

**Tabelle 1. Die Bewertung von Index-Traumakennzeichen gemäß des algorithmischen PTB Behandlungsmodells**

- 
1. Traumaart (z.B., körperlicher/sexueller Übergriff, Berufsverletzung, Verkehrsunfall)?
  2. Trauma Typ: Typ I vs. Type II Trauma (einmaliges vs. multiples/wiederholtes Ereignis)?
  3. Anzahl und Dauer traumatischer Ereignisse ?
  4. Alter des Opfers?
  5. Verursachung durch Menschenhand (willentlich, ungewollt) vs. nicht-menschgemacht? (z.b. Naturgewalt)
  6. Opfer-Täter Beziehung?
  7. Subjektiv wahrgenommene Schwere des Traumas (z.B. lebensbedrohlich)?
  8. Emotionaler Zustand zum Zeitpunkt des Traumas (z.B. Ausmaß emotionaler Taubheit, Ausmaß dissoziativer Symptomatik)?
  9. Bewältigungsstrategien (Peri-Trauma, Post-Trauma)?
  10. PTB Symptome (in der Vergangenheit, aktuell)?
  11. Vorherrschende PTB Emotionen und Kognitionen?
  12. Weitere PTB Emotionen und Kognitionen?
  13. Weitere Traumata in der Vorgeschichte?
-

**Die Konfrontationstherapie** wird zur Behandlung von Patienten empfohlen, die ein Trauma des Typs I erlebt haben, deren primäre Emotion **Furcht** ist und die sich der **Vermeidung** als primärer Bewältigungsstrategie bedienen. Beinhalten die Typ I posttraumatischen Symptome intrusive, auf Furcht gegründete visuelle Erinnerungen empfehlen wir verlängerte Exposition, um das Traumagedächtnis zu aktivieren und **korrigierende Informationen** mittels Reizüberflutung und Habituation anzubieten (Foa & Kozak, 1986). Verlängerte Exposition nutzt die sprachliche Konfrontation, um das Furchtgedächtnis und den damit assoziierten Affekt zu aktivieren, indem das gesamte traumatische Ereignis vollkommen, also von Beginn bis zum Ende, visualisiert und verbalisiert wird. Jede Sitzung wird auf Tonbänder aufgenommen, die sich der Patient täglich anhört, um die Exposition und Habituation zwischen den Sitzungen zu verlängern und zu verstärken. Eine Konfrontationstherapie kann zudem in vivo Konfrontationen oder eine Kombination von imaginativer und in vivo Konfrontation beinhalten (Grunert et. al., 1990).

Läßt sich nach einigen Sitzungen kein Fortschritt feststellen, macht der Kliniker Einschätzungen bezüglich (1) der Mitwirkung bei der Konfrontation (compliance), (2) dem Ausmaß, in dem Vermeidungsverhalten interfereert und (3) der vorherrschende PTB Emotionen; gibt es eine andere als Furcht, die zunächst bearbeitet werden muß? Reduziert sich die PTB Symptomatik innerhalb einiger Sitzungen, schätzt der Kliniker ein, ob maladaptive, sekundäre PTB Emotionen und Kognitionen existieren, die verarbeitet werden sollten. Für den Fall, dass die sekundären Kognitionen visuell zugänglich sind, werden imaginative Interventionen eingesetzt, um diese direkt herauszufordern und zu modifizieren – z.B. die imagery rescripting and reprocessing Therapie (Smucker, 1997; Smucker & Dancu, 1999; Smucker et. al., 2002), KU während des Wiedererlebens (Grey, Young, & Holmes, 2002), oder imaginative Modifikation (Beck, Emery, & Greenberg, 1985). Wenn die sekundären Kognitionen linguistisch gespeichert und nicht visuell zugänglich sind, wird der Einsatz verbaler KU Interventionen empfohlen, um die maladaptiven Attributionen und Gedanken zu modifizieren<sup>1</sup>.

Im gegenteiligen Fall, dass die primäre Emotion nicht Furcht ist, werden KU Interventionen verwandt, um die Emotionen zu verarbeiten und **korrigierende Informationen** zu generieren. Dies heißt, die traumatischen Kognitionen zu identifizieren, herauszufordern, zu modifizieren als auch sprachlich zu verarbeiten (z.B., das Transformieren traumatischer Imaginationen in funktionale; das Ersetzen traumatischer Annahmen in funktionale). Exposition wird nun eingesetzt, um die kognitive Umstrukturierung zu unterstützen, indem das Traumagedächtnis aktiviert wird, so dass wichtige Traumakognitionen überhaupt identifiziert und modifiziert werden können – nicht aber zu Zwecken der Habituation. Haben die bildhaften Intrusionen erst einmal ihren emotionalen Belastung verloren, so kann der Patient willentliche adaptive Bilder entwickeln (z.B. Bewältigungsbilder, beruhigende Bilder). Der Kliniker hat nun einzuschätzen, ob weitere maladaptive Kognitionen verbleiben, die kognitiv und emotional verarbeitet werden müssen. Häufig werden Opfer von Traumata des Typs II, lange nachdem die Intrusionen erfolgreich behandelt worden sind, weiterhin von maladaptiven Gedanken über ihre Traumatisierung geplagt (z.B. fehlerhafte Attributionen, Selbstentwertende/-abwertende Schemata). Hier sind KU Interventionen anzuwenden, die diese Gedanken identifizieren, herausfordern und verändern.

---

<sup>1</sup> In dieser Ausführung stimmt das algorithmische Behandlungsmodell mit dem PTB Model der dualen Repräsentation von Brewin (2001) überein, nach dem imaginative Erinnerungen und linguistische Erinnerungen voneinander getrennten Gedächtnissysteme entspringen.