

# **Abschlussarbeit der Ausbildung zur Fachberaterin für Psychotraumatologie**

Wie kann die Alltagsbewältigung bei Erwachsenen mit  
Traumafolgestörungen verbessert werden?

Claudia Jost

März 2019

# SIPT

Schweizer Institut  
für Psychotraumatologie

unter der Leitung von Fr. Dr. phil. Rosmarie Barwinski



**Steinbeis-Hochschule  
Berlin SHB**

## Erklärung:

Diese Arbeit wurde von mir persönlich geschrieben.

Ich habe hauptsächlich Kursunterlagen verwendet und meine Notizen dazu.

Die Literatur, welche ich benützt habe, ist im Anhang aufgelistet.

## Vorwort:

Immer wieder sind wir mit schrecklichen Ereignissen konfrontiert, es wird berichtet über Unfälle, Kriege und Naturkatastrophen, Gewalttaten wie Misshandlungen und Vergewaltigungen, die zum Teil seit Kindheit bestehen, bis hin zu Vernachlässigung und Verwahrlosung.

Hinter diesen Berichten stehen immer Menschen, welche Schlimmes erlebt haben und davon sehr stark geprägt wurden.

Mit diesen Menschen haben wir in der psychiatrischen Pflege direkten Kontakt, sind mit ihren Geschichten konfrontiert und versuchen sie, so gut es geht, zu unterstützen.

Doch wie kann eine Alltagsgestaltung gut gelingen, was braucht es dazu?

Dieser Frage gehe ich in meiner schriftlichen Arbeit nach.

Die Arbeit richtet sich hauptsächlich an Fachpersonen im psychiatrischen Pflegebereich. Ziel ist es, das Thema Trauma zu beschreiben, die Bedeutung mit all ihren Prägungen, und deren Umgang mit traumatisierten Menschen anhand einem Fallbeispiel zu beschreiben.

Ich bin dankbar, wenn sich weitere interessierte Personen, Betroffene, Angehörige und Fachpersonen anderer Berufe, welche mit traumatisierten Menschen arbeiten, von meiner Arbeit angesprochen fühlen.

Kurzer Hinweis: Es gibt Texte die unter Umständen aufwühlen können.

Falls betroffene Personen meine schriftliche Arbeit lesen, so bitte ich darum, achtsam zu lesen und für sich selber zu überprüfen, ob es sich richtig und gut anfühlt.

Ich schreibe in weiblicher Form, dies betrifft jedoch immer beide Geschlechter.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	1
Abkürzungen .....	3
1 Einleitung.....	4
2 Problemstellung.....	5
2.1 Erschwerte Alltagsbewältigung.....	5
2.1.1 Beziehungsaufbau .....	5
2.1.2 Abgrenzung:.....	6
2.2 Fragestellung.....	6
3 Theorieteil.....	6
3.1 Definition Trauma .....	6
3.2 Verlaufsmodell psychischer Traumatisierungen .....	6
3.3 Posttraumatische Folgestörungen .....	9
3.4 Bindung und Trauma .....	10
3.4.1 Sichere Bindung (55-65%) Typ-A Bindung .....	10
3.4.2 Unsicher- vermeidende Bindung (20-25%) Typ-B Bindung.....	10
3.4.3 Unsicher- ambivalente Bindung (10-15%) Typ-C Bindung.....	11
3.4.4 Unsicher-desorganisierte Bindung (15-20%) Typ-D Bindung.....	11
3.5 Mentalisierung .....	11
3.6 Teilpersönlichkeiten.....	12
3.7 Was bedeutet Dissoziation? .....	12
3.7.1 Die traumatische Zange .....	13
3.8 Strukturelle Dissoziation .....	14
3.8.1 Der anscheinend normale Persönlichkeitsanteil .....	15
3.8.2 Der emotionale Persönlichkeitsanteil .....	15
3.8.3 Primäre strukturelle Dissoziation (ein ANP, ein EP).....	16
3.8.4 Sekundäre strukturelle Dissoziation (ein ANP, mehrere EP's).....	16
3.8.5 Teritiäre strukturelle Dissoziation (mehrere ANP's, mehrere EP's).....	16

.....	16
.....	16
3.9 Psychoedukation .....	17
3.9.1 Innere Landkarte erstellen .....	18
3.9.2 Auftrag klären.....	19
3.10 Resilienz.....	19
3.11 Achtsamkeit.....	20
3.12 Stabilisierung.....	20
3.12.1 Vorhandene Ressourcen würdigen und nutzen .....	20
3.12.2 Stabilisierungstechniken .....	21
3.12.3 Imaginationsübungen .....	22
3.13 Notfallplan/Skills.....	23
4 Fallbeispiel .....	24
4.1 Aktuelle Situation.....	24
4.1.1 Psychischer Zustand.....	25
4.1.2 Physischer Zustand .....	25
4.1.3 Auftrag .....	25
4.2 Anamnese .....	25
4.3 Biographische Anamnese.....	26
4.3.1 Kindheitsentwicklung .....	27
4.3.2 Partnerschaft und Familie .....	27
4.3.3 Berufliche Entwicklung/ Finanzen .....	28
4.3.4 Psychische und physische Vorerkrankungen.....	28
4.4 Traumaanamnese .....	29
4.4.1 Situationsfaktoren .....	29
4.4.2 Traumatische Reaktion .....	30
4.4.3 Traumatischer Prozess und Diagnose .....	30
4.4.4 Risikofaktoren .....	31
4.4.5 Schutzfaktoren.....	31

4.4.6	Traumakompensatorisches Schema.....	31
5	Beziehungsdynamik .....	32
5.1	Übertragung und Gegenübertragung.....	32
5.1	Zentrales konflikthafte Beziehungsschema .....	33
6	Traumazentrierte Fachberatung .....	34
6.1	Ziele der Beratung.....	34
6.2	Setting .....	34
6.3	Beschreibung des Verlaufs.....	35
7	Beantwortung der Fragestellung .....	38
7.1	Abschliessende Stellungnahme.....	38
7.2	Abschliessende persönliche Auseinandersetzung mit der Fallanalyse.....	40
7.3	Erfahrungen in der Umsetzung des theoretischen Wissensstandes in der Praxis .....	41
7.3.1	Verständnis .....	41
7.3.2	Selbstfürsorge.....	42
7.3.3	Hilfreiche Bewältigungsmöglichkeiten für Pflegende.....	43
8	Literaturverzeichnis .....	45

## Abkürzungen

SIPT	Schweizer Institut für Psychotraumatologie
KL	Klientin/Klientinnen
PTBS	Posttraumatische Belastungssituation
DIS	Dissoziative Identitätsstörung
KU	Kursunterlagen vom SIPT
ANP	Anscheinend Normaler Persönlichkeitsanteil
EP	Emotionaler Persönlichkeitsanteil

# 1 Einleitung

Im Jahr 2008 begann ich als freiberufliche Pflegefachfrau Teilzeit in der psychiatrischen Pflege der Stadt Luzern und Agglomeration zu arbeiten.

Seit 2010 arbeite ich zu 100% selbständig, jeweils von Montag bis Freitag und suche meine Klientinnen (KL) meistens zu Hause auf.

Die Aufgaben der psychiatrischen Pflege sind vielfältig und richten sich nach den Problemen der KL in allen Alltagssituationen.

Das Thema Trauma war schon immer zentral in meiner Arbeit und auch meine persönliche Herzensangelegenheit.

Zu Beginn absolvierte ich den 2- Tages Basiskurs am SIPT. Durch den Basiskurs war das Interesse sehr geweckt und ich realisierte, dass viele meiner KL seit Kindheit traumatisiert sind, entsprechend eine enorme Leidensgeschichte haben und deshalb unter anderem so Mühe haben, ihren Alltag zu strukturieren.

Mein inneres Feuer zum Thema Psychotraumatologie fing an zu brennen und so entschied ich mich zu dieser Ausbildung, mit Vertiefungsbereich der dissoziativen Störungen.

Ziel ist es, mein neu erworbenes Wissen in die Praxis umzusetzen, um gezielt den KL mit Traumafolgestörungen entsprechende Unterstützung zu bieten. Weiter möchte ich interessierten Menschen anhand meiner schriftlichen Arbeit über Trauma und deren Folgestörungen informieren und wichtige praktische Hilfestellungen geben.

Diese Arbeit geht der Frage nach, wie die Alltagsbewältigung bei Menschen mit Traumafolgestörungen in ihrem Zuhause gewährleistet und verbessert werden kann.

Zuerst beschreibe ich die Theorie, gehe auf die Definition Trauma, Dissoziation, Beziehungsdynamik, Psychoedukation, Ressourcen, Stabilisierungstechniken usw. ein. Im zweiten Teil beschreibe ich ein konkretes Fallbeispiel und wende im Verlauf die Theorie an. Im dritten Teil werte ich aus und ziehe die Schlussfolgerung daraus.

Für weitere Informationen über mich und meine Arbeit schauen Sie bitte unter:

[claudia-jost.ch](http://claudia-jost.ch)

## 2 Problemstellung

### 2.1 Erschwerte Alltagsbewältigung

Im praktischen Alltag können Menschen mit Traumafolgestörungen in körperliche und emotionale Zustände geraten, welche ein Durchführen von Handlungen und die Konzentration auf die aktuelle Arbeit erschweren. Meistens verstehen sie selber nicht, weshalb dies so ist, dies trotz Willen und Wollen. Das kann Verzweiflung und Selbstunsicherheiten auslösen und zu Rückzug führen.

Diese Erschwernisse können sich in allen Bereichen der lebenspraktischen Alltagsbewältigung zeigen; z.B. Mühe haben beim:

- Post öffnen, Büroarbeiten erledigen, Rechnungen einzahlen, Übersicht bewahren, einordnen, wieder finden...
- Wohnung aufräumen und reinigen, ein- und aussortieren, alte Sachen weggeben...
- Beziehungen leben, soziale Kontakte pflegen, Vertrauen aufbauen, telefonieren, Termine abmachen und die Termine einhalten...
- Sich selber wichtig sein, nein sagen können, in Gegenwart leben, den Tag planen, sich konzentrieren können, durchführen, dranbleiben...
- Regelmässige Körperpflege, gesund und regelmässig Essen, genügend Schlafen, richtiges Atmen, der Jahreszeit entsprechende Kleidung...

Dies ist eine unvollständige Aufzählung, sie kann weiter ergänzt werden.

#### 2.1.1 Beziehungsaufbau

Durch die vielen Verletzungen im früheren Kindheitsalter braucht es viel Zeit und Geduld, um eine tragfähige Beziehung aufzubauen.

Zu Beginn ist der Beziehungsaufbau ausschlaggebend. Ohne Vertrauen, Sicherheit und Verständnis ist ein gemeinsames Arbeiten kaum möglich.

Es lohnt sich diese Zeit zu investieren, da es sich auf die weitere gemeinsame Arbeit positiv auswirkt.



### 2.1.2 Abgrenzung:

In der folgenden Fragestellung und dem Fallbeispiel beschränke ich mich ausschliesslich auf die Frage der Büroarbeiten erledigen, dem Wohnung aufräumen, Ernährung/Kochen und der Tagesplanung erstellen.

## 2.2 Fragestellung

Wie kann die Alltagsbewältigung bei Menschen mit Traumafolgestörungen verbessert werden?

## 3 Theorieteil

### 3.1 Definition Trauma

Fischer und Riedesser (J.1998) definieren Trauma als „Ein vitales Diskrepanz-Erlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit den Gefühlen der Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“

### 3.2 Verlaufsmodell psychischer Traumatisierungen

Zentral bei Fischer und Riedesser (J.1998) ist das Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung. Dabei wird davon ausgegangen, dass psychische Traumata eine zeitliche Verlaufsgestalt aufweisen, die sich in den Phasen von

- 1. Traumatischer Situation** (Schockphase)
- 2. Traumatische Reaktion** (Einwirkungsphase) und
- 3. Traumatischem Prozess** (Chronifizierung) manifestiert.

