

Aus der Ohnmacht zur Handlung

Die Autorin weist langjährige Erfahrung in der Arbeit mit Frauen mit Traumafolgestörungen auf. Aus dieser entwickelte und konzipierte sie ein erfolgreiches Konzept in der Praxis für Ergotherapie im FrauenTherapieZentrum München. Im vorliegenden Artikel werden (neue) Möglichkeiten der ergotherapeutischen Behandlung von PatientInnen mit Traumafolgestörungen beschrieben. Der Schwerpunkt liegt hierbei ganz betont auf dem handlungszentrierten Grundsatz der Ergotherapie, die Abgrenzung zu psychotherapeutischen Zielen und Methoden wird benannt. Neben den neurophysiologischen wie auch neuropsychologischen Auswirkungen der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (kPTBS) wird vor allem an praktischen Beispielen aufgezeigt, was die Ergotherapie in diesem Bereich leisten kann. Die Autorin ist überzeugt: In der Behandlung von Traumafolgestörungen wird die Ergotherapie noch nicht ausreichend als Therapieform wahrgenommen, welche unterstützend, ergänzend als Vorbereitung und Nachsorge zur Traumatherapie indiziert ist. Über Wirkung und Erfolge kann die Autorin direkt aus der Praxis berichten, auf der Grundlage von Assessment, Arztberichten und Patientinnen-Befragungen; eine evaluierte Studie bleibt hierzu bislang noch aus.

Die Autorin gibt seit mehreren Jahren zu dem Thema Fortbildungen.

„Die Patientin redet so viel und sprunghaft. Wie kann ich diese Patientin nur in die Handlung bekommen?“ „Herr X verhält sich mir gegenüber nur sarkastisch. Was kann ich da machen?“ „Frau L lässt sich ständig vom kleinsten Geräusch ablenken. Wie kann ich da helfen?“

Solche und ähnliche Fragen höre ich immer wieder von KollegInnen in meinen Fortbildungen.

Die Praxis für Ergotherapie im FrauenTherapieZentrum in München ist spezialisiert auf Frauen mit psychischen, psychosomatischen und psychiatrischen Erkrankungen. Das Konzept sieht eine Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie vor. Ein Großteil der Patientinnen leidet unter Traumafolgestörungen – auf den Rezepten stehen allerdings sehr unterschiedliche Diagnosen wie z.B.: Depressionen, Essstörungen, Angst- und Panikerkrankungen oder auch Posttraumatische Belastungsstörung und alle Formen der Persönlichkeitsstörungen; vor allem komplexe posttraumatische Belastungsstörungen (kPTBS). Gleichfalls finden sich eine Vielzahl an Störungsbildern, (mit) bedingt durch traumatische Erfahrungen, wie z.B.: Zwangserkrankungen (Csef 1997; Fondacaro et al. 1999), Posttraumatische Depression (Briere u. Runtz 1990; Joraschky 1997), Borderline Persönlichkeitsstörung (Sachsse 1995; Gast 1997), Essstörungen

(Wiggenberg, 1997) oder Substanzmissbrauch (Kugka et al. 1990). In diesem Artikel wird über die Arbeit und Therapie mit betroffenen Frauen berichtet.

Klinisch-diagnostische Grundlagen

Der Begriff Complex Post Traumatic Stressdisorder (complex PTSD) wurde erstmalig von Judith Herrman (1992) eingeführt (siehe Tabelle 2). Sie beschrieb damit ein Störungsbild als Folge wiederholter, lang andauernder, besonders gravierender traumatischer Gewalt-Erfahrungen. Dazu können Krieg, Folter und Konzentrationslager gehören, aber auch die oft unterschätzte und tabuisierte innerfamiliäre Gewalt und Traumatisierungen durch die primären Bezugspersonen.

In den USA ist der Begriff DESNOS gebräuchlich (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified).

Im ICD 11 (World Health Organisation, ICD-11, Beta Draft; 2013) sollen erstmals die Diagnosekriterien für die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung benannt werden (Maercker A et al.; Proposals for mental disorders specifically associated with stress in The International Classification of Diseases 11. Lancet 2013).

Arbeit in der FTZ- Ergotherapiepraxis

In unserer Praxis finden wir die Diagnose F 62.0 am häufigsten für die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung, kurz kPTBS, die als Folge von extremen Belastung angesehen wird:

„Die Störung ist durch eine feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt gekennzeichnet; durch sozialen Rückzug, Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit, durch ein chronisches Gefühl der Anspannung wie bei ständigem Bedroht-Sein und Entfremdungsgefühle. Sie kann sich nach traumatischen Erlebnissen in einem Konzentrationslager, nach Folter, frühem chronischem sexuellen Missbrauch, Katastrophen oder andauernden lebensbedrohlichen Situationen wie Geiselnhaft oder langer Gefangenschaft mit drohender Todesgefahr entwickeln.“ Eine PTBS (Anmerkung der Autorin: Posttraumatische Belastungsstörung, Kriterien siehe Kasten) kann dieser Störung vorausgegangen sein, die als irreversible Folge von extremen Belastung angesehen wird. Die Diagnose F 62.0 darf erst gestellt werden, wenn eine solche Persönlichkeitsveränderung über mindestens zwei Jahre besteht. (Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien 8. November 2013 von H. Dilling, W. Mombour). Validierungsstudien zu dieser ICD-10-Diagnose fehlen bisher (Beltran u. Silove 1999; Schreuder 1999) (siehe Tabelle 1).

