

ETI

Essener Trauma – Inventar *-Interview-Version-*

Chiffre/Name: _____

Alter: _____

Untersuchungsdatum: _____

Liste potentiell traumatischer Ereignisse (persönlich und/oder als Zeuge erlebt?)
--

Teil A	persönlich	Zeuge
1. Naturkatastrophe	☐	☐
2. Schwerer Unfall, Feuer oder Explosion	☐	☐
3. Schwere Krankheit	☐	☐
4. Gewalttätiger Angriff durch eine fremde Person	☐	☐
5. Gewalttätiger Angriff durch eine Person aus dem Familien- oder Bekanntenkreis	☐	☐
6. Tod einer wichtigen Bezugsperson (plötzlich, unerwartet)	☐	☐
7. Gefangenschaft	☐	☐
8. <u>Als Kind/Jugendlicher</u> sexueller Missbrauch durch eine fremde Person	☐	☐
9. <u>Als Kind/Jugendlicher</u> sexueller Missbrauch durch eine Person aus dem Familien- oder Bekanntenkreis	☐	☐
10. Aufenthalt in einem Kriegsgebiet	☐	☐
11. Folter	☐	☐
12. Vernachlässigung, Verwahrlosung	☐	☐
13. <u>Als Erwachsener</u> sexuelle Gewalt durch eine fremde Person	☐	☐
14. <u>Als Erwachsener</u> sexuelle Gewalt durch eine Person aus dem Familien- oder Bekanntenkreis	☐	☐
15. Andere belastende Ereignisse		
Welche: _____		

16. Welches war das schlimmste Erlebnis? (Frage bezieht sich auf obige Liste)

Alle nun folgenden Fragen beziehen sich auf DIESES SCHLIMMSTE ERLEBNIS.

17. Wie lange ist dieses schlimmste Erlebnis her?

Tage: _____ Wochen: _____ Monate: _____ Jahre: _____

18. Kam es während dieses schlimmsten Erlebnisses zu...? (Stressorkriterium A gemäß DSM-IV)

	<i>JA</i>	<i>NEIN</i>	
A1. körperlicher Verletzung	☐	☐	
A2. dem Gedanken, das eigene Leben sei in Gefahr	☐	☐	
A3. körperlicher Verletzung anderer Personen	☐	☐	<u>A1</u>
A4. dem Gedanken, das Leben einer anderen Person sei in Gefahr	☐	☐	
A5. Hilflosigkeit	☐	☐	
A6. starker Angst	☐	☐	<u>A2</u>
A7. starkem Entsetzen	☐	☐	
A8. starker Machtlosigkeit	☐	☐	

Traumasymptomatik bezogen auf die letzten 4 Wochen

Teil B

	Gar nicht	Selten	Häufig	Sehr oft
ABS mind. 1 <u>Intrusion</u> PTSD mind. 1 Item mit 3 (sehr oft) erfüllt	0	1	2	3
1. Kommt es ungewollt zu belastenden Gedanken und Erinnerungen in Bezug auf das Ereignis?	☐	☐	☐	☐
2. Hat der/die Betroffene seit dem Erlebnis Alpträume?	☐	☐	☐	☐
3. Wird das Ereignis immer wieder „durchlebt“?	☐	☐	☐	☐
4. Rufen Erinnerungen an das Erlebnis Belastungen hervor?	☐	☐	☐	☐
5. Treten bei Erinnerung an das Geschehen körperliche Reaktionen auf?	☐	☐	☐	☐
ABS mind. 1 <u>Vermeidung</u> PTSD mind. 3				
1. Versucht der/die Betroffene nicht an das Erlebnis zu denken, nicht darüber zu reden oder damit verbundene Gefühle zu unterdrücken?	☐	☐	☐	☐
2. Werden Situationen vermieden, die an das Erlebnis erinnern?	☐	☐	☐	☐
3. Werden Teile des schlimmsten Erlebnisses nicht mehr erinnert?	☐	☐	☐	☐
4. Verlust der Freude an Aktivitäten, die vor dem Erlebnis wichtig waren?	☐	☐	☐	☐
5. Treten seit dem Erlebnis verstärkt Gefühle des Alleinseins oder der Fremdheit gegenüber der eigenen Umgebung auf?	☐	☐	☐	☐
6. Liegt Gefühlstaubheit vor?	☐	☐	☐	☐
7. Bestehen Gefühle von Hoffnungslosigkeit und eine eingeschränkte Zukunftsperspektive?	☐	☐	☐	☐
ABS mind. 1 <u>Hyperarousal</u> PTSD mind. 2				
1. Liegen Schlafprobleme vor?	☐	☐	☐	☐
2. Treten häufiger Wutausbrüche auf oder liegt erhöhte Reizbarkeit vor?	☐	☐	☐	☐
3. Liegen Konzentrationsprobleme vor?	☐	☐	☐	☐
4. Liegt erhöhte Wachsamkeit vor, auch wenn kein Grund dazu besteht?	☐	☐	☐	☐
5. Besteht erhöhte Schreckhaftigkeit und Unruhe?	☐	☐	☐	☐
ABS mind. 3 <u>Dissoziation</u>				
1. Kommt es zu Momenten, in denen der/die Betroffene sich so fühlt, als sei er/sie nicht Teil von dem, was passiert?	☐	☐	☐	☐
2. Ist das Zeitgefühl verändert, so als ob alles wie im Zeitlupentempo zu passieren scheint?	☐	☐	☐	☐
3. Erscheint das Erlebnis unwirklich, wie in einem Traum bzw. in einem Film?	☐	☐	☐	☐
4. Kommt es zu Situationen, in denen der/die Betroffene in den Spiegel schaut und sich selbst nicht erkennt?	☐	☐	☐	☐
5. Berichtet der/die Betroffene das Gefühl, der eigene Körper gehöre nicht zu einem?	☐	☐	☐	☐
6. Kommt es zu räumlicher und/oder zeitlicher Desorientierung?	☐	☐	☐	☐
	0	1	2	3

ABS = Akute Belastungsstörung; PTSD = Posttraumatische Belastungsstörung

1. Wie lange liegen die oben angegebenen Traumasymptome vor?

Teil C

- weniger als einen Monat ☐ 1
bis 3 Monate ☐ 2
über 3 Monate ☐ 3

2. Wann nach dem schlimmsten Erlebnis traten die Traumasymptome auf?

- Innerhalb der ersten 6 Monate ☐ 1
Nach 6 Monaten ☐ 2

3. Liegen nach diesem Erlebnis vermehrt körperliche Beschwerden vor? Wenn ja, welche?

- Bauchschmerzen ☐ Kopfschmerzen ☐ Übelkeit ☐ Durchfall ☐
Zittern ☐ Schwindel ☐ Herzrasen ☐ Atemnot ☐
Krampfanfälle ☐ Weitere /Sonstige: Wenn ja, welche? _____

4. Wie belastend werden das Erlebnis und seine Folgen aktuell erlebt?

- gar nicht belastend ☐ 0
sehr wenig belastend ☐ 1
wenig belastend ☐ 2
mittelmäßig belastend ☐ 3
stark belastend ☐ 4
extrem stark belastend ☐ 5

5. Aktuelle psychosoziale Beeinträchtigungen (Leidensdruck) aufgrund des Erlebnisses?

	Gar nicht	Wenig	Mittel- mäßig	Stark
	0	1	2	3
a. Schule/ Ausbildung/ Beruf	☐	☐	☐	☐
b. Aufgaben im Haushalt	☐	☐	☐	☐
c. Hobbies und Freizeitaktivitäten	☐	☐	☐	☐
d. Beziehungen zu Freunden, Bekannten, Kollegen	☐	☐	☐	☐
e. Beziehungen zu Familienmitgliedern	☐	☐	☐	☐
f. Sexualität	☐	☐	☐	☐

Auswertung**Akute Belastungsstörung (ABS):**

- DSM-IV Stressorkriterium A ETI-Item Nummer 18: A1= A1, A2, A3, A4 (mind. 1 Item muss positiv sein) und A2= A5, A6, A7, A8 (mind. 1 Item muss positiv sein)
- Plus mindestens 1 Intrusions-, 1 Vermeidungs-, 1 Hyperarousal- und 3 Dissoziations-Symptome mit mind. 3 (sehr oft) beantwortet
- Dauer der Symptomatik sowie Abstand zum traumatischen Ereignis max. 4 Wochen (Teil C, Item 1)
- Klinische Beeinträchtigung in psychosozialen Funktionsbereichen mind. 1 (stark) vorhanden (Teil C, Item 5)

Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD):

- DSM-IV Stressorkriterium A ETI-Item Nummer 18: A1= A1, A2, A3, A4 (mind. 1 Item muss positiv sein) und A2= A5, A6, A7, A8 (mind. 1 Item muss positiv sein)
- Plus mindestens 1 Intrusions-, 3 Vermeidungs- und 2 Hyperarousal-Symptome mit mind. 3 (sehr oft) beantwortet
- Dauer der Symptomatik sowie Abstand zum traumatischen Ereignis mind. 1 Monat (Teil C, Item 1)
- Klinische Beeinträchtigung in psychosozialen Funktionsbereichen mind. 1 (stark) vorhanden (Teil C, Item 5)

Der Internationale Trauma Questionnaire – deutsche Version

Überblick

Das beiliegende Instrument ist ein kurzes und einfaches Verfahren, welches sich auf die Kernsymptome der PTBS und KPTBS bezieht und einfachen diagnostischen Regeln folgt. Der ITQ wurde in Übereinkunft mit den organisierenden Prinzipien der ICD-11 entwickelt, entsprechend der Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Diese sind: die Maximierung des klinischen Nutzens und die Sicherung der internationalen Anwendbarkeit durch ein Fokussieren auf die Kernsymptome einer vorhandenen Störung. Der ITQ steht allen Interessierten zur Verfügung. Die Evaluation dieses Verfahrens wird weiter fortgesetzt, da dies in Beziehung zur Definition der funktionalen Beeinträchtigung für PTBS und KPTBS steht und die Inhalte der einzelnen Fragen möglicherweise für Behandlungsergebnisse Vorhersagekraft haben.

Diagnostischer Algorithmus

PTBS: Die Diagnose einer PTBS erfordert eines aus zwei Symptomen aus den Symptombereichen: (1) Wiedererleben im Hier und Jetzt, (2) Vermeidung und (3) Gefühl einer aktuellen Bedrohung sowie zumindest einen Indikator für die funktionale Beeinträchtigung in Verbindung mit diesen Symptomen. Ein Symptom oder ein funktionaler Beeinträchtigungsindikator ist erfüllt, wenn der jeweilige Wert ≥ 2 ist.

KPTBS: Die Diagnose einer KPTBS erfordert eines aus zwei Symptomen auf jedem der drei PTBS-Symptom-Gruppen (Wiedererleben in Hier und Jetzt, Vermeidung, Gefühl einer aktuellen Bedrohung) und eines aus zwei Symptomen aus jedem der drei Bereiche zu den Störungen in der Selbstorganisation (DSO): (1) affektive Dysregulation, (2) negatives Selbstkonzept, (3) problematische Beziehungen. Eine funktionale Beeinträchtigung muss vorliegen, wobei mindestens einer der Indikatoren für funktionale Beeinträchtigung im Bereich der PTBS Symptome und mindestens einer der Indikatoren im Bereich der DSO Symptome erfüllt ist. Ein Symptom oder ein funktionaler Beeinträchtigungsindikator ist erfüllt, wenn der jeweilige Wert ≥ 2 ist.

Ein Individuum kann entweder die Diagnose der PTBS oder der KPTBS erhalten, aber nicht beide. Wenn eine Person die Kriterien für die Diagnose einer KPTBS erfüllt, dann erfüllt sie die Kriterien der Diagnose PTBS nicht.

Die Beurteilungskriterien sind am Ende dieses Dokuments angeführt.

DIE **REFERENZ** für dieses Mittel ist:

Cloitre, M., Shevlin M., Brewin, C.R., Bisson, J.I., Roberts, N.P., Maercker, A., Karatzias, T., Hyland, P. (in press). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. DOI: 10.1111/acps.12956

Deutsche Validierung:

Christen, D., Killikelly, C., Maercker, A. & Augsburger, M. (2021). Item response validation of the German ICD-11 International Trauma Questionnaire for PTSD and CPTSD. *Clinical Psychology in Europe*, 3(4), DOI: 10.33872/cpe.5501

Hintergrundpublikationen:

Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A.,...Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1-15. doi: 10.1016/j.cpr.2017.09.001.

Hyland, P., Shevlin M., Brewin C.R., Cloitre M., Downes A.J., Jumbe, S.,...Roberts, N.P. (2017). Validation of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 136, 313-322. doi: 10.1111/acps.12771.

Shevlin, M., Hyland, P., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Brewin C.R. & Cloitre M. (2018). A psychometric assessment of Disturbances in Self-Organization symptom indicators for ICD-11 Complex PTSD using the International Trauma Questionnaire, *European Journal of Psychotraumatology*, 9:1, DOI: 10.1080/20008198.2017.1419749

Instruktion: Im Folgenden sind Probleme und Beschwerden aufgelistet, die bei Menschen als Folgen von traumatischen oder belastenden Lebenserfahrungen auftreten. Bitte wählen Sie die Erfahrung aus, die Sie am meisten belastet und beantworten Sie die Fragen auf diese Erfahrung hin.

Belastende Lebenserfahrung _____

Wann fand dieses Erlebnis statt? (bitte eine der Möglichkeiten ankreuzen)

- | | |
|------------------------------|---------------------------|
| a. vor weniger als 6 Monaten | d. vor 5 bis 10 Jahren |
| b. vor 6 bis 12 Monaten | e. vor 10 bis 20 Jahren |
| c. vor 1 bis 5 Jahren | f. vor mehr als 20 Jahren |

Bitte lesen Sie jede Aussage gründlich durch und kreuzen dann die Zahl auf der rechten Seite an, die angibt, wie sehr Sie dieses Problem im letzten Monat belastet hat.

	<i>Gar nicht</i>	<i>Ein bisschen</i>	<i>Mittel- mäßig</i>	<i>Ziemlich</i>	<i>Sehr stark</i>
P1. Aufwühlende Träume, in denen Teile des Erlebnisses wieder passierten oder die einen klaren Bezug zu dem Erlebnis hatten.	0	1	2	3	4
P2. Intensive Bilder oder Erinnerungen haben, die manchmal auftauchen und bei denen Sie sich fühlen, als ob das Erlebnis jetzt und hier gerade noch einmal stattfindet.	0	1	2	3	4
P3. Vermeiden, dass etwas von Innen an das Erlebnis erinnert (zum Beispiel Gedanken, Gefühle oder Körperempfindungen).	0	1	2	3	4
P4. Vermeiden, dass etwas von Außen an das Erlebnis erinnert (zum Beispiel Menschen, Orte, Gespräche, Dinge, Tätigkeiten oder Situationen).	0	1	2	3	4
P5. Extrem wachsam sein, aufmerksam oder „auf der Hut“ sein.	0	1	2	3	4
P6. Sich kribbelig fühlen oder leicht erschreckbar sein.	0	1	2	3	4

Haben sich die oben genannten Probleme im letzten Monat:

P7. Auf Ihre Beziehungen zu anderen Menschen oder Ihre sozialen Kontakte ausgewirkt?	0	1	2	3	4
P8. Auf Ihre Arbeit oder Ihre Arbeitsfähigkeit ausgewirkt?	0	1	2	3	4
P9. Auf irgendeinen anderen wichtigen Lebensbereich ausgewirkt, wie zum Beispiel Kindererziehung, Leistungen für Schule oder Universität oder sonstige wichtige Aktivitäten?	0	1	2	3	4

Hier stehen Probleme oder Symptome, die bei Menschen auftreten können, die irgendwann einmal belastende oder traumatische Erlebnisse hatten. Die Aussagen beziehen sich darauf, wie Sie typischerweise fühlen, typischerweise über sich selbst denken und sich typischerweise mit anderen Menschen verhalten. Bitte geben Sie an, wie sehr jede der Aussagen auf Sie zutrifft.

Wie sehr trifft dies auf Sie zu?

*Gar nicht Ein
bisschen Mittel-
mäßig Ziemlich Sehr stark*

C1. Wenn ich aufgebracht bin, dauert es bei mir lange bis ich mich wieder beruhige.	0	1	2	3	4
C2. Ich fühle mich wie abgestumpft oder gefühlsmäßig taub.	0	1	2	3	4
C3. Ich fühle mich als Versager.	0	1	2	3	4
C4. Ich fühle mich wertlos.	0	1	2	3	4
C 5. Ich fühle mich wie weit entfernt oder abgeschnitten von anderen Menschen.	0	1	2	3	4
C6. Ich finde es schwierig anderen Menschen gefühlsmäßig nahe zu bleiben.	0	1	2	3	4

Haben die oben genannten Probleme aus den Bereichen Gefühle, Einstellungen zu sich selbst und zu Beziehungen im letzten Monat:

C7. Bedenken oder Sorgen bezüglich Ihrer Beziehungen zu anderen Menschen oder Ihren sozialen Kontakten erzeugt?	0	1	2	3	4
C8. Sich auf Ihre Arbeit oder Ihre Arbeitsfähigkeit ausgewirkt?	0	1	2	3	4
C9. Sich auf irgendeinen anderen wichtigen Bereich Ihres Lebens ausgewirkt, wie zum Beispiel Kindererziehung, Leistungen für Schule oder Universität oder sonstige wichtige Aktivitäten?	0	1	2	3	4

1. Beurteilungskriterien für PTBS und KPTBS

PTBS

Wenn P1 oder P2 ≥ 2 , Kriterien für „Wiederleben im Hier und Jetzt“ (Re_dx) erfüllt

Wenn P3 oder P4 ≥ 2 , Kriterien für „Vermeidung“ (Av_dx) erfüllt

Wenn P5 oder P6 ≥ 2 , Kriterien für „Gefühl einer aktuellen Bedrohung“ (Th_dx) erfüllt

UND

Zumindest eines von P7, P8 oder P9 ≥ 2 erfüllt die Kriterien für „PTBS funktionale Beeinträchtigung“ (PTBSFI)

Wenn Kriterien für „Re_dx“ UND „Av_dx“ UND „Th_dx“ UND „PTBSFI“ erfüllt sind, sind die Kriterien für die Diagnose einer PTBS erfüllt.

KPTBS

Wenn C1 oder C2 ≥ 2 Kriterien für affektive Dysregulation (AD_dx) erfüllt

Wenn C3 oder C4 ≥ 2 Kriterien für negatives Selbstkonzept (NSC_dx) erfüllt

Wenn C5 oder C6 ≥ 2 Kriterien für problematische Beziehungen (DR_dx) erfüllt

UND

Zumindest eines von C7, C8 oder C9 ≥ 2 erfüllt die Kriterien für „DSO funktionale Beeinträchtigung“ (DSOFI)

Wenn die Kriterien für „AD_dx“ UND „NSC_dx“ UND „DR_dx“ und „DSOFI“ erfüllt sind, sind die Kriterien für DSO erfüllt.