Die hier aufgeführte Grafik zeigt das Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung, wie es Fischer und Riedesser beschreiben:

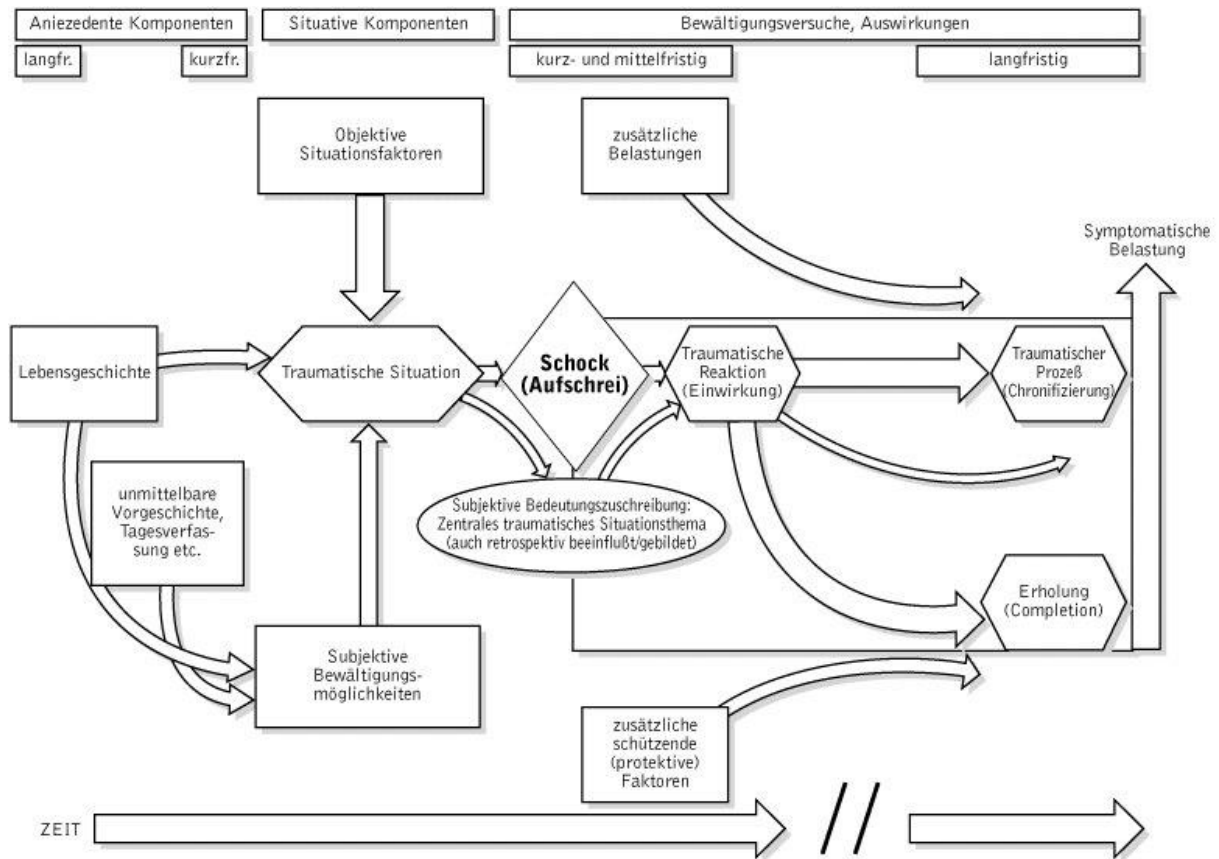


Abbildung oben: Verlaufmodell der psychischen Traumatisierung  
(KU: R. Barwinski, Diagnostik, 2018)

Die **traumatische Situation**, d.h. das Ereignis selber, ist Ausgangspunkt von objektiven und subjektiven Faktoren.

Objektive Situationsfaktoren:

- Schweregrad der traumatogenen Faktoren (schwer, extrem, katastrophal)
- Häufung traumatischer Ereignisse (Typ1 und Typ 2 Trauma)
- Verursachung (ohne oder mit menschlicher Absicht)
- Art der Betroffenheit des traumatisierten Subjektes (unmittelbar Betroffene, mittelbar Betroffene)
- Verursachungsfaktoren

Subjektive Situationsfaktoren:

Die subjektiven Faktoren einer traumatischen Situation umfassen die individuellen Erlebnisweisen der Betroffenen, wozu auch die persönliche Bewertung der Situation zählt.

- Gefühl schutzlos ausgeliefert zu sein
- Kontrollverlust mit Gefühlen vollkommener Hilflosigkeit
- Verteidigung funktioniert nicht
- Normale Erlebnisverarbeitung funktioniert nicht, was zu Veränderung in der Wahrnehmung, als auch in der Handlungsweise führt.

Typ 1 Trauma: Einmalige, unerwartete akute Lebensgefahr

- Unfälle
- Kurzdauernde Naturkatastrophen
- Berufsbedingt (Feuerwehr, Polizei, Pflegepersonal)
- Zivile Gewalterlebnisse (Überfall, Gewalt, Vergewaltigung)

Typ 2 Trauma: Wiederholte, lang andauernde Erfahrungen von Gewalt und Lebensgefahr

- Andauernde sexuelle und körperliche Misshandlungen in der Kindheit
- Kriminalisierte, rituelle Gewalt (neue Form von Menschenhandel)
- Krieg, Folter, Geiselhaft
- Langandauernde Naturkatastrophen etc.

Im Verlaufsmodell werden sowohl der traumatischen Situation vorangehende Komponenten wie die Lebensgeschichte und die unmittelbare Vorgeschichte, als auch die der traumatischen Situation folgenden Reaktionen und Einflussfaktoren untersucht.

Die Dauer der **traumatischen Reaktion** (Einwirkungsphase) wird grob mit 2-4 Wochen angesetzt, kann in die Erholungsphase übergehen oder, je nach Schwere, aber auch lange darüber hinaus andauern.

Die Dynamik der traumatischen Reaktion hat biphasischen Charakter und ist bestimmt durch den Wechsel zwischen Phasen der Verleugnung und der Intrusion. (Horowitz 1986).

Verleugnungsphase: Versuch Erinnerungen an das Trauma abzuwehren.

- Benommenheit
- Vermeiden von Gedanken, Gefühlen, Handlungen, die an das Trauma erinnern könnten
- Amnesie
- Vermindertes Interesse an vorher bedeutsamen Aktivitäten
- Sich fremd fühlen (Depersonalisation, Derealisation)

Intrusionsphasen: Die Betroffenen erleben das traumatische Ereignis in oft nicht kontrollierbarer Weise wieder.

- Erinnerungsbilder
- Alpträume
- Starke Stressreaktionen bei Konfrontation mit Reizen (Trigger), die mit dem Trauma assoziiert sind
- Flashbacks
- Erhöhtes Erregungsniveau (Schlafstörungen, Hyperwachsamkeit, Schreckhaftigkeit, Irritierbarkeit, psychophobische Reaktivität)

Beim **traumatischen Prozess** (Chronifizierung) sind zwei Verlaufsformen möglich:

1. Das chronische Fortbestehen der traumatischen Reaktion oder
2. Die vorzeitige Unterbrechung des Verarbeitungsprozesses und Einkapselung der traumatischen Erfahrung. (Traumakompensatorisches Schema)

(KU: E. Ebnetter /L. Helfenberger, Basiskurs Psychotraumatologie 2016)

### 3.3 Posttraumatische Folgestörungen

Posttraumatische Folgestörungen werden aufgeteilt in Kurzzeitfolgen und Langzeitfolgen. Kurzzeitfolgen zeigen sich bei ca. 2/3 der Betroffenen.

Langfristige Folgen zeigen sich bei ca. 1/3 der Gewaltopfer.

Bei den Kurzzeitfolgen zeigen sich Leiden oder Beeinträchtigungen im sozialen Bereich oder bei anderen wichtigen Funktionen. Es kann sich ein posttraumatisches Belastungssyndrom zeigen von unfreiwilligen Erinnerungsbildern vom Trauma, Vermeidung/Verleugnung einerseits und Erregung andererseits zeigen. Die Kurzzeitfolgen sollten nicht länger als ca. vier Wochen andauern. Diese Diagnose darf nur bis zu vier Wochen nach dem Ereignis gegeben werden.

Die akute Belastungsstörung zeichnet sich neben den Symptomen von Wiedererleben, Vermeidung und Symptomen von Angst und erhöhtem Arousal, mit dissoziativen Symptomen wie Gefühle von emotionaler Taubheit, Derealisation und Beeinträchtigung der bewussten Wahrnehmung der Umwelt aus.

Klingen die Symptome des posttraumatischen Belastungssyndroms nicht ab, spricht man von Langzeitfolgen, das heisst, dass es weiterhin zu einem belastenden Wiedererleben des traumatischen Ereignisses kommt mit Vermeidungsverhalten und anhaltenden Symptomen erhöhten Erregungsniveaus.

Begleiterkrankungen bei Langzeitfolgen sind unter anderem:

- Depressionen
- Angsterkrankungen
- Essstörungen
- Suchterkrankungen
- psychosomatische Beschwerden

(KU: R. Barwinski, Diagnostik, 2018)

### 3.4 Bindung und Trauma

John Bowlby und Mary Ainsworth (1985) haben 4 verschiedene Bindungstypen anhand einem Test beschrieben: Hier eine kurze Schilderung vom Test: Ein Kind wurde eine Zeit lang in einem Zimmer mit einer fremden Person zurückgelassen. Je nach Bindungstyp verhielt sich das Kind anders, wenn die Mutter nach 3 Minuten wieder zurückkehrte.

(KU: B. Frank, DIS Modul 1, 2018)

#### 3.4.1 Sichere Bindung (55-65%) Typ-A Bindung

Eine sichere Bindung entsteht, wenn die frühe Bezugsperson als sichere Basis zur Verfügung steht. In der Test- Situation zeigt das sicher gebundene Kind, wie es bei Trennung mit Stressreaktion reagiert, es schreit und weint. Kommt die Mutter zurück ins Zimmer, so lässt es sich trösten und spielt zufrieden weiter.

#### 3.4.2 Unsicher- vermeidende Bindung (20-25%) Typ-B Bindung

Dieses Kind zeigt sich in der Test- Situation an der frühen Bezugsperson wenig interessiert, reagiert kaum als die Mutter das Zimmer verliess. Das Kind zeigt wenige Bindungsverhalten und akzeptiert die fremde Person als Ersatz.

Es ignoriert oder vermeidet seine Mutter beim Wiedersehen, behaltet sie im Auge und ist im Spielen gehemmt und innerlich aufgewühlt.

### 3.4.3 Unsicher- ambivalente Bindung (10-15%) Typ-C Bindung

In der fremden Situation zeigt das unsicher, ambivalente Kind wenig erforschende Aktivität, es nimmt die frühe Bezugsperson in Beschlag und hat Schwierigkeiten sich zu beschäftigen. Bei Trennung von der Bezugsperson zeigt es grossen Kummer und kann beim Wiedersehen nur schwer beruhigt werden. Das Kind wechselt zwischen Zorn auf die Mutter und Anklammern an sie. Negative Gefühle können nicht integriert werden

### 3.4.4 Unsicher-desorganisierte Bindung (15-20%) Typ-D Bindung

Das Kind mit desorganisierter Bindung hat in der Regel schwer traumatisierende frühkindliche Erfahrungen gemacht. Wenn das Kind unkontrollierbarem Stress ausgesetzt war und die Bezugsperson die innere Erregung nicht ausgeglichen hat, wird das Kind unfähig sein, Erfahrungen in einer kohärenten Form zu organisieren. Es kann weder seinen emotionalen Zustand regulieren, noch ist es fähig, sich auf andere zu verlassen. Dieses Kind zeigt eine Vielzahl an verwirrtem Verhalten, zum Beispiel dem „Einfrieren“ oder stereotype Bewegungen.

Diese Typ-D Bindung wird als „Keimzelle“ der emotionalen instabilen Persönlichkeitsstörung, wie auch der dissoziativen Identitätsstörung (DIS) gesehen.

Die Folgen einer Vernachlässigung und traumatisierende Erfahrungen erzeugen im Kind Stress und verändern die biologischen Mechanismen einer gesunden Stressverarbeitung. Dies beeinflusst wiederum die Lernfähigkeit, die Gefühlsregulations- und Impulskontrolle, sowie verunsichert bezüglich der eigenen Wahrnehmung.

Es fehlen dem Kind die Möglichkeiten, herausfordernde psychische Belastungssituationen bewältigen zu lernen, sie beeinträchtigen die Entwicklung komplexer neuraler Verschaltungen.

## 3.5 Mentalisierung

Der Begriff der Mentalisierung trägt zum Verständnis der präverbalen Traumatisierungen (Trauma, bevor das Kind sprechen kann) bei.

Die Fähigkeit zur Mentalisierung wird im Kontext einer gelingenden Beziehungsbeziehung erworben, die Gefühle der Kinder werden dabei gespiegelt.

