



Modul 5

Begleitung spontaner Verarbeitungsprozesse

Modul 5 der Weiterbildung
Traumapädagogik / Traumazentrierte Fachberatung (DeGPT/ FVTP)

Judith Bürzle

1. Staatsexamen für das Lehramt der Hauptschulen mit schulpsychologischem Schwerpunkt und B.Sc. Psychologie
approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
(Fachkunde Verhaltenstherapie)

Vertiefung in Psychotraumatherapie für Kinder und Jugendliche

- OPK-Traumacurriculum, Schwerpunkt: *Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy*
- Mitarbeit als studentische Hilfskraft in einem Forschungsprojekt und Onlinefortbildungen zur *traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie* (u.a. mit Geflüchteten)

Psychotherapeutisch tätig in eigener Praxis (Teilzulassung für gesetzlich Versicherte) für Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene und deren Bezugspersonen

Promotion zur Unterstützung von Pflegeeltern, insbesondere Erheben des Status Quo und Wirksamkeitsüberprüfung von „Fostering Changes“
(www.fostering-changes.de)



Rahmenbedingungen

- Seminarzeiten:
 - **Freitag:** 13.00 bis 20.00 Uhr
 - **Samstag:** 9.00 bis 16.30 Uhr
- ungefähr alle 1,5 h kurze Pausen von rund 10 bis 15 min
- 1,5 h Mittagspause am Samstag (oder Verkürzung und infolge kürzerer Seminartag)
- Seminar-“Du“
- theoretischer Input mit Rückfragen, Livedemonstrationen und eigenständige Durchführung von Übungen

Grundlagen:

Begleitung spontaner Verarbeitungsprozesse

- **Vermeidung von traumabezogenen Reizen** spielt eine zentrale Rolle bei der Aufrechterhaltung der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS).
- Die Überprüfung oder Veränderung kritischer Kognitionen in Bezug auf das Trauma wird dadurch erschwert bis hin zu unmöglich gemacht.
- Die Vermeidung kann sowohl auf Ebene der **Kognitionen** (z.B. Ablenkung von als unangenehm erlebten Erinnerungen) als auch des **Verhaltens** geschehen. Auch Sicherheitsverhalten wird als Vermeidungsverhalten interpretiert.
- Gleichzeitig "platzen" plötzlich Erinnerungen an das traumatische Ereignis heraus, die aus Scham, Angst vor Überflutung oder Sorge, dass es das Umfeld nicht aushalten könnte, direkt wieder unterdrückt bzw. während des Erzählens abgewiegelt werden oder gar das Thema gewechselt wird (**Vermeidung**).

Wie gehen wir nun damit um?

*Wie können wir spontane
Verarbeitungsprozesse begleiten,
ohne uns oder die Betroffenen zu
überfordern oder...*

*...den Betroffenen auf Grund
eigener Hilflosigkeit das Gefühl zu
geben, sie nicht ernst zu nehmen?*



Inhalte von Modul 5

- Überblick zu traumaspezifischen Behandlungsverfahren und Schnittmengen zur Traumapädagogik / -beratung
- Expositionsbehandlung in vivo & Diskriminationstraining
- Expositionsbehandlung in sensu – psychotherapeutisch und im pädagogisch-beraterischen Alltag
- 3. Phase der Traumatherapie: Integration und Neuorientierung
- Kognitionsfokussierte Interventionen
- Prozessplanung (bei akuter, singulärer und komplexer Traumatisierung)
- Supervision
- *optional*: Psychoedukation

Überblick zu traumaspezifischen evidenzbasierten Behandlungsverfahren



Verfügbar unter: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-59783-5> [15.01.22]

Schlüsselempfehlungen der Leitlinie

S3-Leitlinie zu PTBS: *Behandlung der PTBS bei Erwachsenen*

„...Behandlung erster Wahl die **traumafokussierte** Psychotherapie, bei der der **Schwerpunkt auf der Verarbeitung der Erinnerung** an das traumatische Ereignis und / oder seiner Behandlung liegt.“

= Empfehlungsgrad A (= Evidenzebene Ia, Ib = starke Empfehlung)

Schlüsselempfehlungen der Leitlinie

S3-Leitlinie zu PTBS: *Behandlung der Komplexen PTBS bei Erwachsenen*

„...**Kombination** traumafokussierter Techniken [...], bei denen der **Schwerpunkt auf der Verarbeitung der Erinnerung an die traumatischen Erlebnisse und / oder ihre Bedeutung** liegen sowie auf Techniken zur **Emotionsregulation** und zur Verbesserung der **Beziehungsstörungen** im Sinne der Bearbeitung dysfunktionaler zwischenmenschlicher Muster.“

= Empfehlungsgrad B (= Evidenzebene II, III = schwache Empfehlung)

Schlüsselempfehlungen der Leitlinie

S3-Leitlinie zu PTBS: *Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen*

„Eine **traumafokussierte** Psychotherapie soll [...] angeboten werden. Bei der PTBS im Kindes- und Jugendalter ist die **traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie** die Behandlung erster Wahl.“

= Empfehlungsgrad A

„Eltern oder Bezugspersonen **sollen** in die Behandlung **miteinbezogen** werden.“

= Empfehlungsgrad B (= Evidenzebene II, III = schwache Empfehlung)

Überblick zu traumaspezifischen evidenzbasierten Behandlungsverfahren



Gemeinsamkeiten aller Verfahren

- Psychoedukation
 - Entstehung: Wieso ist eine PTBS entstanden?
 - Aufrechterhaltung: Wieso bleiben die Symptome und verbessern sich nicht von selbst?
 - Veränderung: Wie wirkt die traumafokussierte Therapie?
 - *Ziel*: Normalisierung, Entpathologisierung, Krankheitseinsicht, Förderung von Therapiemotivation
- Förderung der Emotionsregulation & ggf. zwischenmenschlicher Fertigkeiten
- Exposition in sensu / in vivo
- Kognitive Verarbeitung und Umstrukturierung

Prolongierte Expositionstherapie

- *Fokus:* Reorganisation des Gedächtnisses, Habituation, Löschung, Realitätsüberprüfung
- *Zwei Hauptkomponenten*
 - imaginative Exposition (in sensu)
 - P erzählt in der ersten Person Singular in Gegenwartsform in chronologischer Reihenfolge von traumatischem Ereignis. (ungefähr 45 - 60 min)
 - anschließende Erörterung von Erfahrungen in der Sitzung und Veränderungen infolge (anschließend 15 - 20 min)
 - mehrmalige imaginative Exposition eines Ereignisses + Anhören von Tonaufnahmen von Expositionssitzungen als therapeutische Hausaufgabe zwischen Sitzungen
 - graduierte Exposition in vivo:
P sucht basierend auf einer Angsthierarchie Situationen auf, die Angst auslösen, aber objektiv ungefährlich sind. (z.B. enganliegende kurze Kleidung tragen)

...für Erwachsene, Kinder und Jugendliche

Prolongierte Expositionstherapie

Exemplarische Angsthierarchie mit SUD-Rating

Situation	SUD-Wert - Sitzung 2	...Sitzung 9	...letzte Sitzung
Einen Bericht über sexuelle Gewalt in den Medien sehen.	40		
Die Nachbarfamilie besuchen.	45		
Einen Brief an die Nachbarin schreiben und ihr von dem Übergriff erzählen.	60		
Enganliegende kurze Kleidung tragen.	75		
Mit jemandem tagsüber einen Spaziergang am Strand machen.	85		
Allein tagsüber einen Strandspaziergang machen.	90		
Mit jemandem zusammen einen Strandspaziergang im Dunkeln machen.	100		

...für Erwachsene, Kinder und Jugendliche

Narrative Expositionstherapie

- *Fokus:* Integration des traumatischen Ereignisses in das autobiographische Gedächtnis mit „heißen“ und „kalten“ Fakten
- entwickelt in Krisenregionen als Kurzzeitintervention, auch Einsatz durch trainierte Laien
- besonders geeignet für Betroffene multipler traumatischer Ereignisse, die miteinander verknüpft sind; basierend auf Betrachtung der gesamten Lebensgeschichte
- *Zwei Hauptkomponenten:*
 - Lifeline:
symbolhafte chronologische Darstellung des gesamten Lebens von der Geburt bis zum jetzigen Zeitpunkt als Überblick und zum Erfragen „kalter“ Fakten
 - Expositionssitzungen:
 - streng chronologische Nacherzählung: positive Ereignisse werden kurz angesprochen, Verlangsamung der Erzählung bei traumatischen Ereignissen
 - Wechsel zwischen Vergangenheit & Gegenwart sowie zwischen „kalten“ und „heißen“ Fakten
 - Verschriftlichung der Narration & erneutes Vorlesen der Narration der letzten Sitzung

Kognitive Verarbeitungstherapie (CPT)

- *Fokus:*

Identifikation und Modifikation von „stuck points“ & infolge auch von sekundären Gefühlen (entstanden aus der Interpretation der traumatischen Situation, z.B. Schuld und Scham)

- *Vorgehen:*

- Verfassen eines Berichts zu traumatischem Ereignis eigenständig zwischen den Terminen in Vergangenheitsform.
- Bericht als Grundlage für weitere kognitive Arbeit mit Hilfe des ABC-Modells und Techniken der kognitiven Umstrukturierung wie z.B. sokratischer Dialog
- *Ziel:* Patientin erkennt „stuck points“ und kann diese hinterfragen.
- Besondere Berücksichtigung von Themen wie „Sicherheit“, „Vertrauen“, „Macht und Kontrolle“, „Wertschätzung“ sowie „Intimität und Selbstfürsorge“

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

- *Fokus:*

- Verarbeitung und Integration des traumatischen Ereignisses
- Modifikation mit Trauma zusammenhängenden negativen Kognitionen

- *Unterscheidung zu anderen Verfahren:*

- bilaterale Stimulation
- keine zwangsweise Verbalisation / Verschriftlichung des traumatischen Ereignisses
- Beginn mit dem belastendsten Ereignis

- *Vorgehen:*

1. Identifikation von schlimmstem Moment und einer dazugehörigen negativen Kognition
2. Durcharbeiten der traumatischen Situation und der dazugehörigen Kognitionen sowie körperlicher Empfindungen begleitet durch bilaterale Stimulation
3. Verknüpfung der positiven Kognition mit dem traumatischen Ereignis

Trauma-fokussierte kognitiv Verhaltenstherapie (Tf-KBT)

