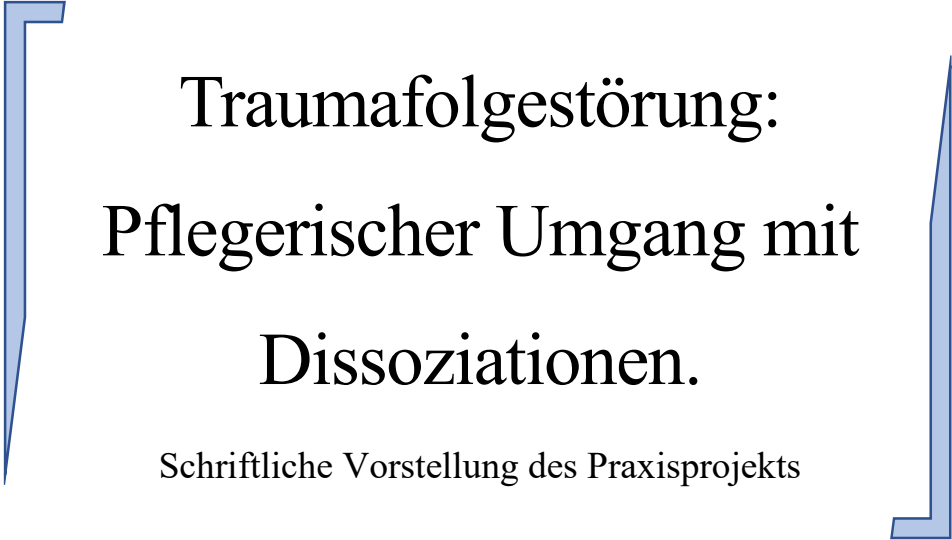


institut berlin

Weiterbildung zur Ressourcenorientierten Traumaberatung & Traumapädagogik

Essen 2020-2021

Lydia Hantke und Hans-Joachim Görge



# Traumafolgestörung: Pflegerischer Umgang mit Dissoziationen.

Schriftliche Vorstellung des Praxisprojekts

11. September 2021

Matthias Emgenbroich  
(Gesundheits- & Krankenpfleger, Mediator)  
[matthias.emgenbroich@googlemail.com](mailto:matthias.emgenbroich@googlemail.com)

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	Seite 3
2. Ziel und Rahmen der Fortbildung	Seite 5
3. Kollegialer Austausch	Seite 7
4. Theorie: Dissoziation und Flashback	Seite 8
5. Verständnis für die Betroffenen fördern	Seite 10
6. Akutmaßnahmen: Dissoziationsstopps	Seite 11
7. Prophylaxe: Imaginations- & Stabilisierungsübungen	Seite 11
Anhang	Seite 13
Literaturverzeichnis	Seite 15

# 1. Einleitung

In einer psychiatrischen Klinik ist das Pflegepersonal immer zuerst vor Ort, wenn etwas passiert. Noch vor allen anderen Berufsgruppen. Als Pflegende sind wir es, die zuerst aufgesucht werden und die Situation korrekt einschätzen müssen, bevor wir andere Berufsgruppen hinzuziehen. In was für einer Stimmung treffen wir die/den Patient\*innen an? Welchen Anlass könnte es gegeben haben? Lässt sich die Ursache beheben? Müssen wir die/den Patient\*in vor jemandem oder etwas schützen? Oder müssen wir uns sogar selbst und andere vor der/dem Patient\*in schützen?

Das sind Einschätzungen, die wir oft in kurzer Zeit treffen müssen, und nicht immer können uns die Betroffenen in der Notlage selbst klar mitteilen, was sie belastet.

Ich arbeite auf einer allgemeinspsychiatrischen Akutstation für Erwachsene in einer Klinik im Rheinland. Wir sind eine der „Offenen“. Ebenso gibt es auch eine „Geschlossene“ auf dem Klinikgelände. Dennoch trennen uns im Patient\*innenbild nur wenige Aspekte. Wer körperlich aggressiv im Verhalten ist oder massive Fluchttendenzen bei fehlender Entscheidungsfähigkeit zeigt, disqualifiziert sich für uns und muss ggf. auf der „Geschlossenen“ behandelt werden. Ansonsten gibt es keine Einschränkungen. Unsere Patient\*innen sind suizidal, manisch, unter Drogeneinfluss, gestresst, kraftlos, desorientiert, behindert, schlaflos, verwirrt, autoaggressiv, unscheinbar, auffällig, freundlich, verschüchtert, hemmungslos oder einiges anderes. Oft auch gleichzeitig oder im Wechsel. Dissoziative Patient\*innen gehen in diesem Kontext entweder schnell unter oder nehmen sehr viel Raum ein. Ich würde auch behaupten, dass Einige durch ihr Verhalten in einer Dissoziation als aggressiv gewertet und auf der geschlossenen Abteilung ans Bett fixiert wurden. Ich möchte nicht unterstellen, dass diese Maßnahmen nicht unter gründlicher Abwägung für das Wohl des/der Betroffenen und der Mitmenschen durchgeführt wurden. Dennoch wäre es von Interesse, ob ein guter Wissensstand zu Dissoziationen zu mehr Kommunikationsmöglichkeiten mit den Betroffenen führen kann und dadurch auch Zwangsmaßnahmen verringert werden könnten.

Ich für meinen Teil kann mich an einen Fall von einer dissoziativen Patientin im zweiten Berufsjahr auf meiner Station erinnern, der mich sehr verunsichert hat.