Vor allem eine spielerische Eltern-Kind-Beziehung trägt dazu bei, dass Gefühle, Gedanken, Wünsche und Überzeugungen als etwas Bedeutsames wahrgenommen werden. Eine sichere Beziehung in der Kindheit führt entsprechend zu einer guten Mentalisierungsfähigkeit, weil sie ein optimales Erregungsniveau (window of tolerance) ermöglicht. Mentalisierung ist der Kern sozialen Funktionierens. Mentalisierungsfähigkeit kann gesehen werden als emotionale Selbstbewusstheit und Selbstkontrolle- kann als imaginäre mentale Aktivität betrachtet werden- die Formulierung affektiven Erlebens in begriffliche Sprache- die Fähigkeit zur Selbstreflektion, sowie die Fähigkeit, sich in emotionale Zustände anderer imaginativ versetzen zu können-wird erworben auf der Basis einer feinfühlig und sicheren Bindungsbeziehung zur primären Bezugsperson. (KU: B. Frank, DIS Modul 1, 2018)

### 3.6 Teilpersönlichkeiten

In den letzten Jahrzehnten entstanden neue Konzepte der menschlichen Psyche, welche von einer inneren ICH-Vielfalt ausgehen. Wir alle haben in uns Teilpersönlichkeiten, welche verschiedene Rollen einnehmen können. Wir haben vielleicht einen Nörgler, Künstler, Wachhund, Skeptiker, Unsichere, Verantwortliche, Brummbär, Besserwisser, eine Verletzte usw. Gesund und bereichernd wäre es, diese inneren Teilpersönlichkeiten kennenzulernen, sich den inneren Widersprüchen bewusst zu sein und damit konstruktiv umgehen zu können. Problematisch wird es, je mehr die ICH- Zustände verdrängt und abgespalten werden.

### 3.7 Was bedeutet Dissoziation?

Dissoziation ist das Gegenteil von Assoziation (Vereinigung, Zusammenschluss, Verknüpfen von Vorstellungen). Dissoziation bedeutet Trennung, Spaltung. Dissoziation ist ein angeborener Schutzmechanismus, wobei sich das Opfer in einer traumatischen, scheinbar ausweglosen Situation nicht mehr durch Flucht oder Kampf entziehen kann, sondern nur noch durch eine Veränderung seines Bewusstseinszustands (Freeze). Man nennt dies auch die traumatische Zange:

### 3.7.1 Die traumatische Zange



In einer enormen Bedrohungssituation geht es primär darum das eigene Leben zu sichern, es bleibt keine Zeit für bewusstes Nachdenken und Entscheiden. Die Grosshirnrinde (Neokortex), die es ermöglicht, komplexe Gedankengänge durchzuführen, dafür jedoch viel Zeit benötigt, ist für den Organismus in dieser Lage nicht hilfreich. Aus diesem Grund wird in der Notfallreaktion dieses Gehirnareal ausgeschaltet. Stattdessen wird im limbischen System eine Umschaltung ausgelöst und die Amygdala, das Alarmsystem des Gehirns, springt an und schlägt Alarm. Nun also muss das Gehirn blitzschnell entscheiden, ob er zu seinem Schutz gegen die Bedrohung ankämpfen oder davon fliehen will, „fight or flight“.

Huber, M. 2012, S. 39

Wenn aber beides nichts hilft, no fight, no flight, dann bleibt dem Gehirn nichts anderes übrig, um der äusseren Bedrohung, nämlich der Auflösung vom Selbst, zu entkommen als: Erstarrung und Abspaltung (Freeze und Fragment). Diese Notfallreaktion wird ohne bewusstes Zutun der Person entschieden.

Im Moment der Erstarrung und Abspaltungs- Reaktion ist klar:

**Jetzt findet für den Menschen das Ereignis als Trauma statt.**



Dissoziative Zustände geben dem Opfer das Gefühl von Losgelöstheit aus der verletzenden Situation, oft sind auch die Schmerzen und die grauenvolle Angst nicht mehr spürbar. Es geschieht einen Kontaktabbruch zum Erleben, das Bewusstsein wird fragmentiert und es kommt zu einer Desintegration des Geschehenen, d.h. zu einer Aufspaltung, zu einer Auflösung des Ganzen in seine Teile. Und genau dieses Phänomen, welches in einer traumatischen Situation absolut sinnvoll und überlebensnotwendig ist, kann im späteren Leben sehr behindernd und blockierend sein. (KU: B. Frank, DIS Modul 1, 2018)

Dissoziative Symptome:

- Dissoziative Amnesie (die Unfähigkeit sich an traumatisierende Situationen zu erinnern)
- Derealisation (Das was im Moment passiert ist nur ein Traum)
- Depersonalisation (Es geschieht nicht mir)
- Immobilitätsreaktion (Totstellreflex)
- Somatoforme Dissoziation (Körperliche Reaktionen wie Lähmungen, Schmerzen ohne realen Hintergrund)

Überleben mittels Dissoziation:

Komplex traumatisierte Menschen entwickeln seelische Schutzmechanismen, um trotz gravierender Störungen von aussen überlebensfähig zu bleiben.

Es ist wichtig, diese Mechanismen erst mal als lebensrettende Fähigkeiten zu sehen, die allerdings im „normalen“ Alltag Probleme bereiten, z. B. wenn die traumatisierte Person im angetriggerten Zustand Menschen verwechselt und diese womöglich beschimpft oder flüchtet. Neurobiologisch gebahnte Affektreaktionen auf Reize (Trigger) verhindern eine situationsgerechte Interpretation der Situation. Es werden Kampf/Flucht/Freezemechanismen reaktiviert.

### 3.8 Strukturelle Dissoziation

Das Konzept der strukturellen Dissoziation, wie es von Onno van der Hart, Ellert Nijenhuis, und Kathy Steele entwickelt wurde, geht davon aus, dass ernsthafte Bedrohungen zu einer strukturellen Dissoziation führen, primär zwischen dem Alltagssystem auf der einen, und dem Verteidigungssystem auf der anderen Seite.

Diese beiden dissoziierten Selbst-Zustände oder Persönlichkeitsanteile werden **ANP** (anscheinend normale Persönlichkeitsanteile) und **EP** (emotionale Persönlichkeitsanteile) genannt, entsprechend einem Vorschlag von Myers (1940) auf Grund von Beobachtungen im Ersten Weltkrieg.

Das Konzept der strukturellen Dissoziation differenziert zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Dissoziation. Die traumatisierte Persönlichkeit entwickelt als Folge fehlender Integration voneinander abgespaltene Subsysteme, welche auf einer eigenen biopsychologischen Basis operieren.

Die Interaktion der Anteile untereinander ist sehr unterschiedlich und schwankt zwischen funktionsbezogener Zusammenarbeit und Ablehnung bis hin zur Phobie. Es gibt auch total isolierte Anteile.

### 3.8.1 Der anscheinend normale Persönlichkeitsanteil

Wie sehr der ANP als normal erscheint, kann breit variieren. So schaffen es einige Klienten mit posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) über Jahre, ein überzeugend normales Bild abzugeben. Sogar einige Klienten mit DIS können als ANP im hohen Grad angepasst funktionieren.

Der ANP vermeidet traumatische Erinnerungen (also den EP), hat gewöhnlich einen höheren Bewusstseinsgrad als EP, aber niedriger als bei Gesunden, ist zuständig für Alltagsleben, tut so, als wäre alles in Ordnung. Der ANP hat weder die traumatische Erinnerung noch das mentale System, das mit dieser Erinnerung verbunden ist, integriert.

### 3.8.2 Der emotionale Persönlichkeitsanteil

Die Erinnerungsfetzen an das Trauma mit eventuell vorhandenen Düften, Bildern, Verhaltensweisen, Bedrohungen von aussen, die Erinnerung an die Umgebung, an Gesten des Täters, an ein Gesicht etc. wird nun im Mandelkern (Amygdala) gespeichert, es bildet sich eine Art „Erinnerungsabszess“.

Dies wird im implizierten Gedächtnis, also unbewusst, gespeichert.

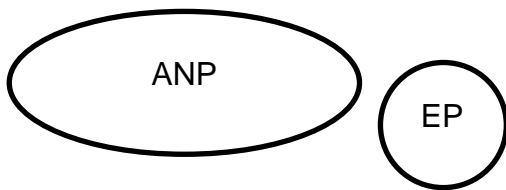
Dies kann bei Reaktivierung von traumatischen Erinnerungen durch Auslösereize (Trigger) wieder hervorgerufen werden.

Normalerweise zeigt der EP Verteidigungsgesten speziell als Reaktion auf Trigger, also Kampf oder Flucht, bei steigender Bedrohung auch einfrieren (Freeze) oder sogar Dissoziation.

Der Bewusstseinsbereich des EP scheint meist begrenzt zu sein auf das Trauma selbst, wie auch auf traumarelevante Dinge. (KU: B. Frank, DIS Modul 1, 2018)

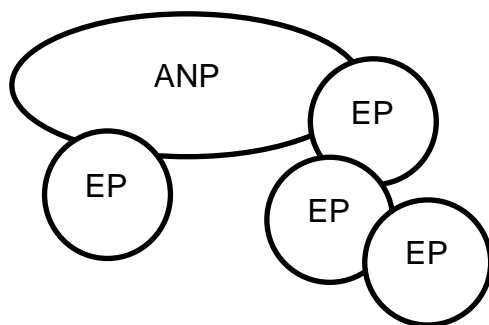
### 3.8.3 Primäre strukturelle Dissoziation (ein ANP, ein EP)

Diagnose: Akute Belastungsstörung, PTBS



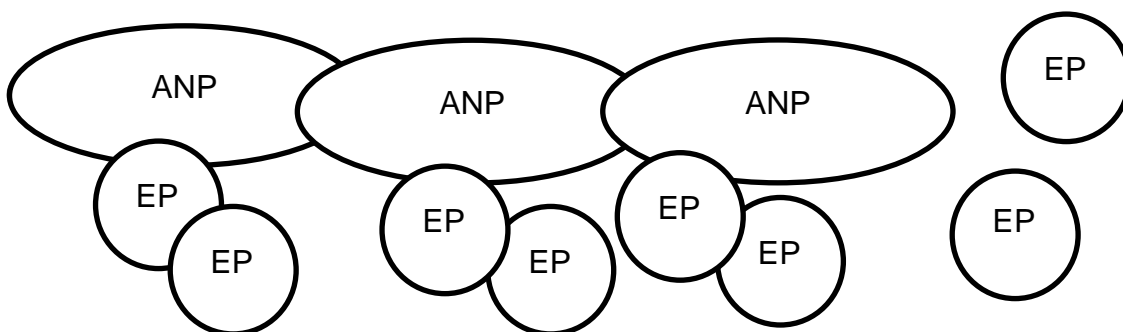
### 3.8.4 Sekundäre strukturelle Dissoziation (ein ANP, mehrere EP's)

Diagnosen: Komplexe PTBS, Borderline - Persönlichkeitsstörung, Schwere dissoziative Störungen



### 3.8.5 Tertiäre strukturelle Dissoziation (mehrere ANP's, mehrere EP's)

Diagnose: Dissoziative Identitätsstörung



Mögliche ANP's und EPs könnten sein:

ANP's: Als Beispiel von meinem Fallbeispiel entnommen.

Die Kämpferin

Die Starke

Die Soziale

EP's: Als Beispiel von meinem Fallbeispiel entnommen.

- Sterbendes Kind, mit 1 Jahren entstanden
- Verwaorlostes Kind, mit 2 Jahren entstanden
- Erstarrtes Kind, mit 4 Jahren entstanden
- Natur-Junge, mit 5 Jahren entstanden
- Die Kontrolle, mit 6 Jahren entstanden
- Herkules, mit 12 Jahren entstanden (Täterintrojekt)
- Die Hüterin, mit 14 Jahren entstanden
- Die Hure, mit 16 Jahren entstanden

Die EPs können beliebiges Geschlecht oder Aussehen haben, das Alter entspricht der Entstehung vom EP. Ist der ANP oder EP ohne Kontakt zu den anderen, so ist er abgespalten, dann wissen die anderen ANP oder EP gegenseitig nicht voneinander.

Bei der Person im Fallbeispiel (Fr. M.) sind 3 ANP`s bekannt, wie oben beschrieben (Die Kämpferin, die Starke, und die Soziale). Fr. M. hat noch mehrere EP`s in ihrer inneren Persönlichkeit, die ich jedoch nicht alle beschreiben werde, da es den Rahmen meiner schriftlichen Arbeit sprengen würde.

Hier ein kurzer Beschrieb, was ein Täterintrojekt ist:

Ein Täterintrojekt ist ein innerer Anteil der schädigenden Aussenperson. Das verletzende der Aussenperson (im Fallbeispiel ist es die Mutter) wird dann sich selbst gegenüber praktiziert, sodass es selbstverletzend im inneren des betreffenden Menschen weiterwirkt. Solch ein Introjekt ist jedoch notwendig da es das Überleben des Kindes in der traumatischen Situation schützt.

(KU: B. Frank, DIS Modul 3, 2018)

### 3.9 Psychoedukation

Der Begriff Psychoedukation bedeutet „Vermitteln von fundiertem Wissen“. Es geht darum, Wissen über das Thema Trauma, deren Folgen und den Umgang mit Symptomen und Problemen im Alltag zu erfassen, sowie gemeinsam neue Strategien für den Alltag zu erarbeiten.

