



EMDR Modul 2

Katrin Boger

Kinder/ Jugendpsychotherapie (VT/TP)

I.B.T.® Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie bei Säuglingen, Kleinkindern und Vorschulkindern

Bindungsbasierte Psychotherapie/ Spezielle Psychotraumatologie Kinder/ Jugendliche (DeGPT)/ EMDR



Karina Gürtler-Ionescu

Kontakt Daten:

Psychotherapeutische Praxis für Kinder, Jugendliche & junge Erwachsene
(Verhaltenstherapie - Traumatherapie)

M.A. Karina Gürtler-Ionescu

Friedrichstraße 24, 91126 Schwabach

Tel.: 09122 1892939, Fax.: 091221892940

E-Mail: karinaguertler@gmail.com

Web: www.psychotherapie-guertler-ionescu.de

Nora Rathmacher

Kontakt:

Psychotherapeutische Praxisgemeinschaft
Rathmacher & Scholler

Nora Rathmacher M. A.
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (VT)

Maxstraße 3, 90762 Fürth

Tel.: 0159 02309820

Mail: praxis-rathmacher@gmx.de



Inhalt

1. Richtlinien für EMDR-Arbeit mit Narrativen
2. Arbeit mit Albträumen
3. Imaginative Techniken
4. Vier Felder Technik
5. Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen
6. Arbeit mit positiv dysfunktionalen Gefühlen
7. Elektiver Mutismus
8. Allergiebehandlungen
9. Störung des Sozialverhaltens
10. Flash Technik

Achtung: Alle männlich gesprochenen Wörter beinhalten explizit die weibliche, non binäre und alle weiteren Identitätsformen

1. EMDR-Arbeit mit Narrativen

Allgemeine Aspekte

Aufbau und Inhalte des Narrativs orientieren sich an den grundlegenden Prinzipien und Aspekten von Traumatherapie (und EMDR).

Ziel: Mittels einer Geschichte den Ereignissen eine Form und damit einen Sinn geben, damit das Kind (und auch die Eltern) das Ereignis in seine persönliche Lebensgeschichte integrieren und kann.

Exkurs: Gedächtnis-Rekonsolidierung

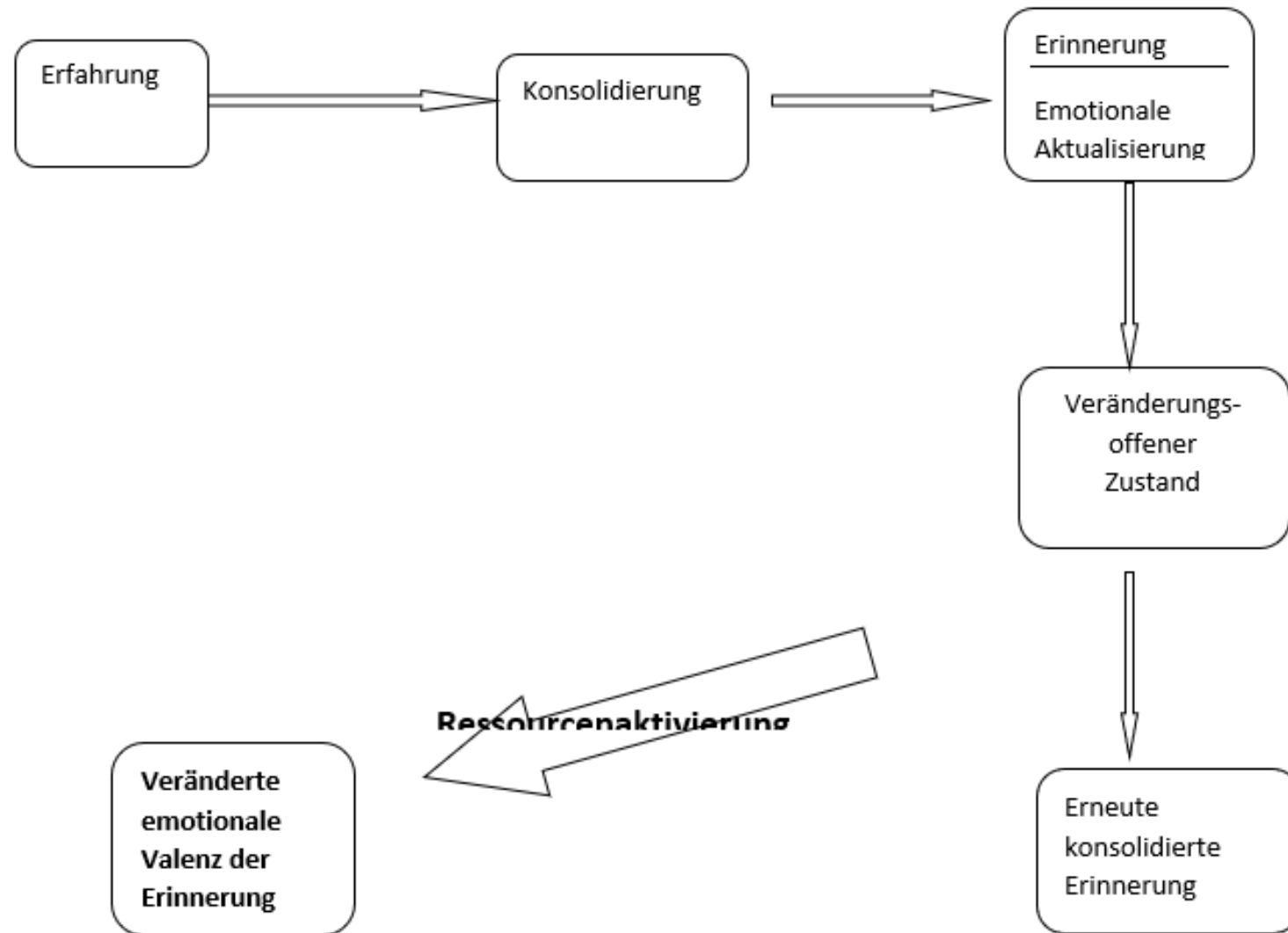
Die Neuroplastizität unseres Gehirns erlaubt es, die dysfunktionalen alten Erfahrungen (Erinnerungen) im Nachhinein nicht nur zu verändern, sondern zu „transformieren“.

Dabei bleibt der Inhalt der Erinnerung (Zeit, Ort, Faktum) erhalten, erscheint evtl. sogar differenzierter.

Lediglich der amygdala-assoziierte Anteil der Erfahrung/ Erinnerung wird gelöscht.

d.h.: Emotional belastende Erinnerungen biografischer Erlebnisse können grundsätzlich und dauerhaft heilsam transformiert werden.

Veränderung von Erinnerungen (Nadel et al., 2012)



1. EMDR-Arbeit mit Narrativen

Allgemeine Aspekte

Allgemeine Elemente dieses Transformationsgeschehens nach Ecker et al. (2012):

1. Emotionale Aktualisierung der Erinnerung (gespeicherte ursprüngliche Erfahrung)
2. Zeitnahe (10-60 Minuten) emotionale Aktivierung einer NICHT mit der alten (emotional und kognitiv) dysfunktionalen Erfahrung KOMPATIBLEN ERFAHRUNG (Ressource).
3. Evtl. Wiederholung nötig
4. Verifikation
5. Emotionale Nicht-Reaktivität (auf Trigger)
6. Verschwinden der Symptomatik
7. Dauerhafte Anstrengungslosigkeit im Umgang mit dem zuvor belastenden Material

1. EMDR-Arbeit mit Narrativen

Aufbau und Funktion

Jedes Narrativ besteht aus drei Teilen (A, B und C)

Teil A: Einführung (gute prätraumatische Zeit)

- Basisressource/sicherer Ausgangspunkt, von der/dem aus das Kind in die Auseinandersetzung mit dem Trauma eintaucht.
- Erinnerung daran, dass es eine gute Zeit vor dem Trauma gab.
War es „immer schon schwierig“, kann die Geschichte mit der Geburt beginnen, als sich alle über dieses wunderbare Babygefreut haben.
- Konkret und lebendig mit allen dazugehörigen Sinnesqualitäten beschreiben (Lieblingsspeisen, freudvolle Aktivitäten, Haustiere, Wohlfühlorte, Bezugspersonen).
- Besonders betont werden gute Beziehungs- und Bindungserfahrungen.

EMDR: Dieser Teil der Geschichte kann mit langsamer Stimulierung zur Verankerung begleitet werden.

1. EMDR-Arbeit mit Narrativen

Aufbau und Funktion

Teil B: Das traumatische Ereignis (Formale Aspekte)

- Ziel: Zukunftsorientierten Neukonstruktion des Geschehens.
- Kriterien für ein funktionales Narrativ:
 - ✓ Die beteiligten Bindungs- und Bezugspersonen werden positiv, zumindest von gutem Willen geprägt geschildert.
 - ✓ Die beteiligten Personen handeln nachvollziehbar und moralisch gut (nach dem altersentsprechenden kindlichen Weltverständnis (Gut/Böse-Dichotomie).
 - ✓ Das Kind und seine Handlungen werden in jedem Fall als frei von Schuld, Scham und anderen Formen dysfunktionaler Selbstbewertung beschrieben.
 - ✓ Narrative schließen gut und lösungsorientiert ab, und es wird die Botschaft vermittelt: „Es ist vorbei. Ich bin jetzt sicher. Es lohnt sich weiter zu leben.“
 - ✓ Die Bösen sind böse und werden auch so benannt.

EMDR: Schnelle Stimulierung, um das Prozessieren zu unterstützen

1. EMDR-Arbeit mit Narrativen

Aufbau und Funktion

Teil B: Das traumatische Ereignis (Inhaltliche Aspekte)

1. **Faktenebene:** Schilderung der Ereignisse in der korrekten zeitlichen Abfolge (Keine Deutung oder Interpretation!).
2. **Kognitive Ebene:** Bekannte oder von den Eltern vermutete dysfunktionale Selbstzuschreibungen (nK) einzufügen (Das Kind dachte: „Jetzt muss ich sterben“).
3. **Sensorische/physiologische Ebene:** Es werden vielfältige Details benannt („Der Junge konnte das Feuer riechen und die Anspannung im ganzen Körper spüren“), um eventuell fragmentierte Aspekte zu erfassen und der Verarbeitung zugänglich zu machen.
4. **Emotionale Ebene:** Alle Gefühle, die aus der Exploration bekannt oder aus der Empathie der Eltern erschlossen sind, werden benannt. Sie könne auch direkt vom Kind erfragt werden.

