

Das Trauma nicht zum Thema machen

ERGOTHERAPIE BEI TRAUMATISIERTEN FRAUEN Menschen, die Schlimmes erleiden mussten, haben ganz spezielle Bedürfnisse. Anke Schreiner berichtet aus ihrer ergotherapeutischen Arbeit mit traumatisierten Mädchen und Frauen.

Wie jeden Tag um zehn Uhr beginnt unsere WorkArt-Gruppe, eine Gruppe mit Schwerpunkt in kreativer Einzelarbeit, mit einer Runde, in der jede Klientin ihr aktuelles Ziel benennt. Einige Frauen müssen wir im Redefluss bremsen, andere ermutigen, vor der Gruppe zu reden. Frau Ulrich* sitzt unauffällig in der Runde, nichts deutet darauf hin, dass es ihr gleich schlecht gehen wird. Als sie sich später ihrem Werkstück widmet, bemerkt immer noch niemand eine Veränderung. Plötzlich vermisst die zuständige Ergotherapeutin die Klientin. Sie findet Frau Ulrich zusammengekauert hinter der Tür, eingekerbt in einer Nische, leise vor sich hin wimmernd. Ein Gefühl oder eine Erinnerung hat die Klientin überrollt, sodass sie sich auf diese Weise zu entziehen versuchte.

Das Beispiel zeigt, dass bei Menschen mit Trauma Phänomene auftreten, die unberechenbar sind, die sich nicht erklären lassen oder die nicht zur vorherrschenden Diagnose zu passen scheinen.

Wenn unvorstellbares Leid zum Trauma wird > Unsere Praxis für Ergotherapie des Frauentherapie-zentrums München ist spezialisiert auf die Therapie von Mädchen und Frauen mit psychischen, psychosomatischen und psychiatrischen Erkrankungsbildern. Etwa 80 Prozent unserer Klientinnen haben ein Trauma erlitten. Laut DSM-IV entsteht ein Trauma:

- > durch ein lebensbedrohliches Ereignis (Unfall, Naturkatastrophe),
- > wenn man schweres Leid, einen unerwarteten oder gewaltsamen Tod miterlebt,

- > bei Androhung des Todes oder bei einer Verletzung einer nahestehenden Person oder
- > wenn man ein Ereignis beobachtet, das mit dem Tod, der Verletzung oder der Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit einer anderen Person zu tun hat [1].

Die Psychotraumatologin Dr. Luise Reddemann kategorisiert traumatische Erfahrungen nach Ursache: Personale Traumata werden von Bezugspersonen verursacht. Die Opfer erleben körperliche oder sexualisierte Gewalt, werden vernachlässigt oder müssen Gewalt mit ansehen. Apersonale Traumata entstehen zum Beispiel durch Naturkatastrophen, schwere Erkrankungen oder Verkehrsunfälle. Kollektive Traumata werden ausgelöst bei Krieg, Flucht oder Terrorerfahrungen, zum Beispiel beim 11. September [15].

Zum Trauma kommt es, wenn die Erfahrung so extrem und existenziell bedrohlich ist, dass die psychischen Schutzmechanismen nicht ausreichen, um dieses Erlebnis zu bewältigen und zu verarbeiten. Die Psychotraumatologin Michaela Huber beschreibt es wie folgt: Bei einem traumatischen Erlebnis wird das Gehirn in die Klemme gebracht [7]. Durch ein äußeres, extrem stressreiches Ereignis wird das Gehirn mit aversiven Reizen überflutet. Das Stammhirn gibt den Befehl zu fliehen oder aber dagegen anzukämpfen. Besteht weder die Möglichkeit der Flucht noch die Möglichkeit der Gegenwehr, dann bleiben dem Gehirn als Schutzmechanismen nur noch „Freeze“ und „Fragment“. Beim Freeze (engl.: einfrieren) kommt es zur Ausschüttung von Endorphin, einem kör-



ZU GEWINNEN

Traumaheilung

Wir verlosen fünfmal „Den Drachen überwinden. Vorschläge zur Traumaheilung. Ein Arbeitsbuch für Betroffene und Therapeuten“ vom Verlag für Systemische Konzepte. Klicken Sie bis zum 7.7.2011 unter www.thieme.de/ergoonline > „ergopraxis“ > „Gewinnspiel“ auf das Stichwort „Trauma“.



