



Modul 5

Begleitung spontaner Verarbeitungsprozesse

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

Inhalt

Begleitung spontaner Verarbeitungsprozesse - Grundlagen

Expositionsbehandlung

Diskriminationstraining/ Triggerdiskrimination

Traumanarrative

Erzählung von Lebensthemen orientiert an den Grundbedürfnissen

Kognitionsfokussierte Behandlungselemente

Kognitive Umstrukturierung

Weitere unterstützende Maßnahmen zur Begleitung spontaner
Verarbeitungsprozesse

Prozessplanung (bei akuter, singulärer und komplexer Traumatisierung)

Überblick zu traumaspezifischen Behandlungsverfahren

Informationen und Fragen zu den Abschlüssen 7, 8 und 9

Grundlagen Begleitung spontaner Verarbeitungsprozesse

- Zur Unterstützung spontaner Verarbeitungsprozesse haben sich unter anderem verhaltenstherapeutische Ansätze und Elemente von EMDR bewährt.
- **Vermeidung von traumabezogenen Reizen spielen eine zentrale Rolle bei der Aufrechterhaltung der posttraumatischen Belastungsstörung**
- 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?

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.

Bausteine einer wirksamen kognitiven Verhaltenstherapie sind

Psychoedukation über die Störung und Vermittlung eines Erklärungs- und Veränderungsmodells,

Konfrontation mit den traumatischen Erinnerungen (gezielte Exposition - therapeutische Aufgabe! / Begleitung spontaner Verarbeitungsprozesse auch traumapädagogische/ -beraterische Aufgabe) sowie

kognitive Neubewertung posttraumatischer automatischer Gedanken und dysfunktionaler Überzeugungen (kognitive Verfahren) (auch traumapädagogische/ -beraterische Aufgabe).

Ziel:

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**, wie sie auch in der DBT (Modul 2) geübt werden. Zusätzlich ist die **Modifikation von weiteren dysfunktionalen Interpretationen** wie Schuld, Scham und Ekel bedeutsam.

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. 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 **Habituation**. Patienten können lernen, dass sich übersteigerte Befürchtungen nicht bewahrheiten und ihre Angst daher unbegründet ist.

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.

- dank der Selbstheilungskräfte wieder integriert – oder bleiben als PTBS bestehen.

Prolongierte Exposition

Eine besondere Therapieform ist die prolongierte Exposition nach Foa et al. (2007). Sie stellt eine Imagination der ängstigenden Situation in sensu dar, wobei die Patienten angeleitet werden, diese Exposition circa 30 bis 45 Minuten lang auszuhalten. Zusätzlich wird ihr Bericht als audio aufgenommen, und sie erhalten die Aufgabe, sich dieses audio zu Hause mehrmals täglich anzuhören. Gleichzeitig sollen die Patienten bereits erlernte Entspannungstechniken und Gedankenstopptechniken einsetzen, um auftretende Ängste erfolgreich zu bewältigen. Eine weitere Aufgabe besteht darin, sich von ihnen gefürchteten und gemiedenen Situationen oder Objekten zu nähern, die realistisch betrachtet gefahrlos sind. Bei komplex traumatisierten Patienten wird die prolongierte Exposition selten angewendet.

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."

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 Klienten 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.

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.

