



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

Traumazentrierte Fachberatung/Traumapädagogik (DeGPT/FVTP)

Modul 5

Begleitung spontaner Verarbeitungsprozesse



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

Alfred-Delp-Straße 2
D- 73430 Aalen

Tel Büro: 07965-8027258
07965-8027259

www.wzpp.de
info@wzpp.de

Inhaltsverzeichnis

Begleitung spontaner Verarbeitungsprozesse – Grundlagen	Seite 3
Überblick zu traumaspez. evidenzbasierten Behandlungsverfahren	Seite 3
Weitere traumaspezifische Behandlungsverfahren	Seite 10
Expositionsbehandlung in Therapien	Seite 12
Kognitionsfokussierte Interventionen	Seite 13
Kognitive Umstrukturierung	Seite 19
Psychoedukation	Seite 21
Prozessplanung (bei akuter, singulärer, komplexer Traumatisierung)	Seite 27
Absorptionstechnik – Ressourcenprotokoll	Seite 31
Sicherer Ort/Tresorübung/Lichtstromübung	Seite 33
CIPOS	Seite 38
Informationsblatt über affektive Modulation	Seite 41
Atemübungen	Seite 42
Wochenübungsbogen für das kognitive Dreieck	Seite 44
Vorlage für eine Verhaltensanalyse	Seite 45
Übung: Meine Schuldgefühle	Seite 47
Übung: Sieben Phasen der Heilung von Überlebensschuldgefühlen	Seite 49
Übung: Überzeugungen zum traumatischen Ereignis	Seite 50
Arbeitsblatt 1: Schuldgefühle überwinden..., Selbstvorwürfe	Seite 51
Arbeitsblatt 2: Schuldgefühle überwinden..., neue Sichtweisen	Seite 52

Modul 5: Begleitung spontaner Verarbeitungsprozesse

Zur Unterstützung spontaner Verarbeitungsprozesse haben sich unter anderem verhaltenstherapeutische Ansätze und Elemente von EMDR bewährt.

Die meisten Autoren verhaltenstherapeutischer Therapieprogramme für traumatische Patienten gehen davon aus, dass der **Vermeidung von traumabezogenen Reizen eine zentrale Rolle bei der Aufrechterhaltung der posttraumatischen Belastungsstörung** zukommt. Die Vermeidung verhindert eine angemessene emotionale Verarbeitung der traumatischen Erlebnisse. Die Überprüfung oder Veränderung kritischer Kognitionen in Bezug auf das Trauma wird dadurch erschwert oder auch unmöglich gemacht. Die Vermeidung kann sowohl auf der Ebene der Kognition als auch des Verhaltens beobachtet werden. Die vermutlich häufigste Form kognitiver Vermeidung bei der posttraumatischen Belastungsstörung ist die Unterdrückung von unangenehm erlebten Gedanken oder Erinnerungen, häufig durch Ablenkung. Auch Sicherheitsverhalten wird als Vermeidungsverhalten interpretiert.

Gleichzeitig "platzen" zeitweise Erinnerungen an das traumatische Ereignis aus den traumatisierten Menschen heraus, die sie aus Scham, Angst vor Überflutung, Sorge, dass es das Umfeld nicht aushalten könnte, direkt wieder unterdrücken bzw. während des Erzählens abwiegeln oder gar das Thema wechseln (Vermeidung).

Wie gehen wir nun damit um? Wie können wir spontane Verarbeitungsprozesse begleiten, ohne zu retraumatisieren oder den Betroffenen auf Grund eigener Hilflosigkeit das Gefühl zu geben, sie nicht ernst zu nehmen?

Überblick zu traumaspezifischen evidenzbasierten Behandlungsverfahren

Was bedeutet evidenzbasiert?

= Gebrauch von der gegenwärtig besten externen wissenschaftlichen Evidenz in der medizinischen Versorgung. Mit Hilfe von Evidenzklassen soll die wissenschaftliche Aussagefähigkeit klinischer Studien objektiviert werden.

z.B. nach dem britischen National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

Stufe	Evidenztyp
Ia	Systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen mit qualitativ hochwertigen doppelblinden randomisiert-kontrollierten Studien (RCTs)
Ib	einzelne RCTs
II	kontrollierte, nichtrandomisierte Studie
III	Korrelations- oder Vergleichsstudien sowie Fallberichte
IV	Meinungen und Überzeugungen von angesehenen oder Expertenkommissionen

(aus S3-Leitlinien zu PTBS „Klinischer Konsenspunkt“ bei IV)

Leitlinien werden entwickelt u.a. durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AMWF). Sie stellen wissenschaftliche, störungsspezifische Empfehlungen für Diagnostik und Therapie. Je nach Qualität und Entwicklungsmethodik werden sie unterschieden in S1-, S2-, S3-Leitlinie.

Entwicklungsstufe	
S1	von einer Expertengruppe im informellen Konsens erarbeitet
S2	Formale Konsensfindung (S2k) oder eine systematische „Evidenz“- Recherche (S2e) hat stattgefunden.
S3	Leitlinie mit zusätzlichen / allen Elementen einer systematischen Entwicklung (Logik-, Entscheidungs- und „Outcome“-Analyse, Bewertung der klinischen Relevanz wissenschaftlicher Studien und regelmäßige Überprüfung)

Schlüsselempfehlungen der Leitlinie zur PTBS

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

„Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung ist die 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)

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

„Für eine KPTBS nach ICD-11 sollte die psychotherapeutische Behandlung mit einer Kombination traumafokussierter Techniken erfolgen, 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)

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

„Eine traumafokussierte Psychotherapie soll jedem Kind / Jugendlichen mit PTBS 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)

Gemeinsamkeit aller Verfahren

- Psychoedukation
 - Entstehung: Wieso ist eine PTBS entstanden?
 - Aufrechterhaltung: Wieso bleiben die Symptome und verbessern sich nicht von selbst?
 - Veränderung: Wieso wirkt die traumafokussierte Therapie?
 - *Ziel:* Normalisierung, Entpathologisierung, Krankheitseinsicht, Förderung von Therapiemotivation
- Training der Emotionsregulation / Bewältigungsstrategien
- Hilfreicher Umgang mit Emotionen
- Exposition in sensu / in vivo
- Kognitive Verarbeitung und Umstrukturierung

Prolongierte Expositionstherapie

- Evidenz für die Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen
- *theoretische Basis:* lerntheoretische Überlegungen und neuronales Furchtnetzwerk (z.B. klassisches oder operantes Konditionieren)
 - *Wirkmechanismen:*
Reorganisation der Gedächtnisstruktur, Perspektivwechsel, Habituation, Löschung, Realitätsüberprüfung
- *Zwei Hauptkomponenten*
 - imaginative Exposition (in sensu)
 - P erzählt in der ersten Person Singular im Präsens mit geschlossenen Augen in chronologischer Reihenfolge unter Anleitung von Th (z.B. „Was empfinden Sie gerade? Wo in ihrem Körper?“) von traumatischem Ereignis. (ungefähr 45 - 60 min)
 - Abfrage der individuellen Belastung mit SUD-Skala während der Exposition
 - Gemeinsame Erörterung von Erfahrungen in der Sitzung und welche Veränderungen folglich eintraten. (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 ungefährlich sind. (z.B. enganliegende kurze Kleidung tragen)
 - meist als therapeutische Hausaufgabe zwischen den Sitzungen

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		

Narrative Expositionstherapie

- Evidenz für die Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen
- entwickelt in Krisenregionen als Kurzzeitintervention
- geeignet besonders für Betroffene multipler traumatischer Ereignisse, die assoziativ miteinander verknüpft sind, Fokus auf die gesamte Lebensgeschichte und nicht nur ein traumatisches Indexereignis
- auch Einsatz durch trainierte Laien
- *theoretische Basis:* lerntheoretisches Modell, neuronales Furchtnetzwerk, „heiße“ und „kalte“ Gedächtnisinhalte (kognitive, sensorische, emotionale und physiologische Informationen vs. Fakten / Kontextinformationen)
 - *Wirkmechanismen:* Integration des traumatischen Ereignisses in das autobiographische Gedächtnis
- *Zwei Hauptkomponenten:*
 - Lifeline
 - symbolhafte chronologische Darstellung der gesamten Geburt bis zum jetzigen Zeitpunkt
 - Herausarbeiten der wichtigsten Ereignisse unter strukturierter und begrenzender Anleitung der Th und Versehen mit dem entsprechenden Symbol (z.B. Stein, Blume oder Kerze)
 - kontextbasierter Überblick - Fokus auf dem „kalten“ Gedächtnis! (Wo? Was? Wann?)
 - Expositionssitzungen
 - streng chronologische Nacherzählung, positive Ereignisse werden kurz angesprochen, Verlangsamung der Erzählung bei traumatischen Ereignissen
 - Th stellt Fragen zu „kalten“ Fakten (z.B. Wann?) und zum „heißen“ Gedächtnis (z.B. „Was haben sie gedacht?“, „Was haben sie gefühlt?“)
 - Ständige Kontrastierung von damals (Erzählung in Vergangenheit) und jetzt (Präsens) zur Verankerung von Geschehen in Raum und Zeit
 - Verschriftlichung der Narration und erneutes Vorlesen der Narration der letzten Sitzung

Kognitive Verarbeitungstherapie (CPT)

- Evidenz für die Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen
- Schemata, in denen das Wissen über sich selbst und die Welt gespeichert wird.
 - durch nicht hilfreiche Verarbeitungsprozesse des traumatischen Ereignisses: dysfunktionale Gedanken = „stuck points“ (= „Hängepunkte“)
- Unterscheidung von primären und sekundären Gefühlen
 - *primär*: resultierenden aus der traumatischen Situation (z.B. Angst in Anbetracht der realen Gefahr)
 - *sekundär*: resultierend aus der Interpretation der traumatischen Situation basieren auf den individuellen Schemata
- *Hauptkomponente*: Identifikation und Modifikation von „stuck points“
 - Verfassung eines Berichts zu traumatischem Ereignis eigenständig zwischen den Terminen in Vergangenheitsform mit Ermutigung zum Wahrnehmen, aber nicht intensiven Nachspüren von negativen Gefühlen.
 - 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 selbst „stuck points“ und kann die eigenständig hinterfragen.