In der Beratung von Trauma betroffenen Menschen berücksichtige ich jeweils folgende Prinzipien:

- Prinzip der Normalität: Die Symptome sind eine normale Reaktion auf eine aussergewöhnliche Situation.
- Prinzip der Individualität: Jede Person reagiert auf ihre individuelle Weise auf ein erschütterndes Ereignis.
- Prinzip der Widerermächtigung: Die Symptome sind eine Reaktion auf eine Situation, die keine adäquate Bewältigung zulässt. Hier geht es darum, dass die Klientin lernt, die Kontrolle über die Situation zu erlangen, um sich nicht so ausgeliefert zu fühlen.

(KU R. Barwinski, Diagnostik, 2018)

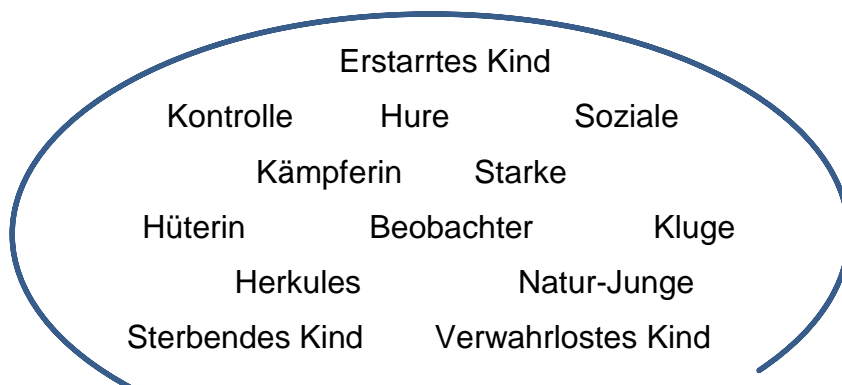
In der Psychoedukation werden Gefühle wie Misstrauen, Scham, Schuld, Ekel, Wut, Trauer und andere Gefühle miteinbezogen. Diese Gefühle möglichst nicht bewerten, sie haben ihren „guten Grund“ da zu sein.

In der gemeinsamen Arbeit besprechen wir auch was Trigger sind, wie sie funktionieren und wie mit diesen umgegangen werden kann.

Es werden alle Themen besprochen, die aktuell sind, was förderlich ist, was hilft, aber auch, was blockiert, deren Widerstände und Handlungsschwierigkeiten.

### 3.9.1 Innere Landkarte erstellen

In diesem Punkt sammle ich gemeinsam mit Klientin die aktuellen Anteile, die vorherrschend sind und die sich in der gemeinsamen Arbeit zeigen. Hier als Beispiel:



Aus: Innere Landkarte (Huber, M. 2003, S. 123)

Zeigt sich als Beispiel in der gemeinsamen Arbeit das erstarrte Kind, welches überfordert ist, mit angstvollem Blick, so ist die Frage, was will es mitteilen. Denn jeder Anteil, der sich zeigt, hat seinen „guten Grund“ und will uns was sagen. Im Durchführen von Handlungen zu Hause arbeite ich jedoch jeweils mit der ANP (z.B. die Starke), weil diese die Arbeiten ohne Überforderung (z. B. die Post öffnen) durchführen kann.

Am besten ist es, möglichst mit der Erwachsenen (ANP) zu arbeiten. Sie ist die Managerin/ Dirigentin vom Alltag.

### 3.9.2 Auftrag klären

Ich kläre mit der betroffenen Klientin ab, was mein Auftrag ist.

Dies schützt vor unerreichbaren Zielen und fördert die Selbstwirksamkeit.

Die Klientin behält die Kontrolle indem sie bestimmt, welche Themen besprochen und welche Handlungen durchgeführt werden, auch wird so die Eigenverantwortung gefördert.

Die Abmachung besteht darin, dass jeder Anteil (ANP's und EP's) sich zeigen darf, wenn er es wünscht, etwas zu sagen hat oder aus sonstigem gutem Grunde sich zeigen möchte. Mein Credo lautet: Ich bin für alle Anteile da.

Selbst- oder Fremdverletzungen werden nicht toleriert, ansonsten wird das Notfallkonzept angewendet, die zuständige Ärztin/ Psychiaterin/Therapeutin wird informiert und das weitere Vorgehen besprochen.

Ich führe keine Konfrontation der verschiedenen Anteile durch, wie auch keine gezielte Integration der Anteile. Diese Arbeit gehört ganz klar in traumaspezifische, therapeutische Behandlung.

Diese Abmachungen geben Klarheit, Sicherheit und Transparenz auf beiden Seiten.

### 3.10 Resilienz

Der Begriff Resilienz stammt vom englischen Wort „resilience“, das mit Spannung, Widerstandsfähigkeit oder Elastizität übersetzt werden kann, beschreibt die Fähigkeit einer Person, widrige Lebensumstände erfolgreich zu bewältigen und sich ihnen gegebenenfalls anzupassen.

Resilienz ist nicht ausschliesslich als Resultat von Umwelteinflüssen zu betrachten, sondern als Produkt von Interaktionen zwischen einzelnen Menschen und ihrem sozialen Umfeld.

Resilienz ist schlussendlich das Resultat der Eigenaktivität der Einzelnen.

Eigenaktivität meint nicht nur Bewältigung, sondern Entwicklung von neuen, gesundheitsfördernden Haltungen und Einsichten.

(Barwinski, R. (2016) Resilienz fördern in der Psychotherapie. Klett-Cotta. Stuttgart.

Die 2 wichtigsten Konzepte der Resilienzforschung sind das Risikofaktoren- und Schutzfaktorenkonzept, wie im Kapitel 4.4.4. und 4.4.5. beschrieben wird.

### 3.11 Achtsamkeit

Die Achtsamkeit ist eine Haltung und keine Technik. Es geht darum, in der vollen Präsenz zu sein. Mit dem sein was ist, in Gedanken, Gefühlen, Körper, Handlungen. Z. b. zu erfragen: „Was sehen sie jetzt im Aussen? Zählen sie 3 Dinge auf, die sie sehen, 3 Dinge die sie hören, 3 Dinge die sie fühlen“.

Es ist auch eine gute Übung, mal ganz langsam einen Apfel zu essen, jeden Bissen genau wahrzunehmen, eine Weile verfolgen, was mit diesem Bissen im Körper geschieht. Oder ganz achtsam die Spülmaschine einräumen, in voller Konzentration. Die Achtsamkeitsübung ist bei beliebigen Handlungen durchführbar.

### 3.12 Stabilisierung

In traumaspezifischen Krisensituationen sind Betroffene in einem Traumazustand (Traumastate). Flashbacks, Angst, Panik, Schmerzempfindungen oder dissoziative Symptome reaktivieren das Traumaschema.

Solche Krisensituationen sind mit fehlender Orientierung im Hier und Jetzt, erhöhter Aktivierung oder Erstarrung verbunden. Dies führt dazu, dass ein traumatisierter Mensch nicht mehr im „window of tolerance“ ist und sich das Lernfenster schliesst. Um Handlungs-, Mentalisierungs- und Therapiefähig zu werden und zu bleiben, ist die Fähigkeit sich stabilisieren zu können, eine grundlegende Voraussetzung.

(KU L. Hertenstein, E. Ebnetter, Stabilisierung, 2017)

#### 3.12.1 Vorhandene Ressourcen würdigen und nutzen

Es geht zu Beginn der gemeinsamen Arbeit darum, die bereits vorhandenen Ressourcen herauszufinden, wahrzunehmen und miteinzubeziehen.

Dies können sein:

- Bilder, Fotos, die Freude machen und an liebe Menschen erinnern.
- Menschen denen ich trauen kann.
- Düfte Musik, die als angenehm erlebt wird.
- Bewegung, die Freude macht.
- Etwas Weiches, das sich mit Freude anfassen lässt.
- Evtl. Notfalltropfen.
- Eine Imaginationsübung, die positive Wirkung hat.
- Ein anregender Text, Spruch, Geschichte oder ein Gebet.
- Sich von Schuld entlasten.

Idealerweise schreibt man diese Dinge auf ein „Ressourcenzettel“ und bringt ihn gut sichtbar in der Wohnung an. Noch wirksamer ist ein Ressourcenkoffer, in dem sich alle diese hilfreichen Utensilien befinden.

Idealerweise ist auch eine Telefonnummer von Menschen, die man im Notfall auch nachts anrufen könnte, auf diesem Zettel, aber nicht unbedingt an erster Stelle.

Meistens fühlen sich Menschen gleich viel besser und kommen weniger in die Krise, wenn sie diese guten und hilfreichen Dinge benützen und anwenden.

Schlechtes Befinden und krisenhafte Gefühle haben auch viel damit zu tun, dass man selbst nichts zu seinem Wohlbefinden beiträgt.

Luise Reddemann (2016 S.37)

### 3.12.2 Stabilisierungstechniken

Stabilisierungstechniken unterstützen in emotional schwierigen Situationen die Gefühlsregulierung. Sie helfen für den Moment, lösen jedoch ein Problem nicht grundsätzlich. Sie helfen die Kontrolle zurückzuerlangen (z. B. bei Flashbacks, Dissoziation, Panikattacken usw.)

Es geht nicht darum einfach Symptome wegzumachen, sondern die innere Haltung zu üben und den Handlungsspielraum zu erweitern.

Stabilisierung hat mit Selbstmanagement und Selbstberuhigung zu tun, Alles was Sicherheit gibt, Struktur und Verlässlichkeit, ist sinnvoll und wichtig.

(KU: B. Frank, DIS Modul 1, 2018)



### 3.12.3 Imaginationsübungen

Es gibt sehr viele, wunderbare und effektive Imaginationsübungen, um die innere Stabilität zu finden. Wie z. B. der innere Ort der Geborgenheit, die Baumübung, die Tresorübung, Gepäck ablegen, Glücksübung, innerer Frieden finden usw.

Reedemann L. (2016)

Als Garten-Frau habe ich meine persönliche Lieblingsübung:

Der innere Garten.

Der imaginäre, innere Garten dient dazu, sich seine eigene Zukunft zu gestalten.

Diese Übung hat den Vorteil, dass sie gleich eine Lösung dafür anbietet, was man mit Dingen, die man nicht haben will, tun kann. Und zwar, dass Unerwünschte in den Kompost zu geben, damit daraus neuer nützlicher Boden wird. Das schöne ist, dass die Imagination sofort umgesetzt wird. Das heisst, wenn man sich einen grossen Baum wünscht, dann ist er sofort da und muss nicht jahrelang wachsen. Auch ist es ein geschützter Ort, wo nur Gäste Zutritt haben.

Nach dem Motto:

Die Zarten kommen in den Garten, die Harten müssen draussen warten (M. Huber, 2003).

#### 3.12.3.1 Der innere Garten

Übung:

Stellen Sie sich jetzt ein Stück unberührte Erde, ein Stück Land, auf dem noch nichts wächst, vor. Es kann so klein sein wie ein Fingerhut oder so gross wie eine Parklandschaft, wie es Ihnen gerade stimmig erscheint... Und bepflanzen Sie dann Ihr Land... Und dann können Sie diesen Garten nach Ihren Wünschen gestalten. Das, was Sie sich wünschen, wird sofort Wirklichkeit, weil Sie mit Ihrer Vorstellungskraft zaubern können... Und wenn Sie später merken, dass Sie es anders haben wollen, dann haben Sie einen Kompost, den Sie in einer Ecke des Gartens anlegen. Dort können Sie alles hineinbringen, was Sie nicht mehr haben wollen, sodass es sich nun nützliche Erde verwandeln kann. Und Sie können so jederzeit wieder Veränderungen anbringen... Wenn Sie möchten, können Sie auch einen Sitzplatz anlegen... Vielleicht möchten Sie Tiere in Ihrem Garten haben... Und wenn Sie den Garten dann so gestaltet haben, wie Sie ihn gerne hätten, dann können Sie sich irgendwo niederlassen und sich an Ihrem Garten erfreuen... Sie können überlegen, ob Sie jemanden in Ihren Garten einladen möchten...

Sie können jederzeit in ihren Garten zurückkehren. Sie können ihn jederzeit verändern, wenn Ihnen danach ist...

Kommen Sie dann mit der vollen Aufmerksamkeit zurück in den Raum.

Jeder sollte für sich herausfinden, was für Übungen passend sind, denn es geht allein darum, ob und wie man sich mit diesen Übungen wohlfühlt.

### 3.13 Notfallplan/Skills

Ich erstelle mit der Klientin jeweils einen Notfallplan samt Skills.

Dies umschreibt:

- Beschreibungen von Triggersituationen
- Trigger erkennen /identifizieren
- Welche Gefühle löst der Trigger aus?
- Was habe ich bis anhin gemacht, resp. wie könnte ich das alles vermeiden?
- Welche Vermeidung wäre sinnvoll?
- Welche Vorkehrungen braucht es für diese „Vermeidung“?
- Wie gewinne ich Kontrolle über die Situation?
- Gibt es etwas, das nicht klappten könnte?
- Was würde mir helfen in einer kritisch werdenden Situation im Hier und Jetzt zu bleiben?
- Wie belohne ich mich, wenn mir etwas gelungen ist?