An dem Tag war ich zur Nachtschicht eingeteilt und als ich zum Dienst kam, sah ich wie eine Frau reglos vor der offenen Tür unseres Dienstzimmers lag. Daneben standen bzw. hockten meine beiden Kolleginnen aus der Spätschicht sichtlich darum bemüht, die Dame zum Aufstehen zu motivieren. Man konnte ihnen ansehen, dass sie gleichermaßen besorgt als auch frustriert waren. Die Patientin antwortete nur einsilbig. Teilweise lag sie völlig apathisch da, dann gab es aber auch Momente, in denen sie wimmerte und mitteilte, dass sie nicht wisse, warum sie ihre Beine nicht mehr benutzen könne. Zwischenzeitig kamen immer wieder Mitpatient\*innen vorbei, um besorgte oder auch schlicht neugierige Blicke auf die Frau zu werfen.

Als ihr Lebensgefährte hinzukam, schaffte man es schließlich sie nach ihrem Wunsch gemeinsam in den Raucherraum zu begleiten und dort in einen Stuhl zu setzen. Ihr Freund blieb dort und unterstützte sie, sodass sie eine Zigarette rauchen konnte.

Die Kolleginnen konnten mir endlich eine Übergabe machen und mussten dann noch die üblichen Routinen nacharbeiten, die wegen der Situation liegengeblieben sind. Sie machten Überstunden.

In der Übergabe beschrieben sie mir, dass die Frau bereits mit PTBS bekannt war und zur Krisenintervention aufgenommen wurde, jedoch die meiste Zeit sehr unscheinbar geblieben wäre. Lediglich zum Abend hin wäre sie oft auf das Personal zugekommen, hätte fast schon

panisch um Hilfe gebeten, sich aber nicht gut verständlich machen können. Man beriet sie mit Bedarfsmedikation und ablenkenden ruhigen Maßnahmen. Schließlich sei sie dann einfach vor dem Dienstzimmer zu Boden gegelitten. Die Kolleginnen hatten den Eindruck, sie habe sich demonstrativ fallen gelassen.

Ab da bot sie das Bild, dass ich dann bereits miterlebt habe. Die Patientin bleibt bis nach Mitternacht, also insgesamt knapp 4 Stunden, mit ihrem besorgten Lebensgefährten im Raucherraum und zeigte große Angst, diesen wieder zu verlassen. In der Zeit habe ich sie gemeinsam mit dem diensthabenden Arzt mit der gesamten restlichen Tagesdosis ihrer Bedarfsmedikamente versorgt (Benzodiazepine und atypische Neuroleptika) ohne erkennbare Verbesserung. Und obwohl die Medikamente im Verlauf ihre Aussprache beeinträchtigten, beklagte die Frau weiterhin unermessliche Anspannung und Bewegungsunfähigkeit. Der Arzt war mit seinem Latein am Ende und ihr Partner und ich mobilisierten sie in einen Rollstuhl und von dort in ihr Bett. Ich versprach ihr und ihrem Partner alle 10 Minuten nach ihr zu schauen, bis sie eingeschlafen sei, um die Sorge zu lindern. 20 Minuten später schlief sie tief und fest.

Am Tag darauf war wieder alles normal. Der Abend sei für sie eine beunruhigende aber lückenhafte Erinnerung.

Erst eine Oberärztin konnte mir dann erklären, dass es sich hier um eine klassische Dissoziation gehandelt haben muss.

## 2. Ziel und Rahmen der Fortbildung

Ich möchte behaupten, dass ich an dem Abend nicht der Einzige vom Personal gewesen bin, der Unsicherheiten mit der Situation hatte. Und es ist gut vorstellbar, dass dies auch auf den anderen allgemeinpsychiatrischen Stationen oder auch auf spezifischen Stationen wie denen zur Entzugsbehandlung so oder so ähnlich auftritt. Es liegt nahe, sich bei Überforderung Hilfe von Kolleg\*innen zu suchen und die Verantwortung an die/den zuständige\*n Ärzt\*in abzugeben. An sich ist das auch vollkommen okay. Nur glaube ich, dass unsere Berufsgruppe mehr leisten kann und das auch mit Stolz vertreten darf.

Die wenigsten Patient\*innen in unserer Klinik haben eine diagnostizierte PTBS und werden darum nicht mit Traumafolgestörungen in Verbindung gebracht. In der Biografieerhebung lassen sich jedoch bei vielen bereits in der Kindheit schwere belastende Ereignisse feststellen. Das ist kein Grund jeder dieser Personen eine Traumafolgestörung zu unterstellen. Dennoch möchte ich in den Raum stellen, dass hier einige in unserer Behandlung in einen toten Winkel fallen könnten. Gerade im Bezug zum Verständnis von Trauma und Dissoziation nach Lydia Hantke & Hans-Joachim Görge.<sup>1</sup>

Für mich war das Grund genug mich über die Fortbildung näher mit dem Thema zu beschäftigen und ich möchte das gewonnene Wissen gerne an die Kolleg\*innen weitergeben, die ebenfalls diese Motivation teilen.

