

Beitrag Nr.: 7

Datum: September 2015

Autor/in: Dr. Udo Baer, Dr. Gabriele Frick-Baer

# Traumasesensible Stärkung psychisch erkrankter Menschen

## Ein Konzept der Kreativen Traumahilfe Duisburg

Unsere Absicht ist, eine konzentrierte Übersicht über wissenschaftliche und erfahrungsbezogene Daten zu geben, die die Komorbidität von Traumata und psychischen Erkrankungen zu beleuchten (Kap. 1), um sie auf ihre spezifischen Zusammenhänge hin zu analysieren (Kap.2) und so die Notwendigkeit einer traumasensiblen Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu belegen. Anschließend beschreiben wir die Spezifika traumasensibler Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen beschrieben (Kap. 3), aus denen sich die Konzepte Kreativer Stärkungsgruppen (KSG) und Kreativer Stärkungsprojekte (KSP) der Kreativen Traumahilfe Duisburg ableiten (Kap. 4).

### 1. Komorbidität Traumaerfahrungen und psychische Erkrankungen

Die im Folgenden exemplarisch angeführten Forschungsergebnisse belegen die hohe Wahrscheinlichkeit, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen traumatische Erfahrungen haben bzw. dass traumatische Erfahrungen in psychische Erkrankungen münden. Zwei große epidemiologische Studien in den USA und Australien ergaben bei 85–88% der Männer und 78–80% der Frauen mit PTBS komorbide psychiatrische Diagnosen (Kessler et al., 1995; Creamer et al. 2001). In der deutschen Studie von Perkonig et al. (2000) wurde bei 87,5 % der PTBS-Patienten mindestens eine weitere psychische Störung diagnostiziert.

Das Posttraumatische Belastungssyndrom PTBS ist nur eine der Folgen traumatischer Erfahrungen. Werden die Folgen traumatischer Erfahrungen weiter gefasst, ergeben sich hohe Komorbiditätsraten:

- 95% der Frauen mit selbstverletzendem Verhalten berichteten von sexueller Gewalt (Romans, Martin et al. 1995).
- Erkrankungen an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und traumatischen Erfahrungen: Studien berichten über Prävalenzraten über 50 % bis hin zu 80 % für schwere kindliche Traumatisierungen (Bohus, Unckel 2005, Herman, Perry u. van der Kolk 1989; Kessler, Sonnega et al. 1995; Sachsse, Esslinger u. Schilling 1997; Zanarini, Williams et al. 1997).
- Goodman et al. (1997) fanden als Ergebnis einer Übersicht über 13 Untersuchungen bei als psychotisch diagnostizierten Menschen eine Prävalenz für sexuellen Missbrauch bzw. Misshandlung zwischen 42% und 92% (vgl. Schäfer & Aderhold 2005).
- Jansen et al. (2004) fanden in der Nemensis-Studie in den Niederlanden in einer Bevölkerungsstichprobe von 4045 Menschen ein ca. 7fach erhöhtes Risiko psychotische Symptome zu entwickeln bei Menschen, die als Kinder sexuell missbraucht wurden. Ein interessantes Ergebnis ist der so genannte „*dose-effect*“ (Read et al. 2005): Je schwerer (qualitativ und quantitativ) der Missbrauch war, umso höher war das Risiko, psychotische Symptome zu entwickeln.
- Die bei Perkonig et al. (2000) angeführte Komorbidität der PTBS mit psychischen Erkrankungen führte als häufigste Angststörungen und Depressionen auf.
-

## 2. Trauma, Traumabewältigung und psychische Erkrankungen

Aus der hohen Komorbidität zwischen Traumaerfahrungen und psychischen Erkrankungen ergibt sich bereits die Notwendigkeit einer Begleitung psychisch erkrankter Menschen, die traumasensibel auf die traumatogenen Besonderheiten ausgerichtet und eingestellt ist (s.a. Flatten 2011). Um diese zu spezifizieren, ist es notwendig, zumindest die grundlegenden Zusammenhänge zwischen traumatischen Erfahrungen und psychischen Erkrankungen herauszuarbeiten, wie sie sich insbesondere im Erleben der betroffenen Menschen zeigen. Traumasensible Begleitung psychisch kranker Menschen muss besonders auf die besonderen Qualitäten des Erlebens eingehen, wie sie v.a. der Psychiater und Leibphänomenologe Prof. Dr. Dr. Thomas Fuchs herausgearbeitet hat (u.a. Fuchs 2000b). Bei einer vergleichenden phänomenologischen Betrachtung des Erlebens in psychischen Erkrankungen und durch Traumaerfahrungen werden zahlreiche Ähnlichkeiten sichtbar, von denen wir hier nur die vier bedeutsamsten aufzählen (Baer 2012, Frick-Baer 2009).

