

Die Ressourcenfokussierte Traumaanamnese (RFTA)

in der Behandlung
komplextraumatisierter
Patient*innen



Die Ressourcenfokussierte Traumanamnese (RFTA) ist ein spezifisch an die Bedürfnisse und Besonderheiten von Patient*innen mit Symptomen einer komplexen Traumafolgestörung angepasstes Vorgehen. Besonders nützlich ist sie zu Beginn einer Behandlung, also etwa in den ersten drei bis sieben Sitzungen.

Dieses modifizierte Vorgehen bei der Anamneseerhebung würdigt, dass Patient*innen mit einer komplexen Traumafolgestörung manchmal schon bei dem Gedanken daran, sich mit ihrer Lebensgeschichte und mit den mnestischen Lücken ihrer Biographie zu beschäftigen, hochgradig belastet und getriggert werden oder Angst davor haben, es könne ihnen danach schlechter gehen als zuvor. Besonders schlechte Therapieerfahrungen führen häufig dazu, dass sich Patient*innen trotz wiederholter Empfehlungen, eine Therapie zu machen, nicht trauen, damit zu beginnen oder in einer sehr frühen Phase eine Behandlung bereits wieder abbrechen. Auch auf der Seite der Therapeut*innen zeigt sich in Supervisionen nicht selten eine große Unsicherheit im Umgang mit komplexer Traumatisierung.

Menschen mit einer komplexen Traumafolgestörung haben meist vielfältige, z. B. depressive, ängstliche, zwanghafte oder dissoziative Symptome oder zeigen Somatisierung oder Suchtverhalten. Diese Symptome finden sich gleichzeitig oder auch nacheinander.

Verschiedene psychiatrische Symptome werden in den letzten Jahren zunehmend auch als mögliche Folge kleiner oder größerer Traumata verstanden. Entsprechend sind modifizierte EMDR-Protokolle entstanden (z. B. Shapiro, 2022; Hofmann, Ostacoli, Lehnung, & Hase, 2020).

Leider werden Menschen mit komplexer Traumafolgestörung nach meiner



Steffen Bambach

Ärztlicher Kinder- u. Jugendlichen-
psychotherapeut (TP)
Systemischer Therapeut (SG)
EMDR Supervisor
Eisenach

Erfahrung in der Praxis oft auf eine oder zwei psychiatrische Diagnosen reduziert. Sie bekommen z. B. die Diagnose einer Angststörung, einer

Depression, einer Somatisierungsstörung oder einer Persönlichkeitsstörung mit großen differentialdiagnostischen Abgrenzungsbemühungen zu anderen Diagnosen. Diese Diagnosen führen dann häufig zu nicht-traumaspezifischen psychotherapeutischen und/oder medikamentösen Behandlungen.

Spätestens seit der Adverse Childhood Experiences Studie (ACE-Studie) von Vincent Felitti und Robert Anda aus dem Jahr 1998 (Zusammenfassendes Video „ACES Primer HD“ auf YouTube) wissen wir, dass nicht nur fast alle psychiatrischen, sondern auch erschreckend viele somatische Krankheitsbilder mit der Häufigkeit des Vorhandenseins (unbehandelter) traumatischer Kindheitserfahrungen korrelieren.

Gerade wenn eine erdrückende und verwirrende Vielfalt verschiedener leidvoller Symptome besteht, werden diese in ihrer Entstehung oft nur verständlich, wenn es gelingt, auch die Vielfalt an traumatischen Erfahrungen zu erkennen und zeitlich in Bezug zu setzen.

Die besondere Struktur der RFTA soll Patient*innen und Therapeut*innen genügend Sicherheit vermitteln, um sich zuversichtlich und mutig in einer Weise mit der Biographie von komplexer Traumatisierung zu beschäftigen, die gut sichtbar und verstehbar macht, warum bestimmte Krankheiten und Symptome entstanden sind.



Grundlegende Überlegungen

Mit der RFTA wird in den ersten Stunden der Behandlung nicht angestrebt, primär die ausreichende psychische Stabilität für eine Traumatherapie kritisch zu überprüfen. Vielmehr soll die notwendige Stabilität von der ersten Sitzung an aufgebaut werden. Vor allem ist es wesentlich, nicht im Rahmen der Anamnese unnötig zu destabilisieren. Stattdessen soll die Anamnese bereits die Chance einer ersten Stufe der Integration der berichteten Traumata im Lebenspanorama enthalten. Um dies zu erreichen, kann all das, was an Vorbereitungen für eine Traumakonfrontation in der Phase 4 empfohlen wird, bereits vor einer möglicherweise belastenden Exploration traumatischer Lebensereignisse erfolgen. Damit Patient*innen verlässlich im Window of Tolerance bleiben, sollte dieses schon vor der Traumaanamnese durch Ressourcenarbeit und die Vermittlung von Übungen zur Emotionsregulation erweitert werden. Bereits im Prozess der Anamnese selbst ist es hilfreich, stetig auf eine Balance der Wahrnehmung von Ressourcen und Traumamaterial zu achten. Eine Möglichkeit, dies zu erreichen, entsteht durch die Integration von Grundhaltungen und Interventionen der Lösungsfokussierten Kurztherapie (de Shazer & Dolan, 2020; de Jong & Kim Berg, 2023; Dolan, 1991) in die Traumabehandlung.

Damit Ressourcen als stets sichtbares stabilisierendes Gegengewicht zu den biographischen Belastungen zur Verfügung stehen, kann die Exploration gegenwärtiger und biographisch zurückliegender Ressourcen der Exploration belastender Erinnerungen vorangestellt werden.

