



15. RIEHENER SEMINAR
Dienstag, 26. Oktober 2004

Medizinische
psychologische
seelsorgliche
Aspekte

DIE WUNDEN DER GEWALT

SEELISCHE TRAUMATISIERUNG –
IHRE FOLGEN, IHRE BEWÄLTIGUNG



Seminarunterlagen

DIE WUNDEN DER GEWALT

Seelische Traumatisierung – ihre Folgen, ihre Bewältigung

Dienstag, 26. Oktober 2004
Konferenzzentrum St. Chrischona

- ab 09.00 Einschreibung, Znüni
- 10.00 Begrüssung, Vorstellung in kleinen Gruppen
- 10.10 1. Referat: **Die vielfältigen Wunden der Gewalt als Herausforderung an Psychotherapie und Seelsorge.** Dr. med. Samuel Pfeifer
- 10.30 2. Referat: **Psychotraumatologie – neue Forschungsergebnisse und therapeutische Perspektiven.** Prof. Dr. med. Ulrich Schnyder, Psychiatrische Universitätspoliklinik Zürich.
- 11.20 Kurze Pause
- 11.30 3. Referat: **Sexuelle Gewalt an Kindern – Hinsehen oder Wegsehen?** Monica Kunz, Frauenfeld.
- 12.30 Mittagspause
- W O R K S H O P S Z U R A U S W A H L (7 5 M i n u t e n)
- 14.00 Workshop 1: **Therapeutische und seelsorgliche Strategien bei Frauen mit sexuellem Missbrauch in der Kindheit.** Monica Kunz
- Workshop 2: **Dissoziation und Multiple Persönlichkeitsstörung als Folge schwerer Traumata.** Roland Stettler
- Workshop 3: **Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie – eine Einführung anhand praktischer Erfahrungen.** Dr. med. Karin Rau
- Workshop 4: Member Care – Traumaverarbeitung bei Mitarbeitern in Mission und humanitärem Einsatz.** Dr. med. Ulrike Rüggeberg.
- 15.30 Pause
- 16.00 4. Referat: **Gibt es Hoffnung? Therapeutische Strategien in der Verarbeitung psychischer Traumata.** Dr. med. Werner Tschan, Basel
- 16.40 **Schlussvotum: Sekundärtraumatisierung – Leiden an den leidvollen Erfahrungen unserer Patienten.** Dr. med. Samuel Pfeifer
- 17.00 **Schluss des Seminars**

Referenten 15. Riehener Seminar 2004

Prof. Dr. Ulrich Schnyder

geb. 1952. Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie. Professor für Poliklinische Psychiatrie und Psychotherapie, und Direktor der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Zürich. Klinische und wissenschaftliche Aktivitäten in den Bereichen Notfallpsychiatrie, Krisenintervention, Psychotherapie, Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie, sowie Psychotraumatologie. Präsident der International Federation for Psychotherapy (IFP) (2002 -), Past President (1999-2001) der European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS). Vice-president der International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS). Mitherausgeber (mit Roderick Ørner) eines Buches über „Reconstructing early intervention after trauma“ (Oxford University Press, 2003).

Internet: www.psychiatrie.unispital.ch

Dr. med. Werner Tschan

geb. 1953. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Basel. Leitung des internationalen Instituts und Beratungszentrum gegen sexuelle Grenzverletzungen in professionellen Beziehungen. Die internationale Vortrags- und Seminartätigkeit sowie zahlreiche Veröffentlichungen. M.A. in Applied Ethics der Universität Zürich; forensische Ausbildung an der Universität Mainz.

Er hat ein Rehabilitationsprogramm (Boundary Training) für Fachleute nach PSM (Professional Sexual Misconduct) entwickelt, welches internationale Beachtung findet. Weiter ist Werner Tschan in der Ausbildung von Fachleuten (Lehrer, Ärzte, Psychotherapeuten, Seelsorger, Forensische Fachleute, Behörden, Personalverantwortliche und Juristen) involviert. Neben seiner gutachterlichen Tätigkeit ist er auch in der Beratung von Institutionen, Behörden und Berufsverbänden involviert.

Veröffentlichung: Missbrauchtes Vertrauen - Grenzverletzungen in professionellen Beziehungen (Karger, 2001).

Internet: www.bsgp.ch

Monica Kunz

geb. 1956, verheiratet, 3 Kinder (14 – 19); Pädagogin, Therapeutin, Supervisorin, Mediatorin.

Aufbau und Leitung der Fachstelle PräVita (Prävention von Gewalt und sexueller Ausbeutung von Kindern und Jugendlichen) 1995 bis 2003; Leitung Fachstelle Häusliche Gewalt im Kanton Thurgau seit Mitte 2003.

Internet: www.frauenhaus-schweiz.ch/d_links.html

Dr. med. Karin Rau

geb. 1956. Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin der Ambulanten Dienste und Ärztliche Leitung der Tagesklinik der Klinik Sonnenhalde. Ausbildung in Psychodynamisch Imaginativer Traumatherapie. Arbeitsschwerpunkte: Komplexe posttraumatische Störungen, Borderlinestörungen, Essstörungen, Integration seelsorgerlicher Elemente in die therapeutische Arbeit.

Dr. med. Ulrike Rüggeberg

geb. 1959. Medizinstudium in D Freiburg und mehrjährige klinische Tätigkeit, 12 Jahre lange missionsärztliche Tätigkeit in Klinik, Präventivmedizin und Aids Arbeit in Tansania, Ostafrika. Mitarbeit im Leitungsgremium der Deutschen Allianz Mission und im Netzwerk von Member Care, wohnhaft in D-Lörrach, verheiratet mit Andreas und Mutter von drei Kindern.

Roland Stettler

geb. 1959. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberarzt, Klinik Sonnenhalde, Dozent im Basiskurs Psychotherapie des Weiterbildungsnetzwerkes der Region Basel.

Dr. med. Samuel Pfeifer

geb. 1952. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Chefarzt der Klinik Sonnenhalde.

Internet: www.sonnenhalde.ch ; www.samuelpfeifer.com

Samuel Pfeifer

Seelische Traumatisierung als Herausforderung in Therapie und Seelsorge

Ein Überblick über neuere Forschungsansätze

Sexuelle Ausbeutung von Kindern und Frauen

Aus einer Aufklärungsbroschüre von WHO/ UNICEF, Kambodscha

Sexueller Missbrauch – Die Folgen

- Daten einer australischen Studie:
- rund 27 % aller depressiven Frauen haben einen sexuellen Missbrauch in der Kindheit erlebt, ca. 10 % in schwerer Form.
- Bei missbrauchten Frauen kommt es häufiger zu Suizidversuchen, Selbstverletzung und Panikstörungen. Die Depression trat früher im Leben auf, und die Frauen lebten häufiger erneut in Beziehungen mit Gewalt.

Gladstone et al., Am J Psychiatry 2004; 161:1417-1425.