Sitzungsinhalte der CPT

1. Psychoedukation und Einführung
2. Einführung in die Ziele der Therapie und Hängepunkte
3. Auswirkungen und Bedeutung des traumatischen Ereignisses
4. Einführung in das ABC-Arbeitsblatt und Aufbau von Aktivitäten und Kontakten
5. Identifikation von Gedanken und Gefühlen der traumatischen Situation
6. Erinnerungen an das Trauma: Besprechung der Verschriftlichung des traumatischen Ereignisses
7. Identifikation von Hängepunkten im Narrativ
8. Formulierung hilfreicher Fragen zur Veränderung der Überzeugungen
9. Besprechung problematischer Denkmuster
10. Thema „Sicherheit“: Hinterfragen eigener Überzeugungen
11. Thema „Vertrauen“
12. Thema „Macht und Kontrolle“
13. Thema „Wertschätzung“
14. Thema „Intimität und Selbstfürsorge“
15. Abschlusssitzung: Auswirkungen besprechen und Reflexion

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

- Evidenz für die Behandlung von Erwachsenen
- *theoretische Basis*: Anlehnung an Netzwerkmodell zur Entstehung der PTBS
 - Störung des natürlichen Informationsverarbeitungssystems bei traumatischen Ereignissen und infolge Entwicklung eines eigenen Netzwerks mit fragmentierter Abspeicherung der Eindrücke
 - So sind Erinnerungen leicht aktivierbar durch Auslösereize (Trigger) und infolge wird Vermeidungsverhalten gezeigt.
- *Zwei Hauptkomponenten*:
 - Verarbeitung und Integration des traumatischen Ereignisses
 - Modifikation mit Trauma zusammenhängender negativer Kognitionen
- *Unterscheidung zu anderen Verfahren*:
 - bilaterale Stimulation
 - keine zwangsweise Verbalisation / Verschriftlichung des traumatischen Ereignisses
 - Beginn mit dem belastendsten Ereignis

Phasen von EMDR (nach Standardprotokoll)

- *Anamnese und Behandlungsplanung*
- *Vorbereitung*:
 - Stabilisierungstechniken
 - Ressourcenaktivierung
- *Kognitionsphase*:
 - Erarbeiten des Bildes des schlimmsten Moments (Ereignisses mit größter Belastung)
 - Herausarbeiten einer dazu passenden negativen Kognition
 - Entgegensetzen einer positiven Wunschkognition
- *Bearbeitung*:
 - affektbasiertes Durcharbeiten der traumatischen Situation und der dazugehörigen negativen und positiven Kognition sowie körperlichen Empfindungen begleitet durch bilaterale Stimulation
 - Wiederholung bis hin zur Verringerung der subjektiven Belastung
- *Verankerung*:
Verknüpfung der positiven Kognition mit dem traumatischen Ereignis
- *Körpertest*:
„Hineinhorchen“: Restspannung? Unangenehme Empfindungen?
- *Abschluss*:
Vermittlung von Entspannungsverfahren oder Distanzierungstechniken
- *Überprüfung / Bewertung*:
 - Prüfung einer ausreichenden Verarbeitung des Themas der letzten Sitzung zu Beginn der neuen Sitzung.
 - Frage, ob neue Erinnerungen, Erkenntnisse, Ideen oder Verhaltensweisen aufgekommen sind.

Trauma-fokussierte kognitiv Verhaltenstherapie (Tf-KBT)

- Evidenz für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen
- *theoretische Basis*: kognitives Modell der PTBS nach Ehlers und Clark (2000)
 - *Wirkmechanismen*: Modifikation dysfunktionaler kognitiver Faktoren
- Die Wahrnehmung der weiterbestehenden Bedrohung wird nach dem kognitiven Modell der chronischen PTBS nach Ehlers und Clark (2000) von drei Komponenten beeinflusst:
 - **Bestimmte Merkmale des Traumagedächtnisses**: Die Erinnerung ist nicht im autobiografischen Kontext verankert, sondern zusammen mit intensiven Gefühlen und Gedanken der traumatischen Situation abgespeichert.
 - **Dysfunktionale Interpretation des Traumas und seiner Konsequenzen** führen zu einer wahrgenommenen gegenwärtigen Bedrohung ohne tatsächlichen Anlass.
 - **Dysfunktionale Sicherheits- und Vermeidungsverhalten** verhindert eine Modifikation dieser Prozesse und hält die Symptomatik der PTBS aufrecht.
- *Ablauf*:
 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 weiteren (traumaspezifischen) Behandlungsverfahren

Verhaltenstherapeutische Ansätze

(Laut S3-Leitlinie für PTBS sind DBT-PTSD und STAIR / NT geeignet für die Behandlung einer K-PTBS.)

Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation Narrative Therapie
(STAIR / NT)

- Förderung von Emotionswahrnehmung, -differenzierung und -regulation
- Identifikation und Modifikation beziehungsrelevanter kognitiver Schemata 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

Imaginative Rescripting und Resprocessing Therapie (IRRRT)

- drei Phasen:
 - Exposition in sensu
 - Aufbau von Bewältigungsbildern
 - Bildern der Selbstberuhigung / -fürsorge

Psychodynamische Ansätze

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

- vier Phasen:
 - Einleitungsphase (z.B. Auftrags- und Zielklärung, Anamnese)
 - Stabilisierungsphase (**große Parallelen zu Modul 2!**)
 - Traumakonfrontation (in Anlehnung an Ego-States-Therapie - Konfrontation von einem sicheren Ort aus mit einzelnen Anteilen)
 - Voraussetzungen: äußere Sicherheit, tragfähige therap. Beziehung, psychische Stabilität (infolge ausreichende Affektregulation für dissoziationsfreie Konfrontation)
 - Integration (z.B. Visionen für die Zukunft)

Körperorientierte Traumatherapie-Ansätze

- *Somatic Experiencing* (nach Peter Levine)
- *Sensumotorische Therapie* (nach Pat Odgen)
- *Körperorientierte Traumaverarbeitung* (nach Rudolf Müller-Schwefe)

Therapie komplexer dissoziativer Störungen

Ego-State-Therapie / Innere-Kind-Arbeit

Die Beobachtertechnik

- Hypnotherapeutische *Screen- oder Bildschirmtechnik*
- Keine empirische Evidenz, aber praktisch weit verbreitet.

Digitale Angebote

- *Interapy*
 - Webbasierte Manualtherapie mit verhaltenstherapeutischer Ausrichtung
 - Drei Phasen:
 - Selbstkonfrontation

- kognitive Umstrukturierung
- „Social Sharing“ (Teilhabe an belastendem Ereignis mittels fiktivem Brief an nahe-
stehende Person)
- Schreibaufgaben, zu denen Betroffener Rückmeldung von Th erhält.
- Übersetzung in Arabisch („Ilajnafsy“) durch FU Berlin
- *Virtual Reality*
virtuelle Exposition „in vivo“ unter kontrollierten Bedingungen

Zusammenfassende Zielsetzung aller Interventionen:

Diese Kernelemente haben die **Veränderung dysfunktionaler Gedanken und Interpretationen des Traumas und seiner Folgen** zum Ziel, die ihrerseits wiederum das Gefühl von Bedrohung oder wahrgenommener Unsicherheit aufrechterhalten. Weitere Bausteine sind das **Diskriminationstraining** bezüglich Auslöser (Triggern) von Intrusionen sowie das Erlernen von **Techniken zur Emotionsregulation**. Zusätzlich ist die **Modifikation von weiteren dysfunktionalen Interpretationen** wie Schuld, Scham und Ekel bedeutsam.

Standortbestimmung - Traumatherapie vs. Traumapädagogik / -beratung?

Gemeinsamkeit aller Verfahren

- 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!
- 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!

Expositionsbehandlung in Therapien

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 vom Patienten bisher vermiedenen Situationen, durch die Erinnerung an das Trauma ausgelöst wurden, geschehen.

Exposition in sensu:

Die Exposition in sensu wird auch imaginative Exposition genannt und beinhaltet das bewusste Wiederbeleben des traumatischen Ereignisses in der Vorstellung. Das Traumaereignis soll dabei so lebhaft und intensiv wie möglich auf allen Sinneskanälen vergegenwärtigt werden, so als ob es gerade im Moment von Neuem geschähe. Dazu wird die Patientin gebeten, mit geschlossenen Augen das Ereignis im Präsens laut und langsam zu schildern, einschließlich aller Gedanken, Gefühlen und Körperzustände, die während des Ereignisses erlebt wurden. Zentraler Wirkmechanismus der In-sensu-Exposition ist die **Habitation**. Patienten können lernen, dass sich übersteigerte Befürchtungen nicht bewahrheiten und ihre Angst daher unbegründet ist. Durch das häufige Nacherzählen der traumatischen Situation wird auch Einfluss auf das Traumagedächtnis genommen, da so eine Rekonstruktion des Traumas und des bisher noch Ungesagten ermöglicht wird. Bei hoher Belastung des Patienten sind Varianten der Exposition in sensu möglich. Er kann das Ereignis in der Vergangenheitsform anstelle der Gegenwartsform berichten oder aus der Distanz, als ob es einer anderen Person widerfahren wäre. Auch das Schreiben über das Trauma kann eine weniger belastende Form der Exposition darstellen.