Wege zur unterstützenden Heilung von komplex traumatisierten Patientinnen in der Ergotherapie

Von Anke Schreiner, Ergotherapeutin

Kriterien der PTBS und zusätzlich

1. Beziehungsstörungen: Schwierigkeiten, Beziehungen aufrecht zu halten oder sich anderen Menschen nahe zu fühlen.
2. Negatives Selbstkonzept: verminderter Selbstwert, Scham, Schuldgefühle, Gefühl dauerhaft verletzt zu sein.
3. Störung der Affektregulation: Impulsivität, aggressive Durchbrüche, Dissoziative Stressreaktionen.

Die Ursachen können unterschiedlicher Herkunft sein. Komplexe Traumatisierungen sind immer durch Menschen verursacht, und es handelt sich um wiederholte und besonders lang andauernde Traumatisierungen. Die Betroffenen erhielten während und nach den Gewalttaten und traumatisierenden Ereignissen weder Hilfe noch Unterstützung und gerieten über eine längere Zeit in einen Zustand von Hilflosigkeit und Entsetzen (in Folge). Es bestand keine Möglichkeit zur Regenerierung der neurobiologischen Regulationssysteme. (Köllner V, Maercker A, Das diagnostische Spektrum der Traumafolgestörungen. Trauma und Gewalt 2011).

Interessant sind hierbei auch die neuropsychologischen Auswirkungen. Bei einem Vortrag im Klinikum rechts der Isar am 2.12.2015 berichtet Ulrich Sachsse über die neuesten neurobiologischen Befunde bei Frauen mit kPTBS, welche von E. Irle, C. Lange (UMG Göttingen), G. Weniger (Burghölzli Zürich) und U. Sachsse (Asklepios Fachklinikum Göttingen) erforscht wurden. Bereits 2006 wurde der Zusammenhang zwischen einem geringeren Volumen des Hippocampus wie auch der Amygdala und kPTBS festgestellt (A. Karl, A. Maerker et al., A meta-analysis of structural brain abnormalities in PTBS, Neurosci Biobehav Rev 2006). Gleichzeitig wurde berichtet, dass bei Patientinnen mit dissoziativen Störungen das Hippocampusvolumen unauffällig war (acta psychiatrica scand 2009). Die Forschungsgruppe hat daraus eine neue Erkenntnis gewonnen, die Konsequenzen für therapeutische Interventionen nach sich zieht:

- Langjährige Krankheitsphasen mit häufigem Hyperarousal (Übererregung), Intrusionen (plötzliches und ungewolltes Wiedererinnern, Wiedererleben traumatischer Erlebnisse) bzw. Flashbacks (engl. Begriff) führen im Bereich Hippocampus, eventuell auch Amygdala zu Hirnschäden, und bedürfen zwingend einer Therapie.
- Dissoziativität (Trennung von Wahrnehmungs- und Gedächtnisinhalten) s.o. verhindert Hyperarousal und kann möglicherweise protektiv auf diese Hirnregionen wirken. Dann darf die Dissoziativität nur verringert werden, wenn mit der resultierenden Intrusivität (Wiedererleben der Traumainhalte) therapeutisch erfolgreich umgegangen werden kann.

Tabelle 1 S3 – LEITLINIE POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG ICD-10: F43.1

Das syndromale Störungsbild ist geprägt durch:

- sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma (Intrusionen) oder Erinnerungslücken (Bilder, Alpträume, Flashbacks, partielle Amnesie)
- Übererregungssymptome (Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen)
- Vermeidungsverhalten (Vermeidung traumaassoziierter Stimuli)
- emotionale Taubheit (allgemeiner Rückzug, Interesseverlust, innere Teilnahmslosigkeit)
- im Kindesalter teilweise veränderte Symptomausprägungen (z. B. wiederholtes Durchspielen des traumatischen Erlebens, Verhaltensauffälligkeiten, z. T. aggressive Verhaltensmuster)

Tabelle 2

Nach Judith Herrmann und Bessel van der Kolk bzw. nach den DESNOS-Kriterien werden der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung folgende Symptome zugeordnet:

- Störungen der Regulierung des affektiven Erregungsniveaus (u. a. Schwierigkeit, Ärger zu modulieren, selbstdestruktives und suzidales Verhalten, impulsives und risikoreiches Verhalten)
- Störungen der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins (u. a. Amnesie und dissoziative Störungen)
- Somatisierung
- Chronische Persönlichkeitsveränderungen (u. a. Änderung in der Selbstwahrnehmung wie z. B. chronische Schuldgefühle, Selbstvorwürfe, Gefühle, nichts bewirken zu können, Gefühle, fortgesetzt geschädigt zu werden, Änderung der Wahrnehmung des Schädigers, Veränderung der Beziehung zu anderen Menschen)
- Veränderungen in Bedeutungssystemen (u. a. Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit, Verlust der bisherigen Lebensüberzeugungen)

