



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
Expositionsbehandlung	Seite 4
Diskriminationstraining/Triggerdiskrimination	Seite 5
Grundlagen traumazentrierter Gesprächsführung	Seite 6
Traumanarrative	Seite 9
Erzählung von Lebensthemen orientiert an den Grundbedürfnissen	Seite 12
Kognitionsfokussierte Behandlungselemente	Seite 13
Kognitive Umstrukturierung	Seite 15
Weitere unterstützende Maßnahmen zur Begleitung spontaner Verarbeitungsprozesse	Seite 23
Prozessplanung (bei akuter, singulärer und komplexer Traumatisierung)	Seite 27
Überblick zu traumaspezifischen Behandlungsverfahren	Seite 31
Ressourcen-Protokoll	Seite 34
Sicherer Ort/Tresorübung/Lichtstromübung	Seite 36
CIPOS	Seite 42
Informationsblatt über affektive Modulation: Wege zum unmittelbaren Sich-Wohlfühlen	Seite 46
Bauchatmung Übungen	Seite 47
Wochenübungsbogen für das kognitive Dreieck	Seite 49
Vorlage für eine Verhaltensanalyse	Seite 50
Übung: Meine Schuldgefühle	Seite 52
Übung: Sieben Phasen der Heilung von Überlebensschuldgefühlen	Seite 54

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?

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.

Entsprechend dieser theoretischen Modellvorstellungen liegen die Ziele trauma-fokussierter kognitiver Verhaltenstherapie in der Veränderung der Speicherung des Traumas, von Gedanken und Kognitionen über die erlebte Traumatisierung und die eigene Einflussmöglichkeiten sowie von Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten.

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/n der Patienten/in 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, Gefühle und Körperzustände, die während des Ereignisses erlebt wurden. Zentraler Wirkmechanismus der In-sensu-Exposition ist die **Habituation**. Patienten/innen 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/der Patienten/in sind Varianten der Exposition in sensu möglich. Er/Sie 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 Patienten/innen 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.

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/innen 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/innen bereits erlernte Entspannungstechniken und Gedankenstopp-techniken einsetzen, um auftretende Ängste erfolgreich zu bewältigen. Eine weitere Aufgabe besteht darin, sich den 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 Patienten/innen durch **systematische Beobachtung ihrer Intrusionen und deren 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/innen werden angeleitet, sich mit den Auslösern auseinanderzusetzen und dabei zwischen der Bedrohlichkeit dieser Reize während der Traumatisierung damals und der Ungefährlichkeit der Reize heute unterscheiden zu lernen.

"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.

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 können 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/ihr 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-Strategie** 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 des/der Klienten/in aktiviert sind/werden.