1. EMDR-Arbeit mit Narrativen

Aufbau und Funktion

Teil C: Abschluss (sichere posttraumatische Zeit)

Ziel: Dem Kind vermitteln, dass das traumatische Ereignis vorbei ist, dass es „irgendwie“ gut ausgegangen ist oder dass jetzt alle Beteiligten in Sicherheit sind.

Inhalt:

- ✓ Positive Elemente aus der prätraumatischen Zeit
- ✓ Positive Selbstüberzeugungen (pK) und handlungsorientierte Lösungsmöglichkeiten
- ✓ Betonen bestehender Bindungen und Entwicklungsziele
- ✓ Ein positives Umgehen mit durch das Trauma entstandenen neuen Umständen
- ✓ Abschließend kann der Therapeut fragen: „Kannst du das spüren, dass das Kind jetzt wieder sicher (froh) ist?“

EMDR: langsame bilaterale Stimulation oder Ressourcen-Installation

1. EMDR-Arbeit mit Narrativen

Aufbau und Funktion

Wesentliche Aspekte beim Erstellen eines Narrativs:

- ✓ Emotionale Aktualisierung von Realerfahrungen des Klienten durch das Narrativ
- ✓ Verknüpfen mit ressourcenhaften (emotional entgegengesetzten: miss-match) Inhalten
- ✓ Neukonstruktion im Sinne eines Reframings
- ✓ Förderung der Kohärenz des Selbst, Verstehbarkeit, Bewältigbarkeit und Selbstwirksamkeit, Sinnhaftigkeit und Bedeutsamkeit
- ✓ Klare Werteorientierung (ähnlich wie im Märchen)
- ✓ Geringe Anforderungen an den Klienten (kann zuhören)
- ✓ Altersangemessene Verwendung von Sprache, Länge und Darbietung
- ✓ Unterstützung des Verarbeitungsprozesses durch bilaterale Stimulation
- ✓ Die Geschichte darf nur Angaben enthalten, die durch Aussagen des Kindes und/oder der Eltern bekannt sind (Widerspruchsfreiheit mit der eigenen Wahrnehmung).
- ✓ Ggf. einen anderen Protagonisten wählen (anderes Kind, Held, Tier), um die emotionale Belastung zu reduzieren (Externalisierung).

1. EMDR-Arbeit mit Narrativen

Aufbau und Funktion

Folgendes ist zu vermeiden:

- ✗ Beschreibungen aus Erwachsenenensicht, statt Innenperspektive des Kindes
- ✗ Nicht alters-/entwicklungsgemäß (Erwachsenensprache)
- ✗ Zu lang, zu kompliziert und zu ausführlich (Aufmerksamkeits- und Konzentrationsspanne)
- ✗ Schwächung des Kindes durch Schilderung von Ambivalenzen.
Wenn Ambivalenzen vermutet werden, dann i.d.R. den adaptiven Teil aufgreifen, der den Klienten eine Ausrichtung im Geschehen gibt.
- ✗ Keine Entschuldung durch biografische Details von „Tätern“, keine Beschäftigung mit der Eigenproblematik der Bezugspersonen.

1. EMDR-Arbeit mit Narrativen

Behandlungsplanung und Durchführung

Ein allgemeiner Therapieplan für den Einsatz von EMDR mit Narrativ bei Monotrauma kann wie folgt aussehen:

1. Anamnese und Behandlungsplanung entsprechend Phase EINS des altersmodifizierten Standard-Protokolls.

→ Nur mit Bezugsperson (1 bis 2 Sitzungen à 50 Minuten)

Besonderheit: Bezugspersonen schreiben nach vorheriger Anleitung eine therapeutische Geschichte. Diese wird vor der EMDR-Sitzung gemeinsam bearbeitet, bis sie funktional ist und ohne Belastungserscheinungen (SUD=0) von den Bezugspersonen vorgelesen und angehört werden kann.

1. EMDR-Arbeit mit Narrativen

Behandlungsplanung und Durchführung

2. Erste Sitzung mit Kind und Bezugsperson (50 Minuten)

- Kontaktaufnahme zum Kind, Sicherheitsgefühl des Kindes fördern, ressourcenorientiert arbeiten.
- Kind auf die Geschichte beim nächsten Mal hinweisen.

3. Zweite Sitzung mit Kind und Bezugsperson (50 Minuten)

- Am Beginn dem Kind durch selbstgewählte (Spiel-) Aktivitäten Zeit zur Eingewöhnung geben.
- Setting festlegen und eine Bezugsperson liest die Geschichte vor.
- Besprechen des weiteren Vorgehens.

1. EMDR-Arbeit mit Narrativen

Behandlungsplanung und Durchführung

4. Dritte Sitzung Bezugsperson mit/ohne Kind (50 Minuten)
 - Besprechen der Veränderungen und Einschätzung weiterer Maßnahmen.
 - Weitere Behandlung des Kindes/ Klienten.
5. Vierte Sitzung Bezugsperson mit Kind/ Klient (50 Minuten)
 - Abschied.

1. EMDR-Arbeit mit Narrativen

Exkurs: Nicht-erinnerliche Traumata

Liegt das Trauma in der **präverbalen Altersphase**, sind keine konkreten Erinnerungen vorhanden oder dominieren dysfunktionale Selbstüberzeugungen ohne traumatisierendes Ereignis, so kann eine kurze Geschichte quasi als Ersatz für das Target in der Standard-Behandlung fungieren.

→ Die Geschichte umfasst eine **kurze ressourcenorientierte Einleitung** und schildert dann die zu **prozessierenden biografischen Aspekte**. Im Unterschied zum obigen Vorgehen wird nach der Geschichte die Prozessierung (bilaterale Stimulierung) fortgesetzt und entsprechend den Grundlagen der EMDR-Arbeit mit Kindern verfahren.

1. EMDR-Arbeit mit Narrativen

Abweichungen

In Notfallsituationen oder wenn nicht genügend Zeit für das Ausarbeiten einer Geschichte vorhanden ist, kann der Therapeut den Klienten auch stimulieren, während die Bezugsperson das traumatische Geschehen erzählt und der Therapeut, wenn nötig, an den Formulierungen im Sinne einer guten Funktionalität mitgestaltet.

Im spieltherapeutischen Setting hat der Therapeut die Möglichkeit, Handlungsabläufe, die das Kind auf der analogen Ebene inszeniert, spontan als traumabezogene Geschichte nachzuerzählen und dabei das Kind bilateral zu stimulieren.

1. Richtlinie Narrative Beispiele + Video J.

- Narrative Beispiele
- Video EMDR J.

Inhalt

- ~~1. Richtlinien für EMDR Arbeit mit Narrativen~~
2. Arbeit mit Albträumen
3. Imaginative Techniken
4. Vier Felder Technik
5. Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen
6. Arbeit mit positiv dysfunktionalen Gefühlen
7. Elektiver Mutismus
8. Allergiebehandlungen
9. Störung des Sozialverhaltens
10. Flash Technik

2. Arbeit mit Alpträumen

„Schlimme/ blöde“ Träume, wie sie von Klienten oft genannt werden, gehören zur **Kernsymptomatik** bei Klienten nach belastenden oder traumatisierenden Ereignissen.

Diese sind mit Hilfe der bilateralen Stimulierung exzellent behandelbar und tauchen in den meisten Fällen nach einer Behandlungssitzung nicht wieder auf. Zudem stellt die Arbeit mit Träumen einen der faszinierendsten Teile der EMDR-Behandlung dar, da die Prozessierung in aller Regel auf der imaginativen Ebene erfolgt und die spontan auftauchenden Lösungsbilder und -filme der Klienten oft von hoher Prägnanz sind. Zum Teil verschwinden die Bilder auch einfach.

2. Arbeit mit Alpträumen

Vorteile der Arbeit mit Träumen für Therapeuten*innen:

- Die Arbeit bietet **einen guten spielerischen nicht technik-überladenen Einstieg** in die bilaterale Stimulierungstechnik.
- Der **Vermeidungstendenz** der Klienten, sich mit dem Trauma zu konfrontieren, kann zunächst akzeptierend Rechnung getragen werden.
- Die Therapievereinbarung bezieht sich auf ein **klar abgegrenztes Thema**.
- Klienten lassen sich **gut für diese Arbeit motivieren**, da sie im Allgemeinen einen hohen Leidensdruck in der Sache haben. Dies gilt besonders für aktuelle Alpträume.

2. Arbeit mit Alpträumen

Vorteile der Arbeit mit Träumen für Therapeuten*innen:

- Die Arbeit macht Klienten **Spaß** und wird von ihnen als sehr befriedigend erlebt.
- Die gute Erfahrung mit der Traum-Arbeit stellt für die Klienten eine positive **Referenzerfahrung für die weitere Arbeit mit EMDR** dar und vermittelt ihnen Hoffnung.
- Insbesondere für komplextraumatisierte Kinder und Jugendliche kann eine frühe positive Erfahrung für die spätere Traumabearbeitung wichtig sein.

2. Arbeit mit Alpträumen

Aktualisierung

Der Klient lässt den **Traum von Beginn an als inneres Video bis zur „schlimmsten Stelle“** laufen und macht hier ein Standbild. Dies wird als Target genommen.

