

K-METTA: Kognitive Techniken und Metta-Meditationen zur Reduktion traumabezogener Schuld- und Schamgefühle – Darstellung der Intervention anhand von zwei Fallbeispielen

Stella Kümmerle^a Svenja Hammerstein^b Ella-Marie Helmig^a
Meike Müller-Engelmann^a

^aAbteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie, Goethe-Universität Frankfurt, Frankfurt am Main, Deutschland; ^bAbteilung Pädagogische Psychologie, Institut für Psychologie, Goethe-Universität Frankfurt, Frankfurt am Main, Deutschland

Schlüsselwörter

Trauma · PTBS · Schuldgefühle · Schamgefühle · Meditation (Metta/Liebende Güte) · Kognitive Techniken

Zusammenfassung

Hintergrund: Angst- und Ohnmachtsgefühle wurden lange als zentrale Emotionen der PTBS betrachtet. Neuere Forschungsergebnisse legen jedoch nahe, dass insbesondere nach interpersonellen Gewalterfahrungen Schuld- und Schamgefühle eine entscheidende Rolle für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer PTBS spielen. Metta-Meditationen (deutsch: Liebende Güte) zielen darauf ab, sich selbst und anderen Menschen bedingungsloses Wohlwollen und Freundlichkeit entgegenzubringen. Durch das Praktizieren von Metta lässt sich Selbstkritik reduzieren und das Gefühl der sozialen Verbundenheit stärken. **Methoden:** K-METTA ist eine Intervention (6 Sitzungen) zur Reduktion traumabezogener Schuld- und Schamgefühle, bei der kognitive Techniken mit Metta-Meditationen kombiniert werden. Hierbei werden in den Sitzungen 1 und 2 zunächst den Schuldgefühlen zugrunde liegende Kognitionen im sokratischen Dialog hinterfragt. Der Schwerpunkt der Sitzungen 3–6 liegt, neben der Vertiefung der kognitiven Interventionen, auf Metta-Meditationen. Hierbei üben Patient*innen, gute Wünsche an sich selbst und andere zu richten. **Fallberichte:** Die Behandlung von zwei Patientinnen, die Opfer von sexueller Gewalt geworden sind, wird exemplarisch dargestellt.

Deskriptive prä-post Vergleiche zeigen eine Reduktion traumabezogener Schuld- und Schamgefühle sowie der PTBS-Symptomatik und weiterer psychischer Symptome. **Schlussfolgerung:** Gezielte Interventionen zur Verringerung traumabezogener Schuld- und Schamgefühle können dazu beitragen, die Wirksamkeit traumatherapeutischer Behandlungen zu verbessern. Hierfür erscheint eine Kombinationsbehandlung aus kognitiven Techniken und Metta-Meditationen vielversprechend.

© 2022 The Author(s).
Published by S. Karger AG, Basel

K-METTA: Cognitive Techniques and Metta Meditations to Reduce Trauma-Related Feelings of Guilt and Shame – Presentation of the Intervention Based on Two Case Studies

Keywords

Trauma · PTSD · Guilt · Shame · Meditation (Metta/loving kindness) · Cognitive techniques

Abstract

Background: Fear and helplessness have long been considered as central emotions for PTSD. However, recent research suggests that feelings of guilt and shame play a crucial role in the development and maintenance of PTSD,

especially after the experience of interpersonal violence. Metta meditation (English: loving kindness) aims to face oneself and others with unconditional benevolence and friendliness. Practicing Metta reduces self-criticism and strengthens the feeling of social connectedness. **Method:** K-METTA is an intervention (6 sessions) to reduce trauma-related guilt and shame, combining cognitive techniques with Metta meditation. In sessions 1 and 2, guilt-related cognitions are questioned in a socratic way. The focus of sessions 3–6, in addition to deepening the cognitive interventions, is on Metta meditations. Here, patients practice directing good wishes to themselves and others. **Case Reports:** Two case studies of patients, who have experienced sexual violence, are presented. Descriptive pre-post comparisons show a reduction in trauma-related guilt and shame as well as in PTSD and other psychological symptoms. **Conclusion:** Specific interventions focusing on the reduction of trauma-related guilt and shame could contribute to the improvement of the effectiveness of trauma-related treatments. In this context, a combination of cognitive techniques and Metta meditation seems to be a promising approach.

© 2022 The Author(s).
Published by S. Karger AG, Basel

Einleitung

Das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) versteht unter einem Trauma die Konfrontation mit Tod, Lebensbedrohung, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt [American Psychiatric Association, 2013]. In einer repräsentativen deutschen Befragung gaben 28% der Frauen und 21% der Männer an, mindestens ein solch traumatisches Ereignis erlebt zu haben [Maercker et al., 2008], wobei internationale Angaben zur Prävalenz traumatischer Ereignisse sogar noch deutlich höher liegen [Kessler et al., 2017]. Etwa 12% der Betroffenen entwickeln als Folge eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) [Maercker et al., 2008] mit typischen Symptomen wie sich aufdrängenden Erinnerungen, Vermeidung, Misstrauen oder Schlaf- und Konzentrationsstörungen [American Psychiatric Association, 2013]. Besonders hoch ist die Prävalenz der PTBS nach interpersonellen Traumatisierungen, wie z. B. nach körperlichen und sexuellen Missbrauchserfahrungen, Vergewaltigungen oder Gewalterfahrungen in der Partnerschaft [Kessler et al., 2017].

In der Vergangenheit wurden Angst- und Ohnmachtsgefühle häufig als für die Entstehung und Aufrechterhaltung der PTBS zentrale Emotionen aufgefasst [z. B. Foa und Kozak, 1986]. Neuere Forschungsergebnisse legen jedoch nahe, dass besonders nach interpersonellen Gewalterfahrungen häufig Gefühle von Scham, Schuld und Ärger im Vordergrund stehen [Badour et al., 2017; Cun-

ningham, 2020]. Schuld- und Schamgefühle scheinen dabei eine entscheidende Rolle für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer PTBS zu spielen [Badour et al., 2017]. Es zeigte sich, dass diese Emotionen nicht nur mit einer erhöhten PTBS-Symptomschwere assoziiert sind [Shi et al., 2021], sondern auch mit einer stärkeren allgemeinen Psychopathologie sowie depressiven Symptomen [DeCou et al., 2021] und Suizidalität [Cunningham et al., 2017] einhergehen. Während sich Schuldgefühle auf die negative Bewertung einer spezifischen Verhaltensweise (oder das Fehlen einer Handlung) beziehen, sind Schamgefühle durch eine globale negative Bewertung des ganzen Selbst charakterisiert [Tangney et al., 2007].

Grundsätzlich gelten traumafokussierte Verfahren, deren Wirksamkeit sich in vielen Metaanalysen bestätigt hat [Cusack et al., 2016; Lewis et al., 2020a] und die auch von der deutschen S3 Leitlinie [AWMF; Schäfer et al., 2019] sowie von internationalen Leitlinien empfohlen werden [z. B. American Psychological Association, 2017], als Methode der Wahl in der Behandlung der PTBS. Hierzu gehören u. a. kognitive Interventionen (z. B. Cognitive Processing Therapy, CPT) [Resick et al., 2016], Expositionsbehandlungen (z. B. prolongierte Exposition) [Foa et al., 2007] und Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) [Shapiro und Forrester, 2017]. Viele der etablierten Behandlungsansätze, wie z. B. die Expositionsbehandlung, zielen primär auf eine Reduktion von Angstgefühlen durch Habituation ab [Foa et al., 2007] und sind besonders dann wirkungsvoll, wenn Angst die dominierende Emotion ist [Power und Fyvie, 2013] und im Rahmen der Behandlung aktiviert wird [Watkins et al., 2018]. Demnach scheinen vor allem Patient*innen, bei denen Schuld- und Schamgefühle im Vordergrund stehen, weniger gut von klassischen expositionsbasierten Behandlungen zu profitieren [Grunert et al., 2007]. Darüber hinaus könnte insbesondere das Erleben von Schamgefühlen Betroffene daran hindern, eine konfrontative Traumatherapie aufzusuchen [Cunningham, 2020].

Als explizit wirksam zur Behandlung traumabezogener Schuldgefühle haben sich hingegen kognitive Ansätze erwiesen [z. B. Resick et al., 2002; Allard et al., 2018]. Zudem gibt es vielversprechende Hinweise darauf, dass die Imagery Rescripting Therapy zu einer Reduktion von traumabezogenen Schuld- und Schamgefühlen führen kann [z. B. Alliger-Horn et al., 2016; Boterhoven de Haan et al., 2020]. In der klinischen Praxis scheinen jedoch Schuldgefühle und Selbstablehnung als Residualsymptome trotzdem häufig weiter zu persistieren, auch wenn sich die allgemeine PTBS-Symptomatik verbessert hat [Larsen et al., 2019]. Dies ist besonders bedenklich, da gerade die Veränderung von Schuldgefühlen während der Therapie die Reduktion der PTBS-Symptomatik und das spätere Funktionsniveau vorherzusagen scheint [Økstedalen et al., 2014; Allard et al., 2018]. Aus diesen Befun-

den leiten Shi et al. [2021] einen Bedarf an zusätzlichen effektiven Interventionsansätzen ab, welche gezielt traumabezogene Schuld- und Schamgefühle adressieren. Infolge verschiedener Behandlungsansätze könnten Patient*innen zudem auf Basis eigener individueller Bedürfnisse und Präferenzen zwischen unterschiedlichen Therapieverfahren wählen [Cloitre, 2015], was zu einer Verbesserung der therapeutischen Versorgung von traumatisierten Patient*innen führen kann.

In diesem Zusammenhang scheinen Metta-Meditationen (deutsch: Liebende Güte Meditationen); [Salzberg, 2002] besonders innovativ und vielversprechend, da sie im Gegensatz zu vielen etablierten Techniken, wie den kognitiven Interventionen, die vor allem auf Einsicht der Patient*innen basieren, einen eher erfahrungsbasierten Ansatz verfolgen. Ziel dieser aus dem Buddhismus stammenden Meditationsform ist vor allem die Förderung einer freundlich-wohlwollenden Haltung sich selbst und anderen gegenüber [Bodhi, 2010]. Im Rahmen der Meditation werden dabei sogenannte gute Wünsche an sich selbst und andere gerichtet [Salzberg, 2002; für eine detaillierte Darstellung des Ablaufs der Metta-Meditationen siehe Abschnitt „Die Behandlung“]. Studien mit gesunden Proband*innen konnten zeigen, dass das regelmäßige Praktizieren von Metta-Meditationen Selbstkritik, die mit Schuld- und Schamgefühlen eng verbunden ist, verringert [Shahar et al., 2015]. Darüber hinaus zeigte sich, dass durch das Praktizieren von Metta-Meditationen Gefühle der sozialen Verbundenheit verstärkt werden [Aspy und Proeve, 2017]. Letzteres weist darauf hin, dass diese Meditationsform geeignet sein könnte, die mit Schamgefühlen einhergehende emotionale Distanz zu reduzieren.