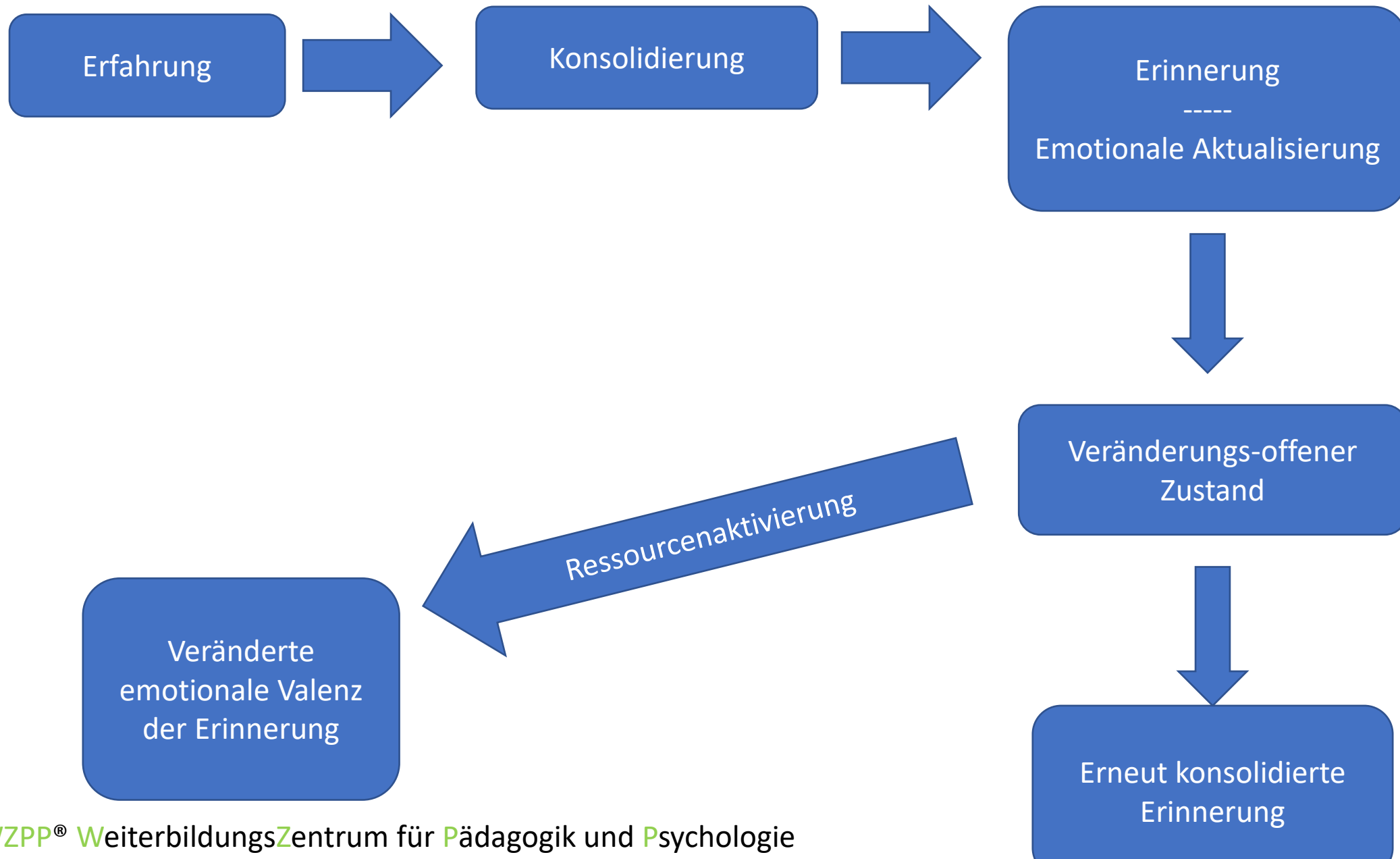
Allein die prozessuale Aktivierung der Probleme führt nicht zu korrigierenden Erfahrungen, sondern wird eher als unangenehm und verschlimmernd erlebt.

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.



Traumanarrative

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

Traumanarrativ & Begleitung der spontanen Verarbeitung (in-sensu-Exposition)

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

- Tempo und emotionale Belastung steuern (Fokus auf Details, Ebenen Wechsel)
- „Hot Spots“/ „schlimmsten Momente“ identifizieren
- Belastungsgrad ermitteln davor, während und danach
- Flashbacks, Dissoziation, Vermeidung beachten (Verbalisieren, Außenorientierung, Gegenwartsbezug: im Stresstoleranzfenster verbleiben)
- dysfunktionale Überzeugungen erfassen: 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 (Mami hatte das Mädchen lieb und das Mädchen hatte Mami lieb).

.

Teil B: Das traumatische Ereignis

- 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 (nK) einzufügen (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 allerdings 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.

Kriterien für ein funktionales Narrativ sind:

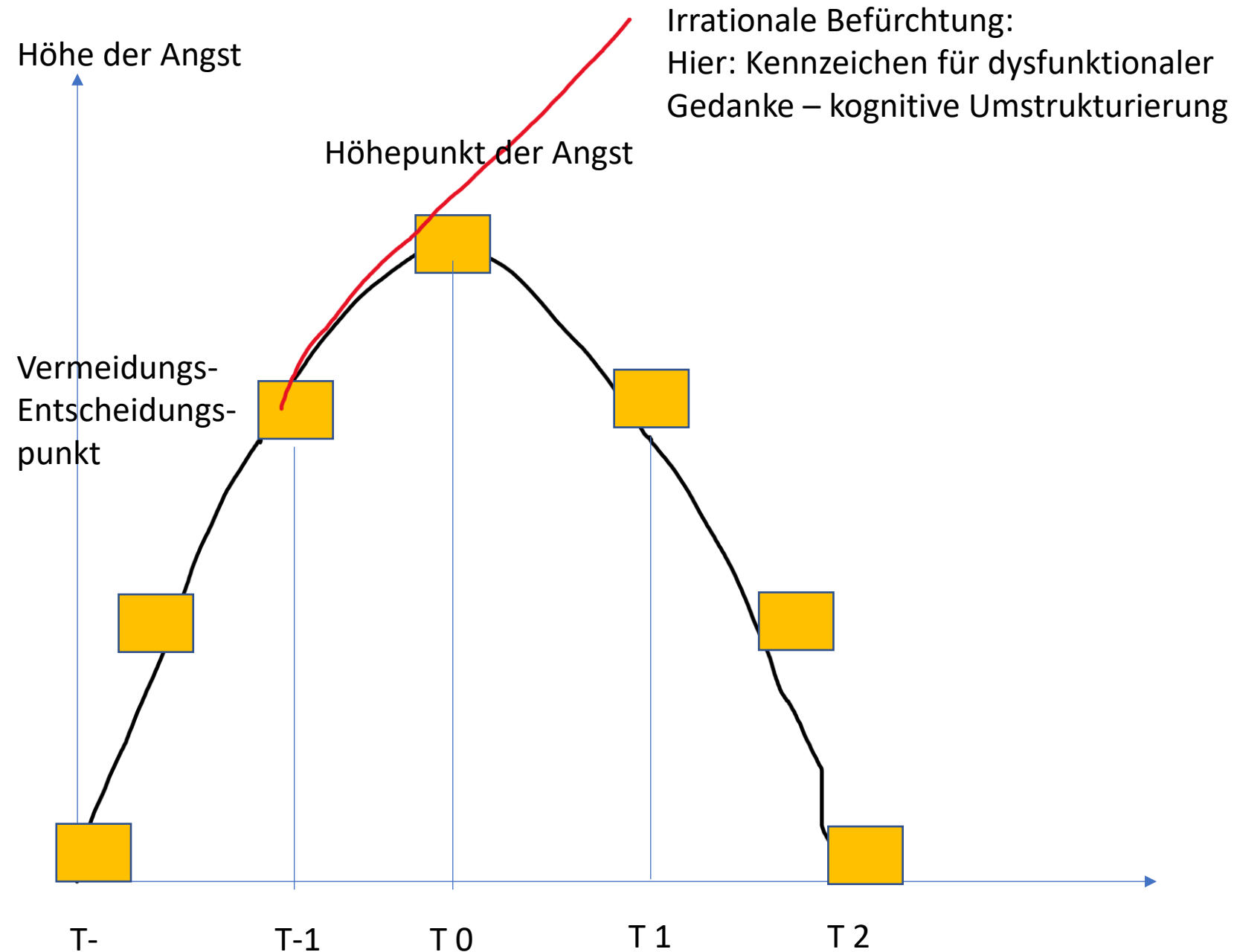
- Die beteiligten Bindungs- und Bezugspersonen werden positiv, zumindest von gutem Willen geprägt geschildert.
- Die beteiligten Personen handeln nachvollziehbar und moralisch gut (nach dem altersentsprechenden kindlichen Weltverständnis (Gut/Böse-Dichotomie)).
- Das Kind und seine Handlungen werden in jedem Fall als frei von Schuld, Scham und anderen Formen dysfunktionaler Selbstbewertung beschrieben.
- Narrative schließen gut und lösungsorientiert ab, und es wird die Botschaft vermittelt: Es ist vorbei. Ich bin jetzt sicher. Es lohnt sich weiter zu leben.

