



TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN
Fakultät für Sport- und Gesundheitswissenschaft

BACHELORARBEIT

Berufliche Bildung
Gesundheits- und Pflegewissenschaft

**Vergleichende Betrachtung Narrativer Expositionstherapie (NET) und Virtual Reality
Exposure Therapy (VRET) im Einsatz in der psychotherapeutischen Behandlung
posttraumatischer Belastungsstörungen**

Sylvana Haider

Sommersemester 2025
Betreut von: Prof. Dr. Martin Gartmeier
Abgabedatum: 08.10.2025

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	II
Abbildungsverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	IV
Abstract	IV
1. Einleitung	1
1.1 Problemstellung und Relevanz	2
1.2 Aktueller Forschungsstand	3
1.3 Narration und Exposition in der Traumatherapie	5
1.4 Zielsetzung und Fragestellung	6
2. Theoretische Grundlagen	8
2.1 Definition und Klassifikation der PTBS	8
2.2 Symptomatik	9
2.3 Komorbidität	10
2.4 Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen	11
2.4.1 Psychologische und neurobiologische Erklärungsansätze	11
2.4.2 Etablierte Behandlungsansätze	14
2.4.3 Besonderheiten und Herausforderungen in der Therapie	15
3. Material und Methoden	17
3.1 Art der Arbeit und Zielsetzung	17
3.2 Literaturrecherche	17
3.3 Vorgehen bei Analyse und Vergleich	18
4. Narrative Expositionstherapie (NET)	20
4.1 Theoretische Grundlagen	20
4.2 Ablauf der narrativen Exposition	23
4.3 Anwendungsbereiche	26
4.4 Effektivität	27
4.5 Chancen und Grenzen der NET	28
5. Virtual Reality Exposure Therapy (VRET)	29
5.1 Technologische und psychologische Grundlagen	30
5.2 Ablauf der Exposition in der virtuellen Realität	31
5.3 Besonderheiten im Einsatz bei PTBS	32
5.4 Effektivität	33
5.5 Chancen und Grenzen der VRET	34
6. Vergleichende Analyse von NET und VRET	36
6.1 Vergleich theoretischer Grundlagen	36
6.2 Rahmenbedingungen	37
6.3 Vergleichende Betrachtung der Effektivität	38

6.4	Praktikabilität, Zugänglichkeit und Akzeptanz	40
6.5	Schwächen und Anwendungsgrenzen	41
7.	Diskussion	44
7.1	Interpretation von Wirksamkeit und Anwendbarkeit	45
7.2	Praktische Implikationen.....	46
7.3	Schlussfolgerung und Ausblick.....	46
8.	Literaturverzeichnis.....	48
9.	Anhang	55
10.	Eigenständigkeitserklärung.....	57

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteidigungskaskade der menschlichen Stressreaktion.....	13
Abbildung 2: Erfassung von heißen und kalten Gedächtnisinhalten.....	22

Abkürzungsverzeichnis

EMDR	<i>Eye Movement Desensitization and Reprocessing</i>
FORNET	<i>Forensic Offender Rehabilitation NET</i>
ICD-10 / ICD-11	<i>International Classification of Diseases</i>
KERF-I	<i>Checkliste Belastende Kindheitserfahrungen</i>
KIDNET	<i>Kinder-NET</i>
MDD	<i>Major Depressive Disorder</i>
NET	<i>Narrative Exposure Therapy</i>
OPAC	<i>Online Public Access Catalogue</i>
PTBS	<i>Posttraumatische Belastungsstörung</i>
RCT	<i>Randomized Controlled Study</i>
TF-KVT	<i>Trauma-fokussierte kognitive Verhaltenstherapie</i>
VR	<i>Virtual Reality</i>
VRET	<i>Virtual Reality Exposure Therapy</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

Abstract

Post-traumatic stress disorder constitutes a highly distressing mental illness for those affected, which additionally entails significant challenges for treatment and psychotherapeutic care. Limited resources, such as long waiting times for therapy slots, a shortage of licensed positions and specialized therapists, often impede adequate care in practice and highlight the urgent need for resource-efficient, innovative therapeutic approaches. This thesis aims to provide a systematic comparison of Narrative Exposure Therapy (NET) and Virtual Reality Exposure Therapy (VRET) regarding their theoretical foundations, methodological implementations, effectiveness and practical applicability in the psychotherapeutic treatment of posttraumatic stress disorder.

The analysis is based on a systematic literature review of scientific publications from the period 2004 to 2025, including primary studies, randomized controlled trials as well as meta-analyses, international guidelines, and systematic reviews. By incorporating different types of scholarly publications, both the empirical evidence base and the current state of research in clinical practice will be comprehensively represented.

The findings of this thesis illustrate that although both treatment approaches are grounded in the principles of narration and exposure, they differ regarding their specific emphases. While NET promotes the integration and processing of individual traumatic experiences through (auto-) biographical narration, VRET by contrast, enables an immersive reenactment of traumatic experiences through the simulation of specific virtual scenarios, allowing for confrontation with the trauma in a controlled environment.

In summary, the comparison of Narrative Exposure Therapy and Virtual Reality Exposure Therapy highlights that NET, due to its cost-efficiency and flexible applicability, is particularly suitable in humanitarian contexts, whereas VRET offers advantages in clinical settings through its standardizability, individually adjustable intensity and high client acceptance. Both approaches demonstrate specific strengths and limitations, and their complementary use could provide promising future perspectives for improving the treatment of post-traumatic stress disorder.

Keywords: *Post-traumatic stress disorder (PTSD), Narrative Exposure Therapy (NET), Virtual Reality Exposure Therapy (VRET), trauma treatment, exposition therapy, innovative therapeutic approach*

*„Ich fürchte mich nicht vor den Erzählungen
traumatisierter Menschen, ihren Tränen, ihrer Wut und Verzweiflung
– im Gegenteil, ihr Mut verdient größten Respekt.*

*Angst machen mir die grausamen Realitäten von Missbrauch und Gewalt,
die hinter diesen Geschichten stehen.“*

~ Dr. Maggie Schauer

1. Einleitung

Kaum ein Lebensweg bleibt vom Erleben potenziell traumatischer Ereignisse unberührt, sie gehören zu den prägendsten, tiefgreifendsten und schmerzhaftesten Erfahrungen der menschlichen Existenz und sind kein Randphänomen, sondern Teil einer kollektiven Realität, die jeden Menschen im Laufe seines Lebens betreffen kann. Gemeint sind damit Erfahrungen, wie das Erleben von Unfällen, Kriegen, Flucht oder Vergewaltigung, aus denen Traumafolgestörungen wie die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) resultieren können (vgl. Bachmann et al., 2021).

Das Risiko, eine solche Belastungsstörung zu entwickeln, variiert dabei, je nach zugrundeliegender Ursache des Traumas, erheblich, wie eine groß angelegte Studie der *World Mental Health Surveys*, in der 68.894 Personen aus 24 Ländern befragt wurden, zeigte. Insgesamt 70,4 % der Befragten hatten im Laufe ihres Lebens bisher mindestens ein Trauma erlebt, bei durchschnittlich 3,2 traumatischen Erfahrungen pro Person (vgl. Benjet et al., 2016).

Während das durchschnittliche Risiko, daraufhin an einer PTBS zu erkranken weltweit durchschnittlich bei 5,6 % liegt, zeigen bestimmte Ereignistypen ein deutlich erhöhtes Erkrankungsrisiko (vgl. Koenen et al., 2017). Menschen, die Gewaltkonflikte oder Krieg erlebt haben, haben mit 15,3 % das höchste Risiko eine PTBS zu entwickeln (vgl. Charlson et al., 2019).

Damit wird deutlich, dass Trauma nahezu jeden betrifft, egal ob durch eigenes Erleben oder indirekt als Angehörige einer betroffenen Person. Die vielfältigen Auswirkungen der posttraumatischen Belastungsstörungen auf die Betroffenen und die daraus resultierenden Folgen für das Gesundheitssystem werden im folgenden Kapitel näher erläutert.

1.1 Problemstellung und Relevanz

Jährlich gibt es in Deutschland ca. 20 Millionen psychische Neuerkrankungen und dennoch ist die Versorgungslage seit Jahren durch strukturelle Defizite geprägt, denn lediglich etwa 1,9 Millionen Patient*innen, also nur jeder Zehnte, erhält innerhalb eines Jahres eine ambulante psychotherapeutische Behandlung (vgl. BPtK, 2023). Eine Ursache dafür lässt sich in der unzureichenden Anzahl an Psychotherapeut*innen, aufgrund mangelnder Verfügbarkeit von Kassensitzen, beschreiben. Laut Bundespsychotherapeutenkammer beträgt die Wartezeit auf eine Sprechstunde durchschnittlich 5,7 Wochen, auf eine Richtlinienpsychotherapie sogar 19,9 Wochen und das bei stetig steigender Nachfrage und gleichzeitig rund 7000 fehlenden psychotherapeutischen Praxissitzen (vgl. BPtK, 2018).

Besonders deutlich zeigt sich die Diskrepanz zwischen steigendem Bedarf und unzureichender Versorgung bei posttraumatischen Belastungsstörungen in einem Anstieg der administrativen Prävalenz von PTBS-Diagnosen. Die Zahl diagnostizierter Fälle hat sich laut Krankenkassendaten zwischen 2008 und 2017 von 0,3 % auf 0,7 % mehr als verdoppelt, was sich unter anderem mit der zunehmenden Sensibilisierung von Ärzt*innen und Patient*innen begründen lässt. (vgl. Bachmann et al., 2021)

Die Behandlung der PTBS stellt seit vielen Jahren eine zentrale Herausforderung in der psychotherapeutischen Versorgung dar, die sich zum einen darin begründet, dass die PTBS wie oben beschrieben immer häufiger diagnostiziert wird und zum anderen durch hohe Behandlungskosten für Therapiemaßnahmen (vgl. Bachmann et al., 2021; Dams et al., 2020).

Dabei entstehen die höchsten Behandlungskosten durch stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken, Allgemeinkrankenhäusern und durch Rehabilitationsmaßnahmen (vgl. Dams et al., 2020). Die 6-Monats-Kosten für stationäre psychiatrische Behandlung wird mit durchschnittlich 7.596 € pro Patient*in angegeben, wohingegen sich die Kosten für eine ambulante Therapie auf 825 € im gleichen Zeitraum belaufen (vgl. Dams et al., 2020).

Die daraus resultierende Versorgungslücke verdeutlicht die Notwendigkeit der Entwicklung und Anwendung wirksamer, innovativer und ressourcenorientierter Behandlungsansätze. In diesem Kontext gewinnen moderne Therapieformen wie die *Narrative Expositionstherapie* (NET) und die *Virtual Reality Exposure Therapy* (VRET) immer mehr an Bedeutung, da sie zentrale Wirkprinzipien wie Narration, also das Erzählen des Erlebten, und Exposition, die Konfrontation damit, aufgreifen und neue Wege der therapeutischen Umsetzung eröffnen (vgl. Neuner et al., 2021; Rizzo et al., 2005).

Neben strukturellen und finanziellen Belastungen für Behandelnde und das Gesundheitssystem stehen vor allem die Betroffenen selbst vor enormen Herausforderungen, die die PTBS durch ihre Symptomatik (Kap. 2.2), unterschiedliche Komorbiditäten (Kap. 2.3) und die damit verbundenen Einschränkungen für den Alltag der Betroffenen mit sich bringt.

Um sowohl die individuelle Belastung für Trauma-Überlebende als auch die strukturellen und finanziellen Auswirkungen auf das Gesundheitssystem zu reduzieren und Psychotherapeut*innen zu entlasten, ist eine adäquate Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen unerlässlich und macht die Entwicklung neuer, noch effizienterer Therapiemethoden notwendig.

1.2 Aktueller Forschungsstand

Die Narrative Expositionstherapie (NET) wurde in den vergangenen Jahren in zahlreichen Studien umfassend evaluiert. Randomisiert kontrollierte Studien (RCTs) und Metaanalysen konnten ihre Wirksamkeit insbesondere bei multiplen Traumatisierungen belegen (vgl. Gwozdziewicz et al., 2013; Schauer et al., 2024; Wright et al., 2020).

Die Anzahl der durchgeführten psychotherapeutischen Sitzungen variiert je nach Setting und Verfügbarkeit von Ressourcen, umfasst im Regelfall aber sechs bis vierzehn Sitzungen zu je 90 Minuten (vgl. Neuner et al., 2021). Sie setzt sich aus drei Phasen zusammen, wobei im ersten Schritt namens „Ereignis-Checklisten und Psychoedukation“ Lebensereignisse und Traumareaktionen in einem persönlichen

Interview erfasst werden und den Patient*innen grundlegende Kenntnisse über Trauma, Reaktionen und die NET vermittelt werden. Im nächsten Schritt wird eine Lebenslinie, also ein autobiographischer Überblick, die sogenannte *Lifeline* erstellt. Dabei wird mit einer Schnur eine Art Zeitstrahl symbolisiert, auf den dann für schöne Ereignisse Blumen und für traumatische Erfahrungen Steine gelegt werden. (vgl. Neuner et al., 2021; Schauer et al., 2024)

Der dritte und letzte Schritt umfasst die Exposition, also die gezielte Auseinandersetzung mit dem traumatischen Erlebnis. Dabei berichtet der Betroffene von seinen Erfahrungen, die der Therapeut anschließend in einem *Testimony* schriftlich festhält, um sie dem Betroffenen in der nächsten Sitzung vorzulesen (vgl. Neuner et al., 2021).

Die NET ist inzwischen in internationalen Leitlinien verankert und als evidenzbasiertes Verfahren anerkannt, das vor allem bei schwer traumatisierten Bevölkerungsgruppen in ressourcenarmen Kontexten eingesetzt wird. Besonders intensiv erforscht wurde die NET im Kontext von Krieg, Flucht und Gewalt, in dem bereits mehrfach ein signifikanter Rückgang von Symptomen der PTBS nach der Behandlung nachgewiesen werden konnte. (vgl. Gwozdziewicz et al., 2013; Neuner et al., 2021; Schauer et al., 2024; Siehl et al., 2020; Wright et al., 2020)

Im Vergleich zur Narrativen Expositionstherapie befindet sich die *Virtual Reality Exposure Therapy* noch in einem vergleichsweise frühen Entwicklungsstadium und wurde bislang vor allem im Bereich von Angststörungen untersucht, wo bereits in kontrollierten Studien erste vielversprechende Ergebnisse verzeichnet werden konnten. Zunehmend richtet sich der Fokus der Forschung auch auf die Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. Erste Studien mit Kriegsveteranen und Geflüchteten zeigen, dass das virtuelle und immersive Wiedererleben traumatisierender Erlebnisse, wie Kriegsszenarien oder Unfallsituationen, zu einer signifikanten Reduktion der Symptomschwere führen kann. (vgl. Beidel et al., 2024; Kamkuimo et al., 2021; Kothgassner et al., 2019; Rizzo et al., 2004)

Trotz vielversprechender Befunde bleibt die Evidenzlage bislang eingeschränkt, da ein erheblicher Teil der Studien mit geringen Stichprobengrößen arbeitet oder

methodische Defizite aufweist, etwa in Bezug auf die Standardisierung der VR-Szenarien. Diese ist notwendig, um die Ergebnisse zwischen verschiedenen Studien vergleichbar zu machen und die Wirksamkeit der VRET im Vergleich zu anderen Methoden einschätzen zu können. Derzeit variieren die eingesetzten Szenarien in Bezug auf ihre Inhalte stark, da aktuell sowohl kampfassozierte Umgebungen für Veteranen als auch Unfall- oder Katastrophen-Szenarien eingesetzt werden. (vgl. Kothgassner et al., 2019; Rizzo et al., 2004)

Direkte Vergleiche zwischen der NET und der VRET liegen bislang kaum vor. Während die NET als bereits etabliertes Verfahren über eine breite Evidenzbasis verfügt, befinden sich Forschungen zur VRET besonders im deutschsprachigen Raum noch im Anfangsstadium (vgl. Kothgassner et al., 2019; Neuner et al., 2021). Zwar lassen die bisherigen Ergebnisse auf ein hohes gegenseitiges Ergänzungspotenzial hinsichtlich der gemeinsamen Elemente wie Narration und Exposition schließen, jedoch bedarf es weiterer Studien, umfangreicherer Stichproben und Langzeitanalysen, um die Beständigkeit der Effekte nachzuweisen. Mit der Kombination beider Verfahren träte ein etabliertes und evidenzbasiertes Verfahren auf einen innovativen, wenn auch nicht umfassend evaluierten Ansatz mit hohem Potenzial.

