



Weiterbildungs**Z**entrum für **P**ädagogik und **P**sychologie

I.B.T.®

Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie

bei Säuglingen, Kleinkindern
und Vorschulkindern

Modul 2

Arbeit mit den Bezugspersonen



Weiterbildungs**Z**entrum für **P**ädagogik und **P**sychologie

Alfred-Delp-Straße 2	Tel 07965-802 72 58	www.wzpp.de
D- 73430 Aalen	Tel 07965-802 72 59	info@wzpp.de

Inhaltsverzeichnis

Professionelle therapeutische Grundhaltung in der Arbeit mit den Bezugspersonen	3
Neurobiologie Rekonsolidierung	6
Ressourcenorientierte Arbeit und Resilienz	10
Behandlung der Traumata der Bezugspersonen	13
Vorgehen in der Therapieplanung	16
Mögliche Schwierigkeiten	21
Bearbeitung der Standbilder (lang)	22
Bearbeitung der Standbilder (kurz)	27
Absorptionstechnik/Ressourcen-Protokoll (Bob Tinker)	30
Sicherer Ort/ Wohlfühlort	31
Tresorübung	33
Lichtstromübung	37
CIPOS als EMDR Behandlungstechnik	38

Modul 2 Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie bei Säuglingen und Kleinkindern: Arbeit mit den Bezugspersonen

Professionelle therapeutische Grundhaltung in der Arbeit mit den Bezugspersonen

Menschen müssen sich wohl, sicher, gehalten und gesehen fühlen, um bereit zu sein, an ihren Problemen/ Traumata zu arbeiten.

Menschen jeden Alters müssen sich wohl, sicher, gehalten und gesehen fühlen, um bereit zu sein, an ihren Problemen, Belastungen und Traumata zu arbeiten. Es ist die Aufgabe des Therapeuten seinem Gegenüber, sei es gegenüber dem Kind oder gegenüber seinen Bezugspersonen mit Feinfühligkeit, Wertschätzung, Respekt und einem Wohlwollen zu begegnen. Es muss ein Raum der Geborgenheit entstehen, in dem sich der Gegenüber ohne Angst öffnen kann, aber gleichzeitig nicht das Gefühl eines Kontrollverlusts erfährt. Ein transparentes Vorgehen, ein Erklären jeden Schrittes und sich die Erlaubnis für jeden nächsten Schritt, auch vom Kind (!), geben zu lassen, ist mit einer der wesentlichen Grundhaltungen, die ein Therapeut für die Traumaaarbeit verinnerlichen und authentisch mit seinem gesamten Wesen, seiner inneren Haltung und seinem Handeln leben sollte (Renggli, 2013).

Renggli schreibt dazu: „Ich werte nie, ich bewundere nur. Und ich arbeite mit einem offenen Herzen: Wenn ich meine Liebe zu den Menschen spüre, die zu mir gekommen sind, weil sie Hilfe suchen, dann weiß ich: Jetzt beginnt Heilung. Das gilt für erwachsene Menschen wie auch für Babys und Kinder“ (Renggli, 2013).

Im zweiten Schritt benötigen die Bezugspersonen Entlastung von der „Schuldfrage“. Es geht nicht darum, jemanden „an den Pranger“ zu stellen oder gar „niederzumachen“. Es wird niemanden eine „böse Absicht“ unterstellt. Es geht darum, die gesamte Situation wahrzunehmen, anzuerkennen und Symptome in ihrer Sinnhaftigkeit zu verstehen. Jedes Symptom hatte zu Beginn seiner Entstehung einen für diesen Moment nachvollziehbare Zweckmäßigkeit, die im Hier und Jetzt aber nicht mehr angebracht ist. Die Schwierigkeiten im Hier und Jetzt deuten auf eine frühere Verletzung, ein Trauma hin, das, wenn es im vorsprachlichen Bereich stattgefunden hat, unter Umständen nicht oder nur bedingt erinnerbar und vorwiegend körperlich abgespeichert ist. Es ist nun die gemeinsame Aufgabe der Bezugspersonen und des Therapeuten, sich gemeinsam auf die Suche nach dem Ursprung der früheren Verletzung zu machen, um diesen wahrzunehmen, anzuerkennen und lösen zu können (Renggli, 2013).

Auch die Aufklärung der Bezugspersonen und des Kindes (!), die sogenannte Psychoedukation, über die Entstehung der Schwierigkeiten, über die ehemals Sinnhaftigkeit der Symptome und das weitere Vorgehen entlasten. Die Kinder und die Bezugspersonen müssen darüber aufgeklärt werden, ohne sie zu entmutigen, dass für eine gelungene Traumaintegration, das Trauma nochmals aktiviert und durchlebt werden muss, damit eine Heilung stattfinden kann. Dieser Prozess kann überaus schmerzhaft sein. „Wenn sie den Mut haben, durch das Leiden hindurchzugehen, werden sie eine große Erfüllung und einen tiefen Frieden erleben“ (Renggli, 2013).

Ein Grundprinzip in der Traumaaarbeit ist vor und während der Bearbeitung und Integration des Traumas das Aktivieren von Ressourcen auf verschiedenen Ebenen. Es reicht nicht, sich an eine Ressource rein gedanklich, kognitiv zu erinnern. Die Ressource muss körperlich gespürt und nachempfunden werden. Nicht nur Traumata werden körperlich abgespeichert, auch Ressourcen finden ihre entsprechenden Prägungen im Körper. Mit dem bewussten Spüren der Ressource im Körper soll sichergestellt werden, dass auch im Gehirn entsprechende Bereiche aktiviert worden sind. Ressourcen sind die Quellen die Kraft, sie geben Sicherheit und Schutz vor einer Überflutung durch das Trauma. Ohne ein Aktivieren von Ressourcen kann eine Traumaaarbeit, die sich nur auf das Trauma selbst konzentriert, nicht gelingen.

Traumatisierte Menschen, egal welchen Alters, befinden sich unter der Traumaaktivierung in der Vergangenheit, und zwar emotional in dem Alter, in dem sie das Trauma erfuhren. Aktivierte Ressourcen helfen ihnen, mit einem Fuß in der Gegenwart und damit in Sicherheit zu bleiben. Das Pendeln zwischen Trauma und Ressource ist bei jeder Traumaaarbeit das wesentliche Kernstück.

Der Inhalt der Ressource sollte sich inhaltlich im Wesentlichen zum Traumainhalt konträr verhalten. Bei den 0-3jährigen Kindern spielt besonders auch die Beziehung zu den Bezugspersonen als mögliche Ressource eine große Bedeutung. Sind die Bezugspersonen selbst noch in ihrem eigenen Trauma, Konflikt, Belastung gefangen, sind sie nicht in der Lage für das Kind als sichere Basis, als Ressource mit feinfühligster Beziehung und Bindung zur Verfügung zu stehen. Aus diesem Grund sollten vor der Traumabearbeitung mit dem Kind die Belastungen der Bezugspersonen, sowie die Beziehung zwischen den Bezugspersonen und dem Kind bearbeitet werden. Erst wenn sich die Bezugspersonen von ihren eigenen Belastungen (Konflikte, Traumata, Schuldgefühle etc.) befreit haben, sind sie in der Lage eine gute feinfühligste Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen und ihm als sichere Basis und Ressource für die Traumabehandlung zur Verfügung zu stehen. Gleichzeitig kann damit gewährleistet werden, dass das Kind nicht nach erfolgreicher Behandlung, erneut, dieses Mal sekundär, von den Bezugspersonen traumatisiert wird. Sind die Bezugspersonen nämlich noch immer in ihrer eigenen Belastung, in ihrem Trauma gefangen, hat dies weiterhin Auswirkungen auf ihre Beziehung und Bindung zum Kind und auf das Wohlbefinden des Kindes. Je jünger das Kind desto mehr ist sein Wohlbefinden und sein seelisches Gleichgewicht vom Wohlbefinden der Bezugspersonen abhängig.

Parallel dazu ist es von großer Bedeutung den Blick der Bezugspersonen, weg „von dem, was belastend ist“, hin „zu dem was gut ist“ zu lenken. In ihrer eigenen Belastung haben viele Bezugspersonen diesen positiven Blick verloren und belasten sich, die Partnerschaft und die Beziehung zum Kind und damit wiederum das Kind selbst, in der Konzentration auf die Schwierigkeiten noch mehr.

Es ist die Aufgabe des Therapeuten, konsequent von der ersten Begegnung an, Positives wahrzunehmen und auch gegenüber den Bezugspersonen zu benennen.

Bisherige Lösungsversuche der Bezugspersonen müssen anerkannt und wertgeschätzt werden. Dies muss aber gleichzeitig mit einer großen Feinfühligkeit geschehen. Die Bezugspersonen müssen sich dennoch in ihrer Belastung und Sorge ernst und angenommen fühlen.

Je nach Erschütterung des Selbst- und Weltbildes und des verletzten basalen Bedürfnisses des Klienten sollten auch die Ressourcen themenspezifisch sein:

Trauma-Thema (Erschütterung Selbst-/ Weltbild)	Verletztes basales Bedürfnis	Ressourcen-Thema
Bedrohung	Sicherheit	Schutzpersonen, Handeln können, Überwindung der Lähmung
Hilflosigkeit, Ohnmacht, Kontrollverlust	Kontrolle, Wahlmöglichkeit	Selbstwirksamkeit, Hilfe durch andere
Schuld, Scham	Selbstakzeptanz	Klärung der Verantwortung, Autonomie
Selbstabwertung, Selbstkritik	Selbstakzeptanz	Mitgefühl, Selbstfürsorge, Selbstannahme

In der direkten Traumaaarbeit, die bei jüngeren Kindern auch immer Körperarbeit ist, ist eine Verlangsamung des Prozesses von großer Bedeutung (Renggli, 2013). Dem Baby, aber auch seinen Bezugspersonen soll Raum und Zeit gegeben werden – Raum, um zur Ruhe zu kommen, die Geborgenheit zu fühlen und um sich öffnen zu können. Stress und Zeitdruck verhindern einen guten Prozess und kann die Problematik noch verschlimmern. Ist der Therapeut selbst in seinem inneren Gleichgewicht, in seiner Authentizität und vertraut er auf den Prozess und auf die Selbstheilungskräfte des Kindes und seiner Bezugspersonen, strahlt er automatisch Ruhe und Zuversicht aus, die sich direkt auf das Kind und seine Bezugspersonen übertragen. Die gesamte Behandlung sollte sich mehr als ein prozess- und weniger als ein zielorientiertes Vorgehen gestaltet werden. Die Selbstheilungsprozesse und der Körper des Betroffenen kennen den Weg zur Heilung (Renggli, 2013). Der Therapeut begleitet diesen Prozess, gibt den notwendigen Rahmen und hilft feinfühlig weiter, wenn der Prozess ins Stocken gerät.

Nach der Konsistenztheorie müssen die den Problemen zu Grunde liegenden neuronalen Erregungsmuster aktiviert sein, um sie zu verändern, d.h. mit neuen Erfahrungen überschreiben zu können (**Rekonsolidierungs-Hypothese**).

Die Aktivierung dieser Muster geht mit aversiven Emotionen einher und wird deshalb tendenziell vermieden. Allein die prozessuale Aktivierung der Probleme führt nicht zu korrigierenden Erfahrungen, sondern wird eher als unangenehm und verschlimmernd erlebt.

Nur in der Verbindung mit der **gleichzeitigen Aktivierung positiver Ressourcen** einer Person wird ein neuer Kontext für die aktivierten Probleme geschaffen, der zur Hinwendung und aktiven Auseinandersetzung mit ihnen motiviert und das **Überschreiben der alten Erregungsmuster mit korrigierenden Erfahrungen** ermöglicht.

Die als Gegengewicht zu den Problemen zu aktivierenden positiven Erregungsmuster müssen als Potential bereits vorhanden sein. Sie können als Ressourcen einer Person betrachtet werden, die für den Veränderungsprozess genutzt werden können. Mit einer solchen Ressourcenaktivierung entwickelt sich ein Gegengewicht zur Problemaktivierung.

Die Ressource muss, um als Gegengewicht gelten zu können, das gegenteilige Gefühl beinhalten (**miss-match-Theorie**).

Grawes These: Wenn es in einer Therapiesitzung zu Problemaktualisierungen kommt, die mit starken negativen oder aversiven Gefühlen und Körperempfindungen verbunden sind, dann wird es nur dann zu einem produktiven Sitzungsergebnis kommen, wenn gleichzeitig mit den Problemen in starkem Ausmaß auch Ressourcen der Klientin aktiviert sind/ werden.

