IN4: Bearbeitung des Traumaberichts, Hinterfragen von durch Assimilation entstandene Stuck Points	99
4.4.5	Sitzung IN5: Erneute Bearbeitung des Traumaberichts, Hinterfragen von Stuck Points (Assimilation), Einführung in das AB 25 »Hilfreiche Fragen«	103
4.4.6	Sitzung IN6: Auswertung zum Arbeitsblatt 25 »Hilfreiche Fragen«, Bearbeitung von Stuck Points (Assimilation), Einführung in Arbeitsblatt 26 »Problematische Denkmuster«	107
4.4.7	Sitzung IN7: Einordnung von Stuck Points durch Assimilation mithilfe des Arbeitsblattes 26 »Problematische Denkmuster«, Einführung des Arbeitsblattes 27 »Überzeugungen prüfen«	110
4.4.8	Sitzung IN8: Bearbeitung von Stuck Points (Assimilation und Über-Akkommodation) mithilfe des AB 27 »Überzeugungen prüfen«	113
4.4.9	Sitzung IN9: Bearbeitung von weiteren Stuck Points (Assimilation und Über-Akkommodation) anhand AB 27 »Überzeugungen prüfen«	113

4.4.10	Sitzung IN10: Bearbeitung von Stuck Points (Über-Akkommodation), Einführung des Arbeitsblattes 28 »Sicherheit«	114
4.4.11	Sitzung IN11: Bearbeitung von Stuck Points durch Über-Akkommodation am Beispiel des Themas »Sicherheit« (AB 28)	115
4.4.12	Sitzung IN12: Bearbeitung von Stuck Points durch Über-Akkommodation am Beispiel des Themas »Vertrauen« (AB 29) bearbeiten	117
4.4.13	Sitzung IN13: Bearbeitung von Stuck Points durch Über-Akkommodation am Beispiel des Themas »Kontrolle« (AB 30)	118
4.4.14	Sitzung IN14: Bearbeitung von Stuck Points durch Über-Akkommodation am Beispiel des Themas »Wertvoll sein« (AB 31)	122
4.4.15	Sitzung IN15: Bearbeitung von Stuck Points durch Über-Akkommodation am Beispiel des Themas »Nahe sein« (AB 33); Erstellung des zweiten Berichts zu den Auswirkungen des Traumas	123
4.5	Bearbeitung von Entwicklungsaufgaben und Abschluss der Therapie	124
4.5.1	Ziel: Positive Beziehungen zu Gleichaltrigen aufbauen	126
4.5.2	Ziel: Reviktimisierung verhindern	128
4.5.3	Ziel: Perspektiven bezüglich Schule, Ausbildung, Beruf entwickeln	131
4.5.4	Ziel: Autonomie und Ablösung von Eltern oder Betreuungspersonen unter Wahrung einer möglichst guten Beziehung erreichen	132
4.5.5	Behandlungsabschluss	133
5	Die Fallkonsultation	135
6	Schwierige Situationen in der Behandlung und mögliche Lösungen	137
7	Empfehlungen zur Selbstfürsorge und Psychohygiene für die Behandler	144
Anhang		
	Liste der Arbeits- und Infoblätter	148
	Kommentierte Übersicht und Arbeitsmaterial	149
	Literatur	224
	Sachwortverzeichnis	232

Danksagung

Wir danken allen Kolleg:innen für die Möglichkeit des Austausches mit ihnen, was uns ermöglicht hat, das vorliegende Manual zu entwickeln. Dazu gehören Anne-Marie Maasch, Jana Gutermann, Franziska Schreiber, Kathlen Priebe, Anne Dyer, Julia König, Agnes Nocon und Maria Hagl. Wir danken besonders Laura Schwartzkopff und Maria Hagl für das Redigieren der Texte und die Unterstützung, ebenso wie Anne Fischer.

Wir danken auch allen Patient:innen, die an den Studien zur Erforschung der Wirksamkeit der Intervention teilgenommen haben und von denen wir selbst viel lernen durften. Ihren Mut, ihre Lebenskraft und ihre Fähigkeiten, sich trotz schwerster Benachteiligung ein gutes Leben zurückzuerobern, bewundern wir.

Wir danken engagierten englischen Gärtner:innen, in deren Gärten wir bei vielen Stunden des gemeinsamen Spazierengehens einige der besten Behandlungsideen hatten.

Wir danken unseren Familien, Freund:innen, die uns bei der Beschäftigung mit diesen manchmal schweren und belastenden Themen zur Wahrung der Balance Freude, Nähe und schöne Stunden schenken.

Und wir danken ganz besonders der **Deutschen Kinderschutzstiftung Hänsel und Gretel**, deren großzügige Förderung die Fertigstellung des Manuals ermöglicht hat.

Frankfurt, Durham und Eichstätt, im Frühjahr 2023

*Regina Steil
Patricia A. Resick
Rita Rosner*

- 1.1 Posttraumatische Belastungsstörung
- 1.2 Diagnosen der PTBS laut ICD-11
- 1.3 Diagnostik der PTBS und kPTBS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen
- 1.4 Überblick über die Behandlung der PTBS und kPTBS
- 1.5 Leitlinien zur Behandlung der PTBS und kPTBS bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen
- 1.6 Zur Notwendigkeit eines spezifischen, empirisch überprüften Behandlungsmanuals für Jugendliche und junge Erwachsene nach Gewalterfahrungen in der Kindheit und Jugend
- 1.7 Plädoyer für eine möglichst frühzeitige Behandlung der PTBS im Kindes- und Jugendalter
- 1.8 Entwicklung der E-KVT
- 1.9 Evaluation der E-KVT

Dieses Manual beschreibt eine Intervention, die gezielt für die Behandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen entwickelt wurde, die nach sexualisierter oder physischer Gewalt unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) oder einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (kPTBS) leiden: die *Entwicklungsangepasste Kognitive Verhaltenstherapie (E-KVT)*. Dieses spezifische Alter zwischen 14 und 25 wird in der Literatur als Transitionsalter (Mayr et al., 2015) beschrieben und ist von bestimmten Entwicklungsaufgaben geprägt, die sich in diesem Lebensalter häufen. Zudem fällt diese Zeit im Leben in vielen Gesundheitssystemen zum Teil in den Bereich Kindheit und Jugend und zum Teil ins Erwachsenenalter, was die Versorgung erschwert und beim Übergang zwischen den Systemen Probleme bereiten und zu einer Verschlechterung führen kann. Die E-KVT umfasst 30 Therapiesitzungen in einem hochfrequenten ambulanten Setting. Sie wurde von uns und weiteren Kolleginnen entwickelt (Matulis et al., 2014) und als ambulante Intervention auf ihre Wirksamkeit hin überprüft. Es spricht allerdings nichts dagegen, sie auch im teilstationären oder stationären Rahmen anzuwenden.

Nach einem einführenden und zum Thema hinführenden Teil wird Schritt für Schritt die Vorgehensweise in der Behandlung dargestellt. Da wir eine Intervention für Jugendliche und junge Erwachsene entwickelt haben, beziehen wir uns im theoretischen Teil

immer zuerst auf die Befunde für Erwachsene und dann auf die für Kinder und Jugendliche. Dies ist sicher etwas ungewöhnlich, unterstreicht aber das Schnittstellenproblem, das für diese Altersgruppe besteht.