1.3 Narration und Exposition in der Traumatherapie

Exposition und Narration stellen zentrale Wirkmechanismen in der Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen dar, da sie den Betroffenen eine gezielte Konfrontation mit den belastenden Erinnerungen in einem sicheren therapeutischen Rahmen bieten und es zeitgleich ermöglichen, diese in die eigene Lebensgeschichte zu integrieren (vgl. Schnyder et al., 2015).

Expositionsverfahren stellen einen wichtigen Bestandteil der Traumatherapie dar, da die wiederholte und kontrollierte Konfrontation mit belastenden Erinnerungen im Verlauf zu allmählicher *Extinktion* (Reduktion der konditionierten Furchtreaktion) und *Habituation* (Gewöhnung durch Exposition) führt und den Betroffenen gleichzeitig eine Neubewertung des Geschehenen ermöglicht. Die Art der Exposition lässt sich dabei in zwei Formen unterteilen, die *in vivo*- und die *in sensu*-Exposition. Während die

Patient*innen bei der *in vivo-Exposition* mit realen angstausslösenden Reizen konfrontiert werden, erfolgt bei der *in sensu* Exposition eine imaginierte Konfrontation, um durch die wiederholte Auseinandersetzung mit dem angstausslösenden Reiz eine Abschwächung der Furchtreaktion zu erreichen, die Teil der posttraumatischen Belastungsstörung ist. (vgl. Hamm et al., 2017; Neuner et al., 2021; Nyberg E., 2005; Schauer et al., 2024)

Narration überführt traumatische Erinnerungen aus ihrem fragmentierten Zustand in kohärente autobiographische Geschichten und trägt so zu deren Integration in die individuelle Lebensgeschichte der Betroffenen bei. Die therapeutische Wirkung entfaltet sich dabei durch die Wiederherstellung einer konsistenten, zusammenhängenden Erinnerung, die bei den Betroffenen bislang meist durch Dissoziation beeinträchtigt sind. Auf diese Weise werden sowohl emotionale als auch kognitive Verarbeitungsmechanismen aktiviert, die so nachhaltig zur Reduktion der Symptomlast führen. (vgl. Neuner et al., 2021; Schauer et al., 2024)

1.4 Zielsetzung und Fragestellung

Die vorliegende Bachelorarbeit verfolgt das Ziel, zwei zentrale Verfahren der Expositionstherapie, NET und VRET, systematisch gegenüberzustellen. Während beide Ansätze Patient*innen mit posttraumatischer Belastungsstörung bei der Verarbeitung traumatischer Erinnerungen unterstützen sollen, unterscheiden sie sich jedoch deutlich in methodischem Vorgehen, Anwendungskontext und praktischer Umsetzbarkeit.

Im Mittelpunkt der Arbeit steht die Frage, inwiefern sich NET und VRET hinsichtlich ihrer theoretischen Grundlagen, methodischer Umsetzung und Wirksamkeit voneinander abgrenzen lassen, welches Ergänzungspotential sich aus dem Vergleich beider Verfahren für den Behandlungserfolg der PTBS ergibt und welche neuen Perspektiven sich aus ihrem Zusammenspiel für die psychotherapeutische Praxis ergeben.

Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Rolle narrativer Strukturen. Während die Narrative Expositionstherapie gezielt die biographische Narration nutzt, um

traumatische Ereignisse in die Lebensgeschichte zu integrieren, weist auch die VRET narrative Elemente auf. Den Patient*innen wird ermöglicht, spezifische traumatische Erlebnisse in einer virtuellen Umgebung kontrolliert wiederzuerleben, um die Geschehnisse langfristig emotional verarbeiten zu können.

Daraus ergibt sich die zentrale Forschungsfrage, in welchem Maße sich NET und VRET in der PTBS-Behandlung unterscheiden, welche Gemeinsamkeiten beide Ansätze teilen und welches Potenzial sich aus dem Vergleich beider Verfahren für die psychotherapeutische Praxis ableiten lässt.

Zur differenzierten Beantwortung der Leitfrage werden verschiedene Dimensionen der beiden Therapiemethoden näher beleuchtet. Im ersten Schritt erfolgt eine Veranschaulichung der psychologischen und neurobiologischen Grundlagen von NET und VRET sowie der Rolle von Narration und Exposition in beiden Verfahren. Daran anschließend folgt eine Analyse der jeweils möglichen Anwendungsfelder und der hierzu vorliegenden Evidenz.

Neben der Betrachtung methodischer und theoretischer Aspekte werden auch Chancen und Restriktionen in Bezug auf Praktikabilität, Zugänglichkeit und Akzeptanz untersucht. Darauf aufbauend erfolgt eine Diskussion über mögliches komplementäres Potenzial, das sich für die zukünftige psychologische Versorgung von PTBS-Patient*innen ableiten lässt. Damit soll die Arbeit nicht nur den bestehenden Forschungsstand systematisch darstellen, sondern zugleich Ansatzpunkte für eine engere Verzahnung und Weiterentwicklung der Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen aufzeigen.

2. Theoretische Grundlagen

Der Begriff *Trauma* (griech. τραύμα = Wunde) bezeichnet im psychologischen Kontext eine seelische Verletzung, die durch außergewöhnlich belastende Ereignisse oder Situationen entsteht. Dazu zählen unter anderem schwere Unfälle, lebensbedrohliche Erkrankungen, Naturkatastrophen, sexuelle Gewalt oder Kriegserleben. (vgl. Pausch et al., 2018)

Traumatische Erlebnisse sind dadurch gekennzeichnet, dass sie emotionale, kognitive und physische Reaktionen auslösen, die über das übliche Stressniveau weit hinausgehen und sich nachhaltig im Gedächtnis verankern. Die enorme Belastung, die mit solchen Erlebnissen verbunden sind, können die natürlichen Bewältigungsmechanismen des Menschen überfordern und zu einer dauerhaften Veränderung emotionaler, kognitiver und physiologischer Prozesse führen. Bleibt eine adäquate Verarbeitung des Erlebten aus, können die Symptome, über ein akutes Belastungsreaktionsniveau hinaus, fortbestehen und im Verlauf zu Traumafolgestörungen, wie der posttraumatischen Belastungsstörung, führen. (vgl. Neuner et al., 2021; Schauer et al., 2024)

2.1 Definition und Klassifikation der PTBS

Die posttraumatische Belastungsstörung wird nach der *International Classification of Diseases* (ICD-10) unter dem Schlüssel F43.1 klassifiziert und als „Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation [...] mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“, beschrieben (DIMDI, 2015).

Mit der Überarbeitung der internationalen Klassifikationssysteme wurden die diagnostischen Kriterien weiter präzisiert. In der elften überarbeiteten Version des *International Classification of Diseases* (ICD-11) umfasst die posttraumatische Belastungsstörung (Code 6B40) sowie ihre Schwester-Diagnose die komplexe posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS) drei Kernsymptomcluster, bestehend aus dem Wiedererleben des Traumas in der Gegenwart (*Reexperiencing*), anhaltender Vermeidung traumaassoziierter Reize und einem persistierenden Gefühl akuter

Bedrohung, das sich in Symptomen wie ausgeprägter vegetativer Übererregung (*Hypervigilanz*) oder einer übermäßig gesteigerten Schreckhaftigkeit äußert. (vgl. DIMDI, 2015; Karatzias et al, 2019)

Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung umfasst im Unterschied zur PTBS noch drei zusätzliche Cluster, die Störungen in der Selbstorganisation darstellen, wie Affektregulationsstörungen, ein negatives Selbstkonzept und Störungen in Beziehungen (vgl. Karatzias et al, 2019). Die Klassifikation verdeutlicht, dass die PTBS eine klar definierte psychische Erkrankung darstellt und bildet die Grundlage für eine systematische Erfassung der Symptomatik und eine präzise Diagnostik.

2.2 Symptomatik

Die posttraumatische Belastungsstörung äußert sich klinisch in einer Vielzahl charakteristischer Symptome, die nach ICD näher bestimmt und beschrieben sind. Besonders prägnant sind intrusive Erinnerungen an das vorangegangene Trauma, die sich in Form von Hypervigilanz, Alpträumen, emotionaler Taubheit, Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen sowie Gleichgültigkeit gegenüber der Umwelt äußern. Um diesen belastenden Gefühlen und Erinnerungen an das traumatische Erlebnis zu entgehen, entwickeln viele Betroffene Vermeidungsverhalten, durch welches sie Orte, Situationen oder Personen meiden, die sie an das Erlebte erinnern. Die Vermeidung solcher angstausslösenden Reize führt bei den Betroffenen zwar kurzfristig zu Entlastung, hat langfristig aber ein Aufrechterhalten der Symptomatik zur Folge. Darüber hinaus können auch Depressionen, Angststörungen, Dissoziationen und in schweren Fällen auch Suizidgedanken auftreten. (vgl. DIMDI, 2015)

Die posttraumatische Belastungsstörung stellt für die Betroffenen einen tiefen Eingriff in ihre emotionale, kognitive und körperliche Erlebniswelt dar. Es wird ein Gefühl permanenter innerer Alarmbereitschaft beschrieben, durch das selbst harmlose Reize, wie beispielsweise laute Geräusche oder bestimmte Gerüche, sich plötzlich aufdrängenden Nachhallerinnerungen (*Flashbacks*) oder *Dissoziationen* zur Folge haben können. (vgl. Neuner et al., 2021; Schauer et al., 2024)

Bei Flashbacks werden Erinnerungen an das traumatische Geschehen so heftig ins Gedächtnis gerufen, dass dies bei den Betroffenen ein Gefühl des Wiedererlebens

auslöst und sie gleichzeitig häufig das Bewusstsein über die gegenwärtige Situation verlieren. Die Dissoziation bezeichnet einen Zustand innerer Abspaltung von der realen Umgebung, bei der Betroffene das Gefühl haben, als wären sie selbst nicht Teil des Geschehens, sondern würden sich selbst und die Situation von außen beobachten, um das Unerträgliche für kurze Zeit erträglich zu machen. (vgl. Neuner et al., 2021; Nyberg, E., 2005)

2.3 Komorbidität

Die posttraumatische Belastungsstörung manifestiert sich nur selten in Form isolierter psychischer Symptome, sondern ist häufig in hohem Maße mit weiteren Erkrankungen assoziiert (vgl. Hicks et al., 2024). Das Vorliegen komorbider Erkrankungen stellt dabei eine besondere Belastung in der therapeutischen Versorgung traumatisierter Menschen dar, indem sie den Therapieprozess verlängern, den klinischen Verlauf beeinträchtigen und die Wirksamkeit angewandter Behandlungsmaßnahmen reduzieren (vgl. Assmann et al., 2021).

Zu den Komorbiditäten der PTBS zählen psychische und somatische Begleiterkrankungen sowie Beeinträchtigungen im beruflichen, sozialen und Bildungskontext, die stets zu einer Reduzierung der eigenen Lebensqualität führen (vgl. Dams et al., 2020).

Die posttraumatische Belastungsstörung geht häufig mit weiteren psychischen Erkrankungen einher. Klinische Studien zeigen, dass durchschnittlich 87,1 % der PTBS-Betroffenen mindestens eine weitere komorbide psychiatrische Störung aufweisen, wobei die häufigste komorbide Erkrankung die *Major Depression* (MD) darstellt, gefolgt von Angststörungen an zweiter Stelle. (vgl. Assmann et al., 2021)

Epidemiologische Befunde zeigen, dass bei erwachsenen PTBS-Patient*innen etwa 70 % ebenfalls eine depressive Störung aufweisen. Angststörungen sind in rund 38 % der Fälle zu finden, 36 % leiden an einer somatoformen Störung und bei 19 % kommt es zum Substanzmissbrauch. (vgl. Bachmann et al., 2021)

Ebenfalls lassen sich geschlechtsspezifische Unterschiede insofern nachweisen, dass männliche Patienten häufiger von pulmonalen Herzerkrankungen, Blutungen und Atemversagen betroffen sind, wohingegen Frauen häufiger unter Atemwegs- und Harnwegsinfekten und Übergewicht leiden (vgl. Hicks et al., 2024).

Komorbiditäten der PTBS umfassen also sowohl psychische Störungen als auch körperliche Erkrankungen und gehen daher oftmals mit einer gravierenden Mehrbelastung für die Betroffenen und negativen Konsequenzen für ihren Alltag und den Therapieprozess einher.

2.4 Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen

Laut der S3-Leitlinie zur Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen gelten derzeit traumafokussierte Verfahren wie die *Trauma-Fokussierte Kognitive Verhaltenstherapie* (TF-KVT) und das *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) (Kap. 2.4.2) als Therapieverfahren der ersten Wahl. In der praktischen Umsetzung offenbaren sich jedoch spezifische Herausforderungen, die sowohl die Weiterentwicklung bereits etablierter Behandlungsansätze als auch die Integration neuer therapeutischer Konzepte erforderlich machen. (vgl. DGPPN, 2019; Hase et al., 2013; Gillies et al., 2012; Gutermann et al., 2016)

Es gibt verschiedene Modelle, die essenziell für die Entwicklung spezifischer Therapieverfahren waren. Sie lieferten die Evidenz für Therapieansätze, die heute den therapeutischen Gold-Standard in der Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen darstellen. Um zu verstehen, wie die NET und VRET wirken, bedarf es einiger psychologischer und neurobiologischer Grundlagen. Die folgende Darstellung widmet sich theoretischen Erklärungsansätzen (Kap. 2.4.1), bevor auf etablierte Behandlungsverfahren (Kap. 2.4.2) sowie auf besondere Herausforderungen (Kap. 2.4.3) eingegangen wird.

2.4.1 Psychologische und neurobiologische Erklärungsansätze

Das Verständnis der posttraumatischen Belastungsstörung und ihrer physiologischen und psychologischen Auswirkungen, setzt fundierte Vorkenntnisse psychologischer

und neurobiologischer Grundlagen voraus. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage, wie traumatische Erfahrungen in den Prozess der Informationsverarbeitung im Gehirn eingreifen und auf welche Weise sie die Stressregulation des Körpers verändern.