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 (pK) und handlungsorientierte Lösungsmöglichkeiten sollten benannt werden (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 (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.



T-2 bis T0: Konfrontation

T-1: Vermeidungsentscheidungspunkt

T0 bis T2: Erleichterung

T2: Stolz

Ziel: durch T0 ohne Dissoziation

Erzählung von Lebensthemen orientiert an Grundbedürfnissen

1. Bindung und Beziehung

Welche Erfahrungen wurden in engen Beziehungen gemacht? Wurden negative Früherfahrungen im späteren Verlauf vielleicht korrigiert? Setzen sich frühkindliche Mangel- und Vernachlässigungserfahrungen auch mit späteren Bezugspersonen fort? Welche Befürchtungen resultieren aus den Beziehungserfahrungen?

2. Autonomie Orientierung und Kontrolle

Welche Erfahrungen wurden mit Autonomie und Selbständigkeit gemacht? Wurde Eigenständigkeit gefördert oder ggfs. zu früh gefordert oder erzwungen? Welchen Einfluss und welche Entscheidungsfreiräume hat der Patient als Kind und Jugendlicher auf die Gestaltung seines Lebens?

3. Selbstwert

Welche Erfahrungen wurden mit Erfolgs- bzw. Misserfolgserlebnissen gemacht? Wie wurden von den Bezugspersonen gelobt und getadelt? Wie wurden Lob und Stolz, wie Kritik und Scham im Leben erfahren? Welche Aktiva und welche Befürchtungen und Erwartungen resultieren daraus?

4. Lustgewinn und Unlustvermeidung

Lustgewinn und Unlustvermeidung im Sinne von Genuss, Verwöhnung und Belohnung. Welche finanziellen Möglichkeiten standen dem Patienten und seiner Familie in der Kindheit zur Verfügung? Was gab es „Schönes“ im Leben des Patienten? Wie wurde mit Genuss, Spaß und Spielangeboten umgegangen? Welche Mangel- oder Überflusssituationen wurden erfahren? Wie haben sich die Eltern verhalten? Gab es „Ungerechtigkeiten“ in der Verteilung von Vorteilen zwischen den Geschwistern? Welche Einstellungen und Bewältigungsstile lassen sich erkennen in Bezug auf sich verwöhnen, sich etwas gönnen, aber auch andere beschenken, etwas geben?