BUNDESWEITE LISTE

Spezialisierte Ergotherapeutinnen

Die Ergotherapeutin Susanne Nick aus Hamburg koordiniert die fachliche Vernetzung von Ergotherapeuten im Traumbereich: Sie hat eine Liste mit traumaspezifisch arbeitenden Ergotherapeutinnen erstellt.

Die Liste ist im Internet einsehbar unter: www.thuetz.de > „Netzwerk“ > „Hilfe finden“ > „Ergotherapeutinnen mit Zusatzqualifikation“. Kontakt zu Frau Nick erhält man via E-Mail: Susanne_Nick@web.de.

* Name von der Redaktion geändert

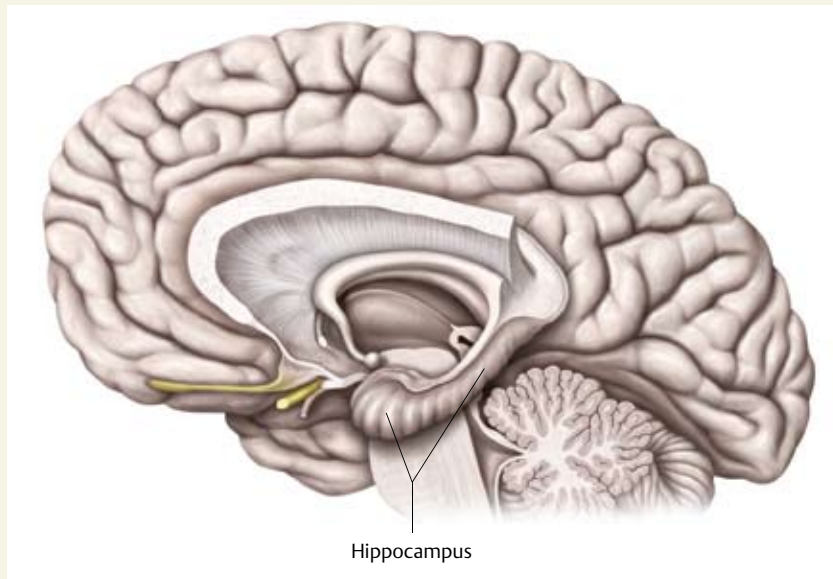


Abb. 1 Die Lage des Hippocampus im Gehirn: Bei sehr schweren Traumatisierungen entwickelt sich der Hippocampus zurück und kann sich nicht mehr vollständig regenerieren.



GLOSSAR

Hippocampus

Der Hippocampus (griech.: Seepferdchen) ist ein Teil des limbischen Systems. Er steuert und moduliert Emotionen und spielt eine wichtige Rolle beim Aggressions- und Motivationsverhalten, bei Lernvorgängen und beim Überführen von Gedächtnisinhalten in das Langzeitgedächtnis.

Die Tätigkeit des limbischen Systems macht sich oft im Alltag bemerkbar, zum Beispiel vor wichtigen Prüfungen (Herzrasen, Durchfall) oder bei Ängsten (Ekel vor Spinnen).

pereigenen Opioid, das Schmerzen betäubt und ein „Wegtreten“ erlaubt. Durch die Ausschüttung von Noradrenalin entsteht ein Tunnelblick. Des Weiteren wird das Erlebnis in einzelne Fragmente, also in Geräusche, Gerüche und Bilder zersplittert.

