



Modul 5

Begleitung spontaner Verarbeitungsprozesse

Modul 5 der Weiterbildung
Traumapädagogik/ Traumafachberatung (DeGPT/ FVTP)

Inhalt

Begleitung spontaner Verarbeitungsprozesse - Grundlagen

Expositionsbehandlung

Diskriminationstraining/ Triggerdiskrimination

Traumanarrative

Erzählung von Lebensthemen orientiert an den Grundbedürfnissen

Kognitionsfokussierte Behandlungselemente

Kognitive Umstrukturierung

Weitere unterstützende Maßnahmen zur Begleitung spontaner
Verarbeitungsprozesse

Prozessplanung (bei akuter, singulärer und komplexer Traumatisierung)

Überblick zu traumaspezifischen Behandlungsverfahren

Informationen und Fragen zu den Abschlüssen 7, 8 und 9

Begleitung spontaner Verarbeitungsprozesse

Grundlagen

Grundlagen

Begleitung spontaner Verarbeitungsprozesse

- zur Unterstützung spontaner Verarbeitungsprozesse wirken sich u.a. positiv aus
 - verhaltenstherapeutische Ansätze
 - Elemente von EMDR
- negativ wirken
 - **Vermeidung von traumabezogenen Reizen**
 - **bewirken Aufrechterhaltung der posttraumatischen Belastungsstörung**

- verhindern Überprüfung oder Veränderung kritischer Kognitionen des Traumas
 - wird dadurch erschwert oder auch unmöglich gemacht
- Vermeidung auf Ebene der Kognition und des Verhaltens
- häufige Form kognitiver Vermeidung bei PTBS ist
 - Unterdrückung von unangenehm erlebten Gedanken oder Erinnerungen
 - häufig durch Ablenkung und Sicherheitsverhalten
- Gleichzeitig "platzen" zeitweise Trauma -Erinnerungen an das traumatische Ereignis aus Menschen heraus
 - die aus Scham, Angst vor Überflutung, Sorge das Umfeld ist überfordert, direkt wieder unterdrücken bzw. abwiegeln oder Thema wechseln

➤ VERMEIDUNG

Wie gehen wir nun damit um?

Wie gehen wir nun damit um?

Ziel ist spontane Verarbeitungsprozesse begleiten

- ohne zu retraumatisieren oder
- den Betroffenen in eigener Hilflosigkeit das Gefühl zu geben ihn 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**
- **dysfunktionale Interpretation des Traumas und seiner Konsequenzen**
- **dysfunktionale Sicherheits- und Vermeidungsverhalten**

Bestimmte Merkmale des Traumagedächtnisses:

- Erinnerung ist nicht im autobiografischen Kontext verankert
- mit intensiven Gefühlen und Gedanken der traumatischen Situation abgespeichert

Dysfunktionale Interpretation des Traumas und seiner Konsequenzen

- wahrgenommenen gegenwärtigen Bedrohung ohne ersichtlichen Anlass

Dysfunktionale Sicherheits- und Vermeidungsverhalten

- verhindert eine Modifikation dieser Prozesse
- hält die Symptomatik der PTBS aufrecht

Bausteine einer wirksamen kognitiven Verhaltenstherapie

Psychoedukation

- über die Störung und Vermittlung eines Erklärungs- und Veränderungsmodells

Konfrontation

- mit traumatischen Erinnerungen
- gezielte Exposition  therapeutische Aufgabe!
- Begleitung spontaner Verarbeitungsprozesse
 traumapädagogische & -beraterische Aufgabe

kognitive Neubewertung

- posttraumatischer automatischer Gedanken und dysfunktionaler Überzeugungen
kognitive Verfahren  traumapädagogische/ -beraterische Aufgabe

Ziel dieser Kernelemente

- **Veränderung dysfunktionaler Gedanken und Interpretationen des Traumas und seiner Folgen**
 - die für Betroffenen wiederum das Gefühl von Bedrohung oder wahrgenommener Unsicherheit aufrechterhalten
- **Diskriminationstraining**
 - bezüglich Auslöser (Triggern) von Intrusionen
- **Erlernen von Techniken zur Emotionsregulation**
 - z.B. DBT Dialektisch behaviorale Therapie
- **Modifikation von weiteren dysfunktionalen Interpretationen**
 - wie Schuld, Scham und Ekel bedeutsam

Expositionsbehandlung in Therapien

Expositionsbehandlung in Therapien

- verhaltenstherapeutische Therapieprogramme nutzen meist als **Hauptbestandteil erfolgreicher Traumatherapie die Exposition**
- Konfrontation mit traumarelevanten Inhalten
- kann in sensu erfolgen
 - durch mehrmaliges Wiederholen der traumatischen Ereignisse in der Imagination
- oder in vivo erfolgen – in der Realität
 - durch eine wiederholte Exposition mit sicheren und vom Patienten bisher vermiedenen Situationen, durch die Erinnerung an das Trauma ausgelöst wurden

Exposition in sensu

- wird auch imaginative Exposition genannt
- beinhaltet das bewusste Wiederbeleben des traumatischen Ereignisses in der Vorstellung
 - Patient*in wird gebeten, mit geschlossenen Augen das Ereignis im Präsens laut und langsam zu schildern, einschließlich aller Gedanken, Gefühlen und Körperzustände, die währen des Ereignisses erlebt wurden
- zentraler Wirkmechanismus der In-sensu-Exposition ist die **Habituation** Abschwächung des Reizes
 - Patient*innen können lernen, dass sich übersteigerte Befürchtungen nicht bewahrheiten und ihre Angst daher unbegründet ist

Exposition in vivo

Vorbereitung

- Erfordert zuvor erfolgreiches Training der Exposition in sensu
 - Beschreibung der traumatischen Situation

Durchführung

- erfolgt Exposition in vivo
 - wiederholt werden ungefährliche aber **bisher vermiedene Situationen, Plätze oder Objekte aufgesucht - traumaassoziiert und belastend**
 - Tätigkeiten ausgeübt - traumaassoziiert und belastend

Ziel der Exposition in vivo

- situationsspezifische Ängste zu bewältigen
- Handlungsspielraum zu erweitern
- sinnvoll ist ein abgestuftes Vorgehen von weniger starker Angst auslösenden Reizen zu stark belastenden Reizen
 - werden dann durch Selbstheilungskräfte wieder integriert
 - oder bleiben als PTBS bestehen

Prolongierte Exposition

- besondere Therapieform ist die prolongierte Exposition
- Imagination der ängstigenden Situation in sensu
- Patient*innen werden angeleitet die Exposition circa 30 bis 45 Minuten lang auszuhalten
- zusätzlich wird ihr Bericht als Audio aufgenommen
- Aufgabe, sich dieses Audio zu Hause mehrmals täglich anhören
- Gleichzeitig sollen Patient*innen erlernte Techniken einsetzen
 - um auftretende Ängste erfolgreich zu bewältigen
- Entspannungstechniken und Gedankenstopptechniken
- weitere Aufgabe nähern von gefürchteten und gemiedenen Situationen & Objekten, die realistisch betrachtet gefahrlos sind
- Anwendung bei komplex traumatisierten Patienten selten

nach Foa et al. (2007)

Diskriminationstraining/ Triggerdiskrimination

Im Diskriminationstraining

- Unterscheidung der bedrohlichen Situation durch
 - **systematische Beobachtung der Intrusionen und der Auslöser**
 - **Unterscheidung von Gegenwart und der in der Vergangenheit liegenden traumatischen Situation**
- Erarbeitung einer Liste der Reize, die Intrusionen auslösen
- Patient*innen werden angeleitet bei der Auseinandersetzung mit den Auslösern
- Dabei wird gelernt zwischen der Bedrohlichkeit der Reize während der Traumatisierung damals und der Ungefährlichkeit der Reize heute unterscheiden

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

Grundlagen traumazentrierter Gesprächsführung

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

Grundlagen traumazentrierter Gesprächsführung

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

- Konflikte sollten weder aktiv gesucht noch zwanghaft vermieden werden
- **Konflikte sind konstruktiv lösbar und können zur Klärung und Versöhnung führen**
 - zusammensetzen, eigene Positionen erklären, die des anderen anhören, Missverständnisse ausräumen, eigene Fehler dürfen eingeräumt und verziehen werden
- Streit bedeutet nicht zwangsläufig Gewalt
- es soll eine Streit- und Konfliktkultur entstehen
- Sinnhaftigkeit der Eigensinnigkeit der Klient*innen wertschätzen
 - diese haben zum Überleben verholten
- selbstschädigendes und -verletzendes Verhalten sind Bewältigungsstrategien
 - es muss eine **neue, gesündere Coping-Strategien** entwickelt werden!!!