Dieser an sich sehr einleuchtenden Idee steht die Erfahrung entgegen, dass eine sehr frühe Lösungs- und Ressourcenorientierung, besonders bei schwer und komplex traumatisierten Patient*innen, schnell zu Widerstand und Abwehr führt. Die Ursache dafür ist, dass die Betonung von Ressourcen der Patient*innen implizit als Bagatellisierung des Leidens erfahren werden kann. Diese Erfahrung haben viele Patient*innen schon schmerzlich erlebt. „Wenn Du so viele Ressourcen hast, dann kann es ja wohl nicht so schlimm gewesen sein!“

Um Patient*innen mit komplexer Traumafolgestörung zu motivieren, ihre vorhandenen Ressourcen wahrzunehmen und auch zu nutzen, ist daher zuvor die Würdigung des Leidens erforderlich. Die Patient*innen müssen überzeugt sein, dass die Therapeut*innen verstanden haben, wie schlimm ihre Erfahrungen waren. Doch dadurch entsteht ein Dilemma. Wie kann man etwas würdigen, was man sich zu dem Zeitpunkt noch gar nicht ausführlich erzählen lassen will?

Eine Lösung besteht darin, bereits vor der endgültigen Diagnose, also schon bei dem Verdacht auf eine Traumafolgestörung Psychoedukation zu Trauma einzuführen. Durch Erklärungen zu traumatischen Situationen und resultierenden autonomen Notfallreaktionen wie Fight, Flight, Freeze, Fawn und Faint, sowie dem Mechanismus der Triggerung werden indirekt traumatische Erfahrungen ernst genommen und gewürdigt. Zusätzlich ermöglicht eine solche Psychoedukation zu erklären, warum bedeutsam ist, bereits bei der Anamneseerhebung gemeinsam darauf zu achten, im Window of Tolerance, bzw. im „Ressourcenbereich“ (Hantke & Gorges, 2023) zu bleiben.



Die 8 Schritte im Einzelnen:

Schritt 1: Ausführliche Psychoedukation Trauma

Sobald im Rahmen des Erstkontaktes der Verdacht auf eine Traumafolgestörung im weitesten Sinne aufkommt, schlage ich den Patient*innen vor, ihnen zu erklären, was eine seelische Wunde ist, um anschließend zu schauen, ob ihr Anliegen etwas mit einer solchen zu tun haben könnte. Es ist von Vorteil, diese Psychoedukation im Beisein der wichtigen Bezugspersonen zu machen oder sie später mit diesen noch einmal zu wiederholen.

Ausführlicher und plastischer, als es im Rahmen des AIP-Modells möglich ist, lässt sich die Psychoedukation mit dem Modell vom „Häschen und Denker“ und den entsprechenden Graphiken aus dem Handbuch Traumakompetenz (Hantke & Görjes 2023) durchführen.

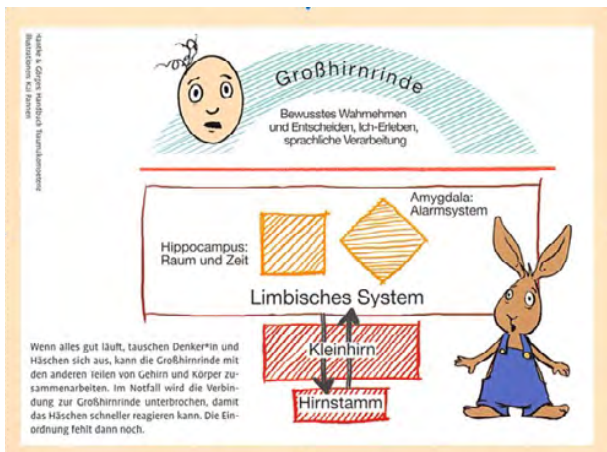


Abb. 1. aus dem Handbuch Traumakompetenz (Hantke & Görjes, 2023), mit freundlicher Genehmigung des Junfermann Verlages

Das Modell unterscheidet das „Häschen“, das für alle unbewussten Prozesse auf der Ebene von Hirnstamm, Kleinhirn und Limbischem System, und den „Denker“, der für alle bewussten, kognitiven und sprachlichen Funktionen auf der Ebene des Großhirns zuständig ist (s. Abb. 1).

In einem mittleren Bereich muskulärer Spannung sind beide Teile in guter Kooperation miteinander. Alle für das Verständnis von Trauma wichtigen Mechanismen sollten durchweg im Sinne überlebenswichtiger Ressourcen dargestellt werden: Die Amygdala als die Notfallzentrale, von der bei Gefahr die später zu erklärenden Notfallreaktionen ausgelöst werden. Der Hippocampus, der in Kooperation mit dem Denker für die Integration verschiedener Sinnessysteme und für die Bildung bewusster und geordneter Erinnerungen zuständig ist. Die Verbindung und Kooperation von Häschen und Denker im mittleren Spannungsbereich, dem „Ressourcenbereich“ (Hantke & Gör-

ges, 2023), wird als Voraussetzung für Lernen, bewusstes Erinnern und konstruktives und planvolles Handeln erklärt (s. Abb. 2).

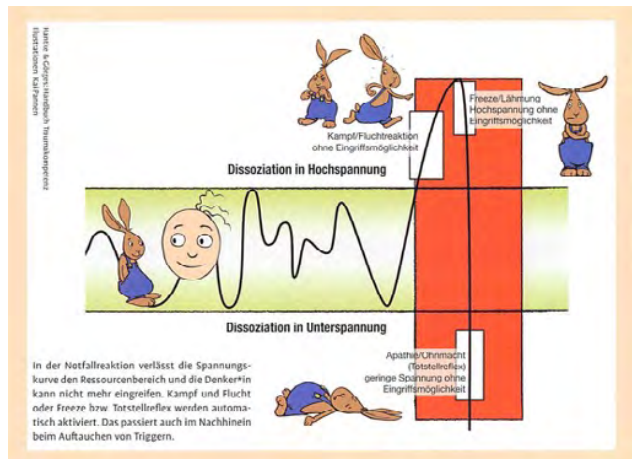


Abb. 2. aus dem Handbuch Traumakompetenz (Hantke & Görjes, 2023), mit freundlicher Genehmigung des Junfermann Verlages

