

DeGPT

Deutschsprachige
Gesellschaft für
Psychotraumatologie

Psychotraumatologie: Häufig gestellte Fragen (Q&A)

**Evidenzbasierte Antworten
auf die wichtigsten Fragen**

Impressum

Dieses Dokument einschließlich aller seiner Teile/Anhänge ist Eigentum der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT). Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der DeGPT unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Zum geschlechterbewussten Sprachgebrauch wurde in diesem Dokument ein Gender-Doppelpunkt „:“ verwendet, um beim elektronischen Vorlesen eine Sprechpause zu erhalten.

Psychotraumatologie: Häufig gestellte Fragen (Q&A). Evidenzbasierte Antworten auf die wichtigsten Fragen

© 2022 Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)

www.degpt.de

Alle Rechte vorbehalten, Änderungen und Irrtümer vorbehalten.

Herausgegeben von der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT). In Zusammenarbeit mit Fachleuten aus Psychologie, Soziale Arbeit, Pflegewissenschaft, Medizin und Jurisprudenz.

Zitieren: Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V. (2022). „Psychotraumatologie: Häufig gestellte Fragen (Q&A). Evidenzbasierte Antworten auf die wichtigsten Fragen“. Online auf www.degpt.de, heruntergeladen am [Datum]

Inhalt

1	Trauma und Traumafolgen	4
1.1	Was ist Trauma?.....	4
1.2	Was ist eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)?	5
1.3	Was ist eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS)?	5
1.4	Welche neurobiologischen Veränderungen gibt es nach Kindheitstrauma?	6
1.5	Wie wird die posttraumatische Belastungsstörung behandelt?	6
1.6	Weshalb kann es so schwierig sein, über Gewalt zu sprechen?.....	8
2	Behandlung und ethische Grundhaltung.....	9
2.1	Welche therapeutische und ethische Grundhaltung gilt für die Psychotherapie von Menschen, die an Folgen möglicher Traumatisierungen leiden?	9
2.2	Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es für Menschen mit Traumafolgestörungen?	10
2.3	Wo finden Betroffene und Interessierte weitere Informationen?.....	11
2.4	Wo können sich Fachleute in Traumatherapie weiterbilden?	11
3	Literaturnachweise	12

1 Trauma und Traumafolgen

1.1 Was ist Trauma?

Der Begriff Trauma (griechisch Wunde) bedeutet eine physische oder psychische Verletzung (Häcker & Stapf, 2009). Fischer und Riedesser erklären den Begriff entsprechend als ein „*vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt*“ (Fischer & Riedesser, 2009).

Traumatische Erfahrungen lassen sich nach Terr in kurzfristige Traumata (Typ I – Monotrauma) und langfristige Traumata (Typ II – Mehrfachtrauma) unterteilen:

	Akzidentielle Traumata (Beispiele)	Interpersonelle Traumata (Beispiele)
Typ I	Unfälle, Naturkatastrophen	Überfälle, Terrorangriff, Vergewaltigung, Entführung
Typ II	Technische Katastrophen, langandauernde Naturkatastrophe	Kriegserlebnisse, Folter, andauernde Gewalt in der Kindheit (emotional, körperlich, sexualisiert)

Typ-I-Traumatisierungen sind einmalige traumatische Ereignisse, die plötzlich und unvorhergesehen auftreten (Terr, 1989). Dies können akzidentielle Traumatisierungen wie Unfälle, Naturkatastrophen und berufsbedingte Traumatisierungen sein oder interpersonelle („von Menschen gemachte“) Traumatisierungen wie sexualisierte Gewalt, körperliche Gewalt, Überfälle und Terrorangriffe. Möglich sind auch durch medizinische Eingriffe oder Erkrankungen, wie z.B. eine schwere Geburt, einen Herzinfarkt oder einen Hirnschlag, hervorgerufene psychologische Traumafolgeerkrankungen (Maercker, 2009).

Typ-II-Traumatisierungen sind mehrmalige traumatische Ereignisse, die chronisch-kumulativ auftreten oder durch eine Serie von Einzelereignissen gekennzeichnet sind (Terr, 1989). Dazu gehören technische Katastrophen, langdauernde Naturkatastrophen (akzidentielle Traumata) oder durch Menschen verursachte Traumatisierungen wie wiederholte sexualisierte Gewalt, Kriegserleben, Folter, Flucht und politische Inhaftierung.