Besprechen eines Notfallsets mit Utensilien als Skills:

z.B.

- Chili-Bonbon,
- Igelball,
- Talisman,
- Duftöl,
- Massagering,
- Gummiband,
- Zettel mit Spruch
- Rödleröl
- Ammoniak
- etc.

## 4 Fallbeispiel

Mein ausgewähltes Fallbeispiel analysiert die Lebensgeschichte von Fr. M. bis zu den Grosseltern zurück, zeigt Risiko- und Schutzfaktoren auf, die traumatischen Ereignisse und es werden alle 3 bekannten ANPs und einige EPs aufgelistet. Zum Schutz von Fr. M. wurden alle Namen, Orte und persönliche Daten, sowie die Namen der inneren Anteile verändert.

Anfangs September 2017 wurde ich von einer Psychologin der Traumastation der Clenia Littenheid angefragt, bezüglich Übernahme einer neuen Klientin zur psychiatrischen Pflege zu Hause.

Der Auftrag wurde telefonisch vorbesprochen. Ich schickte die Arztverordnung an den Stationsarzt und mir wurde eine Kopie des Austrittsberichts der betreffenden Klientin (Fr. M.) zugeschickt.

Am 14. September 2017 ging ich zur Bedarfsabklärung bei Fr. M. zu Hause, in der Agglomeration Luzern, vorbei.

Fr. M. zeigte sich in ihrer hübschen, energiegeladenen und sehr offenen Art. Es fiel mir nicht schwer, Frau M. in ihrer sympathischen, positiven Art zu wertschätzen und die gemeinsame Arbeit begann.

### 4.1 Aktuelle Situation

Fr. M. (Jg. 1961) war für 2 Monate in der Clenia Littenheid auf der Traumatherapie-Station in Behandlung wegen Verdacht auf Traumafolgestörungen, und weil die wöchentliche ambulante Therapie nicht ausreichte.

Fr. M. ist am Zügeln in ihre neue Wohnung. Die Möbel stehen alle an ihrem Platz, doch die Gegenstände sind noch nicht eingeordnet, resp. liegen in der ganzen Wohnung verteilt herum, es wirkt unordentlich und chaotisch.

Fr. M. wohnt zum ersten Mal ohne einen Partner, lebt mit ihrem 9-jährigen Sohn Konrad zusammen. Konrad ist ein Kind mit besonderen Bedürfnissen und Fähigkeiten (Down-Syndrom). Fr. M ist seit kurzem offiziell geschieden. Sie musste aus dem Eigenheim ausziehen, weil es finanziell nicht tragbar war, dies sei ein schmerzvoller Schritt gewesen.

Fr. M hat insgesamt 5 Kinder geboren, 4 Kinder sind bereits erwachsen und sind ausgezogen.

#### 4.1.1 Psychischer Zustand

Fr. M. ist sprunghaft im Denken, wechselt oft das Thema, hat Gedankenabrisse, wirkt dadurch unkonzentriert. Sie nimmt dies selber wahr, kann es aber kaum steuern.

Die Post ist ungeöffnet und in der Wohnung verteilt, Fr. M. hat keine Übersicht.

Das Verlegen von Gegenständen scheint ein grosses Problem zu sein und Fr. M. ärgert sich, da sie oft mit Suchen beschäftigt ist.

Die unerledigten Termine bereiten innerlichen Druck. Termine vereinbaren, gleich notieren und dann auch wahrzunehmen, ist zurzeit sehr erschwert.

Fr. M. möchte sehr gerne Ordnung halten, doch leider lässt es der psychische Zustand aktuell kaum zu.

#### 4.1.2 Physischer Zustand

Fr. M. äussert starke somatische Beschwerden im ganzen Körper. Es wurde eine Fibromyalgie diagnostiziert, welche mit Erschöpfung und mit Schlafproblemen einhergeht.

Im Jahr 2012 erkrankte Fr. M. an Brustkrebs. Sie musste operiert werden und bestrahlt. Fr. M nimmt seit der Operation Tamoxifen ein, spritzt täglich Iscador Injektionslösung und geht regelmässig zur Kontrolle.

Essprobleme sind seit Kindheit bekannt. Sie war in den Jugendjahren magersüchtig, zeigt Suchtverhalten (Rauchen, sowie Gamen auf Handy bis zu 5 h pro Tag).

#### 4.1.3 Auftrag

Gemeinsam erarbeiten wir die wichtigsten Problemfelder samt Prioritäten:

1. Fr. M äussert den starken Wunsch, die Büroarbeiten wieder selber erledigen zu können.
2. Fr. M möchte Unterstützung im Aufräumen der Wohnung.
3. Fr. M. benötigt Hilfe zum Thema Kochen/Essen, da dies sehr erschwert ist.
4. Mit Fr. M. Wochenplanung erstellen, Termine planen und wahrnehmen.

## 4.2 Anamnese

Im folgenden Abschnitt gehe ich auf die verschiedenen Aspekte der Anamnese ein.

Ich beziehe mich dabei auf die Aussagen von Fr. M., sowie aus den Austrittsberichten von der Clenia Littenheid.

### 4.3 Biographische Anamnese

Fr. M. kam im Sommer 1961 im Kantonsspital Luzern zur Welt, es war eine natürliche Geburt, ohne nennenswerte Auffälligkeiten. Die Mutter habe sich einen Sohn gewünscht und war sehr enttäuscht, eine Tochter geboren zu haben.

Später erfuhr Fr. M., dass ihre Mutter vor der Schwangerschaft mit ihr bereits einmal schwanger gewesen sei, das Kind jedoch verloren habe. Die Mutter sei überzeugt gewesen, dass dieses Kind ein Knabe gewesen wäre. Fr. M. habe immer das Gefühl gehabt, nicht existieren zu dürfen, da sie ein Mädchen sei.

Bereits 13 Monate später ging der Wunsch der Mutter in Erfüllung, und sie gebar einen Sohn, dieser wurde von der Mutter und vom Vater stark idealisiert, während sie sich selber gehasst und ignoriert gefühlt habe.

Fr. M. sei durch ihre Mutter massiver physischer Gewalt und Verwahrlosung ausgesetzt gewesen. Den Vater habe sie als schwach und von der Mutter abhängig erlebt, er habe sich nie für sie eingesetzt. Der Vater habe sich eher zurückgezogen, sei eher sensibel und verletzlich gewesen.

Sie habe sich für den Vater wie als Ersatz für die Mutter gefühlt. Sie vermute, dass es schon sehr früh zu sexuellem Missbrauch durch ihren Vater gekommen sei.

Weiter habe sie auch sexuelle Missbrauchserfahrung durch einen Lehrling im Alter von 6 Jahren gemacht.

Als sie 6-jährig gewesen sei, habe die Mutter sie und ihren Bruder in eine andere Gemeinde entführt, und der Vater habe monatelang nicht gewusst, wo die Kinder sind.

Als sehr schlimm beschreibt Fr. M. ein Gewalterlebnis im Alter von ca. 7 Jahren durch einen Onkel, den sie ansonsten sehr bewundert habe. Die Mutter und die Tante hätten zugeschaut und sich nicht für Fr. M. eingesetzt.

In der Schule habe sie immer wieder psychische Gewalt erlebt.

Als Flucht und Hoffnung auf ein besseres Leben, gründete Fr. M. sehr jung eine eigene Familie. Als Fr. M. mit 18 Jahren ihr erstes Kind gebar, zügelte sie mit Kind und Mann in die untere Wohnung des Hauses ihrer Mutter.

Als Fr. M. mit ihrem zweiten Kind schwanger war, mit 21 Jahren, habe sie sich zum ersten Mal gegen die physische Gewalt der Mutter zur Wehr gesetzt. Seitdem sei ihre Mutter nie mehr tätlich geworden gegen sie. Die Abwertungen, negativen Äusserungen und die Ignoranz, blieben jedoch bis zu ihrem Tod der Mutter im Jahr 2012 bestehen.

#### 4.3.1 Kindheitsentwicklung

Fr. M. sei bereits als kleines Kind vom Vater „unten intensiv berührt“ worden.

Fr. M. erinnert sich, wie oft seine Hand an ihrem Genitalbereich war, wie er ihr mit „komischem Blick“ beim Urinieren zuschaute etc. Sie verdrängte diese Erfahrung sehr. Erst durch ein Erlebnis mit ihrer eigenen Tochter, als sie ihren Vater mit ihrem laut schreienden Kind vorfand, das Baby nackt und der Vater kniend vor dem Baby, da konnte sie den Verdacht auf sexuellen Missbrauch durch den eigenen Vater nicht mehr verdrängen. Dieses Thema löst jedoch noch heute starke Schuldgefühle aus.

Die Vernachlässigung, Gewalt und Erniedrigungen zogen sich durch ihre ganze Kindheit hindurch. Die Mutter habe auch Unwahrheiten behauptet, was Fr. M. gemacht habe, was jedoch nicht wahr gewesen sei und zu starker Unsicherheit geführt habe. Diese Unsicherheiten haben sie sehr geprägt, Fr. M. lernte nicht, sich selber zu trauen und für sich selber einzusetzen. Fr. M. habe sich wie ein Sklave gefühlt, war Willkür ausgesetzt. Besonders schlimm sei das sadistische Verhalten beim Essen gewesen. Was sie gerne gegessen hätte, bekam sie nicht, wurde weggenommen oder stark reduziert. Fr. M. bekam unappetitliches Essen vorgesetzt, konnte dieses eklige Essen teilweise nicht essen und ging mit Hunger vom Tisch. Der Bruder hingegen habe immer feines und genügend Essen erhalten. Fr. M. äussert, seit frühester Kindheit eine starke innere Kraft gehabt zu haben, konnte jeweils in den Wald flüchten, in der Natur habe sie sich sicher gefühlt, habe Nahrung gesucht (Wurzeln, Beeren, Gräser), um ihren Hunger zu stillen.

#### 4.3.2 Partnerschaft und Familie

Fr. M. gründete sehr bewusst früh eine eigene Familie, sie wollte all das Leben, was sie selber in ihrer Kindheit nicht hatte. Das erste Kind habe sie geschlagen, um sich abzureagieren. Erst als das Kind 7 Jahre alt war, habe sie damit aufgehört, weil sie sich ihrem Verhalten bewusst wurde und dem Kind nicht weiter schaden wollte. Mit dem ersten Ehemann habe sie 3 Kinder gehabt, er sei jedoch gewalttätig gewesen, Situationen seien immer wieder ausser Kontrolle geraten.

Auch habe er Gegenstände nach ihr geworfen und sie einmal vergewaltigt. Mit dem zweiten Mann (keine Ehe) habe sie ein gemeinsames Kind, doch auch diese Partnerschaft war von Gewalt geprägt.

Bei der zweiten Heirat mit dem dritten Mann erlebte Fr. M. einen Abort im 6. Schwangerschaftsmonat wegen vorzeitigem Blasensprungs. Dieses Erlebnis habe sie stark belastet und hinterliess eine grosse Lücke mit viel Traurigkeit und Leere. 2 Jahre später wurde Konrad geboren. Fr. M. setzt sich sehr für seine Integration und Förderung ein. Sie habe seit der Geburt vom jüngsten Sohn nicht mehr auswärts gearbeitet. Vom zweiten Ehemann habe sie eine schwere Gewalttat erlebt im Jahr 2014, mit einer Halswirbelverstauchung und Hirnerschütterung. Daraufhin habe sie sich getrennt, sie habe viel Vorwürfe, Intrigen und Spannungen bei der Trennung erlebt. Seit 2017 ist Fr. M. offiziell geschieden. Fr. M. ist in einer neuen Partnerschaft und werde oft getriggert. Ihr Partner hat Stimmungsschwankungen und verbale Ausbrüche, verlässt zeitweise das Haus, ohne sich zu verabschieden, was Fr. M. in Verzweiflung bringt (Verlassenheitsangst). Sie habe Mühe sich abzugrenzen und zu merken, was sie wolle und was nicht.

Zu ihren 4 erwachsenen Kindern hat Fr. M. ein gutes Verhältnis. Zur zweitältesten Tochter ist das Verhältnis jedoch schwierig, da diese Tochter ihrer Grossmutter im Aussehen und im Verhalten sehr ähnlich sei. Da kommen immer wieder Spannungen und negative Äusserungen zum Vorschein.

Für die Kinder ist es schwer nachzuvollziehen, dass die Mutter traumatisiert sei und sich aktuell nicht besser strukturieren kann. Sie kennen ihre Mutter als starke, mutige, organisierte Frau, die alles im Griff hat.

Da nun ein Enkelkind auf der Welt ist und noch weitere folgen, habe sich die Situation entspannt. Und Fr. M. geniesst die Zeit mit dem Baby.