Dies geschieht durch:

Faire Kommunikation

- wechselseitige Achtung
- Respekt vor den unterschiedlichen Vorstellungen und Wünschen
- Gemeinsamkeiten suchen
- Kompromisse bei Konflikten finden

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

Pause

danach Einstieg in die Theorien

Konsistenztheorie **Rekonsolidierungs-Hypothese**

Konsistenztheorie

Rekonsolidierungs-Hypothese

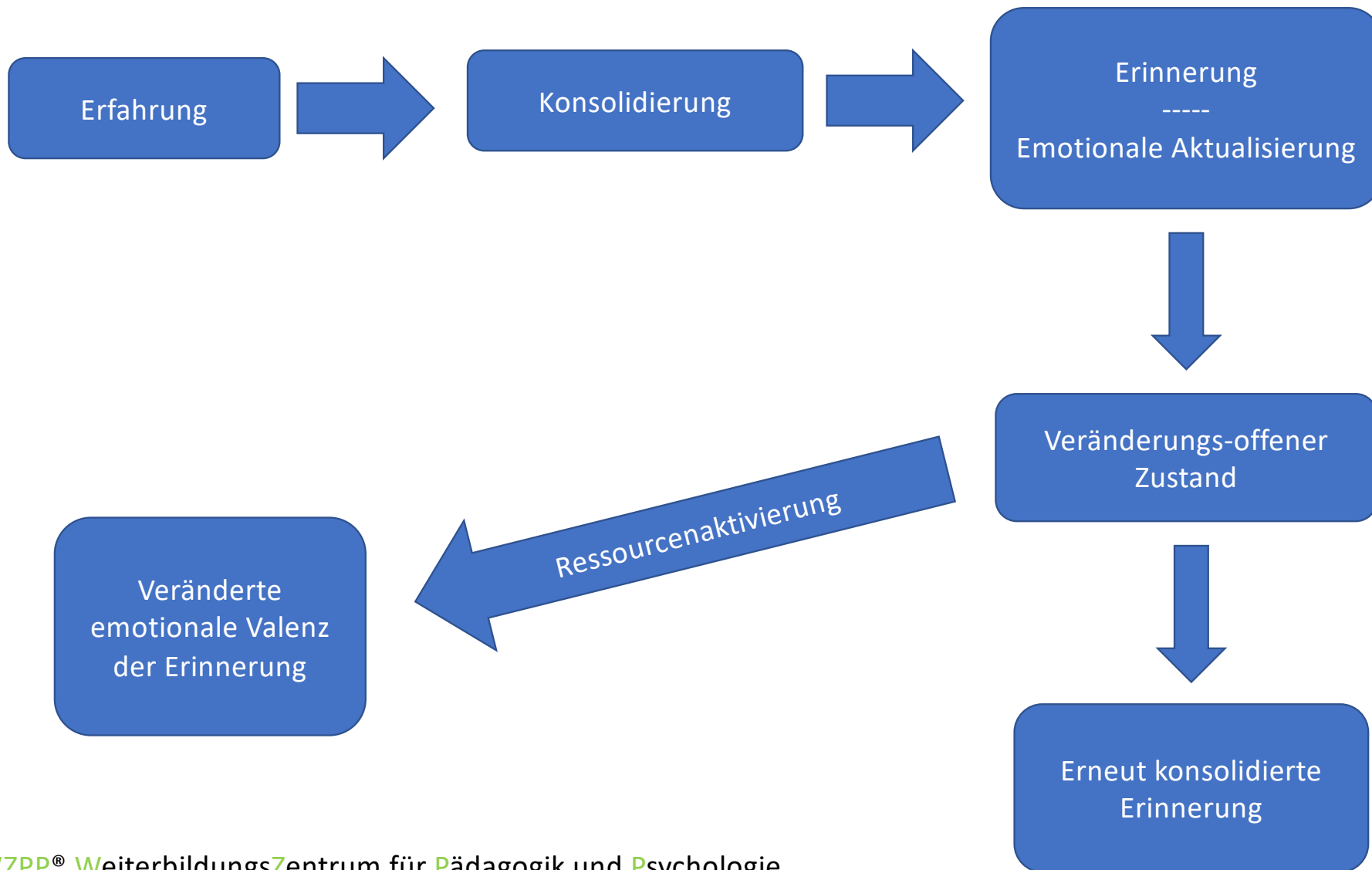
Konsistenztheorie - **Rekonsolidierungs-Hypothese**

- zur Veränderung müssen neuronale Erregungsmuster aktiviert sein
 - die dem Problem zu Grunde liegen
- Aktivierung dieser Muster geht mit aversiven Emotionen einher
 - wird deshalb tendenziell vermieden
 - nur prozessuale Aktivierung der Probleme führt nicht zu korrigierenden Erfahrungen
 - wird eher als unangenehm und verschlimmernd erlebt
- **gleichzeitige Aktivierung positiver Ressourcen** der Person
 - ein neuer Kontext für die aktivierten Probleme wird geschaffen
 - Nur wenn Verbindung mit der Aktivierung der positiven Ressource besteht!!!
- Dann erfolgt Hinwendung und aktive Auseinandersetzung mit Belastung
 - **Überschreiben der alten Erregungsmuster mit korrigierenden Erfahrungen** wird ermöglicht

- als Gegengewicht zu den Problemen zu aktivierenden positiven Erregungsmuster müssen als Potential bereits vorhanden sein
- können als Ressourcen einer Person betrachtet werden
- die für den Veränderungsprozess genutzt werden können
- mit dieser Ressourcenaktivierung entwickelt sich ein Gegengewicht zur Problemaktivierung

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

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



Pause

danach folgen
Traumanarrative

Traumanarrative

Traumanarrative - Ziel

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

Nicht zu empfehlen wenn:

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

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

Ablauf

- Erlebtes aktiv und chronologisch in seiner zeitlichen Limitierung rekonstruieren
 - autobiografisches Gedächtnis in 2. Realität erzählt
- fragmentierte Gedächtnisinhalte aktivieren
 - mit Inhalten des deklarativen Gedächtnisses verknüpfen – Verknüpfung Gefühl mit Erlebnis in Raum und Zeit
- 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“

Die Basis-Ressource

- quasi das Sprungbrett um in die Auseinandersetzung mit dem Trauma einzutauchen
 - dieser Teil erinnert das Kind daran, dass es eine gute Zeit vor dem Trauma gab
 - War es „immer schon schwierig“
 - die Geschichte mit der Geburt beginnen
- 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:
 - nur auf bekannte Fakten zu stützen
 - Lücken nicht durch eigene Vermutungen zu füllen
 - Im Zweifelsfall sind allgemeine Formulierungen zu verwenden
 - die es dem Kind erlauben eigene inneren Bilder ohne Störung ablaufen zu lassen
- Basale emotionale Qualitäten werden bei Bedarf benannt
 - Hilflosigkeit, Todesangst, Wut, Alleine fühlen
 - sind aus der Exploration bekannt oder aus der Empathie der Eltern erschlossen

Wichtig ist!!!!

- bekannte oder von den Eltern vermutete dysfunktionale Selbstzuschreibungen (nK) einzufügen
 - Das Kind dachte: Jetzt muss ich sterben...
- Gegenwärtige Symptome, die als Folge dieser Erfahrung angesehen werden können, können beschrieben und in einen Zusammenhang gestellt werden
 - Und die Angst ist immer noch bei dem Mädchen, und es möchte seitdem nicht mehr alleine in seinem Bett schlafen ...
- Das Entscheidende an Teil B ist die der Geschichte zugrunde liegende Funktionalität im Sinne einer **zukunftsorientierten Neukonstruktion** des Geschehens.