Ziele für die Ergotherapie

Für ErgotherapeutInnen entwickeln sich aus diesen Grundlagen und Erkenntnissen gleich zwei Ziele mit den PatientInnen:

- Einen alltagssoliden Umgang mit den Folgen der kPTBS zu gestalten (Stabilisierung)
- die Voraussetzungen und Bereitschaft zu einer Psychotherapie fördern

Auf Behebung von Traumafolgen bezogene Ziele sind:

- Aufbau einer verlässlichen und vertrauensvollen Bezie-

- hung – zur Ergotherapeutin und in der Gruppe
- Aufbau von Kontrolle und Selbstwirksamkeit, Wahrnehmen von Grenzen
 - Verbessern des negativen Selbstkonzepts
 - Umgehen mit traumabezogenen Auslösern und Affektregulation
 - Stabilisierende Methoden für den Alltag einüben
 - Ressourcen entdecken und verankern

Die Literatur zur Behandlung der kPTBS weist stets auf psychotherapeutische und pharmakologische Verfahren hin. Diese sind wichtig, insbesondere für den Umgang mit Intrusionen/Flashbacks und Dissoziationen.

Die ergotherapeutische Arbeit im FrauenTherapieZentrum

Bevor ich auf die Umsetzung der einzelnen Behandlungsziele in der Ergotherapie eingehe, möchte ich unser Konzept, eine Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie, kurz darstellen:

Jede Patientin erhält maximal einmal die Woche Einzeltherapie und mindestens einmal bis höchstens fünfmal wöchentlich Gruppentherapie. Unsere Vielfalt an Gruppen ermöglicht je nach Krankheitsbild und Zielsetzung unterschiedliche Herausforderungen. Zum Start der Ergotherapie bei uns für Patientinnen mit kPTBS empfiehlt sich die „WorkArt Gruppe“ (kreativtherapeutisch ausgerichtete Gruppe) und/oder die „WorkOffice Gruppe“ (arbeitstherapeutisch ausgerichtete Gruppe). Beide Gruppen sind sehr niederschwellig ausgerichtet. So ist zum Beispiel Pünktlichkeit erwünscht, aber keine Voraussetzung. Hier gibt es die Möglichkeit, sich auch mal zurückzuziehen. Ist Gruppenfähigkeit schon erreicht, können Kochgruppe, Spielegruppe, Trommelgruppe und Gruppen mit ansteigenden Anforderungen genutzt werden. In Deutschland wird die Ergotherapie von der Krankenkasse finanziert, wenn auch die hohe Frequenz nicht üblich ist. Wir machen mit dieser Kombination besonders gute Erfahrungen. Die Patientinnen benötigen die Einzeltherapie, um individuelle Schwierigkeiten besprechen zu können und neue Handlungsmöglichkeiten kennen zu lernen. Die Gruppentherapie ist das Übungsfeld und für viele unserer Frauen eine Herausforderung, wie in den folgenden Ausführungen deutlich wird.

Im Folgenden möchte ich in Bezug auf die Kriterien der kPTBS mit der Auswirkung auf die ergotherapeutische Behandlung eingehen.

Beziehungsstörungen:

Unterstützung der Beziehungsgestaltung

Teilnehmerinnen aus meinen Fortbildungen fragen mich oft, was sie denn bei den Patientinnen bewirken und verbessern können. Die kurzen Behandlungszeiten in den Kliniken lassen kaum eine (qualifizierte) Behandlung zu. Durch den handlungsorientierten Ansatz ist der Beziehungsaufbau oft schneller hergestellt als in Gesprächssituationen. Wer kennt sie nicht – Gespräche beim Kochen oder Handarbeiten entwickeln sich ungezwungener und ermöglichen schnell einen bindenden Kontakt. Und darum geht es oft in erster Linie: Eine gute therapeutische Bindung und Beziehung herzustellen, welche die Voraussetzung ist für eine weitere