Die Idee hierzu habe ich bereits mit der Pflegedienstleitung thematisiert und unter Vorlegung eines konkreten Konzepts steht man ihr offen gegenüber. Tendenziell würde sie sich in 4 x 90 Minuten aufgliedern und über den hausinternen Fortbildungskatalog angeboten werden. Die Anmeldung erfolgt in der Regel über die jeweilige Bereichsleitung. Ggf. würde es als ergänzendes Angebot zu einer geplanten Fortbildung zu PTBS und Borderline-Persönlichkeitsstörung in Frage kommen, die bereits zwei Kolleginnen entwickeln. Erfahrungsgemäß steigert das Angebot an Fortbildungen von Pflegenden für Pflegende die Teilnahmemotivation und somit die Kompetenz unseres Berufsfeldes.

Sinn der Fortbildung soll nicht der reine Wissensgewinn sein, sondern über bessere Einschätzungs- und Handlungsmöglichkeiten in Krisensituationen bei dissoziierenden Patient\*innen effektiver und (ggü. anderen Berufsgruppen) selbstbewusster Lösungen zu finden. Die erlernten Fähigkeiten sollen sich letztlich in das stationäre Zeitmanagement eingliedern lassen können und im Optimalfall eine Arbeitserleichterung als eine Mehrbelastung darstellen.

Konzeptuell ist eine Orientierung an dem Vier-Phasen-Modell der DeGPT hilfreich, um den pflegerischen Handlungsrahmen auf Akutstationen abzustecken:

- Orientierungsphase
- Stabilisierungsphase
- Traumabearbeitung und -verarbeitung
- Integration und Neubeginn<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Das Trauma als „ein Erleben nach dem Erleben – das Zusammentreffen eines Menschen mit einem Ereignis, dass er nicht verkraften kann. Es gibt kein Trauma ‘an sich’, kein Geschehen ist allein aus sich heraus traumatisch.“ (Hantke & Görge 2012, S. 54); „Sobald ein Organismus in Über- oder Unterspannung gerät, wird die Eingriffsmöglichkeit, aber auch Gefühls- und Schmerz Wahrnehmung behindert.“ (Ebd., S. 77)

<sup>2</sup> Vgl. Reichel 2019, S. 24

Dieses Modell ist laut Reichel in „aufeinander aufbauende, jedoch zirkulär verlaufende Phasen gegliedert“<sup>3</sup>, jedoch erlebe ich im pflegerischen Alltag eine gewisse Gleichzeitigkeit mehrerer Phasen bei den Patient\*innen. Zur groben Orientierung und Interventionsplanung eignet sich das Modell dennoch gut.

Dadurch, dass unsere Stationskonzepte nicht auf gezielte Traumabearbeitung und -integration ausgelegt sind, liegt der Fokus der Pflege auf den ersten beiden Phasen. Die Orientierungsphase fällt ins natürliche Ressort der Pflegefachpersonen. Durch ständige Erreichbarkeit bei Anliegen werden Beziehungsaufbau und -gestaltung von unserer Berufsgruppe zentral beeinflusst.<sup>4</sup> Die Stabilisierungsphase ist ebenfalls Teil unserer Arbeit, jedoch greifen viele Kolleg\*innen mangels bekannter spezifischer Handlungsmöglichkeiten auf die Unterstützung auf Ärzt\*in oder Psycholog\*in zurück, die selten direkt vor Ort sind und darum nicht immer zeitnah reagieren können. In unserem Stationssetting „wäre das Behandlungsziel vorläufig erreicht wenn die betroffene Person so weit gefestigt werden konnte, dass sie ihren Alltag bewältigen und traumatisches Material kontrollieren kann.“<sup>5</sup>

Letztlich soll die Fortbildung den Teilnehmer\*innen ermöglichen, Verständnis für die Lebenslage der Betroffenen zu gewinnen und ihre Erkrankung besser einordnen zu können. Das steigert die Hoffnung zur Genesung auf der Seite der Behandler\*innen und muss dringend an die Patient\*innen weitergegeben werden.<sup>6</sup> Der Gewinn an Selbstbewusstsein ermutigt die Betroffenen zur Selbstbestimmung und zur Kontrolle ihres Alltags<sup>7</sup>, was langfristig das Pflegepersonal entlastet.

---

<sup>3</sup> Ebd., S. 25

<sup>4</sup> Ebd., S. 26

<sup>5</sup> Ebd., S. 27

<sup>6</sup> Ebd., S. 56

<sup>7</sup> Ebd., S. 57

### 3. Kollegialer Austausch

Es ist sehr wahrscheinlich, dass die Teilnehmer\*innen mit unterschiedlichen Wissensständen und Erfahrungen zum Thema Dissoziation und Trauma in das Seminar kommen. Entsprechend ist es wichtig für mich als Dozent, dass die Teilnehmer\*innen diese Erfahrungswerte mitteilen. Einerseits um es mir zu ermöglichen bedarfsgerecht Informationen zu vermitteln und andererseits, um dieses Vorwissen bereits in der Gruppe zu nutzen. Damit meine Kolleg\*innen den Patient\*innen ihre Ressourcen vermitteln können, müssen sie als Behandler\*innen selbst erfahren, dass sie bereits einige Kompetenzen haben und nutzen können.

Passend als Verknüpfung starte ich mit der Durchführung des Ressourcenbarometers<sup>8</sup> und werde im Verlauf immer wieder darauf zurückkommen. Das vermittelt die erste Kompetenz im Umgang mit den Betroffenen aber auch zur Selbstfürsorge. Zudem ermöglicht das körperlich spürbare Konzept vom „einfachen Anker im Hier und Jetzt“<sup>9</sup> einen leichteren Einstieg in das Neurosequenzielle Modell später.

