

# TRAUMASENSIBLER METHODENKOFFER FÜR DIE ARBEIT MIT SUCHTKRANKEN UND PSYCHISCH ERKRANKTEN

Ein Projekt von Viktoria Springob und Christina Große  
Munkenbeck

# Gliederung

- Theorieteil
  - Was ist Trauma?
  - Trauma-Modelle
- Praxisteil
  - Reorientierung
  - Normalisierungsintervention
  - Körper und Geist im Hier und Jetzt
  - Erweiterung des Ressourcenbereichs
- Fachlicher Austausch

# Theorieteil

# Was ist Trauma?

- Trauma (lat. Wunde): etwas konnte während des Geschehens nicht verarbeitet werden und auch nachträglich nicht integriert werden
- Trauma
  - Potenziell lebensbedrohliches Ereignis
  - Überwältigende Gefühle von Angst und Hilflosigkeit
  - Keine Möglichkeit zur Verarbeitung
  - Nicht ausreichende Ressourcen vorhanden um Erlebnis nachfolgend zu verarbeiten
- Trauma ist nicht aus dem Ereignis selbst abzuleiten, sondern daraus wie das Erlebte von dem Menschen verarbeitet bzw. nicht verarbeitet wird

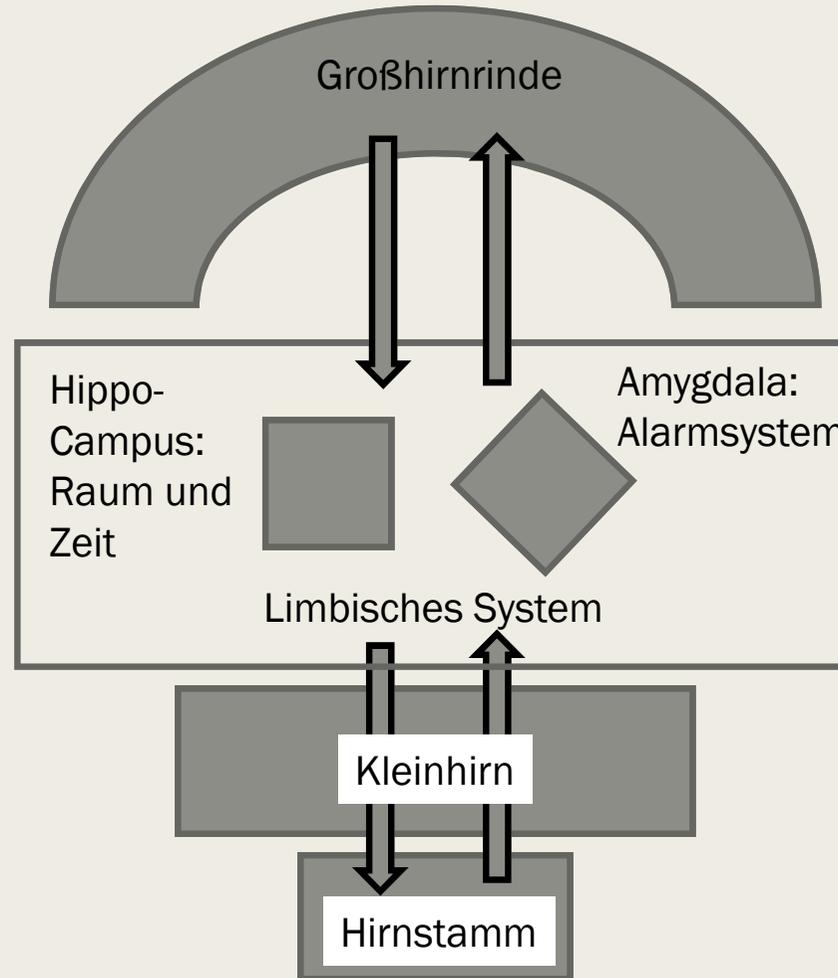
# ICD 10 (F43.1) Posttraumatische Belastungsstörung

- Die Betroffenen sind einem kurz- oder langhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.
- Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen (Flashbacks), lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.
- Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Erlebnis.
- Entweder 1. oder 2.
  1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern.
  2. Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei der folgenden Merkmale:
- - a) Ein- und Durchschlafstörungen
  - b) Reizbarkeit oder Wutausbrüche
  - c) Konzentrationsschwierigkeiten
  - d) Hypervigilanz (erhöhte Wachsamkeit)
  - e) erhöhte Schreckhaftigkeit.
- Die Kriterien B., C. und D. treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf. (In einigen speziellen Fällen kann ein späterer Beginn berücksichtigt werden, dies sollte aber gesondert angegeben werden).