Die Interventionen beziehen sich häufig auf Arbeitsblätter, die zur Bearbeitung durch die Therapeutin und Patientin in den Sitzungen bzw. die Patientin alleine in der Zeit zwischen den Sitzungen entwickelt wurden. Diese Arbeitsblätter finden sich im Anhang. Nach der Darstellung der Abfolge von Interventionen werden typische schwierige Situationen in der Psychotherapie beleuchtet und bewährte Lösungsmöglichkeiten dargestellt. Danach folgt ein Kapitel zu den Fallkonsultationen, die integraler Bestandteil der Intervention sind und die Therapeutin in der Umsetzung unterstützen sollen. Dieser kann im Rahmen von Supervision oder Intervision (z. B. als Qualitätszirkel) stattfinden. Das Buch schließt mit Empfehlungen zur Psychohygiene und Selbstfürsorge für die Behandler.

Im Buch wird nicht gegendert, um eine bessere Lesbarkeit des Manuals im Alltag zu gewährleisten. Es wird die weibliche Form, Patientin und Therapeutin, genutzt, die aber natürlich männliche bzw. nicht-binäre Patient:innen und Therapeut:innen miteinschließt. Für die Mehrzahl verwenden wir jeweils die männliche Form.

In diesem Buch verwenden wir die Begriffe sexueller und physischer Missbrauch, sexuelle, sexualisierte und physische Gewalt ähnlich. Sexueller Missbrauch ist der am längsten und am häufigsten verwendete Begriff und korrespondiert mit der englischen Begrifflichkeit »sexual abuse«. Der Begriff wurde im Deutschen häufig kritisch gesehen, da diskutiert werden konnte, wenn es denn einen Missbrauch gäbe, müsste es auch einen richtigen Gebrauch geben. Mittlerweile ist es zu einer Akzentuierung gekommen; während sexueller Missbrauch in der Öffentlichkeit, den Medien und im Strafgesetzbuch verwendet wird, benutzen Fachleute aus Pädagogik und Psychologie häufiger den Begriff sexuelle Gewalt. Auf der Website der Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) wird der Begriff sexueller Missbrauch wie folgt erläutert: »In den Sozialwissenschaften, der Pädagogik oder Psychologie wird jede sexuelle Handlung, die an, mit oder vor Kindern und Jugendlichen gegen deren Willen vorgenommen wird oder der sie aufgrund körperlicher, seelischer, geistiger oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen können, als sexueller Missbrauch oder sexuelle Gewalt definiert. Der Täter oder die Täterin nutzt dabei seine / ihre Macht- und Autoritätsposition aus, um eigene Bedürfnisse auf Kosten Minderjähriger zu befriedigen« (<https://beauftragte-missbrauch.de/themen/definition/definition-von-kindesmissbrauch>).

1.1 Posttraumatische Belastungsstörung

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) kann sich als psychische Erkrankung in Folge von traumatischen Lebensereignissen entwickeln und ist nach dem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) gekennzeichnet durch eine typische Konstellation aus:

- ▶ Symptomen des ungewollten Wiedererlebens traumatischer Erinnerungen im Wachen oder Schlafen (Intrusionen; z. B. Bilder, Geräusche oder Gerüche im Geiste wiedererleben)
- ▶ Symptomen der Vermeidung traumabezogener Gedanken, Gefühle oder Reize (nicht über das Geschehene sprechen oder erinnert werden wollen, Meiden von Dingen, die an das Trauma erinnern)
- ▶ negativen Veränderungen in Gefühlen (wie Furcht, Wut, Schuld oder Scham) oder Überzeugungen über sich selbst («Ich bin schlecht / schuldig / nutzlos ...») oder die Welt («Alle Menschen sind gefährlich ...»)
- ▶ Symptomen einer erhöhten Erregbarkeit (Schlafstörungen, Konzentrationsstörung, Aggression) oder schwierigen Verhaltens (wie z. B. selbstverletzendes Verhalten).

Als Trauma wird dabei das Konfrontiert-Sein mit Tod oder Todesgefahr, schwerer Verletzung oder sexualisierter Gewalt gewertet – als selbst Betroffene oder Zeugin. Die Diagnosekriterien der beiden derzeit gültigen wichtigen Klassifikationssysteme DSM-5 und *International Classification of Diseases and Related Health Problems 10* (ICD-10; World Health Organization (WHO), 1992) sind in Tabelle 1.1 dargestellt.

Tabelle 1.1 Diagnosekriterien der PTBS laut Klassifikationen des DSM-5 und der ICD-10

DSM-5 (309.81) PTBS	ICD-10 (F43.1) PTBS
<p>A. Konfrontation mit Tod oder Lebensbedrohung, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ direktes Erleben ▶ persönliches Miterleben, wie Ereignis anderer Person passiert ▶ erfahren, dass das Ereignis einer Verwandten/ Freundin passierte ▶ wiederholte Konfrontation mit Details des Ereignisses 	<p>Person war einem kurz- oder langanhaltenden Ereignis von außerordentlicher Bedrohung/ katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, welches bei fast jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde</p>
<p>B. Intrusive Symptome nach dem Ereignis (mind. 1) Erinnerungen; (Alb-)Träume; dissoziative Reaktionen (z. B. Flashbacks); psychische Belastung bei Konfrontation mit traumaassoziierten Reizen; physiologische Reaktion bei Konfrontation mit traumaassoziierten Reizen</p>	<p>Anhaltende Erinnerung, Wiedererleben durch Nachhallerinnerungen, lebendige Erinnerungen, Träume oder innere Bedrängnis in traumaassoziierten Situationen</p>

Tabelle 1.1 (Fortsetzung)

DSM-5 (309.81) PTBS	ICD-10 (F43.1) PTBS
C. Anhaltende Vermeidung von trauma-assozierten Reizen (mind. 1) Vermeidung von Erinnerungen, Gedanken oder Gefühlen; Vermeidung von äußeren Hinweisreizen (Orte, Menschen ...)	Kriterium nicht notwendig für die Diagnose: Vermeidung von Umständen, die der Belastung ähneln oder damit in Zusammenhang stehen
D. Negative Veränderung in Kognition und Stimmung in Zusammenhang mit dem Ereignis (mind. 2) Unfähigkeit, Traumaaspekte zu erinnern; anhaltende und übertriebene negative Grundüberzeugungen; verzerrte Schuldzuweisungen; negativer Gefühlszustand (z. B. Angst, Scham, Schuld); Interessensverlust und weniger Teilnahme an Aktivitäten; Gefühl der Distanziertheit und Entfremdung von anderen; Unfähigkeit, positive Gefühle zu empfinden	Kriterium nicht notwendig für die Diagnose: teilweise oder vollständige Unfähigkeit, Belastungsaspekte zu erinnern
E. Veränderung hinsichtlich Arousal und Reagibilität im Zusammenhang mit dem Ereignis (mind. 2) Reizbarkeit / Wutausbrüche; rücksichtsloses, selbstdestruktives Verhalten; Hypervigilanz; übertriebene Schreckreaktion; Konzentrationsstörungen; Schlafstörungen	Kriterium nicht notwendig für die Diagnose: D 2. Anhaltende Symptome physischer Sensitivität und Erregung: Schlafstörung, Reizbarkeit / Wutausbrüche, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz, erhöhte Schreckfähigkeit
F. Das Störungsbild dauert länger als einen Monat.	E. Kriterien B–D treten innerhalb von 6 Monaten nach dem Ereignis oder nach Ende der Belastungsperiode auf
G. Das Störungsbild verursacht klinisch bedeutsames Leiden und Beeinträchtigung in wichtigen Lebensbereichen.	
H. Die Störung ist nicht zurückzuführen auf eine Substanz oder eine medizinische Ursache.	

