Gesprächsführung in der Behandlung von Traumata

Dr. Jürgen Junglas

Institut für Psychotherapie und Psychoanalyse Rhein-Eifel, Sinzig

Teil I 12.9.06, Teil II 19.9.06

Fallkonstellationen

Gewünscht:	Integrierte Belastungsreaktion	Unerkanntes Trauma	PTBS
Geschickter			
Besucher			
Trauma-therapie			
Therapie			

Erste Maßnahmen (Leitlinien 2004)

- Herstellen einer sicheren Umgebung (Schutz vor weiterer Traumaeinwirkung)
- Organisation des psychosozialen Helfersystems
- Frühes Hinzuziehen eines mit PTSD-Behandlung erfahrenen Psychotherapeuten
- Informationsvermittlung und Psychoedukation bezüglich traumatypischer Symptome und Verläufe

Traumaspezifische Stabilisierung (Leitlinien 2004)

<u>Durch entsprechend qualifizierten ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten</u>

- Anbindung zur engmaschigen diagnostischen und therapeutischen Betreuung
- Krisenintervention
- Ressourcenorientierte Interventionen (z.B. Distanzierungstechniken, imaginative Verfahren)
- Pharmakotherapie (adjuvant, symptomorientiert)
- Antidepressiva aus der Stoffgruppe der SSRI

Traumabearbeitung – Kontraindikationen (Leitlinien 2004)

- Relative Kontraindikation
  - Instabile psychosoziale und körperliche Situation
  - Mangelnde Affekttoleranz (ohne ausreichende Stabilisierung)
  - Anhaltende schwere Dissoziationsneigung
  - Unkontrolliert autoaggressives Verhalten
  - Mangelnde Distanzierungsfähigkeit zum traumatischen Ereignis
- Absolute Kontraindikation
  - Psychotisches Erleben
  - Akute Suizidalität
  - Anhaltender Täterkontakt

Traumabearbeitung (Leitlinien 2004)

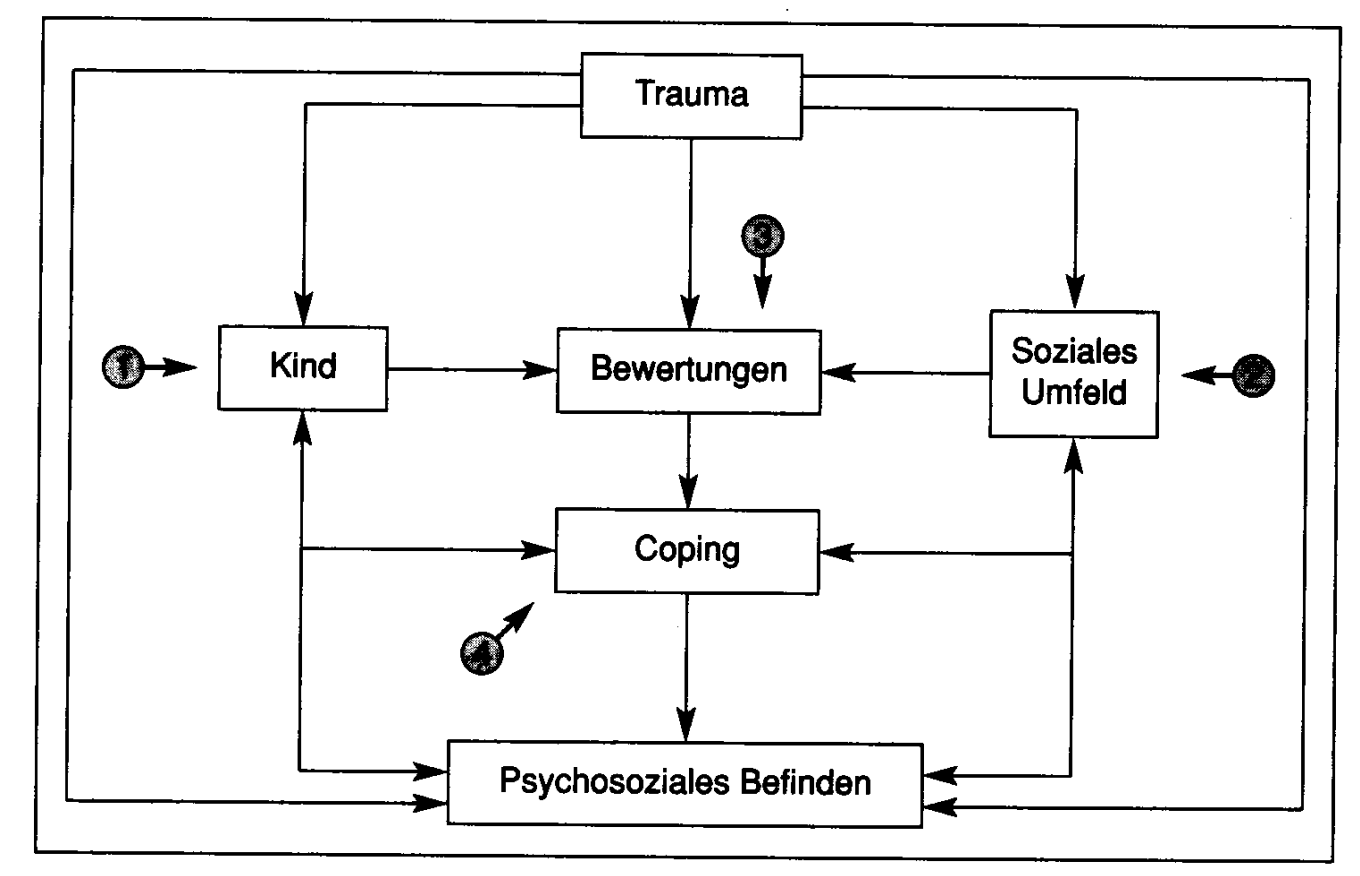
<u>Nur durch entsprechend qualifizierten Psychotherapeuten</u>

