

Standards für traumafokussierte Psychotherapie / Traumatherapie / klinisch-psychologische Traumabehandlung:

Die Nennung einer Psychotherapeutin /eines klinischen Psychologen auf der Liste der TraumatherapeutInnen u.-behandlerInnen des ÖNT – Österreichisches Netzwerk für Traumatherapie, ist an die Erfüllung folgender Standards gebunden:

Mindestens 140 UE an traumaspezifischer Fort- und Weiterbildung in den unten genannten Bereichen müssen nachgewiesen werden.

Es müssen aus allen Bereichen (A – F) Teile der erforderlichen UE erbracht werden.

Für Psychotherapeutinnen die bereits auf der ÖNT-Liste aufscheinen und die Standards noch nicht erfüllen, gilt eine Übergangsfrist von zwei Jahren ab Beschlussfassung, nach der sie die Absolvierung aller UE nachweisen müssen.

Grundsätzliches:

Ausgehend von einem Grundkonzept der Traumabehandlung, welches weltweit gleich aufgebaut ist (stark strukturiertes Vorgehen in Phasen, Primat der äußeren und inneren Stabilität) wurden verschiedene Behandlungstechniken entwickelt, um die Ziele der Traumatherapie, das sind dauerhafte Stabilisierung und, soweit möglich, die Traumaintegration zu erreichen. Der Vielfalt der Methoden soll Rechnung getragen werden, es sollen aber nur erprobte Verfahren aufgenommen werden.

Folgende inhaltliche Standards sind vorgesehen:

A) Theoretische Grundlagen

Geschichte der Psychotraumatologie, Neurobiologie und Neurophysiologie bei Extremstress, Besonderheiten des Traumagedächtnisses, Überblick zu traumaspezifischen Behandlungsverfahren, Rolle von Psychopharmaka bei Traumafolgestörungen, Überblick über den aktuellen Stand der Psychotherapieforschung im Bereich Trauma (Metaanalysen etc.). Traumaspesifische Diagnostik und Differentialdiagnostik (Überblick) , Epidemiologie und komorbide Störungen, spezifische Traumatisierungen (z. B. Folter, sexuelle Gewalt, Migrationsprobleme), relevante juristische Grundkenntnisse z.B. Opferschutz-Gesetze , Asylgesetz, u.ä.

B) Techniken zur Stabilisierung und Affektregulation

Psychische Traumatisierung geht typischerweise einher mit Kontrollverlust und wiederkehrende Überflutungen durch intrusive Symptome sowie einem Verlust an psychischen Ressourcen (Verlust des Zutrauens in die Welt.)

In verschiedenen psychotherapeutischen Schulen wurden Techniken zu Affektstabilisierung, Distanzierungstechniken und Techniken zum Ressourcenaufbau entwickelt. Diese sollen erlernt werden.

Das sind derzeit z.B.:

Kognitive Techniken (Entdecken und Verändern dysfunktionaler Kognitionen, Bearbeiten von Schuld und Scham (vgl. Ehlers, 1999), Imaginativ-hypnotherapeutische Techniken (vgl. Brom & Kleber 1989; vgl. Reddemann 2001), DBT-Verfahren (mit Schwerpunkt auf Unterbrechung intrusiver Phänomene und Selbstverletzung sowie Erlernen von Affektmodulation (vgl. Cloitre et al., 2002; bzw. Linehan 1996).

Körpertherapeutische Stabilisierungstechniken (somatic experiencing nach Peter Levine, Babette Rothschild)

Mindestens zwei der erwähnten Techniken sollten praktisch eingeübt und beherrscht werden.

C) Traumabearbeitung, Behandlung von PTBS

Traumabearbeitung oder Traumaintegration meint die Konfrontation mit den traumatischen Erlebnisinhalten nach erfolgter Stabilisierung.

Traumakonfrontation erfolgt in kleinen und sich wiederholenden Schritten unter kontrollierten Bedingungen der Sicherheit.