Gehirnstrukturen können sich verändern > Wie jemand diese Erfahrung verarbeitet, hängt von verschiedenen Bedingungen ab: Wurde das traumatisierende Ereignis von Menschen verursacht, hielt das Ereignis lange an und/oder war es mit Lebensbedrohung verbunden (Nahtoderfahrung), dann verarbeiten die Betroffenen es deutlich schlechter. Kommen zudem moralische Konflikte hinzu, zum Beispiel Schuldgefühle wegen unterlassener Hilfeleistung, oder eine ablehnende soziale Umwelt, die die Traumatisierung ignoriert und das Opfer für dessen Erfahrung entwertet, dann verschlechtert das den Verarbeitungsprozess weiter. Bei Menschen, die besonders schwere und wiederholte Traumata erlitten, entwickelt sich der Hippocampus zurück (• **Abb. 1**). Er ist nachweisbar kleiner als bei Gesunden und bleibt unterentwickelt [7].

Die beeinträchtigte Leistung des Hippocampus wirkt sich auch auf die zeitliche und räumliche Ordnung im Hier und Jetzt aus. Für uns Ergotherapeuten ist dieses Wissen relevant, um nachzuvollziehen, warum eine Handlungsplanung sich oft schwierig gestaltet und warum es zu einer affektiven Überreaktion kommen kann.

Die Therapie baut auf „Stabilisierung“ auf > Traumatische Erlebnisse können die verschiedensten Folgeerkrankungen bedingen wie Sucht, Persönlichkeitsstörungen, Depressionen und besonders auch somatische Erkrankungen. Psychotherapeutische Verfahren unterstützen die Betroffenen dabei, das Erlebte zu bewältigen. Die unterschiedlichen Verfahren haben eines gemeinsam: Sie werden in mehreren Phasen durchgeführt. Die bekanntesten drei Phasen

sind Stabilisierung, Aufarbeitung des Traumas und die Integration in den Alltag [6]. Die Psychologin Maggie Phillips und die Psychiaterin Claire Frederick beschreiben sogar vier Phasen [12]:

- > Sicherheit und Stabilisierung,
- > Schaffung eines Zugangs zum Traumamaterial und den damit verbundenen Ressourcen,
- > Durcharbeiten der Traumaerfahrung und Restabilisierung,
- > Integration in die Persönlichkeit und Festigung der Identität.

Die Stabilisierung und das Finden von Ressourcen spielen eine wichtige Rolle. Genau hier sehen wir auch unseren Auftrag in der Ergotherapie. Kaum eine andere Therapieform kann auf so praktische und handlungsorientierte Weise die Psychotherapie ergänzen und die Klienten unterstützen. Die Ergotherapie schafft ein Übungsfeld, in dem die Betroffenen für sich passende Strategien erarbeiten und diese im Alltag umsetzen können.

Ein ergotherapeutisches Konzept für Menschen mit Trauma >

Unser Konzept beinhaltet eine Kombination aus Gruppen- und Einzeltherapie: Die Gruppenangebote differenzieren stark: Bürottraining, Kochgruppe, WorkArt (kreativ), WorkOffice (arbeitstherapeutisch) sowie die Spielgruppe und die Bewegungsgruppe als niederschwellige Angebote zum Aufbau der Gruppenfähigkeit. Intensivere Angebote sind zum Beispiel Projektarbeit in der Kreativgruppe, eine Kommunikationsgruppe, in welcher wir zum Beispiel Rollenspiele durchführen sowie eine Soft-Skills-Gruppe, die sich an die Dialektiv-Behaviorale Therapie anlehnt. Die Praxis dient als Schutzraum, in dem das Selbstheilungspotenzial der Frauen unterstützt wird: In der Einzeltherapie erarbeiten die Frauen Strategien, die sie in Krisensituationen in der Gruppe einsetzen, ohne dass es für die anderen befremdlich wirkt. Der Vorteil der Gruppen ist auch, dass man Isolation vermeidet. Die Frauen können Kontakte

knüpfen und sich über Hilfsangebote austauschen. Viele Klientinnen müssen erst wieder „Smalltalk“ lernen. In den Gruppen erfahren sie, dass sie nicht über ihr Trauma definiert werden. Die Frauen lernen gegenseitig voneinander: die anderen zu akzeptieren und die Stärken einer jeden zu sehen. Sie erkennen, dass sie veränderungsfähig sind und dass sie es wert, hier zu sein.