Dieses Bild kann der Therapeut jetzt in unterschiedlichem Maße durch Aspekte der Aktualisierungsphase (Phase DREI) anreichern:

- Das Standard-Protokoll würde in Abhängigkeit vom Alter die Erhebung einer **negativen und positiven Kognition**, des VoC-Wertes, sowie die **Gefühlsqualität**, den **Belastungsgrad (SUD)** sowie die dazugehörige **Körperempfindung** ermitteln.
- Auf der anderen Seite kann der Therapeut **auch sofort mit der Prozessierung** beginnen, da nach aller Erfahrung das mit dem Alptraum verbundene Netzwerk durch das „schlimmste Bild“ ausreichend aktualisiert ist.

2. Arbeit mit Alpträumen

Aktualisierung

Dieses Bild kann der Therapeut jetzt in unterschiedlichem Maße durch Aspekte der Aktualisierungsphase (Phase DREI) anreichern:

- Will man eine **Mittelposition** einnehmen, kann man den Klienten fragen, welche Gefühle mit dem Bild verbunden sind und wo und wie es sich im Körper anfühlt. Den SUD zu ermitteln kann für manche Therapeuten wichtig sein.
- Der Therapeut soll sich am Grad der Aktualisierung des mit dem Bild verbundenen emotionalen Geschehens orientieren. Ist das Erleben des Klienten wahrnehmbar, so spricht nichts gegen den sofortigen Beginn des Prozessierens.

2. Arbeit mit Alpträumen

Aktualisierung

Ist der Klient **distanziert oder gar dissoziiert**, so nutzt der Therapeut die **verschiedenen Kanäle**, um den Klienten (wieder) zu assoziieren. Der Therapeut fragt den Klienten direkt nach der „schlimmsten Stelle“ im Traum. Das weitere Vorgehen erfolgt wie oben beschrieben.

Der Therapeut bittet den Klienten, den **Traum zu malen oder durch andere kreative Mittel** (zum Beispiel im Sandkasten) darzustellen.

Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass die symbolische Darstellung die Aktualisierung des emotionalen Geschehens vertieft und gleichzeitig dem Klienten durch die Externalisierung der inneren Bilder einen gewissen psychischen Abstand schafft.

2. Arbeit mit Alpträumen

- Das (Sand-) Bild wird als Ausgangsmaterial für die Prozessierung genutzt
- An verschiedenen Stellen des Prozesses kann der Klient weitere Bilder malen, an denen der Fortschritt der Verarbeitung deutlich werden kann
- Wenn der Klient aus Angst oder Scham den Traum inhaltlich nicht benennen will, kann der Therapeut anbieten, mit dem Traum zu arbeiten, ohne dass der Klient sich offenbaren muss

2. Arbeit mit Alpträumen

Prozessierung

Der Therapeut kann standardmäßig vorgehen, indem er **so lange Sets von Augenbewegungen oder Tapping durchführt, bis der Klient signalisiert, dass die Traumbilder jetzt nicht mehr beunruhigend sind.**

Alternativ kann der Therapeut den Klienten bitten, ihm jeweils Bescheid zu geben, wenn sich **unter der Stimulation etwas an den Bildern ändert.** Er wird den Set dann kurz unterbrechen und nachfragen.

Der Klient kann auch zwischendurch immer wieder Bilder zum **aktuellen Stand der Verarbeitung malen.**

2. Arbeit mit Alpträumen

Prozessierung

Die Abnahme der emotionalen Belastung drückt sich durch weniger bedrohliche Bilder aus. Prozesse können wenige Minuten dauern, aber auch eine ganze Sitzung in Anspruch nehmen.

Wenn der Prozess stockt (Bild ändert sich nicht oder Bedrohungserleben bleibt hoch), sind aktive Strategien des Therapeuten verlangt:

- Einweben von **imaginativen Ressourcen** in den Traum (eigene Qualitäten und Stärken, Helfer, lösungsorientiertes Handeln): „Was brauchst du jetzt in dem Traum, damit es besser wird?“
- Wenn die imaginative Ebene blockiert ist, kann der Therapeut auf eine andere Modalität (Kognitionen, Gefühle, Körperempfindungen) fokussieren.

2. Arbeit mit Alpträumen

Abschluss

Hat das Bild seinen inhaltlichen und emotionalen Bedrohungscharakter verloren, **wird nicht mehr in das Ausgangsbild zurückgegangen, sondern das positive Resultat verankert.**

Das innere gute Bild kann mit einer **positiven Selbstüberzeugung (pK), dem entsprechenden Gefühl oder der Körperempfindung gekoppelt** werden.

Es hat sich bewährt, zum Abschluss ein **Bild malen** zu lassen. Die Kontrastierung von Anfangs- und Endbild ist für den Klienten oft sehr befriedigend.

Inhalt

- ~~1. Richtlinien für EMDR Arbeit mit Narrativen~~
- ~~2. Arbeit mit Albträumen~~
3. Imaginative Techniken
 - Externalisieren
 - Kampf innerer Richter
4. Vier Felder Technik
5. Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen
6. Arbeit mit positiv dysfunktionalen Gefühlen
7. Elektiver Mutismus
8. Allergiebehandlungen
9. Störung des Sozialverhaltens
10. Flash Technik

3. Imaginative Techniken

Imaginative Techniken

Die **Imagination** wird in der **Behandlung traumatisierter Menschen** als **heilsame Kraft** angesehen.

Die „innere Bühne“ bietet vielfältigste Möglichkeiten zur Symbolisierung von Prozessen und zur Mobilisierung von Ressourcen, die oft spontan genutzt werden. Die Arbeit mit den inneren Bildern lässt sich hervorragend mit dem **Einsatz kreativer Materialien kombinieren**.

3. Imaginative Techniken

Externalisieren von Symptomen

Unter Externalisierung wird der dialogische Prozess verstanden, in dem Therapeut und Klient gemeinsam eine imaginative, in der Regel gestalthafte Repräsentation psychischer und/oder verhaltensmäßiger Symptome kreieren. Mit diesen „Gestalten“ kann der Klient sich dann auf der Bewusstseinssebene auseinandersetzen. Meistens wird es sich um „Monster“ handeln, die bekämpft werden müssen.

Vorteile:

- Die Externalisierung schafft eine **wahrnehmbare Distanz zwischen dem Symptom und dem Ich** des Klienten. Bewusstheit und ich-Kräfte des Klienten werden gestärkt.
- Eine **Auseinandersetzung mit dem Symptom** wird denkbar.

3. Imaginative Techniken

Externalisieren von Symptomen

- Das **Kontrollgefühl Über das Symptom steigt** und das Gefühl des Ausgeliefertseins und der Resignation nimmt ab.
- Der Klient erhält ein **plausibles Erklärungsmodell** für seine Probleme.
- Der Klient wird entlastet, indem ihm die **Verantwortung für sein Symptom entzogen** wird.
- Eine **scham- und schuldfreie Kommunikation** über die Störung wird möglich.
- Die **Motivation des Klienten zur Mitarbeit steigt**.

3. Imaginative Techniken

Externalisieren von Symptomen

Indikation:

Wenn der Klient **unter starken Symptomen und inneren Spannungen** leidet.

Folgen:

Diese Inkongruenzen manifestieren sich auf verschiedenen Ebenen:

- Im **Verhalten** als Phobie, Sucht, aggressives und dissoziales Verhalten, Vermeiden, Mutismus, sekundäres Einnässen/Einkoten, Zwangshandlungen usw.;
- Auf der **emotionalen Ebene** als Wut, Ärger, Angst, Unruhe, Hilflosigkeit, psychische Betäubung (Numbing), Schmerz und innerem Drang;
- **Mental** als zwanghaftes Denken, Vermeiden, Grübeln und sich Sorgen machen.
- Auf der **Körperebene** treten Spannungs- und Erregungszustände sowie vielfältige psychosomatische Symptome (Kopf- und Bauchschmerzen) auf.

3. Imaginative Techniken

Externalisieren von Symptomen

Die Erfahrungen zeigen, dass eine Lösung des Problems auf der imaginativen Ebene oft zu Symptomveränderungen führt. Allerdings braucht die **Auseinandersetzung mit dem „Feind“ Wiederholungen und die Möglichkeiten, im Alltag dem Monster Paroli zu bieten**, sollten besprochen werden.

Der zusätzliche Einsatz kreativer Materialien, etwa ein „Wutmonster“ malen zu lassen, intensiviert den Prozess und gibt dem Klienten ein weiteres Handlungsfeld, das Problem zu meistern.

3. Imaginative Techniken

„Kampf gegen den inneren Richter“

- **Der Klient soll wahrnehmen, dass es sich um einen böswilligen Angriff auf seine Person handelt.** Dem Monster wird eine böse Absicht unterstellt.
- Die **emotionalen Folgen des Angriffs sollen gespürt** (Schwäche, Taubheit, Angst, Traurigkeit, Schuldgefühle, Wut usw.) und eine **definitive Entscheidung getroffen** werden, dies nicht mehr mit sich machen zu lassen.
- Es werden **energische Schritte** unternommen, um sich gegen den Angriff zur Wehr zu setzen.
- Nach der Ablösung kann der Klient **seine wirklichen Wünsche und Bedürfnisse spüren** und dem folgen.

3. Imaginative Techniken

„Kampf gegen den inneren Richter“

Aktualisierung

- Der Therapeut spricht das Symptom offen an und gibt dem Klienten ein **entlastendes Verstehensmodell**, indem er „vermutet“, dass der Klient „Es“ (das Symptom) gar nicht will, dass es aber bisher gegen die Angriffe von „Ihm“ nichts ausrichten konnte.
- Immer wenn er schwächer war als „Es“, hatte das schlimme Folgen für den Klienten. **Diese Folgen und ihre emotionale Wirkung benennt der Therapeut.**
- Wenn der Klient dieser Konstruktion zustimmt, wird für das „Es“ ein Name gesucht und imaginativ vom Klienten eine **passende Gestalt** generiert.
- **Diese Gestalt stellt die Aktualisierung der symptomatischen Erlebnisqualitäten (Target) auf den verschiedenen Ebenen (emotional, mental, körperbezogen) dar.**
- Es kann sehr hilfreich sein, der Gestalt noch eine „böse Absicht“ (Motivation) zu unterstellen, etwa den Klienten ärgern zu wollen.