Exposition in vivo

Nachdem in der Exposition in sensu erfolgreich trainiert wurde, die traumatische Situation zu beschreiben, gewinnt die Exposition in vivo im Verlauf der Behandlung an Bedeutung. Bei ihr werden wiederholt ungefährliche, jedoch von Patientinnen bisher vermiedene Situationen, Plätze oder Objekte aufgesucht oder Tätigkeiten ausgeübt, die mit den traumatischen Erinnerungen assoziiert sind und deshalb starke Ängste erzeugten. Ziel der Exposition in vivo ist, situationsspezifische Ängste zu bewältigen und den Handlungsspielraum zu erweitern. Sinnvoll ist ein abgestuftes Vorgehen von weniger starker Angst auslösenden Reizen zu stark belastenden Reizen.

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.
- 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

Im Diskriminationstraining schließlich lernen die Patientinnen durch **systematische Beobachtung ihrer Intrusionen und derer Auslöser, wie sich die Gegenwart von der in der Vergangenheit liegenden traumatischen Situation unterscheidet**. Für die Triggerdiskrimination wird eine Liste mit Reizen, die Intrusionen auslösen, zusammengestellt. Die Patienten 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.

→ "Heute aber weiß ich: damals war es bedrohlich, aber heute ist es anders."

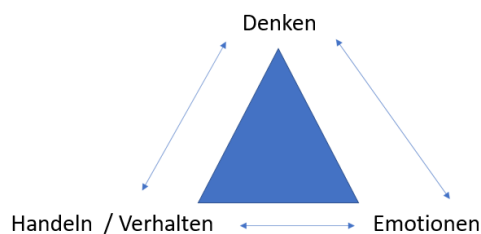
Zur Unterstützung zum Erkennen von Triggern haben sich unter anderem das gemeinsame Erstellen von Traumanarrativen / Storyboards bewährt.

Kognitionsfokussierte Interventionen

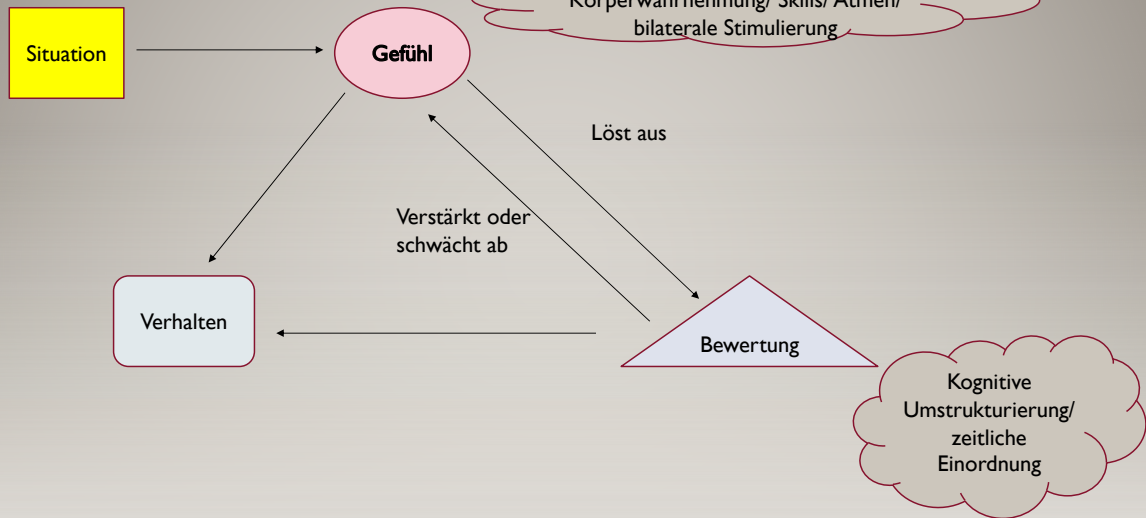


Zielsetzung von kognitiven Verfahren ist die Veränderung von Prozessen der Informationsverarbeitung, Filterung, Bewertung, Erwartung, etc. sowie einer Verankerung dieser Interventionen im konkreten Handeln.

Das kognitive Dreieck

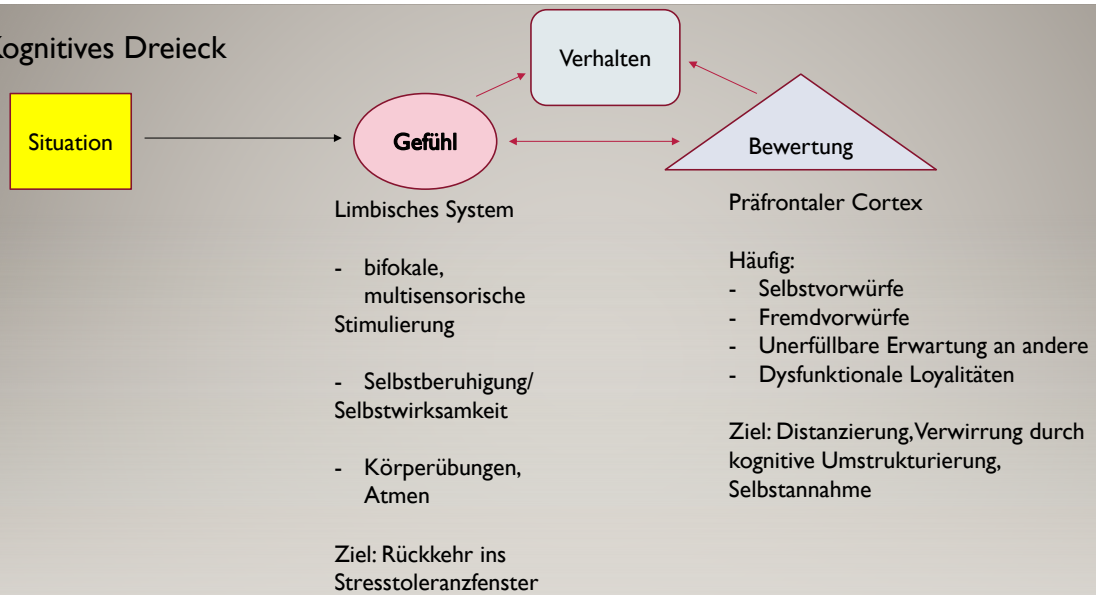


Kognitives Dreieck

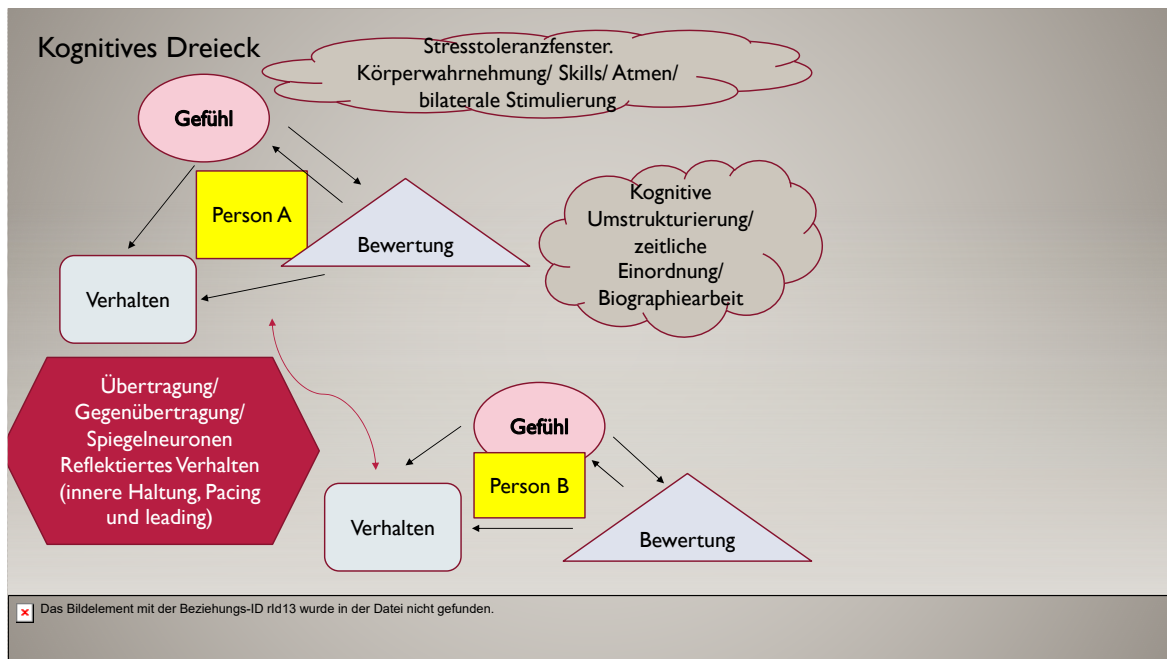


Das Bildelement mit der Beziehungs-ID rld13 wurde in der Datei nicht gefunden.

