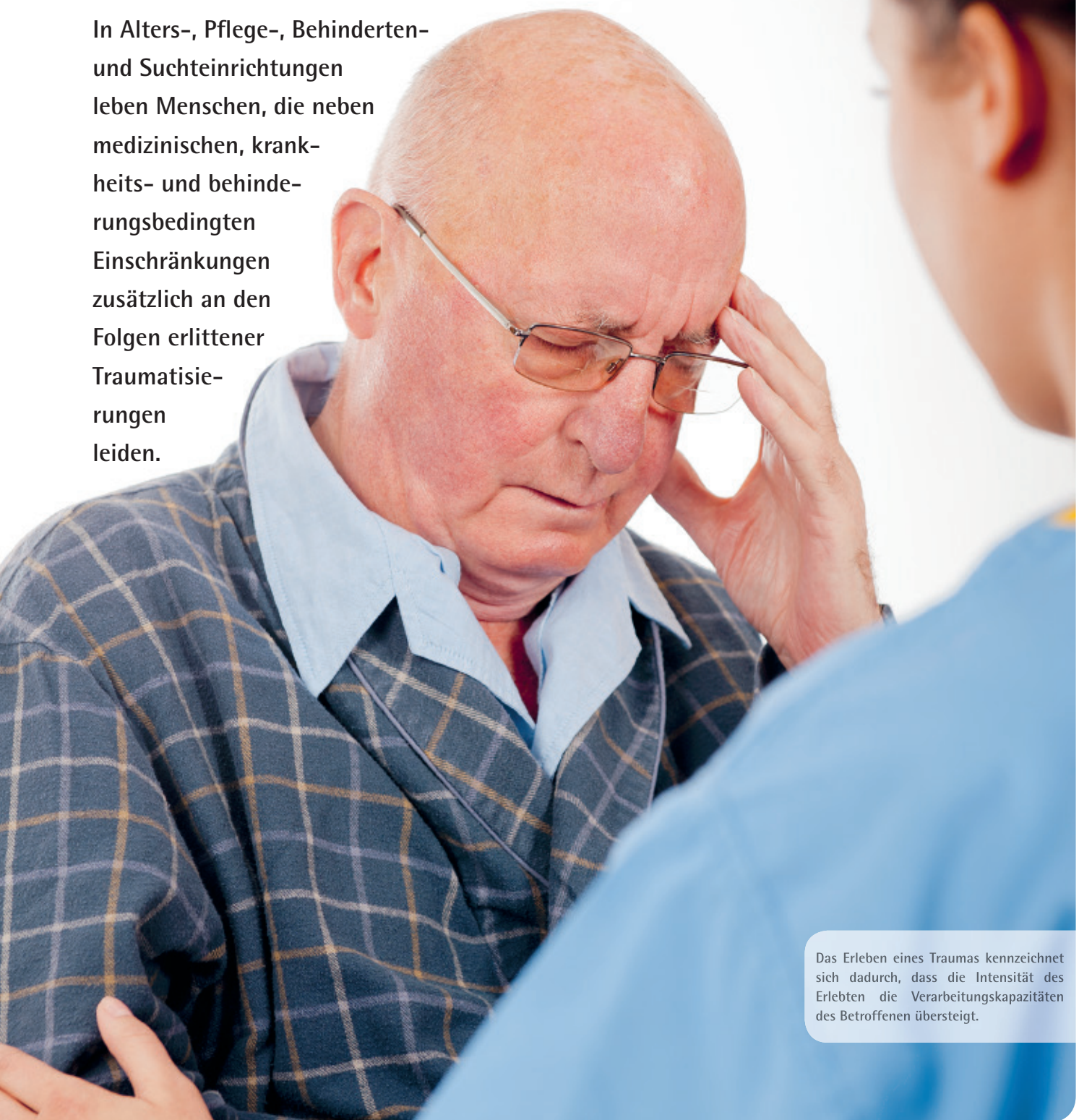


Wenn Zeit nicht alle Wunden heilt... Traumaorientiertes Arbeiten in der Aktivierungstherapie

Gabriela Schiess-Meyer

In Alters-, Pflege-, Behinderten- und Suchteinrichtungen leben Menschen, die neben medizinischen, krankheits- und behinderungsbedingten Einschränkungen zusätzlich an den Folgen erlittener Traumatisierungen leiden.