Unterstützung des Prozesses durch

- **bilaterale Stimulierung**
 - **Element aus dem EMDR**
 - **Selbstregulationsstrategien**
 - **Aktivieren von Miss-Match-Ressourcen**
 - **Rekonsolidierung**
- **um den Verbleib im Stresstoleranzfenster zu gewährleisten**

Kriterien für ein funktionales Narrativ

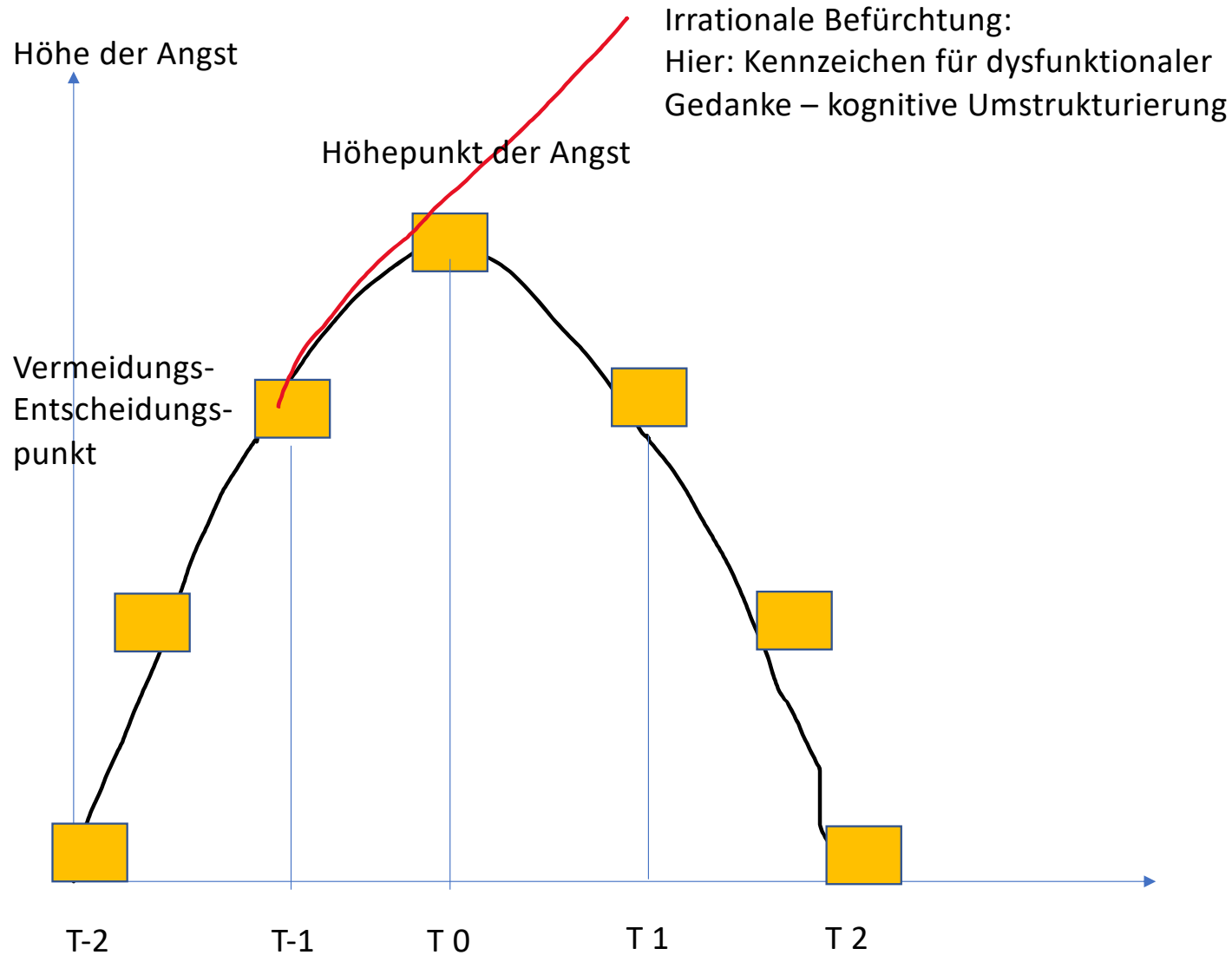
- Prägung der beteiligten Bindungs- und Bezugspersonen
 - Schilderung positiv - mindestens von gutem Wollen geprägt
- beteiligten Personen handeln nachvollziehbar und moralisch gut
 - nach dem altersentsprechenden kindlichen Weltverständnis
 - Gut/Böse-Dichotomie = „Schwarz – Weiß – Denken“
- Kind und seine Handlungen werden beschrieben
 - in jedem Fall als frei von Schuld, Scham
- anderen Formen dysfunktionaler Selbstbewertung
 - Narrative schließen gut und lösungsorientiert ab
- es wird die Botschaft vermittelt:
 - Es ist vorbei. Ich bin jetzt sicher. Es lohnt sich weiterzuleben.

Teil C: Abschluss - sichere posttraumatische Zeit

in Teil C wird dem Kind vermittelt:

- das traumatische Ereignis ist vorbei...
 - es ist „irgendwie“ gut ausgegangen...
 - jetzt sind alle Beteiligten in Sicherheit...
- möglichst positive Elemente aus der prätraumatischen Zeit wieder aufnehmen
 - sensorische Details, gute Gefühle usw.
- positive Selbstüberzeugungen (pK) und handlungsorientierte Lösungsmöglichkeiten benennen
 - „Das Mädchen weiß jetzt, dass es Nein sagen kann, wenn ...“

- Bestehende Bindungen und Entwicklungsziele betonen
 - positives Umgehen mit neuen Umständen schildern und benennen
 - Haben sich durch Trauma - Erfahrung Ressourcen gezeigt?
 - „Einige Dinge waren jetzt anders. Der Junge hatte schon neue Freunde gefunden.“
- Abschließend kann Helfer*in fragen:
 - „Kannst du das spüren, dass das Kind jetzt wieder sicher (froh) ist?“
- Besonderheit liegt vor, wenn das Kind in der Zukunft noch eine Konfrontation mit traumatischem Ereignis vor sich hat (Operation, Prüfung)
 - dann müssen in diesen Teil Ressourcen eingewoben werden
 - z.B. Ressourcenprotokoll



T-2 bis T0: Konfrontation

T-1: Vermeidungsentscheidungspunkt

T0 bis T2: Erleichterung

T2: Stolz

Ziel: durch T0 ohne Dissoziation

Pause

danach

Erzählung von Lebensthemen
orientiert an Grundbedürfnissen

Erzählung von Lebensthemen orientiert an Grundbedürfnissen

Leitfragen, die uns Hinweise für Erzählung geben...

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 Patient*in als Kind und Jugendlicher auf die Gestaltung seines Lebens?

3. Selbstwert

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

4. Lustgewinn und Unlustvermeidung

- Lustgewinn und Unlustvermeidung im Sinne von Genuss, Verwöhnung und Belohnung.
- Welche finanziellen Möglichkeiten standen Patient*in und der Familie in der Kindheit zur Verfügung?
- Was gab es „Schönes“ im Leben des Patienten?

4. Weiterführung Lustgewinn und Unlustvermeidung

- 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 Patient*in über sich selbst entwickelt?
- Was sind die zentralen wunden Punkte?
- Wie geht er/sie damit um? Wie nimmt Patient*in eigene Stärken wahr?
- Kann er/sie ihnen genügend Raum einräumen?
- Wie schätzt Patient*in „eigenen Charakter“ ein?
- Wo ist er/sie ähnlich wie Vater und Mutter, wo anders?

kognitionsfokussierte Behandlungselemente

Kognitionsfokussierte Behandlungselemente

Kognitive Methoden werden eingesetzt um:

- **persönlichen negativen Bedeutungen (Interpretationen) zu verändern**
- **aufrechterhaltenden Verhaltensweisen zu reduzieren**
- Mithilfe verschiedener kognitiver Methoden lernen Patient*innen wie die traumatische Erfahrung ihr Überzeugungssystem und die Gedanken beeinträchtigt hat.

