



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

EMDR

- Therapie und Coaching -

Modul 1

WZPP®

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

Alfred-Delp-Straße 2
D- 73430 Aalen

Tel Büro 07965 - 802 72 58
Tel 07965 - 802 72 59

www.wzpp.de
info@wzpp.de

EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Modul 1

Inhalt

1	Psychische Traumatisierung	3
1.1	Allgemeine Definition	3
1.2	Die fünf Hauptkriterien der PTBS.....	4
1.3	Definitionen	4
1.4	Traumadefinitionen nach DSM IV, ICD-10 und ICD-11	5
1.4.1	PTBS nach DSM-V	5
1.4.2	PTBS nach ICD-10.....	6
1.4.3	ICD-11	6
1.5	Exkurs Kinder.....	6
1.6	Akute Belastungsreaktion	7
1.7	Anpassungsstörungen.....	7
1.8	Unmittelbare Folgen des traumatischen Stresses (akute Traumata)	8
1.9	Videos.....	8
2	Physiologie psychischer Traumatisierung/Neurobiologie.....	8
2.1	Was passiert bei einer Traumatisierung im Gehirn?	8
2.2	Was passiert bei einer Traumatisierung im Körper?	11
2.3	Welche Auswirkungen haben frühe Traumatisierungen auf die Gehirnentwicklung?.....	13
2.4	Nervensystem und Polyvagaltheorie	15
3	Stressorbasiertes Modell.....	16
4	Grundlagen von EMDR	18
4.1	Grundlagen EMDR.....	18
4.1.1	Einführung	18
4.1.2	Beobachtungen bei EMDR.....	19
4.1.3	Behandlungsgrundlagen	20
4.1.4	Leitlinien bei EMDR.....	20
4.1.5	Behandlungsplanung und Behandlungsphasen	20
4.1.6	Vorgehen in der Therapieplanung.....	20
4.1.7	Ressourcenthemen.....	21
4.2	Standardprotokoll	22
4.2.1	Die 8. Phasen des EMDR-Standard-Protokolls	22

4.2.2	„Drei.Zinken-Modell“	22
4.2.3	Ablauf der Sitzung.....	23
4.2.4	Kriterien einer vollständigen Verarbeitung nach Schubbe.....	26
4.2.5	Mögliche Schwierigkeiten.....	26
4.3	Demo und Übungen	27
5	Anhang.....	28
5.1	5.1 Standardprotokoll (lang)	28
5.2	5.2 Standardprotokoll (kurz)	32
5.3	Tabelle Kognitionen	33
5.4	CIPOS als EMDR-Behandlungstechnik.....	35
5.5	Absorptionstechnik	39
5.6	5.6 Sicherer Ort/Wohlfühlort.....	41
5.7	5.7 Tresorübung.....	42
5.8	5.8 Lichtstromübung	45
6.	Literatur:.....	46

1 Psychische Traumatisierung

1980 wurde im DSM-III die posttraumatische Belastungsstörung erstmalig in der Klassifikationssystem für Erkrankte aufgenommen. Heute wird die posttraumatische Belastungsstörung in den gebräuchlichen Krankheitsklassifikationssystemen DSM-IV und ICD-10 in einer weitgehend übereinstimmenden Form definiert.

1.1 Allgemeine Definition

Ein Trauma bedeutet Erschütterung der gesamten Persönlichkeit.

Unmittelbare Folgen des traumatischen Stresses (akute Traumata) sind:

- Nicht mehr wissen, was los ist (Verstörung)
- Nichts mehr fühlen (wie im Schock)
- Nichts mehr spüren (emotionale Taubheit)
- Nichts mehr wahrnehmen oder überflutet werden von Bildern
- Nichts mehr wissen durch Erinnerungslücken oder den Verlust der räumlichen und zeitlichen Einordnung des Geschehens

Die unmittelbare Reaktion: Akutschock

- Die erste psychische Reaktion, die **sofort nach oder noch während der auslösenden Situation** einsetzt, wird meist als **Schockzustand** beschrieben, mit veränderter Wahrnehmung und verändertem Zeiterleben.
- Menschen, die gerade ein Trauma erlebt haben, sprechen von einem einschneidenden Ereignis, das die eigenen Vorstellungen und Reaktionsmöglichkeiten völlig übersteigt, sie fühlen sich „völlig aus der Bahn geworfen“, in einem veränderten Zustand, den sie schwer beschreiben können, oft fehlen die Worte und Bilder werden verwendet – „wie in Watte“, „wie hinter Glas“, „aus dem Körper“, „losgelöst von allem“, „nicht mehr in dieser Welt“, „wie tot“, „verrückt“. Sie haben den Eindruck, dass sich die Welt ab dem Ereignis qualitativ verändert hat, dass es nie mehr so sein wird wie vorher.
- Dieses innere Erleben kann nach außen erkennbar sein oder aber sich nur innerlich abspielen – die Betroffenen wirken nach außen „unauffällig“ und reagieren völlig adäquat.

- Im Nachhinein zeigt sich jedoch häufig, dass es sich um einen dissoziativen Zustand handelte, das Handeln nicht bewusst war und auch nicht erinnert wird.

1.2 Die fünf Hauptkriterien der PTBS

- A. Erleben eines Traumas (Trauma-, Stressor- oder Ereigniskriterium)
- B. Intrusives Wiedererleben (unwillkürliche und belastende Erinnerungen an das Trauma)
- C. Vermeidungsverhalten und emotionaler Taubheitszustand
- D. Anhaltende physiologische Übererregung (Hyperarousal)
- E. Die Symptome dauern länger als einen Monat

1.3 Definitionen

1) Intrusives Wiedererleben:

- Ungewollt wiederkehrende und belastende Erinnerungen oder Erinnerungsbruchstücke
- Oft nicht nur das bloße Wiedererinnern, sondern ungewolltes Neudurchleben des traumatischen Ereignisses oder von Aspekten des Ereignisses mit allen Sinnesqualitäten und Affekten, so, als ob es gerade in der Gegenwart geschähe
- Z.B. Flashbacks (Nachhallerlebnisse/ Erinnerungsattacken, die durch plötzliches Auftreten und sehr detaillierte Erinnerungen gekennzeichnet sind); je nach Schwere eines Flashbacks kann die betroffene Person den Gegenwartsbezug beibehalten oder ihn auch komplett verlieren, d.h. nicht mehr wissen, was gerade geschieht. Dieser dissoziative Zustand kann einige Sekunden, mehrere Stunden oder Tage dauern
- Intrusionen können in allen Sinnen auftreten (Bilder, Geräusche, Gerüche, Geschmacksempfindungen, Körperwahrnehmungen); häufig kommt es zu einem subjektiv erlebten Überflutungszustand. Intrusionen können auch nur als diffuse Gefühle von Angst, Ohnmacht oder Handlungsunfähigkeit auftreten. Ausgelöst werden sie oft durch Schlüsselreize (Trigger), die eine – sehr häufig unbewusste – Assoziation zum Traumaereignis haben.
- Schlüsselreize können ähnliche Situationen, Gegenstände, Wörter, Geräusche oder Düfte sein, aber auch Jahrestage, Berichte in Filmen oder Medien.

2) Vermeidungsverhalten und emotionale Taubheit (Numbing):

- Überflutende und belastende Gedanken und Gefühle an das Trauma werden mit aller Macht vermieden. Aus diesem Grund versuchen Betroffene oft, nicht mehr an das Erlebte zu denken, was jedoch meist nicht gelingt. Auch werden Situationen, Menschen, Gegenstände oder Örtlichkeiten gemieden, die mit dem Trauma assoziiert werden. So führt das Abschalten der Erinnerungen zu dissoziativen Zuständen wie Teilamnesien, bei denen man sich nur noch sehr unscharf an das Erlebte erinnern kann. Diese willentlich herbeigeführte Form der Vermeidung stellt einen Bewältigungsversuch dar, der jedoch dazu führen kann, dass die posttraumatische Symptomatik gerade deswegen bestehen bleibt. Vermeidungsstrategien können eigene Gedanken-Stopp-Versuche sein wie z.B. „nicht mehr daran denken, ich mache mich sonst nur verrückt.“ Bis zu völliger sozialer Zurückgezogenheit, bei der man nicht mehr aus dem Haus gehen kann.
- Ebenfalls dazu gehört das emotionale Betäubtsein (Numbing). Dazu gehören alle Symptome, die mit der Unfähigkeit, positive Gefühle zu erleben und auszudrücken, verbunden sind. Dies sind z.B. eine Verminderung der Interessen an wichtigen Aktivitäten des täglichen Lebens oder an individuell vor dem traumatischen Erlebnis gerne ausgeführten Aktivitäten, ein eingeschränkter Affektspielraum mit der Empfindung, dass das Trauma das eigene Gefühlsleben massiv beschädigt hat, sowie eine eingeschränkte Zukunftsperspektive. So berichten Patienten immer wieder von Gedanken, nun könne in ihrem Leben nichts mehr Wichtiges passieren oder man habe ihnen die beste und wichtigste Zeit ihres Lebens gestohlen.

3) Hyperarousal

- Infolge der traumatischen Erfahrung sinkt die Erregungsschwelle des autonomen Nervensystems und Belastungen wirken früher und nachhaltiger. Auch kleinere Belastungen, die zuvor

sehr leicht kompensiert werden konnten, rufen stärkere Erregung hervor. Das autonome Nervensystem befindet sich in ständiger Alarmbereitschaft. Kleinste Belastungen führen zu starker Schreckhaftigkeit oder Reizbarkeit, auch das Schlafverhalten ist oft beeinträchtigt. Das Ein-, als auch Durchschlafen ist nachhaltig gestört.

- Das Hyperarousal stellt für die Gefahrensituationen zunächst eine absolut sinnvolle Reaktion des Organismus als Überlebenshilfe dar, indem Sinne geschärft und bedrohliche Reize früher und schneller wahrgenommen werden können. Jedoch haben Menschen nach einer Traumatisierung meist die Fähigkeit zur Unterscheidung zwischen dem Vorliegen einer realen Bedrohung und dem Zustand der Sicherheit verloren, so dass auch neutrale Reize mit der traumatischen Erfahrung verbunden und als gefährlich interpretiert werden.

1.4 Traumadefinitionen nach DSM IV, ICD-10 und ICD-11

1.4.1 PTBS nach DSM-V

A-Kriterium (Stressor-Kriterium)

Konfrontiert sein mit einem lebensbedrohlichen Ereignis, Gefahr schwerer Verletzung, sexualisierte Gewalt (in unterschiedlichen Positionen)

- Als Betroffener
- Als Zeuge
- Indirekt über das Wissen von der Bedrohung einer wichtigen Bezugsperson
- Wiederholte Exposition mit kritischen Ereignissen (Polizei/ Feuerwehr) oder aber nicht (nicht-berufliche) Exposition über Medien

B-Kriterium: Intrusive Symptome (1 Symptom)

- Intrusive Erinnerungen (repetitives traumatisches Spiel)
- Trauma-bezogene Albträume (schlechte Träume auch ohne inhaltlichen Bezug zum Trauma)
- Dissoziative Erfahrungen (Flashbacks, Wiederholung des traumatischen Ereignisses im Spiel)
- Intensiver andauernder Stress nach Exposition mit Triggern
- Starke physiologische Reaktivität nach Exposition mit Triggern

C-Kriterium: Dauerhafte angestrenzte Vermeidung von mit dem Trauma assoziierten Stimuli/Triggern

1. Vermeiden von traumabezogenen Gedanken oder Gefühlen (innere Trigger)
2. Vermeiden von traumabezogenen äußeren Triggern (Aktivitäten, Orten, Menschen oder Situationen)

D-Kriterium: Negative Veränderung von Gedanken und Gefühlen, die mit der traumatischen Erfahrung begonnen oder sich verschlimmert haben

→ 2 Symptome

- Die Unfähigkeit einen wichtigen Teil der traumatischen Erfahrung zu erinnern (dissoziative Amnesie {keine Kopfverletzung oder Drogen})
- Dauerhafte dysfunktionale negative Selbstüberzeugungen über sich, andere und die Welt
- Selbstvorwürfe bzw. Vorwürfe an andere bezüglich des traumatischen Geschehens oder dessen Konsequenzen
- Durchgängige negative, traumabezogene emotionale Stimmung (Angst, Panik, Ärger, Schuld, Scham)
- Verlust von prä-traumatisch vorhandenen Interessen an bedeutsamen Aktivitäten
- Sich von anderen abgetrennt fühlen

Kinder: 1 Symptom/bei U7 1 Symptom aus C oder D

E-Kriterium: Trauma-bezogene Veränderungen im Erregungsniveau und verhaltensmäßiger Reaktivität, die mit dem Trauma begonnen oder sich danach verschlimmerten

→ 2 Symptome/bei U7 1 Symptom

- Irritierbarkeit oder aggressives Verhalten
- Waghalsiges und selbstverletzendes Verhalten
- Hypervigilanz (ständiges auf dem Sprung sein; Anspannung)
- Erhöhte Startle-Response-Reaktion (physiologische Schreckreaktion; Schreckhaftigkeit)
- Konzentrationsprobleme
- Schlafstörungen

F-Kriterium

Dauer der Symptomatik (B, C, D, E) länger als einen Monat

G-Kriterium

Die Symptome verursachen intensiven Stress und/oder beeinträchtigen die Person in unterschiedlichen Lebensbereichen

H-Kriterium

Die Symptome sind nicht auf Medikamente oder eine körperliche Erkrankung zurückzuführen

1.4.2 PTBS nach ICD-10

- a. Ereignis von außergewöhnlicher Bedrohung/katastrophalem Ausmaß
- b. Anhaltende Erinnerung/ Wiedererleben
- c. Vermeidung
- d. Teilweise/vollständige Amnesie oder Sensitivität/Übererregung (Schlaf, Reizbarkeit/Wut, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz, Schreckhaftigkeit)
- e. Symptomatik innerhalb von 6 Monaten nach dem Ereignis.

1.4.3 ICD-11

Posttraumatische Belastungsstörung: 6B40

- a. Ereignis/Serie an Ereignissen von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß.
- b. Psychische und körperliche Reaktion mit 3 Kardinalsymptomen:
 - Intrusionen/Wiedererleben
 - Posttraumatische Vermeidung
 - Hyperarousal (Übererregungszustände)
- c. Beeinträchtigungen: Symptome über mehrere Wochen sowie Beeinträchtigungen in wesentlichen Lebensbereichen

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung: 6B41

Im Unterschied zu Monotraumata führen länger anhaltende und sich wiederholende traumatische Erlebnisse zu Symptomen, die über die PTBS hinausgehen.

PTBS-Kernsymptome (Wiedererleben, Vermeidung, Bedrohungsgefühl) sowie Störungen der Selbstorganisation:

- Tiefgreifende Probleme der Affektregulation (z.B. heftige Gefühlsäußerungen, NSSV, Leere, Schlafschwierigkeiten) in Folge der Traumatisierung.
- Probleme mit negativem Selbstkonzept (anhaltend beeinträchtigtes Identitätsgefühl: Wertlosigkeit, Versagens-, Schuld- und Schamgefühle).
- Andauernde Schwierigkeiten in tragenden Beziehungen/Näheempfinden (z.B. Schwierigkeiten zu vertrauen, anderen Menschen gefühlsmäßig nahe sein zu können).

Literaturempfehlung: Gysi, Jan (2022): Diagnostik von Traumafolgestörungen. Multiaxiales Trauma-Dissoziations-Modell nach ICD-11. Bern: Hogrefe Verlag.