Das Erleben eines Traumas kennzeichnet sich dadurch, dass die Intensität des Erlebten die Verarbeitungskapazitäten des Betroffenen übersteigt.

Da das Wissen um die Zusammenhänge von Traumatisierung und Traumadynamik in vielen Institutionen nach wie vor zu wenig bekannt ist, werden die Bedürfnisse der Betroffenen in Bezug auf ihre Problematik nicht ausreichend begleitet. In den meisten therapeutischen und agogischen Konzepten wird wenig oder nicht ausreichend auf Traumafolgestörungen und deren Auswirkungen eingegangen. Betroffen sind Menschen mit traumatischen Erfahrungen im Zusammenhang mit Unfällen, Krieg, Gewalt, Tod und Verlust, körperlichen und psychischen Erkrankungen, Behinderungen, dem Leben als Waisen, Verdingkinder u.v.m. Anschliessend einige Beispiele:

Herr G.: Trauma aus dem Krieg

Herr G. lebt im Altersheim, er leidet an Demenz. Er war als freundlicher, ruhiger Bewohner bekannt. Bis diese unerklärlichen Attacken begannen: Unvermittelt stürzt er sich auf eine Mitbewohnerin, drückt sie mit aller Kraft mit sich zu Boden, legt sich über sie. Die Mitbewohnerin Frau S. ist schockiert. Herr G. scheint sehr aufgebracht, wehrt sich mit Leibeskräften gegen die herbei eilenden Mitarbeiter. Zu dritt gelingt es den Mitarbeitenden schliesslich, Herrn G. festzuhalten, von Frau S. weg zu ziehen und in sein Zimmer zu begleiten. In letzter Zeit sind diese Attacken von Herrn G. auf Mitbewohnende öfter aufgetreten, sie schienen wie aus heiterem Himmel zu kommen und niemand konnte sich erklären, warum Herr G. immer wieder unvermittelt Mitbewohnende angreift und auf den Boden drückt, sich über sie legt und anscheinend sehr aufgeregt ist und intensive Angst zu haben scheint. Es konnte in keinem der Fälle ein vorangehender Streit, verbale Auseinandersetzung oder eine sonstige Eskalation beobachtet werden. Die Mitbewohnenden bekamen teilweise Angst vor Herrn G. Die Angehörigen der Attakkierten beschwerten sich und verlangten zu Recht, dass etwas geschehen müsse. Die Mitarbeitenden standen vor einem Rätsel, warum der sonst so freundliche alte Mann plötzlich derart übergriffig geworden war. Es wurde Psychopharmaka in einer mittleren Dosis verschrieben, da die behandelnde Ärztin fand, dass Herr G. ja sonst grundsätzlich einen freundlichen und zufriedenen Eindruck mache. Die Präparate

Was ist ein Trauma?

Trauma kommt aus dem Griechischen und heisst Wunde. Das Erleben eines Traumas kennzeichnet sich dadurch, dass die Intensität des Erlebten die Verarbeitungskapazitäten des Betroffenen übersteigt. Todesangst, absolute Ohnmacht, das Gefühl der Hilflosigkeit und des schutzlosen Ausgeliefertseins führen zu einer massenhaften Ausschüttung von Stresshormonen und setzen eine Kaskade an Reaktionen im Nervensystem in Gang. Kann dieser traumatische Stress nicht abgebaut und die schlimme Erfahrung nicht verarbeitet werden, bleiben Körper und Psyche im schockierten Zustand. Betroffene erleben Teile der traumatischen Situationen, für sie unkontrollierbar, immer wieder, Dynamiken wiederholen sich und werden teilweise unbewusst reinszeniert.