Anschließend bitte ich reihum das Anliegen an das Seminar mitzuteilen und ggf. mit einem Fall zu verbinden, der zu dem Thema vielleicht im Gedächtnis geblieben ist. Dann bitte ich darum, sich gemeinsam auf ein Fallbeispiel zu einigen. Je nach Teilnehmerzahl und Fallmenge kann man das entweder per Handabstimmung machen oder in größerer Runde nach „Elbing’scher“ Zuteilung.<sup>10</sup> Ich übernehme dann die Rolle des Moderators und bitte die Person, die den Fall eingebracht hat, ihren Lösungsweg darzustellen. Die Anderen dürfen dann Feedback geben und eigene Lösungsideen einbringen, allerdings mit dem Zusatz, dass diese keine medikamentösen Maßnahmen beinhalten dürfen. Da die Medikamentengabe eine delegierbare Tätigkeit von Ärzt\*innen an die Pflegefachperson darstellt und an der Idee vorbeiführt, die Kompetenz der Pflege zu stärken.

Die Vorschläge werden von mir an einer Flipchart o.ä. gesammelt und vorerst nicht weiter ausgewertet. Erst wenn ich meine Informationen vermittelt habe, bitte ich darum, am Ende des Seminars als Gruppe mit dem neuen Wissen die Lösungswege auszuwerten und wenn sie unbrauchbar erscheinen, so zu verändern, dass man sie wieder nutzen könnte. Eine Art spielerische Wissensabfrage und Überprüfung, ob ich es geschafft habe sie mit ihren Ressourcen mehr in Kontakt zu bringen.

---

<sup>8</sup> Vgl. Hantke & GörgeS 2012, S. 281 ff.

<sup>9</sup> Ebd., S. 287

<sup>10</sup> Anm.: Benannt nach der Methode von Matthias Elbing, einem ehemaligen Praxisanleiters aus meiner Ausbildungszeit: Die Optionen werden präsentiert und in der ersten Runde darf sich jeder zu jeder Option melden. Moderator\*in führt eine Strichliste und ermittelt damit das Grundinteresse ggü. der Themen. Im zweiten Durchlauf müssen sich die Personen dann jeweils fest zu einem Thema zuordnen. So werden letztlich alle Themen bearbeitet und niemand kann sich beschweren, dass sie/er sich andere Gruppenteilnehmer\*innen gewünscht hätte.

## 4. Theorieteil: Dissoziation und Flashback

Das Herzstück des Seminars bildet das Neurosequentielle Modell von Perry bzw. die Adaption ins Denker\*in-Häschen-Modell von Hantke & Görge. Perry veranschaulicht darüber hervorragend wie Physis und Psyche sich gegenseitig bei der Dissoziation beeinflussen und sich letztlich zu einem weiten Grad entkoppeln.<sup>11</sup> Hantke & Görge bieten zudem eine optisch übersichtliche und niederschwellig zugängliche Variante des Modells<sup>12</sup> und ergänzen diese mit Erklärungsmodellen zur Über- und Unterspannung<sup>13</sup> und Arbeitsweise des Hippocampus<sup>14</sup>. Dies ermöglicht einerseits die Verbindung zwischen der praktischen Nutzung des Ressourcenbarometers als Messinstrument und der theoretischen Bedeutung dahinter, andererseits bieten die Kombination der Modelle ein umfassendes Verständnis zum Innenleben der Dissoziierenden.

Die Inhalte des Modells habe ich in Gänze von Hantke & Görge übernommen, die optische Darstellung ist deutlich an die von K. Pannen angelehnt, jedoch habe ich sie den Umständen etwas angepasst (*siehe Anhang*). Viele Teilnehmer\*innen werden bereits ein DBT-Seminar zur Anspannungskurve/Anspannungsprotokoll besucht haben.

Exkurs Anspannungskurve nach DBT: Geht dort die Kurve nach oben, steigt die Anspannung, fällt sie, heißt das, dass die Person sich entspannt. Bleibt die Kurve in der Mitte bei 50%, ist die Person kurz davor in Hochspannung zu verfallen, gilt also nicht als entspannt.

Im Gegensatz dazu: Das Ressourcenbarometer bezieht sich zwar auch auf eine Spannungskurve, allerdings in einem anderen Sinn. Sie unterteilt Spannung in zwei Arten: Die Über- und die Unterspannung.<sup>15</sup> Von einer gedachten Mittellinie aus, die die beiden Arten unterteilt, und einem Rahmen, der die Grenze der aushaltbaren Spannung und damit der Flexibilität darstellt, stehen der Kurvenverlauf für eine beständige Anwesenheit von Spannung.<sup>16</sup>

Dabei wird Spannung nicht als grundsätzlich negativ gewertet, sondern als beständiger Teil des Alltags, und weist damit eine gewisse Nähe zur Salutogenese von Antonovsky auf, der Wohlbefinden mit den Umgang von Stressoren und Ressourcen in Verbindung bringt. Das Modell der Salutogenese ist jeder/m Krankenpfleger\*in mit dem Zusatz „Gesundheitspfleger\*in“ bekannt.