Neurobiologie Rekonsolidierung

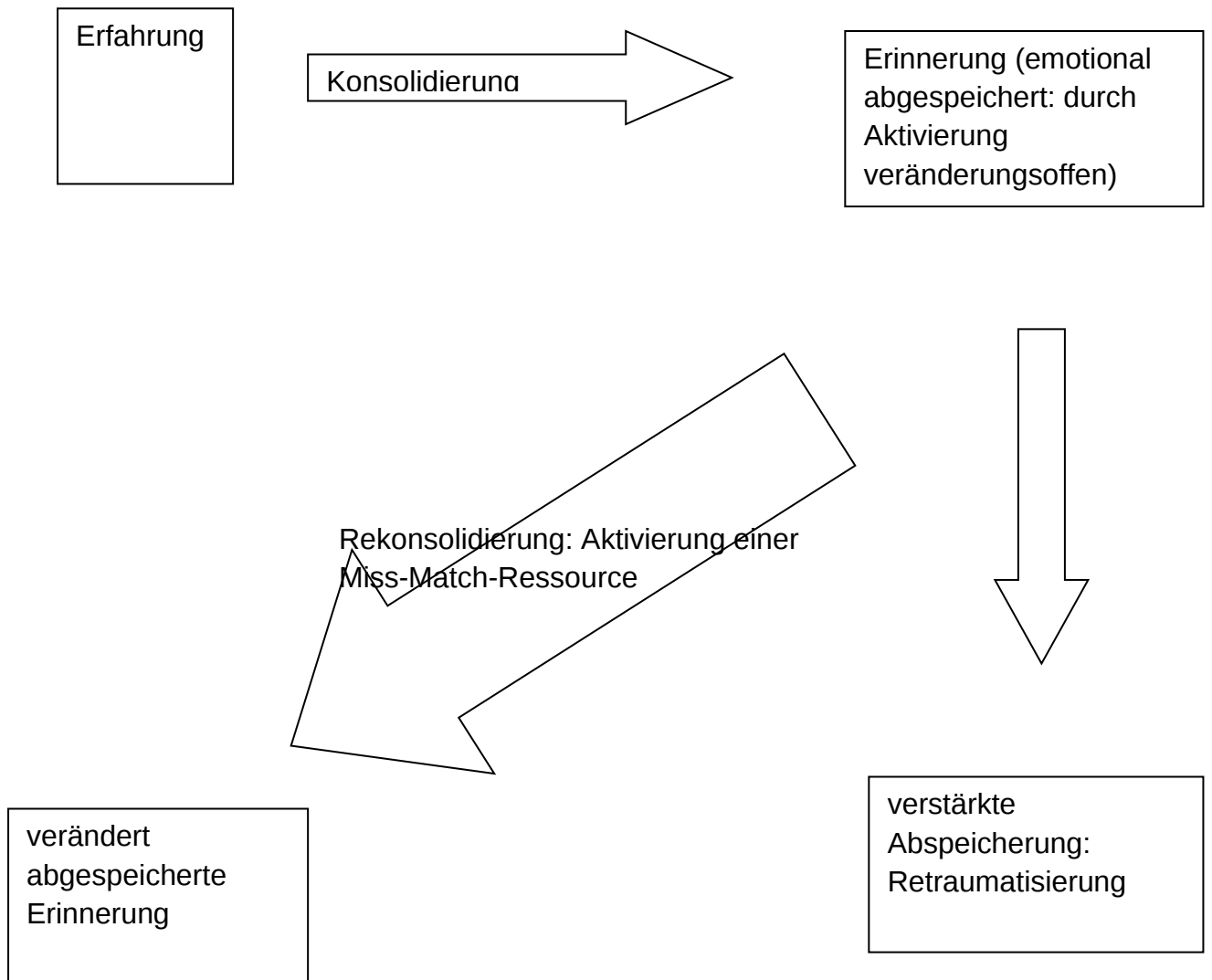
Dysfunktional abgespeicherte Erinnerungen (implicit emotional learning) sind die Grundlage der Symptomproduktion der meisten psychischen Störungen (van der Kolk et al., 1996). Dies beinhaltet emotionale Konditionierung (bspw. Bindungsmuster) und deren kognitiven Aspekte (Selbstüberzeugungen, Glaubenssätze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

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

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

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

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



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
- 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, Ebenenwechsel)
- „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, Sich-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 allein 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.

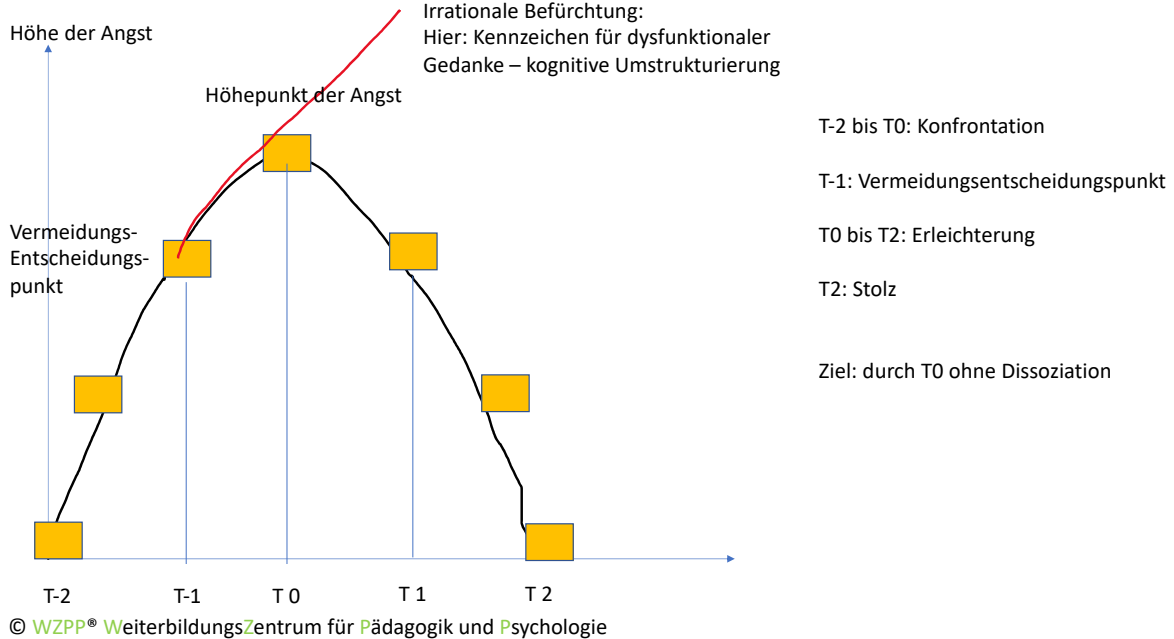
Kriterien für ein funktionales Narrativ sind:

- 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, weiterzuleben.