Permanent in Ausnahmezustand

Für die Betroffenen ist nach einer traumatischen Erfahrung nichts mehr, wie es einmal war. Das Gefühl der relativen Sicherheit, das Urvertrauen in das Leben und in die eigene Fähigkeit, für die eigene Unversehrtheit sorgen zu können wurde massiv erschüttert. Betroffene sind aufgrund ihres durch das Trauma konditionierten Nervensystems permanent in einem Ausnahmezustand erhöhter Wachsamkeit. Situationen, die auch nur entfernt an das Trauma erinnern könnten, werden möglichst vermieden, was dazu führt, dass Betroffene in ihrem Leben und ihrem Aktionsradius stark eingeschränkt sind.

Da Traumata Menschen häufig durch andere Menschen willentlich und gewalttätig zugefügt werden, leidet darunter besonders die Beziehungsfähigkeit der Betroffenen. Es fällt schwer, wieder Vertrauen zu anderen, in sich und die eigenen Wahrnehmung oder zum Leben zu entwickeln, Grenzen wahrzunehmen und zu wahren – eigene wie fremde. Das Gefühl für die eigene

Ganzheit ist abhanden gekommen, das Vertrauen in die Selbstwirksamkeit wurde zerstört.

Ein traumaorientierter Ansatz in der professionellen Arbeit mit Betroffenen erfordert das Einbringen der eigenen Beziehungsfähigkeit. Es bedeutet Beziehungen auf Augenhöhe anzubieten, die es Betroffenen ermöglichen, konstruktive und korrigierende Beziehungserfahrungen zu machen. Eine Beziehungsgestaltung, die kongruent und ehrlich ist, die sich durch Stabilität und Verlässlichkeit auszeichnet und so dem Betroffenen dabei hilft, für sich eine relative Sicherheit im Umgang mit dem Du wieder zu erarbeiten.

Es braucht solides Grundwissen

Ein solides Grundwissen darüber, was Trauma ist, wie ein Trauma entsteht, was dadurch neurobiologisch im Gehirn und im Nervensystem des Betroffenen geschieht und welche Auswirkungen sich daraus für die Betroffenen und ihr Umfeld ergeben, ist dafür zwingend. Dies ermöglicht es, den erlebbaren Dynamiken des Traumas etwas Konstruktives entgegenzusetzen zu können. Gerade weil ein Trauma so gewaltig, gewalttätig, zerstörerisch und verheerend wirkt und dies bei nicht verarbeiteten Traumata in der Interaktion mit Betroffenen spürbar wird, neigen Menschen natürlicherweise dazu, auf Distanz zu gehen und sich selber zu schützen.

Arbeit mit Betroffenen fordert die eigene Stabilität und Resilienz heraus. Eigene, nicht integrierte traumatische Erfahrungen der Therapeuten können getriggert werden und zur Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung in der Beziehungsgestaltung mit von Trauma Betroffenen führen.

Im professionellen Alltag ist es besonders wichtig, sich der Heftigkeit von traumatischen Inhalten in der Interaktion mit Klienten bewusst zu sein und für eine gute Psychohygiene in Form von Supervision und Selbstfürsorge zu achten, um sekundären Traumatisierungen vorzubeugen, die als eine Art «Ansteckung» durch die nicht verarbeiteten Traumata in der Arbeit mit Betroffenen auftreten können.

Fortsetzung von Seite 9

Es gilt, hilfreiche Interventionen, die zur Stabilität der Klienten beitragen können einzusetzen, ebenso geeignete Massnahmen der Selbstfürsorge anzuwenden, die vor sekundärer Traumatisierung schützen und den professionellen Helfern ermöglichen, eigenen Stress abzubauen und so einer berufsbedingten Erschöpfung vorzubeugen. Dazu gehören Entspannungsübungen, Selbstreflexion, Übungen aus der energetischen Psychologie, Meditation und anderes.

