

Anja Maria Reichel
Traumasensible psychiatrische Pflege
Downloadmaterialien

Traumaspesifische Patientenedukation

Infoblatt Traumatische Reaktion

Infoblatt Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung

Infoblatt Besonderheiten komplexer Traumafolgestörungen

Infoblatt Trauma und Gedächtnis

Infoblatt Traumaexpositionen

Infoblatt PTBS als Stressverarbeitungsstörung

Infoblatt Täterintrojekte

Infoblatt Dysfunktionale Kognitionen

Infoblatt Dem Inneren Kind begegnen

Ablaufplan einer traumaspesifischen Patientenedukationsgruppe

Übungsblatt Meine persönlichen Trigger

Übungsblatt Reorientierung auf das Hier und Jetzt

Übungsblatt Imaginative Distanzierungstechniken: Rücklauftechnik

Übungsblatt Imaginative Distanzierungstechniken: Tresorübung

Übungsblatt Angenehme Gefühle sammeln

Übungsblatt Übermäßige Wachsamkeit aufgeben

Übungsblatt Liebevoll und lieblos Erwachsene

Anleitung einer Imaginationsübung: Das klärende Bad im Meer

Dokumentation aufdeckender Traumarbeit

Dokumentationsbogen für Traumaexpositionssitzungen

Erläuterungen zum Traumaexpositionsbogen

Selbstfürsorge

Arbeitsblatt Schematisierte Belastungsanalyse

Drei Rezepte für aromatherapeutische Entspannungöle

Traumatische Reaktion

Durch das traumatische Ereignis findet eine Informationsüberflutung statt, das heißt die traumatische Erfahrung ist in ihrer Bedeutsamkeit zu mächtig, um unmittelbar verarbeitet werden zu können. Im ersten Moment resultiert daraus eine Art innerer Aufschrei, ein Zustand tiefer Bestürzung.

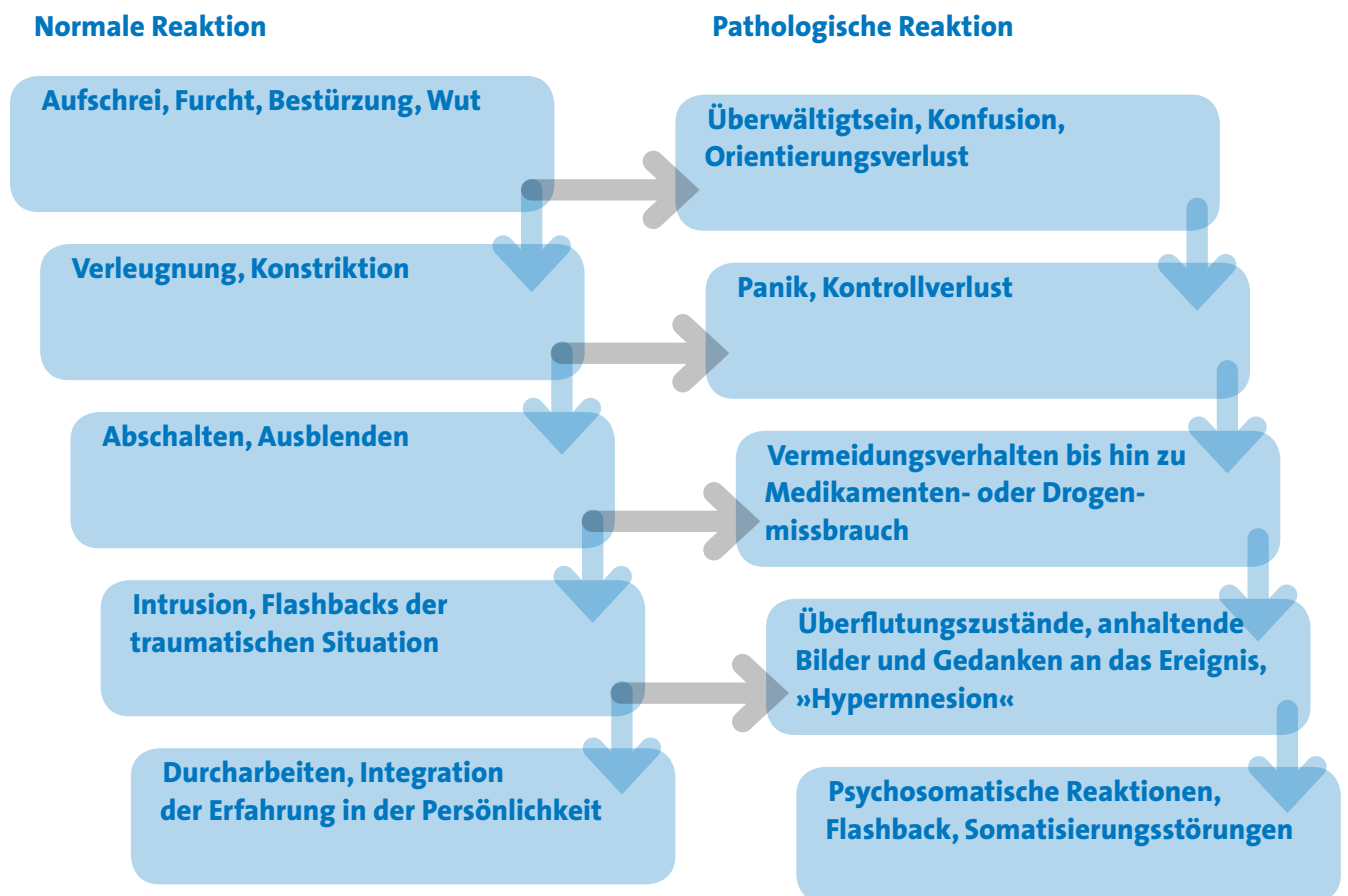
Der anschließende Verarbeitungsprozess umfasst im günstigsten Fall einen fortwährenden ausgewogenen Wechsel zwischen

- Verleugnung und emotionalem Abgestumpftsein auf der einen Seite sowie
- Überflutung mit den Erinnerungen auf der anderen Seite.

Die Verleugnung schützt das Ich vor der traumatischen Information und damit vor einer Überforderung der seelischen Kräfte. Parallel werden die Erinnerungsfragmente jedoch immer wieder in das Bewusstsein gebracht, damit eine Einordnung der Geschehnisse in das Gedächtnis und eine emotionale Verarbeitung gelingen können.

Verschiedene ungünstige Bewältigungsversuche – z. B. umfassendes Vermeidungsverhalten oder Gedankenunterdrückung – können dazu führen, dass dieser ausgewogene Wechsel nicht stattfinden kann. Ein Durcharbeiten der traumatischen Erinnerungen misslingt in diesem Fall, es kommt zu einem Anhalten der Belastungsreaktion.

Die Trauma-Kaskade nach Horowitz



Quelle: HOROWITZ, M. J. (1997): Stress Response Syndromes. PTSD, grief and adjustment disorders. 3. Auflage, Northvale, New Jersey: Jason Aronson Inc., Seite 115.

Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung

Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) unterscheidet man drei Symptomgruppen:

- Intrusion
- Vermeidung, Betäubung
- Übererregung

Was verbirgt sich hinter diesen und dazugehörigen Begriffen genau?