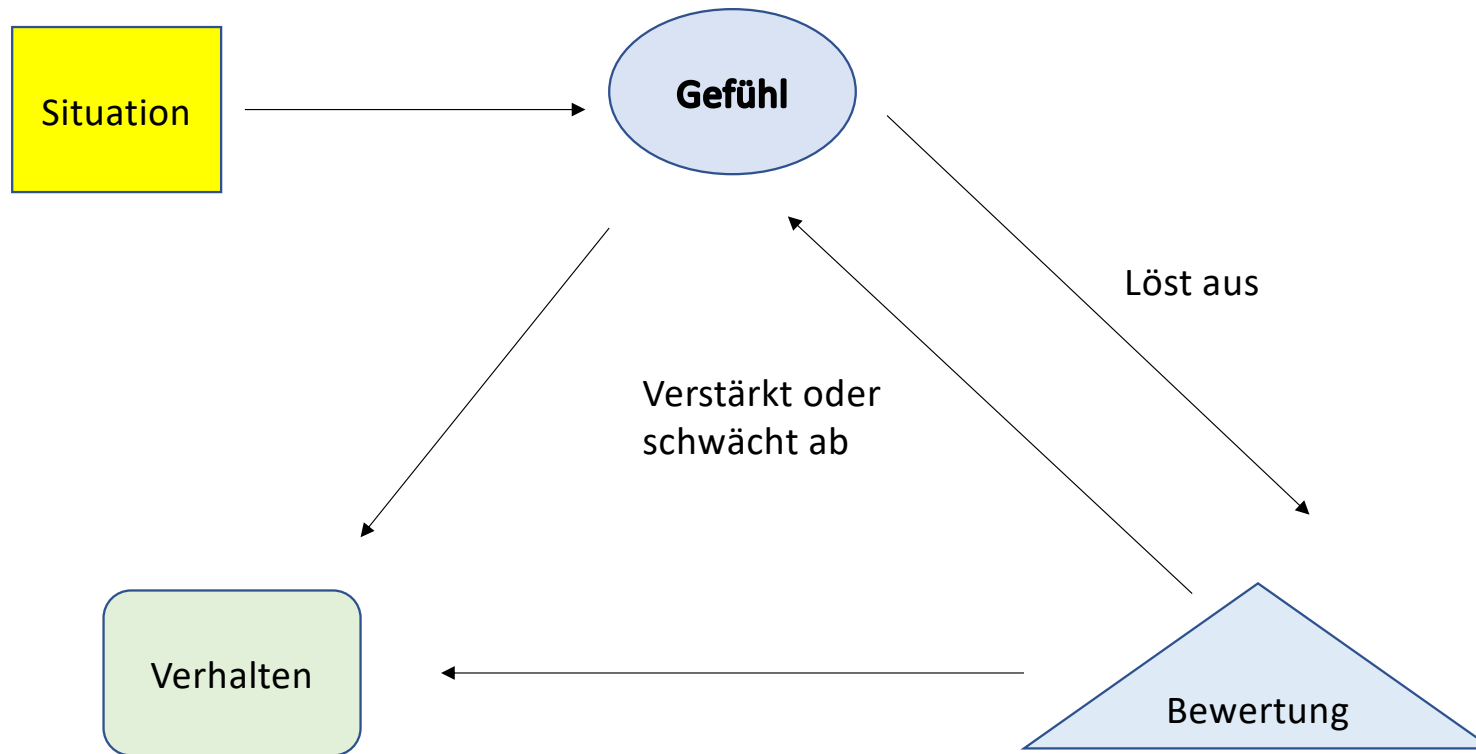
Basis der kognitiven Interventionen ist der „**sokratische Dialog**“ im Gespräch

- Therapeut*in lässt Patient*in prüfen:
 - Sind Einstellungen, Überzeugungen und Interpretationen über das Trauma
 - angemessen und hilfreich?
 - dysfunktional und problematisch?

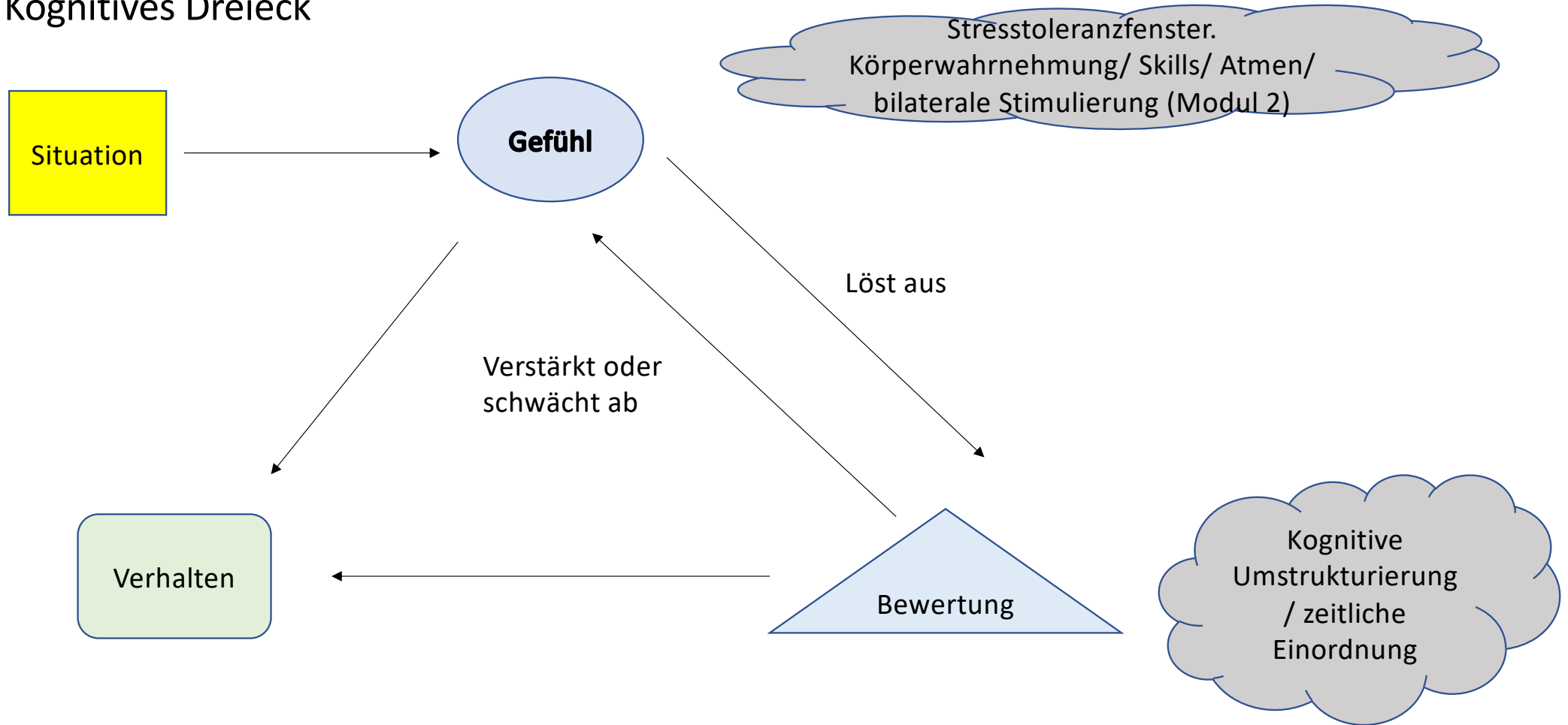
Ziel

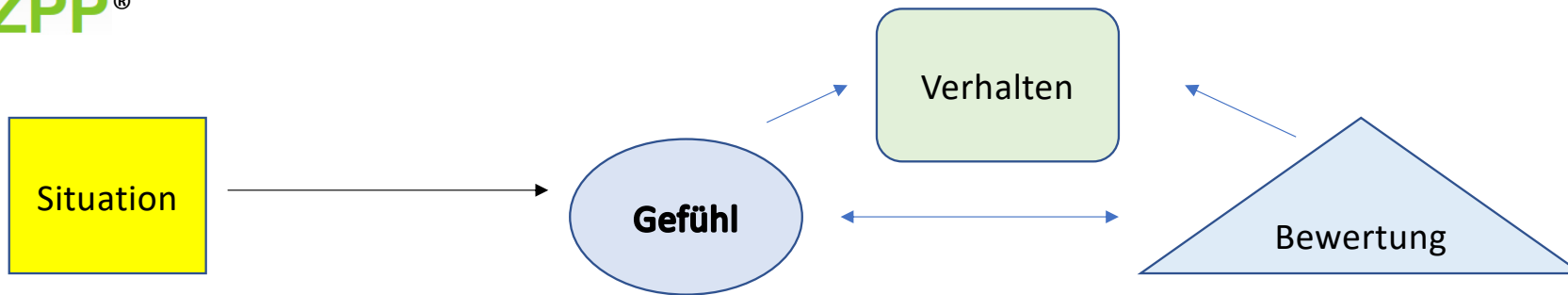
- gemeinsam mit Patient*in das Für und Wider eigener Argumente abzuwägen
 - damit er/sie so zu eigenen angemessenen Schlussfolgerungen und entsprechenden Veränderungen kommen kann
 - im Denken, Fühlen und Handeln