Ein zentrales psychologisches Konzept in der Entstehung einer PTBS ist der Dosis-Wirkungs-Zusammenhang, auch als *Building-Block-Effekt* bezeichnet, der beschreibt, dass das Risiko eine PTBS zu entwickeln mit zunehmender Anzahl und Intensität von Traumatisierungen, signifikant steigt. In diesem Zusammenhang gilt, dass eine PTBS in den seltensten Fällen durch ein singuläres Monotrauma hervorgerufen wird, sondern vielmehr durch eine Akkumulierung an traumatischen Erfahrungen. (vgl. Neuner et al., 2021; Schauer et al., 2024)

Neurobiologisch zeigt sich eine Überaktivität der Amygdala, die für die Verarbeitung von Angst und Bedrohung zuständig ist und neutrale Reize oft vorschnell als gefährlich interpretiert. Zeitgleich ist auch der Hippocampus, dessen normale Funktion die Speicherung von Erinnerungen in zeitlichem und räumlichem Kontext ist, beeinträchtigt und speichert Erinnerungen dadurch fragmentiert und im falschen oder fehlenden Kontext im Gedächtnis ab. Diese Fehlfunktion beider Areale führt bei den Betroffenen zu einer Vielzahl an Symptomen, wie Dissoziation und Flashbacks. (vgl. Gierhan, S. P., 2008; Neuner et al., 2021; Schauer et al., 2024)

Auf verhaltenspsychologischer Ebene äußert sich die PTBS durch eine Verteidigungskaskade bestehend aus den Reaktionsmustern *Fight* (Kampf), *Flight* (Flucht), *Freeze* (Erstarrung) oder *Faint* (Ohnmacht), die evolutionär als Überlebensstrategien dienten und somit in ihrer Ursprünglichkeit physiologische Reaktionen auf potenziell lebensbedrohliche Ereignisse darstellen, im Akutfall aber, ohne reell existierende Gefahr, durch einen *Trigger* (Auslöser), wie laute Geräusche oder spezielle Gerüche, aktiviert werden. (vgl. Neuner et al 2021; Schauer et al 2024)

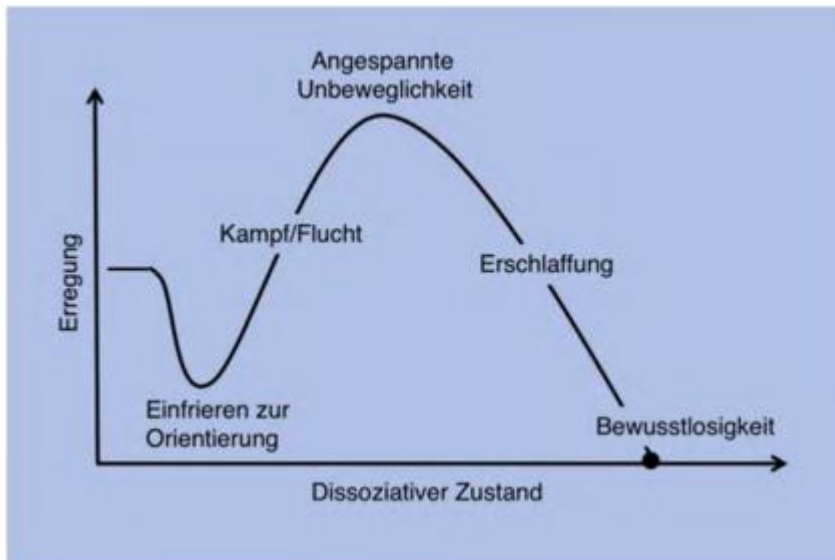


Abb. 1: Verteidigungskaskade der menschlichen Stressreaktion (vgl. Neuner et al., 2021)

Das Schaubild verdeutlicht hierbei den typischen Ablauf der Verteidigungskaskade, die durch eine akute Bedrohungssituation ausgelöst wird. Anfangs kommt es zu einem kurzen einfrieren (Freeze), das zunächst der Orientierung und Einschätzung der Situation dient. Steigt dann die Erregung weiter an, resultiert daraus entweder eine Kampf- oder Fluchtreaktion, bei der sich der Organismus maximal anspannt, bis dieser Zustand nach einer Phase der angespannten Unbeweglichkeit zur Erschlaffung und letztendlich in einem dissoziativen Zustand resultiert, der sogar zur Bewusstlosigkeit führen kann (vgl. Abb. 1).

Gesteuert werden diese Reaktionen durch das Zusammenspiel von *Sympathikus* und *Parasympathikus*, die zusammen das autonome Nervensystem bilden und durch ihr Zusammenspiel für die physiologische Regulation von Erregung und Entspannung verantwortlich sind. Der Sympathikus aktiviert in Bedrohungssituationen die Stressreaktion des Körpers, wodurch Herzfrequenz und Blutdruck steigen, Muskeln sich anspannen und die Konzentration gesteigert wird. Der Parasympathikus hingegen ist für die Entspannung des Organismus zuständig, wirkt beruhigend und trägt im Normalzustand zur Regeneration bei. Bei Patient*innen mit PTBS ist das Gleichgewicht zwischen Sympathikus und Parasympathikus jedoch gestört, was einen Zustand ständiger Alarmbereitschaft, chronische Erschöpfung und körperlichen (somatischen) Beschwerden zur Folge hat. (vgl. Augsburger et al., 2022; Neuner et al., 2021; Schauer et al., 2024)

2.4.2 Etablierte Behandlungsansätze

In Deutschland gibt es bisher zwei von der WHO anerkannte Methoden zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung, einen stellt der bereits etablierte Ansatz der EMDR-Therapie nach F. Shapiro. Die EMDR-Behandlung setzt sich aus acht Phasen zusammen, die zum einen die Vorgeschichte der Patient*innen erhebt und bewertet und zum anderen negative Kognitionen mit einer bilateralen Stimulation durch Augenbewegungen verknüpft. (vgl. Hase et al., 2013; Wilson et al., 2018)

Die zweite anerkannte Methode ist die TF-KVT nach Cohen, eine Form der Traumatherapie, in der im Rahmen einer Kurzzeittherapie mehrere Module zur Traumabewältigung durchlaufen werden (vgl. Rosner et al., 2019). Ihr Fokus der liegt dabei auf der Auseinandersetzung mit dem traumatischen Erlebnis, dem Einbezug von Bezugspersonen und dem Transfer von neu erlernten Verhaltensweisen in den Alltag der Betroffenen (vgl. Sachser et al., 2016).

Die Effektivität beider Therapieverfahren bezüglich ihrer Auswirkungen auf die PTBS, Depressionen und Angstzustände wurde von Gutermann et al. in einer Metaanalyse von 135 kontrollierten und unkontrollierten Studien (N=9562) untersucht und verglichen (vgl. Gutermann et al., 2016).

Obwohl beide Verfahren eine hohe Wirksamkeit belegen konnten, reichen sie angesichts der Versorgungsrealität (Kap. 1.1) nicht aus, um den derzeitigen Bedarf an Traumatherapie zu decken. Lange Wartezeiten und fehlende personelle, zeitliche und finanzielle Ressourcen erschweren eine flächendeckende Versorgung von Traumapatient*innen. Vor diesem Hintergrund gewinnen ergänzende Ansätze wie die NET und VRET zunehmend an Bedeutung, da sie einerseits ressourcen- und kosteneffizient einsetzbar sind und andererseits die Zugänglichkeit zur Traumaaufarbeitung erhöhen.

2.4.3 Besonderheiten und Herausforderungen in der Therapie

Die Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung gilt in der psychotherapeutischen Versorgung als besonders anspruchsvoll. Vor allem komplexe Traumatisierungen, wie sie nach Krieg, Folter, wiederholter Gewalt oder sexualisierten Übergriffen auftreten, stellen Therapeut*innen vor komplexe Herausforderungen, die sowohl die Symptomatik als auch die strukturellen Bedingungen des Gesundheitssystems betreffen.

Die Betroffenen leiden häufig unter einem Geflecht aus komorbiden Störungen, sozialer Isolation und tiefgreifenden Schuld- und Schamgefühlen. Zusätzlich bergen beispielsweise die hohe emotionale Belastung durch die Traumakonfrontation die Gefahr einer Retraumatisierung, sollte die Konfrontation zu früh, zu intensiv oder ohne ausreichende stabilisierende Maßnahmen durchgeführt werden. Gleichzeitig erschweren ausgeprägtes Vermeidungsverhalten, sowie Dissoziationen die therapeutische Arbeit erheblich. (vgl. Bachmann et al., 2021; Neuner et al., 2021; Pazooki, K., 2025)

Des Weiteren gibt es neben persönlichen und strukturellen Herausforderungen auch solche, die die Diagnostik und Behandlung der PTBS betreffen. Oftmals werden Trauma- und Diagnosekriterien nicht vollständig überprüft oder durch Differentialdiagnosen überdeckt, sodass die eigentliche Erkrankung über lange Zeit hinweg unerkannt bleibt. Auch die Symptome der PTBS selbst können im Behandlungsverlauf zu Problemen führen. Scham- und Schuldgefühle beispielsweise können ein offenes Sprechen über die Erlebnisse erschweren und führen nicht selten dazu führen, dass wesentliche Problembereiche verschwiegen werden und somit auch zur Aufrechterhaltung des Vermeidungsverhaltens beiträgt und so den Therapieverlauf nachhaltig beeinträchtigen. (vgl. Frommberger et al., 2014)

Für die Betroffenen bedeutet dies, dass sie lange Zeit mit Symptomen leben, die weder verstanden noch angemessen behandelt werden. Viele Patient*innen fürchten zudem, dass ihnen nicht geglaubt wird oder sie durch die Schilderung der Ereignisse erneut Ablehnung von ihrem Umfeld erfahren. Dies macht den Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung, die Voraussetzung jeder erfolgreichen Traumatherapie ist, zu einer komplexen und oft langwierigen Aufgabe. (vgl. Frommberger et al., 2014)

Auch wenn eine Diagnose gestellt und eine Therapie eingeleitet wird, treten weitere Hürden im Verlauf auf. Die Behandlung erfordert eine hohe Bereitschaft zur Mitarbeit, die nicht immer gewährleistet ist. Die emotionale Intensität während der Exposition kann zu Abbrüchen führen, insbesondere wenn Patient*innen sich unzureichend vorbereitet fühlen oder kein tragendes soziales Umfeld vorhanden ist. (Schauer et al., 2024; Neuner et al., 2021).

Ein weiterer bedeutsamer Faktor ist das soziale Umfeld, da fehlende Unterstützung durch Familie, Freundeskreis oder Gesellschaft zu Isolierung führen und so die Genesung massiv beeinträchtigen, und das charakteristische Vermeidungsverhalten vieler Patient*innen verstärken. Indem Situationen, Orte oder Gedanken gemieden werden, die an das Trauma erinnern, bleibt der Zugang zu den belastenden Erinnerungen versperrt und eine Integration in die Lebensgeschichte erschwert. Aufgrund dessen ist es für den Therapieerfolg in der PTBS-Behandlung essenziell, dass die Patient*innen sich nicht isoliert fühlen bzw. Unterstützung durch ein stabiles soziales Umfeld erhalten. (vgl. Neuner et al., 2021; Nyberg, E., 2005; Schauer et al., 2024)

Bei der Traumatherapie handelt es sich um einen hochsensiblen Prozess, der präzise Diagnostik, eine engmaschige therapeutische Begleitung sowie stabile äußere Rahmenbedingungen erfordert. Die Komplexität der Symptomatik und die Gefahr einer Retraumatisierung machen deutlich, unter welcher enormen Belastungen die Betroffenen leiden und wie hoch die Anforderungen an eine adäquate psychotherapeutische Versorgung sind.

3. Material und Methoden

3.1 Art der Arbeit und Zielsetzung

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine literarische Bachelorarbeit, die eine vergleichende Analyse zweier psychotherapeutischer Behandlungsansätze für die posttraumatische Belastungsstörung zum Ziel hat. Im Zentrum des Vergleichs stehen die Narrative Expositionstherapie sowie die *Virtual Reality Exposure Therapy*. Ziel ist es den aktuellen Forschungsstand beider Verfahren darzustellen und hinsichtlich der zentralen Rolle narrativer Elemente in beiden Therapieformen gegenüberzustellen, um potenzielle Gemeinsamkeiten, Unterschiede und mögliches Ergänzungspotenzial in der praktischen Anwendung herauszuarbeiten.

Für die Arbeit wurden wissenschaftliche Studien, Leitlinien und Fachliteratur systematisch ausgewertet und anhand inhaltlicher Kriterien wie Wirksamkeit, Anwendungsbereiche, methodische Unterschiede und praktischer Umsetzbarkeit analysiert. Darauf aufbauend wird diskutiert, inwiefern beide Verfahren sich in ihrer Ausrichtung ergänzen und welche Implikationen sich für die zukünftige Forschung und die psychotherapeutische Praxis ergeben.

3.2 Literaturrecherche

Als methodische Grundlage wurde eine systematische Literaturrecherche gewählt, die sich besonders gut zur Identifikation themenbezogener Literatur für die oben genannte Problemstellung eignet und als Basis der Bachelorarbeit dient.

Die Literaturrecherche erfolgte über den Zeitraum von Februar 2024 bis Oktober 2025. Für die Auswahl der Publikationen wurde ein Veröffentlichungszeitraum von 2004 bis 2025 berücksichtigt, da viele Studien über längere Zeiträume hinweg erhoben und ausgewertet werden und daher oft erst Jahre nach der eigentlichen Datenerhebung veröffentlicht werden. Auch diese Arbeiten wurden in die Analyse einbezogen, um ein möglichst vollständiges Bild des Forschungsstandes zu erhalten und sowohl aktuelle als auch langfristig angelegte Untersuchungen zu berücksichtigen.

Die systematische Literaturrecherche erfolgte hauptsächlich über die wissenschaftlichen Datenbanken wie *ResearchGate*, *Google Scholar* und *PubMed*,

um relevante Fachpublikationen gezielt zu identifizieren. Ebenfalls war ein Zugang zum Online-Katalog *OPAC* der Technischen Universität München erforderlich, um auf wissenschaftliche Fachliteratur zugreifen zu können.

Als Schlüsselwörter wurden zunächst „posttraumatische Belastungsstörung“, „PTBS“, „Virtual Reality Exposure Therapy“, „VRET“, „PTBS ICD-11“, „Narrative Expositionstherapie“, „NET“ und „PTBS-Prävalenz“ verwendet und im weiteren Verlauf genauer eingegrenzt und mit anderen Suchbegriffen kombiniert.

Bei der Auswahl der Literaturquellen wurde ausschließlich zitierfähige Fachliteratur berücksichtigt. Sowohl Primär- als auch Sekundärliteratur fanden Eingang in die Analyse. Herangezogene Studien wurden auf ihre Aktualität geprüft, Arbeiten mit unzureichender methodologischer Qualität oder fehlenden Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität und Validität) wurden ausgeschlossen (vgl. Breuer et al., 2019). Die berücksichtigten Publikationen sind heterogen aufgebaut und umfassen unter anderem randomisiert kontrollierte Studien, Kohortenstudien, Metaanalysen sowie systematische Übersichtsarbeiten.

Besonderes Augenmerk wurde auf Literatur gelegt, die sich explizit mit der Anwendung der NET sowie der VRET im Kontext der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung beschäftigt. Studien, die lediglich den Einsatz dieser Verfahren in der Therapie anderer psychischer Störungen untersuchen, wurden nicht einbezogen. Zudem beschränkte sich die Literatursauswahl auf Arbeiten, die PTBS in Folge von Kriegserfahrungen oder sexueller Gewalt behandeln. Untersuchungen zu Traumata mit anderen Ursachen, etwa Verkehrsunfällen, Naturkatastrophen oder sonstigen Gewalterfahrungen bleiben unberücksichtigt.

3.3 Vorgehen bei Analyse und Vergleich

Die Auswertung der recherchierten Literatur erfolgte in mehreren Schritten. Zunächst wurden alle einbezogenen Studien und Fachpublikationen hinsichtlich ihrer inhaltlichen Schwerpunkte, der methodischen Qualität und der Relevanz für die Forschungsfrage geprüft. Im Vordergrund stand die Frage, inwiefern die NET und die VRET als Verfahren zur Behandlung der PTBS beschrieben, untersucht und evaluiert wurden. Darauf aufbauend wurden die Ergebnisse der einzelnen Publikationen

thematisch zusammengefasst und nach übergeordneten Vergleichskategorien geordnet. Diese Kategorien orientieren sich an den zentralen Dimensionen der Forschungsfrage: theoretische Grundlagen, methodische Umsetzung, Anwendungsfelder, Wirksamkeit, Praktikabilität sowie Chancen und Grenzen der Verfahren. Innerhalb dieser Kategorien wurden Gemeinsamkeiten und Unterschiede systematisch herausgearbeitet, um eine differenzierte Gegenüberstellung beider Ansätze zu ermöglichen.

Besonderes Augenmerk lag dabei auf der Rolle narrativer Elemente in beiden Therapien. Während NET explizit auf biographische Narration als therapeutisches Instrument zurückgreift, wurden in Studien zur VRET auch narrative Strukturen im Sinne einer virtuellen Reinszenierung traumatischer Erlebnisse berücksichtigt. Diese Perspektive diente als verbindendes Analysekriterium, um die beiden Ansätze nicht nur kontrastiv, sondern auch in ihrem Ergänzungspotenzial zu bewerten. Die Ergebnisse der Analyse bilden die Grundlage für die vergleichende Betrachtung in Kapitel 6 sowie die darauf aufbauende Diskussion und Schlussfolgerung.