erfolgreiche Traumatherapie. Hier fängt die erste Herausforderung an, ist doch genau der schwierige Aufbau von Vertrauen bei Menschen mit kPTBS eines der Kennzeichen des Störungsbilds. Misstrauen, gepaart mit besonders angepasstem Verhalten und fehlender Wahrnehmung für eigene Bedürfnisse erschweren oft den Start einer Therapie. So ist zunächst eine vorsichtige Anbahnungsphase nötig, in der der Beziehungsaufbau vor dem Erstellen von Anamnesen und Zielplanung steht. Die Kolleginnen beginnen die Therapie oft mit: „Schön, dass Sie da sind...“, „sicher gab es gute Gründe, dass Sie die Therapie bei uns starten, aber lassen sie uns doch erst mal schauen, welche Stärken und Ressourcen Sie mitbringen“. Oder auch: „Wir haben hier eine Vielzahl von Angeboten, was spricht Sie denn an? Sie können dann erst einmal herausfinden, was Ihnen gut tut...“ Es geht für Gewaltüberlebende zentral darum, (wieder) Macht über die eigene Handlung zu gewinnen. Kontrolle und Selbstwirksamkeit, überhaupt selbst zu entscheiden was und ob sie überhaupt etwas tun möchten, ist eine Erfahrung die viele durch frühe Gewalt und Vernachlässigung durch die primären Bindungspersonen nicht kennen. Komplementär dazu brauchen sie Unterstützung, um ihre eigenen Grenzen überhaupt wieder wahrnehmen zu lernen. Viele Patientinnen bringen sehr viel Druck mit. Ein langer Leidensweg mit vielen Diagnosen und vielen Therapien zieht den verständlichen Wunsch nach sich, schnell wieder gesund zu werden. Ein konkreter Therapieauftrag ist in der Regel erst einmal unklar. Hier ist Achtsamkeit geboten, dass die Behandelnden den Druck in der Übertragung nicht übernehmen. Auch wenn wir diese Patientinnen nur kurze Zeit therapeutisch begleiten, so ist eine positive Bindung eine durchaus wertvolle Erfahrung: „Hier darf ich sein, hier habe ich die gute Erfahrung gemacht, dass ich etwas kann und schaffe! Und hier werde ich auch ohne Leistung angenommen.“ Dass unsere Patientinnen trotz der Auswirkungen der Traumatisierung eine selbstbestimmte Handlung ausführen können, ist u.U. für sie langfristig wertvoller als eine kompetenzzentrierte Methode.

Oft haben diese Patientinnen die Auswirkungen der Traumatisierung mit Leistung kompensiert. In diesen Fällen geht es weniger darum, eine Tätigkeit besonders schnell und gut umgesetzt zu haben, als vielmehr um die Wahrnehmung und Erlaubnis, Pausen zu machen, oder etwas nicht perfekt umgesetzt zu haben. Mit so mancher Patientin wird über Monate in der Einzeltherapie Backgammon oder Skip Bo gespielt. Für meine Kolleginnen ist es oft nicht so einfach, diese niederschwellige Therapieform mit ihrem eigenen Anspruch in Einklang zu bringen. Für die Patientin stellt dies jedoch eine äußerst stabilisierende und verlässliche (Beziehungs-) Erfahrung dar. Unsere Patientinnen-Umfragen bestätigen dies immer wieder.

Es gibt sehr viele verschiedene Formen von Bewältigungsstrategien bei Erfahrungen von schwerer Gewalt und Vernachlässigung. Frauen mit schwerer depressiver Resignation, Psychosen oder mit Suchtproblemen müssten ebenfalls beschrieben werden, die Beziehungsgestaltung erfordert andere Schwerpunkte und Abfolgen. An schwierig und in anderer Weise zu lösender Gegenübertragung/Resonanz begegnen uns hier bei uns selbst z.B. Ungeduld, Resigna-



tion, Verweigern der Empathie oder eine zu umfassende Schonhaltung bis hin zu Erscheinungsformen der Co-Abhängigkeit.

Für uns Ergotherapeutinnen kann der „Eiertanz“ und das Ringen um die therapeutische Bindung zu den Patientinnen im Spannungsfeld zwischen dem Wunsch nach Nähe versus Distanz zu einer echten Belastung werden. Daher ist in der Arbeit mit diesen Erkrankungsbildern eine gute Teambasis notwendig, in der gegenseitiger Austausch und Entlastung wie auch regelmäßige Supervision stattfinden müssen. Die Gefahr von Übertragungsphänomenen ist bei Menschen mit (nicht aufgearbeiteten) Traumata besonders hoch (Holderegger 1993). So können unter dem Anspruch, besonders professionell zu handeln, auch Fehler passieren. Für eine therapeutische Beziehung ist es notwendig, den PatientInnen zu zeigen, dass auch wir Menschen sind und Fehler machen. Eine ernst gemeinte Entschuldigung jedoch gehört unbedingt zum Bindungsaufbau und kann heilend sein.

Compliance muss erfahrungsgemäß in vielen Fällen erst aufgebaut werden. Hier haben wir Ergotherapeutinnen mit unseren kreativen und vielfältigen Behandlungsmöglichkeiten einen erheblichen Vorteil: PatientInnen kommen zu uns, weil unter Umständen noch keine Bereitschaft für eine psychotherapeutische Behandlung besteht. Im ergotherapeutisch alltagsbezogenen Setting kann für die Patientin durchaus eine vorsichtige Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung stattfinden.