- Nicht-komplexer PTSD
  - Dosierte Rekonfrontation mit dem auslösenden Ereignis mit dem Ziel der Durcharbeitung und Integration unter geschützten therapeutischen Bedingungen
    - Voraussetzung: ausreichende Stabilität, keine weitere Traumaeinwirkung, kein Täterkontakt
  - Traumaadaptierte Verfahren (Gesamtbehandlungsplan)
    - Kognitiv-behaviorale Therapie
    - Psychodynamische Therapie
    - EMDR
  - Einbeziehung adjuvanter Verfahren (z.B. stabilisierende Körpertherapie, künstlerische Therapie)
- Komplexer PTSD: nur bei ca. 40 – 50 % möglich

Traumatherapie Kinder (Landolt 2004)

- Einzelpsychotherapie
  - KBVt
  - Spieltherapie
  - Hypnotherapie
  - EMDR
- Gruppentherapie
- Familientherapie
- Pharmakotherapie

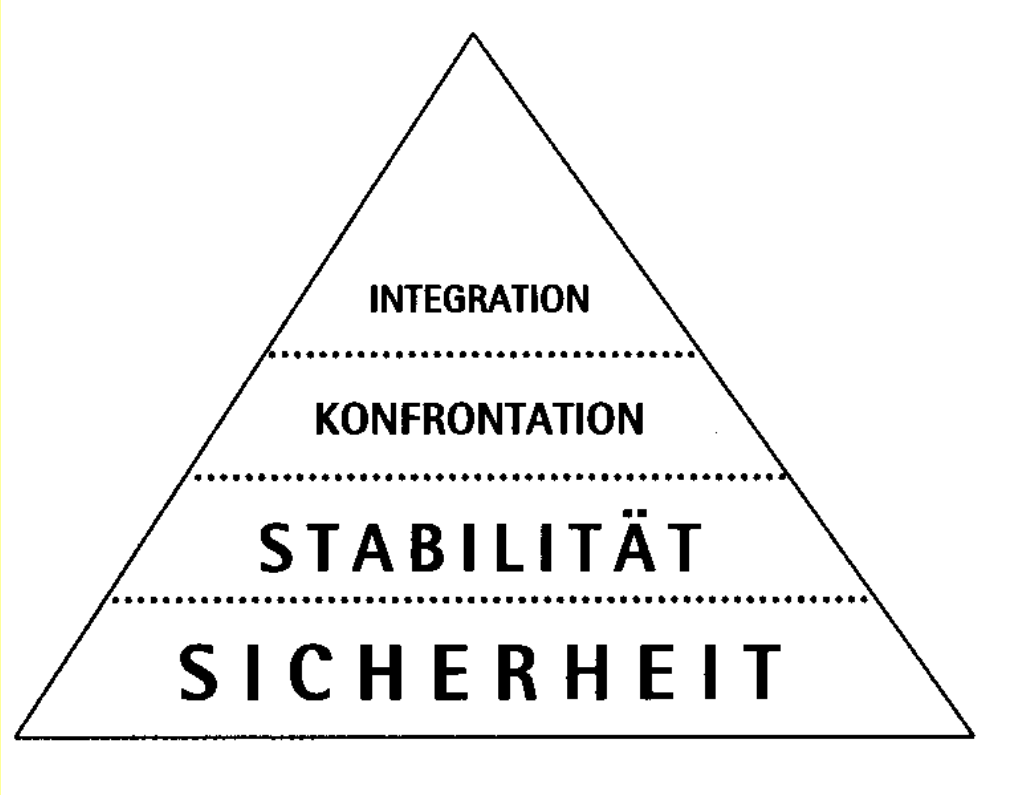
Interventionsfelder (Landolt 2004)



Psychosoziale Reintegration
(Leitlinien 2004)

- Soziale Unterstützung
- Einbeziehung von Angehörigen
- Opferhilfsorganisationen
- Berufliche Rehabilitation
- Opferentschädigungsgesetz

Pyramidenbau der Traumatherapie (Lüdke & Clemens 2004)



Reaktionen	Datum 1. Tag	Datum 2. Tag	Datum 3. Tag	Datum 4. Tag	Datum 5. Tag	Datum 6. Tag	Datum 7. Tag	Belastung 0 = nicht belastend 10 = extrem belastend
Intrusionen (aufdrängende Bilder, Geräusche, Gerüche, Körpergefühle) **Erinnerungsattacken** (flashbacks)								0
								1
								2
								3
								4
								5
								6
								7
								8
								9
								10
Übererregung (hohe Aufregung, Nervosität)								0
								1
								2
								3
								4
								5
								6
								7
								8
								9
								10
Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafstörungen) **Albträume**								0
								1
								2
								3
								4
								5
								6
								7
								8
								9
								10