Kognitives Dreieck



Kognitives Dreieck





Limbisches System

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

Ziel: Rückkehr ins
Stresstoleranzfenster
(Modul 2)

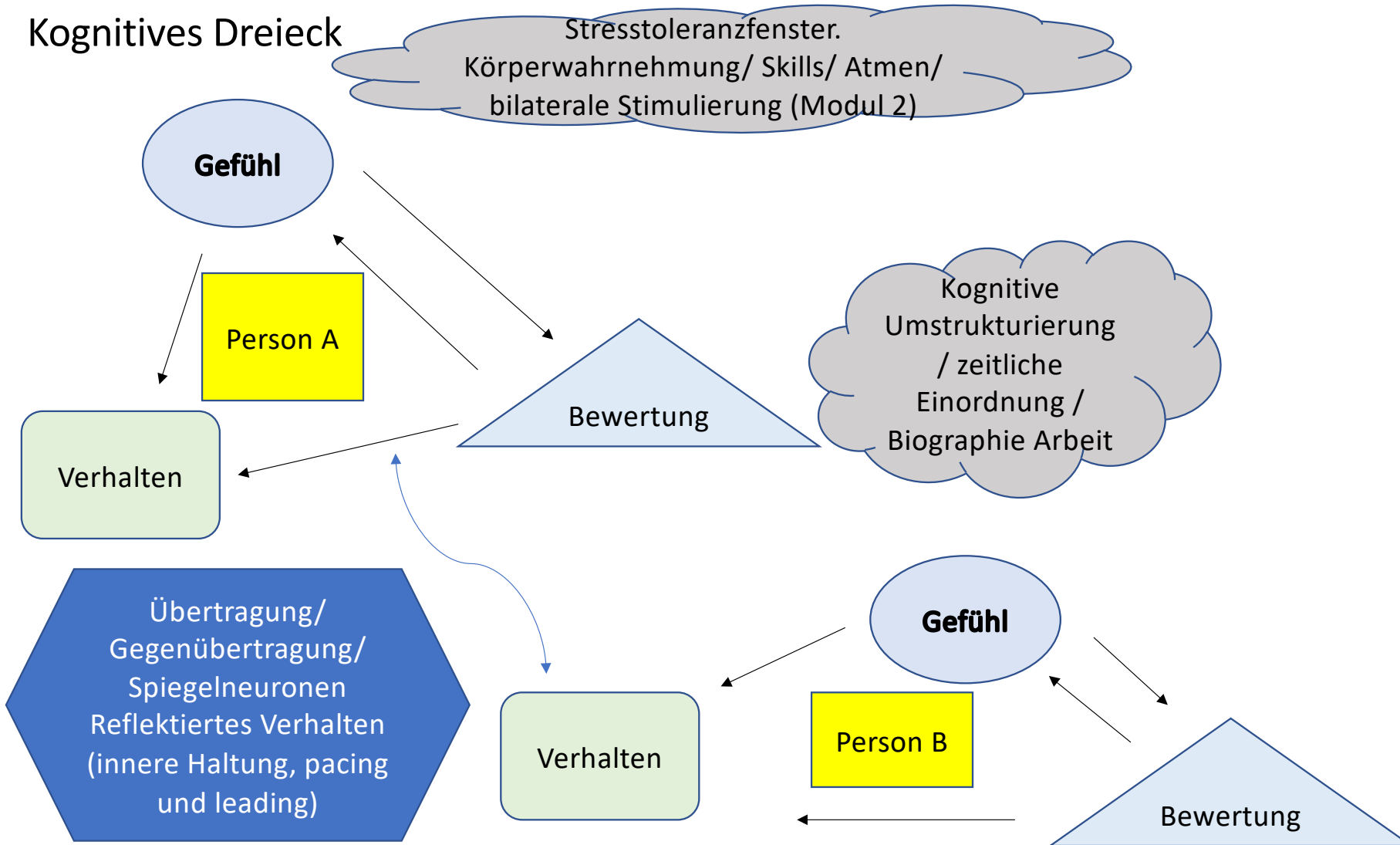
Präfrontaler Cortex

Häufig:

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

Ziel: Distanzierung, Verwirrung durch
kognitive Umstrukturierung,
Selbstannahme

Kognitives Dreieck



Endspurt!

Kognitive Umstrukturierung

Kognitive Umstrukturierung

- Kernstück kognitiver Verhaltenstherapien ist Prozess der kognitiven Umstrukturierung
 - **Bewertung von Ereignissen oder Handlungen werden herausgearbeitet**
- **Bewertungssysteme werden geprüft auf:**
 - **Realitätsbezug**
 - **Logik**
 - **Zielgerichtetheit**
 - **Funktionalität**
- So können die für eine emotionale Störung oder ein problematisches Verhalten verantwortlichen Denkmuster herausgearbeitet und anschließend modifiziert werden.

Kognitive Umstrukturierung bedeutet:

- **Aufspüren und Verändern irrationaler dysfunktionaler Bewertungsmuster**
- **die für unangemessenes emotionales Leid verantwortlich sind**

dysfunktionale Kognitionen führen zu

- **Selbstabwerten der Patient*innen**
- **Patient*innen trauen sich Dinge nicht zu**
- **fühlen sich unglücklich oder unzufrieden**
- **finden keinen Platz im Leben finden**
- **können keine/weniger Kontakte knüpfen**
- **erleben andere schwierige und unbefriedigende Lebenssituationen**

Erst müssen die blockierenden oder problematischen Denkmuster identifiziert werden.

Ein erstes Nachfragen kann mit der Leitfrage beginnen:

„Können Sie mir genau erklären, was Sie in dieser Situation gedacht und gefühlt haben?“

Geleitetes Entdecken:

zielführendes Fragen soll Patient*innen dazu bringen:

- einen entsprechenden Schluss selbst zu ziehen
- z.B. Wie oft kommen die Gedanken, die Du zu vergessen versuchst?
- In welchen Situationen....?
- Was denkst Du, welche Vorteile...?
- Wie funktioniert das?
- Wie geht es Dir, wenn die Gedanken dann wiederkommen?

Sokratischer Dialog

Therapeut*in nimmt eine offene „nicht wissende“ Haltung ein und geht mit dem Jugendlichen in den Prozess der Wahrheitssuche

- gemeinsamen Erkenntnisprozess gibt Gewissheiten über vermeintliche Urteile und Folgerungen, die dann überprüft werden
 - z.B. Du meinst, alles einfach vergessen, ist für Dich am besten.
 - Wie willst Du das genau machen?
 - Warum hat das bisher nicht funktioniert?
 - Welche Beweise gibt es das es in Zukunft funktionieren wird?

Columbo-Technik:

Therapeut*in reagiert nicht konfrontierend sondern verwirrt und überrascht

- bei inhaltlichen Unstimmigkeiten in der Schilderung des Kindes
 - bei Widersprüchen zwischen der verbalen und nonverbalen Schilderung
 - oder anderen Widersprüchen (z.B. Äußerungen der Eltern)
 - z.B. Das verstehe ich jetzt nicht.
 - Du willst nicht darüber reden und denkst Vergessen und Verdrängen ist für Dich das Beste...
 - Du verdrängst also das Belastende und fährst jetzt jeden Tag ganz locker an der Unfallstelle vorbei?
 - Wieso hast Du das dann noch nicht so gemacht?
 - Komisch, Deine Eltern sehen das anders und kommen mit Dir hier zur Behandlung?
- „Hilfsmittel“ können Pro-und Contra-Listen oder Spaltenlisten (kurzfristige und langfristige Vor- und Nachteile) sein.

Verhaltensexperimente

- Gedankenunterdrücken (an pinkfarbenen Elefanten denken)
- Protokolle zur Fremd- und Selbstbeobachtung

Verbalisierung von Nichtverbalisierten als Validierungstechnik

Therapeut*in versucht mit feinfühlig-er empathischer Haltung das vom Kind Gefühlte und Gemeinte aus den Äußerungen zu verstehen und auszudrücken

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

Arbeit mit automatischen Gedanken Beck und Glaubenssätzen Ellis

Psychoedukation Gedankenexperiment / geleitetes Entdecken als Fragetechnik

Bitte stelle Dir vor:

Vier verschiedene Jugendliche haben sich mit einer/m Freund*in verabredet, der/die dich von Zuhause abholen will. Es ist bereits eine halbe Stunde über der vereinbarten Zeit. Der/ die Freundin ist immer noch nicht gekommen.