Epidemiologie der PTBS. Die Lebenszeitprävalenz für die Entwicklung einer PTBS nach einem traumatischen Ereignis liegt bei etwa 4 % in der Allgemeinbevölkerung (Kessler et al., 2017). Damit gehört die PTBS zu den häufigen psychischen Störungen.

Innerhalb der verschiedenen traumatischen Ereignisse führen sexualisierte Gewalt neben physischer Gewalt in der Kindheit am wahrscheinlichsten zur Entwicklung einer PTBS. Während sich diese Zahl auf Erwachsene aus 24 Ländern bezieht, fanden

McLaughlin et al. (2013) bei US-amerikanischen Jugendlichen eine Lebenszeitprävalenz von 4,7 % und 39,3 % für Vergewaltigung. In einer Schweizer Stichprobe im Alter zwischen 14 und 16 Jahren fanden Landolt et al. (2013) eine Lebenszeitprävalenz der PTBS von 4,2 %, und 11,1 % für sexualisierte Gewalt (mit Kontakt), beides nach den Kriterien des DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Mädchen sind nach einer Traumatisierung ca. doppelt so häufig von einer PTBS betroffen wie Jungen. In einer älteren häufig zitierten Studie aus den USA (Kessler et al., 1995) zeigte sich, dass insbesondere Frauen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren ein höheres Risiko für eine PTBS haben als ältere Frauen. Letztendlich steigt das Risiko für eine psychische Störung, je jünger die Opfer zum Zeitpunkt der sexualisierten Gewalt sind (Kessler et al., 2010).

1.2 Diagnosen der PTBS laut ICD-11

Zusätzlich zu den schon beschriebenen Symptomen der PTBS können sich nach extrem belastenden Lebenserfahrungen (wie z. B. Folter, Sklaverei, Genozid, anhaltende häusliche Gewalt oder auch wiederholte physische oder sexualisierte Gewalt) Symptome zeigen, die den Bereichen Schwierigkeiten der Emotionsregulation, negatives Selbstbild und gestörte Beziehungsfähigkeit zuzuordnen sind.

Während sich die Autoren des DSM-5 dagegen entschieden, eine eigene Klassifikation für sehr schwere Formen der PTBS zu schaffen, trägt die Weltgesundheitsorganisation in der ICD-11 (World Health Organization, 2021) diesem Umstand durch die Einführung der neuen Diagnose der »Komplexen PTBS« (kPTBS; Maercker et al., 2013) Rechnung. Auch die Diagnose der PTBS wurde neu gefasst. Tabelle 1.2 zeigt die Kriterien der PTBS laut ICD-11. Hier ist ersichtlich, dass die Diagnose der kPTBS neben dem Erfüllen der PTBS-Kriterien (Wiedererleben, Vermeidung und anhaltende Wahrnehmung von akuter Bedrohung) auch das Erfüllen weiterer drei Kriterien erfordert, welche Probleme der Selbstorganisation umfassen (Probleme der Emotionsregulation, negatives Selbstkonzept, Schwierigkeiten in Beziehungen). Zu beachten ist, dass das Trauma-kriterium unterschiedlich gefasst ist.

Tabelle 1.2 Diagnosekriterien der PTBS und der kPTBS laut ICD-11

ICD-11 PTBS	ICD-11 kPTBS
Nach einem extrem bedrohlichen oder schrecklichen Ereignis oder einer Reihe von Ereignissen	Nach einem Ereignis oder einer Reihe von Ereignissen von extrem bedrohlicher oder schrecklicher Natur, meist langanhaltende oder sich wiederholende Ereignisse, denen man nur schwer oder gar nicht entkommen kann (z. B. Folter, Sklaverei, Völkermord-Kampagnen, langanhaltende häusliche Gewalt, wiederholter sexueller oder körperlicher Missbrauch in der Kindheit)

Tabelle 1.2 (Fortsetzung)

ICD-11 PTBS	ICD-11 kPTBS
<p>Wiedererleben des traumatischen Ereignisses oder der traumatischen Ereignisse in der Gegenwart in Form von lebhaften, aufdringlichen Erinnerungen, Flashbacks oder Alpträumen. Das Wiedererleben kann über eine oder mehrere Sinnesmodalitäten erfolgen und wird typischerweise von starken oder überwältigenden Emotionen, insbesondere Angst oder Entsetzen, und starken körperlichen Empfindungen begleitet.</p>	<p>Wiedererleben des traumatischen Ereignisses oder der traumatischen Ereignisse in der Gegenwart in Form von lebhaften, aufdringlichen Erinnerungen, Flashbacks oder Alpträumen. Das Wiedererleben kann über eine oder mehrere Sinnesmodalitäten erfolgen und wird typischerweise von starken oder überwältigenden Emotionen, insbesondere Angst oder Entsetzen, und starken körperlichen Empfindungen begleitet.</p>
<p>Vermeidung von Gedanken und Erinnerungen an das Ereignis oder die Ereignisse oder Vermeidung von Aktivitäten, Situationen oder Personen, die an das Ereignis oder die Ereignisse erinnern</p>	<p>Vermeidung von Gedanken und Erinnerungen an das Ereignis oder die Ereignisse oder Vermeidung von Aktivitäten, Situationen oder Personen, die an das Ereignis oder die Ereignisse erinnern</p>
<p>Anhaltende Wahrnehmung einer erhöhten aktuellen Bedrohung, z. B. durch Hypervigilanz oder eine verstärkte Schreckreaktion auf Reize wie unerwartete Geräusche</p>	<p>Anhaltende Wahrnehmung einer erhöhten aktuellen Bedrohung, z. B. durch Hypervigilanz oder eine verstärkte Schreckreaktion auf Reize wie unerwartete Geräusche</p>
<p>Soziale oder berufliche Beeinträchtigungen</p>	<p>Soziale oder berufliche Beeinträchtigungen</p>
<p>Die Symptome halten mindestens mehrere Wochen lang an.</p>	<p>Die Symptome halten mindestens mehrere Wochen lang an.</p>
	<p>Schwere und anhaltende Probleme der Emotionsregulation</p>
	<p>Selbstkonzept charakterisiert durch anhaltende Überzeugungen, herabgesetzt, herabgewürdigt, völlig unterlegen, wertlos, minderwertig zu sein. Begleitet von Gefühlen von Scham, Schuld oder Versagen mit Bezug zum traumatischen Ereignis</p>
	<p>Schwierigkeiten in Beziehungen, d. h. Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten, sowie Schwierigkeiten, anderen emotional nahe zu sein</p>

Epidemiologie. Zur Epidemiologie der kPTBS liegen aufgrund der Neuartigkeit der Diagnose noch nicht viele belastbare Daten vor. Für Erwachsene zeigen Schätzungen eine Lebenszeitprävalenz von 1,8 % in einer deutschen Stichprobe (Maercker et al., 2018). Für Jugendliche und junge Erwachsene einer israelischen Stichprobe wird eine Lebenszeit-

prävalenz von 2,6% berichtet (Ben-Ezra et al., 2018). Møller et al. (2020) fanden bei ambulanten psychiatrischen Patienten eine Prävalenz von 36%. Maercker et al. (2018) zeigten, dass die Störung mit der größten Häufigkeit nach sexualisierter Gewalt in der Kindheit auftritt. Auch in einer Reanalyse eines repräsentativen Bevölkerungssurveys (Perkonig et al., 2016) mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen konnte ein kPTBS-Cluster identifiziert werden, das mit niedrigerem Bildungserfolg, niedriger sozialer Klasse und häufigeren psychischen Störungen assoziiert war.