Kognitives Dreieck



Das Bildelement mit der Beziehungs-ID rld13 wurde in der Datei nicht gefunden.



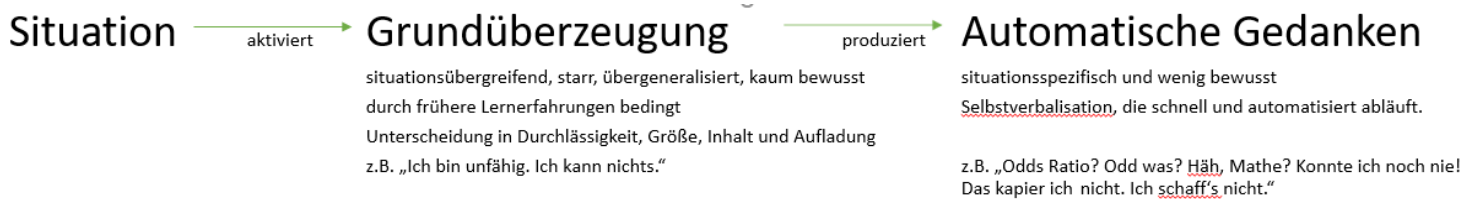
Kognitive

Therapie

nach

Beck

- von der Psychoanalyse zur kognitiven Verhaltenstherapie



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

Automatische Gedanken - nur schlecht?!

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

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!“

Denkfehler	Beschreibung	Beispiel
Katastrophisieren	An das schlimmste 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

ABC-Modell

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.

Mögliches Gedankenexperiment / geleitetes Entdecken in Anlehnung an ABC-Technik nach Ellis

„Bitte stelle Dir vor: Vier verschiedene Jugendliche haben sich mit einem Freund / einer Freundin verabredet, der / die sie von Zuhause abholen will. Es ist bereits eine halbe Stunde über der vereinbarten Zeit, der / die Freundin ist immer noch nicht gekommen. Die vier Jugendlichen haben unterschiedliche Emotionen / Gefühle:

1. Jugendlicher ist voller Sorge und Angst.
2. Jugendlicher ist traurig.
3. Jugendlicher ist wütend.
4. Jugendlicher ist gelassen.

Wie ist das zu erklären, dass diese Jugendlichen in der gleichen Situation und mit vergleichbaren bisherigen Erfahrungen mit ihrer Freundin / ihrem Freund so unterschiedliche Gefühle haben?“

Mit dem Patienten dann zu den Gefühlen passende Gedanken erarbeiten, z.B.:

zu 1) „Hoffentlich ist nichts passiert“

zu 2) „Er / sie hat es vergessen. Ich bin nicht wichtig“

zu 3) „Der / die Blöde ist rücksichtslos, sagt nicht mal Bescheid“

zu 4) „Wahrscheinlich ist etwas dazwischengekommen. Er / sie wird es mir erklären.“

Dann Beispiele aus dem Erleben des Patienten sammeln.

Erklärung: Automatische Gedanken sind normal und lebenserleichternd. Sie dienen schnellen kleinen Entscheidungen, entlasten uns bei der Alltagsbewältigung. Automatische Gedanken sind problematisch, wenn sie starr, rigide, situationsunangemessen, katastrophisierend sind.

<i>ABC-Modell: Inhalt und Struktur</i>		
	<i>Was steht hier?</i>	<i>Mit welchen Hilfsfragen finde ich das heraus?</i>
A Ausgangssituation	objektive, sachliche Beschreibung der Situation	Was geschieht gerade zum Zeitpunkt, als ich diesen Gedanken oder dieses Gefühl habe? Was könnte hier jeder Mensch ohne Vorwissen wahrnehmen und beschreiben?
B Bewertungssystem	bewussten und verdeckten Gedanken zum Zeitpunkt A	1. (Meine persönliche Sichtweise von A): Was sehe ich mit meinem Vorwissen und meinem persönlichen Normen in der Situation A? 2. (Schlussfolgerungen und vermutete Konsequenzen): Wie interpretiere ich das? Welche

		Schlussfolgerungen ziehe ich aus meiner persönlichen Sichtweise von A? Welche Konsequenzen vermute ich? 3. (Bewertung): Wie finde bzw. fände ich das?
C Konsequenzen	Gefühls- und Verhaltenskonsequenzen aus der Bewertung	1. (Gefühlskonsequenz): Welches Gefühl habe ich nach B? Gibt es körperliche Begleitsymptome? 2. (Verhaltenskonsequenz): Was genau tue ich daraufhin? Wie verhalte ich mich?

Beispielhafte Anwendung des ABC-Modells		
	Was steht hier?	Mit welchen Hilfsfragen finde ich das heraus?
A Ausgangssituation	objektive, sachliche Beschreibung der Situation	Während eines gemeinsamen Essens beginnt eine Patientin, den anderen Teilnehmern etwas zu erzählen. Nach kurzer Zeit wird jedoch die Aufmerksamkeit durch das Aufdecken neuer Speisen von ihrer Erzählung abgelenkt, und niemand hört ihr mehr zu.
B Bewertungssystem	bewussten und verdeckten Gedanken zum Zeitpunkt A	1. (Meine persönliche Sichtweise von A): Ich will etwas erzählen und kaum habe ich begonnen, hört keiner mehr hin 2. (Schlussfolgerungen und vermutete Konsequenzen): Bestimmt bin ich rot geworden, wie ich gemerkt habe, dass mir niemand mehr zuhört und ich nur noch für mich rede. Die denken, das ist völlig uninteressant, was ich erzähle und wahrscheinlich lachen sie heimlich, wenn ich schon anfangen, meinen Mund aufzumachen. Ich bin ein Versager und total uninteressant. 3. (Bewertung): Es ist total peinlich und ich bin blöd, dass ich denke, die anderen würden mir zuhören.
C Konsequenzen	Gefühls- und Verhaltenskonsequenzen aus der Bewertung	1. (Gefühlskonsequenz): Ärger, Erröten, Unsicherheit, Niedergeschlagenheit 2. (Verhaltenskonsequenz): Ich rede den restlichen Abend nichts mehr. Ich sollte auch in Zukunft nur noch reden wenn ich gefragt werde, dann kann ich solch peinliche Situationen vermeiden. Ich darf nicht auffallen.

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 Patienten, wie die traumatische Erfahrung ihr Überzeugungssystem und die Gedanken beeinträchtigt hat. Basis der kognitiven Interventionen ist der „**sokratische Dialog**“ im Gespräch. Die Therapeutin lässt den Patienten prüfen, inwieweit seine Einstellungen, Überzeugungen und Interpretationen über das Trauma angemessen und hilfreich oder dysfunktional und problematisch sind. Ziel ist, gemeinsam mit dem Patienten das Für und Wider seiner Argumente abzuwägen, damit er so zu eigenen angemessenen Schlussfolgerungen und entsprechenden Veränderungen im Denken, Fühlen und Handeln kommen kann.

Kognitive Umstrukturierung

Ein Kernstück kognitiver Verhaltenstherapien besteht im Prozess der kognitiven Umstrukturierung, indem die Bewertung von Ereignissen oder Handlungen herausgearbeitet werden und diese Bewertungssysteme dann auf Realitätsbezug, Logik sowie Zielgerichtetheit und Funktionalität geprüft werden. So können die für eine emotionale Störung oder ein problematisches Verhalten verantwortlichen Denkmuster herausgearbeitet und anschließend modifiziert werden.

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 & 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...?“)

Sokratischer Dialog

= Sonderform der kognitiven Interventionen

Th stellt sich als naiv-unwissend („Columbo-Technik“) 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

Der*die Therapeut*in reagiert bei inhaltlichen Unstimmigkeiten in der Schilderung des Kindes, 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.“

Als „Hilfsmittel“ können Pro-und Contra-Listen oder Spaltenlisten (kurzfristige und langfristige Vor- und Nachteile) gemeinsam erarbeitet werden.

Verbalisierung von Nichtverbalisierten als Validierungstechnik

Der*die Therapeut*in versucht mit feinfühligem empathischen Haltung das vom Kind Gefühlte und Gemeinte aus den Äußerungen zu verstehen und auszudrücken,

z.B. „Wie fühlt es sich an, alle Gedanken an das Ereignis auszublenden? Wie belastend ist es, so vielen Dingen im Alltag aus dem Weg gehen zu müssen, um keine Erinnerungen auszulösen?“

Durch die Rekonstruktion bewusster und unbewusster Denkmuster können die für den*die Patienten*in typischen Zusammenhänge zwischen Gedanken und Gefühlen herausgearbeitet werden. 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.

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.

Psychoedukation

Relevante Inhalte:

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

Erstes Ziel des psychoedukativen Angebots ist die **Wissensvermittlung über die möglichen Auswirkungen des traumatischen Erlebnisses**. Dabei soll eine **Nachvollziehbarkeit** der erlebten Beeinträchtigung hergestellt und vermittelt werden, dass die Posttraumatische Belastungsstörung eine normale Reaktion auf eine verrückte oder extrem unnormale Situation darstellt.

Ziel der Wissensvermittlung ist auch das Verstehen der automatischen Abläufe im Körper und damit, die Symptomatik als einen Selbsthilfeversuch des Körpers anzuerkennen und so mit den Symptomen besser umgehen zu lernen. So kann vermittelt werden, dass die körperlichen Reaktionen zu automatischen Schutzreaktionen des Körpers gehören und damit eine „Weisheit des Körpers“ ausdrücken. Patient*innen werden dabei - mit dem vermittelten Wissen - als Expert*innen der Erkrankung gesehen.