Zwei Traumtypen

- **Typ-I-Trauma:**
 - Folgen eines einmaligen traumatischen Erlebens (z.B. Überfall, Vergewaltigung).
- **Typ-II-Trauma:**
 - Folgen lang anhaltenden wiederholten Traumas (Gefangenschaft, wiederholter sexueller Missbrauch)
 - Erleben von extremer Hilflosigkeit und Demütigung, die zu einer tief greifenden Erschütterung existentieller Grundannahmen über den Wert der eigenen Person führt.

PTSD – Drei Hauptsymptome

- Wiedererleben des Traumas (Intrusion)
- Vermeidungsverhalten
- Vegetative Übererregbarkeit

Häufige Symptome / Diagnosen

Symptomatik	Klinische Diagnose
Intrusion, Vermeidungsverhalten	PTSD
Soziale Ängste, Phobien	Angststörungen
Suizidalität, Hoffnungslosigkeit	Depressive St.
Erschöpfung, Schmerzsyndrome, erhöhtes vegetatives Erregungsniveau	Somatoforme St.
Amnesien, Depersonalisation, Derealisation	Dissoziative St.
Beziehungsstörungen, Misstrauen, Impulsivität, Selbstverletzen, Scham und Schuldgefühle.	Persönlichkeitsstörungen
Alkohol- und Medikamentenmissbrauch	Suchterkrankungen
Wasch- und Reinigungszwänge	Zwangsstörungen

nach M. Saks, S. 451

Neuer Begriff: DESNOS

- DESNOS = Disorders of extreme stress not otherwise specified
- 1. Auslöser
- 2. Störungen der Affektregulation
- 3. Bewusstseinsveränderungen
- 4. Gestörte Selbstwahrnehmung
- 5. Gestörte Wahrnehmung des Täters
- 6. Beziehungsprobleme
- 7. Veränderung des Wertesystems

Schwere Reaktionen sind zu erwarten:

Besonders schwere Traumareaktionen sind zu erwarten bei folgenden Umständen eines Traumas (häufig in der Kindheit)

1. Lange Dauer.	9. Persönlichkeit ist noch nicht gefestigt.
2. Häufige Wiederholung.	10. Sexuelle Gewalt.
3. Schwere körperliche Verletzung.	11. Sadistische Folter.
4. Vom Opfer schwer zu verstehen.	12. Mehrere Täter.
5. Gewalt durch andere Menschen.	13. Opfer hatte starke Dissoziationen.
6. Täter ist nahe stehende Person.	14. Niemand stand dem Opfer unmittelbar nach dem Ereignis bei.
7. Opfer hatte (hat) den Täter gern.	15. Niemand hat nach der Tat mit dem Opfer darüber gesprochen.
8. Opfer fühlt sich mitschuldig.	

Was geschieht im Gehirn?

- Das Gefühl der Geborgenheit und des Urvertrauens findet seine neurobiologische Entsprechung im Gehirn.
- Das psychische Gleichgewicht ist abhängig davon, dass die neuronalen und hormonalen Warnsysteme auf „Grün“ stehen.
- Die neurobiologischen Netzwerke der Persönlichkeit festigen sich mit jedem Lebensjahr und erhöhen die Widerstandsfähigkeit bei traumatischen Ereignissen.
- Traumatische Erfahrungen können im Gehirn bleibende Schädigungen hervorrufen, die sich in den psychischen Symptomen der post-traumatischen Reaktionen (Intrusion – Vermeidung – vegetative Labilität) äussern.

Elemente der Geborgenheit

Grundbedürfnisse erfüllt
(nach Maslow)

- Obdach, Wärme, Kleidung
- Aussere Sicherheit
- Wertschätzung
- Liebe, Annahme
- Selbständigkeit, Freiheit

Vertrauensvolle Beziehung

- Zur primären Bezugsperson
- Zu sich selbst
- Zu anderen - Zu Gott

Positive Kontrollüberzeugung

„Wenn ich brav bin – wenn ich meine Pflichten erfülle etc. Dann stösst mir nichts Böses zu.“

Verdrängung des Bösen

„Mich trifft es nicht!“

ANGST

Wichtige Elemente der Traumareaktion

Grundtemperament
Verletzlichkeit
Angstlichkeit
biol. Rhythmen

Amygdala:
Gefühle, spez. Angst

Hippocampus:
Gedächtnisprägung
Bilder, Gerüche, Geräusche etc.

Stirnhirn:
Denken
Grundannahmen

Limbisches System:
Amygdala
Hippocampus

Stammhirn:
biol. Rhythmen
Schlaf

Der lange Schatten des Traumas

- Durch das Trauma wurde eine Welt zerstört. Aus vertrauensvollen Menschen werden misstrauische. Aus Menschenfreunden werden Menschenfeinde.
- Eine lebensfrohe Person verwandelt sich in jemand, der ängstlich und zurückgezogen lebt.
- Aus einem Menschen, der Mitarbeiter und Freunden vertrauen konnte, wird einer, der Angst bekommt, wenn er nicht alle und alles unter Kontrolle behält. Ein Mensch mit Zukunftsplänen und Visionen wird ein pessimistischer Skeptiker, nur noch bedacht auf die eigene Sicherheit.

Psychotraumatologie - neue Forschungsergebnisse und therapeutische Perspektiven

Ulrich Schnyder, Zürich

15. Riehener Seminar:

„Die Wunden der Gewalt. Seelische Traumatisierung - ihre Folgen, ihre Bewältigung“

Riehen, 26.10.2004

Über die Hälfte aller Menschen machen im Verlauf ihres Lebens mindestens einmal eine gravierende traumatische Erfahrung. Etwa jeder zehnte Betroffene entwickelt daraufhin eine posttraumatische Belastungsstörung. Die Erkrankung manifestiert sich in Form von Wiedererlebens- und Vermeidungssymptomen, häufig kommt ein Zustand vegetativer Übererregtheit dazu. Die Symptome zeigen sich in der Regel bereits kurz nach dem traumatischen Ereignis. Posttraumatische Belastungsstörungen können aber auch erst nach einer gewissen Latenz, z.T. erst nach vielen Jahren, auftreten. Der Verlauf ist von einer Vielzahl prä-, peri- und posttraumatischer Prädiktoren abhängig. Das subjektive Erleben des traumatischen Ereignisses scheint dabei eine wichtigere Rolle zu spielen als objektive Parameter.

Die Neurobiologie menschlicher Reaktionen auf traumatische Ereignisse umfasst Mechanismen wie körperliche Überlebens-Strategien, Konditionierungsprozesse, die Abspeicherung von Gedächtnis-Inhalten, sowie sehr komplexe, sozial modulierte Anpassungsvorgänge. Sie wird zudem stark beeinflusst durch subjektive Einschätzungen (Bedrohung, verfügbare Ressourcen), Kontrollierbarkeit, Bedeutungs-Zuschreibungen, Bewältigungs-Strategien (Überleben, Lernprozesse), frühere Erfahrungen, und Glaubenssätze auf individueller und Gruppen-Ebene.