3. Imaginative Techniken

„Kampf gegen den inneren Richter“

- Zusätzlich kann der Therapeut den Klienten bitten, diese Gestalt (und sich selber in Bezug zu ihr) zu malen oder zu tonen.
- Welche Aspekte der Aktualisierungsphase des Standard-Protokolls (nK, pK, VoC, Gefühl, SUD, Körperempfindung) der Therapeut noch erheben will, bleibt ihm überlassen.
- Erfahrungsgemäß ist es sinnvoller, die imaginativen Aspekte weiter zu entfalten, als beispielsweise zu viel Energie auf die kognitive Seite zu verwenden.
- Das Explizieren der emotionalen (Gefühl, SUD) und körperbezogenen Aspekte kann dann sinnvoll sein, wenn der Therapeut den Eindruck hat, dass der Klient emotional stark vermeidet. **Achtung: Nicht bedrängen!**

3. Imaginative Techniken

„Kampf gegen den inneren Richter“

Prozessierungsphase

Neben der Möglichkeit, das innere oder äußere „Monsterbild“ als Target zu nehmen und wie gewohnt zu prozessieren, **bietet es sich bei der Arbeit mit „Gestalten“ an, aktiver und unterstützender** vorzugehen.

- Der Therapeut fokussiert auf die **Auseinandersetzung** des Klienten mit der Symptomgestalt
 - „Was möchtest du/ Sie am liebsten mit dem Kerl machen?“
- Der Therapeut **unterstützt aktiv** den Kampf des Klienten
 - „Was brauchst du/ Sie, um das Monster zu besiegen?“
 - „Stell dir vor, das Monster kann sich nicht bewegen. Was tust du jetzt mit ihm?“
 - Wer könnte dir helfen?“
 - „Es kommt jemand, der hilft dir“
 - „Was ist an dem Monster so gefährlich für dich“
 - „Wie kannst du dich gegen diese Drohung schützen?“

3. Imaginative Techniken

„Kampf gegen den inneren Richter“

- Wie schon beschrieben, kann der Therapeut den Klienten immer wieder anregen, **Bilder der aktuellen Kampfsituation** zu malen. Bereits gemalte Bilder dürfen verändert werden, etwa indem das Monster übermalt oder ihm zugesetzt wird.
- Der Therapeut kann den Klienten in seiner Auseinandersetzung „anfeuern“ und ihn verbal unterstützen
 - „Zeig ihm, dass du dir nicht alles gefallen lässt“.

3. Imaginative Techniken

„Kampf gegen den inneren Richter“

Abschluss

- Zeigt sich auf der imaginativen Ebene (und in den Bildern), dass der Klient entweder den Kampf gewonnen hat oder sich in Sicherheit befindet, ist der Prozess abgeschlossen.
- Es ist wichtig zu klären, ob die imaginative Lösung auch mit einer **emotionalen Erleichterung** verbunden ist. Der Klient soll den SUD-Wert des Abschlussbildes einschätzen.
- Das **Abschlussbild wird als Ressource verankert und kann mit einer positiven Selbsteinschätzung (pK) verbunden werden**
 - „Ich bin stärker!“
 - „Ich lasse mich nicht mehr tyrannisieren!“

Inhalt

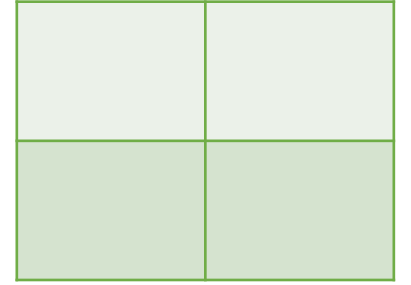
- ~~1. Richtlinien für EMDR Arbeit mit Narrativen~~
- ~~2. Arbeit mit Albträumen~~
- ~~3. Imaginative Techniken~~
4. Vier Felder Technik
5. Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen
6. Arbeit mit positiv dysfunktionalen Gefühlen
7. Elektiver Mutismus
8. Allergiebehandlungen
9. Störung des Sozialverhaltens
10. Flash Technik

4. Vier Felder Technik

Methode von Dr. Dorothee Lansch

- Die Vier Felder Technik ist Teil eines EMDR Gruppenprotokolls, das von Jarero et al. (2006) 1997 in Mexiko nach einer Hurrikan-Katastrophe entwickelt wurde
- = gleichzeitige Versorgung zahlreiche Kinder und Erwachsene
- Das Gruppenprotokoll folgt im Prinzip dem üblichen acht Phasen Protokoll, wobei der schlimmste Moment hier aber **nicht visualisiert, sondern gezeichnet** wird.
- Die bilaterale Stimulation erfolgt in der Ursprungsform als Schmetterlingsschlag (**butterfly hug**)
 - Erfunden von Lucina Artigas
 - Arme vor der Brust gekreuzt und abwechselnd klopft die rechte Hand auf den linken Oberarm und die linke Hand auf den rechten Oberarm
 - Diese bilaterale Selbst-Stimulation kann nicht nur in der Vier-Felder Technik, sondern zum Beispiel auch beim **Verankern des Sicheren Ortes** oder zur **Verstärkung von positiven Gefühlen und Überzeugungen** genutzt werden

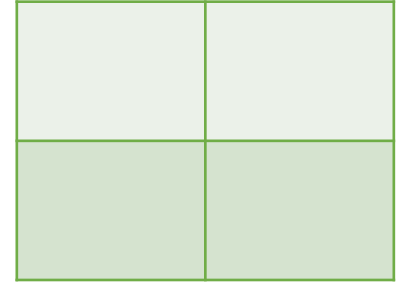
4. Vier Felder Technik



Vier-Felder Technik-Vorgehen

1. Man nimmt ein weißes Din A 4 Blatt und faltet es 2 x. Jedes der 4 Felder wird nacheinander vom Patienten bemalt.
2. **Links oben:** Malen eines Ressourcenbildes zur Stabilisierung. Der Patient wird dann gebeten in Kontakt mit seinem Ressourcenbild zu gehen, während er selbst zur Verankerung und Vertiefung den Schmetterlings Schlag (butterfly hug) ausführt.

4. Vier Felder Technik



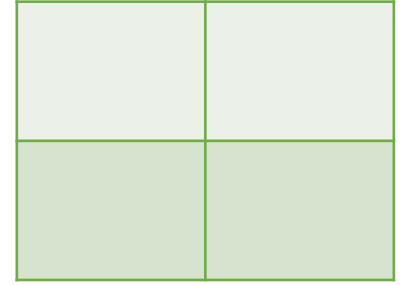
Vier-Felder Technik-Vorgehen

3. **Rechts oben:** Malen eines Angstbildes

- Moment der größten Angst/schlimmster Moment
- An dieser Stelle kann auch nach dem Grad der Belastung (SUD-Skala) gefragt werden
- Dann: Bilaterale Stimulation mittels Abw/taktiler Stimulation (Taktile Stimulation bei den meisten Patienten günstiger, da sie leichter erlaubt, den inneren Bildern zu folgen)
- Der Patient soll darauf achten, wann das Bild sich ändert und dann ein Zeichen geben.
- Nach einem gewissen Zeitraum (ca. 100 Taps) nachfrage, was jetzt da ist, da die Patienten erst lernen müssen, die Veränderung ihres Bildes zu registrieren. Bei genauer Nachfrage wird dann deutlich, dass sich das Bild doch etwas verändert hat

4. **Links unten:** Das veränderte Bild malt der Patient in dieses Feld und es folgt eine erneute Stimulation, bis der Patient nun meist von sich aus das Signal gibt, dass das Bild sich verändert hat

4. Vier Felder Technik



Vier-Felder Technik-Vorgehen

5. **Rechts unten:** Das nächste Bild kommt in dieses Feld.
6. Der Prozess wird evtl. auf weiteren in vier Feldern gefalteten Blättern fortgesetzt, bis sich ein positives Bild zeigt (meistens der Fall)
 - Bei sehr belastenden neg. Gefühlen: Rückgriff Ressourcenbild
 - Stopp-Signal (wie sonst auch) vom Patienten möglich
 - Aufklärung darüber sowie Verlauf ausführlich zu Beginn
 - Ende: Grad der Belastung (SUD) erfragen, bei pos. Verlauf schöne Rückmeldung für Patienten
7. Nächste Sitzung: Evaluation, wie es der üblichen Phase acht entspricht. Evtl. kann die Bearbeitung erneut mit der Vier Felder Technik fortgesetzt werden oder es wird ein EMDR-Standardprotokoll angeschlossen.

4. Vier Felder Technik

Beispielbilder



Inhalt

- ~~1. Richtlinien für EMDR Arbeit mit Narrativen~~
- ~~2. Arbeit mit Albträumen~~
- ~~3. Imaginative Techniken~~
- ~~4. Vier Felder Technik~~
5. Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen
6. Arbeit mit positiv dysfunktionalen Gefühlen
7. Elektiver Mutismus
8. Allergiebehandlungen
9. Störung des Sozialverhaltens
10. Flash Technik

5. Abhängigkeit

Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen mit EMDR nach Vogelmann-Sine, Sine, Smyth & Popky

Das Protokoll

I. Diagnostik und Überprüfung auf EMDR-Behandelbarkeit

- a) Erhebung der Lebens- und Vorgeschichte
- b) Screening der Dissoziativen Störungen
- c) Screening auf traumabezogene Symptome, die zum Substanzkonsum oder zu Rückfällen beitragen
- d) Screening der psychiatrischen Störungen
- e) Screening der EMDR-Behandelbarkeit

5. Abhängigkeit

Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen mit EMDR nach Vogelmann-Sine, Sine, Smyth & Popky

- f) **Behandlungsplanung: Entwicklung eines individualisierten, auf den Substanzkonsum gerichteten Behandlungsplans**
- Überprüfen des Behandlungssettings (Notwendigkeit stationärer Maßnahmen und/oder medikamentöser Unterstützung, Sitzungsfrequenz etc.)
 - Herstellen des Arbeitsbündnisses, der Behandlungsbereitschaft und der Veränderungsmotivation
 - Erarbeiten angemessener Behandlungsziele, z.B. Abstinenz oder Trinkmengenreduzierung
 - Entwicklung von Fähigkeiten, die bei der Bewältigung traumabezogener Symptome ohne Substanzkonsum helfen, z.B. Besuch von Selbsthilfegruppen, Aktivierung sozialer Unterstützung oder Vermittlung selbststabilisierender. bzw. selbstberuhigender Techniken
 - Überprüfung, ob Fähigkeiten zur Abstinenz oder der Konsumreduzierung zur Behandlungsdurchführung notwendig sind und diese ggf. zur Bedingung machen. Vor Beginn der EMDR-Behandlung sollte mindestens ein Monat Abstinenz bestehen.