In Kindheit und Jugend kann das Erleben zwischenmenschlicher (emotionaler, körperlicher, sexualisierter) Gewalt oder die ernsthafte Unterbrechung der schützenden und fürsorglichen Versorgung durch Hauptbezugspersonen zu einer Entwicklungsraumastörung (ETS) führen (Metzner et al, 2019; Morelli & Villodas, 2021).

1.2 Was ist eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)?

Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, engl. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist das weltweit anerkannte Klassifikationssystem für medizinische und psychische Diagnosen. Es wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben (WHO, 2019).

In der ICD-11 (WHO, 2019), die seit dem 1. Januar 2022 auch in der Schweiz, Österreich und Deutschland gültig ist, ist die PTBS (6B40) wie folgt definiert:

Auslösekriterium: Die PTBS kann nach Konfrontation mit einem extrem bedrohlichen oder entsetzlichen Ereignis oder einer Reihe von Ereignissen auftreten.

Symptomtrias der PTBS:

- **Wiedererleben** des traumatischen Ereignisses oder der traumatischen Ereignisse in der Gegenwart in Form von lebhaften intrusiven Erinnerungen, Flashbacks oder Alpträumen, typischerweise verbunden mit starken und überflutenden Emotionen wie Angst oder Horror und starken körperlichen Empfindungen oder Gefühlen von Überflutung oder Versunkensein mit den gleichen intensiven Emotionen wie während des traumatischen Ereignisses
- **Vermeidung** von Gedanken und Erinnerungen an das Ereignis oder Vermeidung von Aktivitäten, Situationen oder Menschen in Verbindung mit dem Ereignis oder den Ereignissen
- persistierende **Wahrnehmung erhöhter gegenwärtiger Gefahr**, z.B. mit Hypervigilanz oder verstärkter Schreckhaftigkeit auf Reize wie unerwartete Geräusche

Auswirkungen: Die Symptome müssen mindestens über mehrere Wochen auftreten und wesentliche Einbußen in verschiedenen Lebensbereichen beinhalten (persönlich, Familie, Soziales, Ausbildung, Arbeit oder andere).



Link zu ICD-11: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

1.3 Was ist eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS)?

In der ICD-11 (WHO, 2019) ist die komplexe posttraumatische Belastungsstörung (6B41) wie folgt definiert:

Auslösekriterium: Die kPTBS ist eine Störung, die nach der Exposition mit einem oder mehreren Ereignissen auftreten kann, die extrem bedrohlich oder entsetzlich waren; meistens sind dies längerdauernde oder wiederholte Ereignisse, bei denen Flucht schwierig oder

unmöglich war (z.B. Folter, Sklaverei, längerdauernde häusliche Gewalt, wiederholter sexueller oder körperlicher Kindesmissbrauch).

Symptome: Die Störung ist charakterisiert durch die Kernsymptome der PTBS; alle diagnostischen Bedingungen für eine PTBS sind erfüllt.

Zusätzlich ist die kPTBS charakterisiert durch:

- schwere und tiefgreifende Probleme der Affektregulation
- andauernde Ansichten über sich selbst als vermindert, unterlegen oder wertlos, verbunden mit schweren und tiefgreifenden Gefühlen von Scham, Schuld oder Versagen in Verbindung mit dem traumatischen Ereignis
- andauernde Schwierigkeiten in tragenden Beziehungen oder im Gefühl der Nähe zu anderen

Auswirkungen: Die Symptome müssen mindestens über mehrere Wochen auftreten und wesentliche Einbußen in verschiedenen Lebensbereichen beinhalten (persönlich, Familie, Soziales, Ausbildung, Arbeit, oder andere).