1.5 Exkurs Kinder

Symptomatik bei Säuglingen und Kleinkindern

A-Kriterium: Traumatisches Ereignis**B-Kriterium: Wiedererleben**

- Posttraumatisches Spiel: Zwanghafte Wiederholung, kein Angstabbau, weniger kreatives Spiel
- Nachspielen bestimmter Aspekte des Traumas ohne Charakteristika des posttraumatischen Spiels
- Wiederholte Erinnerung des Ereignisses außerhalb des Spiels ohne offensichtliche psychische Belastung
- Albträume mit/ohne erkennbaren Inhalt (zunehmende Frequenz)
- Psychische Belastung bei Konfrontation mit Hinweisreizen
- Episoden mit objektiven Anzeichen eines Flashbacks/Dissoziation

C-Kriterium: Vermeidung

- Einengung Spielverhalten
- Sozialer Rückzug
- Tatsächliche oder versuchte Vermeidung traumassoziierter Gegenstände etc.,
- Eingeschränkte Bandbreite des Affekts

D-Kriterium: Erhöhte Erregung

- Ein-/Durchschlafschwierigkeiten
- Wachsamkeit
- Übertriebene Schreckreaktion
- Verringerte Konzentrationsfähigkeit

E-Kriterium: Neue Ängste und Aggression

- Neu auftretende Ängste
- Verlust bereits erworbener Fähigkeiten (insb. Sauberkeitsentwicklung und Sprache)

Kinder

A-Kriterium: Traumatisches Ereignis**B-Kriterium: Wiedererleben**

Wiederholungen im Spiel/malen, Albträume ohne Inhalt, weinen oder jammern im Schlaf Einnässen, Depersonalisation/Derealisation, Körperempfindungen/physiologische Reaktionen und Stress nach Triggern

C-Kriterium: Vermeidung

Anhänglichkeit, Trennungsangst, Aggressionen, Ausweichen über Ablenkung, Vermeiden von Ruhephasen, Eingeschränkte Spielfähigkeit, sozialer Rückzug, Verlust von Entwicklungsfähigkeiten

D-Kriterium: Erhöhte Erregung

Agitiertes Verhalten, Unruhe, Ausbrüche, Impulsivität, Einnässen, Konzentrationsprobleme, Schlafstörungen, motorische Unruhe, aggressives Verhalten, Selbstverletzung, waghalsiges Verhalten, Beruhigung gelingt schwer, fehlende Geduld, Nächtliches Aufwachen, affektive Dysregulation, Angst vor dem Zubettgehen

1.6 Akute Belastungsreaktion

- Kann auch durch nichttraumatische kritische Lebensereignisse ausgelöst werden
- Es liegt ein klarer zeitlicher Zusammenhang zwischen einer ungewöhnlichen Belastung und dem Beginn der Symptome vor
- Dauer von mind. zwei Tage und max. 4 Wochen, Abklingen der Symptome innerhalb weiterer vier Wochen
- Symptome: Wiedererleben, Vermeidung, erhöhtes Arousal, mind. drei dissoziative Symptome

1.7 Anpassungsstörungen

- Psychosoziale Belastung von nicht außergewöhnlichem oder katastrophalem Ausmaß, Beginn innerhalb Von 4 Wochen.
- Symptome und Verhaltensstörungen wie bei F3, F4 und F91, Kriterien der einzelnen Störung werden jedoch nicht erfüllt, können in Art und Schwere variieren.

- Symptome dauern nicht länger als 6 Monate an

1.8 Unmittelbare Folgen des traumatischen Stresses (akute Traumata)

- Nicht mehr wissen, was los ist (Verstörung)
- Nichts mehr fühlen (wie im Schock)
- Nichts mehr spüren (emotionale Taubheit)
- Nichts mehr wahrnehmen oder überflutet werden von Bildern
- Nichts mehr wissen durch Erinnerungslücken oder den Verlust der räumlichen und zeitlichen Einordnung des Geschehens

1.9 Videos

2 Physiologie psychischer Traumatisierung/Neurobiologie

2.1 Was passiert bei einer Traumatisierung im Gehirn?

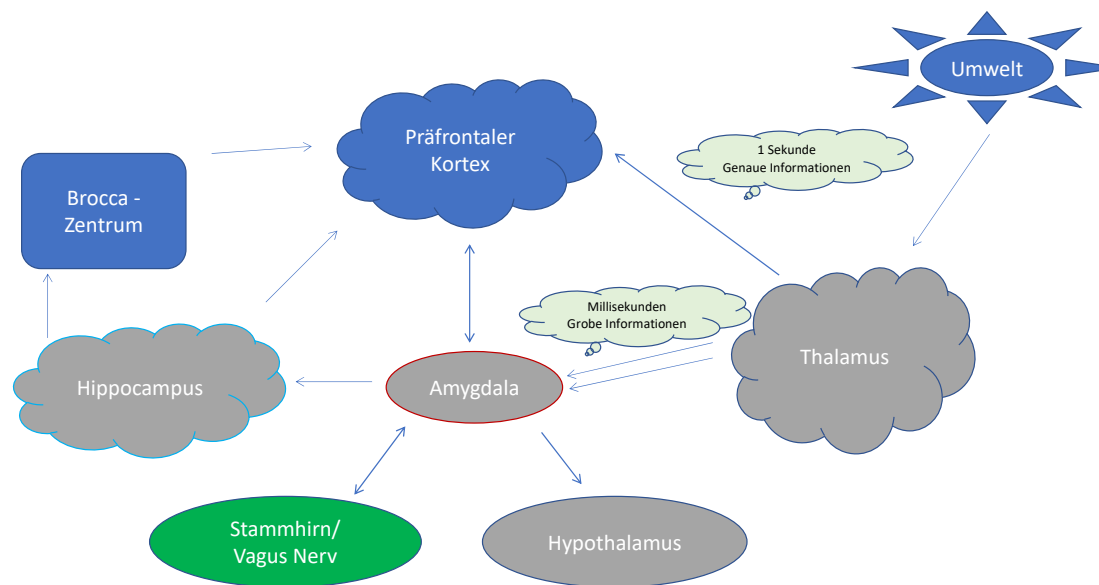


Abbildung 1 Vereinfachte Darstellung von gehirnphysiologischen Prozessen vor traumatischer Belastung

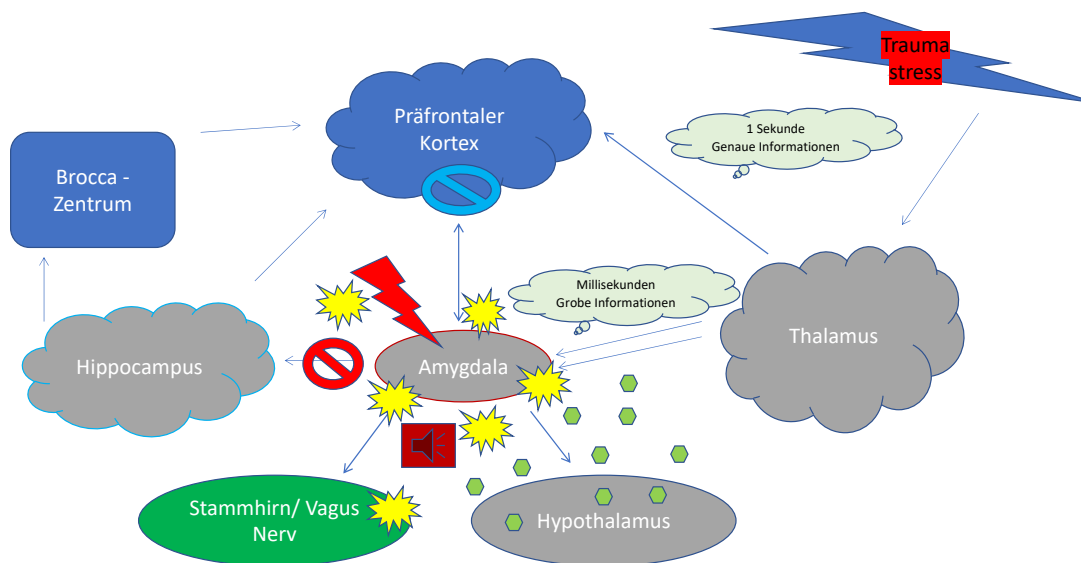


Abbildung 2 Vereinfachte Darstellung von Gehirnphysiologischen Prozessen nach traumatischer Belastung

Sehr vereinfacht lassen sich Gehirnphysiologische Vorgänge in traumatischen Hochstress-Situationen wie folgt vorstellen:

Die Informationen gelangen über den Thalamus in das Gehirn. Dort wird eine „ungenau, grobe Auflösung“ des Erlebten innerhalb von Millisekunden an die Amygdala weitergeleitet, die zuerst die Bedrohung des Erlebten einschätzt. Eine sehr genaue und gute Auflösung des Erlebten gelangt eine Sekunde später an den Präfrontalen Cortex, der die Informationen mit dem Langzeitgedächtnis abgleicht und Impulse aus dem limbischen System stoppen oder auch verstärken kann. Auf Grund dieses Phänomens wissen wir, dass wir Gefühle empfinden bevor wir wissen, dass wir diese Gefühle haben. Die Gefühle sind immer zuerst da. Auch unsere Handlungsimpulse kommen aus dem limbischen System und sind erstmal keine bewussten Entscheidungen. Das Bewusstsein, zu dem auch der Präfrontale Cortex gezählt wird, hat lediglich die Möglichkeit (nach einer Sekunde) die Handlungsimpulse des limbischen Systems zu unterdrücken oder zu verstärken. Diese Erkenntnis ist im weiteren Verlauf von sehr großer Bedeutung, da sie erklärt, warum traumatisierte Menschen im aktivierten Trauma-Zustand häufig impulshafte Verhalten zeigen bzw. sich so unglaublich schwertun, ihre Impulse zu unterdrücken. Wird eine Erfahrung von der Amygdala als bedrohlich eingeschätzt, lässt sie über den Hypothalamus Stresshormone ausschütten, die bewirken, dass eine Art Mauer zwischen der Amygdala und dem Hippocampus entsteht. Die Sinnhaftigkeit dieser Mauer ist, dass im autonomen Nervensystem der Sympathikus angeregt und der Körper damit in eine erhöhte Mobilitätsbereitschaft, um zu kämpfen oder zu fliehen, versetzt wird. Handelt es sich nur „um ein wenig“ Stress, ist die Mauer Knie- oder Hüfthoch, bei subjektiv lebensbedrohlichem Stress ist die Mauer bis zur Decke. Das Bewusstsein, der Präfrontale Cortex ist daher bei lebensbedrohlichem Stress überhaupt nicht mehr und bei weniger Stress nur noch eingeschränkt in der Lage, regulierend auf die Amygdala, sowie das gesamte limbische System einzuwirken.

Reichen bei lebensbedrohlichem Stress die vorhandenen Bewältigungsstrategien zum Kämpfen und Fliehen nicht mehr aus, schaltet der Körper in die letzte Möglichkeit, um zu überleben, in den Freeze-Modus. In diesem Zustand verfällt der Körper in einen Tot-Stell-Modus, der auch Dissoziation genannt wird. Bei der Dissoziation in der Stress-Situation werden im Nervensystem die evolutionsmäßig sehr alten Nervenbahnen des dorsalen Vagus (siehe weiter im Text) genutzt. Bei der Nutzung dieser Nervenbahnen werden neben den Hormonen Serotonin und Oxytocin, auch Opiate zur Vorbereitung auf einen eventuell bevorstehenden schmerzfreien Tod ausgeschüttet. Die Erfahrung, die diesen Zustand ausgelöst hat, stößt, in der Metapher weitergesprochen, an die Mauer und zerbricht im Moment der

Dissoziation in einzelne Puzzleteile. Die Erfahrung fragmentiert und kann fortan nicht mehr ganzheitlich als Erinnerung im Langzeitgedächtnis abgespeichert werden. Sie bleibt im fragmentierten Zustand so lange gehirne physiologisch aktiv bis sie durch Trauma integrative Verfahren integriert, d.h. zusammengesetzt, und dadurch als „alte Erinnerung“ im Langzeitgedächtnis als Erfahrung abgelegt wird. Des Weiteren bleibt die fragmentierte Erfahrung emotional in dem Alterszustand bestehen, in dem sie entstanden ist. Der betroffene Mensch kann bei Aktivierung fragmentierter Erinnerungsteile nicht unterscheiden, ob diese Erinnerung alt oder aktuell ist, für ihn ist es dann so, als ob das Ereignis jetzt erneut passiert. Gleichzeitig befindet er sich emotional in dem Alter, in dem die Erfahrung fragmentiert ist – er befindet sich in einem Trauma Netzwerk und hat dadurch auch nur auf die Ressourcen und Bewältigungsstrategien Zugriff, die er auch im Alterszustand zum damaligen Zeitpunkt hatte. Seit dem Zeitpunkt neu erlernte Strategien, Sichtweisen und Ressourcen sind in diesem Moment nicht abrufbar.

Die Aktivierung dieser fragmentierten Erfahrungen (Flashbacks) geschieht durch sogenannte Trigger. Trigger sind Eindrücke, die eines dieser vielen Puzzleteile gleicht und es damit aktiviert. Bei Aktivierung eines Puzzleteils bekommt die Amygdala ein entsprechendes Signal und sie hat den Eindruck, dass JETZT im Moment wieder dieselbe Gefahr droht wie damals als das fragmentierte Puzzleteil entstanden ist. Sie veranlasst den Hypothalamus erneut Stresshormone auszuschütten und hält durch die angehäuften und zunehmend wachsenden Stresshormongehalt die Mauer zwischen Amygdala und Hippocampus aktiv bzw. erhöht sie zunehmend. Das persönliche innere Stresserleben erhöht sich. Es kommt zu einer Retraumatisierung. Die Amygdala kann nicht unterscheiden, ob diese Gefahr tatsächlich aktuell und akut ist oder ob es sich um ein altes Puzzleteil und damit um einen Fehlalarm handelt. Für die Amygdala ist es immer jetzt, da sie durch die Mauer ja vom Hippocampus abgespalten ist. Das aktivierte Puzzleteil versetzt die Amygdala in einen Alarmzustand, der sich für den betroffenen Menschen genau gleich wie in der damaligen Bedrohungssituation anfühlt. Der Mensch fühlt, nimmt die Umwelt wahr und handelt wie in der damaligen Gefahrensituation. Durch die Aktivierung des entsprechenden Trauma Netzwerks hat er, wie erwähnt, nur auf die damaligen Bewältigungsstrategien und Ressourcen Zugriff. Für seine Mitmenschen in seinem sozialen Umfeld wirkt der traumatisierte Betroffene nun „seltsam“. Er verhält sich plötzlich nach Ansichten seines sozialen Umfeldes weder situations- noch altersgemäß, da er sich ja, auf Grund des Fehlalarms, in anderen, alten Trauma-Netzwerken befindet und aus diesen heraus absolut sinngemäß handelt. Für den traumatisierten Betroffenen selbst sind sein Verhalten und seine Sichtweise in diesem Moment absolut logisch. Er befindet sich emotional in einer realen Gefahrensituation. Zeitweise kann dies dazu führen, dass er den Realitätsbezug teilweise, manchmal sogar völlig verliert und sich völlig im Trauma erleben befindet (Flashback). Bei besonders großen inneren Stress-/ Bedrohungssituationen kann es für den traumatisierten Betroffenen zu einem dissoziativen Zustand, dem Tot-stell-Reflex kommen, in dem er wie „einfriert“, in eine Schockstarre oder in einen Art Ohnmachtszustand verfällt. In diesen Momenten nutzt er wie im Trauma Ereignis die Nervenbahnen des dorsalen Vagusnerv. Für die Mitmenschen, die sich im hier und jetzt befinden, wirkt der angetriggerte Betroffene seltsam, manchmal auch sehr bedrohlich. Auf der emotionalen Ebene wirkt der Betroffene für seine Mitmenschen häufig jünger, da er sich emotional in dem Alter befindet, in dem das fragmentierte, angetriggerte Puzzleteil entstanden ist. Diagnostisch gesehen, haben wir hier einen Hinweis, dass sich der Betroffene in einem Trauma Netzwerk befindet und wann dieses in etwa entstanden ist.