Reaktionen	Datum 1. Tag	Datum 2. Tag	Datum 3. Tag	Datum 4. Tag	Datum 5. Tag	Datum 6. Tag	Datum 7. Tag	Belastung 0 = nicht belastend 10 = extrem belastend
Rückzug/ Vermeidung (von Personen, Situationen und/oder Orten) **Isolationsgefühle**								0
								1
								2
								3
								4
								5
								6
								7
								8
								9
								10
Depressionen, Niedergeschlagenheit, Stimmungsschwankungen								0
								1
								2
								3
								4
								5
								6
								7
								8
								9
								10
Schwierigkeiten mit dem Essen oder Trinken (wenig oder übermäßiges Essen oder Trinken)								0
								1
								2
								3
								4
								5
								6
								7
								8
								9
								10

Reaktionen	Datum 1. Tag	Datum 2. Tag	Datum 3. Tag	Datum 4. Tag	Datum 5. Tag	Datum 6. Tag	Datum 7. Tag	Belastung 0 = nicht belastend 10 = extrem belastend
Erhöhter Alkohol-, Medikamenten- oder Tabakkonsum								= 0
								1
								2
								3
								4
								= 5
								6
								7
								8
								9
								= 10
Angst (Schwierigkeiten, das Haus zu verlassen, Angst vor Zukunft, im Dunkeln, allein zu sein ...)								= 0
								1
								2
								3
								4
								= 5
								6
								7
								8
								9
								= 10
Schlechtes Gewissen, Selbstvorwürfe, Schuld- und/oder Schamgefühle								= 0
								1
								2
								3
								4
								= 5
								6
								7
								8
								9
								= 10

Reaktionen	Datum 1. Tag	Datum 2. Tag	Datum 3. Tag	Datum 4. Tag	Datum 5. Tag	Datum 6. Tag	Datum 7. Tag	Belastung 0 = nicht belastend 10 = extrem belastend
Konzentrationsstörungen, Gedächtnisstörungen, Erinnerungslücken								= 0
								1
								2
								3
								4
								= 5
								6
								7
								8
								9
								= 10
Wut-, Ärgergefühle Gereiztheit								= 0
								1
								2
								3
								4
								= 5
								6
								7
								8
								9
								= 10
Erschöpfung								= 0
								1
								2
								3
								4
								= 5
								6
								7
								8
								9
								= 10

Reaktionen	Datum 1. Tag	Datum 2. Tag	Datum 3. Tag	Datum 4. Tag	Datum 5. Tag	Datum 6. Tag	Datum 7. Tag	Belastung 0 = nicht belastend 10 = extrem belastend
Unverständnis von anderen (Partner, Familie, Kollegen, Vorgesetzte etc.)								☺ = 0
								1
								2
								3
								4
								😐 = 5
								6
								7
								8
								9
								☹ = 10

Schwierigkeiten, darüber zu sprechen								☺ = 0
								1
								2
								3
								4
								😐 = 5
								6
								7
								8
								9
								☹ = 10

Belastung der ersten Woche insgesamt		☺ = 0
		1
		2
		3
		4
		😐 = 5
		6
		7
		8
		9
		☹ = 10

Mein persönlicher Erfolg der 1. Woche:

Traumaüberwindung (Fischer 2003)

- Distanzierung und Selbstberuhigung
  - Auf den Körper achten
  - Den Kopf frei machen
- Unsere Selbstschutzmaßnahmen kennen lernen und unterstützen
- Die Welt wieder sehen lernen – kreative Möglichkeiten unseres Gehirns
- Laufen und Wandern
- Gut essen und die Widerstandskraft des Körpers stärken
- Die Welt neu ordnen und neue Wege finden

Eltern helfen ihren Kindern

(z.B. Fischer 2003, aus Eckardt 2005)

Tabelle 2: Beispielhafte Erfassung von Ängsten

Datum, Uhrzeit	15. Juni, 15 Uhr	16. Juni, 8.30 Uhr
Dauer	½ Stunde	20 Minuten
Was löste die Angst aus?	Auf dem Nachhauseweg vom Kindergarten: ein Krankenwagen mit Blaulicht fuhr vorbei.	bevorstehende Trennung von mir im Kindergarten
Angstsymptome	Klara zuckte zusammen, weinte, zitterte.	weinen
Intensität der Angst (1–10)	9	7
Was tut das Kind?	Sie weigert sich weiter zu gehen.	Klara bat: »Geh nicht!«
Was tut die Umwelt?	Ich setzte mich ½ Stunde mit ihr auf eine Bank.	Ich küsste sie, sprach beruhigend, dann übernahm die Erzieherin sie.

Verarbeitung des Traumas (Eckardt 2005)

- Gefühle zulassen
- Miteinander reden
- Rituale
- Kreative Bewältigungsmechanismen fördern
- Entspannung
- Spielen
- Karitativer Einsatz
- Konkrete Hilfe
- Selbstwertgefühl aufbauen und Stärken entwickeln

Wege aus der Wortlosigkeit
(Seidler et al. (Hg.) 2003)

- Verhaltenstherapie (Steil)
- EMDR (Hofmann)
- Imaginative Wege (Reddemann)

Elemente der Trauma-Therapie von Opfern von Gewalttaten

- Gesprächsführung
- Übungen
  - Allgemeine
    - Sicherer Ort
  - Spezielle
    - Verstehen
      - Bewegung in Zeitlupe
    - Verändern
      - Das Trauma wegpacken
      - Den Traumafilm stoppen

Katathym-imaginative Psychotherapie (KiP) (Sachsse 2004)