Hantke & Görge vertreten die Haltung, dass „[s]olange Spannungswechsel innerhalb des schwingungs- und erweiterungsfähigen Ressourcenbereich erfolgen, [...] sie die Flexibilität [erhöhen].“<sup>17</sup> Erst die Überschreitungen der Grenzen nach oben oder unten hin, führen zum Verlust der Bindung zwischen Neokortex und den unteren Hirnregionen. Die Betroffenen wechseln in einen Modus des Kämpfens, Fliehens, Erstarrens oder Tot Stellens. Manchmal auch Mehreres im Verlauf einer Dissoziation.<sup>18</sup> Um den Unterschied zur Spannungskurve im DBT zu verdeutlichen, stelle ich das Ressourcenbarometer als Straße mit Gegenverkehr auf beiden Seiten dar. Es ist unvermeidlich von einer Fahrspur (Spannung) zur anderen zu wechseln, um den entgegenkommenden Wagen (Stressoren) auszuweichen. Solange die

---

<sup>11</sup> Vgl. Perry, B. D. 2008, S. 311

<sup>12</sup> Vgl. Hantke & Görge 2012, S. 33 + S. 38 + S. 59

<sup>13</sup> Ebd., S. 42

<sup>14</sup> Ebd., S. 52

<sup>15</sup> Ebd., S. 77

<sup>16</sup> Ebd., S. 64

<sup>17</sup> Ebd.

<sup>18</sup> Ebd., S. 77



Straße breit genug ist, stellt dies keine Gefahr dar, aber wenn sie zu eng oder zu stark befahren ist, kann der eigene Wagen (Wohlbefinden, Denker\*in-Häschen-Kontakt) ins Schlingern kommen (die Grenzen des Ressourcenbereichs erreichen, Über-/Unterspannung) und sogar von der Straße in den Graben fahren (Dissoziation).

Die Teilnehmer\*innen sollen am Modell verstehen, dass „[w]enn jemand zuschlägt, jemanden anschreit oder wegrennt, [...] er nicht im Vollbesitz seiner Geisteskräfte [ist].“<sup>19</sup>

Und gleichzeitig muss die Lehre daraus sein, dass dies kein Freibrief zur Verantwortungslosigkeit für die Betroffenen darstellt, sondern die Vermittlung des Modells Wege eröffnet „Verantwortung zu übernehmen [...], [w]eil sie handlungsfähig macht.“<sup>20</sup>

Die Lösung muss also sein, den Ressourcenbereich auszuweiten und es gar nicht erst so weit kommen zu lassen.<sup>21</sup>

Es bietet sich an, eines der Fallbeispiele aufzugreifen und gemeinsam in der Gruppe zu versuchen, den Dissoziationsprozess auf das NSM/DHM zu beziehen.

Abschließend weise ich die Teilnehmer\*innen darauf hin, dass das Modell verdeutlicht, wie gering der Unfall, die Misshandlung o.ä. für uns als Behandler\*innen von Bedeutung ist. Wir müssen nicht wissen, was genau passiert ist. Und wir müssen das Ereignis auch nicht beurteilen, ob es für uns ebenso katastrophal wäre oder nicht. Es sollte uns reichen, dass die Personen, Aspekte dieses Moments immer wieder durchleben, um ihr Leiden in seinem Ernst zu erfassen.<sup>22</sup> Radikal heruntergebrochen ist das Problem der Betroffenen nicht mehr das Trauma selbst sondern die Traumatisierung.

---

<sup>19</sup> Ebd.

<sup>20</sup> Ebd., S. 133

<sup>21</sup> Ebd., S. 159

<sup>22</sup> Vgl. Van der Kolk, B. 2019, S. 83

## 5. Verständnis für die Betroffenen fördern

Im Grunde genommen geht es hier nur darum die Erkenntnisse durch die Modelle mit ihrer Auswirkung zu untermauern. Ich möchte in diesem Abschnitt Nachfragen und Zweifeln der Teilnehmer\*innen Raum geben. Je nach Bedarf bietet sich hier

- Die Aufzeichnung von MRT-Scans an, die Van der Kolk bei Flashbacks und Dissoziation aufgenommen hat.<sup>23</sup> Das Buch könnte ich in der Runde herumgeben lassen.
- Perry's Anekdote zur Auswirkung auf den Endomorphinhaushalt im Körper<sup>24</sup> an
- Ggf. Erfahrungsberichte von Betroffenen. Es gibt einige Betroffene, die Videos zu dem Thema auf YouTube hochgeladen haben. Jedoch beziehen die sich meist auf Behandlungskonzepte und selten auf die Dissoziation und die Wahrnehmung dieser selbst (was in sich auch ganz logisch ist).

In diesem Seminarabschnitt könnte man auch gut die Bezugsarbeit der Pflegenden an den Patient\*innen thematisieren. Da bereits einige andere Fortbildungen in unserem Haus zu diesem Thema angeboten werden (Aktives Zuhören, Sender-Empfänger-Modell von Watzlawick, Grundlagen der Gewaltfreien Kommunikation etc.), biete ich Informationen hierzu nur an, wenn ein konkreter Bedarf ersichtlich werden sollte.

Ggf. besteht Bedarf eine Grundhaltung im Umgang mit Betroffenen zu finden und zu festigen. Dies könnte bedeuten, „anfängliche Zurückhaltung oder gar Misstrauen, nicht zu pathologisieren, sondern viel mehr als vorsichtiges, besonnenes Prüfen positiv zu konnotieren und als eine in der Vergangenheit sicher hilfreiche Strategie wertzuschätzen.“<sup>25</sup>

Dem Bedürfnis nach Sicherheit sollte über Respekt vor der Privatsphäre und den individuellen Belastungsgrenzen nachgekommen werden.<sup>26</sup> Um gegenseitiges Vertrauen aufbauen zu können, muss den Betroffenen auch von uns erst Vertrauen entgegengebracht werden.