Die Einordnung der Symptomatik mit dem Ziel der Entlastung von Ängsten und Befürchtungen über den eigenen Gesundheitszustand ist ein weiterer wichtiger Baustein der Psychoedukation.

Zur Vorbereitung einer Psychotherapie kann in der Psychoedukation auch geklärt werden, dass durch die Beschäftigung mit dem Trauma die Symptome zunächst stärker werden können, bevor sie sich dann verbessern. Der Gebrauch von Metaphern oder das Erarbeiten elaborierter Erklärungen kann im Rahmen der Psychoedukation zu größerem Verständnis der Symptomatik und auch der Therapie beitragen.

Psychoedukation hilft den Betroffenen, ihre Symptomatik als Selbstheilungsversuch und Reaktion des Körpers auf Extremstress zu erkennen. Ein Verständnis dafür, wie Traumaberatung und Traumatherapie ablaufen werden, entwickelt sich. Daraus folgen Gedanken wie „es gibt Hoffnung“, „ich kann lernen, es zu bewältigen“, „ich verstehe mich und meinen Körper wieder“ oder „ich bin nicht verrückt“.

Exposition in sensu:

Anfertigen eines Traumanarrativs

Was soll hierdurch erreicht werden?

- Kontrollgewinn über Trauma-Erinnerungen
- Erkennen von Triggersituationen / -momenten
- Begleitung spontaner Verarbeitungsprozesse
- Überwinden der Vermeidungssymptome
- Korrektur von kognitiven Verzerrungen
- Modell adaptiver Krankheitsverarbeitung
- Habituation an angstausslösende Situationen durch Konfrontation und Modifikation verknüpfter Denkfehler

Nicht zu empfehlen, wenn...

...Kind, Eltern oder helfende Person sich unwohl fühlen und / oder rechtliche Fragen zu klären sind.

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)

- Teil A ist die Basis-Ressource, quasi das Sprungbrett, von dem aus das Kind in die Auseinandersetzung mit dem Trauma eintaucht. Zudem erinnert dieser Teil das Kind daran, dass es eine gute Zeit vor dem Trauma gab. War es sozusagen „immer schon schwierig“, kann die Geschichte mit der Geburt beginnen, als sich alle über dieses wunderbare Baby gefreut haben.
- Die ressourcenhafte, glückliche prätraumatische Zeit sollte in konkreten und sinnlichen Einzelheiten und den dazugehörigen Gefühlen beschrieben werden (Lieblingsspeisen, freudvolle Aktivitäten, Haustiere, Beschreiben des Zuhauses und wichtiger Bezugspersonen). Besonders betont werden gute Beziehungs- und Bindungserfahrungen (z.B. „Mami hatte das Mädchen lieb und das Mädchen hatte Mami lieb.“).

Teil B: Das traumatische Ereignis

- Erzählung in Ich-Form und Gegenwartsform („als ob es gerade passiert“)
 - Schonendere Form: „Damals warst du, ...“
- 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 aus der Empathie der Eltern erschlossen sind, werden bei Bedarf benannt.

- Wichtig ist es, bekannte oder von den Eltern vermutete dysfunktionale Selbstzuschreibungen einzu­fügen. (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 bei dem Mädchen und es möchte seitdem nicht mehr alleine in seinem Bett schlafen.“)
 - Das Entscheidende an diesem Teil B ist die der Geschichte zugrunde liegende Funktionalität im Sinne einer **zukunftsorientierten Neukonstruktion** des Geschehens.
 - 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

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.

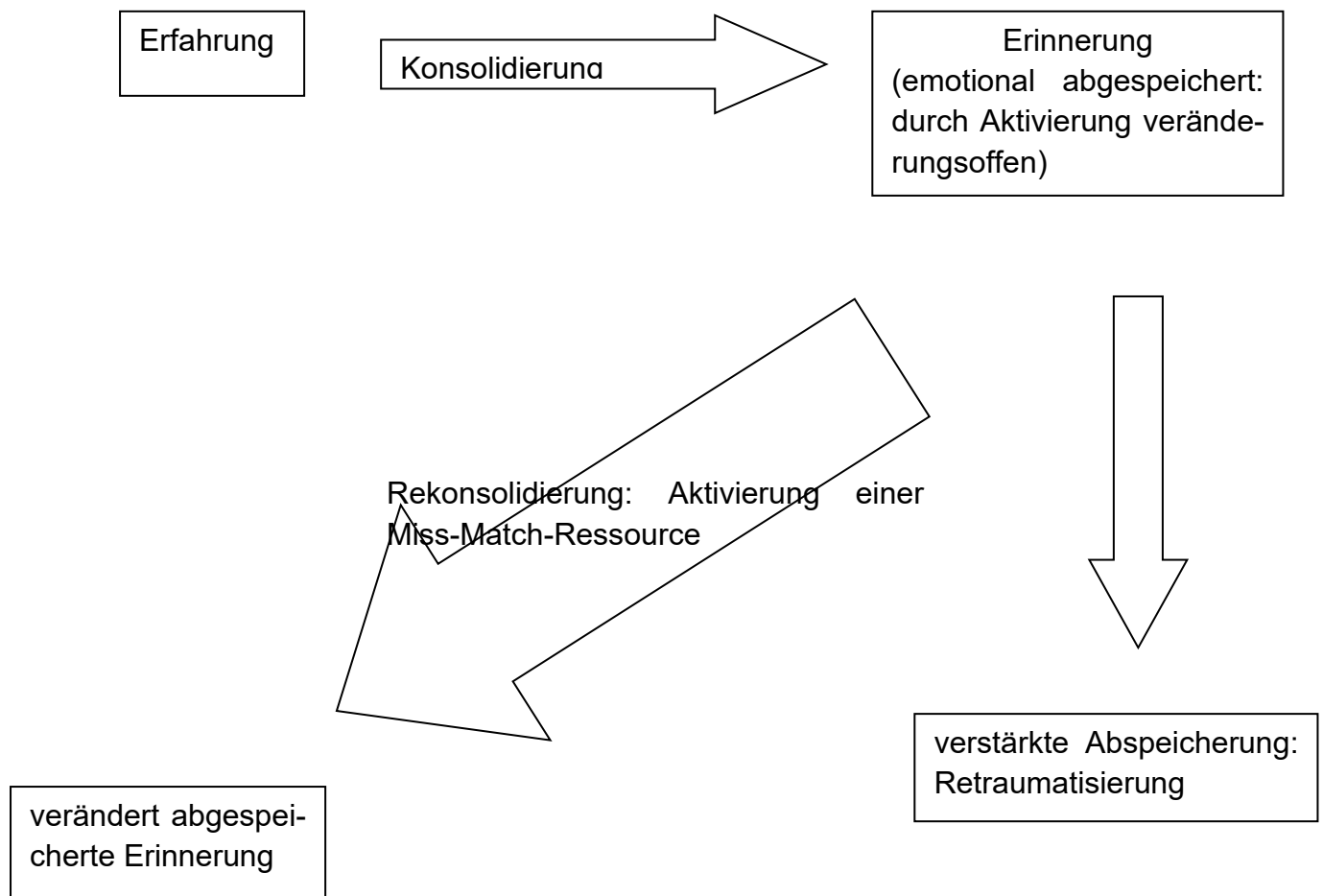
Allein die prozessuale Aktivierung der Probleme führt nicht zu korrigierenden Erfahrungen, sondern wird eher als unangenehm und verschlimmernd erlebt.

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.

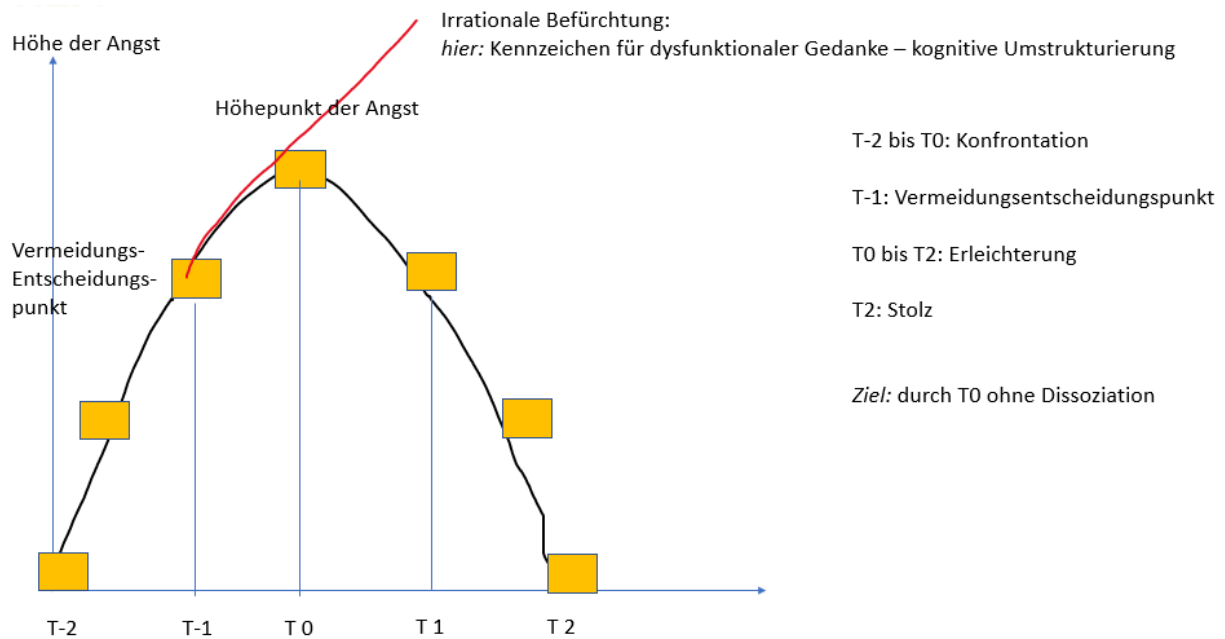
Die Ressource muss um als Gegengewicht gelten zu können das gegenteilige Gefühl beinhalten (**miss-match-Theorie**).