Trigger können sehr vielfältig sein. Trigger können von außen kommen in Form von ähnlichen Situationen wie die Trauma Situation, es kann sich um ähnliche Geräusche, Gerüche, Sinneswahrnehmungen generell handeln. Trigger können aber auch von innen kommen. Diese zeigen sich in ähnlichen Gefühlszuständen wie in der Trauma Situation wie zum Beispiel dasselbe Gefühl ausgeliefert und hilflos zu sein – unter Umständen durch eine völlig andere Situation ausgelöst– oder auch durch Körperzustände wie z.B. ein flaues Gefühl im Magen oder körperliche Schmerzen. Die inneren Trigger sind für die Mitmenschen besonders schwer zu erkennen und damit auch kaum als Trigger zu identifizieren. Auch den traumatisierten Betroffenen selbst sind die Trigger meist gar nicht bewusst, da das limbische System deutlich vor dem Bewusstsein reagiert und auch vor dem Bewusstsein entsprechende Notfallmaßnahmen ergreift. Im Rahmen Trauma spezifischer Begleitung (Trauma Pädagogik, Trauma Fachberatung und/ oder Traumatherapie) müssen häufig erst mühsam über Achtsamkeitsübungen und Trigger Diskrimination Stück für Stück Trigger identifiziert, eingeordnet und deren Vorzeichen eruiert

werden. Bei den betroffenen Säuglingen und Kleinkindern gleicht diese Arbeit einer Detektivarbeit mit vielen Hypothesen, die aufgestellt, überprüft und manchmal auch wieder verworfen werden müssen, da sich die Kleinsten verbal weniger gut mitteilen können.

Wie beschrieben führt jedes Antriggern dazu, dass die Mauer zwischen Amygdala bestehen bleibt und sich Stresshormone zunehmend anhäufen. Der Präfrontale Cortex hat in diesem Moment kaum bis gar keinen regulierenden Einfluss mehr auf das limbische System, da sich dieses in einem zu hohen Erregungsmoment befindet. Es benötigt häufig sehr starke äußere Reize, um diese Zustände zu unterbrechen. Auf Grund dieses Phänomens lassen sich gut der erhöhte Cortisol Gehalt im Speichel und im Blut, die erhöhte innere Unruhe (Hyperarousal), die überhöhte Wachsamkeit (Hypervigilanz), die Konzentrationsschwierigkeiten, die Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, die Impulsdurchbrüche, die Regulationschwierigkeiten, die erhöhte Schreckhaftigkeit, die Flashbacks und dissoziativen Phänomene erklären. Im weiteren Verlauf entwickeln die Betroffenen sehr häufig ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten (innerlich in Bezug auf die belastenden Gefühle (Numbing), aber auch äußerlich in Bezug auf bestimmte Triggersituationen), um eine erneute Aktivierung einzelner Puzzleteile zu verhindern. Die ausgeprägten Vermeidungsreaktionen entwickeln sich im Laufe der Zeit zu sogenannten Überlebensstrategien. Die Überlebensstrategien sollen bereits präventiv verhindern, dass es jemals erneut zu einer solch bedrohlichen Situation kommen kann. Bereits bei den kleinsten subjektiv wahrgenommen Gefahren-Anzeichen werden diese aktiviert und angewendet. Diese Überlebensstrategien werden in der Fachwelt häufig als pathologische Symptome mit Krankheitswert in Form von verschiedensten symptombeschreibenden Diagnosen beschrieben. Für den Betroffenen selbst haben diese Verhaltensweisen einen „guten Grund“ und dienen zum Überleben. Auch wenn diese Verhaltensweisen mittel- und langfristig zu Schwierigkeiten mit den Mitmenschen und/ oder gesundheitlichen Problemen führen, können die Betroffenen diese doch nicht lassen, sie sich nicht mit Verstärkerplänen oder Bestrafungen abtrainieren und/ oder durch Medikamente konsequent unterdrücken. Die Verhaltensweisen dienen subjektiv einem „guten Grund“, nämlich zu überleben. Eine Veränderung der Symptome lassen sich durch gute Trauma spezifische Stabilisierung und Trauma Integration, nicht aber durch Druck und reflexhaften Reaktionen der Mitmenschen, erreichen.

Reagiert das soziale Umfeld des im angetriggerten Betroffenen reflexhaft mit Unverständnis, d.h. mit Aussagen wie „Du hast überhaupt kein Grund, so zu empfinden und Dich so zu verhalten!“, gelingt diese Information evtl. zwar an den Präfrontalen Cortex, das limbische System jedoch bleibt bei ihrem Standpunkt, dass das von ihr ausgelöste Gefühl mit den entsprechenden Handlungsimpulsen genau richtig sind. Diese Diskrepanz von Präfrontalen Cortex und limbischen System führt in diesem Fall nicht zu einer Beruhigung des limbischen Systems, sondern im Gegenteil zu noch mehr Stress.

Reagiert das Umfeld jedoch reflektiert mit Verständnis im Sinne von „Ich sehe, dass Du dieses Gefühl hast und Dein Verhalten hat aus Deiner Sicht einen guten Grund – was würde Dir jetzt helfen, mit diesem Gefühl anders umzugehen?“, kommt es im limbischen System zu einer Beruhigung und im Optimalfall kann dann gemeinsam mit dem Präfrontalen Cortex nach Bewältigungsstrategien gesucht und umgesetzt werden.

Zusammengefasst kann man also sagen, Menschen, die sich im Traumawiedererleben befinden, fühlen und verhalten sich in dem Alter, in dem das traumatische Erleben fragmentiert, kurz das Trauma entstanden ist. Ihre Gefühle und ihr Verhalten haben aus ihrer subjektiven Sicht einen guten Grund: nämlich zu überleben. Dass andere Menschen dies nicht nachvollziehen können, ist für diese Menschen in diesem Moment nicht bewusst. Ein konfrontatives, negierendes Verhalten des Umfeldes im Sinne „Deine Gefühle und Dein Verhalten sind falsch“ (Ambivalenz) verstärken das Überlebensverhalten der Betroffenen, da noch mehr Stress entsteht. Ein verständnisvolles Verhalten des Umfeldes im Sinne „Du hast dieses bestimmte Gefühl und Dein Verhalten hat einen guten Grund“ (Synchronisierung) führt zu einer Stressreduktion des Betroffenen und das Erarbeiten von alternativen Bewältigungsstrategien sind möglich.

2.2 Was passiert bei einer Traumatisierung im Körper?

Porges entwickelte mit seiner Polyvagal-Theorie ein Modell des autonomen Nervensystems, um das Abspeichern traumatischer Erfahrungen und deren Auflösung zu erklären (Porges, 2012). Dieses

Modell soll hier sehr vereinfacht dargestellt werden, um bestimmte körperliche Symptome traumatisierter Menschen und den Umgang mit den Betroffenen verständlicher zu machen.

Der Vagus-Nerv, der aus mehreren einzelnen jüngeren, myelinisierten (ventraler Vagus) und älteren, unmyelinisierten (dorsaler Vagus) Nervensträngen besteht, werden dem Parasympathikus zugeordnet. Als Gegenspieler des Parasympathikus (Entspannung) wird der Sympathikus (Anspannung) gezählt. Beide umfassen unser autonomes Nervensystem, das das Gehirn mit unserem Körper, besonders den Organen verbindet.

In entspannten, häufig sozialen Interaktionen, in Erholungsmomenten und Momenten der Selbstberuhigung nutzt unser Körper die Nervenbahnen des ventralen Vagus. Wir erleben dann einen ruhigen Herzschlag, sind entspannt und unser Körper zeigt hormonell einen Anstieg von Serotonin und Oxytocin. Sind wir noch tiefer entspannt, z.B. bei der Meditation, der Tiefenentspannung, aber auch bei der Verdauung, dem Stillen, der Endphase der Geburt und der Sexualität werden die Nervenbahnen des dorsalen Vagus genutzt. Neben Serotonin und Oxytocin werden nun auch körpereigene Opiate ausgeschüttet, die Herzfrequenz sinkt noch weiter.

Befinden wir uns in einem entspannten Moment (Nutzung des ventralen Vagus) und geraten durch äußere und/ oder innere Umstände in Stress, springt auf Anlass des limbischen Systems und der hormonellen Ausschüttung von Stresshormonen innerhalb von Millisekunden der Sympathikus an und hemmt damit den Parasympathikus (Vagusnerv). Die Herzfrequenz steigt, der Muskeltonus steigt, die Pupillen weiten sich, wir fangen an zu schwitzen und kommen in einen Mobilitätszustand. Wir sind bereit zu kämpfen oder zu fliehen. Alle für die Situation notwendigen Bewältigungsstrategien werden aktiviert. Reichen die Bewältigungsstrategien aus und wir können die Situation bewältigen, findet eine Rückkehr in die Nervenbahnen des ventralen Vagus statt.

Reichen unsere Bewältigungsstrategien nicht aus und wir geraten noch mehr unter Stress, unter lebensbedrohlichen Stress, springt im Moment des Hochstress als letzte Möglichkeit zu Überleben der Parasympathikus in Form des dorsalen Vagus an. Wir geraten in einen Zustand der Immobilisation. Wir stellen uns tot, wir dissoziieren. Wie bei der Nutzung des dorsalen Vagus in den angenehmen Momenten werden in diesen subjektiv lebensbedrohlichen Momenten Serotonin, Oxytocin und Opiate ausgeschüttet. Die Herzfrequenz sinkt auch hier. Der Körper wird auf einen schmerzfreien Tod vorbereitet. Dies ist der Moment, wenn die stressauslösenden Erfahrungen, wie oben beschrieben, durch ein Trauma Ereignis fragmentieren.

Im Sinne der Selbstheilungsprozesse gibt es einen Hybridzustand zwischen dem ventralen Vagus (Parasympathikus) und dem Sympathikus: das Spiel. Denken wir an das „Fangen-Spiel“. Einer ist der Fänger, der andere wird gefangen. Wir befinden uns im Sympathikus. Dennoch ist es „nur“ ein Spiel. Es ist nicht bedrohlich – wir schauen uns an und lachen. Kinder spielen nach stressreichen Situationen diese Situationen häufig im Spiel, zum Teil heftigst und hoch emotional, nach. Handelt es sich nicht um traumatische, fragmentierte Erfahrungen können sich diese über das Spiel, über das Pendeln zwischen Sympathikus und Parasympathikus, im Selbstheilungsprozesse selbst durcharbeiten. Handelt es sich aber um traumatische, fragmentierte Erfahrungen kann es nicht gelingen. Die Betroffenen „hängen“ im Sympathikus „fest“ und es kann keine Verarbeitung stattfinden. Auch das freudvolle Spiel ist für die Betroffenen meist schwierig. Sobald stressreiche Momente im Spiel auftauchen, aktiviert sich der Sympathikus und die Betroffenen erleben sich in einer Gefahrensituation, in der entsprechend gehandelt werden muss. Sie können sich nur schwer bzw. nur kurz im „Als-ob“- Modus des Spiels halten.

Bestimmte Körperzustände fördern daher unterschiedliche Arten des Verhaltens und färben unsere Wahrnehmung. Porges unterscheidet folgende 5 Kategorien (Porges, 2012):

Ventraler Vagus: Diese Nervenbahnen sind aktiviert bei positiven sozialen Interaktionen. Die Herzfrequenz ist ruhig. Es werden vor allem Serotonin und Oxytocin ausgeschüttet.

Sympathikus: Diese Nervenbahnen sind aktiviert bei der Mobilisation – im Kampf-/Flucht-Modus. Der Muskeltonus wird erhöht, die Pupillen weiten sich, Schweiß wird abgesondert: der metabolische Umsatz um bei realer oder subjektiv erlebter Gefahr rasch erhöht, um das Überleben zu sichern. Stresshormone wie unter anderem Cortison werden ausgeschüttet.

Hybridzustand ventraler Vagus-Sympathikus: Beim Spiel werden sowohl die Nervenbahnen des Ventralen Vagus, als auch des Sympathikus aktiviert. Der Ausgangsimpuls ist hier aber nicht die Bedrohung, sondern die Lust am Spiel.

Dorsaler Vagus: Diese Nervenbahnen werden in zwei Situationen genutzt: zum einen bei Lebensbedrohung. Hier kommt es zum Erstarren, totstellen, dissoziieren, um Gefahr abzuwenden bzw. einen schmerzfreien Tod vorzubereiten. Die Herzfrequenz sinkt, es werden neben Serotonin, Oxytocin unter anderem auch Opioide ausgeschüttet.

Dieselben Nervenbahnen werden aber auch in anderen Situationen genutzt, die eine Immobilisation erfordern. Dies können die Endphase der Geburt, das Stillen, bei der Sexualität, bei Verdauungsprozessen und der Tiefenentspannung sein. Auch hier sinkt die Herzfrequenz und es werden Serotonin, Oxytocin und Opioide ausgeschüttet.

2.3 Welche Auswirkungen haben frühe Traumatisierungen auf die Gehirnentwicklung?

Je früher eine Traumatisierung stattfindet umso ausgeprägter sind die Schädigungen im Gehirn und damit verbunden die Langzeitfolgen im Fühlen, Verhalten und Denken. Frühe traumatische Beziehungserfahrungen gelten als besonders gravierend und sind leider auch am schwersten zu verändern. Durch frühe anhaltende traumatische Stresserfahrungen kann es zu einer Veränderung in der Gehirnphysiologie kommen. Der Hippocampus (Verortung in Raum und Zeit, Übergang Kurz- zum Langzeitgedächtnis) verkleinert sich, die Amygdala wird größer und ist damit zunehmend sensibler, d.h. sie reagiert immer schneller auf tatsächliche oder mögliche Gefahren. Der Präfrontale Cortex gelingt es immer weniger regulierend auf das limbische System einzuwirken. Das gesamte Stressverarbeitungssystem bleibt überreagibel und es kommt zu einer Dauerausschüttung von verschiedenen Stresshormonen. Unter Umständen entstehen somit lebenslange negative Folgen im Bereich der Aufmerksamkeitsfokussierung, der Impulskontrolle, der Lernfähigkeit, der erhöhten Schmerzempfindlichkeit und Somatisierungstendenzen.

Eine „Rückveränderung“ dieser Strukturen ist je nach Schädigung teilweise noch möglich. Dies erfordert jedoch viele korrigierende Beziehungserfahrungen, gute Therapie und vor allem sehr viel Zeit.

