

Facharbeit zum **Psychologischen Berater**

Trauma, Folgen **und Therapieansätze**

Ausgearbeitet von
Manuela Steinbach
Winckelmannstraße 29

29410 Salzwedel

April 2022

Inhaltsverzeichnis:

1. Einleitung

2. Fachliche Grundlagen

- 2.1. Einführung Trauma
- 2.2. Einteilung und Arten der Traumatisierungen
- 2.3. Trauma und Bindung
- 2.4. Gehirnwellenzustände
- 2.5. Physiologie und Körper
- 2.6. Grundlagen zum Nervensystem

3. Folgestörungen der Traumatisierungen

- 3.1. Akute Belastungsreaktion
- 3.2. Anpassungsstörung
- 3.3. Persönlichkeitsstörung
- 3.4. andauernde Persönlichkeitsänderung
- 3.5. Posttraumatische Belastungsstörung
- 3.6. Epidemiologische Kennzahlen

4. Ziele und Therapieansätze

- 4.1. Stabilisierungsphase
- 4.2. Konfrontationsphase
- 4.3. Integrationsphase
- 4.4. Therapieverfahren und Techniken
- 4.5. Gefahren der Therapie

5. Praktische Erfahrungen

6. Notfallkoffer

7. Symptomkurven

8. Quellenangaben

1. Einleitung:

Warum habe ich mich für dieses Thema: Traum, Folgen und Therapieansätze entschieden?

Weil ich der Meinung bin, dass es in diesem Bereich noch viel mehr Aufklärungsarbeit geben darf und als Selbstbetroffene, weiss ich wie schlimm es sein kann, wenn nicht achtsam an der Thematik gearbeitet wird, wenn plötzlich Retraumatisierungen als Folgeerscheinungen auftreten und wenn falsche Diagnosen gestellt werden.

Ich möchte als psychologische Beraterin, Heilpraktikerin Psychotherapie i.A. und später als Traumafachberaterin Menschen meine Unterstützung anbieten, indem ich mit Ihnen ihre Ressourcen wiederentdecke, mit Ihnen Stabilisierungstechniken einübe und Ihnen achtsamkeitsbasierten Methoden mit an die Hand gebe, wie zum Beispiel, der innere sichere Ort, Tresorübungen, Wahrnehmungsübungen im Hier und Jetzt.

Stück für Stück möchte ich Hilfestellungen geben, als Hilfe zur Selbsthilfe, damit diese Menschen lernen die Verantwortung für Ihr Leben wieder mehr zu übernehmen.

Mir ist diese Arbeit ein Herzstück, denn wenn ich es geschafft habe, heute wieder fast symptomfrei zu sein, dann schaffen das andere Menschen auch, unabhängig davon ob Sie an einer Traumafolgestörung leiden oder eine andere psychische Erkrankung haben. Nur wissen viele nicht, dass sie an einer möglichen Traumafolgestörung leiden und ich hoffe das meine Ausführungen zum besseren Verständnis beitragen.

Diese Arbeit stützt sich also zum einen auf meine Ausbildungen, eigenen Erfahrungen und auf diverse Fortbildungen im Bereich der Traumatherapie, wie Basisqualifikationen im Bereich Traumatologie, der Ausbildung zum HPP, der Ausbildung zur Transformationstherapeutin nach Robert Betz, Gesprächstherapie nach Carl Rogers, Burnout/Stressberater und der vielen Weiterbildungen im Bereich der inneren Kind Arbeit bei Dami Charf, Robert Betz, Verena König und Stefanie Stahl.

Ich werde dazu meine unterschiedlichen Quellenangaben im Anhang nochmal kurz erläutern.

2. Fachliche Grundlagen

2.1. Einführung

Ich möchte zunächst beschreiben, was eigentlich ein Trauma ist und wann wir von einem Trauma sprechen. Der Begriff stammt aus dem Griechischen und heißt Wunde oder Verletzung.

Von einem Trauma sprechen wir, wenn Ereignisse bzw. Geschehnisse von so katastrophalem Ausmaß sind, das Sie beinahe bei jedem Menschen eine tiefe Verzweiflung hervorrufen. Kurz gesagt, ein Trauma ist ein Zustand einer extrem bedrohlich wahrgenommenen Situation, auf die der Mensch nicht vorbereitet ist und die seine gesamten menschlichen Bewältigungsstrategien überfordern.

Verena König beschreibt in Ihrem Buch: , Bin ich traumatisiert , ein Trauma wie folgt:

Ein traumatisches Erlebnis zeichnet sich dadurch aus, das es die Bewältigungs- und Verarbeitungsfähigkeit des Betroffenen übersteigt. Es hat solche Wucht und Intensität, dass der Betroffene davon überwältigt wird und Gefühle von Hilflosigkeit, Ohnmacht und Lebensbedrohung erfährt.

Nach der offiziellen Definition, die Psychologen und Psychiater zur Traumadiagnose benutzen, wird ein Trauma durch stresserzeugende Ereignisse verursacht, die sich außerhalb normaler menschlicher Erfahrungen bewegen und die fast auf jeden Menschen stark belastend wirken, lt. DSM III, überarbeitete Auflage, 1993.

Was allerdings außerhalb des Spektrums normaler menschlicher Erfahrung ist, kann bei jedem Menschen etwas anderes sein.

So können auch Vorfälle, deren Folgen verharmlost werden eine Traumatisierung hervorrufen, wie kleinere Unfälle, medizinische Routineeingriffe, Scheidungen, Trennungen. Das hängt ganz von der Regulierungsfähigkeit des Menschen ab und seiner körperlichen Verfassung. Traumatisierte Menschen geraten schneller in eine Übererregung (On Zustand) mit Symptomen wie Panik, Hyperaktivität, Schreckhaftigkeit, vegetative Probleme, Schlafstörungen oder in den Zustand Untererregung (off Zustand), mit Depressionen, verflachte Affekte, Lethargie, Müdigkeit, Desorientierung, Schmerzen, schlechte Verdauung etc.

Lt. Peter Levine ist Trauma womöglich die verharmloste, verleugnete, missverständene Ursache für menschliches Leiden.

2.2. Einteilung und Arten der Traumatisierungen

Zunächst werden die Traumata eingeteilt in:

1. Nach Verursachung
2. Nach der Schwere/ Komplexität

Was heisst nach Verursachung:

Also hier geht es darum zu schauen, handelt es sich um ein traumatisches Erlebnis, das **zufällig** passiert ist oder sind es **absichtlich** wiederholte Ereignisse, sogenannte # Man Made # Traumata, also durch Menschen verursacht.

Nach Schwere teilt man ein nach:

Typ Trauma I:

d.h. hier hat ein unvorhersehbares **einmaliges** heftiges Ereignis stattgefunden z. Bsp. ein Verkehrsunfall, eine Vergewaltigung, eine Naturkatastrophe oder ein Überfall. Hier sprechen wir von dem Mono oder Schocktrauma. Bei einem einmaligen Trauma gibt es ein Anfang und ein Ende.

Typ Trauma II:

d.h, hier liegen andauernde und anhaltende, sich ständig wiederholende Ereignisse vor, die nicht nur einmalig waren, wie zum Beispiel: Krieg, Missbrauch, Übergriffe, Gewalttaten, Folter etc. Dies nennt man auch sequenzielles Trauma oder komplexes Trauma. Bei einem komplexen Trauma gibt es keinen eindeutigen Anfang und kein klar abgrenzbares Ende.