#### 4.3.3 Berufliche Entwicklung/ Finanzen

Fr. M. erlernte den Pflegeberuf und hat bis zur Geburt vom jüngsten Sohn immer Teilzeit gearbeitet. Die Arbeit in der Pflege gab Fr. M. sehr viel Wert, Sinn und Kontakt mit Menschen, was sie sehr schätzte. Seit der Geburt ihres jüngsten Sohnes lebt Fr. M. von den Alimenten und sonstigen Zuschüssen. Sie hat sich bei der IV für eine Rente angemeldet und wartet auf den Entscheid.

Fr. M. möchte gerne wieder arbeiten, dies ist aber zurzeit psychisch und physisch nicht möglich.

#### 4.3.4 Psychische und physische Vorerkrankungen

Die Mutter von Fr. M. wurde im Alter von 3 Jahren Halbwaise, da die Mutter (Grossmutter von Fr. M.) verstarb, ihr Vater (Grossvater von Fr. M.) sei damals

bereits 70 Jahre alt gewesen. Sie wuchs beim Vater und der Tante auf (Schwester von Vater), kam mit 8 Jahren in ein Heim, Fr. M. weiss nicht genau weshalb. Die Mutter von Fr. M. habe erzählt, wie der Vater im alkoholisierten Zustand sie jeweils „metzgen“ wollte. Auch habe die Mutter und deren Geschwister viel Gewalt in der Schule erlebt, sie seien geschlagen worden, bis sie aus den Ohren bluteten. Auch habe die Mutter Fr. M. immer wieder gewarnt: „bei alten Männern musst du aufpassen, wenn die keine Frau haben, dann nehmen sie dich“.

Vermutlich war die Mutter von Fr. M. selber stark traumatisiert. Dies könnte diese massive Gewalt, Verwahrlosung und impulsives Verhalten gegenüber der Tochter erklären.

Der Vater von Fr. M. war der älteste Sohn und hatte eine sehr dominante Mutter. Er sei das schwarze Schaf der Familie gewesen. Es habe in seiner Familie Probleme gegeben, welche totgeschwiegen wurden. Um was es sich genau handelte weiss Fr. M. nicht. Ihr Vater sei nach wie vor sehr verschwiegen und erdulde viel.

## 4.4 Traumaanamnese

In diesem Teil werden Angaben gemacht zur traumatischen Situation selber und zu den Situationsfaktoren, anschliessend werden die traumatische Reaktion und der traumatische Prozess der Klientin beschrieben, sowie auf die Risiko- und Schutzfaktoren eingegangen. Zum Schluss wird das traumakompensatorische Schema aufgezeigt, das die Klientin entwickelt hat.

### 4.4.1 Situationsfaktoren

Im skizzierten Fallbeispiel sind mehrere Ereignisse auszumachen, welche als traumatisierend angesehen werden können.

#### 4.4.1.1 Objektive Situationsfaktoren

Es handelt sich von Kindheit an um eine Vernachlässigung, welches an mangelnder oder ekliger Nahrung, Schläge der Mutter, negativen verbalen Äusserungen, Autoaggression (sich selber schlagen, Kopf an die Wand hämmern), bis hin zur Anorexie im Jugendalter, zu beobachten ist.

#### 4.4.1.2 Subjektive Situationsfaktoren

Die vielfachen Situationen zu Hause führten bei Fr. M. zum Gefühl der Wertlosigkeit, des Ausgeliefert sein, der Hilflosigkeit, keine Daseinsberechtigung zu haben, zur



Gefühlslosigkeit (spürt weder körperlichen noch seelischen Schmerz), zu sehr zurückgezogenem Verhalten, zu gehemmtem, schreckhaften und fehlendem Vertrauen zu Mitmenschen.

Der sexuelle Missbrauch vom Vater ist abgespalten, unwirklich und unglaublich, Fr. M. glaubt sich das nur einzubilden (Verdrängung, da es nicht sein darf).

#### 4.4.2 Traumatische Reaktion

In der traumatischen Reaktion treten Phasen auf, gekennzeichnet von Verleugnung und Intrusion (Holowitz 1986)

Verleugnungsphasen versuchen die Erinnerungen an das Trauma abzuwenden. Dies kann Symptome von Benommenheit, Vermeiden von Gedanken, Gefühlen, Handlungen, Amnesie, vermindertes Interesse an ansonsten schönen Aktivitäten, sich selber fremd fühlen, auslösen.

In meinem Fallbeispiel von Fr. M. ist die Symptomatik von sich fremd fühlen (Depersonalisation) und nicht wahrhaben wollen (Derealisation) stark ausgeprägt.

In der Intrusionsphase werden traumatische Erlebnisse immer wieder, in oft nicht kontrollierbarer Weise, wiedererlebt. Dies in Form von Erinnerungsbildern, Alpträumen, starken Stressreaktionen bei Konfrontationen mit Reizen (Trigger), die mit dem Trauma assoziiert sind. Flashbacks. erhöhtes Erregungsniveau (Schlafstörungen, Hyperwachsamkeit, Schreckhaftigkeit, Irritierbarkeit, psychophysische Reaktivität).

Bei meiner beschriebenen Klientin treffen vor allem die psychosomatischen Beschwerden zu, welche stark ausgeprägt sind (Fibromyalgie).

Bei Fr. M. löst es je nach Trigger eine Reizüberflutung oder Erstarrung aus.

#### 4.4.3 Traumatischer Prozess und Diagnose

Der traumatische Prozess stellt den lebensgeschichtlichen Bewältigungsversuch der traumatisierten Persönlichkeit dar.

Es sind zwei Verlaufsformen möglich:

1. Es entsteht ein chronisches Fortbestehen der traumatischen Reaktion, oder
2. Es kommt zu einer vorzeitigen Unterbrechung vom Verarbeitungsprozess der traumatischen Erfahrung durch das traumakompensatorische Schema.

Anhand folgender beschriebener Faktoren konnte die Klientin in diesem Fallbeispiel mit dem traumatischen Prozess umgehen lernen.

#### 4.4.4 Risikofaktoren

Fehlende verlässliche Bezugspersonen in der Kindheit

Sexueller Missbrauch

Physische und psychische Gewalt

Vernachlässigung der Grundbedürfnisse

Fehlende Möglichkeiten zur Realitätsüberprüfung

Fehlende Wahrnehmung der eigenen Grenzen

Nicht für sich selber einstehen können

Nicht um Hilfe bitten können

#### 4.4.5 Schutzfaktoren

Grosser Durchhaltewillen, starke Kraft

Grosse Leistungsbereitschaft

Ab 10 Jahren viel gelesen über Psychologie, Erziehung, Gesundheit usw.

Sinn finden im Beruf (Berufung)

Ausgleich finden in der Natur

Ist sehr sozial, engagiert und vernetzt

Frühe Gründung einer eigenen Familie

Kämpft für die Rechte ihrer Kinder

Künstlerisch, rhetorisch und musisch begabt

#### 4.4.6 Traumakompensatorisches Schema

Wenn keine Erholung nach dem traumatischen Ereignis einsetzt, sondern die Erfahrung unterschwellig andauert, geht die traumatische Reaktion in den langfristigen, traumatischen Prozess über. In Hinblick auf das Gedächtnis entspricht dieses Stadium der Ausbildung von traumaspezifischen kognitiven und emotionalen Schemata: Das Traumaschema enthält die traumatische Situation einschließlich der erfolglosen Kampf- und Fluchtreaktion im Sinne einer unterbrochenen Handlung, die auf Vollendung und deshalb nach Wiederholung drängt.

Das Traumakompensatorische Schema umfasst entsprechend persönliche Schutz- und Bewältigungsversuche. Ebenso entsteht in dieser Phase das Traumaskript, das zur besseren Erträglichkeit die traumatische Erfahrung in einzelne Abschnitte segmentiert und so kontrollierbar macht.

Betroffene können langfristig Strategien entwickeln, um das Trauma in Schach zu halten. Man spricht dann vom traumakompensatorischen Schema. Es werden 3 Ebenen/Fragestellungen unterschieden:

### **1. Ätiologische Ebene: Wie hat es zu dem erschütternden Ereignis kommen können?**

Ich bin eine Enttäuschung für meine Mutter, deshalb schlägt sie mich.

Ich bin wertlos, da im falschen Geschlecht geboren.

### **2. Präventive Ebene: Wie lässt sich eine Wiederholung in Zukunft vermeiden?**

Ich versuche angepasst und brav zu sein, um meine Mutter weniger zu enttäuschen.

Ich halte aus und erdulde, vielleicht wird es dann besser.

### **3. Reparative Ebene: Was kann das Trauma wieder heilen bzw. ungeschehen machen?**

Wenn ich eine eigene Familie gründe, habe ich alles, was ich in der Vergangenheit nicht hatte an Liebe, Verständnis und Zuneigung.

Ich zeige mich als starke Frau, so kann ich die Kontrolle in meinem Leben halten.

Ich verdränge die eigene Wut, weil diese schlecht ist und nicht sein darf.

## **5 Beziehungsdynamik**

### **5.1 Übertragung und Gegenübertragung**

Der Begriff Übertragung meint die Übertragung frühkindlicher Beziehungsmuster (Wünsche, Ängste und Konflikte mit lebensgeschichtlich bedeutsamen Personen und/oder Ereigniskonstellationen aus der Kindheit) auf **aktuelle, zwischenmenschliche Beziehungen**.

Die in der gemeinsamen Arbeit scheinbar neu entstehende Gefühlsbeziehung war schon lange im KL innerlich vorhanden und wird in der Beziehung zur psychiatrischen Fachperson neu geweckt. (KU: R. Barwinski, Die Beziehungsdynamik in der Arbeit mit Traumaopfern: Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung, 2018).

Als Gegenübertragung bezeichnet man eine Form der Übertragung, bei der die psychiatrische Fachperson auf die Klientin reagiert, und ihrerseits ihre Gefühle, Erwartungen und Wünsche auf diese richtet.

Dies können eigene verdrängte Ängste/ Konflikte sein (Übertragung der Fachperson) oder Reaktion auf Übertragungen. (KU: 2018, Rosmarie Barwinski: Die

Beziehungsdynamik in der Arbeit mit Traumaopfern: Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung).

In der gemeinsamen Arbeit mit Fr. M. haben sich bei mir folgende Gefühlswahrnehmungen/ Gegenübertragungen gezeigt:

(M steht für Fr. M. und J für mich)

J Grosse Wertschätzung

J Respekt

J Mitgefühl

M Sich von der guten Seite zeigen

M Überforderung, Stress

M Schutzlos, alles von sich preisgeben

M Ratlosigkeit

M Einsamkeit

J Unterstützung geben wollen

J Wohlwollen

M Hilflosigkeit bei den Büroarbeiten

Ich verspüre Fr. M. gegenüber eine grosse Wertschätzung und Respekt, weil sie es geschafft hat, sehr früh eine eigene Familie zu gründen, die Kinder teilweise alleine aufzuziehen, einen für sie tollen Beruf zu erlernen und trotz Dissoziation den Alltag zu meistern.

## 5.1 Zentrales konflikthafte Beziehungsschema

Es geht um die Annahme, dass in jedem Begriff bereits das Gegenteil enthalten ist.

Werden Pole aufgespalten und zu einseitig, so werden sie pathologisch und starr.

Dies wird anhand vom **5-Punkte Programm** dargestellt.

- **Punkt 1:** Problematisches Verhalten ausfindig machen (A).

A: Fr. M. lässt nur starke Seiten zu.

- **Punkt 2:** Bestimmung eines Gegenpols zum problematischen Verhalten, der auch zu Schwierigkeiten führen kann (Z).

Z: Fr. M. kann schwache und zerbrechliche Seiten von sich zeigen.

- **Punkt 3:** Suche nach positiven Komponenten, die in den beiden problematischen Beziehungsmustern enthalten sind (A` und Z`).

A`: Fr. M. traut sich etwas zu.

Z`: Fr. M. kann sich Schwächen eingestehen.

- **Punkt 4:** Verknüpfung der beiden positiven Komponenten.

Fr. M. traut sich etwas zu und kann sich Schwächen eingestehen.

- **Punkt 5:** Suchen nach einer Haltung, wie die Verknüpfung der beiden positiven Komponenten umgesetzt werden könnte.

Ermutigung, vermehrt im Kontakt mit sich selber zu sein, zu wissen was Fr. M. will, Körper spüren, sich innerlich zeigen, in kleinen Schritten angehen, ausprobieren, Nein sagen können. Vermitteln, dass Fr. M. es schaffen kann, auch Gefühle wie Wut und Abgrenzung zu leben.

## 6 Traumazentrierte Fachberatung

### 6.1 Ziele der Beratung

Die Unterstützung zu Hause fing im Sept 2017, nach dem ersten stationären Aufenthalt auf der Traumatherapiestation in der Klinik Littenenheid an.

Seitdem war Fr. M. vier Mal stationär in Littenenheid, Anfangs 2019 findet der fünfte reguläre, stationäre Aufenthalt statt, zur weiteren Traumaverarbeitung.