Es könnte nun der Eindruck entstehen, dass Kinder im jungen Alter von möglichst jedem Stress ferngehalten werden sollen. Aber auch dies ist schädlich. Kinder benötigen adäquate Stresssituationen, um sich weiterentwickeln zu können. Sie lernen durch Herausforderungen, bessere Strategien zu entwickeln. Würde ein Kind zum Beispiel zum Zeitpunkt des Laufen Lernens nicht immer wieder hinfallen, würde es nicht lernen, was wohl die beste Möglichkeit ist, sich im Gleichgewicht zu halten und sich fortzubewegen. Das Erleben des Kindes, etwas geschafft und bewältigt zu haben, das für das Kind selbst als eine Herausforderung erlebt wurde, steigert die Selbstwirksamkeit des Kindes und spornt es an, weitere Ziele/ Herausforderungen bewältigen zu wollen. Das heißt, Kinder brauchen für ihre Entwicklung einen altersentsprechenden Stress, um sich weiterzuentwickeln. Ein zu viel an Stress (Überforderung), aber auch ein zu wenig an Stress (Regressionsförderung) ist für Kinder schädlich und hindert sie an einer guten Weiterentwicklung.

Ein gutes Bild um diesen adäquaten, mittleren Stresspegel darzustellen, ist das Stresstoleranzfenster:

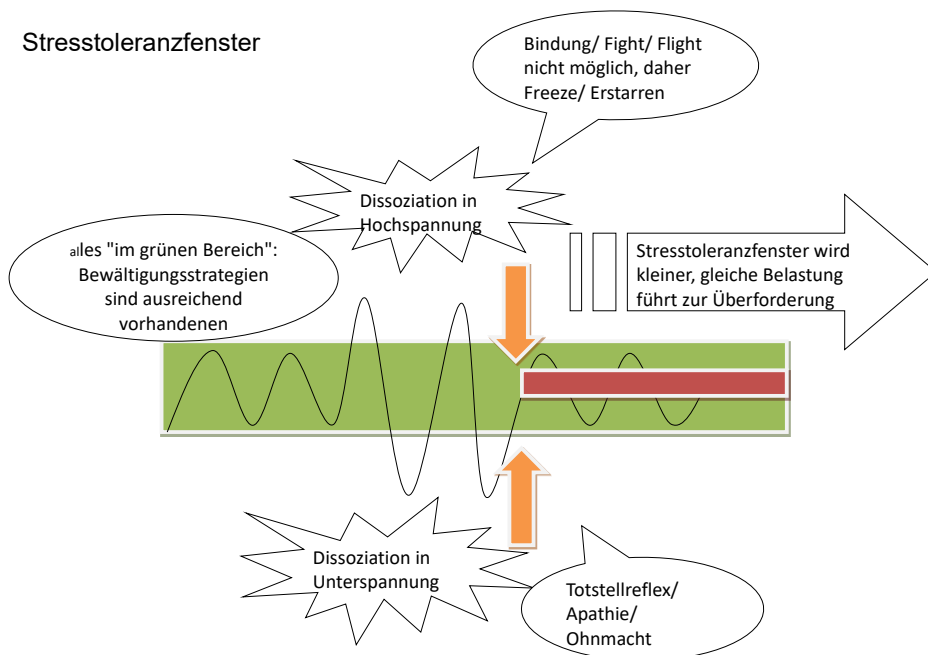


Abbildung 1 Bildliche Darstellung des Stresstoleranzfenster

Befinden wir uns im mittleren Stressbereich haben wir ausreichend Bewältigungsstrategien, um die bekannten Herausforderungen zu begegnen. Kommen wir leicht aus unserer Komfortzone heraus, müssen wir uns anstrengen, bessere Strategien zu entwickeln, um neue Herausforderungen zu bewältigen. Dies ist absolut förderlich. Diese Erfahrungen steigern unsere Selbstwirksamkeit, damit auch unsere Resilienz und unser Stresstoleranzfenster wird dadurch größer.

Gelingt uns dies aber trotz Anstrengung nicht, reagieren wir zunehmend unter Stress. Zuerst wird unser Bindungssystem aktiviert. Wir suchen in unserem Umfeld Menschen, von denen wir glauben, dass sie uns helfen können (bei Kindern sind dies die Hauptbezugspersonen). Sind diese nicht verfügbar oder gar selbst hilflos werden wir versuchen zu kämpfen oder zu fliehen. Sind diese Maßnahmen erfolgreich, kehren wir in den mittleren Stressbereich zurück.

Sind diese Strategien aber erneut nicht ausreichend und wir geraten in einen lebensbedrohlichen Stress, kommt es zur Dissoziation in Hochspannung (Erstarren) oder in Unterspannung (Ohnmacht). Damit befinden wir uns in der Trauma Situation. Das Stresstoleranzfenster wird durch solche Erfahrungen zunehmend kleiner. Herausforderungen, die sich ehemals in unserem mittleren Stresspegel befanden, sind nun plötzlich außerhalb unseres Stresstoleranzfensters und werden als nicht bewältigbar erlebt. Ein verkleinertes Stresstoleranzfenster führt also dazu, dass sich die Betroffenen schneller und zum Teil bereits bei geringsten Anforderungen überaus gestresst fühlen.

Um zu verhindern, dass es immer wieder zu einer subjektiv lebensbedrohlichen Überforderung kommt, entwickeln die betroffenen Menschen Überlebensverhaltensweisen, um präventiv zu verhindern, dass das geschieht wovor sie am meisten Angst haben: dem Kontrollverlust.

Diese Überlebensverhaltensweisen, auch Trauma kompensatorisches Schema genannt, werden bei ähnlich erlebten oder erwarteten Stressreizen dann immer wieder aktiviert, um zu verhindern, dass erneut eine lebensbedrohliche Situation geschehen kann. Je häufiger diese angewandt werden und nichts lebensbedrohliches geschieht, sie sich also als wirksam erwiesen haben, verstärkt sich deren Abspeicherung. Sie sind dadurch immer schneller und automatisierter abrufbar. Dadurch werden Überlebensverhaltensweisen, die früher einen guten Grund hatten, später manchmal selbst zum Problem, da sie unter Umständen in Situationen auftauchen, die einen Fehlalarm ausgelöst haben. Das heißt Situationen, die an sich überhaupt nicht bedrohlich sind, aber von unserem Gehirn, besonders vom limbischen System als mögliche Bedrohung wahrgenommen werden und damit das entsprechende präventive Verhalten auslösen. Dies geschieht so schnell und automatisiert, dass diese Verhaltensweisen reflexhaft erfolgen und nicht durch den präfrontalen Cortex überprüft worden sind. Den Betroffenen tut dies im Nachhinein meist sehr leid, sie können die Verhaltensweisen aber dennoch

nicht so einfach „abstellen“ Das verändern von diesen Überlebensstrategien benötigt viel Zeit, Aufmerksamkeit und korrigierende Beziehungserfahrungen.

2.4 Nervensystem und Polyvagaltheorie

Das Nervensystem unterteilt sich grundsätzlich in zwei Hauptbereiche:

1. Zentrales Nervensystem (ZNS)
 - Gehirn und Rückenmark
 - Steuert Denken, Bewegungen, Wahrnehmung und viele Reflexe
2. Peripheres Nervensystem (PNS)
 - Alle Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark
 - Unterteilt sich in
 - a) Somatisches Nervensystem (willkürliche Bewegungen, Sinneswahrnehmungen)
 - b) Autonomes Nervensystem (ANS)

Das autonome Nervensystem (ANS)

- Steuert automatische Körperfunktionen ohne bewusste Kontrolle
- Besteht aus zwei zentralen Funktionssystemen: Dem Sympathikus (Aktivierungssystem) und dem Parasympathikus (Regenerationssystem).
 - a) Sympathikus: Aktiv bei Stress und Gefahr → Kampf und Flucht
Körper: Herzfrequenz steigt, Atmung schneller, Energiebereitstellung, muskuläre Anspannung, Verdauung gehemmt
 - b) Parasympathikus: Aktiv bei Sicherheit und Erholung → Ruhe und Verdauung
Körper: Herzfrequenz sinkt, Atmung ruhiger, Energieaufbau, Verdauung aktiviert, Regeneration

Die Polyvagaltheorie von Stephen Porges

Kann als Erweiterung des ANS verstanden werden und beschreibt eine differenzierte Organisation des ANS unter besonderer Berücksichtigung des Vagusnervs

- Sympathikus → Kampf/Flucht
- Parasympathikus (Vagusnerv) mit zwei Systemen:
 - a) Ventraler Vagus → Sicherheit, soziale Verbindung, Regulation
 - b) Dorsaler Vagus → Erstarren, Shutdown, Dissoziation bei Überforderung

Kernidee: Das Nervensystem reagiert hierarchisch auf wahrgenommene Sicherheit oder Gefahr:

- Sicherheit → soziale Verbindung (ventraler Vagus)
- Gefahr → Mobilisierung (Sympathikus)
- Extreme Bedrohung → Immobilisation (dorsaler Vagus)

Exkurs: Skills/Strategien zur Regulation des Nervensystems

1. Reorientierung (nur falls erforderlich!)
Ziel: Reorientierung im Hier und Jetzt durch starke Sinnesreize
2. Regulation → die Strategie orientiert sich am Zustand des Nervensystems mit dem Ziel, diesen gezielt zu verschieben.
 - a) Sympathische Aktivierung: Panik, Hyperarousal, Anspannung
 - Langsame, ausatmungsbetonte Atmung (mehr aus als ein)
 - Soziale Co-Regulation
 - Ruhige, rhythmische Bewegungen
 - Orientierung im Raum
 - Schütteln zum Abreagieren
 - b) Dorsale, parasympathische Aktivierung: Erstarren, Dissoziation, Shutdown
 - Schnellere, einatmungsbetonte Atmung (mehr ein als aus)
 - Körperliche Aktivierung (Aufstehen, Dehnen, Gehen, Wackelbrett, Hüfen etc.)
 - Stimulation von Orientierung und Aufmerksamkeit

3 Stressorbasiertes Modell

Verschiedenste Trauma integrative Verfahren basieren auf die Kenntnisse der Konsistenztheorie und verfolgen damit den Ansatz der stressorbasierten Psychotherapie (Hensel, 2017). Belastende Lebenserfahrungen verfestigen sich neurophysiologisch durch eine maladaptive Verarbeitung dieser (Konsolidierung). Gehirnphysiologisch befinden sich traumatisierte Menschen in einer chronischen neurophysiologischen Spannungs- und Erregungszustand, der durch verschiedene Trigger, subjektiv wahrgenommene Stressoren und Symptome aufrecht erhalten wird. Durch eine wiederholte neurophysiologische Aktivierung dieser Stressornetzwerke kommt es zu einer beständigen Retraumatisierung und damit zu einer Verfestigung der belastenden Erinnerungen (erneute Konsolidierung). Um diese nachhaltig zu verändern, können neurobiologisch fundierte Selbstheilungsmechanismen genutzt und damit maladaptiv abgespeicherte Erinnerungen des Stressornetzwerkes transformiert werden (Hensel, 2017). Studien zeigen, dass sich die negativ belastend empfundenen Gefühle dauerhaft und neurobiologisch nachweisbar auflösen (Schiller et al., 2010; Merlo, Milton, Goozee, Theobald & Everitt, 2014). Die Grundlage dieser stressorbasierten Psychotherapie, zu der auch die I.B.T.-Methode gezählt werden kann, basiert auf der Forschung der Gedächtnisrekonsolidierung (Björkstrand et al., 2015; Becker & Kindt, 2017).

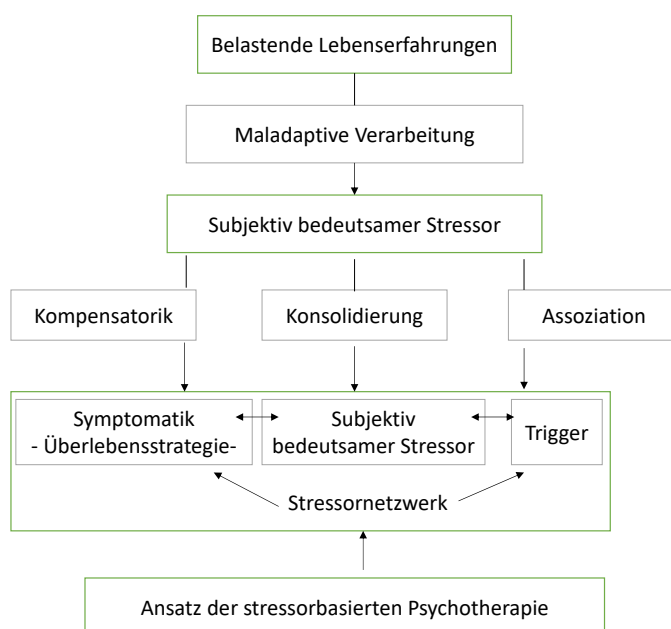


Abbildung 4 Störungsmodell des stressorbasierten Ansatzes (modifiziert nach Hensel, 2017)

Nach dieser Theorie müssen die den Problemen zu Grunde liegenden neuronalen Erregungsmuster aktiviert sein, um sie zu verändern, d.h. mit neuen Erfahrungen überschreiben zu können. Forscher sprechen in diesem Zusammenhang von Rekonsolidierung. Nadel & Moscovitsch (1997) fanden heraus, dass alte belastende Erfahrungen neurophysiologisch im nachhinein transformiert werden können. Damit dies gelingt, müssen diese alten belastenden Erinnerungen über emotionale Aktivierung gehirnphysiologisch in einen fragilen, veränderungsoffenen Zustand versetzt werden. Werden nun, bevor ein erneuter Konsolidierungsprozess eintritt, neue Informationen und Erfahrungen gleichzeitig aktiviert, findet eine Löschung der konditionierten Angstreaktionen (Björkstrand et al. 2015) statt. Die Erinnerungen an das Ereignis bezüglich Raum und Zeit bleiben erhalten, lediglich die emotionale Abspeicherung in Bezug auf die belastenden Ereignisse werden neutralisiert (Hensel, 2017).

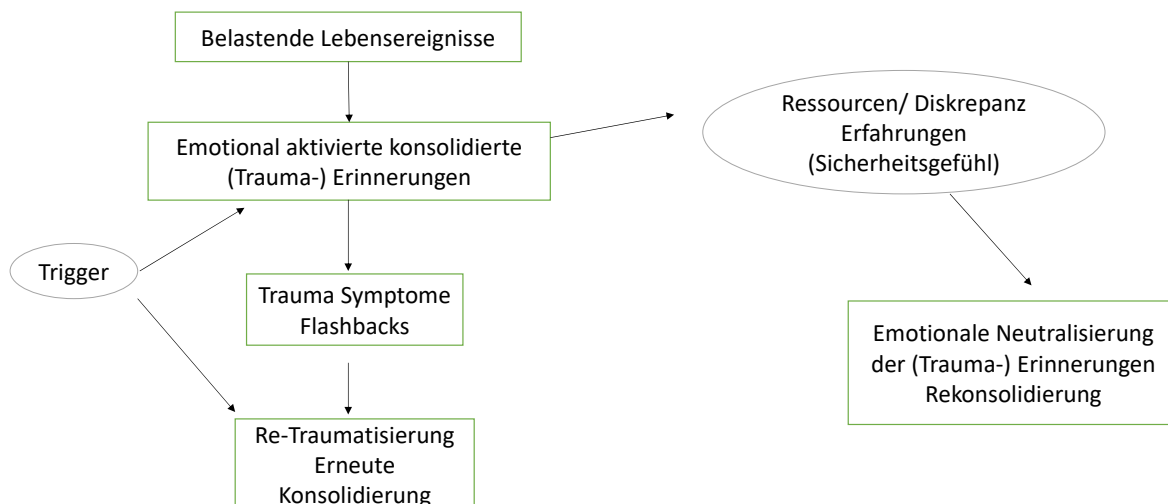


Abbildung 5 Re-Konsolidierungsprozess

Die Aktivierung dieses belastenden, traumatischen Stresses auslösende Muster gehen mit aversiven Emotionen einher und werden deshalb tendenziell vermieden. Das Vermeidungsverhalten führt jedoch dazu, dass Verarbeitungsprozesse nicht natürlich geschehen. Aber auch allein die prozessuale Aktivierung der Probleme führt nicht zu korrigierenden Erfahrungen, sondern wird eher als unangenehm und verschlimmernd erlebt (erneute Konsolidierung). Dies führt häufig zu noch stärkerer Vermeidung und Entwicklung verschiedenster Symptome als Überlebensstrategien, die eine erneute Aktivierung der Probleme verhindern sollen.