Flashbacks Erinnerungsattacken, die durch eine starke Plötzlichkeit und empfundene Lebendigkeit gekennzeichnet sind. Sie sind meist eher kurz andauernd und gehen mit dem Eindruck einher, das traumatische Ereignis noch einmal zu durchleben. Es besteht eine Nähe zu Illusionen, Halluzinationen und dissoziativen Verknennungszuständen.

Intrusionen, Wiedererleben Ungewollt wiederkehrende und belastende Erinnerungen oder Erinnerungsbruchstücke (z.B. Bilder oder Körperempfindungen), sie treten spontan auf oder werden durch Schlüsselreize (siehe Trigger) hervorgerufen.

Trigger Schlüsselreize wie ähnliche Gegenstände, Geräusche, Gerüche rufen regelmäßig belastende Erinnerungen an das Trauma wach. Zu den Schlüsselreizen gehören auch Jahrestage und Darstellungen des Schicksals anderer (z. B. im Film).

Physiologische Reaktionen, Körperreaktionen Es handelt sich hier um unwillkürliche Körperreaktionen wie Schwitzen, Zittern, Atembeschwerden, Herzklopfen oder -rasen, Übelkeit, Magen-Darmbeschwerden oder starke Ängste bei der unerwarteten Konfrontation mit traumatischen Schlüsselreizen sowie Erinnerungen bzw. Erinnerungsbruchstücken.

Aktivitäts- oder Situationsvermeidung Aktivitäten oder Situationen, die Erinnerungen an das Trauma bewirken, werden vermieden, z.B. den Ort des Traumageschehens aufsuchen, zu bestimmten Tageszeiten aus dem Haus gehen, um die damit verbundene Überforderung zu umgehen. Es resultiert daraus jedoch zunehmend eine weitgehende Einschränkung der persönlichen Freiheit und eine Verstärkung der bestehenden Ängste.

(Teil-)Amnesien Oft können wichtige Elemente des traumatischen Geschehens nicht mehr erinnert werden, z.B. von Ort X nach Ort Y gekommen zu sein. Es herrschen dann nur unscharfe Erinnerungen oder Erinnerungsbruchstücke vor. Im Extremfall ist sogar das ganze traumatische Geschehen nicht mehr erinnerbar.

Dissoziatives Erleben, Depersonalisation Bezeichnet eine innere Distanzierung von sich selbst, die eine extreme Verzerrung der Körperwahrnehmung bis hin zum aktiven Aussteigen aus eben dieser umfassen kann. Betroffene nehmen sich dann beispielsweise als außergewöhnlich groß oder klein wahr. Oft berichten sie von Gefühlen der Betäubung und der Loslösung vom eigenen Körpererleben. Das Schmerzempfinden kann nahezu ausgeschaltet sein.

Derealisation entspricht hingegen einer mentalen Flucht aus der Situation. Es wird dabei auf sehr unterschiedliche Weise eine gewisse Distanz zu den realen Abläufen geschaffen. Vielfach wird z.B. die Tunnelsicht als eine spezielle Verzerrung der visuellen Wahrnehmung berichtet.

Peritraumatische Dissoziation Dieser Begriff meint eine während der traumatischen Situation empfundene Derealisation oder Depersonalisation.

»... das war alles wie im Film ...«

»... so als ob der Körper nicht betroffen gewesen sei ...«

Die Zeitwahrnehmung kann dabei verzerrt sein.

Übermäßige Wachsamkeit Oft sind Betroffene sehr misstrauisch und richten ihre Aufmerksamkeit besonders auf potenzielle Gefahrenreize aus. Es entsteht dadurch ein fortdauerndes und unrealistisches Gefährdungsgefühl.

Polarität der Posttraumatischen Belastungsstörung

Intrusive Symptomatik

- **Aufdrängende Erinnerungen, zwanghafte Gedanken**
- **Angst, Ohnmacht, Hilflosigkeit**
- **Körper-Flashbacks, Schmerzsymptome**
- **Unkontrollierte Stressreaktionen**

Pathologische Reaktion

- **Erinnerungslücken, Konzentrationsstörungen**
- **Gefühllosigkeit, Lustlosigkeit**
- **Entfremdungserleben, Depersonalisation**
- **Stupor, Lähmung, Müdigkeit**



Besonderheiten komplexer Traumafolgestörungen

Bei Menschen mit frühkindlichen oder langwierigen Traumatisierungen sind oftmals neben den Kernsymptomen der PTBS auch zusätzliche Besonderheiten gegeben. Häufig finden sich auf der Ebene der Gedanken und Gefühle spezifische Veränderungen:

Veränderte Affekt- und Impulsregulation

Starke Affekte gegen sich oder andere gerichtet: Wut, Scham, Schuld, chronische Suizidalität, Selbstverletzungen

Veränderte Aufmerksamkeit und Bewusstsein

Depersonalisation und Derealisation

Vegetative Übererregbarkeit, ständige Überwachtheit und häufige Schlaflosigkeit

Veränderte Selbstwahrnehmung

Störung der Identitätsentwicklung, Verlust der Selbstachtung, Selbstvorwürfe, Scham- und Schuldgefühle

Veränderte Wahrnehmung des Täters

Idealisierung des Täters, Gefahr der Reviktimisierung

Veränderungen in Beziehungen

Instabile Beziehungen, Misstrauen, Vereinsamung

Werteverlust, veränderte Weltsicht

Ständige Beschäftigung mit Vergangenheit und Trauma, Resignation, Gefühl, für immer beschädigt und ohne Zukunft zu sein

Trauma und Gedächtnis

PTBS als Gedächtnisproblem

Es gibt verschiedene Erklärungsmodelle zur Entstehung von psychischen Symptomen nach traumatischen Erfahrungen. Ergebnisse aus der Gedächtnisforschung legen nahe, dass der posttraumatischen Belastungsstörung eine Fehlverarbeitung von traumatischen Erinnerungen im Gehirn zugrunde liegt.

Man könnte also sagen, es liegt ein »Gedächtnisproblem« vor und damit muss quasi das Gedächtnis repariert werden. Folgen der gestörten Informationsverarbeitung zeigen sich in verschiedener Form: Vielen Traumatisierten fällt es z. B. schwer, die gemachten Erfahrungen in Worte zu fassen, andere werden immer wieder von sich aufdrängenden Erinnerungen überflutet.

Normale Verarbeitung

Normalerweise werden persönliche Erlebnisse in unserem Gedächtnis so gespeichert, dass man nicht alles noch einmal in voller Intensität wieder erlebt, wenn man erinnert wird.

Wenn Sie sich beispielsweise an einen Ihrer Geburtstage erinnern, dann wissen Sie vielleicht noch, wie Sie sich gefühlt haben, was Sie gemacht haben und was an diesem Tag passiert ist. Der Geburtstag wird in verarbeiteter Form im sogenannten autobiografischen Gedächtnis abgespeichert.