4. Narrative Expositionstherapie (NET)

Die Narrative Expositionstherapie (NET) ist ein speziell entwickeltes Verfahren zur Behandlung von Traumafolgestörungen und wurde von den Psychologen Dres. Maggie Schauer, Thomas Elbert und Frank Neuner an der Universität Konstanz entwickelt. Im Mittelpunkt der Forschung standen hierbei vor allem Überlebende von Krieg, Folter, systematischer und sexueller Gewalt, die häufig auf eine Vielzahl traumatischer Erfahrungen in ihrer Biografie zurückblicken mussten. (vgl. Neuner et al., 2021; Schauer et al., 2021)

Die Therapie wurde mit dem Ziel konzipiert, effizient, ressourcenschonend und zeitlich ökonomisch durchführbar und kontext- und kulturübergreifend anwendbar zu sein. Anders als viele klassische Verfahren ist die NET so strukturiert, dass sie auch nach dem Prinzip des *Task-Shiftings* (Aufgabenverlagerung) von geschulten Laien oder nicht spezialisierten Fachkräften in humanitären Kontexten angewandt werden kann, ohne dass die Wirksamkeit wesentlich beeinträchtigt wird (vgl. Neuner et al., 2021; Schauer et al., 2021).

Zudem belegen systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen, dass die NET mit einer vergleichsweise niedrigen Abbruchrate verbunden ist, was ihre praktische Relevanz insbesondere in ressourcenarmen Settings unterstreicht (vgl. Gwozdziewicz et al., 2013; Neuner et al., 2021; Schauer et al., 2021; Wright et al., 2020).

Durch die Kombination von narrativer Verarbeitung und Exposition stellt die NET einen innovativen Ansatz dar, der im Folgenden hinsichtlich seiner theoretischen Grundlagen, seines Ablaufs sowie seiner Anwendungsbereiche und Wirksamkeit beschrieben wird.

4.1 Theoretische Grundlagen

Die Narrative Expositionstherapie basiert auf der grundlegenden Annahme, dass die PTBS durch dysfunktionale Gedächtnisprozesse hervorgerufen wird und traumatische Erinnerungen häufig fragmentiert, sensorisch überladen und nur unzureichend in die

biografische Erinnerung integriert werden. Psychologisch knüpft die NET an grundlegende lerntheoretische Modelle der Expositionstherapie an, nach denen wiederholte und kontrollierte Konfrontation mit traumatischen Erinnerungen zur Habituation führt und den Betroffenen eine Neubewertung der Erlebnisse ermöglicht. Schauer et al. betonen dabei auch die Relevanz des Dosis-Wirkungs-Zusammenhangs (*Building-Block-Effekt*), dem entsprechend die PTBS häufig aus kumulierten statt singulären Trauma-Erlebnissen resultiert. (vgl. Neuner et al., 2021; Schauer et al., 2024)

Das Alleinstellungsmerkmal der NET unter den traumafokussierten Behandlungsansätzen ist der *Lebensspannenansatz*. Dieser steht der bisherigen Annahme entgegen, dass es für die Therapie notwendig ist, ein bestimmtes einzelnes Erlebnis, das als das traumatisierendste wahrgenommen wurde, ein sogenanntes *Index-Trauma*, festzulegen. (vgl. Neuner et al., 2021)

Dabei besteht die zentrale Annahme darin, dass Menschen mit Traumafolgestörung oftmals kein Monotrauma, sondern häufiger mehrere Traumatisierungen erlitten haben und ganze Lebensphasen vom Trauma betroffen sein können. Das Verfahren zielt darauf ab, durch die Einbettung traumatischer Episoden in die individuelle Lebensgeschichte, eine kohärente Erzählung entstehen zu lassen, um das Erlebte nicht mehr als fragmentierte, isolierte Erfahrung begreifen zu müssen (vgl. Neuner et al., 2021; Schauer et al., 2021).

Diese autobiographische Verankerung des Traumas gilt als zentraler Bestandteil des Heilungsprozesses, da das Trauma durch diese Einbettung an Bedrohlichkeit verliert, was langfristig zu einer Reduktion der Symptomlast und einer Stabilisierung des Selbstbildes beitragen kann (vgl. Neuner et al., 2021).

Neurobiologische Modelle liefern weitere Erklärungen für die Wirksamkeit der NET. Studien weisen darauf hin, dass PTBS mit einer Dysregulation zentraler Hirnareale einhergeht, wie einer Hyperaktivität der Amygdala, einer eingeschränkten Funktion des Hippocampus. Dabei fungiert die Amygdala in ihrer ursprünglichen Funktion als Alarmzentrum, das maßgeblich an der emotionalen Bewertung und der Verarbeitung von als Bedrohung wahrgenommenen Reizen beteiligt ist. Ihre Übererregung bei

PTBS-Patient*innen führt zu einem dauerhaften Zustand erhöhter Wachsamkeit und führt dazu, dass Betroffene auf kleinste Auslöser mit Panik reagieren können. Der Hippocampus, der normalerweise für zeitliche und räumliche Einordnung von Erinnerungen dient und hilft, Erinnerungen in einen sinnhaften Kontext zu setzen, wird unter starkem Stress jedoch gehemmt und führt damit dazu, dass Erlebnisse fragmentiert und nicht als kohärente Vergangenheit eingeordnet werden. (vgl. Neuner et al., 2021; Schauer et al., 2024)

Wenn man versucht, sich an Ereignisse der Vergangenheit zu erinnern, benötigt man die Aktivierung des autobiographischen Gedächtnisses, das allgemeine autobiografische Informationen über einzelne Lebensabschnitte und Wissen über generelle Ereignisse speichert. Das Wissen über spezifische Einzelerlebnisse wird vom heißen Gedächtnis gespeichert und geht mit der Aktivierung von Wissen über den chronologischen Ablauf des Geschehnisses im jeweiligen Lebensabschnitt einher. Eine wichtige Rolle spielt in diesem Zusammenhang das Konzept des *heißen* und *kalten Gedächtnisses* (vgl. Abb.2).

Kaltes Gedächtnis	Heißes Gedächtnis
<i>Beginn:</i> Exakte Beschreibung der Situation bevor das Ereignis passierte. <i>Zeit:</i> Wann passierte das Erlebnis? <i>Ort:</i> Wo passierte das Erlebnis? <i>Umgebung:</i> Wer/Was war dort? <i>Ereignis:</i> Was passierte (Schritt für Schritt)?	<i>Kognitionen:</i> Was hast du gedacht? (z. B. „Ich sterbe!“) <i>Emotion:</i> Was hast du gefühlt? (z. B. Wut, Angst, Verzweiflung) <i>Physiologie:</i> Wie hat sich dein Körper in dem Moment angefühlt? (z. B. Herzerasen, Muskelspannung, Zittern) <i>Sensorik:</i> Was hast du gesehen/gehört/gerochen/gefühlt/geschmeckt?

Abb. 2: Erfassung von heißen und kalten Gedächtnisinhalten (vgl. Landoldt et al., 2012)

Das heiße Gedächtnis (assoziatives Gedächtnis), umfasst sensorische, emotionale, physiologische und kognitiven Eindrücke, die in assoziativer Form gespeichert werden (vgl. Neuner et al., 2021). Es beschreibt, was man in einer bestimmten Situation gedacht, gefühlt, gesehen oder gehört hat (vgl. Abb. 2).

Das kalte Gedächtnis (Autobiographisches- / Kontextgedächtnis) ist dagegen für die sachlich-biographische und kohärente Einbettung der Erinnerung in die Lebensgeschichte verantwortlich und ist ein wesentlicher Bestandteil des

menschlichen Kontextlernens (vgl. Neuner et al., 2021). Hier wird das Erlebte exakt beschrieben und sowohl zeitlich als auch räumlich eingeordnet (vgl. Abb. 2).

Bei Patient*innen mit PTBS überwiegt das heiße Gedächtnis, während das kalte Gedächtnis weiterhin fragmentiert bleibt. Durch die NET sollen die Gedächtnisinhalte beider Gedächtnisse wieder miteinander verknüpft werden, sodass die traumatische Erinnerung in einen biografischen Kontext integriert und damit weniger belastend wird (vgl. Neuner et al., 2021; Schauer et al., 2021).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die NET psychologische Prinzipien der Exposition mit narrativen Techniken vereint und durch neurobiologische sowie physiologische Befunde gestützt wird.

4.2 Ablauf der narrativen Exposition

Wesentliche Grundvoraussetzung für die Durchführung der NET ist die therapeutische Haltung den Betroffenen gegenüber, die sowohl Offenheit für die Erlebniswelt der Patient*innen, Akzeptanz für ihre Biografie, als auch das nötige Mitgefühl, umfassen. Außerdem ist es wichtig, Klarheit in Bezug auf die Therapiemethode und das geplante Vorgehen zu schaffen und sich gegenseitig auf Augenhöhe zu begegnen. Die Therapeut*innen sollten ein hohes Maß an Verlässlichkeit mitbringen und die Fähigkeit, dem, was ihnen berichtet wird, mit Unerschrockenheit zu begegnen. (vgl. Neuner et al., 2021)

Der Ablauf der Narrativen Expositionstherapie folgt einem hochstrukturierten Vorgehen, das den Patient*innen einen sicheren Rahmen bietet, um traumatische Erinnerungen systematisch zu bearbeiten. Vorgesehen sind für die NET zwischen acht und zwölf neunzig-minütige Sitzungen, die je nach Bedarf und Setting auf bis zu 120 Minuten erweitert werden können (vgl. Schauer et al., 2024). Dabei durchlaufen die Patient*innen, unter Anleitung, drei klar definierte Schritte, die im Folgenden erläutert werden

Schritt 1: Ereignis-Checklisten und Psychoedukation

In der vorangehenden Probatorik werden mithilfe einer eingehenden Anamnese durch eine Ereignis-Checkliste (vgl. Anhang A: *Life Event Checklist*) potenziell traumatisierende Lebensereignisse differenziert erfasst und Zusammenhänge zwischen Symptomen und Trauma hergestellt. Anschließend erfolgt immer ein persönliches Interview durch geeignete Instrumente (z.B. *KERF-I*) zur Erfassung zwischenmenschlicher Gewalterfahrungen und Vernachlässigung in der Kindheit. (vgl. Schauer et al., 2024; Thekkumthala et al., 2023)

Ziel der Psychoedukation in der ersten Sitzung ist es, den Betroffenen ein Grundverständnis über ihre Erkrankung und deren Komorbiditäten zu vermitteln und sie umfassend über den Behandlungsablauf und mögliche Risiken aufzuklären. Hierbei wird den Patient*innen erklärt, welche Bedeutung das Zusammenspiel von heißen und kalten Gedächtnisinhalten in der PTBS-Entstehung hat und, dass die NET die Möglichkeit bietet, traumatische Erlebnisse nicht mehr als Intrusion, sondern als verstehbare autobiographische Geschichte wahrnehmen zu können. (vgl. Neuner et al., 2021; Schauer et al., 2024)

Schritt 2: Lifeline

Zentrales Element der NET ist die biographische Zeitlinie, die sogenannte *Lifeline*, durch die die gesamte Lebensgeschichte der Trauma-Überlebenden in der zweiten Sitzung sichtbar gemacht wird und die Einbettung einzelner traumatischer Episoden in einen größeren biographischen Zusammenhang ermöglicht wird (vgl. Neuner et al., 2021).

Die *Lifeline* wird meist auf dem Boden mit einer Schnur oder einem langen Seil dargestellt (vgl. Anhang B: *Fallbeispiel Herr F.*), entlang welcher die Betroffenen wichtige Ereignisse ihres Lebens markieren (vgl. Neuner et al., 2021). Steine symbolisieren dabei belastende und traumatische Erfahrungen, während Blumen für positive, stärkende Erlebnisse stehen (vgl. Schauer et al., 2024). Die erarbeitete Lebenslinie wird am Ende der Sitzung fotografiert oder anderweitig festgehalten, um in den folgenden Sitzungen abrufbar und anpassbar zu sein (vgl. Neuner et al., 2021).

Schritt 3: Narrative Exposition

Im Anschluss an das Erarbeiten der Lebenslinie erfolgt in den nächsten (ca. acht) Sitzungen die schrittweise Exposition des Betroffenen mit den traumatischen Ereignissen. Dabei werden die erlebten traumatischen Erfahrungen in chronologischer Reihenfolge detailliert durchgesprochen und mit allen sensorischen, emotionalen und kognitiven Eindrücken geschildert, was zu einer Aktivierung heißer Gedächtnisinhalte führt. Die Therapeut*innen halten die mündlichen Schilderungen ihrer Patient*innen schriftlich in der Ich-Form und in der Vergangenheitsform in einem sogenannten *Testimony* fest, um sie in der nächsten Sitzung vorzulesen und die Patient*innen dazu zu ermutigen, sich das Erlebte noch einmal vorzustellen und die Geschichte bei Bedarf zu korrigieren (vgl. Neuner et al., 2021; Schauer et al., 2024).

Die Therapeut*innen unterstützen die Patient*innen im Prozess durch gezieltes Nachfragen, mit dem Ziel, sowohl heiße als auch kalte Gedächtnisinhalte zu aktivieren. Es wird beispielsweise nach spezifischen Ereignissen gefragt, wo sich die betroffene Person zu dem Zeitpunkt aufgehalten hat, was genau und an welchem Tag passiert ist (kaltes Gedächtnis), woraufhin offene Fragen nach beispielsweise Gedanken, Gefühlen, Gesehenem, Gehörtem, usw. (heißes Gedächtnis) gestellt werden. (vgl. Neuner et al., 2021)

Die wiederholte Konfrontation mit den belastenden Erinnerungen verfolgt neben der Verknüpfung von heißen und kalten Gedächtnisinhalten weitere therapeutische Ziele. Zum einen wird durch die Narration eine kontinuierliche Lebensgeschichte rekonstruiert, wodurch traumatische Erlebnisse in die autobiographische Erinnerung integriert werden können, zum anderen ermöglicht die wiederholte Exposition die Habituation und Neubewertung panikauslösender Reize, die wesentlich zur psychischen Stabilisierung der Patient*innen beiträgt. (vgl. Hamm et al., 2017; Schauer et al., 2024)

Den Abschluss der NET bildet eine Reflexion der Bedeutung der traumatischen Erlebnisse, die zum Ziel hat, die Akzeptanz der Erlebnisse in Bezug zur eigenen Identität bei den Betroffenen zu fördern und es ihnen zu ermöglichen, ereignisübergreifende Bedeutungszusammenhänge zu verstehen. Gefühle von

Schuld und Scham sollen verringert und Vermeidungsverhalten abgebaut werden. In einer finalen Abschlusssitzung bekommen die Patient*innen die Möglichkeit, Ziele und Hoffnungen für die Zukunft zu formulieren, den Therapieprozess gemeinsam zu reflektieren und erhalten abschließend eine Ausfertigung des erstellten *Testimony* ausgehändigt. (vgl. Neuner et al., 2021; Schauer et al., 2024)

4.3 Anwendungsbereiche

Die NET wurde ursprünglich für den globalen Einsatz in ressourcenarmen Krisengebieten entwickelt, in denen Menschen häufig mit multiplen traumatischen Erfahrungen konfrontiert sind. Das Verfahren hat sich dort besonders bei Geflüchteten sowie Überlebenden von Krieg, Folter und sexualisierter Gewalt als praktikabel und wirksam hinsichtlich der Reduktion von PTBS-Symptomen erwiesen. (vgl. Neuner et al., 2021; Siehl et al., 2020; Wright et al., 2020)

Die Methode gilt als ressourcenschonend, kosteneffizient und klar strukturiert. Durch das Prinzip des *Task-Shiftings* kann in Gebieten mit unzureichender Gesundheitsversorgung eine Anwendung der NET auch durch geschulte Lientherapeuten erfolgen (vgl. Neuner et al., 2021; Schauer et al., 2021).