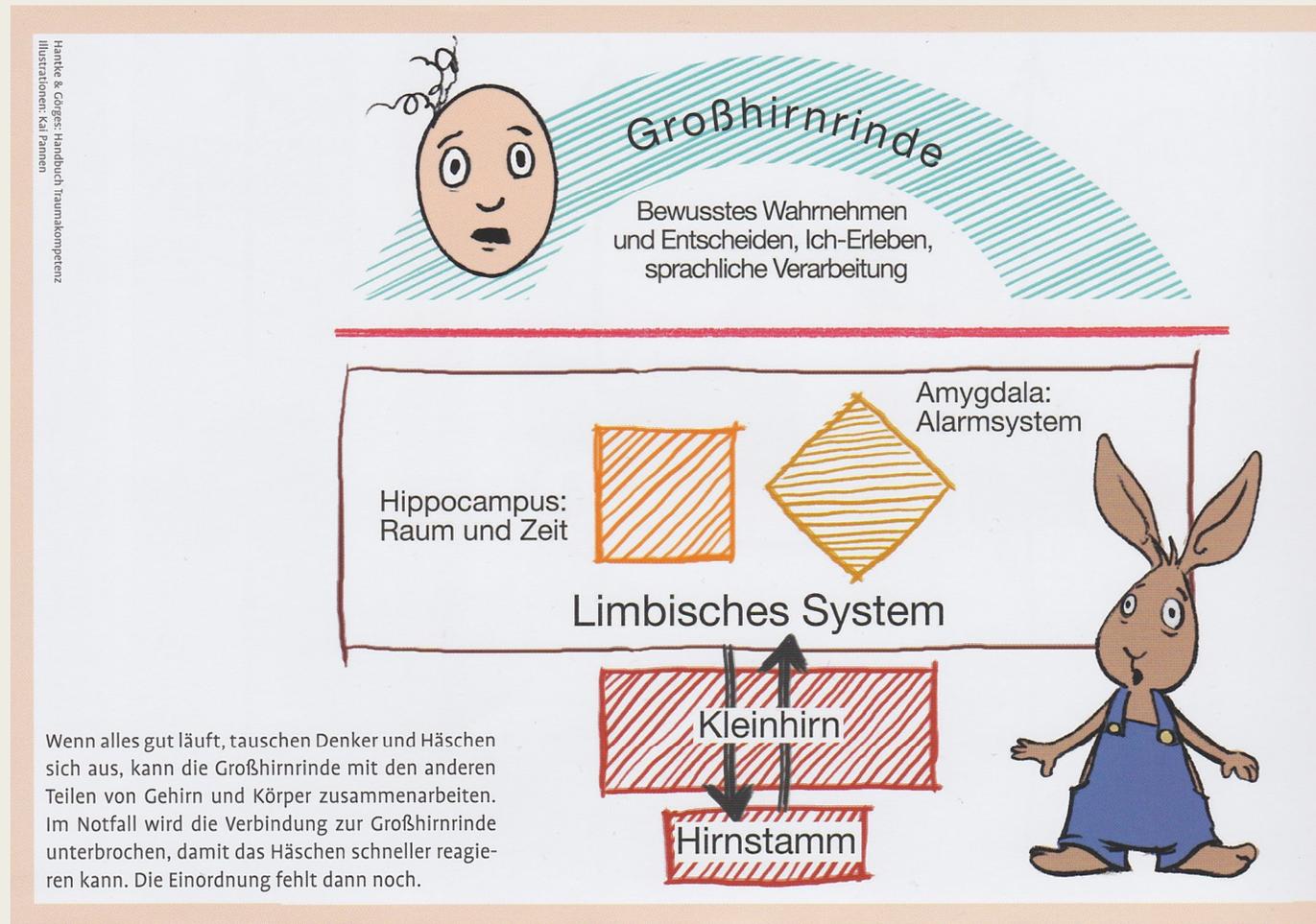
# Aufbau des Gehirns

Denkerin

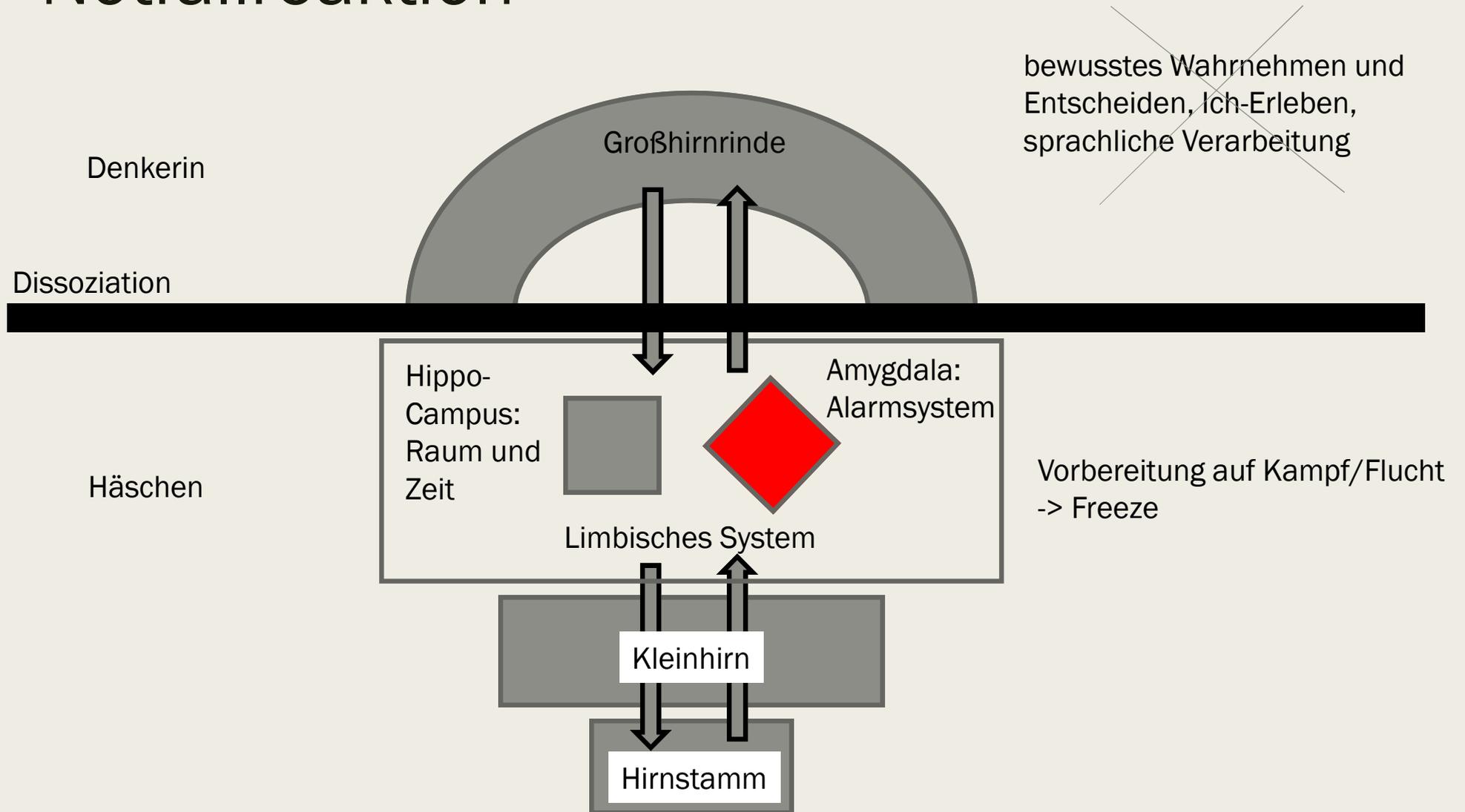
Häschen



# Häschen Denker Modell



# Notfallreaktion



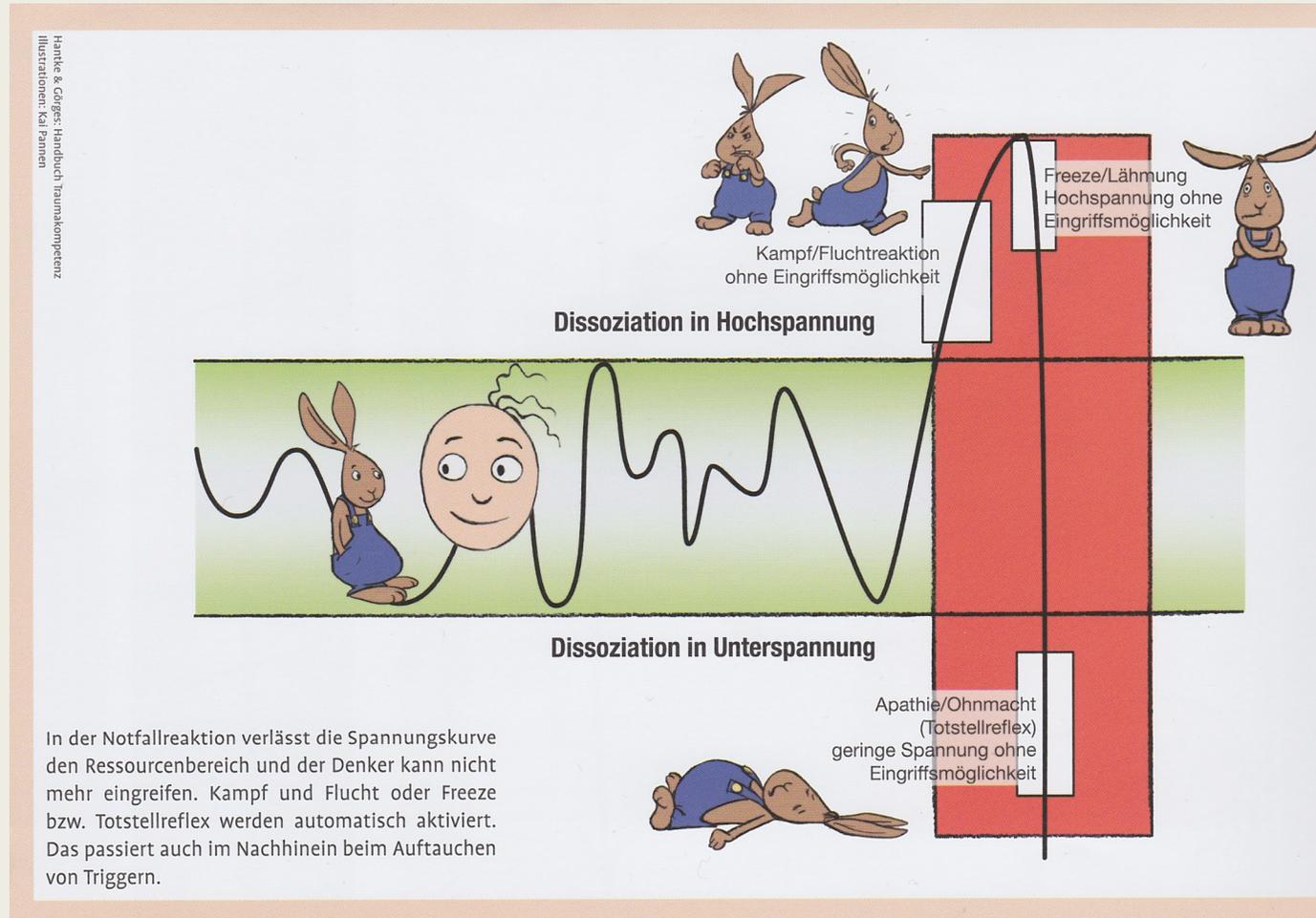
# Notfallreaktion

- Amygdala bewertet Situation als gefährlich, Alarmanlage geht an
- Hormonelle Veränderungen > Vorbereitung auf Kampf oder Flucht, Energie versammelt sich in den großen Muskeln
- Versorgung der Großhirnrinde wird heruntergefahren, damit schnelleres Handeln möglich ist, bewusstes Denken dadurch abgeschaltet oder zumindest eingeschränkt
- Verdauungstrakt wird im Notfall entleert
- Spannungskurve verlässt den Ressourcenbereich
- Hippocampus: keine Einordnung der Informationen möglich, da Kontakt zur Großhirnrinde unterbrochen
- Wenn Kampf oder Flucht nicht möglich, werden automatisch aktiviert Freeze/Totstellreflex
- Notprogramme (für die Sicherung von Schutzbefohlenen)
- Notfallreaktionen können nach dem Trauma erneut durch Trigger ausgelöst werden