Fokus: Integration in autobiographisches Gedächtnis und Modifikation dysfunktionaler Kognitionen

1. Psychoedukation
2. Elternfertigkeiten
3. Entspannung
4. Ausdruck und Modulation von Affekten
5. Kognitive Verarbeitung und Bewältigung
6. Traumanarrativ
7. Kognitives Bewältigen und Durcharbeiten
8. In-vivo-Bewältigung von traumatischen Erinnerungen
9. **Gemeinsame Eltern-Kind-Sitzung**
10. Verbesserung von künftiger Sicherheit und Entwicklung

Besonderheit:
„Doppelsitzungen“ für jeweils
Kind und Bezugsperson

Überblick zu evidenzbasierten Behandlungsverfahren bei K-PTBS

- *Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation Narrative Therapie* (STAIR / NT)
 - Förderung von Emotionswahrnehmung, -differenzierung und -regulation
 - Identifikation und Modifikation beziehungsrelevanter Kognitionen und Förderung sozialer Fertigkeiten
 - Exposition in sensu mit dem traumatischen Ereignis und in diesem Zuge Identifikation und Modifikation interpersoneller Schemata
- *Dialektisch-Behaviorale Therapie* (DBT-PTSD):
 - ein multimodales Therapieprogramm mit Elementen aus der DBT und Tf-KBT

Beispiele zu weiteren (traumaspezifischen) Behandlungsverfahren

Verhaltenstherapeutische Ansätze

- *Imaginative Rescripting und Reprocessing Therapie (IRRT)*
 - drei Phasen:
 - Exposition in sensu
 - Aufbau von Bewältigungsbildern
 - Bildern der Selbstberuhigung / -fürsorge
- Untersuchung des Gruppenprogramms „Trauma First“ (Schulz et al., 2023 – eine von drei Studien)
 - Vorher-Nachher-Untersuchung von 39 Kindern mit Traumafolgestörungen von 2 bis 6 Jahren
 - bedeutsame Verringerung von PTBS-Symptomen, internalisierender Auffälligkeiten und regressiver Verhaltensweisen im Urteil der Bezugspersonen, jedoch nicht im Erzieher/innenurteil, mit Effektstärken von großem Ausmaß (Cohen's $d = 0.89$ und $d = 2.71$)
 - keine bedeutsamen Veränderungen bzgl. externalisierender Auffälligkeiten sowie Ängsten
 - Limitation: keine Kontroll- / Vergleichsgruppe

Psychodynamische Ansätze

Psychodynamisch-imaginative Traumatherapie (mit Kindern) (PITT / PITT-KID)

- *Fokus: Stabilisierung* (**große Parallelen zu Modul 2!**)
(jedoch auch Traumakonfrontation mit Hilfe der Beobachterechnik und möglichst „schonend“)
- Studien von Lampe et al. (2008):
 - Vergleich von Kontrollgruppe (= KG; ambulante Routineversorgung; $n = 43$) und stationärer psychodynamischer Stabilisierung für 6 Wochen nach PITT (IG; $n = 84$) mit PTBS-Diagnose
 - Vergleich Vorher - 6 Monate nach Behandlungsende der IG: keine bedeutsamen Unterschiede für die Symptome einer PTBS
 - Vergleich zwischen KG und IG: allein bedeutsame Effekte zugunsten der IG für die Symptome einer Depression und der Fähigkeit zur Selbstberuhigung

Psychodynamische Ansätze

Psychodynamisch-imaginative Traumatherapie (mit Kindern) (PITT / PITT-KID)

- weitere Studien von Lampe et al. (2024):
 - Datenerhebung vor und nach Behandlung von 125 Patient*innen
 - Bedeutsame Besserung der PTBS-Symptomatik im Ausmaß großer Effektstärken, wobei sich allein Vermeidungssymptome besserten.
 - Ebenso bedeutsame Besserung der Symptome einer Depression, einer Angststörung, von Somatisierung und mit Blick auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität im Ausmaß großer Effekte.
 - 59% erfüllten zu Behandlungsende noch die Diagnose einer K-PTBS, was zu Behandlungsbeginn noch für alle Patient*innen der Fall war.
 - Limitation der Studie: keine Kontroll- / Vergleichsgruppe, keine Nachuntersuchungen mit deutlichem Abstand zum Behandlungsende

zusammenfassend:

- Hinweise auf Effekte, jedoch weitere Studien, insbesondere mit Kontrollgruppe oder im Vergleich zu einer anderen Intervention und mit Nachuntersuchungen, notwendig.
- Ebenso sollten Kosten-Nutzen-Analysen im Vergleich zu anderen Verfahren erfolgen und genauer beforscht werden, für welche Zielgruppe dieses Verfahren einen besonderen Nutzen erbringt.

Körperorientierte Traumatherapie-Ansätze

Somatic Experiencing (nach Peter Levine)

Therapie komplexer dissoziativer Störungen

Ego-State-Therapie / Innere-Kind-Arbeit

Beobachtertechnik

Hypnotherapeutische *Screen- oder Bildschirmtechnik*

Digitale Angebote

Interapy

- Webbasierte Manualtherapie mit verhaltenstherapeutischer Ausrichtung
- drei Phasen: Selbstkonfrontation - kognitive Umstrukturierung - „Social Sharing“ (Teilen von belastendem Ereignis mittels fiktivem Brief an wichtige Person)
- Übersetzung in Arabisch („Ilajnafsy“) durch FU Berlin

Virtual Reality

virtuelle Exposition „in vivo“ unter kontrollierten Bedingungen

Gemeinsamkeiten aller Verfahren & Übergänge zwischen Psychotherapie und Pädagogik / Beratung

- Psychoedukation
 - Entstehung: Wieso ist eine PTBS entstanden?
 - Aufrechterhaltung: Wieso bleiben die Symptome und verbessern sich nicht von selbst?
 - Veränderung: Wieso wirkt die traumafokussierte Therapie?
→ ebenso traumapädagogische / -beraterische Aufgabe!
- Förderung der Emotionsregulation & ggf. zwischenmenschlicher Fertigkeiten
→ siehe Modul 2: Ressourcenaktivierung / Stabilisierungstechniken / Skills
- Exposition in sensu / in vivo
 - gezielte Exposition = allein psychotherapeutische Aufgabe!
 - Begleitung spontaner Verarbeitungsprozesse und alltagsrelevanter Expositionen in vivo
= ebenso traumapädagogische / -beraterische Aufgabe!
- Kognitive Verarbeitung und Umstrukturierung
→ ebenso traumapädagogische / -beraterische Aufgabe!

Beispiele für den Übergang zwischen Traumatherapie und -pädagogik / -beratung: IBT

Durchführung durch unterschiedliche Berufsgruppen

Vorbereitung auf Traumabearbeitung

- Psychisches Wohlbefinden und Stabilität der Bezugsperson prüfen
- Analyse der Eltern-Kind-Bindung und ggf. Interventionen zur Förderung von Feinfühligkeit und Fürsorge, um Sicherheit in der Beziehung zu fördern.

Traumabearbeitung

- Bezugsperson bereitet allein und mit der Therapeutin ein (schriftliches) Narrativ zu der / den traumatischen Situation(en) vor.
- Bezugsperson erzählt mit therapeutischer Begleitung (auch bilaterale Stimulation) dem Kind von dem traumatischen Ereignis in der 2. Person, Singular.
- ggf. Wiederholung oder Aufgreifen weiterer traumatischer Erfahrungen

Wirksamkeitsprüfung und ggf. Planung weiterer Interventionen

Beispiele für den Übergang zwischen Traumatherapie und -pädagogik: „Mein Weg“

- für Jugendliche mit Fluchterfahrungen zwischen 13 und 21 Jahren mit traumatischen Erfahrungen und Stresssymptomatik
- Gruppenangebot (2 bis 6 Teilnehmende) geleitet durch 2 ausgebildete Mitarbeitende der Jugendhilfeeinrichtung unter Supervision
- traumafokussierte narrative Arbeit im Rahmen von 6 x 90-minütigen Terminen:
 1. Kennenlernen, Vorstellung des Programms, Psychoedukation, Entspannung
 2. Meine Geschichte I: „Mein Leben in der Heimat“ und „Meine Flucht nach Deutschland“
 3. Meine Geschichte II: „Mein schlimmstes Erlebnis“
 4. Meine Geschichte III: „In Deutschland – in Sicherheit“
 5. Meine Geschichte IV: Brief schreiben
 6. Zukunftswünsche und -pläne, Rückfallprophylaxe, Graduierungsfeier
- Bedeutsam weniger Symptome einer PTBS und einer Depression (inkl. selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität) bei Jugendlichen, die an „Mein Weg“ teilnahmen als Jugendliche, die die „normale“ Unterstützung der Jugendhilfe erhielten. Effekte waren auch nach 3 Monaten stabil.

(Sukale et al., 2020)

Beispiele für den Übergang zwischen Traumatherapie und -pädagogik: ANKOMMEN

- für Jugendliche zwischen 12 und 17 Jahren in stationären Jugendhilfeeinrichtungen
- *Zielsetzung:*
 - Aufarbeitung und Einordnung der Fremdunterbringung in die eigene Biografie
 - gezielte Unterstützung bei damit verbundenen Herausforderungen (z. B. Loyalitätskonflikte)
 - Akzeptanz für die Hilfe zu verbessern
- manualisiertes Gruppenangebot angeleitet durch 2 Mitarbeitende der Jugendhilfeeinrichtung
 - Vorbereitung auf die Auseinandersetzung mit persönlichen Themen im späteren Verlauf, Wissen über Gründe, Ziele und Abläufe von Fremdunterbringungen in Deutschland sowie zu Methoden zur Emotionsregulation (2 Sitzungen jeweils 90 min)
 - Biographische Aufarbeitung der eigenen Fremdunterbringungserfahrung und Umgang mit Loyalitätskonflikten und Stigmatisierung (4 Sitzungen)
 - Stärkung von Ressourcen und positiver Zukunftsperspektiven (2 Sitzungen)
- Jugendliche mit klinischen Auffälligkeiten zeigten nach dem Angebot bedeutsam weniger internalisierende und externalisierende als auch depressive Symptome und Symptome einer PTBS im Ausmaß mittlerer Effektstärken. Veränderungen war auch nach drei Monaten stabil.