Bewährt bei Patienten, die Schwierigkeiten mit der Verbalisierung haben

- Sicherer innerer Ort
  - gibt es schon im Patienten
  - muss erschaffen werden
    - z.B. Resultat einer guten therapeutischen Beziehung
- Innerer Führer oder Schrittmacher
  - innerer Helfer, der sicher durch schwierige Räume der inneren Vorstellungswelt geleitet
- *Beide müssen jederzeit sicher erreichbar sein, bevor die eigentliche Begegnung mit dem Trauma beginnen kann*

KiP – Trauma-Konfrontation (Sachsse 2004)

- Bildschirm-Technik, TV-Technik, Beobachter-Technik
  - Patient kann jederzeit Einfluss auf das bildhafte Geschehen nehmen und soll es auch tun, um die Kontrolle zu behalten
  - „Imaginäre Fernbedienung“ dient dazu, den Film anzuhalten und das Standbild genauer zu beschreiben
- „Regieprinzipien“
  - Patientin wird geschult, mehr und mehr zur Regisseurin ihrer inneren Filme zu werden.
- Symbolkonfrontation
  - Begegnung mit einem wilden Tier, einer Teufelsgestalt oder einer Hexe
  - in späteren Schritten Begegnung mit dem konkreten Täterbild
- Traumatische Situation nur erahnt, vermutet, verzerrt bzw. in Körpersensationen wahrnehmbar
  - Körpersensationen bildhaft Gestalt annehmen lassen …
  - später zu Wort kommen lasse

Gestalttherapie-Wahrnehmung
(nach Hille 2004)

- Störung der Wahrnehmung
  - Störung der Selbstwahrnehmung (Gefühle und Empfindungen sowie daraus folgende Bedürfnisse werden nicht mehr wahrgenommen)
  - Störung der Ausdrucksfähigkeit (Verlernen, Gefühle etc. adäquat auszudrücken)
- Nicht deuten! (Patientin ist ihre Expertin)
  - Schulung der Wahrnehmung:
    - „Was ist jetzt?“
    - „Wo spürst Du die Trauer in deinem Körper? Wie spürst Du sie? Hat sie eine Farbe, eine Form, eine bestimmte Konsistenz?“
  - Wertschätzung der eigenen Wahrnehmung
  - Vermutungen, Ideen und Phantasien stellt TherapeutIn als Angebote zur Verfügung
  - Symbolsprache (Bilder, Gegenstände, Körperhaltungen)

Gestalttherapie-Kontakt/Grenzen (nach Hille 2004)

<u>Grenzüberschreitungen</u>

- Grenzen achtende Haltung der Therapeutin
  - therapeutische Beziehung auf Gleichwertigkeit aufbauen
- Therapeutin übernimmt „Grenzschutz“-Funktionen
  - immer wieder ansprechen
  - kleine Schritte einfordern, Blick auf Grautöne richten
- Arbeit mit dem Inneren Kind
  - Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit den Täter-Anteilen (kontrovers)
    - naheliegend bei Wut, Hass, Aggression
- Körperarbeit
  - Was haben die Hände gerade gemacht? Was sagen die Hände
  - Körperübungen (mit STOPP!-Regelung):
    - Körperreisen, Erdungsübung, aufrechter Gang, Zentrierungsübungen, Yoga …

Neuro-Linguistisches Programmieren (NLP)-Axiome (nach Shelliem 2004)

- Die Landkarte ist nicht das Territorium
- Das Verhalten stellt die derzeit beste Wahlmöglichkeit dar
- Hinter jedem Verhalten gibt es eine positive Absicht
- Alle benötigten Ressourcen sind vorhanden
- Gedanken sind wahrnehmbar
- Kommunikation orientiert sich an den Reaktionen
- Es gibt keinen Widerstand – nur mangelnde Flexibilität der Therapeuten
- Menschliche Fähigkeiten lassen sich modellieren und erlernen
- So einfach wie möglich und so komplex wie nötig

NLP-Six-Step-Reframing (nach Shelliem 2004)

1. Verhalten bestimmen, das geändert werden soll
2. Kontakt mit dem Anteil aufnehmen, der für dieses Verhalten verantwortlich ist
3. Zugrunde liegende positive Absicht finden
4. Kontakt mit dem Anteil für Kreativität („Weiser Innerer Helfer“) aufnehmen und um drei alternative Verhaltensweisen bitten
5. „Ökologie“ der neuen Verhaltensweisen prüfen: bei Widerspruch weitere Alternativen suchen
6. Vereinbarung mit dem verantwortlichen Anteil treffen, die Verhaltensweisen unverzüglich zu übernehmen

Reframing: Umwandlung einer (negativen) Aussage in eine positive durch Veränderung des Bezugsrahmens: *P. „Dauernd passiert mir das …“ – Th: „Wie gut, dass Sie sich auf etwas verlassen können, das immer passiert.“*

Konzentrative Bewegungstherapie (KBT) (nach Schmitz und Peichl 2004)

Auftauchende Problembereiche werden über ein Bewegungsangebot ins Körperliche „übersetzt“, um ein Begreifen im umfassenden Sinn möglich zu machen

Therapie-Phasen

1. Sich ein Bild machen
2. Den Weg in beide Richtungen beschreiten lern
3. Sich dem Schlimmen noch einmal stellen
4. Mit der Tatsache leben

Therapie-Bereiche

- Körperlichkeit und Handeln
- Denken und Sprechen
- Beziehungsgeschehen

KBT- Körperlichkeit und Handeln (nach Schmitz und Peichl 2004)