Es werden nach Arten unterschieden:

- Mono/Schocktrauma (bereits oben erläutert)
- Komplexe Traumata (werden unterschieden in Entwicklungs-trauma und Bindungstrauma)
- Sekundärtraumatisierung
- Generationsübergreifende Traumatisierungen

Auf letztere werde ich hier nicht eingehen.

2.2.1. Bindungstrauma

entstehen durch Verletzungen durch Bezugspersonen in der Kindheit, auch durch den Verlust eines Elternteils, durch Trennung, Scheidung oder Tod, oder durch gewalttätige Bezugspersonen, wobei das im späteren Erwachsenenalter für oftmals mangelnde Bindungsfähigkeit kennzeichnend ist.

2.2.2. Entwicklungstrauma

sind wie es der Begriff schon sagt, seelische Verletzungen in der frühesten Kindheit ausgelöst durch toxischen Stress, frühe Verlusterfahrungen, Vernachlässigung, Missbrauch o.ä., was dazu führt das der Mensch sich auch im späteren Leben schwer regulieren kann, also im Bereich der Emotionen, Empfindungen, wo auch zum Beispiel die Konzentration eine Rolle spielt oder auch die Art und Weise des Umgangs miteinander in zwischenmenschlichen Beziehungen gestört ist.

Das Wissen um die Einteilung der Traumatisierung ist aus meiner Erfahrung ein ganz elementarer und notwendiger Bestandteil, um für sich die richtige therapeutische Begleitung zu finden, denn bei Monotraumen/Schocktraumen lassen sich mit der EMDR Methode zum Beispiel gute Ergebnisse erzielen

Die Einteilung von Traumatisierungen ist dennoch sehr schwierig, weil die Bandbreite riesig groß ist. (Quelle: traumata-verstehen-lernen.com)

Außerdem ist die Psychoedukation für Patienten/ Klienten extrem wichtig, damit der Patient zum einen aufgeklärt wird und zum anderen auch sich mit seinen Themen auseinandersetzt.

2.2.3. Komplexe Traumata

Eine komplexe Traumatisierung liegt vor, wenn immer wieder unvorhersehbare und andauernde aufeinanderfolgende Geschehnisse, vorliegen, die von katastrophalem Ausmaß sind.

Der Mensch erleidet hier ein hohes Maß an seelischer und körperlicher Verletzung und er ist dem Ganzen schutzlos und völlig hilflos ausgeliefert und hat keine Möglichkeit aus der Situation zu entfliehen.

Hier werden Grundbedürfnisse des Menschen verletzt und Grenzen überschritten. Es gibt viele Theorien zu den psychischen Grundbedürfnissen, aber das Bindungsbedürfnis und Sicherheitsbedürfnis spielen gerade im Bereich von Traumatisierungen eine noch wichtigere Rolle. Dennoch reagiert jeder Mensch auf eine Traumatisierung anders. Und dies ist wiederum abhängig von unserem Bindungssystem, worauf ich im nächsten Abschnitt eingehe.

2.3. Trauma und Bindung

Im Einzelnen erkläre ich nun, wie unser Bindungssystem funktioniert und warum nicht jeder eine Folgestörung entwickelt, der traumatisiert wurde.

Unser Bindungssystem springt an, wenn wir uns überfordert fühlen, Schmerzen spüren, also wenn von außen etwas Bedrohliches wahrgenommen wird. Jeder Mensch reagiert da anders, weil jeder ein anderes Bindungsverhalten erlernt hat.

Die Bindung, die wir in der Kindheit zu unseren Bezugspersonen erlebt haben, hat einen maßgeblichen Einfluss auf unsere Reaktion, sowohl körperlich als auch psychisch. Dieses Muster bleibt meistens ein Leben lang bestehen.

Denn wenn ein Kind geboren wird, ist es physisch und psychisch abhängig von den Eltern. Physisch heisst in erster Linie Nahrungsaufnahme, Kleidung etc. und psychisch ist einfach das Grundbedürfnisse nach Nähe und Sicherheit, Liebe und Aufmerksamkeit, erfüllt werden. Es kann sich noch nicht allein um seine Bedürfnisse kümmern.

Stell dir mal vor, als Kind bist du hingefallen und hast dir weh getan. Du läufst zu deiner Bezugsperson (im Normalfall die Eltern) und ein Elternteil umarmt dich, beruhigt dich, sagt dir liebevolle Worte, In dem Moment erfährt dein Körper Sicherheit und das Kind kann sich beruhigen. Somit sind das Nähe und Sicherheitsbedürfnis gestillt. Wenn niemand da wäre, der das Kind beruhigt, geht der Alarmmodus los und das Kind entwickelt Gefühle wie Ohnmacht, Hilflosigkeit, Angst etc.

Wie Traumatisierungen verarbeitet werden, hängt also auch ganz stark von dem Bindungssystem ab, also der Bindung in der Kindheit zur Bezugsperson.

Dazu möchte ich kurz die unterschiedlichen Bindungsmuster erläutern, die in der frühesten Kindheit angelegt werden.

1. sichere Bindung heisst:

Bezugsperson hat auf Bedürfnisse des Kindes reagiert und es entsteht ein grosses Toleranzfenster und das Kind kann seine Emotionen und Empfindungen gut regulieren und ist somit auch als Erwachsener in der Lage um Hilfe zu bitten.

2. unsicher-vermeidend heisst:

Bezugsperson zeigt Rückzug, wenn sich das Kind annähert. Hierdurch wird der körperliche Kontakt vermieden und das Kind passt sich dem an. Es kann seine Emotionen nicht ausagieren, und diese Kinder sind oft in einem Zustand vegetativer Übererregung und erhöhten Kortisolwerten.

3. unsicher -ambivalent heisst:

Wie der Begriff hierschon sagt, geht man davon aus dass die Bezugsperson in Ihrem Verhalten sehr unberechenbar war und zeigt dies auch in den Reaktionen auf die Bedürfnisse des Kindes. Das Kind weiss nie, woran es ist und fühlt sich immer hin und her geschubst, mal ist es gut, mal nicht, und ist enorm abhängig von dem Wohlwollen dieser Personen.

Hier erfolgt keine gute Stressregulation im Körper und dieses Bindungsmuster führt dazu, dass hier auch die Impulskontrolle des Kindes gestört ist.

Diese Kinder neigen dazu, nicht zu wissen, wo sie sicher und geborgen sind und dies führt unweigerlich zu einem erhöhten Erregungszustand (auch Hyperarousal genannt)

4. desorganisierte-desorientierte heißt:

Kinder erleben das Verhalten der Bezugsperson als bedrohlich, beängstigend. Oft kommt es zu plötzlichen Gefühlsausbrüchen oder gar zu Misshandlungen oder Vernachlässigungen. Dadurch ist das Kind in einem ständigen Zustand der Übererregung und gerät somit oft in Zustände der Erstarrung, bzw. in dissoziative Zustände.

Dies erklärt eben auch, warum Traumatisierte paradoxe Reaktionen oft zeigen.

Sie reagieren auch viel schneller mit Angstzuständen oder mit emotionaler Regulationsstörung, was sich dann auch im autonomen/vegetativen Nervensystem widerspiegelt, denn sie kennen es ja nicht anders.