1.4 Welche neurobiologischen Veränderungen gibt es nach Kindheitstrauma?

Wissenschaftliche Untersuchungen haben nachweisen können, dass negative Kindheitserfahrungen zu erheblichen funktionellen und strukturellen Veränderungen in stress- und emotionssensiblen Hirnregionen (Amygdala, Hippocampus, anteriorer Gyrus cinguli) führen, mit schädlichen Folgen für neurokognitive Funktionen (insbesondere Arbeitsgedächtnis und inhibitorische Kontrolle) (Teicher et al., 2016). Weitere Auswirkungen betreffen unter anderem Veränderungen auf Ebene der Gene (Genmodulation, Telomerlänge), der Immunabwehr (CRP, IL 6, TNF- α) und des hormonellen Stresssystems (Cortisol) (Ioannidis et al., 2020). Der Umfang und die Folgen der Hirnveränderungen sind abhängig vom Ausmaß des Missbrauchs sowie von der Art und vom Alter zum Zeitpunkt der Traumatisierungen (Hübener & Bonhoeffer, 2014).

In Studien bei Menschen mit kPTBS wurden reduzierte Volumina von Hirnarealen nachgewiesen, die unter anderem mit der Regulation von Kampf und Flucht, Gedächtniskonsolidierung und der Regulation von Gefühlen und Impulsen zu tun haben (Hippocampus, Amygdala, Inselcortex, anteriorer cingulärer Cortex) (Maercker et al., 2022).

1.5 Wie wird die posttraumatische Belastungsstörung behandelt?

Für die Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung gibt es heute nationale und internationale Leitlinien, an die sich Psychotherapeut:innen halten sollten:

- Schäfer, I., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Lotzin, A., Maercker, A., Rosner, R., Wöller, W. (2019): S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Springer Verlag: Berlin.

Des Weiteren gelten für die Mitglieder von Fachverbänden die entsprechenden Ethikrichtlinien, z.B. der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT, 2022), der Bundespsychotherapeutenkammer (2007), der Schweizerischen Gesellschaft für

Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP, 2015), der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP, 2022) oder der Ethikrichtlinien des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK, 2020) bzw. dem Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK, 2018). Mitglieder sind diesen ethischen Richtlinien verpflichtet und müssen ihre Berufsausübung an den darin verankerten ethischen Standards orientieren.

In den S3-Leitlinien wird zunächst eine Diagnostik gemäß den ICD-Kriterien empfohlen. Bei der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung werden traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Interventionen unterschieden:

- Bei den nicht-traumafokussierten Interventionen liegt der Schwerpunkt bei der Verbesserung der Regulation von Emotionen und Stress und den Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung. In vielen Fällen können stabilisierende Vorgehensweisen vor traumafokussierten Interventionen sinnvoll sein, beispielsweise bei komplexer PTBS, dissoziativer Symptomatik oder zusätzlichen komorbiden Störungen (Cloitre et al, 2010; Reddemann & Piedfort-Marin, 2017).
- Bei den traumafokussierten Interventionen handelt es sich um Behandlungsansätze, bei denen die Verarbeitung der Erinnerung an das traumatische Ereignis und/oder seiner Bedeutung im Vordergrund steht. Kernelement ist dabei das geplante, kontrollierte, strukturierte Wiedererleben (Imagination oder narrative Exposition; Fokus auf Kognitionen oder Trauma-assoziierte Auslöser) einer traumatischen Erinnerung in einer objektiv sichereren Situation, die aber starkes subjektives Unbehagen (z.B. Angst, Ekel etc.) auslöst. In der Regel erfolgt die Konfrontation, bis das Unbehagen zurückgeht. Die traumafokussierte Psychotherapie ist Behandlung erster Wahl für die Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung (Schäfer et al., 2019) und sollte Patient:innen mit posttraumatischer Belastungsstörung angeboten werden. Es liegen zahlreiche Untersuchungen und Wirksamkeitsnachweise bei der ambulanten Behandlung im Einzelsetting vor (Weber et al, 2021; Jericho et al, 2022)



Ethikrichtlinien der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie:
<https://www.degpt.de/ueber-die-degpt/ethikrichtlinien.html>



Ethikrichtlinien des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz: <https://www.boep.or.at/berufspolitik/ethikrichtlinien>



Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz:

<https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:dea97f39-8567-4677-a84b-747fc49612a2/Berufskodex.pdf>



S3-Leitlinien Posttraumatische Belastungsstörung:

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/155-001.html>

1.6 Weshalb kann es so schwierig sein, über Gewalt zu sprechen?

Das Offenlegen erlittener Gewalt stellt für viele Opfer eine große Hürde dar (Yurteri et al., 2022). In der Literatur zu sexualisierter und anderer Gewalt werden intrapersonale, interpersonelle und soziokulturelle Barrieren zur Aufdeckung unterschieden (Tener & Murphy, 2015):

- Zu den intrapersonalen Hürden gehören das Hinterfragen der eigenen Wahrnehmung und den Erinnerungen sowie Angst, Scham-, Schuld- und Insuffizienzgefühle. Viele Betroffene bezweifeln zudem, dass das Offenlegen der Gewalt ihre Situation verbessern kann.
- Interpersonelle Barrieren betreffen alle sozialen Systeme der Betroffenen: Familie, Umfeld, Gesellschaft und Kultur. Betroffene berichten von Angst vor negativen Reaktionen von Bezugspersonen mit Abwertung, Schuldzuweisung, Überforderung und anderen gegen das Opfer gerichteten Emotionen und Handlungen.
- Widerstand vor Offenlegung aus soziokulturellen Gründen beinhaltet beispielsweise Befürchtungen, dass die Gesellschaft gewisse Formen von Gewalt nicht anerkennen könne, beispielsweise Männer als Opfer oder Frauen als Täterinnen (Sorsoli et al., 2008), gewisse Formen bizarrer Gewalt (Longobardi et al., 2022) und andere.

Vertrauensvolle Beziehungen der Betroffenen stellen im Gegenzug wichtige Faktoren dar, die eine Offenlegung erleichtern. Dazu gehören auch Beziehungen zu Fachleuten in Beratung, Therapie und Medizin. Neben einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung ist es hilfreich, wenn Fachleute die Symptome von Traumafolgestörungen kennen und über Grundlagenwissen zu verschiedenen Gewaltformen verfügen, um einen sicheren Raum zur (schrittweisen) Offenlegung zu schaffen, ohne dabei suggestiv vorzugehen (Deering & Mellor, 2011).

2 Behandlung und ethische Grundhaltung

Die Behandlung von Menschen, die ein Ereignis oder eine Serie von Ereignissen von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß und daraufhin eine Traumafolgestörung entwickelt haben, ist das Kernanliegen der Psychotraumatologie.

Die Psychotraumatologie hat speziell in den vergangenen 20 Jahren große wissenschaftliche Fortschritte erzielt. Das Ziel dieser Zusammenstellung von Fragen und Antworten besteht darin, evidenzbasierte Antworten auf wichtige Fragen im Bereich der Psychotraumatologie zusammenzutragen. Dazu werden Studien aus den Bereichen der Psychiatrie und klinischen Psychologie, wie auch der Kognitionswissenschaften und der Gedächtnisforschung herangezogen, die gängigen methodischen Ansprüchen genügen.

2.1 Welche therapeutische und ethische Grundhaltung gilt für die Psychotherapie von Menschen, die an Folgen möglicher Traumatisierungen leiden?

Psychotherapie von Menschen, die an Folgen möglicher Traumatisierung leiden, erfordert von den Behandelnden großes fachliches Wissen, hohe Kompetenzen an interpersonellen und Selbst-Regulationsfähigkeiten, die konsequente Einhaltung ethischer Richtlinien sowie die Bereitschaft, sich mit anderen Fachgebieten zu vernetzen und neue Forschungsergebnisse und daraus abgeleitete internationale Empfehlungen in die eigene klinische Arbeit mit den Betroffenen zu implementieren.

Psychotherapeut:innen müssen die ethischen Richtlinien der zugehörigen Berufs- und Fachverbände bzw. Bildungseinrichtungen einhalten. Diese enthalten beispielsweise Regeln zur Gestaltung des therapeutischen Settings und Fragen der Wertschätzung, der Gleichbehandlung, der Unparteilichkeit, der Unvoreingenommenheit, der Finanzierung und der Regulierung von Nähe und Distanz inkl. Verbot von sexuellen und privaten Aktivitäten. Verschiedene Kodizes der Psychotherapie befassen sich explizit mit ethischen Fragen und fordern die Übernahme von Verantwortung für eine sachgemäße Auseinandersetzung im Rahmen der beruflichen Tätigkeit (Schleu 2020; Trachsel, Gaab & Biller-Adrono, 2018).