### *Ähnlichkeit 1: Die Wunde und die existenzielle Not*

Die Bezeichnung „Trauma“ wird in der Medizin, wie bekannt, für bestimmte körperliche Wunden benutzt, in Psychologie und Psychotherapie für bestimmte seelische Verletzungen. „In einer ersten Arbeitsdefinition können wir psychisches Trauma als seelische Verletzung verstehen (von dem griechischen Wort Trauma = Verletzung). Wie die verschiedenen somatischen Systeme des Menschen in ihrer Widerstandskraft überfordert werden können, so kann auch das seelische System durch punktuelle oder dauerhafte Belastungen in seinen Bewältigungsmöglichkeiten überfordert und schließlich traumatisiert/verletzt werden.“ (Fischer, Riedesser 1999/2003, S. 19)

Jede traumatische Erfahrung wird individuell unterschiedlich erlebt und verarbeitet, was allgemeingültige Definitionen nicht einfach macht. Eine Definition muss das individuelle subjektive Erleben eines betroffenen Menschen umfassen können. Die Forscher des Freiburger Instituts für Psychotraumatologie definieren ein psychisches Trauma als ein „vitaales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“ (a.a.O., S. 79)

Unabhängig davon, ob sich eine psychische Erkrankung aus dem Traumaerleben entwickelt hat oder andere Quellen haben mag, begegnen wir dieser „dauerhaften Erschütterung“ traumatisierter Menschen ebenfalls bei Menschen mit psychischen Erkrankungen. Das Verständnis der eigenen Person sowie der Lebenswelt ist eingeschränkt, verzerrt, getunnelt oder starken Schwankungen unterworfen. Wie psychischen Traumata werden auch Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen und andere psychische Erkrankungen zumindest in ihren ausgeprägten Formen als existenzielle (Dauer-)Krisen und als Erfahrung von Bedrohung und Ausgeliefertsein erlebt und beschrieben (Baer 2012, Labréche 2004).

*Ähnlichkeit 2: Überforderung, Verringerung des Selbstwertgefühls bis hin zur Erschütterung der Meinhaftigkeit*

Dass psychische Erkrankungen mit einer Verringerung, ja oft Zerstörung des Selbstwertgefühls einhergehen, ist bekannt. Diese ist auch Ergebnis traumatischer Erfahrungen. Wenn Menschen in traumatischen Situationen existenziell bedroht werden, wenn sie durch sexuelle und andere Gewalt als Objekte behandelt werden, muss das ihr Selbstwertgefühl erschüttern und ihre Selbstwertschätzung nachhaltig beeinträchtigen. Hilflosigkeit ersetzt Gefühle und Erwartungen der Wirksamkeit.

Psychische Erkrankungen zeichnen sich dadurch aus, dass die erkrankten Menschen sie selbst nicht bewältigen können. Sie sind überfordert und brauchen Hilfe. Die Überforderung ist ebenfalls Kern-Merkmal eines Traumaerlebens, das gerade durch die „Diskrepanz“ zwischen Bedrohung und den Bewältigungsmöglichkeiten der traumatisierenden Situation definiert wird (Fischer-Riedesser 2003, Frick-Baer 2009, Herman 2003).

Opfer traumatisierender Erfahrungen reagieren oft unbewusst und unwillentlich das Erleben des Ausgeliefertseins mit der Bewältigungsstrategie, Teile ihrer leiblichen Wahrnehmung abzuspalten, zu dissoziieren (Huber 2003). Ihre Meinhaftigkeit wird brüchig. Unter Meinhaftigkeit wird die Qualität des Erlebens verstanden, in der Menschen ihre Gefühle, Wahrnehmungen und anderen leiblichen Regungen als so selbstverständlich zu sich gehörend empfinden wie ihre Nase oder ihre Hand (Fuchs 2000a, Baer 2012, Merleau-Ponty 1966, Waldenfels 2000). Sie verlieren die Selbstverständlichkeit ihres Seins. Auch zur Symptomatik mancher psychischer Erkrankungen gehören die Brüchigkeit oder der teilweise Verlust der

Meinhaftigkeit, insbesondere bei schizophrenen Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen (Fuchs 2000b).

### *Ähnlichkeit 3: Erregung*

Eine traumatische Situation enthält eine existenzielle Bedrohung, die massive Reaktionen des vegetativen Nervensystems über die Amygdala initiiert. Diese führen zu einer Hoherregung (u. B. Damasio 2000, Roth 2007). Im DSM wird die anhaltende Hoherregung als Diagnosebestandteil von Traumafolgestörungen herangezogen und das „erhöhte Erregungsniveau“ differenziert symptomatisch beschrieben.