Neben dem Aufbau der therapeutischen Beziehung empfiehlt es sich, mit „SMART“- Zielen zu arbeiten. Dabei ist da-

rauf zu achten, dass die Ziele möglichst konkret formuliert werden. „Mich besser abgrenzen“ und mehr Selbstwert reichen nicht. Das ist Teil des Weges, aber nicht das Ziel (Peichl, Workshop Kathmandu 2008). Hier ist unser Konzept, die Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie, von Vorteil. In der Einzeltherapie stehen ausreichend Zeit und Sicherheit zur Verfügung, um an einem Ziel zu arbeiten. Viele PatientInnen erleben es als unterstützend, erst über das Erkrankungsbild und dessen Entstehung aufgeklärt zu werden. Schuldgefühle, die schnell in Gruppen entstehen können („ich störe die anderen“, „wenn ich mir nur ausreichend Mühe geben würde, könnte ich die anderen Gruppenmitglieder aushalten“) werden so verringert und zeigen den Zusammenhang mit den Auswirkungen von traumatischem Erleben auf.

Negatives Selbstkonzept:

Das Erlernen der Selbstakzeptanz

Der Alltagsbewältigung wird durch das Fehlen von positiven „Basic Beliefs“ (Grundüberzeugungen) und stattdessen mit negativen Grundhaltungen wie „das gelingt ganz sicher nicht, sicher wird genau bei mir alles schief gehen“ erschwert. Geschehnisse werden auf sich selbst bezogen, schnell gibt es Schuldgefühle, wenn etwas kaputt geht. Da PatientInnen in der Regel nicht von sich aus darüber sprechen, kann die Ergotherapeutin hier immer wieder zur Realitätsüberprüfung ermuntern: „Gestern erst ist mir Ähnliches passiert, das kommt vor...“ Ein wiederholtes Ermuntern, sich erneut an das Werkstück, das Kochen oder andere Alltagshandlungen heranzuwagen bedeutet eine große Unterstützung für



die Patientin. Die Trauer, wenn etwas nicht gelungen ist, können wir bestätigen und begleiten, um sie dann erneut zu ermutigen etwas weiter auszuprobieren. Das ständige und wiederholte Aufzeigen von Handlungen, die gelungen sind, kann wie ein bestärkendes Ritual gesehen werden.

Häufig geht es in der Gruppentherapie zunächst um die Gruppenfähigkeit. Unsichere wie auch mangelnde Erfahrung mit Bindung und Beziehung lassen Patientinnen Kontakt vermeiden – oft verbunden mit hoher Ambivalenz zu ihrer ebenfalls starken Sehnsucht nach Kontakt. Hinzu kommen Scham- und Schuldgefühle. Zum Schutz der Patientinnen gibt es in unseren Gruppen zwei wichtige Ziele und Regeln, auf die auch die Teilnehmerinnen selbst achten:

- In unseren Gruppen ist ein wertschätzender, fürsorglicher Umgang nicht nur gegenüber den anderen Gruppenmitgliedern, sondern auch gegenüber sich selbst gewünscht. Dies klingt ganz selbstverständlich – für Patientinnen mit kPTBS allerdings stellt dies eine große Herausforderung dar. Ständige Selbstbewertung ist Alltag. Vielen fällt es schwer, ein Lob auszuhalten oder gar selbst zu benennen, was gut gelaufen ist. Hier ist sanftes Üben in kleinen Schritten hilfreich: Auszuhalten, ein Kompliment über ein Werkstück zu hören, kann ein erster Schritt sein.
- In den Gruppen darf nicht über belastende Ereignisse, Krankheiten, Medikamente etc. geredet werden. Small talk soll (wieder) trainiert werden und zu mehr Leichtigkeit führen. Insbesondere Patientinnen mit einer langen Leidensgeschichte haben sich über ihre Erkrankung identifiziert und wissen zunächst oft gar nicht, über welches andere Thema sie sprechen sollen. Kommunikation und angemessene Kontaktaufnahme müssen oft erst gelernt und geübt werden.

Diese Regeln sind der Rahmen, in dem das Lernen von Selbstakzeptanz möglich ist. Unterstützend ist hier das Kor-

rektiv der Gruppe, die meist viel Wertschätzung zeigt für die Produkte der Anderen, indem sie nicht vergleichen sondern gegenseitige Achtung zeigen und leben.

Mangelnde Erfahrung mit den Grenzen der Mitmenschen und mit den eigenen Grenzen können zu distanzlosem Verhalten führen. Hier gilt: Der Schutz jeder Einzelnen in der Gruppe geht vor! Ein respektvolles aber auch klares Einschreiten der Gruppentherapeutin ist notwendig, gleichzeitig ist es wichtig, dass die Patientin nicht mit ihrem Verhalten bloßgestellt wird. Die Ergotherapeutin nimmt hierzu die Patientin zur Seite und erläutert kurz die Grenzüberschreitung. In der Einzeltherapie kann dies noch mal aufgezeigt werden und für erneute Grenzüberschreitungen ein Zeichen (ein „Stoppwort“, ein Handzeichen) vereinbart werden. Dieses Zeichen benutzt dann die Gruppentherapeutin, damit die Patientin weiß, da habe ich die Grenzen überschritten, ich muss achtsam mit mir und anderen sein. Es ist wichtig, Raum für Selbstbestimmung und eigene Erfahrungen zu schaffen. An dieser Stelle wird deutlich, warum kleine Gruppengrößen bis zu maximal sechs PatientInnen wichtig sind. Leider findet diese Tatsache nach wie vor in oft Kliniken keine ausreichende Beachtung – die therapeutischen Möglichkeiten sind stark eingeschränkt bei großen Gruppen. Für TherapeutInnen wie auch PatientInnen.