Gemeinsam wird überlegt, was passiert, wenn die Anspannung aufgrund von Bedrohung oder Überforderung steigt. An der Grenze zur Überspannung, wenn diese nicht zu plötzlich geschieht, springt zuerst die angeborene Bindungs- oder Orientierungsreaktion an. Das Individuum versucht, von Bezugspersonen Orientierung, Schutz, Beruhigung oder Trost zu erhalten. Dieser Mechanismus ist für Kleinkinder überlebenswichtig, stellt aber auch im späteren Leben eine wichtige Ressource dar. Nur wenn keine Bezugspersonen vorhanden sind oder wenn diese selbst so gestresst sind, dass sie nicht zu einer Beruhigung und Klärung der Situation beitragen, steigt die Anspannung weiter und es werden verschiedene Notfallreaktionen ausgelöst.

Die Notfallreaktionen haben alle gemeinsam, dass das Häschen die Verbindung zum Denker löst und autonom agiert. Bekannt ist vielen die Blinde Wut, in der man, ohne Kontakt zum Denker, Dinge sagt oder tut, die einem hinterher häufig leidtun, oder die Panische Angst, bei der nicht mehr vom Denker überprüft werden kann, ob überhaupt noch eine Gefahr besteht. Darüber, welchen Sinn es macht, dass der Denker abgestellt wird und keinen Einfluss mehr hat, lasse ich die Beteiligten nachdenken. Die richtige Antwort lautet: Der Denker ist für lebensbedrohliche Situationen zu langsam und zu kompliziert. Die Schnelligkeit des Häschens erhöht deutlich die Überlebenswahrscheinlichkeit. Die dritte hypertone Notfallreaktion ist die Freeze-Reaktion oder Schockstarre.

Sie entsteht, wenn das Häschen sich nicht entscheiden kann, ob Angreifen oder Fliehen besser ist. In diesem Zustand versuchen wir, uns unsichtbar zu machen oder zumindest weniger von einem Angreifer wahrgenommen zu werden. Die Freeze-Reaktion kann aber auch entstehen, wenn die angeborene Bindungsreaktion anspringt und im Konflikt mit Angst vor der Bindungsperson steht, z. B. aufgrund von Gewalterfahrungen durch eine Bindungsperson. Bei den drei bisher beschriebenen hypertonen Notfallreaktionen (Fight, Flight, Freeze), schlägt das Herz bis zum Hals und der Blutdruck ist hoch.

Wenn wir uns nach einer bestimmten Zeit nicht wieder sicher fühlen oder die Spannung zu hoch wird, fliegt früher oder später „eine Sicherung raus“. Die Spannung fällt rapide ab und das Häschen geht in einen hypotonen Zustand, der bis zur Ohnmacht führen kann, den Totstellreflex. In diesem Zustand schlägt das Herz langsamer und der Blutdruck fällt ab (Überlebensressource: bei Verletzung weniger Blutverlust und dadurch Zeitgewinn), und es entsteht eine gewisse Gefühllosigkeit, eine Schmerzunempfindlichkeit (Überlebensressource: Es ist mit weniger Schmerz leichter, still und reglos zu bleiben, wodurch Angreifer*innen vielleicht das Interesse verlieren oder sich ablenken lassen und die Möglichkeit zur Flucht entsteht). Als fünfte Notfallreaktion kann man noch ein roboterhaftes Funktionieren anführen, welches in der Graphik nicht abgebildet ist. Dabei reagieren wir wie automatisch und ohne Gefühl entsprechend tief verinnerlichter, alter Verhaltensmuster.

Im Anschluss an die Erklärungen zu den verschiedenen Reaktionsmöglichkeiten wird erfragt, welche dieser Notfallreaktionen der/die Patient*in von sich kennt. Fast alle kennen mindestens zwei, wenn nicht drei oder sogar vier. Doch weil potentiell jede*r in alle diese Notfallreaktionen gehen kann, ist leider noch immer nicht die Essenz einer Traumafolgesymptomatik erklärt.

Im nächsten Teil der Erklärung wird die Beziehung zum AIP-Modell hergestellt. Da in all diesen Hochstresssituationen die Verbindung von Häschen und Denker reduziert ist, sind die Integration der Wahrnehmungsebenen zueinander und die zeitliche und räumliche Kontextuali-

sierung gestört. Damit wird die Bildung bewusster, geordneter Erinnerungen verhindert. Vieles wird in unverbundenen Einzelteilen abgespeichert (s. Abb.3). Es entsteht keine vollständige, zeitlich und räumlich geordnete Erinnerung des Hochstresserlebnisses. (Der Stress blockiert eine adaptive Informationsverarbeitung, blockiert das AIP-System.)

Nun stelle ich die Frage, was das Problem dabei ist, wenn nicht alles sortiert erinnert wird oder mensch sogar etwas gar nicht mehr weiß, zumal das Erlebnis doch eh nicht schön war. An dieser Stelle lässt sich mit Beispielen erklären, was passiert, wenn diese unsortierten Puzzle-Teile durch harmlose Außenreize getriggert werden, dass durch diese Triggerreize erneut die Notfallreaktionen aufgerufen werden, es erneut zur Dissoziation, zur Trennung von Häschen und Denker kommt und die Erinnerung dadurch weiterhin unverarbeitet bleibt.