5. Abhängigkeit

Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen mit EMDR nach Vogelmann-Sine, Sine, Smyth & Popky

- g) Behandlungsplanung: Entwicklung eines individualisierten Behandlungsplanes für den Einsatz von EMDR
- Nutzen der bisher gewonnenen Information zur Überprüfung der Behandelbarkeit mit EMDR
 - Erarbeitung von Behandlungszielen, basierend auf den Zielen der Patienten und der traumabezogenen Symptome
 - Bewertung der Affekttoleranz des Patienten und der Fähigkeit die Arbeit mit EMDR auszuhalten, während und nach den Sitzungen
 - Abschätzung des Bedarfs an inneren Ressourcen und sie, falls nötig, herausarbeiten und verankern. Vorsicht bei schweren Bindungsstörungen und ausgedehnten Selbstwertproblemen
 - Ressourcen-Verankerung und ich-stärkendes Vorgehen
 - Inneres Kind-Ressourcen-Verankerung, Stärkung der Selbstfürsorge

5. Abhängigkeit

Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen mit EMDR nach Vogelmann-Sine, Sine, Smyth & Popky

II. Vorbereitung des Patienten für die EMDR-Behandlung

- a) Erklärung der EMDR-Theorie
- b) Erklärung der Behandlung des Suchtdrucks mit EMDR
- c) Erklärung der Behandlung schwieriger emotionaler Probleme im Entzug mit dem modifizierten EMDR-Protokoll
- d) Erklärung der Behandlung schmerzhafter Erinnerungen (EMDR-Standardprotokoll)

5. Abhängigkeit

Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen mit EMDR nach Vogelmann-Sine, Sine, Smyth & Popky

e) Vorbereitung des Patienten für die EMDR-Behandlung

- Vermittlung von Selbstberuhigungstechniken, z.B. durch Imaginationsübungen nach Reddemann (2001)
- Testen der besten Modalität für EMDR (visuell, taktil oder auditiv)
- Erarbeiten und Verankern des ‚sicheren Ortes‘ mit EMDR
- Vermittlung des beschleunigten Informationsverarbeitungsmodells nach Shapiro (1998)
- Erklärung des Vorgehens: Zugmetapher, Stoppsignal, Rückmeldungen durch den Patienten zwischen den Sets
- Eingehen auf Ängste und Befürchtungen des Patienten, falls notwendig diese bearbeiten oder eine Ressourcen-Verankerung nutzen. um sie zu beheben

5. Abhängigkeit

Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen mit EMDR nach Vogelmann-Sine, Sine, Smyth & Popky

III. Verankerung des positiven Zielzustandes und Überprüfung von Problembereichen auf ihre Eignung für eine EMDR-Bearbeitung

a) Verankerung des positiven Zielzustandes

1. Aufbau eines positiven **Ressourcen-Zustandes**.

- Erfragen positiver, kraftvoller und ressourcenvoller Situationen aus der Vergangenheit
- Konzentration auf daamit verbundene positive Bilder und Gefühle und Körperempfinden
- Verankerung mit einem oder mehreren Sets.

2. Definition eines **positiven Zielzustandes** (Behandlungsziel, bzw. die angestrebte Lebenssituation nach Behandlungsende)

- Ziel sollte attraktiv und erreichbar sein
- Patient sollte sich im Zielzustand kompetent und erfolgreich vorstellen, ihn an zugehörige Gefühle, Geräusche, Gerüche, Geschmack denken lassen.
- Zustand sollte inkompatibel zum Substanzkonsum sein.

3. **Verankerung** des positiven Zielzustandes gemeinsam mit einer assoziativen Repräsentanz in Form eines **leichten Druckes auf einen Fingerknöchel** (durch den Patienten selbst oder den Therapeuten) oder durch Denken an ein passendes Schlüsselwort. Dabei einige langsame Augenbewegungen oder langsame taktile bzw. auditive Stimulationen.

5. Abhängigkeit

Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen mit EMDR nach Vogelmann-Sine, Sine, Smyth & Popky

b) Auswahl des EMDR-Fokus

1. Herausarbeiten aller **gegenwärtigen Belastungen**.
2. Erheben von Informationen, um **bekannte Trigger** für Suchtdruck zu identifizieren.
3. Herausarbeiten **traumatischer Vorerfahrungen** (Stabilität und Ressourcen prüfen!)
4. Suchen nach **negative Kognitionen**, um bekannte, derzeitige Probleme herauszufiltern, z.B. gravierende Selbstwertprobleme
5. Gemeinsam mit dem Patienten die **Bearbeitungsreihenfolge** festlegen.
 - Patient muss ausreichend stabil sein!
 - Sinnvollerweise von den weniger belasteten zu den stärker belasteten Themen vorzugehen
 - Bearbeitung von aktuellen Belastungen oder Trigger-Reizen verbessert oft die Stabilität der Patienten erheblich und versetzt sie überhaupt erst in die Lage, sich mit ihren traumatischen Vorerfahrungen auseinanderzusetzen.
 - Nur in wenigen Fällen, ist es indiziert, mit den am belastendsten Themen, meistens sind das die traumatisch Vorerfahrungen, zu beginnen.

5. Abhängigkeit

Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen mit EMDR nach Vogelmann-Sine, Sine, Smyth & Popky

- c) Bearbeitung **suchtdruckverursachender Trigger** mit EMDR
 1. Auswahl des den stärksten Suchtdruck verursachenden Triggers zur Bearbeitung. Wenn die Selbstwirksamkeit gering ist, mit dem schwächsten starten, da dies möglicherweise hilft, das generelle Gefühl der Selbstwirksamkeit zu stärken
 2. Genaues Herausarbeiten des triggernden Bildes
 3. Bestimmung des augenblicklichen Suchtdrucks (SD)‘
 4. Dazugehöriges Körpergefühl bestimmen. Dann weiter mit PHASE IV-a

5. Abhängigkeit

Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen mit EMDR nach Vogelmann-Sine, Sine, Smyth & Popky

- d) Bearbeitung **aktuell belastender Erfahrungen** mit dem modifizierten EMDR-Protokoll für Abhängigkeitserkrankungen
1. Auswahl der aktuell belastendsten Erfahrung
 2. Genaues Herausarbeiten eines Bildes, welches diese Erfahrung repräsentiert
 3. Identifikation einer negativen Kognition, die zu der Erfahrung passt
 4. Erarbeitung einer positiven Kognition
 5. Stimmigkeit der positiven Kognition überprüfen (VoC)
 6. Erarbeitung auf zukünftige Situationen gerichteter Bewältigungs- bzw. Handlungsschemata. um die Abstinenz zu unterstützen
 7. Den Patienten sich die belastende Situation vorstellen lassen, die negative Kognition wiederholen und dann den Patienten fragen, welche Gefühle nun da sind.
 8. SUD bestimmen
 9. Dazugehöriges Körpergefühl bestimmen. Dann weiter mit PHASE IV-b

5. Abhängigkeit

Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen mit EMDR nach Vogelmann-Sine, Sine, Smyth & Popky

- e) Bearbeitung **zurückliegender traumatischer Erfahrungen** mit dem Standard- EMDR-Protokoll nach Francine Shapiro & Arne Hofmann (2002)
 - Eingrenzung des suchtdruckverursachenden Traumas, weiter mit Phase IVb

5. Abhängigkeit

Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen mit EMDR nach Vogelmann-Sine, Sine, Smyth & Popky

IV. Reprozessieren

a) Reprozessieren der Trigger

- Reprozessieren der Trigger (Bilder, Körpergefühle, Gedanken, Perzeptionen)
- Auf dahinterliegende Themen achten. Falls diese auftauchen:
 - SUD bestimmen
 - Auf Null herunterprozessieren oder auf ein für den Patienten handhabbares Niveau
 - Diesen Punkt notieren, um ihn in einer späteren Sitzung weiterbearbeiten zu können
 - Triggerbearbeitung fortsetzen, SD bestimmen und weiter prozessieren.
- Trigger herunterprozessieren bis SD = 0
- Zukunftsprojektion mit dem Trigger machen und falls notwendig erneut auf Null herunterprozessieren
- Falls die Sitzung komplett ist. weiter mit Phase V-a. bei inkompletter Sitzung weiter mit VII-a

5. Abhängigkeit

Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen mit EMDR nach Vogelmann-Sine, Sine, Smyth & Popky

- b) Bearbeitung wichtiger **gegenwärtiger emotionaler Belastungen** (aus der aktuellen Abstinenzphase) mit dem modifizierten EMDR-Protokoll
 - Zugehörige Bilder aktivieren, negative Kognitionen benennen und das Körpergefühl ansprechen, dann Reprozessieren
 - Auf dahinterliegende Themen achten. Falls diese auftauchen:
 - SUD bestimmen und auf Null herunterprozessieren oder zumindest auf ein für den Patienten handhabbares Niveau. Ggf. in einer späteren Sitzung zu Ende prozessieren. Dann zurück zum Ausgangsthema, SUD bestimmen und weiterprozessieren
 - Herunterprozessieren, ggf. durch kognitives Einweben unterstützen
 - Falls die Sitzung komplett ist, weiter mit PHASE V-b. bei inkompletter Sitzung weiter mit Phase VII-b.