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.



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/die Patient/in als Kind und Jugendliche/r 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/der Patienten/in und seiner Familie in der Kindheit zur Verfügung? Was gab es „Schönes“ im Leben des/der Patienten/in? 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/die Patient/in über sich selbst entwickelt? Was sind seine/ihre zentralen wunden Punkte? Wie geht er/sie damit um? Wie nimmt der/die Patient/in seine/ihre Stärken wahr? Kann er ihnen genügend Raum einräumen? Wie schätzt der/die Patient/in „seinen/ihren Charakter“ ein? Wo ist er/sie ähnlich wie Vater und Mutter, wo anders?

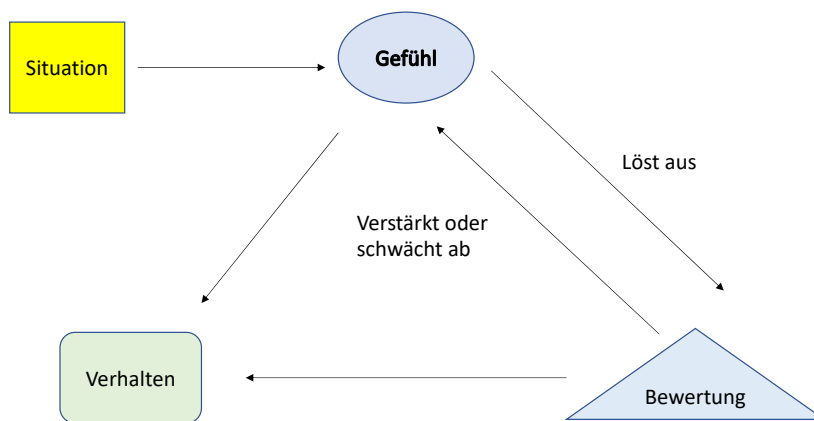
Kognitionsfokussierte Behandlungselemente

Kognitive Methoden werden eingesetzt, um die **persönlichen negativen Bedeutungen (Interpretationen) zu verändern** sowie die **aufrechterhaltenden Verhaltensweisen zu reduzieren**. Mithilfe verschiedener kognitiver Methoden lernen Patienten/innen, wie die traumatische Erfahrung ihr Überzeugungssystem und die Gedanken beeinträchtigt hat. Basis der kognitiven Interventionen ist der „**sokratische Dialog**“ im Gespräch. Der/Die Therapeut/in lässt den/die Patienten/in prüfen, inwieweit seine/ihre Einstellungen, Überzeugungen und Interpretationen über das Trauma angemessen und hilfreich oder dysfunktional und problematisch sind. Ziel ist, gemeinsam mit dem/der Patienten/in das Für und Wider seiner/ihrer Argumente abzuwägen, damit er/sie so zu eigenen angemessenen Schlussfolgerungen und entsprechenden Veränderungen im Denken, Fühlen und Handeln kommen kann.