Fast alle psychischen Erkrankungen sind mit dauerhaften Erregungszuständen verbunden. Persönlichkeitsstörungen, schizophrene Erkrankungen und Angststörungen gehen mit einem zumeist offensichtlich erhöhten Erregungsniveau (z. B. Lauveng 2005, Otto 2006) einher, während in der Depression die Hoherregung in der Regel äußerlich unsichtbar im Innern der Menschen spürbar ist. (z. B. Solomon 2000, Woggon 1999)

### *Ähnlichkeit 4: Einsamkeit und sozialer Rückzug*

In der Psychotraumatologie wurde das „Alleinsein danach“ als besonderer Teil des traumatischen Ereignisses und des Traumaerlebens herausgearbeitet (Frick-Baer 2013). Ein körperliches Trauma, eine körperliche Wunde braucht Schmerzmittel, Pflege, Verband, Ruhe usw.. Erhält sie dies, kann sie heilen. Ein psychosoziales Trauma braucht vergleichbar Trost, Wärme, Unterstützung, Parteilichkeit, Verständnis usw., um heilen zu können. Andernfalls droht sie immer wieder aufzubrechen.

Untersuchungen haben gezeigt, dass die meisten Opfer von (sexueller) Gewalt in der „Zeit danach“ keine Unterstützung erfahren haben (Frick-Baer 2013). Dies mag Prozesse der Chronifizierung bis hin zu einer psychischen Erkrankung begünstigt haben. Zumindest aber führt es zu einem andauernden Gefühl des Alleinseins und der Einsamkeit und fördert den sozialen Rückzug.

Sozialer Rückzug und Einsamkeitsgefühle finden sich auch bei vielen Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die Erkrankung schränkt das Zugewandtsein zur Welt ein und beinhaltet häufig Angst vor sozialen Kontakten (u. a. Sechehaye, M. 1973). Diese schränkt die Anzahl und die Intensität sozialer Begegnungen ein und erhöht dadurch wiederum die Scheu

und Ängstlichkeit, sich Begegnungen mit anderen zuzumuten. Und verringert damit wiederum die Möglichkeit, die psychische Erkrankung zu überwinden.

### *Psychische Erkrankung und Traumabewältigung*

In der Psychotraumatologie wurden differenzierte Erklärungen zum Verständnis der Bewältigungsreaktionen aus der spezifischen Krise entwickelt, die (sexuelle) Gewalt und andere Traumaerfahrungen für die Opfer bedeuten (Kolk et al. 2000). Fight oder Flight – auf diese griffige Formel wurden schon vor mehreren Jahrzehnten die Optionen gebracht, die ein Mensch hat, wenn er vor einer existenziellen Herausforderung steht (Herman 1997/2003, Lüderitz, S. 2005). Kämpfen oder Fliehen – diese Optionen stehen den meisten Opfern (sexueller) Gewalt nicht zur Verfügung. Also bleibt als dritte Option der innere Rückzug: Freeze und Fragment (Röhr 2006). Unter Freeze wird das Erstarren, das Gelähmtsein, das geistige Wegtreten, der Tunnelblick ... verstanden. Fragment bedeutet, dass die leibliche Erfahrung in unterschiedliche Fragmente zerbricht. Einige dieser Splitter bleiben dem Bewusstsein zugänglich, andere nicht. Die leibliche Erfahrung verliert ihren inneren Zusammenhalt, Bilderfetzen, Angstattacken, isolierte Körperaktionen, Erregungsschübe usw. stehen nebeneinander.

All diese Traumafolgen finden sich im Erleben der unterschiedlichen psychischen Erkrankungen wieder. In den Angststörungen kann sich der Fluchtimpuls manifestieren oder die Angst vor der Wiederholung der traumatischen Erfahrungen chronifizieren. Die depressive Starre entspricht einem andauernden Freeze, der Zerfall der Lebenswelt in der Schizophrenie dem Fragment ...

Eine psychische Erkrankung kann eine chronifizierte Form der Traumareaktion sein und gleichzeitig ein – verunglückter – Versuch, die Traumaerfahrung zu bewältigen.

