

# Stress und Trauma

Univ.Doz.Dr. Maria Steinbauer

## Stress

Ein natürliches Reaktionsmuster auf äußere und innere Veränderungen

Heute steht die Bewertung einer Situation, die von einer Person als stressreich eingeschätzt wird, im Zentrum (Lazarus)

Die Reaktionen betreffen Körper, Seele und Verhalten. Es handelt sich dabei um einen biologischen Anpassungsvorgang mit dem Ziel zu Überleben. Dieser Anpassungsvorgang ist nicht nicht notwendigerweise pathologisch!

### Positiver Stress: „Eustress“

Motiviert uns, besser zu werden- das beste zu geben – wir haben Gefühle von Begeisterung, ev. Glücksgefühle und positive Zukunftserwartungen

### Negativer Stress: „Distress“

Wir fühlen uns ängstlich, besorgt, traurig. Neigen dazu Problemsituationen zu vermeiden- denken über die Probleme nach, anstatt nach Lösungen zu suchen  
Leben mehr in der Vergangenheit, statt die Zukunft zu gestalten

### **Vorübergehende Symptome:**

- Ermüdung
- Nachlassende Konzentration
- Versprecher
- Herabgesetzte Widerstandskraft

### **Anhaltende Symptome**

- vegetative Fehlregulationen
- Magenbeschwerden
- Ängste
- Leistungseinbußen
- Verhaltensstörungen

### Grundstress: „Basic stress“

Bezeichnet die Stressanfälligkeit: körperliche und psychologische Disposition

Diese ist abhängig von

- persönliche Erfahrungen
- Erziehung
- Professionelle Fähigkeiten
- Lebenseinstellungen
- Alter
- Körperliche Fitness
- Persönliche Selbsteinschätzung

## **Schützende Strategien:“Coping Strategien“**

dienen dazu, sich vom Erlebten zu distanzieren

- Rationalisierung
- Sprüche klopfen
- Berufsjargon
- Humor
- Sich ablenken
- „Zynismus“

## **Stressminderungsstrategien**

- Erzählen, Sich etwas von der Seele reden
- Empfindungen ausdrücken
- Pausen, Entspannung ( autogenes Training)
- Regelmäßig Essen
- ausreichend Schlaf
- Erlebtes aufschreiben = öffnende Copingstrategien. Diese helfen zur Integration des Erlebten

## **Cumulativer Stress**

Sammelt sich Stress über längere Zeit an und kann nicht bewältigt werden, spricht man von kumulativem Stress.

Die Belastung ist

- zu häufig(Frequenz)
- zu lang (Dauer)
- zu intensiv (Intensität)

und führt zu BURN OUT –

## Trauma

**Traumatische Erfahrungen** wie Krieg, Naturkatastrophen , der Tod von nahe stehenden Menschen, Unfälle, Folter, gewaltsame Vertreibung , sexueller Missbrauch oder Vergewaltigung , aber auch Zeuge zu sein von solchen Ereignissen verursachen schweren psychischen Stress und führen zu einer psychischen Traumatisierung

### Was ist ein Trauma?

- Bedrohung des eigenen Lebens / Unversehrtheit
- Ernsthafte Bedrohung o. Schädigung der eigenen Kinder, des Partners, von Verwandten / Freunden
- Zerstörung des eigenen Heimes bzw. der Gemeinschaft
- Mitansehenmüssen wie eine andere Person durch Gewalt verletzt wird oder stirbt

**Laut WHO** werden psychisch Traumata definiert als kurze oder langdauernde Ereignisse von außergewöhnlich katastrophaler Bedrohung, die nahezu bei jedem eine tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.

### **Traumatyp I**

- Naturkatastrophen
- Unfälle
- Technisch bedingte Katastrophen
- „Men made“ Katastrophen

### **Traumatyp II**

Chronisch traumatische Ereignisse

- Gewalt gegen Ehepartner
- Kindesmißbrauch
- Vertreibung,
- Asylsuche
- Krieg-, Gewalterfahrungen ( Flucht, Gefängnis, Folter)

Ca. 20% der Menschen, die schwere Traumata durchleben, entwickeln als Folge davon ausgeprägte psychische Störungen – an erster Stelle die posttraumatische Belastungsstörung

### Allgemeine Folgen von Traumaerfahrungen

Die **psychologischen und biologischen „Antwort“** auf schwere, existenzbedrohende Angst ist initial die sog. **Akute Belastungsreaktion** (F43.0)- man kann von einem „ psychischen Schock sprechen.