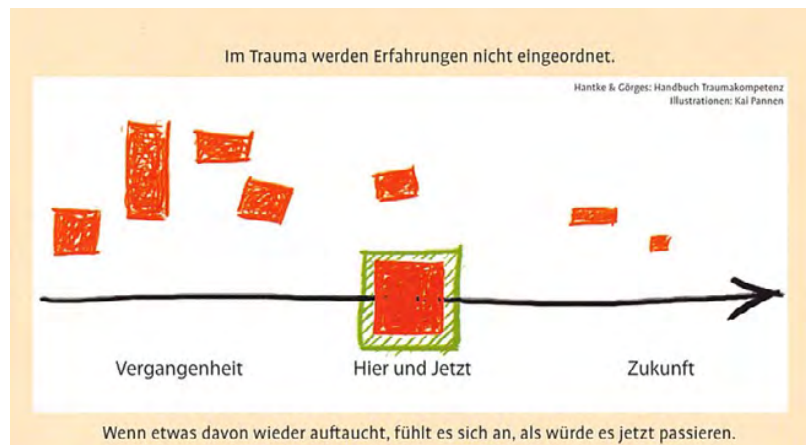


Abb. 3. aus dem Handbuch Traumakompetenz (Hantke & Cörges, 2023), mit freundlicher Genehmigung des Junfermann Verlages

Schritt 2: Reflexion persönlicher Kenntnis eigener Notfallreaktionen und Triggerphänomene

Die Patient*innen sollen nun darüber reflektieren, welche Reaktionen sie von sich selbst oder von signifikanten Anderen kennen und ob ihre aktuelle Symptomatik etwas mit getriggerten Notfallreaktionen und unverarbeiteten Traumata zu tun haben könnte. Ganz regelhaft ordnen Patient*innen ihre aktuellen Probleme den verschiedenen Notfallreaktionen zu und beginnen so, sie besser zu verstehen. Manchmal sind ihnen auch entsprechende Trigger bewusst, oder es fallen ihnen dazugehörige belastende Lebensereignisse ein.

Schritt 3: Psychoedukation zur Behandelbarkeit von Traumata

Ein Verständnis der möglichen Entstehung der eigenen Symptome infolge von Trauma, darf nicht die Ideen erzeugen oder verfestigen, deshalb für immer beschädigt oder zerstört zu sein. Dies würde zu Resignation und Hoffnungslosigkeit führen. Daher ist es im dritten Schritt extrem wichtig, zu erklären, dass Traumata sehr gut behandelbar sind. Im Rahmen des Modells bedeutet Therapie, Patient*innen durch verschiedene Techniken zu helfen, im Ressourcenbereich / im window of tolerance zu bleiben und von dort aus zu versuchen, gemeinsam und vorsichtig die verstreuten Puzzle-Teile einer Erfahrung zu einem vollständigen Bild zusammen zu setzen. Je mehr es gelingt, Teile zueinander und zeitlich einzuordnen, und je vollständiger die Erinnerung wird und in der Vergangenheit repräsentiert werden kann, desto stärker nehmen Triggerbarkeit, subjektive Belastung und damit verbundene Symptomatik ab. Die Erfahrung kann entspannt erinnert und erzählt werden (s. Abb. 4).

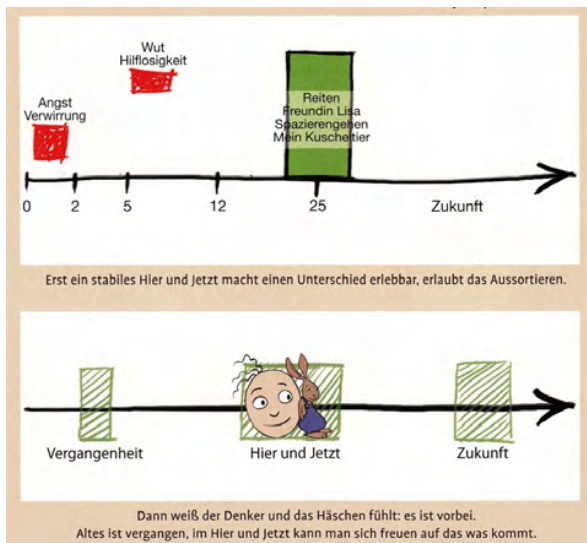
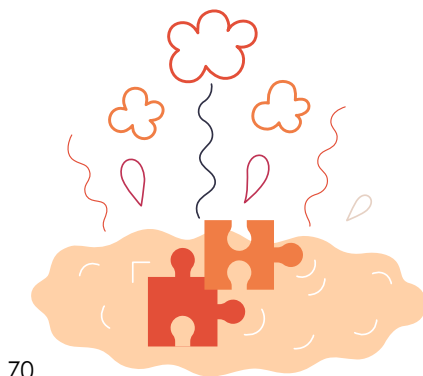


Abb. 4. aus dem Handbuch Traumakompetenz (Hantke & Görjes, 2023), mit freundlicher Genehmigung des Junfermann Verlages



70



KLINIK
FRIEDENWEILER

Fachklinik für Psychotherapie,
Psychiatrie und Psychosomatik
im Hochschwarzwald

In der Privatklinik Friedenweiler arbeiten Therapeutinnen und Therapeuten, die speziell in dem Verfahren EMDR ausgebildet sind. EMDR wird indikationsübergreifend und zum Beispiel bei Zwängen und Ängsten, aber auch bei speziellen Fragestellungen in der Depressionsbehandlung und bei Abhängigkeitserkrankungen eingesetzt.

Als private Akutklinik liegt die Privatklinik Friedenweiler in einer der schönsten Regionen Europas. Im malerischen Ambiente eines ehemaligen Grand Hotels behandeln wir das gesamte Spektrum psychischer Erkrankungen im einzel- und gruppentherapeutischen Setting mit einem speziellen Fokus auf Traumafolgestörungen.

Schwieriger ambulanter Verlauf? Komplexe Traumatisierung? Wir unterstützen bei Kriseninterventionen oder in kritischen Behandlungsphasen. Einweisenden Fachärztinnen und Fachärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten garantieren wir eine zeitnahe Aufnahme ihrer Patientinnen und Patienten.