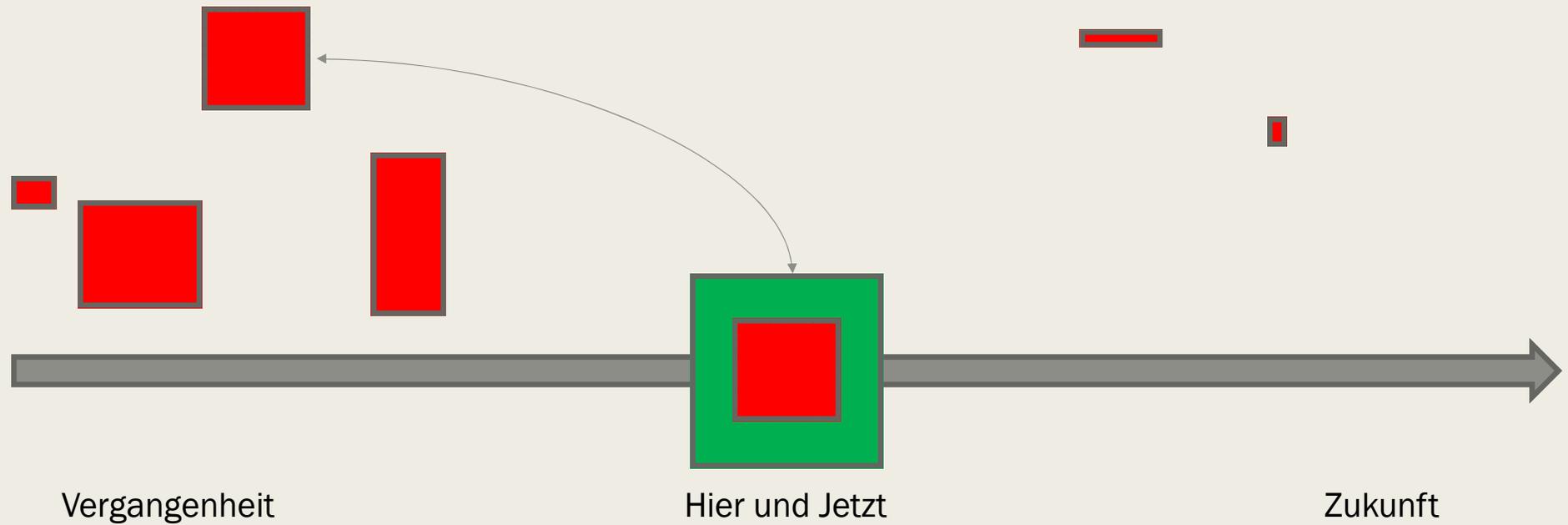
# Dissoziation

- Dissoziation ist die Fähigkeit, etwas aus dem Alltagsbewusstsein abzuspalten.
- DSM IV Definition: Unterbrechung der normalerweise integrativen Funktion des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität oder der Wahrnehmung der Umwelt
- ist der Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die eigene Vergangenheit des Identitätsbewusstsein, der unmittelbaren Empfindungen, sowie der Kontrolle von Körperbewegungen
- ist eine allgemeine menschliche Fähigkeit bzw. eine bestimmte Form der Erlebnisverarbeitung, die für manche Menschen auch von Vorteil sein kann
- verhindert Erinnerungen, damit Schmerz nicht mehr erinnert wird
- Symptom, was langfristig schützen soll um nicht zu fühlen
- schlechter Denker-Häschen-Kontakt
- Flashbacks erlebt das Häschen nicht das ich

# Ressourcenbereich



# Zeitstrahl (Flashbacks)



# Praxisteil

# Was bedeutet diese Theorie für unsere Arbeit?

- Notfallreaktion erkennen
- Klient ins Hier und Jetzt holen > reorientieren
- Erklären was los ist
- Im Hier und Jetzt halten
- Ressourcenbereich erweitern

> Kontrolle zurückgeben und stabilisieren

# Woran erkenne ich eine Notfallreaktion beim Klienten?

- „Atem: Schneller, flacher, hektisch, zu tiefes Einatmen?
- **Muskelspannung:** Spannt sich der Körper an? Wo? Erschlafft er?
- **Herzschlag und Blutdruck:** Sehen Sie das Herz am Hals schlagen, verändert sich die Hautfarbe?
- **Art der Bewegungen:** Starr ,ruckartig?
- **Bezug zum Gegenüber:** Sieht er mich wirklich an? Habe ich das Gefühl wahrgenommen zu werden?
- **Veränderungen im Gesichtsfeld:** Bewegen sich die Augen anders? Werden sie glasig? Scheint mein Gegenüber ins „Nichts“ zu sehen?
- **Aufmerksamkeitsfokus:** Berichtet die Klientin vom Jetzt oder von einer Vergangenen Moment?“(Hantke/Görges 2012, S. 72)