Erste Studien liefern Hinweise auf die Wirksamkeit von Metta-Meditationen in der Behandlung der PTBS. So zeigen zwei Pilotstudien starke Effekte von Metta-Meditationen auf PTBS-Symptome bei Kriegsveteran*innen [Kearney et al., 2013; Lang et al., 2019]. Darüber hinaus erwies sich eine Kombination aus Achtsamkeit und Metta-Meditationen als hilfreich zur Reduktion von PTBS-Symptomen bei Opfern interpersoneller Gewalt und war geeignet, Selbstmitgefühl zu stärken und Selbstkritik zu reduzieren [Müller-Engelmann et al., 2019]. Zwar waren die Stichproben in den genannten Studien relativ klein, die Ergebnisse einer kürzlich veröffentlichten randomisiert kontrollierten größeren Studie, in der 184 Kriegsveteranen im Gruppensetting behandelt wurden, sind jedoch ebenso vielversprechend [Kearney et al., 2021]. Hier zeigte sich, dass Metta-Meditationen der CPT [Resick et al., 2016] im Hinblick auf eine Reduktion der PTBS-Symptomatik nicht unterlegen waren und der Effekt auf depressive Symptome sogar größer war [Kearney et al., 2021]. Letzteres entspricht den Ergebnissen von Studien, die in der Behandlung von depressiven Patient*innen

ebenfalls positive Effekte von Metta-Meditationen auf die Reduktion verschiedener depressiver Symptome nachweisen konnten [z. B. Stangier et al., 2021; Wang et al., 2021].

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass trotz der hohen Relevanz von Schuld- und Schamgefühlen für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Traumafolgestörungen bisher kaum Interventionen existieren, die explizit darauf abzielen, diese belastenden Gefühle zu reduzieren. Im Folgenden soll deshalb eine neue Intervention (K-METTA) vorgestellt werden, die etablierte, kognitive Techniken zur Reduktion traumabezogener Schuld- und Schamgefühle mit Metta-Meditationen kombiniert.

Die Behandlung

Zielgruppe und Behandlungsfokus

K-METTA ist ein transdiagnostischer Ansatz, der sich an Patient*innen richtet, die ein traumatisches Ereignis erlebt haben und infolgedessen unter Schuld- und Schamgefühlen leiden. Die therapeutischen Techniken können dabei individuell an die Patient*innen angepasst werden. Um mit dem Trauma in Verbindung stehende Schuld- und Schamgefühle zu reduzieren, werden zwei Zugangswege miteinander kombiniert: Zunächst werden die den Gefühlen zugrunde liegenden Schuld- und Schamkognitionen mit Hilfe von kognitiven Techniken hinterfragt, um eine rationale Distanzierung von der Schuld zu ermöglichen. Um diesen Fortschritt auf emotionaler Ebene noch stärker zu verankern, wird durch die Praxis von Metta-Meditationen den traumabezogenen Schuld- und Schamgefühlen ein wohlwollender, freundlicher sowie mitfühlender Umgang mit sich selbst sowie mit anderen entgegengesetzt. Neben der Reduktion von traumabezogenen Schuld- und Schamgefühlen zielt K-METTA auch darauf ab, die psychische Belastung der Patient*innen insgesamt zu reduzieren sowie Selbstmitgefühl und Wohlbefinden zu steigern.

Behandlungsablauf

K-METTA besteht aus sechs wöchentlichen Einzelsitzungen à 100 Minuten, die bei Bedarf um zwei Krisensitzungen ergänzt werden können. Die Intervention beinhaltet zwei Bausteine, kognitive Interventionen und Metta-Meditationen, welche im Laufe der Sitzungen ineinandergreifen und sich ergänzen. In Tabelle 1 ist der konzeptionelle Aufbau von K-METTA übersichtsartig dargestellt.

Vor Einstieg in die eigentliche Behandlung wird in Sitzung 1 zunächst das erlebte Trauma sowie die damit verbundene Schuld- und Schamsymptomatik exploriert. Daran schließen sich psychoedukative Elemente zu Trau-

Tabelle 1. Übersicht über die sechs Sitzungen von K-METTA

Sitzung 1

Exploration des Traumas sowie der Schuld- und Schamgefühle; Psychoedukation

Kognitive Interventionen:

Erstellung eines Schuldkreises

Beginn des sokratischen Dialogs mit der am meisten belastenden Schuldkognition

Hausaufgabe:

Lesen von Materialien zur Psychoedukation (Informationen zur PTBS sowie zu Schuld- und Schamgefühlen)

Kognitiv: Pro & Contra Liste für die am meisten belastende Schuldkognition

Sitzung 2

Kognitive Interventionen:

Fortsetzung und Vertiefung des sokratischen Dialogs; Aktualisierung des Schuldkreises

Hausaufgabe:

Kognitiv: Verfassen eines Plädoyers für die eigene Unschuld bzw. gegen das Zutreffen der Schuldkognitionen

Sitzung 3

Kognitive Interventionen:

Fortführung der kognitiven Techniken, ggfs. Wechsel zu Schamkognitionen

Metta-Meditationen:

Einführung von Metta-Meditationen und Erarbeiten des liebevollen Begleiters

Metta 1: Liebende Güte gegenüber sich selbst

Hausaufgabe:

Kognitiv: Tägliches Lesen des Plädoyers und individuell an die Patient*innen angepasst Pro & Contra Liste für belastende Schuld- oder Schamkognitionen

Metta: Durchführung von Metta 1 mit Hilfe der Audio-Datei und Protokollierung

Sitzung 4

Kognitive Interventionen:

Fortführung der kognitiven Techniken individuell an die Patient*innen angepasst, z. B. Stuhlübungen

Metta-Meditationen:

Einführung des Wohltäters (eine positiv besetzte Bezugsperson)

Metta 2: Liebende Güte gegenüber dem Wohltäter

Hausaufgabe:

Kognitiv: Individuell an die Patient*innen angepasst (z. B. tägliches Anhören der Audioaufnahme der Stuhlübung)

Metta: Praktizieren von Metta 2 mit Hilfe der Audio-Datei und Protokollierung

Sitzung 5

Kognitive Interventionen:

Fortführung der kognitiven Techniken individuell an die Patient*innen angepasst

Metta-Meditationen:

Liebende Güte in Bezug auf das Trauma

Metta 3: Liebende Güte gegenüber sich selbst als jemand, der das Trauma erlebt hat

Hausaufgabe:

Kognitiv: Individuell an die Patient*innen angepasst

Metta: Praktizieren von Metta 3 mit Hilfe der Audio-Datei und Protokollierung

Sitzung 6

Kognitive Interventionen:

Fortführung der kognitiven Techniken individuell an die Patient*innen angepasst, z. B. Funktion von Schuld

Metta-Meditationen:

Metta 4: Liebende Güte gegenüber der gesamten Menschheit

Fazit und Planung weiterer Übungen für zuhause

Hausaufgabe:

Metta: Praktizieren von Metta 4 mit Hilfe der Audio-Datei und Protokollierung

mafolgestörungen sowie zu der Rolle von Schuld- und Schamgefühlen im Rahmen von Traumatisierungen an. In den beiden ersten Sitzungen werden ausschließlich kognitive Techniken zur Bearbeitung der Schuldgedanken angewendet, weil diese in der Regel eng mit Schamgefühlen zusammenhängen und sich letztere durch die Bearbeitung von Schuldgefühlen häufig bereits reduzieren. Die kognitiven Techniken werden auch in den Sitzungen

3–6 fortgeführt und individuell an die Patient*innen angepasst. So kann je nach Symptomatik und Anliegen der Patient*innen ab Sitzung 3 die kognitive Bearbeitung der Schuldvorwürfe weiter intensiviert werden; alternativ können Schamkognitionen fokussiert werden.

Ab Sitzung 3 werden zusätzlich Metta-Meditationen eingeführt, welche inhaltlich aufeinander aufbauen. In den Sitzungen 3–6 findet somit eine Zweiteilung in ko-

gnitive Interventionen und Metta-Meditationen statt. Den Beginn der Sitzungen 3–6 markiert dabei die Nachbesprechung der kognitiven Hausaufgaben, daran schließt sich die weitere kognitive Bearbeitung der Schuld- bzw. Schamgedanken an und erst hiernach liegt der Fokus auf der Nachbesprechung der Metta Praxis seit der letzten Sitzung sowie auf der Ein- bzw. Durchführung der neuen Metta-Meditation. Da sich die liebevolle, wohlwollende Haltung vor allem über die regelmäßige Praxis der Metta-Meditationen verfestigt, wird am Ende von K-METTA gemeinsam mit den Patient*innen konkret geplant, wie im weiteren Verlauf geübt werden sollte. In diesem Zusammenhang werden auch mögliche Hindernisse antizipiert sowie Umgangsweisen damit besprochen. Im Folgenden werden die einzelnen Interventionsbausteine genauer dargestellt.

Kognitive Interventionen

Im Rahmen des kognitiven Teils von K-METTA kommen verschiedene Interventionsstrategien zum Einsatz. Einige dieser Interventionen zielen ausschließlich auf die Bearbeitung der Schuldkognitionen ab, andere wiederum eignen sich sowohl für die Modifizierung von Schuld- als auch von Schamkognitionen.

Schuldkreis

In Anlehnung an Ehlers [1999] dient der Schuldkreis als Einstieg in die Bearbeitung der Schuldkognitionen. Gemeinsam sammeln Patient*in und Therapeut*in alle Einflussfaktoren, welche zu dem traumatischen Ereignis führten. Hierbei können sowohl Personen als auch äußere, abstraktere Umstände (z. B. das Wetter) mitberücksichtigt werden. Die Patient*innen sollen dann ein zunächst leeres Kreisdiagramm danach aufteilen, wie viel Schuld sie den einzelnen Einflussfaktoren zuschreiben. Hierbei kann das Vorgehen dynamisch sein, d. h. es können so lange Änderungen am Schuldkreis vorgenommen werden, bis dieser stimmig erscheint und 100% der Schuld/Verantwortung am Ereignis verteilt worden sind. Im Verlauf von K-METTA wird der Schuldkreis von den Patient*innen immer wieder in Bezug auf seine Gültigkeit überprüft und gegebenenfalls modifiziert, sodass ersichtlich wird, wie stark sie sich selbst noch die Schuld geben, woran wiederum weitere Interventionsstrategien angepasst werden können.