1.3 Diagnostik der PTBS und kPTBS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen

Einen Überblick über deutschsprachige Diagnoseinstrumente zur Erfassung von Diagnose und Schweregrad der PTBS finden Sie in den deutschsprachigen Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung der Störung (Schäfer et al., 2019).

An dieser Stelle empfehlen wir Ihnen ausgewählte Instrumente, mithilfe derer Sie bei allen Altersgruppen die Diagnose einer PTBS anhand von klinischen Interviews stellen und den Schweregrad des Störungsbildes mithilfe von klinischen Interviews wie auch Selbstbeurteilungsinstrumenten bestimmen können. Wir empfehlen den wiederholten Einsatz von störungsspezifischen Fragebögen zur Erfassung der PTBS-Schwere, um den individuellen Therapieverlauf zu evaluieren und so bei ausbleibendem Therapieerfolg nach den Barrieren und Lösungen suchen zu können.

Wir empfehlen die Verwendung der klinischen Interviews, da die Fragen in den Selbstbeurteilungsinstrumenten auch »falsch« verstanden werden können. Die Durchführung im diagnostischen Gespräch erlaubt der Patientin nachzufragen und auch die eigenen Symptome besser zu erkennen. Gleichzeitig können dann auch die Psychoedukationsinhalte besser verankert werden. Mit jeder Durchführung eines Interviews lernen Therapeuten mehr über die PTBS als Störungsbild, aber auch über die ganz spezifischen Inhalte für die individuelle Patientin. Dies führt bereits zu einem verbesserten Beziehungsaufbau. Nutzen Sie diese Möglichkeit auch, um die Vielfalt der Symptome der PTBS und kPTBS immer besser kennenzulernen und dann auch erkennen zu können.

Im Gegensatz zu den diagnostischen Instrumenten bei anderen Störungsbildern besteht die Diagnostik im Bereich der Traumafolgestörungen immer aus zwei Teilen. Einem ersten Teil, in dem das Ereignis – oder A-Kriterium – erfasst wird, und einem zweiten Teil, in dem die posttraumatischen Symptome und die Beeinträchtigung durch sie erhoben werden.

1.3.1 Erfassung der Schwere und des Ausmaßes von traumatischen Ereignissen

Erwachsene. Die *Life Events Checklist nach DSM-5* (LEC-5; Weathers et al., 2013; dt. Krüger-Gottschalk et al., 2017) dient der Erhebung potenziell traumatischer Ereignisse im

Rahmen eines Interviews oder auch im Selbsturteil und wird standardmäßig vor der CAPS bzw. CAPS-CA (s. Abschn. 1.3.2) durchgeführt. Bei der Diagnosestellung der komplexen PTBS müssen hier einige wenige Formen von Traumatisierung, wie z. B. Opfer von Versklavung zu werden, ergänzend erhoben werden, wie dies z. B. mittels des COPISAC (Lechner-Meichsner & Steil, 2021) geschieht.

Das Ausmaß der Traumatisierung in der Kindheit aus Erwachsenenicht (einschließlich belastender Erfahrungen) erfasst sehr ausführlich im Selbsturteil die Kurzform des *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ; dt. Version von Klinitzke et al., 2012). Dieser ist das weltweit am häufigsten eingesetzte Screeninginstrument zur Erfassung von emotionalem, physischem und sexuellem Missbrauch sowie emotionaler und körperlicher Vernachlässigung – diese fünf Skalen sind mit 28 Items abgedeckt. Interne Konsistenz und Retestreliaibilität des Fragebogens in der deutschsprachigen Version waren zufriedenstellend bis sehr hoch, allerdings zeigte die Skala »körperliche Vernachlässigung« eine unbefriedigende interne Konsistenz (Bader et al., 2009). Ähnlich schlechte Befunde für die Skala »körperliche Vernachlässigung« berichten auch Klinitzke et al. (2012). Die anderen Skalen erwiesen sich in der von Klinitzke und Kollegen (2012) durchgeführten Studie zur Psychometrie der deutschen Version ebenfalls reliabel und valide.

Kinder und Jugendliche. Zur Erfassung von Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter durch Patienten, die jünger als 18 Jahre sind, liegen keine ähnlich ausführlichen Screeninginstrumente vor. Die *Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents* (CAPS-CA; Pynoos et al., 2015; s. Abschn. 1.3.2) verweist in der deutschsprachigen Version hier auf die *Life Events Checklist – Child Version for DSM-IV*, deren deutsche Übersetzung sich bei Steil und Fücksel (2006) findet.

Der *Child and Adolescent Trauma Screen 2* (CATS-2; Sachser et al., 2022; s. Abschn. 1.3.3) beinhaltet eine Ereignisliste, die ebenfalls herangezogen werden kann. Diese erweiterte Ereignisliste enthält neben den mit der kPTBS verbundenen Ereignissen auch »neue« Ereignisse wie Viktimisierung im Internet. Die derzeitige Formulierung in der ICD-11 zu den Ereignissen ist relativ offen, da hier von einem »extremely horrific event« gesprochen wird. Es stellt sich also die Frage, ob alle Formen einer digitalen Viktimisierung hierzu gehören. Trotz dieses Caveats finden sich in diesem Bereich derzeit hier die höchsten Zuwächse an traumatischen Ereignissen mit den entsprechenden psychopathologischen Folgen.

1.3.2 Klinische Interviews zur Diagnosestellung und Schweregradeinschätzung im Fremdurteil

Zur Diagnosestellung der PTBS empfehlen wir die beiden Instrumente, die international als Goldstandard gelten: Die *Clinician Administered PTSD Scale* (CAPS) für Erwachsene (CAPS-5 in der deutschen Übersetzung von Müller-Engelmann et al., 2020, bzw. Müller-Engelmann et al., 2022) und die *Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents* (CAPS-CA; Pynoos et al., 2015) in der deutschen Übersetzung von Pfeiffer et al. (o. J.). Beide Instrumente sind frei und kostenlos zugänglich, die CAPS als

Interviewformular können Sie anfordern bei Prof. Ulrich Schnyder (ulrich.schnyder@access.uzh.ch), die CAPS-CA erhalten Sie unter www.ulmer-onlineklinik.de. Beide Instrumente orientieren sich zwar an der DSM-5-Diagnose der PTBS, erlauben aber auch jeweils eine Diagnose nach ICD-11. Die CAPS-5 für Erwachsene kann als ein psychometrisch solides Maß bezeichnet werden, mit einer hohen internen Konsistenz ($\alpha = ,65\text{--},93$) und einer hohen Interrater-Reliabilität (ICCs = $,81\text{--},89$; Müller-Engelmann et al., 2020) sowie einer nachgewiesenen konvergenten und diskriminanten Gültigkeit. Für die CAPS-CA wurden bislang noch keine psychometrischen Kennwerte publiziert, weder für die englischsprachige Originalversion noch für die deutschsprachige Version.