Kognitives Dreieck

WZPP®

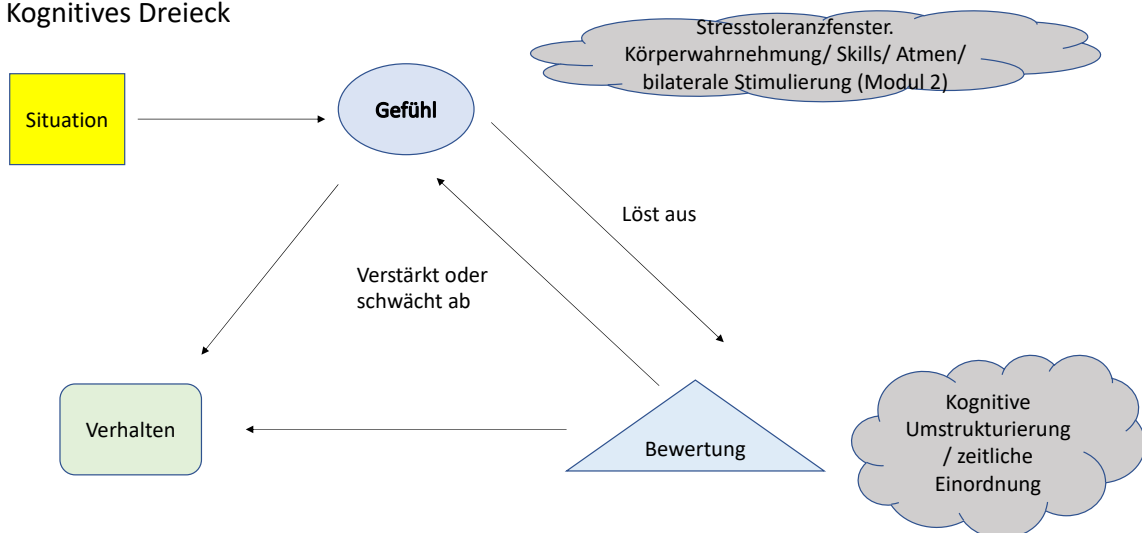
Kognitives Dreieck



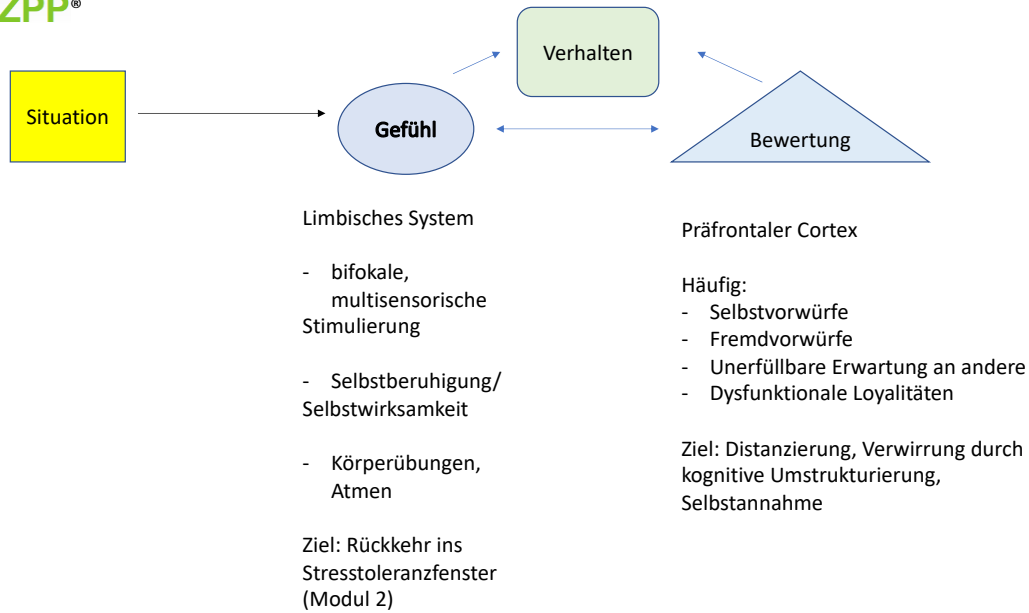
© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

WZPP®

Kognitives Dreieck

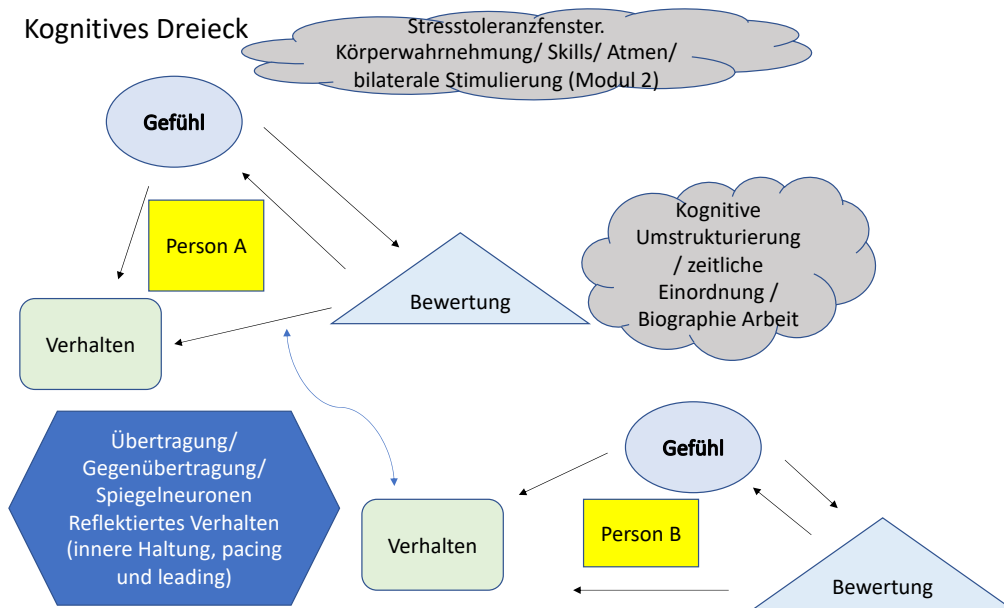


© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie



© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Kognitives Dreieck



© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

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/innen 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 erster Nachfragen kann mit der Leitfrage beginnen: „Können Sie mir genau erklären, was Sie in dieser Situation gedacht und gefühlt haben?“