Die vier Jugendlichen haben unterschiedliche Emotionen/ Gefühle:

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

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

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

zu 1) „Hoffentlich ist nichts passiert“

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

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

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

Automatische Gedanken nach Beck

automatische Gedanken sind

- normal und erleichtern das Leben
- dienen schnellen kleinen Entscheidungen
- entlasten uns bei der Alltagsbewältigung

Automatische Gedanken sind problematisch wenn

- starr & rigide
- Situationsunangemessen & katastrophisierend

Vielen lieben Dank für die Aufmerksamkeit ;-)

Herzlich Willkommen zum 2. Teil der Weiterbildung

Heute erwartet Euch

- Weiterführung der Identifikation automatischer Gedanken
- ABC – Technik
- Bedeutung von Psychoedukation
- Inhalte und Ziele und Rolle der Traumafachberatung
- Traumasynthese und Traumakonfrontation
- kurzer Überblick über traumaspezifische Behandlungsverfahren
- Empfehlungen des National Child Traumatic Stress Network

Automatische Gedanken nach Beck

automatische Gedanken sind

- normal und erleichtern das Leben
- dienen schnellen kleinen Entscheidungen
- entlasten uns bei der Alltagsbewältigung

Automatische Gedanken sind problematisch wenn

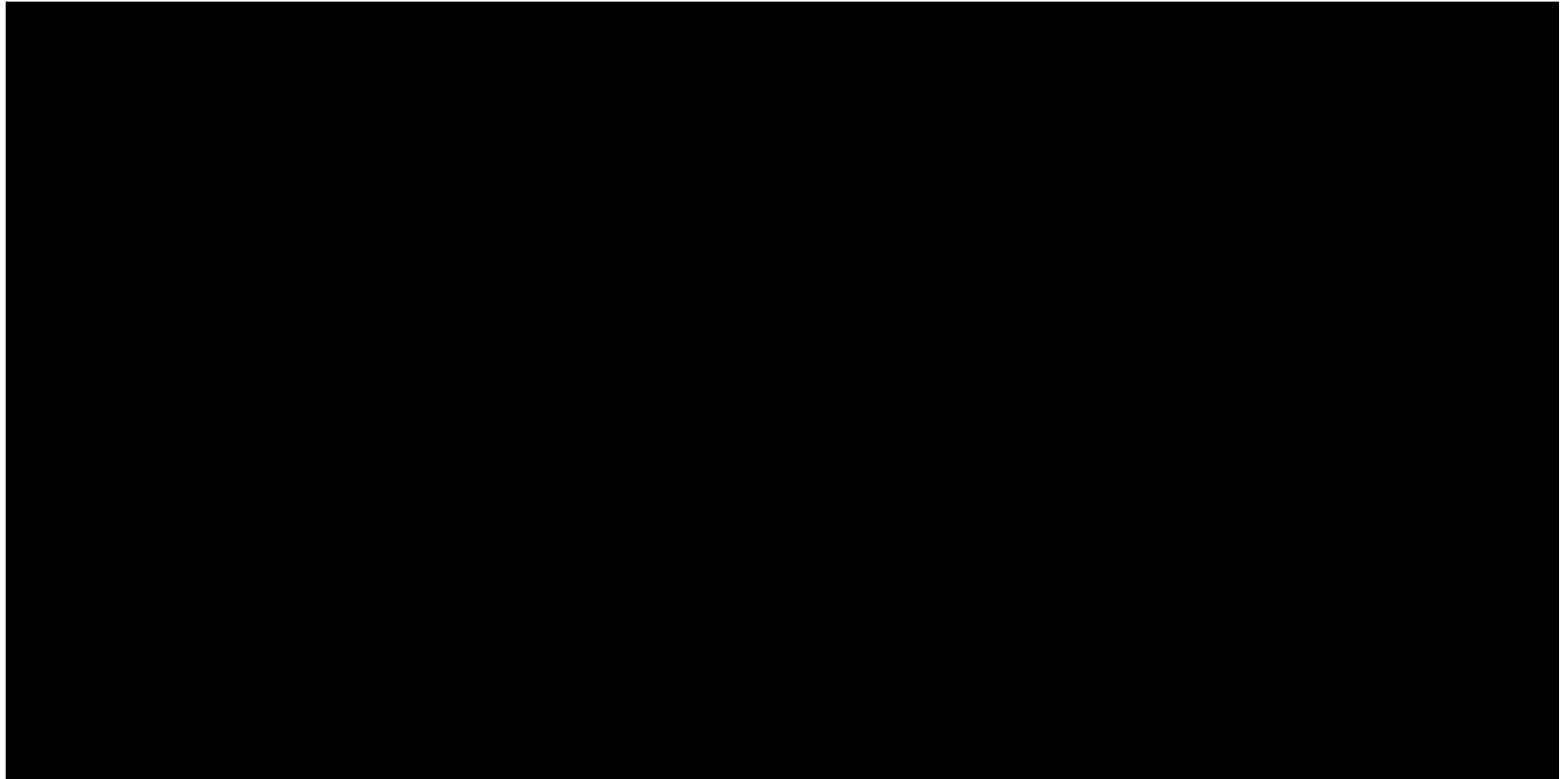
- starr & rigide
- Situationsunangemessen & katastrophisierend

Identifikation automatischer Gedanken von Patient*innen

Gedankenexperiment / geleitetes Entdecken als Fragetechnik

- ggfs. genaues Nachfragen und Anleitung zur Vorstellung der Situation Nutzung von Protokollen
 - Patient*in anleiten nach einer deutlichen emotionalen Reaktion zu suchen
 - Freude, Angst, Wut, Traurigkeit usw.
 - danach eine genaue Beschreibung der Situation im Gespräch gemeinsam erarbeiten
 - wann, wo, wer, was, wie, warum usw.
 - Anschließend nach passenden automatischen Gedanken suchen, die mit dem Gefühl in der auslösenden Situation im Zusammenhang steht.
- Kognitive Umstrukturierung durch aufdecken & verändern automatischer Gedanken
- ABC-Technik nach Ellis

ABC-Technik nach Ellis



ABC-Technik nach Ellis

Frageroutine nach Thematik und den Besonderheiten von Patient*in modifizieren

A = Activating Event = auslösendes, internes oder externes Ereignis

B = Belief = Bewertung des Ereignisses

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

Die Bewertung (B) des Ereignisses (A) ist also für die Konsequenz (C) von entscheidender Bedeutung für weiteres Geschehen und Verhalten.

Das weitere Geschehen und Verhalten kann durch Rekonstruktion modifiziert werden.

Rekonstruktion arbeitet, für Patient*in, **typische bewusste und unbewusste Denkmuster** und **Zusammenhänge zwischen Gedanken und Gefühlen** heraus.

An jedem Teil dieser Verhaltens-Bewertungs-Kette kann überlegt werden

- welche Veränderungen möglich wären
- wie Patient*in sich eine Veränderung wünscht und vorstellt

Modifikationen können dann sehr konkret imaginiert und durch Verhaltensaufgaben bis zum nächsten Termin eingeübt werden.

- **Wichtig sind die genaue Herausarbeitung der Denkmuster und die sehr konkreten Formulierung von Veränderungszielen.**
- **Je unkonkreter und allgemeiner Verhaltensziele bleiben, desto weniger erfolgreich werden sie umgesetzt.**

Psychoedukation

Psychoedukation

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

Psychoedukation hilft Betroffenen

- eigene **Symptomatik** als **Selbstheilungsversuch** zu erkennen
- **Reaktion des Körpers auf Extremstress** zu erkennen

Daraus folgen Gedanken wie

- „es gibt Hoffnung“
- „ich kann lernen, es zu bewältigen“
- „ich verstehe mich und meinen Körper wieder“
- „ich bin nicht verrückt“



Pause

danach

Allgemeine Inhalte und Ziele der sozialen Stabilisierung in der Beratung

Allgemeine Inhalte und Ziele der sozialen Stabilisierung in der Beratung

Allgemeine Inhalte und Ziele der sozialen Stabilisierung in der Beratung

- Beruhigung im Alltag unterstützen
- Aufdecken
 - welche „Baustellen“ haben Vorrang?
 - welche Ressourcen hat der Klient*in selbst für deren Bewältigung?
 - welche beratenden Hilfen und Angebote sind erforderlich?
- Struktur geben und kleine, zu bewältigende Schritte planen
- unterstützendes soziales Netz anregen
- für Abklärung und Behandlung der körperlichen Beschwerden sorgen
- basale Fähigkeiten zu Grenzsetzung und Selbstschutz vermitteln

Entscheidende Fragen & Faktoren für das Gelingen von
traumaspezifischer Beratung und Pädagogik!!!!