Nicht über die Erlebnisse sprechen > Wir fordern unsere Klientinnen nicht auf, über ihre Traumatisierungen zu reden! Themen wie Krankheit, Medikamente oder belastende Erlebnisse werden ausgeklammert. Zum einen, damit die Frauen lernen, sich nicht ausschließlich über ihr Schicksal zu definieren, und zum anderen, um einer Retraumatisierung vorzubeugen. Wird die traumatische Situation neu erlebt, kann es dazu führen, dass die Emotionen einen überschwemmen, was den Hippocampus erneut schädigt. Beginnen die Frauen von sich aus, von ihrem Trauma zu erzählen, fragen wir sie vorher, ob sie das wirklich offenlegen möchten. Dann ist es für uns als Therapeuten wichtig, da zu sein und zuzuhören. Gleichzeitig achten wir darauf, das Gespräch zu steuern, da der Schrecken für die Frauen nur in „homöopathischer Dosis“ auszuhalten ist. Wir legen zum Beispiel im Vorfeld die Zeit fest, in der die Klientin reden kann, vereinbaren Stop-Zeichen und bieten abschließend eine Stabilisierungsübung an. Bei sehr komplexen Traumatisierungen unterbinden wir den Wunsch, darüber zu reden.

Eine stabile Beziehung aufbauen > Bevor sich eine Klientin für unser Programm entscheidet, kommt sie zuerst zum Informationsgespräch. Hier erläutert die Ergotherapeutin unser Angebot und klärt Rahmenbedingungen ab (Heilmittelverordnung, zeitliche Struktur, Absagepflicht, Schweigepflicht etc). Indem wir den Frauen die Möglichkeit geben, selbst zu entscheiden, ob das Angebot für sie passt, geben wir ihnen die Kontrolle über die Situation: „Ich habe für mich entschieden, das Programm der Ergotherapie anzunehmen – nicht die Betreuerin, nicht die Ärztin.“ Erst dann vereinbart die Ergotherapeutin einen Ersttermin. Hier arbeiten wir ressourcenorientiert: Was können Sie gut? Wo erleben Sie Freude? Anamnese heißt nicht, dass die Klientinnen über ihre Erlebnisse berichten. Wir möchten herausfiltern, was sie bisher unternommen haben, damit es ihnen besser geht, welche Therapien bisher gut gelaufen sind und wie Krisen bei ihnen aussehen.

Für eine stabile Beziehung müssen Therapie und Therapeutin berechenbar sein. Wann beginnt die Therapie – wann und wie hört sie auf? Was passiert in der Einheit und welche Regeln gibt es? Bewährt hat sich, einen gemeinsamen Regelsatz aufzustellen: Wie viel Zeit benötigt die Klientin zum Reden? Wie wird der Übergang zur Handlung gestaltet? Wie sieht der Abschied aus? Hier haben sich Rituale bewährt. Zum Beispiel kann die Klientin einen Stein aus der Praxis mitnehmen. Dies kann die Sicherheit geben: „Ich komme wieder, ich muss den Stein wiederbringen.“

Wenn es zur Krise kommt > Für die Frauen ist es zunächst wichtig, die Kontrolle über sich selbst (wieder) zu erlangen. Hierzu gehört ein geregelter Tagesrhythmus: essen, schlafen, Körperpflege, alltägliche Aufgaben verrichten, Arbeit und Freizeitgestaltung.




SICHT EINER BETROFFENEN

Auszug aus dem Brief einer Klientin:

„In der Ergotherapie habe ich die Möglichkeit, mich auszuprobieren: Was geht noch/ wieder? Was sollte gehen? Woran kann ich arbeiten? Was macht Sinn? Und dies sowohl in der Gruppe als auch in der Einzeltherapie. Der Vorteil in der Gruppe ist natürlich der, dass man wieder unter Menschen ist. Sich unterhalten kann. Kontakte knüpfen kann. Sich austauschen kann über Hilfsangebote usw. Auch einfach mal Smalltalk, herumalbern, Witze machen, lachen. Das ganz normale Leben eben, das wir aber eben nicht führen (können).