Wiederum kann man das gute anhand der verschiedenen Gehirnwellen eines Kindes erläutern.

2.4. Kurzer Ausflug in die Gehirnwellen eines Kindes

Es werden mehrere unterschiedliche Gehirnwellenzustände unterschieden, Alpha, Beta, Gamma, Delta und Theta.

Delta und Thetazustand spielen dabei in der kindlichen Entwicklung eine entscheidende Rolle.

Delta: 0,5 bis 4 Hertz pro Sekunde. Der Deltazustand ist für die Generation zuständig, hier ist der Mensch in der Tiefschlafphase.

Theta: 4 bis 8 Hertz. Das ist der Zustand von Schläfrigkeit, wie z.Bsp. beim Meditieren. Man sagt auch Dämmerzustand dazu. Theta öffnet den Zugang zum Unterbewusstsein und somit auch zu traumatischen Material.

Alpha: 8 bis 12 Hertz. In diesen Zustand gelangt man, wenn man die Augen schließt, entspannt und fokussiert ist, wie bei Spazieren gehen, im Urlaub etc. Alpha steht für Wachbewusstsein und somit für Kreativität, Erlernen neuer Dinge.

Beta: 13 bis 40 Hertz. In diesem Bereich ist der Mensch aufmerksam, wach, konzentriert und denkt.

Ein Baby, das auf die Welt kommt, ist im Delta Zustand, d.h. der Körper ist im Aufbau. Dieser Zustand steht auch mit dem Unterbewusstsein in Verbindung, d.h. in diesem Alter existiert noch kein richtiges Bewusstsein, welches über Erinnerungssequenzen verfügt. Alles was das Kind erlebt prasselt ungefiltert ins Unterbewusstsein.

Im Alter von 2 Jahren wechselt es langsam in den Theta Wellen Zustand, der bis zum 6 Lebensjahr bleibt. Die Informationen aus dem Unterbewusstsein gelangen langsam ins Bewusstsein, was zu einer erhöhten Aufnahmebereitschaft des Unterbewusstseins führt. Deshalb sagt man sind die ersten 6-7 Jahre entscheidend für die Wahrnehmung. Hat das Kind in den ersten Jahren also viel Freudvolles wahrgenommen, wird sich dies auch positiv auf die Verarbeitung von traumatischen Ereignissen auswirken bzw. umgekehrt.

2.5. Physiologie und Trauma

Was passiert also im Körper, wenn wir ein traumatisches Ereignis geschehen ist?

Grundsätzlich ist es wichtig zu verstehen, dass ein Trauma nicht im Ereignis selbst liegt, sondern im Nervensystem. Also es ist vorrangig physiologischer Natur und nicht psychischer. Im Körper laufen dann bestimmte physiologische Prozesse ab, um das Überleben zu sichern. Man sagt auch, es sind normale Reaktionen des Körpers auf nicht normale Ereignisse.

Um das zu verstehen, ist es wichtig ein paar Grundlagen zum Nervensystem zu kennen.

Bereiche des Nervensystems

Unser Nervensystem besteht aus einem zentralen und peripheren Nervensystem. Das zentrale besteht aus Gehirn und Rückenmark und steuert die Intuition, während das periphere aus Nerven und Ganglien außerhalb des Rückenmarkes bestehen.

Zum peripheren Nervensystem gehören ein sensorischer Zweig und ein motorischer Zweig. Der sensorische leitet Informationen vom Körper zum peripheren Nervensystem und der motorische umgekehrt, also vom PNS zum Körper. Dieser motorische Zweig wird wiederum untergliedert in das somatische und dem autonomen Nervensystem.

Das somatische Nervensystem

Das somatische Nervensystem ist für die bewussten und willkürlichen steuerbaren Funktionen zuständig.

Das autonome Nervensystem

Das autonome Nervensystem, bestehend aus einem Sympathikus und Parasympathikus, steuert die unbewussten Funktionen, wie Atmung und Herzfrequenz. Es ist in jeder Sekunde damit beschäftigt, die Informationen abzugleichen, um uns vor potentiellen Gefahren zu schützen.

Der **Sympathikus** ist dafür da, das im Notfall genug Energie zur Verfügung steht. Das vegetative Nervensystem fährt auf Hochtouren, schüttet dabei Hormone wie Adrenalin und Noradrenalin aus, d.h. dem Körper werden somit in den Stress Situationen alle physiologischen Ressourcen zur Verfügung gestellt, damit der Mensch aus der Situation fliehen kann.

Symptome wie Herzrasen, Unruhezustände, schnellere und flache Atmung, Schweissausbrüche sind als körperliche Begleiterscheinungen sicherlich ein Begriff. Damit verbunden sind Gefühle wie Angst, Ohnmacht, Panik etc.

Der **Parasympathikus** wirkt auf das Nervensystem wiederum beruhigend und reguliert die Körperfunktionen wieder auf ihr normales Niveau runter.

In einem entspannten Zustand sind wir stabil, präsent, einfach da im Hier und Jetzt, was nichts anderes heißt, das das autonome Nervensystem in einem gut ausgeglichenen Zustand ist.

Das Reptiliengehirn, limbische System, Neokortex, Stammhirn

Um Trauma zu verstehen, müssen wir uns aber auch noch bestimmte Gehirnfunktionen anschauen. Die Hauptfunktion des Gehirns besteht darin, unser Überleben zu sichern.

Das **Stammhirn** ist das älteste und wird daher auch Reptiliengehirn oder Urwächter des Lebens genannt. Es ist ca. 280 Mio. Jahre alt. Seine Funktion besteht darin, durch bestimmte Überlebensstrategien das Überleben zu sichern und genug Energie, beispielsweise Adrenalin bereitzustellen. Biologisch gesehen, bereitet sich der Körper auf Flucht, Kampf oder Erstarrung vor.

Der **Neocortex**, der für unser rationales Denken zuständig ist besteht aus ca. 87 Mrd. Nervenzellen. Studien zufolge denken wir ca. 70.000 bis 80.000 Gedanken täglich. Im Volksmund sagt man auch Verstand zum Neokortex. Dort sitzt unsere Persönlichkeit, mit seinem Bewusstsein und seinen Strategien. Wenn man diese Hirnrinde ausbreiten würde, entstehe ein großes Tischtuch mehr als 1 qm gross.

Das **limbische System** ist ein Teil des Zwischenhirns und ist für unser Fühlen zuständig. Wenn eine lebensbedrohliche Situation vorliegt, wird zunächst das rationale Gehirn ausgeschaltet, dann werden Teile des Zwischenhirns heruntergefahren und zum Schluss bleibt das Stammhirn, das mit dem Abfeuern von Impulsen das Fühlen übernimmt und Flucht,-Kampf,- oder Erstarrungsfunktionen einleitet.

Im limbischen System liegen die **Amygdalla**, eine kleine mandelförmige Struktur im Mittelhirn, Abschnitte des Neokortex und der Hypocampus.

Die Amygdalla, auch unser Angstzentrum genannt, wird durch unsere Sinnesreize gesteuert, sie reagiert hochsensibel auf optische Eindrücke und Geräusche und ist für die Verarbeitung von Emotionen und Reaktionen zuständig. Sie überprüft eingehende Informationen auf potentielle Bedrohungen und sendet die Informationen an den Hypocampus zur Speicherung und Überführung ins Langzeitgedächtnis.

