

Gerhard Zarbock (Stand 23.10.2023)

## **BSVT-Kompetenzmodul Trauma (BSVT-KMT)**

Das BSVT-Traumamodul vermittelt eingehende Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der verhaltenstherapeutischen Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und der diagnostisch-therapeutischen Behandlung sonstiger psychischer und psychosozialer Traumata (u.a. komplexe Traumafolgestörung, Traumata als Mitursachen von PKS, Schmerz- und psychosomatischen Syndromen und sonstigen Erlebens- und Verhaltensstörungen).

Die Kenntnisse und praktisch Kompetenzen erstreckten sich unter anderem auf folgende Wissens- und Kompetenzbereiche:

1. Gute Anwendbarkeit „klassischer“ verhaltenstherapeutischer Prinzipien und Überlegungen zum Verständnis posttraumatischen Geschehens.
2. Komplexe, akute und einfache Posttraumatische Belastungssyndrome (Trauma-Trias: Intrusionen, Hypervigilanz, Vermeidung) und Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung sowie deren Kombination erkennen. Trauma I und Trauma II differenzieren können, ebenso Traumata nach Ursachen unterscheiden und in ihren differenziellen Auswirkungen nachvollziehen können. Diagnose der Intrusionen: Häufigkeit, Intensität, Qualität (quasi halluzinatorisch, szenische Erinnerung oder „Grübeln“). Einsatz von Exploration und Psychometrie (IES, CTQ, individuelle SUD- und Vermeidungs-Skalen) zur Abklärung.
3. Faktoren kennen, die die Ausbildung einer PTBS nach Trauma begünstigen bzw. die Resilienz und das Coping unterstützen.
4. Suizidalität abklären, einschätzen und behandeln können.
5. Ko-Morbiditäten erkennen und berücksichtigen: Sucht, Schlafstörungen, Depression, Schmerzstörungen, Psychose; ggf. organische Erkrankungen und physische Traumaschäden.
6. Die Rolle von Traumata und aktuell aversiven Lebensumwelten bei der Genese von BPS und sonst. PKS/Akzentuierungen und Erkrankungen kennen.
7. Das Strukturniveau im Sinne von Selbst-, Emotions- und interpersoneller Regulationsfähigkeit als differenziell behandlungsindikatives Kriterium einschätzen und entsprechende Therapiemodifikationen daraus ableiten können.
8. Abklärung von bisheriger, ggf. aktueller juristischer Aufarbeitung, bestehendem Täterkontakt, Versicherungs- und Rentenprozessen, aktueller

Gefährdungslage, sonstigen psychosozialen Akutstressoren. Umgang damit bzgl. Therapemodifikationen.

9. Erkennen und Vermeiden iatrogenen Schädigung von Traumapatienten durch explizite (verbale) und implizite (Setting) Kommunikation zur angeblich erschweren und Risiko behafteten Behandelbarkeit von PTBS, auch durch Verzögerung eines möglichen Behandlungsbeginnes mit Exposition und Überbetonung von angeblich unverzichtbarer Stabilisierung auch bei hinreichend strukturstarken Patienten.
10. Differenzierung der Gefahr von Re-Traumatisierungen hinsichtlich der Möglichkeit überflutender Trauma-Reaktivierung und dem Erleben des therapeutischen (Nicht-)Angebotes als intrusiv, unkontrollierbar und schädigend oder (bei Abweisung) als abweisend bzw. überfordert. Wege des präventiven Umganges damit.
11. Klärung und Erwerb einer hilfreichen therapeutischen Grundhaltung: Wissende Zeugin, erfahrene bzw. wissende Expertin (ggf. wiss. Befunde nennen können, Effektstärken= über 1,5!, Fremdschilderungen geben)
12. Das TOTE-Prinzip in der Behandlungsführung anwenden: Ständiger diagnostisch-therapeutischer Zirkel zur Bestimmung des weiteren Vorgehens in der Traumatherapie
13. Differenzielles Risikomanagement traumatherapeutischer Strategien durch: Variation von Zeitdauer, Detailierungsgrad, Aufmerksamkeitslenkung und Aufmerksamkeitsfixierung, Unterbindung/Erlauben/Induzieren von Ausweichen und Abweichen, emotionaler und physiologischer Aktivierung. Dies als Dimensionen möglichen Überflutungsrisikos, aber eben auch möglicher kurativer Wirkungsverstärkung auffassen können.
14. Stabilisierung durch Tagesstrukturierung, positive Aktivitäten "das Leben zurück erobern"), Intrusionsmanagement, Unterscheidung sozial sicherer von sozial unsicheren Orten, soziale Unterstützung, Stigmatamanagement, Behandler Netzwerk
15. Konsensuelle Zielfestlegung für die Traumaaarbeit (Intrusionen beherrschen, Vermeidung aufgeben, Leben zurück erobern, neue Lebensziele/Werte mit GAS erstellen können als Therapiebasis).
16. Differenzielle Zugänge zur Traumaaarbeit, auch unter Berücksichtigung von Risikomanagement und Funktions- wie Strukturniveau des Patienten:
  - Psychoedukation PTBS mit Ubiquitätsentlastung (Gewalt, Trauma, Unglück)
  - Schilderung exemplarischer Trauma- und Therapie-Verläufe (Orientierung geben, Scham reduzieren, Hoffnung induzieren)