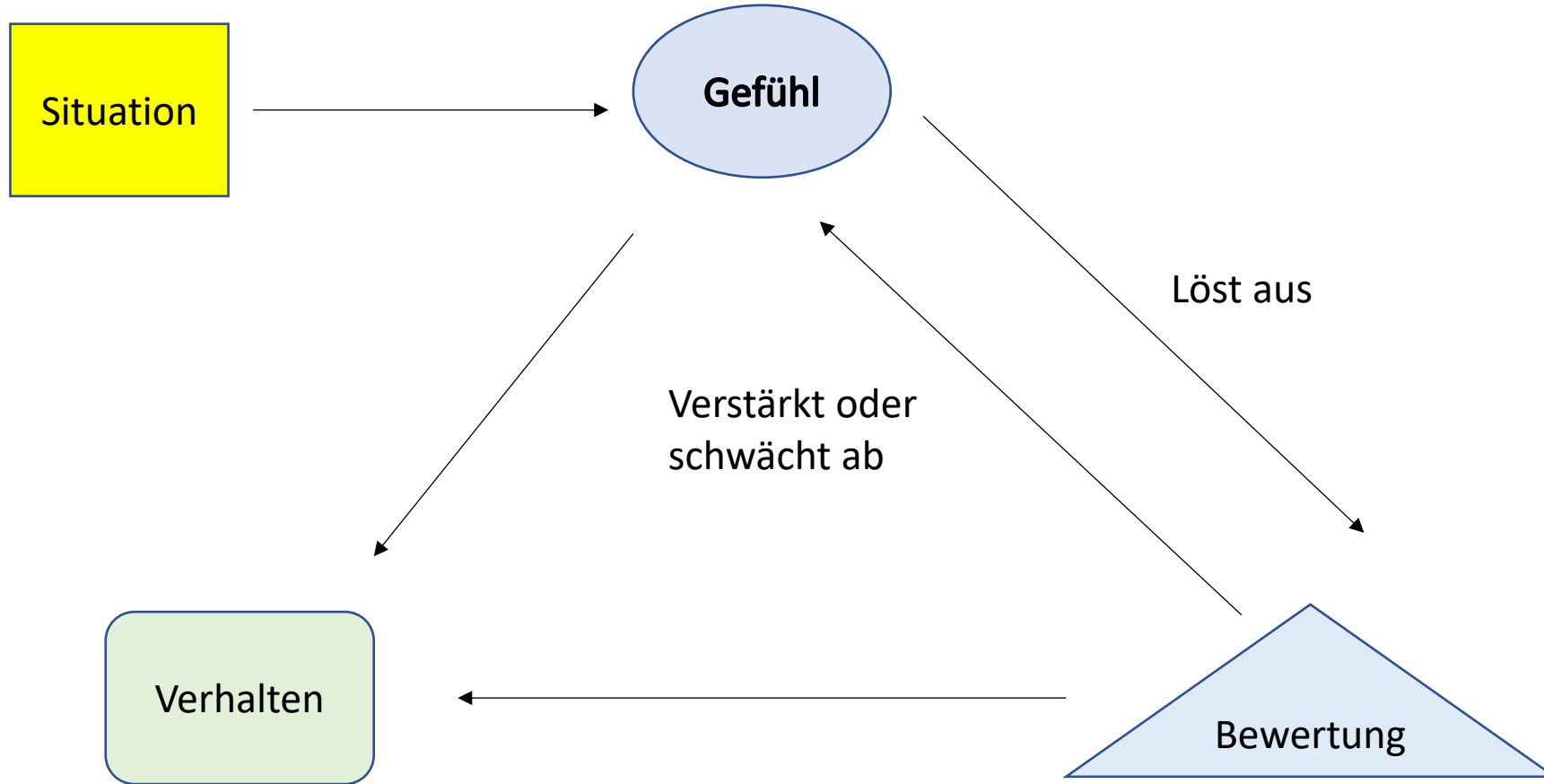
5. Identität/ Selbstbild

Welches Bild hat der Patient über sich selbst entwickelt? Was sind seine zentralen wunden Punkte? Wie geht er damit um? Wie nimmt der Patient seine Stärken wahr? Kann er ihnen genügend Raum einräumen? Wie schätzt der Patient „seinen Charakter“ ein? Wo ist er ähnlich wie Vater und Mutter, wo anders?