(Läntzsch et al., 2023; Schepp et al, 2024)

Gemeinsamkeiten aller Verfahren & Übergänge zwischen Psychotherapie und Pädagogik / Beratung

- Psychoedukation
 - ebenso traumapädagogische / -beraterische Aufgabe!
- Förderung der Emotionsregulation & ggf. zwischenmenschlicher Fertigkeiten
 - siehe Modul 2: Ressourcenaktivierung / Stabilisierungstechniken / Skills
- Exposition in sensu / in vivo
 - gezielte Exposition = allein psychotherapeutische Aufgabe!
 - Begleitung spontaner Verarbeitungsprozesse und alltagsrelevanter Expositionen in vivo = ebenso traumapädagogische / -beraterische Aufgabe!
- Kognitive Verarbeitung und Umstrukturierung
 - ebenso traumapädagogische / -beraterische Aufgabe!

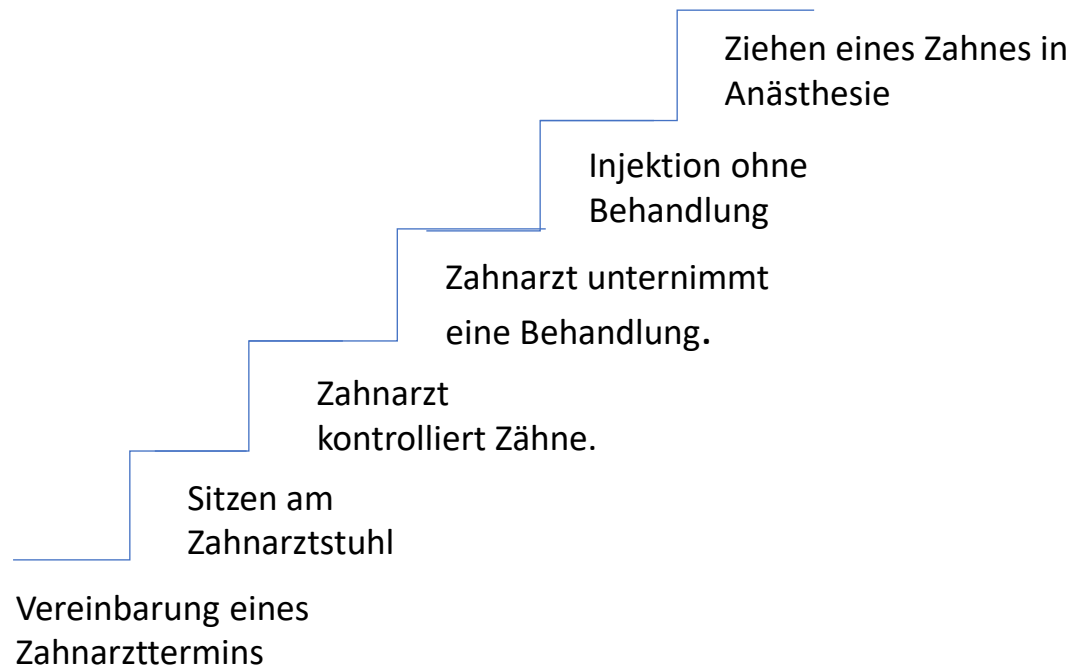
Expositionsbehandlung in Psychotherapien

- In den meisten verhaltenstherapeutischen Therapieprogrammen wird als **Hauptbestandteil erfolgreicher Traumatherapie die Exposition**, also die Konfrontation mit traumarelevanten Inhalten, beschrieben.
- Dies kann sowohl **in sensu**, d.h. durch mehrmaliges Wiederholen der traumatischen Ereignisse in der Imagination,...
- ...oder **in vivo**, d.h. durch eine wiederholte Exposition mit sicheren, gleichwohl von*m Patientin*en bisher vermiedenen Situationen, durch die Erinnerung an das Trauma ausgelöst wurden, geschehen.

Exposition in vivo

- Nach der Exposition in sensu folgt die Exposition in vivo im Verlauf der Behandlung.
- **wiederholtes Aufsuchen von ungefährlichen, jedoch von Patient*innen bisher vermiedenen Situationen, Plätze, Objekte oder Tätigkeiten**, die mit den traumatischen Erinnerungen assoziiert sind und deshalb starke Ängste erzeugten
- *Ziel*: Reduktion bis hin zur Bewältigung situationsspezifischer Ängste und somit Erweitern von Handlungsspielräumen
- *Wirkfaktoren*: Habituation, Löschung, Überprüfung eigener Annahmen
- *empfehlenswert*: gestuftes Vorgehen von weniger starker Angst auslösenden Reizen zu stark belastenden Reizen.
→ *Vorteil*: höhere Compliance und Erleben von Kontrolle sowie Selbstwirksamkeit

Hilfe zur Strukturierung: Angsthierarchie - ein Beispiel



Was gilt es bei Expositionen in vivo zu beachten?

- gestuftes Vorgehen (z.B. möglicher Einsatz von Bildern und Videos vor Aufsuchen des realen Ortes oder informativer Austausch zur Thematik vor der tatsächlichen Konfrontation)
- von begleitet bis hin zu allein
- Solange in der Situation verbleiben oder die Situation so oft aufsuchen, bis eine Angstreduktion einsetzt.
- Versuch, jegliches Vermeidungsverhalten zu unterlassen. (auch kognitiv!)
- Fokussierung während der Exposition auf Gefühl, Gedanken und Körperwahrnehmung (begleitet durch Objektivierung durch Skalierung)
- im Idealfall begleitet durch Protokollierung zur Nachbesprechung und zum Aufzeichnen der individuellen Entwicklung

Diskriminationstraining/ Triggerdiskrimination

- Es wird eine Liste mit Reizen, die Intrusionen auslösen, zusammengestellt.
- Die Patient*innen werden angeleitet, sich mit den Auslösern auseinanderzusetzen und dabei zwischen der Bedrohlichkeit dieser Reize während der Traumatisierung damals und der Ungefährlichkeit der Reize heute unterscheiden zu lernen.
- *Zielsetzung:* Unterscheidung von Auslösern „im Heute“ von denen „von Damals“
 - *Beispiel:* Beobachten der Toilettenspülung und Unterscheidung von Flutwelle bei Tsunami
 - "Heute aber weiß ich: damals war es bedrohlich, aber heute ist es anders."

Gemeinsamkeiten aller Verfahren & Übergänge zwischen Psychotherapie und Pädagogik / Beratung

- Psychoedukation
 - Entstehung: Wieso ist eine PTBS entstanden?
 - Aufrechterhaltung: Wieso bleiben die Symptome und verbessern sich nicht von selbst?
 - Veränderung: Wieso wirkt die traumafokussierte Therapie?
→ ebenso traumapädagogische / -beraterische Aufgabe!
- Förderung der Emotionsregulation & ggf. zwischenmenschlicher Fertigkeiten
→ siehe Modul 2: Ressourcenaktivierung / Stabilisierungstechniken / Skills
- Exposition in sensu / in vivo
 - gezielte Exposition = allein psychotherapeutische Aufgabe!
 - Begleitung spontaner Verarbeitungsprozesse und alltagsrelevanter Expositionen in vivo = ebenso traumapädagogische/ -beraterische Aufgabe!
- Kognitive Verarbeitung und Umstrukturierung
→ ebenso traumapädagogische / -beraterische Aufgabe!

Exposition in sensu:

Anfertigen eines Traumanarrativs

Was soll hierdurch erreicht werden?

- Erkennen von Triggersituationen / -momenten
- Habituation an angstausslösende Situationen / Reize
- Modifikation verknüpfter Denkfehler
- Integration des Erlebten in das autobiographische Gedächtnis und somit die gesamte Lebensgeschichte
- Überwinden der Vermeidungssymptome
- Kontrollgewinn über Trauma-Erinnerungen
- Modell adaptiver Krankheitsverarbeitung

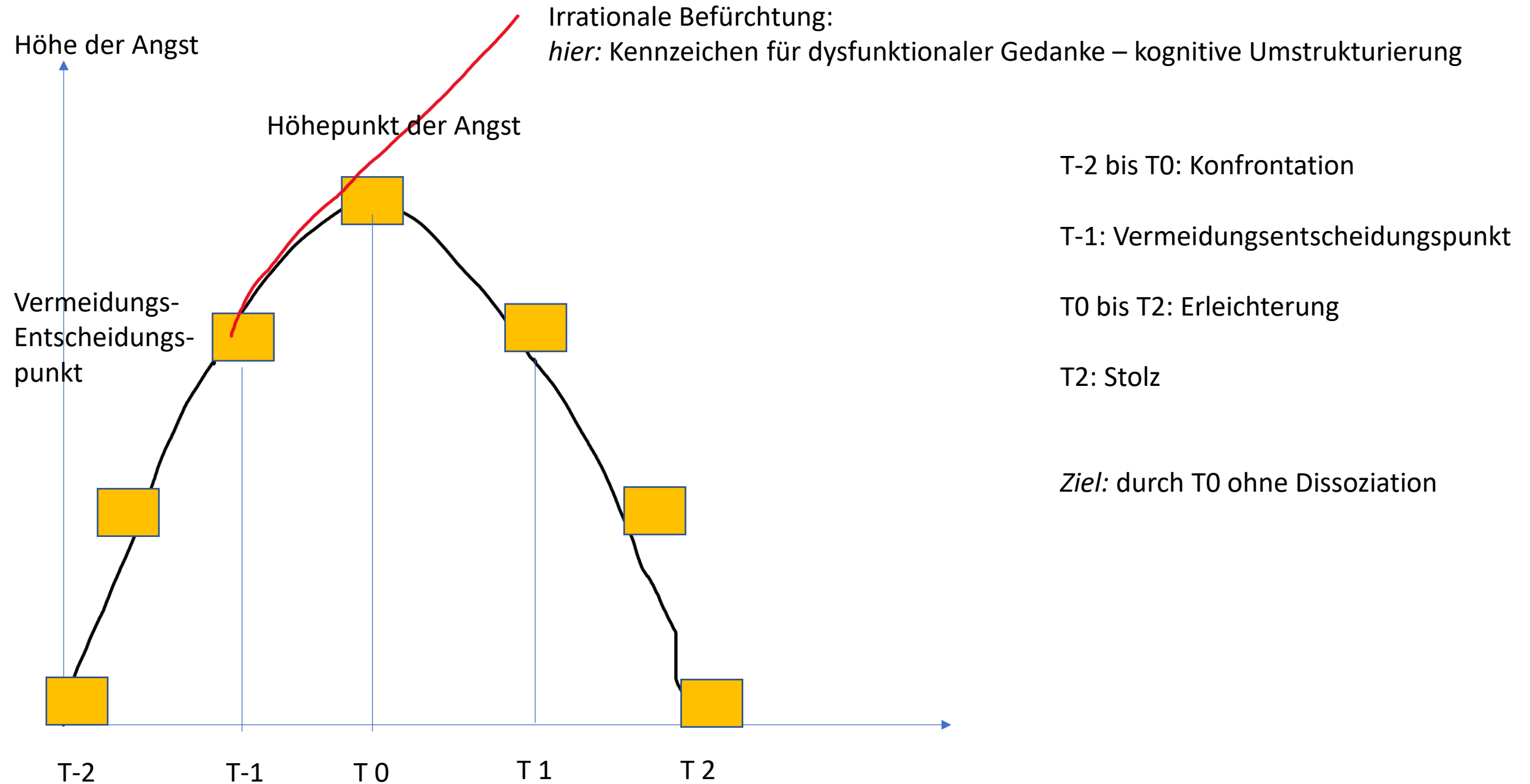
Was passiert genau?