Neurobiologie Rekonsolidierung

Dysfunktional abgespeicherte Erinnerungen (implicit emotional learning) sind die Grundlage der Symptomproduktion der meisten psychischen Störungen (van der Kolk et al., 1996). Dies beinhaltet emotionale Konditionierung (bsp. Bindungsmuster) und deren kognitiven Aspekte (Selbstüberzeugungen, Glaubenssätze etc.).

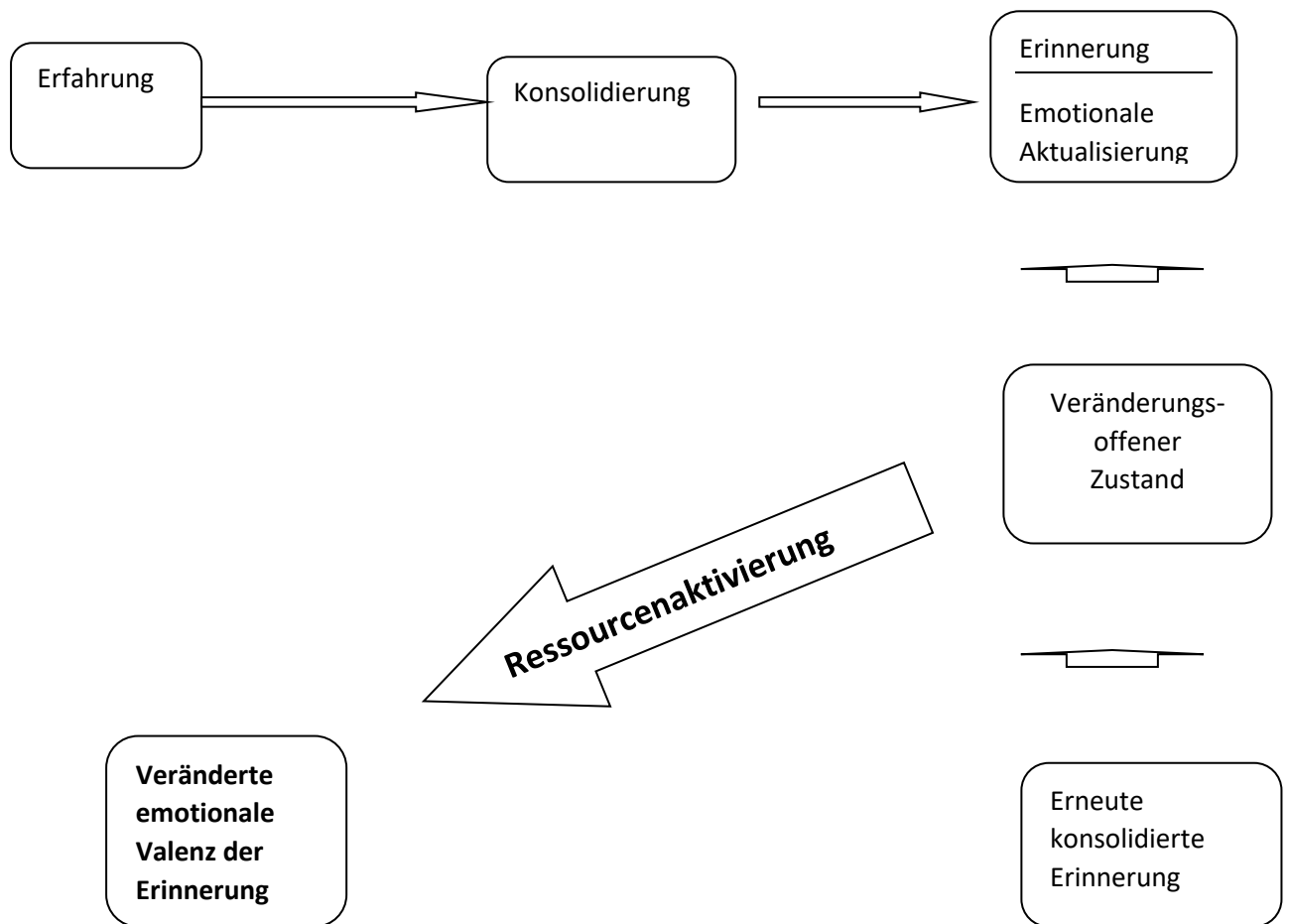
Die Neuroplastizität unseres Gehirns erlaubt es nun, diese dysfunktionalen alten Erfahrungen (Erinnerungen) im Nachhinein nicht nur zu verändern, sondern zu „transformieren“. Dabei bleibt der Inhalt der Erinnerung (Zeit, Ort, Faktum) erhalten, erscheint evtl. sogar differenzierter. Lediglich der amygdala-assoziierte Anteil der Erfahrung/ Erinnerung wird gelöscht.

Die Grundlagenforschung zu diesem Thema wird seit ungefähr 11 Jahren intensiv betrieben und läuft unter dem Stichwort „Rekonsolidierung“.

Ecker et al. (2012) haben die allgemeinen Elemente dieses Transformationsgeschehens wie folgt zusammengefasst:

- 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
 - a) Emotionale Nicht-Reaktivität (auf Trigger)
 - b) Verschwinden der Symptomatik
 - c) Dauerhafte Anstrengungslosigkeit im Umgang mit dem zuvor belastenden Material

Veränderung von Erinnerungen (Nadel et al., 2012)



Es benötigt einen längeren Integrationsprozess, um biographische Erfahrungen stabil im Langzeitgedächtnis abzuspeichern (**Konsolidierung**).

Erfahrungen werden qualitativ abgespeichert, d.h. die verschiedenen Aspekte werden in unterschiedlichen Gehirnregionen gespeichert (und müssen, wenn sie wieder erinnert werden, zusammengesucht werden).

Jedes Mal, wenn der Erinnerungsinhalt wieder aufgerufen wird, d.h. ins Bewusstsein gehoben wird, gerät die Erinnerung in einen (biochemisch) labilen Zustand.

Werden keine neuen Informationen hinzugefügt, wird die Erinnerung in unveränderter Weise wieder abgespeichert und noch fixierter eingepreßt (erneute Konsolidierung).

Es ist aber auch möglich, in der labilen Phase der aktualisierten Erinnerung neue adaptive Informationen „hinzuzufügen“, die sich dann mit der ursprünglichen Erinnerung assoziativ und neuronal verbinden und zu einer neuen veränderten Abspeicherung führen. Der Mechanismus alte Erinnerungen durch neue Erfahrungen quasi upzudaten wird Rekonsolidierung genannt.

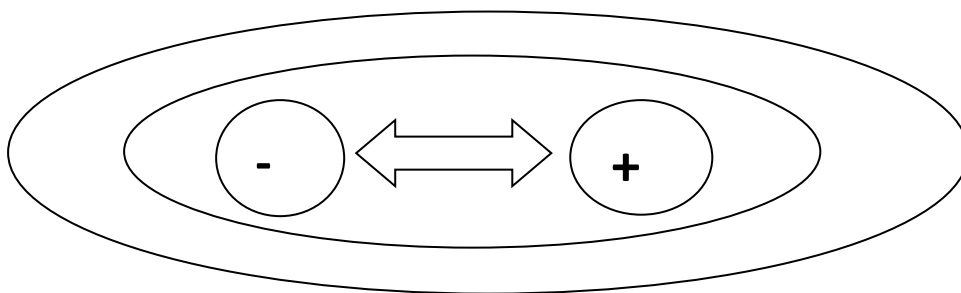
Nach Pedreira & Maldonado (2003) scheint es ein Zeitfenster von einer Stunde zu geben, in dem nach der emotionalen Aktualisierung einer Erinnerung neue Erfahrungselemente hinzugefügt werden können.

Schiller et al. (2010) fanden heraus, dass eine vollständige Löschung einer Angstreaktion am besten gelang, wenn die Aktualisierung der Angst zehn Minuten vor den Rekonsolidierungs-Aktivitäten erfolgte.

- Sie schreiben: „Durch die Aktualisierung einer Angsterinnerung wird diese labil und kann durch Hinzufügen einer Nicht-Angst-Information in einem Zeitfenster so verändert werden, dass in der Zukunft kein Angstgefühl mehr mit der ursprünglichen Erinnerung verbunden ist. Diese Überschreibung beeinflusst nicht andere Erinnerungen und ist mindestens ein Jahr stabil.“

Modell der Selbstheilungskräfte (Plassmann, 2006)

Nicht die Methode heilt, nicht die Therapeutin heilt, sondern der Klient heilt sich selber (unter bestimmten ressourcenvollen Bedingungen).



Im therapeutischen Rahmen wird zwischen Belastungsmaterial (-) und Ressourcen (+) hin- und hergependelt.

Universelle Ressourcen

Imaginative Distanzierungstechniken, Innere-Helfer-Techniken, Tresor- und Bildschirmtechnik, Sichere-Ort-Übung

Dynamische/ verschränkte Ressourcen

Positives Material, das (auf Ansprache) im Klienten auftaucht, wenn er mit fokussiertem negativem Material emotional in Kontakt ist. Als dynamischen Ressourcen tauchen regelmäßig in dieser Reihenfolge auf: Körperrepräsentanzen, positive Situationen mit Kontakt zu positiven Emotionen, positive Kognitionen.

Das Heilungsgeschehen basiert auf dem Phänomen der Absorption.

Die implizite Ressourcen-Arbeit

- **Zügig guten Rapport herstellen:** die klientenzentrierte Grundhaltung vermittelt Sicherheit, Wärme und Wertschätzung
- **Hoffnung wecken:** gleich zu Beginn der Therapie wird eine positive Besserungserwartung beim Kind und seinen Bezugspersonen geweckt
- **Sicherheits- und Kontrollbedürfnis aktiv erfüllen:** komplementäre Beziehungsgestaltung, ein transparentes und klar strukturiertes Vorgehen ermöglicht positive, bedürfnisbefriedigende Erfahrungen von Kontrolle und Orientierung
- **Selbstwert stärken:** andauernde prozessuale Aktivierung positiver selbstwerterhöhender Erfahrungen des Klienten in der Therapie/ Beratung
- **Motivieren des Klienten und seinen Bezugspersonen:** Maßnahmen wie die Ressourcenanamnese, die Etablierung eines gemeinsamen Verstehungsmodells der Störung (Splitter-Metapher; Stressmännchen) und die besondere Bedeutung der informierten Einwilligung dienen diesem Ziel
- **Flexibler klientenzentrierter Umgang mit Vermeidung:** GANGWECHSEL

Die explizite Ressourcen-Arbeit (Stabilisierung + Ressourcen-Aktivierung)

In traumazentrierten Behandlungsansätzen ist es Standard geworden, zusätzlich sogenannte Stabilisierungsübungen und Ressourceninstallationen durchzuführen.

Der Klient macht so bewusste Erfahrungen von Sicherheit und Kontrolle.

Die Motivation für das Fokussieren steigt (durch Angstreduktion).

Die Steuerungsmöglichkeiten, für den Klient und die Fähigkeit während der Fokussierungsphase assoziiert zu bleiben, steigt.

Die Fokussierungsprozesse laufen sanfter ab.

Es werden Kontrollmöglichkeiten für den Alltag erlernt.

Das Erlernen der Übungen liefert dem Therapeuten/ Berater diagnostische Hinweise zur Stabilität des Klienten und hilft so, eine klare Entscheidung treffen zu können, wann zur Traumafokussierung übergegangen werden soll.

Der Kern einer jeden Ressource ist das positive Körperempfinden

Letztlich kommt jede Ressource aus unserem Kontakt mit unserem authentischen Selbst

Ressourcenorientierte Arbeit und Resilienz

Wichtig ist ein differenzierter, „passgenauer“, ziel- und lösungsorientierter Einsatz von Ressourcen in Traumaberatung/ -therapie

- Welche Fertigkeiten bräuchte der Klient zur Bewältigung des spezifischen Problems?
- Was war in Bezug auf das Problem bereits früher einmal hilfreich?

Aber auch **die Wiederaktivierung und der Ausbau aller individuellen Ressourcen** aus allen Lebensphasen und –bereichen der Klienten sind wichtig.