5. Abhängigkeit

Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen mit EMDR nach Vogelmann-Sine, Sine, Smyth & Popky

- c) Bearbeitung **zurückliegender traumatischer Erfahrungen** mit dem Standard-EMDR-Protokoll nach Francine Shapiro 8. Arne Hofmann (2002)

Falls SUD = 0 oder 1 weiter mit Verankerung wie beschrieben unter V-b, bei inkompletter Sitzung weiter mit PHASE VII-b.

5. Abhängigkeit

Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen mit EMDR nach Vogelmann-Sine, Sine, Smyth & Popky

V. Verankerung

a) **Verankerung nach der Trigger-Bearbeitung** (wenn $SD = 0$)

1. Aufmerksamkeit erneut auf den Trigger richten und während eines Sets einen leichten Druck auf die Fingerknöchel des Patienten ausüben. Was auch immer für Gefühle oder Rückmeldungen auftauchen, dabei bleiben und ein oder mehrere Sets durchführen

ODER

2. Aufmerksamkeit erneut auf den Trigger richten und dabei an das Schlüsselwort (siehe III-a-3) für den positiven Zustand denken und ein Set durchführen. Was auch immer für Gefühle oder Rückmeldungen auftauchen, dabei bleiben und ein oder mehrere Sets durchführen

5. Abhängigkeit

Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen mit EMDR nach Vogelmann-Sine, Sine, Smyth & Popky

- b) Verankerung nach der Bearbeitung gegenwärtiger Belastungen oder traumatischen Erfahrungen
 - Wenn der SUD bei 0 angelangt ist:
 - Die Stimmigkeit der positiven Kognition überprüfen und ggf. neu formulieren.
 - VoC bestimmen.
 - Prozessieren bis der VoC 7 erreicht hat.
 - Verankern der auf zukünftige Situationen gerichteter Bewältigungs-/Handlungsschemata mit langsamen Augenbewegungen.
 - langsamen taktilen oder auditiven Stimulationen bis der Patient sich sicher ist, die Situation meistern zu können.
 - Set durchführen während der Patient einen leichten Druck auf die Fingerknöchel ausübt oder an das Schlüsselwort denkt (siehe III-a-3) und dabei auf den positiven Zielzustand fokussiert.
 - Was immer der Patient an positiven Gefühlen oder Rückmeldungen angibt dabei bleiben und noch ein oder mehrere Sets durchführen.

5. Abhängigkeit

Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen mit EMDR nach Vogelmann-Sine, Sine, Smyth & Popky

VI. Körpertest

- a) **Bearbeitung der Trigger:** Wenn der SUD des Patienten 0 erreicht hat und auf diesem Wert bleibt und er ihn mit dem positiven Zielzustand verknüpft hat, bitten Sie ihn, den Körpertest zu machen, d.h. ihn fragen, ob er irgendeine Körperempfindung hat. Alle Körperempfindungen mit Augenbewegungen, taktilen oder auditiven Stimulationen bearbeiten, bzw. verankern. Fahren Sie dann fort mit der Hausarbeit, Phase VII-c
- b) **Bearbeitung der gegenwärtigen Belastungen oder der zurückliegenden Traumata:** Wenn der VoC 6 oder 7 erreicht, den Patienten bitten mit der positiven Kognition im Gedächtnis, nachzuspüren, ob er irgendeine Körperempfindung hat. Alle Körperempfindungen mit Augenbewegungen, taktilen oder auditiven Stimulationen bearbeiten, bzw. verankern. Fahren Sie dann fort mit der Hausarbeit, Phase VII-c

5. Abhängigkeit

Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen mit EMDR nach Vogelmann-Sine, Sine, Smyth & Popky

VII. Beenden inkompletter Sitzungen und Hausarbeit

- a) **Bearbeitung der Trigger:** Wenn der SUD am Ende einer Sitzung nicht auf 0 heruntergeht, den Patienten bitten, die mit dem Trigger zusammenhängenden Gefühle in den imaginativen Safe zu packen. „Sicheren Ort“ imaginieren lassen und mit ein paar Augenbewegungen, taktilen oder auditiven Stimulationen verankern.

Dann:

1. Bitten Sie den Patienten, an das positive Ziel zu denken, drücken Sie etwas seine Fingerknöchel oder lassen Sie ihn dies selbst tun und führen Sie einige langsame Augenbewegungen, taktile oder auditive Stimulationen aus, um diese Repräsentanz zu verstärken.

5. Abhängigkeit

Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen mit EMDR nach Vogelmann-Sine, Sine, Smyth & Popky

ODER

2. Bitten Sie den Patienten an das Schlüsselwort zu denken (siehe |II-a-3). welches den positiven Zielzustand repräsentiert und führen Sie einige Augenbewegungen. taktile oder auditive Stimulationen aus, um diese Repräsentanz zu verstärken.
3. Versichern Sie sich, dass der Patient beruhigt ist. bevor er geht.

5. Abhängigkeit

Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen mit EMDR nach Vogelmann-Sine, Sine, Smyth & Popky

b) Bearbeitung belastender Erfahrungen oder zurückliegender Traumata: Wenn der SUD nicht auf 0 heruntergegangen ist, lassen Sie den Patienten die damit zusammenhängenden Gefühle und Bilder in den imaginierten Safe legen.

Dann:

1. Fragen Sie den Patienten, wie er in Zukunft mit dieser Situation umgehen möchte und verankern Sie dieses Verhaltensmuster mit einigen Augenbewegungen, taktilen oder auditiven Stimulationen, solange bis der Patient sicher ist, dass er dieses Verhaltensmuster auch im realen Leben umsetzen kann.
2. Dann einige Augenbewegungen, taktile oder auditive Stimulationen durchführen, um das positive Gefühl zu verankern, indem sie dabei die Fingerknöchel drücken ODER den Patienten bitten, dabei an das Schlüsselwort zu denken (siehe III-a-3), das den positiven Zustand repräsentiert
3. Versichern Sie sich, dass der Patient beruhigt ist, bevor er geht.

5. Abhängigkeit

Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen mit EMDR nach Vogelmann-Sine, Sine, Smyth & Popky

c) Betreuen mit **Hausaufgaben zwischen den Sitzungen**

1. Anleitung von **Selbsthilfetechniken bei auftauchendem Suchtdruck**: Fixieren zweier Punkte an der Wand und Durchführung von Augenbewegungen zwischen diesen beiden Punkten oder taktile Selbststimulation bis die Konsumwünsche schwächer werden:

➤ Wenn die Wünsche schwächer sind, erneut an den Suchtdruck denken und dabei die Fingerknöchel drücken und erneut Augenbewegungen oder taktile Selbststimulationen durchführen.

ODER

➤ Erneut an den Suchtdruck denken und dabei an das Schlüsselwort denken (siehe III-a-3) und erneut Augenbewegungen oder taktile Selbststimulationen durchführen.

➤ Planung anderer Aktivitäten zur Sicherung der Abstinenz, wie der Besuch von Selbsthilfegruppen usw.

5. Abhängigkeit

Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen mit EMDR nach Vogelmann-Sine, Sine, Smyth & Popky

2. Dem Patienten vorschlagen, auf weitere Trigger zu achten und ihn bitten, dabei das Ausmaß des Suchtdruckes mit dem Triggerfragebogen zu erheben, und/oder augenblickliche/zurückliegende belastende Erfahrungen mit dem Fragebogen negative Kognitionen Follow-up-Form' (Vogelmann-Sine. S. et al. 1998) zu erheben.

5. Abhängigkeit

Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen mit EMDR nach Vogelmann-Sine, Sine, Smyth & Popky

VIII. Evaluation der zurückliegenden Sitzungen

- a) Zu Beginn einer jeden Sitzung den Patienten bitten, sich an positive Erfahrungen seit der letzten Sitzung zu erinnern. Mit Augenbewegungen, taktilen oder auditiven Stimulationen die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen aus diesen Erfahrungen stärken.
- b) Durchsicht der Fragebögen (Triggerfragebogen und/oder Fragebogen, negative Kognitionen Follow-up-Form') (Vogelmann-Sine, S. et al. 1998):
 - Entscheiden Sie danach, welcher Trigger oder welche gegenwärtig belastende Erfahrungen oder welches zurückliegende Trauma aus diesen Fragebögen während dieser Stunde bearbeitet werden sollten.
 - Wenn keine neuen Trigger oder belastenden Erfahrungen auftauchen, erheben Sie zur Sicherheit noch mal den SD und SUD, um zu überprüfen, ob sie nach wie vor bei 0 oder 1 sind.
 - Und überprüfen Sie, ob der VoC noch bei 6 oder 7 steht.
 - Danach ggf. Durcharbeitung weiterer Trigger und Themen.

Inhalt

- ~~1. Richtlinien für EMDR Arbeit mit Narrativen~~
- ~~2. Arbeit mit Albträumen~~
- ~~3. Imaginative Techniken~~
- ~~4. Vier Felder Technik~~
- ~~5. Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen~~
6. Arbeit mit positiv dysfunktionalen Gefühlen
7. Elektiver Mutismus
8. Allergiebehandlungen
9. Störung des Sozialverhaltens
10. Flash Technik

6. Positiv dysfunkt. Gefühlen

- Target ist eine/die positivste Erinnerung → Idealisierungskontext
- Erinnerung wird auf der LOPA (Level of POSITIVE Affect): 1-10 skaliert.

Beispiel: "Idealisierung" einer anderen Person

1. Kläre, ob die Person sich wirklich nicht mehr wünscht, sich so intensiv emotional an die andere Person gebunden zu fühlen
2. Ein Bild/Erinnerung „des allerschönsten Moments“ mit dieser Person ist das Target für den EMDR-Prozess.
3. Einschätzung LOPA-Wert (analog zum SUD-Wert)

6. Positiv dysfunkt. Gefühlen

Beispiel: "Idealisierung" einer anderen Person

4. Ermittle das dazugehörige Gefühl, die Körperempfindung und eine passende dysfunktionale Selbstüberzeugung
5. Prozessieren wie gewohnt und vertrau, dass die Dysfunktionalität des positiven Idealisierungsgefühls sich ändern wird. Oft tauchen Enttäuschungs- und Abgrenzungsgefühle auf.