Sokratischer Dialog

Nach der Erstellung des Schuldkreises werden Schuldkognitionen gesammelt, konkretisiert und bearbeitet. Als Vorbereitung sollen Patient*innen den aktuellen Belastungsgrad der jeweiligen Schuldkognition von 0 (keine Belastung) bis 10 (maximal vorstellbare Belastung) einschätzen. Der*die Therapeut*in beginnt dann, den Schuldgedanken mit dem höchsten Belastungsgrad im

sokratischen Dialog zu hinterfragen. Erst nachdem dieser vollständig bearbeitet wurde, werden entsprechend der Belastungshierarchie auch die anderen Vorwürfe fokussiert. Ab Sitzung 3 kann mit der kognitiven Bearbeitung von Scham fortgefahren werden, wobei sich das Vorgehen stark an der vorherigen Bearbeitung der Schuldkognitionen orientiert. Wichtig ist es dabei zu verdeutlichen, dass sich nicht die Patient*innen sondern der*die Täter*in für das, was er*sie getan hat, schämen und hierfür von anderen abgelehnt werden sollte.

Pro & Contra Liste

Die Pro & Contra Liste wird zur weiteren Vertiefung als Hausaufgabe nach den Sitzungen eingesetzt, in denen sokratisch an Schuld- oder Schamkognitionen gearbeitet wurde. Gemeinsam legen sich Patient*in und Therapeut*in auf einen Gedanken fest, der als Hausaufgabe noch einmal bearbeitet werden soll. Hierfür stellt der*die Patient*in alle Argumente für das Zutreffen sowie alle Argumente gegen das Zutreffen dieses Gedankens tabellarisch gegenüber.

Plädoyer für die eigene Unschuld

Als Hausaufgabe nach Sitzung 2 sollen die Patient*innen ein Plädoyer für die eigene Unschuld oder gegen das Zutreffen des zentralen Schuldvorwurfs schreiben. Letzteres wird gewählt, falls nicht von einer vollständigen Unschuld auszugehen ist oder die Vorwürfe aus zeitlichen Gründen noch nicht alle vollständig bearbeitet werden konnten. Für das Verfassen des Plädoyers vergegenwärtigen sich die Patient*innen zunächst alle Argumente, die in der Sitzung erarbeitet worden sind und die dagegen sprechen, dass sie Schuld an dem traumatischen Ereignis haben. Danach stellen sie sich vor, ihr*ihre Anwält*in zu sein, der*die am Ende einer Gerichtsverhandlung ein Plädoyer hält. Die Patient*innen sollen dabei auf alle Vorwürfe eingehen, die für sie relevant sind und alle Argumente nennen, die sie gegen diese Vorwürfe gefunden haben. Das Plädoyer kann im Laufe der nächsten Sitzungen erweitert und mit neuen Argumenten ergänzt werden. Die Patient*innen sollen das Plädoyer regelmäßig lesen, was sie dabei unterstützen soll, alte Denkmuster abzuliegen.

Stuhlübungen

In Anlehnung an gestalttherapeutische Behandlungstechniken können zur Vertiefung der kognitiven Arbeit Stuhlübungen eingesetzt werden, mit Hilfe derer die Schuld- und Schamkognitionen weiter modifiziert werden können. Hierbei sollen Patient*innen lernen, gegen die eigene Schuld bzw. Scham zu argumentieren. Bei der Bearbeitung von Schuld sitzt auf dem ersten Stuhl der selbstanklagende Anteil, welcher dem*der Patient*in alle Selbstvorwürfe ungefiltert entgegenbringt. Bei der Bear-

beitung von Scham sollen auf dem ersten Stuhl Schamgedanken formuliert und gegebenenfalls Scham erzeugende Kommentare des*der Täter*in oder des Umfelds wiedergegeben werden. Auf dem zweiten Stuhl sitzt der verteidigende Anteil des*der Patient*in, welcher gegen die eigene Schuld bzw. Scham aus einer gütigen und wohlwollenden Sicht argumentiert. Sollte sich das Trauma in der Kindheit ereignet haben, ist es zudem möglich, dass Patient*innen auf dem zweiten Stuhl die Position des Kindes einnehmen, das aus der damaligen Situation heraus und mit dem damaligen Kenntnisstand gegen die Schuldvorwürfe bzw. Schamgedanken argumentiert. Der*die Therapeut*in unterstützt hier bei Bedarf. Die Stuhlübung kann während der Sitzung aufgenommen und als Hausaufgabe angehört werden.

Erarbeiten der Funktion von Schuld

Diese Intervention zielt darauf ab, die Vor- und Nachteile des Festhaltens an den Schuldgedanken zu erarbeiten, dabei die Funktion der Schuld (z. B. Verhinderung von Gefühlen der Ohnmacht und Hilflosigkeit) zu erkennen und sich hierdurch langfristig von diesem Gefühl besser distanzieren zu können. Hierfür erarbeiten Therapeut*in und Patient*in gemeinsam die Vor- und Nachteile des Festhaltens an der Schuld. Bei Patient*innen, die traumatische Erlebnisse in der Kindheit erfahren haben, kann dabei zwischen damaligen und heutigen Vor- und Nachteilen unterschieden werden.

Metta-Meditationen

Grundlage der Metta-Meditationen in K-METTA ist die Kontaktaufnahme mit dem wohlwollenden, wertschätzenden und unterstützenden Anteil sich selbst gegenüber. Die Meditationen folgen dabei alle einer einheitlichen Struktur und beginnen mit einer kurzen einleitenden Atemachtsamkeit. Kern der Meditationen sind dann gute Wünsche, die sich auf die Bereiche Sicherheit, Glück, Wohlbefinden und Erfüllung beziehen. Die Adressat*innen der guten Wünsche variieren zwischen den einzelnen Meditationen. Zentral ist dabei, dass die Wünsche nicht im Autopilotenmodus wiederholt werden, sondern der Bedeutung dieser Sätze die volle Aufmerksamkeit entgegengebracht wird. Nach der Formulierung der guten Wünsche folgt in allen vier Metta-Meditationen eine Antizipation und gleichzeitige Normalisierung möglicher Schwierigkeiten während der Meditation sowie ein Transfer der liebevollen Güte in den Alltag. Alle Meditationen enden mit einer Re-orientierung in der Gegenwart.

Erarbeitung eines liebevollen Begleiters

Gerade vor dem Hintergrund der erlebten Traumatisierung fällt es vielen Patient*innen schwer, einen positiven Bezug zu sich selbst aufzubauen. Deswegen wird in

Sitzung 3 zunächst ein liebevoller Begleiter erarbeitet [adaptiert von Gilbert, 2010], welcher als fiktives inneres Vorstellungsbild diesen wohlwollenden Selbst-Anteil der Patient*innen symbolisiert und den Aufbau eines positiven Selbstbezugs sowie eines freundlichen Umgangs mit sich selbst erleichtern soll. Hierfür vergegenwärtigen sich die Patient*innen gemeinsam mit ihrem*r Therapeut*in vorab Eigenschaften, die den liebevollen Begleiter auszeichnen. Hierzu gehören eine tiefe Verbundenheit mit den Patient*innen, Weisheit, innere Stärke sowie eine nicht bewertende Haltung. Der liebevolle Begleiter ist dabei eine Hilfestellung, um mit dem eigenen wohlwollenden inneren Anteil in Kontakt zu kommen, den jeder Mensch bereits in sich trägt. Er kann die Gestalt eines Menschen oder eines anderen Lebewesens annehmen (z. B. eine Fantasiegestalt oder ein Baum) oder ganz abstrakt sein (z. B. ein helles warmes Licht).

Metta-Meditation 1

Ziel von Metta 1 ist die Kultivierung von liebender Güte und Wohlwollen gegenüber sich selbst. Hierbei kommen die Patient*innen zum ersten Mal mit den guten Wünschen in Kontakt, welche in der Sitzung zunächst kurz vorbesprochen werden:

„*Mögest Du sicher sein*“: Wunsch nach Sicherheit und Freiheit von Gefahren.

„*Mögest Du glücklich sein*“: Wunsch nach Wohlbefinden und Zufriedenheit.

„*Mögest Du Dich in Deinem Körper wohl fühlen*“: Wunsch nach Gesundheit, Freiheit von Schmerzen und einer Harmonie mit dem eigenen Körper.

„*Möge Dein Leben erfüllt sein*“: Wunsch nach einem erfüllten und unbeschwerten Leben.

Die guten Wünsche sind in Metta 1 in der Du-Form formuliert, da der liebevolle Begleiter die guten Wünsche an die Patient*innen richtet. Wenn Patient*innen die Hilfestellung des liebevollen Begleiters nicht benötigen, können sie die Formulierungen auch in der Ich-Form verwenden (z. B. „Möge ich sicher sein.“). Darüber hinaus können sich nicht alle Patient*innen mit dieser Formulierung identifizieren, weswegen die guten Wünsche auch individuell verändert werden dürfen. Hierbei achtet der*die Therapeut*in darauf, dass der Bezug zu den vier intendierten Themenbereichen bestehen bleibt.

Metta-Meditation 2

In Metta 2 werden die guten Wünsche zusätzlich zur eigenen Person an einen sogenannten „Wohltäter“ adressiert. Hierfür sollen Patient*innen an eine reale Person denken, für die sie Achtung, Zuneigung und Dankbarkeit empfinden und die ihnen in der Vergangenheit geholfen hat. Der*die Therapeut*in unterstützt zunächst dabei, einen solchen Wohltäter zu identifizieren. Dieser kann sowohl eine sehr wichtige Bezugsperson (z. B. die eigene

Großmutter, ein Kollege) als auch eine flüchtige Alltagsbekanntschaft (z. B. ein Verkäufer im Supermarkt, eine Nachbarin) sein. Dabei sollte jedoch keine Person gewählt werden, zu der die Beziehung ambivalent oder konfliktbehaftet ist. Die guten Wünsche in Metta 2 werden entsprechend angepasst und lauten u. a. wie folgt:

„So wie ich mir wünsche, sicher zu sein, so wünsche ich Dir Sicherheit. Mögest Du sicher sein.“

Metta-Meditation 3

In einem nächsten Schritt verfolgt Metta 3 das Ziel, dass die Patient*innen sich ihrem Trauma zuwenden und dabei üben, diesem Erlebnis sowie mit dem Trauma zusammenhängenden Symptomen mit einer wohlwollenden, wertschätzenden und unterstützenden Haltung zu begegnen. Metta 3 stellt die Verknüpfung zwischen der liebevollen Güte und der traumatischen Erfahrung dar und ist somit ein Herzstück von K-METTA. Da Patient*innen Metta 3 als belastend erleben können, werden sie vorab über die Aktivierung der Erinnerungen an das Trauma aufgeklärt und der Umgang mit möglichen Belastungsreaktionen wird vorbesprochen.