- Unterstützung bei der chronologischen Darstellung
- Erlebtes aktiv und chronologisch in seiner zeitlichen Limitierung rekonstruieren (autobiografisches Gedächtnis)
- fragmentierte Gedächtnisinhalte aktivieren und mit Inhalten des deklarativen Gedächtnisses verknüpfen
- emotionale und physiologische Reaktionen in Raum und Zeit ankern („Vorher“, „Damals“, „Danach“, „Jetzt“)
- Verlängerte Exposition, um emotionales Netzwerk zu verändern (assoziative Reiz-Reaktions-Verbindungen).
- Neubewertung von Vergangenenem und Anerkennung der Auswirkungen der Traumata auf das weitere Leben

Was gilt es zu beachten? Wie gehe ich vor?

- Tempo und emotionale Belastung steuern (Fokus auf Details & Ebenenwechsel)
- „Hot Spots“/ „schlimmsten Momente“ identifizieren
- Belastungsgrad ermitteln davor, während und danach
- Flashbacks, Dissoziation, Vermeidung beachten
 - Verbalisieren, Außenorientierung, Gegenwartsbezug, um im Stresstoleranzfenster verbleiben.
- dysfunktionale Überzeugungen erfassen und kognitive Umstrukturierung
- Sitzungsende, wenn die Angstkurve unten (Sicherheit)
- Reflexion und Vorbereitung der Mitteilung an die Eltern

Unterstützung des Prozesses durch bilaterale Stimulierung (Element aus dem EMDR), Selbstregulationsstrategien und Aktivieren von Miss-Match-Ressourcen (Rekonsolidierung), um den Verbleib im Stresstoleranzfenster zu gewährleisten.



Teil A: Einführung („gute“ prätraumatische Zeit)

- Quasi Sprungbrett, von dem aus die Person in die Auseinandersetzung mit dem traumatischen Ereignis eintaucht.
- Es soll daran erinnern, dass es eine gute Zeit vor dem Trauma gab.
- War es sozusagen „immer schon schwierig“, können dennoch „gute“ Stunden / Minuten vor dem traumatischen Ereignis identifiziert und intensiv „ausgeschmückt“ werden oder die Geschichte beginnt sogar mit der Geburt, als sich alle über dieses wunderbare Baby gefreut haben.
- Die schöne prätraumatische Zeit sollte in konkreten und sinnlichen Einzelheiten und den dazugehörigen Gefühlen beschrieben werden (Lieblingsspeisen, freudvolle Aktivitäten, Haustiere, Beschreiben des Zuhauses und insbesondere wichtiger, wohltuender Bezugspersonen).

Teil B: Das traumatische Ereignis

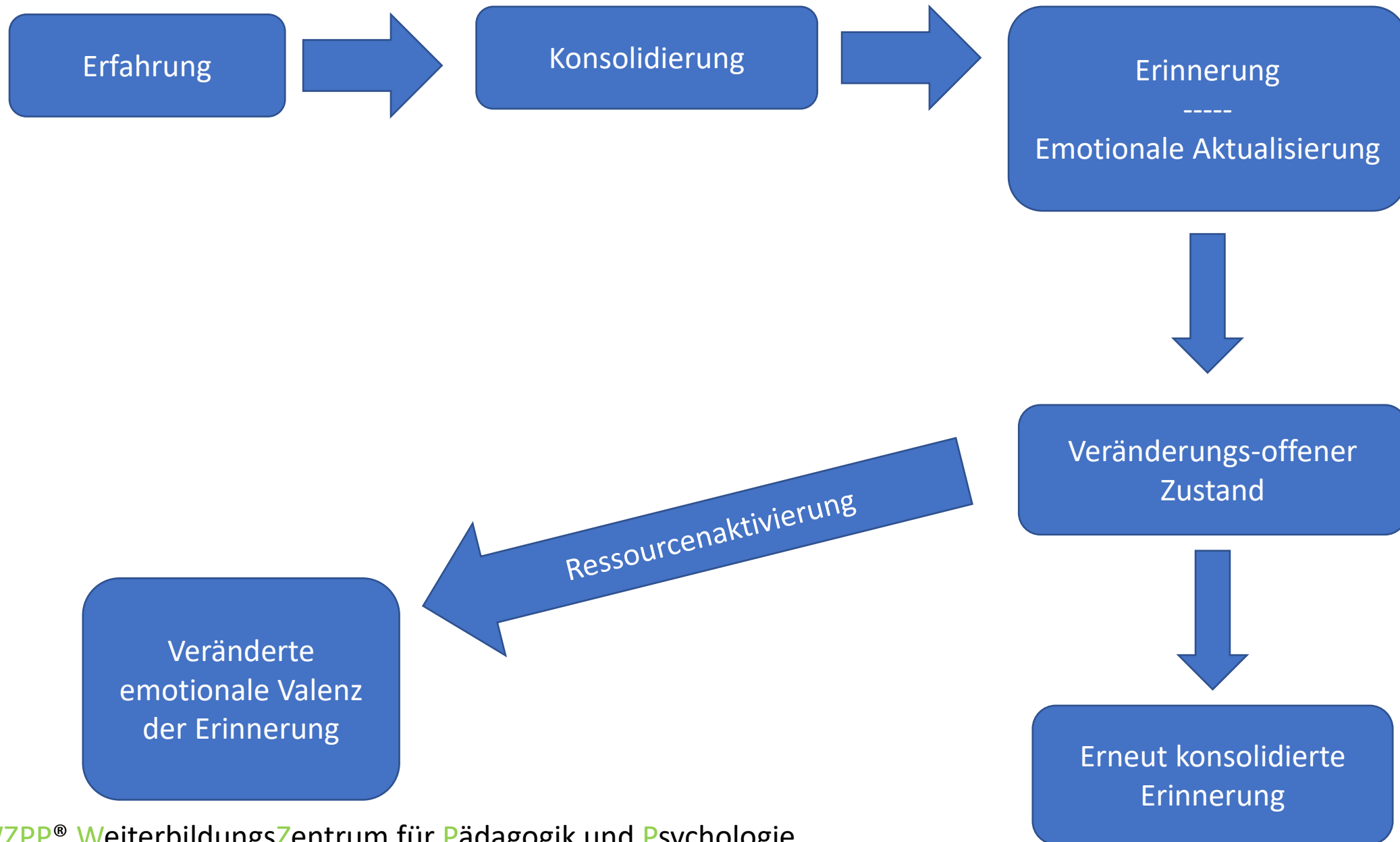
- Erzählung in Ich-Form und Gegenwartsform („als ob es gerade passiert“)
 - schonendere Form: „Damals...“
- Teil B sollte in der korrekten zeitlichen Abfolge den Ablauf der Ereignisse schildern.
 - Wichtig ist, sich nur auf bekannte Fakten zu stützen und Lücken nicht durch eigene Vermutungen zu füllen!
 - Im Zweifelsfall sind allgemeine Formulierungen zu verwenden, die es dem Kind erlauben, seine eigenen inneren Bilder ohne Störung ablaufen zu lassen.
- Basale emotionale Qualitäten (Hilflosigkeit, Todesangst, Wut, Alleine fühlen), die aus der Exploration bekannt oder empathisch erschlossen werden, werden bei Bedarf ergänzend „angeboten“.
- Wichtig ist es, bekannte (oder von den Eltern vermutete) dysfunktionale Selbstzuschreibungen gemeinsam einzuarbeiten.
(z.B. Das Kind dachte: „Jetzt muss ich sterben.“)

- Gegenwärtige Symptome, die als Folge dieser Erfahrung angesehen werden können, können beschrieben und in einen Zusammenhang gestellt werden.
(„Und die Angst ist immer noch da und deshalb möchtest du seitdem nicht mehr alleine in deinem Bett schlafen.“)

Unterstützung des Prozesses durch bilaterale Stimulierung (Element aus dem EMDR), Selbstregulationsstrategien und Aktivieren von Miss-Match-Ressourcen (Rekonsolidierung), um den Verbleib im Stresstoleranzfenster zu gewährleisten.

Ein Exkurs:

Rekonsolidierungshypothese und miss-match-Theorie



Teil C: Abschluss (sichere posttraumatische Zeit)

Zielsetzung: Vermittlung, dass das traumatische Ereignis vorbei ist, dass es „irgendwie“ gut ausgegangen ist oder dass jetzt alle Beteiligten in Sicherheit sind.

- Hier können positive Elemente aus der prätraumatischen Zeit wieder aufgenommen werden (z.B. sensorische Details oder angenehme Gefühle).
- Positive Selbstüberzeugungen und handlungsorientierte Lösungsmöglichkeiten können benannt werden. (z.B. „...und heute weißt du, dass du Nein sagen kannst, wenn ...“)
- Ein positiver Umgang mit neuen Umständen, die durch das traumatische Ereignis entstanden sind, kann geschildert werden. (z.B. „Einige Dinge sind jetzt anders. Der Junge hat schon neue Freunde gefunden.“)
- Eine Besonderheit liegt vor, wenn das Kind in der Zukunft noch eine Konfrontation mit dem traumatischen Ereignis vor sich hat (z.B. Operation oder Prüfung). In diesem Fall müssen in diesen Teil Ressourcen eingewoben werden.