Ziel ist es, Fr. M. in ihrem Alltag gezielt zu unterstützen, so wie es in der Bedarfsabklärung abgemacht wurde.

Es werden je nach Bedarf Psychoedukation, Ressourcen, Achtsamkeit und Stabilisierungstechniken angewendet.

### 6.2 Setting

Die Einsätze finden jeweils zuhause statt und dauern 2 Stunden.

Zu Beginn wird der aktuelle Zustand besprochen, wie die letzte Woche geklappt hat, was umgesetzt werden konnte, was gelang, wo es problematisch war und was Fr. M. am meisten getriggert hat.

Danach wird vereinbart, was heute gemeinsam erledigt wird.

Die gemeinsame Arbeit findet schrittweise statt. Je nach Zustand helfe ich mal mehr oder weniger mit, übernehme Arbeiten wie z.B. lochen und einordnen, Boden saugen oder sonst eine Arbeit.

## 6.3 Beschreibung des Verlaufs

Den Verlauf beschreibe ich anhand den 4 Alltagsaktivitäten:

1. Fr. M äussert den starken Wunsch, die Büroarbeiten wieder selber erledigen zu können.

Bei den ersten beiden Einsätzen waren Büroarbeiten nicht möglich. Fr. M. konnte sich nicht konzentrieren. Die Briefe waren in der Wohnung an unterschiedlichen Orten versorgt und Fr. M. fühlte sich nicht in der Lage, diese zu suchen. Wir vereinbarten, dass Fr. M. die Post in guten Phasen selber sucht und in die Schublade beim Salontisch versorgt. Dies klappte dann auch gut. Beim dritten Einsatz führten wir die Einzahlungen gemeinsam durch. Die erledigte Post wurde in die entsprechenden Ordner eingeordnet, welche Fr. M. schon hatte oder wir neu erstellten. Zeitweise kam ein verwahtes Kind zum Vorschein, mit scheuem Blick, kindlicher Stimme, angespannter Haltung und war stark überfordert. Zuerst ging es um die Frage, was das verwahtes Kind benötigt um gut versorgt zu sein.

Anschliessend fragte ich im „Persönlichkeitssystem von Fr. M.“ wer von den ANP's sich zeigen könne, um die Büroarbeiten durchzuführen. Oftmals zeigte sich die Starke (ANP), die ist mit den Büroarbeiten gut vertraut und meistert diese ohne Probleme.

Gemeinsam blieben wir wöchentlich dran, es ging bei jedem Einsatz etwas besser, Fr. M. konnte sich vermehrt konzentrieren und orientieren. Durch die zunehmende Ordnung ergab sich mehr Übersicht, Klarheit und dadurch mehr Sicherheit.

Die Post wird nun selbständig von Fr. M. geöffnet, in einer Schublade aufbewahrt und einbezahlt. Das Einordnen führen wir noch gemeinsam durch wie auch das aussortieren von alten Bürourunterlagen, von den letzten 10 Jahren.

2. Fr. M möchte Unterstützung beim Aufräumen der Wohnung.

Für Fr. M. war zu Beginn das Gespräch sehr wichtig und nicht das Aufräumen. Dies auch, weil es um das Kennenlernen ging und um den Vertrauensaufbau. Erst beim zehnten Einsatz fingen wir mit dem Bürozimmer aufräumen an. Wohnzimmer, Bad und Küche schaffte Fr. M. alleine, wir besprachen die anstehenden Arbeiten jeweils vor.

Beim Aufräumen zeigte sich zeitweise eine starke Überforderung. Es zeigte sich manchmal ein hermalberndes Kind (Natur-Junge?). Dieser spielte mit den

Gegenständen. Der Wunsch nach Ablenkung und Verdrängung war verständlich. Ich bat wiederum eine ANP, sich im Aussen zu zeigen um gemeinsam aufzuräumen. Am besten ist es mit der Starken (ANP) zusammen aufzuräumen. Sie ist effizient und konzentriert. Es können jedoch alle 3 ANP`s aufräumen, jedoch auf unterschiedliche Art und Weise.

Nach 1 ½ Jahren (mit Unterbrüchen wegen Klinikaufenthalt) ist die Wohnung nun soweit aufgeräumt.

3. Fr. M. benötigt Hilfe zum Thema Kochen/Essen, da dies sehr erschwert ist. Da gab es längere Phasen, bei denen Fr. M. kaum essen konnte. Der Geruch von Essen/Kochen triggerte zu stark. Der Magen fühlte sich an wie verknotet. So verteilten wir Früchte und gesunde Snacks in den Zimmern. Fr. M. war es so möglich, spontan etwas Kleines zu „erhaschen“ und zu knabbern, so wie sie es früher im Wald oder heimlich durchgeführt hat. Konrad isst Mittagessen im Hort. Abends hat Fr. M. immer für ihren Sohn gekocht, versuchte am Tisch zu sitzen und die starke innere Abwehr Konrad zuliebe auszuhalten. Auswärts essen war für sie nie ein Problem. So machte Fr. M. öfters mit Freundinnen ab um Essen zu gehen. Gewisse Anteile essen sehr gern, vor allem die Soziale (ANP). Einige EP`s jedoch sind noch zu traumatisiert, was das Essen anbelangt. Den Haushalt reinigt Fr. M. in „guten Momenten“ selbständig und ist froh darüber, es wieder alleine zu schaffen.

4. Mit Fr. M. Wochenplanung erstellen, Termine planen und wahrnehmen. Das war ein recht schwieriges Unterfangen. Der Wechsel in verschiedene Anteile war für Fr. M. zu Beginn kaum steuerbar. Der eine Anteil wusste nicht, was der andere gemacht hatte und so war es ein ständiges Vergessen, Suchen und sich nicht erinnern können. Fr. M. lernte in den Therapien zunehmend für die Alltagsarbeiten in einem der ANP`s zu sein. So lernte Fr. M. nach einem Telefonat den Termin gleich ins Handy einzutragen, morgens die Termine zu checken und einzuhalten. Dies gab Sicherheit und Struktur. Die Spielsucht am Handy war lange Zeit sehr intensiv. Wenn Fr. M. alleine in der Wohnung war, kam sie in einen Freezestand, blieb stundenlang in dieser Erstarrung. „Dank“ den Handy- Spielen konnte Fr. M. die Erstarrung vermeiden. Mittlerweile hält es Fr. M. besser aus, alleine in der Wohnung zu sein,

konnte die Spielsucht minimieren und sich frühzeitiger selber reorientieren mit Imaginationsübungen und mit gestelltem Handy-Wecker.

Das Hauptthema in der gemeinsamen Arbeit war jedoch der Beziehungsaufbau: die Bindung und das Vertrauen aufzubauen und zu erhalten. Dank der tragfähigen Beziehung konnten immer wieder neue Symptome besprochen, Bewältigungsstrategien erprobt und erarbeitet werden. Am Anfang der gemeinsamen Arbeit waren Achtsamkeitsübungen nicht möglich. Zurücklehnen, um die Rückenlehne vom Stuhl zu spüren, löste Zittern, Hitze, Enge, Ohnmacht und Not aus. Die Oberschenkel zu berühren löste Übelkeit, Scham und Trauer aus. Es kam jeweils die Hüterin zum Vorschein, welche schweigend die inneren verletzten Anteile beschützte.

Erst zu einem späteren Zeitpunkt war es möglich zurückzulehnen, Oberschenkel zu berühren und auch die Füße auf dem Boden zu spüren.

Dies war dank einer äusseren Sicherheit möglich, sowie durch Vertrauen und Verständnis sich selber gegenüber.

Die 3 ANPs von Fr. M. sind recht ausgeprägt (Die Starke, die Kämpferin, die Soziale) Es ist immer wieder spannend die Fortschritte zu sehen, wie die Anteile nach und nach in der Traumatherapie integriert werden, wie Fr. M. sich in kleinen Schritten darauf einlässt und dies zu Hause umsetzt. Die Kämpferin (ANP) zeigte sich früher nur, wenn es um das Recht eines ihrer Kinder ging. Nun setzt sich die Kämpferin auch vermehrt für ihre eigenen Rechte ein, nimmt sich selber wichtig und lernt eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und umzusetzen.

Fr. M. lernte in der Klinik und in der ambulanten Traumatherapie sich einen inneren, sicheren Ort aufzubauen. Dieser Ort ist umgeben von Heerscharen an Kämpfern und Verteidigern. Dieser Ort ist für die meisten Anteile sicher, die anderen Anteile haben sich nach wie vor in die Höhle zurückgezogen und leben dort versteckt.

Statt der Übung vom inneren Garten geht Fr. M. gerne in den eigenen kleinen, realen Garten und kann sich dort sehr gut betätigen und verweilen.

Bei Bedarf verwendet Fr. M. Skills (Tiger- Balsam, Rödleröl, Ammoniak, Handband). Wenn der Leidensdruck zu gross wird, nimmt Fr. M. Prazine 50 mg oder Temesta 1 mg in Reserve bis je 2 Tabletten pro Tag ein.



## 7 Beantwortung der Fragestellung

### 7.1 Abschliessende Stellungnahme

Für mich war es eine Herausforderung, dass ich nur einige Aspekte beleuchten konnte. Die soziale Dynamik in der Familie und die Beziehung mit ihrem Freund konnte ich zu wenig berücksichtigen. Auch auf die Schmerzproblematik ging ich weitgehend nicht ein. Dies gäbe eine zusätzliche Arbeit zum Schreiben.

Meine Fragestellung lautet:

Wie kann die Alltagsbewältigung bei Menschen mit Traumafolgestörungen verbessert werden?

Dies im Zusammenhang zu den Themen:

Büroarbeiten erledigen, Wohnung aufräumen, Ernährung/Kochen und Tagesplanung erstellen.

Meine Antwort darauf ist:

Vertrauen aufbauen, eine gegenseitige wertschätzende Haltung einnehmen, Stabilisierung, Sicherheit vermitteln, vorhandene Ressourcen einbinden, praktische Hilfestellungen anbieten ohne aufzudrängen, immer wieder Verlangsamern, Arbeiten unterbrechen, bis die Ausführung für KL möglich ist. Wenn nötig Führung übernehmen, dasein, zuhören, nachfragen, innere Konflikte der verschiedenen Anteile ansprechen, Unordnung aushalten können. Manchmal auch hartnäckig sein, dranbleiben, fördern, nicht aufgeben, aber auch gemeinsam lachen können.

1. Büroarbeiten erledigen: Welche Arbeiten haben Priorität (z.B. Einzahlungen)? Wo beginnen? Wo versorgen, was behalten und was wegwerfen?

Wie kann ich unterstützen? Was kann KL selbst tun?

2. Wohnung aufräumen: Wo kann am einfachsten angefangen werden mit aufräumen? Welches Zimmer? In welcher Ecke? Wohin mit den Sachen? Was behalten und was kann weg?

3. Ernährung: Welche Lebensmittel triggern am wenigsten? Auf welche Nahrungsmittel können sich die inneren Anteile einigen? Wann, wie oft essen und wie zubereiten? Wie oft auswärts essen?

4. Tagesplanung: Besprechen, was klappt schon gut? Was funktioniert bereits unter der Woche? Was kann selbständig bis nächste Woche erledigt werden?

Wenn möglich Wochenplan erstellen oder Arbeiten in Agenda eintragen, Abmachungen treffen.

Wichtig ist es, beim KL eine äussere und innere Sicherheit zu schaffen. So kann Entwicklung entstehen. Nur so weit gehen, wie ich als Fachperson mich sicher fühle, immer das Tempo der Klientin anpassen, immer im „window of tolerance“ arbeiten und nicht zu sehr konfrontieren. Zu intensive, traumatische Erzählungen stoppen, damit KL nicht in die Retraumatisierung gerät.

Berührungen nur nach Absprache und deren Einwilligung, da dies triggern und einen Übergriff mit Kontrollverlust auslösen kann. Und Übergriffe haben Menschen mit Traumafolgestörungen in ihrem Leben zur Genüge erlebt.

Schlussendlich geht es darum, das zu tun was hilft und dies oft anwenden.

Ziel ist es immer, den Einsatz so zu beenden, dass KL stabil und sicher ist. Nur so viel angehen, was KL der Situation entsprechend zumutbar ist.

Nach dem Motto:

### **Ich folge meinen Klienten immer einen Schritt voraus**

Der Prozess der letzten 1 ½ Jahre war äusserst spannend. Es ist interessant mitzuerleben, wie sich die Situation bei Fr. M. ins Positive entwickelt hat.

Fr. M. kann ihren Alltag bewusster gestalten, sich in Triggersituationen gezielter verhalten, reagieren und im Notfall reorientieren.

Fr. M. versucht aktuell, gewisse Grenzen einzufordern. Sei es beim Freund, in der Schule von Konrad oder auch beim Ex-Mann. Dies löst jedoch so starke Verlassens- und Einsamkeitsängste aus, dass dies langsam angegangen werden muss.