In Vorbereitung auf die Meditation erarbeiten Patient*in und Therapeut*in gemeinsam, was der liebevolle Begleiter vor dem Hintergrund seiner unterstützenden und nichtbewertenden Haltung sowie seiner positiven Eigenschaften zu dem Trauma und den damit verbundenen Schuld- und Schamgefühlen sagen würde. Diese individuell erarbeiteten Sätze des liebevollen Begleiters werden dabei schriftlich festgehalten. Bei der Durchführung von Metta 3 wird zunächst wieder Kontakt mit dem liebevollen Begleiter aufgenommen, der die allgemeinen guten Wünsche (wie in Metta 1) an die Patient*innen richtet. Danach werden die Patient*innen gebeten, an das erlebte Trauma zu denken, und sich die zuvor erarbeiteten Sätze des liebevollen Begleiters zu vergegenwärtigen. Im Anschluss sollen sie sich vorstellen, wie der liebevolle Begleiter u. a. folgende gute Wünsche an sie richtet:

„Gerade weil Du so eine schwierige Situation erlebt hast, wünsche ich Dir Wohlbefinden. Mögest Du Dich in deinem Körper wohl fühlen.“

Metta-Meditation 4

In Metta 4 wird die liebende Güte von Personen, die den Patient*innen nahestehen, auf Personen, mit denen sie im Alltag zu tun haben, auf flüchtige Bekannte und schließlich auf alle Lebewesen ausgeweitet. Hierbei sollen die Patient*innen sich selbst in die guten Wünsche miteinbeziehen. Bei Metta 4 geht es um eine basale Freundlichkeit allen Lebewesen gegenüber, mit denen die Patient*innen durch dieselben Lebensgrundlagen und denselben Wunsch, glücklich zu sein, verbunden sind. In der Durchführung von Metta 4 wird, wie in den bisher-

gen Metta-Meditationen, zunächst Kontakt mit dem liebevollen Begleiter aufgenommen, der die guten Wünsche an die Patient*innen richtet. Danach sollen die Patient*innen ihre Aufmerksamkeit schrittweise auf alle Personen und Lebewesen erweitern und diese in die guten Wünsche miteinbeziehen:

„So wie ich mir wünsche, glücklich zu sein, so wünsche ich Euch Glück. Mögen wir glücklich sein.“

Beispiele aus der Praxis

Im Folgenden wird die Anwendung von K-METTA an zwei konkreten Fallbeispielen verdeutlicht. Die hier beschriebenen Patientinnen wurden im Rahmen einer randomisiert kontrollierten Studie zur Untersuchung der Wirksamkeit von K-METTA psychotherapeutisch behandelt. Vor Interventionsbeginn wurden mit den Studienteilnehmerinnen zwei diagnostische Sitzungen durchgeführt. Zudem füllten sie Fragebögen zu aktuell vorliegenden traumabezogenen Schuld- und Schamgefühlen sowie zu verschiedenen psychischen Symptomen aus. Während der Intervention wurden traumabezogene Schuld- und Schamgefühle erneut nach der 3. und nach der 6. Sitzung erfasst (Zwischenmessungen). Nach Ablauf der sechswöchigen Interventionsphase schloss sich eine vierwöchige Übungsphase an, in der die Patientinnen die erlernten Meditationen im Selbstmanagement üben sollten. Danach fand eine umfassende Abschlussdiagnostik statt.

Das Vorliegen einer klinisch relevanten psychischen Störung wurde mit dem Strukturierten Klinischen Interview für DSM-5 [SCID-5-CV; First et al., 2015; deutsche Version: Beesdo-Baum et al., 2019] erhoben. Für die traumaspezifische Diagnostik wurde die Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 [CAPS-5; Weathers et al., 2018; deutsche Version: Cwik et al., 2021] als fremdanamnestisches Maß verwendet. Zur Selbstbeurteilung der psychischen Symptomatik kamen die Posttraumatic Stress Disorder Checklist [PCL-5; Blevins et al., 2015; deutsche Version: Krüger-Gottschalk et al., 2017] sowie das Beck's Depressions Inventar II [BDI II; Beck et al., 1996; deutsche Version: Hautzinger et al., 2009] zum Einsatz. Traumabezogene Schuldgefühle wurden mit Hilfe einer eigenen deutschen Übersetzung des Trauma Related Guilt Inventory [TRGI; Kubany et al., 1996] gemessen, wobei nur dessen Globale Schuldskala für die Analysen verwendet wurde. Traumabezogene Schamgefühle wurden mit dem Trauma Related Shame Inventory [TRSI; Øktedalen et al., 2014] in einer selbst erstellten deutschen Übersetzung erfasst.

Frau W., 64 Jahre, Trauma: Gruppenvergewaltigung in der Jugend

Spontan berichtete Symptomatik

Frau W. berichtete, als junge Frau eine Gruppenvergewaltigung durch drei Männer erlebt zu haben, was Auswirkungen auf ihr gesamtes bisheriges Leben gehabt habe. So leide sie unter wiederkehrenden Erinnerungen an das Ereignis, die beispielsweise durch Berichte über Vergewaltigungen im Fernsehen oder in der Zeitung ausgelöst würden und sie emotional belasteten. Weiterhin falle es ihr seit der Tat schwer, anderen Menschen, insbesondere Männern, zu vertrauen. Aus dem Grund sei sie auch nie eine Partnerschaft eingegangen und habe Sexualität vermieden. Sie habe eine „Schutzmauer“ aufgebaut, mit der sie andere Menschen, aber auch unangenehme Emotionen, von sich fernhalte. Aktuell sei sie besonders belastet durch ausgeprägte Schuld- und Schamgefühle. Dazugehörige belastende Schuldgedanken seien „Es war sehr naiv, zu denen in das Auto zu steigen“ oder „Ich hätte mich mehr wehren sollen“. In Bezug auf die Scham leide sie vor allem unter dem Gedanken „Wenn andere davon erfahren, werden sie denken, dass ich minderwertig bin“. Dies sei auch der Grund gewesen, warum sie sich bisher niemandem anvertraut habe.

Vorgeschichte

Die Patientin berichtete, als 21-Jährige mit einer Freundin in einer nahegelegenen Disco gewesen zu sein. Da der letzte Bus bereits früh abgefahren sei, habe sie sich mit ihrer Freundin an eine Zufahrtsstraße gestellt, um per Anhalter zurückzufahren, was sie damals häufiger so gemacht hätten. Ein Auto mit drei jungen Männern habe angehalten und da sie die Männer flüchtig gekannt hätten, seien sie zu ihnen in das Auto gestiegen. Kurz vor dem Erreichen des Heimortes hätten sich die drei leise besprochen, die Frauen nicht aus dem Auto gelassen und seien stattdessen mit ihnen in einen Wald gefahren. Einer der Männer habe die Patientin aus dem Auto gezerrt und vergewaltigt, die anderen beiden und ihre Freundin seien auf einmal „weggewesen“. Dann seien auch die anderen beiden Männer zurückgekommen, hätten sie noch einmal in das Auto „gepackt“ und seien mit ihr noch tiefer in den Wald gefahren, wo sie dann von allen dreien vergewaltigt worden sei. Anschließend sei sie von ihnen nach Hause gefahren worden. Vor Angst und Scham habe sie sich niemandem anvertrauen können. Von ihrer Freundin habe sie danach wochenlang nichts gehört. Der Kontakt sei schließlich abgebrochen, da die Freundin nicht mit der Patientin über das Geschehene habe sprechen wollen.

Die Patientin sei aufgrund einer Burnout-Symptomatik in der jüngeren Vergangenheit bereits in stationärer sowie teilstationärer psychiatrischer Behandlung gewesen. Des Weiteren habe sie bereits eine ambulante Kurz-

zeittherapie in Anspruch genommen. Die Vergewaltigung und ihre Folgen seien jedoch zuvor nie Inhalt der Behandlungen gewesen, da die Patientin sich geschämt habe, darüber zu sprechen. Psychopharmaka nehme sie derzeit keine ein.

Diagnosen zu Therapiebeginn nach ICD-10

F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung

F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode

Behandlungsverlauf

Bei der Erstellung des Schuldkreises benannte Frau W. zunächst die drei Täter, ihre Freundin sowie sich selbst als Verantwortliche. Den drei Tätern gab sie zusammen einen Anteil von 50% der Schuld, ihrer Freundin zunächst 25% (da sich die Patientin von ihr im Stich gelassen gefühlt habe und vermutete, dass diese mit den Tätern gemeinsame Sache gemacht haben könnte) und sich selbst ebenfalls 25%. Bei der Betrachtung des Kreisdiagramms erklärte die Patientin, dass diese bildliche Darstellung der Schuldverteilung ihr bereits geholfen habe und sie es nicht mehr passend finde, sich selbst einen so hohen Schuldanteil zu geben. Im sokratischen Dialog wurde für die Bearbeitung des Gedankens „Ich hätte mich mehr wehren sollen“ der genaue Tatablauf exploriert. Dabei wurde deutlich, dass die Patientin sich immer wieder verbal zur Wehr gesetzt hatte. Körperlich sei sie den Tätern jedoch deutlich unterlegen gewesen, habe um ihr Leben gefürchtet und vor Angst keinen klaren Gedanken fassen können. Frau W. konnte schließlich für sich das Fazit ziehen, in der damaligen Situation alles für sie Mögliche getan zu haben, um sich zu wehren. Diese Erkenntnis reduzierte ihr Schuldempfinden deutlich und löste stattdessen vielmehr Wut gegenüber den Tätern aus. Die Patientin erlebte das anschließende Verfassen und Lesen des „Plädoyers für die eigene Unschuld“ als sehr entlastend, was dazu führte, dass sich die selbst zugeschriebene Schuld auf 10% reduzierte. Von einigen Selbstvorwürfen konnte sich Frau W. jedoch weiterhin kaum distanzieren. In den folgenden Sitzungen wurde die kognitive Bearbeitung der Schuldgedanken daher im Rahmen der Stuhlübung sowie durch das Erarbeiten der Funktion von Schuld vertieft. Dabei erkannte die Patientin, dass das Festhalten an der Schuld dazu geführt hatte, einen gewissen Eindruck von Kontrolle über das Erlebte zu bekommen und sich dadurch weniger hilflos zu fühlen. Andererseits habe sie sich durch die Schuld niemandem anvertraut, sei allein mit dem Erlebten geblieben und habe ein sehr negatives Selbstbild entwickelt. Durch das wiederholte Lesen des Plädoyers gelang es der Patientin zunehmend, nachsichtiger mit sich zu sein. Bei der letzten Überarbeitung des Schuldkreises nahm sie sich selbst ganz heraus, ihrer Freundin teilte sie noch 20% und