Die besondere Bedeutung einer konsequenten Ressourcenorientierung in Traumatherapie ergibt sich u.a. aus folgenden Faktoren:

- Komplex traumatisierte Menschen konnten in wenig fördernden oder gar massiv schädigenden frühen Bindungsbeziehungen und Umgebungen **nur unzureichend Ressourcen entwickeln**, z.B. soziale Kompetenzen, Beziehungsfähigkeit, Möglichkeiten der Selbst- und Affektregulation und Selbstfürsorge.
- Der Blick auf ihre eigenen Fähigkeiten ist ihnen durch traumabedingte **negative Überzeugungen** verstellt, die Selbstwahrnehmung nur negativ gefärbt.
- Bei **Triggerung impliziter Traumanetzwerke** landen die Klienten „im alten Film“ und im Wiedererleben und sind abgeschnitten von ihren – auch den sonst durchaus verfügbaren – Ressourcennetzwerken.
- Viele Ressourcen sind kontextbezogen abgespeichert oder nur situationsspezifisch zugänglich, z.B. Mut oder motiviertes Engagement im Sport. Ein Ressourcentransfer in neue Situationen ist dann schwierig. In **Problemsituationen dominieren die dann aktivierten neuronalen Netzwerke negativer Selbstwahrnehmung, engen die Sicht ein und blockieren**.
- **Ressourcenorientierte Arbeit hilft** hier, anscheinend verschüttete Fähigkeiten zu aktivieren, ins Erleben zu heben und den Transfer zielgerichtet in die belastende Situation im heutigen Alltag zu ermöglichen.
- Bewältigungs- und Überlebensstrategien wie „Angriff ist die beste Verteidigung“ wurden oft auch von Helfern nicht als Ressource gewürdigt, sondern nur als Problem oder Defizit gesehen, weil sie in der heutigen Realität unangemessen imponieren und negative Auswirkungen im sozialen Umfeld, bei der Bewältigung der Anforderungen des Alltags (Schule, Arbeitsplatz) und in der Gegenübertragung der Helfer auslösen, aber auch für die Betroffenen selbst mit Leid und psychischen wie körperlichen Störungen einhergehen.

Es gilt also, konsequent in allem auch die verborgenen Fähigkeiten aufzuspüren und wieder nutzbar zu machen.

So kann eine schwierige Situation imaginiert werden, während der Klient zugleich mit seinen Fähigkeiten im Kontakt bleibt, gewissermaßen mit dem Ressourcenbein in der Gegenwart, was für schonende Traumintegration nutzbar ist. Eine weitere lösungsorientierte Möglichkeit besteht darin, im Sinne einer Zukunftsprojektion situationsspezifische Ressourcen imaginativ (etwa mit Screen-Technik oder als imaginatives Ressourcenteam) in eine zu erwartende Problemsituation zu transferieren und diese zu verändern.

Lange beschäftigte sich die medizinische und psychologische Forschung damit, was Menschen krank macht (Pathogenese), auch die psychotherapeutischen Ausbildungen waren vielfach defizitorientiert. „**Positive Psychologie**“ dagegen (Seligmann, 2003), **Salutogenese** (Antonovsky, 1997) und **Resilienzforschung** beschäftigen sich damit, was Menschen seelisch gesund hält, auch wenn sie schwere Schicksalsschläge erleiden. Was half den Personen, die an seelischen Belastungen nicht zerbrachen, sondern sogar noch daran wachsen konnten? Was überhaupt verhilft Menschen zu einem glücklichen und zufriedenen Leben?

Unter **Resilienz** versteht man die Fähigkeit, schwierige Lebenssituationen und Krisen wie schwere Krankheiten, Verlust nahestehender Personen oder andere Traumata ohne anhaltende Beeinträchtigung zu überstehen. Gemeint ist also die Stärke oder psychische Widerstandsfähigkeit („biegen statt brechen“) eines Menschen, natürlich auch unabhängig von Krisen.

Resilienz ist nicht nur angeboren, sondern erlernbar,
und zwar in jedem Lebensalter.

Förderung von Resilienz ist primäre Prävention: Kinder frühestmöglich für Stress- und Problemsituationen zu stärken kann verhindern, dass unangemessene Bewältigungsstrategien entwickelt und „gelernt“ werden, die den Umgang mit Belastungen in späteren Entwicklungsabschnitten erschweren.

Resourcenorientierung ist Resilienzförderung!

Resiliente Personen haben ein realistisches Bild von ihren Fähigkeiten und sind überzeugt, dass sie über ihr eigenes Schicksal bestimmen (Kontrollüberzeugung), sie vertrauen nicht auf Glück oder Zufall, sondern nehmen die Dinge selbst in die Hand, entwickeln realistische Ziele und eine Langzeitperspektive, ergreifen sich bietende Möglichkeiten, nutzen soziale Kontakte, verlassen so die Opferrolle.

Die „Positive Psychologie“ erforschte positive Gefühle und Charaktereigenschaften, Stärken und Tugenden, die als innerseelische Widerstandskräfte bei der Verarbeitung schlimmer Lebenserfahrungen helfen und zum Glücklich sein beitragen.

Als besonders hilfreiche Faktoren für die Bewältigung schwieriger und traumatischer Ereignisse erwiesen sich: Hoffnung und Zuversicht, Vertrauen, Kreativität, Humor, Selbständigkeit, Selbstwirksamkeit, Mut, Einsicht, Glaube, Spiritualität, Phantasie, Entschlossenheit u.a. (Seligmann, 2003; Reddemann, 2004a).

Salutogenese bedeutet „Entstehung von Gesundheit“, das Konzept wurde von Aaron Antonovsky entwickelt. Die Kernfrage war: Was hält Menschen trotz vieler potenziell gesundheitsgefährdender Einflüsse gesund (Antonovsky, 1997)?

Nach seiner These ist das sogenannte **Kohärenzgefühl** zentral für die Frage, wie Gesundheit entsteht. Kohärenz („Sinn für Zusammenhalt“) bedeutet:

- Das Gefühl von Verstehbarkeit der Zusammenhänge des Lebens
- Die Überzeugung, das Leben gestalten und bewältigen zu können, genügend Stärken zu haben, Situationen richtig einordnen zu können und nicht die Kontrolle zu verlieren
- Vertrauen, dass die Welt und man selbst „zusammenhalten“ wird und alles gut ausgeht
- Der Glaube, dass das Leben einen Sinn und eine Bedeutung hat

Die autobiographischen Berichte einiger Überlebender aus Konzentrationslagern des Nazi-Regimes sind eindrucksvolle Beispiele dafür, wie hilfreich eine den Kohärenzprinzipien entsprechende aktive Haltung für die Bewältigung des Grauens war (Frankl, 1973).

Alle präventiven und stabilisierenden Maßnahmen und die Förderung aller Ressourcen bedeuten Gesundheitsförderung. Das gilt auch im (trauma-) pädagogischen Alltag.

Resilienz hat große Bedeutung für die (trauma-) pädagogische Praxis. Resilienzförderung auf individueller Ebene direkt beim Kind wirkt präventiv, indem man es für den Umgang mit Belastungen stärkt und ihm hilft, wichtige Lebenskompetenzen zu lernen: Problemlösefertigkeiten, Eigenaktivität und persönliche Verantwortungsübernahme, Selbstwirksamkeit, Stärkung des Selbstwertgefühls, Förderung von sozialen Kompetenzen und Stärkung von sozialen Beziehungen, Förderung von effektiven Stressbewältigungsstrategien wie z.B. die Fähigkeit, Unterstützung zu mobilisieren oder sich zu entspannen.

Resilienzförderung geschieht auf der Beziehungsebene über eine hohe Erziehungs- bzw. Interaktionsqualität, sowie über die Stärkung der Eltern in ihren Erziehungskompetenzen (Wustmann, 2005).

Behandlung der Traumata der Bezugspersonen

Die Behandlung der Bezugspersonen ist angelehnt an die Traumabehandlung der Kinder. So erleben die Bezugspersonen „am eigenen Körper, im eigenen Erleben“ wie die Methode wirkt, was auf ihre Kinder zukommt und können aus dieser eigenen Erfahrung den Prozess des Kindes wirksamer begleiten. Zudem kann dadurch auch mit den Bezugspersonen gemeinsam der Ablauf der Traumageschichte des Kindes und die Aktivierung auf verschiedenen Ebenen (Kognitiv, emotional und physisch) eingeübt werden. Für den Therapeuten selbst ist diese Arbeit bedeutsam, da er zum einen die Traumageschichte des Kindes, aus der Sicht der Bezugspersonen, kennenlernt und gegebenenfalls für die Bezugsperson „einspringen“ bzw. sie ergänzen, zum anderen das Erleben der Bezugspersonen in Bezug auf das Trauma des Kindes erleben und bei Belastung mitbehandeln kann.

Ein wichtiges Element der Traumabehandlung der I.B.T. Methode ist angelehnt an die EMDR-Methode. Eye Movement Desensitization and Reprocessing, auf Deutsch Desensibilisierung und Neuverarbeitung mit Augenbewegungen, ist eine Ende der 80er von Dr. Francine Shapiro entwickelte Therapiemethode zur Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen. Seit 2015 ist diese Methode als wirksames Verfahren bei der Behandlung von PTBS bei Erwachsenen in den Psychotherapierichtlinien verankert.

EMDR ist ein hochwirksames Werkzeug, das in einen Behandlungsplan integriert werden muss. Für die Anwendung selbst benötigt es eine gute fundierte Ausbildung, besonders bei komplex traumatisierten Klienten. Der Wirkmechanismus ist noch nicht genau geklärt, scheint aber ähnlich der Verarbeitungsfunktion des REM-Schlafes zu sein. Kern der Methode scheint die Wiederaktivierung eines spontanen, sich selbst organisierenden adaptiven Informationsverarbeitungsprozess zu sein, eine Aktivierung des Parasympathikus spielt eine Rolle.

Bilaterale Stimulierung durch Augenbewegungen, auditive oder taktile Reize scheint die blockierte Informationsverarbeitung (der als dissoziierte Traumafragmente gespeicherten impliziten Traumaerinnerungen) wieder in Gang zu bringen und deren Abschluß zu ermöglichen. Mit erfolgreicher Verarbeitung wird die Erinnerung quasi in das explizite Gedächtnis „umsortiert“ und so zu einer erzählbaren und der Vergangenheit angehörigen Erinnerung, die nicht mehr weiter belastende Symptome in der Gegenwart auslöst. Zudem verändern sich typische posttraumatische negative Überzeugungen zum Selbstbild („Ich bin schlecht“, „Ich bin selbst schuld“), diese werden im Sinne einer kognitiven Umstrukturierung neu bewertet.

Im Vorfeld, im Erstkontakt sollte neben der Diagnostik des Kindes, Beziehungsaufbau, Erarbeitung realistischer Ziele und Aufklärung über die Methode erfolgen. Zur weiteren Stabilisierung der Bezugspersonen sollte, besonders bei großer Belastung der Bezugspersonen, vor der Traumabearbeitung mit den Bezugspersonen verschiedene Stabilisierungsmethoden durchgeführt werden. Bewährt haben sich hier die Sichere Ort-Übung, die Tresor-Übung und auch die Lichtstromtechnik.

Ausreichend Ressourcen müssen jeweils aktuell zur Verfügung stehen. Als Kern einer Ressource wird das Erinnerungsbild der Ressourcensituation mit dem zugehörigen

Körpergefühl und mit positiver Emotion im Jetzt – durch langsame bilaterale Stimulation – verankert, z.B. eine Erinnerung an Freude, Ruhe, Kompetenz, Sicherheit, Akzeptanz, Geborgenheit, Stolz, Mut etc. So können allgemeine Ressourcen wie positive Erfahrungen, Vorbilder, Krafttiere, Symbole, imaginative Helfer, Kraftorte etc. verankert werden oder spezifische problembezogene Ressourcen.

Eine sehr wirksame und vielfältig einsetzbare Ressourcentechnik ist die Absorptionstechnik. Hier werden für eine zu bearbeitende Problemsituation spezifisch notwendige Ressourcen erarbeitet und verankert, dann mit dem Bild der Problemsituation verknüpft und so die Belastung des Fokus bereits gesenkt. Dieser kann dann – bei Bedarf und mit nun bereits geringer Ausgangsbelastung – mit der I.B.T.-Methode weiterverarbeitet werden.