Unmittelbar nach traumatischen Ereignissen werden heute weltweit psychosoziale Interventionen im Sinne des sogenannten "Debriefing" durchgeführt. Diese Interventionen werden von den Betroffenen in der Regel sehr geschätzt. Leider konnte die erhoffte Wirkung im Sinne einer Prävention posttraumatischer Belastungsstörungen bis heute nicht nachgewiesen werden. Im Gegenteil: Debriefing kann sogar negative Effekte haben! Aufgrund des momentanen wissenschaftlichen Kenntnisstandes sollten frühe Interventionen nach traumatischen Ereignissen von einer züversichtlichen Erwartungshaltung getragen und nicht zu sehr auf Emotionen ausgerichtet sein, sondern eher die Entspannung und Reduktion der psychophysiologischen Stress-Symptomatik fördern.

Posttraumatische Belastungsstörungen sollten primär psychotherapeutisch behandelt werden. Die kognitiv-verhaltensorientierten Therapieansätze können derzeit den besten Wirksamkeitsnachweis vorlegen. Am besten belegt ist die sogenannte "prolonged exposure" nach Edna Foa. Ein vielversprechender neuerer Ansatz ist die "Brief Eclectic Psychotherapy" nach Berthold Gersons, bei der psychoedukative, kognitiv-verhaltensorientierte und psychodynamische Elemente zum Einsatz kommen. Bei den medikamentösen Therapiemöglichkeiten stehen die serotoninspezifischen Antidepressiva (SSRI) im Vordergrund.

Eine traumatische Erfahrung kann neben den unbestrittenen, oft verheerenden gesundheitlichen Auswirkungen unter gewissen Umständen auch den Anstoss für positive Entwicklungen geben. Tedeschi und Calhoun gehen z.B. davon aus, dass traumatische Ereignisse sowohl positive wie auch negative Auswirkungen haben können, die sich gegenseitig nicht ausschliessen müssen. Viele Betroffene berichten, dass sie neue Möglichkeiten für ihr Leben entdeckt und erschlossen haben, dass sich ihre Beziehung zu anderen Menschen grundlegend und eben manchmal auch in positivem Sinne verändert hat, dass sie an persönlicher Stärke gewonnen haben und in spiritueller bzw. religiöser Hinsicht weitergekommen sind, oder dass sie seit dem Trauma ihr Leben intensiver wahrnehmen und bewusster wertschätzen.

Epidemiologie posttraumatischer Störungen

- Lebenszeit-Prävalenz für traumatische Ereignisse: 50-90%
- Posttraumatische Belastungsstörungen nach traumatischen Ereignissen: ~10%
- Lebenszeit-Prävalenz für posttraumatische Belastungsstörungen:

Männer:	9%
Frauen:	6%
	12%

Posttraumatische Belastungsstörung im DSM-IV

- A) **Stressorkriterium:**
 - Ereignis: Bedrohung des Lebens /der körperl. Integrität
 - Reaktion: Intensive Angst, Hilflosigkeit oder Grauen
- B) Ständiges **Wiedererleben** des traumatischen Ereignisses
- C) Anhaltendes **Vermeiden** spezifischer Stimuli, die an das Trauma erinnern
- D) Angst bzw. **erhöhtes Erregungsniveau**
- E) Dauer mindestens 1 Monat
- F) Erhebliches Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Bereichen

Critical Incidence Stress Debriefing

- Debriefing wird von allen Beteiligten in aller Regel sehr geschätzt
- Debriefing kann **negative Effekte** haben
- Ein **präventiver Effekt** von Debriefings und ähnlichen „one-off“ Interventionen bei unselektierten Populationen konnte bis heute **nicht nachgewiesen** werden

Reconstructing early intervention after trauma*

- **Frühe Interventionen nach traumatischen Ereignissen** müssen nicht unbedingt „so früh wie möglich“ einsetzen,
- ... sollten von einer zuversichtlichen Erwartungshaltung getragen sein,
- ... sollten nicht zu sehr auf Emotionen ausgerichtet sein, sondern eher die Entspannung und Reduktion der psychophysiologischen Stress-Symptomatik fördern,
- ... sollten die Rahmenbedingungen optimieren, die eine rasche Erholung ermöglichen,

* Ömer RJ, Schnyder U (eds.) (2003) Reconstructing early intervention after trauma. Innovations in the care of survivors. Oxford University Press, Oxford

Reconstructing early intervention after trauma*

- **Frühe Interventionen nach traumatischen Ereignissen** können bei Vorliegen psychischer Störungen zur Prä-vention längerdauernder psychischer Morbidität beitragen,
- ...sollten sich vermehrt an den momentanen individuellen und kollektiven Bedürfnissen der Betroffenen orientieren,
- ...sollten respektieren, wenn Betroffene nicht mit professionellen Helfern sprechen möchten,
- ...sollten phasengerecht und entsprechend den Prinzipien der Psychologischen Ersten Hilfe eingesetzt werden.

* Ömer RJ, Schnyder U (eds.) (2003) Reconstructing early intervention after trauma. Innovations in the care of survivors. Oxford University Press, Oxford

Psychotherapie für PTSD *

- **Kognitive Verhaltenstherapie (CBT):**
 - Exposition, z.B. „*Prolonged Exposure*“ nach E. Foa
 - Kognitive Restrukturierung
 - Image Habituation Training
 - Stress Inoculation Training
- **Psychodynamische Therapieansätze:**
 - Arbeit an der Beziehung, Aufbau von Vertrauen
 - Integration in die Biographie, Sinnsuche

* Foa EB, Keane TM, Friedman MJ (2000) Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. Guilford Press, New York

Psychotherapie für PTSD

- „Brief Eclectic Psychotherapy“ (BEP) nach Gersons*:
 - Psychoedukation
 - Exposition
 - Arbeit mit Erinnerungsstücken, Schreibaufgaben
 - Integration in die persönliche Biographie, Sinnsuche
 - Abschiedsritual

* Gersons BPR, Carlier IVE, Lamberts RD, van der Kolk BA (2000) Randomized clinical trial of brief eclectic psychotherapy for police officers with posttraumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress 13: 333-348

Psychopharmakotherapie bei PTSD

- SSRI:
 - Medikamente erster Wahl!
 - Wirksamkeit nicht nur auf (co-morbide) depressive, sondern auch PTSD-spezifische Symptome
 - Am besten belegt: Paroxetin und Sertralin
- Klassische (z.B. trizyklische) Antidepressiva:
 - Wenn SSRI nicht genügend wirken
 - Bei ausgeprägten Schlafstörungen z.B. Amitriptylin, evtl. Mianserin

Psychopharmakotherapie bei PTSD

- Benzodiazepine:
 - In der hausärztlichen Praxis am häufigsten verschriebene Medikamente bei PTSD!
 - Wirken nur auf Arousal-Symptomatik
 - Evtl. vorübergehend indiziert bei Schlafstörungen
 - Cave Abhängigkeit!
- Neuroleptika:
 - Bei isolierter PTSD nicht indiziert
 - Indikation gegeben bei co-morbider psychotischer Symptomatik