Eine weitere entscheidende Frage!!!!

- Gibt es noch **Täter*innenkontakt**?
 - Auch zu „neuen“ Täter*innen in einer Gewaltehe?
 - Kontakt zu den alten Eltern, die einst Täter*in waren?
- **Ohne Unterbrechung von Täter*inkontakt kann letztlich keine Stabilisierung erreicht werden**
 - weil die verletzten jüngeren Ego-States ständig wieder in ihrer Not getriggert werden
 - entsprechend auch die Täter*in - Introjekte
 - die erwachsene Funktionsfähigkeit wird so torpediert

Weitere entscheidende Faktoren!!!!

- In **dysfunktionalen Familien existieren sehr starke Bindungen**
 - Klient*innen sollen lernen, welche Beziehungen gut tun und welche nicht
 - welche Kontakte sicher sind und wo man sich schützen muss
 - auch Kinder der Klient*in müssen – manchmal vor Klient*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, 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 Patient*innen ist Stabilisierungsphase besonders wichtig!

- **defizitäre Entwicklung der Affektregulation und Selbstregulation hindern sonst Prozess**

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 Patient*innen schadet.

- frühe Bearbeitung traumatischer Erinnerungen kann für beständige Stabilität sinnvoll sein
 - wenn traumatische Erinnerungen
 - durch Auslöser getriggert werden.
 - zur Destabilisierung führen.

Traumasyntthese / Traumakonfrontation

Traumasyntese / Traumakonfrontation

- Traumasyntese meint eine “Integration des Erlebten” in das Leben
- alle **Methoden der Stabilisierungsphase** werden weiter angewandt und fortgesetzt.
- Besonders wichtig!!!
 - zu **Beginn der Traumabearbeitung überprüfen**
 - ist der gewählte Zeitpunkt der richtige?
 - stehen andere Bedürfnisse oder therapeutische Zielsetzungen im Vordergrund?

Grundvoraussetzung zur Traumasyntese / Traumakonfrontation ist

- **erfolgreiche Anwendung von Stabilisierungsmöglichkeiten um**
 - sich von überflutenden Erinnerungsfragmenten zu distanzieren
 - Kontrolle über selbstschädigende Verhaltensweisen zu haben
 - vorherige Beendigung von suizidalen Krisen oder starker Dissoziationsneigung
- **Im Rahmen der äußeren Sicherheit muss** sichergestellt sein dass
 - Täter*inkontakt beendet oder zumindest während der Traumakonfrontation unterbleibt
 - unterstützende Beziehungen im natürlichen Umfeld vorhanden sind
- **Erweiterung des Stresstoleranzfensters**

- **Einzelsitzungen müssen** im Rahmen eines Wiedererlebens zentraler Aspekte der Traumatisierung
 - strukturiert sein!
 - dosiert sein!
- kontrollierte schonende Technik
 - die Beobachtertechnik von Reddemann (Screentechnik)
- Ebenfalls bewährt:
 - EMDR
 - Expositionstechniken der Verhaltenstherapie (therapeutisch)
- Ziel der aufdeckenden Arbeit ist keine emotionale Freisetzung verdrängter Emotionen (Katharsis)
 - sondern eine Integration der traumatischen Erfahrungen in das Spektrum der Gesamtpersönlichkeit
 - Traumasynthese

Integration

- **Integration des Traumas in eigene Geschichte & Selbstkonzept**
- **Reintegration hat große Ähnlichkeit mit einem Trauerprozess und ist**
 - eine schwierige Aufgabe
 - was in Vergangenheit passierte und was man 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
 - akuter Suizidalität

Neuorientierung

Häufig bringt die Traumatherapie eine **Neuorientierung** mit sich

- persönliche Pläne und Ziele können sich verändern
- neues Weltverständnis kann entstehen

Ein subjektiv als sehr positiv bewertetes inneres Wachstum kann sich entwickeln („**posttraumatic growth**“).

Abgeschlossen ist diese Phase wenn:

- ein Gefühl entstanden ist die eigene Kraft und die Fähigkeit zu haben, angemessene Entscheidungen für das weitere Leben fällen zu können.

Prozessplanung bei akuter, singulärer & 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 Klient*in in einem Jahr stehen?“
- eine **sorgfältige Beratungs- & Behandlungsplanung** wirkt als **Halt gebende „Leitplanke“**
 - um nicht unter dem Druck der Not der Klient*innen aktivistisch-überfürsorglich zu reagieren
 - zu schnell zu viel zu verlangen und überfordern

Wichtig!

- erste wahrscheinlich **realisierbare Schritte** der Zielerreichung vereinbaren
 - manchmal erscheinen diese als „zu banal“
 - es werden vermeintlich anspruchsvollere Ziele anvisiert

Vorsicht!

- diese können dann kaum erreicht werden
 - hilfreicher ist kleine Schritte festzuhalten
 - Erfolgserlebnisse sind dann wahrscheinlicher
- Diese Erfolgserlebnisse sind besonders wichtig!
 - traumatisierte Klient*innen haben bereits viele Erfahrungen des Scheiterns gemacht
- **Es geht auch darum, realistisch, bescheiden und voller Wertschätzung die kleinen Dinge des Lebens als Ressource wahrzunehmen und zu nutzen.**

Pause

danach

Akuttrauma ,Monotrauma
&
Komplexe Traumafolgestörungen

Akuttrauma

Monotrauma

Komplexe Traumafolgestörungen

Akuttrauma (aus Modul 3)

Meist einen oder mehrere Tage nach dem traumatisierenden Ereignis.

Einfühlsame Begleitung und Information über:

- Psychoedukation
- Kontrolle lassen und Entspannung
- Beruhigung
- in einfachen und klaren Worten sprechen
- nichtbeurteilendes Akzeptieren der Klient*innen
- eigene Rekonstruktion der Klient*in des traumatischen Geschehens zulassen
- negative und aggressive Reaktionen begleiten
- spezielle trauma - (therapeutische) Techniken
- Psychopharmaka
- soziale Beziehungen und Beratungen von Angehörigen
- Klinikeinweisung, Rechtsansprüche, OEG (Opferentschädigungsgesetz)

Monotrauma

- Nicht die Schwere des traumatischen Ereignisses ist entscheidend, sondern woran der Mensch leidet.
 - Auch wenn keine Traumafolgestörung vorliegt, ist die achtsame Begleitung, Psychoedukation und Beratung für Menschen sinnvoll und hilfreich.
- 2/3 der Betroffenen, die ein Monotrauma erlebt haben „kommen irgendwie zurecht“ und meistern ihren Alltag.
- Das Erleben folgender Traumata ist für die Entwicklung von Traumafolgestörungen besonders disponiert:
 - Überfall und Vergewaltigung
 - Angehörige bei Vermisstensuche (häufig bei Suizid)
 - Hinterbliebene - nach plötzlichem oder gewaltsamen Tod

Monotrauma

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

Komplexe Traumafolgestörung

- Ein **stationärer Aufenthalt** für eine Traumatherapie bedeutet für komplex traumatisierte Klient*innen meist viel Stress
 - besonders für Patient*innen mit dissoziativen Störungen
 - enges Zusammenleben mit anderen im Stationsalltag
 - in Gruppentherapien können Inhalte, Affekte oder Ausstrahlung anderer Klient*innen triggern
 - wirken damit **sehr destabilisierend**
- **Intervallbehandlungen** mit Rückkehr in Alltagsanforderungen wirken
 - stabilisierend und antiregressiv
 - geplante und kurze stationäre Kriseninterventionen
 - geplante und stationäre Tagesklinikangebote

Komplexe Traumafolgestörung

Im stationären Setting:

- Prozessplanung im multiprofessionellen Team
- Hierarchie der Ziele werden gemeinsam besprochen und festgelegt
- Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, einschließlich Dokumentation, werden geklärt

Im ambulanten Setting:

- Klärung ob eine Entlastung durch ambulante Hilfen oder eine Distanz zur familiären Umgebung indiziert ist oder gar eine Therapie

Komplexe Traumafolgestörung

Obligate Basis der Behandlungsplanung:

- Verträge zum Umgang mit Kriseninterventionen
- Aufklärung über Diagnosen
- Therapieoptionen, Möglichkeiten der Traumakonfrontation und deren Risiken
- Einholung eines Einverständnisses

Hierarchisierung der Therapieziele sind hilfreich:

- Veränderung selbstdestruktiver und therapieschädigender Verhaltensweisen muss vorrangig sein.
- Ansonsten hat Vorrang was im Alltag als stark beeinträchtigend erlebt wird

Aktivierung von Ressourcen ist wichtig!!