Kognitive Interventionselemente

Steil & Rosner 2009

Techniken	Beispiele
Demonstrationen zum Zusammenhang zwischen Gedanken und Gefühlen	„Immer, wenn ich denke, dass ich es hätte verhindern können, fühle ich mich noch trauriger und schlechter.“
Die Betrachtung von Befürchtungen und Erwartungen als Hypothesen, die man testen kann sowie der Gebrauch von Wahrscheinlichkeitsschätzungen. Beweissammlung und Verhaltensexperimente, um Überzeugungen und Erwartungen zu prüfen	„Du befürchtest, dass du nicht mehr aufhören kannst, zu weinen, wenn du mir genau erzählst, was passiert ist. Wie lange genau würdest du weinen? Was war die längste Zeit, die du jemals geweint hast...?“ „Wie würdest du darüber denken, wenn ein anderes Kind sich so verhalten würde wie du?“
Advocatus diaboli-Technik	„Du sagst, du hättest dich mehr wehren müssen gegen deinen Vater. Warum hast du dich nicht gewehrt? Was dachtest du, würde passieren, wenn du dich wehren würdest?“
Dem/Der Patienten/in helfen, sich mit den Augen des Menschen zu sehen und zu beurteilen, der er/sie vor der Traumatisierung oder währenddessen war, bzw. sein/ihr Handeln auf der	„Du denkst darüber nach, warum du dich damals so und nicht anders verhalten hast. Lass uns die Zeit zurückdrehen bis kurz vor dem Ereignis, und lass uns genau überlegen, was du damals

Grundlage der Informationen zu beurteilen, die ihm vor oder während des Traumas zur Verfügung standen	empfundene und gedachte Hast. Hast du erwartet, dass so etwas passieren würde? Was hättest du getan, wenn du gewusst hättest, was passieren würde?“
Die Entwicklung alternativer und hilfreicher Gedanken und Erwartungen	„Wenn ich anderen von den belastenden Erinnerungen erzähle, werde ich vielleicht recht traurig werden und weinen müssen, aber das wird vorüber gehen. Ich werde nicht die Kontrolle über mich verlieren, und die anderen werden wahrscheinlich gut verstehen können, warum ich so traurig bin.“
- Häufige Themen sind hierbei die Verantwortung für das Geschehene und das eigene Selbstbild. - Verhaltensexperimente werden gezielt zur Überprüfung bestimmter Annahmen und Befürchtungen geplant und durchgeführt, z. B. zur Wirkung von Gedankenunterdrückung. - Die Reduktion des Einsatzes von Strategien kognitiver Kontrolle über Intrusionen ist ein wichtiges Ziel kognitiver Interventionen. - Bei Opfern von interpersoneller Gewalt sollten Risikofaktoren für eine erneute Viktimisierung in der Zukunft (wie z. B. ein extrem geringer Selbstwert oder die Überzeugung, es nicht anders verdient zu haben) analysiert und reduziert werden.	

Techniken zum Explorieren, Sondieren, Hypothesen testen

Geleitetes Entdecken:

Durch zielführendes Fragen soll der/die Patient/in dazu gebracht werden, selbst einen entsprechenden Schluss 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/Die Therapeut/in 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 zu vergessen, ist für dich am besten. Wie willst du das genau machen? Warum hat das bisher nicht funktioniert? Welche Beweise gibt es, dass es in Zukunft funktionieren wird?

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 hierher 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 Nichtverbalisiertem 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?

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/r Freund/in 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. Jugendliche/r ist voller Sorge und Angst
2. Jugendliche/r ist traurig
3. Jugendliche/r ist wütend
4. Jugendliche/r ist gelassen

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

Mit dem/der Patienten/in 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.