In der Verbindung aber der prozessualen Aktivierung 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 (Rekonsolidierung).

Die als Gegengewicht zu den Problemen zu aktivierenden positiven Erregungsmuster müssen als Potential bereits vorhanden sein, d.h. die Ressourcen müssen bereits erlebt und mit einem positiven Körpergefühl im Körper verankert 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. Ressourcen, die der Patient nicht kennt und keine positive Körperresonanz hervorruft, sind kein wirksames Gegengewicht im Trauma integrativen Prozess.

Bei den Ressourcen im Trauma integrativen Prozess sollte es sich also, um als ein Gegengewicht gelten zu können, das gegenteilige Gefühl beinhalten (miss-match-Theorie). Ist das Traumaempfinden Unsicherheit, müsste das Gegenwicht im Gefühl Sicherheit bedeuten etc...

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 Patienten aktiviert sind/ werden (Grawe, 1998; 1999).

Zusammenfassend kann als im Sinne der Neurobiologie im Bereich der Rekonsolidierung gesagt werden, dass dysfunktional abgespeicherte Erinnerungen (implicit emotional learning), Erinnerungen, die mit unangenehmen, belastenden Gefühlen verbunden sind, die Grundlage der Symptomproduktion der meisten psychischen Störungen sind. Dies beinhaltet emotionale Konditionierung (Bsp. 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, also die negativen, belastenden Empfindungen werden gelöscht. Das heißt danach sind Erinnerungen ohne unangenehme, belastende Gefühle möglich. Die Grundlagenforschung zu diesem Thema wird seit knapp zwei Jahrzehnten intensiv betrieben und läuft unter dem Stichwort „Rekonsolidierung“.

Werden Erfahrungen wiederholt über einen längeren Zeitraum gemacht, werden diese schließlich in Form von biographischen Erfahrungen, Grundüberzeugungen stabil im Langzeitgedächtnis abgespeichert (Konsolidierung). Erfahrungen werden qualitativ abgespeichert, d.h. die verschiedenen Wahrnehmungsaspekte werden in unterschiedlichen Gehirnregionen gespeichert (und müssen, wenn sie wieder erinnert werden, zusammengesucht werden). Jedes Mal, wenn der Erinnerungsinhalt wieder aufgerufen wird, d.h. ins Bewusstsein gehoben wird, gerät die Erinnerung in einen (biochemisch) labilen Zustand. Je emotionaler diese Erinnerung aktiviert wird, desto biochemisch labiler, das heißt veränderungs offen ist diese Erinnerung. Werden keine neuen Informationen hinzugefügt, wird die Erinnerung in unveränderter Weise wieder abgespeichert und noch fixierter eingepägt (erneute Konsolidierung).

Es ist aber auch möglich, in der labilen Phase der aktualisierten Erinnerung neue adaptive Informationen „hinzuzufügen“, die sich dann mit der ursprünglichen Erinnerung assoziativ und neuronal verbinden und zu einer neuen veränderten Abspeicherung führen. Der Mechanismus alte Erinnerungen durch neue Erfahrungen quasi upzudaten wird Rekonsolidierung genannt.

Wenn wir diesen Prozess unter Trauma spezifischen Aspekten übersetzen, könnte der Vorgang wie folgt aussehen: ein Kind macht wiederholt die Erfahrung, dass seine Grenzen überschritten und seine Bedürfnisse nicht wahrgenommen werden. Im Konsolidierungsprozess speichert sich diese Erfahrungen im Langzeitgedächtnis ab, evtl. mit der Grundüberzeugung „Meine Gefühle sind nicht wichtig.“. Kommt das Kind später in Situationen, in denen diese Erinnerungsinhalte durch bewusstes oder auch unbewusstes Aktivieren wieder ins Bewusstsein gehoben werden und das Kind diese Situationen emotional wieder erlebt, kommen diese Erinnerungen gehirnphysiologisch gesehen in einen veränderungs offenen Zustand. Nehmen wir an, das Kind kommt später in eine Situation, in der es etwas möchte und es ihm verweigert wird. Die Erfahrung, dass seine Wünsche nicht wichtig sind, wird reaktiviert. Es empfindet erneut die alte Kränkung, die Traurigkeit, den Schmerz etc. von früher – verschiedenen Gehirnbereiche „leuchten“ auf. Werden nun keine korrigierenden Erfahrungen oder Ressourcen erlebt, sondern evtl. Unverständnis, Anklagen, Ignoranz, dann speichert sich diese Erinnerung noch fixierter im Langzeitgedächtnis ab. Die Grundüberzeugung „meine Gefühle sind nicht wichtig“ wird bestätigt, wir sind im Bereich der Retraumatisierung.

Reagiert das Umfeld jedoch anders oder gelingt es dem Kind selbst innere, erlebbare Ressourcen zu aktivieren, wie zum Beispiel das Gefühl, jemand hält meinen Schmerz aus, ich bin jemandem wichtig, ich werde in meinem Leid ernst- und wahrgenommen, kommt es gehirnphysiologisch zu einer veränderten emotionalen Abspeicherung, einer Rekonsolidierung, der alten Erinnerung und auch die negativen Überzeugungen werden Stück für Stück „überschrieben“.

4 Grundlagen von EMDR

4.1 Grundlagen EMDR

4.1.1 Einführung

Eye Movement Desensitization and Reprocessing, auf Deutsch Desensibilisierung und Neuverarbeitung mit Augenbewegungen, ist eine Ende der 80er von Dr. Francine Shapiro entwickelte Therapiemethode zur Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen. Seit 2015 ist diese Methode als wirksames Verfahren bei der Behandlung von PTBS bei Erwachsenen in den Psychotherapierichtlinien verankert.

EMDR ist ein hochwirksames Werkzeug, das in einen Behandlungsplan integriert werden muss. Für die Anwendung selbst benötigt es eine gute fundierte Ausbildung, besonders bei komplex traumatisierten

Klienten. Der Wirkmechanismus ist noch nicht genau geklärt, scheint aber ähnlich der Verarbeitungsfunktion des REM-Schlafes zu sein. Kern der Methode scheint die Wiederaktivierung eines spontanen, sich selbst organisierenden adaptiven Informationsverarbeitungsprozess zu sein, eine Aktivierung des Parasympathikus spielt eine Rolle.

Bilaterale Stimulierung durch Augenbewegungen, auditive oder taktile Reize scheint die blockierte Informationsverarbeitung (der als dissoziierte Traumafragmente gespeicherten impliziten Traumaerinnerungen) wieder in Gang zu bringen und deren Abschluß zu ermöglichen. Mit erfolgreicher Verarbeitung wird die Erinnerung quasi in das explizite Gedächtnis „umsortiert“ und so zu einer erzählbaren und der Vergangenheit angehörigen Erinnerung, die nicht mehr weiter belastende Symptome in der Gegenwart auslöst. Zudem verändern sich typische posttraumatische negative Überzeugungen zum Selbstbild („Ich bin schlecht“, „Ich bin selbst schuld“), diese werden im Sinne einer kognitiven Umstrukturierung neu bewertet.

Zur Verarbeitung mit dem sogenannten EMDR-Standardprotokoll wird eine Alltagsproblem- oder Traumaerinnerung fokussiert, indem visuelle, kognitive, emotionale Anteile und Körpersensationen, sowie die zugehörige negative Kognition geklärt werden und damit das Traumanetzwerk aktiviert – sozusagen gezielt getriggert – wird. Durch gleichzeitige Aufmerksamkeit auf den Fokus (der ausgewählten traumaassoziierten Alltagssituation oder Traumaerinnerung) und die bilaterale Stimulation wird der Verarbeitungsprozess gewissermaßen katalysiert. EMDR scheint den Informationsverarbeitungsprozess auf hirnebene physiologischer Ebene zu beschleunigen, die unverbundenen Traumafragmente miteinander und mit Ressourcennetzwerken zu verbinden.

Mögliche „Zielknoten“ sind ursprüngliche Traumaerinnerungen in der Vergangenheit, Trigger und traumabedingte Verhaltensprobleme (inklusive Vermeidungsverhalten) in der Gegenwart, Albträume, sowie traumabezogene Zukunftsängste, verzerrte Erwartungen und negative Kognitionen. Von Clustern ähnlicher Erinnerungen werden einzelne verarbeitet, i.d.R. generalisiert der Effekt.

Bei komplex traumatisierten Klienten beginnt man mit Ressourcentechniken und weniger belastenden traumaassoziierten Gegenwartsthemen. Erst später werden die primären Traumaerinnerungen der Vergangenheit verarbeitet.

Nach einem Akuttrauma sollte EMDR bei Dauerintrusionen sehr früh eingesetzt werden. EMDR bietet vielfältige Möglichkeiten, Ressourcen zu stärken, aufzubauen und zu verankern. In der Traumakonfrontation mit EMDR gibt es sehr gute Techniken, gezielte Ressourcen durch Pendeln zwischen Ressourcen- und Traumabildern in kleinen dosierten Schritten oder direkt „einwebend“ in die Konfrontation einzubringen und diese so sehr schonend und steuerbarer zu gestalten.

Humanistisches Menschenbild nach Carl Rogers: Menschen haben ein angeborenes Bedürfnis, nach Gesundheit und Anpassung zu streben.

Therapieschulen übergreifendes Modell: Konzept der adaptiven Informationsverarbeitung (AIP). Dieses Konzept beinhaltet das Prinzip der Selbstheilungskräfte, als auch Konzepte der Psychotraumatologie, die den traumatischen Prozess als unterbrochene Informationsverarbeitung charakterisiert. Die Wahrnehmungen, Gefühle und Gedanken werden unverarbeitet genauso abgespeichert wie zum Zeitpunkt des belastenden Ereignisses. Diese unverarbeiteten Erlebnisse führen schließlich zu dysfunktionalen Gedanken- und Verhaltensmustern, die wiederum Grundlage für eine Vielfalt von psychischen Störungen nach sich ziehen. EMDR fördert die Erschließung und Verarbeitung von belastenden Erinnerungen auf drei Ebenen (Kognitiv, physiologisch und emotional), um sie zur adaptiven Auflösung zu bringen.

Das Bearbeiten der belastenden Erinnerungen mit Unterstützung von bilateraler Stimulierung ist ein autonomer Prozess im Klienten selbst. Der Therapeut selbst begleitet den Prozess und sorgt für einen sicheren, strukturierten Rahmen. Die therapeutische Interaktion zwischen Therapeut und Klient steht dabei nicht im Vordergrund.

4.1.2 Beobachtungen bei EMDR

- Emotionale Entlastung durch Erleben der Auflösung der Bedrohungssituation
- Kognitive Veränderungen durch spontane Neubewertung der traumatischen Situation, die nicht mehr als gegenwärtige Gefährdung wahrgenommen, sondern als Vergangenes eingeordnet wird.

- Verhaltensveränderungen wie Aufgeben des Vermeidungsverhalten und Wiederlangen von verloren gegangener Fähigkeiten.
- Auflösung körperlich abgespeicherter Traumata, verbunden mit Senkung der innerlichen Erregung. Dies zeigt sich häufig in einer innerlichen Ruhe, Weite und Entspannung (Gähnen).
- Lösungsorientierte Veränderung innerer Vorstellungen des Traumas. Dieser Prozess wird mit positiven Gefühlen und Körperempfindungen gekoppelt.

4.1.3 Behandlungsgrundlagen

- Wertschätzende, authentische Grundhaltung des Therapeuten: mitfühlen, aber nicht mitleiden; nicht werten!
- Sichere therapeutische Beziehung
- Normalisierung der Gedanken und Einstellungen des Patienten („normale Reaktion auf unnormale Ereignisse)
- Rückgewinnung von Kontrolle durch Stabilisierung (z.B. Tresorübung, sicherer Ort, Dissoziationsstop, Lichtstromübung)
- Ressourcenaktivierung (Ressourcenprotokoll)
- Distanzierungstechniken (Tresorübung, Screen-Technik)

4.1.4 Leitlinien bei EMDR

- **Nutzen der eigenen Kompetenzen:** Unterscheiden zwischen eigener Unsicherheit und Anspannung und den Ängsten des Patienten, Vertrauen in die eigenen Beziehungsgestaltungskompetenzen
- **Safety First:** stabile und tragfähige Therapeut-Patient-Beziehung, beachten der Sicherheits- und Kontrollbedürfnisse des Patienten (sicherer Ort!), ressourcenorientierter Kontakt, rationalisieren der eigenen Befürchtungen, Einverständnis des Patienten (bei Kindern: Kind + Bezugspersonen)
- **Vertrauen in Methode und Prozess**
- **Prozessorientiertes Vorgehen und flexibles führen**

4.1.5 Behandlungsplanung und Behandlungsphasen

Behandlungsplanung: Diagnostik, Beziehungsaufbau und Psychoedukation, Erarbeitung der Ziele, Aufklärung über die Methode, Erstellung Trauma-/Ressourcenlandkarte, Je nach Indikation: Vorbereitung analog Stabilisierung

Phasen der Behandlung:

- 1.) Stabilisierung (körperlich, emotional, sozial – bei Kindern auch die Bezugspersonen)
- 2.) Traumaverarbeitung
- 3.) Integration und Neuorientierung

4.1.6 Vorgehen in der Therapieplanung

Stabilisierung

Aufbau einer stabilen therapeutischen Beziehung zum Patienten

Bestehende Motivation des Patienten (und dessen Bezugspersonen) am Trauma zu arbeiten (z.B. durch Splitter-Metapher)

Einüben von verschiedenen Stabilisierungs- und Ressourcenübungen (z.B. sicherer Ort, Lichtstromtechnik, Screen-Technik, Tresorübung)

Ausreichende Alltagsstabilität: physische und psychische Belastbarkeit, keine Sicherheitsrisiken (Vertrag)

Unterstützungsmöglichkeiten im familiären und weiteren Umfeld

Ausreichend Zeit

Indikation

Stressorbasiertes Vorgehen: Erinnerungen aus der Vergangenheit, die im hier und jetzt noch eine emotionale Belastung hervorrufen

Kontraindikation

Klientenbezogen		
Absolute Kontraindikation	• <u>Klient will definitiv nicht!</u> • Erkennbares mangelndes Sicherheitsgefühl zum Therapeuten oder im Therapiezimmer • Instabiler psychischer Zustand (akute Schizophrenie, Hirnorganische Erkrankung, Akute Suizidalität, Unfähigkeit, negative Gefühle zu ertragen, manifeste Ängste) • Bestimmte komorbide Erkrankungen (aktives Suchtverhalten, nicht-reaktive schwere Depression) • Ungeklärte dissoziative Störung • Kein sicherer Ort zu etablieren • Keine Einigung auf ein Target möglich	
	Klientenbezogen	
Relative Kontraindikation	• Geringes psychisches Funktionsniveau (Ich-Schwäche) • Ungeklärter sekundärer Gewinn aus der Symptomatik • Starke komorbide Symptome (manifeste Ängste) • Nicht-reaktive Depression • Fehlendes eindeutiges Signal vom Kind, dass es sich in der therapeutischen Situation wohl fühlt • Körperlich eingeschränkte Belastungsfähigkeit (Herzerkrankungen, Asthma)	
	Therapeutenbezogen	Umweltbezogen
Absolute Kontraindikation	• Unzureichende Erfahrung des Therapeuten mit der Methode, dem Störungsbild oder dem Alter des Kindes • Nicht ausreichend Zeit für die regelrechte Durchführung	• fortbestehende Traumatisierung des Kindes (Täterkontakt) • Juristische Aspekte (Gerichtsverfahren)
	Therapeutenbezogen	Umweltbezogen
Relative Kontraindikation	• mangelndes Vertrauen in die methodische Strukturierung und Prozessierungsmöglichkeiten • Gefühl von „unter Druck stehen“, z.B. durch Wünsche von Kind/ Eltern schnell zu handeln	• Keine ausreichende Unterstützung durch die Bezugspersonen und/ oder Umwelt • Bezugspersonen sind ambivalent bzgl. der Therapie • Bezugspersonen sind traumatisiert • anstehende Herausforderungen (Prüfungen etc.) • Systemischer Gewinn aus der Symptomatik des Kindes

4.1.7 Ressourcenthemen

Kategorie	Problem	Ressource
Sicherheit	Erstarrung/ Freeze	Handeln, sich bewegen (Kampf)

Verantwortung	Schuld/ Scham	Gemeinschaft und Hilfe
Wahlmöglichkeiten	Niedrige Selbstwirksamkeit, Ausgeliefertsein / Hilflosigkeit	Selbstwirksamkeit
Selbstwert	Selbstunsicherheit	Mitgefühl, Selbstakzeptanz
Körpergefühl mit einer wohlthuenden Emotion, z.B. Freude, Glück, Liebe, Mitgefühl, Geborgenheit, Akzeptanz, innere Kraft/ Frieden, Lebendigkeit, Lebensfreude, Selbstwirksamkeit etc.		