Möglichkeiten der Aktivierungstherapie

In der Aktivierungstherapie gibt es wertvolle Möglichkeiten, Betroffene durch erlebnisorientierte und schöpferische Ansätze dabei zu unterstützen, ihre Sicherheit und Selbstwirksamkeit wieder erlebbar zu machen und dadurch wieder Boden unter den Füßen zu gewinnen und ein Gefühl der Sicherheit wieder herzustellen.

Interventionen, bestehend aus der Fachkompetenz der Aktivierungsfachleute, verbunden mit dem Wissen um die Zusammenhänge von Neurobiologie und Traumadynamik, bilden die Grundlage für eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit den Betroffenen. Ein «sich-sichtbar-machen als Mensch», als «Du» mit dem persönlichen Verständnis und Mitgefühl für das Schicksal und Leid der Betroffenen, vermitteln ein Gefühl des Verstandenwerdens und der Sicherheit, die viel zur Stabilität und zum Vertrauensaufbau beitragen und neue Brücken bilden können.

Ausgehend von eigenen langjährigen und vielfältigen Erfahrungen in der professionellen Arbeit mit von Trauma Betroffenen und der Umsetzung der Erkenntnisse aus diversen traumapädagogischen und traumatherapeutischen Verfahren hat Gabriela Schiess-Meyer ein Konzept entwickelt, wie traumabedingte Störungen erkannt und wie traumaorientierte Handlungsstrategien im beruflichen, nicht-psychotherapeutischen Alltag zur Unterstützung und Stabilisierung Betroffener eingesetzt werden können.

haben Herrn G. zwar in seinen Bewegungen etwas verlangsamt, aber die Attacken traten weiterhin auf. Man überlegte sich, ob für Herrn G. zum Schutz der Mitbewohner eine Zwangsmassnahme in Form von einschliessen in sein Zimmer beantragt werden müsse und er sich nur noch in enger Begleitung eines Mitarbeiters im allgemeinen Aufenthaltsbereich aufhalten dürfe. Zu dem Zeitpunkt kam eine neue Mitarbeiterin auf die Idee, eine Traumaberaterin hinzuzuziehen, die sie von einer Fortbildung her kannte, an der sie teilgenommen hatte. Vor allem die starke Aufregung und anscheinende Angst, die sie bei Herrn G. beobachtete, machten sie stutzig.

Die Fallsupervision mit der Traumaberaterin ergab, dass Herr G. während des zweiten Weltkriegs in Deutschland über längere Zeit die Fliegerbombenangriffe auf seine Heimatstadt und die Zivilbevölkerung miterlebt hatte. Er hatte während der Angriffe jeweils verzweifelt versucht Menschen, vor allem Kinder, zu schützen, indem er sich schützend über sie legte. Diese traumatischen Erlebnisse haben sich tief in seinem unterbewussten Gedächtnis abgespeichert.

Nach dem Krieg wurden alle Ressourcen gebraucht, alle mussten mit anpacken um das Land wieder aufzubauen, es war kein Raum für die Trauer um die Verluste und die erlittenen Traumata der Bevölkerung, die Erlebnisse wurden verdrängt, was vielen mehr oder weniger gut gelang.

Auch Herr G. führte mit seiner Familie ein soweit möglich normales Leben. Als er an Demenz erkrankte, wurde ein Platz in einem Wohnheim für ihn gefunden. Nun wurde vor 3 Monaten mit einem Erweiterungsbau der Alterssiedlung begonnen und anscheinend hatten die Geräusche, vorallem die Geräusche der Presslufthammer, die plötzlich und unvermittelt laut begannen, seine verdrängten Traumata getriggert und die alten verschütteten Erinnerungen an die Bomben wieder wachgerufen. Die Wiederbelebung der traumatischen Erinnerungen führten zu grossem Stress und intensiver Angst bei Herrn G. und löste bei ihm die abgespeicherte Reaktion wieder aus, und er warf sich instinktiv über seine Mitbewohnenden, um sie zu schützen. Aufgrund der Demenz war Herr G. kognitiv nicht in der Lage, die Situation einzuordnen, für sich zu validieren oder sein Ver-

halten zu reflektieren und sich am nächsten Tag wieder zu erinnern.