Eine PTBS wird diagnostiziert, wenn die Kriterien für PTBS erfüllt sind, aber nicht für DSO.

KPTBS wird diagnostiziert, wenn die Kriterien für PTBS UND die Kriterien für DSO erfüllt sind.

Das NICHT-Erfüllen der Kriterien einer PTBS oder nur das Erfüllen der Kriterien erfüllt KEINE Diagnose.

2. Dimensionale Bewertung für PTBS und KPTBS

Die Werte können für jedes PTBS und jedes DSO Symptom-Cluster summiert werden und ergeben so den Wert für PTBS bzw. DSO.

PTBS

Summe der Likert-Werte für P1 und P2 = Wiedererleben im Hier und Jetzt (Re)

Summe der Likert-Werte für P3 und P4 = Vermeidungswert (Av)

Summe der Likert-Werte für P5 und P6 = Gefühl einer aktuellen Bedrohung (Th)

Summe von Re, Av, und Th = PTBS-Wert

DSO

Summe der Likert-Werte für C1 und C2 = Affektive Dysregulation (AD)

Summe der Likert-Werte für C3 und C4 = Negatives Selbstkonzept (NSC)

Summe der Likert-Werte für C5 und C6 = problematische Beziehungen (DR)

Summe von AD, NSC und DR = DSO-Wert

International Trauma Interview (ITI)
für ICD-11 PTBS und Komplexe PTBS
Release Version 1.0

Name: _____	Nr.: _____
Interviewer: _____	Datum: _____
Studie: _____	

Neil Roberts, Marylene Cloitre, Jonathan Bisson, Chris R. Brewin

Für Korrespondenzen bitte den Erstautoren kontaktieren (ncmh-trials@cardiff.ac.uk).

Deutsche Übersetzung: Ulrich Schnyder (ulrich.schnyder@access.uzh.ch) und Andreas Maercker
(maercker@psychologie.uzh.ch), Universität Zürich

(mit Dank an Frank W. Weathers, Dudley D. Blake, Paula P. Schnurr, Danny G. Kaloupek, Brian P. Marx und Terence M. Keane für
Items in Teil 1, die von der Clinician Administered PTSD Scale for DSM-5 abgeleitet sind)

Dieses strukturierte Interview hat zwei Teile. Teil 1 beinhaltet die Erfassung der PTBS-Symptome gemäss ICD-11 und Teil 2 beinhaltet die Erfassung der Symptome der Komplexen PTBS gemäss ICD-11.

Instruktionen

Die standardisierte Anwendung dieses Interviews ist entscheidend, um reliable und valide Auswertungen und diagnostische Entscheidungen zu erreichen. Das Interview sollte nur von qualifizierten Interviewern angewendet werden, die mindestens einen Bachelorabschluss im Bereich Psychische Gesundheit oder einem ähnlichen Bereich haben, die Erfahrung in der Arbeit mit Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen sowie ein gründliches Verständnis der konzeptuellen Grundlagen der vorgeschlagenen ICD-11-Diagnosen der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und der Komplexen PTBS haben.

Anwendung

1. Identifizieren Sie eine Index-traumatische Erfahrung als Basis für die Symptombefragung. Wenden Sie die Internationale Trauma Exposure Measure (ITEM; selbe Autoren) und die Fragen zum Index-Event auf Seite 5 an oder benutzen Sie eine andere strukturierte, evidenzbasierte Methode. Das Index-Ereignis kann entweder ein einmaliges Ereignis (z.B. „der Unfall“) oder mehrere, eng zusammengehörige Vorfälle beinhalten (z.B. „die schlimmsten Teile Ihrer Kampferfahrungen; der sexuelle Missbrauch, den Sie als Kind erlebten“). In einigen Fällen von mehrfacher Traumaexposition ist die befragte Person möglicherweise nicht in der Lage, ein einzelnes schlimmstes Ereignis oder Erlebnis zu benennen. In dieser Situation kann der Interviewer dem Befragten helfen, die schlimmsten Erlebnisse oder Erfahrungen zu identifizieren, die dann in den Mittelpunkt der weiteren Untersuchung gestellt werden können.
2. Lesen Sie die Formulierungen wörtlich vor, eine nach der anderen und in der vorgegebenen Reihenfolge, ausser:
 - a. Verwenden Sie die eigenen Wörter der befragten Person, um das Index-Ereignis bzw. die Ereignisse zu kennzeichnen oder um spezifische Symptome zu beschreiben.
 - b. Formulieren Sie Standard-Formulierungen in Anerkennung vorgängig mitgeteilter Information um, kehren Sie aber so rasch als möglich zu wörtlichen Formulierungen zurück. Z.B. könnte die Befragung zu Item 5 so beginnen: „Sie erwähnten bereits, dass Sie wachsamer geworden sind. Können Sie mir ein paar Beispiele geben?“
 - c. Wenn Sie nach Ausschöpfung aller Standard-Formulierungen nicht genügend Information haben, bearbeiten Sie das Item aus dem Stegreif weiter. Oft hilft in dieser Situation die Wiederholung der Anfangsfrage der befragten Person, sich neu zu konzentrieren.
 - d. Fragen Sie bei Bedarf nach spezifischen Beispielen oder weisen Sie die befragte Person an, etwas näher auszuführen, auch wenn solche Formulierungen nicht ausdrücklich vorgegeben werden.
3. Empfehlen Sie generell KEINE Antworten. Wenn eine befragte Person ausgeprägte Schwierigkeiten hat, eine Formulierung zu verstehen, kann es nötig sein, zur Klärung und Illustration ein kurzes Beispiel zu bringen. Dies sollte aber selten gemacht werden und nur, nachdem der befragten Person ausgiebig Gelegenheit gegeben wurde, spontan zu antworten.
4. Lesen Sie die Anker der Beurteilungsskala der befragten Person NICHT vor. Diese sind nur für Sie vorgesehen, da eine sachgemässe Anwendung klinische Erfahrung und ein gutes Verständnis der Auswertungskonventionen des Instruments voraussetzt.
5. Gehen Sie so effizient als möglich durch das Interview, um die Belastung der befragten Person gering zu halten. Hier ein paar nützliche Strategien:
 - a. Seien Sie gründlich mit den Fragen und Antwortmöglichkeiten vertraut, so dass die Formulierungen problemlos fließen.
 - b. Fragen Sie die geringste erforderliche Anzahl Formulierungen, um hinreichend Information für eine valide Einschätzung zu erhalten.
 - c. Halten Sie Notizen auf einem Mindestmass und schreiben Sie, während die befragte Person spricht, um lange Pausen zu vermeiden.

- d. Übernehmen Sie die Führung des Interviews. Seien Sie respektvoll, aber halten Sie die befragte Person fest bei der Aufgabe, indem Sie zur nächsten Frage übergehen, auf Beispiele drängen oder auf Widersprüche aufmerksam machen.

Bewertungen im Teil 1: Diagnostisches PTBS-Interview

1. Die Bewertungen der Symptomschwere basieren auf den kombinierten Bewertungen von Symptom-Frequenz und -Intensität (siehe unten). Je nach Item wird die Frequenz entweder als Auftretenshäufigkeit (wie oft im vergangenen Monat) oder als Anteil der Zeit, in der das Problem auftritt, bewertet. Die Intensität wird auf einer 4-Punkte-Ordinalskala bewertet, mit *Minimal*, *Klar vorhanden*, *Ausgeprägt* und *Extrem*.
2. Die 5-Punkte-Symptomschwere-Bewertungsskala der CAPS-5 wird für alle Symptome verwendet. Die Anker der Beurteilungsskala sollten folgendermassen interpretiert und angewendet werden:
 - 0 Nicht vorhanden** Die befragte Person bestritt das Problem oder der Bericht der befragten Person passt nicht zum ICD-11-Symptomkriterium.
 - 1 Leicht / unterschwellig** Die befragte Person beschrieb ein Problem, das dem Symptomkriterium entspricht, das aber nicht schwer genug ist, um als klinisch relevant angesehen zu werden. Das Problem erfüllt das ICD-11-Symptomkriterium nicht und zählt daher nicht für die Diagnose einer PTBS.
 - 2 Mässig / überschwellig** Die befragte Person beschrieb ein klinisch relevantes Problem. Das Problem erfüllt das ICD-11-Symptomkriterium und zählt daher für die Diagnose einer PTBS. Das Problem wäre ein Ziel für eine Intervention. Diese Bewertung erfordert mindestens eine Frequenz von *2x/Monat* plus mindestens eine Intensität von *Klar vorhanden*.
 - 3 Schwer / deutlich erhöht** Die befragte Person beschrieb ein deutlich überschwelliges Problem. Das Problem ist schwierig zu beherrschen und gelegentlich überwältigend und wäre ein bedeutendes Ziel für eine Intervention. Diese Bewertung erfordert mindestens eine Frequenz von *2x/Woche* plus mindestens eine Intensität von *Ausgeprägt*.
 - 4 Extrem / ausser Gefecht setzend** Die befragte Person beschrieb ein dramatisches Symptom, weit überschwellig. Das Problem ist allgegenwärtig, nicht zu beherrschen und überwältigend und wäre ein hoch prioritäres Ziel für eine Intervention.
3. Machen Sie generell eine bestimmte Schweregrad-Bewertung nur, wenn die minimale Frequenz und Intensität für diese Bewertung beide erfüllt sind. Allerdings können Sie Ihr klinisches Urteil bei einer bestimmten Schweregrad-Bewertung anwenden, wenn die berichtete Frequenz etwas tiefer als erforderlich, aber die Intensität höher ist. Zum Beispiel können Sie eine Schweregrad-Bewertung von *Mässig / überschwellig* machen, wenn ein Symptom *1x/Monat* (anstatt der erforderlichen *2x/Monat*) vorkommt, solange die Intensität als *Ausgeprägt* oder *Extrem* (anstatt des erforderlichen *Klar vorhanden*) bewertet wird. In gleicher Weise können Sie eine Schweregrad-Bewertung von *Schwer / deutlich erhöht* machen, wenn ein Symptom *1x/Woche* (anstatt der erforderlichen *2x/Woche*) vorkommt, solange die Intensität als *Extrem* (anstatt des erforderlichen *Ausgeprägt*) bewertet wird. Wenn Sie sich nicht zwischen zwei Schweregrad-Bewertungen entscheiden können, nehmen Sie die tiefere Bewertung vor. Die Bewertung sollte vorgenommen werden, sobald alle Fragen für jeden Abschnitt gestellt wurden. Nach Abschluss des Interviews sollten die Ergebnisse überprüft werden, wenn sich an anderen Stellen des Interviews zusätzliche Informationen ergeben, die die Bewertung eines bestimmten Punktes verändern könnten.
4. Sie müssen nachweisen, dass ein Symptom nicht nur phänomenologisch das ICD-11-Kriterium erfüllt, sondern dass es auch funktionell auf die Index-traumatische(n) Erfahrung(en) bezogen ist, das heisst, dass es in der Folge der Erfahrung(en) begann oder schlimmer wurde. Die Items 1-4 (Wiedererleben und Vermeidung) sind von Natur aus mit der/den Erfahrung(en) verbunden. Beurteilen Sie die Items 5 und 6 hinsichtlich Traumabezogenheit, indem Sie die Traumabezogenheits-Frage und -Bewertungsskala verwenden. Die drei Bewertungen sind:
 - a. **Eindeutig** = das Symptom kann klar auf das Index-Trauma zurückgeführt werden, weil (1) es einen offensichtlichen Wechsel im Vergleich zum prätraumatischen Funktionsniveau gibt und/oder (2) die Symptome konsistent und klar Reaktionen auf traumabezogene Stimuli sind (z.B. Flashbacks von sexuellem

Missbrauch während Sex) und/oder (3) die befragte Person die Zuordnung zum Index-Trauma mit Überzeugung macht und der Interviewer sich davon überzeugen lässt.

- b. **Wahrscheinlich** = das Symptom hat wahrscheinlich mit dem Index-Trauma zu tun, aber eine eindeutige Verbindung kann nicht hergestellt werden, weil es z.B. einen Wechsel im Vergleich zum prätraumatischen Funktionsniveau zu geben scheint, aber er ist nicht so explizit, wie er bei einem „Eindeutig“ wäre; und/oder es scheint eine funktionale Beziehung zwischen dem Symptom und einem von Natur aus traumabezogenen Symptom wie z.B. Wiedererleben zu geben (z.B. werden Betäubung und Rückzug stärker, wenn das Wiedererleben stärker wird) und /oder die befragte Person macht die Zuordnung zum Index-Trauma, aber mit weniger Überzeugung als bei einer „Eindeutig“-Bewertung, und der Interviewer lässt sich davon überzeugen, dass dies wahrscheinlich zutreffend ist.
- c. **Unwahrscheinlich** = das Symptom kann auf eine andere Ursache als das Index-Trauma zurückgeführt werden, weil (1) es einen offensichtlichen Zusammenhang mit dieser anderen Ursache gibt und/oder (2) die befragte Person die Zuordnung zu dieser anderen Ursache mit Überzeugung macht (und einen Zusammenhang mit dem/den Index-Trauma(ta) verneint) und der Interviewer sich davon überzeugen lässt, dass dies wahrscheinlich zutreffend ist. Weil es schwierig ist, einen funktionalen Zusammenhang zwischen einem Symptom und dem Index-Trauma auszuschliessen, sollte eine „Unwahrscheinlich“-Bewertung nur verwendet werden, wenn die verfügbare Evidenz stark auf eine andere Ursache als das Index-Trauma hinweist.

5. Eine PTBS-Diagnose kann gestellt werden, wenn die befragte Person beschreibt,

- einem oder mehreren traumatischen Erlebnissen ausgesetzt gewesen zu sein
- klinisch bedeutsame Probleme bei mindestens einem Item in jedem der drei Symptomgruppen zu haben (Wiedererleben, Vermeidung, Wahrnehmung einer erhöhten aktuellen Bedrohung)
- dass die Symptome mindestens einige Wochen vorhanden waren, und
- dass eine klinisch bedeutsame Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder weiteren Bereichen der Funktionsfähigkeit vorliegt.

Teil 1: Diagnosestellung einer PTBS nach ICD-11

Richtlinien für ein traumatisches Erlebnis: Beinhaltet ein Ereignis, Erlebnis oder eine Situation (kurz oder lang anhaltend) von aussergewöhnlich grauenvoller oder katastrophaler Natur. Dies kann, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, die Exposition mit einer Reihe von Ereignissen beinhalten, wie z.B. eine Naturkatastrophe oder eine von Menschen ausgelösten Katastrophe, Kampfhandlungen, ein schwerer Unfall, sexuelle Gewalt, Terrorismus, ein Überfall oder eine akute lebensbedrohliche Erkrankung (z.B. Herzinfarkt) oder das Miterleben der drohenden oder tatsächlich stattfindenden Verletzung oder des Todes einer nahestehenden Person. Zu den traumatischen Erfahrungen gehören auch lang anhaltende oder sich wiederholende Ereignisse, denen man nur schwer oder gar nicht entkommen kann. Solche Ereignisse beinhalten, erneut ohne Anspruch auf Vollständigkeit, Folter, Konzentrationslager, Sklaverei, Genozid-Kampagnen und andere Formen organisierter Gewalt, andauernde häusliche Gewalt sowie wiederholter sexueller oder körperlicher Missbrauch in der Kindheit.

Es kann vorkommen, dass die Befragten von Erlebnissen berichten, an die sie sich nur wenig oder gar nicht erinnern können (z.B. weil das Ereignis in der Kindheit stattfand oder weil die Befragten zum Zeitpunkt des Erlebnisses stark alkoholisiert waren, unter Drogen standen oder eine Kopfverletzung erlitten. Bei fehlendem Erinnerungsvermögen erinnert sich die Person nicht bewusst an das Ereignis, aber es gibt Belege dafür, dass es stattgefunden hat. In Fällen von sexuellem Missbrauch in der Kindheit gibt es beispielsweise pädiatrische Aufzeichnungen über Übergriffe in der Kindheit, oder Eltern, Familienmitglieder oder andere Personen erinnern sich an das Erlebnis (z.B. waren sie Zeugen des Vorfalls, erinnern sich an Gespräche darüber oder das Opfer sprach damals darüber). In Situationen, in denen nur wenig Erinnerung vorhanden ist, kann sich die Person möglicherweise nicht an das Erlebnis selbst erinnern, aber sie kann sich an den Beginn und das Ende eines Erlebnisses so weit zurückerinnern, dass sie mit grosser Sicherheit darauf schliessen kann, dass "etwas Schlimmes passiert ist".

[Hier die International Trauma Exposure Measure (ITEM) oder eine andere strukturierte Trauma-Checkliste einsetzen]

Ich werde Ihnen nun einige Fragen zur Checkliste belastender Erfahrungen stellen, die Sie ausgefüllt haben. Zunächst bitte ich Sie, mir ein wenig über das Ereignis zu erzählen, das für Sie das Schlimmste war. Wenn Sie mehrfach traumatische Erfahrungen gemacht haben, versuchen Sie sich an das schlimmste Erlebnis zu erinnern. Dann werde ich Sie fragen, inwiefern Sie dieses Ereignis im letzten Monat beeinträchtigt hat. Ich brauche im Allgemeinen nicht viel Information – gerade genug, so dass ich die Probleme verstehen kann, die Sie eventuell hatten. Bitte lassen Sie es mich wissen, wenn Sie sich bei der Besprechung dieser Fragen mitgenommen fühlen, damit wir innehalten und darüber sprechen können. Lassen Sie es mich bitte auch wissen, wenn Sie Fragen haben oder etwas nicht verstehen. Haben Sie irgendwelche Fragen, bevor wir beginnen?

In Fällen, in denen die befragte Person mehreren Traumaerfahrungen ausgesetzt war, ist sie möglicherweise nicht in der Lage, ein einzelnes schlimmstes Ereignis oder Erlebnis zu benennen. In dieser Situation kann der Interviewer der befragten Person helfen, die schlimmsten Ereignisse/Erlebnisse zu identifizieren, die dann im Mittelpunkt der weiteren Untersuchung stehen können. Es ist nicht notwendig, eine detaillierte Beschreibung des traumatischen Ereignisses oder Erlebnisses zu erhalten, aber der Interviewer sollte versuchen, ausreichende Informationen zu erhalten, um festzustellen, ob die Kriterien für eine Traumaexposition erfüllt sind oder nicht.

Das Erlebnis, das für Sie das schlimmste war, war [Erlebnis]. Darf ich Sie bitten, kurz zu beschreiben, was passiert ist?