Ausreichend Ressourcen müssen jeweils aktuell zur Verfügung stehen. Als Kern einer Ressource wird das Erinnerungsbild der Ressourcensituation mit dem zugehörigen Körpergefühl und mit positiver Emotion im Jetzt – durch langsame bilaterale Stimulation – verankert, z.B. eine Erinnerung an Freude, Ruhe, Kompetenz, Sicherheit, Akzeptanz, Geborgenheit, Stolz, Mut etc. So können allgemeine Ressourcen wie positive Erfahrungen, Vorbilder, Krafttiere, Symbole, imaginative Helfer, Kraftorte etc. verankert werden oder spezifische problembezogene Ressourcen.

Eine sehr wirksame und vielfältig einsetzbare Ressourcentechnik ist die Absorptionstechnik. Hier werden für eine zu bearbeitende Problemsituation spezifisch notwendige Ressourcen erarbeitet und verankert, dann mit dem Bild der Problemsituation verknüpft und so die Belastung des Fokus bereits gesenkt. Dieser kann dann – bei Bedarf und mit nun bereits geringer Ausgangsbelastung – mit dem sogenannten Standardprotokoll weiterverarbeitet werden.

4.2 Standardprotokoll

4.2.1 Die 8. Phasen des EMDR-Standard-Protokolls

1. Anamnese und Behandlungsplanung
2. Vorbereitung und Stabilisierung
3. Aktualisierung und Einschätzung
4. Prozessierung
5. Verankerung
6. Körpertest
7. Abschluß
8. Überprüfung

Phase 1 und 2 sind die Grundlagen jeder Beratung/ Therapie und haben die Stabilisierung und der Aufbau einer Therapiemotivation zum Ziel.

Phase 3 bis 7 sind Bestandteile der EMDR-Sitzung, wobei zu jeder Zeit Stabilisierungselemente von Bedeutung sein können.

Phase 8 findet in der Folgesitzung statt und dient der Evaluierung der erfolgten EMDR-Sitzung.

Zur vollständigen Überwindung der Folgen einer traumatischen Erfahrung werden nach diesem Schema sowohl die biographischen traumatischen Erinnerungen, als auch die gegenwärtigen Auslöser (Trigger) und zukunftsgerichtete Befürchtungen durchgearbeitet

Im vollständigen EMDR-Protokoll wird also daher die Vergangenheit, die Gegenwart und die Zukunft berücksichtigt (3-Zinken-Modell).

4.2.2 „Drei.Zinken-Modell“

- 1.) Symptomverursachende Erinnerung (Trauma) - Vergangenheit
 - Schlimmster Moment
 - Chronologisches Aufarbeiten ähnlicher Erfahrungen
 - Erfahrungen, die in der Vergangenheit das Trauma getriggert haben
- 2.) Aktuelle Auslöser (Trigger) - Gegenwart
 - Aktuelle Beziehungserfahrungen, die triggern
 - Situationen, Orte, Menschen, die Körperflashbacks auslösen
 - Aktuelle Flashbacks, Albträume, Ängste

3.) Zukunftsbewältigung - Zukunft

- In sensu: angemessene Bewältigungsstrategien für zukünftige, zuvor als belastend erlebte Situationen
- Veränderung von bisherigen Vermeidungsverhalten

4.2.3 Ablauf der Sitzung

1. Anamnese und Behandlungsplanung

- Ressourcen- und Traumaanamnese: Trauma-/ Ressourcenlandkarte, Anamnesebogen
- Erhebung: strukturiert, zügig, sachbezogen
- gegenwärtige Beschwerden (kognitiv, emotional, physisch)
- Symptomgeschichte
- Vergangenheit: welche Erinnerungen haben die Störung in Gang gesetzt?
- Gegenwart: welche Auslöser rufen die Beschwerden hervor?
- Zukunft: Welche Fähigkeiten braucht der Patient, um zukünftig angemessen reagieren zu können?
- Angestrebter zukünftiger Zustand
- Motivation und informiertes Einverständnis, besonders bei Kindern
- Mögliche Befürchtungen:

Befürchtungen des Klienten	Argumente des Therapeuten
„Das halte ich nicht aus, wenn mein Kind nochmals so leiden muss“	- Ausmaß der elterlichen Traumatisierung und dysfunktionalen Verarbeitung des Traumas (Schuldgefühle) klären
„Das halte ich nicht aus, das nochmals zu durchleben“	- Wahlfreiheit des Klienten (Stop-Signal) und Sicherheitsaspekte (sicherer Ort, Tresorübung, Ressourcenaktivierung) - Splitter-Metapher
„Was ist das Schlimmste, was passieren kann?“	- Der Klient hat keine Lust mehr auf EMDR
„Kann man im Trauma steckenbleiben oder aussagieren?“	- Information über den genauen Ablauf und den Möglichkeiten, stockende Prozesse wieder in Gang zu bringen - Betonung der eigenen Kompetenz
„Was kann zwischen den Sitzungen passieren?“	- Belastende Gefühle können auftauchen, da der Prozess der Verarbeitung weiter fortgeführt wird - Besprechen des Umgangs damit
„Und wenn die Symptome bleiben?“	- Die Forschungslage zeigt sich sehr vielversprechend (große Erfolge in sehr kurzer Zeit) - Über Alternativen aufklären

- Entwicklung eines gemeinsamen Erklärungsmodell: Psychoedukation, Aufklärung über Traumafolgen und Behandlungsmöglichkeiten
- Wichtig: betonen der Selbstheilungskräfte (analog zum körperlichen Heilungsprozess); betonen, dass die Symptome eine normale Reaktion auf unnormale Umstände sind; Hoffnung auf Besserung wecken
- Entwickeln einer stressor-basierten Hypothese
- Sind die Voraussetzungen für EMDR gegeben? Psychische Stabilität, Ressourceninstallation, Einwilligung, Psychoedukation
- Erarbeiten eines ganzheitlichen Behandlungsplans, in dem EMDR ein Element ist
- Konkretisieren der Ziele

- Gemeinsames Besprechen der Targets (Standbilder, schlimmsten Situationen: diese müssen im Hier und Jetzt als belastend erlebt werden!!) und gemeinsames Festlegen der Reihenfolge

2. Vorbereitung und Stabilisierung

- Sicherheitsgefühl stärken: Beziehungsangebot, Vermitteln von Sicherheit, klientenzentrierter Ansatz, gemeinsames Verstehungsmodell, Kontrollüberzeugungen des Klienten stärken
- Einüben des technischen Vorgehens: Augenbewegungen, auditiv oder taktil (tapping)
- Beobachterhaltung einüben: „Beobachte einfach was passiert“
- Stop-Signal vereinbaren
- Sichere Ort Übung
- Ressourcen aktivieren und installieren: Ressourcen-Protokoll, Stärke-Bilder malen, bauen lassen
- Abschluss der Behandlungsplanung

Checkliste:

- Besteht Klarheit über Art und Umfang der Traumatisierung?
- Besteht ein informiertes Einverständnis?
- Steht ein umfassender Behandlungsplan?
- Gibt es abgegrenzte Situationen, die bearbeitet werden sollen?
- Erfolgte eine „technische“ Vorbereitung für EMDR?
- Sicherer Ort installiert?
- Intrapsychische Ressourcen abgeklärt?
- Ausreichende Fähigkeiten zur Traumabewältigung (Affektregulation und Affekttoleranz) vorhanden?

3. Aktualisierung und Einschätzung

- Beginn der Traumafokussierung: Ziel ist eine möglichst erlebnisnahe und umfassende Aktualisierung der traumatischen Erinnerung
- Einschätzung der Belastung (SUD)
- Einschätzung der positiven Selbstüberzeugung (VoC)
- Diese Phase sollte möglichst zügig erfolgen, um die Belastung für den Klienten möglichst gering zu halten
- Prozess hat immer Vorrang vor Protokoll!

Vorgehen:

- a) Das Target auswählen und entfalten
- b) Negative Kognition (nK)
- c) Positive Kognition (pK)
- d) Einschätzung der Stimmigkeit der positiven Kognition von 0-7 (VoC)
- e) Traumabezogene Emotion
- f) Einschätzung des aktuellen Belastungsgrad (SUD)
- g) Begleitende Körperempfindung (Ort+Qualität)

Zu a): Das Target ist die ausgewählte traumatische Situation, die bearbeitet werden soll. Das Target kann ein Bild, aber auch ein Geräusch, eine Körperempfindung oder ein Geruch sein. Hier wird das Ereignis direkt angesprochen. Der Klient wird zudem gebeten, den schlimmsten Moment des Targets zu benennen.

Zu b): Mit dem Herausarbeiten der negativen Kognition wird das Traumanetzwerk aktualisiert. Die nK ist eine irrationale, negative und auf sich selbst bezogene Überzeugung. Die nK sollte möglichst genau das gegenwärtige dysfunktionale Kernthema des Klienten erfassen (kurz und knackig). Die nK sollte zudem emotional bedeutsam sein und eine affektive Resonanz beim Klienten auslösen.

Wichtig:

Nicht Emotion mit Kognition verwechseln

Die nK beinhaltet, was der Klient JETZT über das Ereignis denkt, nicht was er damals gedacht hat

Zügiges Vorgehen

Zu c)/d): Es geht hier um die Frage: „Wenn Du das Ereignis (Target) vor Augen hast, wie würdest du JETZT gerne über Dich denken?“. Der Klient braucht bei der Suche nach der pK meist Unterstützung. Bei der pK handelt sich um eine positive, auf sich selbst bezogene und generalisierte Überzeugung, die beim Klienten eine positive affektive Reaktion hervorruft. Die pK konzentriert sich genau auf die vom Klienten erwünschte Richtung der Veränderung. Die pK sollte ebenfalls kurz sein und sich auf das Kernthema des Klienten beziehen. Die pK wird mit Hilfe des VoC (Validity of Cognition) auf einer Skala von 1 (völlig falsch) bis 7 (stimmt total) eingeschätzt. Zu Beginn sollte die pK mindestens eine 2 haben, damit es sich tatsächlich um eine Ressource und nicht nur um ein reines Wunschdenken des Klienten handelt.

Zu e)/f): Hier wird der Frage „Wenn Du jetzt nochmals an das schlimme Bild denkst und dabei den Satz (nK wortwörtlich wiederholen) denkst, welches Gefühl kommt JETZT in dir auf?“ und direkt darauf „Und wie belastend ist dieses Gefühl JETZT im Moment für Dich auf einer Skala von 0 – überhaupt nicht belastend- bis 10 – maximale Belastung?“. Die Einschätzung der aktuellen Belastung erfolgt mit Hilfe des SUD (Subjective Units of Discomfort) auf einer Skala von 0 (neutral, ruhig, entspannt) bis 10 (maximale Belastung).

Zu h): Direkt nach der Einschätzung der emotionalen Belastung wird geprüft, wo sich die Belastung körperlich zeigt. Es wird gefragt „Wo im Körper spürst Du die Belastung JETZT?“.

4. Prozessierung

- Während der Therapeut in Phase 1-3 sehr aktiv ist, um einen sicheren Rahmen zu schaffen, hält sich nun der Therapeut sehr zurück und vertraut den Selbstheilungskräften des Klienten. Er begleitet den Prozess, strukturiert das Vorgehen und greift erst dann ein, wenn der Prozess ins Stocken gerät.
- Der Therapeut sorgt während dem Prozess für Sicherheit und Struktur und stört den Prozess des Klienten nicht!
- Interventionen nur dann, wenn der Prozess stockt und dann so klar und direkt wie möglich!
- Nochmals Erinnerung an das Stop-Signal

Vorgehen:

- Erinnerung an das Stopp Signal
- Zusammenfassung des Therapeuten: „Bitte stell dir jetzt nochmals das Bild, den schlimmsten Moment vor (stichwortartiges beschreiben), denke an den Satz (nK wiedergeben spüre deine Gefühle (benennen) und wo du sie im Körper JETZT spürst (benennen). Folge meinen Fingern und beobachte, was passiert.“
- Beginn des ersten Set (ca 24 rechts-links Bewegungen). Der Therapeut achtet darauf, dass sich beim Klienten nur die Augen und nicht der ganze Kopf bewegt. Die Augenbewegungen sollten flüssig sein, die Geschwindigkeit zügig.
- Nach dem ersten Set unterbricht der Therapeut und fragt „Atme tief durch und was ist jetzt?“ NICHT „Was fühlst Du jetzt?“!!!
- Egal welche Antwort der Klient nach dem ersten Set gibt, erfolgt direkt weiter das zweite Set „Beobachte weiter und folge meinen Fingern.“ (Keine Zusammenfassung, Interpretation oder Vertiefung)
- Nach dem zweiten Set unterbricht der Therapeut und fragt „Atme tief durch und was ist jetzt?“
- Benennt der Klient zweimal eine neutrale bzw. positive Empfindung scheint der Assoziationskanal durchgearbeitet und der Klient wird gebeten sich gedanklich nochmals in das Target (nicht in das schlimmste Bild) zu begeben und den Belastungsgrad SUD zu benennen.
- Ist der SUD > 0 werden die Sets fortgesetzt, bis wieder eine positive Empfindung geäußert wird.

- Ist der SUD = 0 wird die Stimmigkeit der pK VoC abgefragt.