### *Trauma, Einhausen und sequentielle Traumata*

Die hohe Komorbidität und die erwähnten Ähnlichkeiten im Erleben nach Traumaerfahrungen und bei psychischen Erkrankungen festzustellen, bedeutet nicht, psychische Erkrankungen generalisiert auf Traumaerfahrungen zurückzuführen. Ein Trauma wird durch ein Ereignis hervorgerufen. Seine Folgen können in psychische Erkrankungen münden. Doch können diese auch Folge andauernder Belastungen sein, die in der Lebenswelt eines Menschen selbstverständlich werden. Die phänomenologische Entwicklungspsychologie verwendet dafür das Wort Oikoiesis, Einhausen (Fuchs 2000a). Wenn Leereerfahrungen, Beschämungen,

Erniedrigungen, Überforderungen, Kränkungen und andere Verletzungen und Belastungen zu einem selbstverständlichen Bestandteil im Leben eines Menschen eingehaust sind (Baer 2012), dann kann daraus eine massive psychische Erkrankung entstehen, die nicht als Reaktion auf ein einzelnes Ereignis identifizierbar ist.

Nun ist belegt, dass die meisten traumatisierten Menschen nicht nur ein einmaliges traumatisierendes Ereignis erfahren haben, sondern mehrere. Das gilt insbesondere für Gewaltopfer. Keilsson hat dafür den Begriff der „sequentiellen Traumatisierung“ geprägt (Keilsson 1979). Die Zeit nach dem traumatischen Ereignis wird zur Zeit vor der nächsten Traumatisierung usw. Ein Abbau der Folgen der jeweils vorhergehenden Traumaerfahrung (z. B. der Hoherregung) ist nicht möglich, so dass eine Chronifizierung die Folge sein muss. Die Erfahrung eines Traumaereignisses und das Eingehaustsein verletzender und belastender Erfahrungen stehen sich somit nicht als Alternativen gegenüber, sondern werden zu einem Einhausen im Traumaerleben.

Die Vermutung liegt nahe, dass dies der Boden dafür ist, dass sich Erschütterungen im Traumaerleben chronifizieren und zu einem dauerhaften Bestandteil des Erlebens und Verhaltens werden und sich in psychischen Erkrankungen manifestieren.

### **3. Anforderungen an eine traumasensible Begleitung psychisch erkrankter Menschen**

Die beschriebenen Zusammenhänge und Ähnlichkeiten von Traumaerfahrungen und psychischen Erkrankungen begründen die Notwendigkeit, den spezifischen Folgen traumatischer Erfahrungen für psychisch erkrankte Menschen Beachtung zu schenken. Sie machen ein Konzept traumasensibler Begleitung psychisch erkrankter Menschen sinnvoll und notwendig. Um dies konzeptionell zu konkretisieren, bedarf es zuerst einer Beschreibung des Anforderungsprofils für eine traumasensible Begleitung psychisch erkrankter Menschen.

Zunächst sind in diesen konzeptionellen Überlegungen zwei Aspekte eingeschlossen:

- Es geht um Begleitungsangebote, die Menschen mit psychischen Erkrankungen traumasensibel stärken sollen, vor, während und nach therapeutischen Hilfen. Sie sind kein Ersatz für eine tiefenpsychologische oder klinische Traumatherapie

oder eine medizinische oder psychologische Therapie psychischer Erkrankungen.

- Wer durch traumatische Erfahrungen bzw. andere Verletzungen eine psychische Erkrankung sich entwickeln lassen musste, braucht Halt und Geborgenheit, braucht ein schützendes und Halt gebendes Milieu. Diese Auffassung ist eine Grunderkenntnis der Psychotraumatologie wie auch der sozialpsychiatrischen Versorgung. Die folgenden konzeptionellen Überlegungen setzen ein schützendes Milieu voraus.

Dies vorausgeschickt sind die folgenden Anforderungen an eine traumasensible Begleitung psychisch erkrankter Menschen von wesentlicher Bedeutung:

#### *Auf Stärkung ausrichten*

Psychische Erkrankungen wie Traumafolgen führen zu einer Schwächung des Selbstwertgefühls und ggf. zu einer Fragmentierung der Meinhaftigkeit. Eine traumasensible Begleitung muss deshalb darauf ausgerichtet sein, die Meinhaftigkeit zu fördern und das Selbstwertgefühl der Menschen zu stärken. Traumasensible Begleitung psychisch erkrankter Menschen muss Stärkungsarbeit sein.

#### *Neues Erleben ermöglichen*

Traumatische Erfahrungen wie psychische Erkrankungen sind tiefgreifende Einschnitte und Erschütterungen der „Leiblichkeit“ der betroffenen Menschen, also ihrer Art und Weise und ihrer Fähigkeiten, sich und ihre Lebenswelt zu erleben. Diese Veränderungen gehen über das Denken über die Welt oder über konkrete Verhaltensweisen hinaus. Wird die Welt als feindliche Bedrohung und existenzielle Verunsicherung erlebt, bedürfen die betroffenen Menschen neuer Erfahrungen, die ein Erleben ermöglichen, das Vertrauen und Sicherheit schafft. Erfahrungen der Entwürdigung brauchen neue Erfahrungen der Würdigung.