## Akute Belastungsreaktion (F43.0)

### - psychologisch

- » „Betäubung“:
- » Aufmerksamkeit↓, Reizverarbeitung↓
- » Überaktivität/Fluchtreaktion

### - körperliche Symptome

- » Tachycardie, Schwitzen, Angst

Dauer: Stunden bis 3 Tage

Über die unmittelbare Schockreaktion hinaus können die Gefühle der intensiven Angst und Bedrohung innerhalb von Wochen oder Monaten – manchmal auch nach Jahren- ( „delayed onset“ ) zu **anhaltenden psychischen Störungen** führen- Die Symptomatik wurden von Lindberg und Disdard (1985) als Posttraumatic Streßsyndrom- **Belastungssyndrom** - bezeichnet.

Man könnte es als „normale“, psycho-biologische Reaktionen auf unerträglich aus der Norm fallende Ereignisse.bezeichnen.

## Posttraumatische Belastungsstörung: „PTS“ (F43.1)

Psychische Störungen treten innerhalb von 6 Monaten (oder mehr: „delayed onset“) Symptome < 4 Wochen ev. Monate, Jahre (chron.PTS)

### Psychische Störungen:

- **unausweichliche Erinnerungen** an das Geschehen, die sich immer wieder aufdrängen und zu einer Wiederbelebung der traumatischen Situation führen. In sog. „**flash backs**“ wird das Trauma in allen Sinnesqualitäten – wie ein Tagtraum – wiedererlebt: auslösend dafür können minimale Reize –Geruchsreize, visuelle Eindrücke, Personen oder Situationen, oder auch nur die Dunkelheit, die in irgendeiner Form an das Trauma erinnern,- sein.
- psychogene Amnesie - sogar Gedanken und Gefühle in diesem Zusammenhang sind verdrängt bzw. abgespalten worden
- Es entwickelt sich häufig rasch ein **generalisiertes Angstsyndrom** , das zu
- **Vermeidungsreaktionen**, emotionalem Rückzug und Einschränkung der sozialen Aktivitäten führt.

### Vegetative Störungen:

- Schlafstörungen, Irritabilität,
- Hypervigilität, Konzentrationsstörungen

Schwerwiegende **weitere Symptome** sind: depressive Verstimmungen, suicidales Verhalten, psychogene Schmerzzustände, Selbstverletzungen, Essstörungen, Störungen in der Sexualität.

## PTSD – Biologische Faktoren

Es kommt dabei zu Veränderungen auf verschiedenen Ebenen:

Jüngste neuroanatomische Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren (PET, MRI) weisen auf - im Vergleich zu gesunden Versuchspersonen - erhöhte *neuronal Vernetzungen* in bestimmten Kerngebieten des *limbischen und paralimbischen Systems* (Rauch SL. et al. 2000) hin,- man spricht vom Aufbau sog.

„Furchtstrukturen“- Gedächtnisinhalte, die i. Rahmen des Traumas entstehen und das Leben des Betroffenen prägen.

Bei psychischen Traumata kommt es lebenslang zu einer **Chron. Erhöhung des CRH-Spiegels** ( „**Stresshormon**“, das Einfluß auf stress-assoziiertes Verhalten zeigt und in engem Zusammenhang mit der Endorphinausschüttung steht)

**Veränderung der CRH –Hypophysenachse** – eine veränderte Reagibilität für Angst und Depression werden damit in Zusammenhang gebracht.(Baker DE et al. 1999)

**Hippocampusvolumen** ↓ (Lernstörungen)

Es kommt es zu einer veränderten Regulation von Affekten – chron. Anspannung, Autoaggression und zu einer veränderten Selbstwahrnehmung: Entfremdung, Leere, Schmerz

In Bezug auf die **Epidemiologie** wird eine Life-time Prävalenz(USA): 7,8%(Kessler et al.1995) angegeben.

Mittlerweile scheint gesichert, dass eine Lebenszeitprävalenz von 7- 12% mit einem 2:1 Verhältnis von Frauen gegenüber Männern angenommen werden kann.