Beobachtungen während des Prozesses

- 1.) Emotionale Entlastung durch Erleben der Auflösung der Bedrohungssituation
- 2.) Kognitive Veränderungen durch spontane Neubewertung der traumatischen Situation, die nicht mehr als gegenwärtige Gefährdung wahrgenommen, sondern als Vergangenes eingeordnet wird.
- 3.) Verhaltensveränderungen wie Aufgeben des Vermeidungsverhalten und Wiederlangen von verloren gegangener Fähigkeiten.
- 4.) Auflösung körperlich abgespeicherter Traumata, verbunden mit Senkung der innerlichen Erregung. Dies zeigt sich häufig in einer innerlichen Ruhe, Weite und Entspannung (Gähnen).
- 5.) Lösungsorientierte Veränderung innerer Vorstellungen des Traumas. Dieser Prozess wird mit positiven Gefühlen und Körperempfindungen gekoppelt.

Phasen der Behandlung:

- 1.) Stabilisierung (körperlich, emotional, sozial – bei Kindern auch die Bezugspersonen)
- 2.) Traumaverarbeitung in Form eines Narrativs verknüpft mit bilateraler Stimulierung der Hot Spots
- 3.) Integration und Neuorientierung

Behandlungs-Grundlagen:

- 1.) Wertschätzende, authentische Grundhaltung des Therapeuten: mitfühlen, aber nicht mitleiden; nicht werten!
- 2.) Sichere therapeutische Beziehung
- 3.) Normalisierung der Gedanken und Einstellungen des Patienten („normale Reaktion auf unnormale Ereignisse“)
- 4.) Rückgewinnung von Kontrolle durch Stabilisierung (Sicherer Ort, Tresor-Übung, CIPOS, Absorptionstechnik, Skills...)
- 5.) Ressourcenaktivierung
- 6.) Distanzierungstechniken

Ressourcenthemen

Kategorie	Problem	Ressource
Sicherheit	Erstarrung/ Freeze	Handeln, sich bewegen (Kampf)
Verantwortung	Schuld/ Scham	Gemeinschaft und Hilfe
Wahlmöglichkeiten	Niedrige Selbstwirksamkeit, Ausgeliefertsein / Hilflosigkeit	Selbstwirksamkeit
Selbstwert	Selbstunsicherheit	Mitgefühl, Selbstakzeptanz
Körpergefühl mit einer wohltuenden Emotion, z.B. Freude, Glück, Liebe, Mitgefühl, Geborgenheit, Akzeptanz, innere Kraft/ Frieden, Lebendigkeit, Lebensfreude, Selbstwirksamkeit etc.		

Vorgehen in der Therapieplanung

Stabilisierung

- Aufbau einer stabilen therapeutischen Beziehung zum Patienten
- Bestehende Motivation des Patienten (und dessen Bezugspersonen) am Trauma zu arbeiten (z.B. durch Splitter-Metapher)
- Einüben von verschiedenen Stabilisierungs- und Ressourcenübungen (z.B. sicherer Ort, Lichtstromtechnik, Screen-Technik, Tresorübung)
- Ausreichende Alltagsstabilität: physische und psychische Belastbarkeit, keine Sicherheitsrisiken (Vertrag)
- Unterstützungsmöglichkeiten im familiären und weiteren Umfeld
- Ausreichend Zeit

Indikation

- Stressorbasiertes Vorgehen: Erinnerungen aus der Vergangenheit, die im hier und jetzt noch eine emotionale Belastung hervorrufen

In der I.B.T.® Methode werden die Bezugspersonen gebeten, die Traumageschichte des Kindes aus ihrem eigenen Erleben heraus zu erzählen. Wichtig ist, dass die Geschichte an einem „sicheren Punkt“ beginnt, an dem „noch alles gut ist“. Die Bezugspersonen berichteten die Geschichte aus der Distanz, wie einen inneren Film, der erneut angesehen wird. Der Therapeut sollte in dieser Phase achten, dass die Geschichte langsam und „bewusst erlebend“ (aktiviert auf der kognitiven, emotionalen und physiologischen Ebene) berichtet wird. Während dem Erzählen achten die Bezugspersonen parallel auf das eigene innere Erleben. Taucht während dem Erzählen eine innere Belastung, ein „Hot spot“, (mind Belastung SUD von 4) auf, wird an dieser Stelle ein Standbild errichtet und diese Situation traumaintegrativ bifokal bearbeitet (siehe weiterer Verlauf). Ist die erste Belastung „bearbeitet“, wird also als nicht mehr belastend im hier und jetzt erlebt, wird der Film bis zum nächsten Hot Spot fortgesetzt. Der nächste Hot Spot wird dann wie der Vorhergehende (nur ohne Kognition (siehe weiterer Verlauf)) bearbeitet. Das Traumanarrativ endet an dem Punkt, an dem wieder „alles gut“ ist. Dieser Punkt ist nicht automatisch gleichzusetzen mit dem Ende des traumatischen Ereignisses. Manchmal wird das Nachfolgende, zum Beispiel der Krankenhausaufenthalt etc., ebenfalls als sehr belastend erlebt und muss bearbeitet werden.

Anders als bei EMDR wird hier nicht mit dem schlimmsten Moment begonnen, sondern mit dem ersten als belastend erlebten Moment. Dadurch können Affektbrücken (traumanahe Erinnerungen aus der Vergangenheit mit demselben Gefühl) weitestgehend vermieden werden. Sollten diese dennoch auftauchen, sollten die dann auftauchenden Erinnerungen in den Tresor gepackt werden und eine Fortsetzung des Narrativs ist möglich. Sollte die auftauchende Erinnerung nicht ausreichend in den Tresor gepackt werden können und/ oder im weiteren Verlauf weitere Affektbrücken auftauchen, sowie die Bezugsperson nicht ausreichend stabilisiert werden kann, ist es von großer Bedeutung, erneut die Tresorübung, sowie den sicheren Ort anzuwenden. Ein Weiterarbeiten am Traumanarrativ des Kindes ist dann nicht mehr möglich und eine eigene Traumatherapie der Bezugsperson mit ihren eigenen Traumata vorrangig. Evtl. kann eine alternative Bezugsperson das Traumanarrativ mit dem Kind bearbeiten.

Bearbeitung des Standbildes

1. Fixieren des Standbildes
2. Benennen einer negativen Kognition (nK) (nur beim ersten Standbild)
3. Benennen einer positiven Kognition (pK) (nur beim ersten Standbild)
4. Traumabezogene Emotion
5. Ermitteln des Belastungsgrad (SUD 0-10)
6. Begleitende Körperempfindung (Ort + Qualität)
7. Bifokale Stimulierung, während der Patient gebeten wird, den inneren Prozess zu beobachten und alles zulassen was passiert. Ist die Belastung für das jeweilige Standbild im hier und jetzt verringert (bevorzugt SUD = 0), wird das Traumanarrativ bis zur nächsten Belastung (nächstes Standbild) fortgesetzt. Die nächste Belastung/Standbild wird dann wie beschrieben bearbeitet. Weiter: Durcharbeiten der gesamten Traumageschichte des Kindes aus Sicht der Bezugspersonen bis „wieder alles gut ist“. Am Ende des Narrativs wird die Gesamtbelastung im hier und jetzt abgefragt (SUD 0-10).
8. Verankerung der positiven Kognition (pK), wenn die Gesamtbelastung SUD=0
SUD > 0 Tresorübung und sicherer Ort
9. Körpertest, nur bei SUD = 0, sonst entfällt dieser Punkt
10. Abschluß

Zu 2.: Mit dem Herausarbeiten der negativen Kognition wird das Traumanetzwerk aktualisiert. Die nK ist eine irrationale, negative und auf sich selbst bezogene Überzeugung. Die nK sollte möglichst genau das gegenwärtige dysfunktionale Kernthema des Klienten erfassen (kurz und knackig). Die nK sollte zudem emotional bedeutsam sein und eine affektive Resonanz beim Klienten auslösen.

Wichtig:

- Nicht Emotion mit Kognition verwechseln
- Die nK beinhaltet, was der Klient JETZT über das Ereignis denkt, nicht was er damals gedacht hat
- Zügiges Vorgehen

Zu 3: Es geht hier um die Frage: „Wenn Du das Standbild vor Augen hast, wie würdest du JETZT gerne über Dich denken?“. Der Klient braucht bei der Suche nach der pK meist Unterstützung. Bei der pK handelt sich um eine positive, auf sich selbst bezogene und generalisierte Überzeugung, die beim Klienten eine positive affektive Reaktion hervorruft. Die pK konzentriert sich genau auf die vom Klienten erwünschte Richtung der Veränderung. Die pK sollte ebenfalls kurz sein und sich auf das Kernthema des Klienten beziehen.

Zu 4/5.: Hier wird der Frage „Wenn Du jetzt nochmals an das schlimme Bild denkst und dabei den Satz (nK wortwörtlich wiederholen) denkst, welches Gefühl kommt

JETZT in dir auf?“ und direkt darauf „Und wie belastend ist dieses Gefühl JETZT im Moment für Dich auf einer Skala von 0 – überhaupt nicht belastend- bis 10 – maximale Belastung?“. Die Einschätzung der aktuellen Belastung erfolgt mit Hilfe des SUD (Subjective Units of Discomfort) auf einer Skala von 0 (neutral, ruhig, entspannt) bis 10 (maximale Belastung).

Zu 6.: Direkt nach der Einschätzung der emotionalen Belastung wird geprüft, wo sich die Belastung körperlich zeigt. Es wird gefragt „Wo im Körper spürst Du die Belastung JETZT?“.

Zu 7.:

- Erinnerung an das Stop Signal

- Zusammenfassung des Therapeuten: „Bitte stell dir jetzt nochmals das Bild vor (stichwortartiges beschreiben), denke an den Satz (nK wiedergeben spüre deine Gefühle (benennen) und wo du sie im Körper JETZT spürst (benennen). Folge meinen Fingern oder dem Tappen und beobachte, was passiert.“

- Beginn des ersten Set (ca 24 rechts-links Bewegungen bzw. ca 50 x tappen). Der Therapeut achtet darauf, dass sich beim Klienten nur die Augen und nicht der ganze Kopf bewegt. Die Augenbewegungen sollten flüssig sein, die Geschwindigkeit zügig. Beim Tappen doppelte Geschwindigkeit der Herzfrequenz, nicht zu sanft, aber auch nicht zu fest.

- Nach dem ersten Set unterbricht der Therapeut und fragt „Atme tief durch und was ist jetzt?“ NICHT „Was fühlst Du jetzt?“!!!

- Egal welche Antwort der Klient nach dem ersten Set gibt, erfolgt direkt weiter der zweite Set „Beobachte weiter und folge meinen Fingern.“ (Keine Zusammenfassung, Interpretation oder Vertiefung)

- Nach dem zweite Set unterbricht der Therapeut und fragt „Atme tief durch und was ist jetzt?“

- Benennt der Klient zweimal eine neutrale bzw. positive Empfindung scheint der Assoziationskanal durchgearbeitet und der Klient wird gebeten die Geschichte weiterzuerzählen bis zum nächsten Belastungspunkt

- Beim nächsten Belastungspunkt wird nur noch das traumabezogene Gefühl, der Belastungsgrad (SUD 0-10) und begleitende Körperempfindung (ohne nK und pK) erfragt und daraufhin direkt bifokal stimuliert, bis zweimal eine neutrale bzw. positive Empfindung erscheint.

- Auf diese Art und Weise wird die gesamte Traumageschichte des Kindes aus der Sicht der Bezugspersonen durchgearbeitet.

- Ist die Geschichte komplett durchgearbeitet (bis an einen sicheren Punkt) wird die Bezugsperson gebeten, die aktuelle Belastung (SUD 0-10) auf das gesamte Erleben einzuschätzen.

- Ist der SUD > 0 werden die Sets fortgesetzt, bis wieder eine positive Empfindung geäußert wird.
- Ist der SUD = 0 wird die Stimmigkeit der pK VoC abgefragt.