Erfahrung(en) Was ist passiert? (Wie alt waren Sie? Wie waren Sie beteiligt? Wer war sonst noch beteiligt? Wurde jemand ernsthaft verletzt oder getötet? War jemand in Lebensgefahr? Wie oft kam das vor?) Bitte notieren Sie alle schlimmsten Erlebnisse oder Erfahrungen, die die befragte Person angibt.	<i>Art der Konfrontation:</i> <i>Selbst erlebt</i> ____ <i>Miterlebt:</i> ____ <i>Davon erfahren:</i> ____ <i>Mit aversiven Details konfrontiert:</i> ____ <i>Lebensgefahr?</i> <i>NEIN</i> <i>JA</i> (<i>selbst</i> ____ <i>andere</i> ____) <i>Ernsthafte Verletzung?</i> <i>NEIN</i> <i>JA</i> (<i>selbst</i> ____ <i>andere</i> ____) <i>Sexuelle Gewalt?</i> <i>NEIN</i> <i>JA</i> (<i>selbst</i> ____ <i>andere</i> ____) <i>Wenig oder keine Erinnerung</i> <i>NEIN</i> <i>JA</i> Kriterien für eine traumatische Erfahrung von aussergewöhnlich bedrohlicher oder schrecklicher Natur erfüllt? <i>NEIN</i> <i>WAHRSCHEINLICH</i> <i>JA</i>
---	--

Hinweise für die befragte Person

Für den Rest des Interviews möchte ich, dass Sie an [SCHLIMMSTE ERFAHRUNGEN] denken, während ich Ihnen Fragen über verschiedene Probleme stelle, die es/sie Ihnen verursacht haben könnte(n). Es kann sein, dass Sie einige dieser Probleme bereits vorher hatten, aber für diesen Teil des Interviews werden wir uns nur auf den letzten Monat fokussieren. Für jedes Problem werde ich Sie fragen, ob es im letzten Monat aufgetreten ist, und wenn ja, wie oft und wie sehr es Sie gestört hat.

Wiedererlebenssymptome

Wiedererleben des traumatischen Ereignisses in der Gegenwart, wobei das Ereignis bzw. die Ereignisse nicht nur erinnert, sondern erlebt wird bzw. werden, als ob sie im Hier und Jetzt stattfänden, nachgewiesen durch eines oder mehrere der folgenden:

Alpträume:

- (1) Wiederkehrende Träume oder Alpträume, die sich inhaltlich oder affektiv auf das Ereignis beziehen. Alpträume werden typischerweise von Gefühlen der Angst oder des Horrors begleitet (dies kann möglicherweise nicht so berichtet werden, wenn die Träume mit sexuellem Missbrauch in der Kindheit in Zusammenhang stehen).

Hatten Sie im letzten Monat überwältigende Träume, die [das Erlebnis] wiederholen oder die sich klar auf [das Erlebnis] beziehen?	0 Nicht vorhanden
	1 Leicht / unerschwellig
Beschreiben Sie einen typischen Traum. (Was passiert?)	2 Mässig / überschwellig
	3 Schwer / deutlich erhöht
[Wenn unklar:] (Werden Sie durch die Träume geweckt?)	4 Extrem / ausser Gefecht setzend
[Wenn ja:] (Was erleben Sie, wenn Sie erwachen? Wie lange brauchen Sie, um wieder einzuschlafen?)	
[Wenn Einschlafen nicht mehr möglich:] (Wie viel Schlaf verlieren Sie?)	
[Wenn unklar:] Beinhalten diese Träume für gewöhnlich Gefühle der Angst oder des Grauens? Ja Nein	
Wie sehr stören Sie diese Träume?	
<u>Umkreisen</u> : Belastung = Minimal Klar vorhanden Ausgeprägt Extrem	
Wie oft hatten Sie diese Träume im letzten Monat? Anzahl _____	
Richtlinien zur Bewertung = Frequenz / Intensität des Leids Mässig = mindestens 2x/Monat / klar vorhandene Belastung, weniger als 1 Stunde Schlafverlust Schwer = mindestens 2x/Woche / ausgeprägte Belastung, mehr als 1 Stunde Schlafverlust	

Aufdringliche Erinnerungen/Flashbacks:

- (2) Lebhaft aufdringliche Erinnerungen oder Flashbacks, die von leicht (ein vorübergehendes Gefühl, dass sich das Ereignis in der Gegenwart wiederholt) bis schwer (vollständiger Verlust des Bewusstseins für die gegenwärtige Umgebung) reichen können. Das Wiedererleben wird typischerweise von starken oder überwältigenden Gefühlen wie Angst oder Entsetzen und starken körperlichen Empfindungen begleitet.

Das Wiedererleben in der Gegenwart kann auch mit dem Gefühl einhergehen, überwältigt zu sein oder in dieselben intensiven Emotionen einzutauchen, die während des traumatischen Ereignisses erlebt wurden, ohne dass dies mit markanten Kognitionen verbunden ist, und kann als Reaktion auf Erinnerungen an das Ereignis auftreten.

Das Nachdenken oder Grübeln über das Ereignis bzw. die Ereignisse und die Erinnerung an die damals erlebten Gefühle reichen nicht aus, um das Erfordernis des Wiedererlebens zu erfüllen.

Gab es im letzten Monat Zeiten, in denen Ihnen mächtige Bilder oder Erinnerungen in den Sinn kamen und Sie sich fühlten, als ob das Ereignis im Hier und Jetzt wieder stattfände? [Wenn „Nein“ oder unklar:] ... auch nicht für nur einen Moment? Hatten Sie andere Erfahrungen, in denen Sie <u>plötzlich handelten</u> oder <u>fühlten</u>, als ob [Erlebnis] <u>tatsächlich</u> wieder <u>stattfände</u>? [Wenn unklar:] <i>(Das ist anders als daran zu denken oder davon zu träumen – jetzt frage ich nach Flashbacks, in denen Sie das Gefühl haben, Sie seien in die Zeit des [Ereignis] zurückversetzt und würden es tatsächlich noch einmal erleben, auch wenn nur sehr kurz.)</i> Wie sehr scheint es Ihnen, dass [Erlebnis] wieder stattfände? (Sind Sie verwirrt, wo Sie wirklich sind?) Was tun Sie, während das passiert? (Bemerken andere Menschen Ihr Verhalten? Was sagen sie?) Wie lange dauert es? [Wenn unklar:] Sind diese Episoden normalerweise mit Gefühlen von Angst oder Grauen verbunden? <u>Umkreisen</u>: Dissoziation = <i>Minimal</i> <i>Klar vorhanden</i> <i>Ausgeprägt</i> <i>Extrem</i> Wie oft ist das im letzten Monat passiert? <i>Anzahl</i> _____	Beschreibt klares Wiedererleben im „Hier und Jetzt“ Ja Nein 0 <i>Nicht vorhanden</i> 1 <i>Leicht / unterschwellig</i> 2 <i>Mässig / überschwellig</i> 3 <i>Schwer / deutlich erhöht</i> 4 <i>Extrem / ausser Gefecht setzend</i>
Richtlinien zur Bewertung = Frequenz / Intensität der Dissoziation Mässig = mindestens 2x/Monat / klar vorhandene dissoziative Qualität, hat noch ein gewisses Bewusstsein der Umgebung, erlebt das Erlebnis aber in einer Art wieder, die sich klar von Gedanken und Erinnerungen unterscheidet Schwer = mindestens 2x/Woche / ausgeprägte dissoziative Qualität, berichtet lebhaftes Wiedererleben, z.B. mit Bildern, Tönen, Geräuschen	

Vermeidungssymptome

Bewusstes Vermeiden von Erinnerungen, die wahrscheinlich ein Wiedererleben des/der traumatischen Ereignisses/Ereignisse auslösen würden, beginnend nachdem das traumatische Ereignis passierte. Belegt durch Vermeidung oder Anstrengungen, eines oder mehrere der folgenden zu vermeiden:

(3) aktives inneres Vermeiden von Gedanken und Erinnerungen im Zusammenhang mit dem traumatischen Ereignis

Versuchten Sie im letzten Monat, <u>Gedanken, Erinnerungen</u> oder <u>Gefühle</u> im Zusammenhang mit [Erlebnis] zu <u>vermeiden</u>? Welche Art von Gedanken, Erinnerungen oder Gefühlen vermeiden Sie? Wie sehr strengen Sie sich an, um diese Gedanken, Erinnerungen oder Gefühle zu vermeiden? (Was tun Sie?) <u>Umkreisen:</u> Vermeidung = <i>Minimal</i> <i>Klar vorhanden</i> <i>Ausgeprägt</i> <i>Extrem</i> Wie oft im letzten Monat? <i>Anzahl</i> _____	0 <i>Nicht vorhanden</i> 1 <i>Leicht / unterschwellig</i> 2 <i>Mässig / überschwellig</i> 3 <i>Schwer / deutlich erhöht</i> 4 <i>Extrem / ausser Gefecht setzend</i>
Richtlinien zur Bewertung = Frequenz / Intensität der Vermeidung Mässig = mindestens 2x/Monat / klar vorhandene Vermeidung Schwer = mindestens 2x/Woche / ausgeprägte Vermeidung	

(4) Äussere Vermeidung von Menschen, Orten, Gesprächen, Aktivitäten, Gegenständen und Situationen, die an das Ereignis/die Ereignisse erinnern. In extremen Fällen kann die Person ihr Umfeld verändern (z. B. in eine andere Stadt ziehen oder den Arbeitsplatz wechseln), um Erinnerungen zu vermeiden.

Versuchten Sie im letzten Monat, <u>Dinge</u> zu <u>vermeiden</u>, die Sie an [Erlebnis] <u>erinnern</u>, wie z.B. bestimmte Menschen, Orte oder Situationen? Welche Art von Dingen vermeiden Sie? Wie sehr strengen Sie sich an, um diese Auslöser zu vermeiden? (Müssen Sie einen Plan machen oder Ihre Aktivitäten ändern, um die Auslöser zu vermeiden?) [Wenn unklar:] (Wie sehr ist das insgesamt ein Problem für Sie? Inwiefern wären die Dinge anders, wenn Sie diese Auslöser nicht vermeiden müssten?) <u>Umkreisen:</u> Vermeidung = <i>Minimal</i> <i>Klar vorhanden</i> <i>Ausgeprägt</i> <i>Extrem</i> Wie oft im letzten Monat? <i>Anzahl</i> _____	0 <i>Nicht vorhanden</i> 1 <i>Leicht / unterschwellig</i> 2 <i>Mässig / überschwellig</i> 3 <i>Schwer / deutlich erhöht</i> 4 <i>Extrem / ausser Gefecht setzend</i>
Richtlinien zur Bewertung = Frequenz / Intensität der Vermeidung Mässig = mindestens 2x/Monat / klar vorhandene Vermeidung Schwer = mindestens 2x/Woche / ausgeprägte Vermeidung	

Anhaltende Wahrnehmung einer erhöhten aktuellen Bedrohung

Anhaltende Wahrnehmung einer erhöhten aktuellen Bedrohung (die nach dem traumatischen Ereignis/den traumatischen Ereignissen begann oder sich verschlimmerte), z.B. durch Hypervigilanz oder eine verstärkte Schreckreaktion auf Reize wie unerwartete Geräusche:

- (5) Hypervigilanz. Hypervigilante Personen sind ständig auf der Hut vor Gefahren und haben das Gefühl, dass sie selbst oder ihnen nahestehende Personen entweder in bestimmten Situationen oder ganz allgemein unmittelbar bedroht sind. Sie können neue Verhaltensweisen annehmen, um ihre Sicherheit zu gewährleisten.

Waren Sie im letzten Monat besonders <u>aufmerksam</u> oder <u>wachsam</u>, auch wenn keine spezielle Bedrohung oder Gefahr vorhanden war? (Fühlten Sie sich, wie wenn Sie auf der Hut sein müssten?) Können Sie mir ein paar Beispiele geben? (Was tun Sie, wenn Sie aufmerksam oder wachsam sind?) [Wenn unklar:] (Was führt dazu, dass Sie so reagieren? Fühlen Sie sich irgendwie in Gefahr oder bedroht? Fühlen Sie sich mehr so, als sich die meisten Menschen in der gleichen Situation fühlen würden?) <u>Umkreisen</u>: Hypervigilanz = Minimal Klar vorhanden Ausgeprägt Extrem Wie viel Zeit fühlten Sie sich im vergangenen Monat so? % der Zeit _____ Begann dieses besonders aufmerksam oder wachsam sein nach [Erlebnis], oder wurde es danach schlimmer? (Denken Sie, es steht mit [Erlebnis] in Zusammenhang? Wie?) <u>Umkreisen</u>: Traumabezogenheit = Eindeutig Wahrscheinlich Unwahrscheinlich	0 Nicht vorhanden 1 Leicht / unterschwellig 2 Mässig / überschwellig 3 Schwer / deutlich erhöht 4 Extrem / ausser Gefecht setzend
Richtlinien zur Bewertung = Frequenz / Intensität der Hypervigilanz Mässig = einige Zeit (20-30%) / Hypervigilanz klar vorhanden, z.B. wachsam in der Öffentlichkeit, erhöhtes Bedrohungsgefühl Schwer = ein Grossteil der Zeit (50-60%) / ausgeprägte Hypervigilanz, sucht z.B. die Umgebung nach Gefahren ab, hat evtl. Sicherheitsrituale, übertriebene Sorge um die eigene Sicherheit (oder die der Familie, des Hauses)	

(6a) Übertriebene oder verstärkte Schreckreaktion

Hatten Sie im letzten Monat <u>starke Schreckreaktionen</u>? Welche Dinge erschreckten Sie? Wie stark sind diese Schreckreaktionen? (Wie stark sind sie verglichen damit, wie die meisten Menschen reagieren würden? Tun Sie etwas, das andere Menschen registrieren?) Wie lange brauchen Sie, um sich zu erholen? <u>Umkreisen</u>: Erschrecken = Minimal Klar vorhanden Ausgeprägt Extrem Wie oft ist das im vergangenen Monat passiert? Anzahl _____ Begannen diese Schreckreaktionen nach [Erlebnis], oder wurden sie danach schlimmer? (Denken Sie, sie stehen mit [Ereignis] in Zusammenhang? Wie?) <u>Umkreisen</u>: Traumabezogenheit = Eindeutig Wahrscheinlich Unwahrscheinlich	0 Nicht vorhanden 1 Leicht / unterschwellig 2 Mässig / überschwellig 3 Schwer / deutlich erhöht 4 Extrem / ausser Gefecht setzend
Richtlinien zur Bewertung = Frequenz / Intensität des Erschreckens Mässig = mindestens 2x/Monat / Erschrecken klar vorhanden, etwas Schwierigkeiten, sich zu erholen Schwer = mindestens 2x/Woche / ausgeprägtes Erschrecken, anhaltender Arousal, beträchtliche Schwierigkeiten, sich zu erholen	

Wenn die befragte Person keinen Schwellenwert für eine übertriebene oder verstärkte Schreckreaktion angibt, ist Item 6b zu erfragen.

Eine positive Antwort auf dieses Item kann zur Diagnose einer komplexen PTBS (*nicht aber einer PTBS*) beitragen, wenn keine übertriebene Schreckreaktion angegeben wird. Bitte beachten Sie, dass es sich hierbei um ein Test-Item handelt, das noch nicht evaluiert wurde.

(6b) - verringerte Schreckreaktion

Ist Ihnen oder anderen aufgefallen, dass Sie auf unerwartete Situationen, die andere Menschen erschrecken oder schockieren würden, nicht reagieren? [Wenn ja] Auf welche Dinge reagieren Sie nicht, die andere Menschen aufschrecken oder erschrecken lassen? Wie reagieren Sie in diesen Situationen? <i>(Bemerken Sie in diesen Momenten irgendeine Reaktion? Kommentieren andere Menschen Ihre Reaktionen?)</i> Wie reagieren andere Menschen normalerweise in diesen Situationen? <i>(Wie sehr unterscheiden sich Ihrer Meinung nach Ihre Reaktionen von denen anderer Menschen?)</i> <u>Umkreisen:</u> Vermindertes Erschrecken = Minimal Klar vorhanden Ausgeprägt Extrem Wie oft ist dies im letzten Monat geschehen? Anzahl _____ Hat diese Tendenz, nicht auf Situationen zu reagieren, die andere erschrecken würden, nach [Erlebnis] oder anderen Traumata, die Sie erlebt haben, begonnen oder sich verschlimmert? <i>(Glauben Sie, dass sie mit [Erlebnis] zusammenhängen? Wie?)</i> <u>Umkreisen:</u> Traumabezogenheit = Eindeutig Wahrscheinlich Unwahrscheinlich	0 Nicht vorhanden 1 Leicht / unterschwellig 2 Mässig / überschwellig 3 Schwer / deutlich erhöht 4 Extrem / ausser Gefecht setzend
Richtlinien zur Bewertung = Frequenz / Intensität des Erschreckens Mässig = mindestens 2x/Monat / Verminderte Schreckreaktion klar vorhanden Schwer = mindestens 2x/Woche / ausgeprägt verminderte Schreckreaktion, beträchtlich unterdrückte Reaktion auf Schreckereignisse	

Beeinträchtigungs-Kriterien

Erhebliche Beeinträchtigung der persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Wenn die Funktionsfähigkeit erhalten bleibt, ist zu prüfen, ob dies nur durch erhebliche zusätzliche Anstrengungen möglich ist.