Voraussetzungen für Traumakonfrontation

- **Grundvoraussetzung:** Einverständnis der Betroffenen!
- Alle **Methoden der Stabilisierungsphase** werden weiter angewandt und fortgesetzt.
- Grundvoraussetzung ist die **Kenntnis und Anwendung von Stabilisierungsmöglichkeiten**, um sich von überflutenden Erinnerungen zu distanzieren und um mit selbstschädigenden Verhaltensweisen, suizidalen Krisen oder starke Dissoziationsneigung umgehen zu können.
- Besonders wichtig ist, zu **Beginn der Traumabearbeitung zu überprüfen, ob der gewählte Zeitpunkt der richtige ist und ob nicht andere Bedürfnisse oder therapeutische Zielsetzungen im Vordergrund** stehen.
- Auch muss im **Rahmen der äußeren Sicherheit** sichergestellt sein, dass der Täterkontakt beendet ist oder zumindest während der Traumakonfrontation unterbleibt, und dass unterstützende Beziehungen im natürlichen Umfeld vorhanden sind.
- Hierbei ist herausfordernd, dass in **dysfunktionalen Familien sehr starke Bindungen existieren** (z.B. infolge von Parentifizierung). Die Klient*innen sollen lernen, welche Beziehungen gut tun und welche nicht, welche Kontakte sicher sind und wo man sich schützen muss. Zugleich können schwer lösbare Fragestellungen für die Betroffenen ergeben, z.B. mit wem werde ich dann meinen Geburtstag oder Weihnachten feiern und was erzähle ich anderen, wenn sie mich nach meinen Gründen fragen?
- Ebenso sollten **rechtliche Fragen** bedacht werden.

Phasen einer Traumatherapie

Meist Gliederung einer Traumatherapie in drei Phasen:

1. Stabilisierung
2. Konfrontation / Verarbeitung
3. Integration und Neuorientierung



Die letzte Phase: Integration/ Neuorientierung

- **Integration des Traumas in die eigene Geschichte und das Selbstkonzept**
- **Reintegration hat große Ähnlichkeit mit einem Trauerprozess** und ist daher mitunter eine schwierige Aufgabe. Was tatsächlich geschehen ist in der Vergangenheit und was man sich in der Kindheit oder zu einem anderen Zeitpunkt gewünscht hätte, muss nebeneinander existieren können.
- Oft kommt es **nach Abschluss der Traumabearbeitung nochmals zu einer intensiven Krise** mit depressiven Einbrüchen, Gefühlen von Sinnlosigkeit und Hoffnungslosigkeit bis hin zu akuter Suizidalität.
- Häufig bringt die Traumatherapie eine **Neuorientierung** mit sich, wodurch sich persönliche Pläne und Ziele verändern können, sowie ein neues Weltverständnis entstehen kann.
- Ein subjektiv als sehr positiv bewertetes inneres Wachstum kann sich entwickeln („**posttraumatic growth**“).
- **Abgeschlossen ist diese Phase, wenn ein Gefühl für die eigene Kraft und die Fähigkeit, angemessene Entscheidungen für das weitere Leben fällen zu können, entstanden ist.**

Gemeinsamkeiten aller Verfahren & Übergänge zwischen Psychotherapie und Pädagogik / Beratung

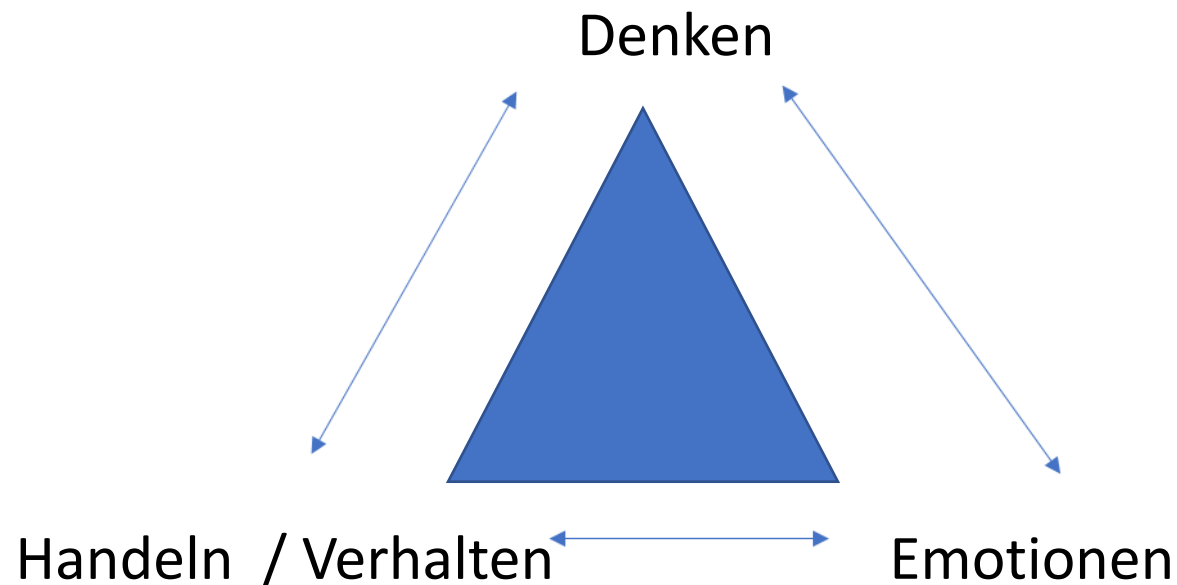
- Psychoedukation
 - ebenso traumapädagogische / -beraterische Aufgabe!
- Förderung der Emotionsregulation & ggf. zwischenmenschlicher Fertigkeiten
 - siehe Modul 2: Ressourcenaktivierung / Stabilisierungstechniken / Skills
- Exposition in sensu / in vivo
 - gezielte Exposition = allein psychotherapeutische Aufgabe!
 - Begleitung spontaner Verarbeitungsprozesse und alltagsrelevanter Expositionen in vivo = ebenso traumapädagogische / -beraterische Aufgabe!
- Kognitive Verarbeitung und Umstrukturierung
 - ebenso traumapädagogische / -beraterische Aufgabe!

Kognitionsfokussierte Interventionen

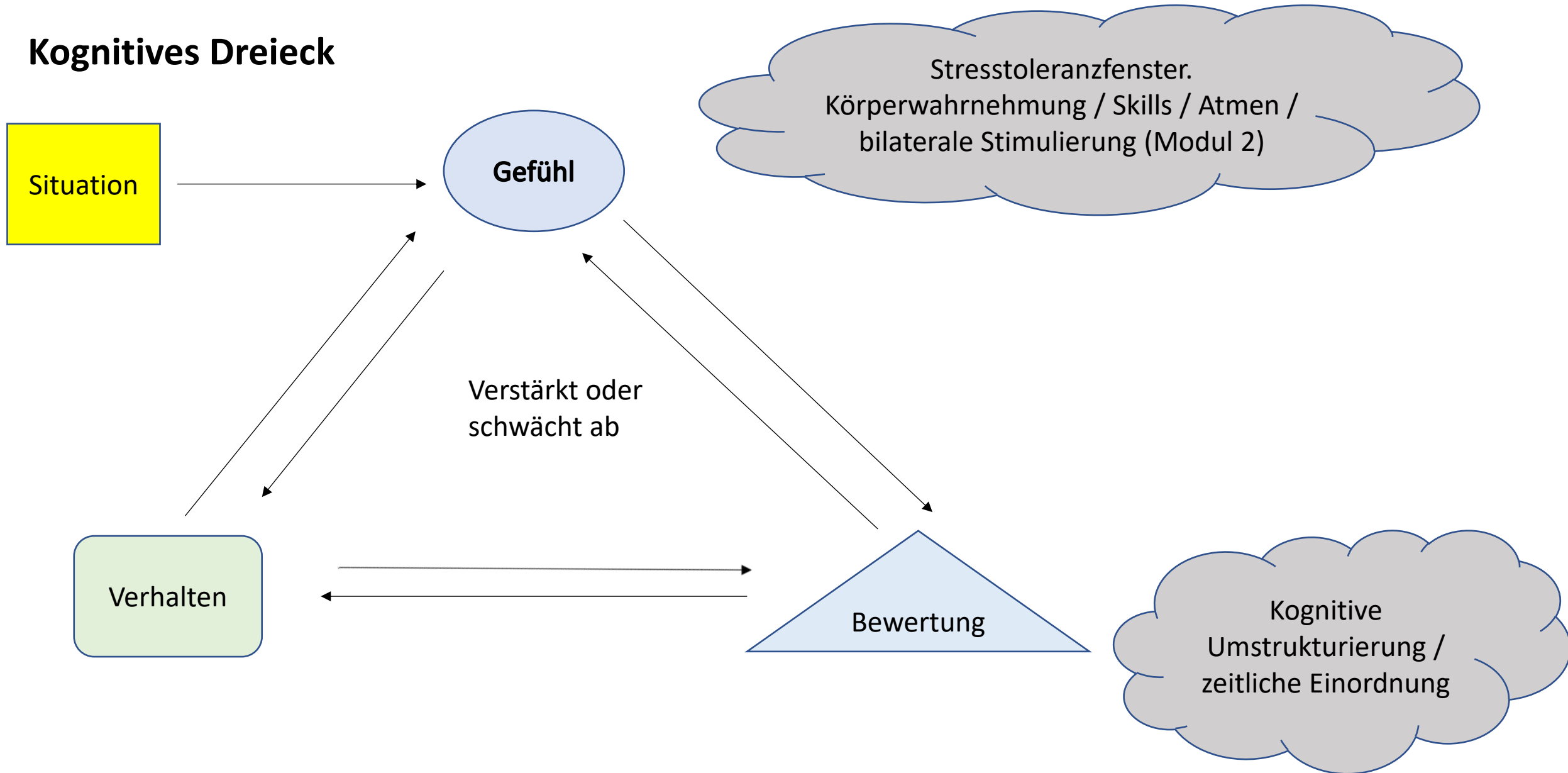


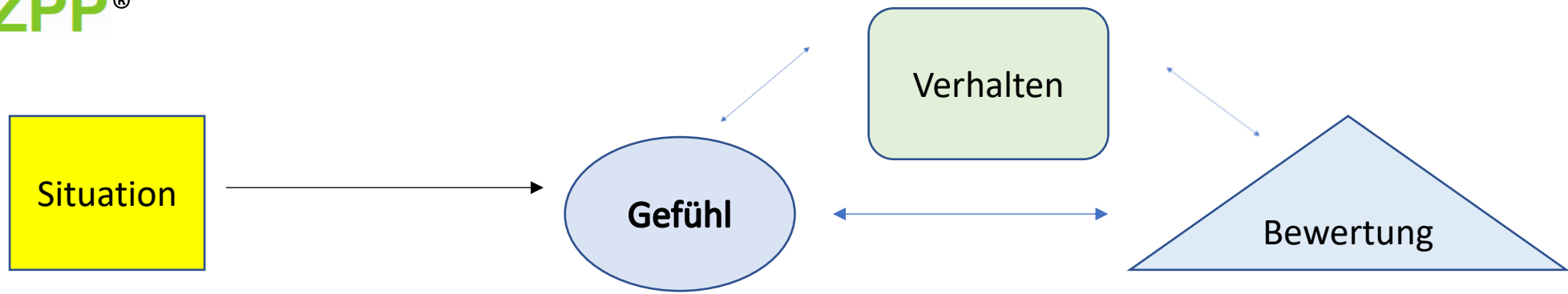
Kognitive Verfahren

Zielsetzung von kognitiven Verfahren ist die Veränderung von Prozessen der Informationsverarbeitung und –bewertung sowie infolge Veränderungen im konkreten Fühlen und Handeln zu bewirken.