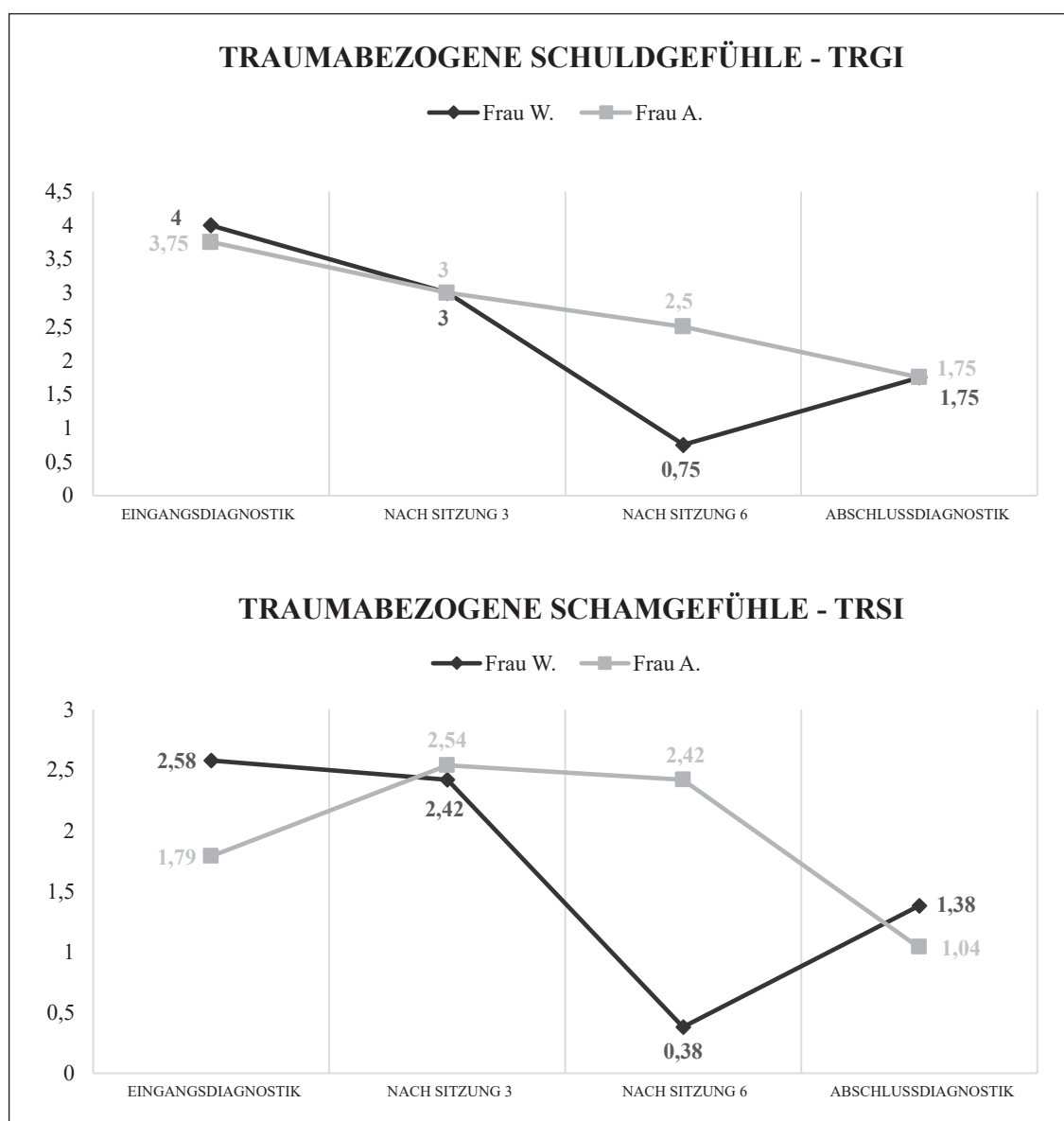


Abb. 1. Testwerte der traumabezogenen Schuld- und Schamgefühle von Frau W. und Frau A. zu vier verschiedenen Messzeitpunkten: Eingangsdiagnostik vor Therapiebeginn; zwei Zwischenmessungen nach Sitzung 3 bzw. 6; Abschlussdiagnostik nach der Interventions- sowie einer vierwöchigen Übungsphase. TRGI, Trauma-Related Guilt Inventory; TRSI, Trauma-Related Shame Inventory.

den Tätern 80% der Schuld zu. Frau W. betonte, dass es ein sehr gutes Gefühl sei, dies so vor sich zu sehen und sie sich fühle, als ob ihr „eine drei Zentner schwere Last von den Schultern“ gefallen sei.

Auf die Metta-Meditationen konnte sich die Patientin gut einlassen. Bei der Erarbeitung eines liebevollen Begleiters fiel ihr zunächst Tina Turner ein. Doch schon während der ersten Übung wandelte sich der liebevolle Begleiter in eine gesichtslose Person, die ihr von hinten schützend die Hände auf die Schultern lege. Sie erklärte, dass das wohl sie selbst sei als ihr eigener liebevoller Anteil. Die Patientin konnte bei der Durchführung von Met-

ta 1 ein Wärmegefühl entwickeln, welches sie als sehr wohltuend wahrnahm. Bei der Erarbeitung des Wohltäters für Metta 2 entschied sich Frau W. für eine ältere Nachbarin. Bei Metta 3 stand die Patientin als diejenige, die das Trauma erlebt hat, selbst im Fokus der Meditation, indem sie sich vor dem Hintergrund der erlebten Gruppenvergewaltigung Gutes wünschte. Ein für die Patientin elementarer Satz des liebevollen Begleiters lautete dabei „Du bist eine Kämpferin und hast niemals aufgegeben!“. Diese Übung sei für die Patientin „weniger schlimm gewesen als erwartet“. Während der Übung seien bei ihr, anders als befürchtet, Gefühle von Wärme und Seelen-

frieden entstanden und auch die selbstentwickelten Sätze hätten sich sehr stimmig angefühlt. Frau W. gab an, nach den Mediationsübungen häufig eine „angenehme Leichtigkeit“ empfunden zu haben. Schwer sei es ihr jedoch gefallen, durch die Metta-Meditationen einen positiven Bezug zum eigenen Körper aufzubauen, da sie diesen seit der Tat abgelehnt habe.

Behandlungsergebnis

Anfänglich zeigte die Patientin Schwierigkeiten, sich von ihren Schuldgedanken zu distanzieren und gemeinsam erarbeitete Gegenargumente annehmen zu können. Mit wiederholtem Lesen ihres Plädoyers gelang es ihr jedoch zunehmend besser, nachsichtig mit sich zu sein. Sie gab zum Schluss der Behandlung an, ihre Schuldgefühle komplett abgelegt zu haben und sich „null komma null“ schuldig zu fühlen. Auch die Schamgefühle hätten sich deutlich reduziert. Das Üben der Metta-Meditationen stellte für die Patientin einen zentralen Bestandteil der Behandlung dar und sie gab an, dass sie sehr davon profitiert habe. Sie wolle weiterhin einen liebevollen Umgang zu sich selbst pflegen und achtsam sowie „gnädig“ mit sich umgehen. Frau W. berichtete, sehr stolz zu sein, die Therapie durchgehalten zu haben, obwohl ihr die Sitzungen zunächst so schwergefallen seien, dass sie sogar immer wieder darüber nachgedacht habe, die Behandlung abzubrechen. Frau W. wirkte zum Ende der Therapie deutlich gelöster sowie aufgehellter und im Kontakt mit ihr entstand der Eindruck, dass sie ihre „Schutzmauer“, die sie gegenüber ihren Mitmenschen errichtet hatte, reduzieren konnte.

In der Abschlussdiagnostik war die Diagnose der PTBS nicht mehr erfüllt, was sich auch in einer deutlichen Reduktion der PTBS-Symptomatik in der CAPS-5 (Gesamtwert: Therapiebeginn 33, Therapieende 9) zeigte. Der Behandlungserfolg spiegelte sich ebenfalls in den erhobenen Fragebogenwerten wider: Die PTBS-Symptomatik reduzierte sich in der PCL-5 stark (Gesamtwert: Therapiebeginn 53, Therapieende 10) und der Summenwert des BDI II sank von 35 zu Beginn auf 7 am Ende der Behandlung. Zu Therapieende kam es demnach auch zu einer Remission der depressiven Symptomatik. Die testdiagnostische Reduktion der Schuld- und Schamgefühle ist Abbildung 1 zu entnehmen. Entsprechend der Ergebnisse der Abschlussdiagnostik gab Frau W. bei Therapieende an, keinen weiteren psychotherapeutischen Behandlungsbedarf mehr zu haben.

Frau A., 22 Jahre, Trauma: Sexueller Missbrauch in der Jugend durch einen Lehrer

Spontan berichtete Symptomatik

Frau A. berichtete, von ihrem 14. bis 18. Lebensjahr von einem Lehrer an ihrer Schule sexuell missbraucht worden zu sein und seitdem an intrusiven Erinnerungs-

bildern und körperlichem Wiedererleben zu leiden. Die Intrusionen führten zu starkem Scham-, Schuld- und Ekelerleben und lösten häufig dissoziative Zustände aus. Diese seien durch Weinen und Zittern, eine fehlende Ansprechbarkeit, Erstarren sowie ein ausgeprägtes Unwirklichkeitsgefühl im Hinblick auf die Umgebung gekennzeichnet und dauerten bis zu 20 Minuten an. Auch durch äußere Reize ließen sich die dissoziativen Zustände nur schwierig unterbrechen. Die Patientin gab außerdem an, Gedanken an den sexuellen Missbrauch zu verdrängen sowie mit dem Missbrauch verbundene Reize zu vermeiden, z. B. an ihrer ehemaligen Schule vorbeizufahren sowie den Vornamen des Täters auszusprechen. Außerdem berichtete Frau A. von starker Anspannung, die sich auch in Konzentrations- und Schlafstörungen äußere. Ferner habe sie in ihrer eigentlich stabilen Partnerschaft Schwierigkeiten, Vertrauen zu fassen. Sie sei lange sehr niedergeschlagen und traurig gewesen, doch seit sie ihren jetzigen Partner kennengelernt habe, sei dies besser geworden.