Möglichkeit und Angebot sehr verschiedener Therapie-Wege betonen können

Abklärung von Belastungsregulationskompetenzen und ggf. Training von Coping-Skills (Protokollieren, Metakognitives Etikettieren, Flashbackmanipulationen, PMR, DBT-Skills, sicherer Ort, Tresorübung etc.)

Meta-Kognitive Erörterung: Wie hat sich das Trauma für mich ausgewirkt, wie beeinflusst, was ist heute anders, nicht mehr möglich, was ist trotzdem noch möglich, was habe ich trotzdem geschafft, was „Schlimmes“ ist nicht geschehen (totales Abgleiten etc..)?

Was wäre die größte Angst bei einer Therapie? Welche Vorinformationen und welche Behandlungsvorerfahrungen gibt es? Gab es auch hilfreiche Reaktionen? Was war besonders demütigend, verunsichernd an Reaktionen Dritter nach dem Trauma?, Was könnte in einer Therapie bestenfalls passieren, was schlimmstenfalls?

Analyse und Disputation von Scham, Schuld, Ekel, Wut/Hass und Wiederholungsangst.

Erarbeiten eines „Weiterleben Dürfens“, eines „gesund werden Wollens/Dürfens“.

Was sind aktuelle Lebensziele, für die „es“ sich lohnt?

Das Leben zurück erobern – analog pos. Aktivitätenplanung bei Depression = indirekte Exposition und Erwartungskorrekturen.

Trigger-Differenzierungslernen in vitro und in vivo.

Narrative Exposition mit Traumalinie, Traumanarrativ verschriftlichen.

Wiederholte Traumaerzählung (verbaler Schwerpunkt) in Gegenwart der Therapeut\*in mit Traumakommentierung und SUD-Messung.

Exposition in vivo an traumaassoziierte, ungefährliche Reize und Situationen (emotionaler, physiologischer Schwerpunkt, expectation violation, Aufbau von Inhibition der Angst/Abbau der Vermeidung).

Exposition in sensu an das zentrale Traumageschehen mit Kognitiver Korrektur und Expositions-Reaktions-Management (ERM).

Imaginative Umstrukturierung des Kerntraumas mit Entmachtung des Täters, Ermächtigung, Entschuldung und Entschämung des Opfers

Stühlearbeit als Arbeit mit Täterintrospektionen

Brief an mich selbst – in Bezug auf das Trauma und seine Bewältigung

Unterstützung posttraumatischen Wachstums durch Identitätsarbeit: Wie will ich mich trotz des Traumas entwickeln? Welche Werte (abstrakt, anregend, leitend) und Ziele (konkret, umsetzbar) will ich nach der Therapie verfolgen.