Kognitives Dreieck





Limbisches System

- bifokale, multisensorische Stimulierung
- Selbstberuhigung / Selbstwirksamkeit
- Körperübungen, Atmen

Ziel: Rückkehr ins
Stresstoleranzfenster
(Modul 2)

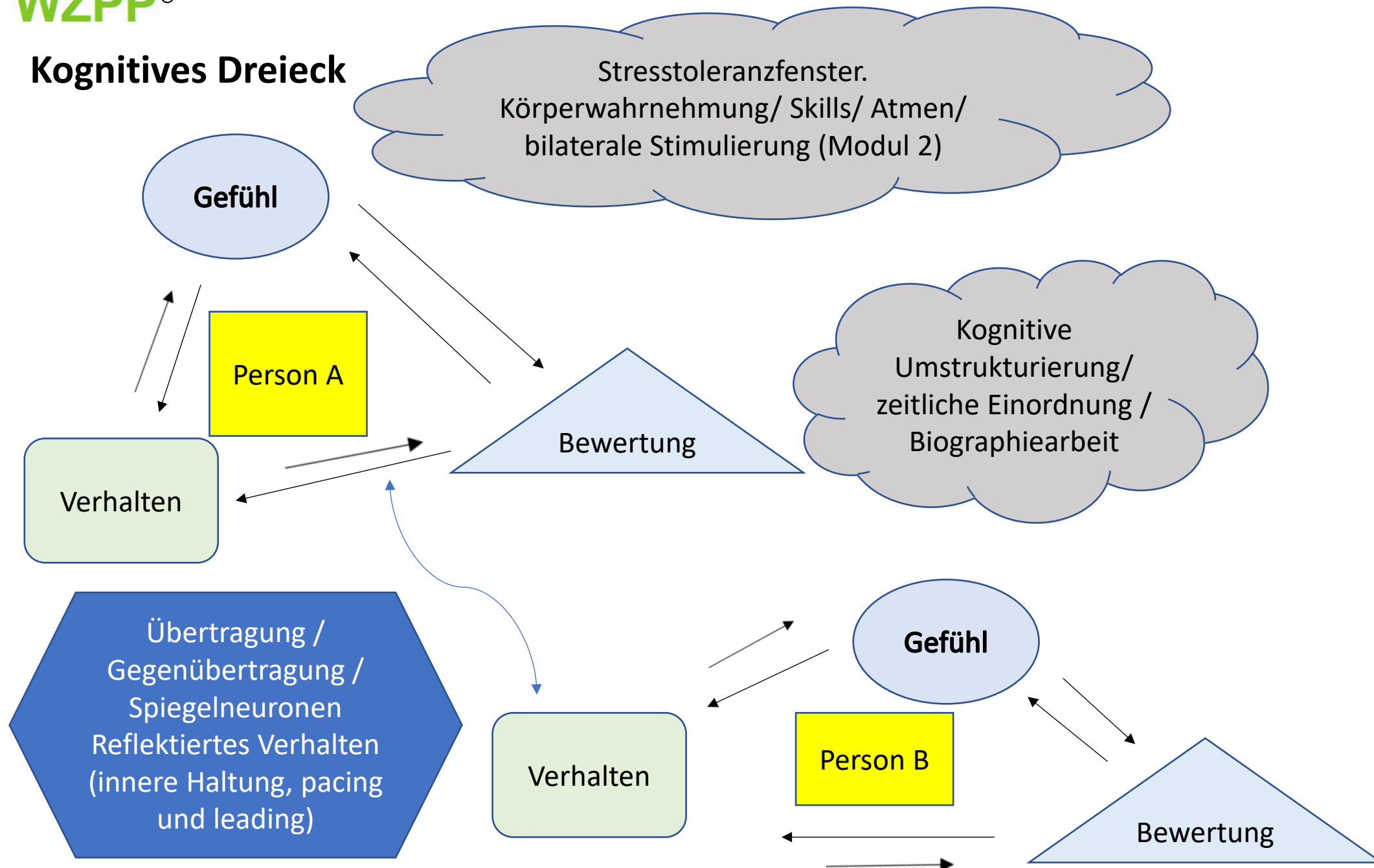
Präfrontaler Cortex

Häufig:

- Selbstvorwürfe
- Fremdvorwürfe
- Unerfüllbare Erwartung an andere
- Dysfunktionale Loyalitäten

Ziel: Distanzierung, Verwirrung durch
kognitive Umstrukturierung,
Selbstannahme

Kognitives Dreieck



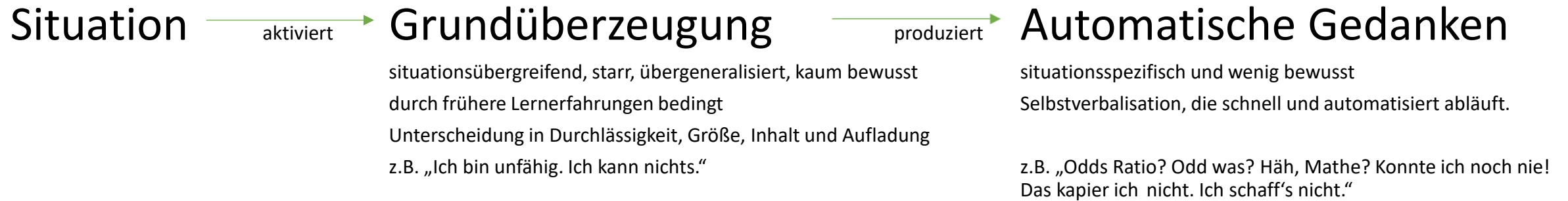
Kognitive Therapie nach Beck

- von der Psychoanalyse zur kognitiven Verhaltenstherapie



<https://www.jewishexponent.com/2017/10/18/cognitive-behavioral-therapy-expert-aaron-beck-going-strong-96/> [13.01.22]

Kognitive Therapie nach Beck



Therapeutische Zielsetzung:

- Informationsvermittlung zu Zusammenhängen und Förderung der Konzentration auf automatische Gedanken
- Anleitung zur Prüfung von Verzerrungen oder Fehlinterpretationen
- Korrektur der Gedanken durch Suchen nach Beweisen, durch das Inbetrachtziehen von Alternativerklärungen oder die Überprüfung der Logik von bestimmten Schlussfolgerungen

Kognitive Therapie nach Beck

Automatische Gedanken - nur schlecht?!

- Automatische Gedanken sind normal und lebenserleichternd - sie dienen schnellen Entscheidungen und entlasten uns bei der Alltagsbewältigung.
- Automatische Gedanken sind problematisch, wenn sie starr, rigide, situationsunangemessen oder katastrophisierend sind.



Kognitive Therapie nach Beck

Denkfehler	Beschreibung	Beispiel
Willkürliches Schlussfolgern	Schlussfolgern ohne ausreichende Belege	„Ich habe in der Klausur versagt. Ich kriege nichts auf die Reihe!“ (außer Acht gelassen, dass Mehrere durchgefallen sind - mehr als sonst- und dass dafür die mündliche Prüfung sehr gut bestanden wurde)
Personalisierung	Bezug von negativen Ereignissen auf die eigene Person - auch ohne hinreichende Belege	„Wenn meine Eltern sich streiten, dann liegt das sicherlich an mir!“
Maximieren und Minimieren	Bedeutung eines Ereignisses wird über- oder unterschätzt. (positive meist als gering erachtet und negative eher überbewertet)	„Dass ich die Prüfung bestanden habe, ist doch selbstverständlich. Aber dass mein Vorgesetzter sagte, dass er meinen Bericht verbesserungswürdig findet, zeigt mal wieder, wie wenig ich kann!“
Übergeneralisieren	Wenn es in einem Fall zutrifft, dann trifft es in jedem ähnlichen Fall ebenso zu.	„Dass mein Mann ausgezogen ist, beweist mal wieder, wie alle Männer sind!“
Selektives Verallgemeinern oder Selektive Abstraktion	Einzelinformationen werden aus dem Kontext genommen und überbewertet, bedeutsame Merkmale der Situation werden ausgeblendet.	„Dass mein Freund mir an der Tür nur einen flüchtigen Kuss gab, zeigt mal wieder, wie wenig er mich liebt!“ (außer Acht gelassen, dass der Partner am Abend zuvor kochte und allein die Wäsche machte, um seine Partnerin zu entlasten)
Dichotomes Denken	Schwarz-Weiß-Denken, Alles-oder-Nichts-Denken, Entweder-oder-Denken, Einteilung von Erfahrungen in zwei sich ausschließende Kategorien	„Entweder jemand mag mich oder er hasst mich!“

Kognitive Therapie nach Beck

Denkfehler	Beschreibung	Beispiel
Katastrophisieren	An das schlimmst Mögliche denken!	„Schon ein kleiner Fehler kann mich meine Arbeit kosten und dann lande ich auf der Straße!“
Emotionale Beweisführung	Gefühl als Beweis für die Richtigkeit eines Gedankens	„Wenn ich vor etwas Angst habe, muss es gefährlich sein!“
Etikettierung	Extreme Form der Verallgemeinerung, bei der aus einem Ereignis ein umfassender Sachverhalt gemacht wird.	„Ich habe die Prüfung nicht bestanden – ich bin ein Versager!“
Gedankenlesen	Zu glauben, die Gedanken der anderen zu kennen.	„So wie die gucken, lehnen die mich bestimmt ab!“
Tunnelblick (selektive Aufmerksamkeit)	Nur einen bestimmten Aspekt des gegenwärtigen Lebens erkennen.	„Meine Partnerschaft ist vorbei, mein Leben ist vorbei!“

Rational-emotive Therapie nach Ellis



Verfügbar unter: <https://gedankenwelt.de/biografie-albert-ellis-der-entwickler-der-rational-emotiven-verhaltenstherapie-revt/> [23.01.22]

ABC-Modell nach Ellis

A = Activating Event = auslösendes, internes oder externes Ereignis

B = Belief = Bewertung des Ereignisses

C = Consequences = emotionale Reaktionen und Verhaltensweisen, die auf A folgen.