Über bestimmte Suchkriterien können Erinnerungen wieder abgerufen werden oder aber sie werden über bestimmte Reize, die in emotionaler Verbindung mit dieser Erinnerung stehen, wieder reaktiviert. Das kann z. B. ein bestimmter Song sein, der auf einem Geburtstag gespielt wurde. Wenn das Ereignis abgerufen wird, ist es eingebettet in einen größeren Zusammenhang, d. h. es ist Ihnen klar, dass es ein Geburtstag z. B. in der Jugend – also in der Vergangenheit – war, dass Sie an einem bestimmten Ort (z. B. Heimatort) an einer bestimmten Stelle (z. B. Elternhaus) gefeiert haben.

Bei traumatischen Erlebnissen ist das anders ...

In traumatischen Situationen ist das Zusammenspiel von Nervensystem und Hormonen verändert. In Alarmbereitschaft werden Hormone wie Katecholamine und Kortikosteroide ausgeschüttet, die Einfluss auf die Verarbeitung und Gedächtnisspeicherung haben.

Diese Hormone können auf der einen Seite dazu führen, dass sich die Erinnerungen richtig einbrennen, und auf der anderen Seite kann Kortisol zur Fragmentierung (Aufspaltung) der Erinnerungen beitragen.

Das Gehirn ist in der traumatischen Situation praktisch mit der zu verarbeitenden Fülle an Informationen überfordert. Aufgrund dessen bleibt das Erlebnis quasi in »Rohform« im Gedächtnis und wird also auch in Rohform abgerufen.

Die Erinnerung hat dann keinen zeitlichen Kontext und wird leicht durch Reize ausgelöst, die vielleicht auch nur entfernt damit in Zusammenhang stehen. Die traumatische Erfahrung wird nicht als zeitlich begrenzt angesehen, sondern sie wird als anhaltend, gegenwärtig, nicht endend im Gedächtnis abgespeichert.

Traumatische Erfahrungen werden übermäßig ins implizite und zu wenig ins explizite Gedächtnis gespeichert. Sie werden stärker emotional-sensorisch und nicht sprachlich abgelegt. Traumatisierte Patientinnen befinden sich oft in emotionalen Überflutungszuständen, ohne zu wissen, woher sie stammen und welche Ursprungserfahrung diesen Zuständen zugrunde liegt.

Vergleich: Sie haben in Ihren Kleiderschrank viele Dinge schnell hineingeworfen und können nur noch mit Schwierigkeiten die Tür schließen. Irgendwann wird die Tür aufgehen und alles fällt Ihnen entgegen ...

Therapiestrategie

Langfristig ist es sinnvoll, dafür zu sorgen, dass Ihnen nichts mehr aus dem Kleiderschrank entgegenfällt. Sie nehmen die einzelnen Dinge heraus, sehen sich diese an, sortieren sie und räumen dann alles geordnet wieder ein. Dies passiert in etwa in der traumazentrierten Psychotherapie. Damit die Geschehnisse zur Vergangenheit werden können, werden diese im Rahmen der Traumakonfrontationssitzungen betrachtet, eingeordnet und dann als Erfahrung »im Schrank« abgelegt. Gelöscht werden können die belastenden Erfahrungen nicht – aber es ist möglich, mehr Kontrolle und Abstand zu den schmerzhaften Erinnerungen zu gewinnen.

Der Transfer der Erlebnisse vom impliziten (»heißen«) Gedächtnis in das autobiografische Gedächtnis ist ein zentraler Baustein bei der emotionalen Verarbeitung.

Ziel der Therapie ist also die Umwandlung von äußerst bedrohlichen, emotional-intensiven und ungeordneten Inhalten des impliziten Gedächtnisses in gedanklich-sprachliche Episoden.

Dies geschieht zum einen mit der Hilfe der Inneren-Kind-Arbeit: Den diffusen Zuständen und Befindlichkeiten wird eine Gestalt gegeben (»Inneres Kind«) und diese werden dadurch besser verstehbar. Im Rahmen der Traumaexpositionen werden Dinge, die fragmentiert abgespeichert wurden (Gedanken, Gefühle, Bilder, Körpersensationen), wieder zusammengeführt. Sie gewinnen darüber Kontrollempfinden und Selbststeuerungsfähigkeit zurück. Die Zeitperspektive verändert sich durch die Traumabearbeitung – die empfundene gegenwärtige Bedrohung wird zu einem »Dort und Damals ...«.

Traumaexpositionen

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

Mit dieser Methode gelingt es effektiv, die Erinnerungsfetzen wieder zu einem Gesamtbild zusammenzufügen und als Geschehen in der Vergangenheit abzulegen.

Während der Patient sich auf die Erinnerungsbruchstücke konzentriert, verfolgt er beispielsweise mit den Augen dem rhythmisch hin- und herwandernden Finger des Therapeuten. Dieses verblüffend einfache Verfahren hilft offenbar, die Erinnerungen zu restrukturieren. Man geht davon aus, dass sich hier Mechanismen entfalten, die auch im Schlaf während der sogenannten REM-Phasen wirksam sind.

CIPBS (Conflict Imagination Painting and Bilateral Stimulation)

Wird teilweise auch als die »Vier-Felder-Technik des EMDR« bezeichnet.

Dieses methodische Herangehen ergänzt im Prinzip das klassische EMDR um gestalterische Elemente (Erinnerungsfragmente werden aufgemalt) und erlaubt dadurch eine besonders schonende Annäherung an die traumatischen Lebenserfahrungen.

Die Bildschirmtechnik

Diese Methode kommt aus der Hypnoteknik.

Patientin und Therapeutin sitzen gemeinsam vor einem imaginären Bildschirm. Darauf betrachtet man gemeinsam die traumatische Szene und drückt bei belastenden Szenen vorübergehend auf Standbild (weiterhin alles imaginativ), betrachtet und beschreibt, nimmt die Gefühle wahr und pendelt zwischen Eintauchen und Auftauchen.

Die Beobachertechnik

Die traumatischen Erinnerungsbilder werden aus einer sehr distanzierten Perspektive heraus betrachtet – z. B. aus dem Blickwinkel eines inneren Helfers, der imaginativ in die Vergangenheit geschickt wird.

Dieses Verfahren ist besonders dann günstig, wenn die Dissoziationsneigung sehr ausgeprägt ist oder zuvor noch nie über bestimmte Inhalte der Erinnerungen gesprochen werden konnte.

PTBS als Stressverarbeitungsstörung

Viele Autoren sind sich heute dahingehend einig, dass die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) als eine somatopsychische Erkrankung anzusehen ist. Sie wird demnach als eine psychische Störung betrachtet, der eine körperliche Erkrankung zugrunde liegt. Traumatisierungen verändern das Nervensystem der betroffenen Personen massiv.

Es findet sich eine extreme Reaktion des autonomen Nervensystems auf spezifische Stimuli, die Erinnerungen an das Trauma zur Folge haben. Menschen mit einer PTBS leiden (wie chronische geschockte Tiere ohne Fluchtmöglichkeit) scheinbar an einer andauernden Aktivierung der physiologischen Stressreaktion, ausgelöst durch die Konfrontation mit Stimuli, die an das Trauma erinnern (triggern). Flashbacks oder Alpträume können zu einer beständigen Freisetzung von Stresshormonen führen.