**Das Risiko, ein PTSD zu entwickeln** steigt, wenn das Trauma allein durchlebt wird und eine ungünstige Ausgangssituation, wie früher erlebte Traumata, Alkoholmißbrauch- besteht. Als **protektive Faktoren** nach einem traumatisierenden Ereignis wirken vor allem das soziale Netz der Familie und der Freunde.

### **Faktoren zur –Entwicklung einer PTS**

- Charakteristika des Traumas: Vergewaltigung, sex. Mißbrauch(starke Ich-Bedrohung): ca.50% PTS  
Unfälle, Beobachtung von Unfällen: 5-6% ( Margraf, Schneider et al.1996)  
Kriegserlebnisse > 35%  
Mißbrauch in der Kindheit > 35% PTS
- 
- Persönlichkeit: Alter: je jünger umso stärker soziale Isolation , manifeste Angst, je älter umso mehr chron. Depression, manifeste Angst

**Risikofaktoren:**Psychische Störungen in der Vorgeschichte der Betroffenen/Familie(Depression, Angststörungen)  
Frühe Erfahrung von Not, Elend, Trennung  
Frauen häufiger betroffen als Männer(Breßlau et al, 1991)

## Frauen und Trauma

Eine **Vergewaltigung** ist ein traumatisches Ereignis, das einen tiefen Einbruch in die Lebenskontinuität der betroffenen Frau bedeutet und zu erheblichen psychosozialen Folgeerscheinungen führt.

In Bezug auf das Täterprofil:

- Es ist wahrscheinlich, dass- sie den Täter kennt (66%)
- er in der gleichen Gegend wohnt (82%)
- die Vergewaltigung in seiner oder ihrer Wohnung geschieht (56%)
- der Täter ein "normaler" Mann ist (90%) und kein psychisch Kranker
- die Vergewaltigung geplant war (82%)
- der Täter zusätzliche Gewalt in irgendeiner Form anwendet (85%)

Die **psychologischen Aspekte**, die eine Vergewaltigung zu einem schweren psychischen Trauma werden lassen sind zunächst

- die **größtmögliche Mißachtung des personalen Selbst** und der personellen Selbstbestimmung. Für den Täter ist das Opfer kein personales Gegenüber - er entpersönlicht und dehumanisiert es zutiefst. Damit ist ein
- **massiv destruktiver Angriff auf das zentrale Selbst**, das Selbstwertsystem verbunden- das Gefühl der Demütigung und Erniedrigung führt zu einer **Selbstwertkrise**. Mit dem
  - **Infragestellen des basalen Gefühls von Sicherheit** und Unverwundbarkeit kommt es zu einem Perspektivenwandel: das Bild von einer Welt, in der man sich aufgehoben und sicher fühlen kann hat sich verwandelt, - man kann nicht mehr angstlos leben. Das Erleben von eigener Macht-und Hilflosigkeit- des absoluten
  - **Verlustes der persönlichen Kontrolle**,– das Opfer fühlt sich in dieser Situation hilflos ausgeliefert – , führt bei mehr als einem Drittel der Frauen zu negativen Kontrollerwartungen und damit zu sozialem Kompetenzverlust.

Die Frauen erleben während der Tat meist das Gefühl einer „Lähmung“, - sie fühlen sich vom Willen des Täters überwältigt. Manche Frauen berichten von einem **Entfremdungsgefühl** – Manche berichten von einer **emotionalen sowie körperlichen Anästhesie**, in der sie weder Gefühle noch körperliche Empfindungen wahrnehmen, sodaß sie ihren Körper vom Ich getrennt erleben.

Man muß sich vergegenwärtigen:

**90,7% der Frauen empfinden Todesangst** ! ( Feldmann 1992)

In Bezug auf die Epidemiologie gehen Statistiken (Kessler et al 1995) von einer Lebenszeitprävalenz von 9,2% für Vergewaltigung und von 12,3% für Mißbrauch aus mit einem 2:1 Verhältnis von Frauen gegenüber Männern. In der Folge entwickeln 45,9% der Frauen nach einer Vergewaltigung bzw. 26,5% der missbrauchten Frauen ein Posttraumatic-Stress – Syndrom (PTSD).

## Folgen einer Vergewaltigung:

### **Körperverletzung**

#### **psychosomatische Beschwerden**

Schwangerschaft und Geschlechtskrankheiten.