Die anhaltende Reflexion der eigenen Gefühle und Konzepte dient dem Ziel, Menschen in Behandlungen nicht mit eigenen Sichtweisen zu beeinflussen bzw. sich nicht in die Gefühle und Sichtweisen der Behandelten verwickeln zu lassen.

Psychotherapeut:innen arbeiten auf das Ziel hin, die psychische und körperliche Gesundheit von psychisch erkrankten Menschen zu verbessern und erarbeiten mit den Betroffenen gemeinsam Behandlungsziele. Unter Berücksichtigung von persönlichen und finanziellen Ressourcen arbeiten sie effizient und zweckmäßig.

Psychotherapeut:innen begegnen Patient:innen mit Offenheit, Interesse und Respekt. Sie lassen sich empathisch und offen auf die Perspektive von Patient:innen ein und unterstützen sie, diese zu reflektieren und mit alternativen Blickwinkeln zu erweitern. Dazu gehört die Stärkung von verantwortlichem Handeln mit der gleichzeitigen Förderung von Bindungsfähigkeit und Autonomie.

Psychotherapeut:innen orientieren sich an der Wissenschaft und an den aktuellen internationalen diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen. Auch Erkenntnisse aus

der Neurobiologie und den Kognitionswissenschaften, z.B. aus der Gedächtnisforschung, und deren Bedeutung für die Psychotherapie gehören dazu. Dies bedeutet, dass Psychotherapeut:innen sich regelmäßig weiterbilden und neue Erkenntnisse in die Behandlungen einfließen lassen.

Psychotherapeut:innen, die mit Menschen mit Gewalterfahrung arbeiten, geben dem Opferschutz eine hohe Priorität in der Behandlung. Das heißt, sie unterstützen die Patient:innen darin, äußere wie innere Sicherheit herzustellen.

Psychotherapeut:innen sind sich der juristischen Besonderheiten in der Behandlung von potenziellen Opfern bewusst und arbeiten eng mit entsprechend ausgebildeten Fachpersonen zusammen.

Psychotherapeut:innen orientieren sich sowohl an wissenschaftlichen Erkenntnissen als auch an gesellschaftlichen und an philosophischen insbesondere erkenntnistheoretischen Fragestellungen wie: Was können wir wissen? Was können wir nicht wissen? Wie verändern und beeinflussen beispielsweise aktuelle gesellschaftliche und politische Diskussionen, Kriege und Naturkatastrophen die Sichtweisen?

2.2 Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es für Menschen mit Traumafolgestörungen?

Es gibt Behandlungsmöglichkeiten im ambulanten, teilstationären und stationären Setting (Reddemann et al, 2020).

Ambulante Behandlungen finden in den Praxisräumen der behandelnden Person statt (Psychiater:in, psychologische Psychotherapeut:in). Der/die Patient:in kommt für die Sitzung in die Praxis (in der Regel ein bis zwei Sitzungen pro Woche). Die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische oder ausschließlich psychotherapeutische Behandlung profitiert oft von der Zusammenarbeit mit anderen ambulanten Behandlungsangeboten wie der ambulanten psychiatrischen Pflege, Ergo-, Physio-, Kunsttherapie etc.

Die teilstationäre Behandlung findet tagsüber und unter der Woche in einer Tagesklinik statt und ist in der Regel ganztägig. Meist dauert diese Behandlung mehrere Wochen. Der/die Patient:in wohnt zu Hause. Die tagesstationäre Behandlung kann als individuelles Therapieziel die Traumabehandlung haben.

Die stationäre Behandlung findet auf einer Station in einer psychiatrischen Klinik statt und der/die Patient:in ist auch über Nacht auf der Station.

Es wird unterschieden in:

- Eine stationäre Behandlung mit dem Ziel der Krisenintervention, weil der Gesundheitszustand einen Aufenthalt zu Hause kurzfristig nicht mehr erlaubt. Diese Krisenintervention kann in jeder psychiatrischen Klinik stattfinden und dauert zwischen wenigen Tagen bis wenigen Wochen.