5. Verankerung

- Der Therapeut fragt nach der Stimmigkeit der pK mit Hilfe des VoC
- Stimmt die pK noch und ist = 7 wird die pK durch langsame Stimulierung noch verankert
- Stimmt die pK nicht mehr, sollte nach einer passenderen pK gesucht werden
- Stimmt die pK, aber VoC < 7 wird diese durch schnelle Stimulierung versucht zu erhöhen.
- Gelingt dies nicht, begibt man sich auf die Ursachensuche: „Was bräuchte es denn, damit es eine 7 wird?“ evtl benötigt es nochmals eine erneute schnelle Prozessierung
- Eine Verankerung der pK darf nur dann erfolgen, wenn SUD = 0!!!
- Wird kein vollständiger Abschluß erreicht, erfolgt die Tresor-Übung oder sicherer Ort

6. Körpertest

- „Jetzt wollen wir noch prüfen, ob von dem schlimmen Ereignis noch etwas in deinem Körper stecken geblieben ist. Kannst du bitte deine Augen schließen und noch einmal an das Ereignis und gleichzeitig den positiven Satz (wortwörtlich wiederholen) denken? Wenn du beides in deinem Kopf hast, gehe wie mit einem Scanner durch deinen ganzen Körper und sage mir, was du spürst.“
- Positive Empfindungen können durch langsame Stimulierung intensiviert werden.
- Unangenehme Empfindungen werden schnell prozessiert ohne erfragen des SUD oder nK
- Bei Reste Tresorübung

7. Abschluß

- Den Klienten stabilisieren (Ruhe, Entspannung)
- Würdigung der Mitarbeit
- Information, dass der Traumaverarbeitungsprozess weiter geht. Es können weiter Bilder, Gedanken etc auftauchen, diese bitte wahrnehmen und notieren und zur nächsten Sitzung mitbringen.

8. Überprüfung

In der nächsten Sitzung sollten vier Aspekte erfragt werden:

1. Hat sich in der Zwischenzeit die Symptomatik verändert?
2. Ist zwischen den Sitzungen neues assoziiertes Material aktiviert worden, an dem jetzt gearbeitet werden muss?
3. Ist das prozessierte Target vollständig verarbeitet?
4. Sind alle relevanten, mit dem traumatischen Geschehen verbundenen Targets und Trigger verarbeitet?

4.2.4 Kriterien einer vollständigen Verarbeitung nach Schubbe

- „Aufweichen/ Verschwinden von festen Verhaltensmustern, Einstellungen, Gefühlen oder Körperreaktionen, die mit dem Ausgangsthema verbunden waren,
- Erlebte Angstfreiheit und Wahlfreiheit in den eigenen Handlungen in bisherigen Auslösesituationen für Belastungen bei Realkonfrontation,
- Bewusste Erinnerungen an die Ausgangssituation rufen keine emotionalen oder körperlichen Belastungen mehr hervor („non-reactivity to a traumatic memory“, Horowitz)
- Ein freies Erzählen über die alten Erfahrungen ist der Klientin ohne affektive Überflutung möglich, die Erfahrungen werden als ichzugehörig und abgeschlossen erlebt,
- Spontane Erinnerungen verlaufen ohne affektive Begleitung,
- Es ist kein Vermeidungsverhalten mehr zu beobachten.“

4.2.5 Mögliche Schwierigkeiten

Schwierigkeit

Intervention

Abreaktion: häufig weinen, Wiedererleben der stimulierten, traumatischen Situation auf einem hohen affektiven Belastungsniveau	Weitermachen bis zur Auflösung: „Ja, beobachte einfach was geschieht.“ Oder „Ja, das ist altes Zeug.“ Falls die Abreaktion nicht nach ein paar Minuten beendet ist, zurückführen ins hier und jetzt, Körperübung und sicherer Ort)
Blockaden: Verarbeitung kommt zum Stillstand	Einweben: „Was kannst du dem inneren Bild hinzufügen, das dir hilft, dich sicherer und stärker zu fühlen?“ Grundthemen: • Sicherheit/ Überleben • Verantwortlichkeit/ Schuld • Selbstwertgefühl • Wahlmöglichkeiten
Überflutung/ Dissoziation ist Retraumatisierung	Zurückholen: • Zurückführen in die Realität, ins Hier und Jetzt • Reorientierung • Körperübungen • Kontrolle/ Sicherheit aufbauen
Den Klienten immer nur in einem stabilen Zustand entlassen!!	

4.3 Demo und Übungen

5 Anhang

5.1 5.1 Standardprotokoll (lang)

1. Anamnese und Behandlungsplanung: Ausgangserinnerung (Target) festlegen
2. Stabilisierung und Vorbereitung:
 - Erklärung von EMDR und gemeinsames Verstehungsmodell: traumatische Erinnerungen sind im neuronalen Gedächtnis meist wie eingefroren. Die Augenbewegungen scheinen neuronale Netzwerke zu öffnen und dem Gehirn die Verarbeitung dieser Erfahrungen zu ermöglichen. Wichtig ist, mit den Augenbewegungen unterstützen wir die eigenen Selbstheilungskräfte. Sie haben über den gesamten Verlauf die Kontrolle über das Geschehen.“
 - Einüben der Technik (Position, Handabstand, Geschwindigkeit etc.)
 - Einüben sicherer Ort
 - Vereinbaren eines Stop Signals
 - Metapher: Stellen Sie sich vor, Sie nehmen das Ereignis als ein Film auf einer Leinwand wahr oder Sie fahren in einem Zug und beobachten die Erinnerung als vorbeiziehende Landschaft.
3. Einschätzung
 - Ausgangserinnerung/ Target: „Wir arbeiten nun an der folgenden Erinnerung: _____“
 - Ausgangsbild: „Welches Bild, welcher Moment stellt den schlimmsten Teil der Ausgangserinnerung dar?“
 - Aktualisiertes Ausgangsbild: _____
 - Negative Selbstüberzeugung (nK): „Wenn Sie dieses Bild (wiederholen) anschauen, was ist das Negative, das Sie JETZT im Moment über sich sagen können?“
 - nK: _____
 - Positive Selbstüberzeugung (pK): „Wenn Sie sich das Bild (wiederholen) vorstellen, was würden Sie HEUTE gerne über sich denken, anstelle von (nK wiederholen)?“
 - pK: _____
 - Stimmigkeit der pK (VoC): „Wenn Sie an dieses Bild denken, wie zutreffend fühlt es sich dann der Satz (pK) JETZT auf einer Skala von 1-7 an, wobei 1 ganz falsch und 7 völlig richtig bedeutet?“
 - VoC: _____

- Emotionen: „Wenn Sie sich das Bild (wiederholen) zusammen mit dem Satz (nK wiederholen) vorstellen, welche Gefühle tauchen dann JETZT in Ihnen auf?
- Emotionen: _____
- Belastungsgrad SUD: „Auf einer Skala von 0 (keine Belastung) und 10 (maximale Belastung), wie belastend fühlt sich das JETZT an?“
- SUD: _____
- Körperempfindung (KG): „Wo spüren sie das JETZT im Körper?“
- Ort KG: _____
- 4. Durcharbeiten
 - Bild + nK + KG: „Stellen Sie sich bitte das Bild (wiederholen) zusammen mit dem negativen Gedanken (nK wiederholen) vor und spüren Sie im Körper nochmals (Emotion + KG wiederholen). Wenn Sie im Kontakt damit sind, geben Sie mir bitte ein kurzes Signal und wir beginnen mit der Stimulierung. Beobachten Sie sich selbst und lassen Sie alles zu.“
 - Schnelle bilaterale Stimulierung ca 24 x
 - Pause: „Atmen Sie tief durch und was ist jetzt?“
 - Feed-back: _____

 - Nach 1-2 Sätzen des Klienten: „Machen Sie damit weiter!“ und ein weiterer Set erfolgt
 - Weitere Feedbackrunden:
 - Evtl Einweben („Was würde jetzt helfen?“) erforderlich:
 - Ende des Assoziationskanal: 2 x positives oder neutrales Feedback
Der Klient wird gebeten, zur Ausgangssituation (Target, nicht schlimmstes Bild) zurückzugehen: „Wenn Sie zur Ausgangssituation (benennen) zurückgehen, was bemerken Sie dann jetzt?“
 - Egal, was der Klient antwortet: ein weiteres Set
 - Bei neuem Material: „Bleiben Sie dabei und folgen den Fingern.“, bis 2 x positives oder neutrales Feedback

- Wenn keine Belastung mehr auftaucht: „Wenn Sie zur Ausgangserinnerung (benennen) zurückgehen, was bemerken Sie dann jetzt?“, „Wie belastend, fühlt es sich JETZT auf einer Skala von 0 (keine Belastung) bis 10 (maximale Belastung) an?“
 - SUD: _____
 - SUD > 0, aber kleiner 2: „Was brauchen Sie noch, damit es eine 0 wird?“
 - Egal, was der Klient berichtet: „Bleiben Sie dabei und folgen den Bewegungen.“
 - Weitere Sets bis SUD = 0
 - SUD = 0 Prozessierung beendet
5. Verankerung der pK
- pK prüfen: „Wenn Sie an die Ausgangserinnerung (benennen) denken, stimmt dann der positive Gedanke (pK benennen) noch oder gibt es jetzt einen, der besser passt?“
 - ggf. neue pK: _____
 - „Halten sie (Ausgangserinnerung) und (pK) zusammen. Wie stimmig fühlt sich das jetzt auf einer Skala von 1 (ganz falsch) bis 7 (ganz richtig) an?“
 - VoC < 6: neue, bessere pK
 - VoC = 6 „Was hindert Sie daran, dass es eine 7 wird?“
Bei blockierenden Überzeugungen diese durcharbeiten, dann erneutes erfragen des VoC
„Denken Sie daran (wiederholen der blockierenden Überzeugung) und folgen Sie den Fingern.“
 - VoC = 7, dann ein langsames Set Stimulierung gemeinsam mit der Ausgangserinnerung und pK
6. Köpertest (Nur wenn SUD = 0 und VoC = 7)
- „Schließen Sie bitte die Augen, stellen Sie sich die Ausgangserinnerung (wiederholen) vor, sagen Sie sich die pK (wiederholen) und gehen Sie dabei innerlich durch Ihren ganzen Körper. Empfinden Sie irgendwo noch eine Spannung, ein unangenehmes Gefühl?“
- Wenn ja: schnelle Stimulierung bis negative Empfindung verschwunden
7. Abschluß in einem ausgeglichenen Zustand
- „Wir sind jetzt am Ende der Therapiestunde. Das Durcharbeiten, das wir heute begonnen haben, kann sich nach der Sitzung noch fortsetzen. Es können weitere Einsichten, Gedanken, Erinnerungen oder Träume auftauchen. Falls dies geschieht, nehmen Sie es einfach nur wahr und halten Sie es einem Tagebuch fest. Mit diesem Material können wir die nächste Sitzung weiterarbeiten. Wenn es zwischenzeitlich notwendig sein sollte, melden Sie sich bitte. Im Übrigen bitte ich Sie, die

Übungen zur Selbstregulation und –beruhigung, die wir hier schon geübt haben, auch weiter Zuhause anzuwenden, also z.B. Sichere-Ort-Übung oder die Tresor-Übung.“

8. Überprüfung in der nächsten Sitzung

VoC:_____ SUD:_____

Nicht komplette Sitzung: SUD > 0 und/ oder VoC < 7 und/ oder negatives Körpergefühl

Ziel: in einem möglichst ausgeglichenen Zustand beenden

- Sichere Ort Übung
- Tresor-Übung

5.2 5.2 Standardprotokoll (kurz)

1. Anamnese/ Behandlungsplanung: Ausgangserinnerung/ Target festlegen
2. Stabilisierung/ Vorbereitung: Erklärung EMDR, Einüben Technik, Sicherer Ort, Stop-Signal, Metapher
3. Einschätzung

Target:

Schlimmster Moment:

Negative Selbstüberzeugung (nK) – jetzt:

Positive Selbstüberzeugung (pK) – jetzt:

VoC:

Emotionen:

SUD:

Körpergefühl (KG)

4. Durcharbeiten: Einstieg mit Bild, nK und KG

Set/ Feedback:

2 x positiv: zu Target zurück: SUD jetzt:

SUD = 0: Sitzung beendet

SUD > 0: weitere Sets

5. Verankerung: pK erfragen, ob stimmig oder andere pK

Target + pK: VoC:

VoC < 6: „Was fehlt noch, dass es eine 7 werden kann?“: weitere Sets

VoC = 7: Target + pK ein Set

6. Körpertest, wenn SUD = 0 und VoC = 7

Bei negativen KG weitere Sets

7. Abschluss im ausgeglichenen Zustand: evtl Tresor-Übung oder Sichere Ort Übung

8. Outcome in der nächsten Sitzung:

SUD:

VoC:

5.3 Tabelle Kognitionen

Negative Kognition	Positive Kognition
Bedrohung vs. Sicherheit (ereignisbezogen)	
Ich sterbe.	Es ist vorbei. Ich habe überlebt. Ich bin JETZT sicher.
Ich bin nicht sicher/ in Gefahr/ verloren/ wehrlos.	Es ist vorbei. Ich bin in Sicherheit. Ich kann mich wehren.
Ich kann mich nicht schützen.	Ich kann lernen, mich zu schützen.
Es hört nie auf.	Es ist vorbei.
Ich kann es nicht aushalten.	Ich habe es ausgehalten. Ich bin stark.
Mir kann keiner helfen.	JETZT habe ich Hilfe.
Hilflosigkeit vs. Kontrolle/ Wahlfreiheit (ereignisbezogen)	
Ich bin hilflos (machtlos). Ich habe keine Chance.	Jetzt kann ich tun, was ich will. Jetzt kann ich anders handeln. Jetzt bin ich groß. Ich kann mich wehren. Ich kann um Hilfe fragen.
Ich habe keine Kontrolle.	Ich habe JETZT Kontrolle. Es ist vorbei, ich habe es überwunden.
Ich bin schwach.	Ich bin stark. Ich hole mir meine Kraft zurück.
Ich muss tun, was andere sagen.	Ich kann selbst entscheiden. Ich bin alt genug, selber zu entscheiden.
Ich kann keinem trauen.	Ich kann vertrauen.
Schuld/ Scham vs. Angemessene Verantwortung (selbstkonzeptbezogen)	
Ich bin schuld.	Ich bin nicht schuld. Es ist nicht meine Schuld.
Ich bin selber schuld.	Niemand hat das Recht, mir das anzutun. Ich bin okay.
Ich hätte etwas tun müssen. Ich bin ein Feigling.	Ich habe getan, was ich konnte.
Ich muss mich schämen. Ich bin schlecht.	Es war nicht mein Fehler. Das Allermeiste, was ich mache, ist gut. Niemand macht alles richtig. Ich habe daraus gelernt.
Das darf niemand wissen.	Es tut gut, es zu erzählen. Ich entscheide, wem ich es erzähle.
Ich verdiene es (das Trauma, die Folgen des Traumas, den Tod, dass es mir so schlecht geht).	Ich verdiene es, zu leben (dass es mir gut geht). Ich bin ein guter Mensch. Ich muss nicht auf mir rumhacken. Jeder darf Fehler machen. Ich mag mich. Niemand hat das Recht, mir das anzutun. Ich bin okay.
Ich bin nicht vertrauenswürdig.	Ich bin vertrauenswürdig.
Selbstkritik/ -abwertung vs. Selbstakzeptanz (selbstkonzeptbezogen)	
Ich bin böse/ schlecht/ schlimm. Ich bin nicht liebenswert.	Ich bin lieb/ gut. Ich bin ein guter Mensch. Ich bin liebenswert. Ich bin okay, wie ich bin.
Ich bin dumm, doof, blöd, ein Versager, nicht gut genug.	Ich bin geschickt, schlau, clever, ein As. Ich mache es gut.
Ich bin falsch/ krank.	Ich bin okay, wie ich bin.
Ich bin unwichtig/ wertlos.	Ich bin wichtig. Ich bin wertvoll. Ich verdiene Respekt.
Ich kann mir selbst nicht trauen.	Ich kann lernen, mir zu vertrauen.
Ich muss perfekt sein. Ich darf keine Fehler machen.	Ich bin okay/ perfekt, wie ich bin. Ich darf Fehler machen.
Ich bin nicht gut genug.	Ich bin gut. Ich verdiene es. Ich habe es gut gemacht.