#### **Psychische Kurzzeitfolgen:** Schock

**Längerfristige Auswirkungen** und Symptome auf psychischer Ebene; Angst, Phobien, Identitätsprobleme, Depressionen, Alpträume, Schlafstörungen, Schuldgefühle

Bei erwachsenen Frauen erfolgt eine Vergewaltigung überwiegend durch Fremde während ein sexueller Mißbrauch im Kindesalter meist innerhalb der Familien

## PTSD bei Mißbrauch in der Kindheit

**Missbrauch in der Kindheit wiegt besonders schwer**, , da sich dies auf alle Reifungsschritte auswirken kann. Ca. 35% entwickeln später ein PTSD .

Zahlreiche Studien weisen auf einen engen Zusammenhang von Missbrauch und der Entwicklung von Borderlinestörungen hin. °Seelenmord“ – ein von Schreber geprägter Begriff, beschreibt anschaulich die schwere Traumatisierung, die mit einem sexuellem Mißbrauch bzw. einer Vergewaltigung in der Kindheit verbunden ist. Um die Kontinuität von Fühlen und Denken aufrecht zu erhalten, bedarf es bei diesen traumatisierten Kindern massiver Abwehrmechanismen , die zu einer schweren Beeinträchtigung der primären Identität – und je jünger der Mensch ist - zu schweren Persönlichkeitstörungen führen können (Meiselmann 1979).Zahlreiche Studien weisen auf einen engen Zusammenhang zwischen Mißbrauch in der Kindheit und der Entwicklung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen hin .(Hermann et al.1989,Nigg et al.1991)

**Als Kurzeffekte** werden bei sexuell mißbrauchten Kindern hauptsächlich **Angst und angstbezogene Symptome** beschrieben. Ist es zu einer Verletzung gekommen, entwickelt sich meist das Vollbild eines **Posttraumatik-Streß-Syndroms**, das sich in Angst, Schreckhaftigkeit, Wiederbelebung des Traumas, Schlafstörungen und depressiven Symptomen manifestiert (Kiser et al. 1988)

Als **Langzeitfolgen** wird beobachtet, daß sie als Erwachsene dazu neigen, Depressionen zu entwickeln, weiters unter suicidalem Verhalten, Panikattacken und angstbezogenen Symptomen leiden. Auch Eßstörungen, Drogenmißbrauch, niederes Selbstvertrauen, dissoziative Störungen und hysterische Anfälle können Folge dieses Traumas sein (Yates 1991). Die Symptome können schwer und persistierend sein und in eine chronisch traumatische Neurose übergehen.

**Autoaggressive Handlungen**, wie Schneiden, Ritzen u.ä. sind zentrale Symptome bei Patienten mit Borderline- Störungen. ,

Ziel: - hohe innere Spannung,  
- Schuldgefühle und  
- Leere zu vermindern

**nichtorganische Schmerzen**, - der psychogene Schmerz kann als symbolische Wiederholung des traumatischen Geschehens aufgefasst werden.

**Schwere Angstzustände und funktionelle Anfälle** weisen auf Verdrängung und Abspaltung traumatisierender Erlebnisse hin

## Abort - Fehlgeburt - Interruptio

**Spontanabort, Fehlgeburt, Interruptio** ist ein physisch und psychisch belastendes Ereignis und geht häufig einher mit

- **depressiven Symptomen:**

2,5mal höheres Risiko in Normalbev.

54% mit Depr. in der Vorgeschichte

- **Angst**

- **Somatisierung**

in den darauffolgenden 6 Monaten (Neugebauer 1997)

Eine Studie (Hughes PM. Et al 1999) zeigt, dass Frauen, die nach der 18. Wo das Kind verlieren und innerhalb eines Jahres wieder schwanger wurden, erhöhtes Risiko an Depression und Angst zu erkranken – im 3. Trimenon einer folgenden Schwangerschaft und 1 Jahr postpartal

## Trauerreaktion

- somatischen Beschwerden (Kopfschmerzen, Erschöpfung)
- emotionalen Reaktionen (Ärger, Angst, Schuld, Traurigkeit)
- Kognitive Vorgänge (z.B. ständiges Nachdenken, Weinen)
- chaotische Gefühlsschwankungen
- verstärkte Suche nach Sinn.