Dabei ist der Hypocampus wie ein Bibliothekar oder Wächter zu verstehen, der alle Erinnerungen in Schubladen ablegt, sortiert und zu einem Ganzen verarbeitet. Dazu gehören alle Bilder, Gedanken, Gefühle sowie auch die Körperempfindungen. Wenn alle Sequenzen dann ein einheitliches Bild ergeben, dann erfolgt die Speicherung im Langzeitgedächtnis.

Ich möchte das gern mal am Beispiel erklären

Stell dir vor, es ist zu einem Zusammenstoß mit einem roten Auto gekommen, es gab Verletzte und plötzlich fehlen alle Erinnerungen an das Ereignis. Das Gehirn schaltet ab, sozusagen in den Notfallmodus, also eine völlig normale körperliche Reaktion. Im Alltag reagiert der Mensch dann plötzlich auf ein rotes Auto mit Panik, Angst, Panikattacken, Ohnmachtsanfällen und heftigen körperlichen Symptomen.

In diesen Sekunden empfängt das Angstzentrum über die Sinnesreize von außen das Signal, das hier Gefahr droht.

Im Normalfall werden die Informationen zur Verarbeitung und Weiterleitung an den Hypocampus weitergeleitet, der diese nach dann im Langzeitgedächtnis ablegt. Jedoch funktioniert das in diesem Fall nicht, da das Erlebte noch nicht verarbeitet ist. Der Bibliothekar konnte aus den einzelnen Fragmenten keinen Zusammenhang herstellen, so das ein vollständiges Puzzle entsteht, da Ihm Bilder, Gedanken, Gefühle zu dem Ereignis fehlen.

Die Folge davon ist, dass die Impulse bzw. Informationen wieder an die Amygdalla zurückgesendet werden und dadurch binnen weniger Sekunden Panik, Angst etc. ausgelöst werden. Man nennt das auch Triggerreize.

Triggerreize können unter anderem auch sein: körperliche Reaktionen, Gefühlsreaktionen, Flashbacks etc. Auch eine Panikattacke kann ein Trigger sein, für unverarbeitete traumatische Erlebnisse. Nur wenn das traumatische Ereignis in einem Gesamtzusammenhang eingeordnet werden kann, kann sich die Einstellung entwickeln: Es ist vorbei.

Michaela Huber, Traumatherapeutin versteht unter einem Trigger einen Einschalter von Täterbotschaften, die ins Gehirn schwemmen und das Opfer zwingt, bestimmte verankerte Programme durchzuführen.

3. Traumafolgestörungen

Traumafolgestörungen sind also nicht verarbeitete Prozesse, die hauptsächlich auf körperlicher Ebene stattfinden und psychische Erkrankungen auslösen. Eine Folgestörung entsteht, wenn nach einem Traumatischen Erlebnis der gesamte Energieüberschuss beim Bewältigen der Bedrohung nicht vollständig entladen werden konnte und diese im Körper eingeschlossen bleibt.

It. der ICD 10, die von einem beobachtbaren Verlauf ausgeht, können sich daraus vielfältige Störungsbilder entwickeln. Die Aufzählung ist hier nicht abschliessend.

1. akute Belastungsreaktion
2. Anpassungsstörung
3. posttraumatische Belastungsstörung
4. andauernde Persönlichkeitsänderung
5. Persönlichkeitsstörungen
6. Angst und Zwangsstörungen
7. Depressionen, bipolare Störungen, Dysthymia.

Ich werde hier nun im Einzelnen auf einige genauer eingehen.

3.1. akute Belastungsreaktion F 43.0

- tritt innerhalb von wenigen Minuten nach dem Ereignis statt und kann Stunden anhalten oder bis zu 2-3 Tagen
- eine vorübergehende Störung von beträchtlichem Schweregrad als Reaktion auf eine außergewöhnliche körperliche oder seelische Belastung

3.2. Anpassungsstörung F 43.2

- Zustände von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung nach einem belastenden Ereignis
- beginnt innerhalb eines Monats nach dem Geschehenen und die Symptome halten in der Regel nicht länger als 6 Monate an

3.3. Persönlichkeitsstörungen F 6 ff.

Diese Störungen umfassen tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in unterschiedlichen Lebenslagen zeigen und nicht auf Episoden begrenzt sind. Bei diesen Personen finden sich deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen, Handeln und Beziehungen zu anderen. Diese Muster sind stabil und gehen oft mit persönlichem Leiden und gestörter sozialer Funktionen und Leistungsfähigkeit einher. Sie beginnen in der Kindheit oder Adoleszenz und dauern bis ins Erwachsenenalter. Hier finden wir zum Beispiel auch die Borderline Störungen, die schizoide, dissoziale, narzistische Persönlichkeitsstörungen wieder.

3.4. andauernde Persönlichkeitsänderungen F 62.0

Diese Änderungen sind gekennzeichnet durch Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, die sich bei Personen ohne vorbestehende Persönlichkeitsstörung nach katastrophaler oder extrem anhaltender Belastung entwickelt haben. Sie sind deutlich ausgeprägter und gehen u.a. mit sozialem Rückzug, Gefühle der inneren Leere oder Hoffnungslosigkeit einher.

Die Posttraumatische Belastungsstörung gehört zu den häufigsten Folgestörungen, die bei komplexen Traumatisierungen zu finden sind. Dabei werden zwischen posttraumatischen und komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen unterschieden.

3.5. Posttraumatische Belastungsstörung F 43.1

- tritt innerhalb von 6 Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis auf

Leitkriterien der ICD 10 für eine Posttraumatischen Belastungsstörung

1. seelisch belastendes Ereignis, kurz oder langanhaltend von außergewöhnlicher Bedrohung und katastrophalem Ausmass
2. Anhaltende Erinnerungen in Form von Nachhallerinnerungen (Flashbacks genannt), die sich immer wieder aufdrängen in Situationen, mit denen das Ereignis im Zusammenhang steht.
3. Vermeidung von Umständen, Situationen, Orte
4. Entweder: teilweise oder vollständig fehlenden Erinnerungen an das Erlebte
5. oder: anhaltenden Symptome:
 - Ein oder Durchschlafstörungen
 - Reizbarkeit oder Wutausbrüche
 - erhöhte Schreckhaftigkeit
 - Aufmerksamkeit und Konzentrationsstörungen

Symptome:

Grundsätzlich treten die Symptome treten nach 6 Monaten nach dem Ereignis auf, können aber auch im späten Verlauf auftreten. Da jeder Mensch individuell reagiert, kann man keine vollständige Liste aller Traumasymptome zusammenstellen. Aber es gibt sogenannte typische Symptome anhand derer man das Bestehen eines Traumas feststellen kann.