# Reorientierung- Was ist das?

- dient dem Dissoziationsstopp
- dient dazu zurück in den Ressourcenbereich und in das „Hier und Jetzt“ zu gelangen
- dient dazu das „Häschen“ zu beruhigen
- Reorientierung und Spannungsregulation müssen von Klient neu erlernt werden
  - körperliche Ebene, Reorientierung muss immer wieder geübt werden, damit Klient es schafft alleine darauf zurück zu greifen
- Bei Überspannung > Beruhigung und Irritation
- bei Unterspannung > Aktivierung und Irritation

# Reorientierungsübungen

- Musterunterbrechungen (Irritation) z.B. Kaffee holen, Fenster öffnen, mit (falschem) Namen ansprechen...
- Erdung z.B. Füße fest auf dem Boden...
- Atmen z.B. tiefe Bauchatmung...
- Bewegungsübungen z.B. Körperhaltung verändern, body2brain
- Wahrnehmungsübungen z.B. 5,4,3,2,1 Übung...
- Skills Box z.B. Igelbälle, Ammoniak, scharfe Bonbons...

# Normalisierungsintervention

- Erklärung der Trauma-Modelle helfen dem Klienten das Geschehene einzuordnen
- Beruhigung der „Denkerin“
- Häufig gibt es das Gefühl seitens des Klienten verrückt zu werden, z.B. wenn Notfallreaktionen durch Trigger ausgelöst werden
- Schafft Kontrolle, da Klient weiß was passiert

# Körper und Geist im Hier und Jetzt

- Mit Klienten erarbeiten woran er erkennt, dass er sich im Hier und Jetzt befindet
- Handelt es sich vielleicht um eine alte Angst/ ein altes Gefühl?
  - Gefühl auf der Zeitlinie einordnen
- Flashbackkontrolle als Übung bei Auftreten von Dissoziationen, Doppelerleben, Flashbacks, Alpträumen, Verkennungen, Realitätsverzerrungen

# Erweiterung des Ressourcenbereichs

- Sicherer Ort
- Positiv Tagebuch
- „Regentag-Brief“ (Hantke/Görges 2012, S. 394)
- Liste angenehmer Aktivitäten
- Notfall-/Ressourcenkoffer