Es gibt verschiedene neuroendokrine Befunde, die für eine chronisch erhöhte Aktivität des sympathischen Nervensystems bei PTBS sprechen. So weisen Patienten mit einer PTBS eine deutlich veränderte Funktionsweise der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinde-Achse auf. Die PTBS an sich könnte man also als einen schweren chronischen Stressor bezeichnen. Im englischsprachigen Raum wird PTBS daher zu Recht als posttraumatic stress disorder (Posttraumatische Stress-Störung) bezeichnet.

Die innere Autoregulation sowohl sympathikusdominierter Affekte (Wut, Erregung) als auch parasympathikusdominierter Affekte (Scham, hoffnungslose Verzweiflung) ist gestört. Ihre Intensität und Dauer kann daher nur schwer moduliert werden.

Der Verlust der Fähigkeit, die Intensität der eigenen Gefühle zu regulieren, wird oft als die Grundstörung der komplexen PTBS angesehen und ist vermutlich die am weitesten reichende Folge einer psychischen Traumatisierung.

Täterintrojekte

»**Introjektion**« ist ein Vorgang, der zunächst erst einmal normal ist, insbesondere in der frühen Kindheit. Er ist nicht grundsätzlich etwas Krankhaftes. **Introjektion** heißt Verinnerlichung, z.B. von Werten und Normen im Rahmen der Sozialisation eines Menschen.

Im Rahmen der traumazentrierten Psychotherapie haben wir es häufig mit dem Phänomen von so genannten **Täterintrojekten** zu tun. Dies ist ein Vorgang, der dem Überleben in traumatischen Situationen dient. Der Mensch, der sich in einer traumatischen Situation befindet, hat nicht viele Möglichkeiten, das Überleben zu sichern. Das Normale wäre, zu flüchten oder zu kämpfen. Dies ist in der traumatisierenden Situation in der Regel nicht möglich. Wenn es möglich wäre, dann wäre es eher keine traumatische Situation, da diese durch extreme Ohnmacht und Hilflosigkeit gekennzeichnet ist. Man kann nichts gegen den Fortgang der Situation tun, also besteht die Möglichkeit, zu dissoziieren, wenn das Individuum diesen Mechanismus genetisch oder durch frühkindliche Prägung zur Verfügung hat. Es gibt aber auch Menschen, die auch in extremsten Situationen nicht dissoziieren können. Dann besteht die Möglichkeit, den Täter oder etwas vom Täter im Sinne eines Introjektes »in sich hinein zu nehmen«. Man verschluckt es/ihn/sie quasi – dies ist natürlich eine Metapher. Wenn dieser Täter in mir selbst ist und sagt, dass die Traumatisierungen gut und richtig sind, dann bin ich nicht mehr ohnmächtig, nicht mehr nur Opfer. Außerdem kann ich, wenn ich mit dem Täter möglichst intensiv empathisch verschmelze, vielleicht einen Rest Einfluss und Kontrolle über dessen Verhalten ausüben, weil ich mich in dessen Gestimmtheit und Absichten hineinversetzen kann. Das Unberechenbare wird etwas berechenbarer.

Eines kann nicht oft genug betont werden:

Die Täterintrojekte waren ursprünglich ein lebenswichtiger Schutz. Wir müssen daher berücksichtigen, dass sie einmal einen guten Sinn gehabt haben. Durch die frühere, äußerst wichtige Funktion sind sie in der Regel auch sehr hartnäckig. Heute sind sie eher unfunktional, sozusagen veraltet, passen nicht mehr zur äußeren Realität.

Täterintrojekte können sich ganz unterschiedlich bemerkbar machen:

Viele Patientinnen berichten von abwertenden inneren Stimmen: »Du bist ja auch blöd«, »Du hast es nicht besser verdient«, »Du bist ja selbst schuld« oder »Das mache ich dir so-wieso kaputt«. Einige Patientinnen sagen auch, dass sie manchmal Angst haben, es sich gut gehen zu lassen, weil sie danach immer etwas tun, womit sie es sich wieder kaputt machen. Das Täterintrojekt macht sich dann auch auf der Verhaltensebene bemerkbar, z.B. in Form von Selbstschädigung, manchmal aber auch nach außen gerichtet, als aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen.

Im Rahmen der traumazentrierten Psychotherapie geht es unter anderem auch darum, einen hilfreichen Umgang mit diesen Täterintrojekten zu finden.

Dysfunktionale Kognitionen

Das Trauma erschüttert und zerstört die Realität einer Person, ihre lebensstragenden Vorannahmen und Erwartungen gegenüber der Welt.

Betroffene berichten oft, dass sich ihr Lebensgefühl komplett geändert habe.

Wesentliche Bereiche, in denen sich Veränderungen vollziehen

- Glaube an die eigene Unverwundbarkeit
Vorher: »Mir passiert so etwas nicht.«
Nachher: »Es kann mir jederzeit passieren.«
- Auffassung, dass die Welt verstehbar ist
Vorher: »Meine Welt ist kontrollierbar, vorhersagbar, gerecht.«
Nachher: »Meine Welt ist unberechenbar und unlogisch.«
- Überzeugung, das eigene Selbst sei wertvoll
Vorher: »Ich bin ein anständiger Mensch, der es nicht verdient, traumatisiert zu werden.«
Nachher: Hilflosigkeit wegen der erlittenen Qualen und der eigenen Reaktionen darauf, vermindertes Selbstwertgefühl
- Annahme, dass man anderen Menschen trauen kann
Vorher: Vertrauen in andere
Nachher: »Ich kann niemandem mehr trauen.«

In der folgenden Auflistung finden sich Beispiele für negative Interpretationen, die zur Wahrnehmung einer gegenwärtigen Bedrohung bei Patientinnen mit PTBS führen.

Interpretation des traumatischen Erlebens

- »Ich bin nirgends sicher ...«
- »Das nächste Unglück wird bald eintreten ...«
- »Ich ziehe Unglück an ...«
- »Andere sehen mir an, dass ich ein leichtes Opfer bin ...«

Interpretation des eigenen Verhaltens, der eigenen Emotionen während des Traumas

- »Ich verdiene es, dass mir schlimme Dinge passieren ...«
- »Ich breche bei Stress zusammen ...«

Interpretationen der anfänglichen PTBS-Symptome:

- Reizbarkeit, Wutausbrüche
»Ich habe mich als Person zum Schlechten verändert ...«
»Meine Ehe wird in die Brüche gehen ...«
»Ich kann mir nicht trauen, wenn ich mit meinen eigenen Kindern zusammen bin ...«
- Emotionale Taubheit
»Ich bin innerlich tot ...«
»Ich werde mich anderen nie wieder nahe fühlen ...«

- Intrusives Wiedererleben, Alpträume
»Ich werde verrückt ...«
»Ich komme nie darüber hinweg ...«
- Konzentrationsprobleme
»Mein Hirn hat einen Schaden abbekommen ...«
»Ich werde meine Stelle verlieren ...«

Interpretation der Reaktion anderer Menschen

- Positive Reaktionen:
»Sie denken, ich bin zu schwach, um selbst damit klarzukommen ...«
»Ich kann mich niemandem nahe fühlen ...«
- Negative Reaktionen:
»Niemand ist für mich da ...«
»Ich kann mich auf niemanden verlassen ...«

Interpretation körperlicher Folgen

- »Mein Körper ist ruiniert ...«
- »Ich werde nie mehr ein normales Leben führen können ...