Sense of Coherence (Antonovsky)

„A global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, though dynamic feeling of confidence that

1. the stimuli deriving from one's internal and external environments in the course of living are structured, predictable, and explicable;
2. the resources are available to one to meet the demands posed by these stimuli; and
3. these demands are challenges, worthy of investment and engagement.“

Posttraumatic Growth (Tedeschi & Calhoun)

Tedeschi & Calhoun gehen davon aus, dass traumatische Ereignisse sowohl positive wie auch negative Auswirkungen haben können, die sich gegenseitig nicht ausschliessen müssen:

- New possibilities
- Relating to others
- Personal strength
- Spiritual change
- Appreciation of life

Well-Being Therapy (Ryff)

Ein strukturiertes psychoedukatives Modell auf der Grundlage von Carol Ryff's multidimensionaler, kognitiver Theorie des "psychological well-being" mit den folgenden 6 Dimensionen:

- Environmental mastery
- Personal growth
- Purpose in life
- Autonomy
- Self-acceptance
- Positive relations with others

Sexuelle Ausbeutung – hinsehen oder wegsehen?

Monica Kunz,
Präventionsfachfrau, Frauenfeld

hinsehen

- ca. **45'000 Kinder** werden pro Jahr in der Schweiz ausgebeutet
- Kinder im Alter von **6-12 Jahren** sind die vorrangigen Opfer
- Täter sind meistens Männer
- **Wiederholungstäter** sind die Regel
- Opfer und Täterpersonen kennen sich
- sexuelle Ausbeutung geschieht oft innerhalb von **Beziehungen**
- Täter sind selten einsichtig und reuig
- Intervention ist immer „Flickwerk“
- Prävention ist **notwendig**

(vgl. Enders, Pfister/Gloor, Deegener)

Definition

- Sexuelle Ausbeutung meint jede Handlung, die an oder vor einem Kind entweder gegen dessen Willen vorgenommen wird oder der das Kind aufgrund seiner körperlichen, seelischen, geistigen oder sprachlichen Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen kann.

(Günther Deegener, Kindesmissbrauch erkennen)

Täter und Täterinnen

Opfergruppe	Täterinnen (%)
weibliche Opfer	10%
männliche Opfer	25%

(Günther Deegener, Kindesmissbrauch erkennen)

Täterstrategien

- Ziel:
 - ans Opfer gelangen
 - Opfer für die Tat gefügig machen
 - unentdeckt bleiben
 - nicht zur Verantwortung gezogen werden
 - Ausbeutung beliebig fortsetzen können

(Anita Heiliger, Täterstrategien und Prävention)

Risikofaktoren

- Kind ist emotional vernachlässigt
- Kind ist sozial isoliert
- Kind liebt Täterperson
- Kind erliegt Verlockungen
- Kind fühlt sich hilflos und machtlos
- Kind begreift nicht, was geschieht
- Kind hat sexuelle Neugierde

(David Finkelhor, a sourcebook on child sexual abuse)

Folgen

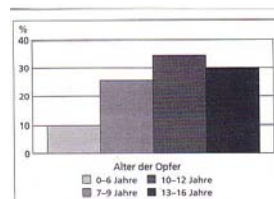
- Wenn ein Kind von denselben Menschen verraten, verlassen und misshandelt wird, die es versorgen, lieben und seiner Seele die sichere Verwurzelung bieten sollten, dann nimmt das Kind **auf allen Ebenen Schaden.**

(Michaela Huber, Trauma und die Folgen)

Folgen

- **emotional**
negatives Selbstbild (Scham- und Schuldgefühl), Suizidalität, Depression, Ängste, Unruhe, Dissoziation
- **sozial**
Isolation/Anklammern, Überangepasstheit, Aggression, sexualisiertes Verhalten, Weglaufen, Promiskuität
- **psychosomatisch**
Stressverarbeitungsstörung: Schlafstörungen, Essstörungen, Konzentrations- und Leistungsstörungen, Ekzeme, Lähmungserscheinungen, Stressverarbeitungsstörung
- **(körperlich)**
Verletzungen, Entzündungen, Geschlechtskrankheiten, frühe Schwangerschaften

Opfer



(Günther Deegener, Kindesmissbrauch erkennen)

Intervention

- **NIE allein intervenieren!**
- ruhig bleiben – nichts überstürzen
- fachliche Unterstützung holen
- Vertrauensbasis zum Kind verstärken
- Helfernetz aufbauen
- **Kindesschutz hat oberste Priorität!**


Prävention

- fortlaufend
- dem Alter und Entwicklungsstand der Kinder angepasst
- Selbständigkeit und Selbstbewusstsein fördernd
- in Sexualerziehung und Liebeserziehung eingebettet

(Günther Deegener, Kindesmissbrauch erkennen)

Präventive Erziehung (Themen)

- über deinen Körper bestimmst du allein
- deine Gefühle sind wichtig
- es gibt angenehme und unangenehme Berührungen
- du hast das Recht NEIN zu sagen
- es gibt gute und schlechte Geheimnisse
- sprich darüber und suche Hilfe
- du bist nicht schuld



seelsorgliche und therapeutische Strategien

Monica Kunz
Präventionsfachfrau, Frauenfeld

Machen Sie das weg!

Wir sind keine Psychochirurgen. Aber wir können dabei behilflich sein

- die Stressverarbeitungsstörung zu lindern
- das Ausbeutungserlebnis zu betrauern und zu „verschmerzen“
- die Ausbeutungserfahrung in die eigene Lebensgeschichte zu integrieren

(Michaela Huber, Trauma und die Folgen)

2

Diagnose

- sexuelle Ausbeutung ist keine Krankheit
- sexuelle Ausbeutung ist keine Diagnose
- sexuelle Ausbeutung ist eine Erfahrung

→ **Frage: woran leiden Sie (heute)**

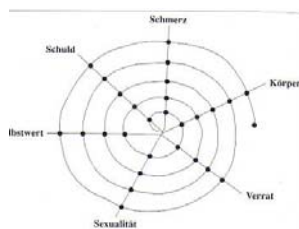
3

Folgen sexueller Ausbeutung

- Selbstwertprobleme
- Störungen der Affekt- und Impulskontrolle
- Stressverarbeitungsstörung
- Suizidalität
- Störungen der Konzentrations- und Leistungsfähigkeit
- Suchtverhalten, Essstörungen, autoaggressives Verhalten
- Beziehungsschwierigkeiten

4

Themen des Beratungsprozesses



(Thijs Besems, wo Worte nicht reichen)

5

Was Missbrauchbetroffene brauchen

- Sicherheit
- Stabilität
- Kontrolle
- Stressmanagement
- Korrektur des Selbstwertes
- Informationen
- Gefühlskompetenz
- Körperbewusstsein
- Zugang zu Ressourcen
- Wiederherstellung ihres Wertes
- Frieden
- Ein Ziel vor Augen

6

Voraussetzungen für eine gelingende Beratung

■ Ratsuchende:

Bereitschaft zur Veränderung / einsteigen auf Arbeitsbündnis / aktive Beteiligung /

■ Berater/innen:

empathische, kongruente, echte Haltung / Bewusstsein eigener Grenzen, Stärken, Schwächen / Sensibilität für Nähe und Distanz / Fachkompetenz / Supervision

7

Ziele des Beratungsprozesses

■ Stabilisierung / Ermächtigung

- Sicherheit
- Kontrolle
- Zugang zu (eigenen) Ressourcen

■ Begegnung mit dem Trauma

- erkennen, für wahr halten, betrauern, entscheiden

■ Integration

- als Teil der eigenen Geschichte annehmen
- neue Schritte tun

8

Strategien zur Stabilisierung

- Gefühlskompetenz erwerben
- Stressmanagement einüben
- Körperbewusstsein aufbauen
- Korrektur des Denkens vornehmen
- Ressourcen erkennen und visualisieren
- Sozialkompetenz trainieren
- Frieden schliessen mit sich, mit anderen, mit Gott

9

Konfrontation mit dem Täter – ja oder nein?

- Erwartungen der Betroffenen klären
- optimal vorbereiten
- „Sicherheit“ während Konfrontation gewährleisten
- sorgfältige Nacharbeit

10

Den Preis bezahlt ein anderer....

■ Partner von Ausbeutungs-Betroffenen brauchen:

- Informationen
- Ansprechpartner mit Fachwissen
- gesunde Eigenständigkeit
- funktionierendes Krisenmanagement

11

Wo war Gott?

Gott in mir ist dunkel
aber bei dir ist Licht
Gott ich bin einsam
aber du verlässt mich nicht
Gott ich bin mutlos
aber du hilfst mir
Gott ich bin unruhig
aber du schenkst mir Frieden
Gott ich verstehe deine Wege nicht
aber du weisst den Weg für mich

(Dietrich Bonhoeffer)

12

Riehener Seminar 2004 - Workshop 3

Psychodynamisch Imaginative
Traumatherapie – Eine Einführung

Dr. med. Karin Rau
Oberärztin
Klinik Sonnenhalde

www.seminare-ps.net

Übersicht

- Einleitung
- Grundlagen des traumatischen Stresses
- Grundlagen der imaginativen Arbeit
- Drei-Phasen-Modell der Traumatherapie
 1. Stabilisierungsphase
 2. Traumakonfrontationsphase
 3. Integrationsphase
- Psychohygiene

www.seminare-ps.net

Einleitung: Allgemeine Überlegungen

- Heilung heisst in der Traumatherapie nicht „restitutio ad integrum“, jedoch Heilung mit Narben, die nicht mehr schmerzen
- **Die Bearbeitung traumatischer Erfahrungen ist kein Therapieziel!**
- Das Formulieren von konkreten und handlungsbezogenen Zielen bzw. Teilzielen kann hilfreich sein

www.seminare-ps.net

Grundlagen der imaginativen Arbeit

- Alltagserfahrung:
wir sind in der Lage, uns Dinge vorzustellen
- Hirnforschung:
Vorstellungen beeinflussen unser Gehirn fast genauso wie echte Erfahrungen
- Jeder Mensch verfügt über Vorstellungskraft
- Bildhaftes Denken ist sicherer als Imaginieren im traditionellen Sinn

www.seminare-ps.net

Stabilisierungsphase

Grundsatz in der Behandlung:
Die Teile der Behandlung, die sich auf Stabilisierung und Restabilisierung beziehen, nehmen in der Behandlung viel mehr Raum ein als diejenigen, bei denen es um Konfrontation geht.
Stabilisierung sollte deshalb als Prinzip immer präsent sein.

www.seminare-ps.net

Stabilisierungsphase

Gestaltung der therapeutischen Beziehung

- Bedeutung der ersten Kontaktaufnahme
- Bereits von Anfang an ressourcenorientiert arbeiten
- Kompetenter Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung

www.seminare-ps.net

Stabilisierungsphase
Gestaltung der therapeutischen Beziehung

- Die Arbeitsbeziehung bereits zu Beginn betonen
- Das Kontrollbedürfnis traumatisierter Patientinnen berücksichtigen
- Interventionen einsetzen, die traumatischen Stress reduzieren

www.seminare-ps.net

Stabilisierungsphase

- Äussere Sicherheit
- Psychoedukation über Trauma, Traumacoping und Traumafolgen
- Kreativer Einsatz von Imaginationsübungen
- Arbeit mit dem „inneren Kind“
- Arbeit mit Täterintrojekten

www.seminare-ps.net

Traumakonfrontationsphase

Voraussetzungen:

- Äussere Sicherheit
- Beziehungssicherheit
- Innere Stabilität und daraus resultierende Sicherheit
- Arbeitsbündnis klären – informed consent
- Traumabearbeitung so schonend wie möglich
- Integrative Therapie von Traumafolgestörungen

www.seminare-ps.net

Traumakonfrontationsphase

Kontraindikationen:

- Täterkontakt
- Psychose
- Suizidalität
- Schwere körperliche Erkrankungen
- Instabile psychosoziale Situation
- Mangelnde psychische Stabilität

www.seminare-ps.net

Traumakonfrontationsphase

Das **BASK**- Modell:

1. Das Verhalten	B (ehavior)
2. Die Gefühle	A (ffect)
3. Das Körpererleben	S (ensation)
4. Die Gedanken	K (ognition)

www.seminare-ps.net

Integrationsphase

- Ein Stück Trauern und Integration kann von Beginn der Behandlung stattfinden
- Eine lange Phase des Trauerns, der Integration und des Neubeginns kommt in der Regel erst nach dem Durcharbeiten traumatischer Erfahrungen
- Wichtige Themen sind Konfliktbewältigung, Trauerarbeit, Selbstwert und Selbstakzeptanz

www.seminare-ps.net

Riehener Seminar 2004 - Workshop 2

Dissoziation und Multiple Persönlichkeitsstörung als Folge schwerer Traumata

Roland Stettler
Oberarzt
Klinik Sonnenhalde

www.seminare-ps.net

Dissoziation: Definition

- im engeren Sinne definiert:
 - *komplexer psychophysiologischer Prozess, bei dem es zu **Desintegration** und **Fragmentierung** des Bewusstseins und anderer verwandter höherer psychischer Funktionen wie des Gedächtnisses, der Identität und der Wahrnehmung von sich selbst und der Umwelt kommt*

www.seminare-ps.net

Dissoziative Identitätsstörung

Hauptmerkmal

- Vorhandensein von mindestens zwei unterscheidbaren Teilidentitäten oder Persönlichkeitszuständen, die wiederholt die Kontrolle über das Verhalten der Person übernehmen, verbunden mit dem Auftreten Dissoziativer Amnesien