In erster Linie sind es folgende **Hauptsymptome:**

1. Intrusionen (Nachhallerinnerungen sog. Flashbacks)
2. Vermeidung
3. Hyperarousal (Übererregung)

zu 1. Intrusionen:

Alpträume

sich aufdrängende Erinnerungen (auch in Form von emotionalen Flashbacks)
Wiedererleben von traumatischen Aspekten in bestimmten Situationen und
dadurch mögliche dissoziative Zustände, wie Erstarren, Angst,
Entsetzensreaktionen

zu 2. Vermeidung:

Orte, Situationen, Menschen, Dissoziation in Form von emotionaler Betäubung,
Amnesien, Unvermögen emotionale Zustände zu spüren

zu 3. Hyperarousal:

Ein – Durchschlafstörungen

Reizbarkeit, Aggressive Zustände, Wutanfälle, Impulskontrollprobleme
Hypervigilanz, überhöhte Schreckhaftigkeit, andauernde unbewusste Scannung
nach möglichen Gefahren, (finden wir oft bei Hochsensiblen Menschen)
Verlust der Affektregulation

Weitere Traumasymptome im **späteren Verlauf** können sein:

- Panikattacken, Angstzustände, häufiges Weinen, Phobien
- Gefühl der Leere oder losgelöst über den Dingen zu schweben
- Extreme Sensibilität gegenüber Licht und Geräuschen
- Übertriebene heftige emotionale Reaktionen
- Alpträume und nächtliches Erschrecken
- Vorliebe für gefährliche Situationen
- abrupte Stimmungsschwankungen wie Wutgefühle oder Schamreaktionen
- übertriebene starke oder verringerte Sexualität
- Amnesie und Vergesslichkeit
- Unfähigkeit zu lieben oder stabile Beziehungen zu entwickeln

Selbst psychosomatische Erkrankungen finden sich bei fast jeder PTBS wieder.
Das können sein, Herzrasen, Magenschmerzen, Durchfall, Rückenverspannungen,
Hauterkrankungen und Migräne.

3.6. Epidemiologische Kennzahlen der PTBS

(lt. Dipl.Soz.Wiss. Peter Uwe Hesse, Akademie für Traumatherapie Berlin)

- 50% der Menschen haben stressige Erlebnisse, jeder 4-5 entwickelt
- Die Lebenszeitprävalenz (Häufigkeit der Erkrankung) liegt bei 1-7%
- Männer werden häufiger traumatisiert (60,3 %, Frauen (50,3%), jedoch entwickeln Männer weniger eine PTBS
- Frauen haben ein doppelt so hohes Risiko
- Asylanten: 50%, Vergewaltigung: ca. 33%, schwerer Verkehrsunfall 20%
- plötzlicher Tod einer nahestehenden Person 15%

Abschließend kann man sagen, dass die Remission im ersten Jahr nach der Traumatisierung bei 50% liegt, 1/3 der Menschen sind nach vielen Jahren auch nicht symptomfrei.

4. Ziele und Therapieansätze

Grundsätzlich ist es wichtig zu wissen, dass die Therapie in Phasen und auf verschiedenen Ebenen verläuft. Das SARI Modell geht sogar von 4 Phasen aus, während nach Arne Hofmann 6 Phasen benennt, wobei 1-4 die Stabilisierungsphase ist.

Das Ziel der Therapie ist es, ein emotionales Gleichgewicht wieder herzustellen, die Fähigkeit zur Selbstregulierung zu entwickeln und angemessen auf Situationen reagieren zu können.

Phasen der Traumabehandlung

1. Stabilisierung und Sicherheit
2. Konfrontationsphase (Zugang zum Traumamaterial, Begegnung und Auflösung)
3. Integration (Trauern, Neuorientierung)

Zunächst möchte ich hier auch anmerken, dass ich als psychologischer Berater nur mit Menschen arbeiten darf, die gesund sind und wenn alle Phasen durchlaufen wurden, darf ich diese Menschen begleitend unterstützen, vor allem im Bereich der Ressourcenarbeit, um keine Retraumatisierungen hervorzurufen.

Die Traumabegegnung ist den ausgebildeten Traumatherapeuten vorbehalten. Als Heilpraktiker Psychotherapie darf ich nach Erstellung eines ausführlichen psychopathologischen Befundes im Bereich der Stabilisierung und Integration arbeiten. Es ist wichtig, dass die Therapie in einem geschützten Rahmen erfolgt, wo der Klient/ Patient ausreichende Sicherheit erfährt. Aus meiner Sicht ist dies aber oft nur stationär möglich.

4.1. Stabilisierungsphase

In der Phase der Stabilisierung ist vor allem die therapeutische Beziehung und Begleitung wichtig, aber auch dass der Mensch lernt mit seinen Gefühlen umzugehen, seine Ressourcen findet und Selbstverantwortung übernimmt.

Die Stabilisierung sollte wenigstens 6 Wochen dauern, um eine nachhaltige Veränderung zu erzielen.

Dabei sind folgende Stabilisierungstechniken und Verfahren u.a. möglich unter dem Aspekt dass der Klient sich sicher und geborgen fühlt.

- Therapieplanung (Notfallkoffer, Psychoedukation, Wochenberichte, Tagebücher, Strukturen, Symptomkurven)
- Täterkontaktabbruch
- kognitive Verhaltenstherapie, insbes. Bewusstmachen von negativen Gedanken, Glaubenssätze und Überzeugungen

- Gesprächstherapie nach Carl Rogers, Bedürfnisse Erarbeiten, primäre und sekundäre Gefühle
- Visualisierungsübungen zur Schaffung einer Situation mit innerer und äußerer Sicherheit: z.Bsp. der innere sichere Ort sein, die Tresorübung, Baumübung
- Selbstwahrnehmung, Selbstfürsorge und Selbstakzeptanz durch verschiedene Übungen
- Atemtechniken
- Orientierungsübungen
- Klopftechniken
- Körpertherapie, Yoga, PMR, autogenes Training
- Biofeedback

Das wichtigste Ziel am Ende Stabilisierung ist es, wieder ein Kontrollgefühl zu bekommen, ohne Situationen oder Menschen und Orte zu vermeiden, Gefühle abzuspalten oder bestimmte Dinge kompensieren zu müssen.

Es geht darum, sich von seinen Gefühlen nicht mehr überfluten zu lassen, sondern die ersten Anzeichen zu erkennen und die erlernten Techniken anzuwenden. Selbstverletzendes Verhalten soll vermindert werden.

Sofern der Patient stabil ist, kann die Konfrontationsphase mit verschiedenen Therapietechniken und Verfahren eingeleitet werden.

4.2. Konfrontationsphase:

Indikationen für die Konfrontation und Integration

- Ausreichende Stabilität und Zugang zu den Ressourcen
- stabile Lebensbedingungen
- ausreichende Therapiezeit
- sichere Anwendungen von Stopp Techniken, um mit Flashbacks oder Dissoziationen umzugehen
- Selbstfürsorge/ Selbstberuhigung
- keine Suizidalität
- ausreichendes stabiles Gewicht
- keine Abhängigkeit von psychotropen Substanz vor allem Drogen, Alkohol
- keinen Täterkontakt

In dieser Phase werden frühere Erlebnisse aktiviert, d.h. traumatische Erlebnisse, Intrusionen, Flashbacks sollen dann nur noch Erinnerungen werden und es soll dadurch weitestgehend Symptomfreiheit geschaffen werden. Die Bewertung der Situationen soll nachhaltig verändert werden, das heisst nicht, das man das Erlebte für gut befinden soll, nein es geht hier darum, eine andere Haltung einzunehmen, bewusst aus der Opferhaltung auszusteigen und sich als Überlebende zu sehen mit all den Stärken und Ressourcen.