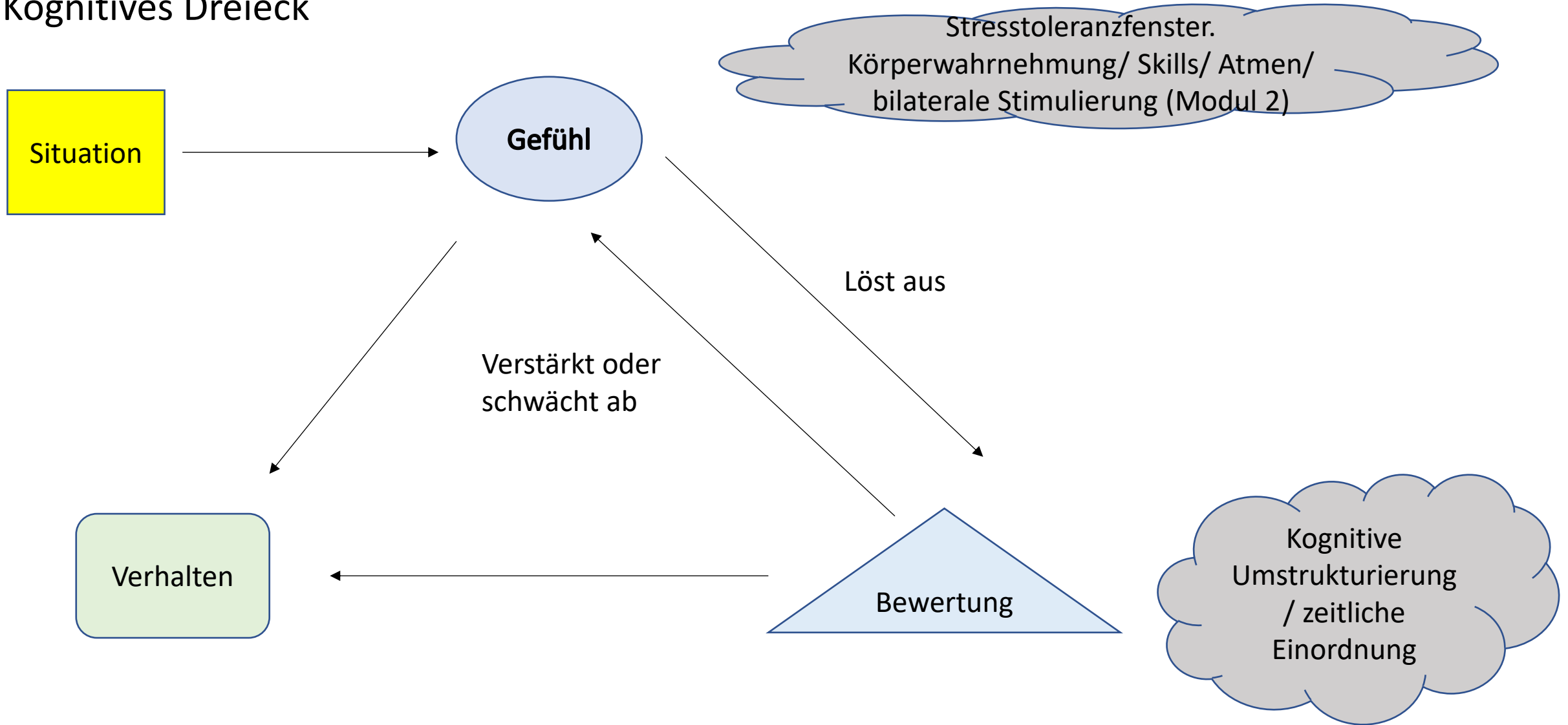
Kognitionsfokussierte Behandlungselemente

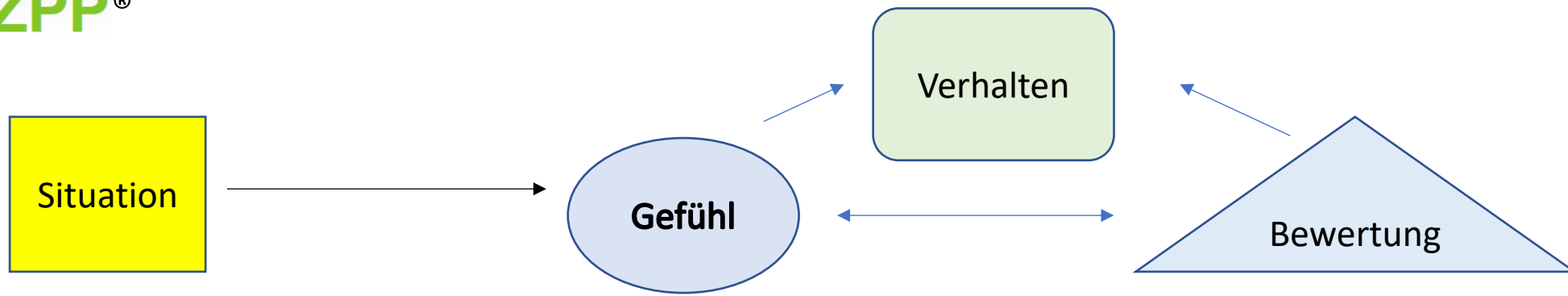
Kognitive Methoden werden eingesetzt, um die **persönlichen negativen Bedeutungen (Interpretationen) zu verändern** sowie die **aufrechterhaltenden Verhaltensweisen zu reduzieren**. Mithilfe verschiedener kognitiver Methoden lernen Patienten, wie die traumatische Erfahrung ihr Überzeugungssystem und 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.

Kognitives Dreieck



Kognitives Dreieck





Limbisches System

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

Ziel: Rückkehr ins
Stresstoleranzfenster
(Modul 2)