**Ziel: Lösung** von der Vergangenheit - Hinwendung zu neuen Aufgaben

Dauer der Trauer nach Verlust eines Angehörigen: ca. 13 Monaten

Parkes (1971)

## Therapieschritte

- Raum geben für Gefühle der Trauer und Leere
- Konfrontation mit den Selbstvorwürfen der schwierigen Ausgangssituation
- Trauerverarbeitung - Abschiednehmen
- Zuwendung zum Leben – neue Perspektiven

## Rituale

### **Funktion der Rituale**

- Markieren Übergänge im Lebenszyklus
- Festigen Strukturen und Regeln
- Formen sozialer Gemeinschaften
- Loslassen/ binden  
Trennen/ vereinen

## Elemente

Symbole, symbolische Aktionen

- Feiern (Identität eines Systems stärken)
- Heilung: Trauerprozessbegleitung, Versöhnung,

## PTSD - Therapiestrategien

Viele Patienten leiden unter schweren Angstzuständen und funktionellen Anfällen. Diese weisen auf Verdrängung und Abspaltung traumatisierender Erlebnisse hin, die nicht verarbeitet werden konnten. Sie können den Versuch repräsentieren, sich gegen die traumatischen Erinnerungen zu schützen.

**Selbstbeschädigung** liegt extremer Selbsthaß zugrunde, stellt eine Strategie dar, Schuldgefühle zu vermindern, , bzw. hohe innere Spannung und Leere zu durchbrechen, um Kontakt mit sich selbst herzustellen.

Psychodynamisch wird der **psychogene Schmerz** als symbolische Wiederholung des traumatischen Geschehens aufgefaßt. Der Wiederholungszwang kann sich auch in direkter Objektsuche – Promiskuität- darstellen.

Wesentlich ist es; den Pat. dabei zu helfen, Zugang zu den Erinnerungsfragmente an die traumatische Situation zu finden und zu verbalisieren.

Über nonverbale psychotherapeutische Methoden ist es diesen Patienten oft möglich, Zugang zu ihren traumatisierenden Erlebnissen zu bekommen und sich diesen zu stellen. Im Therapiekonzept der Integrativen Maltherapie wird versucht, jene therapeutischen Rahmenbedingungen zu schaffen, die einen Zugang bzw. Aufarbeitung des Traumas ermöglichen können.

I. Nicht-medikamentöse Therapie:

Gespräche mit der Familie, Freunden, ,  
Selbsthilfegruppen, Entspannungsgruppen,  
spezifische Psychotherapiestrategien

II. Medikamentöse Therapie: Antidepressiva: SSRI

Bei der Entwicklung eines PTSD :

- Beurteilung durch-**Familie bzw. der Gesellschaft** : Schuldzuweisung
- **kognitive Umgang** : Stellenwert in persönlicher Geschichte, Selbstwertgefühl

**Die soziale Hilfestellung ist daher ein ganz wichtiger Faktor zur Prophylaxe von psychischen Folgeschäden!**

Die **initiale Interventionen** sind vorerst der

- Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung
- Lernen, das Traumas als Teil der persönlichen Geschichte zu akzeptieren
- Umfassende Information : psychischen -somatischen Störungen . Symptome

**psychobiologische Reaktionen auf überwältigenden Stress**

- **Verbalisierung**: Distanz
- **Selbsthilfegruppen**

**Spezielle psychotherapeutische Strategien** helfen dem Opfer sich ihrer Angst und den emotionalen Reaktionen auf das Trauma in strukturierter Form so zu nähern ohne dabei von ihren Gefühlen überwältigt zu werden.

- Eine **detaillierte Schilderung des Ereignisses** Distanz
- Ein entsprechendes **Angstmanagement** erlaubt ein frühes Erkennen von Angstsignalen und in der Folge können Strategien zum Umgehen und der Bewältigung von problematischen Angstreaktionen erlernt werden.
- In der **Konfrontationstechnik(Exposition)** bzw. mit Hilfe der Systematischen Desensibilisierung gelingt es dem Opfer zunächst in der Vorstellung (in sensu) und später real, sich mit den leidvollen Erinnerungen und den entsprechenden Gefühlen auseinanderzusetzen.