# Erstellung einer Ressourcen-Schatulle

- **Angenehme Aktivitäten** (Was hab ich schon ausprobiert? Was hat geholfen? Was möchte ich neu ausprobieren?)
- **Eigene Ressourcen** (Wen kann ich ansprechen? Was habe ich zur Verfügung? Welche Fähigkeiten habe ich?)
- **Stärken** (Was kann ich gut? Welche meiner Fähigkeiten haben mir in Situationen schon geholfen? Welche Fähigkeiten bräuchte ich?)
- **Sicherer Ort** (Bild, Anker)
- „Regentag-Brief“ (Hantke/Görges 2012, S. 394)
- **Skills Utensilien** (z.B. Igelbälle, scharfe beißende Gerüche wie Ammoniak oder Essig, scharfe Bonbons, Schießgummi, kaltes Wasser)
- Liste mit **Zwischenbilanzen** worauf bin ich stolz? Was habe ich schon geschafft?
- **Positiv Tagebuch** (nenne 3 Dinge die heute gut waren, auf die du stolz bist)
- **Notfallkarte** (Was kann ich tun wenn xy passiert? Wen kann ich anrufen?)
- „Kontrolle von Flashbacks durch duale Wahrnehmung“ (Hantke/Görges 2012, S.298 ff.)

# Trauma und andere psychische Erkrankungen

- Warum macht es Sinn traumasensibel mit anderen psychischen Erkrankungen zu arbeiten?
- Finden sich ähnliche Symptome und Verhaltensweisen in anderen psychischen Erkrankungen wieder?
- Welche Methoden können von der traumasensiblen Arbeit angewendet werden?
  - *Beispiele anhand von Angststörungen und einer Borderline – Persönlichkeitsstörung*

# Symptome von Angststörungen

- Körperliche Angstsymptome – Herzklopfen, beschleunigter Puls, Schweißausbrüche, Zittern, Mundtrockenheit, Atembeschwerden, Hitzewallung oder Kälteschauer, Gefühllosigkeit oder Kribbeln, Muskelverspannung oder Schmerzen
- Angstverstärkende Gedanken – Erwartungsängste, Katastrophengedanken, Befürchtungen, die Kontrolle zu verlieren oder in Ohnmacht zu fallen, Angst zu sterben oder eine schwere Erkrankung zu bekommen
- Gefühle – Hilflosigkeit, Trauer, Verzweiflung oder Unsicherheit
- Verhalten – Vermeidung, Rückzug, Sicherheitsverhalten, Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung, Überreaktion auf Unvorhersehbares, Reizbarkeit, Einschlafstörungen wegen der Sorgen

# Traumasesensible Arbeit mit Angststörungen

- Häufigste psychische Erkrankung neben depressiven Störungen
- Angst bereitet den Körper vor zu reagieren (*Notfallreaktion*)
- Wenn man Angst zulässt und wahrnimmt kann das Gehirn die Informationen die das Gefühl in sich trägt verarbeiten (*im Ressourcenbereich*)
- Traumatische Erlebnisse wirken sich stark auf unsere spätere Angstbereitschaft und die Bewertung der Gefährlichkeit von Situationen aus (*Erklärung der Modelle*)
- Furcht oder Panik ist eine Basisemotion, die mit einer Stressreaktion oder „Kampf- und Fluchtreaktion“ einhergeht (*Verstehen durch die Modelle/Notfallreaktion*)
  - Wenn diese Reaktion ohne Bedrohung auftritt spricht man von einer Panikattacke

# Traumasesensible Arbeit mit Angststörungen

- Amygdala spielt eine wichtige Rolle bei der Regelung von Gefühlen und beim Erkennen von Gefahren (*Notfallreaktion*)
- Bei anhaltender Erregung können die Prozesse im Gehirn wesentlich an der Entwicklung einer Angststörung beteiligt sein
  - Auch an der Entwicklung anderer Erkrankungen, wie z.B. Borderline-Persönlichkeitsstörung, Bluthochdruck oder Depressionen
- Angststörungen entstehen häufig durch langanhaltende Belastungs- und Überforderungssituationen – Gefahr, dass das Angstsystem über längere Zeit aktiviert bleibt