In der folgenden Tabelle wird der Zusammenhang zwischen Interpretationen und daraus resultierenden dysfunktionalen Verhaltensweisen, die die PTBS aufrechterhalten, dargestellt:

Interpretation: Gedanken an das Trauma werden bewertet als:

»Ich werde verrückt!«

»Ich muss die Kontrolle über meine Gefühle behalten!«

»Wenn ich nicht grübele, wie das Trauma hätte verhindert werden können, wird so etwas wieder passieren!«

»Ich muss alles im Blick behalten!«

»Wenn ich Pläne schmiede, dann passiert wieder etwas Unschönes!«

Dysfunktionales Verhalten

Mit aller Gewalt versuchen, nicht an das Trauma zu denken, sich ständig beschäftigen, ablenken.

Gefühle betäuben, alles vermeiden, was Gefühle auslöst.

Grübeln: »Wie hätte ich es verhindern können ...«

Menschenansammlungen meiden

Sich nichts Schönes vornehmen

Experiment zur Gedankenunterdrückung

Versuchen Sie einmal Folgendes: Setzen Sie sich einen Moment hin. Versuchen Sie, für einen Zeitraum von ca. zwei Minuten mal an alles Mögliche zu denken, nur nicht an einen blauen Elefanten. Sie dürfen wirklich an alles Mögliche denken, nur eben nicht an den blauen Elefanten.

Was passiert?

Dem Inneren Kind begegnen

Wer zunächst zu guten Kindzuständen der Vergangenheit keinen Zugang findet, kann auch darüber nachdenken, was er sich wünschen würde, wenn seine Kindheit erst heute beginnen würde. Wichtig ist, die Fähigkeiten und Eigenschaften des Inneren Kindes zunächst kennenzulernen, ohne sie gleich zu bewerten.

Wir beschäftigen uns mit dem ressourcenvollen Kind, bevor der Zugang zum traumatisierten, verzweifelten, depressiven Kind gesucht wird. Gerade für traumatisierte Menschen ist es wichtig, wieder vermehrt angenehm innere Kindzustände zu erleben. So ist es hilfreich, sich in seinem Alltag Zeit für »kindliche« Bedürfnisse zu nehmen. Jeder Alterszustand hat unterschiedliche Bedürfnisse. Ein kleines Kind braucht natürlich etwas ganz anderes als ein Jugendlicher oder junger Erwachsener.

Beispiele von kindlichen Bedürfnissen

In der Säuglingszeit spielen Körperpflege, Kontakt, Nahrung eine wichtige Rolle

Massage, Aromaöle, Badezusätze, Schaukelstuhl, wiegende Bewegung, gehalten werden, Hängematte, Wärmflasche, warme Milch mit Honig, Kakao

In der Kleinkinderzeit geht es um Erkunden und Geborgenheit

Betrachten schöner Bilder, Erkunden der Natur durch Begreifen mit den Händen, achtsames Tasten und Erfühlen oder auch staunendes Sehen oder Lauschen, Balance herstellen, Kinderlieder, Schokolade

Im Alter von drei bis sechs kommen Eroberungen und sich bewegen hinzu

Erkunden der Natur, Bewegung aller Art wie Klettern, Rennen, Ball spielen, Schaukeln, einfaches Basteln und Bauen, Malen, Geschichten hören und erzählen, Rollenspiele, Puppen, Märchen, CDs wie Benjamin Blümchen, Pu der Bär usw.

Im Alter von sechs bis elf Jahren kommen Freundschaften und Wissen hinzu

Komplexere Motorik und komplexes Gestalten, z. B. Lego, Fischertechnik, Modellbau, Ton, Weben usw., Sport im Fernsehen oder im Verein, Fahrrad fahren, Inlinern, Schwimmen, Sach- und Abenteuerbücher von Astrid Lindgren bis »die Pharaonen«, Experimente, Spaghetti, Pommes frites, Pizza

Jugendliche wollen »ihren eigenen Stil finden«, auf eigenen Füßen stehen, zeigen manchmal auch Rebellion und Extreme

Ganz eigene Ernährungsgewohnheiten, Kleidung, Haare, Shoppen, Kosmetik, Clique, Beziehungen, stundenlanges Telefonieren, Musik von Klassik bis Punk hören und auch selbst machen, sich ausdrücken durch Tanz, Theater, soziales Engagement und politische Extreme

Ablaufplan einer traumaspezifischen Patientenedukationsgruppe

Inhalt der Gruppensitzung

Begrüßung der Teilnehmer

Falls Teilnehmer abgesagt haben, sollte dies an die Gruppe weitergegeben werden

Blitzlichtrunde mit »Wort weitergeben«

Jede Teilnehmerin, jeder Teilnehmer schildert kurz, wie es ihm aktuell geht – das soll kurz und knapp gehalten werden, das Wort wird jeweils an den nächsten Teilnehmer weitergegeben. Am Ende bedanken sich die Gruppenleiter für die Beiträge.

Wiederholung der letzten Sitzung durch einen Teilnehmer

Einer der Teilnehmer berichtet, was er aus der letzten Gruppensitzung für sich mitgenommen hat. Die Gruppenleiter bedanken sich für den Beitrag.

Optional: Besprechung der Übung bzw. »Hausaufgabe«

Die Teilnehmenden werden nach ihren Erfahrungen mit der Übung im Verlauf der Woche seit der letzten Sitzung gefragt.

Überblick über den Inhalt der heutigen Stunde

Schwerpunkte des Themas werden benannt

Einstieg in den Themenkomplex

Offene Fragen

Kernaussage

Optional: Materialien

Übung bzw. »Hausaufgabe« für die nächste Woche wird verteilt, Infomaterialien von heute werden verteilt

Abschlussblitzlicht mit »Wort weitergeben«

Anmerkungen für Gruppenleiter

Transparenz in der Gruppe lässt sich erreichen, indem fehlende Teilnehmer kurz erwähnt werden.

Hier erfahren die Gruppenleiter sowie die Teilnehmenden, wie die Stimmungslage der Gruppe ist und ob es Themen gibt, die direkt aufgegriffen werden können.

Die Beiträge sollen auf ca. eine Minute pro Teilnehmer begrenzt werden.

Der betreffende Teilnehmer hat sich am Ende der letzten Gruppensitzung bereit erklärt, diesmal die Wiederholung zu übernehmen. Es geht nicht um den genauen Ablauf der letzten Sitzung, sondern um Aspekte, die dem Teilnehmer persönlich wichtig waren.

Die übrigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollen keine Kommentare abgeben, um die Atmosphäre angstfrei zu gestalten.

Wenn die Zeit begrenzt ist, kann auch jeweils nur ein Teilnehmer berichten.

Werden auf einem Flipchart gesammelt, bei Bedarf kann in der folgenden Sitzung darauf eingegangen werden.