Soziale Beeinträchtigung

Haben sich diese [PTBS-Symptome] im letzten Monat auf Ihre Beziehungen zu anderen Menschen und Ihr Sozialleben ausgewirkt? Mit dem Sozialleben meinen wir Ihre Fähigkeit, sich an gemeinschaftlichen Ereignissen mit anderen Menschen zu erfreuen, sich in einer Gruppe wohlzufühlen und sich für Gemeinschaftserlebnisse zu engagieren. Inwiefern? [In früheren Items berichtete soziale Beeinträchtigung in Betracht ziehen]	0 <i>Keine negative Auswirkung</i> 1 <i>Milde Auswirkung, minimale soziale Beeinträchtigung</i> 2 <i>Mässige Auswirkung, deutliche Beeinträchtigung, aber viele Aspekte des sozialen Funktionierens immer noch intakt</i> 3 <i>Schwere Auswirkung, ausgeprägte Beeinträchtigung, wenige Aspekte des sozialen Funktionierens noch intakt</i> 4 <i>Extreme Auswirkung, wenig oder kein soziales Funktionieren</i>
--	--

Beeinträchtigung in beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

[Wenn nicht bereits klar:] Arbeiten Sie im Moment? [Wenn Ja:] Haben sich diese [PTBS-Symptome] im letzten Monat auf Ihre Arbeit oder Ihre Arbeitsfähigkeit ausgewirkt? Inwiefern? [berufliche Biographie einschliesslich Anzahl und Dauer der Anstellungen ebenso wie die Qualität der Arbeitsbeziehungen berücksichtigen. Wenn das prämorbid Funktionsniveau unklar ist, nach Arbeitserfahrungen vor dem Trauma fragen.] [Auch zu fragen:] Haben sich diese [PTBS-Symptome] auf irgendeinen anderen wichtigen Bereich Ihres Lebens ausgewirkt? [angemessene Beispiele wie Elternschaft, Haushalt, Ausbildung, freiwillige Arbeit etc. vorschlagen] Inwiefern?	0 <i>Keine negative Auswirkung</i> 1 <i>Milde Auswirkung, minimale Beeinträchtigung in beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen</i> 2 <i>Mässige Auswirkung, deutliche Beeinträchtigung, aber viele Aspekte beruflicher oder anderer wichtiger Funktionsbereiche immer noch intakt</i> 3 <i>Schwere Auswirkung, ausgeprägte Beeinträchtigung, wenige Aspekte beruflicher oder anderer wichtiger Funktionsbereiche noch intakt</i> 4 <i>Extreme Auswirkung, geringes oder kein berufliches Funktionieren bzw. geringes oder kein Funktionieren in einem anderen wichtigen Bereich</i>
---	--

Dauer der Symptome

[Wenn unklar:] Wie lange dauern diese [PTBS-Symptome] insgesamt schon an?	Total Anzahl Monate _____ Dauer mehr als einen Monat? NEIN JA
---	---

Teil 2: Diagnosestellung einer Komplexen PTBS nach ICD-11

Anwendung

1. Teil 2 dieses strukturierten Interviews wird normalerweise im Anschluss an die Erfassung der PTBS im Teil 1 eingesetzt. Zur Erinnerung, das Index-Erlebnis (z.B. „der Unfall“) kann entweder ein einmaliges Vorkommnis oder mehrfache, eng miteinander verbundene Vorkommnisse beinhalten (z.B. „die schlimmsten Teile Ihrer Kampferfahrungen; der sexuelle Missbrauch, den Sie als Kind erlebten“) oder zwei oder mehrere nicht zusammenhängende Ereignisse oder Erfahrungen.
2. Das Ziel dieser Items ist es, Reaktionen und Veränderungen (Störungen der Selbst-Organisation, engl. Abkürzung: DSO für *disturbances in self-organization*) zu identifizieren, die als Folge des Index-Erlebnisses oder einer früheren bedrohlichen oder entsetzlichen traumatischen Erfahrung aufgetreten sein können. Diese Reaktionen und Veränderungen sind anhaltend und treten in einer Vielfalt von Situationen und Umständen auf. Sie müssen nicht unbedingt nur als Antwort auf Trauma-Stimuli in Erscheinung treten. Damit ein Item bestätigt werden kann, muss belegt werden, dass es ein etabliertes Muster oder eine Tendenz ist.
3. Der Interviewer sollte sich auch vergewissern, dass sich das Problem als Folge der Traumaerfahrung(en) des Befragten entwickelt oder verschlimmert hat. Der Interviewer sollte nach Beispielen dafür suchen, wie die Traumaerfahrung zur Entwicklung oder Verschlimmerung des Problems beigetragen hat. Wenn die Traumaerfahrung(en) schon vor einiger Zeit aufgetreten ist/sind (z.B. in der Kindheit) und die Probleme bereits über den grössten Teil des Lebens der Person andauerten, kann der Interviewer fragen: „Kann es sein, dass die Probleme mit Ihren früheren traumatischen Erfahrungen zusammenhängen? Zum Beispiel sagen einige Personen mit [relevantem Index-Erlebnis], es sei ihnen aufgefallen, dass Personen, die **nicht diese Art von Erlebnis hatten**, nicht die gleichen Gefühle oder Probleme haben“. In einigen Fällen kann es für die interviewte Person nicht möglich sein, den Trauma-Bezug zu erinnern, weil sie sich nicht an eine Zeit ohne diese Probleme erinnern kann. Die Beurteiler sollten ihr klinisches Wissen nutzen um über die Wahrscheinlichkeit des Traumabezugs zu entscheiden.
4. Die Items sollten unter Einsatz der weiter oben gegebenen Anleitung angewendet werden. Sie können Standard-Formulierungen umformulieren, um eine vorgängig mitgeteilte Information zu bestätigen, sollten aber so rasch als möglich zu den wörtlichen Formulierungen zurückkommen. Zum Beispiel könnte die Befragung zu Item 9 so beginnen: „Sie haben bereits erwähnt, dass Sie Probleme haben, zu anderen in Beziehung zu treten. Denken Sie, Sie haben eine Tendenz oder ein Muster, sich von anderen abgeschnitten zu fühlen?“

Bewertung

1. Wie in Teil 1 sollte die Bewertung vorgenommen werden, wenn alle Fragen für jeden Abschnitt gestellt wurden und nach Abschluss der Befragung sollten die Ergebnisse überprüft werden, wenn sich an anderen Stellen der Befragung zusätzliche Informationen ergeben, die die Bewertung eines bestimmten Items verändern könnten. Die Bewertungen basieren auf einer 5-Punkte-Ordinalskala, auf welcher der Interviewer berücksichtigen sollte, wie allgegenwärtig und anhaltend das Problem ist, mit Einstufungen von „**Gar nicht**“, „**Ein wenig**“, „**Mässig**“, „**Sehr**“ und „**Extrem**“. Die Anker der Beurteilungsskala sollten folgendermassen interpretiert und angewendet werden:
 - 0 **Gar nicht** Die befragte Person bestritt das Problem oder der Bericht der befragten Person passt nicht zum ICD-11-Symptomkriterium.
 - 1 **Ein wenig** Die befragte Person beschrieb ein Problem, das dem Symptomkriterium entspricht, das aber nicht schwer genug ist, um als klinisch relevant angesehen zu werden. Das Problem erfüllt das ICD-11-Symptomkriterium nicht und zählt daher nicht für die Diagnose einer komplexen PTBS.
 - 2 **Mässig** Die befragte Person beschrieb ein klinisch relevantes, allgegenwärtiges und anhaltendes Problem, das nach dem Index-traumatischen Erlebnis begann oder schlimmer wurde. Das Problem wäre ein Ziel für eine Intervention.
 - 3 **Sehr** Die befragte Person beschrieb ein Problem, das deutlich über der Schwelle für 2 ist. Das Problem ist schwierig zu beherrschen und gelegentlich überwältigend und wäre ein bedeutendes Ziel für eine Intervention.

- 4 Extrem** Die befragte Person beschrieb ein Problem, das weit über der Schwelle für **2** ist. Das Problem ist allgegenwärtig, nicht zu beherrschen und überwältigend und wäre ein hoch prioritäres Ziel für eine Intervention.

Zusätzliche Anleitungen für die Bewertung werden für jedes einzelne Kriterium gegeben, die auf der Häufigkeit/dem Ausmass des Vorhandenseins und der Intensität des Problems basieren. Allgemein sollte eine Bewertung nur erfolgen, wenn eine minimale Häufigkeit/ein minimales Ausmass des Vorhandenseins und der Intensität gegeben ist. Für die Kriterien 7a und 7b (Affekt-Dysregulation) können Sie jedoch ein klinisches Urteil fällen, wenn die berichtete Häufigkeit etwas niedriger als erforderlich ist, die Intensität aber höher ist.

Bewerten Sie nur auf der Basis der von der befragten Person gelieferten Information. Wenn Sie zwischen zwei Bewertungen nicht entscheiden können, nehmen Sie die tiefere Bewertung vor. Der Schwellenwert für jedes Item ist ≥ 2 (mässig). Ein Score von 2 oder mehr bei mindestens je einem der beiden Items zu Affektdysregulation, negativem Selbstkonzept und gestörten Beziehungen ist erforderlich, um die DSO-Kriterien für die komplexe PTBS zu erfüllen.

Die Diagnose einer komplexen PTBS kann nur gestellt werden, wenn

- die befragte Person ein oder mehrere traumatische Erlebnisse beschreibt
- alle ICD-11-Diagnosekriterien für PTBS erfüllt sind ODER alle PTBS-Kriterien mit Ausnahme des Kriteriums der anhaltenden Wahrnehmung erhöhter aktueller Bedrohung erfüllt sind UND bei dem Item "Verminderte Schreckreaktion" einen Wert von 2 oder mehr erreicht wird
- die befragte Person anhaltende und durchdringende Probleme bei mindestens einem Item in jedem der drei DSO-Bereiche beschreibt
- alle DSO-Merkmale als wahrscheinlich oder definitiv traumabedingt eingestuft werden und seit mindestens 3 Monaten vorhanden sind
- die DSO-Merkmale zu klinisch bedeutsamen Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen Funktionsbereichen führen.

Instruktionen für die befragte Person

Für den nächsten Fragensatz möchte ich, dass Sie an [Index-Erlebnis/se] denken, über das/die Sie mir berichtet haben (sowie jede andere/frühere traumatische Erfahrung), während ich Ihnen Fragen über verschiedene Probleme stelle, die [Erlebnis/se] Ihnen verursacht haben könnte. Diese Fragen beziehen sich auf die Art und Weise, wie Sie sich typischerweise fühlen, wie Sie typischerweise über sich selber denken und wie Sie typischerweise zu anderen in Beziehung treten. Überlegen Sie, wie sehr diese Probleme auf Sie zutreffen. Unter typisch verstehen wir ein Verhalten, das seit mindestens 3 Monaten oder länger besteht und in einer Vielzahl von Situationen auftritt.

Affekt-Dysregulation

Schwere und tiefgreifende Probleme bei der Affektregulierung. Beispiele hierfür sind eine erhöhte emotionale Reaktivität auf geringfügige Stressoren, gewalttätige Ausbrüche, rücksichtsloses oder selbstzerstörerisches Verhalten, dissoziative Symptome unter Stress und emotionale Abstumpfung, insbesondere die Unfähigkeit, Freude oder positive Emotionen zu erleben.

- (7) Affekt-Dysregulation (Hyperaktivierung): **Ein schweres und anhaltendes Muster** von Problemen, Emotionen zu regulieren, charakterisiert durch erhöhte emotionale Reaktionen auf geringfügige Belastungen.

Wenn Sie aufgebracht oder gereizt sind, wie leicht können Sie sich wieder beruhigen? Können Sie mir ein paar Beispiele geben, was Sie so aufbringt und wie Sie reagieren? (Irgendwelche weiteren Beispiele? [wenn der/die Befragte nur eine Situation beschreibt] Merken andere Personen, wenn Sie aufgebracht sind? Was sehen sie?) [Wenn unklar:] Wie reagieren Sie, wenn Sie eine kleine Auseinandersetzung haben oder wenn Sie das Gefühl haben einen Fehler gemacht zu haben oder sich missverstanden oder kritisiert fühlen? Glauben Sie, dass es schwieriger für Sie ist, sich selbst zu beruhigen, als für andere Personen? [Wenn unklar:] Inwiefern denken Sie, ist Ihre Reaktion anders als die anderer Menschen? [Wenn unklar:] Wie lange dauert es typischerweise, bis Sie sich wieder beruhigen? [Wenn unklar:] Wie oft reagieren Sie im Durchschnitt auf diese Art? [Wenn unklar:] Wie lange reagieren Sie schon auf diese Art und Weise? Richtlinien zur Bewertung: Mässig = beschreibt das Vorhandensein einer Tendenz auf kleine Belastungen überzureagieren, durchschnittlich mindestens einmal wöchentlich. Die Reaktion der Person ist üblicherweise verlängert, mit Schwierigkeiten sich wieder zu beruhigen. Das Problem besteht seit mindestens 3 Monaten. Die/der Befragte sollte in der Lage sein sich in einer Anzahl von Fällen selbst relativ schnell zu beruhigen. Sehr = eine Tendenz bei kleinen Belastungen sehr deutlich überzureagieren (z.B. fixiert zu sein auf Gedanken an das Ereignis, unfähig zu sein Ziele oder Aufgaben abzuschliessen, Dinge zu werfen, andere aufzuregen, ausgeprägtes Weinen) und typischerweise dauert es mehr als eine Stunde sich zu beruhigen. Das Problem besteht seit etwa 3 Monaten oder mehr. Die/der Befragte hat fast immer Schwierigkeiten sich zu beruhigen und braucht dazu möglicherweise die Hilfe von anderen. Beispiele solcher Überreaktionen kommen typischerweise mindestens zweimal in der Woche vor, mit mindestens einer Episode einer deutlichen Überreaktion.	Beschreibt ein schweres und anhaltendes Muster von Problemen 0 Gar nicht 1 Ein wenig 2 Mässig 3 Sehr 4 Extrem
---	---

Wenn die/der Befragte einige dieser Probleme mit Emotionsregulation (Affekt-Hyperaktivierung) bestätigt, fragen Sie:

Denken Sie, dass diese Probleme, sich selbst zu beruhigen, mit diesem/ diesen traumatischen Erlebnis/sen zusammenhängen? [Wenn ja] Inwiefern?

[Wenn unklar] **Wann haben sich diese Probleme entwickelt? Haben sie während oder nach diesen Erfahrungen oder vielleicht nach anderen traumatischen Ereignissen in Ihrem Leben begonnen oder sich verschlimmert?**

[Wenn unklar] Für Personen mit traumatischen Erlebnissen vor einiger Zeit (z.B. in der Kindheit): **Denken Sie, diese Probleme [angemessene Zusammenfassung] stehen in Zusammenhang mit Ihren früheren traumatischen Erlebnissen? ... Zum Beispiel sagen einige Personen mit [relevantes Erlebnis], es sei ihnen aufgefallen, dass Menschen, die diese Art von Erfahrungen nicht gemacht haben, nicht diese Gefühle oder Probleme haben.**

Umkreisen: Traumabezogenheit = Eindeutig Wahrscheinlich Unwahrscheinlich

- (8) Affekt-Dysregulation (Deaktivierung): **Ein schweres und anhaltendes Muster** von Problemen, bei Konfrontation mit geringfügigen Stressoren die Emotionen zu regulieren, charakterisiert durch eine Tendenz zu emotionaler Betäubung oder Dissoziation.

Fühlen Sie sich oft emotional betäubt oder wie „abgeschaltet“? [Wenn unklar:] Was führt dazu, dass Sie sich wie gefühlsmässig betäubt oder „abgeschaltet“ fühlen? Irgendetwas Weiteres? [wenn die/der Befragte nur eine Situation beschreibt] Kommt das in verschiedenen Situationen vor? Wie zum Beispiel? [Wenn unklar:] Können Sie mir bitte ein paar Beispiele geben, wie es ist, wenn Sie sich so fühlen? Wie oft passiert das? [Wenn unklar:] Wie lange reagieren Sie schon auf diese Art und Weise? [Wenn unklar:] Würden Sie sagen, dass Sie wie innerlich betäubt werden oder emotional „heruntergefahren“ sind, wenn Sie sich von einer schweren Situation überwältigt fühlen? [Wenn unklar:] Das mag Situationen einschliessen, in der man sich mit jemand streitet oder einem etwas Erschreckendes passiert. Es kann auch Umstände einschliessen, die Sie an das Trauma erinnern. Ist es einfach, wieder aus diesem Zustand herauszukommen? [Wenn unklar:] Wie bringen Sie sich aus diesem Zustand? Wie lange dauert es, aus diesem Zustand herauskommen?	Beschreibt ein schweres und anhaltendes Muster von Problemen 0 Gar nicht 1 Ein wenig 2 Mässig 3 Sehr 4 Extrem
Richtlinien zur Bewertung: Mässig = beschreibt das Vorhandensein einer Tendenz der Deaktivierung bei kleinen oder bei traumabezogenen Belastungen, durchschnittlich mindestens einmal pro Woche. Die Deaktivierung ist dabei klar vorhanden und dauert mindestens mehrere Minuten. Das Problem besteht seit mindestens 3 Monaten. Sehr = eine Tendenz bei kleinen oder bei traumabezogenen Belastungen sich sehr deutlich zu deaktivieren/abzuschalten (z.B. sehr abgetrennt von der Umwelt zu sein) und typischerweise dauert es mindestens einmal in der Woche mehr als eine Stunde sich wieder zu erholen. Eine Deaktivierungs-Episode tritt üblicherweise mindestens zweimal pro Woche auf.	

Wenn der/die Befragte das Problem mit emotionaler Betäubung (Affektdysregulation) angibt, fragen Sie:

Denken Sie, dass diese Probleme mit der Betäubung oder dem Gefühl, „abgeschaltet“ zu sein, mit dieser/den traumatischen Erfahrung(en) zusammenhängen? [Wenn ja:] **Inwiefern?**

[Wenn unklar] **Wann haben sich diese Probleme entwickelt? Haben sie während oder nach diesen Erfahrungen oder vielleicht nach anderen traumatischen Ereignissen in Ihrem Leben begonnen oder sich verschlimmert?**

[Wenn unklar] Für Personen mit traumatischen Erlebnissen vor einiger Zeit (z.B. in der Kindheit): **Denken Sie, diese Probleme [angemessene Zusammenfassung] stehen in Zusammenhang mit Ihren früheren traumatischen Erlebnissen? ... Zum Beispiel sagen einige Personen mit [relevantes Erlebnis], es sei ihnen aufgefallen, dass Menschen, die diese Art von Erfahrungen nicht gemacht haben, nicht diese Gefühle oder Probleme haben.**

Umkreisen: Traumabezogenheit = Eindeutig Wahrscheinlich Unwahrscheinlich

Gestörtes Selbstwertgefühl - negatives Selbstkonzept

Anhaltende Vorstellungen von sich selbst, herabgesetzt, abgelehnt oder wertlos zu sein, begleitet von tiefen und allgegenwärtigen Gefühlen von Scham, Schuld oder Versagen, die mit den Belastungen im Zusammenhang stehen. Der Einzelne kann sich zum Beispiel schuldig fühlen, weil er den widrigen Umständen nicht entkommen oder ihnen nicht erlegen ist oder weil er das Leiden anderer nicht verhindern konnte.

Die nächsten Fragen beziehen sich darauf, wie Sie sich selbst als Person fühlen.