Identifikation automatischer Gedanken des/der Patienten/in

Gedankenexperiment/geleitetes Entdecken als Fragetechnik

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

Den/die Patienten/in 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/der Patienten/in modifizieren

ABC-Modell: Inhalt und Struktur		
	Was steht hier?	Mit welchen Hilfsfragen finde ich das heraus?
A Ausgangssituation	Die 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	Alle bewussten und verdeckten Gedanken zum Zeitpunkt A	1. (Meine persönliche Sichtweise von A): Was sehe ich mit meinem Vorwissen und meinen 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	Die objektive, sachliche Beschreibung der Situation	Während eines gemeinsamen Essens beginnt ein/e Patient/in, den anderen Teilnehmern/innen etwas zu erzählen. Nach kurzer Zeit wird jedoch die Aufmerksamkeit durch das Aufdecken neuer Speisen von ihrer Erzählung abgelenkt, und niemand hört ihm/ihr mehr zu.
B Bewertungssystem	Alle 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.

Durch die Rekonstruktion dieser bewussten und unbewussten Denkmuster können die für den/die Patienten/in typischen Zusammenhänge zwischen Gedanken und Gefühlen herausgearbeitet werden. An jedem Teil dieser Verhaltens-Bewertungskette 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.**

Nach dem Aufdecken der dysfunktionalen und einschränkenden Kognitionen ist das **Infragestellen** derselben das eigentliche Kernstück der kognitiven Therapie. Dabei ist der Dialog das wesentliche Werkzeug.

Der **sokratische Dialog** ist die bekannteste Form der kognitiven Disputationsmethoden. In ihm werden die irrationalen Bewertungen durch Auseinandersetzung mit seiner Zweckmäßigkeit, Zielverträglichkeit, Logik und empirischen Belegbarkeit in Frage gestellt. Es sollen Widersprüche zwischen dem Denken des/der Patienten/in und seinen/ihren kurz- und langfristigen Zielen oder der Realität aufgedeckt werden.

Hilfreiche Fragen dazu sind:

- Wie kommen Sie darauf?
- Woraus schließen Sie das?
- Weshalb muss das so sein?
- Steht das in Ihrer Macht?
- Was hat das mit Ihrem Wert zu tun?
- Ist das zwangsläufig so?
- Hilft dies?
- Wie wahrscheinlich ist es, dass.....?
- Was ist so typisch daran?
- Wie schätzen Sie solche Situationen generell ein?
- Welche Lebensphilosophie/Lebensregel könnte da zugrunde liegen?
- Von welchen inneren Befehlen lassen Sie sich in diesem Moment so unter Druck setzen?
- Muss das so kommen, oder was könnte noch geschehen?
- Kennen Sie jemanden, bei dem es anders war?
- Hilft das dabei, Ihr Ziel zu erreichen?
- Was sind die Konsequenzen dieser Einstellung/Handlung?
- Kann man ohne Ziele Erfolge haben und ohne Erfolg zufrieden mit sich sein?
- Welche andere Sichtweise kennen Sie?
- Möchten Sie das weiterhin glauben?

Neben den genannten Fragen können **Satzergänzungen** hilfreich sein, bei denen der/die Berater/in mit kleinen Interventionen immer wieder an die Antwort des/der Patienten/in anknüpft, damit dieser den Satz weiter vervollständigt:

- Und dann....
- Und das würde für Sie bedeuten, dass....
- Und wenn das wahr wäre, dann....

- Und das bedeutet, dass Sie....

Bei Verallgemeinerungen ist es wichtig, diese aufzulösen, indem bei Worten wie „immer“ oder „alle“ oder „jedes Mal“ nachgefragt oder nach Ausnahmen von der behaupteten Verallgemeinerung gefragt wird. Von großer Bedeutung bei der kognitiven Umstrukturierung ist, gemeinsam mit dem/der Patienten/in einen neuen Gedanken oder eine neue Sichtweise zu erarbeiten. Die Aufgabe des/der Beraters/in oder Therapeuten/in besteht vor allem im Stellen von Fragen, jedoch nicht darin, den/die Patienten/in zu überreden, zu überzeugen oder zu dirigieren.

Neue Sichtweisen und Gedanken können auch durch Fragen nach Modellen und Vorbildern, Realitätsüberprüfungen oder Imaginationen (Üben in der Vorstellung), Analogien oder Fragen nach Beweisen entstehen

Weitere unterstützende Maßnahmen zur Begleitung spontaner
Verarbeitungsprozesse

Psychoedukation

Psychoedukation hilft Klienten/innen, sich selbst, ihre Symptome, Gedanken, Gefühle und Reaktionen nach einer Traumatisierung besser zu verstehen und einzuordnen.

- 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)?

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 die Symptomatik als einen Selbsthilfeversuchs 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. Der/die Patient/in wird dabei – mit dem vermittelten Wissen – als Experte seiner/ihrer 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 Traumabewältigung 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“.