→ Die Bewertung (B) des Ereignisses (A) ist also für die Konsequenz (C) von entscheidender Bedeutung.

ABC-Modell nach Ellis

Bitte stelle Dir vor: Du hast dich mit Freund*in verabredet, der*die dich von Zuhause abholen will. Es ist bereits eine halbe Stunde über der vereinbarten Zeit, der*die Freund*in ist immer noch nicht gekommen.



Kognitionsfokussierte Behandlungselemente bei Traumafolgestörungen

- Kognitive Methoden werden eingesetzt, um die **persönlichen negativen Bedeutungen (Interpretationen) zu verändern** sowie die **aufrechterhaltenden Verhaltensweisen zu reduzieren**.
- Mithilfe verschiedener kognitiver Methoden lernen Patient*innen, wie traumatische Erfahrungen ihr Überzeugungssystem und ihre Gedanken geprägt haben.
- Therapeut*in lässt Patient*in prüfen, inwieweit Einstellungen, Überzeugungen und Interpretationen über das Trauma und seine Folgen angemessen und hilfreich oder dysfunktional und problematisch sind.
- Ziel ist, gemeinsam das Für und Wider der Argumente abzuwägen, damit er*sie so zu eigenen angemessenen Schlussfolgerungen und entsprechenden Veränderungen im Denken, Fühlen und Handeln kommen kann.

Sokratischer Dialog

= Sonderform der kognitiven Interventionen

Th stellt sich als naiv-unwissend und hinterfragt Denkmuster, wobei er sich zurückhaltend und nicht bewertend zeigt und überwiegend offene Fragen stellt.

- *explikative sokratische Gesprächsführung*: „Was ist das?“-Frage, zur Begriffsklärung
- *normative sokratische Gesprächsführung*: „Darf ich das?“-Frage, Reflexion von Normalvorstellungen
- *funktionale sokratische Gesprächsführung*: „Soll ich das?“-Frage, Überprüfung von Sinnhaftigkeit von Handlungen entsprechenden den eigenen Lebenszielen

Columbo-Technik

= Sonderform der kognitiven Interventionen

Der*die Therapeut*in reagiert bei inhaltlichen Unstimmigkeiten in der Schilderung der Person, bei Widersprüchen zwischen der verbalen und nonverbalen Schilderung oder anderen Widersprüchen (z.B. Äußerungen der Eltern) nicht konfrontierend, sondern verwirrt und überrascht.

→ z.B. „Das verstehe ich jetzt nicht. Du willst nicht darüber reden und denkst Vergessen und Verdrängen ist für Dich das Beste... Du verdrängst also das Belastende und fährst jetzt jeden Tag ganz locker an der Unfallstelle vorbei?... Wieso hast Du das dann noch nicht so gemacht? Komisch, Deine Eltern sehen das anders und kommen mit Dir hier zur Behandlung.“

Realitätstesten	Welche Belege existieren für oder gegen diese Annahme? Sammeln empirischer Fakten - nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch, z.B. Verhaltensexperimente, Befragungen, etc.
Verhaltensexperimente	aktive Überprüfung von Annahmen, z.B. zu Auswirkungen von einem bestimmten Verhalten oder Situation „Was wird Ihrer Annahme nach passieren? Mit welchem Experiment könnten Sie Ihre Annahme testen?“ -> Experiment -> „Was haben Sie erlebt? Inwieweit war Ihre ursprüngliche Annahme richtig?“
alternative Erklärungen	Zusammentragen aller möglicher Erklärungen oder Schlussfolgerungen für ein Ereignis, z.B. mittels Brainstorming (z.B. „Warum könnte der sie noch angesehen haben?“)
Entkatastrophisieren	Einen Gedanken zu Ende denken mittels der „Was wäre, wenn...?“- oder der „Was passiert, nachdem...?“-Frage

Zeitprojektionsfragen	„Wie würde es Ihnen in sechs Monaten, einem Jahr oder zehn Jahren mit dieser Entscheidung gehen?“
Distanzieren	„Wie würden das Unbeteiligte bewerten?“
Hinterfragen absoluter Prämissen und mussturbatorischer Forderungen	z.B. „Wo steht geschrieben, dass man jeden Abend seine Küche wischen muss?“
Reattribuieren	Sammeln möglicher aller Fakten zu einer Erfahrung und Erstellen eines Modells der Verantwortlichkeit. („Woran könnte es noch liegen, dass...?“)
Pro- und Contra-Listen	kurz- und langfristige Vor- und Nachteile von Annahmen und Handlungsweisen infolge abwägen

- *Voraussetzungen:*
 - Kombination mit Validieren, um beim Umgang mit aversiven Gefühlen zu unterstützen und so „Denken“ zu ermöglichen.
 - „neutrale“, interessierte Haltung als Fragende*r einnehmen
 - ausreichend intellektuelle Begabung auf Seiten von Klient*in
 - nicht geeignet für jüngere Kinder
- **Wichtig sind die genaue Herausarbeitung der Denkmuster und die sehr konkreten Formulierung von Veränderungszielen. Je unkonkreter und allgemeiner Verhaltensziele bleiben, desto weniger erfolgreich werden sie umgesetzt.**
- An jedem Teil dieser Verhaltens-Bewertungs-Kette kann überlegt werden, welche Veränderungen möglich wären und wie der*die Patient*in sich eine Veränderung wünscht und vorstellt. Modifikationen können dann sehr konkret imaginiert und durch Verhaltensaufgaben bis zum nächsten Termin eingeübt werden.

Allgemeine Inhalte und Ziele der sozialen Stabilisierung in der Beratung

- Beruhigung im Alltag unterstützen
- Welche „Baustellen“ haben Vorrang und welche Ressourcen hat der*die Klient*in selbst für deren Bewältigung, welche beratende Hilfen und Angebote sind erforderlich?
- Struktur geben und kleine, bewältigbare Schritte planen
- Unterstützendes soziales Netz anregen
- für Abklärung und Behandlung der körperlichen Beschwerden sorgen
- basale Fähigkeiten zu Grenzsetzung und Selbstschutz vermitteln
- Erlernen und Einüben von Techniken zur Distanzierung von und zum Umgang mit belastenden Erinnerungen, z.B. in Form von Imaginationsübungen, und mit dissoziativen Symptomen
- Förderung von Ich-Stärke, Affekt- und Impulskontrolle / -regulation, eines hilfreichen Umgangs mit selbstschädigenden Verhaltenstendenzen wie Selbstverletzungen oder Substanzkonsum sowie von Selbstfürsorge und Selbsttröstung
- Arbeit mit verletzten und verletzenden inneren Anteilen (Ego-State-Arbeit)
- *zusammenfassend*: Voraussetzungen für die Möglichkeit einer Traumabearbeitung schaffen

Gerade bei komplex traumatisierten Personen kommt der Stabilisierungsphase auf Grund der defizitären Entwicklung der Affekt- und Selbstregulation große Bedeutung zu.

Solange die Fähigkeit der Affektregulation noch nicht ausreichend vorhanden ist, besteht die Gefahr, dass eine Bearbeitung von traumatischen Erinnerungen durch Exposition, Beobachters Technik oder EMDR erfolglos verläuft oder gar schadet.

Jedoch kann eine frühe Bearbeitung traumatischer Erinnerungen, die durch Auslöser getriggert werden und zur Destabilisierung führen, sinnvoll sein, um schnellstmöglich und langfristig Stabilität zu erreichen.

Prozessplanung

(bei akuter, singulärer und komplexer Traumatisierung)

- Es kann hilfreich sein, eine **Prioritätenliste zur Problemlösung** zu erstellen:
 - *thematisch*: „Was kann und möchte ich zuerst angehen oder bewältigen? Welche Themen stelle ich vorerst zurück?“
 - *ressourcenorientiert*: „Welche Stärken sind vorhanden, welche Ressourcen kann ich nutzen?“
 - *zeitlich*: „Was kann heute, in dieser Woche, in diesem Monat usw. bearbeitet werden, wo möchte der*die Klient*in in einem Jahr stehen?“
- Eine **sorgfältige Beratungs- und Behandlungsplanung wirkt auch als Halt gebende „Leitplanke“**, um nicht unter dem Druck der Not der Klient*innen aktivistisch-überfürsorglich „anzuspringen“ oder aber zu schnell zu viel zu verlangen und sie zu überfordern.