Zu 8.:

- Der Therapeut fragt nach der Stimmigkeit der pK mit Hilfe des VoC
- Stimmt die pK noch und ist = 7 wird die pK durch langsame Stimulierung noch verankert
- Stimmt die pK nicht mehr (PK kleiner 6), sollte nach einer passenderen pK gesucht werden
- Stimmt die pK, aber VoC < 7 wird diese durch schnelle Stimulierung versucht zu erhöhen.
- Gelingt dies nicht, begibt man sich auf die Ursachensuche: „Was bräuchte es denn, damit es eine 7 wird?“ evtl benötigt es nochmals eine erneute schnelle Prozessierung
- Eine Verankerung der pK darf nur dann erfolgen, wenn SUD = 0!!!
- Wird kein vollständiger Abschluß erreicht, erfolgt die Tresor-Übung oder sicherer Ort

Zu 9.:

- „Jetzt wollen wir noch prüfen, ob von dem schlimmen Ereignis noch etwas in deinem Körper stecken geblieben ist. Kannst du bitte deine Augen schließen und noch einmal an das Ereignis und gleichzeitig den positiven Satz (wortwörtlich wiederholen) denken? Wenn du beides in deinem Kopf hast, gehe wie mit einem Scanner durch deinen ganzen Körper und sage mir, was du spürst.“
- Positive Empfindungen können durch langsame Stimulierung intensiviert werden.
- Unangenehme Empfindungen werden schnell prozessiert ohne erfragen des SUD oder nK
- Bei Reste Tresorübung

Zu 10.:

- Den Klienten stabilisieren (Ruhe, Entspannung)
- Würdigung der Mitarbeit
- Information, dass der Traumaverarbeitungsprozess weiter geht. Es können weiter Bilder, Gedanken etc auftauchen, diese bitte wahrnehmen und notieren und zur nächsten Sitzung mitbringen.

Überprüfung

In der nächsten Sitzung sollten vier Aspekte erfragt werden:

1. Hat sich in der Zwischenzeit die Symptomatik verändert?
2. Ist zwischen den Sitzungen neues assoziiertes Material aktiviert worden, an dem jetzt gearbeitet werden muss?
3. Ist das prozessierte Target vollständig verarbeitet?
4. Sind alle relevanten, mit dem traumatischen Geschehen verbundenen Targets und Trigger verarbeitet?

Kriterien einer vollständigen Verarbeitung nach Schubbe:

- Aufweichen/ Verschwinden von festen Verhaltensmustern, Einstellungen, Gefühlen oder Körperreaktionen, die mit dem Ausgangsthema verbunden waren,
- erlebte Angstfreiheit und Wahlfreiheit in den eigenen Handlungen in bisherigen Auslösesituationen für Belastungen bei Realkonfrontation,
- bewusste Erinnerungen an die Ausgangssituation rufen keine emotionalen oder körperlichen Belastungen mehr hervor („non-reactivity to a traumatic memory“, Horowitz)
- ein freies Erzählen über die alten Erfahrungen ist der Klientin ohne affektive Überflutung möglich, die Erfahrungen werden als ichzugehörig und abgeschlossen erlebt,
- spontane Erinnerungen verlaufen ohne affektive Begleitung,
- es ist kein Vermeidungsverhalten mehr zu beobachten.

Mögliche Schwierigkeiten

Schwierigkeit	Intervention
Abreaktion: häufig weinen, Wiedererleben der stimulierten, traumatischen Situation auf einem hohen affektiven Belastungsniveau	Weitermachen bis zur Auflösung: „Ja, beobachte einfach was geschieht.“ Oder „Ja, das ist altes Zeug.“ Falls die Abreaktion nicht nach ein paar Minuten beendet ist, zurückführen ins hier und jetzt, Körperübung und sicherer Ort)
Blockaden: Verarbeitung kommt zum Stillstand	Einweben: „Was kannst du dem inneren Bild hinzufügen, das dir hilft, dich sicherer und stärker zu fühlen?“ Grundthemen: - Sicherheit/ Überleben - Verantwortlichkeit/ Schuld - Selbstwertgefühl - Wahlmöglichkeiten
Überflutung/ Dissoziation ist Retraumatisierung	Zurückholen: - Zurückführen in die Realität, ins Hier und Jetzt - Reorientierung - Körperübungen - Kontrolle/ Sicherheit aufbauen
Den Klienten immer nur in einem stabilen Zustand entlassen!!	

Bearbeitung der Standbilder (lang)

1. Stabilisierung und Vorbereitung:
 - Erklärung der I.B.T.®-Methode und gemeinsames Verstehungsmodell: traumatische Erinnerungen sind im neuronalen Gedächtnis meist wie eingefroren. Das bifokale Stimulieren scheinen neuronale Netzwerke geöffnet und dem Gehirn die Verarbeitung dieser Erfahrungen ermöglicht zu werden. Wichtig ist, mit den Augenbewegungen oder das Tappen unterstützen wir die eigenen Selbstheilungskräfte. Sie haben über den gesamten Verlauf die Kontrolle über das Geschehen.“
 - Einüben der Technik (Position, Handabstand, Geschwindigkeit etc.)
 - Einüben/ erfragen „sicherer Ort“
 - Vereinbaren eines Stop Signals
 - Metapher: Stellen Sie sich vor, Sie nehmen das Ereignis als ein Film auf einer Leinwand wahr und beginnen an einem „sicheren Punkt“. Beobachten Sie sich selbst und stellen Sie bei der ersten Belastung (Belastung größer/ gleich 4) ein Standbild ein.
2. Klient beginnt die Geschichte zu erzählen, beginnend an einem „sicheren Punkt“ und stoppt bei der ersten Belastung (größer/ gleich 4)
3. Einschätzung
 - Erstes Standbild: „Wir arbeiten nun am folgenden Standbild: _____“

Nur beim ersten Standbild:

- Negative Selbstüberzeugung (nK): „Wenn Sie dieses Bild (wiederholen) anschauen, was ist das Negativste, das Sie JETZT im Moment über sich sagen können?“
- nK: _____

- Positive Selbstüberzeugung (pK): „Wenn Sie sich das Bild (wiederholen) vorstellen, was würden Sie HEUTE gerne über sich denken, anstelle von (nK wiederholen)?“
- pK: _____

- Stimmigkeit der pK (VoC): „Wenn Sie an dieses Bild denken, wie zutreffend fühlt es sich dann der Satz (pK) JETZT auf einer Skala von 1-7 an, wobei 1 ganz falsch und 7 völlig richtig bedeutet?“
- VoC: _____
- Emotionen: „Wenn Sie sich das Bild (wiederholen) zusammen mit dem Satz (nK wiederholen) vorstellen, welche Gefühle tauchen dann JETZT in Ihnen auf?“
- Emotionen: _____
- Belastungsgrad SUD: „Auf einer Skala von 0 (keine Belastung) und 10 (maximale Belastung), wie belastend fühlt sich das JETZT an?“
- SUD: _____
- Körperempfindung (KG): „Wo spüren sie das JETZT im Körper?“
- Ort KG: _____

4. Durcharbeiten

- Bild + nK + KG: „Stellen Sie sich bitte das Bild (wiederholen) zusammen mit dem negativen Gedanken (nK wiederholen) vor und spüren Sie im Körper nochmals (Emotion + KG wiederholen). Wenn Sie im Kontakt damit sind, geben Sie mir bitte ein kurzes Signal und wir beginnen mit der Stimulierung. Beobachten Sie sich selbst und lassen Sie alles zu.“
- Schnelle bilaterale Stimulierung ca 24 x
- Pause: „Atmen Sie tief durch und was ist jetzt?“
- Feedback: _____

- Nach 1-2 Sätzen des Klienten: „Machen Sie damit weiter!“ und ein weiteres Set erfolgt
- Weitere Feedbackrunden:

- Evtl Einweben („Was würde jetzt helfen?“ , reicht dies nicht aus Einweben von Sachinformationen, Helferwesen, Handlungsimpulse etc.) erforderlich:
- Ende des ersten Standbildes: 2 x positives oder neutrales Feedback
- Wenn keine bzw geringe Belastung (mehr) auftaucht: „Wie belastend, fühlt es sich JETZT auf einer Skala von 0 (keine Belastung) bis 10 (maximale Belastung) an?“
- SUD: _____
- „der Film“ wird dann bis zur nächsten Belastung, dem zweiten Standbild, weitergeschaut

Beim zweiten und jeden weiteren Standbild:

- Das zweite und die weiteren Standbilder werden bearbeitet wie das erste Standbild (ohne Kognitionen)
- Emotionen: „Wenn Sie sich das Bild (wiederholen) vorstellen, welche Gefühle tauchen dann JETZT in Ihnen auf?“
- Emotionen: _____
- Belastungsgrad SUD: „Auf einer Skala von 0 (keine Belastung) und 10 (maximale Belastung), wie belastend fühlt sich das JETZT an?“
- SUD: _____
- Körperempfindung (KG): „Wo spüren sie das JETZT im Körper?“
- Ort KG: _____
- Ggf.: Bild + KG: „Stellen Sie sich bitte das Bild (wiederholen) vor und spüren Sie im Körper nochmals (Emotion + KG wiederholen). Wenn Sie im Kontakt damit sind, geben Sie mir bitte ein kurzes Signal und wir beginnen mit der Stimulierung. Beobachten Sie sich selbst und lassen Sie alles zu.“
- Schnelle bilaterale Stimulierung ca 24 x
- Pause: „Atmen Sie tief durch und was ist jetzt?“

- Feedback: _____

- Nach 1-2 Sätzen des Klienten: „Machen Sie damit weiter!“ und ein weiteres Set erfolgt
- Weitere Feedbackrunden:
- Evtl Einweben („Was würde jetzt helfen?“ , reicht dies nicht aus Einweben von Sachinformationen, Helferwesen, Handlungsimpulse etc.) erforderlich:
- Ende des zweiten und jedes weiteren Standbildes: 2 x positives oder neutrales Feedback
- Wenn keine bzw geringe Belastung (mehr) auftaucht: „Wie belastend, fühlt es sich JETZT auf einer Skala von 0 (keine Belastung) bis 10 (maximale Belastung) an?“
- SUD: _____
- Ende des letzten Standbildes: 2 x positives oder neutrales Feedback

Am Ende der Geschichte:

- Wenn keine Belastung mehr auftaucht: „Wie belastend, fühlt sich das gesamte Ereignis JETZT auf einer Skala von 0 (keine Belastung) bis 10 (maximale Belastung) an, wenn Sie an das Gesamtereignis denken?“
- SUD: _____
- SUD > 1: weitere Durchgänge mit bilateraler Stimulierung bis SUD deutlich geringer
- SUD=1: „Was brauchen Sie noch, damit es eine 0 wird?“
- Egal, was der Klient berichtet: „Bleiben Sie dabei und folgen den Bewegungen.“
- Weitere Sets bis SUD = 0

5. Verankerung der pK
 - pK prüfen: „Wenn Sie an das Gesamtereignis denken, stimmt dann der positive Gedanke (pK benennen) noch oder gibt es jetzt einen, der besser passt?“
 - ggf. neue pK: _____
 - „Halten sie (gesamte Situation) und (pK) zusammen. Wie stimmig fühlt sich das jetzt auf einer Skala von 1 (ganz falsch) bis 7 (ganz richtig) an?“
 - VoC < 6: neue, bessere pK
 - VoC = 6 „Was bräuchte es, dass es eine 7 wird?“
Bei blockierenden Überzeugungen diese durcharbeiten, dann erneutes erfragen des VoC
„Denken Sie daran (wiederholen der blockierenden Überzeugung) und folgen Sie den Fingern.“
 - VoC = 7, dann ein langsames Set Stimulierung gemeinsam mit der gesamten Situation und pK
6. Körpertest (Nur wenn SUD = 0 und VoC = 7)
„Schließen Sie bitte die Augen, stellen Sie sich die gesamte Situation (wiederholen) vor, sagen Sie sich die pK (wiederholen) und gehen Sie dabei innerlich durch Ihren ganzen Körper. Empfinden Sie irgendwo noch eine Spannung, ein unangenehmes Gefühl?“
Wenn ja: schnelle Stimulierung bis negative Empfindung verschwunden
7. Abschluß in einem ausgeglichenen Zustand
„Wir sind jetzt am Ende der Therapiestunde. Das Durcharbeiten, das wir heute begonnen haben, kann sich nach der Sitzung noch fortsetzen. Es können weitere Einsichten, Gedanken, Erinnerungen oder Träume auftauchen. Falls dies geschieht, nehmen Sie es einfach nur wahr und halten Sie es einem Tagebuch fest. Mit diesem Material können wir die nächste Sitzung weiterarbeiten. Wenn es zwischenzeitlich notwendig sein sollte, melden Sie sich bitte. Im Übrigen bitte ich Sie, die Übungen zur Selbstregulation und –beruhigung, die wir hier schon geübt haben, auch weiter Zuhause anzuwenden, also z.B. Sichere-Ort-Übung oder die Tresor-Übung.“
8. Überprüfung in der nächsten Sitzung
VoC: _____ SUD: _____

Nicht komplette Sitzung: SUD > 0 und/ oder VoC < 7 und/ oder negatives Körpergefühl