Wir sind für Sie da!

Privatklinik Friedenweiler GmbH
Kurhausweg 2-4
79877 Friedenweiler

Telefon: 07651 9350-0
info@klinik-friedenweiler.de
www.klinik-friedenweiler.de



Eine Fachklinik der

Oberberg
Gruppe

- Anzeige -

Schritt 4: Vorbereitung der RFTA

Es wird angeregt, in einer nächsten Therapiestunde gemeinsam das bisherige Leben mit allen guten und schlechten Erfahrungen zu sortieren. Ich erkläre und begründe die Struktur des Vorgehens bei der RFTA. Die Bedeutung einer guten Orientierung im Hier und Jetzt wird erläutert und entsprechende Übungen dazu angeleitet. (5-4-3-2-1-Übung, Ressourcenbarometer (Hantke & Görges, 2023), usw.) Wie im EMDR-Protokoll bei der Traumakonfrontation etablieren wir ein Stopp-Signal. Ebenfalls schon vor der Anamneseerhebung wird die Tresorübung vermittelt, um eine Sitzung sicher abschließen zu können, für den Fall, dass es doch zu Triggerung und Überflutung kommen sollte.

Schritt 5: Durchführung der RFTA

Für die Sitzung wird eine Lebenslinie vorbereitet, die je nach Alter in Drei- oder Fünf-Jahres-Schritten aufgeteilt ist (s. Abb. 5).

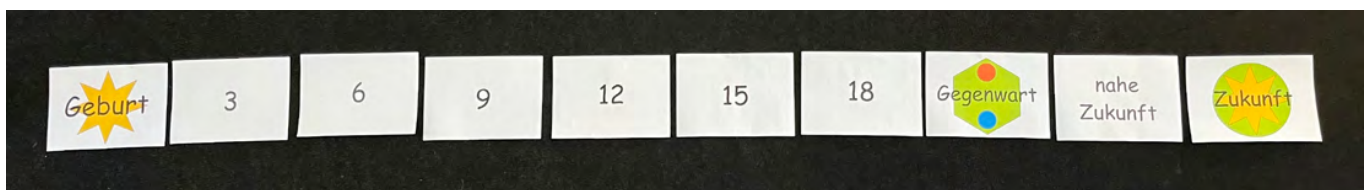


Abb. 5.

Sie beginnt mit der Geburt, geht bis zur Gegenwart und weiter in die nahe und die ferne Zukunft. Am besten ist es, die Zeitlinie auf dem Boden auszulegen. In kleinen Behandlungsräumen sind eine breite Pin-Wand oder ein breites Magnetboard Alternativen. Die Patient*innen dürfen sich eine Kärtchenfarbe wählen, welche für Positives und Ressourcen steht, und eine Farbe für die belastenden Erinnerungen. Bei der RFTA werden bewusst antidissoziativ wirkende Elemente eingesetzt. Das eine ist die Externalisierung und damit auch Distanzierung, die die Patient*innen in der Aufrechterhaltung einer Beobachterposition unterstützt, das andere ist eine spezielle Arbeitsteilung, die die Patient*innen immer wieder in körperliche Bewegung bringt. Der Therapeut/die Therapeutin übernimmt das Beschriften der Kärtchen, die Patientin/der Patient wird aufgefordert, die Kärtchen einzeln zu nehmen, aufzustehen und sie an der richtigen Stelle der Lebenslinie hinzulegen. Ressourcen sollen oberhalb und Erinnerungen an belastende Ereignisse unterhalb der Lebenslinie zeitlich eingeordnet werden.

Bei der bereits erwähnten Reihenfolge der Exploration (erst Ressourcen der Gegenwart, dann Ressourcen der Vergangenheit und erst dann Exploration von Belastungen) ist meist die größte Herausforderung, viele (zehn oder mehr) Ressourcen in der Gegenwart zu identifizieren, denen die Patient*innen zustimmen. Ein hilfreicher

Einstieg ist eine Standardfrage der Lösungsfokussierten Kurztherapie: „Angenommen, unsere Therapie verläuft richtig gut, und wir könnten im Laufe der Behandlung alles verändern, was Sie stört, Ihr Aussehen, Ihre sozialen Beziehungen, Ihre Familie, Ihren Job, den Ort, an dem Sie leben, einfach alles. Was sind die Dinge, die so bleiben sollen, wie sie sind, weil sie gut sind? Was sollten wir auf keinen Fall verändern?“ Wenn die Frage reflexartig abgewehrt wird mit einem „Gar nichts soll so bleiben!“ ist es wichtig, mit freundlichem, geduldigem Gesicht beharrlich auf eine Antwort zu warten. Nach spätestens 60 Sek. kommen fast immer Antworten. Wenn nicht, dann sollte zu sog. „Coping-Fragen“ (de Jong & Kim Berg, 2023) gewechselt werden. „Wie halten sie das aus, dass alles so schlimm ist?“

Wenn Patient*innen ambivalent bewertete Ressourcen nennen, sollte versucht werden, gemeinsam eine Formulierung zu finden, die wirklich den bewahrenswerten Aspekt beschreibt. Wenn beispielsweise genannt wird: „Ich bin immer freundlich und hilfsbereit“, kann es sein, dass die Unfähigkeit, sich abzugrenzen, negativ mitschwingt. In diesem Beispiel lässt sich vielleicht das Bewahrenswerte formulieren mit: „Ich bin freundlich und mir sind andere Menschen wichtig“. Manchmal lassen sich auch weitere Ressourcen finden, wenn zirkulär gefragt wird, was andere an dem oder der Patient*in schätzen. „Was

würde Ihre beste Freundin, Ihr bester Freund sagen, was an Ihnen so bleiben soll, wie es ist?“ Herauszukitzeln, welche Ressourcen in welchen Formulierungen wirklich angenommen werden, ist manchmal eine herausfordernde, aber immer sehr lohnende Arbeit.