Gemeinsam mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern werden die wichtigsten Aspekte zusammengefasst. Die Teilnehmer können durchaus unterschiedliche Punkte für sich am wichtigsten empfinden – in der Formulierung individueller Aspekte sollten sie eher unterstützt werden. Die Wirksamkeit der Stunde wird erhöht.

Die Gruppenleiter sollten sich ausreichend Zeit nehmen, die Übung für die kommende Woche zu erläutern und mögliche Unklarheiten zu besprechen.

Die Gruppenleiter achten auf die Einhaltung der Zeitvorgabe und auf das Weitergeben des Wortes.

In Anlehnung an LIEDL, A.; SCHÄFER, U.; KNAEVELSRUD, C. (2010): Psychoedukation bei Posttraumatischen Störungen. Manual für Einzel- und Gruppensetting. Stuttgart: Schattauer.

Bei Störungen des Gruppenablaufs durch Unwohlsein einzelner Teilnehmer oder durch Dissoziative Zustände von Teilnehmern kann der Assistent des Gruppenleiters (Co-Leiter) kurze Zeit mit den betreffenden Teilnehmern den Raum verlassen. Eine weitere Möglichkeit ist es, die Gruppe durch eine kurze Pause mittels eines Gongs zu unterbrechen. Der Gong »ruft« dann wiederum zur Fortführung der Gruppe, wenn das Problem / die Störung behoben ist.

Meine persönlichen Trigger

Achten Sie in der folgenden Woche darauf, welche Reize (Trigger) die Erinnerungen und das Wiedererleben traumatischer Ereignisse auslösen.

Diese Übung soll Ihnen helfen, Intrusionen nicht mehr ohnmächtig gegenüberzustehen, sondern diese durch das Erkennen von Auslösern in gewissem Maße kontrollieren zu können.

Tragen Sie typische Trigger bitte hier ein:

Auslösende Situation?

War ich alleine oder waren andere anwesend?

Was habe ich gefühlt und getan?

Reorientierung auf das Hier und Jetzt

Im Moment fühle ich mich ... (Gefühl): _____

Und ich spüre in meinem Körper (körperliche Empfindung): _____

Weil ich mich erinnere an (Überschrift des Traumas): _____

Heute aber weiß ich ...

Wo ich gerade bin: _____

Welchen Tag wir haben: _____

Ich kann sehen: _____

Daher weiß ich, dass _____ (Überschrift des Traumas)
nicht passiert!

Welche Auslöser konnte ich identifizieren?

(Auf das Übungsblatt Meine persönlichen Trigger übertragen!)

Unterschiede zwischen aktueller Situation und dem Damals? Was ist anders als früher?
(Reizdiskriminierung)

Welche Personen sind heute beteiligt? Welche damals?

Was wird gesagt oder getan und wo ist der Unterschied zu früher?

Über welche Möglichkeiten zu reagieren verfüge ich heute, die ich damals nicht hatte?

Wie verhindere ich zukünftig, in das Erleben der Vergangenheit zu rutschen?

Imaginative Distanzierungstechniken: Bildrücklauftechnik

Stellen Sie sich zunächst ein neutrales Bild oder eine unbelastete Alltagssituation wie in einem Film vor.

Nun nehmen Sie eine Fernbedienung mit folgenden Funktionen in die Hand:

Eine Taste für die Lautstärke ...

Eine Taste für weiche und harte Töne ...

Zeitlupe und schneller Vorlauf ...

Farbig / Schwarzweiß ...

Zoom von klein bis groß ...

Ein- und Ausblenden ...

Überblenden ...

Positiv / Negativbilder ...

Bilder drehen, auf den Kopf stellen ...

Bilder verstellen ...

Sie können in der Vorstellung auch Tasten für Gerüche, Gefühle und Gedanken einrichten ...

Bitte notieren Sie Ihre Erfahrungen:

Imaginative Distanzierungstechniken: Tresorübung

Ich lade Sie ein, sich einen Tresor vorzustellen, in dem Sie belastende Erfahrungen aus Ihrer Lebensgeschichte und dazugehörige Gefühle, Bilder und Gedanken als Video oder als Aufzeichnung in Schriftform sicher lagern können.

Stellen Sie sich den Tresor einmal sehr genau vor:

- Wo befindet er sich?
- Wie sieht er aus?
- Wie groß ist er?
- Aus welchem Material ist er beschaffen?
- Wie fühlt er sich an?
- Mit welcher Art Schloss werden Sie den Tresor versehen (Zahlenkombination, Fingerabdruck, Stimmerkennung)?
- Sorgen Sie dafür, dass niemand außer Ihnen den Tresor öffnen kann.
- Sorgen Sie dafür, dass niemand Ihnen den Tresor wegnehmen kann.
- Prüfen Sie noch einmal: Ist der Tresor ganz sicher?

Der Tresor steht Ihnen immer, wenn Sie ihn brauchen, zur Verfügung. Um etwas herauszuholen, wenn Sie es brauchen, oder um etwas hineinzutun. Wenn Sie mögen, verabreden Sie ein Zeichen dafür.

Bitte notieren Sie Ihre Erfahrungen:

Angenehme Gefühle sammeln

Durch welche Aktivitäten haben Sie sich in der vergangenen Woche kurzfristig positive Erfahrungen verschafft?

Was haben Sie unternommen, um sich langfristig positive Erfahrungen zu verschaffen?

Beschreiben Sie, was Sie konkret getan haben und wie sich dies auf Ihre Stimmung ausgewirkt hat.

Übermäßige Wachsamkeit aufgeben

Notieren Sie bitte die für Sie persönlich wichtigsten Argumente, die dafür sprechen, die Welt weniger nach Gefahrensignalen abzuscannen.

Versuchen Sie in Situationen, in denen Sie Angst erleben, Ihre Aufmerksamkeit bewusst auf neutrale Stimuli zu lenken, z.B. könnten Sie alle blauen Objekte im Raum um Sie herum zählen.

Damit es Ihnen in solchen Situationen leichter fällt, ist es gut, diese Strategie auch außerhalb einer Krise zu üben, d. h. in Momenten, in denen eigentlich alles gut ist. Notieren Sie Ihre Erfahrungen damit.

Versuchen Sie, Ihre Aufmerksamkeit öfter im Alltag wohlwollend auf Zeichen für Sicherheit zu richten, anstatt auf Zeichen wenig wahrscheinlicher Bedrohungen zu achten. Sie können dazu in verschiedenen Alltagssituationen einen Moment innehalten und Ihre Aufmerksamkeit den Aspekten der Umgebung zuwenden, die Ihnen Sicherheit vermitteln. Notieren Sie auch hier bitte die Erfahrungen mit dieser Übung.

Liebevolle und lieblose Erwachsene

Wenn wir uns dem Inneren Kind nähern, zeigt sich häufig, dass wir es mit verschiedenen inneren Kindern, zum Teil unterschiedlichen Geschlechts, zu tun haben. Neben den inneren Kindern begegnen uns mindestens zwei verschiedene Erwachsene: die liebevolle, fürsorgliche erwachsene Person und die weniger liebevolle, kritische erwachsene Person.