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.



Teil C: Abschluss (sichere posttraumatische Zeit)

- Teil C ist so beschaffen, dass dem Kind vermittelt wird, 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 (sensorische Details, gute Gefühle).
- Positive Selbstüberzeugungen und handlungsorientierte Lösungsmöglichkeiten sollten benannt werden. (z.B. „Das Mädchen weiß jetzt, dass es Nein sagen kann, wenn ...“)
- Bestehende Bindungen und Entwicklungsziele können betont werden.
- Ein positives Umgehen mit durch das Trauma entstandenen neuen Umständen kann geschildert werden (z.B. „Einige Dinge waren jetzt anders. Der Junge hatte schon neue Freunde gefunden.“).
- Abschließend kann der Helfende fragen: „Kannst du das spüren, dass das Kind jetzt wieder sicher (froh) ist?“
- Eine Besonderheit liegt vor, wenn das Kind in der Zukunft noch eine Konfrontation mit dem traumatischen Ereignis vor sich hat (Operation, Prüfung). In diesem Fall müssen in diesen Teil Ressourcen eingewoben werden.



Traumasyntese / Traumakonfrontation

- Alle **Methoden der Stabilisierungsphase** werden weiter angewandt und fortgesetzt.
- 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.
- Grundvoraussetzung ist die **erfolgreiche Anwendung von Stabilisierungsmöglichkeiten**, um sich von überflutenden Erinnerungsfragmenten zu distanzieren, sowie Kontrolle über selbstschädigende Verhaltensweisen und die vorherige Beendigung von suizidalen Krisen oder starker Dissoziationsneigung.
- 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.

Die letzte Phase der Traumatherapie: Integration und 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.**

Weiterführende Schritte gelingen nicht ohne eine tragfähige Beziehung....

Grundlagen traumazentrierter Gesprächsführung

(Beckrath-Wilking, Biberbacher, Dittmar, Wolf-Schmid 2013)

- **Faire Kommunikation** (wechselseitige Achtung, Respekt vor den unterschiedlichen Vorstellungen und Wünschen, Gemeinsamkeiten suchen, Kompromisse bei Konflikten finden)
- Konflikte sollten weder aktiv gesucht, noch zwanghaft vermieden werden. **Konflikte sind konstruktiv lösbar und können zur Klärung und Versöhnung führen.** Nach einem Streit kann man sich zusammensetzen, eigene Positionen erklären, die des anderen anhören, Missverständnisse ausgeräumt werden, eigene Fehler dürfen eingeräumt und verziehen werden. Streit bedeutet nicht zwangsläufig Gewalt. Es soll eine Streit- und Konfliktkultur entstehen.
- Sinnhaftigkeit der Eigensinnigkeit des*der Klienten*in wertschätzen, da diese ihm zu überleben verholfen hat. Auch selbstschädigendes und -verletzendes Verhalten sind zunächst als Bewältigungsstrategien zu verstehen und zu würdigen. Dann aber muss eine **neue, gesündere Coping-Strategien** entwickelt werden.

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

Allgemeine Inhalte und Ziele der sozialen Stabilisierung

- 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
- **Förderung der inneren Sicherheit** mit psychischer Stabilisierung und Affektregulation
- **Erlernen und Einüben von Techniken zur Distanzierung von belastenden Erinnerungsinhalten**, z.B. in Form von Imaginationsübungen
- **Gewinn an Ich-Stärke, Affektkontrolle, Impulskontrolle, Selbstfürsorge und Selbsttröstung, Kontrolle über Flashbacks, Dissoziationsabbau, und Verminderung selbstschädigender Verhaltensweisen wie Selbstverletzungen oder Suchtmittelkonsum**
- **Arbeit mit verletzten und verletzenden inneren Anteilen** (Ego-State-Arbeit)
- **Anleitung zur Distanzierung und Differenzierung, um real bedrohliches Äußeres von inneren Gefahren** (traumaassoziierten Gedanken und Erinnerungen) unterscheiden zu lernen

Gerade bei komplex traumatisierten Patienten kommt der Stabilisierungsphase auf Grund der defizitären Entwicklung der Affektregulation und Selbstregulation besonders große Bedeutung zu.

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

Mitunter kann eine frühe Bearbeitung traumatischer Erinnerungen, die durch Auslöser getriggert werden und zur Destabilisierung führen, allerdings sinnvoll sein, um eine beständige Stabilität zu erreichen.

Eine weitere entscheidende Frage ist:

- Gibt es noch Täterkontakt? Auch zu „neuen“ Tätern in einer Gewaltehe? Kontakt zu den alten Eltern, die einst Täter waren?
- Ohne Unterbrechung von Täterkontakt kann letztlich keine Stabilisierung erreicht werden, weil die verletzten jüngeren Ego-States ständig wieder in ihrer Not getriggert werden und entsprechend auch die Täterintrojekte. Die erwachsene Funktionsfähigkeit wird so torpediert.
- In dysfunktionalen Familien existieren sehr starke Bindungen. Die Klient*innen sollen lernen, welche Beziehungen gut tun und welche nicht, welche Kontakte sicher sind und wo man sich schützen muss. Auch die Kinder der Klient*innen müssen – manchmal auch vor der Klient*innen selbst – geschützt werden.

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 die Klientin 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.

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.

Akuttrauma

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

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 gewaltsamen Tod.
- Der Selbstheilungsprozess verläuft über wechselnde Symptome oder eine symptomfreie Zeit, in der das Trauma jedoch nicht verarbeitet ist, manchmal entsteht ein Vermeidungsverhalten.
- Behandlungsplanung:
 - Psychoedukation zur „Normalisierung“ der Symptome
 - stabilisierende Interventionen
 - bei ausreichender Stabilität (auch frühzeitig Traumakonfrontation mit EMDR)

Komplexe Traumafolgestörung

- Ein stationärer Aufenthalt für eine Traumatherapie bedeutet für komplex traumatisierte Klient*innen, besonders mit dissoziativen Störungen, meist viel Stress. Das enge Zusammenleben mit anderen im Stationsalltag und zusätzlich in Gruppentherapien durch Inhalte, Affekte oder Ausstrahlung anderer Klient*innen getriggert zu werden, bedeutet oft zu großen Stress und kann damit sehr destabilisierend wirken.
- Geplante stationäre Intervallbehandlungen mit Rückkehr in Alltagsanforderungen, kurze stationäre Kriseninterventionen, sowie Tagesklinikangebote können stabilisierend und antiregressiv wirken.

- *Im stationären Setting:*
 - Prozessplanung im multiprofessionellen Team
 - Hierarchie der Ziele werden gemeinsam besprochen und festgelegt.
 - Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, einschließlich Dokumentation werden geklärt.
- *Im ambulanten Setting:*
 - Klärung, ob eine Entlastung durch ambulante Hilfen oder eine Distanz zur familiären Umgebung indiziert ist oder gar eine Therapie.
 - 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.

Da viele posttraumatische Symptome auf dysfunktionale neurobiologische Speicherung und daraus resultierendem „Fehlalarm“ und „falsche Überzeugungen“ basieren, stellt deren anhaltende Veränderung ein zentrales Therapieziel dar.

Direkte Traumafolgesymptome sollten von sekundären Symptomen wie Rückzug, Vermeidungsverhalten, aggressives Sozialverhalten, Suchtmittelkonsum, Ess- und Zwangsstörungen unterschieden und Letztere als traumakompensatorische Symptome erkannt werden, um auch diese in eine traumaspezifische Behandlungsplanung einzubeziehen (z.B. Ego-State Arbeit auf der inneren Bühne).

Klient*innen sollten weder über- noch unterfordert werden. Wenn wir uns vom Vermeidungsverhalten von Klient*innen anstecken lassen, werden wir evtl. überängstlich, stabilisieren endlos, obwohl längst traumakonfrontatives Vorgehen (in kleinen dosierten Pendelbewegungen zwischen Belastung und dazu passender Ressource) möglich und langfristig entlastender wäre.

Dissoziative Klient*innen: Einzeltherapie ist Methode der Wahl, Traumaprozesstechniken: imaginative und hypnotherapeutische Verfahren wie Ego-State-Arbeit und Screentechnik, sowie ein adaptiertes EMDR-Vorgehen

Traumaberatung kann in vielen kleinen Schritten die Voraussetzungen für eine Traumatherapie schaffen. Oder sie kann therapiebegleitend und in der Nachsorge einer Therapie erfolgen.

Bereits beim ersten Kontakt beginnt eine Arbeitsbeziehung und es wird ein Beratungsprozess in Gang gesetzt. Die Schwellenangst sollte minimiert und interkulturelle Aspekte berücksichtigt werden. Die Grenzen der Hilfemöglichkeiten sollten gegenüber dem Klient*innen klar und rechtzeitig besprochen werden. Stets ist auf klare, transparente Information zu achten und die Klient*innen müssen 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 die Klientin weg/ wo hin? Prioritätenliste?).