(9) Gefühl des Versagens

Fühlen Sie sich wie ein Versager/eine Versagerin? [Wenn unklar] Können Sie mir mehr darüber berichten? [Wenn unklar] Wie stark sind diese Gefühle normalerweise? [Wenn unklar] Wie oft fühlen Sie sich so? [Wenn unklar] Wie lange haben Sie schon dieses Gefühl über sich selbst? [Wenn unklar] Können Sie andere Wege sehen, über sich zu denken? [Wenn unklar] Empfinden Sie manchmal positiv über sich selbst? Richtlinien zur Bewertung: Mässig = fühlt sich die meiste Zeit über (> 60-70%) als Versager oder in vielen Lebensbereichen. Das Versagergefühl ist klar vorhanden und schwer zu entkräften. Die/der Befragte hat Schwierigkeiten sich anders zu sehen. Das Versagergefühl besteht seit etwa 3 Monaten oder länger. Sehr = fühlt sich die meiste Zeit über (> 80-90%) als Versager oder in den meisten Lebensbereichen. Das Versagergefühl ist ausgeprägt und schwer zu entkräften. Die/der Befragte hat erhebliche Schwierigkeiten sich anders zu sehen. Das Versagergefühl besteht seit etwa 3 Monaten oder länger. Falls ein Muster eines veränderlichen Versagergefühls vorliegt, sollte der Interviewer dieses Kriterium nicht vergeben.	Beschreibt ein schweres und anhaltendes Muster von Problemen 0 Gar nicht 1 Ein wenig 2 Mässig 3 Sehr 4 Extrem
---	--

(10) Gefühle von Wertlosigkeit

Fühlen Sie sich wertlos oder herabgesetzt im Vergleich mit anderen Menschen? [Wenn unklar] Können Sie mir mehr darüber berichten? [Wenn unklar] Wie stark sind diese Gefühle normalerweise? [Wenn unklar] Wie oft fühlen Sie sich so? [Wenn unklar] Über wie viel Zeit hinweg fühlen Sie sich so? [Wenn unklar] Wie lange fühlen Sie sich schon so? [Wenn unklar] Können Sie andere Wege sehen, über sich zu denken? [Wenn unklar] Fühlen Sie sich jemals besser als oder überlegen gegenüber anderen Menschen? Richtlinien zur Bewertung: Mässig = fühlt sich die meiste Zeit über (> 60-70%) wertlos oder minderwertig. Das Gefühl der Wertlosigkeit ist klar vorhanden und schwer zu entkräften. Das Gefühl der Wertlosigkeit besteht seit etwa 3 Monaten oder länger. Sehr = fühlt sich die meiste Zeit über (> 80-90%) wertlos oder minderwertig. Das Gefühl der Wertlosigkeit ist ausgeprägt und schwer zu entkräften. Die/der Befragte hat erhebliche Schwierigkeiten sich anders zu sehen. Das Gefühl der Wertlosigkeit besteht seit etwa 3 Monaten oder länger. Falls ein Muster eines veränderlichen Wertlosigkeitsgefühls vorliegt, sollte der Interviewer dieses Kriterium nicht vergeben. Schwankungen im Selbstwertgefühl können das Ergebnis einer schweren depressiven Störung (MDD) oder einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sein, und der Interviewer sollte in Erwägung ziehen, eine MDD oder Borderline-Persönlichkeitsstörung zu untersuchen, um eine genaue Differenzialdiagnose zu stellen.	Beschreibt ein schweres und anhaltendes Muster von Problemen 0 Gar nicht 1 Ein wenig 2 Mässig 3 Sehr 4 Extrem
Wenn der Teilnehmer eines dieser Probleme mit dem negativen Selbstkonzept angibt, fragen Sie: Denken Sie, dass diese Probleme damit, wie Sie sich fühlen, mit diesen traumatischen Erlebnissen in Zusammenhang stehen? [wenn ja] Inwiefern? [Wenn unklar] Wann haben sich diese Probleme entwickelt? Haben sie während oder nach diesen Erfahrungen oder vielleicht nach anderen traumatischen Ereignissen in Ihrem Leben begonnen oder sich verschlimmert? ODER [Wenn unklar] Für Personen mit traumatischen Erlebnissen vor einiger Zeit (z.B. in der Kindheit): Denken Sie, diese Probleme damit, wie Sie sich fühlen, stehen in Zusammenhang mit den früheren traumatischen Erfahrungen? ... Zum Beispiel sagen einige Personen mit [relevante Erlebnis/se], es sei ihnen aufgefallen, dass Menschen, die diese Art von Erfahrungen nicht gemacht haben, keine solchen Gefühle oder Probleme haben. <u>Umkreisen:</u> Traumabezogenheit = Eindeutig Wahrscheinlich Unwahrscheinlich	

Gestörte Beziehungen

Anhaltende Schwierigkeiten, Beziehungen aufrechtzuerhalten und sich anderen nahe zu fühlen. Zum Beispiel vermeidet oder verhöhnt die Person Beziehungen und soziales Engagement im Allgemeinen konsequent, oder sie hat wenig Interesse daran. Es kann aber auch sein, dass die Person gelegentlich intensive Beziehungen eingeht, aber Schwierigkeiten hat, diese aufrechtzuerhalten.

Bei den nächsten Fragen geht es um Beziehungen

(11) Gefühl von anderen Menschen entfernt oder abgeschnitten zu sein

Fühlen Sie sich die meiste Zeit von anderen Menschen entfernt oder abgeschnitten? [Wenn ja] Warum glauben Sie, ist das so? Wie stark sind die Gefühle von Anderen entfernt oder abgeschnitten zu sein? [Wenn unklar] Wem gegenüber fühlen Sie sich entfernt oder abgeschnitten? Was denken Sie, warum das so ist? [Wenn unklar] In den letzten paar Monaten, wie oft haben Sie sich von Anderen entfernt oder abgeschnitten gefühlt? [Wenn unklar] Wie lange haben Sie dieses Gefühl schon? Gibt es Zeiten, in denen Sie sich NICHT entfernt oder abgeschnitten von Anderen fühlen, auch wenn das vielleicht nur kurz der Fall ist? [Wenn ja] Können Sie mir dafür einige Beispiele geben? Richtlinien zur Bewertung: Mässig = fühlt sich die meiste Zeit über (> 60-70%) entfernt oder abgeschnitten von Anderen, aber fühlt weiterhin eine gewisse zwischenmenschliche Verbundenheit. Dieses Muster besteht seit über 3 Monaten oder länger. Sehr = fühlt sich die meiste Zeit über (> 80-90%) entfernt oder abgeschnitten von Anderen, aber dieses Gefühl kann einer oder zwei Personen gegenüber geringer ausgeprägt sein. Dieses Muster besteht seit etwa 3 Monaten oder länger. Falls ein Muster einer veränderlichen oder zeitweisen intensiven/idealisierten Beziehung vorliegt (anstelle einer anhaltenden Vermeidung von Beziehungen), ist dies ein Indikator für ein Borderline-Persönlichkeitsstörungs-Profil und der Interviewer sollte die Notwendigkeit der Beurteilung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung für eine genaue Differentialdiagnose erwägen.	Beschreibt ein schweres und anhaltendes Muster von Problemen 0 Gar nicht 1 Ein wenig 2 Mässig 3 Sehr 4 Extrem
---	--

(12) Schwierigkeiten emotional nah zu sein

Haben Sie irgendeine enge Beziehung? Wie lange haben Sie diese schon? Finden Sie es schwer, anderen Menschen gefühlsmässig nahe zu sein? Können Sie mir sagen, warum das so ist? [Wenn unklar] Wie oft fühlen Sie sich so? [Wenn unklar] Über wie viel Zeit hinweg fühlen Sie sich so? [Wenn unklar] Wem fühlen Sie sich nahe? Bei wie vielen Menschen fühlen sich wohl, wenn Sie über persönliche Dinge reden? Gibt es Zeiten, in denen Sie sich Anderen nahe fühlen, selbst wenn das nur für eine ziemlich kurze Zeit ist?		Beschreibt ein schweres und anhalten- des Mus- ter von Problemen 0 Gar nicht 1 Ein wenig 2 Mässig 3 Sehr 4 Extrem
Richtlinien zur Bewertung: Mässig = hat die meiste Zeit (> 60-70%) Schwierigkeiten eine Beziehung aufrechtzuerhalten, aber fühlt weiterhin eine gewisse zwischenmenschliche Verbundenheit. Dieses Muster besteht seit etwa 3 Monaten oder länger. Sehr = hat die meiste Zeit über (> 80-90%) Schwierigkeiten eine Beziehung aufrechtzuerhalten und zieht sich von den meisten Beziehungen zurück, kann aber möglicherweise eine Beziehung zu einer oder zwei Personen aufrechterhalten. Dieses Muster besteht seit etwa 3 Monaten oder länger. Die Schwierigkeit, Beziehungen aufrechtzuerhalten drückt die Tendenz aus Beziehungen nachhaltig zu vermeiden oder abubrechen, wenn es Konflikte gibt oder die Beziehung starke Emotionen beinhaltet (z.B. Angst, Wut, Enttäuschung). Das Vorhandensein eines Musters von schwankenden und intensiven Beginnen und Beendigungen ist ein Hinweis auf ein Borderline-Persönlichkeitsstörung-Profil, und der Interviewer sollte die Notwendigkeit einer Beurteilung von Borderline-Persönlichkeitsstörung in Betracht ziehen, um eine genaue Differentialdiagnose zu erstellen.		

Wenn der Teilnehmer eines dieser Probleme mit beeinträchtigten Beziehungen bestätigt, fragen Sie:

Denken Sie, dass diese Probleme mit Beziehungen mit diesen traumatischen Erlebnissen in Zusammenhang stehen? [wenn ja] **Inwiefern?**

[Wenn unklar] **Wann haben sich diese Probleme entwickelt? Haben sie während oder nach diesen Erfahrungen oder vielleicht nach anderen traumatischen Ereignissen in Ihrem Leben begonnen oder sich verschlimmert?**

ODER

[Wenn unklar] Für Personen mit traumatischen Erlebnissen vor einiger Zeit (z.B. in der Kindheit): **Denken Sie, diese Probleme mit Beziehungen stehen in Zusammenhang mit Ihren früheren traumatischen Erfahrungen? ... Zum Beispiel sagen einige Personen mit [relevante Erlebnis/se], es sei ihnen aufgefallen, dass Menschen, die diese Art von Erfahrungen nicht gemacht haben, keine solchen Gefühle oder Probleme haben.**

Umkreisen: Traumabezogenheit = Eindeutig Wahrscheinlich Unwahrscheinlich

Beeinträchtigungs-Kriterien

Soziale Beeinträchtigung

1. Haben sich diese Probleme mit Gefühlen, mit Ihren Überzeugungen über sich selbst und mit Beziehungen im letzten Monat auf Ihr Sozialleben ausgewirkt? Mit dem Sozialleben meinen wir die Fähigkeit sich an gemeinschaftlichen Anlässen mit anderen Menschen zu erfreuen, sich in einer Gruppe wohlfühlen und sich für Gemeinschaftserlebnisse zu engagieren. Inwiefern? [in früheren Items berichtete soziale Beeinträchtigung in Betracht ziehen]	0 Keine negative Auswirkung 1 Milde Auswirkung, minimale soziale Beeinträchtigung 2 Mässige Auswirkung, deutliche Beeinträchtigung, aber viele Aspekte des sozialen Funktionierens immer noch intakt 3 Schwere Auswirkung, ausgeprägte Beeinträchtigung, wenige Aspekte des sozialen Funktionierens noch intakt 4 Extreme Auswirkung, wenig oder kein soziales Funktionieren
--	---

Beeinträchtigung in beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen

2. [Wenn nicht bereits klar:] Arbeiten Sie im Moment? [Wenn Ja:] Haben sich diese Probleme mit Gefühlen, mit Ihren Überzeugungen über sich selbst, und mit Beziehungen im letzten Monat auf Ihre Arbeit oder Ihre Arbeitsfähigkeit ausgewirkt? Inwiefern? [berufliche Biographie einschliesslich Anzahl und Dauer der Anstellungen ebenso wie die Qualität der Arbeitsbeziehungen berücksichtigen. Wenn das prämorbide Funktionsniveau unklar ist, nach Arbeitserfahrungen vor dem Trauma fragen.] [Auch fragen:] Haben sich diese Probleme auf irgendeinen anderen wichtigen Bereich Ihres Lebens ausgewirkt? [angemessene Beispiele wie Elternschaft, Haushalt, Ausbildung, freiwillige Arbeit etc. vorschlagen] Inwiefern?	0 Keine negative Auswirkung 1 Milde Auswirkung, minimale Beeinträchtigung in beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen 2 Mässige Auswirkung, deutliche Beeinträchtigung, aber viele Aspekte beruflicher oder anderer wichtiger Funktionsbereiche immer noch intakt 3 Schwere Auswirkung, ausgeprägte Beeinträchtigung, wenige Aspekte beruflicher oder anderer wichtiger Funktionsbereiche noch intakt 4 Extreme Auswirkung, geringes oder kein berufliches Funktionieren bzw. geringes oder kein Funktionieren in anderen wichtigen Bereichen
--	---

Globale Validität

Schätzen Sie die Validität der Antworten insgesamt ein. Berücksichtigen Sie Faktoren wie Compliance während des Interviews, Psychostatus (z.B. Konzentrationsstörungen, Verständnis der Items, Dissoziation) und Hinweise auf Versuche, Symptome zu übertreiben oder zu minimieren.	0 Hervorragend: kein Anlass für Verdacht auf ungültige Antworten 1 Gut: Faktoren vorhanden, die evtl. ungünstige Auswirkungen auf die Validität haben 2 Genügend: Faktoren vorhanden, die definitiv ungünstige Auswirkungen auf die Validität haben 3 Schwach: deutlich reduzierte Validität 4 Ungültige Antworten: schwer beeinträchtigter Psychostatus oder absichtliches positives oder negatives Verfälschen möglich
--	---

Zusammenfassung

Name: _____ Kode: _____ Studie: _____ Datum _____

Eine PTBS-Diagnose erfordert das Vorliegen von einem von zwei Symptomen aus jeder der drei PTBS Symptomgruppen sowie eine funktionelle Beeinträchtigung im Zusammenhang mit diesen Symptomen. Ein Vorliegen ist dann gegeben, wenn ein Wert ≥ 2 erreicht wird.

Teil 1. ICD-11 Symptome der PTBS	Score	Kriterien erfüllt?
(A) Konfrontation mit einem traumatischen Ereignis		
(B) Wiedererlebenssymptome		
(1) Belastende Träume		
(2) Klares Wiedererleben im "Hier und Jetzt"		
Mindestens ein Item mit Wert ≥ 2 erforderlich		
(C) Vermeidungssymptome		
(3) Vermeidung von Gedanken oder Gefühlen		
(4) Vermeidung von Aktivitäten, Orten oder Menschen		
Mindestens ein Item mit Wert ≥ 2 erforderlich		
(D) Anhaltende Wahrnehmung einer erhöhten aktuellen Bedrohung		
(5) Hypervigilanz		
(6a) Übertriebene Schreckreaktion		
(6b) Verringerte Schreckreaktion – nur für KPTBS		
Mindestens ein Item mit Wert ≥ 2 erforderlich - verminderter Schreckreaktionswert nur dann, wenn die Person die Kriterien für eine komplexe PTBS ohne Hypervigilanz und übertriebene Schreckreaktion erfüllt		
(E) Beeinträchtigungs-Kriterien		
Soziale Beeinträchtigung		
Berufliche Beeinträchtigung		
Mindestens ein Item mit Wert ≥ 2 erforderlich		
Dauer der Symptome > ein paar Wochen		
PTBS-Diagnose erfüllt: Kriterien A, B, C, D, E		

Eine Komplexe-PTBS-Diagnose erfordert das Vorliegen der PTBS-Kriterien und das Vorliegen von einem von zwei Symptomen aus jedem der drei DSO-*(Disturbances in self-organization)* Symptomgruppen (mit einer verminderten Schreckreaktion, wenn keine Hypervigilanz oder übertriebene Schreckreaktion vorhanden sind) plus das Vorliegen der Beeinträchtigungskriterien. **Ein Symptom liegt dann vor, wenn es traumabezogen ist, seit mindestens drei Monaten besteht und einen Wert ≥ 2 erreicht.**

Bitte beachten Sie, dass dies eine vorläufige Version eines Instruments ist, das zur Zeit entwickelt wird und für welche Änderungen vorbehalten bleiben.

Teil 2. ICD-11 Symptome der Komplexen PTBS	Score	Kriterien erfüllt?
(A) Emotionsregulation – Hyperaktivierung oder Deaktivierung		
(7) Schwierigkeiten sich zu beruhigen		
(8) Sich emotional taub oder „heruntergefahren“ fühlen		
Mindestens ein Item mit Wert ≥ 2 erforderlich		
(B) Negatives Selbstkonzept		
(9) Sich wie ein Versager fühlen		
(10) Sich wertlos fühlen		
Mindestens ein Item mit Wert ≥ 2 erforderlich		
(C) Gestörte Beziehungen		
(11) Sich von anderen entfernt oder abgeschnitten fühlen		
(12) Schwierigkeiten emotional nah zu sein		
Mindestens ein Item mit Wert ≥ 2 erforderlich		
Gesamtwert		
(D) Beeinträchtigungs-Kriterien		
(1) Soziale Beeinträchtigung		
(2) Berufliche Beeinträchtigung		
Mindestens ein Item mit Wert ≥ 2 erforderlich		
(E) DSO-Definition erfüllt: Kriterien A, B, C, D		
KPTBS Diagnose erfüllt: alle PTBS- und alle DSO-Kriterien		
Oder: Erfüllt alle Kriterien für PTBS mit Ausnahme der anhaltenden Wahrnehmung einer erhöhten aktuellen Bedrohung, zudem die Kriterien einer verminderten Schreckreaktion sowie alle DSO-Kriterien		

Ausgefüllt von: _____

Datum: _____

Elternfragebogen PROPS

Wie gut beschreiben die folgenden Aussagen über Zustände oder Eigenschaften das Verhalten Ihres Kindes **in der letzten Woche**?

Wenn die Aussage gar nicht zutrifft, kreuzen Sie den ersten Kreis an. Wenn eine Aussage etwas zutrifft, kreuzen Sie bitte den mittleren Kreis an. Wenn sie sehr zutrifft, kreuzen Sie den letzten Kreis an.

Lassen Sie bitte keine Aussage aus, selbst wenn Sie sich nicht sicher sind. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

	<i>gar nicht</i>	<i>etwas</i>	<i>sehr</i>
traurig oder deprimiert	☐	☐	☐
vermeidet frühere Interessen	☐	☐	☐
Konzentrationsschwierigkeiten	☐	☐	☐
denkt an schlechte Erlebnisse	☐	☐	☐
fühlt sich schuldig	☐	☐	☐
schaltet ab	☐	☐	☐
macht sich Sorgen	☐	☐	☐
nervös	☐	☐	☐
Schlafstörungen	☐	☐	☐
Alpträume oder schlechte Träume	☐	☐	☐
Bauchschmerzen	☐	☐	☐
Kopfschmerzen	☐	☐	☐
zieht sich zurück	☐	☐	☐
Stimmungsschwankungen	☐	☐	☐
besorgt / ängstlich	☐	☐	☐
wiederholt die gleichen Spiele oder Aktivitäten	☐	☐	☐
klammert sich an Erwachsene	☐	☐	☐
unbegründete Ängste	☐	☐	☐
in Probleme/Konflikte verwickelt	☐	☐	☐
fühlt sich ungerecht behandelt	☐	☐	☐
gereizt / reizbar	☐	☐	☐
überwacht	☐	☐	☐
Prügeleien	☐	☐	☐
kommandiert Gleichaltrige	☐	☐	☐
ängstlich	☐	☐	☐
leicht zu erschrecken	☐	☐	☐
aufbrausend	☐	☐	☐
streitet	☐	☐	☐
geheimnistuerisch	☐	☐	☐
gleichgültig	☐	☐	☐

Name: _____

Datum: _____

Fragebogen für Kinder und Jugendliche CROPS

Wie gut treffen folgende Aussagen auf Dich **in der letzten Woche** zu? Wenn die Aussage gar nicht zutrifft, kreuze den ersten Kreis an. Wenn die Aussage etwas zutrifft, kreuze den mittleren Kreis an. Wenn die Aussage sehr zutrifft, kreuze den letzten Kreis an.