Ziel: in einem möglichst ausgeglichenen Zustand beenden

- Sichere Ort Übung
- Tresor-Übung

Bearbeitung der Standbilder (kurz)

1. Anamnese/ Behandlungsplanung: Thema der Geschichte festlegen
2. Stabilisierung/ Vorbereitung: Erklärung I.B.T.®, Einüben Technik, Sicherer Ort, Stop-Signal, Metapher
3. Einschätzung der Standbilder
Standbild:
Beim 1. Standbild:
Negative Selbstüberzeugung (nK) – jetzt:
Positive Selbstüberzeugung (pK) – jetzt:
VoC:
Bei allen:
Emotionen:
SUD:
Körpergefühl (KG)
4. Durcharbeiten: Einstieg mit Bild, nK und KG
Set/ Feedback:
2 x positiv: SUD jetzt:
SUD > 0: weitere Sets
SUD = 1/2: weiter bis zum nächsten Standbild
Wenn Ende der Geschichte: SUD in Bezug auf das Gesamtereignis: SUD jetzt:
5. Verankerung: pK erfragen, ob stimmig oder andere pK
Gesamtereignis + pK: VoC:
VoC < 6: „Was fehlt noch, dass es eine 7 werden kann?“, weitere Sets
VoC = 7: Gesamtereignis + pK ein Set
6. Körpertest, wenn SUD = 0 und VoC = 7
Bei negativen KG weitere Sets
7. Abschluss im ausgeglichenen Zustand: evtl Tresor-Übung oder Sichere Ort Übung
8. Outcome in der nächsten Sitzung:
SUD:
VoC:

Negative Kognition	Positive Kognition
Bedrohung vs. Sicherheit (ereignisbezogen)	
Ich sterbe.	Es ist vorbei. Ich habe überlebt. Ich bin JETZT sicher.
Ich bin nicht sicher/ in Gefahr/ verloren/ wehrlos.	Es ist vorbei. Ich bin in Sicherheit. Ich kann mich wehren.
Ich kann mich nicht schützen.	Ich kann lernen, mich zu schützen.
Es hört nie auf.	Es ist vorbei.
Ich kann es nicht aushalten.	Ich habe es ausgehalten. Ich bin stark.
Mir kann keiner helfen.	JETZT habe ich Hilfe.
Hilflosigkeit vs. Kontrolle/ Wahlfreiheit (ereignisbezogen)	
Ich bin hilflos (machtlos). Ich habe keine Chance.	Jetzt kann ich tun, was ich will. Jetzt kann ich anders handeln. Jetzt bin ich groß. Ich kann mich wehren. Ich kann um Hilfe fragen.
Ich habe keine Kontrolle.	Ich habe JETZT Kontrolle. Es ist vorbei, ich habe es überwunden.
Ich bin schwach.	Ich bin stark. Ich hole mir meine Kraft zurück.
Ich muss tun, was andere sagen.	Ich kann selbst entscheiden. Ich bin alt genug, selbst zu entscheiden.
Ich kann keinem trauen.	Ich kann vertrauen.
Schuld/ Scham vs. Angemessene Verantwortung (selbstkonzeptbezogen)	
Ich bin schuld.	Ich bin nicht schuld. Es ist nicht meine Schuld.
Ich bin selbst schuld.	Niemand hat das Recht, mir das anzutun. Ich bin okay.
Ich hätte etwas tun müssen. Ich bin ein Feigling.	Ich habe getan, was ich konnte.
Ich muss mich schämen. Ich bin schlecht.	Es war nicht mein Fehler. Das Allermeiste, was ich mache, ist gut. Niemand macht alles richtig. Ich habe daraus gelernt.
Das darf niemand wissen.	Es tut gut, es zu erzählen. Ich entscheide, wem ich es erzähle.

Ich verdiene es (das Trauma, die Folgen des Traumas, den Tod, dass es mir so schlecht geht).	Ich verdiene es, zu leben (dass es mir gut geht). Ich bin ein guter Mensch. Ich muss nicht auf mir rumhacken. Jeder darf Fehler machen. Ich mag mich. Niemand hat das Recht, mir das anzutun. Ich bin okay.
Ich bin nicht vertrauenswürdig.	Ich bin vertrauenswürdig.
Selbstkritik/ -abwertung vs. Selbstakzeptanz (selbstkonzeptbezogen)	
Ich bin böse/ schlecht/ schlimm. Ich bin nicht liebenswert.	Ich bin lieb/ gut. Ich bin ein guter Mensch. Ich bin liebenswert. Ich bin okay, wie ich bin.
Ich bin dumm, doof, blöd, ein Versager, nicht gut genug.	Ich bin geschickt, schlau, clever, ein As. Ich mache es gut.
Ich bin falsch/ krank.	Ich bin okay, wie ich bin.
Ich bin unwichtig/ wertlos.	Ich bin wichtig. Ich bin wertvoll. Ich verdiene Respekt.
Ich kann mir selbst nicht trauen.	Ich kann lernen, mir zu vertrauen.
Ich muss perfekt sein. Ich darf keine Fehler machen.	Ich bin okay/ perfekt, wie ich bin. Ich darf Fehler machen.
Ich bin nicht gut genug.	Ich bin gut. Ich verdiene es. Ich habe es gut gemacht.
Akuttraumatisierung	
Ich sterbe.	Ich lebe. Es ist vorbei.
Ich kann es nicht aushalten.	Ich kann damit umgehen. Es ist vorbei.
Es ist/ war schlimm.	Es ist vorbei.
Ich war allein/ verlassen.	Jetzt ist jemand da.

Absorptionstechnik/Ressourcen-Protokoll (Bob Tinker)

Das Ressourcen-Protokoll ist gut geeignet, bei in der Gegenwart bestehenden, wiederkehrenden, belastenden Situationen oder in der nächsten Zukunft bevorstehenden Herausforderungen (Prüfungen) den Belastungsgrad zu reduzieren, indem positive und ressourcenvolle biografische Erinnerungen damit verknüpft und verankert werden.

Das Ressourcen-Protokoll beruht auf dem Prinzip der Absorption.

Absorptionsphänomen: Unter Absorption versteht man die Verarbeitung von aktualisiertem belastendem Material durch die Fokussierung auf eine Ressource.

Durchführung:

In einem ersten Schritt wird die belastende Erfahrung (etwa eine bevorstehende Prüfung) imaginativ/ visuell vorgestellt, d.h. aktualisiert. Dieses Material wird nicht weiter bearbeitet, auch nicht vertieft. Der SUD-Wert wird erhoben.

In einem zweiten Schritt wird auf die Ressourcen-Ebene gewechselt und gemeinsam ermittelt, welche Qualitäten (Mut, Ruhe, Zuversicht...) hilfreich sein könnten, um diese Herausforderung zu meistern oder diese Belastung zu verringern.

Es werden dann biographische Erfahrungen gesucht, in denen der Klient diese Qualitäten bereits schon einmal erlebt hat (und diese verankert).

Im letzten Schritt werden alle Ressourcen auf der Körperebene aktualisiert und mit diesen noch einmal in die belastende Erfahrung gegangen (und der SUD-Wert geschätzt).

Stabilisierung und Ressourcenaktivierung
1. Eine belastende Situation (auch in der Zukunft) für die eine Ressource benötigt wird, wird gemeinsam ausgewählt.
- Aktueller Auslöser von Stress - Herausforderung in der Zukunft (z.B. die bevorstehende Traumafokussierung) - Der SUD-Wert der Belastung wird ermittelt
2. Es wird nach psychischen Qualitäten (positive Gefühle, Werte, Haltungen) und Fähigkeiten (funktionalem Verhalten) gefragt, um mit dieser belastenden Situation besser umgehen zu können.
„Welche Fähigkeiten brauchst du/ hast du, um mit der Situation gut fertig zu werden?“ - Je nach Alter und Fähigkeiten des Klienten und der Notwendigkeit der Situation werden ein bis drei Fähigkeiten erarbeitet - Der Klient wählt eine Fähigkeit aus, mit der es beginnen möchte.
3. Es wird dann danach gefragt, wann der Klient in letzter Zeit (oder überhaupt in seinem Leben) schon einmal diese Ressource erlebt und/ oder realisiert hat. Diese Erfahrung wird möglichst umfangreich und präzise sensorisch und körperbezogen entfaltet.

„Gab es für Dich schon mal Situationen, in denen du dich wie (in 2.) gefühlt hast oder wie in (2.) gehandelt hast/ warst?“ - Ein repräsentatives Bild wird aktualisiert. In Analogie zum „schlimmsten“ Moment wird der „schönste“ Moment visualisiert. - Die zu der Erfahrung passenden Gefühle und vor allem Ort und Qualität der Körperempfindungen sind besonders wichtig. - Zur Unterstützung kann der Klient angeregt werden, die Hand an die Stelle am Körper zu legen, wo die angenehme Empfindung zu spüren ist.
4. Das Ressourcenbild wird mit dem Gefühl und dem Körperempfinden zusammen verankert (< 12 Augenbewegungen) (für jede Ressource aus (2.)).
„Wenn Du jetzt das Bild vor Augen hast, die Gefühle und Deinen Körper spürst, folge mit Deinen Augen meinem Finger (oder einer anderen Stimulation) - Danach wird explizit nach Veränderungen der Körperempfindung gefragt. „Wie fühlt es sich jetzt in Deinem Körper an?“ - Bei positiver Veränderung wird so lange weiter verankert, bis sich das Körperempfinden nicht weiter verbessert.
5. Der Klient wird jetzt gebeten, die Gefühle und Körperempfindungen möglichst aller entfalteten Ressourcen zu aktualisieren. Bei jüngeren Kindern reicht auch eine Ressource. Sobald der Klient diese ressourcenvollen Zustände im Körper spürt, wird es aufgefordert, sich dazu das Bild von der belastenden Situation vorzustellen und einzuschätzen, wie belastend (SUD-Wert) sich das Bild jetzt zusammen mit den Ressourcen anfühlt.
„Spüre jetzt noch einmal diese Gefühle von (3.) in deinem Körper und stelle die Situation (aus 1.) in deinem Kopf vor. Wie schlimm fühlt sich die Situation jetzt auf einer Skala von Null bis Zehn (SUD-Skala) an?“ - Wenn der SUD-Wert = Null ist, wird mit Augenbewegungen verankert - SUD>0 Wenn jetzt EMDR, dann das Altersangepasste Standardprotokoll (ASP) anwenden und die noch immer belastende Situation prozessieren. Einweben von weiteren Ressourcen, um den Klienten weiter zu stärken.

Sicherer Ort/ Wohlfühlort

Ziel: Erfahrung eines Gefühls von Sicherheit, Geborgenheit und Wohlfühlen; Möglichkeit zur Selbsttröstung; gut geeignet bei anhaltendem oder wiederkehrendem Gefühl, bedroht zu sein.

Übungstext: siehe L. Reddemann; Imagination als heilsame Kraft

In dieser Übung stellen Sie sich einen Ort vor (und gestalten ihn), an dem Sie sich absolut sicher und geborgen fühlen.

Tipps und Tricks:

- Beliebte Orte sind Zimmer/Häuser, Baumhäuser, Inseln, versteckte Stellen im Wald, Höhlen, Unterwasserräume.