Hier könnte sich auch das Traumaviereck als interessant erweisen. Über Piagets entwicklungspsychologisches Experiment als Beispiel lässt sich das Modell gut einführen. Die Teilnehmer können lernen, dass bestimmte Missverständnisse oder sogar Konfliktsituationen unter Perspektive dieses Modells leicht vermeidbar sind. Mit der nötigen Ruhe können sie noch in der Situation selbst verstehen, ob sie gerade die Erwartungen zum Täterdasein erfüllen, die Hoffnung auf Rettung enttäuschen, sich durch Untätigkeit schuldig gemacht haben sollen oder vielleicht sogar von den Betroffenen in einem Gespräch mit Anderen als Opfer missinterpretiert werden.<sup>27</sup> Die Lösung für uns besteht darin als „empathische\*r Zeug\*in“ aufzutreten. Der „nimmt am Leben des Klienten (An)teil, aber er bleibt außerhalb und weiß, wie er das gewährleisten kann. Denn nur von hier aus läuft er nicht in Gefahr, Teil der alten Dynamiken zu werden.“<sup>28</sup>

---

<sup>23</sup> Vgl. Ebd., S. 85 + S. 89

<sup>24</sup> Vgl. Perry, B. 2008, S. 230 ff.

<sup>25</sup> Reichel, A. M. 2019, S. 29

<sup>26</sup> Vgl. Ebd., S. 31

<sup>27</sup> Vgl. Hantke & Görge 2012, S. 137 ff.

<sup>28</sup> Ebd., S. 143

## 6. Akutmaßnahmen: Dissoziationsstopps

Hier kommt die Auswertung der Lösungsvorschläge bei den Fallbeispielen zum Einsatz. Ggf. ergänze ich noch um Besonderheiten, die ich in der Weiterbildung gelernt habe. Es bietet sich an, die Dissoziationsstopps auch direkt in der Gruppe auszuprobieren, von der jeweiligen Person angeleitet, die diesen eingebracht hat. Ich bin zuversichtlich, dass meine Kolleg\*innen bereits viele Erfahrungswerte besitzen und einbringen können.

Ansonsten bieten sich viele kleinere Übungen aus der Weiterbildung beim institut berlin oder aus Hendersons „Embodying Well-Being“ an, die ich den Teilnehmer\*innen ergänzend zur Verfügung stellen kann.

## 7. Prophylaxe: Imaginations- und Stabilisierungsübung

Viele dieser Übungen bieten sich natürlich auch als Akutmaßnahme an, sind aber in einem ruhigen Rahmen besser zu vermitteln. Auf den meisten Stationen in unserem Haus bieten wir den Patient\*innen Gespräche nach dem Bezugspflegekonzept an. Diese Gespräche lassen sich gut mit folgenden Übungen aus der Weiterbildung am institut berlin verbinden:

- Schutzhülle: Eine Imaginationsübung, die zur Reizabschirmung und Distanzgewinn von unangenehmen Situationen ermächtigt. Betroffene lernen sich achtsam selbst zu schützen noch bevor die Dissoziation diese Rolle übernimmt.<sup>29</sup>
- Wohlfühlort: Eine Imaginationsübung, die es Betroffenen ermöglicht in Anspannungssituationen auf ein Wohlgefühl aus Trainingssituation im Hier und Jetzt zurückzugreifen.<sup>30</sup>
- Innere\*r Helfer\*in: Eine Imaginationsübung, die es Betroffenen ermöglicht, sich Situationen nicht alleine ausgeliefert zu fühlen, sondern einen Speicher an Kraft, Zuversicht und Geborgenheit oder eine Verknüpfung zur Nutzung von Fähigkeiten zu etablieren<sup>31</sup>
- 5-4-3-2-1: Eine Achtsamkeits- und Reorientierungsübung, die Gedankenkreisen effektiv stoppen kann und es den Betroffenen ermöglicht, ihr Hier und Jetzt wahrzunehmen und besser einzuschätzen.<sup>32</sup>

---

<sup>29</sup> Vgl. ebd. S. 362 ff.

<sup>30</sup> Vgl. ebd., S. 329 ff.

<sup>31</sup> Vgl. ebd., S. 352 ff.

<sup>32</sup> Vgl. ebd., S. 246 ff.