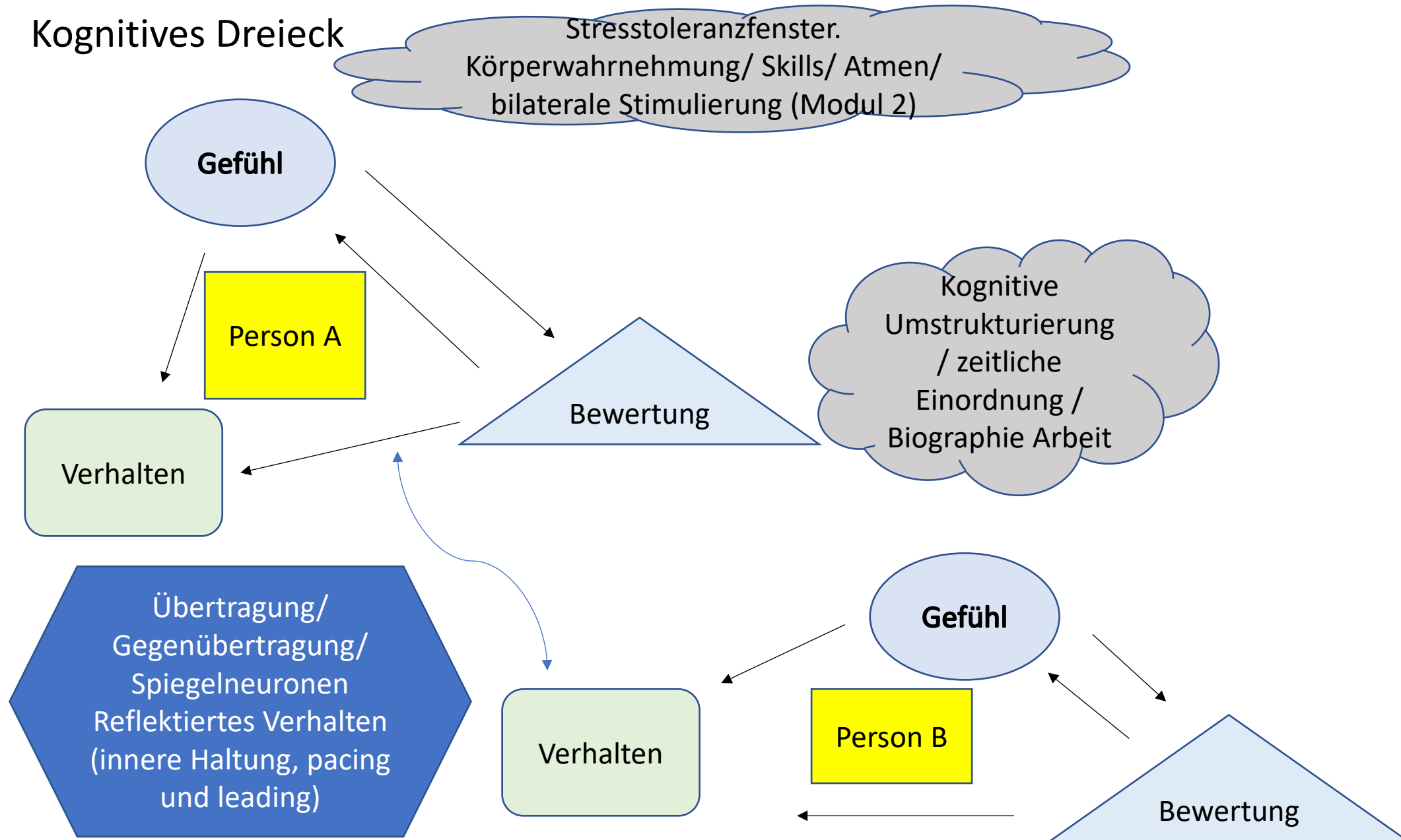
Präfrontaler Cortex

Häufig:

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

Ziel: Distanzierung, Verwirrung durch
kognitive Umstrukturierung,
Selbstannahme

Kognitives Dreieck



Kognitive 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.

Kognitive Umstrukturierung bedeutet also das **Aufspüren und Verändern irrationaler dysfunktionaler Bewertungsmuster, die für unangemessenes emotionales Leid verantwortlich** sind.

Häufig sind dysfunktionale Kognitionen daran beteiligt, wenn **Patienten sich abwerten, sich Dinge nicht zutrauen, sich unglücklich oder unzufrieden fühlen, keinen Platz im Leben finden, keine Kontakte knüpfen können oder andere schwierige und unbefriedigende Lebenssituationen** erleben. Zunächst müssen die blockierenden oder problematischen Denkmuster identifiziert werden. Ein ersten Nachfragen kann mit der Leitfrage beginnen: „Können Sie mir genau erklären, was Sie in dieser Situation gedacht und gefühlt haben?“

Tabelle siehe Skript

Geleitetes Entdecken:

Durch zielführendes Fragen soll der Patient dazu gebracht werden einen entsprechenden Schluss selbst zu ziehen. z.B. Wie oft kommen die Gedanken, die Du zu vergessen versuchst? In welchen Situationen....? Was denkst Du, welche Vorteile...? Wie funktioniert das? Wie geht es Dir, wenn die Gedanken dann wiederkommen?

Sokratischer Dialog:

Der Therapeut nimmt eine offene, „nicht wissende“ Haltung ein und geht mit dem Jugendlichen in den Prozess der Wahrheitssuche. In dem gemeinsamen Erkenntnisprozess werden vermeintliche Gewissheiten, Urteile und Folgerungen überprüft. z.B. Du meinst, alles einfach vergessen, ist für Dich am besten. Wie willst Du das genau machen? Warum hat das bisher nicht funktioniert? Welche Beweise gibt es das es in Zukunft funktionieren wird.

Columbo-Technik:

Der Therapeut 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.

Verhaltensexperimente z.B. Gedankenunterdrücken (an pinkfarbenen Elefanten denken) und/ oder Protokolle zur Fremd- und Selbstbeobachtung sind ebenfalls einsetzbar.