Vorgeschichte

Die Patientin berichtete, dass sich ihre Eltern getrennt hätten, als sie sechs Jahre alt gewesen sei. Gemeinsam mit ihrem fünf Jahre älteren Bruder sei sie bei ihrer Mutter aufgewachsen und die Beziehung zu beiden Eltern sei sehr konfliktbehaftet gewesen. Ihr Bruder sei ihr gegenüber sehr dominant und teils körperlich gewalttätig gewesen. In der Schule habe sie Mobbing Erfahrungen gemacht, sei von der Klassenlehrerin bloßgestellt worden und kaum sozial eingebunden gewesen. Damals sei sie sehr verzweifelt gewesen, habe in der Folge eine Essstörung entwickelt und sich wiederholt selbst verletzt. Sie habe ihre Schnittwunden an den Unterarmen offen gezeigt, dennoch hätten die Lehrer*innen diese weitestgehend ignoriert. Nur ihr damaliger Physiklehrer habe sich ihr zugewendet und sei in dieser Zeit ihre einzige Vertrauensperson gewesen. Er habe sie häufiger zu sich nach Hause eingeladen und sie habe ihm geholfen, seine Hunde auszuführen. Der Lehrer habe angefangen, sie zu umarmen und ihr Küsse auf die Wange und Stirn zu geben. Im Verlauf sei es dann zu sexuellen Handlungen bis hin zum Geschlechtsverkehr gekommen. Bis zum 19. Lebensjahr habe sie in einer „Art Beziehung“ zu dem Lehrer gelebt. Zwar habe ihre Leistungsfähigkeit stark abgenommen, dennoch habe sie es geschafft, die Schule mit dem Abitur abzuschließen. Zum Zeitpunkt der Therapie arbeitete die Patientin in einem Aushilfsjob. Zur Behandlung der Essstörung sowie des selbstverletzenden Verhaltens habe sie sich mehrmals in stationärer und einmal in ambulanter, verhaltenstherapeutischer Behandlung befunden, wodurch die Essstörung sowie das selbstverletzende Verhalten zurückgegangen seien. Von der „Beziehung“ zu ihrem Lehrer habe sie den damaligen

Behandler*innen nichts erzählt, da sie erst vor Kurzem realisiert habe, dass es sich dabei um sexuellen Missbrauch gehandelt habe. Frau A. gab zu Therapiebeginn an, aktuell keine psychopharmakologische Medikation einzunehmen.

Diagnosen zu Therapiebeginn nach ICD-10

F43.1 – Posttraumatische Belastungsstörung

F33.4 – Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert

Behandlungsverlauf

Vor dem inhaltlichen Einstieg in K-METTA erfolgten zunächst Krisensitzungen, welche sich den Dissoziationsneigungen der Patientin widmeten. Diese Sitzungen waren notwendig, da die Patientin stark dissoziierte, sobald über den Missbrauch gesprochen wurde und somit anderenfalls kein fokussiertes Arbeiten an den Schuld- und Schamgefühlen möglich gewesen wäre. In diesen Sitzungen wurden mit der Patientin Frühwarnzeichen gesammelt und antidissoziative Strategien erarbeitet, z. B. Reorientierung durch das Ansehen eines Tattoos, das die Patientin zum Zeitpunkt des Missbrauchs noch nicht hatte. Auch in den folgenden Sitzungen von K-METTA kamen immer wieder antidissoziative Strategien, wie das Drücken der Hände der Patientin zum Herstellen des Gegenwartsbezugs sowie Diskriminationsmethoden, zum Einsatz. Teile der Sitzungen wurden auf einem Kippbrett durchgeführt.

Zum Einstieg in den kognitiven Interventionsbaustein wurde zu Beginn der Schuldkreis erarbeitet, bei dem die Patientin sich 75% und ihrem Lehrer 25% der Schuld gab. Belastende Schuldkognitionen waren: „Ich hätte vehementer „nein“ sagen sollen“ und „Ich hätte so einen engen Kontakt niemals zulassen dürfen“. Im sokratischen Dialog wurde insbesondere aufgezeigt, in welcher emotional belastenden Situation sich die Patientin zum Zeitpunkt des sexuellen Missbrauchs befunden hatte und welche Verantwortung dem Täter in der Rolle als Lehrer zukam. Auch wenn die Belastung der Patientin bereits durch diese Bearbeitung deutlich reduziert werden konnte, kann als ein richtungsweisender Schritt im Laufe der Therapie angesehen werden, dass die Patientin eine deutlich schambehaftete Schuldkognition erstmalig gegenüber der Therapeutin eröffnete („Ich habe ihm vor dem ersten Geschlechtsverkehr gesagt, dass ich es möchte.“). Für die Patientin war im sokratischen Dialog hilfreich zu erkennen, dass ein Abhängigkeitsverhältnis bestanden hatte, sie noch minderjährig gewesen war und sie in früheren Situationen, z. B. als ihr Lehrer sie geküsst hatte, bereits die Erfahrung gemacht hatte, dass ihr „nein“ nicht akzeptiert worden war. Das mit diesem Gedanken verbundene Schamerleben reduzierte sich zudem, als die Therapeutin positiv auf ihre Selbstöffnung reagierte.

Zum Ende der Therapie wurde der Schuldkreis aktualisiert und die Patientin konnte die gesamte Schuld dem Täter zuweisen. Ihr eigener Schuldanteil reduzierte sich dabei von 75% auf 0%. Ein Auszug aus dem Unschuldsplädoyer, welches die Patientin anfertigte, spiegelt die neu gewonnene Perspektive wider:

„Ich plädiere für die Unschuld meiner Mandantin. Der Angeklagte schlich sich, ohne dass meine Mandantin merken konnte, was seine Absichten waren, in ihr Leben. Dort baute er mit zunehmender Dauer der Beziehung ein Machtgefälle und eine Abhängigkeit auf, aus welcher meine Mandantin zu keinem Zeitpunkt entkommen konnte. Sie sehnte sich, wie viele andere in diesem Alter, nach Halt, Schutz und Unterstützung. (...) Diese Situation nutzte der Angeklagte aus.“

In einem nächsten Schritt wurden die zentralen Schamkognitionen hinsichtlich des Traumas gesammelt, welche unter anderem lauteten: „Andere werden sich vor mir ekeln, wenn sie davon erfahren“ sowie „Mein Freund wird mich abstoßend finden, wenn er erfährt, was wirklich alles passiert ist“. Im sokratischen Dialog wurden insbesondere die Erfahrungen der Patientin in ihrer aktuellen Partnerschaft fokussiert, in welcher sich ihr Partner als sehr unterstützend und fürsorglich zeigte und zu keinem Zeitpunkt den Eindruck vermittelte, Frau A. aufgrund ihrer traumatischen Erfahrungen „abstoßend“ zu finden. Ferner konnte die Patientin durch einen angeleiteten Perspektivwechsel benennen, dass der Täter derjenige ist, der sich eigentlich schämen müsste. Im Zusammenhang mit der Bearbeitung der Schamkognitionen war es für Frau A. eine heilsame und korrigierende Erfahrung, mit ihrer Therapeutin offen über den sexuellen Missbrauch zu sprechen, ohne hierfür abgelehnt zu werden.

Für die Metta-Meditationen wählte Frau A. als liebevollen Begleiter ein Lama, das eine Kletterausrüstung trägt. Sie gab an, einen biographischen Bezug zu diesem Tier zu haben und mit dem Lama positive Eigenschaften, wie Geborgenheit und Ruhe, zu verbinden. Die Kletterausrüstung symbolisiere darüber hinaus, dass ihr liebevoller Begleiter immer das nötige Werkzeug dabei habe, um sie aus einem Loch heraus zu ziehen. Zur Vorbereitung auf Metta 3 wurden folgende gute Wünsche des liebevollen Begleiters an die Patientin erarbeitet:

1. *„Ich wünsche Dir, dass Du trotz allem, was Dir passiert ist, glücklich bist und nach vorne siehst.“*
2. *„Du darfst stolz auf Dich sein, dass Du nach all den Hürden noch weitermachst.“*
3. *„Ich wünsche Dir, dass Du Deine Stärke erkennst und Dir von niemandem einreden lässt, dass Du krank bist.“*

4. „Ich wünsche Dir, dass du Dich nicht mehr verurteilst, schämst oder schuldig fühlst und erkennst, dass Du ein wertvoller Mensch bist.“

Es erwies sich für die Patientin als besonders schwierig, die sich anschließende Meditationsübung zu praktizieren, da die darin enthaltene Aktivierung des Traumas immer wieder intrusive Erinnerungsbilder auslöste. Durch engmaschige Übung in Kombination mit dem Anwenden von Skills (beispielweise Erledigen von routinemäßigen Haushaltstätigkeiten während des Übens zuhause) konnte Frau A. jedoch von dieser Meditation besonders stark profitieren. Im Hinblick auf Metta 4 war es für die Patientin zentral, den Täter explizit aus der Übung auszuschließen. Unter dieser Voraussetzung konnte sie die Meditation gut umsetzen.

Behandlungsergebnis

Bereits im Verlauf der Therapie berichtete die Patientin von einer deutlichen Reduktion der erlebten Belastung durch ihre Schuld- und Schamkognitionen sowie eine Abnahme der dissoziativen Zustände. Frau A. gab am Ende der Therapie an, diese als sehr hilfreich erlebt zu haben, da sie erstmalig über ihre traumatischen Erfahrungen sprechen können. Es sei ihr nun möglich, sich selbst wohlwollender gegenüberzutreten und ihre Grenzen besser wahren zu können. Sie fühle sich nur noch selten schuldig in Bezug auf den sexuellen Missbrauch und habe weniger Sorgen, von anderen hierfür abgelehnt zu werden. In diesem Zusammenhang gelinge es ihr auch zunehmend besser, ihrem Partner zu vertrauen und seine angebotene Unterstützung anzunehmen.

In der Abschlussdiagnostik war die Diagnose der PTBS teilweise remittiert, was sich ebenfalls in einem Rückgang in der CAPS-5 widerspiegelte (Gesamtwert: Therapiebeginn 39, Therapieende 25). Der Behandlungserfolg war ebenfalls in den Fragebogenwerten erkennbar. Die PTBS-Symptomatik reduzierte sich auch in der PCL-5 (Gesamtwert: Therapiebeginn 50, Therapieende 40). Die depressive Symptomatik blieb im BDI II quasi unverändert (Gesamtwert: Therapiebeginn 20, Therapieende 18), wobei die depressive Störung sowohl vor als auch nach der Behandlung diagnostisch als remittiert eingeschätzt wurde. Die Reduktion der Symptomatik in den Fragebögen zu den Schuld- und Schamgefühlen ist Abbildung 1 zu entnehmen. Frau A. gab zu Therapieende an, sich nun stabil genug zu fühlen, um sich für ein Studium einzuschreiben, wofür sie jedoch umziehen müsse. Sie wolle sich zur Behandlung der verbleibenden PTBS-Symptome einen Psychotherapieplatz in der Nähe ihres neuen Wohnortes suchen.