#### *Kleinschrittig dosierte Veränderungserfahrungen*

Traumatische Erfahrungen bedürfen verändernde Erfahrungen neuen Erlebens. Doch da dieses auf dem brüchigen Boden oft chronifizierter Traumafolgen geschieht, können große Veränderungsschritte Überforderungen hervorrufen. Jedes neue Erfahrungsangebot hat dies zu



würdigen und muss deshalb in besonderer Weise kleinschrittig erfolgen. Es bedarf der Kunst angemessener Dosierung.

### *Kreative Wirksamkeitserfahrungen*

Ein Traumaerleben ist eine Erfahrung extremer Wirkungslosigkeit. Hilfloses Ausgeliefertsein gehört zur traumatischen Erfahrung und ist Teil der Erlebenswelten vieler psychiatrischer Erkrankungen. Das Gefühl, wirkungslos zu sein, kann sich in Betroffenen einhausen und zum selbstverständlichen Grundgefühl werden. Dagegen bedarf es neuer, alternativer Erfahrungen, der Erfahrung von Wirksamkeit. Besonders geeignet, um Wirksamkeitserfahrungen zu ermöglichen, sind kreative Aktivitäten. Ein Bild zu malen oder ein Instrument zum Erklingen zu bringen ermöglicht Erfahrungen kreativer Wirksamkeit und kann bei anderen Menschen z. B. durch Feedback Resonanzen hervorrufen, also Erfahrungen der Beziehungswirksamkeit ermöglichen.

### *Sinnesbrücken*

Für traumatisierte Menschen haben sinnliche Eindrücke oft eine zwifache Bedeutung. Sie können traumatisches Erleben triggern, wenn z. B. ein Duft oder ein Blick an den Duft oder die Augen eines Täters erinnert. Und sie können andererseits neue Sinneserfahrungen ermöglichen, die die negativen Erfahrungen zurückdrängen oder überlagern und die Brücken zur Welt bauen helfen, aus denen sich die betroffenen Menschen zurückgezogen haben. Eine traumasensible Begleitung psychisch erkrankter Menschen muss diese Doppelbedeutung zu handhaben wissen und über den behutsamen und immer die Meinhaftigkeit fördernden Aufbau von Sinnesbrücken Wege zur Teilhabe an der Welt unterstützen.

### *Traumakompetente Leitung*

Traumaerleben kann über Trigger wieder lebendig werden. Das ist in der Begleitung traumatisierter psychisch kranker Menschen nie vollständig auszuschließen. Traumasensible Begleitung bedarf einer traumakompetenten Leitung. Traumakompetente Leitung über zwei Fähigkeiten verfügen: Sie muss in der Lage sein, kleinschrittig, Überforderungen vermeidend und Triggern soweit bekannt ausweichend zu arbeiten. Und sie muss in der Lage sein, mit Erschütterungen stärkend umzugehen und bei Krisen fachgerecht zu intervenieren, um die Menschen nicht (wieder) allein zu lassen.

### *Feinjustierbare Begegnungserfahrungen*

Psychische Erkrankungen und Traumaerfahrungen sind verletzendes Beziehungserfahrungen bzw. führen dazu, dass Beziehungen zu anderen Menschen als verzerrt, bedrohlich und negativ erlebt werden. Das führt zumeist zu Misstrauen und einem Rückzug aus dem Kontakt mit anderen Menschen und zu einer oft anhaltenden Einschränkung der Fähigkeit, mit anderen Menschen Beziehungen aufzunehmen und zu leben.

Traumatasensible Begleitung muss einerseits solche Gegebenheiten berücksichtigen, um die betroffenen Menschen nicht mit Begegnungsangeboten zu überfordern. Andererseits gilt es, neue Erfahrungen der Begegnung zu ermöglichen, kleinschrittig und feinjustierbar, um Wege aus Rückzug und Einsamkeit zu finden. Dabei ist das Misstrauen der Menschen, die Opfer traumatisierender Gewalt geworden sind, zu respektieren. Sie sind darin zu unterstützen, einerseits ihr berechtigtes Misstrauen als Schutz vor Gewaltwiederholungen zu achten und andererseits zu üben, wie sie zwischen Misstrauen und Vertrauen differenzieren können, woran sie festmachen und unterscheiden, ob Misstrauen oder vorsichtige Schritte des Vertrauens gegenüber bestimmten Menschen angesagt sind.