Lass bitte keine Aussage aus, selbst wenn Du Dir nicht sicher bist. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

	<i>gar nicht</i>	<i>etwas</i>	<i>sehr</i>
Ich fühle mich traurig oder deprimiert.	☐	☐	☐
Ich habe zu nichts Lust.	☐	☐	☐
Ich kann mich nur schwer konzentrieren.	☐	☐	☐
Ich denke an schlechte Dinge, die passiert sind.	☐	☐	☐
Ich glaube ich bin schuld daran, wenn schlechte Dinge passieren.	☐	☐	☐
Ich schalte ab, wenn man mit mir redet.	☐	☐	☐
Ich mache mir Sorgen, das etwas Schlimmes passieren wird.	☐	☐	☐
Ich bin nervös und zappelig.	☐	☐	☐
Mir fällt es schwer, abends einzuschlafen.	☐	☐	☐
Ich träume schlecht oder habe Alpträume.	☐	☐	☐
Ich bekomme Bauchschmerzen.	☐	☐	☐
Ich bekomme Kopfschmerzen.	☐	☐	☐
Ich fühle mich ganz allein.	☐	☐	☐
Ich habe Tagträume.	☐	☐	☐
Ich versuche, schlechte Dinge, die passiert sind, zu vergessen.	☐	☐	☐
Ich vermeide Sachen, die mich an schlimme Ereignisse erinnern.	☐	☐	☐
Ich tue Dinge, um sicher zu gehen, das nichts Schlimmes passiert.	☐	☐	☐
Ich tue Dinge, für die ich wahrscheinlich zu alt bin.	☐	☐	☐
Ich fühle mich krank oder habe Schmerzen.	☐	☐	☐
Ich fühle mich müde oder schlapp.	☐	☐	☐
Ich fühle mich eigenartig oder anders als die anderen Kinder.	☐	☐	☐
Ich habe das Gefühl, etwa stimmt nicht mit mir.	☐	☐	☐
Ich fühle mich wie verhext oder wie ein Pechvogel.	☐	☐	☐
Dinge regen mich auf und machen mich verrückt.	☐	☐	☐
Ich bin auf der Hut vor schlechten Dingen, die geschehen könnten.	☐	☐	☐

(19)

0 P

1P

2P

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

4. Ich stelle fest, dass ich physische Schmerzen verschwinden lassen kann.

[illegible]

5. Manche Leute sagen mir, dass ich mich manchmal so anders verhalte, als sei ich eine andere Person.

[illegible]

6. Ich finde Notizen, Zeichnungen oder Briefe, die von mir sein müssen, aber ich kann mich nicht daran erinnern, sie gemacht zu haben.

[illegible]

7. Es kommt mir so vor, als würde ich meinen Körper verlassen und mich beobachten, als ob ich eine andere Person wäre.

[illegible]

8. Mein Körper fühlt sich an, als ob er nicht zu mir gehört.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(niemals) (immer)

Skala für dissoziative Erfahrungen von Jugendlichen (A-DES II)

Armstrong, J. G., Putnam, F. W., Carlson, E. B., Libero, D. Z. & Smith, S R. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 491-497.

Übersetzung: Kinder Trauma Institut (Eva Zaoui, Helga Traub, Thomas Hensel)

Anweisungen

Bei diesen Fragen geht es um verschiedene Arten des Erlebens, die Menschen haben können. Kreise bei jeder Frage die entsprechende Zahl ein, die darstellt, wie sehr diese Erfahrung auf Dich zutrifft. Kreise die "0" ein, wenn Du diese Erfahrung noch nie gemacht hast, und kreise die "10" ein, wenn die Erfahrung ständig für Dich zutrifft. Trifft sie nur manchmal zu, kreise die Zahl zwischen 1 und 9 ein, die am besten beschreibt, wie oft die Erfahrung für Dich zutrifft. Gebe bei Deiner Antwort nur an, wie oft diese Dinge geschehen, wenn Du KEINEN Alkohol und KEINE Drogen zu dir genommen hast.

Beispiel:

[illegible]

Name _____ Alter/Klasse _____ Geschlecht: M W

Datum _____

1. Beim Fernsehen, Lesen oder Videospielen bin ich so vertieft, dass ich nichts von dem merke, was um mich herum geschieht.

[illegible]

2. Ich erhalte Arbeiten oder Hausaufgaben zurück und kann mich überhaupt nicht daran erinnern, sie gemacht/erledigt zu haben.

[illegible]

3. Ich habe starke Gefühle, die nicht meine eigenen zu sein scheinen.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(niemals) (immer)

4. Manchmal kann ich etwas sehr gut, was mir ein anderes Mal überhaupt nicht gelingt.

[illegible]

5. Von anderen wird mir erzählt, dass ich Dinge gesagt oder getan habe, an die ich mich überhaupt nicht erinnern kann.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

6. Ich fühle mich wie im Nebel oder „gar nicht da“, und die Dinge um mich herum kommen mir unwirklich vor.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

7. Ich weiß nicht mehr, ob ich etwas wirklich getan habe oder nur daran gedacht habe, es zu tun.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

8. Ich schaue auf die Uhr und stelle fest, dass die Zeit vergangen ist, aber ich kann mich nicht mehr daran erinnern, was in dieser Zeit geschehen ist.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

9. Ich höre in meinem Kopf Stimmen, die nicht von mir sind.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

10. Wenn ich irgendwo bin, wo ich nicht sein möchte, kann ich mich in Gedanken an einen anderen Ort versetzen.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

11. Ich kann so gut lügen und schauspielern, dass ich selbst daran glaube.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

12. Mitten in einer Tätigkeit kommt es mir plötzlich so vor, als würde ich "aufwachen".

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

13. Ich erkenne mich selbst nicht im Spiegel wieder.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

14. Ich merke auf einmal, dass ich irgendwohin gehe oder irgendetwas tue, ohne zu wissen, warum.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

15. Ich finde mich an irgendeinem Ort wieder, aber ich erinnere mich nicht, wie ich dahin gekommen bin.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

16. Ich habe Gedanken, die eigentlich gar nicht so richtig zu mir gehören.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

17. Ich stelle fest, dass ich physische Schmerzen verschwinden lassen kann.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

18. Ich kann nicht herausfinden, ob bestimmte Dinge wirklich passiert sind, oder ob ich nur davon geträumt oder daran gedacht habe.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

19. Ich erwische mich dabei, etwas zu tun, das ich wirklich nicht tun möchte und von dem ich genau weiß, dass es falsch ist.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

20. Manche Leute sagen mir, dass ich mich manchmal so anders verhalte, als sei ich eine andere Person.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

21. Es ist (Ich habe das Gefühl), als wären Mauern in meinem Kopf

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

22. Ich finde Notizen, Zeichnungen oder Briefe, die von mir sein müssen, aber ich kann mich nicht daran erinnern, sie gemacht zu haben.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

23. Ich habe das Gefühl, irgendetwas in mir lässt mich Dinge tun, die ich nicht tun möchte.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

24. Es passiert, dass ich nicht sagen kann, ob ich mich nur an etwas erinnere oder ob ich es gerade erlebe.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

25. Es kommt mir so vor, als würde ich meinen Körper verlassen und mich beobachten, als ob ich eine andere Person wäre.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

26. Mein Verhältnis zu meiner Familie und meinen Freunden ändert sich plötzlich, ohne dass ich wüsste warum.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

27. Ich habe das Gefühl, meine Vergangenheit ist ein Puzzle, von dem einige Teile fehlen.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

28. Ich beschäftige mich so intensiv mit meinen Spielsachen oder meinen Stofftieren, dass es mir so vorkommt, als seien sie lebendig.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

29. Ich fühle mich, als würde ich aus verschiedenen Personen bestehen

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

30. Mein Körper fühlt sich an, als ob er nicht zu mir gehört.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

Trauer-Fluss und Trauma-Eisberg

Chris Paul

Bonn, Deutschland

Der Artikel verdeutlicht die Zusammenhänge und die Unterschiede im Durchleben eines Trauerprozesses und einer Psychotraumatisierung. Als Struktur dient dafür das „Kaleidoskop des Trauerns“, ein von der Autorin entwickeltes integratives Modell zu Trauertheorien. Vorgestellt werden vor diesem Hintergrund die „traumasensible Trauertherapie“ und eine „trauersensible Traumatherapie“ mit ihren gegenseitigen Verzahnungen.

Schlüsselwörter: Trauerprozess, Psychotraumatisierung, Trauerkaleidoskop, Traumafolgestörung, traumatische Trauer, Trauerfacetten

The river of grief and the iceberg of trauma. This article clarifies the similarities and differences between experiencing a bereavement process and undergoing psychotraumatization. Its structure is the „kaleidoscope of mourning,“ an integrative model of grieving theories developed by the author. „Trauma-sensitive mourning therapy“ and „mourning-sensitive trauma therapy,“ along with their intertwinements, will be presented against this background.

Keywords: bereavement process, psychotraumatization, kaleidoscope of mourning, traumatic stress disorder, traumatic bereavement, bereavement facets

Einleitung

„Es gibt gute Gründe, die dafür sprechen, dass Trauer in gewisser Weise angeboren ist: eine natürliche und allgemein verbreitete Reaktion auf den Tod einer Person, der man sich nahe fühlt“ (Stroebe & Schut, 1998/2011, S. 40). Bei Trauer wird einerseits – in einer langen und kontroversen Tradition – zwischen normalen und pathologischen Verläufen unterschieden, andererseits wird Trauer heute auch als normaler und gesunder Prozess gesehen, unabhängig von ihrer Dauer oder ihren Ausdrucksmöglichkeiten. „Pathologische Trauer ist eine Abweichung von der Norm (d. h. der gefühlsmäßigen Trauerreaktion, die nach einem bestimmten Todesfall/Verlust erwartet wird [...]). Die zentrale Frage lautet hier selbstverständlich: Was ist die Norm?“ (ebd., S. 44f.). Verschiedene Begriffe beschreiben Abweichungen von einem nie klar definierten Prozess, u. a. chronische, verzögerte und ausbleibende Trauer (ebd., S. 45) sowie komplizierte und traumatische Trauer.

Der Begriff „traumatische Trauer“ (traumatic grief) wurde eine Zeit lang analog zu „komplizierte Trauer“ (complicated grief) benutzt, um besonders schwierige Trauerverläufe zu charakterisieren bzw. pathologisieren (Eckardt, 2017). Beide Wendungen wurden abgelöst durch den Terminus „anhaltende Trauererkrankung“ (prolonged grief disorder), der in der ICD-11 (WHO, 2019) als neue und erste eindeutige Trauerdiagnose verankert wurde (icd.who.int/browse11/l-m/en). Der deutsche Bundesverband Trauerbegleitung (BVT e.V.) nutzt seit 2010 den Begriff „traumatische Trauer“ (Paul, 2011, S. 80f.) für Trauerprozesse, bei denen Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) den Trauerprozess stark beeinflussen. Dem schließe ich mich in meinen Ausführungen an, meine damit jedoch kein „pathologisches“ Geschehen, sondern bewertungsfrei ein Zusammentreffen von zwei Prozessen, die sich gegenseitig beeinflussen.

Die Trauerfacetten des Kaleidoskops

Der Trauerprozess wird mit verschiedenen Metaphern und Theorien beschrieben, aus denen ich im Lauf meiner langjährigen Unterrichtstätigkeit ein integratives Modell geformt und 2017 unter dem Titel „Kaleidoskop des Trauerns“ veröffentlicht habe. Es eignet sich gut, Besonderheiten von Trauerprozessen wahrzunehmen.

Chris Paul, Trauertherapeutin, Fortbildung in Körperorientierter Trauerbehandlung nach Peter Levine, Anbieterin von Weiterbildung. Seit mehr als 20 Jahren überwiegend Arbeit mit erwachsene Klientinnen und Klienten, die als Hinterbliebene nach gewaltsamen und stigmatisierten Todesarten trauern.
www.chrispaul.de, info@chrispaul.de

Es unterscheidet sechs Bereiche bzw. Facetten des Trauerprozesses, die meiner Erfahrung nach jeder Mensch nach einem Verlust vor dem Hintergrund seiner Biografie, Persönlichkeitsmerkmale, Ressourcen und aktuellen Belastungen auf je eigene individuelle Art durchläuft. Einzelne Facetten werden über einen langen Zeitraum mehrfach und oft gleichzeitig „bearbeitet“. Die Metapher des Kaleidoskops veranschaulicht, dass meiner Erfahrung und Grundeinstellung zufolge die sechs Trauerfacetten stets präsent sind und in unterschiedlichen Konstellationen zu verschiedenen Zeitpunkten verschiedene Muster bilden. Das Modell wird von Fachleuten, aber auch Betroffenen gut angenommen, Trauernde selbst erkennen das, was sie ohnehin auch ohne Unterstützung tun, wieder und erleben es gleichzeitig als hilfreich, jene Bereiche zu identifizieren, mit denen sie noch nicht oder nicht ohne Unterstützung umgehen können.

Das Trauerkaleidoskop (Paul, 2017) besteht aus den folgenden sechs Facetten eines Trauerwegs:

- *Überleben*: Meist automatisch ablaufende Aktivitäten verrichten, die dem eigenen Überleben und dem von anvertrauten Anderen dienen. Dazu gehören Ablenkung, Aktivismus, Aggressivität, Alkohol- und Medikamentengebrauch, Rückzug, aber auch Hilfesuchen, Gemeinschaftserleben, Ritualgestaltung (vgl. Stroebe & Schut, 1998/2011; Paul, 2017).
- *Wirklichkeit*: Sich mit der Sterbesituation auseinandersetzen, den Tod bei Totenfürsorge und Abschiednahme sinnlich begreifen, das Sterben und die Tatsache, dass ein Mensch gestorben und tot ist, versprachlichen und reale sowie fantasierte Bilder vom Sterben, spirituelle Vorstellungen vom Übergang zwischen Leben und Tod entwickeln (vgl. „Nicht-wahrhaben-Wollen“ bei Kast, 1982/1986, S. 66; „Den Verlust als Realität akzeptieren“ bei Worden, 2009/2011, S. 45–49; Paul, 2017).
- *Gefühle*: – Eine Vielzahl von teils widersprüchlichen Gefühlen erleben und ausdrücken, die nach einem Verlust auftauchen. Diese sind stark ausgeprägt und überfordern häufig das, was ein Mensch sich selbst zugesteht, wie auch das, was Außenstehende aushalten können (vgl. „aufbrechende Emotionen“ bei Kast, 1982/1986, S. 66–72; „Den Schmerz verarbeiten“ bei Worden, 2009/2011, S. 50–52).
- *Anpassung*: Veränderungen im Alltag wahrnehmen und Strategien zum Umgang damit entwickeln. Entscheidungen über neue Alltagsroutinen und über den Umgang mit Hinterlassenschaften treffen, Strategien im Umgang mit Ignoranz, Mitleid und Überforderung im Umfeld entwickeln (vgl. „Phase des neuen Selbst- und Weltbezugs“: Kast, 1982/1986, S. 78–86; vgl. auch Worden, 2009/2011)
- *Verbundenbleiben*: Die innere Beziehung zum Verstorbenen so gestalten, dass sie das eigene Weiterleben positiv unterstützt. Bleibende Bindungserlebnisse sind u. a. Träume, Erinnerungen, verbindende Gegenstände, verbindende Orte,

Präsenzerlebnisse, innere Vermächtnisse, geteilte Erinnerungen und Gedenken in der Gruppe (vgl. Worden, 2009/2011; Klass, 1996; Kachler, 2010/2016; Paul, 2017).

- *Einordnen*: Grundüberzeugungen an das Geschehene anpassen, das eigene Leben wieder als zusammenhängend wahrnehmen. Warum-Fragen stellen, nach Schuldigen suchen, Verunsicherung bisheriger positiver Überzeugungen oder Bestätigung pessimistischer Grundannahmen erleben sowie „neuen Welt- und Selbstbezug“ (Kast, 1982/1986, S. 78–86) entwickeln (vgl. auch Neimeyer, 2002; Worden, 2009/2011; Paul, 2017).

Trauma und Verlust

Ein „Psychotrauma“ bezeichnet zunächst die Verletzung, die entsteht, wenn ein als überwältigend wahrgenommenes Lebensereignis nicht mit den vorhandenen Bewältigungsmechanismen abgewehrt werden kann. Existenz- und lebensbedrohliche Ereignisse führen dazu, dass entwicklungsgeschichtlich alte Teile des Gehirns (Levine, 2010/2011, S. 45–52; Fischer & Riedesser, 2009; S. 118–127) aktiviert werden und in Sekundenbruchteilen die Kontrolle über den Körper übernehmen. Dabei werden Botenstoffe ausgeschüttet, der Körper in Kampfbereitschaft gebracht, um Flucht vor bzw. den Kampf mit der so eingeschätzten Bedrohung zu ermöglichen. („Kampf-/Fluchttenenden“, Fischer & Riedesser, 2009, S. 82). Der „Totstellreflex“ (freeze), das Erstarren und Verstummen als dritte Verhaltensmöglichkeit wird durch konträre Botenstoffe ausgelöst. Um die widersprüchlichen und massiven Informationen „abregieren“ zu können, erfolgt bei Überleben und Abklingen der Gefahr eine Abschlussequenz, in der der Körper durch Zittern die Reste der Bewegungsimpulse abarbeitet (Levine, 2010/2011, S. 71–79) und die Emotionen durch Schluchzen und Weinen (oder Lachen) einen Ausdruck finden. Diese Traumareaktionen sind nahezu instinkthaft und kaum kulturell oder kognitiv beeinflussbar (ebd., S. 30, S. 102ff.). Sie finden im Organismus der betroffenen Einzelperson statt und dienen dem Überleben des aktuellen Moments. Eine dauerhaft belastende Traumafolgestörung entsteht erst, wenn die quasi-automatische Verhaltenssequenz nicht angemessen ausgeführt bzw. zu Ende geführt werden kann. Die Wiederholung einzelner Reaktionen als Antwort auf auslösende Reize (Trigger) ebenso wie das unwillkürliche Wiedererleben von Erlebnisteilen als „Intrusion“ oder „Flashback“ kann als Selbstheilungsversuch gewertet werden. Daher spricht man erst beim Andauern der Symptome (u. a. Hyperarousal, Intrusionen, Vermeidungsverhalten gegenüber Triggern) über mehr als sechs Monate nach dem überfordernden Ereignis von einer Traumafolgestörung (Eckardt, 2017, S. 21). Durch verschiedene spezialisierte Psychotherapieformen

werden Betroffene in die Lage versetzt, die Symptome zu lindern, Verhaltenssequenzen abzuschließen, Körper und Geist zu beruhigen und das bedrohliche, traumatische Ereignis als Teil der eigenen Lebensgeschichte zu integrieren.