Die liebevolle erwachsene Person

Diese Seite der Persönlichkeit ist versorgend, verständnisvoll und möchte dem Inneren Kind gerne helfen. Es ist wichtig, diese Seite in Ihnen zu stärken und zu stabilisieren. Wie kann das gelingen?

Ein erster Schritt könnte sein, zu schauen, was Ihnen als erwachsene Person im Hier und Heute guttut. Wo können Sie Kraft tanken, wie können Sie sich abgrenzen und welche Bedürfnisse haben Sie?

Wo erlebe ich mich fürsorglich für andere? (z. B. gut zuhören können, trösten ...)

Was kann ich gut? (z. B. backen ...)

Wie kann ich mir etwas Gutes tun und selbstfürsorglich sein?

Die lieblose erwachsene Person

Diese Seite ist Ihnen sicherlich bekannt: die sehr fordernde, kritische, unzufriedene und zum Teil verletzende erwachsene Person, die das Innere Kind am liebsten wegschieben möchte. Die Seite, die auch gerne wiederholt, dass doch alles »gar nicht so schlimm« sei. Im Laufe der Arbeit mit dem Inneren Kind wird Ihnen die lieblose erwachsene Person immer wieder begegnen und Sie werden lernen, ihr eine Gestalt zu geben und ihre Macht etwas einzudämmen, um die liebevolle Erwachsene etwas zu stärken und sich selbst und Ihrem Inneren Kind etwas Gutes zu tun.

Wo werte ich mich ab?

Wo gehe ich mit mir sehr kritisch oder sehr ungerecht um?

Was kann mir helfen, dieser kritischen Seite mehr Einhalt zu gebieten?

Anleitung einer Imaginationsübung: Das klärende Bad im Meer

»Imaginationsübungen dienen dazu, Stress abzubauen und den Zugang zu manchmal sehr verschütteten Ressourcen wiederherzustellen. So können Sie im Alltag nach und nach stabiler und belastbarer werden.

Sie können lernen, dass Ihr Gehirn sich nicht nur an Belastendes erinnern kann, sondern dass auf der imaginativen Ebene auch neue, positive Erfahrungen möglich sind. Außerdem können Sie auf diese Weise ein festes Ritual entwickeln, bei dem Sie sich selbst genau beobachten können: beispielsweise, ob Sie sich angespannt oder unbeschwert fühlen.

Die Übung, die ich Ihnen heute vorstellen möchte, heißt »Das klärende Bad im Meer«. Diese Übung dient dem Ziel, sich selbst innerlich von belastenden Gedanken, Schmerzen und von unangenehmen Gefühlen wie etwa Ekel oder Wut zu distanzieren oder gar zu befreien.

Die Übung sollte in einer entspannten Körperhaltung durchgeführt werden – dabei ist es möglich, zu liegen. Manchen Menschen fällt es jedoch leichter, sie im Sitzen durchzuführen, weil sie durch den Bodenkontakt mit den Füßen die Kontrolle beibehalten können. Deshalb ist Sitzen auch in Ordnung. Probieren Sie aus, was am besten für Sie passt.

Wenn Sie Sorge haben, ob diese Übung im Moment überhaupt das Richtige für Sie ist, kann ich Ihnen die Übung auch erst einmal nur erklären und wir führen sie später gemeinsam durch, wenn es Ihnen besser passt.

Die Übung wird so ablaufen, dass Sie mit geschlossenen oder geöffneten Augen auf einem Stuhl sitzen (oder auf einer Matte liegen) und meiner Stimme zuhören. Ich werde Ihre Aufmerksamkeit durch das, was ich sage, allmählich zu Ihrer inneren Wahrnehmung lenken und Sie auffordern, sich einen angenehmen Platz an der Küste eines Meeres vorzustellen. Dabei werden wir versuchen, alle Sinne anzusprechen, sodass Sie möglichst genau imaginieren können, was Sie dort sehen, hören, riechen, fühlen oder schmecken möchten.

Sie können sich dann vorstellen, in diesem Meer ein Bad zu nehmen und damit allmählich alle unangenehmen Gefühle oder Anhaftungen Ihres Körpers abzuspülen, gegebenenfalls bestehende Wunden können in dem heilsamen Salzwasser gereinigt und versorgt werden. Es soll ganz allgemein um Trost und Heilung gehen. Manche Menschen stellen sich dazu auch Begleiter im Wasser vor, etwa Delfine oder andere hilfreiche Wesen.

Schließlich wird die Übung langsam beendet und mit einem Zeichen, das Sie sich dann ausdenken und innerlich verankern können, kann diese Szene beliebig oft wieder aufgesucht werden, wenn Sie diese Art der Unterstützung benötigen.

Diese Übung kann Ihnen auch in der anstehenden Phase der Traumabearbeitung nach den Expositionssitzungen gut helfen, sich selbst zu versorgen, wenn Sie Flashbacks haben oder sich unwohl fühlen.

Während ich die Übung anleite, werde ich Sie von Zeit zu Zeit ansehen, damit ich merke, ob die Übung Ihnen guttut oder ob Sie in einen Zustand geraten, der eher schädlich wäre, so wie beispielsweise eine Dissoziation. Sollten Sie dazu neigen, empfehle ich Ihnen, die Augen geöffnet zu lassen und den Blick auf einem Punkt Ihrer Wahl ruhen zu lassen.

Es kann auch helfen, eine Muskelgruppe angespannt zu lassen, damit Sie spüren, dass Sie weiterhin die Kontrolle haben.

Sie können die Übung jederzeit unterbrechen, dafür sollten wir ein ›Stopp-Zeichen‹ vereinbaren, das Sie ausführen, wenn die Übung sofort unterbrochen werden soll. Vielleicht könnten Sie die rechte Hand heben oder tatsächlich ›Stopp!‹ sagen. Ich beende dann die Übung sofort und wir besprechen, ob oder wann wir fortfahren wollen oder ob Sie zunächst den Raum verlassen möchten. Ich würde dann nach spätestens 20 Minuten zu Ihnen aufs Zimmer kommen, um zu sehen, wie es Ihnen geht.

Haben Sie zunächst Fragen zu dieser Übung?«

Eine entsprechend modifizierte Anleitung kann auch für Entspannungsübungen genutzt werden.

Dokumentationsbogen für Traumaexpositionssitzungen

Traumaexposition am:

Therapeut/in:

Begleitung Pflegepersonal → Name:

Absprachen, besonders zu beachten:

Vorbesprechung – bewährte Maßnahmen und Skills

Imagination:

Aromatherapie:

Innere-Kind-Arbeit:

DBT/Skills:

Übergabe Therapeut → Pflegepersonal

Informationen für die Nachbetreuung:

Welches Alter?

Welche Emotionen werden bearbeitet?

Art der Traumatisierung?

Flashbacks? (Körper, andere)

Erläuterungen zum Traumaexpositionsbogen

Der Traumaexpositionsbogen enthält folgende Informationen:

- Patientenetikett zur Zuordnung in den Akten
- Name der behandelten Therapeutin
- Name der begleitenden Pflegekraft

Besprechung Pflegekraft – Patientin

Absprachen, zu beachten

Welchen der verschiedenen Expositionsräume möchten Sie nutzen?