- Ist ein sicherer Ort nicht vorstellbar, versuchen Sie sich einen Ort vorzustellen, an dem Sie sich zumindest wohl fühlen. Manchmal gibt es scheinbar keinen sicheren Ort auf der Erde.
- Sicherer könnten entfernte Sterne oder Planeten oder auch eine Landschaft in einem Märchen oder einer Sage sein.
- Brauchen Sie ein Transportmittel oder einen Zauber, um dorthin zu gelangen? Dann schaffen Sie ihn (z. B. Zauberstab, Flugzeug, Boot, Rakete).
- An Ihrem sicheren Ort sollten reale Menschen (auch geliebte) keinen Zutritt haben. Zum einen können Sie dadurch erleben, dass man sich auch mit sich allein wohl fühlen kann, zum anderen können Beziehungen zu Menschen phasenweise immer mal schwierig sein (z. B. wenn man gerade enttäuscht ist von demjenigen). Wenn es unbedingt sein muss, dass ein realer Mensch aus dem Außen als Helfer am Sicheren Ort ist, machen Sie eine „kleine Kopie“ des realen Menschen in Ihrem Inneren - und zwar NUR von den guten Seiten desjenigen.
- Prüfen Sie sehr genau, ob der Ort sicher ist. Welche Grenzen hat er (z. B. Mauern, Hecken, Magnetfelder) und wie können Sie rein und raus? Braucht es vielleicht Helfer, die den Ort bewachen (z. B. Ritter, Soldaten, Riesen, Batman, Engel, Tiere)?
- Richten Sie sich Ihren Ort so ein, wie es stimmig ist. Manchmal darf es zunächst nur ein ganz karger Raum sein (vielleicht eine dunkle Höhle). Mit der Zeit darf der Ort sich entwickeln und erweitern mit allem, was man so gebrauchen kann (Feuer, Ofen, Decken und Kissen, Licht, Essen und Trinken, Spielzeug usw.).
- Nehmen Sie mit allen Sinnen wahr (sofern das angenehm für Sie ist). Was kann man sehen, hören, riechen, fühlen? Verändern Sie alles, was stört und richten Sie es sich so ein, dass es sich gut für Sie anfühlt.
- Möchten Sie an dem Ort allein sein oder z. B. hilfreiche Wesen oder liebe Tiere dahin einladen?
- Eine Besonderheit ist es, wenn man mehrere Anteile mit unterschiedlichen Bedürfnissen in sich wahrnimmt (z. B. innere Kinder). Innere Kinder haben natürlich andere Schutzbedürfnisse als ein Erwachsener und benötigen meist auch Fürsorge vor Ort, besonders wenn Sie „im Außen zu tun haben“ (z. B. durch ein Tier oder eine liebevolle Fee). Es kann also gut sein, dass Sie für sich als Erwachsene einen ganz anderen sicheren Ort brauchen als ihr inneres Kind.
- Gibt es mehrere innere Anteile/Personen, bewährt es sich direkt eine Homepage einzurichten, also einen größeren Ort (z. B. eine große Insel). Hier können dann alle ihren eigenen individuellen Raum finden, aber auch Räume haben, in denen man sich trifft (z. B. einen Besprechungsort). Im Übrigen finde ich, auch innere Helfer brauchen die Möglichkeit sich zu entspannen und Kraft zu tanken.
- Hilfreich ist auch, wenn Sie den Ort in der Realität malen und gestalten oder sich „Erinnerungsobjekte“ dafür anschaffen (z.B. ein schöner Stein), den Sie dann immer als Anker in der Hosentasche oder im Notfallkoffer dabei haben können.

Tresorübung

Ziel: Distanzierung belastender Bilder (Flashbacks, Intrusionen)

Übungstext: siehe L. Reddemann; Imagination als heilsame Kraft

Ich habe gute Erfahrungen damit, die Übung im Einzelkontakt direkt einzuüben mit folgenden Fragen bzw. Anregungen (weiterentwickelt auf der Basis der ursprünglichen Übungen von M. Huber):

„Sie erleben immer wieder, dass alte Traumafilme sich in ihr tägliches Leben und Alltagsbewusstsein aufdrängen. Wir wollen heute lernen, wie Sie diese Filme stoppen und sicher verschließen können.

Stellen Sie sich dazu bitte vor, hier irgendwo im Raum/ gegenüberliegenden Wand stünde ein Fernseher und ein Videorekorder, auf dem alte Filme abgespielt werden können. Fernseher und Videorekorder sind gerade ausgeschaltet.

Schauen Sie sich beide genau an. Wie groß ist der Fernseher? Welche Farbe hat er? Worauf steht er? Wo steht der Videorekorder? Wie groß ist er und welche Farbe hat er? (Anmerkung: Manche Menschen bevorzugen das Bild eines DVD-Spielers).

Nun zur Fernbedienung. Sind Sie Rechts- oder Linkshänder? Stellen Sie sich bitte vor, Sie hätten in dieser Hand eine Fernbedienung. Wie sieht die Fernbedienung aus? Welche Farbe, Größe und Form hat sie? Fühlen Sie bitte, wie schwer sie ist. Nun schauen Sie bitte, wo sich der Knopf zum Ausschalten eines Videos befindet (nicht der Knopf für das Anhalten mit Standbild, sondern zum ganz Ausmachen des Videos – also schwarze Bildschirm). Wie sieht der Knopf aus (Größe, Form, Farbe)? Dann schauen Sie bitte, wo sich die Knöpfe zum schnellen Vor- und Zurückspulen befindet. Wo sind die Knöpfe zum Ton leiser/lauter stellen (besonders der zum leise Stellen)? Und dann gibt es da noch einen Knopf, um das Fernsehbild immer heller zu stellen, bis nur noch weißer Gries zu sehen ist.

Nun zum Tresor. Wo wäre ein guter Ort, wo Sie ihre Traumafilme sicher verschließen können? Das kann ein Tresor sein, ein Hochsicherheitstrakt, ein Verlies tief unter der Erde in einem Berg, oder eine gut verschließbare Kiste tief im Meer, oder sogar ein eigener Stern, oder irgendetwas anderes, was Ihnen absolut sicher erscheint. (Anmerkung: Nun kommt es darauf an, was die Klientin sich als „Tresor“ ausgesucht hat. Ich beschreibe es hier am Beispiel des Tresors. Die Fragen sind für alle anderen Fälle einfach zu übertragen.)

Wie sieht der Tresor aus? Wie groß ist er? (Bitte gestalten Sie ihn groß genug, damit auch alle unangenehmen Filme hineinpassen, die Sie haben. Ein kleiner Wandtresor reicht in der Regel nicht.)

Welche Farbe hat er? Aus welchem Material besteht er? Wenn sie mögen, fassen sie den Tresor innerlich an und fühlen, wie er stabil er ist. Wo steht der Tresor?

(Anmerkung: Ggf. den Weg zu diesem Ort genau beschreiben).

Welchen Verschlussmechanismus hat er (z. B. Drehzahlenschloss oder Codetastatur oder Schloss/Schlüssel)? Haben Sie einen Code oder ein Passwort zum Öffnen des Tresors, suchen Sie sich bitte ein gutes Passwort/Code aus, was Sie sich gut merken können.

(Anmerkung: Hilfreich in der Krisensituation kann sein diesen Code auf einem Zettel bei sich zu haben – z. B. im Notfallkoffer).

Haben Sie einen Schlüssel: Wo bewahren Sie diesen Schlüssel gut auf? (Anmerkung: Ein echter ausrangierter Schlüssel könnte im Notfallkoffer hilfreich sein).

Nun geben Sie bitte den Code ein (oder nehmen den Schlüssel) und öffnen den Tresor. Wie sieht es darin aus (z. B. Regale)? Schließen Sie nun bitte wieder den Tresor und verschließen ihn. Schauen Sie sich bitte noch mal Ihren „Verschlußort“ an. Ist er sicher genug oder bedarf es zusätzlicher Schutzmechanismen (z. B. Wächter, Zauber, zusätzliche Schlösser, Tresor in ein Bankhaus stellen)?

Nun üben wir das Ganze mit einem Alltagsfilm, z. B. wie Sie heute zum Frühstück gegangen sind. (Anmerkung: Ich beschreibe die Übung hier am Beispiel des „Frühstücksfilms“).

Stellen Sie sich bitte vor, dass Ihr Erinnerungsfilm wie Sie heute zum Frühstück gegangen sind gerade im Videorecorder eingelegt ist. Wenn wir ihn anschalten: Welche Szene können wir gerade am Fernseher sehen (z. B. Frau X. betritt die Küche)? Nehmen Sie nun bitte Ihre Fernbedienung und stoppen Sie den Film. Nun drücken Sie bitte auf den Knopf zum schnellen zurückspulen. Wenn der Film am Anfang angekommen ist, klackt es kurz. Sagen Sie mir dann bitte Bescheid.

Anmerkung: Hilfreich ist es beim Spulen einen Blick auf den Zähler, den Videorecorder oft haben, zu schauen. Ab einem Zählerstand von 10 langsam weiter zurückspulen und den „Countdown“ verfolgen ...9-8-7-6-5-4-3-2-1-0.

Nun gehen Sie in Gedanken zum Videorecorder und drücken auf den Eject-Knopf. Die Kassette kommt heraus. Bitte nehmen Sie die Kassette in die Hand und legen Sie sie an einen Platz der Ihnen passend erscheint (z. B. Bücherregal). Da es kein bedrohlicher Film ist, braucht er nicht im Tresor verschlossen werden. Damit ist der erste Übungsschritt abgeschlossen.

Anmerkung: Mit dieser Technik kann man auch gut positive Erinnerungsfilme archivieren, um sie in schweren Zeiten bewusst anzuschauen.

Nun üben wir das Ganze mit einem Film über eine unangenehme Situation (Anmerkung: noch kein Traumafilm! Eher z. B. ein unangenehmes Gespräch).

Stellen Sie sich bitte vor, dass dieser Erinnerungsfilm gerade im Videorecorder eingelegt ist und läuft (Anmerkung: unangenehme Filme und Traumafilme bitte wenn möglich nicht anschauen). Nehmen Sie nun bitte Ihre Fernbedienung und stoppen den Film. Nun drücken Sie bitte auf den Knopf zum schnellen zurückspulen. Wenn der Film am Anfang angekommen ist, klackt es kurz. Sagen Sie mir dann bitte Bescheid. Nun gehen Sie in Gedanken zum Videorecorder und drücken Sie auf den Eject-Knopf. Die Kassette kommt heraus. Bitte nehmen Sie die Kassette in die Hand und gehen damit zu Ihrem Tresor. Geben Sie das Passwort ein und öffnen den Tresor. Legen Sie die Kassette hinein und verschließen Sie den Tresor wieder.“

Anmerkung: Dieser letzte Teil sollten Sie möglichst oft (am Anfang 2-3-mal täglich) üben. Nur wenn das sicher funktioniert, wird es auch im Krisenfall mit Traumafilmen gut funktionieren.

Tipps und Tricks:

Besorgen Sie sich eine ausrangierte echte Fernbedienung oder bauen Sie sich eine z. B. aus Holz. Üben Sie zunächst mit ungefährlichen Filmen/Erinnerungen (z. B. Wie Sie heute gefrühstückt haben).

Achtung! Filme nicht vernichten – auch wenn Sie das vermutlich gern tun würden. Es würden sofort Kopien entstehen. Es ist Ihre Vergangenheit und die können Sie nicht einfach so beseitigen.

Verwahren Sie sie sicher an verschlossener Stelle –entweder für immer oder bis zu dem Zeitpunkt, wo Sie das Geschehen in der Therapie verarbeiten möchten.

Problem: Der Film geht nicht aus, wenn ich auf den Ausknopf der Fernbedienung drücke.

O Vielleicht sind die Batterien leer. Tauschen Sie sie aus.

O Betätigen Sie stattdessen direkt den Ausknopf am Videorekorder.

O Ziehen Sie den Stecker am Fernseher.

Problem: Die Bilder sind zu groß für einen Fernseher

O Nutzen Sie das Bild einer Kinoleinwand und bewegen Sie sich zunächst schrittweise weg von der Leinwand (man kann sich auch von einem inneren Helfer z. B. im Rollstuhl wegschieben lassen). Bitten Sie einen inneren Helfer in den Vorführraum des Kinos zu gehen, den Film auszuschalten und in den Tresor zu räumen.

Problem: Die Bilder sind zu intensiv.

O Stellen Sie mit dem Regler (Fernbedienung) für die Helligkeit das Bild immer heller bis nur noch weißer Gries zu sehen ist.

Achtung! Nicht dunkler stellen. Das verstärkt die Kontraste und macht es unter Umständen noch schlimmer.

O Regeln Sie mit der Fernbedienung die Lautstärke her unter.

O Schauen Sie nur aus dem Augenwinkel auf den Film.

Problem: Ich traue mich nicht zum Rekorder hin

O Bitten Sie einen inneren Helfer (siehe oben). Vergessen Sie nicht, sich danach bei ihm zu bedanken und auch ihm eine Möglichkeit zum Erholen zu geben (z. B. eigener sicherer Ort).

Problem: Tresor ist voll

O Vergrößern Sie den Tresor oder schaffen Sie einen neuen.

Problem: Die Filme kommen immer wieder raus

O häufige Ursachen sind: Tresor ist voll, Tresor ist nicht genug abgesichert (z. B. besserer Verschluss nötig oder Wächter), ein innerer Anteil (z. B. Täterintrojekt) holt sie immer wieder raus, ständige Trigger im Außen

Problem: Es sind keine Bilder, sondern Geräusche.