6. Positiv dysfunkt. Gefühlen

Fallbeispiel: Idealisierung

Eine junge Frau war drei Jahre mit einem Mann zusammen, der sie in letzter Zeit offen betrügt. Sie kann aber nicht von ihm loslassen, weil der Sex so gut war.

- Target: Ein intensiver guter sexueller Kontakt mit dem Mann
- nK: „Wenn ich ihn verlasse, werde ich nie wieder so guten Sex haben.“
- pK: „Ich möchte frei sein von diesem Idioten.“
- Gefühle: Kontakt, sexuelles Verlangen, Glück
- Körperempfinden: Der ganze Körper fühlt sich heiß und in der Fülle, lebendig an
- LOPA: 10

6. Positiv dysfunkt. Gefühlen

Weitere Möglichkeiten:

- „Wenn Sie an die schönste Zeit mit ihrem Partner denken, wie stark möchten Sie ihn jetzt zurück haben zwischen 0 und 10?“
- „Wann waren Sie wirklich in der Lage die Situation effektiv zu kontrollieren, die Macht zu spüren, indem Sie ärgerlich wurden. Was war gut daran, dass sie die Situation kontrollieren konnten?“
- „Wie war das Gefühl, wirklich etwas Besonderes, etwas Besseres als die anderen Menschen zu sein? Wie fühlt sich das jetzt an, daran zu denken?“
- „Kannst Du Dich an eine Situation erinnern, in der Du gelogen hast und dadurch richtigen Profit daraus gezogen hast? Wie fühlt sich diese Erinnerung jetzt an?“
- Immer im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen müssen.
- Den eigenen „Kindstatus“ zu idealisieren um keine Verantwortung zu übernehmen.
- Exzessives Interesse in sportliche Aktivitäten, bestimmte Dinge (Schuhe, teure Klamotten) etc.

Inhalt

- ~~1. Richtlinien für EMDR Arbeit mit Narrativen~~
- ~~2. Arbeit mit Albträumen~~
- ~~3. Imaginative Techniken~~
- ~~4. Vier Felder Technik~~
- ~~5. Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen~~
- ~~6. Arbeit mit positiv dysfunktionalen Gefühlen~~
7. Elektiver Mutismus
8. Allergiebehandlungen
9. Störung des Sozialverhaltens
10. Flash Technik

7. Elektiver Mutismus

EMDR bei elektiven Mutismus:

Vorbereitungen:

- Mit dem Kind ein gemeinsames Verstehensmodell entwickeln und es zur aktiven Arbeit motivieren
- Die folgenden Aktivitäten müssen wahrscheinlich mehrere Stunden hintereinander immer wieder (am Tisch) mit dem Kind durchgespielt werden. Ziel ist es, einen Leidensdruck zu schaffen oder eine (oft anale) Lust zur Auseinandersetzung zu entwickeln.

Therapeutenaktivitäten:

Ein Bedingungsgefüge wird dem Kind vorgeschlagen

→ Als Situation kann man oft die Schule nehmen, weil die Kind sich hier nicht melden und sich nicht zu sprechen trauen.

7. Elektiver Mutismus

Der Therapeut baut also folgende Kette auf:

1. Ich weiß, dass Du sehr klug bist (nur wenn es stimmt)
2. Kann es sein, dass
 - a. Du wirklich etwas lernen willst?
 - b. Du wirklich etwas weisst?
 - c. Du den anderen gerne zeigen möchtest, was Du alles weisst?
 - d. Du in Schule, wenn die Lehrerin etwas fragt und Du etwas weisst, Dich gerne melden möchtest, um ihr und den anderen zu zeigen, was Du weisst?
 - e. DANN so ein blöder Gedanke In Deinen Kopf kommt, der dir den ganzen Mut nimmt und Du dich dann nicht traust, Dich zu melden, obwohl Du das so gerne möchtest?

7. Elektiver Mutismus

Jede Frage muss per Nicken vom Kind mit Ja beantwortet werden. Dann geht es erst weiter.

Jetzt hat der Therapeut Kärtchen mit sogenannten negativen Kognitionen vorbereitet (auch noch leere Kärtchen), die dem Kind vorgelegt werden und aus denen es den passenden negativen Satz heraussuchen soll.

Verschiedene Kärtchen bereithalten mit sogenannten negativen Kognitionen, aus denen es auswählen soll, welcher Gedanke für es zutrifft

Inhalt

- ~~1. Richtlinien für EMDR Arbeit mit Narrativen~~
- ~~2. Arbeit mit Albträumen~~
- ~~3. Imaginative Techniken~~
- ~~4. Vier Felder Technik~~
- ~~5. Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen~~
- ~~6. Arbeit mit positiv dysfunktionalen Gefühlen~~
- ~~7. Elektiver Mutismus~~
8. Allergiebehandlungen
9. Störung des Sozialverhaltens
10. Flash Technik

8. Allergiebehandlung

EMDR-Protokoll nach Claudia Erdmann

1. Anamnese und Behandlungsplanung

- Beachte: Allergie als Phobie des Immunsystems
- Gefahr eines anaphylaktischen Schocks
- Bedeutung vorgelagerter Traumata
- Schwierigkeiten im Ziehen von Grenzen
- Mangel an Selbstsicherheit und Selbstvertrauen
- Ungelöste und belastende psychosoziale Probleme
- Sekundärer Krankheitsgewinn

8. Allergiebehandlung

EMDR-Protokoll nach Claudia Erdmann

2. Stabilisierung und Vorbereitung

- Ressourcen
- Langsame und relativ tiefe bilaterale Stimulierung in den Handinnenflächen
- Aufbau einer ständigen positiven Körperressource durch mentales Aufsuchen einer Stelle im Körper, wo Wohlbefinden gespürt wird.
 - Genaues Nachfragen nach Größe, Form, Farbe, Temperatur, Art der Bewegung
 - Bilaterale Ankerung.
 - Erinnerung an die positive Körperressource, immer mal wieder während des gesamten folgenden Prozesses.
- Aufbau der Ressource „Sicherer Ort“ plus bilaterale Ankerung.

8. Allergiebehandlung

EMDR-Protokoll nach Claudia Erdmann

3. Erklärung von EMDR, bezogen auf das Immungeschehen

„Normalerweise vernichtet das Immunsystem Bakterien, Viren und schädliche Stoffe. Bei Allergien tritt es aufgrund einer falschen Speicherung in Aktion. wenn keine Gefahr da ist. D.h. das Immunsystem muss umlernen. Durch die EMDR-Behandlung erlernt es eine neue Reaktion.“

- Metapher: „Während Ihr Immunsystem arbeitet, stellen Sie sich vielleicht vor, wie Sie als Wissenschaftler den ganzen Prozess begleiten.“
- Gute und bequeme Sitzposition
- Stimulierung: Vorstellen der Stimulierung als bilaterale Stimulation in den Handinnenfläche
- Stoppsignal: sehr wichtig
- Beobachterrolle: Hinweis auf die Beobachterrolle und einen möglichen Rollenwechsel (dissoziierte/ assoziierte Perspektive)

8. Allergiebehandlung

EMDR-Protokoll nach Claudia Erdmann

4. Einschätzung

- Ausgangssituation
 - Die allergische Situation/das Umfeld der Allergie für den Patienten
Ausgangsbild
- Ausgangsbild
 - Bild malen lassen und Beschreibung geben lassen von dem Stoff, der die Allergie auslöst bzw. den Stoffen, die die Allergie auslösen
 - Immer sehr konkret nachfragen
 - Beginn der Arbeit mit dem Stoff, der am wenigsten Belastung bedeutet, ggf. müssen verschiedene Allergie auslösende Stoffe nacheinander prozessiert werden

Frage: „Was ist daran für Sie besonders schlimm?“

8. Allergiebehandlung

EMDR-Protokoll nach Claudia Erdmann

- Negative Kognition
 - Frage: „Welche negative Aussage über dich selbst passt zu diesem Bild?“
- Positive Kognition
 - Frage: „Was können Sie Positives über sich sagen angesichts des Ausgangsbildes?“ (Voc Skala von 1-7)
- Emotionen
 - Frage: „Welche Gefühle tauchen auf angesichts des Ausgangsbildes?“ (SUD Skala von 1-10)
- Lokalisieren der Körperempfindung
 - Frage: „Wo im Körper fühlen Sie das?“
- Allergie-Frage
 - Frage: „Wenn die Allergie reden könnte, was würde sie zu Ihnen sagen?“

8. Allergiebehandlung

EMDR-Protokoll nach Claudia Erdmann

5. Durcharbeiten

1) Ressourcenwahrnehmung In der dissoziierten Perspektive

- Zu Beginn wird der Patient gebeten, sich hinter einer Glasscheibe zu sehen, mit allen Ressourcen (positive Körperressourcen, Sicherer Ort) ausgestattet und frei von allergischer Reaktion
- Plus bilaterale Stimulation

2) Information für den Patienten

- „Sie sind genau der, der Sie sein wollen und Ihr Immun System arbeitet angemessen“
- „Sie wissen, dass Sie die Ressourcen zu ihrer vollkommenen Verfügung haben“
- „Ihr Immunsystem weiß genau, wie es angemessen reagieren kann“
- Plus bilaterale Stimulation

8. Allergiebehandlung

EMDR-Protokoll nach Claudia Erdmann

3) Dosierte Einführung des Stoffs, der die Allergie auslöst

- Aufforderung: „Bitte beobachten Sie sich hinter dem Schirm aus Glas und nehmen Sie von dem Stoff, der in kleinen Dosen zu ihnen kommt, gerade so viel, wie sie gut verkraften. Ich stimulare ihre Handinnenflächen so lange, bis Sie eine Veränderung bei sich bemerken und mitteilen möchten oder bis ich eine Veränderung feststelle.“ Plus bilaterale Stimulierung
- Ein Set dauert so lange, bis eine physiologische Veränderung zu sehen ist oder der Patient unterbricht, weil er eine Veränderung sieht und bemerkt. Und dann:“ OK. Ihr Immunsystem teilt gerade mit, dass es verstanden hat.”
- Dieser Prozess der dosierten „Verabreichung“ des Stoffes, der die Allergie auslöst, immer zusammen mit bilateraler Stimulation -, fortsetzen bis zu dem Punkt, wo keine physiologischen Veränderungen mehr sichtbar und bemerkbar sind.