Kreative Begegnungen bieten dafür ein Spielfeld und ermöglichen Begegnungen aus der Distanz heraus, z. B. durch einen Dialog der Klänge oder der Gesten aus der „sicheren Entfernung“.

## **4. Kreative Stärkungsgruppen und Kreative Stärkungsprojekte**

### **Kreative Stärkungsgruppen**

Kreative Stärkungsgruppen bieten niedrigschwellige kreative Erfahrungen der Bewegung, der künstlerischen Gestaltung und des Musizierens. Sie setzen keinerlei Kenntnisse oder kreative Kompetenzen voraus. Sie beinhalten strukturierte kleinschrittige Angebote und geben Möglichkeiten, Erlaubnis und individuelle Unterstützung, kreative Prozesse auszuprobieren. Sie fördern Kontakt und Begegnung, ohne zu überfordern.

Die kreativen Stärkungsgruppen sind traumasensibel. Das bedeutet, dass Traumafolgen beachtet und traumaspezifischer Stärkungsbedarf unterstützt wird. Die Leiter/innen sind traumatherapeutisch und traumapädagogisch qualifiziert. Die Angebote sind keine Traumatherapie, sondern traumasensible Stärkung.

Die Absicht ist, durch kreative Methoden das Selbstbewusstsein und die Selbstsicherheit zu stärken. Ein Ort, um Neues auszuprobieren und der Neugier zu folgen. Oft reichen Worte allein nicht, um sich aufzurichten.

Die Angebote der Kreativen Stärkungsgruppen orientieren sich an drei Haupt-Stärkungskomponenten:

*Stärkungskomponente Meinhaftigkeit:*

Es wird immer wieder erfragt und Bezug genommen auf das Erleben der Teilnehmenden: Was spüre *ich*? Was ist *meine* Bewegung, Geste, Klang, Farbe ...? Der Mut, den eigenen (Körper)-wahrnehmungen, Wünschen und Bedürfnissen Aufmerksamkeit zu schenken und zu vertrauen, wird gestärkt.

Der traumasensible Aspekt besteht in der Betonung: Ich schätze mich! (Gegen die Selbstabwertung nach der traumatogenen Abwertung)

*Stärkungskomponente Sensomotorisches Basistraining (BT):*

- ein Bewegungsangebot, in dem es nicht um Leistung oder richtig/falsch geht, sondern darum, sich und seinen Körper zu spüren;
- ein Bewegungsangebot, das gezielt und systematisch einen Zugang zum versperrten ganzheitlichen Körpererleben über einzelne Körperteile, die nach und nach im Vordergrund stehen, ermöglicht und hierbei festen Strukturen folgt, niedrigschwellig und kleinschrittig angeleitet wird und so den eingeschränkten Belastungs- und Erfahrungsmöglichkeiten psychisch erkrankter Menschen und der Vermeidung der Retraumatisierung Rechnung trägt;
- ein Angebot, das kleine Erfahrungen der Begegnung mit anderen eröffnet;
- ein Angebot, das ressourcen-orientiert ist, Spaß macht und das Ich stärkt.

Dem traumasensiblen Aspekt wird dadurch Rechnung getragen, dass ausschließlich die Körperachtsamkeit und das In-sich-Wohnen im eigenen Körper gefördert wird, um traumatogener Entfremdung und Dissoziation entgegenzuwirken.

*Stärkungskomponente Wirksamkeit:*

Die Kreativen Stärkungsgruppen bieten multimodale Erfahrungen, um wirksam zu werden im Gestalten, im Auswählen und Entscheiden, was man gerade mag und was nicht. Der traumasensible Aspekt besteht in der Betonung: Ich spüre meine Grenzen und wahre sie. Ich übe, JA zu sagen und NEIN zu sagen. Wenn ich etwas mache, hat es Wirkung auf andere. Ich habe Wirkung.

*Stärkungskomponente Begegnung:*

Die Kreativen Stärkungsgruppe enthalten immer wieder Angebote der Begegnung. Sie ermöglichen, dass eigene Wirksamkeit in der Begegnung erfahren wird. Der traumasensible Aspekt besteht in der Achtung von Scheu und Scham sowie die Nutzung der Triangel-Modalität, wenn unmittelbare Begegnung unmöglich ist (Triangel-Modalität = bewusster gemeinsamer Bezug auf Drittes).

Kreative Stärkungsgruppen werden als fortlaufende Gruppe mit 8 bis 10 Teilnehmenden durchgeführt. Es finden 8 bis 10 Treffen von je zweistündiger Dauer statt.