www.seminare-ps.net

Dissoziative Identitätsstörung

Alternativpersönlichkeiten

- dissoziierte Aspekte der Gesamtpersönlichkeit
- Alter, Geschlecht, Sprache, Fähigkeiten, Wissen, vorherrschender Affekt können unterschiedlich sein
- werden als nicht zur eigenen Persönlichkeit gehörend wahrgenommen
- Übernahme der Kontrolle auf innere oder äussere Auslösereize hin
- häufig teilweise oder vollständige Amnesie für Vorhandensein oder Handlungen der anderen Teilpersönlichkeiten

www.seminare-ps.net

Dissoziative Identitätsstörung -
Klinisches Erscheinungsbild

- Amnesien
- Entfremdungserleben
- Stimmenhören im Kopf
- Manifestationen von Identitätswechsell
 - Finden von Sachen, an deren Erwerb man sich nicht erinnern kann
 - Fortlaufende innere verbale und schriftliche Dialoge
 - spontane Altersregressionen
 - Verwendung der 3. Person ("er", "sie", "wir") für sich selbst

nach Gleaves 1996 und Kluff 1996

www.seminare-ps.net

Dissoziative Identitätsstörung -
posttraumatische Störung

- Nachweis von langandauernden schweren frühkindlichen **Traumatisierungen** in Form von sexuellen, körperlichen und emotionalen Misshandlungen:
bei um 90%

www.seminare-ps.net

Dissoziative Störungen -
Klinische Diagnostik

- Viele suchen wegen Folgeproblemen oder Begleiterscheinungen Hilfe (Depression, Essstörung etc.)
- Viele versuchen dissoziative Symptome gezielt zu verstecken oder zu bagatellisieren
- Auf Risikofaktoren und diskrete Symptome achten

www.seminare-ps.net

Dissoziative Identitätsstörung -
Behandlung

Primärziel

- Förderung innerer Verbundenheit und der Beziehungen zwischen alternierenden Persönlichkeitsanteilen
- Entwicklung eines zunehmenden Gefühls für einheitliches und alltagstaugliches Selbst

www.seminare-ps.net

Dissoziative Identitätsstörung -
Behandlung

Übergeordnetes Therapieziel

- vollständige Integration aller Teilidentitäten in die Gesamtpersönlichkeit

www.seminare-ps.net

Dissoziative Identitätsstörung -
Behandlung

4 Phasen

- Aufbau der therapeutischen Beziehung und Stabilisierung
- Förderung der Kommunikation zwischen den Teilpersönlichkeiten
- Traumabearbeitung und Integration der Teilpersönlichkeiten
- postintegrative Psychotherapie

Kluft, 1999

www.seminare-ps.net

Dissoziative Identitätsstörung –
Psychotherapie und Seelsorge

- **Alter-Persönlichkeiten sind keine Dämonen!**
 - *Exorzistische Rituale führen oftmals zu erneuten traumatischen Erfahrungen*
 - *Enge Zusammenarbeit zwischen SeelsorgerInnen und Psycho-therapeutInnen unabdingbar*

www.seminare-ps.net

Dissoziative Identitätsstörung –
Psychotherapie und Seelsorge

„Das bittere Leid der traumatischen Erfahrung und seine quälenden Folgen vernichten oft auch das Vertrauen in Gott. Die drückende Last der von Gewalt verseuchten Vergangenheit kann den Zugang zu Religion und Spiritualität völlig verschütten.“

„Aber auch eine sehr gute Therapie ist keine ausreichende Voraussetzung zur Heilung. Heilung von den Lasten der Vergangenheit ist nur möglich, wenn in der Gegenwart Sicherheit, Geborgenheit und mitmenschliche Nähe erlebt werden können.“

Cornelia Faulde, 2002

www.seminare-ps.net

Riehener Seminar 2004 - Workshop 4

Member Care
 Traumabearbeitung bei Mitarbeitern in Mission
 und humanitärem Einsatz

Dr. med. Ulrike Rüggeberg
 Klinik Sonnenhalde

www.seminare-ps.net

Definition von Member Care

- Member-Care umfasst den ganzen Menschen (körperlich, psychologisch und geistlich) und den ganzen Missionarskreislauf (von der Rekrutierung bis zur Pensionierung) und alle Beteiligten (Singles, Ehepaare, Kinder, im Einsatzland und in der Heimat).
- MC will in Zusammenarbeit mit Missionswerken, Fachpersonen und sendenden Gemeinden Ressourcen zur Verfügung stellen. Dadurch soll mitgeholfen werden, dass sich das Personal weiterentwickeln kann und die notwendige Unterstützung erfährt.

(MC Schweiz 2001)

www.seminare-ps.net

A Best Practice Model of Member Care

K. O. Daniel and D. Peck 2000

www.seminare-ps.net

Plötzliche traumatisierende Ereignisse
 (Critical incidents)

- Naturkatastrophen
- Kriegsausbruch und Evakuierung
- Unfälle
- Todesfälle
- Opfer von gewalttätigen Angriffen, Raubüberfällen, Geiselnahme, Vergewaltigung...
- Miterleben von Traumata bei anderen

www.seminare-ps.net

Einflussnahme auf das persönliche Weltbild

Robert Hicks, 1991

www.seminare-ps.net

Member-Care Ressourcen heute

- Interne Angebote der sendenden Organisationen
- Organisationsübergreifende Angebote in der Heimat
- Organisationsübergreifende Angebote im Einsatzgebiet
- Literatur
- Konferenzen
- Netzwerke
- Fachpersonen

www.seminare-ps.net

Dauerstressoren CHOPS- Model

- Cultural stress (kulturbedingter Stress)
- Crisis (andauernde Krisen)
- Historical stress (pers. Lebensgeschichte)
- Human stress (Lebensfragen, Beziehungen)
- Occupational stress (berufsbedingter Stress)

O'Donnell, K. and M. 1992

www.seminare-ps.net

CHOPS- Model (Fortsetzung)

- Organizational stress (Stress bedingt durch Strukturen / Ethos des Dienstgebers)
- Physical stress (Körperlicher Stress)
- Psychological stress
- Support stress (Stress bedingt durch mangelhafte Versorgung)
- Spiritual stress (Glaubenskrisen)

www.seminare-ps.net

Critical Incident Stress Debriefing

- Strukturiertes Gespräch (Gruppe / Einzelperson)
- Zeitrahmen (24 bis 72 Stunden nach dem Ereignis, Gesprächsdauer: 2-3 Stunden)
- Gesprächsphasen:
 1. Einführung
 2. Fakten, Abläufe, Rollen
 3. Gedanken
 4. Reaktionen, Gefühle, Sensationen
 5. Symptome (während, nach, jetzt)
 6. Edukation
 7. Zusammenfassung, Ausstieg