Verbalisierung von Nichtverbalisierten als Validierungstechnik

Der Therapeut versucht mit feinfühligem empathischer 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?

Arbeit mit automatischen Gedanken Beck und Glaubenssätzen Ellis

Psychoedukation Gedankenexperiment/ geleitetes Entdecken als Fragetechnik

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“

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.

Identifikation automatischer Gedanken des Patienten

Gedankenexperiment/ geleitetes Entdecken als Fragetechnik

ggfs. genaues Nachfragen und Anleitung zur Vorstellung der Situation Nutzung von Protokollen

Den Patienten anleiten nach einer deutlichen emotionalen Reaktion zu suchen wie Freude, Angst, Wut, Traurigkeit.

Danach eine genaue Beschreibung der Situation im Gespräch gemeinsam erarbeiten (wann, wo, wer, was, wie, warum?).

Anschließend wird nach dem passenden automatischen Gedanken gesucht, der mit dem Gefühl in der auslösenden Situation im Zusammenhang steht.

Kognitive Umstrukturierung durch Disputation automatischer Gedanken

ABC-Technik nach Ellis Frageroutine nach Thematik und den Besonderheiten des Patienten modifizieren

ABC-Modell siehe Skript

Durch die Rekonstruktion dieser bewussten und unbewussten Denkmuster können die für die Patientin typischen Zusammenhänge zwischen Gedanken und Gefühlen herausgearbeitet werden. An jedem Teil dieser Verhaltens-Bewertungs-Kette kann überlegt werden, welche Veränderungen möglich wären und wie die Patientin 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

- 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, Albträume und Schlafstörungen umgehen?
- Wie können die Verhaltensweisen anderer Menschen, deren Emotionen und Absichten verstanden und wie darauf angemessen reagiert werden (Mentalisierung)?

Psychoedukation hilft den Betroffenen, ihre **Symptomatik als Selbstheilungsversuch und Reaktion des Körpers auf Extremstress zu erkennen.**

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“.

Allgemeine Inhalte und Ziele der sozialen Stabilisierung in der Beratung

- Beruhigung im Alltag unterstützen
- Welche „Baustellen“ haben Vorrang und welche Ressourcen hat der Klient 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

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 Klienten sollen lernen, welche Beziehungen gut tun und welche nicht, welche Kontakte sicher sind und wo man sich schützen muss. Auch die Kinder der Klientin müssen – manchmal auch vor der Klientin selbst – geschützt werden.

- **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, Beobachters-technik 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.

Traumasyntthese/ 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.

- **Erweiterung des Stresstoleranzfensters**
- **Einzelsitzungen** im Rahmen eines strukturierten, dosierten und kontrollierten Wiedererlebens zentraler Aspekte der Traumatisierung
- Schonende Techniken sind die Beobachtertechnik von Reddemann und die Screentechnik
- Ebenfalls bewährt: EMDR und Expositionstechniken der Verhaltenstherapie
- Ziel der aufdeckenden Arbeit ist nicht eine Katharsis, sondern eine Integration der traumatischen Erfahrungen in das Spektrum der Gesamtpersönlichkeit

Integration/ Neuorientierung

- **Integration des Traumas in die eigene Geschichte und das Selbstkonzept**
- **Reintegration hat große Ähnlichkeit mit einem Trauerprozess** und ist daher mitunter eine schwierige Aufgabe. Was tatsächlich geschehen ist in der Vergangenheit und was man sich in der Kindheit oder zu einem anderen Zeitpunkt gewünscht hätte, muss nebeneinander existieren können.
- Oft kommt es **nach Abschluss der Traumabearbeitung nochmals zu einer intensiven Krise** mit depressiven Einbrüchen, Gefühlen von Sinnlosigkeit und Hoffnungslosigkeit bis hin zu akuter Suizidalität.

Häufig bringt die Traumatherapie eine **Neuorientierung** mit sich, wodurch sich persönliche Pläne und Ziele verändern können, sowie ein neues Weltverständnis entstehen kann. Ein subjektiv als sehr positiv bewertetes inneres Wachstum kann sich entwickeln („**posttraumatic growth**“).

Abgeschlossen ist diese Phase, wenn ein Gefühl für die eigene Kraft und die Fähigkeit, angemessene Entscheidungen für das weitere Leben fällen zu können, entstanden ist.

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 des Klienten 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 Klienten 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 (aus Modul 3)

- 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 des Klienten, 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.

Monotrauma

- 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 Klienten, besonders mit dissoziativen Störungen, meist **viel Stress**. Das enge Zusammenleben mit anderen im Stationsalltag und zusätzlich in Gruppentherapien durch Inhalte, Affekte oder Ausstrahlung anderer Klienten 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.

Komplexe Traumafolgestörung

- **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.

Komplexe Traumafolgestörung

- **Basis der Behandlungsplanung:** Verträge zum Umgang mit Kriseninterventionen, Aufklärung über Diagnosen, Therapieoptionen, Möglichkeiten der Traumakonfrontation und deren Risiken, sowie die Einholung eines Einverständnisses sind obligat.
- **Hierarchisierung der Therapieziele sind hilfreich:** die Veränderung selbstdestruktiver und therapieschädigender Verhaltensweisen muss vorrangig sein, ansonsten, was im Alltag als stark beeinträchtigend erlebt wird.