Eine spezielle Variante der NET, die sogenannte KIDNET, wurde für die Behandlung traumatisierter Kinder und Jugendlicher entwickelt, wobei das Prinzip der biographischen Lebenslinie kindgerecht adaptiert wird, sodass auch jüngere Patient*innen Zugang zur narrativen Verarbeitung ihrer traumatischen Erfahrungen erhalten können. Die wesentlichen Therapieschritte der NET bleiben dabei unverändert, da die Kontextualisierung traumatischer Erinnerungen auch bei Kindern essenziell für die Traumaverarbeitung ist. Für den kognitiven und emotionalen Verarbeitungsprozess im Rahmen von KIDNET sind demzufolge die sprachliche Kompetenz vorausgesetzt, autobiographische Kontexte verbalisieren zu können, weshalb die KIDNET erst ungefähr ab dem siebten Lebensjahr empfohlen wird (vgl. Neuner et al., 2021; Schauer et al., 2024).

Eine weitere Form der Narrativen Expositionstherapie ist die FORNET (*Forensic Offender Rehabilitation NET*), die sich an Personen richtet, die im Laufe ihres Lebens

zu Tätern geworden sind und gleichzeitig selbst Opfer traumatischer Erlebnisse waren (vgl. Neuner et al., 2021). Dieses Verfahren fand bereits in der psychotherapeutischen Versorgung traumatisierter Straftäter Anwendung und führte nachweislich zu einer Reduktion aggressiven Verhaltens bei den Proband*innen (vgl. Siehl et al., 2020).

4.4 Effektivität

Ein besonderer Schwerpunkt der Studien lag auf dem Einsatz des Verfahrens weltweit in Krisengebieten, in denen die NET trotz mangelnder finanzieller und zeitlicher Ressourcen und unabhängig vom kulturellen Kontext, effektiv anwendbar war, was die hohe Wirksamkeit der NET bei kriegsassozierten Traumata verdeutlicht (vgl. Neuner et al., 2021; Schauer et al., 2024; Strijk et al., 2025).

Eine Vielzahl wissenschaftlicher Übersichtsarbeiten und Metaanalysen, bezüglich der Effektivität der NET im Einsatz in der psychotherapeutischen Behandlung der PTBS bei Erwachsenen mit multiplen Traumaerfahrungen, belegen eine signifikante Reduktion der PTBS-Symptomatik (vgl. Kaltenbach et al., 2020; Neuner et al., 2021; Schauer et al., 2024; Smaik et al., 2023; Strijk et al., 2025). Die Symptomschwere der PTBS wurde dabei mit verschiedenen psychologisch fundierten Instrumenten zur Feststellung von psychischen Symptomen, wie der *Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5* (CAPS-5), untersucht (vgl. Strijk et al., 2025; Wilker et al., 2020).

Darüber hinaus berücksichtigen viele Studien komorbide Erkrankungen, wobei meistens die Depression und Angststörungen untersucht werden. Dabei zeigen sich ebenfalls signifikante Verbesserungen hinsichtlich der Symptomschwere unter der Therapie mit NET, was auf die breite Wirksamkeit des Ansatzes über die PTBS hinaus verweist (vgl. Neuner et al., 2021; Strijk et al., 2025; Wright et al., 2020).

Eine Metaanalyse von Gwozdziewicz et al. belegte auch die Wirksamkeit des Einsatzes von Laienberatern in der NET. Dabei wurde festgestellt, dass die lokal ausgebildeten Berater, auch im Vergleich zu akademisch ausgebildeten Fachkräften, vielversprechende Ergebnisse erzielten, was unter anderem auch dem großen Eigenanteil, den die Patient*innen durch ihre Erzählungen leisten, zugeschrieben wird (vgl. Gwozdziewicz et al., 2013).

Schließlich werden in mehreren Studien Follow-up Daten erhoben, die die Stabilität der Effekte über Zeiträume von zwischen vier und zwölf Monaten dokumentieren und belegen, dass die Symptomverbesserungen durch eine Behandlung mit der NET auch über die Behandlungsphase hinaus erhalten bleiben, was die Nachhaltigkeit des Ansatzes unterstreicht (vgl. Strijk et al., 2025; Wilker et al., 2020).

4.5 Chancen und Grenzen der NET

Die NET bietet im Vergleich zu anderen trauma-fokussierten Verfahren eine Reihe spezieller Vorteile, wie eine vergleichsweise niedrige Abbruchrate. Diese weist darauf hin, dass Patient*innen die Methode trotz intensiver Auseinandersetzung mit traumatischen Erinnerungen und entgegen dem für die PTBS charakteristischen Vermeidungsverhalten, gut annehmen. Außerdem hat sich das Verfahren in seiner Wirksamkeit bei multiplen Traumatisierungen bewiesen, wodurch sich die NET insbesondere für Geflüchtete und Menschen in Krisengebieten eignet. In diesem Kontext spielt auch das *Task-Shifting* der NET eine wichtige Rolle. (vgl. Neuner et al., 2021; Schauer et al., 2021)

Gleichzeitig sind jedoch auch Grenzen zu berücksichtigen, besonders im Hinblick auf die Exposition, die unter Umständen dissoziative Zustände bei den Traumatisierten auslösen können. Die Konfrontation ist als Teil für die Betroffenen hochbelastend, da traumatische Erlebnisse im Detail erinnert und verarbeitet werden müssen, was meist mit dem Erleben intensiver Todesangst einhergeht. Auch gilt es zu berücksichtigen, dass einige Menschen Schwierigkeiten haben, ihre Gefühle differenziert in Worte zu fassen, was den Zugang auf emotionale Erlebnisinhalte erschwert. (vgl. Neuner et al., 2021; Schauer et al., 2024)

5. Virtual Reality Exposure Therapy (VRET)

Die *Virtual Reality Exposure Therapy* stellt eine innovative Ergänzung zu bereits bestehenden Expositionsverfahren dar, bei der Patient*innen mit Hilfe von Virtual-Reality-Technologien in einer virtuellen 3D-Umgebung kontrolliert traumaassoziierten Reizen ausgesetzt werden. Erste Anwendungen in der Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen erfolgten bereits in den 1990er-Jahren und zielten darauf ab, die Patient*innen mit angstausslösenden Reizen zu konfrontieren, um dysfunktionale Gedächtnisstrukturen positiv zu beeinflussen. (vgl. Kamkuimo et al., 2021)

Besondere Aufmerksamkeit erhielt die VRET durch die Anwendung bei Kriegsveteranen mit PTBS-Symptomen in den USA, die nach ihren Einsätzen im Irak oder in Afghanistan unter kampfassoziierten Traumata litten, was erhebliche Auswirkungen auf das Gesundheitssystem zur Folge hatte. Infolgedessen wurden Projekte ins Leben gerufen, die zum Ziel hatten, bereits existierende PC-Anwendungen in immersive VR-Anwendungen zu überführen, um diese für den klinischen Einsatz in der PTBS-Behandlung von Irak-Kriegsveteranen nutzbar zu machen. So waren die Grundvoraussetzungen für die Entwicklung der *Virtual Reality Exposure Therapy* gelegt. (vgl. Rizzo et al., 2004)

Ziel der VRET ist eine kontrollierte Konfrontation, die zu einer Reduktion der Angstreaktionen und der Neubewertung des Erlebten führt. Obwohl sich die Betroffenen den traumaassoziierten Reizen aussetzen, tritt die befürchtete Katastrophe nicht ein. Diese korrigierende Erfahrung bricht den Kreislauf aus Vermeidung und Übererregung und ermöglicht es den Betroffenen, die zuvor überwältigenden Erinnerungen mit neuen, weniger bedrohlichen Bewertungen zu überschreiben. Auf diese Weise werden sowohl emotionale Verarbeitung als auch kognitive Umstrukturierung unterstützt, was langfristig zu einer Stabilisierung des psychischen Zustands führt. (vgl. Eichenberg, 2021; Kamkuimo et al., 2021; Kothgassner et al., 2019)

5.1 Technologische und psychologische Grundlagen

Die *Virtual Reality Exposure Therapy* knüpft konzeptionell an klassische Expositionsverfahren an, überträgt die Konfrontation mit dem Trauma jedoch in eine computergestützte, virtuelle Umgebung. Die Methode basiert auf der Annahme, dass sich belastende Erinnerungen und PTBS-Symptome durch wiederholte Konfrontation mit traumaassoziierten Reizen abschwächen lassen. (vgl. Nyberg, E., 2005; Rizzo et al., 2004)

Während die traditionelle Exposition auf Imagination oder realen Reizkonfrontationen basiert, basiert die VRET dagegen stärker auf dem Prinzip von Immersion und Präsenz. Immersion bezeichnet dabei das Eintauchen in eine multisensorische virtuelle Umgebung, während Präsenz das subjektive Gefühl meint, sich tatsächlich in dieser Umgebung zu befinden. Präsenz sowie sensorische Stimulation (visuell, auditiv, teilweise auch haptisch) verstärken den emotionalen Zugriff auf traumatische Inhalte und ermöglichen so eine Trauma-Exposition, ohne dass eine reale Gefahr gegeben ist (vgl. Kamkuimo et al., 2021; Rizzo et al., 2004).

Neurobiologisch betrachtet werden durch die VR-gestützte Exposition ähnliche Mechanismen angestoßen wie bei klassischen Verfahren. Die Hyperaktivität der Amygdala, die zu Hypervigilanz und gesteigertem *Arousal* (Reaktionsbereitschaft) führt, wird reduziert, während der Hippocampus wieder stärkere inhibitorische Kontrolle gewinnt. Zugleich erleichtert die immersive virtuelle Umgebung eine realitätsnahe, aber dennoch als sicher empfundene Bearbeitung der traumatischen Erinnerung, wodurch die kognitive Neubewertung unterstützt wird. (vgl. Gierhan et al., 2008; Hamm et al., 2017)

Die technische Umsetzung der *Virtual Reality Exposure Therapy* beruht auf dem Einsatz spezialisierter Hard- und Software, die in der Lage ist, eine immersive und interaktive Umgebung zu erzeugen, in der sich die Patient*innen bewegen können (vgl. Rizzo et al., 2004). Die zentrale Hardwarekomponente sind sogenannte Head-Mounted Displays (HMDs), also VR-Brillen, welche die Nutzer*innen von der realen Umgebung abgrenzen und mittels hochauflösender Displays eine stereoskopische visuelle Bilddarstellung ermöglichen. Akustische Reize werden dabei über Kopfhörer

oder Raumklangsysteme vermittelt. Die Immersion für die Anwender*innen wird durch haptische Feedbacksysteme (z.B. Controller oder Vibrationssensoren) und integrierte Bewegungssensoren erfasst, die durch Tracking-Systeme alle Bewegungen in Echtzeit erfassen und so unmittelbar auf das virtuelle Szenario übertragen. (vgl. Kamkuimo et al., 2021; Rizzo et al., 2004)

Durch die Vielzahl kombinierter Reize wird ein hohes Maß an Präsenz erreicht, bei den Patient*innen wird also das subjektive Empfinden verstärkt, sich tatsächlich in der simulierten Realität zu befinden. Dieses Erleben spielt eine entscheidende Rolle für den psychotherapeutischen Behandlungserfolg, da nur so eine Exposition mit Angstausslösenden Reizen möglich ist. (vgl. Eichenberg et al., 2021; Kamkuimo et al., 2021; Kothgassner et al. 2019)

Die dazu notwendige Software, also die zugrundeliegenden Programme, basieren auf der Generierung computergenerierter dreidimensionaler Umgebungen, welche die dynamische Darstellung und Anpassung der Szenarien an die individuellen Bedürfnisse der Patient*innen ermöglicht. Ein wesentlicher Vorteil dieser Technologie liegt in dieser gezielten Adaptivität, durch die sich Intensität, Dauer und Art der Stimuli flexibel anpassen, unterbrechen oder wiederholen lassen. Diese gezielten Veränderungen lassen sich mithilfe von Therapeuteninterfaces herbeiführen, mit denen der Therapeut in Echtzeit bestimmte Parameter (z.B. Anzahl und Intensität der Reize) steuern lassen. (vgl. Beidel et al., 2019; Rizzo et al., 2004)

Die Kombination aus immersiver Technologie und therapeutischer Steuerung erschafft somit ein Therapiesetting, das eine adaptierbare, kontrollierbare und zugleich realitätsnahe Konfrontation mit den angstausslösenden Reizen ermöglicht. Auf dieser Grundlage basiert der Ablauf der *Virtual Reality Exposure Therapy*, der im Folgenden dargestellt wird.

5.2 Ablauf der Exposition in der virtuellen Realität

Der Ablauf der VRET orientiert sich am klassischen Konzept der Exposition mit dem Angstausslösenden Reiz, wird jedoch um technische Komponenten und die virtuell erzeugte Umgebung erweitert (vgl. Eichenberg et al., 2021).

Zu Beginn erfolgt eine ausführliche Anamnese und die psychoedukative Vorbereitung, in der die Patient*innen über psychologische Grundlagen und den Ablauf des Verfahrens aufgeklärt werden. Zunächst wird dann die traumatische Situation individuell erfasst und in eine virtuelle Szenerie übertragen (vgl. Beidel et al., 2019).

Im anschließenden Expositionsabschnitt tragen Patient*innen in der Regel eine VR-Brille mit deren Hilfe sie eine immersive, virtuelle Umgebung erleben, die die relevanten Elemente des jeweiligen Traumas enthält. Diese Szenarien können real wirkende Umgebungen darstellen, wie beispielsweise militärische Einsatzgebiete, spezielle Unfallorte oder eine spezifische Bedrohungssituation. (vgl. Beidel et al., 2019)

Neurobiologisch werden auch hier durch wiederholte Exposition mit der traumatischen Situation Mechanismen der Habituation und Extinktion aktiviert, die im Anschluss zum Rückgang der PTBS-Symptomatik führen. Dadurch kann das Trauma schrittweise in den autobiographischen Kontext eingebettet und als abgeschlossenes, vergangenes Ereignis verarbeitet werden. (vgl. Hamm et al., 2017; Neuner et al. 2021)

Die Konfrontation erfolgt hierbei schrittweise, wodurch zunächst abgeschwächte, weniger bedrohliche Sequenzen präsentiert werden, die im Verlauf zunehmend realitätsnah und komplex gestaltet werden. Währenddessen werden die Reaktionen der Patient*innen kontinuierlich mithilfe von biopsychologischen Monitoring-Funktionen erfasst und therapeutisch überwacht. (vgl. Beidel et al., 2019; Rizzo et al., 2004)

5.3 Besonderheiten im Einsatz bei PTBS

Der Einsatz von VRET bei der Behandlung von PTBS weist spezifische Besonderheiten in Bezug auf die Darstellung detailgetreuer visueller und auditiver traumatischer Szenarien. Dies ist insbesondere aus dem Grund von Bedeutung, dass die PTBS-Symptomatik von intrusiven Erinnerungen und stark sensorischen Eindrücken geprägt ist. (vgl. Beidel et al., 2019; Kamkuimo et al., 2021; Rizzo et al., 2004)

Während die klassische imaginative Exposition manchen Patient*innen Schwierigkeiten bereitet, erleichtert VRET den Zugang zu den Erinnerungen durch die immersive Darstellung. Die Betroffenen müssen sich nicht mehr ihrer eigenen Vorstellungskraft bedienen, sondern können sich vollkommen auf das virtuelle Szenario konzentrieren (vgl. Rizzo et al., 2004).