Zum Einstieg zunächst einfache, alltagsnahe Themen und erst bei ausreichender Stabilisierung schwierigere Themen.

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.

Stabilisierende innere Arbeit mit Ressourcenaktivierung und -ausbau, wobei deren Transfer in den Alltag wichtig ist. Zur Planung gehört auch die Entscheidung, ob ein Traumatherapieplatz zu suchen ist.

Für die Planung und Gestaltung der traumaspezifischen Beratung sollten die Klient*innen und alle am Prozess beteiligten Helfenden voreinander wissen, miteinander kooperieren, kommunizieren und sich abstimmen.

Selbstwahrnehmung, Selbstkontrolle, Selbstwirksamkeit als pädagogisches Grundprinzip der Förderplanung und Resilienzentwicklung

Damit Klient*innen eigene Ressourcen in der Beratung / Therapie und im Alltag nutzen und nicht nur regredieren, müssen die Rahmenbedingungen der Beratung so gestaltet sein, dass **so viel Eigenverantwortung wie möglich** gefordert ist.

Dazu gehören auch „Sicherheitsverträge“, z.B.: bzgl. Suizidalität, Selbstverletzungsimpulsen, aggressivem Sozialverhalten oder Suchtverhalten. Es bedarf klarer Regeln.

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 biografische 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/ 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 solange 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 Sicherem 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 ausgerangierter 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 zu Frühstück gegangen sind ist 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 „Count-down“ verfolgen ...9-8-7-6-5-4-3-2-1-0.

Nun gehen Sie in Gedanken zum Videorekorder 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 Videorekorder 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 klappen.

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.

- Vielleicht sind die Batterien leer. Tauschen Sie sie aus.
- Betätigen Sie stattdessen direkt den Ausknopf am Videorekorder.
- Ziehen Sie den Stecker am Fernseher.

Problem: Die Bilder sind zu groß für einen Fernseher

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.

- 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.
- Regeln Sie mit der Fernbedienung die Lautstärke her
- unter.
- Schauen Sie nur aus dem Augenwinkel auf den Film.

Problem: Ich traue mich nicht zum Rekorder hin

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

Vergrößern Sie den Tresor oder schaffen Sie einen neuen.

Problem: Die Filme kommen immer wieder raus

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

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)

- 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?
- Nehmen Sie dann dieses Objekt des Schmerzes und schaffen Sie es an einen sicheren (abgeschlossenen) Ort.
- 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 annähmen 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 = 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), niedriger Affekttoleranz und hohem SUD
- resistente Auslöser des Alltags (z. B. Chef)
- Traumabehandlung bei eingeschränkter Psychotherapie (z. B. Alter, Krankheit)

Komplikationen

- Patient*in 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!

CIPOS Arbeitsblatt

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 zurück zu holen, 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 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."
- SUD
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?"
- 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.

Informationsblatt über affektive Modulation:

Wege zum unmittelbaren Sich-Wohlfühlen

1. Unterbrich alles, was Du gerade tust. schließe Deine Augen und nimm zehn langsame, tiefe Atemzüge.
2. Stell Dir Deinen sicheren Ort vor.
3. Gehe in ein ruhiges Zimmer und lies ein gutes Buch.
4. Höre Deine Lieblingsmusik.
5. Bete, meditiere oder konzentriere Dich auf Deine persönliche Entspannungsformel.
6. Höre, beobachte oder lies etwas Lustiges.
7. Mach einen Spaziergang in einer sicheren Gegend.
8. Laufe für 5 Minuten auf der Stelle.
9. Ruf eine/n Freund/in an.
10. Sprich mit Deinen Eltern oder anderen Erwachsenen, die Dich verstehen und Dir zuhören.
11. Schreib in Deinem Tagebuch.
12. Übernimm freiwillige Aufgaben.
13. Singe laut.
14. Tanze.
15. Sag zu Dir selbst, dass alles besser sein wird.
16. Nimm ein warmes Bad.
17. Mache Handarbeiten häkeln, nähen, stricken, Holzarbeiten, malen usw.
18. Sage zu Dir 5 gute Eigenschaften von Dir selbst.
19. Sprich über Deine Gefühle.
20. Sage zu jemandem, dass Du ihn liebst.
21. Spiel mit Deinem Haustier.
22. Hilf jemand anderem.

(Cohen/Mannarino/Deblinger. Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen. Springer Medizin Verlag Heidelberg 2009)

Bauchatmung mit Denkkraft (Renner, C. 2005)

Lege deine Hände auf deinen Bauch und achte darauf, dass du gerade sitzt! Nun geht es los!

Atme aus in kleinen fließenden Stößen: 1 2 3 -(4). Atme leise keiner darf es hören! Setze

nun deine Denkkraft ein: Stell dir vor, du hältst mit deinem Atem eine farbige oder schwarze Feder in der Luft in Schwebel!

Atme ruhig, tief und gleichmäßig auf 1 2 (3) wieder ein und beim Ausatmen hältst du mit deiner nicht nachlassenden Gedankenkraft die unsichtbare Feder in der Luft! Vielleicht kannst du schon die Augen schließen und weitermachen und auch noch spüren, wo dein Körper sich zuerst entspannt? Mache dies so lange, bis die Ruhe sich deutlich im Körper ausgebreitet hat.

Was ist mit meiner Feder passiert?

Wo war die Ruhe zuerst?

Wie habe ich gemerkt, dass sich die Ruhe im Körper ausbreiten konnte?

Dampflokatmung (Renner, C. 2005)

Sei Chef deiner Gefühle und tu was!

Bist du manchmal auch so mit Wut (Frust, Schmerz, Stress, Angst, Unruhe ...) gefüllt wie eine alte Dampfloke mit Rauch und Qualm?

Wo in deinem Körper spürst du diese Gefühlsenergie besonders?

- Hole tief Luft!
- Halte die Luft kurz an und mache Fäuste!
- Lass die Luft jetzt stoßweise hinaus, wie die alte Dampfloke ihren Rauch und Qualm, und deine Fäuste werden dabei wieder locker!
- Wiederhole dies mindestens 5-mal und spüre das entspannte Gefühl in deinen Händen!

Achtung! In der Schule oder wenn andere anwesend sind, musst du die Fäuste unsichtbar (unter dem Tisch oder in der Hosentasche) machen! Übe auch geräuschloses Dampflokatmen ein mit so viel Denkkraft, dass es den Gefühlsstau besiegen kann!

Trainiere häufig!

Wochenübungsbogen für das kognitive Dreieck

Schreibe in der kommenden Woche alle Situationen auf, die dich beunruhigen, und notiere dazu, wie du dich fühlst. Dann finde Gedanken Verhalten deinen Gedanken heraus, der dich dazu gebracht hat, die Situation so zu bewerten. Frage dich, ob dieser Gedanke (1) zutreffend ist und (2) hilfreich ist. Lass dir alternative Gedanken zu dieser Situation einfallen und schreibe auf, wie sie deine Gefühle beeinflussen und ob sie zutreffend und hilfreich sind. Um neue hilfreichere Gedanken zu Gefühle finden, stell dir vor, was du zu einem guten Freund/einer Freundin in einer ähnlichen Situation sagen würdest, wenn er/sie solche belastenden Gedanken äußern würde.

Situation: _____
Gedanke: _____
Gefühl: _____
Verhalten: _____

Neuer Gedanke: _____
Neues Gefühl: _____
Neues Verhalten: _____

Übung des kognitiven Dreiecks während der Woche

Situation: _____
Gedanke: _____
Gefühl: _____
Verhalten: _____
Neuer Gedanke: _____
Neues Gefühl: _____
Neues Verhalten: _____

Situation: _____
Gedanke: _____
Gefühl: _____
Verhalten: _____
Neuer Gedanke: _____
Neues Gefühl: _____
Neues Verhalten: _____

Situation: _____
Gedanke: _____
Gefühl: _____
Verhalten: _____
Neuer Gedanke: _____
Neues Gefühl: _____
Neues Verhalten: _____

Cohen/Mannarino/Deblinger. Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen © Springer Medizin Heidelberg 2009-06-03.

Vorlage für eine Verhaltensanalyse (Steil & Rosner 2009)

1. Problemsituation

Beschreibe bitte die schwierige Situation sehr genau. Was genau hast du getan? Wo? Wer war außer dir noch da? Beschreibe bitte die Situation so genau, dass ein Schauspieler sie in einem Film nachspielen könnte!

2. Was war vorher?

Was ist vor der schwierigen Situation passiert? Was hast du getan, gedacht, gefühlt? Wie hast du schon vorher über diese Situation gedacht? Was hast du in deinem Körper gefühlt? Was war deiner Meinung nach das Wichtigste an der Situation?

3. Anfälligkeitsfaktoren

Was hat dich anfällig gemacht für die schwierige Situation? Wo hast du vorher gegessen, getrunken, wie hast du geschlafen? Warst du krank? Hattest du starke Gefühle vorher?

4. Konsequenzen

Welche Folgen hatte dein Verhalten? Bitte denke dabei an die Folgen für Deine Gefühle, Gedanken, Körpersymptome und dein Verhalten. Wie war das direkt nach der schwierigen Situation, wie später? Wie haben andere Personen gleich oder später reagiert?