Die Symptomfreiheit wird dann in der Integrationsphase nochmals verstärkt.

4.3. Integrationsphase

Die Integration findet auf 3 verschiedenen Ebenen statt.

- auf körperlicher Ebene
- auf Ebene der Beziehung zu sich selbst
- auf Ebene der Beziehung zu anderen

Auf der körperlichen Ebene ist es wichtig zu lernen, dem Körper zu vertrauen und sich in ihm wohl zu fühlen.

Auf der Ebene der Beziehung zu sich selbst ist es wichtig Mitgefühl, Verständnis für sich selbst zu entwickeln, das Selbstwertgefühl zu erhöhen, sich sozusagen die beste Freundin/ der beste Freund zu sein.

In der Beziehung zu anderen Menschen geht es darum zu lernen anderen zu vertrauen, statt zu misstrauen.

Zur Integration gibt es viele Strategien und Übungen. Eine wichtige Übung ist aus meiner Sicht die Wahrnehmung im Hier und Jetzt, zu erkennen, das das Gefühl von Angst, Panik etc. ein altes Gefühl ist und mit dem Heute nichts mehr zu tun hat. Dies ist nur möglich, wenn man einen guten Kontakt zum Körper hergestellt hat, auf die Erstsymptome gut reagieren kann und sich seiner Gefühle annimmt, die im Moment da sind.

Auch in der Integrationsphase ist die Arbeit mit den inneren Anteilen eine Möglichkeit um das Traumageschehen nach zu betrauern. Hierbei legt man den Fokus darauf ressourcenreiche innere Anteile zu integrieren.

4.4. Therapietechniken und Verfahren

Es gibt sehr viele Möglichkeiten und Verfahren, z. Bsp.

- Stuhlübungen
- Ego State Therapie (Arbeit mit inneren Anteilen)
- Somatic Experiencing nach Peter Levine
- innere Kind Arbeit
- EMDR
- Kloptechnik (EFT)

Die Therapie mit Medikamenten kann begleitend gut sein, ist aber nur als Ergänzung gedacht, da auch hier eine mögliche Suchtgefahr besteht.

Ich werde nun auf einige Verfahren genauer eingehen, die vor allem in der Konfrontationsphase angewendet werden, aber auch in der Stabilisierungs- und Integrationsphase.

Wichtig ist hierbei, dass der Klient besonders während der Konfrontation, seine Stabilisierungstechniken anwendet. Das hilft dem Klienten auch mit dem Körper mehr und mehr in Kontakt zu kommen und immer wieder einen sicheren Raum im inneren aufzusuchen.

4.4.1. Stuhlübungen

Hier werden im Wechsel die Rollen getauscht, so dass der Patient sich auch in die Rolle des Täters versetzt wird, sofern es für die Therapie von Nutzen ist. Das kann manchmal zum besseren Verständnis beitragen

4.4.2. Ego State Therapie

Ego State Therapie bedeutet mit den Patienten auf ihrer inneren Bühne zu arbeiten, die verschiedenen Anteile der Persönlichkeit kennenzulernen. Durch Sicherheit und Stabilität gilt es auch hier einen geschützten Raum zu schaffen, wo der Patient dann auch seinen traumatischen Erfahrungen in Sitzungen begegnen kann, die dann aufgelöst werden und dann integriert werden dürfen. Oftmals erfolgt diese Therapie mittels einer Hypnotherapie.

Die Entstehung von Ego States lässt sich also auf einen einzigen Mechanismus zurückführen, die Befriedigung der Grundbedürfnisse des Menschen.

Dabei haben alle Menschen ja die gleichen Grundbedürfnisse. Nach Klaus Grawe (1998,2004) der in Bern in der Schweiz an der Universität klinische Psychologie und Psychotherapie lehrte) sind das auf der psychischen Ebene das Bedürfnis nach Orientierung, nach Lust, nach Bindung und Selbstwerterhöhung. Physische Grundbedürfnisse sind Essen, Trinken, Schlaf, Bewegung etc.

Kay Fritzsche erläutert in seinem Buch: Praxis der Ego State Therapie ganz praxisnah anhand von vielen Beispielen die Arbeit mit den inneren Anteilen, dabei spielt das Konzept der äußeren und inneren Bühne eine besondere Rolle.

4.4.3. Somatic Experiencing nach Peter A. Levine

Das ist die Umsetzung von körpertherapeutischen Methoden, in denen vorrangig mit den Empfindungen des Körpers gearbeitet wird. Empfindungen beschreiben, wie sich der Körper physisch anfühlt.

Beispiele für Empfindungen können sich äußern in:

zittern, beben, frieren, kribbeln, heiss, kalt, warm, wacklig, jucken, gefühllos, hippelig, angespannt fühlen, fließend, prickelnd, betäubend

Warum sind die Empfindungen so wichtig?

Das Trauma ist im Körper gespeichert und wenn es nicht zu einer vollständigen Entladung der festgesetzten Energie kommt, bleibt diese im Körper stecken und kann sich in vielfältigen Symptomen auf der Ebene der Empfindungen wie auch in heftigen Emotionen, zum Beispiel in Panikattacken äußern.

4.4.4. Arbeit mit dem inneren Kind

Was ist eigentlich das innere Kind? Was bedeutet das?

John Bradshaw hat das Konzept des inneren Kindes in den 70er Jahren entwickelt. Es umfasst das ganze Spektrum innerhalb der Bereiche des Seins, Fühlens und Erlebens, das bestimmten Gehirnarealen zugeordnet werden kann. In der Psychologie spricht man auch von Persönlichkeitsanteilen. Wir Menschen haben viele Persönlichkeitsanteile oder Strukturen, die immer wieder aktiv werden, je nachdem in welchen Situationen wir uns befinden.

Da ist der Verstand, der auf rationaler Ebene alles wichtig vermittelt und für unsere Kognitionen verantwortlich ist. Und da gibt es den Anteil in uns, der für unsere Intuition steht, für unsere Emotionen. Persönlichkeitsanteile können so vielfältig und unterschiedlich sein, wie wir Menschen. Da gibt es den Anteil, den wir raus kehren, wenn wir im Arbeitskontext sind, den Anteil im Privatleben, den Anteil, wenn wir verletzt sind oder selbst verletzend tätig sein. Die Vielfalt und Komplexität sind unendlich.

Jedoch unterscheidet man hauptsächlich:

1. ressourcenreiche Anteile
2. verletzte Anteile
3. verletzende Anteile

Man bezeichnet diese Anteilsarbeit auch innere Kind Arbeit.

Ressourcenreiche Anteile tragen viele gute Erfahrungen in sich, während verletzte Anteil Repräsentanten von wiederholten negativen Erfahrungen sind. Wenn in der Kindheit Erfahrungen gemacht worden sind, die sehr prägend waren, kann es im Zustand einer emotionalen Übererregung sein, das der Mensch in dieses alte Erfahrungsmuster hinausrutscht, sich dessen aber nicht bewusst ist. Er kann dann in eine Panik verfallen, schlimme Angstzustände entwickeln und vieles mehr.

Mit Hilfe der Rückführung zu dem kindlichen Anteil (wenn es Traumatisierungen in der Kindheit gab) können traumatische Erlebnisse angeschaut, reflektiert werden und auf emotionaler und physischer Ebene verändert werden.