Hiernach wenden wir uns den Ressourcen der Vergangenheit zu. „An welche Erinnerungen denken Sie gerne?“ „Was hat Ihnen geholfen, schwierige Zeiten zu überstehen / nicht den Mut zu verlieren?“ „Welche Erinnerungen gibt es, bei denen Sie stolz auf sich sind / dankbar sind / etwas

weniger unglücklich waren? Welche Menschen waren für Sie wichtig / zeigten Ihnen, dass Sie liebenswert sind / waren für Sie da / selbst, wenn sich die Beziehung irgendwann veränderte, es zu Trennungen kam oder jemand starb?“ Eventuelle Beziehungsabbrüche können dann auch direkt als erste Belastungskärtchen gelegt werden. Danach sollte es aber zunächst weiter um die Ressourcen gehen. An die Kärtchen länger währender Ereignisse können Verlängerungsstreifen angeklebt werden, um deren Dauer zu markieren (s. Abb. 6).

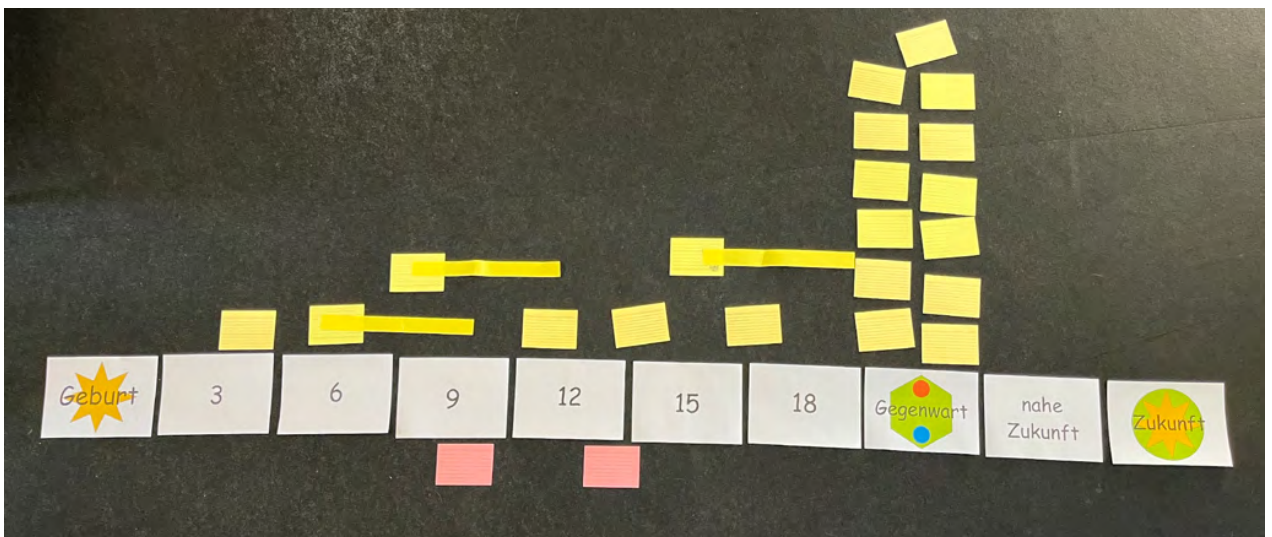


Abb. 6.

Erst jetzt, wenn viele Ressourcen in der Lebenslinie verortet und weiterhin sichtbar sind, wird damit begonnen, belastende Erinnerungen aufzuschreiben und zeitlich zu verorten. Auf den Kärtchen werden nur ein Titel zu dem Ereignis und in der rechten oberen Ecke das Lebensalter, in dem es geschah, notiert. Ein Vorteil der RFTA ist es, dass Karten zu Ereignissen, bei denen Unsicherheit bzgl. der Frage besteht, wann genau diese geschehen sind, im Prozess immer wieder etwas nach links oder rechts verschoben werden können. Durch den Bezug zu den anderen, zuvor verorteten positiven und negativen Ereignissen entsteht dabei oft von selbst Klarheit, in welcher Reihenfolge etwas geschah. Natürlich sollte in dieser Phase immer wieder überprüft werden, ob es gelingt, im Ressourcenfenster zu bleiben oder ob eine co-regulieren-

de Unterstützung erforderlich ist. Letzteres ist jedoch bei dem Vorgehen mit den stetig präsenten Ressourcen und der immer wieder eingeforderten körperlichen Bewegung erstaunlich selten der Fall. Meist lockern sich bei dieser ruhigen Arbeitsweise dissoziative mnestiche Lücken. Wenn Ereignisse erinnert oder preisgegeben werden, die auch uns Therapeut*innen erschrecken lassen, kann auch hier mit Copingfragen danach gefragt werden, wie der/die Patient*in dies ausgehalten / überstanden hat? Ob es aufgehört hat und, wie es möglich war, dass es aufhörte? Gerade in der zeitlichen Nähe besonders schlimmer Ereignisse finden sich bedeutsame Bewältigungs- und Überlebensressourcen, die unbedingt auf den Kärtchen in der Ressourcenfarbe festgehalten werden sollten (s. Abb. 7).



Abb. 7.

Da die RFTA vorhandene Ressourcen betonen und fokussieren will und somit nicht nur Diagnostik, sondern gleichzeitig eine Intervention für sehr belastete Patient*innen darstellt, wird bewusst darauf verzichtet, die im Erstgespräch berichteten Probleme und Symptome in der Gegenwart zu visualisieren. Nützlicher ist es, Symptome mit ihrem Beginn im Lebenspanorama zu kontextualisieren, wodurch vorangehende mögliche „Auslöseereignisse“ (Hofmann, Ostacoli, Lehnung, & Hase, 2020) sichtbar werden. Eine Intervention, um selbstwertschädliche Narrative zu irritieren, kann z. B. die Frage sein, ob für den berichteten Beginn von z. B. Drogenkonsum oder Selbstverletzungen ein Kärtchen in der Farbe für Ressourcen oder in der Farbe für Probleme gewählt werden soll.