Eine weitere Besonderheit der VRET besteht in der hohen Standardisierbarkeit der Methode. Szenarien können beliebig oft abgerufen und unter kontrollierten Bedingungen wiederholt werden. Darüber hinaus bietet die VRET die Möglichkeit, die Intensität und Dauer der Exposition flexibel zu steuern, Reize graduell zu verstärken oder zu reduzieren und stellen so ein individuell angepasstes Vorgehen zur Verfügung. (vgl. Kamkuimo et al., 2021; Kothgassner et al., 2019)

5.4 Effektivität

Für die VRET wurden in den letzten Jahren zunehmend Studien bezüglich ihrer Effektivität durchgeführt. Zwar ist die Datenlage aufgrund kleiner Populationsgrößen und mangelnder Langzeitstudien begrenzt, dennoch zeigen bestehende Übersichtsarbeiten sowie erste Metaanalysen konsistente Hinweise auf eine therapeutische Wirksamkeit beim Einsatz in der Traumabehandlung. (vgl. Beidel et al., 2024; Kamkuimo et al., 2021; Kothgassner et al., 2019; vgl. Rizzo et al., 2004)

Studien an Kriegsveteranen mit kampfassoziierter PTBS belegen, dass die VRET im Vergleich zu Wartelisten- oder Standardtherapiegruppen zu einer signifikanten Reduktion der PTBS-Symptome führt. Mehrere Studien berichten von Verbesserungen hinsichtlich komorbider Symptome, wie Depressionen und Angst, sowie einer Abnahme der PTBS-Symptomatik. Darüber hinaus deuten erste Befunde auf eine gesteigerte funktionale Alltagsbewältigung nach erfolgreicher Anwendung der VRET hin, die sich beispielsweise in der Wiederaufnahme beruflicher Tätigkeiten zeigt. (vgl. Beidel et al., 2024; Kamkuimo et al., 2021; Kothgassner et al., 2019)

Vorliegende Daten legen nahe, dass VRET Abbruchquoten aufweist, die mit klassischen Expositionstherapien vergleichbar sind. Teilweise wird von einer erhöhten Akzeptanz bei den Patient*innen berichtet, was insbesondere auf die kontrollierbare

und graduelle Gestaltung der Konfrontation durch die technologische Umsetzung zurückgeführt wird. (vgl. Beidel et al., 2019; Eichenberg et al., 2021; Kamkuimo et al., 2021; Kothgassner et al., 2019)

Mittlerweile liegen vereinzelte *Follow-up*-Daten vor, die zeigen, dass die positiven Effekte über Zeiträume von drei bis zwölf Monaten stabil bleiben und somit auf eine anhaltende Wirksamkeit der VRET hindeuten (vgl. Beidel et al., 2024; Kamkuimo et al., 2021). Gleichwohl besteht ein anhaltender Bedarf an Langzeitstudien mit größeren und heterogeneren Stichproben, um die Generalisierbarkeit und Robustheit dieser Ergebnisse zu prüfen und abschließend zu sichern.

5.5 Chancen und Grenzen der VRET

Die VRET eröffnet in der Traumatherapie eine Reihe spezifischer Chancen, die sich teilweise komplementär zu den Vorteilen der NET darstellen. Ein wesentlicher Vorteil ist die hohe Akzeptanz. Viele Patient*innen empfinden die Konfrontation in virtuellen Umgebungen als weniger abschreckend als die Imagination oder die reale Exposition, was die Wahrscheinlichkeit für den Therapiebeginn erhöht (vgl.). Darüber hinaus erlaubt die VRET eine präzise Kontrolle der Expositionsintensität und eine hohe Reproduzierbarkeit, wodurch sowohl klinische Anwendungen als auch wissenschaftliche Evaluation erleichtert werden. In Kombination mit etablierten Verfahren könnte VRET also als ergänzendes Werkzeug dienen, um Expositionen intensiver, anschaulicher und gleichzeitig sicherer zu gestalten. (vgl. Kamkuimo et al., 2021; Kothgassner et al., 2019; Rizzo et al. 2004)

Virtuelle Szenarien ermöglichen es, belastende Erinnerungen in einer geschützten therapeutischen Umgebung aufzurufen, ohne dass reale Konfrontationen mit Tatorten oder Tätern notwendig sind. Dies kann insbesondere für Patient*innen hilfreich sein, die Schwierigkeiten mit imaginativer Exposition haben oder eine starke Vermeidungshaltung zeigen. (vgl. Beidel et al., 2019; Eichenberg et al., 2021)

Allerdings sind hier auch deutliche Risiken zu berücksichtigen. Sexualisierte Gewalt ist oft durch ein hohes Maß an Kontrollverlust und Hilflosigkeit geprägt. Eine zu intensive virtuelle Konfrontation könnte retraumatisierend wirken, wenn sie nicht sensibel

gesteuert wird. Zudem kann die Standardisierung virtueller Szenarien nur bedingt die individuelle Erlebnisqualität sexueller Gewalt abbilden, sodass das Risiko besteht, dass Patient*innen sich in den Darstellungen nicht wiederfinden oder essenzielle Aspekte ihres Traumas unberücksichtigt bleiben. Schließlich ist die Studienlage zur VRET bei sexualisierter Gewalt im Vergleich zu militärischen Traumata bislang deutlich begrenzter, was die Ableitung klarer Empfehlungen erschwert. (vgl. Hamm et al., 2017; Rizzo et al., 2004)

Die VRET zeigt Potenziale in der Behandlung von Kriegstraumata, da militärische Einsatzszenarien oder belastende Inhalte realitätsnah, aber kontrollierbar rekonstruiert werden können. Zugleich besteht das Risiko einer Überforderung durch zu intensive Szenarien, weshalb der Einsatz stets sensibel gesteuert und eng therapeutisch begleitet werden muss.

6. Vergleichende Analyse von NET und VRET

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln die theoretischen Grundlagen, der Ablauf sowie verschiedene Anwendungsbereiche der NET und VRET dargestellt wurden, folgt nun eine systematische, vergleichende Betrachtung beider Verfahren. Ziel dabei ist es, zentrale Gemeinsamkeiten und Unterschiede herauszuarbeiten und deren jeweilige Stärken und Grenzen in Bezug auf die Behandlung der PTBS näher zu beleuchten. Auf dieser Basis können mögliche Perspektiven für ihre zukünftige Anwendung in der psychotherapeutischen Praxis diskutiert werden.

Der Vergleich erfolgt dabei anhand mehrerer Dimensionen, wobei zunächst die theoretischen Grundlagen gegenübergestellt (Kap. 6.1) werden, um die unterschiedlichen psychologischen Wirkmechanismen zu verdeutlichen. Anschließend werden Unterschiede in Setting und Implementierungsvoraussetzungen (Kap. 6.2.) sowie die Befunde zur Effektivität (Kap. 6.3) betrachtet. Darüber hinaus werden Aspekte der Praktikabilität, Zugänglichkeit und Akzeptanz (Kap. 6.4) einbezogen, gefolgt von einer zusammenfassenden Darstellung von Schwächen und Anwendungsgrenzen beider Verfahren (Kap. 6.5).

6.1 Vergleich theoretischer Grundlagen

Sowohl die NET als auch die VRET beruhen auf dem Grundprinzip der Exposition, also der wiederholten und kontrollierten Konfrontation mit belastenden Erinnerungen oder traumaassoziierten Reizen. Ziel der Konfrontation mit dem Trauma ist es, Angst- und Stressreaktionen langfristig zu reduzieren (vgl. Neuner et al., 2021; Rizzo et al., 2004).

Die NET integriert narrative Elemente, um fragmentierte Erinnerungen in eine konsistente biografische Erzählung einzubetten. Zentral ist dabei die Unterscheidung zwischen „heißen“ und „kalten“ Gedächtnisinhalten. Während das heiße Gedächtnis sensorisch-emotionale Eindrücke umfasst, die intrusiv und unkontrolliert auftreten, steht das kalte Gedächtnis für die sachlich-biographische Einbettung von Erfahrungen. Bei PTBS überwiegen in der Regel heiße Gedächtnisinhalte, während die kalte Verarbeitung defizitär bleibt. Durch die narrative Bearbeitung innerhalb der NET wird

angestrebt, beide Gedächtnissysteme wieder zu verknüpfen und das Trauma in die autobiographische Erinnerung zu integrieren, wodurch eine Reduktion der Symptomatik möglich wird. (vgl. Neuner et al., 2021)

Während die NET eine sprachliche und kognitive Verarbeitung fördert (vgl. Neuner et al., 2021), setzt VRET auf sensorische Immersion und das subjektive Erleben von Präsenz, um die Erinnerung emotional zugänglich zu machen. Durch die realitätsnahe Simulation traumaassoziierter Reize in der VRET kann das Furchtnetzwerk gezielt aktiviert und unter kontrollierten Bedingungen modifiziert werden. Damit greift VRET dieselben lerntheoretischen Mechanismen wie die klassische Expositionstherapie auf, erweitert diese jedoch durch die technische Möglichkeit, Konfrontationen graduell und reproduzierbar zu gestalten. (vgl. Kamkuimo et al., 2021; Rizzo et al., 2004)

Insgesamt zeigt sich, dass beide Verfahren auf denselben lerntheoretischen Grundlagen fußen, sich jedoch in ihrer Ausgestaltung unterscheiden. Während die NET auf die sprachlich-narrative Integration traumatischer Erinnerungen abzielt, nutzt die VRET sensorische Immersion, um emotionale Verarbeitung und kognitive Neubewertung zu fördern.

6.2 Rahmenbedingungen

Das therapeutische Setting unterscheidet sich bei beiden Ansätzen deutlich. Die NET kann sowohl in klinischen Einrichtungen als auch in humanitären Krisengebieten eingesetzt werden. Aufgrund ihrer klar strukturierten Vorgehensweisen lässt sich die Methode zudem in unterschiedlichen kulturellen Kontexten anwenden. (vgl. Neuner et al., 2021; Schauer et al., 2024)

VRET erfordert hingegen spezialisierte Rahmenbedingungen. Neben der technischen Ausstattung, etwa VR-Brillen, leistungsfähige Computer und spezifischer Software, bedarf es geschulter Therapeut*innen, die sowohl mit psychotherapeutischen Methoden als auch mit der eingesetzten Technologie vertraut sind. Entsprechend ist VRET bislang vor allem in westlichen Gesundheitssystemen und Forschungszentren verbreitet. (vgl. Eichenberg et al., 2021; Rizzo et al., 2004)

Auch im Hinblick auf Ressourcen, Zeit und Kosten ergeben sich Unterschiede. NET ist in der Regel mit einer kurzen bis mittleren Behandlungsdauer von acht bis zwölf Sitzungen verbunden und erfordert nur geringe Materialkosten, was insbesondere in humanitären Kontexten ökonomische Vorteile bietet (vgl. Neuner et al., 2021; Gwozdziewicz et al., 2013). VRET hingegen erfordert anfänglich höhere Investitionen in Hard- und Software sowie laufende Wartungskosten. Diese werden jedoch durch eine effiziente Sitzungsstruktur teilweise kompensiert, da die computergestützte Reizdarbietung standardisiert reproduzierbar und flexibel graduierbar ist (vgl. Kothgassner et al., 2019; Beidel et al., 2024).

Hinsichtlich des Implementierungsaufwands unterscheiden sich die beiden Verfahren deutlich. Die NET ist manualisiert, erfordert lediglich allgegenwärtige Materialien für die Lebenslinie (Seil oder Faden, Blumen und Steine) und standardisierte Protokolle und kann daher in ressourcenarmen Kontexten, etwa in Flüchtlingscamps, Ambulanzen oder Nichtregierungsorganisationen zuverlässig umgesetzt werden. Schulungsprogramme ermöglichen darüber hinaus ein *Task-Shifting* auf geschulte Nicht-Akademiker*innen unter Supervision, was ihre breite Anwendbarkeit zusätzlich unterstützt (vgl. Schauer et al., 2024, Neuner et al., 2021). VRET dagegen ist mit einem hohen finanziellen und organisatorischen Aufwand verbunden. Die Anschaffung und Wartung der technischen Infrastruktur sowie die Notwendigkeit spezifischer Fachkenntnisse begrenzen die flächendeckende Implementierung bislang erheblich. (vgl. Eichenberg et al., 2021; Kamkuimo et al., 2021; Kothgassner et al., 2019; Rizzo et al., 2004)

Insgesamt zeigt sich, dass die NET durch ihre Strukturierung und ökonomischen Vorteile besonders für den Einsatz in Krisengebieten und in ressourcenarmen Regionen geeignet ist, während die VRET vor allem in spezialisierten klinischen Kontexten Anwendung findet, in denen die erforderliche technische Ausstattung und entsprechend geschultes Personal verfügbar sind.

6.3 Vergleichende Betrachtung der Effektivität

Insgesamt fällt die Evidenzbasis für NET breiter und kontextübergreifender aus, was mitunter an ihrer breiten Anwendungsmöglichkeit und daraus resultierenden hohen

Nutzung liegt. VRET weist vielversprechende, aber noch selektivere Befunde aus, da sie spezifische technische und personelle Gegebenheiten voraussetzt und bisher vor allem bei kampfassoziierten Traumata eingesetzt wurde.

Beide Verfahren führen zu einer konsistenten Symptomreduktion der PTBS-Kernsymptomatik. Für die NET ist dies durch mehrere RCTs in Krisen- und Fluchtkontexten sowie durch Metaanalysen belegt (vgl. Gwozdziwycz et al., 2013; Neuner et al., 2021; Schauer et al., 2024; Siehl et al., 2020; Wright et al., 2020). VRET-Studien berichten ebenfalls signifikante Abnahmen der PTBS-Scores, insbesondere bei Veteran*innen und Einsatzkräften (vgl. Beidel et al., 2019; Kothgassner et al., 2019; Rizzo et al., 2004).

Beim Einsatz der NET werden häufig Depressivität und Angst mitverbessert (vgl. Neuner et al., 2021; Strijk et al., 2025; Wright et al., 2020), was auf eine generalisierte therapeutische Wirkung hindeutet. Auch VRET-Studien berichten parallele Verbesserungen komorbider Symptome, bislang jedoch seltener mit systematischer Erhebung über mehrere Instrumente und Settings hinweg (vgl. Kothgassner et al., 2019; Rizzo et al., 2004).

Für NET zeigen RCTs und Reviews Verbesserungen in Alltags- und Rollenfunktion, was die praktische Relevanz der Effekte unterstreicht (vgl. Neuner et al., 2021; Strijk et al., 2025; Wright et al., 2020). Bei VRET finden sich Hinweise auf funktionelle Zugewinne (z.B. Re-Integration beruflicher Aufgaben), die jedoch in größeren und heterogeneren Stichproben weiter zu prüfen sind (vgl. Rizzo et al. 2004).

NET wird in der Literatur häufig mit vergleichsweise niedrigen Abbruchquoten beschrieben, auch in hochbelastenden Kontexten (vgl. Neuner et al., 2021; Schauer et al., 2024), was für ihre Relevanz in der Therapie von Patient*innen mit PTBS spricht. Bei VRET liegen ebenfalls niedrige Abbruchraten vor und die technologisch kontrollierbare Abstufung der Exposition wird als akzeptanzfördernd beschrieben (vgl. Beidel et al., 2019), bedarf aber weiterer Replikationen in Nicht-Veteranen-Populationen.

Für NET zeigen mehrerer Studien dauerhafte Effekte über vier bis zwölf Monate und länger (vgl. Strijk et al., 2025; Wilker et al., 2020). VRET-Befunde deuten ebenfalls auf Verbesserung über mehrere Monate hin. Die Langzeitevidenz ist aufgrund der dünnen Studienlage im Vergleich zur NET schmäler und sollte durch größere Follow-ups gestützt werden (Kamkuimo et al. 2021; Kothgassner et al., 2019).

Beide Verfahren sind erwiesenermaßen wirksam, unterscheiden sich aber bezüglich der Stichprobengrößen. NET verfügt über breit replizierte Wirksamkeitsnachweise in diversen Hochrisikokontexten, während VRET ein innovatives, wachsendes Feld mit vielversprechenden Ergebnissen, vor allem bei kampfassoziierten Traumata, darstellt. Für eine belastbare Gleichwertigkeits- oder Überlegenheitsaussage fehlen derzeit direkte Vergleiche. Die vorliegenden Daten sprechen dafür, NET als etablierten Standard und VRET als Ergänzung mit auszubauender Evidenzbasis zu bewerten.