Schlussfolgerung

Mit K-METTA wird eine Intervention vorgeschlagen, welche traumabezogene Schuld- und Schamgefühle explizit adressiert, indem sie kognitive Interventionen mit Metta-Meditationen kombiniert. Bei der Behandlung der PTBS sind relativ hohe Dropout-Raten zwischen 16% [Lewis et al., 2020b] und 21% [Swift und Greenberg, 2014] sowie ein hoher Anteil von Patient*innen, die nicht auf die Behandlung ansprechen [z. B. Fonzo et al., 2020] bzw. nach Ende der Behandlung weiterhin unter einer Restsymptomatik leiden [Larsen et al., 2019], zu verzeichnen. Demnach könnte es für erfolgreiche Behandlungen eine entscheidende Rolle spielen, Gedanken und Gefühle zu identifizieren, welche die PTBS aufrechterhalten, und gezielt Interventionen auszuwählen, die geeignet sind, diese zu modifizieren [Grunert et al., 2007]. Die Entwicklung von Therapieverfahren, welche explizit die Reduktion von Schuld- und Schamgefühlen adressieren, könnte hierbei zur Verbesserung der Versorgung traumatisierter Patient*innen beitragen. K-METTA scheint in diesem Kontext insofern vielversprechend, als dass die Intervention auf bereits etablierte kognitive Interventionsstrategien zurückgreift und diese mit in der Psychotherapieforschung noch relativ unbekannten Metta-Meditationen erweitert. Die Kombination der beiden Interventionsformen hat dabei das Ziel, mit Hilfe der Meditationen eine tiefere emotionale Verankerung der erarbeiteten Inhalte zu erreichen, als dies durch kognitive Techniken alleine möglich wäre.

Obwohl Metta eine der ältesten Formen der buddhistischen Meditationen ist, gilt es zu beachten, dass diese Technik unabhängig von der eigenen Religiosität erlernt und trainiert werden kann. Zudem haben bisherige Studien gezeigt, dass unterschiedliche Stichproben traumatisierter Patient*innen von Metta-Meditationen profitieren können (z. B. Kriegsveteran*innen, Kearney et al. [2021]; Geflüchtete, Hinton et al. [2013]; interpersonell Traumatisierte, Müller-Engelmann et al. [2019]). Eine wichtige Grundvoraussetzung in der Anwendung von K-METTA ist jedoch die Bereitschaft und Fähigkeit der Patient*innen, eigenständig Metta-Meditationen im Alltag durchzuführen, da nur über das regelmäßige und häufige Praktizieren die Meditationen ihre Wirkung entfalten können [Stefan und Hofmann, 2019]. Mit Blick auf die individuelle Ansprechbarkeit von Patient*innen auf K-METTA könnten eigene Vorerfahrungen mit Meditationen von Vorteil sein, diese sind aber keineswegs eine Voraussetzung für die erfolgreiche Durchführung der Intervention. In der Anwendung von Metta-Meditationen ist zudem zu berücksichtigen, dass Patient*innen mit einer stark ausgeprägten Selbstkritik Vorbehalte oder sogar Ängste gegenüber (Selbst-)Mitgefühl und Wohlwollen aufweisen können [Gilbert et al., 2011]. Gerade diese

Patient*innen könnten jedoch besonders von K-METTA profitieren, da mit Hilfe von kognitiven Interventionen Selbstabwertungen und -kritik zunächst kognitiv abgebaut werden können und so eine Grundlage für die späteren emotionsaktivierenden Metta-Meditationen gelegt werden kann.

Je nach Symptomschwere, Therapieanliegen und zur Verfügung stehender Zeit kann K-METTA als alleinige eigenständige Intervention appliziert werden. Alternativ kann sie aufgrund ihrer Kürze als Baustein in ein umfassenderes, längeres Behandlungskonzept integriert werden. Viele traumatisierte Patient*innen befürchten, durch eine expositionsbasierte Behandlung zu sehr belastet zu sein und können sich hierfür häufig nicht motivieren, wodurch keine adäquate Behandlung in Anspruch genommen wird [Scott und Stradling, 1997]. K-METTA könnte sich vor diesem Hintergrund für traumatisierte Patient*innen als niederschwelliger Einstieg in ein psychotherapeutisches Setting eignen, da der Behandlungsfokus neben den kognitiven Techniken zunächst auf dem Kultivieren einer wohlwollenden, gütigen und freundlichen Haltung liegt und keine explizite, formale Exposition mit den belastenden Erinnerungen notwendig ist. Gleichzeitig erfordert jedoch auch die kognitive Bearbeitung von traumabezogenen Schuld- und Schamgedanken bis zu einem gewissen Grad eine Exploration der Vorgänge während des Traumas und trägt hierdurch zum Abbau von Vermeidungsverhalten und zur Förderung einer Auseinandersetzung mit den traumatischen Erfahrungen bei. Vor diesem Hintergrund könnte K-METTA auch zur Vorbereitung einer formalen Expositionsbehandlung im Rahmen einer umfassenderen Traumatherapie genutzt werden. Hierfür spricht auch, dass insbesondere für deren erfolgreiche Durchführung in der Behandlung der komplexen PTBS als Bedingung beschrieben wurde, dass Patient*innen sich zuvor rational von ihren Schuldkognitionen distanzieren können [Steil et al., 2015]. Während der Expositionsbehandlung könnte es darüber hinaus hilfreich sein, belastenden Symptomen mit der wohlwollenden Haltung zu begegnen, welche die Patient*innen zuvor während der Metta-Meditationen kennengelernt und eingeübt haben. Bei Patient*innen, die zwar unter traumabezogenen Schuld- und Schamgefühlen, jedoch nicht unter dem Vollbild einer PTBS leiden, könnte K-METTA aufgrund der Kürze der Intervention und der inhaltlichen Fokussierung gut in andere störungsspezifische Behandlungsansätze, z. B. in kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze zur Behandlung depressiver Erkrankungen, eingebettet werden.

Neben der vielfältigen Einsetzbarkeit von K-METTA in unterschiedlichen Therapiesettings sind mit der Intervention auch weitere Vorteile verbunden. Zum einen können Patient*innen nach einer therapeutischen Einführung die Meditationsübungen selbstständig durch-

führen, was ihr Selbstwirksamkeitserleben steigern könnte. Zum anderen werden durch K-METTA im Sinne eines transdiagnostischen Ansatzes übergreifende emotionale und kognitive Prozesse gefördert (z. B. gesteigertes Erleben positiver Emotionen sowie soziale Verbundenheit), die sich auch auf die Bewältigungsfähigkeiten der Patient*innen in anderen Problembereichen günstig auswirken könnten. Darüber hinaus könnte durch K-METTA die Bereitschaft von Therapeut*innen erhöht werden, traumatisierte Patient*innen zu behandeln, da hierbei weniger Krisen zu befürchten sind, als dies bei reinen expositionsbasierten Behandlungsverfahren der Fall ist [Schnell et al., 2015]. Zudem ist die Anleitung und Durchführung von Metta-Meditationen für Therapeut*innen leicht erlernbar.

Insgesamt sind jedoch noch weitere Studien nötig, um die Wirksamkeit von K-METTA genauer zu untersuchen. Die Ergebnisse der oben genannten randomisiert kontrollierten Studie werden hierzu einen wichtigen Beitrag leisten. Zukünftige Studien sollten außerdem untersuchen, ob ein kombinierter Einsatz von kognitiven Interventionen und Metta-Meditationen als adjuvante Therapie effektiver ist als der alleinige Einsatz kognitiver Interventionen. Zusätzlich sollte die Stabilität der Behandlungseffekte von K-METTA im Langzeitverlauf überprüft werden. Vielversprechend sind in diesem Zusammenhang die Ergebnisse einer Studie von Kearney et al. [2021], in der sich zeigte, dass das Praktizieren von Metta-Meditationen mit einer längerfristigen Reduktion von PTBS-Symptomen auch sechs Monate nach Therapieende verbunden war.

Acknowledgment

Wir danken allen studentischen Projektmitarbeiterinnen und Hilfskräften (Luisa Bahnemann, Alena Elbeshausen, Marie Kleinbiele) sowie den Studiendiagnostiker*innen und -therapeut*innen.

Statement of Ethics

Das Projekt entspricht den ethischen Standards der Deklaration von Helsinki in ihrer erweiterten Form von 1975 und ihren Zusätzen von 1983, 1989 und 1996 [World Medical Association, 1997] und wurde von der Ethikkommission des Fachbereichs 5 (Psychologie und Sportwissenschaften) der Goethe-Universität Frankfurt genehmigt (Bearbeitungsnummer 2020-50). Alle Patient*innen gaben nach erfolgter Aufklärung eine schriftliche Einverständniserklärung zur Teilnahme an der randomisiert kontrollierten Studie zur Wirksamkeit von K-METTA ab. Frau W. und Frau A. haben die hier dargelegten Fallbeispiele gegengelesen und sind mit deren Publikation einverstanden. Die Fallbeispiele wurden an relevanten Stellen von den Autorinnen verfremdet und anonymisiert.

Conflict of Interest Statement

Stella Kümmerle, Svenja Hammerstein und Ella-Marie Helmig erklären, dass sie keine Interessenskonflikte haben. Meike Müller-Engelmann ist Autorin mehrerer Publikationen über PTBS und ist als Dozentin im Bereich der Fort- und Weiterbildung zur Behandlung der PTBS tätig.

Funding Sources

Die beschriebene randomisiert kontrollierte Studie, aus der die Fallbeispiele stammen, wurde von der Eden Stiftung sowie der Vereinigung der Freunde und Förderer der Goethe-Universität Frankfurt gefördert. Die Geldgeber hatten keinen Einfluss auf die Planung, Durchführung oder Ergebnisdarstellung des Projekts.

Literatur

Allard CB, Norman SB, Thorp SR, Browne KC, Stein MB. Mid-treatment reduction in trauma-related guilt predicts PTSD and functioning following cognitive trauma therapy for survivors of intimate partner violence. *J Interpers Violence*. 2018 Mar;33(23):3610–29.

Alliger-Horn C, Zimmermann PL, Schmucker M. Guilt, shame and compassionate imagery in war: traumatized German soldiers with PTSD, a pilot study. *J Clin Med*. 2016 Oct; 5(10):90.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.

American Psychological Association. *Clinical practice guideline for the treatment of PTSD*. Washington, DC: American Psychological Association; 2017.

