

Gerhard Zarbock (2/2025)

IVAH, Institut für Verhaltenstherapie-Ausbildung Hamburg

(Anerkannte Weiter- (PTK Hamburg) und Ausbildungsstätte (PsychThG) und anerkannte ärztliche Weiterbildungsstätte für die P-Fächer der Ärztekammer Hamburg)

BSVT-Kompetenzmodul Trauma (KM-T)

Im Rahmen ihrer fachpsychotherapeutischen Weiterbildung bzw. Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (Verfahren VT) und durch Teilnahme am BSVT-Kompetenzmodul Trauma hat

Frau /Herr _____ , geb. _____

eingehende Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der 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) mit Verhaltenstherapie erworben.

Die Kenntnisse und praktisch Kompetenzen umfassten im Einzelnen **mindestens 40 Unterrichtsstunden** in der Theorie und 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 Psychometrie (IES, CTQ, individuelle SUD- und Vermeidungs-Skalen)
3. Faktoren kennen, die die Ausbildung einer PTBS nach Trauma begünstigen bzw. die Resilienz 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- 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 erschwerten und Risiko behafteten Behandelbarkeit von PTBS, auch durch Verzögerung eines möglichen Behandlungsbeginnes 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 Angebotes als intrusiv, unkontrollierbar und schädigend oder als abweisend bzw. überfordert. Wege des präventiven Umganges damit.
11. 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. Konsensuelle Zielfestlegung für die Traumaarbeit (Intrusionen, Vermeidung, Leben zurück, neue Lebensziele/Werte) mit GAS erstellen können als Therapiebasis.
15. Differenzielle Zugänge zur Traumaarbeit, auch unter Berücksichtigung von Risikomanagement nacheinander durchführbar können:

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“, ggf. Überwindung von Überlebens-Schuld, Formulierung 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 verwschriftlichen.

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

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

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.

16. Therapiebeendigung, Therapiebilanz, Zielerreichung (GAS), Was erreicht, was nicht? Wie damit umgehen – wie weiter? Rückfallprophylaxe inkl. Frühwarnsymptomatik und Wiederauftrittsfaktoren.
17. 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.
18. Erstellen eines individuellen Traumatherapiefahrplans mit entsprechenden Indikationsbegründungen für Reihenfolge des Vorgehens.
19. Integration traumaspezifischer Strategien in umfassendere verhaltenstherapeutische Behandlungskonzepte und -pläne in ambulanten, teilstationären und stationären Settings.
20. Kooperation mit anderen Berufsgruppen und ergänzende oder alternative Angebote bei der multidisziplinären Traumabehandlung.
21. Selbstreflexion, Selbstregulation, Selbstfürsorge sowie Inter- und Supervision in der Traumaaarbeit. Da Traumaaarbeit regelhaft mit besonderen psychophysischen Belastungen (stellvertretende Traumatisierungen, negatives Modelllernen, Eigentraumaaaktivierungen) der Therapeutinnen einhergehen kann, sind Maßnahmen der Selbstreflexion, des Belastungsmonitorings und der unterstützenden Inter- und Supervision notwendig, die in diesem Unterrichtsteil vorgestellt und eingeübt werden. Es wurden Strategien zur therapeutinnenindividuellen Implementierung erarbeitet.

Durchführung von Verhaltenstherapien mit traumatisierten Patienten: Es wurden _____ Stunden (**mindestens 40 Stunden**) Einzelverhaltenstherapie mit _____ **abgeschlossenen traumatherapeutischen Interventionen (mindestens 5)** gem. TC-BSVT (s.oben) unter **Supervision von _____ Stunden (mindestens 10)** mit traumatherapeutischen Interventionen durchgeführt.

Hamburg, den

(Dr. phil. Gerhard Zarbock, Psychologischer und Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeut, Weiterbildungsberechtigter, Ausbildungsleitung)