- Suche nach konkreten Bedingungen für ein Gefühl ausreichender Sicherheit und des Wohlbefindens
- Bestimmen der sensorischen Kanäle und der Trigger für das Flashback
- Suche nach positiven Erfahrungen in der Begrenzung des Flashbacks
- Suche nach positiven Inseln im Körper-Selbst
- Stärkung von Handlungsfähigkeit und Impulswahrnehmung
- kontrolliertes Wiedererleben der Körper-Erinnerungen
- differenziertere Wahrnehmung der eigenen Verletzlichkeiten und Fähigkeiten

KBT- Denken und Sprechen
(nach Schmitz und Peichl 2004)

- Reflexionsmöglichkeiten für Zeiteinordnung schaffen
- Möglichkeiten zur Bestimmung der Begegnungsdistanz
- Symbolisierungsmöglichkeiten bis hin zur Verbalisierung
- Verknüpfung der Bereiche über sensomotorische Intelligenz (Piaget)
- Verbindung von rechts- und linkshemisphärischer Gehirnaktivität
- Integration der Körper-Erinnerungen ins autobiografische Gedächtnis

KBT- Beziehungsgeschehen
(nach Schmitz und Peichl 2004)

- Begrenzung des Übertragungsgeschehens (traumatisierende Übertragung)
- Verdeutlichung der Realbeziehung und ihrer Bedingungen
- Suche nach Ressourcen im Objektbeziehungsgefüge
- Körperdialog transparent machen
- Steigerung der Wahlmöglichkeiten in der Beziehungsgestaltung

Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) – Sekundäre Ziele (nach Unckel 2004)

erhöhen

- emotionale Modulation
- Selbstvalidierung
- realistische Einschätzung
- emotionales Erleben

- aktive Problemlösung
- akkurater Ausdruck von Emotionen

verringern

- emotionale Reaktivität
- Selbstinvalidierung
- krisenerzeugendes Verhalten
- Blockierung von Trauer
- aktive Passivität
- stimmungsabhängiges Verhalten

Traumaorientierte und traumazentrierte Psychotherapie

U. Sachsse (2004) *Traumazentrierte Psychotherapie*. Schattauer, Stuttgart

J. Junglas (2006) *Traumaorientierte Psychotherapie und Psychiatrie*. Deutscher Psychologen Verlag, Bonn

Behandlungsziele (APA 2004)

- Symptombelastung reduzieren
- Verhindern oder reduzieren zusätzlicher (komorbider) Störungen
- Stärkung der Anpassungsfunktionen und Wiederherstellen oder unterstützen normaler Entwicklungsschritte
- Schutz vor Wiederholung
- Integration der Erfahrung in ein konstruktives Schema von Risiko, Sicherheit, Vorbeugung und Schutz

Therapeutische Beziehung

- Patientinnen behalten **Kontrolle**
- Sinnvoll, Patientinnen sehr gut zu **informieren** und genau aufzuklären, was in der Therapie auf sie zukommt
- *Jede … Therapie, die … Regression … zum Ziel hat … verbietet sich …* (Sachsse)
- „Der Patient hat immer Recht“ (**Verhandlungen**)
- ZIEL: Meisterschaft im Umgang mit sich selbst (gutes **Selbstmanagement**)
  - Unterscheiden lernen: real Bedrohliches von außen vs. innere Bedrohung

Stabilisierung (Imaginative traumazentrierte Psychotherapie, Reddemann & Sachsse)

nur schlecht

- Intrusionen, Flashbacks, Derealisationen
- Panik, Furcht, Paranoia
- chaotische Beziehungen
- unkontrollierte Spontanaggressionen
- Selbst- und Fremddestruktivität
- Depersonalisation

Stabilisierung durch Utilisation von Dissoziation und Spaltung:
Sei Borderline! – in deiner Phantasiewelt, nicht in der Realität!

nur gut

- Tresor-Übung, Dissoziationsstopp (Bildrücklauf,Gegenbilder
- Sicherer Innerer Ort
- nur gute Innere Helfer
- Arbeit mit dem Inneren Kind
- Arbeit mit Täter-Introjekten
- Aromatherapie, Qi Gong, Feldenkrais

Rituale (nach Sachsse 2004)

- Um Gehirn in Richtung auf Entwicklung gewünschter Arealgrößen zu entwickeln
- Unser Auftrag:
  Gewöhnen Sie sich kurzfristige Rituale von 10 bis 15 Minuten an, die Sie im Alltag unterbringen können! Am besten machen Sie morgens gleich 15 Minuten Qi Gong, nachmittags 15 Minuten eine Imaginationsübung und in den frühen Abendstunden noch 20 bis 30 Minuten Arbeit mit dem Inneren Kind – falls Ihre Zeit dafür reicht. Was Sie machen, sollten Sie aber relativ regelmäßig machen.
- Kinder: Spielzeiten
- Jugendliche: quatschen mit FreundIn, Sport

Arbeit auf der Inneren Bühne 1 (Sachsse 2004)

- Aussöhnung mit dem Inneren Kind (Eßlinger 2004)
  - Explizite und implizite Erinnerungen
  - Das Konzept des Inneren Kindes
    - E. Berne (1967):
      Kindheits-Ich, Erwachsenen-Ich, Eltern-Ich
  - Traumatische Erinnerungen
    - unwillkürliche Manifestationen impliziter Gedächtnisinhalte
  - Aussöhnung mit dem traumatisierten Inneren Kind
    - Interventionen: Aspekte von Erziehungsberatung und Müttergruppe, nicht von Kinder- oder Spieltherapie oder Übernahme der Elternrolle

Arbeit auf der Inneren Bühne 2
(Sachsse 2004)