Aspy DJ, Proeve M. Mindfulness and loving-kindness meditation: effects on connectedness to humanity and to the natural world. *Psychol Rep*. 2017 Feb;120(1):102–17.

Badour CL, Resnick HS, Kilpatrick DG. Associations between specific negative emotions and DSM-5 PTSD among a national sample of interpersonal trauma survivors. *J Interpers Violence*. 2017 Jun;32(11):1620–41.

Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Beck depression inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.

Beesdo-Baum K, Zaudig M, Wittchen HU. *SCID-5-CV. In: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5-Störungen – Klinische Version*. Göttingen: Hogrefe; 2019.

Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): development and initial psychometric evaluation. *J Trauma Stress*. 2015 Nov;28(6):489–98.

Bodhi B. *The noble eightfold path: the way to the end of suffering*. Kandy: Buddhist Publication Society; 2010.

Boterhoven de Haan KL, Lee CW, Fassbinder E, van Es SM, Menninga S, Meewisse ML, et al. Imagery rescripting and eye movement desensitisation and reprocessing as treatment for adults with post-traumatic stress disorder

Author Contributions

Meike Müller-Engelmann und Stella Kümmerle konzipierten den vorliegenden Artikel und verfassten maßgebliche Teile. Meike Müller-Engelmann war Studienleiterin, Stella Kümmerle war Studienkoordinatorin. Beide waren an der Studienplanung sowie der Beantragung der Projektmittel beteiligt und entwickelten die Intervention. Svenja Hammerstein und Ella-Marie Helmig waren Studientherapeuten und verfassten die Fallbeispiele. Alle Autorinnen redigierten das Manuskript und bestätigten die letzte Version.

Data Availability Statement

Die Studiendaten, auf denen die Behandlungsergebnisse der Fallbeispiele beruhen, können bei den Autorinnen mit Begründung angefragt werden.

from childhood trauma: randomised clinical trial. *Br J Psychiatry*. 2020 May;217(5):609–15.

Cloitre M. The “one size fits all” approach to trauma treatment: should we be satisfied? *Eur J Psychotraumatol*. 2015 May;6(1):27344.

Cunningham KC. Shame and guilt in PTSD. In: Tull MT, Kimbrel NA, editors. *Emotion in posttraumatic stress disorder*. Elsevier; 2020. p. 145–71.

Cunningham KC, Farmer C, LoSavio ST, Dennis PA, Clancy CP, Hertzberg MA, et al. A model comparison approach to trauma-related guilt as a mediator of the relationship between PTSD symptoms and suicidal ideation among veterans. *J Affect Disord*. 2017 Oct;221:227–31.

Cusack K, Jonas DE, Forneris CA, Wines C, Sonis J, Middleton JC, et al. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2016 Feb;43:128–41.

Cwik J, Woud M, Schnyder U. *German version of the Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5*. Unpublished manuscript; 2021.

DeCou CR, Lynch SM, Weber S, Richner D, Mozafari A, Huggins H, et al. On the association between trauma-related shame and symptoms of psychopathology: a meta-analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2021 Oct;0(0): 15248380211053617.

Ehlers A. *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe; 1999.

First MB, Williams JB, Karg RS, Spitzer RL. *Structured clinical interview for DSM-5 disorders, clinician version (SCID-5-CV)*. Arlington: American Psychiatric Association; 2015.

Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychol Bull*. 1986 Feb;99(1):20–35.

Foa EB, Hembree E, Rothbaum BO. *Prolonged exposure therapy for PTSD. Emotional processing of traumatic experiences: therapist guide*. Oxford: Oxford University Press; 2007.

Fonzo GA, Federchenko V, Lara A. Predicting and managing treatment non-response in posttraumatic stress disorder. *Curr Treat Options Psychiatry*. 2020 Jun;7(2):70–87.

Gilbert P. *Compassion focused therapy*. New York: Routledge; 2010.

Gilbert P, McEwan K, Matos M, Rivas A. Fears of compassion: development of three self-report measures. *Psychol Psychother*. 2011 Apr; 84(3):239–55.

Grunert BK, Weis JM, Smucker MR, Christianson HF. Imagery rescripting and reprocessing therapy after failed prolonged exposure for post-traumatic stress disorder following industrial injury. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2007 Dec;38(4):317–28.

Hautzinger M, Keller F, Kühner C, Beck AT. *Beck Depressions-Inventar: BDI II*. Frankfurt/Main: Pearson Assessment; 2009.

Hinton DE, Ojserkis RA, Jalal B, Peou S, Hofmann SG. Loving-kindness in the treatment of traumatized refugees and minority groups: a typology of mindfulness and the nodal network model of affect and affect regulation. *J Clin Psychol*. 2013 Aug;69(8):817–28.

Kearney DJ, Malte CA, McManus C, Martinez ME, Felleman B, Simpson TL. Loving-kindness meditation for posttraumatic stress disorder: a pilot study. *J Trauma Stress*. 2013 Jul; 26(4):426–34.

Kearney DJ, Malte CA, Storms M, Simpson TL. Loving-kindness meditation versus cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder among veterans: a randomized clinical trial. *JAMA Netw Open*. 2021 Apr;4(4): e216604.

Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Benjet C, Bromet EJ, Cardoso G, et al. Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *Eur J Psychotraumatol*. 2017 Jul;8(sup5): 1353383.

Krüger-Gottschalk A, Knaevelsrud C, Rau H, Dyer A, Schafer I, Schellong J, et al. The German version of the posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): psychometric properties and diagnostic utility. *BMC Psychiatry*. 2017 Nov;17(1):379.

Kubany ES, Haynes SN, Abueg FR, Manke FP, Brennan JM, Stahura C. Development and validation of the trauma-related guilt inventory (TRGI). *Psychol Assess*. 1996 Dec;8(4): 428–44.

- Lang AJ, Malaktaris AL, Casmar P, Baca SA, Golshan S, Harrison T, et al. Compassion meditation for posttraumatic stress disorder in veterans: A randomized proof of concept study. *J Trauma Stress*. 2019 Mar;32(2):299–309.
- Larsen SE, Fleming CJE, Resick PA. Residual symptoms following empirically supported treatment for PTSD. *Psychol Trauma*. 2019 Feb;11(2):207–15.
- Lewis C, Roberts NP, Andrew M, Starling E, Bisson JI. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol*. 2020a Mar;11(1):1729633.
- Lewis C, Roberts NP, Gibson S, Bisson JI. Dropout from psychological therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults: systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol*. 2020b Mar;11(1):1709709.
- Maercker A, Forstmeier S, Wagner B, Glaesmer H, Brahler E. Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. *Nervenarzt*. 2008 Apr;79(5):577–86.
- Müller-Engelmann M, Schreiber C, Kümmerle S, Heidenreich T, Stangier U, Steil R. A trauma-adapted mindfulness and loving-kindness intervention for patients with PTSD after interpersonal violence: a multiple-baseline study. *Mindfulness*. 2019 Nov;10(6):1105–23.
- Øktedalen T, Hagtvet KA, Hoffart A, Langkaas TF, Smucker M. The trauma related Shame inventory: measuring trauma-related shame among patients with PTSD. *J Psychopathol Behav Assess*. 2014 Apr;36(4):600–15.
- Power MJ, Fyvie C. The role of emotion in PTSD: two preliminary studies. *Behav Cogn Psychother*. 2013 Mar;41(2):162–72.
- Resick PA, Nishith P, Weaver TL, Astin MC, Feuer CA. A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *J Consult Clin Psychol*. 2002 Apr;70(4):867–79.
- Resick PA, Monson CM, Chard KM. *Cognitive processing therapy for PTSD: a comprehensive manual*. New York: Guilford Press; 2016.
- Salzberg S. *Loving-kindness: the revolutionary art of happiness*. Boston: Shambhala; 2002.
- Schäfer I, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud C, Lampe A, Liebermann P, et al. *S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung*. Heidelberg: Springer; 2019.
- Schnell T, von Katte S, Gast U. Bereitschaft niedergelassener Therapeuten zur Behandlung von Patienten mit komplexen posttraumatischen und dissoziativen Störungen. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2015 Sep;83:516–21.
- Scott MJ, Stradling SG. Client compliance with exposure treatments for posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 1997;10(3):523–6.
- Shahar B, Szepsenwol O, Zilcha-Mano S, Haim N, Zamir O, Levi-Yeshuvi S, et al. A wait-list randomized controlled trial of loving-kindness meditation programme for self-criticism. *Clin Psychol Psychother*. 2015 Mar;22(4):346–56.
- Shapiro F, Forrest MS. *EMDR: eye movement desensitization and reprocessing*. 3rd ed. New York: Guilford; 2017.
- Shi C, Ren Z, Zhao C, Zhang T, Chan SHW. Shame, guilt, and posttraumatic stress symptoms: a three-level meta-analysis. *J Anxiety Disord*. 2021 Jul;82:102443.
- Stangier U, Frick A, Thinnies I, Arens EA, Hofmann SG. Metta-based therapy for chronic depression: a wait list control trial. *Mindfulness*. 2021 Oct;12(12):2929–42.
- Stefan SI, Hofmann SG. Integrating metta into CBT: how loving kindness and compassion meditation can enhance CBT for treating anxiety and depression. *Clin Psychol Europe*. 2019 Sep;1(3):1–15.
- Steil R, Dittmann C, Matulis S, Müller-Engelmann M, Priebe K. Dialektisch-behaviorale Therapie der PTBS bei Patientinnen mit schwerer Störung der Emotionsregulation. *PSYCH Up2date*. 2015 Jan;9:33–48.
- Swift JK, Greenberg RP. A treatment by disorder meta-analysis of dropout from psychotherapy. *J Psychother Integr*. 2014 Sep;24(3):193–207.
- Tangney JP, Stuewig J, Mashek DJ. Moral emotions and moral behavior. *Annu Rev Psychol*. 2007 Sep;58(1):345–72.
- Wang Y, Fu C, Liu Y, Li D, Wang C, Sun R, et al. A study on the effects of mindfulness-based cognitive therapy and loving-kindness meditation on depression, rumination, mindfulness level and quality of life in depressed patients. *Am J Transl Res*. 2021 May;13(5):4666–75.
- Watkins LE, Sprang KR, Rothbaum BO. Treating PTSD: a review of evidence-based psychotherapy interventions. *Front Behav Neurosci*. 2018 Nov;12(258):258–9.
- Weathers FW, Bovin MJ, Lee DJ, Sloan DM, Schnurr PP, Kaloupek DG, et al. The clinician-administered PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5): development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychol Assess*. 2018 May;30(3):383–95.
- World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki. Recommendations guiding physicians in biomedical research involving human subjects. *JAMA*. 1997 Mar;277(11):925–6.