Akuttraumatisierung	
Ich sterbe.	Ich lebe. Es ist vorbei.
Ich kann es nicht aushalten.	Ich kann damit umgehen. Es ist vorbei.
Es ist/ war schlimm.	Es ist vorbei.
Ich war allein/ verlassen.	Jetzt ist jemand da.

5.4 CIPOS als EMDR-Behandlungstechnik

CIPOS = Constant Installation of Present Orientation and Safety

- Entwickelt von Jim Knipe (USA Kalifornien)
- SUD einer Erinnerung
- 3-10 Sekunden Kontakt mit der Erinnerung
- Rückführung in die Gegenwart
- Verstärkung der Gegenwart mit 5 ABW
- Wiederholung 2 x
- Erneuter SUD

1. Durchgang:

- Erlaubnis zur Bearbeitung einer belastenden Erinnerung
- Festlegen welches Erlebnis, nur kurze Schilderung
- Bewertung der Belastung: SUD
- Absprache, wie lange auf die Erinnerung fokussiert werden soll: 3-10 Sekunden
- Patient geht mit dem Trauma in Kontakt - nickt - Therapeutin zählt rückwärts mit
- Bei 0 = > Orientierung in der Gegenwart, evtl.
- Dissoziationsstopp (Rückwärtsrechnen, Ballspiel u. ä.) bis Patient wieder **ganz in der Gegenwart** ist (>95%)!
- „Woran merken Sie, dass Sie hier sind?“
- Langsame Augenbewegungen (ABW 5) zur Stärkung der **Gegenwart**

Dissoziations-Stopp

- Grounding (Zurückbringen in die Gegenwart)
- Orientierung im Zimmer: "Nennen Sie mir 3 Gegenstände im Raum, die grün (rot, blau, etc.) sind"
- Rückwärtsrechnen
- Ballspiel
- Aufstehen lassen, Strecken, auf einem Seil laufen, auf den Zehenspitzen gehen...

2. Durchgang:

- Wieder auf das Thema fokussieren - solange wie vorher - Therapeut zählt laut rückwärts mit
- Ausblenden - Reorientieren, wenn notwendig wieder Dissoziationsstopp - solange bis **ganz in der Gegenwart**
- Gegenwart mit 5 langsamen Stimulationen verstärken

3. Durchgang:

- Fokussieren auf die Erinnerung Therapeut zählt laut rückwärts mit
- Ausblenden meist kein Dissoziationsstopp mehr notwendig
- SUD erfragen

Indikationen

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

Komplikationen

- Patient hat Mühe, nach der Kontaktaufnahme zum Trauma wieder in die Gegenwart zu kommen
- Konsequenz: nur Dissoziationsstopp, nicht erneut an die traumatische Erinnerung gehen, auf keinen Fall reprozessieren!

CIPOS Arbeitsblatt

1. Durchgang
- Konfrontation mit der traumatischen Erinnerung

Fragen Sie den Patienten: "Um welches Thema geht es bei der Erinnerung? Wenn Sie möchten, können Sie mir schildern, worum es geht: Sie müssen dies aber nicht in allen Einzelheiten tun. Es reicht auch, wenn Sie dem Ganzen eine Überschrift geben, d. h. geht es um Sicherheit, Schuld/Scham, Hilflosigkeit oder Selbstwertgefühl? Und wie belastend fühlt sich diese Erinnerung jetzt an, wenn Sie dies auf einer Skala einschätzen, bei der 0 keine Belastung oder neutral bedeutet und 10 das Schlimmste, was Sie sich vorstellen können?"

- SUD =

Fragen Sie jetzt den Patienten: " Wie lange möchten Sie an das belastende Ereignis denken zwischen drei und zehn Sekunden?". "Ich zähle dann laut mit und fordere Sie bei Null auf, tief durchzuatmen und auszublenden. "

"Denken Sie jetzt an das belastende Ereignis. " Als Therapeut zählen Sie nun laut rückwärts mit (z. B. 5 -4 3 2 1 0) und fordern Sie jetzt den Patienten auf: "Atmen Sie tief durch und blenden Sie aus."

- Reorientierung in der Gegenwart

Techniken zum Stoppen der Dissoziation:

Gegenstände im Raum benennen lassen (z. B. 3 Gegenstände die gelb sind), rückwärts rechnen (1000 minus 7 minus 7 minus 7 usw.), Zuwerfen von Bällen oder anderen Gegenständen, aufstehen lassen und sich im Raum bewegen u. ä.

- Verstärkung der Gegenwart

Fragen Sie, wie sehr der Patient "in der Gegenwart ist". Sobald er 95-100% "da" ist, fordern Sie jetzt den Patienten auf: "Nehmen Sie wahr, wie Sie sich jetzt hier fühlen und folgen Sie meinem Finger. (5 langsame Stimulationen) Tief durchatmen. Was ist jetzt?"

Falls Sie Schwierigkeiten haben, den Patienten wieder ganz in die Gegenwart zurück zu holen, dann stabilisieren Sie den Patienten und beenden CIPOS.

2. Durchgang Konfrontation mit der traumatischen Erinnerung

Jetzt fragen Sie den Patienten, ob er noch einmal bereit ist, wieder die ausgesuchte Zeitspanne an das belastende Ereignis zu denken und zählen dann wieder laut rückwärts mit.

Sie sagen: „Denken Sie jetzt noch einmal Sekunden an das belastende Ereignis. (z. B. 5 4 -3 2 1 0). Tief durchatmen und ausblenden. Was ist jetzt?"

- Reorientierung

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

- Verstärken der Gegenwart

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

3. Durchgang Konfrontation mit der traumatischen Erinnerung

Nun fordern Sie den Patienten auf, zum dritten und letzten Mal an das belastende Ereignis zu denken, wieder in der gleichen ausgesuchten Zeitspanne.

Sie sagen: "Denken Sie jetzt noch einmal an das 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.

5.5 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 Klient diese Qualitäten bereits schon einmal erlebt hat (und diese verankert).

Im letzten Schritt werden alle Ressourcen auf der Körperebene aktualisiert und mit diesen noch einmal in die belastende Erfahrung gegangen (und der SUD-Wert geschätzt).

Stabilisierung und Ressourcenaktivierung	
1. Eine belastende Situation (auch in der Zukunft) für die eine Ressource benötigt wird, wird gemeinsam ausgewählt.	
- Aktueller Auslöser von Stress - Herausforderung in der Zukunft (z.B. die bevorstehende Traumafokussierung) - Der SUD-Wert der Belastung wird ermittelt	
2. Es wird nach psychischen Qualitäten (positive Gefühle, Werte, Haltungen) und Fähigkeiten (funktionalem Verhalten) gefragt, um mit dieser belastenden Situation besser umgehen zu können.	
„Welche Fähigkeiten brauchst/ hast du, um mit der Situation gut fertig zu werden?“ - Je nach Alter und Fähigkeiten des Klienten und der Notwendigkeit der Situation werden ein bis drei Fähigkeiten erarbeitet - Der Klient wählt eine Fähigkeit aus, mit der es beginnen möchte	
3. Es wird dann danach gefragt, wann der Klient in letzter Zeit (oder überhaupt in seinem Leben) schon einmal diese Ressource erlebt und/ oder realisiert hat. Diese Erfahrung wird möglichst umfangreich und präzise sensorisch und körperbezogen entfaltet.	
„Gab es für Dich schon mal Situationen, in denen du dich wie (in 2.) gefühlt hast oder wie in (2.) gehandelt hast/ warst?“ - Ein repräsentatives Bild wird aktualisiert. In Analogie zum „schlimmsten“ Moment wird der „schönste“ Moment visualisiert. - Die zu der Erfahrung passenden Gefühle und vor allem Ort und Qualität der Körperempfindungen sind besonders wichtig. - Zur Unterstützung kann der Klient angeregt werden, die Hand an die Stelle am Körper zu legen, wo die angenehme Empfindung zu spüren ist.	

4. Das Ressourcenbild wird mit dem Gefühl und dem Körperempfinden zusammen verankert (< 12 Augenbewegungen) (für jede Ressource aus (2.)).

„Wenn Du jetzt das Bild vor Augen hast, die Gefühle und Deinen Körper spürst, folge mit Deinen Augen meinem Finger (oder einer anderen Stimulation)

- Danach wird explizit nach Veränderungen der Körperempfindung gefragt. „Wie fühlt es sich jetzt in Deinem Körper an?“
- Bei positiver Veränderung wird solange weiter verankert, bis sich das Körperempfinden nicht weiter verbessert.

5. Der Klient wird jetzt gebeten, die Gefühle und Körperempfindungen möglichst aller entfalteten Ressourcen zu aktualisieren. Bei jüngeren Kindern reicht auch eine Ressource. Sobald der Klient diese ressourcenvollen Zustände im Körper spürt, wird es aufgefordert, sich dazu das Bild von der belastenden Situation vorzustellen und einzuschätzen, wie belastend (SUD-Wert) sich das Bild jetzt zusammen mit den Ressourcen anfühlt.

„Spüre jetzt noch einmal diese Gefühle von (3.) in deinem Körper und stelle die Situation (aus 1.) in deinem Kopf vor. Wie schlimm fühlt sich die Situation jetzt auf einer Skala von Null bis Zehn (SUD-Skala) an?“

- Wenn der SUD-Wert = Null ist, wird mit Augenbewegungen verankert
- SUD>0

Wenn jetzt EMDR, dann das Altersangepasste Standardprotokoll (ASP) anwenden und die noch immer belastende Situation prozessieren.

Einweben von weiteren Ressourcen, um den Klienten weiter zu stärken.

5.6 5.6 Sicherer Ort/Wohlfühlort

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

Übungstext: siehe L. Reddemann; Imagination als heilsame Kraft

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

Tipps und Tricks:

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

5.7 5.7 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 ausranzierter Schlüssel könnte im Notfallkoffer hilfreich sein).

Nun geben Sie bitte den Code ein (oder nehmen den Schlüssel) und öffnen den Tresor. Wie sieht es darin aus (z. B. Regale)? Schließen Sie nun bitte wieder den Tresor und verschließen ihn. Schauen Sie

sich bitte noch mal Ihren „Verschlußort“ an. Ist er sicher genug oder bedarf es zusätzlicher Schutzmechanismen (z. B. Wächter, Zauber, zusätzliche Schlösser, Tresor in ein Bankhaus stellen)?

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

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

Anmerkung: Hilfreich ist es beim Spulen einen Blick auf den Zähler, den Videorecorder oft haben, zu schauen. Ab einem Zählerstand von 10 langsam weiter zurückspulen und den „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 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 (Fernbedienung) für die Helligkeit das Bild immer heller bis nur noch weißer Gries zu sehen ist.

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

O Regeln Sie mit der Fernbedienung die Lautstärke her unter.

O Schauen Sie nur aus dem Augenwinkel auf den Film.

Problem: Ich traue mich nicht zum Rekorder hin

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

Problem: Tresor ist voll

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 – ala „Hopp und weg“. Machen Sie die Übung dann bitte bewusster Schritt für Schritt – einschließlich des Weges zum Tresor und wieder weg.

Meine Erfahrung ist, dass es immer eine logische Erklärung gibt, wenn etwas nicht funktioniert und es gibt immer eine passende Lösung. Seien Sie kreativ und überlegen Sie, was Sie machen würden, wenn Ihnen dasselbe Problem mit Ihrem echten Videorecorder/Fernseher passieren würde. Zur Not gibt es ja auch noch den Fernsehmonteur.

Bewährt hat sich, nach der Tresorübung regelhaft die Übung des Sicheren Ortes zu machen und sich körperlich zu betätigen, um die Grundspannung weiter zu senken.

5.8 5.8 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 annehmen und ein Gebilde darstellen. Geben Sie dem Gebilde an jenem Ort in Ihrem Körper eine Form, eine Größe, ein Material, eine Oberfläche, eine Farbe, eine Temperatur, einen Ton oder Klang der vielleicht von ihm ausgeht

Stellen Sie sich jetzt bitte vor, es befände sich eine positive (heilige?) Licht-/Energiequelle oberhalb Ihres Kopfes. Es ist ein Licht der Liebe, Güte, Klarheit und Weisheit. Aus dieser Lichtquelle strömt ein angenehmes Licht in einer Farbe Ihrer Wahl, die Sie mit Wohlbefinden, Heilung, Schmerzlinderung in Verbindung bringen.

Lassen Sie dieses Licht nach und nach Ihren Körper umfließen und einhüllen

Dann lassen Sie das positive Licht durch den Scheitel Ihres Kopfes in Ihren Körper strömen, hin zu der Stelle in Ihrem Körper, wo das Gebilde anzutreffen ist (oder einfach nur in den ganzen Körper, jedes Körperteil, jede Zelle). Das farbige Licht umhüllt, umflutet und umgibt nun dieses Gebilde mehr und mehr, füllt auch das Innere des Gebildes aus, bis schließlich die Energie dieses farbigen heilenden Lichtes das Gebilde mehr und mehr vielleicht verkleinert, auflöst in immer kleiner werdende Bestandteile, bis sie schließlich so klein sind, dass sie nicht mehr zu spüren sind.

Nehmen Sie wahr, wie das Licht nach und nach vom Kopf, über Hals, Schulter/Nacken, Brustkorb, Bauch, Beine bis in die Füße (Arme nicht vergessen) fließt und den Körper bis in die letzte Zelle mit Liebe, Güte, Klarheit und Weisheit anfüllt. Vielleicht fangen Ihre Zellen an liebevoll zu lächeln. Mit diesem Fließen der heilenden Energie werden alle Spannungen, Schmerzen und unangenehmen Gefühle aus dem Körper in die Erde gespült und dort transformiert.

Bewahren Sie, wenn Sie mögen, diese heilende Energie in Ihrem Körper oder nutzen Sie diese heilende Lichtquelle in nächster Zeit in Form dieser Übung so oft wie Sie mögen oder Missempfindungen in Ihrem Körper auftreten.

Kommen Sie jetzt mit Ihrer vollen Aufmerksamkeit zurück ins Hier und Jetzt.“

Tipps und Tricks:

Wenn bestimmte Körperstellen Trigger sind, Können Sie diese zunächst auslassen.

Wenn Sie das Gefühl haben, durch die Übung zu viel Energie im Körper zu haben, kann man sich am Ende der Übung noch vorstellen, wie ein Teil der Energie durch die Hände und Füße wieder zurück zur Erde fließen.

6. Literatur:

Hofmann, Arne, 2014: „EMDR – Praxishandbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen“, Thieme

Rost, Christine, 2014: „Ressourcenarbeit mit EMDR“, Junfermann

Shapiro, Francine, 2012: „EMDR – Grundlagen und Praxis“, Junfermann