Die Ergotherapie nutzt eine andere Form der therapeutischen Interventionen als die Psychotherapie: Durch gemeinsame (Alltags-)Handlungen wird ein besonderer Lernraum geschaffen. Gemeinsam mit der Patientin können während des Tuns emotionale Bedürfnisse erkannt und formuliert werden. Hierbei ist die Ergotherapeutin Vorbild und unterstützend, indem sie im Tun immer wieder Formulierungen für Gefühle und Wahrnehmungen zur Verfügung stellt. Über die tragfähige therapeutische Beziehung können im

Alltagsgeschehen Grenzen wahrgenommen, akzeptiert und durchaus auch vorsichtig erweitert werden. Aus den vielen kleinen Bausteinen der Handlungserfahrung werden so Selbstakzeptanz, Selbstannahme und Selbstbild gestärkt.

Störung der Affektregulation:

Der Umgang mit übermächtigen Gefühlen

Ein Ziel sollte die Impulskontrolle sein – Raus aus der Ohnmacht“ gegenüber den eigenen Gefühlen wie Wut, Ärger, Trauer und Hilflosigkeit. So sieht dann auch der Alltag für die Ergotherapeutin in der Gruppentherapie in der Regel so aus: Patientinnen fühlen sich von der Sitznachbarin gestört „weil sie zu laut schnauft“; die geringe Konzentrationsfähigkeit in Verbindung mit Ohnmachtsgefühlen gerät zur massiven Störung. Strukturierte Handlungen werden durch mangelnde Affektregulation stark beeinträchtigt. Geringe Frustrationstoleranz führt zu Wutausbrüchen oder die Frauen erstarren in ihrer Handlung. Teilweise gibt es dann nur noch den Weg, dass die Therapie mit stabilisierenden Übungen fortzusetzen. Auch aufgrund des Hyperarousals fällt es dem Klientel schwer, die dichten Reize in der Gruppe auszuhalten. Geräusche, Gerüche und Gefühle wirken dann überrollend und können schnell zu Gefühlsausbrüchen führen.

In der Ergotherapie kann dabei sehr kleinschrittig gearbeitet werden. Ein erstes SMART Ziel wäre hier die bewusste Wahrnehmung und richtige Identifizierung dieser Gefühle. Dies kann in der Einzeltherapie mit Wahrnehmungsübungen unterstützt werden: Wie fühlt sich kalt, warm, weich, hart an? Was ist angenehm, was unangenehm? Woran erkenne ich dass ich wütend bin? In der Gruppentherapie können unterstützend Emotionen verbalisiert werden: „Sie wirken jetzt bedrückt, ist dies so?“

Stabilisierungsübungen und Ressourcenkoffer für einen selbstbestimmten Umgang mit Gefühlen

Einer der wichtigsten, und gleichzeitig kreativster Teil der ergotherapeutischen Behandlung: Stabilisierung, Stabilisierung, Stabilisierung – und dies ist die erste grundlegende Phase von Traumatherapie. Ohne Stabilisierung kann die zweite Phase der Traumabewältigung – die Exposition, nicht erfolgen. Wir verstehen uns als eine wichtige, notwendige Ergänzung bzw. Vorbereitung zur ambulanten wie auch stationären Traumatherapie. Meines Erachtens ist dies eine noch nicht ausreichend ausgeschöpfte und nicht erkannte Ressource, die die Ergotherapie in der Ergänzung zur psychologischen Traumatherapie leisten kann.

Was jedoch bedeutet Stabilisierung? Stabilisierung heißt: Fördern der Alltagsfunktionalität, aber nicht: Förderung von Vermeidungsverhalten (M. Sack, Workshop am 6.7.2014: Neue Entwicklungen in der Behandlung von Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen). Und genau die Alltagsfunktionen sind nach unseren Beobachtungen deutlich eingeschränkt: Viele unserer Patientinnen schaffen es kaum, einen geregelten Alltag mit Handlungsabfolgen zu bewältigen. Über einen besonders hohen Leidensdruck im Alltag berichten Patientinnen mit schweren Formen von Dissoziationen. Diese zeigen sich zum einen dadurch, dass

„Zeiten verloren gehen“. Patientinnen kommen zu spät und erinnern sich weder, wann, noch warum, noch wo ihnen die Zeit verloren gegangen ist. In Gruppen erleben wir ein plötzliches Erstarren, die Patientinnen sind Wahrnehmungsreizen zunächst nicht mehr zugänglich. Hier muss die Ergotherapeutin möglichst unaufgeregt die Patientin unterstützen, wieder in das reale Erleben zurückzukommen. Persönlich lege ich in meinen Fortbildungen viel Wert darauf, dieses möglichst sanft zu gestalten: Während der Dissoziation auf keinen Fall die Patientin berühren – außer es ist im Vorfeld mit der Patientin klar abgesprochen. Mit einer lauten, klaren Stimme und falls möglich mit Blickkontakt wird die Patientin dabei unterstützt und auch aufgefordert, über die Sinne wieder in das „Hier und jetzt“ zurück zukommen. Manche Patientinnen bringen hier schon Strategien aus Kliniken oder Psychotherapien mit. Eine Zusammenarbeit mit der behandelnden Psychotherapeutin ist hier sehr anzuraten!