Schritt 6: Abschluss einer einzelnen Sitzung

Der Abschluss jeder Anamnese-sitzung erfolgt ähnlich zur Phase 7 des Standardprotokolls.

- Aktives Reorientieren im Hier und Jetzt: Bewegen, Atmen, Wahrnehmen der Gegenwart.
- Reflexion des bisherigen Prozesses und des Gewinns aus der Sitzung: „Wie war es heute, Ihr Leben auf diese Weise etwas zu sortieren? Was war interessant oder überraschend?“
- Anfertigen eines Fotos zur Dokumentation mit dem Angebot, es per Mail zu schicken.
- Containing-Ritual: Den/die Patient*in die Kärtchen in einen DIN A4-Umschlag einpacken lassen mit der Metapher: „Das eigene Leben wieder in die eigene Hand nehmen!“
- ggf. Tresor-Übung.
- Aufklärung über die Möglichkeit, dass weitere belastende Erinnerungen nach der Sitzung hochkommen können, und wie damit umzugehen ist.
- Vereinbarung, beim nächsten Termin weiter an der Lebenslinie zu arbeiten, bis alles Wichtige einsortiert ist.
- Hinweis, nicht sofort am Straßenverkehr teilzunehmen.

Schritt 7: Reflexion des Lebenspanoramas und Bewertung der belastenden Erinnerungen auf die aktuelle Symptomatik

Dieser Schritt erfolgt, wenn die Exploration als erstmal ausreichend vollständig wahrgenommen wird. Dies kann den Schritt 6 ersetzen oder in der nächsten Sitzung, in der die Patientin/der Patient die Kärtchen wieder auslegt, erfolgen. Er/sie sollte in räumlicher Nähe zur Gegenwart vor der Lebenslinie stehen. In der Synopsis der bisherigen Entwicklung wird sowohl Therapeut*innen als auch Patient*innen vieles deutlich. Häufig zeigen sich Ballungen belastender Lebenserfahrungen in einer bestimmten Zeit, z. B. in der vorpubertären oder pubertären Phase oder in der frühen Kindheit. Die aktuelle Belastung aufgrund jener Ereignisse wird durch die Externalisierung in Form der Kärtchen besser aushaltbar, als wenn primär darüber ausführlich geredet würde. Durch die vielen sichtbaren Ressourcen in der Gegenwart verändert sich der Blick auf das eigene Leben mit dem resultierenden Selbstbild oft bereits in dieser frühen Phase. Auf die Frage: „Wie geht es Ihnen jetzt mit unserer Sortierarbeit?“, sagte eine Patientin: „Es tut irgendwie gut. Mir war gar nicht richtig bewusst, wie viel Belastendes ich in dieser bestimmten Zeit aushalten musste. – Aber es ist schön zu sehen, dass doch eine Menge Positives übrig geblieben ist und ich doch nicht so ein schlechter Mensch bin, wie ich immer dachte.“ Durch zwei, drei Sitzungen RFTA stabilisieren sich nicht selten bereits das Selbstwertgefühl und die Fähigkeit, einen mitfühlenderen, empathischeren Blick auf das jüngere Selbst zu werfen. An dieser Stelle werden auch die Entstehung somatischer oder psychiatrischer Erkrankungen (z. B.

Essstörungen, Drogenmissbrauch, Medien- oder Computerspielsucht, Selbstverletzungen, Depression, Somatisierungsstörungen, Ängste, Zwänge, suizidale Krisen) als Reaktion auf Hochstress oder sogar als Überlebensstrategien verstehbar. Dies hat oft eine deutliche Abnahme von Selbstzweifeln und Schamgefühlen zur Folge.

Als nächstes wird der Unterschied erklärt zwischen der Belastung, die bei einem früheren Erlebnis damals bestand, und der Belastung, die heute noch da ist, wenn man daran denkt (aktueller SUD-Wert). Anschließend lassen sich, ohne tief in die Erinnerungen einzusteigen, die vorhandenen SUD-Werte der verschiedenen negativen Erlebnisse spontan und zügig einschätzen und auf den Kärtchen notieren. Ggf. kann die heutige Belastung auch schon mit der im Vordergrund stehenden Emotion identifiziert werden. Für Patient*innen und Therapeut*innen wird durch dieses Vorgehen zunehmend der jeweilige Impact unterschiedlicher unverarbeiteter negativer Erlebnisse auf Entstehung, Aufrechterhaltung und Funktion der aktuellen Symptome deutlich. Dabei kommt es gar nicht selten für uns Therapeut*innen zu Überraschungen, wenn z. B. ein uns selbst erschütterndes Ereignis im Leben unserer Patient*innen einen deutlich niedrigeren SUD-Wert bekommt, als die Erinnerung daran, wie wichtige Bezugspersonen nicht geholfen, bagatellisiert oder die traumatische Erfahrung unserer Patient*innen gelehrt haben.

- Anzeige -



Dr. med. Ulla Baurhenn
Dipl. Psych. Rahel Schüepp

Friedrich Karl Str. 21
D-28205 Bremen

Bremer Institut für
Psychotraumatologie



Das Bremer Institut für Psychotraumatologie setzt sich seit über 20 Jahren für die EMDR- und traumaspezifische Qualifizierung von Psychotherapeut:innen und Mediziner:innen ein.

Dr. med. Ulla Baurhenn

Dipl.-Psych. Rahel Schüepp

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Ines Merker-Melcher

arbeiten als langjährig zertifizierte EMDR Supervisorinnen und Facilitatorinnen bundesweit in der Aus- und Fortbildung von EMDR Therapeut:innen mit.