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

Eine weitere entscheidende Frage ist:

Gibt es noch Täterkontakt? Auch zu „neuen“ Tätern in einer Gewaltheute? Kontakt zu den alten Eltern, die einst Täter/in 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/innen sollen lernen, welche Beziehungen gut tun und welche nicht, welche Kontakte sicher

sind und wo man sich schützen muss. Auch die Kinder des/der Klienten/in müssen – manchmal auch vor dem/der Klienten/in 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/innen 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, Beobachterechnik oder EMDR erfolglos verläuft oder gar dem/der Patienten/in 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.

Traumasyntese/Traumakonfrontation (traumatherapeutische Arbeit!!)

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.

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 der/die Klient/in in einem Jahr stehen?“

Eine sorgfältige Beratungs- und Behandlungsplanung wirkt auch als Halt gebende „Leitplanke“, um nicht unter dem Druck der Not 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/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, nicht-beurteilendes Akzeptieren des/der Klienten/innen, eigene Rekonstruktion des traumatischen Geschehens, negative und aggressive Reaktionen begleiten, spezielle traumatherapeutische Techniken, Psychopharmaka, soziale Beziehungen und Beratungen von Angehörigen, Klinikeinweisung, Rechtsansprüche, OEG (Opfererschädigungsgesetz)

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

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

Komplex traumatisierten Klienten/innen

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/der Klienten/in klar und rechtzeitig besprochen werden. Stets ist auf klare, transparente Information zu achten und der/die Klient/in muss bei allen

Planungsschritten beachtet werden. Jeder Schritt muss für sie nachvollziehbar sein. Entscheidend ist zudem die Klärung des konkreten Arbeitsauftrags.

Klärung, wie die Beratung gestaltet sein soll (aufsuchend/begleitend? Welche Themen sind vorrangig? Wovon möchte der/die Klient/in weg/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/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 der/die Klient/in 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 Klienten/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.

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)
- Sensusmotorische Therapie (nach Pat Odgen)
- Körperorientierte Traumaverarbeitung (nach Rudolf Müller-Schwefe)

Therapie komplexer dissoziativer Störungen

- Ego-State-Therapie/Innere-Kind-Arbeit

Methoden der Traumaverarbeitung

- 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

1. **Äußere Sicherheit herstellen und Sicherheitsbedürfnisse** des Patienten befriedigen
2. **Etablieren und Fördern selbstregulatorischer Fähigkeiten** (emotional, körperbezogen und auf der Verhaltensdimension)
3. **Bindungs- und Beziehungsfähigkeiten** durch Einlassen auf Kontakt und Beziehung entwickeln
4. Unterstützung der **Informationsverarbeitung** (Selbst-Reflexivität entwickeln)
 - Aufmerksamkeit für das Jetzt entwickeln
 - Narrative Rekonstruktion der Vergangenheit und Abgrenzung zur Gegenwart
 - Exekutive Funktionen entwickeln (Antizipation, Planung, Entscheidungsfähigkeit)
5. **Positives Erleben** fördern (Freude, Kreativität, Zukunftshoffnung, Erfahrungen von Selbstwirksamkeit)
6. **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!

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

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)

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Absorptionstechnik

Ressourcen-Protokoll (Bob Tinker)

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

Das Ressourcen-Protokoll beruht auf dem Prinzip der Absorption.

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

Durchführung:

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

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

Es werden dann biographische Erfahrungen gesucht, in denen der/die Klient/in 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/der Klienten/in und der Notwendigkeit der Situation werden ein bis drei Fähigkeiten erarbeitet - Der/die Klient/in wählt eine Fähigkeit aus, mit der er/sie beginnen möchte	
3. Es wird dann danach gefragt, wann der/die Klient/in in letzter Zeit (oder überhaupt in seinem/ihrer 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/die Klient/in 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/die Klient/in wird jetzt gebeten, die Gefühle und Körperempfindungen möglichst aller entfalteten Ressourcen zu aktualisieren. Bei jüngeren Kindern reicht auch eine Ressource. Sobald der/die Klient/in diese ressourcenvollen Zustände im Körper spürt, wird er/sie 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/die Klienten/in weiter zu stärken.	

Sicherer Ort/Wohlfühlort

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

Übungstext: siehe L. Reddemann; Imagination als heilsame Kraft

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

Tipps und Tricks:

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

- Gibt es mehrere innere Anteile/Personen, bewährt es sich direkt eine Homepage einzurichten, also einen größeren Ort (z. B. eine große Insel). Hier können dann alle ihren eigenen individuellen Raum finden, aber auch Räume haben, in denen man sich trifft (z. B. einen Besprechungsort). Im Übrigen finde ich, auch innere Helfer brauchen die Möglichkeit, sich zu entspannen und Kraft zu tanken.
- Hilfreich ist auch, wenn Sie den Ort in der Realität malen und gestalten oder sich „Erinnerungsobjekte“ dafür anschaffen (z.B. ein schöner Stein), den Sie dann immer als Anker in der Hosentaschen oder im Notfallkoffer dabei haben können.