## Was hilft?

*Ressourcenorientierte Arbeit, Psychoedukation, Verständnis, Freundlichkeit und Lächeln, welche die Amygdala und das Angstsystem beruhigen, Selbstwirksamkeit, Erfolgserlebnisse, kleine Ziele setzen, keine Überforderung*

# Beispiel Panikattacke

- Notfallreaktion erkennen (körperliche Symptome wie Herzrasen, beschleunigter Atem)
- Klient ins Hier und Jetzt holen > reorientieren und die Angst kommen und gehen lassen
- Erklären was los ist („Es passiert gerade folgendes in deinem Körper, das ist ganz normal“)
- Im Hier und Jetzt halten
- Ressourcenbereich erweitern
- Kontrolle zurückgeben und stabilisieren

# Borderline-Persönlichkeitsstörung

Wie erleben Betroffene die Erkrankung?

- Intensive Gefühle, die als unerträgliche Spannung erlebt werden
- Innerer starker Druck, der das Bedürfnis aus dem Erleben auszusteigen auslöst (Abschalten und Abspalten der Gefühle -> Dissoziation)
- Stimmungsschwankungen, schnelle Stimmungswechsel durch plötzlich einschießende und anhaltende Anspannung
- Große Wut, nicht kontrollierbar, die sich gegen andere Menschen, Gegenstände und sich selbst richten kann
- Leere und Langeweile, die als tiefes Grauen oder schwarzes Loch beschrieben wird
- Einsamkeit und Verlassenheit mit intensiver Bemühung Alleinsein zu vermeiden
- Selbstverletzendes Verhalten zur Linderung von Angst und Spannung

# Borderline und Dissoziation

- Wenn die Gefühlswelt unerträglich ist trennen Betroffene das Erleben mitunter gänzlich von ihrem Bewusstsein
  - Überlebensstrategie in traumatischen Situationen, die sich verselbstständigen können -> kann zu unangenehmen Alltagssituationen führen
- Studien zeigen: 65 % der Menschen mit Borderline leiden unter schwerwiegender dissoziativer Symptomatik
- schwerwiegende Folgen für Betroffene, wie u.a. die Fähigkeit neue Erfahrungen zu machen und mit alten Erfahrungsmustern zu verbinden ist erheblich behindert (Folgen: Kompetenzlücken in Schule, Beruf und Soziales)
- Reize und Schmerzreize werden genutzt, um wieder in die Realität zurückzukehren

# Hintergründe der Erkrankung

- Wechselwirkung zwischen genetischen Faktoren, traumatischen Erfahrungen und negativen Lernprozessen, bzw. Verhaltensmustern
- Häufig traumatische Erlebnisse, ca. 2/3 der Betroffenen
  - Wenn Traumata verdrängt sollte nicht danach gesucht werden
- 2/3 dissoziative Symptome

# Traumasesensible Arbeit mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen

- Psychoedukation (Wissen über die eigene Erkrankung, Nutzen der Erklärungsmodelle)
- Einüben von Strategien für Über- und Untererregung (Skillsbox, Methodenkoffer, Reorientierungsübungen durch Bewegung, Irritation, Erdung ..)
- Ressourcenorientiert arbeiten: Gefühle anerkennen, Stimmungsschwankungen wohlwollend nachvollziehen
- Klare Aussagen und Handlungen, klare Grenzen und Regeln – Kontrolle zurückgeben

# Fachlicher Austausch

- Was sind eure Erfahrungen in Bezug auf Zusammenhänge von Trauma und Sucht und psychischen Erkrankungen?
- Wie geht ihr mit dem Thema Trauma in eurer Arbeit um?
- Wo können wir die vorgestellten Modelle in unserer Arbeit anwenden?
- Wo finden sich Parallelen zu anderen Erkrankungen?
- Welche Übungen/Methoden kennt ihr noch?