- Zum Einstieg **zunächst einfache, alltagsnahe Themen** und erst **bei ausreichender Stabilisierung schwierigere Themen**.
- Es ist wichtig, erste wahrscheinlich **realisierbare Schritte** der Zielerreichung zu vereinbaren. Manchmal erscheinen diese als „zu banal“, und es werden vermeintlich anspruchsvollere Ziele anvisiert, die dann kaum erreicht werden können. Es ist hilfreicher kleine Schritte festzuhalten, dann sind die Erfolgserlebnisse wahrscheinlicher.
- Und diese sind besonders wichtig, da traumatisierte Klient*innen bereits viele Erfahrungen des Scheiterns gemacht haben. **Es geht auch darum, realistisch, bescheiden und voller Wertschätzung die kleinen Dinge des Lebens als Ressource wahrzunehmen und zu nutzen.**
- Die **Grenzen der Hilfemöglichkeiten** sollten gegenüber dem*der Klienten*in klar und rechtzeitig besprochen werden. Stets ist auf **klare, transparente Information** zu achten und der*die Klient*in muss bei allen Planungsschritten beachtet werden. **Jeder Schritt muss für sie nachvollziehbar sein. Entscheidend ist zudem die Klärung des konkreten Arbeitsauftrags.**

- Klärung, wie die **Beratung gestaltet** sein soll (Aufsuchend / begleitend? Welche Themen sind vorrangig? Wovon möchte der*die Klient*in weg und wo hin? Prioritätenliste?).
- Abklären, ob **existenzsichernde oder vor Retraumatisierung schützende Maßnahmen** erforderlich sind? Ist eine Unterstützung zur Alltagsbewältigung und ggf. der Kinder notwendig? Droht Abschiebung? Sind Sicherheitsverträge nötig? Gibt es ein unterstützendes, soziales Netzwerk? Besteht noch Täterkontakt? Für Opfer von Straftaten ist z.B. die Kooperation mit dem weißen Ring e.V. sinnvoll, ggf. auch die Initiierung einer Strafverfolgung, die Klärung von Rechtsansprüchen nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), sowie Begleitung der Klient*innen bei den oft triggernden Behördengängen.
- Für die Planung und Gestaltung der traumaspezifischen Beratung sollten der*die Klient*in und **alle am Prozess beteiligten Helfenden voreinander wissen, miteinander kooperieren, kommunizieren und sich abstimmen.**

Akuttrauma (aus Modul 3)

- Meist einen oder mehrere Tage nach dem traumatisierenden Ereignis.
- einfühlsame Begleitung und Information über Psychoedukation
- Beruhigung / in einfachen und klaren Worten sprechen
- nichtbeurteilendes Akzeptieren des*der Klienten*in
- Kontrolle lassen und Entspannung
- eigene Rekonstruktion des traumatischen Geschehens
- negative und aggressive Reaktionen begleiten
- spezielle traumatherapeutische Techniken
- soziale Beziehungen und Beratungen von Angehörigen
- Rechtsansprüche / OEG (Opferentschädigungsgesetz)
- ggf. Psychopharmaka und Klinikeinweisung

Monotrauma

- Nicht die Schwere des traumatischen Ereignisses ist entscheidend, sondern woran der Mensch leidet. Auch wenn keine Traumafolgestörung vorliegt, ist die achtsame Begleitung, Psychoedukation und Beratung für Menschen sinnvoll und hilfreich.
- 2/3 der Betroffenen, die ein Monotrauma erlebt haben, kommen irgendwie zurecht und meistern ihren Alltag.
- Allerdings ist das Erleben folgender Traumata für die Entwicklung von Traumafolgestörungen besonders disponiert: Überfall, Vergewaltigung, Angehörige bei Vermisstensuche (häufig bei Suizid) und Hinterbliebene nach plötzlichem oder gewaltsamem Tod.
- *(Behandlungs-)Planung:*
 - Psychoedukation zur „Normalisierung“ der Symptome
 - stabilisierende Interventionen
 - bei ausreichender Stabilität frühzeitige Traumakonfrontation (z.B. mit EMDR)

Komplexe Traumafolgestörung

- Ein **stationärer Aufenthalt** bedeutet für komplex traumatisierte Klient*innen, besonders mit dissoziativen Störungen, meist **viel Stress**. Das enge Zusammenleben mit anderen im Stationsalltag und zusätzlich mit Gruppentherapien mit möglicherweise belastenden Inhalten, Affekten oder Ausstrahlung anderer Klient*innen können zu großem Stress führen und damit destabilisierend wirken.
- Geplante stationäre **Intervallbehandlungen** mit Rückkehr in Alltagsanforderungen, kurze stationäre Kriseninterventionen sowie Tagesklinikangebote können stabilisierend wirken.
- **Im stationären Setting:** Prozessplanung im multiprofessionellen Team, Hierarchie der Ziele werden gemeinsam besprochen und festgelegt, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten werden geklärt.
- **Im ambulanten Setting:** Klärung, ob eine Entlastung durch ambulante Hilfen oder eine Distanz zur familiären Umgebung indiziert ist oder gar eine Therapie.

Komplexe Traumafolgestörung

- **Basis der Behandlungsplanung:**

- Verträge zum Umgang mit Kriseninterventionen
- Aufklärung über Diagnosen
- Therapieoptionen
- Möglichkeiten der Traumakonfrontation und deren Risiken sowie die Einholung eines Einverständnisses sind obligat.

- **Hierarchisierung der Therapieziele sind hilfreich:**

Die Veränderung selbstdestruktiver und therapieschädigender Verhaltensweisen muss vorrangig sein - ansonsten, was im Alltag als stark beeinträchtigend erlebt wird.

wichtig: Aktivierung von Ressourcen!

Durch die Verknüpfung von Belastung und Ressource wird unmittelbar das Belastende etwas reduziert und integriert.

Supervision

Fokus: Fallarbeit



Gemeinsamkeiten aller Verfahren & Übergänge zwischen Psychotherapie und Pädagogik / Beratung

- Psychoedukation
 - ebenso traumapädagogische / -beraterische Aufgabe!
- Training der Emotionsregulation / Bewältigungsstrategien
- Hilfreicher Umgang mit Emotionen
 - siehe Modul 2: Ressourcenaktivierung / Stabilisierungstechniken / Skills
- Exposition in sensu / in vivo
 - gezielte Exposition = allein psychotherapeutische Aufgabe!
 - Begleitung spontaner Verarbeitungsprozesse und alltagsrelevanter Expositionen in vivo = ebenso traumapädagogische / -beraterische Aufgabe!
- Kognitive Verarbeitung und Umstrukturierung
 - ebenso traumapädagogische / -beraterische Aufgabe!

Psychoedukation

- Was passiert im Gehirn bei einer Traumatisierung?
- Was sind Trigger und wie wirken diese?
- Welche Funktion haben die Symptome?
- Was ist dissoziieren und welchen Sinn hat dies?
- Wie kann man sich selbst helfen und beruhigen?
- Wie kann man mit Schmerz, Schuld, Depressionen, Trauer, Angst, Aggressionen, Albträume und Schlafstörungen umgehen?
- Wie können die Verhaltensweisen anderer Menschen, deren Emotionen und Absichten verstanden und wie darauf angemessen reagiert werden (Mentalisierung)?

Auszüge aus Quellenverzeichnis

- Ahrens-Eipper, S. & Nelius, K. (2014). *Trauma First: Das Seefahrercamp 6-10: Ein Behandlungsprogramm für Kinder mit Traumafolgestörungen*. Halle: kjp-Verlag.
- Augsburger, M. & Maercker, A. (2020). *Posttraumatische Belastungsstörungen: PTBS und KPTBS: Ein Leitfaden für die Diagnostik und Behandlung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Deblinger, E. (2009). *Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Berlin: Springer.
- Heidenreich, T. & Veith, A. (Hrsg.). (2021). *VPP - Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis: Aaron T. Beck zum 100. Geburtstag*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Hensel, T. (2020). *Stressorbasierte Psychotherapie: Belastungssymptome wirksam transformieren - ein integrativer Ansatz* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kandale, M. & Rugenstein, K. (2017). *Das Repetitorium: Lehr- und Lernbuch für die schriftlichen Abschlussprüfungen zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten* (3. Aufl.). Berlin: Deutscher Psychologen Verlag.
- König, J., Resick, P.A., Karl, R. & Rosner, R. (2012). *Posttraumatische Belastungsstörung: Ein Manual zur Cognitive Processing Therapy*. Göttingen: Hogrefe.
- Lampe, A., Mitmansgruber, H., Gast, U., Schüssler, G. & Reddemann, L. (2008). Therapieevaluation der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) im stationären Setting. *Neuropsychiatrie*, 22(3), 189-197.
- Lampe, A., Riedl, D., Kampling, H., Nolte, T., Kirchhoff, C., Grote, V., ... & Kruse, J. (2024). Improvements of complex post-traumatic stress disorder symptoms during a multimodal psychodynamic inpatient rehabilitation treatment—results of an observational single-centre pilot study. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), 2333221.

Auszüge aus Quellenverzeichnis

- Läntzsch, S., Fegert, J. M., Rassenhofer, M., Witt, A., & Pfeiffer, E. (2023). Wirksamkeit und Herausforderungen bei der Implementierung von Biografiearbeit als Standardangebot in der Betreuung fremduntergebrachter Kinder und Jugendlicher. *unsere jugend*, 75(2), 67-76.
- Maercker, A. (2019). *Traumafolgestörungen* (5. Aufl.). Berlin: Springer.
- Nelius, K. & Ahrens-Eipper, S. (2017). *IRRT mit Kindern und Jugendlichen: Ein Fallbuch mit einer Einführung von Mervyn Schmucker*. Halle: kjp-Verlag.
- Neuner, F. (2008). *Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie - Grundregel oder Mythos? Verhaltenstherapie*, 18, 109–118.
- Rosner, R. (2013). Posttraumatische Belastungsstörung. Im F. Petermann, *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie*, 7. Aufl. (405-422). Göttingen: Hogrefe.
- Schäfer, I., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Lotzin, A., Maercker, A., Rosner, R. & Wöller, W. (Hrsg.). (2019). *S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung*. Berlin: Springer.
- Schauer, M., Neuner, F. & Elbert, T. (2011). *Narrative Exposure Therapy: A Short-Term Treatment for Traumatic Stress Disorders*. Göttingen: Hogrefe.
- Schepp, S., Fegert, J. M., Rassenhofer, M., Regner, S., Witt, A., & Pfeiffer, E. (2024). Evaluation of ANKOMMEN as a group intervention based on life story work for adolescents in residential care in Germany: a single-arm pilot study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 18(1), 135.
- Schulz, E., Ahrens-Eipper, S., Nelius, K., & Pilz, W. (2023). Effektivität eines multimodalen psychotherapeutischen Behandlungsprogramms für Kindergarten- und Vorschulkinder mit Traumafolgestörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 72(3), 208-230.
- Sukale, T., Rassenhofer, M., Kirsch, V., & Pfeiffer, E. (2020). Niedrigschwellige traumafokussierte Gruppeninterventionen für traumatisierte Jugendliche mit Fluchterfahrung: Der Einfluss von nicht-suizidalem selbstverletzendem Verhalten und Suizidalität. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*.
- Steil, R. & Rosner, R. (2009). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.

Quellenverzeichnis

Bilder entnommen aus: www.pixabay.com