Die ICD-11-Diagnose PTBS *und* die Diagnose einer kPTBS kann bei Erwachsenen bzw. älteren Jugendlichen mithilfe des *Complex PTSD Item Set additional to the CAPS* (COPISAC; Lechner-Meichsner & Steil, 2021) gestellt werden – hier werden die in der CAPS diesbezüglich fehlenden Items gezielt mithilfe weniger zusätzlicher Items ergänzt, was eine zeitökonomische Erfassung erlaubt. Eine deutschsprachige Version bereiten Steil und Lechner-Meichsner vor. Ein vergleichbares Instrument zur Erfassung der kPTBS für das Kindesalter existiert bislang nicht.

Alle diese Interviews erlauben neben der Diagnosestellung auch eine Einschätzung des Schweregrades der PTBS bzw. kPTBS mithilfe der Fremdbeurteilung.

1.3.3 Selbstbeurteilungsinstrumente

Ältere Messinstrumente beziehen sich jeweils auf die zur Erstellungszeit gültigen Kriterien der PTBS (also DSM-IV und ICD-10) und leider haben die Überarbeitungen DSM-5 und ICD-11 die Unterschiede zwischen den Diagnosekatalogen noch vergrößert. Die neuen Messinstrumente wiederum sind aktuell noch nicht so verbreitet, sodass wir versuchen, jeweils die ICD- und DSM-Versionen in den folgenden Absätzen mit zu benennen.

Fragebögen zur Erfassung der PTBS

Erwachsene (DSM-5; PTBS). Als Fragebogen zur Erfassung zur Schwere der PTBS empfehlen wir bei Erwachsenen die *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* (PCL-5; Krüger-Gottschalk et al., 2017). Anhand von 20 Items, die auf einer 5-stufigen Likert-Skala bewertet werden (0 = »überhaupt nicht« bis 4 = »extrem«), kann das Vorliegen der im DSM-5 aufgeführten PTSD-Symptome gescreent werden. Der Gesamtscore beträgt 80 – ein Cut-off-Wert ≥ 33 weist auf eine klinisch relevante PTSD-Diagnose hin. Die diagnostische Aussagekraft wurde in verschiedenen Studien geprüft und zeigt eine gute Reliabilität und Validität (Blevins et al., 2015; Krüger-Gottschalk et al., 2017).

Kinder und Jugendliche (DSM-5; ICD-11, PTBS und kPTBS). Für Jugendliche empfehlen wir zur Beurteilung der Schwere der PTBS (und der kPTBS) den *Child and Adolescent Trauma Screen 2* (CATS-2; Sachser et al., 2022) als Fragebogen. Dieser ist frei verfügbar in vielen Sprachen (eine frei zugängliche Version mit einer Auswertungsanleitung findet sich bei https://www.ku.de/fileadmin/120301/02Dateien/CATS-2_Selfreport__Ger

man_.pdf). Über die Ulmer Onlineklinik (www.ulmer-onlineklinik.de) sind dann auch noch viele andere Sprachen verfügbar (z. B. Russisch, Ukrainisch, Arabisch, Dari, Farsi etc.). Der CATS-2 basiert auf dem CATS (Sachser et al., 2017) zur Erfassung der PTBS-Symptome nach DSM-5 und wurde um die Items, die zur Diagnosestellung der kPTBS benötigt werden, erweitert. Damit erlaubt er die Erfassung nach allen derzeit gängigen Kriterien. Weiterhin wurde der CATS-2 in einfacher Sprache verfasst, damit er den gesamten Altersbereich abdecken kann. Da Patienten mit einer PTBS manchmal Entwicklungsrückstände oder Verzögerungen aufweisen, ist ein einfaches Sprachniveau wichtig. Derzeit befinden sich viele unterschiedliche Sprachversionen in Erprobung. Die Psychometrie wurde an einer internationalen Stichprobe (Deutschland, Norwegen, USA) ermittelt, in der die Daten von 285 traumatisierten Kindern und Jugendlichen und ihren Eltern bzw. Bezugspersonen eingingen. Die interne Konsistenz war sehr gut für die Gesamtwerte nach DSM-5 PTBS (selbst: $\alpha = ,89$; Bezugsperson: $\alpha = ,91$), und ICD-11 PTBS (selbst: $\alpha = ,67$; Bezugsperson: $\alpha = ,79$) und ICD-11 kPTBS (selbst: $\alpha = ,83$; Bezugsperson: $\alpha = ,86$). In der Validierung der CAPS-CA-5 liegt der Cut-off für den CATS-2 DSM-5 PTBS-Wert bei ≥ 21 (Screening) bis ≥ 25 (diagnostisch), für die ICD-11 bei ≥ 7 .

Fragebögen zur Erfassung der kPTBS

Erwachsene (ICD-11). Zur Selbstbeurteilung in Bezug auf eine kPTBS ist das *International Trauma Questionnaire* für Erwachsene geeignet (ITQ; Cloitre et al., 2018) in der deutschsprachigen Version von Lueger-Schuster et al. (2018). Die messtechnische und faktorielle Validität der deutschen Version des ITQ wurde bestätigt (Christen et al., 2021).

Kinder und Jugendliche (ICD-11). Wie oben erwähnt ist hier der *Child and Adolescent Trauma Screen 2* (CATS-2; Sachser et al., 2022) geeignet. Zur Erfassung der Symptome der kPTBS bei Kindern und Jugendlichen legten Haselgruber et al. (2020b) eine deutschsprachige Version des *International Trauma Questionnaire for Children and Adolescents* (ITQ-CA) vor, welche neben der CATS-2 ebenfalls genutzt werden kann. Der ITQ-CA zeigte eine gute Konstruktvalidität und Kriteriumsvalidität und eine eingeschränkte diskriminante Validität (Haselgruber et al., 2020a). Die *Trauma-Symptom-Checkliste für Kinder und Jugendliche* (TSC-KJ; Spranz et al., 2018) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung des Vorliegens und der Schwere einer Vielzahl möglicher Traumafolgesymptome bei Patienten zwischen 8 bis 21 Jahren. Es umfasst die sechs klinischen Skalen »Depression«, »Ärger«, »Angst«, »Dissoziation«, »Posttraumatischer Stress« und »Sexuell auffälliges Verhalten« und fragt damit eine große Breite möglicher Symptome nach Traumatisierungen ab. Die TSC-KJ ermöglicht der Behandlerin einen Überblick über Art und Schwere der Beeinträchtigungen in all diesen Bereichen und kann helfen, Behandlungsziele zu entwickeln und Therapieerfolge durch Mehrfachmessungen zu überprüfen. Gütekriterien und Vergleichswerte liegen für den Altersbereich von 13–21 Jahren vor. Alle sechs klinischen Skalen der TSC-KJ sowohl in der nicht-klinischen als auch der klinischen Stichprobe zeigten interne Konsistenzen, die im guten bis akzeptablen Bereich liegen. Auch Befunde zur konvergenten und differenziellen Validität liegen vor und sind gut.

1.3.4 Messung der Symptomentwicklung über den Behandlungsverlauf

Werden Instrumente zur Erfassung des Schweregrades der PTBS oder kPTBS im Verlauf der Behandlung mehrfach gegeben, so muss auf die Anpassung des jeweiligen Beobachtungszeitraumes für die Beurteilung der eigenen Symptomatik geachtet werden. Wird ein Instrument z. B. wöchentlich gegeben, so schätzt die Patientin die Symptomatik z. B. immer für die letzte Woche ein, damit sich der Beobachtungszeitraum jeweils nicht überschneidet. Eine wöchentliche Erfassung der Symptomatik ist sehr empfehlenswert, weil sie der Behandlerin erlaubt zu erkennen, ob die Behandlung die gewünschten Effekte hat oder nicht. Bitte beachten Sie, dass ein Verlaufsscreening Ihnen nicht nur die sehr erfreuliche Erfolgsmeldung gibt, sondern auch mögliche Krisen und Therapieabbrüche voraussagt. Stagnieren oder verschlechtern sich die Patienten in den Selbstbeurteilungsverfahren, wird ein Therapieabbruch wahrscheinlicher.