Welche Wirkung hatte dein Verhalten auf deine Umgebung? Welche Folgen hatte die Situation für dich und andere?

5. Lösungsanalyse

Jetzt lass uns bitte nachdenken, wie du die schwierige Situation hättest verändern können. Wie hättest du anders handeln können?

6. Möglichkeiten, solche schwierigen Situationen in Zukunft zu verhindern? Wie kannst du solche schwierigen Situationen in Zukunft verhindern?

7. Gegebenenfalls Wiedergutmachung Wie kannst du dein Verhalten wieder gutmachen?

Fallbeispiel: SORK-Schema

SD extern: Fahrt zum Fußballtraining steht bevor

S intern: Unruhe und Angst, er könnte umkippen, es könnte etwas passieren

O: Schlafmangel, Alpträume, Unsicherheit, emotionale Verwundbarkeit, Besorgnis die Mutter zu belasten, Schemata: „Ich bin ein Pechvogel.“

R mot: P. diskutiert mit der Mutter, zu Hause zu bleiben

R emot: Ängste, Traurigkeit, Gefühl der Unsicherheit, Hilflosigkeit

R kog: „Wenn was passiert, dann passiert etwas Schlimmes“

R phys: Angst, Anspannung, Unruhe, Kopf-und Bauchschmerzen

C+ P. bleibt zu Hause, fühlt sich in der Nähe der Mutter gleich besser

C -/- Spannungen (Schmerzen) lösen sich

C -/- Belastende Autofahrt wird vermieden

C- Mutter ist traurig

C+ sorgt sich (Aufmerksamkeit)

C- schlechtes Gewissen gegenüber der Mutter

Übung: Meine Schuldgefühle

Empfindest Du verdienstermaßen Schuldgefühle wegen eines Traumas, das Du erlebt hast oder an dem Du beteiligt warst? Notiere im Folgenden, was Du getan hast und warum Du Deine Schuldgefühle für verdient hältst.

Ich fühle mich schuldig, weil:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Schaue Dir nun die Begleitumstände des Traumas an. Durch welches Handeln oder Nicht-Handeln hast Du das Trauma verursacht? Stelle Dir vor, Du würdest das Ereignis als Reporter anschauen und solltest einen Bericht darüberschreiben. Beantworte nun folgende Fragen:

Was ist geschehen?

Warum ist es geschehen?

Warum ist es ausgerechnet mir passiert?

Warum habe ich während des Ereignisses so und nicht anders gehandelt?

Warum habe ich seit dem Ereignis so und nicht anders gehandelt?

Wie habe ich mich verändert?

Wenn die Situation noch einmal stattfinden würde, wie würde ich mich dann verhalten? Würde ich etwas anders machen wollen als beim ersten Mal? Könnte ich etwas anders machen?

Übung: Sieben Phasen der Heilung von Überlebensschuldgefühlen

Matsakis (1999)

Diese sieben Schritte können Dir bei vielen Übungen von Nutzen sein.

1. Erinnern des Geschehenen;
2. Differenzieren der Überlebensschuldgefühle von anderen Emotionen;
3. Untersuchen, welche Rolle man selbst bei dem, was vor, während und nach dem Trauma geschehen ist, gespielt hat; Auseinandersetzung mit den eigenen Denkfehlern und irrationalen Emotionen;
4. mit Hilfe neu entwickelter, auf echter Verantwortung basierender Selbstaussagen Selbstbeschuldigungen und irrationalen Schuldgefühlen entgegenwirken;
5. echte Schuld infolge eigenen Handelns akzeptieren;
6. Untersuchen der Auswirkungen Deiner Schuld bei Dir selbst auf Selbstachtung, Selbstfürsorge, körperliche und emotionale Gesundheit, (Schul)Leistungen und Dein Leben;
7. Selbstverpflichtung zum ehrlichen Umgang mit tatsächlicher eigener Schuld und Nutzung solcher Schuldgefühle für positive Zwecke.

Überlege Dir nun, welches schulderzeugende Ereignis Du hier ausführlich beschreiben willst. Diese Aktivität kann Traumareaktionen reaktivieren, Dir andererseits aber auch neue Informationen erschließen.

Übung: Überzeugungen zum traumatischen Ereignis

Wenn Du die folgenden Fragen beantwortest, kannst Du einige Deiner Überzeugungen herausfiltern und dann entscheiden, mit welchen von diesen Du Dich gründlicher auseinandersetzen willst.

Schätzt Du Deine Verantwortung für das traumatische Ereignis zu groß oder zu gering ein?

Glaubst Du, Du hättest das Ereignis verhindern können? _____

Ziehst Du die falschen Schlüsse, warum Du bestimmte Entscheidungen getroffen hast?

Verfügst Du über alle Informationen, um beurteilen zu können, ob Deine Entscheidungen bezüglich des Ereignisses in Ordnung waren? Falls nicht, Wie könntest Du Dir dann diese Informationen beschaffen?

Beurteilst Du Dich, weil Du darüber nachdenkst, was idealerweise hätte passieren können?

Hast Du die feste Absicht, das Geschehene wiedergutzumachen? Wie stellst Du Dir das vor?

Wirst Du diese Absichten in die Tat umsetzen? Wenn ja, welche?

Beurteilst Du Deine Haltung zu dem Ereignis nur anhand Deiner Emotionen?

Glaubst Du immer noch, dass Du für das Geschehene voll und ganz verantwortlich warst?

Hättest Du das Ereignis wirklich verhindern können?

Arbeitsblatt 1: Schuldgefühle überwinden und Selbstachtung gewinnen

nach C. Herbert, A. Welmore: Wenn Alpträume wahr werden. Huber 2006

Selbstvorwürfe

Manche Menschen geben sich lieber selbst die Verantwortung, als dass sie sich eingestehen, dass sie selbst gar keinen Einfluss auf das Geschehen hatten. Wie ist das bei Dir? Machst Du Dir Selbstverwürfe?

1. Wie hoch schätzt Du den **Grad der Verantwortung** jetzt ein?
2. Wie stark sind Deine Schuldgefühle auf einer Skala von 0 bis 10 jetzt gerade? 2. Hast Du mit jemandem „darüber sprechen können“? Gibt es Dinge, die Du noch niemandem erzählt hast?
3. Machst Du Dir „Vorwürfe“? Grübelst Du über die Vergangenheit?
4. Glaubst Du, wenn Du etwas anders gemacht hättest, Du das schreckliche Geschehen beeinflussen oder verhindern hättest können?
5. Hast Du Angst darüber nachzudenken, wer Schuld haben könnte?
6. Wenn das Deiner Freundin / Deinem Freund passiert wäre, wie hoch würdest Du seine Schuld einschätzen?
7. Legst Du an Dich selbst andere Maßstäbe an? Warst Du früher schon kritisch mit Dir selbst und hast bei leichten Fehlern oder kleinen Missgeschicken ein schlechtes Gewissen bekommen?
8. Was hältst Du geheim? War an dem traumatischen Erlebnis etwas so schrecklich, dass man niemandem davon erzählen konnte, etwas, wofür Du Dich so schämst?

Die Zwiebelmethode

Schuldgefühle sind eine Art „Oberflächenemotion“, die erste Deutung, die sich anbietet: wenn wir nachgrübeln über das Geschehen, uns Selbstverwürfe machen wegen dem was wir getan oder gelassen haben beim traumatischen Erlebnis, wie die erlebte Hilflosigkeit nicht ertragen wollen.

Stelle Dir vor, Deine Gefühlsreaktionen hätten mehrere Schichten genau wie eine Zwiebel. Versuche, gedanklich einen Blick unter die Schuttschicht zu werfen.

Welche anderen Gefühle sind darunter verborgen?

Gibt es eine Schicht aus Wut? Gibt es eine Schicht aus Kränkung? Gibt es eine Schicht aus Bedauern? Gibt es eine Schicht aus Traurigkeit? Gibt es Schichten aus Verwirrung, aus Verzweiflung?

Versuche, so viele Emotionen zu erkennen wie möglich.

Arbeitsblatt 2: Schuldgefühle überwinden und Selbstachtung gewinnen

Neue Sichtweisen auf die Schuld

Oft ist es die natürliche Reaktion, die Schuld auf Sich zu nehmen.

Doch welche anderen Möglichkeiten gibt es, das Geschehens zu betrachten. Beachte die Bedingungen der Situation, Dein Kenntnisstand und Alter als es passierte.

Aufgabe: Versuche, vier mögliche Alternativen zu finden!

- z. B. ...dass Du nur einen Teil der Verantwortung trägst
- ...dass es gar keine Chance gab vor auszusehen, was geschehen ist,
- ...dass Du Dein Bestes gegeben hast,
- ...dass das Geschehen Deiner Kontrolle völlig entzogen war.

Es lohnt sich realistische Alternativen zu finden! Wenn wieder Schuldgefühle hochkommen? dann suche nach vier alternativen Betrachtungsweisen und nimm den Gefühlen die Spitze.

Selbstachtung zurückgewinnen

Was würde geschehen. wenn Du Deine Schuldgefühle ganz loslässt?

Was würde sich dadurch verändern?

Schritte zum besseren Umgang mit eigenen Schuldgefühlen

1. Trenne die Vergangenheit von der Gegenwart.
2. Hinterfrage Deine Absichten vor dem Trauma.
3. Gehe mit Dir selbst nicht strenger um als mit anderen.
4. Glaube an. Deine Fähigkeiten und bringe Sie zum Tragen.
5. Engagiere Dich für einen guten Zweck.