- Therapeutische Arbeit mit dem Inneren Kind
  - Regression im Dienste des Ich fördern
  - Nachreifung in der therapeutischen Beziehung fördern
  - Zwei Erwachsene, die TherapeutIn und die Patientin, kümmern sich um ein geschädigtes Inneres Kind (i.S.v. Mütterberatung)
  - bewusste *gleichzeitige* Aktivierung von traumatischen Kindheits-Zuständen <u>und</u> von Ressourcen

1. <u>Motivation</u>: *„Sind Sie, die Erwachsene bereit, mit mir zusammen daran zu arbeiten, dass das Kind in Sicherheit kommt, sich wohl fühlt, Trost findet und unabhängig von ihrer Ursprungs-Familie wird.?“*
2. <u>Kind-State identifizieren</u>: *„So wie es mir jetzt geht, bin ich das als erwachsener Mensch oder ist das ein Kind-Zustand?“*
3. <u>Ressourcenvolles Kind</u>: *„Können Sie lesen, können Sie schreiben?“*

„Es ist nie zu spät für eine schöne Kindheit“
(Sten Nadolny)

Arbeit auf der Inneren Bühne 3
(Sachsse 2004)

- Täter-Introjekte und Opfer-Introjekte: Fremdkörper im Selbst

Stabilisierung: Imaginationsübungen

Machen Sie sich bitte innerlich schöne Zustände von Sicherheit, sozialer Unterstützung, Auftanken in der Natur oder Reinigung!
Halten Sie diese Zustände so lange, wie möglich aufrecht!
Beeinflussen Sie Ihre innere Befindlichkeit!

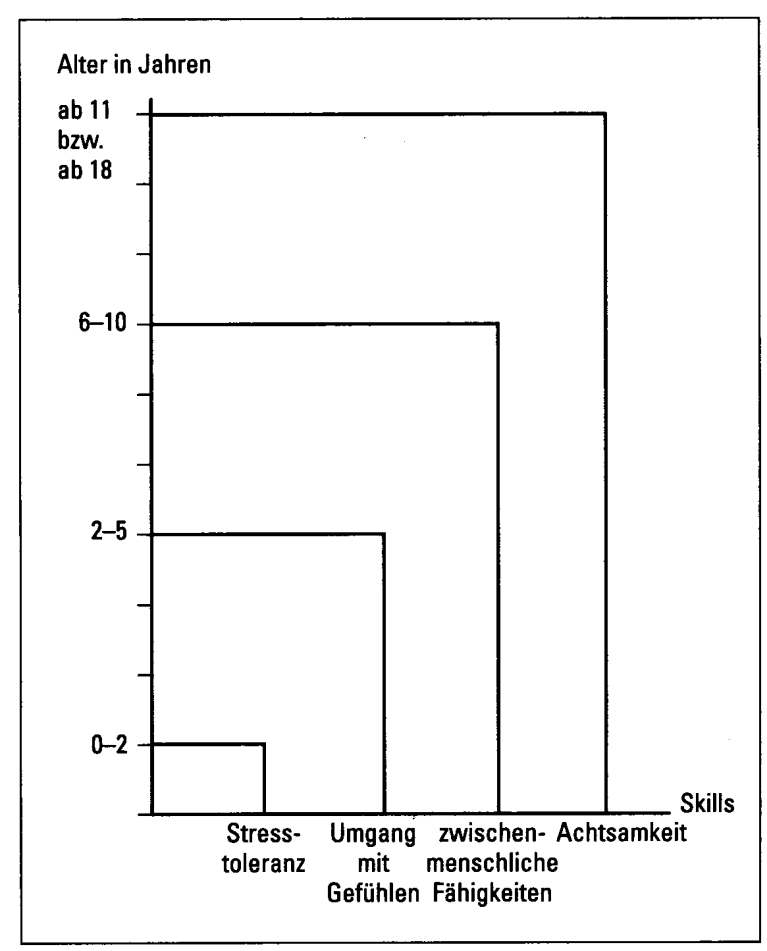
- Safety first! – die Übung des Sicheren Inneren Ortes (nur gut)
- Die Inneren Helfer
- Die Tresor-Übung
- Die Baum-Übung
- Das Bad im Meer

Stabilisierung (Sachsse 2004)

- Dissoziationsstopp
  - Definition der Situation (Zeit, Ort, Person, Situation)
  - Empathie ist eine Form der Grenzüberschreitung
  - Pacing und Leading
  - Reframing
  - Symptomverschreibung
  - Rücklauftechnik (Konfusionstechnik)

Stabilisierung: DBT-Skills für Innere Kinder (Unckel 2004)

- Stresstoleranz
  - Beruhigen mit sensumotorischen (taktilen, olfaktorischen) Reizen oder durch Ablenken
    - Eisbeutel auf der Haut
    - Wechselduschen
    - barfuss über einen Stock gehen
    - Aromaöle
- Umgang mit Gefühlen
  - Training
- Zwischenmenschliche Skills
- Achtsamkeit



Stabilisierung-Medikamente

(Bauer & Priebe 2003, APA 2004, Sachsse 2004)

Pharmakotherapeutisch schwierig zu behandeln!
Behandlungsversuch sollte mindestens 8 – 12 Wochen dauern (Bauer & Priebe)

