

Zusammenfassung

In den letzten 20 Jahren ist eine Vielzahl an Behandlungstechniken entwickelt worden, um PTB Symptome zu behandeln. Die bestdokumentierten Ergebnisse erzielten Behandlungsansätze, die kognitive Umstrukturierung und Konfrontationsinterventionen einsetzen, um eine emotionale Verarbeitung traumatischer Erlebnisse zu fördern. Trotz der berichteten Effizienz kognitiv behavioraler Therapien wissen wir auch um Mißerfolge der KVT in klinischen Populationen. Ein Defizit bisheriger Effizienzstudien liegt darin, sich nicht gebührend mit Behandlungshürden und Behandlungsmißerfolgen auseinandergesetzt zu haben, wenn diese vorlagen oder auftauchten. Anstatt das Augenmerk der Forschung darauf zu legen, welche spezifischen Traumacharakteristika für welche bestimmten Typen von Interventionen am geeignetsten sein könnten, haben sich die Vertreter dieser empirisch als effektiv erwiesenen Behandlungsformen darauf beschränkt zu argumentieren, dass es die fehlerhafte Implementierung der Behandlung sein müsse, die „Misserfolge“ verursache. Leider verblieben damit die praktizierenden Kliniker ohne jegliches theoretisches Modell oder empirischen Handlungsleitfaden hinsichtlich der Frage, wie sie mit PTB Behandlungshindernissen umgehen könnten, sobald diese sich etablieren.

Wir haben in diesem Kapitel darauf hingewiesen, dass es keine kognitive Therapie oder Expositionstherapie gibt, die für alle Traumatypen oder Traumaopfer geeignet ist. Unsere eigenen klinischen Daten und Beobachtungen der letzten 20 Jahre, als auch ein Review der aktuellen PTB Therapie Effizienzstudien, haben uns ein individualisiertes algorithmisches PTB Behandlungsmodell designen lassen. Es soll Klinikern helfen, einzuschätzen, welche kognitiv behavioralen Interventionen in Abhängigkeit von den spezifischen Traumacharakteristika einer Person am erfolgsversprechendsten sind. Drei Fallstudien werden vorgestellt. Sie sollen demonstrieren, wie der Praktiker das Modell nutzen kann, um Behandlungshürden zu überspringen, wenn sie auftauchen. Die Fallbeispiele verdeutlichen den Denkprozeß des Praktikers, der sich mit dem Behandlungshindernis auseinandersetzt und zeigen, wie das Modell folgendes ermöglicht: (1) Behandlungstechniken nach den spezifischen Kennzeichen eines Traumas auszurichten (2) Kognitiv behaviorale Interventionen – wenn nötig – methodisch gemäß eines klaren und praktischen Handlungsleitfadens zu ändern.