- Ressourcenorientierte Fragen: Sollte generell im Bezugspflegegespräch beachtet werden. Durch Erinnerung an vergangene Erfolge werden fatalistische Gedankenmuster durchbrochen und das Bewusstsein für die eigenen Fähigkeiten gestärkt.<sup>33</sup> Außerdem hilft es deutlich dabei, dass die Pflegefachperson sich nicht in einer Rolle der Bringpflicht mit immer neuen und perfekt individuellen Ideen wiederfindet, sondern die/der Patient\*in bei der Findung dieser Ideen unterstützt wird. Das entlastet erfahrungsgemäß deutlich.
- Zwischenlager: Eine Imaginationsübung, die es den Betroffenen ermöglicht, belastende Gedanken kontrolliert aus dem alltäglichen Gedankenbild zu entfernen und dennoch jederzeit Zugriff darauf haben zu können. Das reduziert Hilflosigkeit und Opfergefühle<sup>34</sup> und wird von mir generell gerne bei Patient\*innen mit Einschlafstörung ohne psychotische Anteile angewendet.
- Gefühle versorgen: Eine Imaginationsübung, die es ermöglicht mit belastenden Gefühlen in Kontakt zu treten und diese mit sich in Verbindung zu bringen und unter Umständen sogar in etwas Positives zu verwandeln. Zumindest hilft sie den Betroffenen ähnlich wie beim Zwischenlager nicht ständig mit dem Gefühl konfrontiert zu sein und Kontrolle über das seelische Wohlbefinden wieder zu gewinnen.<sup>35</sup>
- Bildschirm: Imaginationsübung, die es ermöglicht zu unangenehmen Bildern und Erinnerungen im Kopf Distanz zu gewinnen und sich über diese Distanz davon besser ab- oder sogar zuzuwenden zu können.<sup>36</sup>
- Hier & Jetzt Brief: Ein Brief, den die Betroffenen an sich selbst adressieren und möglichst immer am Körper tragen. Er dient zur Reorientierung und Wiederherstellung des Sicherheitsgefühls.<sup>37</sup>

---

<sup>33</sup> Vgl. ebd., S. 370 ff.

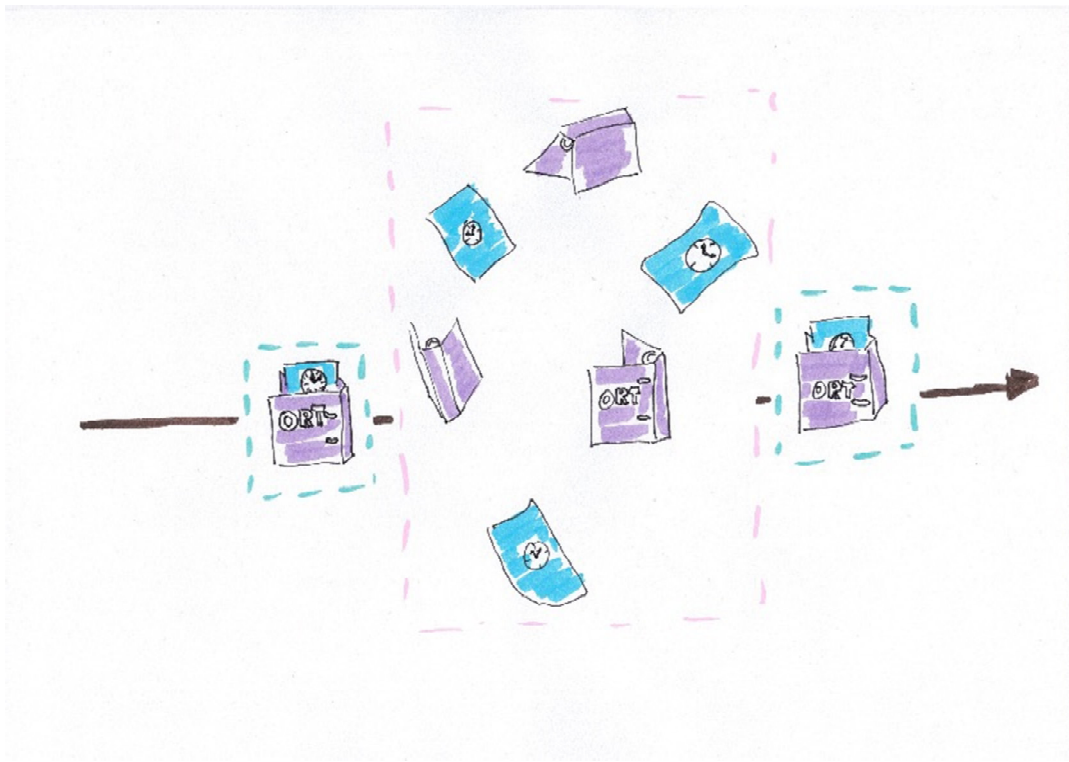
<sup>34</sup> Vgl. ebd., S. 324 ff.