- Antidepressiva
  - SSRI (Fluoxetin, Sertralin, Paroxetin)
  - TZA (Amitryptilin, Imipramin)
- Neuroleptika (nur wenn psychotische Symptome vorliegen, APA)
  - Atypika: abends zum Einschlafen
  - Niederpotente: Saft!; cave! Verlust der Selbstkontrolle vor dem Einschlafen
- Tranquilizer
  - Benzodiazepine (vs. Angstzustände) (unsicher, APA)
- Mood stabilizer
  - Carbamazepin, Valproat, Lithium, Lamotrigen (unsicher, APA)
- Betablocker (Prazosin, Clonidin) (Vorstudien)
- Weitere (Sachsse)
  - Melatonin (3-15 mg) hilft u.U. besser beim Einschlafen
  - Opiat-Antagonist Naltrexon (Nemexin®) (widersprüchliche Ergebnisse)
  - Methylphenidat (Ritalin®) bei persistierenden Impuls-Steuerungsproblemen

Angehörige und Selbsthilfe

- Angehörige brauchen Anleitung
- Selbsthilfe widersprüchlich
  - Selbsthilfegruppe wegen Lähmung häufig nicht funktionsfähig
  - *Eine Selbsthilfegruppe zu gründen ist nicht so schwierig, wie es auf Dauer in einer auszuhalten* (Unckel 2004)

Extreme Reaktionsstile von TherapeutInnen

- Abwehr, Abwertung
  - Abweisender Gesichtsausdruck
  - Unwillen oder Unfähigkeit, die Traumageschichte aufzunehmen, zu glauben oder zu verarbeiten
  - Distanzierung
- Folgen:
  - Defensivität, nicht nachfragen
  - Teilnahme an der „Verschwörung des Schweigens“

- Überidentifizierung
  - Unkontrollierte Affekte
  - Rächer- oder Rettungsphantasien
  - Rolle als Leidens- oder Kampfgenosse
  - „Hochspannung“ im therapeutischen Setting
- Folgen:
  - Grenzverlust
  - Überlastungssymptome (Burnout)

Maercker 2003 nach Wilson & Lindy (1994) Countertransference in the treatment of PTSD. NY

Trauma-Exposition (Sachsse)

- ZIEL: Trauma-Synthese aus Wort, Bild, Affekt und Körpersensation
  - *Da die Dissoziation dadurch aufgehoben wird, kann das somatopsychische Erleben und Empfinden in der Therapie-Situation phasenweise schlimmer, belastender, leidvoller sein als während der Traumatisierung selbst*
  - Van der Kolk (1996): *The key element in the psychotherapy of people with PTSD is the integration of the alien, the unacceptable, the terrifying, and the incomprehensible; the trauma must come to be „personalized“ as an integrated aspect of one‘s personal history*

Exposition – Therapeutenhaltung (Sachsse)

- Stopp-Signal vereinbaren!
- Ich signalisiere meine empathische Anwesenheit
  - *Sie spüren wie sehr Sie damals gelitten haben*
- Ich bestätige und mache Mut
  - *Es ist gut, dass sich das löst. Das tut erstmal weh, aber Schmerz ist auch ein Zeichen von Leben. Schmerz ist das „Nein!“ des Körpers ...* („Ausschmerzen“)
- Ich bleibe hier und jetzt und bin damit ein Brückenpfeiler zur gegenwärtigen Realität
  - *Das sind alles alte Geschichten, die da jetzt ablaufen. Das sind alles Phantom-Schmerzen, Phantom-Gefühle. Die gehören in die Vergangenheit, ins Dort-und-Damals. Die haben mit dem Hier-und-Jetzt nichts zu tun.*
- Auf den Atem zentrieren (um Kontrolle zu bewahren)
  - *Ja, das war gut. Tief Luft holen! Und noch einmal! Ganz bewusst in den Schmerz hineinatmen, so weit es erträglich ist.*

Exposition – Risiken und Nebenwirkungen (Sachsse)

- Amnesie kann rasch reduziert oder aufgehoben werden
- Dissoziationen werden beendet und die Fähigkeit zum Dissoziieren massiv geschwächt werden
- Die bisherige Welt- und Selbst-Sicht kann fundamental infrage gestellt und verändert werden
  (cave! Bilanzsuizid)
- Die Sicht wichtiger, naher Bezugspersonen kann deutlich verändert werden (Loyalitätskonflikte können verstärkt werden)
- Die Informationsverarbeitungsfähigkeit des Gehirns kann kurzfristig stark belastet werden

Trauma-Exposition (Sachsse)

- Beobachter-Technik
  - Der Innere Beobachter wird auf die Zeitreise geschickt. Er soll wie ein Reporter schildern, was geschehen ist
- Bildschirm-Technik (Screen-Technik)
  - Eine traumatische Erinnerung wird „wie ein alter Film“ von Patientin und Therapeutin gemeinsam betrachtet