Unsere Patientinnen kreieren in unserer ergotherapeutischen Praxis unter Anleitung eine Fülle an stabilisierenden Elementen und konkret anwendbaren Fertigkeiten (Skills).

In der ergotherapeutischen Einzeltherapie wird gemeinsam herausgefunden, was wohltuend ist. Über die Sinne wird ausprobiert, unter Anleitung werden Erfahrungen gesammelt. Welche kreative Arbeit dient dem Wohlergehen, und welche Materialien triggern? Trigger bezeichnet hier einen Reiz, der alte traumabezogene Zustände/Erinnerungen auslöst. Da die Ergotherapie mit vielfältigsten Handlungen und Materialien arbeitet, ist die Wahrscheinlichkeit, Trigger zu entdecken, hoch. Hier gilt es mit Hilfe eines „Ressourcenkoffers“ Medien auszuwählen, die helfen wieder ins jetzige Geschehen zurück zu gelangen. Dies können Materialien zur kognitiven Umlenkung (z.B. Sudoku, Rechenaufgaben) sein wie auch visuelle Materialien (Bilder), Affirmationen, taktile und olfaktorische Reize (Stoffe, Fell, Handschmeichler, Düfte, Gerüche), Anleitung zu Imaginationsübungen oder Anleitung zu Körperübungen (z.B. Buchtipp: „Nur Mut – das kleine Überlebensbuch“ von C. Cross-Müller, 2011). Weiter kann mit den vielfältigsten Handlungen wieder entdeckt werden, was gut tut. Ob Kochen, Spaziergänge, Spielen – es geht immer wieder um die bewusste Wahrnehmung welche Empfindungen und Zustände bei der Handlung ausgelöst werden. Jede Patientin erarbeitet eine für sie individuelle Sammlung in der Einzeltherapie.

In den geschützten Gruppen werden die verschiedenen stabilisierenden Methoden und Materialien dann „in vivo“ ausprobiert und für den „Ernstfall“ geübt. Durch ein vielfältiges Gruppenangebot wird die Patientin zwangsläufig mit unterschiedlichsten Anforderungen konfrontiert: sei es mit dem Aushalten von Frustrationen beim Handwerken, Kochen und in den Bürogruppen; oder mit dem Erlernen von mehr Beziehungsfähigkeit, und dem Training von Selbstfürsorge und Gegenwartsorientierung. In den oben genannten Situationen soll die Patientin nun ihre Stabilisierungsmethoden einsetzen lernen. Und Lernen bedeutet, immer wieder zu üben.

Eine psychotherapeutische Traumatherapie ist nun im Anschluss an die Stabilisierungsphase besonders empfehlenswert: Die Patientin ist sensibilisiert für traumabezogene

Trigger, welche mit der Traumatherapeutin be- und erarbeitet werden können. Wichtige, dort durchgearbeitete und erlernte Erfahrungen kann sie anschließend wieder in unseren geschützten Gruppen in den Alltagshandlungen integrieren. Eine Zusammenarbeit des gesamten professionellen Umfelds ist hier sehr unterstützend für die Heilungschancen der Patientin.

Ich möchte den Artikel mit einem Auszug aus einem Brief einer Patientin an ihre Krankenkasse abschließen, in dem sie die erreichten Ziele für sie in der Ergotherapie beschreibt: In der Ergotherapie bekomme ich verschiedene existentielle Dinge die mir fehlen:

- Respekt und Anerkennung für Leistungen auch außerhalb des Arbeitsfeldes.
- Die Möglichkeiten Strategien zu entwickeln um mit dem Trauma leben zu können, denn mitunter geht es auch „einfach“ nur noch ums Überleben.
- Die Möglichkeit Zeit mit anderen (auch anderen Betroffenen) zu verbringen.
- Die Möglichkeit andere kennen zu lernen, um überhaupt (wieder) Kontakte zu haben. Eventuell sogar Freundschaften schließen.
- Die Möglichkeit Zeit sinnvoll zu nutzen und mich in verschiedenen Bereichen auszuprobieren.
- Tages/Wochenstrukturierung.
- Die Möglichkeit, meine Grenzen wahrzunehmen, auszuloten und auszuschöpfen.
- „Handwerkszeug“ um eventuell ins Arbeitsleben zurückfinden zu können.
- Die Möglichkeit Krisen ambulant bewältigen zu können und nicht in die Klinik zu müssen

Anke Schreiner

Ergotherapeutin
FTZ Praxis für Ergotherapie
Blutenburgstr. 19, 80636 München
Tel.: 089/18979924
anke.schreiner@ftz-muenchen.de
Deutschland

Quellen

- Herman, Judith (17. Juli 2014): Die Narben der Gewalt: Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden, Junfermann Verlag Paderborn
- Holderegger, Hans (2003): Der Umgang mit dem Trauma. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart.
- Bohus, Martin und Wolf-Arehult Martina (18. Dezember 2012): Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten: Das Therapeutenmanual - Inklusive Keycard zur Programmfreischaltung, Schattauer Verlag, Stuttgart.
- Sack, M. und Sachsse, U., und Schellong, J. (2013): Komplexe Traumafolgestörungen – Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung. Schattauer Verlag, Stuttgart.
- Reddemann, Luise (Autor), Dehner-Rau Cornelia (Autor) (24. Oktober 2012): Trauma heilen: Ein Übungsbuch für Körper und Seele Broschiert. Trias Verlag, Stuttgart.