- Wie soll der Raum vorbereitet sein? (Kühl oder warm, mit Duftvlies auf der Heizung, spezieller Beleuchtung usw.)
- Soll in Ihrem Zimmer etwas vorbereitet werden, das Sie direkt benötigen, wenn die Exposition vorbei ist? (Wärmflasche im Bett, Aromatherapiebrunnen, Heizen oder Lüften usw.)
- Soll im Verlauf der Nachbetreuung bei den Kontakten jeweils angeklopft werden oder soll die Pflegekraft nur leise eintreten?

Vorbesprechung – bewährte Maßnahmen

Dieser Abschnitt soll die Patientin auf die Nachbetreuung vorbereiten, falls sie am entsprechenden Tag Schwierigkeiten hat, sich daran zu erinnern, was ihr bei emotionalem Stress wohl tun könnte. Wir beziehen uns zur leichteren Strukturierung des Gesprächs auf die Haupt-Therapiesäulen.

Imagination:

- Welche Imaginationsübung funktioniert in der Regel besonders zuverlässig? Welche mögen Sie besonders gern? (max. drei Nennungen)

Aromatherapie:

- Welche Aromaöle möchten Sie gern einsetzen? Mit welchem Ziel? (Entspannung, Angstlösung, Trost, gegen Unterleibschmerzen usw.)
- Gibt es Düfte, die Sie einladen, in der Realität zu bleiben?
- Gibt es Aromen, die Sie als aversiv empfinden und die deshalb antidissoziativ wirken?

Innere-Kind-Arbeit:

- Um welches Lebensalter wird es morgen in der Sitzung voraussichtlich gehen?
- Wie können Sie dieses innere Kind, diesen inneren Jugendlichen versorgen? (Kakao kochen, kindgerechte Speisen essen, Bewegung, Spaziergang zum Spielplatz, Märchen lesen oder hören, Instrument spielen, Musik, basteln, Knete, puzzeln, malen, Modeschmuck, Nagellack usw.)

DBT/Skills:

- Was ist in Ihrem Notfallkoffer?
- Müssen Sie noch etwas besorgen? (Chilischoten, Zitrone, Eiswürfel einfrieren usw.)
- Nehmen Sie den Notfallkoffer mit in den Traumatherapieraum?

Übergabe Therapeut – Pflegepersonal:

Informationen für die Nachbetreuung

- Eventuell negative Kognition benennen, die die Patientin zu Beginn bearbeiten wollte (»Ich hatte es verdient«, »Ich kann mich nicht wehren«, »Ich bin selbst schuld«, »Ich habe kein Recht zu leben« etc.). Bitte auch benennen, zu welcher positiven Kognition das umgewandelt werden konnte (»Ich konnte nichts dafür«, »Es ist vorbei«, »Ich bin vollkommen in Ordnung« usw.).
- Welches Alter? Lebensalter benennen.
- Art der Traumatisierung? Nur kurze Stichworte wie sex., oral / vaginal / anal usw. Missbrauch, Gewalt, verbale Gewalt, eingesperrt sein, nicht den Täter nennen (z. B. Bruder, Vater, Onkel).
- Absprachen Innere-Kind-Arbeit? Hat der Therapeut spezielle Vorschläge zur Versorgung des Inneren Kindes gemacht?
- Eventuelle Trigger? Möglicherweise gibt es hier Worte oder Situationen, die durch die Exposition bekannt wurden, z. B. im Bett liegen, baden, Kontakt zu Personen, die rauchen usw.
- Welche Emotionen werden bearbeitet? Konkret benennen Angst, Wut, Ekel etc.
- Flashbacks? Mit welcher Art von Flashbacks ist zu rechnen? Bei Schmerzen: Sollten noch Medikamente in Reserve angesetzt werden?
- Absprachen mit Therapeutin? Beispielsweise Empfehlung, welche Imaginationsübung angeleitet werden sollte, weil sie zum Abschluss der Traumatherapie bereits eingesetzt wurde, oder ob es Mitpatienten gibt, die die Patientin heute eher meiden sollte etc.

Im letzten Abschnitt »Verlauf« dokumentieren die Pflegekräfte dann stündlich bzw. halbstündlich die Inhalte der Kontakte.

Schematisierte Belastungsanalyse für professionelle Helfer traumatisierter Patienten

Die konsequente Selbstbeobachtung in und nach Belastungssituationen ist ein wichtiger Ansatzpunkt zur Bewältigung von Belastungen, denn nur bewusst wahrgenommene Stressreaktionen lassen sich auch regulieren.

Konkrete Beschreibung der Belastungssituation

Was ist passiert? An welchem Ort und zu welcher Zeit kam es zu einer Belastung?

Selbstbeobachtung der Gedanken und Selbstgespräche

Welche Gedanken hatte ich in dieser Situation? Was habe ich in dieser Situation selbst zu mir gesagt? Wie habe ich diese Situation bewertet?

Selbstbeobachtung der Bilder

Welche Bilder tauchten in dieser Situation auf?

Selbstbeobachtung der Gefühle

Was habe ich in und nach der Situation gefühlt?

Selbstbeobachtung der körperlichen Reaktionen

Welche Körperreaktionen habe ich in der Situation wahrgenommen?

Selbstbeobachtung des Verhaltens

Wie habe ich in der Situation reagiert? Was habe ich getan und/oder unterlassen?

Selbstbeobachtung der Nachwirkungen dieser Situation

Welche kurz- oder längerfristigen, positiven oder negativen Konsequenzen hatte die Situation für mich? Hat sich mein Verhalten in ähnlichen Situationen als Folge dieser Konsequenzen verändert?

Drei Rezepte für aromatherapeutische Entspannungsöle

Duftmischung »Würziger Trost« für Riechfläschchen oder Aromalampe

Zutaten:

8 Tropfen Grapefruit, 4 Tropfen Bergamotte, 3 Tropfen Tonka-Extrakt, 2 Tropfen Mairose, 1 Tropfen Benzoe Siam

Diese Zutaten ggf. vervielfachen und eine Mischung in einem sauberen Fläschchen herstellen. Diese Mischung sollte einige Zeit »reifen«, damit sich die Aromen miteinander verbinden können, am besten vier Wochen vor der ersten Anwendung mischen, gelegentlich leicht schwenken.

Bad zur Stimmungsaufhellung

Zutaten:

2 Tropfen Rosenholz, 4 Tropfen Basilikum, 2 Tropfen Zitrone, 2 Tropfen Muskatellersalbei, als Emulgator 2–3 EL süße Sahne oder Honig

Öle unter die Sahne mischen und die Mixtur in das Vollbad geben. Circa 15 Minuten baden, anschließend 30 Minuten ausruhen oder zu Bett gehen.

Körper- bzw. Massageöl zur Nervenberuhigung und Entspannung

Zutaten:

4 Tropfen Kamille, 4 Tropfen Lavendel, 3 Tropfen Melisse, 3 Tropfen Zimt, 30 ml Sonnenblumenöl und 30 ml süßes Mandelöl (oder Jojobaöl)