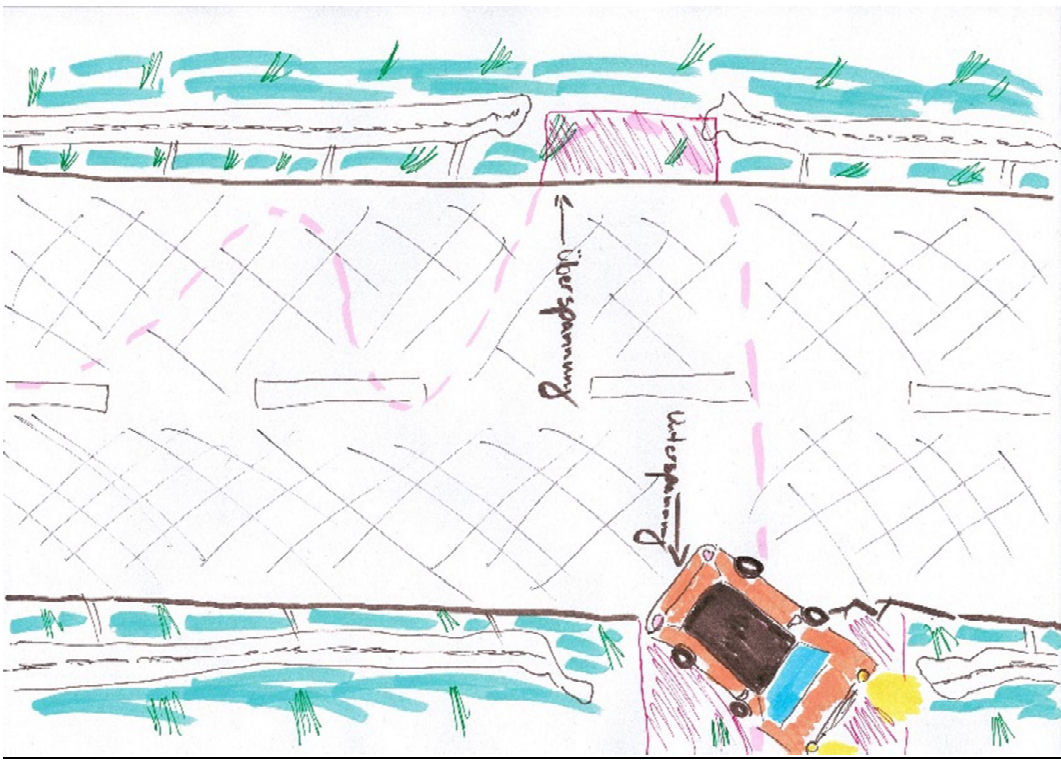
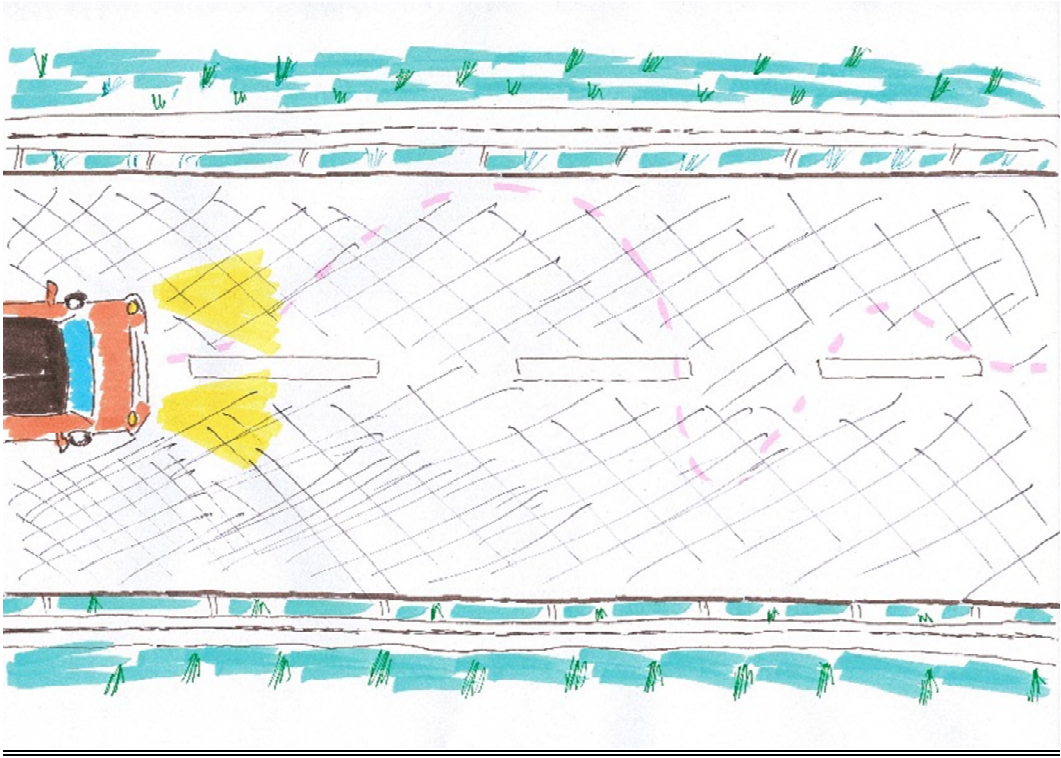
<sup>35</sup> Vgl. institut berlin Skript 3 2021, S.21

<sup>36</sup> Vgl. Hantke & Görges 2012, S. 403 ff.

<sup>37</sup> Vgl. institut berlin Skript 5 2021, S. 15

# Anhang





## Literaturverzeichnis

- Hantke, L.; Görge, H.-J. (2012): Handbuch Traumakompetenz. Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik.
- Reichel, A. M. (2019): Traumasensible psychiatrische Pflege.
- Perry, B. D.; Szalavitz, M. (2008): Der Junge, der wie ein Hund gehalten wurde.
- Van der Kolk, B. (2019): Verkörperter Schrecken. Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann.
- Henderson, J. (2001): Embodying Well-Being. Oder wie man sich trotz allem wohl fühlen kann.
- institut berlin (2021): Curriculum Ressourcenorientierte Traumapädagogik und Traumazentrierte Fachberatung Teil 3. Stabilisierung und Distanzierung – Imaginationsübungen, Theorie und Praxis von Telearbeit/Innerer Kind-Arbeit, traumasnsibles Fallverstehen.
- Institut berlin (2021): Curriculum Ressourcenorientierte Traumapädagogik und Traumazentrierte Fachberatung Teil 5. Transgenerationale Aspekte von Traumatisierung. Vorbeugung und Selbstfürsorge.