- Eine stationäre Behandlung mit dem Ziel der Traumabehandlung findet auf spezialisierten Stationen in wenigen, spezialisierten psychiatrischen Kliniken statt. Dieser Aufenthalt dauert mehrere Wochen.

Allen Behandlungsangeboten ist gemeinsam, dass es zu wenig Behandlungsplätze gibt und oft eine längere Wartezeit besteht, bis eine Behandlungsmöglichkeit angeboten werden kann.

Künftig wäre es für eine gute Versorgung und Behandlung der Patient:innen essenziell, mehr stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungsplätze zu schaffen. Aktuell ist die Versorgungslücke im Gesundheitssystem für eine spezifische und qualifizierte Traumatherapie als eklatant und alarmierend zu betrachten. Einerseits wäre politisch eine gezielte Nachwuchsförderung von Psychotherapeut:innen und Psychiater:innen dringend empfehlenswert. Ferner wäre die Förderung einer fundierten traumaspezifischen Weiterbildung wünschenswert, auch um die Behandlungsqualität auf diesem höchst komplexen und gesamtgesellschaftlich wichtigen Gebiet sicherzustellen.

Therapeut:innensuche:



Mit der Therapeut:innen-Suche der DeGPT können Betroffene nach qualifizierten Therapeut:innen für Erwachsene, Kinder und Jugendliche mit Traumafolgestörungen suchen. Alle angezeigten Therapeut:innen haben das Zertifikat Spezielle Psychotraumatherapie (DeGPT) oder Spezielle Psychotraumatherapie mit Kindern und Jugendlichen (DeGPT) erworben. Mithilfe der Datenbank-Suche können Betroffene nach Ort und Postleitzahl qualifizierte TherapeutInnen suchen:

<https://www.degpt.de/therapeutinnen-suche/>

2.3 Wo finden Betroffene und Interessierte weitere Informationen?



Auf diesen Seiten finden Interessierte Informationen zu verschiedenen Fragen rund um das Thema Trauma und Traumafolgestörungen. Es stehen hiermit sachgerechte Erklärungen und Empfehlungen zur Verfügung, die zur Orientierung dienen und gegebenenfalls auch ermöglichen sollen, Zugang zu einer qualifizierten Traumatherapie zu finden:

<https://www.degpt.de/informationen/fuer-betroffene/>

2.4 Wo können sich Fachleute in Traumatherapie weiterbilden?

Weiterbildungsinstitute



Eine ständig wachsende Anzahl an Weiterbildungsinstituten in Deutschland, Österreich und der Schweiz ist mittlerweile zur Durchführung der unterschiedlichen Curricula der DeGPT zertifiziert:

<https://www.degpt.de/weiterbildungsinstitute/>

3 Literaturnachweise

1. Bundespsychotherapeutenkammer. (2007). Muster-Berufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. In der Fassung der Beschlüsse des 7. Deutschen Psychotherapeutentages in Dortmund am 13. Januar 2006 aktualisiert mit Beschluss des 11. DPT am 10. November 2007. Online auf www.bptk.de/.
2. Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, BMSGPK. (2020). Ethikrichtlinien des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. <https://www.boep.or.at/berufspolitik/ethikrichtlinien>
3. Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2018). Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. <https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:dea97f39-8567-4677-a84b-747fc49612a2/Berufskodex.pdf>
4. Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Noonan, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C. L., Weijin Gan, M.S. & Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 167(8), 915-924.
5. Deering, R. & Mellor, D. (2011). An exploratory qualitative study of the self-reported impact of female-perpetrated childhood sexual abuse. *Journal of child sexual abuse*, 20 (1), 58-76.
6. DeGPT (2022). Ethikrichtlinien der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie. Download 15.5.2022 von <https://www.degpt.de/ueber-die-degpt/ethikrichtlinien.html>
7. Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. 4. Auflage. Reinhardt: München, Basel.
8. Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) (2022). Berufsethik. Download 13.8.2022 von <https://www.psychologie.ch/recht-qualitaet-im-beruf/ethik-qualitaet/berufsethik>
9. Jericho, B., Luo, A., & Berle, D. (2022). Trauma-focused psychotherapies for post-traumatic stress disorder: A systematic review and network meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 145(2), 132-155.
10. Häcker, H. & Stapf, K. H. (2009). *Dorsch Psychologisches Wörterbuch*. Hans Huber: Bern.
11. Hübener, M., & Bonhoeffer, T. (2014). Neuronal plasticity: beyond the critical period. *Cell*, 159(4), 727-737.