Die Indikationsstellung zur Traumakonfrontation muss sehr sorgfältig erwogen werden.

Methoden zur Traumabearbeitung sind z.B.:

Hypnotherapeutisch-imaginative Verfahren, screen-technik, Expositionstechniken der kVT, EMDR, psychodynamisch imaginative Traumatherapie (PITT), körpertherapeutische Traumaintegrationsverfahren (somatic experiencing nach Peter Levine),mehrdimensionale psychodynamische Traumatherapie (MPTT)

Eines dieser Verfahren soll ausführlich theoretisch und praktisch beherrscht werden, ein anderes im Überblick (Krankheitsmodelle, Indikation, Kontraindikation, Differential-indikation).

D) Behandlung komplexer PTBS / Behandlung von DESNOS

Die Behandlungskonzepte für komplexe PTBS sind zurzeit und nach wie vor stark in der Entwicklung begriffen. Zentral sind hier gestufte und gut steuerbare Verfahren der Konfrontation mit dem Erlebten sowie die Veränderung dysfunktionaler / übertragungs-verzerrender Affekte und Kognitionen. Kriterium ist, dass das Verfahren manualisiert, eingehend und detailliert beschrieben und klinische Akzeptanz besitzen soll.

Eines dieser Verfahren soll beherrscht werden, ein anderes im Überblick bekannt sein.

Zu berücksichtigen sind hierbei die besonderen Anforderungen in der Behandlung, zumal hier häufig Überschneidungen mit den Krankheitskonzepten der Persönlichkeitsstörungen vorliegen, bzw. Komorbidität mit einer der Persönlichkeitsstörungen vorliegt.

Folgende Bereiche sollen hervorgehoben werden:

- Beziehungsgestaltung: Die Beziehungsgestaltung steht zunächst im Vordergrund und wird als Basis angesehen. Hier sind es besonders die Handhabung der Arbeitsbeziehung einerseits und das Berücksichtigen der traumafolgespezifischen Übertragungs - und Gegenübertragungskonstellationen andererseits, die erkannt und erfasst werden müssen und einen angemessenen Umgang erfordern.
- Stabilisierung (vgl. Punkt 2) z.B. wie können stabilisierende Techniken im Zuge der Therapie adäquat eingesetzt werden.
- Traumabearbeitung und Integration: z.B. wann ist Traumabearbeitung möglich, wann nicht, (Indikationen-Kontraindikationen)

Inhaltlich :

- Es gilt, Wissen zu den Folgen schwerer interpersoneller Gewalt, vor allem im Kindesalter (Neuropsychologie früher Deprivation, Beziehungsentwicklung, Bindungsstörungen sowie deren Auswirkungen in der therapeutischen Beziehung) zu erwerben und behandlungstechnisch angemessen umzusetzen. Extra erwähnt sei auch die Notwendigkeit:
- Grundlagenwissen über posttraumatische dissoziative Störungsbilder zu erwerben und Kenntnisse über Verfahren zu deren Behandlung zu erwerben.

E) Überblick über die Behandlung akuter Traumatisierungen und Krisenintervention

Phasenverlauf und Erscheinungsbilder akuter Traumatisierungen, traumaspezifische Krisenintervention, Unterstützung natürlicher Verarbeitungsprozesse, Verhinderung von Folgetraumatisierungen, kritischer Einsatz von Akutinterventionen, Gesprächsführung in der Akutsituation, Umgang mit Phänomenen akuter Belastungsreaktionen wie z.B. Dissoziation.

Diagnostik und Behandlung von Akuter Belastungsreaktion und Risikopopulationen. Kenntnisse über Opferhilfe-Organisationen und Dienste vor Ort.

F) Supervision

Supervision eigener Behandlungsfälle durch traumatherapeutisch qualifizierte Supervisoren und Supervisorinnen (u.a. Indikationsstellung und Behandlungsplanung) in Einzelsetting oder Gruppen (max. 6 Teilnehmer).