4.4.5. EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Dieses Verfahren hat Francine Shapiro 1995 erstmal bekannt gemacht und wird vorrangig bei Monotrauma eingesetzt.

Mittels Augenbewegung wird hier eine beschleunigte Verarbeitung des Traumas angeregt. Hier erfolgt also eine bilaterale Stimulation beider Gehirnhälften. Dabei werden Gedanken, Gefühle und Körperelemente verbunden und nicht mehr abgespalten.

Der Therapeut sitzt dabei vor dem Patienten und bewegt seine Hand auf Augenhöhe hin und her, während sich der Patient auf das Trauma konzentriert mittels seiner Vorstellungskraft. Vorsicht ist hier jedoch geboten, da es auch hier schnell zu einer Retraumatisierung kommen kann.

Weiterhin ist das Tappen, auch Klopfen genannt auch ein Art des EMDR und wird eher für die Ressourcen Aktivierung eingesetzt, um gute Gefühle und Gedanken im Körper hervorzurufen und zu verankern. Hierbei klopft der Klient oder Therapeut abwechselnd auf den Knien oder Oberarmen.

4.5. Gefahren der Therapie

Menschen zu begleiten ist immer mit gewissen Risiken verbunden, auf dich hier nochmal genauer eingehen möchte.

Zunächst ist die **Suizidalität** immer abzu prüfen. Die Entwicklung einer Suizidhandlung verläuft nach Pöldinger in verschiedenen Phasen. Die erste ist die Erwägungsphase, die zweite ist die Ambivalenzphase und die dritte ist die Entschlussphase. In diesen Phasen finden sich unterschiedliche Symptome oder Verhaltensweisen wieder, die es zu erfragen gilt.

Durch die Therapie kann es auch zu Veränderungen der Wahrnehmungen kommen, die sich dann auf persönliche Beziehungen auswirken kann.

Ebenfalls muss auf möglichen Substanzmittelmissbrauch oder Suchterkrankungen hingewiesen werden.

5. Aus meiner praktischen Arbeit mit Klienten

1. Fallbeispiel

Eine Klientin bittet mich um Unterstützung zu folgendem Thema:

Jedes Mal wenn es Streit gibt in Ihrer Partnerschaft oder manchmal auch auf Arbeit, reagiert sie mit Wutanfällen, Panik, Weinkrämpfen und sagt von sich, dass sie reagiert, wie ein kleines Kind, so als ob sie neben sich steht. Der Streit mit dem Partner eskaliert dann und Sie erlebt dann heftige Zustände mit Überflutung von Gefühlen, dass sie Tage manchmal braucht, um sich zu beruhigen. Sie meidet dann ihren Partner aus der Angst heraus abgelehnt zu werden. Sie ist im Streitgespräch nicht in der Lage zu kommunizieren, was Sie braucht, eher läuft sie aus der Situation weg. Sie kommt zu mir, weil Sie es schaffen möchte, mehr im Kontakt mit Ihren Gefühlen zu sein und mit Ihrem Körper. Die Angst vor Ablehnung ist enorm groß, da Sie das aus der Kindheit kennt, da wurde sie ständig abgelehnt. Die Eltern waren getrennt und Sie erzählt mir, dass Sie durch die Abwesenheit Ihres Vaters traumatisiert ist. Sie ist bei einem Arzt in Behandlung, nimmt Medikamente, und es wurde bei ihr eine bipolare Störung festgestellt.

Vorgehensweise Erstgespräch (Psychopathologischer Befund)

unstrukturiertes Interview:

Ich lasse die Klientin einfach erzählen, was Sie bedrückt. Ich nehme Ihre Körperhaltung wahr und höre aufmerksam zu und mache mir Notizen zu Ihrem äußeren Erscheinungsbild und Ihrem Verhalten. Ich frage nach, was Sie sich wünscht, was Sie gern auflösen möchte.

strukturiertes Interview:

Im nächsten Schritt frage ich folgende Dinge ab:

- persönlichen Daten, beruflicher Werdegang, Biographische, soziale, Anamnese, Eigen und Fremdanamnese, Fragen zur Sexualität
- bereits vorhandenen Diagnosen, Vorerkrankungen, Ärztliche Obhut
- Einnahme von Medikamenten, vegetative Symptome
- Schlafstörungen und Suizidalität

psychische Elementarfunktionen

Klientin ist bewusstseinsklar und orientiert, sie ist im Gespräch konzentriert und aufmerksam. Die Intelligenz ist nicht gemindert. Inhaltliche und formale Denkstörungen kann ich nicht feststellen. Keine Auffälligkeiten im Bereich der Wahrnehmung, Merkfähigkeit oder affektiven Störungen. Im Bereich des Antriebs und Psychomotorik kann ich eine leichte Agitiertheit feststellen, sie bewegt die Hände sehr viel und erzählt sehr schnell. Kein Anzeichen auf Ich Störungen.

Zusammenfassend kann ich sagen, dass ich im Erstgespräch bei der Klientin keine psychischen Auffälligkeiten feststellen kann. Sie leidet weder an Schlafstörungen noch an Störungen im Bereich der Sexualität, Suizidgedanken sind keine vorhanden, Suizidversuche auch nicht. Lediglich die mir mitgeteilte Diagnose von Ihrem Arzt, eine bipolare Störung, könnte die Agitiertheit untermauern und die emotionalen Ausbrüche der Klientin erklären. Aus dem Erstgespräch kann ich jedoch keine Störungen im Denkablauf feststellen.

Aus den Erzählungen der Klientin und den Symptomen könnte man hier vermuten, dass die Klientin aufgrund des Traumas an einer Traumafolgestörung leidet. Mein Verdacht stützt sich dabei auf die Beschreibung der Symptome, wie Panik, Angst, Reaktion wie ein Kleinkind, neben sich stehen und Vermeidung von Auseinandersetzungen mit dem Partner aus der Angst heraus abgelehnt zu werden.

Ich mache ihr verschiedene Vorschläge wie ich sie begleiten kann. Das umfasst folgendes:

- Übung zur Wahrnehmung des Körpers,
- Klopftechnik
- Notfalltechniken wie Tresorübung, innerer sicherer Ort, Atemübungen
- Imaginationsübung
- innere Kind Reisen
- Stärken und Ressourcen finden

Klientin zweite und dritte Sitzung ca. 1 bis 1,5 Stunden

Ich beginne mit einer kleinen Orientierungsübung im Raum, im Anschluss mal kurz die Augen schliessen und atmen und im Hier und Jetzt ankommen. (Diese Übung mache ich in allen Sitzungen).

In der zweiten Stunde haben wir auf der kognitiven Basis herausgearbeitet, dass die emotionalen Überreaktionen aufgrund ihrer Kindheitserfahrungen im Nervensystem verankert sind, und dass es normal Reaktionen sind, auf nicht normal Ereignisse. Hier erläutere ich ihr, dass es wichtig ist auf Ihre Bedürfnisse zu achten und auch die primären Gefühle rechtzeitig zu erkennen. Denn wenn die primären Gefühle nicht beachtet werden, kann aus der Angst Panik entstehen, aus Ärger tiefe Wut etc.

Es gibt mehrere Möglichkeiten dies zu erlernen.