### **Kreative Stärkungsprojekte**

Kreative Stärkungsprojekte wenden sich an traumatisierte Menschen, die unter den Folgen leiden, indem sie anhaltende Selbstverunsicherung bis hin zu psychischen Erkrankungen entwickelt haben. Die Projekte dienen wie die Kreativen Stärkungsgruppen der Stärkung, der Wirksamkeitsförderung und der Ermöglichung von Begegnung, dem Aufrichten in Würde. Die Besonderheit besteht darin, dass die Kreativen Stärkungsprojekte die Beteiligten darin begleiten und befähigen, ein künstlerisches Werk im Gruppenprozess zu entwickeln und einer ausgewählten Öffentlichkeit vorzuführen.

„Künstlerisches Werk“ bedeutet: eine Tanzchoreografie zu entwickeln oder eine CD mit selbstverfassten Songs aufzunehmen oder eine Ausstellung mit Bildern und Objekten zu einem Thema zu erstellen. Und das unter gleichermaßen traumakompetenter und künstlerisch versierter Leitung.

„Ausgewählte Öffentlichkeit“ bedeutet: die beteiligten Menschen entscheiden selbst, ob eine Ausstellung oder eine Tanzaufführung allen Interessierten offen steht oder z. B. nur Personen, die von den Beteiligten eingeladen werden. Dies dient dem traumasensiblen Schutz vor Beschämung.

Ein Beispiel für ein Kreatives Stärkungsprojekt ist der TANZ DES AUFRICHTENS:

Das Konzept des TANZES DES AUFRICHTENS IST AUS DEM ANLIEGEN ENTSTANDEN, vor allem Frauen, die unter den Folgen sexueller Gewalt leiden, Wege zu mehr Selbstsicherheit und Selbstbewusstsein ermöglichen. Sie haben die Erfahrung machen müssen, dass sie und ihr Körper zu einem Objekt gemacht wurden. Der TANZ DES AUFRICHTENS ermöglicht ihnen, sich ihr Körpererleben wieder anzueignen. Aus der Ausschreibung:

„Der TANZ DES AUFRICHTENS ist ein Projekt, in dem die Teilnehmenden unter professioneller Anleitung ihren eigenen Tanz entwickeln. Dies geschieht über eine Kombination von niedrighschwelligem Bewegungsangeboten, Tanztraining, tänzerischer Improvisation und choreografischer Arbeit.

Der TANZ DES AUFRICHTENS ist:

1. ein Projekt für Menschen, die Erniedrigungen und Verletzungen der Würde kennen
2. ein Projekt für Menschen, die gemeinsam mit anderen nach einem bewegten und bewegenden tänzerischen Ausdruck ihrer Kraft und ihrer Aufrichtung suchen.
3. ein Projekt für Menschen, die ihrer Sehnsucht nachgehen und ihre Scheu überwinden wollen.

Der TANZ DES AUFRICHTENS ist ein Projekt für Menschen jeden Alters, für Tänzer/innen, für Tanzerfahrene und Tanzende ohne Vorkenntnisse.

Der TANZ DES AUFRICHTENS ist ein künstlerisches Projekt. Die Leiterinnen haben einen tanztherapeutischen Hintergrund und sind erfahren in der Durchführung von Tanzprojekten.

Das Projekt dauert ca. ein halbes Jahr, 50 Std.“

## Zugangswege

Für Kreative Stärkungsgruppen wie für Kreative Stärkungsprojekte bedarf es doppelter Zugangswege. Zum einen werden traumatisierte Menschen mit psychischen Erkrankungen und anderen Traumafolgeerkrankungen über ambulante oder stationäre Einrichtungen der psychiatrischen oder sozialpsychiatrischen Einrichtungen erreicht, mit denen Kreative Gruppen und Projekte auch in Kooperation angeboten werden können.

Daneben werden die Kreativen Stärkungsgruppen und Stärkungsprojekte offen angeboten, um traumatisierte und psychisch erkrankte Menschen zu erreichen, die bislang mit dem Versorgungsnetz nicht erreicht wurden und werden. Dafür muss die Ansprache doppelte Kriterien erfüllen: Einerseits müssen sich die Betroffenen deutlich angesprochen fühlen, andererseits darf einer Stigmatisierung kein Vorschub geleistet werden. Es hat sich bewährt, Menschen zu ermöglichen, sich angesprochen zu fühlen, wenn sie meinen, besonderer Stärkung zu bedürfen. Fast immer wurden dann später traumatische Erfahrungen und/oder psychische Erkrankungen sichtbar.