Fr. M. fasste den Mut und sprach ihren Vater bezüglich des sexuellen Missbrauchs in ihrem Kindheitsleben und von ihrer Tochter als Baby an. Der Vater sei sofort aufgestanden und habe wortlos den Raum verlassen.

Auch den Bruder habe sie mit ihrer Kindheit konfrontiert. Dieser äusserte, es sei für ihn schwierig gewesen, diese schwere Gewalt zu sehen. Doch er habe sich nicht imstande gefühlt einzugreifen (Loyalität gegenüber der Mutter).

Fr. M. kann dies so stehen lassen, weil es an ihrer Geschichte nichts mehr ändere.

Fr. M. äussert ganz klar das Ziel, die Persönlichkeitsanteile (ANP`s und EP`s) noch weiter zu integrieren, um ein präsenteres Leben führen zu können.

Das bedeutet noch einiges an Arbeit, weil Fr. M. noch viele verletzte, innere Kindesanteile hat. Es sind noch einige EP`s in der Therapie aufgetaucht während dieser Zeit, hauptsächlich innere, verletzte Kinder.

Mit dem Täterintjekt (Herkules) hat sich Fr. M. noch nicht auseinandersetzen können, da die Angst vor dem unkontrollierbaren Aggressor mit all dieser Wut und dem Hass noch viel zu gross ist.

Fr. M. malt sehr gerne und gut, kann so viel aufarbeiten. Die gemalten Bilder sind sehr eindrücklich und wie sie es nennt „nichts für schwache Nerven“.

Besonders geholfen hat die Agenda im Handy, sich alles sofort aufzunotieren und den Erinnerungsmodus zu aktivieren.

Fr. M. wünschte sich, vermehrt in Rollenspielen zu üben, da sie in gewissen Situationen nicht weiss, wie es sich anfühlt sich effektiv zu wehren (z.B. die Hand eines aufdringlichen Mannes wegzuschieben).

## 7.2 Abschliessende, persönliche Auseinandersetzung mit der Fallanalyse

Meine Gegenübertragungen in diesem Fallbeispiel waren sehr ausgeprägt. Da kamen Übelkeit, Ekel, Wut, tiefe Trauer, helfen wollen, und vieles mehr hoch. Diese Gefühle, die in mir hochgestiegen sind, habe ich dann Fr. M. gespiegelt. Da Fr. M. selber kaum Gefühle für sich empfinden kann, hat sie sehr darauf reagiert. Es ist schon unglaublich, wie so eine stark traumatisierte Person ihr Leben auf so eine gute Art und Weise leben kann, dass starke innere Anteile sie schützen, und sie dadurch ein funktionierendes Leben hat.

Es ist auch bemerkenswert wie Fr. M. ihre Themen angeht und diese inneren, stark verletzten Anteilen akzeptiert und achtsam damit umgeht.

Speziell war es für mich, dass Fr. M. von Beruf Pflegefachfrau ist, viel Erfahrung aufweist und zeitweise auch ein Gespräch unter „Fachleuten“ möglich war.

Für mich ist dies ein gutes Fallbeispiel um zu zeigen, dass es möglich ist, seine Leidensgeschichte aufzuarbeiten, auch wenn es viel Zeit und Kraft benötigt.

Ich hoffe sehr, dass dies vielen betroffenen Lesern Mut macht, sich seiner eigenen Geschichte zu stellen und aufzuarbeiten, mit entsprechender Unterstützung.

Eine der wichtigsten Erkenntnisse für mich war, dass der Mensch das tut, was für ihn Sinn macht. Jedes Handeln hat in irgendeiner Form einen „guten Grund“ und will uns was sagen, auch wenn sie destruktiv sind. Meistens sind es Sachen, die nicht in

Sprache ausgesprochen werden können, und die Person hat keine andere aktuelle Bewältigungsmöglichkeit, wie damit umzugehen.

Wichtig erscheint mir, alle Anteile ernst zu nehmen, eine freundliche Haltung einzunehmen, und auch die „bösen Anteile“ zu respektieren, wie alle anderen auch. Es geht ja auch nicht darum einen Anteil „wegzumachen“, jeder Anteil hat seinen Platz im Persönlichkeitssystem, diesen Platz kann er weiterhin behalten, jeder Anteil wird gebraucht. Es geht um die Integration und Förderung vom inneren Verständnis.

### 7.3 Erfahrungen in der Umsetzung des theoretischen Wissensstandes in der Praxis

Die Arbeit mit den verschiedenen Anteilen ist sehr effektiv und spannend. Ich bin sehr dankbar um das vermehrte Wissen und kann es sehr gut anwenden. Ich arbeite nun bei fast allen meinen KL mit der inneren Landkarte, bis anhin haben alle KL neugierig darauf reagiert, wollten mehr darüber wissen und arbeiten mit den verschiedenen Anteilen gut mit. Für die meisten KL macht es Sinn, weil sie spüren, da ist etwas dran an diesem Thema, eine Erleichterung macht sich breit. Spannend finde ich die Arbeit mit der Übertragung/Gegenübertragung. Gefühle zu spiegeln und anzusprechen, löst beim Gegenüber ungeahnte Reaktionen aus. Um herauszufinden, was sind meine Gefühle und welche gehören zum KL ist nicht ganz einfach und bedarf einer gewissen Übung. Auch ist es wichtig, sich mit seiner eigenen Geschichte auseinanderzusetzen, denn wir selber sind unser wichtigstes Werkzeug.

#### 7.3.1 Verständnis

Das Allerwichtigste was ich in der SIPT und in der gemeinsamen Arbeit bei Menschen mit Traumafolgestörungen gelernt habe, ist das Verständnis.

Ich habe nun viele AHA- Erlebnisse, weshalb gewisse Dinge passieren:

- Eine KL verlegt nachts die Medikamente, findet sie morgens nicht mehr und kann sich nicht erinnern. Erst 2 Wochen später wurden die Medikamente im Haus, gut versteckt, wiedergefunden. Vermutlich hat der Anteil, der sie verlegt hat, sie auch wiedergefunden.

- Der KL versicherte mir, abends die Küche gründlich aufgeräumt zu haben und die Wohnungstüre sei verschlossen gewesen. Wie war es möglich, dass am Morgen in der Küche ein Chaos war? Da war ein hungriger Anteil nachts am Kochen, und die anderen Anteile wussten nichts davon.
- Eine KL hat 25 Zalando-Päckli vor der Wohnungstüre. Mit Tränen in den Augen erzählt sie mir glaubhaft, sie habe diese nicht bestellt, sondern die böse Nachbarin über ihr. Ich weiss jedoch, dass sie nachts nicht schlafen kann und Werbesendungen schaut.
- Eine neu renovierte Küche und schon in der ersten Woche ist ein Schrank kaputt, weil gewaltsam daran getreten wurde. Der KL kann sich jedoch nicht daran erinnern. Weitere kaputte Gegenstände in der Küche folgen. Einem Anteil passt die neue Küche nicht.
- Wenn sich der Nachbar auf dem Balkon im Block nebenan zeigt, so ist die KL ausser sich, schimpft, stampft, hat verbale Ausbrüche, weint und ist danach erschöpft. Der Nachbar sieht einem ihrer Täter sehr ähnlich.
- Usw.

All diese oben beschriebenen KL haben in ihrer Kindheit massive Gewalt, sexuellen Missbrauch und/oder Verwahrlosung erlebt.

### 7.3.2 Selbstfürsorge

Doch wie können wir Psychiatrie- Pflegende selber gesund bleiben?

Wie sehen unsere eigenen Bewältigungsstrategien aus?

Was macht es mit uns, wenn wir plötzlich realisieren, dass die Klientin multipel ist (mehrere Anteile in sich hat) und aus unterschiedlichen Innenpersonen besteht?

Wenn die Anteile verschiedene Alter, mit je verschiedenen Vorlieben, Gewohnheiten vor uns sind? Wenn manche Angst haben, andere wütend und gewalttätig sind, manche klein und hilflos? Wenn wir mit Widersprüchen und Widerstand konfrontiert werden? Wenn unsere Übertragungen/Gegenübertragungen kaum auszuhalten sind?

Der erste Gedanke meinerseits war:

„Das kann nicht sein, das gibt es nicht, und vor allem: Ich kann mit diesen Menschen nicht arbeiten, dafür bin ich nicht ausgebildet“.

Mittlerweile fühle ich mich nicht mehr überfordert, sondern gefordert.

Durch die Ausbildung am SIPT zur Fachberaterin in Psychotraumatologie und auch durch meine Klienten habe ich sehr viel gelernt.

Ganz wichtig ist die Abgrenzung: Mitgefühl ja, aber nicht zu sehr selber in die traumatischen Geschichten von den KL hineingehen, um uns selber vor sekundären Traumatisierungen zu schützen.

Denn die erzählten Geschichten sind oftmals sehr massiv. Und so gerne wir wollten, wir können diese schlimmen Erfahrungen nicht ungeschehen machen.

Die eigene Gesundheit ist das Wichtigste.

Wenn sie merken, liebe Leserin, dass sich emotionale Reaktionen (Depressionen, Abstumpfung, Aggressionen, Schuldzuweisungen, Zynismus) zeigen, ein Abbau von kognitiver Leistungsfähigkeit und Motivation, sie zu sehr im Idealismus gefangen sind und sich überbelasten, hohe Erwartungen an sich selber haben und sich immer weiter antreiben, dann ist es höchste Zeit, dies ernst zu nehmen und zu sich selber Sorge zu tragen.

Wir Pflegende sind es gewohnt, für andere da zu sein, oftmals stellen wir unsere eigenen Ansprüche in den Hintergrund: „Sei perfekt, streng dich an, beeil dich, sei stark, mach es den anderen Recht“, so treibt uns der innere Antreiber an.

### 7.3.3 Hilfreiche Bewältigungsmöglichkeiten für Pflegende

Kurzfristig:

- Sich abreagieren (z.B. halbe Stunde zügiges gehen)
- Ablenken (mit Freunden, Kollegen sprechen)
- Gedanken stoppen (innerlich STOPP sagen)
- Innere Distanz schaffen (da bin ich und dort der andere)
- Positive Selbstinstruktion (z. B. Was habe ich zu verlieren?)
- Spontane Entspannung (z. B. Himmel schauen, durchatmen, zurücklehnen im Stuhl, Muskulatur lockern, an letzten Urlaub denken)
- Zufriedenheitserlebnisse schaffen

### Mittelfristig:

- Senkung der Ansprüche an die eigene Arbeit
- Vermehrt Verantwortung an KL zurückgeben
- Abbau von Idealismus
- Emotionale Distanzierung von KL
- Wachsende eigene Ansprüche stellen
- Unterstützung von Berufskollegen und Freunden anfragen
- Freiräume schaffen für wirkliche Erholung (z. B. Yoga)
- Mit klaren Aufgaben und Zielen arbeiten
- Geschützte Zeitfenster haben, um ungestört Büroarbeiten erledigen zu können

### Langfristig:

- Ablegen der eigenen Opferrolle
- Überprüfen der eigenen Erwartungen und Ziele
- Aufbau körperlicher und psychischer Ressourcen
- Auszeiten nehmen

(KU: Th. Weber, Selbstfürsorge, 2017)

Vielen Dank für Ihr Interesse an meiner schriftlichen Arbeit.

Hoffentlich konnten Sie profitieren und Neues lernen.

Ich wünsche Ihnen für die Zukunft nur das Beste.

Claudia Jost

## 8 Literaturverzeichnis

### Bücher:

Barwinski, R. (2016): Resilienz fördern in der Psychotherapie, Klett-Cotta-Verlag

Huber, M. (2003): Trauma und die Folgen, Junfermann-Verlag

Huber, M. (2003): Wege der Traumabehandlung, Junfermann-Verlag

Reddemann, L. (2017): Imagination als heilsame Kraft, Klett- Cotta-Verlag

### Kursunterlagen von den Modulen am SIPT:

KU: E. Ebnetter/L. Helfenberger, Basiskurs Psychotraumatologie 2016

KU L. Hertenstein, E. Ebnetter, Stabilisierung, 2017

KU: B. Frank, DIS Modul1-4, 2018

KU: R. Barwinski, Die Beziehungsdynamik in der Arbeit mit Traumaopfern: Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung, (2018).

KU R. Barwinski, Diagnostik, 2018

KU: Th. Weber, Selbstfürsorge, 2017

*© Copyright 2019 – Alle Texte wurden von Claudia Jost erstellt und dürfen mit Angabe der Quelle zitiert oder anderweitig verwendet werden.*

*Alle Grafiken sind aus zitierten, externen Quellen und sind daher urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, einschliesslich der Vervielfältigung, Veröffentlichung, Bearbeitung und Übersetzung, bleiben den ursprünglichen Autoren vorbehalten.*