8. Allergiebehandlung

EMDR-Protokoll nach Claudia Erdmann

4) Ressourcenwahrnehmung in der assoziierten Perspektive

- Den Patienten wird gebeten, in den eigenen Körper zurückzukehren, die Ressourcen wahrzunehmen (positive Körperressource, Sicherer Ort) und sich dann vorzustellen, dass er in der Gegenwart des Stoffes, der die Allergie auslöst, während weiterhin bilateral stimuliert wird.

5) Information für den Patienten

- „Während Sie sich den Stoff vorstellen, weiß das Immunsystem einfach, wie es angemessen zu reagieren hat. Lassen Sie ihr Immunsystem besonders aufmerksam sein.“
- Dieser Prozess wird mit bilateraler Stimulation begleiten bis zu dem Punkt, an dem der Patient mitteilt, dass der Stoff jetzt keine Reaktion mehr auslöst.

6) Weitere Information für den Patienten

- „Gut. Ihr Immunsystem hat jetzt das Wissen darüber, wie die angemessene Reaktion in einer solchen Situation ist.“

8. Allergiebehandlung

EMDR-Protokoll nach Claudia Erdmann

6. Zukunftsbild

„Bitte stellen Sie sich vor, Sie sind in einiger Zeit in der Zukunft in Gegenwart des Stoffes, der früher die allergische Reaktion auslöste.“ Dieser Prozess wird mit bilateraler Stimulation fortgesetzt bis keine allergische Reaktion mehr sichtbar und für den Patienten bemerkbar ist.

7. Realtest

- Falls in der Therapiesituation ein realer Test mit dem ursprünglich Allergie auslösenden Stoff möglich ist, kann er jetzt gemacht werden.
- Erhebung des Emotionalen Belastungsgrads
- Bei einem SUD von 0 wird weitergegangen zur Verankerung der PK. Ein SUD von größer 1 bietet Material für weitere Behandlung.

8. Allergiebehandlung

EMDR-Protokoll nach Claudia Erdmann

8. Verankerung

- Frage an den Patienten: „Halten Sie Ihr Bild bzw. ihre Beschreibung des Stoffes, der früher die Allergie auslöste und die Positive Kognition zusammen, wie wahr ist jetzt Ihr positiver Satz?“
- Bei einer PK von 7 folgt die Verankerung.
Eine PK unter 7 bietet Material für weitere Behandlung.

9. Körpertest

- Tauchen angesichts der Ausgangssituation (das Umfeld der ehemaligen Allergie) und der Positiven Kognition irgendwo negative Körperempfindungen auf?
- Falls Nein, weiter zu Abschluss
- Falls ja Vorgehen wie im Standardprotokoll.

8. Allergiebehandlung

EMDR-Protokoll nach Claudia Erdmann

9. Abschluss

- In möglichst gutem und ausgeglichenem Zustand (Entspannung. Distanzierung. Ressourcen)
- Ggf. Erinnerung an Ressourcen oder Hilfe durch die Frage: „Was ist das Positivste. was Sie jetzt über sich sagen können?“

10. Überprüfung

- Nächste Sitzung: Erfolgsprüfung
- Bei stabilem Erfolg: Aufbau von Rückfallprävention z.B. durch Aufbau von Selbstkontrolltechniken
- Erlernen von Körpergefühlstrainings: Entspannungstrainings; Versöhnung innerer Konflikte
- Einüben von Heilbildern. Z.B. einer Glasscheibe, die schützt
- Durch Einschätzen lernen der Notwendigkeit medikamentösen Eingreifens

Inhalt

- ~~1. Richtlinien für EMDR Arbeit mit Narrativen~~
- ~~2. Arbeit mit Albträumen~~
- ~~3. Imaginative Techniken~~
- ~~4. Vier Felder Technik~~
- ~~5. Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen~~
- ~~6. Arbeit mit positiv dysfunktionalen Gefühlen~~
- ~~7. Elektiver Mutismus~~
- ~~8. Allergiebehandlungen~~
9. Störung des Sozialverhaltens
10. Flash Technik

9. Störung des Sozialverhaltens (SSV)

Das MASTER-Manual

Das MASTR-Manual ist ein traumabasierter Ansatz für Störungen des Sozialverhaltens.

- Verhaltensweisen, die die Diagnose Störung des Sozialverhaltens rechtfertigen, können auch Ausdruck einer komplexen PTBS sein.
- Auf Grund vieler Übereinstimmungen in der Symptomatik ist eine Diagnosestellung häufig sehr schwierig – besonders bei sehr früher Traumatisierung.
- Störungen des Sozialverhaltens sind ein komplexes, multifaktoriell bedingtes Syndrom.
- Bisherige Behandlungsansätze haben Folgen früher und komplexer Traumata nicht ausreichend miteinbezogen.

MASTR für SVV
Motivation – Adaptive Skills – Trauma resolution

```
graph TD; A["MASTR für SVV  
Motivation – Adaptive Skills – Trauma resolution"] --- B["Entwicklung von  
Behandlungsmotivation"]; A --- C["Entwicklung von Selbstkontrolle  
und Rückfallprophylaxe"]; A --- D["Traumabearbeitung"]
```

Entwicklung von
Behandlungsmotivation

Entwicklung von Selbstkontrolle
und Rückfallprophylaxe

Traumabearbeitung

9. Störung des Sozialverhaltens (SSV)

Das MASTER-Manual

1. Ablauf des MASTR-Protokolls:

- Transparentes, strukturierendes und unterstützendes Beziehungsangebot
- Safety First
- Ressourcenorientierte Grundhaltung
- Gemeinsames Verstehensmodell und informiertes Einverständnis des Jugendlichen zu allen therapeutischen Interventionen
- Traumazentrierte Behandlungsplanung
- Trauma-Exposition
- Trauma-Integration

9. Störung des Sozialverhaltens (SSV)

Das MASTER-Manual

2. Entwicklung von Behandlungsmotivation

- Rapport herstellen
- Trauma-/ Ressourcen Anamnese
- Persönliche Ziele herausarbeiten (biographisches Video, positive Zukunftsversion inkl. Zwischenschritte, die mit EMDR verankert werden, negative Zukunftsversion)
- Die Motivation für weitere Arbeit festigen

9. Störung des Sozialverhaltens (SSV)

Das MASTER-Manual

3. Entwickeln von Selbstkontrolle

- Erarbeiten eines traumabasierten Verstehensmodell für das problematische Fehlverhalten (Stressmännchen-Modell)
- Verbesserung der Selbstwahrnehmung (Frühwarnsystem, Zeitlupe zur Triggerdiskrimination)
- Entscheidungen haben Folgen
- Immunisierung gegen Provokation (Mauer hochziehen, Vorbilder...)
- Stressreduktion im Alltag und Rückfallprophylaxe

9. Störung des Sozialverhaltens (SSV)

Das MASTER-Manual

3. Traumabearbeitung mit EMDR

Vorbereitung:

- Ist der Jugendliche in der Lage, strukturiert und (halbwegs) funktionale seinen Alltag zu bewältigen?
- Lässt sich imaginativ ein konstant sicherer Ort etablieren?
- Ist der Jugendliche in der Lage, über seine traumatischen Erinnerungen zu sprechen?

Dann

→ **Standardprotokoll**

Oder

→ **Verlängerte Stabilisierung und umgekehrtes Standardprotokoll**

Inhalt

- ~~1. Richtlinien für EMDR Arbeit mit Narrativen~~
- ~~2. Arbeit mit Albträumen~~
- ~~3. Imaginative Techniken~~
- ~~4. Vier Felder Technik~~
- ~~5. Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen~~
- ~~6. Arbeit mit positiv dysfunktionalen Gefühlen~~
- ~~7. Elektiver Mutismus~~
- ~~8. Allergiebehandlungen~~
- ~~9. Störung des Sozialverhaltens~~
10. Flash Technik

10. Flash-Technik 3.0

Ursprünglich zur Erweiterung des Stresstoleranzfensters bei komplex traumatisierten Klienten

Grundlegende Schritte:

- Festlegen einer belastenden Erinnerung oder eines belastenden Themas (SUD)
- Auswählen eines fesselnden, intensiven Ressourcenfokus (Positive Engaging Focus PFC) – mit langsamer Stimulierung
- Instruieren der Klient*in über ihren Beitrag (Blinzeln ca 5 x während der langsamen Stimulierung und Kontakt zur Ressource)
- Überprüfung der anfänglichen Traumaerinnerung, um ganz kurz zu testen, ob es Unterschiede zur letzten Erinnerung gab
- Wiederholung der Ressource inkl Blinzeln mind 3 x

Je nach Effekt:

- SUD=0-1 Beenden der Prozessierung und Verankerung

10. Flash-Technik 3.0

Schwierigkeiten – Warum und was tun?

- Klient ist nicht vollständig mit der Ressource in Kontakt oder die Ressource ist nicht wirksam
- Die Belastungssituation ist mit einer Affektbrücke oder somatischen Brücke in ein früheres Trauma (feeder-memory) verbunden, die die Belastung aufrecht erhält
- Blockierende Glaubenssätze oder Selbstüberzeugungen
- Dissoziativer oder nicht-kooperativer Selbstanteil
- Sekundärer Krankheitsgewinn

VIELEN DANK!

A green speech bubble with a dark green outline and a small tail pointing towards the bottom-left.

Fragen?

A green speech bubble with a dark green outline and a small tail pointing towards the bottom-right.

Anregungen?

A green speech bubble with a dark green outline and a small tail pointing towards the top-right.

Wünsche?