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

- Viele posttraumatische Symptome basieren auf
 - **dysfunktionaler neurobiologischer Speicherung**
 - **daraus resultieren „Fehlalarm“ und „falsche Überzeugungen“**
 - die anhaltende Veränderung dieser Speicherung stellt ein zentrales Therapieziel dar
- **Direkte Traumafolgesymptome sollten von sekundären traumakompensatorischen Symptomen unterschieden werden!**
 - **traumakompensatorische Symptome können sein**
 - Rückzug, Vermeidungsverhalten, aggressives Sozialverhalten, Suchtmittelkonsum, Ess- und Zwangsstörungen
 - Diese müssen in eine traumaspezifische Behandlungsplanung einbezogen werden
 - z.B. Ego-State Arbeit auf der inneren Bühne

- Klient*innen **weder über- noch unterfordern**
- Resultat von Gegenübertagungen müssen vermieden werden
 - Vermeidungsverhalten von Klient*innen kann anstecken
 - hier besteht Gefahr, dass wir evtl. überängstlich reagieren
 - endlos stabilisieren
 - obwohl längst traumakonfrontatives Vorgehen möglich und langfristig entlastender wäre
 - in kleinen dosierten **Pendelbewegungen zwischen Belastung und dazu passender Ressource ist gewünscht**

- **Dissoziative Klient*innen:**

bevorzugt Einzeltherapie mit folgenden Traumaprozesstechniken:

- imaginative und hypnotherapeutische Verfahren wie Ego-State-Arbeit
- Screentechnik
- adaptiertes EMDR-Vorgehen

Rolle der Traumafachberatung

Rolle der Traumafachberatung

- Traumaberatung kann **kleinschrittig Voraussetzungen für eine Traumatherapie** schaffen.
- Traumafachberatung kann **therapiebegleitend und in Nachsorge einer Therapie** erfolgen.

- **Bereits beim ersten Kontakt** beginnt eine Arbeitsbeziehung und es wird ein Beratungsprozess in Gang gesetzt
 - **Schwellenangst** sollte minimiert werden
 - **interkulturelle Aspekte** sollten berücksichtigt werden
 - **Grenzen der Hilfemöglichkeiten** sollten gegenüber Klient*innen klar und rechtzeitig besprochen werden
 - auf **klare, transparente Information** achten
 - Klient*in muss bei allen Planungsschritten einverstanden sein
 - **jeder Schritt muss für Patient*in nachvollziehbar sein**
 - **Entscheidend ist die Klärung des konkreten Arbeitsauftrags**

- Klärung, wie **Beratung gestaltet** sein soll:
 - aufsuchend/ begleitend?
 - welche Themen sind vorrangig?
 - wovon möchte Klient*in weg/ wo hin? Prioritätenliste?
- Zum Einstieg:
 - **zunächst einfache, alltagsnahe Themen**
 - **erst bei ausreichender Stabilisierung schwierigere Themen bearbeiten**

- Abklären:
 - sind **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 Täter*inkontakt?
 - für Opfer von Straftaten ist z.B. die Kooperation mit dem weißen Ring e.V. sinnvoll, ggf. auch die Initiierung einer Strafverfolgung, die Klärung von Rechtsansprüchen nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG)
 - sowie Begleitung der Klient*innen bei den oft triggernden Behördengängen

- **Stabilisierende innere Arbeit**
 - mit Ressourcenaktivierung und – ausbau
 - wobei deren Transfer in den Alltag wichtig ist
 - Entscheidung treffen ob ein Traumatherapieplatz zu suchen ist
- **Zur Planung und Gestaltung der traumaspezifischen Beratung**
sollten Klient*in und **alle am Prozess beteiligten Helfer*innen**
 - voreinander wissen
 - miteinander kooperieren
 - kommunizieren
 - sich abstimmen

- pädagog. Grundprinzip der Förderplanung & Resilienzentwicklung sind:
 - **Selbstwahrnehmung**
 - **Selbstkontrolle**
 - **Selbstwirksamkeit**
 - **so viel Eigenverantwortung wie möglich**
 - Rahmenbedingungen der Beratung so gestalten, dass
 - Klient*in gefordert ist eigene Ressourcen in der Beratung/ Therapie/ Alltag zu nutzen und nicht nur regrediert
 - Eigenverantwortung meint auch „**Sicherheitsverträge**“
 - bzgl. Suizidalität, Selbstverletzungsimpulsen, aggressivem Sozialverhalten oder Suchtverhalten.
- Es bedarf klarer Regeln.

Pause

danach

Überblick zu traumaspezifischen Behandlungsverfahren

Überblick zu traumaspezifischen Behandlungsverfahren

Überblick zu traumaspezifischen Behandlungsverfahren

Therapeutische Ansätze können sein:

- verhaltenstherapeutische Ansätze
- psychodynamische Ansätze
- körperorientierte Traumatherapie- Ansätze
- Therapie komplexer dissoziativer Störungen
- Beobachterechnik
- EMDR

Überblick zu traumaspezifischen Behandlungsverfahren

Verhaltenstherapeutische Ansätze

- Trauma-fokussierte kognitiv-behaviorale Therapie (Tf-KBT)
 - die meisten Studien, überwiegend mit Opfern sexueller Gewalt
 - ein erprobtes Manual (Cohen & Deblinger)
- Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT-PTSD):
 - ein multimodales stationäres Therapieprogramm
 - klare Struktur, auf Kontrolle der Spannungszustände fokussiert
 - mit Elementen aus der DBT und Tf-KBT
- Narrative Expositionstherapie (mit Kindern) (NET / KIDNET)
 - Meist an Kindern/ Jugendlichen geflohener Eltern erforscht

- **Psychodynamische Ansätze**

- Psychodynamisch-imaginative Traumatherapie (mit Kindern) (PITT / PITT-KID)
- Noch keine empirische Überprüfung
- Anwendung bei Bindungstraumata und KPTBS

- **Körperorientierte Traumatherapie-Ansätze**

- Somatic Experiencing (SE) (nach Peter Levine)
 - Schwerpunkt auf Körperempfindungen
 - Erdung, Atmung, also Achtsamkeit mit Einbezug des Stresstoleranzfensters
- Sensumotorische Therapie (nach Pat Odgen)
 - Sinnliche Wahrnehmung von Reizen & Übertragung auf motorisches Verhalten
- Körperorientierte Traumaverarbeitung (nach Rudolf Müller-Schwefe)

- **Therapie komplexer dissoziativer Störungen**

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

- **Die Beobachtermethode**
- Hypnotherapeutische Screen- oder Bildschirmtechnik
 - Keine empirische Evidenz, aber praktisch weit verbreitet
- **EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)**
 - Wirksamkeit ebenfalls nachgewiesen; in zwei Vergleichsstudien deutlich effektiver als Tf-KBT;
 - seit 2015 in den Psychotherapierichtlinien als wirksame Methode bei PTBS bei Erwachsenen verankert

Pause

danach

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

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

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

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

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

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

Allgemeine Aussagen zur Behandlung von komplexen Traumafolgestörungen

- mehr Sicherheit & Kontrollerfahrungen nötig
- Motivieren für die Trauma-Arbeit ist anspruchsvoller
- Klient*innen haben oft auch singuläre Traumata
- jede kleine Trauma-Integration ist absolut hilfreich
- Ohne Bezugspersonen-Arbeit kein Erfolg!

Allgemeine Aussagen zur Behandlung von komplexen Traumafolgestörungen

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

Vielen lieben Dank für die Aufmerksamkeit ;-)