O Nutzen Sie die Metapher der Kassette/Kassettenrekorder und verschließen Sie die Kassette im Tresor (ggf. vorher Ton leise stellen)

Problem: Es sind keine Bilder, sondern Körpergefühle (z. B. Schmerzen)

O Versuchen Sie den Schmerz in einem Bild zu beschreiben. Wie sieht er aus (z. B. ein Messer, ein Stein)? Wie groß ist dieser Schmerz (z. B. faustgroß)? Welche Farbe hat er? Welche Konsistenz hat er?

O Nehmen Sie dann dieses Objekt des Schmerzes und schaffen Sie es an einen sicheren (abgeschlossenen) Ort.

O Zum „Herauslösen“ des Objektes kann es hilfreich sein sich vorzustellen, dass heilsames (heiliges) Licht den Vorgang unterstützt.

Kommen Filme immer wieder heraus, liegt es manchmal daran, dass man die Übung zu „oberflächlich“ gemacht hat – ala „Hopp und weg“. Machen Sie die Übung dann bitte bewusster Schritt für Schritt – einschließlich des Weges zum Tresor und wieder weg.

Meine Erfahrung ist, dass es immer eine logische Erklärung gibt, wenn etwas nicht funktioniert und es gibt immer eine passende Lösung. Seien Sie kreativ und überlegen Sie, was Sie machen würden, wenn Ihnen dasselbe Problem mit Ihrem echten Videorecorder/Fernseher passieren würde. Zur Not gibt es ja auch noch den Fernsehmonteur.

Bewährt hat sich, nach der Tresorübung regelhaft die Übung des Sicheren Ortes zu machen und sich körperlich zu betätigen, um die Grundspannung weiter zu senken.

Lichtstromübung

Ziel: Erfahrung eines Gefühls von Geborgenheit, Wohlfühlen, Ruhe und Heilung – insbesondere auf Körperebene; Körperliche Entspannung und Schmerzreduktion; Möglichkeit zur Selbsttröstung; Auftanken innerer Kraftreserven

Übungstext:

„Bitte nehmen Sie eine bequeme Körperhaltung ein, richten Ihre Aufmerksamkeit einen Augenblick auf Ihren Atem, der ruhig und gleichmäßig ein- und ausströmt und registrieren dann in Ihrem Körper die Orte, wo Sie Anspannung, Missempfindung oder Schmerzen spüren ganz genau.

Stellen Sie sich vor, dass diese Missempfindungen in Ihrem Körper Form und Gestalt annehmen und ein Gebilde darstellen. Geben Sie dem Gebilde an jenem Ort in Ihrem Körper eine Form, eine Größe, ein Material, eine Oberfläche, eine Farbe, eine Temperatur, einen Ton oder Klang der vielleicht von ihm ausgeht

Stellen Sie sich jetzt bitte vor, es befände sich eine positive (heilige?) Licht-/Energiequelle oberhalb Ihres Kopfes. Es ist ein Licht der Liebe, Güte, Klarheit und Weisheit. Aus dieser Lichtquelle strömt ein angenehmes Licht in einer Farbe Ihrer Wahl, die Sie mit Wohlbefinden, Heilung, Schmerzlinderung in Verbindung bringen.

Lassen Sie dieses Licht nach und nach Ihren Körper umfließen und einhüllen

Dann lassen Sie das positive Licht durch den Scheitel Ihres Kopfes in Ihren Körper strömen, hin zu der Stelle in Ihrem Körper, wo das Gebilde anzutreffen ist (oder einfach nur in den ganzen Körper, jedes Körperteil, jede Zelle). Das farbige Licht umhüllt, umflutet und umgibt nun dieses Gebilde mehr und mehr, füllt auch das Innere des Gebildes aus, bis schließlich die Energie dieses farbigen heilenden Lichtes das Gebilde mehr und mehr vielleicht verkleinert, auflöst in immer kleiner werdende Bestandteile, bis sie schließlich so klein sind, dass sie nicht mehr zu spüren sind.

Nehmen Sie wahr, wie das Licht nach und nach vom Kopf, über Hals, Schulter/Nacken, Brustkorb, Bauch, Beine bis in die Füße (Arme nicht vergessen) fließt und den Körper bis in die letzte Zelle mit Liebe, Güte, Klarheit und Weisheit anfüllt. Vielleicht fangen Ihre Zellen an liebevoll zu lächeln. Mit diesem Fließen der heilenden Energie werden alle Spannungen, Schmerzen und unangenehmen Gefühle aus dem Körper in die Erde gespült und dort transformiert.

Bewahren Sie, wenn Sie mögen, diese heilende Energie in Ihrem Körper oder nutzen Sie diese heilende Lichtquelle in nächster Zeit in Form dieser Übung so oft wie Sie mögen oder Missempfindungen in Ihrem Körper auftreten.

Kommen Sie jetzt mit Ihrer vollen Aufmerksamkeit zurück ins Hier und Jetzt.“

Tipps und Tricks:

Wenn bestimmte Körperstellen Trigger sind, Können Sie diese zunächst auslassen. Wenn Sie das Gefühl haben, durch die Übung zu viel Energie im Körper zu haben, kann man sich am Ende der Übung noch vorstellen, wie ein Teil der Energie durch die Hände und Füße wieder zurück zur Erde fließen

CIPOS als EMDR Behandlungstechnik

CIPOS = Constant Installation of Present Orientation and Safety

- Entwickelt von Jim Knipe (USA Kalifornien)
- SUD einer Erinnerung
- 3-10 Sekunden Kontakt mit der Erinnerung
- Rückführung in die Gegenwart
- Verstärkung der Gegenwart mit 5 ABW
- Wiederholung 2 x
- Erneuter SUD

1. Durchgang:

- Erlaubnis zur Bearbeitung einer belastenden Erinnerung
- Festlegen welches Erlebnis, nur kurze Schilderung
- Bewertung der Belastung: SUD
- Absprache, wie lange auf die Erinnerung fokussiert werden soll: 3-10 Sekunden
- Patient geht mit dem Trauma in Kontakt - nickt - Therapeutin zählt rückwärts mit
- Bei 0 = > Orientierung in der Gegenwart, evtl.
- Dissoziationsstopp (Rückwärtsrechnen, Ballspiel u. ä.) bis Patient wieder **ganz in der Gegenwart** ist (>95%)!
- „Woran merken Sie, dass Sie hier sind?“
- Langsame Augenbewegungen (ABW 5) zur Stärkung der **Gegenwart**

Dissoziations-Stopp

- Grounding (Zurückbringen in die Gegenwart)
- Orientierung im Zimmer: "Nennen Sie mir 3 Gegenstände im Raum, die grün (rot, blau, etc.) sind"
- Rückwärtsrechnen
- Ballspiel
- Aufstehen lassen, Strecken, auf einem Seil laufen, auf den Zehenspitzen gehen...

2. Durchgang:

- Wieder auf das Thema fokussieren - solange wie vorher - Therapeut zählt laut rückwärts mit
- Ausblenden - Reorientieren, wenn notwendig wieder Dissoziationsstopp - solange bis **ganz in der Gegenwart**
- Gegenwart mit 5 langsamen Stimulationen verstärken

3. Durchgang:

- Fokussieren auf die Erinnerung Therapeut zählt laut rückwärts mit
- Ausblenden meist kein Dissoziationsstopp mehr notwendig
- SUD erfragen

Indikationen

- Behandlungsresistenz bei EMDR Standardvorgehen (auch Typ 1 Trauma)
- Erste Traumabearbeitung bei primärem Cluster (z. B. Missbrauch), niederer Affekttoleranz und hohem SUD
- Resistente Auslöser des Alltags (z. B. Chef)
- Traumabehandlung bei eingeschränkter Psychotherapie (z. B. Alter, Krankheit)

Komplikationen

- Patient hat Mühe, nach der Kontaktaufnahme zum Trauma wieder in die Gegenwart zu kommen
- Konsequenz: nur Dissoziationsstopp, nicht erneut an die traumatische Erinnerung gehen, auf keinen Fall reprozessieren!

1. Durchgang

- Konfrontation mit der traumatischen Erinnerung

Fragen Sie den Patienten: "Um welches Thema geht es bei der Erinnerung? Wenn Sie möchten, können Sie mir schildern, worum es geht: Sie müssen dies aber nicht in allen Einzelheiten tun. Es reicht auch, wenn Sie dem Ganzen eine Überschrift geben, d. h. geht es um Sicherheit, Schuld/Scham, Hilflosigkeit oder Selbstwertgefühl?

..... Und wie belastend fühlt sich diese Erinnerung jetzt an, wenn Sie dies auf einer Skala einschätzen, bei der 0 keine Belastung oder neutral bedeutet und 10 das Schlimmste, was Sie sich vorstellen können?"

- SUD =

Fragen Sie jetzt den Patienten: " Wie lange möchten Sie an das belastende Ereignis denken zwischen drei und zehn Sekunden?". "Ich zähle dann laut mit und fordere Sie bei null auf, tief durchzuatmen und auszublenden. "

"Denken Sie jetzt an das belastende Ereignis. " Als Therapeut zählen Sie nun laut rückwärts mit (z. B. 5 -4 3 2 1 0) und fordern Sie jetzt den Patienten auf: "Atmen Sie tief durch und blenden Sie aus."

- Reorientierung in der Gegenwart

Techniken zum Stoppen der Dissoziation:

Gegenstände im Raum benennen lassen (z. B. 3 Gegenstände die gelb sind), rückwärts rechnen (1000 minus 7 minus 7 minus 7 usw.), Zuwerfen von Bällen oder anderen Gegenständen, aufstehen lassen und sich im Raum bewegen u. ä.

- Verstärkung der Gegenwart

Fragen Sie, wie sehr der Patient "in der Gegenwart ist". Sobald er 95-100% "da" ist, fordern Sie jetzt den Patienten auf: "Nehmen Sie wahr, wie Sie sich jetzt hier fühlen und folgen Sie meinem Finger. (5 langsame Stimulationen) Tief durchatmen. Was ist jetzt?"

Falls Sie Schwierigkeiten haben, den Patienten wieder ganz in die Gegenwart zurückzuholen, dann stabilisieren Sie den Patienten und beenden CIPOS.

2. Durchgang Konfrontation mit der traumatischen Erinnerung

Jetzt fragen Sie den Patienten, ob er noch einmal bereit ist, wieder die ausgesuchte Zeitspanne an das belastende Ereignis zu denken und zählen dann wieder laut rückwärts mit.

Sie sagen: „Denken Sie jetzt noch einmal Sekunden an das belastende Ereignis. (z. B. 5 4 -3 2 1 0). Tief durchatmen und ausblenden. Was ist jetzt?"

- Reorientierung

Übungen zum Stoppen der Dissoziation (Rückwärtsrechnen, Ballspiel, etc.).

- Verstärken der Gegenwart

Sie sagen wieder: "Nehmen Sie wahr, wie Sie sich jetzt fühlen und folgen Sie meinem Finger (5 langsame Stimulationen). Tief durchatmen. Was ist jetzt?"

3. Durchgang Konfrontation mit der traumatischen Erinnerung

Nun fordern Sie den Patienten auf, zum dritten und letzten Mal an das belastende Ereignis zu denken, wieder in der gleichen ausgesuchten Zeitspanne.

Sie sagen: "Denken Sie jetzt noch einmal an das das belastende Ereignis, während ich wieder laut mitzähle und kommen Sie dann wieder mit der ganzen Aufmerksamkeit ins Hier und Jetzt zurück (z. B. 5 4 3 2 1 0) Atmen Sie tief durch und blenden Sie aus."

Sie fragen: "Wie belastend fühlte sich jetzt die Erinnerung noch an, auf unserer Skala von 0 bis 10, wo 0 keine Belastung oder neutral und 10 die für Sie am höchsten vorstellbare Belastung ist?"

SUD =

- Reorientierung (nicht immer notwendig)

Übungen zum Stoppen der Dissoziation (Rückwärtsrechnen, Ballspiel etc.).

- Verstärken der Gegenwart (nicht immer notwendig)

Sie sagen wieder: "Nehmen Sie wahr, wie Sie sich jetzt fühlen und folgen Sie meinem Finger (5 langsame Stimulationen). Tief durchatmen. Was ist jetzt?"

- Abschluss

Nachbesprechung wie nach einer EMDR-Sitzung: Sie machen darauf aufmerksam, dass das Thema weiter prozessieren kann und fordern dazu auf, alles was damit zu tun hat im Tagebuch zu vermerken.