Wir bieten EMDR Einzel- und Gruppensupervision sowohl vor Ort in Bremen als auch online sowie weitere Fortbildungsangebote an:

... einfach mal vorbeischaun: <https://www.bremen-psychotraumatologie.de/>

Schritt 8: Weitere Therapieplanung

Durch die Arbeit an der Lebenslinie ist sichtbar geworden, welche traumatischen Erfahrungen aktuell noch die größte Belastung auslösen. Zusätzlich wird in manchen Fällen aber auch deutlich, dass nicht nur einzelne hochbelastende Erinnerungen in Zusammenhang mit den Symptomen in der Gegenwart stehen, sondern teilweise auch starke Häufungen von vielen einzelnen Ereignissen mit mittlerer Belastung.

Stark beeinflusst durch die Arbeit von Yvonne Dolan, erscheint es mir für die Definition von Behandlungszielen gerade bei komplextraumatisierten Patient*innen nützlich und wichtig, nach ihren subjektiven Zeichen der Heilung (Dolan, 1991) zu fragen. „Angenommen, Sie würden sich für eine Traumatherapie mit mir oder jemand anderem entscheiden, z. B. mit EMDR, und die Therapie würde richtig gut laufen, so gut, wie Sie es kaum zu hoffen wagen, was wären dann wohl die ersten Zeichen ihrer Heilung? Woran würden Sie merken, dass die Therapie hilfreich war? Woran noch?“

Im lösungsfokussierten Ansatz gilt es als besonders wichtig, positiv formulierte Zeichen der Heilung zu beschreiben. Auf Antworten, dass dieses oder jenes dann nicht mehr wäre, wird beharrlich gefragt, was man dann stattdessen tun würde, in den Situationen, in denen das Unerwünschte nicht mehr auftritt. Im Ich-schaffs-Programm von Ben Furmann (Furman, 2024), der ebenfalls Schüler von De Shazer war, liegt die Betonung auf der Suche nach positiv und verhaltensbezogenen formulierten Fähigkeiten, welche der Patient/die Patientin braucht, damit sich die Probleme der Gegenwart auflösen. Dieses Fähigkeitendenken und die Suche nach Zeichen der Heilung führen zu einer konkreteren positiven Zukunftsvision.

Im Anschluss an die RFTA erfolgt die Aufklärung über die verschiedenen Therapiemöglichkeiten.

Für Kolleg*innen, die sich noch keine traumakonfrontierende Arbeit zutrauen, besteht an dieser Stelle eine Möglichkeit, Patient*innen gut vorbereitet an traumatherapeutisch noch erfahreneren Kolleg*innen zu überweisen. Bei Weiterbehandlung ist der nächste Schritt, sich über sinnvolle erste Ausgangssituationen zu verständigen und diese in den folgenden Sitzungen mit EMDR zu prozessieren.

Da Patient*innen mit komplexer Traumafolgestörung meist längere Behandlungszeiten benötigen, kann die Lebenslinie immer wieder genutzt werden, um an den Heilungszeichen oder der Auswahl weiterer Fokusse zu arbeiten.

Ausblick

Die RFTA stellt für mich einen Weg dar, schnell eine tragfähige therapeutische Beziehung zu komplextraumatisierten Menschen zu ermöglichen, denen es häufig schwer fällt, den Mut und die Kraft zu finden, sich in einen Heilungsweg mit Hilfe von Therapie zu begeben. Menschen mit komplexer Traumatisierung zu erreichen und zu begleiten, ist mir wichtig und wertvoll. Die gemeinsame Arbeit dient nicht ausschließlich der Linderung des individuellen Leides dieser Patient*innen. Menschen mit nicht integrierten Erfahrungen von Hilflosigkeit und Ohnmacht verhalten sich auf der Basis ihrer Überlebensmechanismen nicht selten ungünstig im familiären, gesellschaftlichen und politischen Leben. So kann die Arbeit mit komplextraumatisierten Menschen auch zum Frieden auf dieser Welt beitragen. Die erfolgreiche Behandlung komplextraumatisierter Menschen beinhaltet zudem die Chance, dass die transgenerationale Weitergabe von Traumata unterbrochen wird.

Literatur

*Wesentliche Ideen und Prinzipien der RFTA verdankt der Autor einem Vortrag von Frau Dipl. Psych. Petra Bensch über ihr leider nie veröffentlichtes Bifosense-Konzept, den sie 2006 im Rahmen eines EMDR-Supervisor*innenretreats in Italien gehalten hatte.*

de Jong, P., & Kim Berg, I. (2023). *Lösungen (er-)finden: Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie. 8. erweiterte Auflage. Modernes Lernen.*

de Shazer, S., & Dolan, Y. (2020). *Mehr als ein Wunder - Lösungsfokussierte Kurztherapie heute, siebte Auflage. Heidelberg: Carl Auer.*

Dolan, Y. (1991). *Resolving Sexual Abuse: Solution-Focused Therapy and Ericksonian Hypnosis for Adult Survivors. Norton Professional Books.*

Furman, B. (2024). *Ich schaffs! Spielerisch und praktisch Lösungen mit Kindern finden - Das 15-Schritte-Programm für Eltern, Erzieher und Therapeuten. Heidelberg: Carl Auer.*

Hantke, L., & Görge, H.-J. (2023). *Handbuch Traumakompetenz: Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik. Überarbeitete Neuauflage. Paderborn: Junfermann Verlag.*

Hofmann, A., Ostacoli, L., Lehnung, M., & Hase, M. (2020). *Depressionen behandeln mit EMDR: Techniken und Methoden für die psychotherapeutische Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta.*

Shapiro, F. (2022). *EMDR - Grundlagen und Praxis - Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen, 3. überarbeitete Auflage. Paderborn: Junfermann Verlag.*