17. Therapiebeendigung, Therapiebilanz, Zielerreichung (GAS), Psychometrie prä- post-Effektstärken, Was erreicht, was nicht? Wie damit umgehen – wie weiter? Rückfallprophylaxe inkl. Frühwarnsymptomatik und möglicher Wiederauftrittsbedingungen.
18. Kriseninterventionen bei Verschlimmerung: Erregungsregulation in der Stunde, Unterbrechen von Hyperventilationsentgleisung, psychomotorische Umschaltungen durch Ressourcenkonkurrenz, Telefoncoaching mit Skillanwendung, soziales Hilfsnetz erkunden und etablieren, Indikationen für stationäre Notfalleinweisung, Kenntnis von medikamentösen Strategien für Erregungsreduktion.
19. Erstellen eines individuellen Traumatherapiefahrplans mit entsprechenden Indikationsbegründungen für Reihenfolge des Vorgehens.
20. Integration traumaspezifischer Strategien in umfassendere verhaltenstherapeutische Behandlungskonzepte und -pläne in ambulanten, teilstationären und stationären Settings.
21. Kooperation mit anderen Berufsgruppen und ergänzende oder alternative Angebote bei der multidisziplinären Traumabehandlung. Diskussion der S3-Leitlinien zur PBS.
22. Selbstreflexion, Selbstregulation, Selbstfürsorge sowie Inter- und Supervision in der Traumaaarbeit. Da Traumaaarbeit regelhaft mit besonderen psychophysischen Belastungen (stellvertretende Traumatisierungen, negatives Modelllernen, Eigentraumaaktivierungen) der Therapeut\*innen einhergehen kann, sind Maßnahmen der Selbstreflexion, der eigenen Frühwarnsymptomatik, des Belastungsmonitorings und der unterstützenden Inter- und Supervision notwendig, die in diesem Unterrichtsteil vorgestellt und eingeübt werden. Es wurden Strategien zur Therapeut\*innen individuellen Implementierung erarbeitet.

## **Angebote**

Jeder der 22 Kompetenzbereiche wird durch eine Trias von Vorbereitung – Vortrag – Teach back Seminar erarbeitet. Hierbei werden für die Vorbereitung jeweils 1 Stunden Eigen- oder Kleingruppenübung (Dyade bis Tetrade), für das Trainer-Seminar mit Übungen 3 Stunden und für das Teach back Seminar 2 Stunden angesetzt. Die Gruppengröße ist auf maximal 8 Teilnehmer\*innen begrenzt.

Im Teach back Seminar tragen nach Absprache/Zuordnung Dyaden den aktuellen Lernstoff vor. Idealerweise an Hand eines eigenen Patienten. Hierbei sollen Rollenspiele, Befragungen („Lern-Quizz“), Videos etc. zur Verlebendigung des Unterrichts einbezogen werden. Der Dozent kommentiert, verstärkt oder korrigiert ggf. die Teach back Arbeit.

## Teilnehmerkreis

### **Auswahlverfahren: Schriftliche Bewerbung und 20minütiges Kennlerngespräch.**

**Voraussetzung zur Teilnahme:** Absolvierung des BSVT-Basiskurses oder mindestens 100 Stunden eigene Fallarbeit oder sonstige nachzuweisende spezifische Kenntnisse in der Traumadiagnostik, Traumaberatung, Traumapädagogik oder Traumatherapie.

**Universitäts-approbierte PTs, noch ohne Weiterbildung:** Hier kann das BSVT-KMT als Vorbereitung auf die Weiterbildung genutzt werden. Die Möglichkeit eigenen „Klienten“ in eigenen Räumen zu sehen, inkl. Videoaufnahmen, ist erforderlich. Bei der Klärung rechtlicher Rahmenbedingungen etc. wird unterstützt.

**Universitäts-approbierte PTs, bereits in Weiterbildung:** Hier muss ihre Weiterbildungsberechtigte mich unter Einschaltung der PTK Hamburg als Supervisor und Dozent beauftragen. Eine Weiterbildung am IVAH ist auf Grund der ungeklärten Finanzierbarkeit (Deckungslücke von ca. 3000 € pro PTW und Monat!) zur Zeit noch nicht möglich. Kosten müssen in üblicher Höhe von ihrer Weiterbildungsstätte übernommen werden.

**PiAs des IVAH:** Kostenfreie Teilnahme möglich – aber es entsteht ein deutlicher Zeitmehraufwand. Nicht alle Leistungen können auch als Ausbildungsleistungen angerechnet werden.

**Weitere Personen: Nach Absprache.** Es können leider nur Personen aufgenommen werden, die bereits eine **Approbation** in einem Heilkundeberuf erworben haben oder aber in einer entsprechenden Ausbildung sind.

## Zeitaufwand

22 Stunden eigene oder Kleingruppenvorbereitung mit Stundennachweis und Kurzprotokoll

24 Stunden Trainer-Seminar mit Vortrag und Übungen

24 Stunden Teach back Seminare

**Kosten:** 20€ pro Unterrichtsstunde (45 Minuten). Gesamt: 960 €, maximal 8 TN pro Gruppe.

Und zusätzlich 22 Stunden Zeitaufwand für die eigene bzw. Kleingruppenvorbereitung.

**Literatur:** nach Vereinbarung und als pdf zur Verfügung.

**Kontakt** bei Interesse und/oder Fragen: [gerhard.zarbock@ivah.de](mailto:gerhard.zarbock@ivah.de)