EMDR

F. Shapiro (1989f),
A. Hofmann (1999)

Eye movement desensiti-zation and reprocessing

SUD = Subjective Units of Discomfort

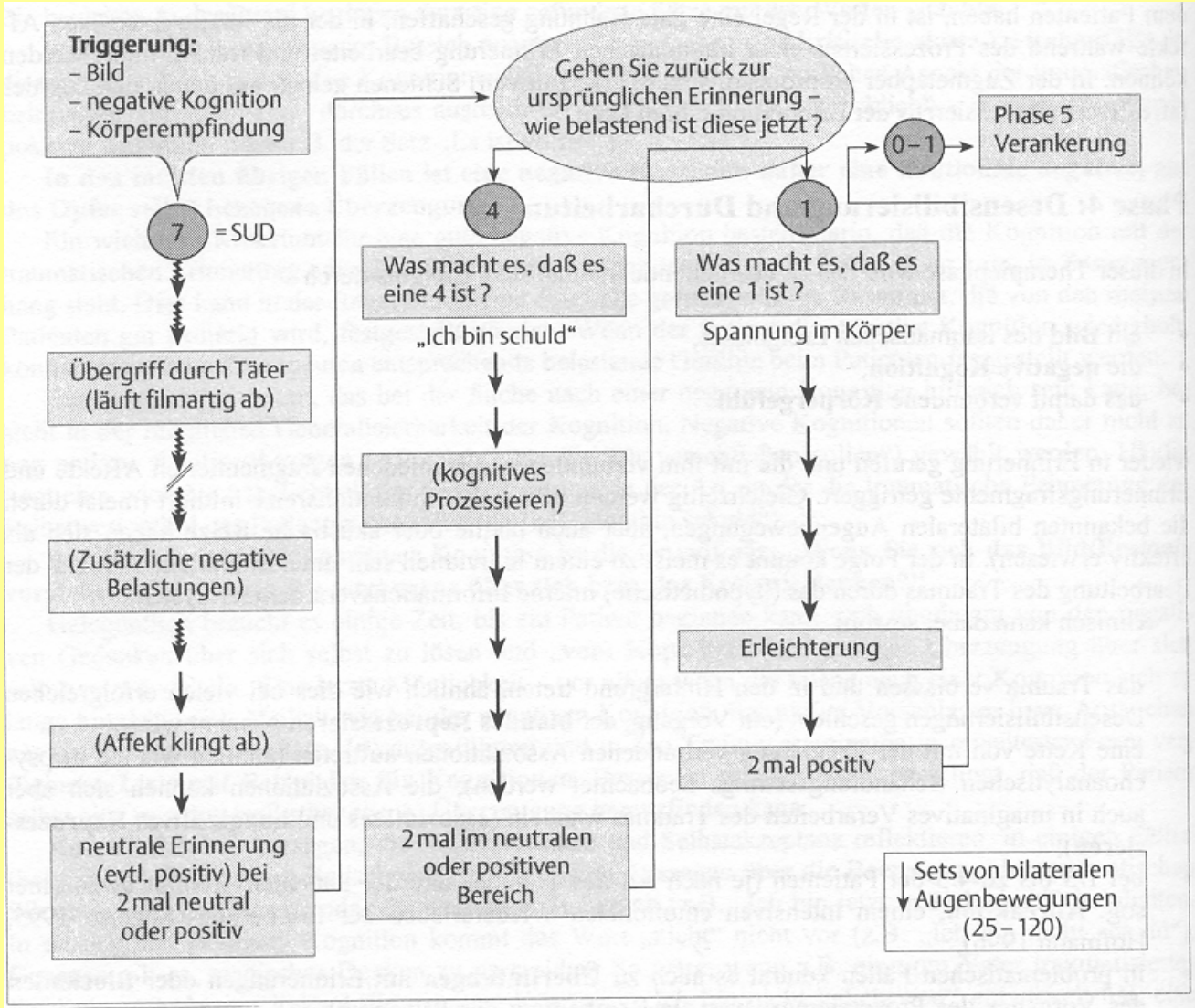


Abb. 4.2 Phase 4: Idealtypisches Reprozessieren am Beispiel eines Überfalls.

Trauer und Neuorientierung
(Sachsse)

- „Es ist was es ist“ (E. Fried)
- Positive Auswirkungen von Psychotraumata:
  1. Neue Möglichkeiten, neue Perspektiven im Leben
  2. Beziehung zu Anderen; vertiefte Beziehung zu Mitmenschen
  3. Vertiefte Wertschätzung des Lebens
  4. Persönliche Stärke, persönliche Reifung
  5. Spirituelle und religiöse Veränderungen

PTBS Kinder und Jugendliche (Steil 2003)

- Einbindung der Eltern ist vorteilhaft
- Eltertraining (KBT) alleine ohne Behandlung des Kindes hatte in der Katamnese 24 Monate nach Therapieende vergleichbaren Effekt wie Behandlung von Kind und Elternteil (Deblinger et al. 1999, Child abuse and neglect 23, 1271-1378)

KBT-Ziele Kinder und Jugendliche (Steil 2003)

- Vermittlung von **Wissen** über die üblichen Folgen einer Traumatisierung und die Verbesserung der innerfamiliären Kommunikation über das Trauma und seine Folgen
- Ausbilder der Eltern zu Kotherapeuten der Behandlung im Rahmen eines **Elterntrainings**
- Angemessene **Einordnung** und Interpretation des Geschehenen für das Kind ermöglichen
- **Veränderung dysfunktionaler Einstellungen** und Interpretationen zum Trauma und seinen Folgen bei Eltern und Kind
- Erarbeiten einer hilfreichen bzw. **realistischen Einstellung** und der Abbau kognitiver und behavioraler Vermeidung traumarelevanter Stimuli zusammen mit Eltern und Kind
- **Stärkung** der Fähigkeit **des Kindes**, Intrusionen mit geringer subjektiver Belastung zu erleben, nicht die „Beseitigung“ intrusiven Wiedererelebens (welche von vielen Kindern zunächst gewünscht wird im Sinne von „Ich möchte alles vergessen!“), sondern die Fähigkeit des Kindes, Intrusionen mit geringer subjektiver Belastung zu erleben
- Mögliche **negative Effekte** des Traumas und seiner Folgen auf die weitere Entwicklung des Kindes in allen Lebensbereichen **minimieren**