Durch Kenntnis der Zusammenhänge konnten nun die Mitarbeitenden zielgerichtet traumaorientiert agieren und Herrn G. unterstützen. Es wurden mit ihm regelmässig kleine Spaziergänge zur Baustelle unternommen, damit er sehen konnte, woher das Geräusch stammt und wie der Bau voranschreitet. In akuten Situationen intensiver Angst wurde er begleitet, indem die Mitarbeitenden in Kontakt mit ihm traten und ihn darauf hinwiesen, dass es die Baustelle ist, die er hört, und dass er hier im Altersheim im Hier und Jetzt in Sicherheit und der Krieg vorbei ist. Er wurde ans Fenster geführt um sich davon vergewissern zu können und sich zu beruhigen. Die Aufklärung der Mitbewohner und der Angehörigen war ebenfalls hilfreich, da alle nun Bescheid wussten und Verständnis entwickeln konnten, dass Herr G. nicht im eigentlichen Sinne aggressiv war, sondern durch die Situation der Baustelle seine traumatischen Kriegserfahrungen getriggert wurden und er versuchte, seine Mitbewohner zu beschützen.

Die Situation und die Aufregung um Herrn G. konnte sich wieder beruhigen und das auffällige Verhalten von Herrn G. klang nach dem Ende der Bauzeit vollends ab.

Frau K.: Als Kleinkind verwahrlost

Frau K, eine Bewohnerin einer Wohngemeinschaft für geistig behinderte Erwachsene fiel auf, weil sie in der Koch-Therapie bei Tisch, wenn sie nicht sofort mit dem Essen beginnen konnte, anfang in Panik zu schreien, zu beissen, um sich zu schlagen und sich selbst zu verletzen. Auch ass sie, wenn für einen Moment unbeobachtet, oftmals eine grosse Menge Nahrung in grossem Tempo und bis zum Erbrechen. Nachforschungen in ihrer Biografie ergaben, dass Frau K. aufgrund einer Anzeige durch die Nachbarn als Kleinkind total verwahrlost aufgefunden wurde, verschmutzt in einen dunklen Raum eingesperrt und bis auf die Knochen abgemagert. Fast verhungert und verdurstet konnte sie auf der Intensivstation zurück ins Leben geholt werden.

Im Wohnheim wurde lange mit unterschiedlichen Strategien versucht, Frau K. zu einem «sozialverträglicheren» Verhalten



Für die Betroffenen ist nach einer traumatischen Erfahrung nichts mehr, wie es einmal war.

bei Tisch zu bewegen. Versuche, dass Frau K., da sie wegen ihres Verhaltens bei Tisch als nicht tragbar empfunden wurde, nachher oder im Nebenzimmer allein essen solle, hatten eine Verschärfung der Situation zur Folge. Die Situation beruhigte sich, als Frau K. die Sicherheit immer und immer wieder erlebte, dass stets genug zu essen vorhanden war. Alle Mahlzeiten sowie die Zwischenmahlzeiten wurden in der Therapie durch ihre Bezugsperson mit ihr konkret geplant und mit einem Tagesplan visualisiert. Gemeinsam kauften sie ein und bereiteten das Essen zu; die Vereinbarungen wurden exakt eingehalten. Nachdem das Essen und die Mahlzeiten über eine längere Zeit einen zentralen Raum einnehmen mussten und durften, konnte Frau K. mit der Zeit mehr Gelassenheit entwickeln, so dass auch wieder Raum für anderes entstehen konnte.