1.4 Überblick über die Behandlung der PTBS und kPTBS

1.4.1 Behandlung der PTBS bei Erwachsenen

Psychotherapie ist sowohl bei Kindern, Jugendlichen als auch bei Erwachsenen die Behandlung der Wahl bei der PTBS (z. B. Morina et al., 2021). Sie ist vielfach wirksamer als eine Pharmakotherapie, für die im Vergleich zu Placebo bei erwachsenen Patienten nur kleine mittlere Effektstärken berichtet werden (z. B. Merz et al., 2019; Hoskins et al., 2021), und erwiesenermaßen auch langfristig sehr wirksam (Weber et al., 2021). Für die Psychotherapie dagegen werden langfristig mittlere Effekte von im Schnitt 1,44 im Rahmen von großen Metaanalysen für das Erwachsenenalter belegt (Weber et al., 2021). Diese Metaanalyse weist besonders verschiedene kognitiv-behaviorale Verfahren als langfristig äußerst hilfreiche Interventionen aus, neben Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Für erwachsene Patienten mit PTBS bietet sich also eine Auswahl von unterschiedlichen Interventionen zur psychotherapeutischen Behandlung. Viele der wirksamen Interventionen fußen auf psychologischen Modellen der Entstehung und Aufrechterhaltung der PTBS (Maercker, 2013).

Lerntheoretische Modelle. Lerntheoretische Modelle (z. B. Foa & Kozak, 1986) erklären die PTBS als konditionierte emotionale Reaktion, welche schwer lösbar ist, mithilfe der Prinzipien der klassischen Konditionierung (während des Traumas werden Merkmale der traumatischen Situation verknüpft mit den emotionalen und physiologischen Reaktionen, in der Folge lösen ähnliche Merkmale vergleichbare Reaktionen aus) und der operanten Konditionierung (eine Löschung wird durch die Vermeidung traumarelevanter Stimuli verhindert, letztere bleibt operant im Sinne einer negativen Verstärkung aufrechterhalten).

Netzwerkmodelle. In sog. Netzwerkmodellen (Chemtob et al., 1988) wird das Modell pathologischer Furchtstrukturen von Lang (1979) auf die Ätiologie der PTBS angewandt. Die Gedächtnisrepräsentation traumatischer Geschehnisse, so die Annahme, ist umfassend und leicht aktivierbar; die Aktivierung zeigt sich in intrusivem Wiedererle-

ben, Angst und Erregung, sowie in der chronischen Erwartung erneuter Bedrohung. Eine Veränderung des spezifischen Furchtnetzwerkes ist nur durch dessen direkte Aktivierung möglich.

Kognitive Modelle. Autoren neuerer kognitiver Modelle betonen die Rolle der idiosynkratischen Bedeutung der Traumatisierung und ihrer Folgen sowie der kognitiven Vermeidung bei der Aufrechterhaltung der Symptomatik (Ehlers & Clark, 2000). Dysfunktionale Kognitionen, die mit den Intrusionen zusammen auftreten, wie »Diese starken Erinnerungen bedeuten, ich werde verrückt«, »Mir wird nie mehr etwas Schönes passieren können« oder »Ich bin schuld an allem« determinieren die subjektive Belastung, die mit dem Auftreten von Intrusionen einhergeht. Sie vermitteln Symptome eines erhöhten Erregungsniveaus und motivieren Betroffene, Strategien zur Kontrolle der intrusiven Erinnerungen und Gedanken einzusetzen, die ihrerseits die Symptome entweder direkt verschlimmern (so z. B. führt Gedankenunterdrückung zum vermehrten Auftreten intrusiver Erinnerungen) oder eine adäquate Auseinandersetzung mit dem Trauma unterbinden.

Aus diesen Modellen abgeleitet bestehen die hilfreichen Behandlungsprogramme aus kognitiven Interventionen zur Identifikation und Veränderung von traumabezogenen dysfunktionalen Kognitionen in Bezug auf das Selbst, die Welt und die eigene Zukunft, sowie aus Elementen der Exposition mit den traumarelevanten Erinnerungen mit dem Ziel der Aktivierung der zugrundeliegenden Furchtstrukturen bzw. der Habituation an die mit den Erinnerungen verbundenen belastenden Gefühle von Furcht, Hilflosigkeit, Entsetzen oder Ekel (z. B. Ehlers, 1999).

Das Modell der Cognitive Processing Therapy (CPT). Als herausragend erfolgreich erweist sich bei den Interventionen zur Behandlung der PTBS bei Erwachsenen in aktuellen Metaanalysen eine stark kognitiv ausgerichtete Intervention – die sog. Cognitive Processing Therapy (CPT; Resick et al., 2007; deutsches Manual von König et al., 2012; vgl. Jericho et al., 2021). Sie basiert auf einem von Patricia Resick entwickelten kognitiven Modell der Entstehung und Aufrechterhaltung der PTBS: Zentral ist hier, wie ein Trauma im Rahmen bereits vorher bestehender Überzeugungen verarbeitet wird. Dabei wird postuliert, dass Menschen ihre schon prätraumatisch vorhandenen Bewertungen und Überzeugungen aufrechterhalten bzw. ihre Schemata an die Realität anpassen wollen. Dabei kann es zum Entstehen dysfunktionaler Kognitionen (sog. »Stuck-Points«) kommen, die eine Genesung verhindern. Das Trauma kann auf ungünstige Weise so bewertet werden, dass es in bestehende Schemata passt (Assimilation; »Es ist passiert, weil ich so wertlos bin«), oder Schemata dauerhaft ungünstig verändern (Über-Akkommodation; »Alle Menschen sind gefährlich«). Die CPT leitet aus diesem Modell der PTBS gezielte kognitive Interventionen ab, welche die typischerweise bei der PTBS vorliegenden ungünstigen Überzeugungen in den Bereichen Sicherheit, Vertrauen, Kontrolle, Wertvoll sein und Nahe sein überprüfen und verändern sollen. Die Patienten werden sehr gezielt darin trainiert, mithilfe von Protokollen, die in Bezug auf belastende traumabezogene Situationen im Alltag ausgefüllt werden, ihre dysfunktionalen Gedanken auf den Prüfstand zu stellen und zu verändern. Einer der Vorteile der CPT ist, dass sie sowohl im Einzelsetting wie auch im Gruppensetting erfolgreich eingesetzt werden

kann – andere Psychotherapien der PTBS erzielen im Einzelsetting überlegene Befunde im Vergleich zum Gruppensetting. Dies gelingt, weil die Bearbeitung der dysfunktionalen Gedanken im Mittelpunkt steht und nur eine geringe Dosis von formaler Exposition mit den Erinnerungen benötigt wird, und diese erfolgt auf schriftliche Art und Weise als Hausaufgabe. Die CPT erzielt mit einer für das deutsche Gesundheitswesen erstaunlich geringen Sitzungszahl von im Schnitt 12 bis 14 Sitzungen sehr große Effekte. Sie folgt einem genau festgelegten Manual mit vorgegebenen Arbeits- und Informationsblättern und bietet so Behandlerin und Patientin sehr viel Orientierung und Klarheit über die Vorgehensweise in der Therapie.