12. Ioannidis, K., Askelund, A. D., Kievit, R. A., & Van Harmelen, A. L. (2020). The complex neurobiology of resilient functioning after childhood maltreatment. *BMC medicine*, *18*(1), 1-16
13. Longobardi, C., Malacrea, M., Giulini, P., Settanni, M., & Fabris, M. A. (2022). How plausible are the accounts of child victims of sexual abuse? A study of bizarre and unusual scripts reported by children. *Journal of child sexual abuse*, *31* (2), 216-235.
14. Maercker, A. (2009). Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (3. Aufl., S. 13–32). Heidelberg: Springer
15. Maercker, A., Cloitre, M., Bachem, R., Schlumpf, Y. R., Khoury, B., Hitchcock, C., & Bohus, M. (2022). Complex post-traumatic stress disorder. *The Lancet*, *400*(10345), 60-72.
16. Metzner, F., Dahm, K., Richter-Appelt, H., Pawils, S., Moulaa-Edmondson, M. J., & Stellermann-Strehlow, K. (2019). Entwicklungsstraumastörung (ETS) bei Kindern und Jugendlichen—Ergebnisse einer Patientenpopulation der kinder- und jugend-psychiatrischen Spezialsprechstunde „Gewalt und Trauma“. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, *47*(4), 300-312.
17. Morelli, N. M., & Villodas, M. T. (2021). A Systematic Review of the Validity, Reliability, and Clinical Utility of Developmental Trauma Disorder (DTD) Symptom Criteria. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1-19.
18. Reddemann, L., & Piedfort-Marin, O. (2017). Stabilization in the treatment of complex post-traumatic stress disorders: Concepts and principles. *European Journal of Trauma & Dissociation*, *1*(1), 11-17.
19. Reddemann, O., Schellong, J., Lueger-Schuster, B., Frommberger, U., Liebermann, P., & Köllner, V. (2020). Versorgungskonzepte und Versorgungsrealität bei Menschen mit Posttraumatischer Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt*, *14*(2), 144-157.
20. Schäfer, I., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Lotzin, A., Maercker, A., Rosner, R., Wöller, W. (2019). *S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung*. Springer Verlag: Berlin.
21. Schleu, A. (2020): *Umgang mit Grenzverletzungen – professionelle Standards und ethische Fragen in der Psychotherapie*. Springer: Berlin
22. Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (2015): *Berufsbild PsychiaterIn*. Online auf <https://www.psychiatrie.ch/sgpp/ueber-uns/berufsbild>, Download am 21.8.2022
23. Sorsoli, L., Kia-Keating, M. & Grossman, F. K. (2008). „I keep that hush-hush“: Male survivors of sexual abuse and the challenges of disclosure. *Journal of Counseling Psychology*, *55* (3), 333.
24. Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M., & Ohashi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature reviews neuroscience*, *17*(10), 652-666.
25. Tener, D. & Murphy, S. B. (2015). Adult disclosure of child sexual abuse: A literature review. *Trauma, Violence, & Abuse*, *16*(4), 391-400.
26. Terr, L. C. (1989). Treating psychic trauma in children: A preliminary discussion. *J Trauma Stress*, *2* (1), 3-20
27. Trachsel, M., Gaab, J., & Biller-Andorno, N. (2018). *Psychotherapie-Ethik*. Hogrefe Verlag.
28. Weber, M., Schumacher, S., Hannig, W., Barth, J., Lotzin, A., Schäfer, I., Ehring, T., & Kleim, B. (2021). Long-term outcomes of psychological treatment for posttraumatic

- stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51(9), 1420–1430.
29. WHO (2019). International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). <https://icd.who.int/en>. Entwurfsfassung Deutsch: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html
30. Yurteri, N., Erdoğan, A., Büken, B., Yektaş, Ç., & Çelik, M. S. (2022): Factors affecting disclosure time of sexual abuse in children and adolescents. *Pediatrics international*, 64 (1), e14881.