J. Mitchell and G. Everly 1993

www.seminare-ps.net

Präventive Unterstützung vor dem Einsatz

- Vorhandensein eines Notfallplans, der ständig aktualisiert wird und allen Beteiligten bekannt ist
- Screening und Positionierung des neuen Mitarbeiters
- Auswahl von Fachkursen nach dem Bedarf : Kulturschock, medizinische Selbsthilfe, Unfallverhütung, Sicherheitsverhalten, Teambildung
- Logistische Vorbereitungen: Finanzen, Wohnmöglichkeiten, Schulen, Reisewege, Sprachkurs
- Self-care: Sorge für eigene Bedürfnisse

www.seminare-ps.net

Präventive Unterstützung während des Einsatzes

- Einführung in Kultur und Sprache
- Begleitung, Auswertung, Korrektur
- Lebensverhältnisse und Arbeitsmittel
- Kommunikation, Zuständigkeiten
- Ausgleich, Grenzen
- Gemeinschaft, geistliches Leben
- Sicherheitsvorkehrungen
- Notfall- Vorkehrungen

www.seminare-ps.net


Unterstützung nach dem Einsatz

- Abschiednehmen
- Rückkehr-Planung
- Re-entry Schock
- Auswertung und Debriefing
- Zukunftsperspektiven
- Einleitung weiterer Therapie / seelsorgerlicher Aufarbeitung

www.seminare-ps.net

Gibt es Hoffnung?
Therapeutische Strategien in der
Verarbeitung psychischer Trauma

Klinik Sonnenhalde, Riehen, 26.10.2004



Dr. med. Werner Tschan, MAE

Gibt es Hoffnung?

... den die Sache ist für dich zu schwer, du kannst sie nicht allein besorgen.

2. Moses, Exodus 18,18

Dr. W. Tschan www.BSGP.CH

Die Zeit heilt nicht alle Wunden

Einem Opfer Glauben schenken, ist ein Akt der Zuwendung, welcher aktiv durch uns erbracht werden muss.

Martina Emme, 1996

Die seelische Verletzung ist vielfach unsichtbar gegen aussen!

Dr. W. Tschan www.BSGP.CH

Nicht nur Therapie hilft!

Recovery can take place only within the context of relationships; it cannot occur in isolation.

Judith Herman, 1992

Dr. W. Tschan www.BSGP.CH

Heilung geschieht nicht bloss mit Worten

- Kognitiv verhaltenstherapeutisch Interventionen
- Psychopharmaka
- Kunst- und Gestalttherapie
- Ausdrucks- und Bewegungstherapie
- Spiritualität und Lebenssinn

Dr. W. Tschan www.BSGP.CH

Therapeutische Grenzen

- Therapie macht das Trauma nicht ungeschehen
- Therapeutische Möglichkeiten sind begrenzt
- Wir vollbringen keine Wunder!

Dr. W. Tschan www.BSGP.CH

Wichtige Aufgaben in der Therapie:

- Vertrauensraum
- <Secure Base>
- Vision vermitteln
- Isolation überwinden
- Sinnfrage
- Spiritualität

Dr. W. Tschan www.BSGP.CH

Therapeutisches Know-How

Wenn wir keine klare Vorstellungen von Behandlungsmöglichkeiten haben, wird sie der Patient bei uns auch nicht finden.

Bloss 2% – 3% der PTSD Diagnosen werden gestellt!
(Cascardi et al. 1996, Mueser et al. 1998, Switzer et al. 1999)

Dr. W. Tschan www.BSGP.CH

Ziele

- Realistische Ziele
 - Realisierbare Ziele
- Je klarer die Zielvorstellungen, desto eher ist mit guten Resultaten zu rechnen

Dr. W. Tschan www.BSGP.CH

Grenzen setzen

Verletzungen sind Grenzverletzungen, insbesondere bei Beziehungstraumen.
Die Traumapatienten leiden an den Folgen von Grenzverletzungen.

- Wir müssen Grenzen setzen!
- Grenzen geben Halt!

Dr. W. Tschan www.BSGP.CH

Die Heilung verläuft prozesshaft :

1. Opferphase
2. Survivor – Überlebende(r)
3. Kämpfen in eigener Sache

Dr. W. Tschan www.BSGP.CH

Take Home Message

- Gibt es Hoffnung : ja!
- Diese Hoffnung zu vermitteln ist unsere Aufgabe als Fachleute
- Voraussetzung auf Helferseite sind Wissen, Können und eigene Haltung

Dr. W. Tschan www.BSGP.CH

Sekundäre Traumatisierung

Wenn Helfen weh tut

Dr. med. Samuel Pfeifer

Trauma ist ansteckend. Der Therapeut wird in seiner Rolle als Zeuge ... von seinen Gefühlen oft geradezu überwältigt. Etwas weniger intensiv als der Patient lebt er dessen Gefühle von Angst, Wut und Verzweiflung ebenfalls durch.

Judith Hermann, S. 193

Sekundärtrauma – Compassion Fatigue

- Das Anhören von traumatischen Erlebnissen oder das Mitfühlen mit Opfern traumatischer Erfahrungen führt zu ähnlichen Reaktionen wie beim direkt betroffenen Opfer selbst.
- *Compassion Fatigue*: kann auch Familien von leidenden Menschen betreffen
 - z.B. verletztes oder behindertes Kind, psychisch leidender Angehöriger.

Primäre Traumafolgen und ihre Parallelen

Folgende Symptome können auch bei sekundärem Trauma auftreten:

- Vegetative (körperliche) **Übererregung**
- **Intrusion** (Sich-Aufdrängen von Bildern, Gefühlen, Ängsten, Tagträumen, Albträumen etc.)
- **Konstriktion** (Rückzug von Beziehungen, Aktivitäten, Freuden des Lebens).

Auswirkungen auf die Arbeit in der Pflege

- Das Sekundärtrauma verursacht nicht nur Stress oder Einschränkung in Beziehungen, sondern auch bei der Arbeit.
- Hinweise:
 - vermehrte Konflikte am Arbeitsplatz,
 - Krankheitsbedingte Abwesenheit,
 - mangelnde Einfühlung in die Patienten
 - ständige Anspannung durch traumatisches Material
 - verminderte soziale Unterstützung
 - schlechte Bewältigung von Stress

Mögliche Auswirkungen

- Das Erzählte weckt eigene Erinnerungen
- Das Gehörte löst Bilder aus (in Tag- oder Nachträumen)
- Man wird sich der eigenen Verwundbarkeit bewusst
- Es erschüttert das eigene Grundvertrauen in das Gute
- Man hat Gefühle der Wut, der Verzweiflung. Vorwürfe an Polizei, an schlechte Regierung, an alle möglichen „verantwortlichen Leute“
- Vorwürfe an Gott?

Mögliche Auswirkungen

- Man fühlt sich ohnmächtig und fragt sich, was man überhaupt für die andere Person machen kann.
- Man nimmt Zuflucht zu Erklärungen und Methoden, die ungewöhnlich, vielleicht sogar magisch sind; manchmal groteske Anklagen, die weit über das wirklich Geschehene hinausgehen (spez. Satanistisch-ritueller Missbrauch).
- Man versucht die Ohnmacht mit falschem Aktivismus zu überwinden (oft indem man die Grenzen des Patienten nicht respektiert): z.B. gegen den Willen des Patienten Anzeige erstatten bis hin zur Selbstjustiz.