Wichtig: Aktivierung von Ressourcen!! Durch die Verknüpfung von Belastung und Ressource wird unmittelbar das Belastende etwas reduziert und integriert.

- 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 Letzere als **traumakompensatorische Symptome** erkannt werden, um auch diese in eine traumaspezifische Behandlungsplanung einzubeziehen (z.B. Ego-State Arbeit auf der inneren Bühne).

- Klienten sollten **weder über- noch unterfordert** werden. Wenn wir uns vom Vermeidungsverhalten von Klienten 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 Klientinnen:** Einzeltherapie ist Methode der Wahl, Traumaprozestechniken: imaginative und hypnotherapeutische Verfahren wie Ego-State-Arbeit und Screentechnik, sowie ein adaptiertes EMDR-Vorgehen

- **Traumabarbeitung** 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 Klienten klar und rechtzeitig besprochen werden. Stets ist auf **klare, transparente Information** zu achten und die Klientin muss bei allen Planungsschritten beachtet werden. **Jeder Schritt muss für sie nachvollziehbar sein.** Entscheidend ist zudem die Klärung des konkreten **Arbeitsauftrags**.

- Klärung, wie die **Beratung gestaltet** sein soll (aufsuchend/ begleitend? Welche Themen sind vorrangig? Wovon möchte 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 Klienten 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 Klientin und **alle am Prozess beteiligten Helfern voreinander wissen, miteinander kooperieren, kommunizieren und sich abstimmen.**

- **Selbstwahrnehmung, Selbstkontrolle, Selbstwirksamkeit als pädagogisches Grundprinzip der Förderplanung und Resilienzentwicklung**
- Damit Klienten 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.

Überblick zu traumaspezifischen Behandlungsverfahren

Verhaltenstherapeutische Ansätze

- Trauma-fokussierte kognitiv-behaviorale Therapie (Tf-KBT)
- Die meisten Studien, aber überwiegend mit Opfern sexueller Gewalt, ein erprobtes Manual (Cohen & Deblinger)
- Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT-PTSD): ein multimodales stationäres Therapieprogramm mit Elementen aus der DBT und Tf-KBT
- Narrative Expositionstherapie (mit Kindern) (NET / KIDNET)
- Meist an Flüchtlingskindern/ Jugendlichen erforscht

- **Psychodynamische Ansätze**
- Psychodynamisch-imaginative Traumatherapie (mit Kindern) (PITT / PITT-KID)
- Noch keine empirische Überprüfung

- **Körperorientierte Traumatherapie-Ansätze**
- Somatic Experiencing (SE) (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 Beobachtermethode**
- Hypnotherapeutische Screen- oder Bildschirmtechnik
- Keine empirische Evidenz, aber praktisch weit verbreitet

- **EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)**
- Wirksamkeit ebenfalls nachgewiesen; in zwei Vergleichsstudien deutlich effektiver als Tf-KBT; seit 2015 in den Psychotherapierichtlinien als wirksame Methode bei PTBS bei Erwachsenen verankert

Empfehlungen des National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) (2005) bei komplexen Traumafolgestörungen

- **Äußere Sicherheit herstellen und Sicherheitsbedürfnisse** des Patienten befriedigen
- **Etablieren und Fördern selbstregulatorischer Fähigkeiten** (emotional, körperbezogen und auf der Verhaltensdimension)
- **Bindungs- und Beziehungsfähigkeiten** durch Einlassen auf Kontakt und Beziehung entwickeln
- Unterstützung der **Informationsverarbeitung** (Selbst-Reflexivität entwickeln)
- Aufmerksamkeit für das Jetzt entwickeln

Empfehlungen des National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) (2005) bei komplexen Traumafolgestörungen

- Narrative Rekonstruktion der Vergangenheit und Abgrenzung zur Gegenwart
- Exekutive Funktionen entwickeln (Antizipation, Planung, Entscheidungsfähigkeit)
- **Positives Erleben** fördern (Freude, Kreativität, Zukunftshoffnung, Erfahrungen von Selbstwirksamkeit)
- **Integration von traumatischen Erfahrungen**

Allgemeine Aussagen zur Behandlung von komplexen Traumafolgestörungen

- mehr Sicherheit, Kontrollerfahrungen nötig
- Motivieren für die Trauma-Arbeit anspruchsvoller
- Diese Klienten haben oft auch singuläre Traumata
- Jede kleine Trauma-Integration ist absolut hilfreich
- Ohne Bezugspersonen-Arbeit kein Erfolg!

Allgemeine Aussagen zur Behandlung von komplexen Traumafolgestörungen

- Gemeinsames psychotraumatologisches Verstehensmodell entwickeln (Psychoedukation)
- Veränderungsresistenz verstehen
- Fehlverhalten = Kontrollverlust
- Pädagogische Handlungsmöglichkeiten aufzeigen („Du tust das, weil....“ – Intervention)
- Notwendigkeit zur eigenen Veränderung akzeptieren (eigene Reaktivität auf kindliches trauma-gesteuertes Verhalten verringern)
- Therapeutisches Potential der Bezugspersonen nutzen (Filialtherapie mit Narrativen / Family-Attachment-Therapy)