6.4 Praktikabilität, Zugänglichkeit und Akzeptanz

Beide Verfahren bringen unterschiedliche Anforderungen an Praktikabilität, Zugänglichkeit und Akzeptanz mit sich. Bei der NET kann die intensive emotionale Belastung während der narrativen Sitzungen eine sorgfältige Vorbereitung und Stabilisierung erforderlich machen, doch belegen Studien ihre sichere Anwendbarkeit unter angemessener therapeutischer Begleitung (vgl. Schauer et al., 2024; Gwozdziewicz et al., 2013; Siehl et al., 2020; Neuner et al., 2021; Wright et al., 2020). VRET ermöglicht zwar eine fein abgestufte Dosierung von Intensität und Dauer der Exposition, birgt jedoch durch die immersive Gestaltung zugleich das Risiko einer Überforderung, was ein enges therapeutisches Monitoring notwendig macht (vgl. Beidel et al., 2019; Kothgassner et al., 2019; Rizzo et al., 2004).

Beide Ansätze verfügen über Mechanismen der Standardisierung, wenn auch in unterschiedlicher Form. NET weist durch Manuale und Protokolle eine hohe Prozessstandardisierung auf, wobei die Qualität der Durchführung wesentlich von der therapeutischen Prozessführung, insbesondere der Narrationstiefe und Dosierung abhängt (vgl. Neuner et al., 2021; Schauer et al., 2024). VRET hingegen ermöglicht durch die computergenerierten Szenarien eine hohe Stimulusstandardisierung und

eine gute Dokumentierbarkeit der Expositionsparameter. (vgl. Rizzo et al. 2004; Kothgassner et al., 2019).

Hinsichtlich der Zugänglichkeit erweist sich NET durch ihren geringen Ressourcenbedarf als besonders praktikabel. Sie kann kulturadaptiv eingesetzt, in Gruppenformaten angewandt und im Rahmen von *Task-Shifting* auch in ressourcenarmen Regionen verbreitet werden (vgl. Neuner et al., 2021; Schauer et al., 2024). VRET hingegen bleibt bislang vor allem auf technisch gut ausgestattete Zentren beschränkt (vgl. Eichenberg et al., 2021; Kothgassner et al., 2019), auch wenn sinkende Hardware- und Softwarekosten künftig eine breitere Anwendung erleichtern könnten.

In Bezug auf Abbruchraten zeigt sich ein günstiges Bild für beide Verfahren. NET weist selbst in hochbelasteten Populationen, was unter anderem auf die klare Struktur und die häufig rasche Symptomentlastung zurückgeführt wird (vgl. Schauer et al., 2024; Gwozdziewicz et al., 2013; Siehl et al., 2020; Neuner et al., 2021; Wright et al., 2020). Auch VRET wird vielfach mit einer hohen Akzeptanz beschrieben. Einige Studien berichten Abbruchquoten in ähnlicher oder geringerer Größenordnung als bei klassischen Expositionsverfahren, da die Intensität der Konfrontation besser kontrollierbar ist und Patient*innen sich in der virtuellen Umgebung sicher fühlen. (vgl. Beidel et al., 2019; Kamkuimo et al., 2021; Kothgassner et al., 2019)

6.5 Schwächen und Anwendungsgrenzen

Die Behandlung von PTBS ist grundsätzlich mit der Herausforderung verbunden, Patient*innen erneut mit den traumatischen Erfahrungen zu konfrontieren. Gerade bei Opfern sexueller Gewalt stellt dies eine hochsensible Situation dar. Die NET fordert Betroffene dazu auf, belastende Erinnerungen in detailreicher Narration wiederzugeben und in die eigene Lebensgeschichte einzubetten. Obwohl dies therapeutisch wirksam sein kann, birgt es ein erhebliches Risiko der Retraumatisierung, insbesondere, wenn Patient*innen noch nicht ausreichend stabilisiert sind oder wenn das Erzählen von sexuellen Missbrauchserfahrungen mit massiver Scham oder Schuld besetzt ist (vgl. Augsburger et al., 2022; Neuner et al., 2021; Schauer et al., 2021).

Noch komplexer sind die ethischen Fragen im Zusammenhang mit der VRET. Während standardisierte Szenarien bei Kriegstraumata oder Unfällen nachvollziehbar simuliert werden können, ist die Simulation sexualisierter Gewalt in einer virtuellen Umgebung ethisch höchst fragwürdig. Zum einen besteht die Gefahr, dass Szenarien stereotypisiert und damit der individuellen Erfahrung der Betroffenen nicht gerecht werden. Zum anderen würde die Nachbildung von Szenen sexueller Gewalt oder gar Kindesmissbrauch in einer VR-Umgebung grundlegende ethische Grenzen überschreiten, da sie das Risiko birgt, Patient*innen in unangemessene oder retraumatisierende Darstellungen zu zwingen. (vgl. Eichenberg et al., 2021; Kamkuimo et al., 2021; Rizzo et al., 2004). Auch wenn die Intention therapeutisch sein mag, bleibt die Grenze zwischen hilfreicher Konfrontation und potenziell schädigender Re-Inszenierung unscharf.

In beiden Verfahren wird somit deutlich, dass die ethische Verantwortung der Behandelnden im Umgang mit Traumata besonders hoch ist. Sie müssen nicht nur sicherstellen, dass die Exposition individuell angepasst erfolgt, sondern auch, dass Patient*innen jederzeit die Kontrolle über den therapeutischen Prozess behalten. Ohne diese Voraussetzungen besteht das Risiko, dass die Behandlung den Patient*innen schadet, was aus ethischer Sicht unbedingt vermieden werden muss. (vgl. Eichenberg et al., 2021; Neuner et al. 2021; Schauer et al., 2024)

Für die VRET ist die Datenlage insgesamt noch sehr begrenzt. Viele Arbeiten basieren auf kleinen Stichproben, häufig mit Proband*innen, deren Traumata kampfassoziiert sind (vgl. Beidel et al., 2024, Rizzo et al., 2004). Hinzu kommt, dass die Nachbeobachtungszeiträume aufgrund der Aktualität der Studien relativ kurz sind, sodass nur eingeschränkte Aussagen zu Langzeiteffekten möglich sind.

Ein weiterer limitierender Faktor ergibt sich aus den unterschiedlichen Anwendungsbereichen der Studien: Während die NET vor allem im Zusammenhang mit multiplen Traumata erforscht wurde, liegt der Schwerpunkt der VRET bislang bei kampfassoziierten Monotraumata. Dies erschwert direkte Vergleiche und verdeutlicht, dass die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf andere Traumaarten, etwa sexualisierte Gewalt, nur eingeschränkt gegeben ist.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die bisherige Evidenz zwar vielversprechend ist, jedoch durch methodische, kontextuelle, ethische und stichprobenbedingte Einschränkungen limitiert wird. Für eine belastbare Bewertung beider Verfahren sind daher weitere groß angelegte und differenzierte Studien notwendig.

7. Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurden zwei unterschiedliche, aber auf dem Prinzip der Exposition basierende Verfahren in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung miteinander verglichen. Sowohl NET als auch VRET verfolgen das Ziel, Patient*innen eine kontrollierte Konfrontation mit ihren traumatischen Erinnerungen zu ermöglichen. Die Unterschiede beider Verfahren liegen in ihrer Methodik, erforderlichen Ressourcen und praktischer Umsetzung.

Die Ergebnisse der Literaturrecherche zeigen, dass die NET über eine breite Evidenzbasis verfügt. Insbesondere randomisiert-kontrollierte Studien und Metaanalysen in Konflikt- und Fluchtkontexten belegen ihre Wirksamkeit bei Patient*innen mit multiplen Traumatisierungen. Sie wird mit niedrigen Abbruchraten und stabilen Effekten in Follow-up-Erhebungen assoziiert (vgl. Neuner et al., 2021; Schauer et al., 2024; Strijk et al., 2025; Wilker et al., 2020). Ihre Stärken liegen in der pragmatischen Umsetzbarkeit, dem geringen Ressourcenbedarf und der Möglichkeit des Einsatzes in ressourcenarmen Settings. Gleichzeitig ist ihre Belastungsintensität während der Durchführung eine zentrale Herausforderung, die eine sorgfältige Stabilisierung und therapeutische Begleitung erfordert (vgl. Neuner et al., 2021; Schauer et al., 2024).

Die VRET hingegen präsentiert ein technologiebasiertes Verfahren, dessen Wirksamkeit durch eine signifikante Symptomreduktion bei PTBS, insbesondere im Bereich von kampfassoziierten Traumata belegt werden konnte (vgl. Beidel et al., 2024; Kothgassner et al., 2019). Durch die immersive Natur der VR gelingt es, traumaassoziierte Reize standardisiert und individuell dosierbar darzustellen. Gleichwohl ist die Studienlage begrenzt, die Stichproben häufig klein und Langzeitdaten rar. Darüber hinaus stellen technische Voraussetzungen und ethische Grenzen zentrale Limitationen der Methode dar.

Vergleichend lässt sich feststellen, dass die NET als etabliertes Verfahren mit hoher Praxisrelevanz vor allem in komplexen Trauma-Kontexten einsetzbar ist, während die VRET eher als zusätzliche, innovative Methode für den Einsatz in spezialisierten Zentren betrachtet werden kann. Beide Verfahren zeigen unterschiedliche Stärken und

Schwächen, die sich wechselseitig ergänzen könnten. Interessant ist dabei auch der Einsatz von Narration, die in der NET explizit als therapeutisches Instrument eingesetzt wird, während sie in der VRET eher implizit über die virtuelle Re-Inszenierung traumatischer Erlebnisse mitschwingt (vgl.).

Damit rückt die Frage in den Vordergrund, welche praktischen Konsequenzen sich aus den vorliegenden Befunden ergeben. Eine differenzierte Interpretation der Ergebnisse und ihrer Anwendbarkeit soll daher im nächsten Kapitel erfolgen.

7.1 Interpretation von Wirksamkeit und Anwendbarkeit

Die NET überzeugt insbesondere durch ihre praktische Anwendbarkeit in ressourcenarmen Kontexten. Ihre strukturierte Form und die Möglichkeit des *Task-Shiftings* machen sie zu einem Verfahren, das vor allem in Krisengebieten erfolgreich eingesetzt werden kann. Ihre Grenzen liegen in der hohen emotionalen Belastung für die Betroffenen während der Behandlung, durch die Konfrontation mit traumatischen Erinnerungen.

Die VRET hingegen zeigt ihre Stärke vor allem in der kontrollierbaren Intensität und Standardisierbarkeit der Expositionsbedingungen. Sie bietet ein hohes Maß an Immersion, das die Bearbeitung traumaassoziierter Reize erleichtern kann. Ihre Einsatzmöglichkeiten sind jedoch durch technische Anforderungen, hohe Kosten und ethische Fragestellungen bei bestimmten Traumaarten eingeschränkt. Die bisherige Studienlage ist zwar vielversprechend, jedoch im Vergleich zur NET deutlich schmäler und bedarf weiterer großangelegter Studien mit größeren Stichproben und längeren Erhebungszeiträumen.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die NET in der Behandlung multipler Traumatisierungen mit hohem Pragmatismus und die VRET in spezialisierten Zentren mit technischer Infrastruktur und klar definierbaren Trauma-Erfahrungen effektiv eingesetzt werden. Für die klinische Praxis ergibt sich daraus die Perspektive, beide Verfahren nicht isoliert, sondern im Sinne eines erweiterten Behandlungsspektrums zu betrachten, das je nach Patient*innengruppe, Setting und Ressourcenlage angepasst werden kann.

7.2 Praktische Implikationen

Die Ergebnisse dieser Arbeit verdeutlichen, dass die NET und die VRET zwar unterschiedliche methodische Ansätze verfolgen, jedoch beide relevante Beiträge zur Versorgung von Patient*innen mit PTBS leisten. Für die psychotherapeutische Praxis ergibt sich, dass die NET aufgrund ihrer breiten Anwendungsmöglichkeiten und ihrer pragmatischen Umsetzbarkeit insbesondere in ressourcenarmen oder konfliktbelasteten Kontexten weiterhin einen zentralen Stellenwert hat. Die VRET kann in spezialisierten Behandlungszentren eine vielversprechende Ergänzung darstellen, da sie eine standardisierte und zugleich kontrollierbare Form der Exposition ermöglicht.

Daraus lassen sich für Gesellschaft und Gesundheitssystem mehrere Schlüsse ziehen. Zum einen unterstreicht die NET die Relevanz kosteneffizienter und ressourcenschonender Verfahren, die auch ohne hochspezialisierte Infrastruktur breite Wirksamkeit entfalten. Zum anderen verweist die VRET auf die Potenziale neuer Technologien, die perspektivisch eine Erweiterung des bestehenden therapeutischen Angebots darstellen können, sobald Studiendichte, technische Verfügbarkeit und finanzielle Mittel dies zulassen. Damit eröffnet sich die Möglichkeit, das Versorgungsspektrum differenzierter an die individuellen Bedarfe von Patient*innen anzupassen und langfristig bestehende Versorgungslücken zu schließen.

Daraus ergibt sich auch die Perspektive für zukünftige Entwicklungen, beide Ansätze noch stärker aufeinander zu beziehen und Ergänzungspotenziale weiter zu erforschen. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, die Grenzen der bisherigen Forschung zu berücksichtigen, die im folgenden Kapitel aufgezeigt werden.

7.3 Schlussfolgerung und Ausblick

Die Behandlung von Traumafolgestörungen wie der posttraumatischen Belastungsstörung gehört zu einer der dringendsten Aufgaben in der psychotherapeutischen Versorgung. Gravierende Versorgungslücken durch lange Wartezeiten, unzureichende Anzahl an Fachpersonal und fehlende spezialisierte Angebote erschweren eine rechtzeitige und wirksame Behandlung der PTBS. Für die

Betroffenen bedeutet dies, dass Leidensdruck, Funktionsbeeinträchtigung und gesellschaftliche Isolation fortbestehen.

Die Ergebnisse dieser Arbeit verdeutlichen, dass sowohl die NET als auch die VRET wichtige und wirksame Therapiemethoden darstellen, um diesen Problemen zu begegnen. Die NET hat sich als evidenzbasiertes Verfahren etabliert, das selbst unter schwierigen Rahmenbedingungen in Krisengebieten wirksam eingesetzt werden kann. Die VRET eröffnet durch ihre innovative Technik neue Wege, Trauma kontrolliert und dosiert erfahrbar zu machen und dadurch Betroffenen den Zugang zur gezielten Traumaverarbeitung zu ermöglichen.

Damit wird deutlich, dass die Zukunft der Traumatherapie nicht allein in einem Verfahren, sondern in der Weiterentwicklung, Kombination und Ergänzung unterschiedlicher Ansätze, liegt. Die Kombination aus NET und VRET steht exemplarisch für die Verbindung von erprobter Praxis mit innovativer Technologie. Dies ermöglicht es, sowohl den komplexen Bedürfnissen von Menschen mit multiplen Traumatisierungen gerecht zu werden als auch neue, anpassungsfähige Instrumente zu entwickeln, die die Versorgungslücken der Gegenwart schließen könnten.

Für Forschung und Praxis ergibt sich daraus der dringende Auftrag Traumatherapie weiterzudenken, besser zugänglich zu machen und noch stärker in die Versorgungsstruktur zu integrieren. Das jedoch setzt zukünftige Studien mit größeren heterogeneren Stichproben voraus, um den Einsatz neuer Technologien verantwortungsvoll prüfen zu können und die Ausbildung von Lientherapeut*innen konsequent auszubauen.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass die Behandlung der PTBS nicht nur eine psychologische Herausforderung, sondern auch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, darstellt. Jede gelungene Intervention bedeutet nicht nur für die Betroffenen selbst die Chance auf ein PTBS-freies Leben, sondern leistet auch einen Beitrag zu mehr Stabilität und Gesundheit in der gesamten Gesellschaft.