Frau C.: Kindliche Gewalterfahrungen

Frau C. lebte in einer Wohngemeinschaft für Menschen mit einer Behinderung. Sie hatte einen Migrationshintergrund. Sie kam als Kind mit ihren Eltern aus einem Kriegsgebiet in die Schweiz. Die Eltern litten aufgrund der schwierigen Situation in der fremden Kultur und der kriegsbedingten Erlebnisse in der Heimat an psychischen Problemen, griffen häufig zum Alkohol. Das Kind wurde als Belastung erlebt und wurde häufig geschlagen. Aufgrund der traumatischen Erfahrungen im Kriegsgebiet früh in ihrem Leben und der schwierigen Situation zuhause, welche von Gewalt-erfahrungen geprägt waren, konnte Frau C. kein stabiles Selbstwertgefühl entwickeln, traute sich nichts zu und hatte immer

wieder Angst nicht gut genug zu sein, alles falsch zu machen und von anderen ausgegrenzt zu werden. Sie wurde früh verhaltensauffällig, therapeutische Interventionen scheiterten, da sie jede Therapie frühzeitig abbrach.

Nach einem Suizidversuch, bei dem sie sich eine körperliche Behinderung zuzog, fand Frau C. einen Platz in einem Wohnheim. Sie nahm regelmässig an Angeboten der Aktivierungstherapie teil. Bei Konflikten fühlte sie sich schnell zum Sündenbock degradiert und konterte beleidigend und lautstark oder verweigerte jede Teilnahme. Sie begegnete anderen in ihrer Arbeitsgruppe mit Misstrauen und Feindseligkeit, immer auf der Hut, dass ihr niemand zu nahe treten konnte. Oft zog sie sich zurück und mied zunehmend den Kontakt mit anderen Menschen, ging nicht mehr nach draussen und unter Menschen. Durch die trauma-

orientierte Beziehungs- und Aufgabengestaltung wurde sie im Erleben ihrer Selbstwirksamkeit unterstützt und konnte zunehmend an Selbstvertrauen und Selbstakzeptanz gewinnen, dies entschärfte auch die Dynamik zu den anderen Teilnehmern in der Therapiegruppe.

Das sind Beispiele von Menschen, die unter den Folgen ihrer Traumatisierungen leiden. Schätzungen gehen davon aus, dass mehr als 90% aller Menschen mindestens einmal in ihrem Leben eine traumatische Erfahrung erleben und diese mehr oder weniger gut verarbeiten können. Dementsprechend hoch ist die Anzahl der Betroffenen, die in Institutionen leben und durch Unfall, Krankheit, Behinderung und Faktoren des sozialen Umfeldes, wie frühkindliche Vernachlässigung, Gewalterfahrungen u.v.m., traumatisiert sind.

Traumatische Erfahrungen gehören zum menschlichen Leben und wir können ihnen nicht ausweichen. Schätzungen gehen davon aus, dass etwa $\frac{1}{3}$ der Menschen ein Trauma ohne fremde Hilfe bewältigen können, abhängig von der Art und Dauer des Traumas, den persönlichen Ressourcen, der Resilienz und der Unterstützung durch das soziale Umfeld.



Gabriela Schiess-Meyer

ist ausgebildete Sozialpädagogin mit heilpädagogischer Grundausbildung, Coach, Traumapädagogin und Fachberaterin für Psychotraumatologie. Sie hat sich in mehreren traumatherapeutischen Verfahren ausgebildet: EMDR, somatische Traumarbeit, innere Kind-Arbeit, Arbeit mit Ich-Zuständen/Ego-States nach dem Modell der TA, Methoden der energetischen und Embodiment-fokussierten Psychologie wie EFT, EFT3 und HypnoEFT, Fingertipp-Technik, integrative Entkopplungs- und Enttrübungstechniken IEET, sowie Hypnosetherapie. Gabriela Schiess bietet Vorträge, Weiterbildungen und Fallsupervisionen zum traumaorientierten Arbeiten für nicht-psychotherapeutische Fachleute aus den Bereichen Pflege, Pädagogik, Betreuung und Therapie an. In ihrer Praxis in Wabern bei Bern begleitet sie Menschen bei der Traumabewältigung.

<https://www.traumaberatung-bern.ch/traumapaedagogik/>