Spirituelle Auswirkungen

- Infragestellung des Lebenssinnes.
- Sinnverlust.
- Verlust der inneren Zufriedenheit / Gelassenheit.
- Durchgehende Hoffnungslosigkeit.
- Zorn auf Gott.
- Infragestellung dessen, was man früher geglaubt hat.
- Verlust des Glaubens an eine höhere Macht, die uns schützt.
- Allgemeine Skepsis gegenüber Religion.

(nach Polkovitz, zitiert bei Figley 2002)

Mögliche Auswirkungen

- **Misstrauen und Vorwürfe an andere Betreuer:**
 - „Sie verstehen die Bedürfnisse meines Klienten (meines Kindes etc.) nicht.“
 - „Sie schweigen Probleme tot.“
 - „Sie ergreifen keine Massnahmen.“
 - Allgemeine Abwertung anderer Betreuungspersonen
- Vermeiden von Traumapatienten oder falsche Diagnosestellung, um nicht sekundärtraumatisiert zu werden.
- Verweigerung von Supervision, Zurückhalten von eigenen Reaktionen, weil man sich schämt.

Gefahren für Betreuung

- Vermeidungsverhalten des Therapeuten: er/sie will nicht mehr von den Traumatas hören, obwohl die betroffene Person darüber reden möchte.
- Intrusion: Der Therapeut beharrt auf Details des Traumas, obwohl die betroffene Person jetzt nicht darüber sprechen will.
- Allgemeiner Rückzug: Weil der Therapeut unter Schlafstörungen und Albträumen leidet, ist er für Anliegen der betroffenen Person nicht mehr offen.

Falscher Ehrgeiz

- Falscher Ehrgeiz, „alles heilen, alles wissen, alles lieben zu können.“
- **Alles heilen**: Therapie bis zur völligen Genesung.
- **Alles wissen**: Genaue Rekonstruktion (trotz allfälliger negativer Folgen für die Gefühlswelt), Hoffnung auf Katharsis durch Wissen.
- **Alles lieben**: Man versucht, dem Opfer stellvertretend Liebe zu geben. Gefahr der Grenzüberschreitung in der Therapie.

Wege zur Bewältigung

- | | |
|------------------------|-------------------------------|
| ▪ Sicherheit | ▪ Abgrenzung |
| <hr/> | |
| ▪ Erinnern und trauern | ▪ Supervision, Intervention |
| <hr/> | |
| ▪ Soziale Integration | ▪ Normale Beziehungen pflegen |
| <hr/> | |

Buchempfehlungen Riehener Seminar 2004

Die Wunden der Gewalt. Seelische Traumatisierung

- Butollo W., et al. (2000): Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung. Forschungsergebnisse und Thesen zum Leben nach dem Trauma. Pfeiffer-Klett-Cotta.
- Deegener G. (2000): Kindesmißbrauch – erkennen, helfen, vorbeugen. Beltz.
- Enders U. (2003): Zart war ich, bitter war's – Handbuch gegen sexuellen Mißbrauch. Kiwi.
- Faulde C. (2002): Wenn frühe Wunden schmerzen. Glaube auf dem Weg zur Traumaheilung. Grünewald-Verlag. ISBN 3-7867-2366-4.
- Fischer G. (2003): Neue Wege aus dem Trauma. Walter-Verlag.
- Fischer G. und Riedesser P. (2003). Lehrbuch der Psychotraumatologie. UTB Reinhardt.
- Gneist J. (2003): Wenn Hass und Liebe sich umarmen. Das Borderline-Syndrom. Piper.
- Herman J. (2003): Die Narben der Gewalt. Junfermann.
- Hofmann A. et al. (2004). EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. Thieme.
- Huber M. (1995): Multiple Persönlichkeiten. Überlebende extremer Gewalt. Fischer.
- Huber M. (2003): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1. Junfermann, Paderborn.
- Huber M. (2003): Trauma und die Folgen. Wege der Traumabehandlung. Teil 2. Junfermann, Paderborn.
- Hudnall Stamm B., Hrsg. (2003): Sekundäre Traumastörungen. Junfermann, Paderborn.
- Knuf A. (2002): Leben auf der Grenze: Erfahrungen mit Borderline. Psychiatrie-Verlag.
- Kreisman & Straus (2003): Ich hasse dich, verlass mich nicht: Die schwarze Welt der Borderline-Persönlichkeit. Kösel.
- Maercker A., Hrsg. (1997): Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung. Springer.
- Mason P.T. & Kreger T. (2003): Schluss mit dem Eiertanz. Ein Ratgeber für Angehörige von Menschen mit Borderline. Psychiatrie-Verlag.
- Ørner RJ, Schnyder U (eds.) (2003) Reconstructing early intervention after trauma. Innovations in the care of survivors. Oxford University Press, Oxford.
- Pfeifer S. & Bräumer H.J. (1999): Die zerrissene Seele. Borderline-Störungen und Seelsorge. Brockhaus, Haan (4. Auflage 2004).
- Pfeifer S. (2002): Der sensible Mensch. Leben zwischen Begabung und Verletzlichkeit. Brockhaus.
- Putnam F.W. (2002): Diagnose und Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung. Ein Handbuch. Junfermann, Paderborn.
- Reddemann L. (2003): Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Pfeiffer-Klett-Cotta.
- Reddemann L. (2004): Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. Klett-Cotta.
- Schüffel W, Brucks U, Johnen R, Köllner V, Lamprecht F, Schnyder U (Hrsg.) (1998) Handbuch der Salutogenese - Konzept und Praxis. Ullstein Medical Wiesbaden.
- Streck-Fischer A., Hrsg., (2001): Körper, Seele, Trauma -- Biologie, Klinik Und Praxis. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Tschan W. (2001). Missbrauchtes Vertrauen. Grenzverletzungen in professionellen Beziehungen. Ursachen und Folgen. Eine transdisziplinäre Darstellung. Karger, Basel.
- Van den Broek J. (2002). Verschwiegene Not. Ausbeutung von Jungen. Kreuz.

Vorankündigung

16. RIEHENER SEMINAR
Dienstag, 25. Oktober 2005

Medizinische
psychologische
seelsorgliche
Aspekte



Stimmungs- schwankungen Depression Manie

AKTUELLES WISSEN
FÜR DIE TÄGLICHE PRAXIS

REFERATE:

Prof. Dr. K. Michel, Psych. Universitätspoliklinik Bern
Dr. theol. Rolf Sons, Tübingen
Dr. Marion Schowalter, Würzburg
Dr. Maria Hofecker, Psych. Universitätspoliklinik Basel
Dr. Samuel Pfeifer, Dr. Christian Schäfer,
Pfr. Thomas Widmer und Kathi Kaldewey
Ruedi Josuran, Moderator Radio DRS

WEITERE INFORMATIONEN

Frau Lydia Rösli, Klinik Sonnenhalde,
Gänshaldenweg 22-32, 4125 Riehen, Tel. 061 645 46 40

www.seminare-ps.net