In der Ergotherapie können wir sehen, ob sich etwas verändert hat: Kann ich wieder kommunikativ sein, bringe ich mittlerweile eine Sache/ eine Aufgabe/ ein Werkstück zu Ende? Kann ich Perfektionismus sein lassen?

Dass ich zu Letzterem mitunter neige, konnte ich feststellen, als ich versuchte, Holzprodukte perfekt herzustellen, obwohl ich zuvor keine Säge in der Hand hatte und eine Ausbildung als Industriekauffrau gemacht habe und nicht als Schreinerin. Da hilft es ungemein, wenn eine Therapeutin oder ein Gruppenmitglied einem wieder in die Realität hilft. In der Ergotherapie habe ich festgestellt, dass Holz aber mein Medium ist, so habe ich mittlerweile ein Bett für mich selbst renoviert. Ich hatte es geschenkt bekommen und konnte es so verändern, dass es schön aussieht und farblich in die Wohnung passt. Dies macht mich stolz und auch unabhängig, denn ich kann die Möbelstücke nun so verändern, wie ich sie haben will.“

Als Methode für Krisen im Alltag hat sich der Notfallkoffer bewährt, den sie sich in der Einzeltherapie erarbeiten. Hier schreiben sich die Frauen auf, was sie im Notfall wieder beruhigen kann, zum Beispiel ein Bad nehmen, ein Buch lesen, scharfe Bonbons essen oder spazieren gehen ( **Abb. 2, 3**). Sie gestalten sich ihren Notfallkoffer bei uns selbst: Sie fertigen eine Tasche oder Kiste an und sammeln Gegenstände, die ihnen Halt geben, etwa einen Handschmeichler, einen Igelball, einen Duft, entspannende Musik. Eine weitere Methode zur Krisenintervention sind Affirmationen, die unsere Klientinnen zum Beispiel als Karten gestalten, wie: „Ich fühle mich sicher“ oder „Ich werde langsam und beständig meine Ziele erreichen“. Auch haben sich kognitive Angebote bewährt: ein Sudoku machen, etwas auswendig lernen, aber auch alle neurokognitiven Angebote wie Cogpack oder Nikitin.

Die Strategien der Klientinnen würdigen > Jede Traumatisierte hat bis dato ihre eigenen „Überlebensstrategien“ entwickelt, die für Außenstehende auf den ersten Blick vielleicht krankhaft, übertrieben oder unangemessen wirken. Zum einen gilt es, diese Strategien zu würdigen, und zum anderen, ihren Sinn aufzuzeigen. Zum Beispiel: „Indem Sie so viel gearbeitet haben, mussten Sie nicht an Ihr Trauma erinnert werden“ oder „Mit dem Extremsport konnten Sie sich gut abreagieren“ oder „Indem Sie keine Beziehung eingegangen sind, konnten Sie sich gut schützen“. Treten solche extremen Verhaltensweisen innerhalb der Therapie auf, etwa aus



Abb. 2, 3 Materialien bei akuten Krisen: scharfe Bonbons oder Wutbälle, um die Anspannung zu lösen, sowie positiv besetzte Ausdrücke, die beruhigend und stabilisierend wirken.

der Gruppe rauszurennen, dann nehmen wir das wahr, erkennen die Strategie an und bestätigen sie: „Okay, es war zu viel.“ Dabei gehen wir nicht über die Grenzen der Klientin, respektieren den Moment und passen eventuelle Aufgaben dementsprechend an.