Neben anderen Gewalterlebnissen, sexuellem Missbrauch und dem Bezeugen von Gewalt kann auch das Erleben plötzlicher Tode im eigenen Umfeld eine Traumafolgestörung auslösen (muss aber nicht). „Wenn ein Kind ein Geschwisterkind, einen Freund oder gar einen Elternteil plötzlich durch Tod verliert oder für immer von ihm getrennt wird, bedeutet dies oft eine seelische Traumatisierung, die auch mit einer Traumafolgestörung im engeren Sinne einhergehen kann“ (Krüger, 2007/2015, S. 67).

Verlustereignisse können traumatisierend sein, wenn sie plötzlich, unvorbereitet und mit gewaltvollen Bildern und Vorstellungen einhergehen. Im Trauerprozess geht es jedoch um weit mehr als um die Integration eines überwältigenden Verlustereignisses, der Verlust und damit die Wirklichkeit des Todes oder der Trennung sind „nur“ ein Teil eines ganzheitlichen Trauerprozesses. Verlusterlebnisse sind nicht per se traumatisch, daher sind Trauerprozesse nicht per se eine Traumafolgestörung. Aber Verlusterlebnisse, die als traumatisch erlebt werden, beeinflussen den gesamten Trauerprozess und brauchen daher Aufmerksamkeit und fachspezifische Unterstützung.

Unterschiede zwischen Trauer und Traumatisierung

Die Verarbeitung eines traumatischen Erlebens hin zur Traumafolgestörung kann mit der Bildung eines alle Bereiche des Lebens dominierenden Eisbergs verglichen werden. Erinnerungen an das Ereignis werden ebenso wie die damit verbundenen Deutungen und Körperwahrnehmungen abgespalten und bleiben unbearbeitet über Jahrzehnte konstant. Tatsächlich widersetzt sich dieser „Eisberg“ den meisten Versuchen, ihn durch das normalerweise entlastende Erzählen und Durchdenken von krisenhaften Erlebnissen „abzuschmelzen“, vielmehr intensivieren sich Schrecken, körperliche Angstreaktionen, Aggression und Erinnerungsblitze durch die unbedachte Wiederholung sogar noch. Traumatherapie in ihren verschiedenen Ausprägungen schafft Zugang zu einer kontrollierbaren Erinnerung, einem Abbau von belastenden Körperreaktionen und dient so der Integration des Ereignisses. Um im Bild zu bleiben: Der Eisberg wird abgeschmolzen, und die bleibenden Eisstücke können als Teil der eigenen Lebensgeschichte ab und zu bewusst erinnert, ansonsten aber in den Hintergrund des eigenen Lebens verschoben werden.

Im Gegensatz dazu kann die innere Verarbeitung eines Verlusts als gewundener Weg oder Flusslauf beschrieben werden. An die Stelle eines schnurgeraden zielgerichteten Wegverlaufs

eignet sich eher die Metapher eines Labyrinths oder einer Spirale, beide legen nahe, dass bei ständiger Weiterentwicklung doch immer wieder dieselben Themenfelder gestreift werden. Diese Themenfelder wurden von verschiedenen Trauerforschern und -forscherinnen unterschiedlich benannt. Die Pionierin der Forschung im Bereich der Sterbe- und Trauerprozesse, Elisabeth Kübler-Ross (1969/1971), benannte fünf Phasen dieser Prozesse. Es folgte ein weiteres Phasenmodell von John Bowlby (1980), im Deutschen bekannt geworden durch eine modifizierte Version von Verena Kast (1982/1986). William Worden (2009/2011, S. 45–59) formulierte Traueraufgaben und passte deren Formulierung im Lauf der Jahrzehnte an die Idee der „fortdauernden Bindungen“ („continuing bonds“) von Dennis Klass, Phillis R. Silverman und Steven L. Nickman (1996) an, der in Deutschland als fortbestehende Liebe und innere Verbundenheit durch die hypnosystemische Arbeit von Roland Kachler (2010/2016) bekannt wurde. Worden (2009/2011) änderte die Aufgabe vom „emotionalen Rückzug von der verstorbenen Person, so dass emotionale Energie in andere Beziehungen neu investiert werden kann“ (S. 56) zunächst in „Neuverortung der verstorbenen Person, um so einerseits mit ihr in Verbindung zu bleiben, sich aber andererseits dem eigenen Leben zuwenden zu können“ (ebd.) und später in „eine dauerhafte Verbindung zu der verstorbenen Person inmitten des Aufbruchs in ein neues Leben finden“ (ebd.). Das fast sprichwörtliche „Loslassen“ ist also nicht Ziel und „Heilung“ aller Trauerprozesse. In einem Trauerverständnis, das die Erinnerung nicht nur als vorübergehende Phase betrachtet, sondern als andauernde und positiv unterstützende Möglichkeit, mit Verstorbenen innerlich emotional verbunden zu sein, offenbart sich ein wesentlicher Unterschied zur Traumabewältigung. Ein traumatisches Ereignis *soll* seinen Platz in der eigenen Geschichte finden und so weit wie möglich von der Gegenwart entfernt erlebt werden. Je präsenter das Traumaerleben durch Flashbacks, getriggerte Erinnerungen, Wiederholungs- und Vermeidungsverhalten, bleibende Nervosität, Aggressionsbereitschaft oder Ängstlichkeit in der Gegenwart ist, desto höher ist der Leidensdruck. Ganz anders im Trauerprozess: Ein naher, geliebter Mensch *darf* als innerer Wegbegleiter auf dem weiteren Lebensweg präsent sein und richtet dabei keinen Schaden an, erhöht vielmehr die Lebensqualität der Trauernden, sobald es gelingt, sich mit stärkenden Beziehungsanteilen zu verbinden.

Ein weiterer Unterschied fällt auf: Ein traumatisches Ereignis ist meist situativ, geschieht in einer begrenzten Zeit (Monotrauma) oder es besteht aus einer Wiederholung ähnlicher Situationen (z. B. wiederholte sexualisierte Gewalt; vgl. Politrauma, neu in der ICD-11; WHO, 2019). Trauerprozesse hingegen beziehen sich auf länger bestehende komplexe Bindungen (nur bedeutsame Verluste lösen Trauer aus; s. o.), wir betrauern nicht „den Verlust“, vielmehr ist der Verlust der Anlass einer

Trauer um viele unterschiedliche Bindungsfaktoren, z. B. gemeinsame Erlebnisse, gegenseitige Sinnstiftungen. Auch wenn ein Verlusterlebnis an sich traumatisch ist, bleibt es die Aufgabe des Trauerprozesses, mehr zu tun, als die traumatische Sterbesituation zu bearbeiten. Der vermisste und betrauerte Mensch ist mehr als sein möglicherweise traumatisches Sterben. Der ganzheitliche Trauerprozess setzt sich mit allen Seiten eines vermissten, betrauten Menschen auseinander: mit den bereichernden und beglückenden Anteilen ebenso wie mit den erschreckenden, fordernden und eben auch möglicherweise traumatisierenden Anteilen im Leben und Sterben. Die Herausforderung besteht darin, dass traumatische Bilder als „Eisberg“ den Fluss der Erinnerungen und Gefühle eines Trauerprozesses dominieren können. Die Ganzheit des Verstorbenen droht hinter den möglicherweise dramatischen Umständen seines Sterbens zu verschwinden. Der stärkste Eindruck steht naturgemäß im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Wenn dieser Eindruck überfordernd und grausam war, betrachten Betroffene den traumatischen Verlust stärker als den Menschen, den sie dabei verloren haben. Der „traumatische Eisberg“ wächst mit der Aufmerksamkeit, die er bekommt. Tatsächlich lässt sich beobachten, wie neuronale Netzwerke sich bei jedem Nacherzählen einer traumatischen Situation verstärken (Levine, 2010/2011, S. 137f.). Der natürliche Fluss des Trauerprozesses wird dadurch verlangsamt und in eine bestimmte Richtung gelenkt, die Vielfalt von Gefühlen, Gedanken und Aktionen droht eingeengt zu werden auf Reaktionsweisen, die so im Rahmen einer PTBS vorkommen.

Der Eisberg im Trauer-Fluss: traumasensible Aspekte im Kaleidoskop des Trauerns

Überleben: meist automatisch ablaufende Aktivitäten, die dem eigenen Überleben und dem von anvertrauten Anderen dienen. Dazu gehören Ablenkung, Aktivismus, Aggressivität, Alkohol- und Medikamentengebrauch, Rückzug, aber auch Hilfesuche, Gemeinschaftserleben, Ritualgestaltung (vgl. Stroebe & Schut, 1998/2011; Paul, 2017, S. 14, 2018, S. 30f.)

Wirklichkeit: Auseinandersetzung mit der Sterbesituation, sinnliches Begreifen des Todes bei der Totenfürsorge und Abschiednahme, Versprachlichung des Sterbens und der Tatsache, dass ein Mensch gestorben und tot ist, reale und fantasierte Bilder vom Sterben, spirituelle Vorstellungen vom Übergang zwischen Leben und Tod (vgl. „Nichtwahrhaben-Wollen“ bei Kast, 1982/1986, S. 66; „Den Verlust als Realität akzeptieren“ bei Worden, 2009/2011, S. 45–49). *Traumasensible Aspekte:*

- Traumatische Todesursachen wie Unfall, Mord, Suizid können starke Verletzungen hinterlassen, der unvorbereitete und unbegleitete Anblick kann traumatisch

sein. Auch Fantasien über den Anblick können traumatisch sein.

- Todesursachen wie Suizid, Mord, Unfall müssen polizeilich untersucht werden, dazu gehört in der Regel die Beschlagnahmung und Untersuchung des Leichnams und teilweise eine Obduktion. Die direkte Abschiednahme wird dadurch verzögert.
- Traumatisierende Verluste können einen Schock auslösen, der die Wahrnehmungsfähigkeit verengt und Erinnerungen abspalten kann. Die „Wirklichkeit“ einer Todesnachricht oder einer Abschiednahme existiert dann in der bewussten Erinnerung nicht.
- Traumatisierende Verluste werden häufig mit starken Beruhigungsmitteln therapiert, diese beeinflussen die Wahrnehmung und spätere Erinnerungsfähigkeit.

Gefühle: Eine Vielzahl von Gefühlen erleben und ausdrücken, die nach einem Verlust auftauchen. Diese sind stark ausgeprägt und überfordern häufig das, was ein Mensch sich selbst zugesteht, und auch das, was Außenstehende aushalten können (vgl. „aufbrechende Emotionen“ bei Kast, 1982/1986, S. 66–72; „Den Schmerz verarbeiten“ bei Worden, 2009/2011, S. 50–52).

Traumasensible Aspekte:

- Traumatisierende Verlusterlebnisse können einen Schock auslösen, der die Empfindungsfähigkeit minimiert oder eine vollständige Dissoziation vom Gefühlserleben bewirkt. Diese Dissoziation kann Berichten von Betroffenen zufolge mehrere Monate anhalten. „Die Welt *bleibt* bei einer Traumatisierung in Teilen des Gefühls des betroffenen Menschen *still stehen*“ (Krüger, 2007/2015, S. 24; Hervorh. i. Orig.).
- Die Vielfalt der durch ein traumatisches Erleben ausgelösten Trauergefühle kann sich verengen auf Grundemotionen: Angst, Wut, Verzweiflung, Selbstbeschuldigungen.

Anpassung: Veränderungen im Alltag wahrnehmen und Strategien zum Umgang damit entwickeln. Entscheidungen über neue Alltagsroutinen, über den Umgang mit Hinterlassenschaften treffen. Strategien im Umgang mit Ignoranz, Mitleid und Überforderung im Umfeld entwickeln (vgl. „Phase des neuen Selbst- und Weltbezugs“: Kast, 1982/1986, S. 78–86; vgl. auch Worden, 2009/2011). *Traumasensible Aspekte:*

- Zur Traumareaktion kann Vermeidungsverhalten gehören, zum Trauerprozess hingegen nicht. Traumatisierte Trauernde zeigen ein unterschiedlich stark ausgeprägtes Vermeidungsverhalten in Bezug auf den Ort des Sterbens, auf Personen, die die Todesnachricht überbracht haben, auf akustische, optische und olfaktorische Reize, die mit dem Sterben und/oder dem vorangegangenen Leiden verbunden sind.
- Auch die soziale Umwelt bezieht sich eher auf die traumatischen Todesumstände als auf den verstorbenen Menschen.

Freundinnen und Freunde sowie Bekannte, teilweise Presseorgane nehmen die Hinterbliebenen nicht als normale Trauende wahr, sondern als Beteiligte an einer außergewöhnlichen Katastrophe. Das verhindert angemessene Anteilnahme, löst bei den Betroffenen Scham aus und führt zu weiterem Vermeidungsverhalten im sozialen Kontext, um unangemessenen und aufwühlenden Fragen und Bemerkungen aus dem Weg zu gehen.

Verbundenbleiben: Die innere Beziehung zum Verstorbenen so gestalten, dass sie das eigene Weiterleben positiv unterstützt. Träume, Erinnerungen, verbindende Gegenstände, verbindende Orte, Präsenzerlebnisse, innere Vermächtnisse, geteilte Erinnerungen und Gedenken in der Gruppe nutzen (vgl. Worden, 2009/2011; Klass et al., 1996; Kachler, 2010/2016; Paul, 2017, 2018). *Traumaisensible Aspekte:*

- Traumatische Todesumstände können alle anderen Erinnerungen an einen Menschen überlagern. Die verstorbene Person und die Erinnerungen werden so reduziert auf ein traumatisches Sterben bzw. die Vorgeschichte dieses Todes. Im Mittelpunkt der emotionalen Verarbeitung steht nicht der Verlust eines wichtigen, geliebten Menschen, sondern das Teilhaben an einem katastrophalen, überfordernden Ereignis.

Einordnen: Grundüberzeugungen an das Geschehene anpassen, das eigene Leben wieder als zusammenhängend wahrnehmen. Es dominieren Warum-Fragen, Suche nach Schuldigen, Verunsicherung bisheriger positiver Überzeugungen oder Bestätigung pessimistischer Grundannahmen, „Phase des neuen Welt- und Selbstbezugs“ (Kast, 1982/1986, S. 78–86; vgl. auch Neimeyer, 2002; Worden, 2009/2011; Paul, 2017, 2018). *Traumaisensible Aspekte:*

- Moralische Bewertungen können von potenziell traumatisierenden Todesursachen herausgefordert werden. Tabus und Trauma liegen manchmal eng beieinander und beeinflussen den Trauerprozess. Dies ist zu beobachten bei Suizid, Mord, Schwangerschaftsabbruch, Drogentod und Unfall. Das Verhalten der Verstorbenen selbst, aber auch das Verhalten von anderen Beteiligten und nicht zuletzt das eigene Verhalten werden von den Hinterbliebenen akribisch analysiert und bewertet.
- Aus der Arbeit mit traumatisierten Gewaltopfern ist bekannt, dass Trauma-Opfer sich selbst die Schuld am Geschehen geben, um der erlebten Ohnmachtssituation ein subjektives Machtgefühl entgegenzusetzen. „Schuldgefühle dienen im Fall von Traumatisierungen meist der Abwehr von Ohnmacht. Besser schuldig als ohnmächtig“ (Reddemann, 2016, S. 186). Auch traumatisierte Trauernde zeigen meiner Erfahrung nach häufig Selbstbezeichnungen in einem Ausmaß, das für Außenstehende kaum nachvollziehbar ist (Paul, 2010, S. 94).

Trauersensible Traumabearbeitung

Der Trauerprozess als gewundener Weg kann durch ein traumatisierendes Ereignis behindert werden. In der Trauerfacette „Wirklichkeit“ finden sich traumatisierende Todesursachen wie Unfall, Mord, Suizid und Sterben im Rahmen einer Naturkatastrophe oder eines Terroranschlags. Doch auch viele andere Sterbearten können mit traumatischen Erfahrungen in der Sterbesituation einhergehen, z. B. Schwangerschaftsabbrüche oder Plötzlicher Kindstod. Allen gemeinsam sind die Plötzlichkeit des Sterbens, die realen oder vorgestellten starken Verletzungen der verstorbenen Person sowie das meist vorgestellte intensive Leiden des sterbenden Menschen. Hier finden bereits traumatherapeutische Verfahren Anwendung, um die emotionale Belastung und das Vermeidungsverhalten zu mindern. Allen Therapieformen ist gemeinsam, dass sie zunächst mit einer Phase der Stabilisierung, Ressourcenstärkung und Vermittlung von Entspannungstechniken beginnen. Klientinnen und Klienten werden so aus dem Zustand des ohnmächtigen Erleidens von Stress, Überflutung oder Dissoziation beim Erinnern in einen Zustand der Selbstwirksamkeit bei der Regulierung ihrer Stresssymptome gebracht. „Voraussetzung für Traumakonfrontation ist, dass jemand ausreichende Sicherheit zur Verfügung hat. Und zwar Sicherheit in der Beziehung oder den Beziehungen zur Außenwelt, Sicherheit in der Beziehung zur Therapeutin und in der Beziehung zu sich selbst“ (Reddemann, 2016, S. 123). Erst vor diesem Hintergrund erfolgt eine kontrollierte und stückweise Konfrontation mit den belastenden bzw. traumatisierenden Ereignissen. In einem dritten Schritt werden die Ereignisse neu bewertet und emotionale Reaktionen ausgelebt.

Übertragen auf das Facettenmodell des Trauerns steht am Anfang jeder Traumatherapie die Facette Überleben, es folgt die Auseinandersetzung in der Facette Wirklichkeit und schließlich geht es um die Facette Einordnen. Die Facette der Gefühle ist in allen drei Schritten ebenfalls präsent. Im Gegensatz zu anderen traumatherapeutischen Behandlungen ist bei der Begleitung von traumatischen Verlusten immer auch die Facette der Verbundenheit zu berücksichtigen.

Die Bearbeitung von traumatischen Situationen ist nur eines der wichtigen Themen in einer Trauertherapie. Die Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten kann die übrigen Trauerfacetten erleichtern. In anderen Fällen muss erst in einer anderen Facette etwas geschehen, um eine Konfrontation zuzulassen. Dies gilt auch für den Einsatz von bewährten Übungen im Traumbereich zur Distanzierung und Kontrollgewinnung in der Erinnerung an belastende Situationen.