1. Symptomkurven täglich zu schreiben, d.h. die Situationen, in denen Sie überemotional reagiert zu reflektieren, in dem Sie sich bewusst macht, wie schlimm es ist, auf der Skala von 1-10 und was sie fühlt und dazu denkt
2. Wenn die emotionale Überreaktion bereits da ist, sich mit Notfallstrategien wieder ins Hier und Jetzt zu begeben.

Die Notfallstrategien sind im Schlussanteil der Arbeit hinterlegt.

Eine der Notfallstrategien, die ich mit ihr in dieser Sitzung eingeübt habe, war die Imaginationsübung zum inneren sicheren Ort. Ich bat sie die Augen zu schliessen und zunächst ruhig und sanft zu atmen, und sich mit Hilfe Ihrer Vorstellungskraft, an einen inneren Ort zu begeben, an dem Sie sich sicher und geborgen fühlt und dabei auf Ihren Körper zu achten und ihre Empfindungen. Ich lud sie ein immer tiefer sich mit diesem Ort zu verbinden, über die Sinnesreize. Ich fragte sie systematisch ab, 5 Dinge die sie sieht, 4 Dinge, die sie hört, 3 Dinge die sie fühlt, 2 Dinge die sie riecht, 1 Sache, die sie schmeckt und das ganze umgekehrt. Dabei konnte ich sehen, wie der Körper sich immer mehr entspannte.

Ich empfahl ihr dies Übung öfters zu machen, denn das Gehirn braucht ja mindestens 6 Wochen, um neue neuronale Netzwerke herzustellen.

Eine weitere wichtige Übung für den Notfall ist die Wahrnehmung im Hier und Jetzt.

In den darauffolgenden Sitzungen habe ich mit ihr Körperreisen gemacht, um ein Gespür dafür zu bekommen, wo und was Sie im Körper spüren kann. Zunächst haben wir uns auf Ihre Empfindungen konzentriert. Über weitere Meditationen hat Sie dadurch wieder schrittweise den Kontakt zu Ihren Gefühlen wieder hergestellt. Über diesen Weg konnte sie dann herausfinden, was sie am meisten blockiert, und zwar die Angst vor Ablehnung, ein Muster das sich durch ihre gesamte Kindheit zog. Daraufhin habe ich mit ihr anhand von offenen Fragen ihre Bedürfnisse herausgearbeitet, so dass ihr vieles klarer wurde, vor allem, dass Sie sich immer als Opfer sah und in diesem Muster stecken geblieben ist. Um dieses Muster aufzulösen, bat Sie mich mit ihr eine innere Kind Reise zu machen.

Bevor ich das tat, klärte ich sie erstmal darüber auf, was diese innere Arbeit mit dem inneren Kind bedeutet und bewirken kann. Dazu habe ich ihr mein erlerntes Wissen vermittelt, worauf ich am Ende nochmal genauer eingehen werde.

Im Anschluss habe ich mit ihr zusammen zu ihrem kindlichen Anteil schauen dürfen, Ressourcen gefunden, die nicht mehr im Bewusstsein waren und somit konnte sie am Ende der Sitzung erkennen, wie wichtig es ist, das was man sich von außen wünscht, in erster Linie in sich selbst zu finden, wie Liebe, Anerkennung und vor allem Mitgefühl für den Anteil ihr zu haben, der noch Verletzungen in sich trägt.

In den folgenden Wochen trainierte Sie immer wieder den Kontakt zu ihrem kindlichen Anteil aufzunehmen, ihre Gefühle anzunehmen und sich in Streitsituationen klarzumachen, dass sie heute Erwachsene ist. Nach einigen Wochen konnte sie schon viel besser reagieren, vorausgesetzt sie war gut im Kontakt mit Ihren Gefühlen. Sie lernte durch unsere Gespräche, dass die Bewertungen, die Sie in die Situationen gibt, alte Glaubenssätze und Überzeugungen waren, die Sie nur auf Ihren Partner projizierte. Sie lernte Stück für Stück ihre Grenzen schneller wahrzunehmen, zu kommunizieren und mit bestimmten Techniken (lt. Notfallkoffer) bzw. Handzeichen konnte Sie ihrem Partner dann rechtzeitig signalisieren, dass sie gerade nicht gut mit sich im Kontakt ist. Über 4 Monate arbeiteten wir gemeinsam an Ihren Ressourcen und Strategien und es war wunderbar zu sehen, was sich verändert hat.

Im Rahmen meiner Arbeit mit dem inneren Kind versuche ich dann mit meinen Klienten einen Perspektivwechsel vorzunehmen, indem der Klient die Gefühle des kindlichen Anteils erkennt, sie zu sich nimmt und lernt mit Ihnen umzugehen und sich nicht von Ihnen überfluten zu lassen. Dazu gehört natürlich sehr viel Selbstreflektion und das der Klient die Verantwortung für sich selbst lernt zu übernehmen.

Ich als psychologisch Beraterin kann nur unterstützend helfen, denn der Klient trägt die Lösung bereits in sich, sie ist ihm nur noch nicht so klar oder bewusst.

6 Notfallkoffer

Mögliche anfassbare Gegenstände:

- Bonbons, Brausetabletten, Kaugummi
- Parfüm, Duftöle z. Bsp. Japanisches Heilöl, Amoniak
- Stofftier
- Kieselsteine
- Igelbälle
- Softbälle
- rauhe Bürsten

Mögliche Körperübungen

- 5 Dinge die du siehst
- 4 Dinge die du hörst
- 3 Dinge, die du fühlst, spürst
- 2 Dinge, die du riechst
- 1 Sache, die du schmeckst

Wahrnehmungsübung

- Wo bist du?
- Wie heisst du?
- Wie alt bist du?
- Was hast du an?
- Welcher Tag ist heute?
- Was ist dein Lieblingsessen?

Tastübungen

- Bäume
- Tiere
- Pflanzen
- Gegenstände

8 Literaturverzeichnis und Quellenangaben

- Dami Charf, Onlinekurs Traumaheilung
- Dip. Soz. Wissensch. Uwe Hesse, Akademie für integrative Traumatherapie in Berlin, Klinik für Psychosomatische Medizin Blankenburg
- Erika J. Chopich, Margarete Paul: „Aussöhnung mit dem inneren Kind“ Ullstein Verlag
- ICD10 – F Internationale Klassifikation der psychischen Störungen
- Kai Fritzsche, Buch: „Praxis der Ego State Therapie“ Carl Auer Verlag, Auflage 2021
- Klaus Bernhardt: „Panikattacken und andere Angststörungen los werden“ Ariston Verlag
- Laurence Heller, Aline Lapiere, Entwicklungstrauma heilen, Verlag Kösel,
- Peter A. Levine, Buch: „Trauma-Heilung, das Erwachen des Tigers“
- Peter A. Levine, Hörbuch: „Trauma und Gedächtnis“
- Peter A. Levine: „Sprache ohne Worte“
- Prof. Dr. Luise Reddemann: „Trauma verstehen und überwinden“:
- Robert Betz, Meditationen inneres Kind
- Stefanie Stahl: „Das Kind in dir muss Heimat finden“ Arkana Verlag
- Susanne Hühn & Mo Moberg. „Emotionaler Schutz“ Schirner Verlag
- Verena König, Buch: „Bin ich traumatisiert“ GU Verlag