Reorientierung ist notwendig > Traumatisierte Menschen geraten schnell in Situationen des traumatischen Ereignisses. Bruchstückhafte Bilder, Gerüche, Gefühle oder körperliche Erinnerungen werden unkontrolliert hochgespült – wie bei Frau Ulrich im Eingangsbeispiel. Genau hier ist das Zurückholen ins „Hier und Jetzt“ essenziell. Aufforderungen, sich umzuschauen, etwas in die Hand zu nehmen, sich abstreifen, sich bewegen – all dies signalisiert dem Gehirn: „Ich bin wieder handlungsfähig.“ Das allein kann als solches schon heilsam wirken. So half bei Frau Ulrich das Signal der Therapeutin: „Schauen Sie mir in die Augen, nehmen Sie mich wahr und nun den Raum. Sie sind hier an einem sicheren Ort!“

Grenzen setzen, Distanz bestimmen > Eine eindeutige und klare Haltung der Ergotherapeutin ist bei jeder Klientin notwendig. Wir erleben immer wieder, dass besonders bei langanhaltenden Traumatisierungen, die bereits im Kindesalter begonnen haben, die Betroffenen kein adäquates Verhältnis zwischen Nähe und Distanz wahrnehmen – weder in ihren Bedürftigkeiten noch in ihrer Kommunikation oder in ihrer Beziehung. Häufig überschreiten sie ihre eigenen Grenzen und auch die Grenzen ihrer Mitmenschen. In unserer Praxis vermeiden wir möglichst jeden Körperkontakt zu den Mädchen und Frauen und setzen somit schon physisch eine Grenze. Immer wieder passiert es, dass eine Klientin schon am Eingang der Praxis über aktuelle belastende Situationen spricht. Manche reden sogar über mehrere Themen gleichzeitig. Die Überforderung und die Überlastungsgefühle der Klientin können so auf die Ergotherapeutin überschwappen. Diese überrollenden Emotionen erleben wir häufig. In vielen Fällen schämen sich die Frauen selbst dafür, weil sie sich kaum steuern können. Dann treffen wir Vereinbarungen mit ihnen. Wir grenzen das Thema ein und vereinbaren, wenn

nötig, ein Stop. Für die Frauen ist es wichtig, in Handlung zu kommen. Hier reicht ein einfaches Puzzle, etwas Kreatives oder Spiele – eben das, was die Klientin für sich als Ressource bestimmt. Absprachen wie „ein Viertel der Zeit reden, drei Viertel der Zeit handeln“ sind hilfreich. Diese Zeit halten wir ein und machen auch darauf aufmerksam, zum Beispiel: „Wir haben noch zehn Minuten.“

Traumatisierungen offener begegnen > In der Arbeit mit traumatisierten Menschen begegnen wir immer wieder neuen Herausforderungen. Nicht jeder Mensch zeigt die gleichen Symptome und Verhaltensweisen.

Wir nehmen seit einigen Jahren eine sehr positive Entwicklung wahr: Immer mehr Kliniken haben die speziellen Bedürfnisse traumatisierter Menschen erkannt und sich auf deren Behandlung spezialisiert. Auch die ambulanten Hilfen für Betroffene sind deutlich gestiegen! Das zeigt, dass das Thema „Traumatisierung“ stärker in den Blick der Gesellschaft rückt. Man erkennt endlich an, dass die Opfer eine Therapie benötigen, die individuell auf sie abgestimmt ist. Dass hier auch die Ergotherapie eine wichtige Rolle spielt, haben wir gezeigt. Mediziner und Psychotherapeuten wissen um unsere Spezialisierung und schicken betroffene Klientinnen in unsere Einrichtung. Wir sind derzeit dabei, eine zweite Praxis aufzubauen, um unser Angebot mehr Menschen mit Trauma so früh wie möglich zugänglich zu machen.

Anke Schreiner

☞ Die Literatur finden Sie im Internet unter: www.thieme.de/ergoonline > „ergopraxis“ > „Artikel“.



Anke Schreiner, Ergotherapeutin, leitet die Praxis für Ergotherapie des Frauentherapiecenters München. Ihre Schwerpunkte liegen in der Arbeit mit traumatisierten Mädchen und Frauen, Elternarbeit, Wahrnehmungs- und Kommunikationstraining. Zudem gibt sie Fortbildungen zum Thema traumasensible Arbeit in der Ergotherapie. anke.schreiner@ftz-muenchen.de