Fallbeispiel

Eine 45-jährige Frau (Frau M.), selbstständige Ernährungsberaterin, geschieden und alleinerziehende Mutter von zwei Töchtern, kam anderthalb Jahre nach dem Tod ihrer jüngsten Tochter zu mir. Die Tochter hatte im Grundschulalter ein Krampfleiden entwickelt, es kam teilweise zu mehreren Krampfanfällen pro Tag. Dadurch war sie stark retardiert, konnte sich aber äußern, war fröhlich und eigensinnig, das Verhältnis zwischen Mutter und Tochter enthielt viele spielerische und zärtliche Elemente. Bei einem Aufenthalt in der Kurzzeitpflege starb die 17-jährige Tochter nachts an einem Anfall, meine Klientin wurde sofort gerufen und traf kurz nach der Polizei ein. Sie sah ihre verstorbene Tochter auf dem Boden liegend in einem von ihr als würdelos empfundenen Zustand, wegen der laufenden Ermittlungen durfte sie sich ihrer Tochter nicht nähern. Später konnte sie in einem Bestattungshaus ausgiebig und selbstbestimmt Abschied nehmen, trotzdem fühlte sie sich von dem ersten Bild ihrer verstorbenen Tochter verfolgt, es tauchte in Flashbacks und Traumbildern auf und löste jeweils starke körperliche Reaktionen (Zittern, schluchzendes Weinen) und wiederkehrende Fragen nach Schuld und Verantwortung aus, die sie über Stunden hinweg belastend beschäftigten.

Ich schlug ihr vor, zunächst zu lernen, sich mithilfe der „Tresorübung“ (Reddemann, 2016, S. 65) vorübergehend von dem traumatischen Bild distanzieren. Sie konnte sich gut darauf einlassen, das Bild auch im Tresor verstauen, doch es war ihr nicht möglich, die Tresortür zu schließen: „Dann erstickt meine Tochter“. Wir ließen also in der Imagination den Tresor offen stehen und entwickelten als zweite Imagination einen „sicheren Ort für den Verstorbenen“ (Kachler, 2014), der in der Vorstellung neben das erste Bild des Tresors gestellt werden konnte. Erst danach war es möglich, das Bild von der verstorbenen Tochter wegen seiner belastenden Inhalte vorübergehend in den Tresor zu legen, denn es war nicht länger repräsentativ für die verstorbene Tochter insgesamt. Stärker als bei anderen Anwendungen der Tresorübung war es dieser Mutter wichtig, dass sie das Bild jederzeit hervorholen konnte. Ein Teil der „inneren Verbundenheit“ mit ihrem Kind blieb zwar abgeschwächt, aber doch deutlich in dem belastenden Bild enthalten.

Von Menschen verursachte Katastrophen („man-made disaster“)

Traumatherapeutinnen und -therapeuten machen die Erfahrung, dass traumatische Erfahrungen, die von anderen Menschen ausgelöst wurden, besonders verstörend sind. Das gilt auch für Todesfälle, die nicht durch Naturgewalten, Krankheiten oder Alterungsprozesse bedingt sind, sondern eine direkte Folge menschlichen Handelns darstellen. „Das Potenzial an

seelischer Zerstörung ist dann besonders groß, wenn das Kind Gewalt durch andere Menschen erfährt“ (Krüger, 2007/2015, S. 64). Verursachende und Erleidende einer Gewalttat sind in der Regel eindeutig voneinander getrennt. Bei einer Gewalttat mit Todesfolge sind die Opfer neben dem durch Gewalt verstorbenen Menschen die Hinterbliebenen. Täter sind in diesem Fall z. B. eine Unfallfahrerin, ein Arzt, der einen Kunstfehler begangen hat, oder ein buchstäblicher Mörder. Zur Stabilisierung der traumatisierten „Opfer“ bzw. Hinterbliebenen gehört es, zu sicheren Lebensumstände zu ermutigen, auf die der „Täter“ bzw. die „Täterin“ keinen Zugriff hat. „Das Kind braucht zunächst die Klarheit: ‚es ist vorbei‘ – die Gewalt hat *sicher* ein Ende“ (ebd.; Hervorh. i. Orig.). Täter bzw. Täterinnen werden äußerlich und innerlich ausgesperrt.

Beim traumatischen Verlust Suizid verschwindet für Betroffene, aber auch für Beratende die Eindeutigkeit: Hier ist der Mensch, der einen Tod herbeigeführt hat, identisch mit dem Menschen, der dabei gestorben ist. Der „Täter“, der aus traumatologischer Sicht in einen dauerhaften äußeren wie inneren „Sicherheitsabstand“ gebracht werden muss, ist gleichzeitig der Verstorbene, zu dem im Rahmen des Trauerprozesses eine intensive innere Verbundenheit aufgebaut werden soll. Therapie, die dieses Dilemma nicht ausreichend berücksichtigt, mag zu Aussagen wie dieser führen, die mir eine Klientin berichtete: „Mein Therapeut hat gesagt: Sehen Sie doch endlich ein, dass Ihr Mann ein richtiger Mistkerl war, dem sollten Sie keine Träne nachweinen!“ Die Reduktion eines Verstorbenen auf seine „Täteranteile“ ist meiner Erfahrung nach nicht hilfreich für Trauernde nach einem traumatischen Tod. Sie widerspricht dem Bedürfnis, einen Verstorbenen zu ehren und eine positive innere Verbundenheit zu ihm aufzubauen (Paul, 2018).

Beratung und Psychotherapie nach dem Trauerkaleidoskop (Paul, 2017)

Hinweise zu den einzelnen Trauerfacetten

Überleben: „Wir haben inzwischen gelernt, die Schutzmechanismen der Patienten ernst zu nehmen, und das bedeutet auch, dass sie das Tempo bestimmen, nicht wir“ (Reddemann, 2016, S. 45). Auch in Trauergruppen und in Einzelgesprächen sollte dieser Grundsatz der deutschen Traumaexpertin Luise Reddemann gelten. Dazu gehört es, Abschied zu nehmen vom direkten Einstieg in Verlustgeschichten. Ressourcen gehören an den Beginn jedes Trauerkontakts und jeder Gruppenstunde. Zu diesen Ressourcen zählt das Ich der trauernden Person, auch und gerade, wenn sie sich vor Gram und Verlustschmerz nicht daran erinnern kann. Auch wenn sie aus Rücksicht auf trauernde Familienangehörige das eigene Ich in den Hintergrund stellt. Ressource

ist immer auch der Kontakt zur beratenden Person, im Todesfall auch zu den Berufsgruppen, die im und kurz nach dem Sterben Ansprechpartnerinnen und -partner sind, also Pflegekräfte, Bestatterinnen und Bestatter, Rednerinnen und Redner, Seelsorgerinnen und Seelsorger. „Der bewusste Einsatz intakter, herzlicher Menschlichkeit durch einen praktizierenden Arzt oder eine Psychotherapeutin kann eine tiefe therapeutische Wirkung haben“ (Levine, 2010/2011, S. 142). Der langsame Aufbau von Vertrauen und das Vermitteln von Techniken zur Stressreduktion gehören ebenso zu Beratung und Therapie von Trauernden wie zur Arbeit mit traumatisierten Menschen (Eckardt, 2017).

Wirklichkeit: Die Bedeutung der Versprachlichung von Erinnerungen und Erfahrungen steht in der Trauertherapie oft im Vordergrund, da es so bedeutsam ist, die Wirklichkeit eines Verlusts zu verstehen und anzuerkennen. Traumasensibles Arbeiten realisiert, dass das Nacherzählen von traumatisierenden Todesumständen eine ungeschützte Traumakonfrontation darstellt. Im Rahmen von Trauergruppen, in denen es keine Möglichkeit gibt, Erzählungen zu distanzieren oder verlangsamen, sollten alternativ Vereinbarungen installiert werden, die das Erzählen von besonders belastenden Details von vornherein ausschließen. Beim Zusammentreffen von Traumatisierung und Trauer gilt es ständig abzuwägen zwischen dem Bedürfnis, sich zu entlasten und die Todesumstände zu realisieren auf der einen Seite, und andererseits der Gefahr der Retraumatisierung durch eigene Erinnerungen und die Erzählungen von anderen Mitgliedern einer Trauergruppe.

In der Einzeltherapie bzw. -beratung können erfahrene Therapeutinnen bzw. Therapeuten mithilfe von Distanzierungstechniken, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) oder Somatic Experiencing (SE) eine geschützte Traumakonfrontation z. B. mit einer Auffindesituation herbeiführen und so die Symptome der Traumafolgestörung mindern. Dadurch kann der Trauerprozess von der Umklammerung der Traumatisierung befreit werden und freier fließen.

Gefühle: Das Ermöglichen von Emotionen und Gefühlsausdruck durch symbolische Handlungen oder kreative Methoden gehört zur Arbeit mit Trauernden vor allem in Gruppen, Wochenendseminaren, Gedenkfeiern. Für traumatisierte Trauernde kann dies eine Überforderung bedeuten, die ihre Schutzmechanismen durchschlägt und eher eine Retraumatisierung mit Gefühlsüberflutung darstellt als einen erleichternden Gefühlsausdruck. Die Ermutigung zum Gefühlsausdruck sollte stets von Stabilisierungsmaßnahmen begleitet sein, dazu gehören auch die ernst gemeinte Möglichkeit zum Neinsagen und das Anbieten von Alternativen, damit traumatisierte Trauernde sich nicht als Außenseiterinnen bzw. Außenseiter in einem Gruppensetting erleben.

Anpassung: Traumatisierte Trauernde zeigen eventuell Vermeidungsverhalten gegenüber Triggern wie Sterbeorten.

Schlaflosigkeit, Übererregung, Ängste und depressive Verstimmungen sind sowohl im Trauerprozess als auch bei einer Traumafolgestörung anzutreffen. Bei traumatisierten Trauernden dauern diese Symptome zeitlich länger und erzeugen hohen Leistungsdruck, der die Alltagsgestaltung stark beeinflusst. Strategien im Umgang mit diesen Symptomen und Verhaltensweisen sind in Gruppen mit traumatisierten Trauernden ein nützliches Thema.

Verbundenbleiben: Impulse zur Erinnerungsarbeit fokussieren meist auf positive und beglückende Beziehungsanteile. In der Arbeit mit traumatisierten Trauernden ist es entscheidend, die möglichen Ambivalenzen zuzulassen. Der geliebte und bewunderte Mensch kann durch seinen Tod bzw. seine Sterbeart gleichzeitig furchteinflößend sein. Impulse und Rituale sollten für beide Seiten wertfreie Ausdrucksmöglichkeiten zur Verfügung stellen.

Einordnen: Selbstbezeichnungen sind ein bekanntes Symptom von traumatisierten Menschen, die lieber „schuldig als ohnmächtig“ (Reddemann, 2016, S. 186) sind. Auch traumatisierte Trauernde neigen besonders häufig dazu, sich selbst die Schuld an einem Tod zu geben. Beratung und Therapie profitieren von der „konstruktiven Schuldbearbeitung“ (Paul, 2010, S. 107ff.) und den dort vorgeschlagenen Möglichkeiten, Selbstwirksamkeit und Eigenaktivität in den Vordergrund der Begleitung zu stellen als Alternative zum pauschalen Absprechen von Schuld und als Ergänzung zum oft praktizierten „Realitätstest“ (Worden, 2009/2011, S. 28).

Fallbeispiel

Frau F. kam zu mir, nachdem ihr 19-jähriger Sohn im Elternhaus eines plötzlichen Herztods gestorben war. In den anderthalb Jahren seither hatte Frau F. starke Ängste vor dem Alleinsein überwunden, im christlichen Glauben eine wichtige Ressource entdeckt, Kontakte zu alten Freundinnen und Freunden gehalten und neue Kontakte bis hin zu Freundschaften mit anderen Betroffenen und christlich orientierten Menschen geschlossen. Sie hatte aber mit Flashbacks, starken Schuldzuweisungen gegen sich selbst und einer stark erhöhten Reizbarkeit gegenüber Triggern wie den flackernden Blaulichtern und Sirenen von Rettungswagen die Symptome einer Traumafolgestörung entwickelt. Stabilisierungsübungen, die sie in meiner Praxis, in einer psychosomatischen Kur und der entsprechenden Nachsorge erlernte, halfen ihr, sich bei auftretender Übererregung zu beruhigen, was sie als sehr wichtig empfand (vgl. Trauerfacette Überleben). Wiederholte Gespräche über die Tage vor dem Tod, zu denen sie ihr Verhalten hinterfragte und sich als mitverantwortlich für den Tod des Sohns verurteilte, hatten nur zu kurzfristiger Erleichterung geführt (vgl. Trauerfacette Einordnen). Ich schlug ihr also vor, die belastenden Bilder noch

einmal gezielt zu betrachten und anschließend erneut über die starken Schuldzuweisungen gegen sich selbst zu sprechen (vgl. Trauerfacetten Wirklichkeit und Einordnen). Meinen Vorschlag empfand sie als sinnvoll, aber auch sehr anstrengend und beantwortete ihn mit mehr Angst als Hoffnung. Die bereits entwickelte Vertrauensbasis (geglückte Stabilisierungsphase und Kontakt zur Beraterin als Ressource wahrnehmbar) zwischen uns machte es möglich, über ihre Ängste und Vorbehalte zu sprechen. Es wurde deutlich, dass die Gefühle und Körperreaktionen, die sie bei der Erinnerung an die Minuten rund um den Tod ihres Sohns erlebte, eine einzigartige Intensität besaßen. Keine andere Erinnerung war so eingebrannt und deutlich spürbar, alle anderen Erinnerungsbilder und Präsenzerlebnisse waren spürbar sanfter und flüchtiger. Die Intensität ihrer Sehnsucht nach innerer Verbundenheit mit ihrem verstorbenen Sohn entsprach der Intensität des Traumaerlebens. Ich erklärte ihr meinen Eindruck, und sie bestätigte meine Gedanken. Auf die Frage, ob sie vor diesem Hintergrund jemals auf die traumaspezifischen Reaktionen verzichten könne, antwortete sie, „ich weiß es nicht“.

In den darauffolgenden Gesprächen berichtete sie verschiedene intensive Wahrnehmungen von der Präsenz ihres Sohns und von einem verstärkten und bewussten inneren Dialog mit ihm (vgl. Trauerfacette Verbundenbleiben). Ich bestärkte diese Wahrnehmungen. Es entstand eine erste Vorstellung davon, dass der verstorbene Sohn auch in positiven und tendenziell „leichten“ Lebenssituationen bei ihr sein könne (vgl. Trauerfacetten Verbundenbleiben und Einordnen).

Fazit

Traumatisierung und Trauerprozesse können gemeinsam auftreten. Zur therapeutischen Unterstützung sollten sie auch gemeinsam betrachtet und nach Möglichkeit von einer Person mit Wissen über beide Prozesse oder von zwei Fachleuten auf derselben inhaltlichen Grundlage behandelt werden. Trauertherapeutinnen und -therapeuten brauchen ein fundiertes Grundwissen über Psychotraumatisierungen, um Trigger und retraumatisierende Gesprächsführung zu vermeiden. Sie benötigen ein fundiertes Grundwissen über Trauerprozesse, da diese sich deutlich von einer Psychotraumatisierung unterscheiden. Insbesondere der tiefe Wunsch nach innerer Verbundenheit kann eine Herausforderung an die klassische Traumatherapie darstellen. Beide Fachrichtungen profitieren davon, ihr Fachwissen um die jeweils andere Fachrichtung zu erweitern. Dies betrifft die Vielfältigkeit der Themen im Trauerprozess und die lange „mäandernde“ Bewegung durch die unterschiedlichen Facetten, die sich ständig neu mischen. Ein prozessorientiertes, klientenzentriertes Arbeiten mit langem Atem ist hier sehr hilfreich.

Literatur

- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Vol. 3: Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Eckardt, J. (2017). *Wenn Trauma und Trauer aufeinandertreffen. Betroffenen helfen, neuen Lebensmut zu finden* (Reihe: Edition Leidfaden). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (4., aktual. u. erw. Aufl.). München, Basel: Reinhardt.
- Kachler, R. (2014). „Ein sicherer Ort für den Verstorbenen“. RND – Redaktionsnetzwerk Deutschland, 30.10.2014. Verfügbar unter: <https://www.maz-online.de/Thema/Specials/T/Trauer-Gedenken/Friedhofe-sind-wichtig> [17.9.2019].
- Kachler, R. (2016). *Hypnosystemische Trauerbegleitung. Ein Leitfaden für die Praxis* (Reihe: Hypnose und Hypnotherapie; 4., unveränd. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer-Verlag (Erstaufl. erschienen 2010).
- Kast, V. (1986). *Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses* (6., unveränd. Aufl.). Stuttgart: Kreuz Verlag (Erstaufl. erschienen 1982).
- Klass, D., Silverman, P.R. & Nickmann, S.L. (Hrsg.). (1996). *Continuing bonds. New understandings of grief* (Reihe: Series in Death Education, Aging, and Health Care). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Krüger, A. (2015). *Erste Hilfe für traumatisierte Kinder* (5., unveränd. Aufl.). Ostfildern: Patmos-Verlag (Erstaufl. erschienen 2007).
- Kübler-Ross, E. (1971). *Interviews mit Sterbenden*. Stuttgart: Kreuz-Verlag (englisches Original erschienen 1969: *On death and dying*. London: Macmillan).
- Levine A.P. (2011). *Sprache ohne Worte. Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt*. München: Kösel (englisches Original erschienen 2010: *In an unspoken voice. How the body releases trauma and restores goodness*. Berkeley, CA: North Atlantic Books).
- Neimeyer, R.A. (2002). Traumatic loss and the reconstruction of meaning. *Journal of Palliative Medicine*, 5 (6), 935–942.
- Paul, C. (2010). *Schuld – Macht – Sinn. Arbeitsbuch für die Begleitung von Schuldfragen im Trauerprozess*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Paul, C. (2011). Trauerprozesse benennen. In C. Paul (Hrsg.), *Neue Wege in der Trauer- und Sterbebegleitung. Hintergründe und Erfahrungsberichte für die Praxis* (vollst. überarb. u. erg. Neuaufg., S. 69–84). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Paul, C. (2017). *Ich lebe mit meiner Trauer*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Paul, C. (2018). *Warum hast du uns das angetan? Ein Begleitbuch für Trauernde nach einem Suizid* (völlig überarb. u. erg. Neuaufg.). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Reddemann, L. (2016). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren* (Reihe: Leben lernen, Bd. 141; 19., vollst. überarb. Neuaufg.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stroebe, M. & Schut, H. (2011). Kultur und Trauer. In C. Paul (Hrsg.), *Neue Wege in der Trauer- und Sterbebegleitung. Hintergründe und Erfahrungsberichte für die Praxis* (vollst. überarb. u. erg. Neuaufg., S. 39–50). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus (englisches Original erschienen 1998).
- Worden, W.J. (2011). *Beratung und Therapie in Trauerfällen. Ein Handbuch* (Reihe: Klinische Praxis; 4., überarb. u. erw. Aufl.). Bern: Huber (englisches Original erschienen 2009: *Grief counselling and grief therapy*. 4th ed. New York: Springer).
- World Health Organization (WHO) (2019). *ICD-11. International Classification of Diseases 11th Revision. The global standard for diagnostic health information*. Genf: WHO. Verfügbar unter: <https://icd.who.int/en/> [5.9.2019].