Tresorübung

Ziel: Distanzierung belastender Bilder (Flashbacks, Intrusionen)

Übungstext: siehe L. Reddemann; Imagination als heilsame Kraft

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

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

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

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

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

Nun zum Tresor. Wo wäre ein guter Ort, wo Sie ihre Traumafilme sicher verschließen können? Das kann ein Tresor sein, ein Hochsicherheitstrakt, ein Verlies tief unter der Erde in einem Berg, oder eine gut verschließbare Kiste tief im Meer, oder sogar ein eigener Stern, oder irgendetwas anderes, was Ihnen absolut sicher erscheint. (Anmerkung: Nun kommt es darauf an, was die Klientin sich als „Tresor“ ausgesucht

hat. Ich beschreibe es hier am Beispiel des Tresors. Die Fragen sind für alle anderen Fälle einfach zu übertragen.)

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

Welche Farbe hat er? Aus welchem Material besteht er? Wenn sie mögen, fassen sie den Tresor innerlich an und fühlen, wie er stabil er ist. Wo steht der Tresor? (Anmerkung: Ggf. den Weg zu diesem Ort genau beschreiben).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O Betätigen Sie stattdessen direkt den Ausknopf am Videorecorder.

O Ziehen Sie den Stecker am Fernseher.

Problem: Die Bilder sind zu groß für einen Fernseher

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

Problem: Die Bilder sind zu intensiv.

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

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

O Regeln Sie mit der Fernbedienung die Lautstärke herunter.

O Schauen Sie nur aus dem Augenwinkel auf den Film.

Problem: Ich traue mich nicht zum Rekorder hin

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

Problem: Tresor ist voll

O Vergrößern Sie den Tresor oder schaffen Sie einen neuen.

Problem: Die Filme kommen immer wieder raus

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

Problem: Es sind keine Bilder, sondern Geräusche

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

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

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

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

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

Kommen Filme immer wieder heraus, liegt es manchmal daran, dass man die Übung zu „oberflächlich“ gemacht hat – à la „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 fließt.

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/in geht mit dem Trauma in Kontakt - nickt – Therapeut/in zählt rückwärts mit
- Bei 0 = > Orientierung in der Gegenwart, evtl.
- Dissoziationsstopp (Rückwärtsrechnen, Ballspiel u. ä.) bis Patient/in 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/in 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/in zählt laut rückwärts mit
- Ausblenden meist kein Dissoziationsstopp mehr notwendig
- SUD erfragen

Indikationen

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

Komplikationen

- Patient/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/die Patienten/in: "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/die Patienten/in: "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/in zählen Sie nun laut rückwärts mit (z. B. 5 -4 3 2 1 0) und fordern Sie jetzt den/die Patienten/in 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/die Patient/in "in der Gegenwart ist". Sobald er 95-100% "da" ist, fordern Sie jetzt den/die Patienten/in 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/die Patienten/in wieder ganz in die Gegenwart zurück zu holen, dann stabilisieren Sie den/die Patienten/in und beenden CIPOS.

2. Durchgang Konfrontation mit der traumatischen Erinnerung

Jetzt fragen Sie den/die Patienten/in, ob er/sie 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/die Patienten/in auf, zum dritten und letzten Mal an das belastende Ereignis zu denken, wieder in der gleichen ausgesuchten Zeitspanne.

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

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

SUD =

- Reorientierung (nicht immer notwendig)

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

- Verstärken der Gegenwart (nicht immer notwendig)

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

- Abschluss

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

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 Dampflok 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 Dampflok 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 Dampflokathmen 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/r guten Freund/in 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 verdientermaßen 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?

Wie hoch schätzt Du den **Grad der Verantwortung** jetzt ein?

1. Wie stark sind Deine Schuldgefühle auf einer Skala von 0 bis 10 jetzt gerade? 2. Hast Du mit jemanden. darüber sprechen können"? Gibt es Dinge, die Du noch niemanden 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 Deinem/r Freund/in 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. Wir die erlebte Hilflosigkeit nicht ertragen wollen.

Stelle Dir vor. Deine Gefühlsreaktionen hätten mehrere Schichten genau wie eine Zwiebel. Versuche gedanklich einen Blick unter die Schultschicht 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 Geschehen 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