- Weltgesundheitsorganisation (1994): Internationale Klassifikation psychischer Störungen.
ICD-10 Kapitel V (F): Forschungskriterien. Huber, Bern.
- Reddemann, L. (2001): Imagination als heilsame Kraft - Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart.
- Sautter, Christiane (2014): Wenn die Seele verletzt ist: Trauma - Ursachen und Auswirkungen (Systemische Psychotraumatologie). Verlag für Systemische Konzepte VSK, Ravensburg
- Huber, Michaela (Juli 2003): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil 13. Junfermann Verlag Paderborn
- Huber, Michaela (4. Dezember 2003): Trauma und Traumabehandlung 2. Wege der Traumabehandlung. Junfermann Verlag Paderborn
- Boon, Suzette und Steele, Kathy (21. Februar 2013): Traumabedingte Dissoziation bewältigen: Ein Skills-Training für Klienten und ihre Therapeuten. Junfermann Verlag Paderborn
- van der Kolk, Bessel und Kierdorf, Theo (Übersetzer) (27. Juli 2015): Verkörperter Schrecken: Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann. G.P. Probst Verlag, Lichtenau.
- Wöller, Wolfgang und Reddemann, Luise (23. Januar 2013): Trauma und Persönlichkeitsstörungen: Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen., Schattauer Verlag, Stuttgart
- Sack, Martin und Sachsse, Ulrich (14. April 2010): Schonende Traumatherapie: Ressourcenorientierte Behandlung von Traumafolgestörungen., Schattauer Verlag, Stuttgart
- Huber, Michaela (23. April 2013): Der Feind im Innern: Psychotherapie mit Täterintrojekten. Wie finden wir den Weg aus Ohnmacht und Gewalt? Junfermann Verlag Paderborn
- Muller, Robert T. und Vorspohl, Elisabeth (23. September 2013): Wenn Patienten keine Nähe zulassen: Strategien für eine bindungs-basierte Traumatherapie. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart
- Steffen, Anne, Institut Trauma und Pädagogik (27. Februar 2014): Der Schreck auf der Schaukel: Was das Gehirn beim Trauma macht. Institut Trauma und Pädagogik, Meckernich
- Peichl, Jochen und Geleitwort von Sachsse, Ulrich (21. Februar 2013): Die inneren Trauma-Landschaften: Borderline - Ego-State - Täter-Introjekt, Schattauer Verlag, Stuttgart
- van der Hart, Onno und. Nijenhuis, Ellert R. S. (4. April 2008): Das verfolgte Selbst: Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung. Junfermann Verlag Paderborn
- Peichl, Jochen (22. August 2015): Narzisstische Verletzungen der Seele heilen: Das Zusammenspiel der inneren Selbstanteile (Leben lernen). Klett-Cotta Verlag, Stuttgart
- von Debur, Marlyn (Jahr): Tagkind/ Nachtkind. Asanger Verlag, Kröning
- Peichl, Jochen (2015), Innere Kinder, Täter, Helfer & Co. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart

Materialien:

- Huber, Michaela: Ressourcium. Kikt-TheMa
- Völkner, Barbara, Lebenskarten, www.lebenskarten.de
- Hühn, Susanne (2010) Was dir Kraft gibt. Schirner Verlag Darmstadt
- Hühn, Susanne (2005) Traum Reise. Schirner Verlag Darmstadt
- Huber, Michaela (21. März 2005): Der innere Garten: Ein achtsamer Weg zur persönlichen Veränderung. Übungen mit CD.
- Croos-Müller, Claudia und Pannen, Kai (1. Oktober 2012): Nur Mut! Das kleine Überlebensbuch: Soforthilfe bei Herzklopfen, Angst, Panik & Co. Kösel Verlag München
- Croos-Müller, Claudia und Pannen, Kai (30. September 2013), Viel Glück - Das kleine Überlebensbuch: Soforthilfe bei Schwarzsehen, Selbstzweifeln, Pech und Pannen, Kösel Verlag München
- Croos-Müller, Claudia und Pannen, Kai (25. April 2011), Kopf hoch - das kleine Überlebensbuch: Soforthilfe bei Stress, Ärger und anderen Durchhängern Kösel Verlag München
- Croos-Müller, Claudia (25. Mai 2015), Kraft: Der neue Weg zu innerer Stärke. Ein Resilienztraining Kösel Verlag München