1.4.2 Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen

Metaanalysen zeigen, dass im Allgemeinen die Effekte der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit PTBS kleiner sind als bei Erwachsenen ($d = 0,89$, Gutermann et al., 2016; $g = 0,83$, Morina et al., 2016; vgl. auch Bastien et al., 2020). Dies liegt auch daran, dass die Kontrollinterventionen (Placebointerventionen, Wartekontrolle) bei Kindern und Jugendlichen wirksamer sind. Kinder und Jugendliche können sich unter günstigen Bedingungen (Ende der Bedrohung) und sozialer Unterstützung sowie Hoffnung auf Veränderung besser erholen. Damit wird der Unterschied zur Symptomreduktion in der Psychotherapiebedingung etwas kleiner.

Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (Tf-KVT). Zur Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen erwies sich die sog. Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (Tf-KVT; nach dem Manual von Cohen et al., 2009) als die erfolgreichste Psychotherapieform (Bastien et al., 2020) und mit bis dato 28 randomisierten klinischen Studien auch die am besten untersuchte (Thielemann et al., eingereicht). In kindgerechter Form wird hier die Psychoedukation zum Trauma und seinen Folgen kombiniert mit kognitiven Interventionen und einer milden Form der Exposition mit den traumatischen Erinnerungen. Die Tf-KVT bezieht eine Bezugsperson in die Behandlung intensiv mit ein – diese kann ein nicht-schädigender Elternteil sein oder auch eine Bezugserzieherin oder eine Mitarbeiterin der Jugendhilfe, die das Kind regelmäßig betreut. Diese wird darin trainiert, das Kind im Alltag und in der Behandlung zu unterstützen, Erziehungsfertigkeiten werden gestärkt. Für EMDR liegen ebenfalls gute Wirksamkeitsbefunde vor, die Anzahl der Studien zu dieser Intervention ist aber sehr viel geringer als die zur Tf-KVT. Bisher liegen für die Tf-KVT überwiegend Studien bis zum Alter von 14 Jahren vor und nur vereinzelt werden Jugendliche und junge Erwachsene mit diesem Manual behandelt (Bastien et al., 2020).

Aufgrund des hohen Anteils von Bezugspersonenstunden (bis zu 50 %) erscheint das Tf-KVT-Manual nicht für alle Jugendlichen gut geeignet – eine der relevanten Entwicklungsaufgaben für Jugendliche und junge Erwachsene im Transitionsalter ist die Loslösung vom Elternhaus oder der Wohngruppe und die Autonomieentwicklung. Viele junge Menschen im Transitionsalter ziehen daher Interventionen ohne den Einbezug einer weiteren erwachsenen Person vor.

2 Überblick über die E-KVT

Die Entwicklungsangepasste Kognitive Verhaltenstherapie (E-KVT) besteht aus vier Phasen zu je vier Wochen. Es werden 30 bis 36 Sitzungen durchgeführt. 30 Sitzungen sind vorgesehen, zusätzlich können bis zu sechs sog. Jokersitzungen zum Management von akuten Krisensituationen oder z. B. für Elternsitzungen durchgeführt werden. Tabelle 2.1 am Ende dieses Kapitels bietet einen Überblick über die Behandlungsphasen und -inhalte. Im Anhang des Buches findet sich in **INFO 6** »Überblick zu Behandlungsphasen und -inhalten der E-KVT« eine insgesamt fünfseitige Übersicht zum Ausdrucken zu den spezifischen Inhalten und Arbeitsmaterialien der einzelnen Therapiephasen und -sitzungen analog zu den Übersichtstabellen (Tab. 4.1, 4.2, 4.5 und 4.16) in Kapitel 4. Außerdem findet sich im Anhang ein Überblick mit jeweiliger kurzer Beschreibung der ABs und INFOs und eine einseitige Liste derselben, vor den eigentlichen Arbeitsmaterialien als Druckvorlagen.

Probatorische Sitzungen

Die ersten maximal fünf Sitzungen sind probatorische Sitzungen. Inhalte dieser Sitzungen sind eine ausführliche Anamnese und diagnostische Untersuchung, die Einholung wichtiger Informationen über die Lebenssituation des jungen Menschen und seiner Familie. Erst nach diesen probatorischen Sitzungen entscheiden beide – Therapeutin und Patientin –, ob eine E-KVT begonnen werden soll. Es folgen dann vier Therapiephasen.

(1) Motivationsphase (5 Sitzungen)

In der Motivationsphase (MO) zu Beginn werden eine tragfähige therapeutische Beziehung etabliert und die Therapiemotivation der Jugendlichen gestärkt. Ein Therapievertrag wird geschlossen, ein Notfallplan für Krisen erarbeitet, Suizidalität, selbstschädigendes, therapieschädigendes und krisengenerierendes Verhalten werden erfasst und eine Tagebuchkarte, die über den gesamten Verlauf der Therapie geführt werden soll, wird eingeführt. Mit der Erhebung einer ausführlichen Lebenslinie verschafft sich die Therapeutin einen Überblick über traumatische, belastende und auch positive Erfahrungen der Patientin. Zuletzt werden die konkreten Therapieziele der Patientin erarbeitet, für die es sich für die Patientin lohnt, in der Therapie mitzuarbeiten und durch eine manchmal auch belastende Behandlung zu gehen.

(2) Emotionsregulationsphase (6 Sitzungen)

Im Rahmen dieser Phase wird das Rational zur Emotionsregulation (EM) vermittelt, gefolgt von einer Psychoedukation zu Stress und Stressbewältigung. Der bisherige Umgang der Patientin mit starkem Stress wird ergründet und das Anfertigen von Verhaltensanalysen zu schwierigen Situationen eingeführt und geübt. Danach wird die Patientin in Fertigkeiten der Emotionsregulation trainiert. Es wird angestrebt, durch Veränderungen in der Lebensführung die allgemeine Stressbelastung zu senken. Beim

Vorliegen dissoziativer Symptomatik werden Strategien zum Dissoziationsmanagement eingesetzt. Danach erhält die Patientin Informationen über verschiedene traumarelevante Emotionen, wie sie sie identifizieren und auch wie sie sie abschwächen kann. In der letzten Sitzung wird das Gelernte wiederholt und die Intensivphase organisatorisch vorbereitet.

(3) Intensivphase (15 hochfrequente Sitzungen)

Dann folgt eine intensive traumafokussierte Behandlung (IN) mittels CPT, deren Ziel es ist, ein Gefühl von Sicherheit und Kontrolle im eigenen Umfeld wiederherzustellen und ausgewogenere Überzeugungen in Bezug auf das Selbst und die Welt zu fördern, um so traumabezogene negative Gefühle zu reduzieren. Die Vorgehensweise der CPT wurde in Anpassung an das Lebensalter der Patienten stark vereinfacht, die Arbeitsblätter in leichter verstehbarem Deutsch abgefasst. Um die störungs- und altersbedingten motivationalen Schwankungen der Patienten aufzufangen, wurde für diese Phase ein zeitlich intensives Behandlungssetting mit 15 Therapiesitzungen innerhalb von vier Wochen gewählt (Ehlers et al., 2010). Das intensive Behandlungssetting erhöht zum einen die Motivation der jungen Patienten, da ein Ende der Therapie absehbar ist und nicht mit den vielen Veränderungen in dieser Lebenszeit kollidiert. Zum anderen können »wöchentliche« Krisen (Schule, erste romantische Beziehungen etc.) besser bearbeitet werden, da dann nur ein Teil der Therapiesitzung zur Besprechung verwendet werden muss und daher die Bearbeitung der PTBS-Symptomatik weiter im Fokus bleiben kann. Und nicht zuletzt führt die rasche Reduktion der PTBS-Symptomatik zu einer höheren Therapiemotivation und bahnt den Therapieerfolg. Der Vergleich der Behandlungsdurchführung mit wöchentlichen versus häufigeren Sitzungen zeigte z. B. bei Ehlers et al. (2010; eine Übersicht hierzu von Ragsdale et al., 2020), dass auf diese Weise eine Reduktion der PTBS-Symptome und auch depressiver Symptome sehr viel schneller herbeigeführt werden kann. Der schneller spürbare Therapieerfolg erhöht die Motivation.