8. Literaturverzeichnis

- AOK Gesundheitsmagazin (2023). Posttraumatische Belastungsstörung: Was Betroffenen hilft (Zugriff am 23.02.2024). <https://www.aok.de/pk/magazin/koerper-psyche/psychologie/ptbs-ursachen-symptome-und-behandlung/>
- Augsburger, M. & Jacob, Nadia (2022). Traumatisierung und die Entstehung von Gewaltspiralen. DOI: <https://doi.org/10.17192/es2022.0058>
- Bachmann, C. J., Czwikla, J., Jacobs, H., Fegert, J. M. & Hoffmann, F. (2021). Prävalenz und Versorgung der Posttraumatischen Belastungsstörung in Deutschland: Eine bundesweite Auswertung von Krankenkassendaten aus den Jahren 2008 und 2017. *Psychiatrische Praxis*, 48(6), 316–323. <https://doi.org/10.1055/a-1347-5410>
- Beidel, D. C., Frueh, B. C., Neer, S. M., Bowers, C. A., Trachik, B., Uhde, T. W., & Grubaugh, A. (2019). *Journal of Anxiety Disorders* 61, 64-74. doi: 10.1016/j.janxdis.2017.08.005.
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M. & Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: Results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, 46(2), 327–343. doi: 10.1017/S0033291715001981.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). (2018, April). *Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie - Wartezeiten 2018*. (Zugriff am 03.09.2025) https://api.bptk.de/uploads/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018_c0ab16b390.pdf
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). (2023, Juli). *Hintergrundpapier: Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung*. (Zugriff am 03.09.2025) https://api.bptk.de/uploads/20230713_bptk_hintergrundpapier_weiterentwicklun

g_psychotherapeutischen_versorgung_d38b567ee6.pdf?utm_source=chatgpt.com

Breuer, F., Muckel, P. & Dieris, B. (2019). Gütekriterien und ethische Fragen. In *Reflexive Grounded Theory* (S. 221-224). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-22219-2_7

Charlson, F., van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., & Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 394(10194), 240–248. doi:10.1016/S0140-6736(19)30934-1.

Dams, J., Rimane, E., Steil, R., Renneberg, B., Rosner, R., & König, H. (2020). Health-Related Quality of Life and Costs of Posttraumatic Stress Disorder in Adolescents and Young Adults in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 697. doi: 10.3389/fpsyt.2020.00697.

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). (2015). *ICD-10-GM Version 2015, Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)*. (Zugriff am 23.02.2024) <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2015/block-f40-f48.htm>

Eichenberg, C. (2021). Virtual Reality in der Psychotherapie – Anwendungen mit klinischem Potenzial. *Deutsches Ärzteblatt PP*, 20(11), 515. DOI:10.5772/12914.

Frommberger, U; Angenendt, J & Berger, M. (2014). Post-traumatic stress disorder – a diagnostic and therapeutic challenge. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111(5): 59-65; DOI: 10.3238/arztebl.2014.0059.

Gierhan, S. P. (2008). Die Rolle des Hippocampus bei der posttraumatischen Belastungsstörung: eine fMRT Studie. [Dissertation, Universität Heidelberg] https://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/10598/1/diss10_053.pdf

- Gillies, D., Taylor, F., Gray, C., O'Brien, L. & D'Abrew, N. (2012). Psychological therapies for the treatment of Post Traumatic Stress Disorder in children and adolescents. *Cochrane Database Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006726.pub2>
- Gühne, U., Riedel-Heller, S., Becker, T., Arnold, K., König, H.-H., & Angermeyer, M. C. (2015). Wie viele Menschen in Deutschland sind schwer psychisch krank? *Psychiatrische Praxis*, 42, 415–423. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006726.pub2>
- Gutermann, J., Schreiber, F., Matulis, S., Schwartzkopff, L., Deppe, J. & Steil, R. (2016). Psychological treatments for symptoms of posttraumatic stress disorder in children, adolescents, and young adults. A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19 (2), 77-93. <https://doi.org/10.1007/s10567-016-0202-5>
- Hamm, A., Wendt, J., & Volkmann, M. (2017). Extinktion: Neurowissenschaftliche Erkenntnisse zur Frage, wie Menschen sich ändern. *Verhaltenstherapie*, 27(1), 16-26. <https://doi.org/10.1159/000455659>
- Hase, M., Leutner, S., Tumani, V., & Hofmann, A. (2013). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) – Eine ungewöhnliche Form der Psychotherapie. *Deutsches Ärzteblatt PP*, 12(11), 512–514
- Hicks, E. M., Niarchou, M., Goleva, S., Kabir, D., Johnson, J., Johnston K. J. A., Ciarcia, J., Pathak, G. A., Smoller, J. W., Davis, L. K., Nievergelt, C. M., Koenen, K. C., Huckins, L. M., & Choi, K. W. (2024). Comorbidity profiles of posttraumatic stress disorder across the medical phenome. *Biological Psychiatry Global Open Science*, 4(5), 100337. <https://doi.org/10.1016/j.bpsgos.2024.100337>
- J. W., Davis, L. K., Nievergelt, C. M., Koenen, K. C., Huckins, L. M. & Choi, K. W. (2024). Comorbidity profiles of posttraumatic stress disorder across the medical phenome. *Biological Psychiatry Global Open Science*, 4(5), 100337. <https://doi.org/10.1016/j.bpsgos.2024.100337>

- Kaltenbach, E., Hermenau, K., Schauer, M., Dohrmann, K., Elbert, T., & Schalinski, I. (2020). Trajectories of posttraumatic stress symptoms during and after Narrative Exposure Therapy (NET) in refugees. *BMC Psychiatry*, 20, 312. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02720-y>
- Kamkuimo, S. A., Girard, B., & Menelas, B.-A. J. (2021). A narrative review of virtual reality applications for the treatment of post-traumatic stress disorder. *Applied Sciences*, 11, 6683. <https://doi.org/10.3390/app11156683>
- Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., Hyland, P., Maercker, A., Ben-Ezra, M., Coventry, P., Mason-Roberts, S., Aoife Bradley, A. & Hutton, P. (2019). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine* 1–15. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000436>
- Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., Karam, E. G., Ruscio, A. M., Benjet, C., Scott, K., Atwoli, L., Petukhova, M., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bunting, B., Ciutan, M., de Girolamo, G., Degenhardt, L., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Kawakami, N., Lee, S., Navarro-Mateu, F., Pennell, B.-E., Piazza, M., Sampson, N., ten Have, M., Torres, Y., Viana, M. C., Williams, D., Xavier, M. & Kessler, R. C. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47(13), 2260–2274. doi:10.1017/S0033291717000708.
- Kothgassner, O. D., Goreis, A., Kafka, J. X., Van Eickels, R. L., Plener, P. L., & Felnhofer, A. (2019). Virtual reality exposure therapy for posttraumatic stress disorder (PTSD): a meta-analysis. *European journal of psychotraumatology*, 10(1), 1654782. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1654782>
- Landolt, M. A., & Hensel, T. 2012. *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen*. S.136. Hogrefe Verlag. ISBN 9783840923326

- Neuner, F., Catani, C., & Schauer, M. (2021). *Narrative Expositionstherapie (NET)* (Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 83). Hogrefe Verlag. ISBN 978-3-8017-3097-0. <https://doi.org/10.1026/03097-000>
- Nyberg, E. (2005). Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). *Psychoneuro*, 31(01), 25-29. DOI: 10.1055/s-2005-863097.
- Pausch, M.J. & Matten, S.J. (2018). Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) – Definition, Einteilung, Epidemiologie und Geschichte. *Trauma und Traumafolgestörung*. Springer, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-17886-4_2
- Rizzo, A., Pair, J., McNerney, P. J., Eastlund, E., Manson, B., Gratch, J., Hill, R., & Swartout, B. (2004). Development of a VR Therapy Application for Iraq War Veterans with PTSD. *University of Southern California Institute for Creative Technologies*.
- Rosner, R., Fornaro, P., & Unterhitzenberger, J. (2019). Traumafokussierte Therapie für Kinder, Jugendliche und ihre Bezugspersonen: Was Psychotherapeutinnen wissen sollten und wie sie sich online weiterbilden können. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 115-122.
- Sachser, C., Rassenhofer, M. & Goldbeck, L. (2016). Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen – Klinisches Vorgehen, Evidenzbasis und weitere Perspektiven. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 44(6), 479-489.
- Schauer, M. & Bleuel, N. (2024). Die einfachste Psychotherapie der Welt: Wie wir die Ursache von Stress und Krankheit behandeln und den Kreislauf von Trauma und Gewalt durchbrechen. *Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Polaris*.
- Schnyder, U., Ehlers, A., Elbert, T., Foa, E. B., Gersons, B. P. R., Resick, P. A., Shapiro, F., & Cloitre, M. (2015). Psychotherapien für PTBS: Was haben sie

gemeinsam? *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 28186.
<https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.28186>

Smaik, N., Simmons, L. A., Abdulhaq, B., & Dardas, L. A. (2023). Feasibility and preliminary effectiveness of narrative exposure therapy in reducing symptoms of posttraumatic stress disorder, depression, and anxiety: A pilot study. *Journal of Psychiatric Research*, 518-526. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2023.09.007>

Strijk, P. J. M., Nijdam, M. J., Klaassens, E. R., Bedawi, V., de la Rie, S., & Jongedijk, R. A. (2025). Feasibility and preliminary effectiveness of a highly intensive inpatient treatment programme with Narrative Exposure Therapy for patients with posttraumatic stress disorder. *Frontiers in Psychology*, 16, 1516144. doi: 10.3389/fpsyg.2025.1516144.

Thekkumthala, D., Schalinski, I., Parigger, A., Ruf-Leuschner M., Elbert, T. & Schauer, M. (2023). KERF-I. Belastende Kindheitserfahrungen: Verfahrensdokumentation, KERF-I, einführende Fragen, standardisierte Auswertungsrichtlinien, kompakte Auswertungsinformationen, SPSSSyntaxen, Matrizen, KERF-20-I, Auswertungsentwurf. *Leibniz-Institut für Psychologie* (ZPID). <https://doi.org/10.23668/psycharchives.12495>

Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2013). The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5) – Standard [Measurement instrument]. National Center for PTSD. Version date: April 12, 2018.

Wilker, S., Catani, C., Wittmann, J., Preusse, M., Schmidt, T., May, T., Ertl, V., Doering, B., Rosner, R., Zindler, A., & Neuner, F. (2020). The efficacy of Narrative Exposure Therapy for Children (KIDNET) as a treatment for traumatized young refugees versus treatment as usual: study protocol for a multi-center randomized controlled trial (YOURTREAT). *Trials* 21, 185. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-4127-4>

Wilson, G., Farrell, D., Barron, I., Hutchins, J., Whybrow, D., & Kiernan, M. D. (2018). The use of Eye-Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) therapy in treating post-traumatic stress disorder - A systematic narrative review. *Frontiers in Psychology*, 9, 923. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00923>

9. Anhang

Anhang A

Life Event Checklist (vgl. Weathers et al., 2013)

LEC-5 Standard

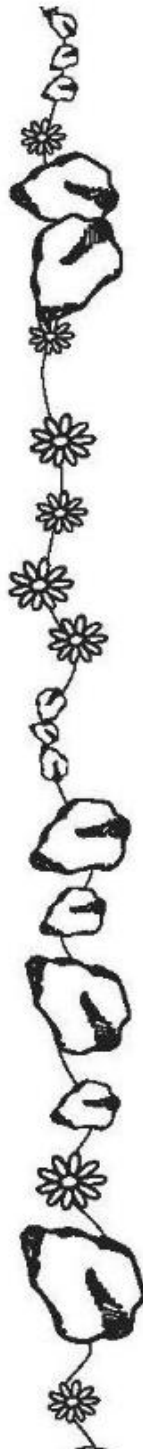
Instructions: Listed below are a number of difficult or stressful things that sometimes happen to people. For each event check one or more of the boxes to the right to indicate that: (a) it happened to you personally; (b) you witnessed it happen to someone else; (c) you learned about it happening to a close family member or close friend; (d) you were exposed to it as part of your job (for example, paramedic, police, military, or other first responder); (e) you're not sure if it fits; or (f) it doesn't apply to you.

Be sure to consider your entire life (growing up as well as adulthood) as you go through the list of events.

Event	Happened to me	Witnessed it	Learned about it	Part of my job	Not sure	Doesn't apply
1. Natural disaster (for example, flood, hurricane, tornado, earthquake)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Fire or explosion	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Transportation accident (for example, car accident, boat accident, train wreck, plane crash)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Serious accident at work, home, or during recreational activity	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Exposure to toxic substance (for example, dangerous chemicals, radiation)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Physical assault (for example, being attacked, hit, slapped, kicked, beaten up)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Assault with a weapon (for example, being shot, stabbed, threatened with a knife, gun, bomb)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Sexual assault (rape, attempted rape, made to perform any type of sexual act through force or threat of harm)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Other unwanted or uncomfortable sexual experience	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Combat or exposure to a war-zone (in the military or as a civilian)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Captivity (for example, being kidnapped, abducted, held hostage, prisoner of war)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Life-threatening illness or injury	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Severe human suffering	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Sudden violent death (for example, homicide, suicide)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Sudden accidental death	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Serious injury, harm, or death you caused to someone else	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Any other very stressful event or experience	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Anhang B

Fallbeispiel, Auszug aus: Lebenslinie von Herrn F. (vgl. Neuner et al., 2021)



- 7–ca. 13 Jahre alt, „Mein Onkel hat mich immer wieder beschimpft, abgewertet, bedroht und geschlagen.“
- 11 Jahre alt, „Ein neuer Schullehrer hat mir viel Aufmerksamkeit geschenkt und mich gelobt.“
- 12 Jahre alt, „Der Lehrer hat mich in der Schule vergewaltigt.“
„Der Lehrer hat mich nochmal vergewaltigt, anschließend habe ich aus Angst und Scham die Schule abgebrochen.“
- 13 Jahre alt, „Ich habe Arbeit in einem kleinen Lebensmittelladen gefunden.“
- 18 Jahre alt, „Ich habe ein eigenes, kleines Geschäft eröffnet.“
- 22 Jahre alt, „Ich habe meine Frau Nesrin geheiratet.“
- 25 Jahre alt, „Meine Tochter Samira wurde geboren.“
- 27 Jahre alt, „Mein Sohn Malek wurde geboren.“
- 29 Jahre alt, „Mit den Protesten fingen die Unruhen in unserem Viertel an. Ich bekam Verhaftungen und Hausdurchsuchungen mit.“
- 30 Jahre alt, „Ich war zwei Monate lang in Haft und wurde mehrmals gefoltert.“
„Unser Wohnblock wurde bombardiert, Nachbarn starben.“
- 31 Jahre alt, „Bei einer Hausdurchsuchung wurden meine Frau, meine Kinder und ich geschlagen, ich wurde von den Soldaten mitgenommen und vier Monate in Haft behalten. Ich habe viel Folter erlebt.“
„Nach meiner Rückkehr war Nesrin ganz verändert und krank. Sie sagt nichts, aber ich glaube, sie ist vergewaltigt worden, als ich in Haft war.“
„Ich konnte mit meiner Frau und den Kindern fliehen und Syrien verlassen.“
- 32 Jahre alt, „Wir sind mit dem Boot aus der Türkei nach Griechenland gefahren. Es gab hohe Wellen, das Boot war zu voll und ist fast gekentert. Mein kleiner Sohn ist ins Wasser gefallen. Ich konnte ihn nicht halten. Er ist gestorben. Er war vier.“
- 34 Jahre alt, „Mein Sohn Amir wurde geboren.“

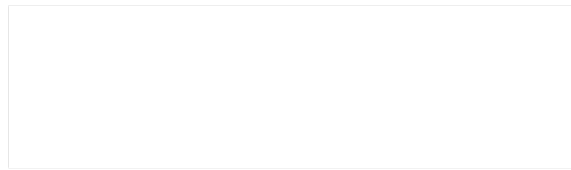
10. Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass die vorliegende Arbeit von mir selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwendet wurden. Die Stellen der Arbeit, die anderen Werken entnommen wurden, sind unter Angabe der Quelle als Entlehnung kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher nicht in gleicher oder ähnlicher Form an anderer Stelle schon einmal vorgelegt.

München, 08.10.2025

Ort, Datum



Unterschrift