Die **Gedankenstopptechnik** dient der Unterbrechung eingeeengter Grübelkreisläufe-

-**EMDR** (eye movement desensitization and reprocessing) ist eine Über **non- verbale psychotherapeutische** Methoden ist es diesen Patienten oft möglich, Zugang zu ihren traumatisierenden Erlebnissen zu bekommen und sich diesen zu stellen. So kann z.B. die

- **Malgruppentherapie** (SteinbauerM., Taucher J.1999)
  - Mit Hilfe von **Entspannungstechniken** (Jacobson) kann die vegetative Übererregbarkeit positiv beeinflusst werden.
  - **Kognitive Therapiestrategien** helfen den Patienten, seine Gedankenkreisläufe und die im Rahmen des Traumas entstandenen negativen Überzeugungen bzw. Erwartungen zu hinterfragen und zu bearbeiten
- Schließlich kann eine **psychodynamische Therapie** Einsicht in eigene Entwicklungen fördern.

**Therapie ist abgeschlossen**, wenn der Patient

- ohne Medikamente beschwerdefrei ist und das
- Bewußtsein hat, das Trauma verarbeitet zu haben,
- Damit verbunden ist die Wiedergewinnung von Selbstbewußtsein und Selbstachtung und schließlich die Reintegration in das berufliche und private Leben.

Wir haben ein emotionales Gedächtnis: „Bildgedächtnis“

Erinnerungen werden durch Aktualisierung veränderbar. Während der Aktivierung kommt die Erinnerung in einen labilen Zustand und wird veränderbar.

Während einer Konfrontation Ressourcen aktivieren!!

Bildschirmtechnik :wir schauen es gemeinsam an- „Ressourcenbildschirm“

Inneres Kind: was hat das Kind damals für Ressourcen gehabt.

Geschichte narrativ verändern

Wahrnehmen und Anerkennen von inneren Schmerz

## Therapiestrategie Maltherapie

### **Einleitungsphase:**

Zunächst muss man die Symptomatik „normalisieren“ –d.h. dem Patienten erklären, dass flash backs „normale“ Reaktionen auf „abnormale“ Ereignisse darstellen und das Malen ihrer traumatischen Erfahrungen, hilfreich sein kann – „so als würde man die schlechte Energie aus diesen Ereignissen auf das Zeichenpapier leiten und dort „bannen“. Es folgt die

### **Phase der Konfrontation:**

Die Patienten werden aufgefordert, eine besonders belastende Szene ihrer flash-backs so genau wie möglich zu beschreiben und sich so noch einmal mit dem Erlebten zu konfrontieren.

In der Motivationsphase werden: die Patienten eingeladen, den Versuch zu wagen, diese belastende Erinnerung zu malen, Ausdrücklich wird kein Anspruch auf Ästhetik und künstlerischen Wert gelegt und das Angebot gemacht, dass der Therapeut auch beim Malen oder Zeichnen mithelfen kann. Wir verwenden dabei einfache Materialien, wie Ölkreiden oder Buntstifte.

In der **Malphase:** wird nun versucht, die Erinnerung, das traumatische Erlebnis oder einen Albtraum zu zeichnen bzw. zu malen. Der Therapeut begleitet den Patienten , indem er durch Fragen über Details - die Ereignisse und die Darstellung betreffend- das Bild anreichert und den Klienten so tiefer in seine Erinnerung führen kann.

In der **Ressourcensuche:** wird der Patient angeleitet eine Änderung der Szene auf Bildebene zu phantasieren, sodass die Angst und Anspannung vermindert werden kann: „was müsste geschehen – wer könnte hier helfend eingreifen?“ auf Bildebene die Szene so zu verändern, dass sie ihren Schrecken vermindert oder verliert : „was müsste geschehen – wer könnte hier helfend eingreifen?“ „Stell Dir eine starke oder mächtige lebende, tote oder Phantasiegestalt vor, - was tut sie , um Dir zu helfen?“

**Heilungsphase:** Der Patient wird angeleitet, die fiktive Unterstützung oder positive Lösung in das Bild mit der Darstellung des traumatischen Erlebnisses einzuzeichnen.

In einem zweiten Bild wird die Szene gezeichnet nachdem die positive Veränderung stattgefunden hat. Der Patient wird dann aufgefordert, nocheinmal das erste Bild anzusehen- die „böse Erinnerung“ loszulassen , indem er z.B. die Szene durchstreicht oder zerreißt.

Zum Abschluß wird das zweite positive Bild betrachtet und ein Titel gesucht , wie z. B. :“ ich habe überlebt“