Die 15 sehr strukturierten und in hoher Frequenz gegebenen CPT-Sitzungen sollten entsprechend dem beschriebenen Vorgehen durchgeführt werden. Zunächst sollte schwerpunktmäßig am schlimmsten Ereignis bzw. schlimmsten Cluster (das ist das Ereignis, welches im Alltag der Patientin bei Erinnerung zu den größten Belastungen führt) gearbeitet werden, zu dem auch der Bericht über die Auswirkungen des Traumas verfasst werden sollte. Wenn hierbei in den ersten Sitzungen ein anderes schlimmstes Ereignis genannt wird als in der Diagnostik, kann dies nochmal verändert werden – dies kommt vor, wenn die Patientin im Laufe der Behandlung mehr Vertrauen zur Therapeutin gefasst hat und dann manchmal Traumata berichtet, die in der Probatorik bzw. Motivationsphase noch verschwiegen wurden.

(4) Phase der Bearbeitung von Entwicklungsaufgaben (4 Sitzungen)

In der letzten Phase steht die Bearbeitung von typischen Entwicklungsaufgaben von Adoleszenten (EN) im Vordergrund: einen Schul- bzw. Berufsabschluss erwerben, sich vom Elternhaus lösen, Autonomie erlangen, eine zufriedenstellende romantische Beziehung bzw. andere Bindungen mit Gleichaltrigen eingehen. Weil sowohl Fokus als auch Bearbeitungsdauer hier sehr individuell sind, sind in diesem letzten Abschnitt der

Therapie die möglichen Themen nicht einzelnen Sitzungen zugeordnet (s. Tab. 2.1). An der Lösung von Problemen in diesen Bereichen und dem Aufbau weiterer Fertigkeiten wird mithilfe aller der behavioralen und kognitiven Techniken gearbeitet, die in den drei früheren Behandlungsphasen erarbeitet und trainiert wurden. So können z. B. zu der Frage, was einen hindert, eine neue Beziehung einzugehen, die in der CPT-Intensivphase eingeführten Arbeitsblätter genutzt werden, um die damit zusammenhängenden Denkfallen zu identifizieren und zu relativieren. Gleichzeitig behält die Therapeutin den nahenden Abschluss der Therapie im Auge.

In diesem Abschnitt der Therapie ist es auch wichtig, einer möglichen Reviktimisierung vorzubeugen. Hierzu werden die Patienten z. B. dabei unterstützt, die mit bestimmten Situationen verbundene Gefahr für Übergriffe realistisch einzuschätzen, sich abzugrenzen, wenn ihre Grenzen überschritten werden, oder potenziell gewalttätige Partner an bestimmten Merkmalen zu erkennen (Kubany & Ralston, 2008).

Jokerstunden

Zusätzlich können bis zu sechs sog. Jokerstunden durchgeführt werden, die flexibel einsetzbar sind für Gespräche mit Bezugspersonen, den Besuch von Institutionen wie Schule oder Arbeitsamt, die Suche nach einer Wohnung, Krisengespräche oder Ähnliches. Sie können jederzeit während der Behandlung stattfinden.

Tabelle 2.1 Überblick über Behandlungsphasen und -inhalte der E-KVT

Phase	Sitzung	Inhalt / Materialien (neues Material jeweils fettgedruckt)
Probatorische Sitzungen Vorbereitung & Planung (vor Beginn der E-KVT)	0-1	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Anamnese und Diagnostik, dabei immer: <ul style="list-style-type: none"> - CAPS-CA plus klinisches Interview zur Erfassung komorbider Diagnosen - TSC-KJ - CATS-2
	0-2	
	0-3	
	0-4	
	0-5	
Motivationsphase	1 / MO1	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Therapievertrag abschließen (AB 1) ▶ Notfallplan erstellen (AB 2)
	2 / MO2	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Tagebuchkarte einführen (AB 3) ▶ Umgang mit Suizidalität, Selbstverletzung, Krisen besprechen
	3 / MO3	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Umgang mit Tagebuchkarte trainieren (AB 3) ▶ Lebenslinie erstellen (AB 4)
	4 / MO4	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Therapieziele erarbeiten und festlegen (AB 5)
	5 / MO5	<ul style="list-style-type: none"> ▶ wichtige Aspekte für die Therapie klären ▶ ggf. Aspekte der Motivationsphase wiederholen

Tabelle 2.1 (Fortsetzung)

Phase	Sitzung	Inhalt / Materialien (neues Material jeweils fettgedruckt)
Emotionsregulationsphase	6/EM1	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Rational zur Emotionsregulation vermitteln ▶ Psychoedukation zu Stress/Stressbewältigung geben (INFO 1, INFO 2) ▶ (Hoch-)Stressprotokoll anleiten (AB 6, AB 7)
	7/EM2	<ul style="list-style-type: none"> ▶ bisherigen Umgang mit Hochstress erarbeiten (AB 8) ▶ Verhaltensanalyse einführen (AB 9, AB 10)
	8/EM3	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Verhaltensanalyse einüben ▶ Fertigkeiten zur Emotionsregulation einführen (AB 11, AB 12) ▶ Notfallkoffer erstellen (AB 13)
	9/EM4	<ul style="list-style-type: none"> ▶ allgemeine Stressbelastung senken ▶ Reizdiskrimination trainieren ▶ Psychoedukation über Dissoziation geben ▶ Dissoziationsmanagement einführen
	10/EM5	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Verhaltensanalyse, Skillsnutzung und Dissoziationsmanagement einüben ▶ Psychoedukation über Gefühle und deren Beeinflussung geben (INFO 3, AB 14–20)
	11/EM6	<ul style="list-style-type: none"> ▶ das Gelernte wiederholen ▶ Therapieziele überprüfen (AB 5) ▶ die Intensivphase vorbereiten und planen
Intensivphase	12/IN1	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Psychoedukation zu PTBS, Traumagedächtnis und Funktionsweise der Therapie geben (INFO 4, INFO 5) ▶ dabei Begriff »Stuck Points« einführen ▶ Impact Statement einführen (AB 21)
	13/IN2	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Impact Statement besprechen (AB 21) ▶ Stuck Points sammeln per Stuck-Point-Liste (AB 22)
	14/IN3	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Zusammenhang Gedanken und Gefühle erarbeiten ▶ ABC-Blätter einführen (AB 23) ▶ Traumabericht vorbereiten (AB 24)
	15/IN4	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Traumabericht bearbeiten ▶ Stuck Points (Assimilation) hinterfragen