Die bisherigen Erfahrungen mit den Kreativen Stärkungsgruppen und -projekten sind ermutigend:

- Die Angebote erreichen psychisch erkrankte Menschen, die oft von anderen Angeboten nicht angesprochen oder erreicht wurden und werden.
- Die Angebote werden von psychiatrischen und sozialpsychiatrischen Einrichtungen als Ergänzung der vorhandenen Hilfsstrukturen angesehen und angenommen.
- Die Inhalte der Angebote werden von allen Beteiligten positiv bewertet.
- Die Leitung der Angebote durch traumakompetente Fachleute ist notwendig.

## Literatur

American Psychiatric Association (2014): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-5. Deutsche Ausgabe. München

Baer, U. (2012): Kreative Leibtherapie. Das Lehrbuch. Neukirchen-Vluyn

Creamer, M., Burgess, P. & McFarlane, A. C. (2001) Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*, 31,1237–1247.

Damasio, A. R. (2000): Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins. München

Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M. H. (Hrsg) (1993): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle

Fischer, G.; Riedesser, P. (2003): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München

Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, Ch., Lampe, A., Liebermann, P., Maercker, A., Reddemann, L., Wöller, W. (2011): S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt* 3: 202-210

Frick-Baer, G. (2009): Aufrichten in Würde. Methoden und Modelle leiborientierter kreativer Traumatherapie. Neukirchen-Vluyn

Frick-Baer, G. (2013): Trauma: „Am schlimmsten ist das Alleinsein danach“. Sexuelle Gewalt - wie Menschen die Zeit danach erleben und was beim Heilen hilft. Neukirchen-Vluyn

Fuchs, T. (2000a): Leib-Raum-Person. Entwurf einer Phänomenologischen Anthropologie. Stuttgart

Fuchs, T. (2000b): Psychopathologie von Leib und Raum. Phänomenologisch-empirische Untersuchungen zu depressiven und paranoiden Erkrankungen. Darmstadt

Gunkel, S. (2005): Psychotisches Erleben und psychiatrische Behandlungsbedingungen als sekundär traumatisierende Welten. In: Gunkel, S. & Kruse, G. (Hg.) (2005): „Um-Welten“ – Psychotherapie und Kontext. Reihe „Impulse für die Psychotherapie“, Band 10: 81 - 148. Hannover

Herman, J. (1997/2003): Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. Paderborn

Huber, M. (2003): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Band 1. Paderborn

Lüderitz, S. (2005): Wenn die Seele im Grenzbereich von Vernichtung und Überleben zersplittert. Auswirkungen auf Behandlungskonzepte der Dissoziativen Identitätsstörung. Paderborn

Keilson, H. (1979): Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Stuttgart

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 52 (12), 1048- 1060.

Kolk, B. A. van der; Mc Farlane, A. C.; Weisaeth, L. (Hg.) (2000): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Paderborn

Labrèche, M.-S. (2004): Borderline. Berlin

Lauveng, A. (2005): Morgen bin ich ein Löwe. Wie ich die Schizophrenie besiegte. München

Merleau-Ponty, M. (1966): Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin

Otto, M. (2006): Der Tiger zwischen den Seidenhemden. Leben mit Angststörungen. Oldenburg

Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S. & Wittchen, H.-U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 46-59.

Read J. et al. (2005a): Trauma and : theoretical and clinical implications. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2005; 112: 327 - 329

Read J. et al. (2005b): Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2005; 112: 330 - 350

Röhr, H.-P. (2006): Ich traue meiner Wahrnehmung. Sexueller und emotionaler Missbrauch. München

Roth, G. (2007): Fühlen, Denken, Handeln. Frankfurt a. M.

Schäfer, I. & Aderhold, V. (2005): Traumaforschung bei Menschen mit psychotischen Störungen. *Schizophrenie* 21 (2005). 58 – 66



Sechehaye, M. (1973): Tagebuch einer Schizophrenen. Frankfurt

Solomon, A. (2001): Saturns Schatten. Die dunklen Welten der Depression. Frankfurt am Main

Vauth, R. (2007): Unterschätzter Einfluss posttraumatischer Belastungsstörungen auf Schizophrenie. In: Vauth, R. & Bottlender, R.: Posttraumatische Belastungsstörungen bei Schizophrenie. Psychiatrische Praxis 2007; 34: 55 - 57

Waldenfels, B. (2000): Das leibliche Selbst. Vorlesungen zur Phänomenologie des Leibes. Frankfurt am Main

Wittchen, H.-U.; Saß, H.; Zaudig, M.; Koehler, K. (1991): Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III-R. 3., korrigierte Auflage. Weinheim und Basel

Woggon, B. (1999): Ich kann nicht wollen. Berichte depressiver Patienten. Bern