Pferd und Trauma

Stabilisierung und Ressourcenstärkung mittels pferdegestützter Therapie bei komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS)

HANDOUT ZUR FACHARBEIT
VON ANJA TANNER

Was genau versteht man unter einem Trauma?

Das Wort „Trauma“ stammt aus dem Griechischen und bedeutet „*Wunde*“.

„***Psychische Traumatisierung lässt sich definieren als vitales 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***.“ *(Fischer & Riedesser, 2009, S. 84)*

Wegen ihrer unterschiedlichen Bedeutung und der Tragweite ihrer Auswirkung werden traumatische Ereignisse in verschiedene Typen aufgeteilt. Der erste Unterscheidungsfaktor ist die Zeitachse: **Typ-I-Traumata** sind einmalige, kurz einwirkende Ereignisse. Unter **Typ-II-Traumata** werden entweder mehrfach auftretende oder lang andauernde traumatische Ereignisse verstanden *(Gräbener, 2013, S. 15)*. Das zweite Unterscheidungsmerkmal ist die Verursacher-Achse.

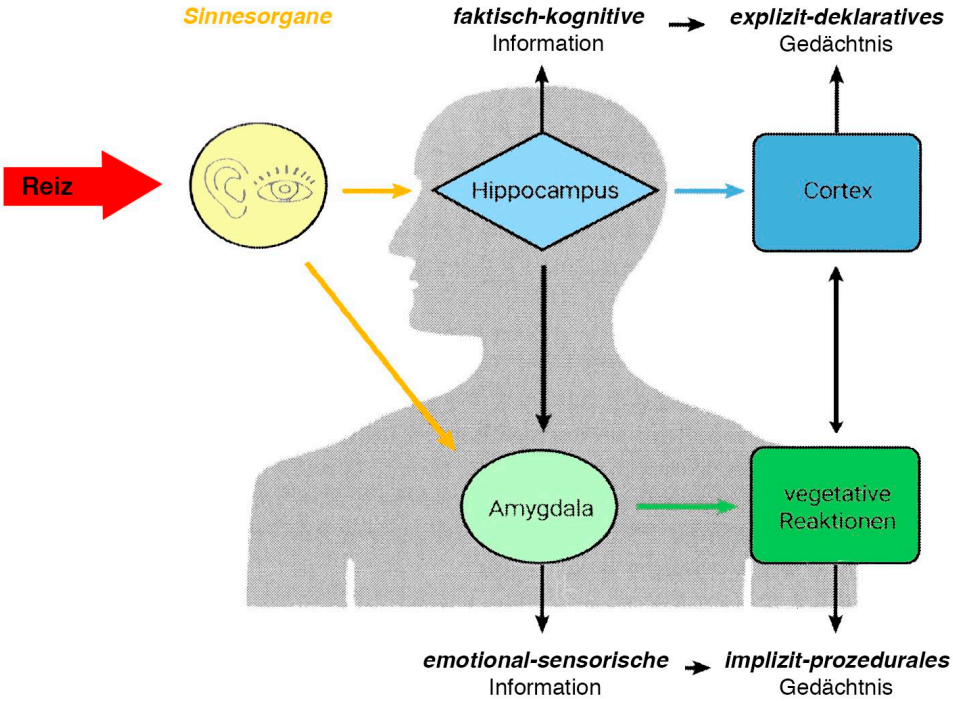
	Typ-1-Traumata ***(einmalig, kurfristig einwirkend)***	**Typ-II-Traumata** ***(mehrfach,langfristig einwirkend)***	**Medizinisch bedingte Traumata**
Akzidentielle (umweltbedingte) Traumata	Schwere Verkehrsunfälle, berufsbedingte Traumata (z.B. Polizei, Feuerwehr, Rettungs-kräfte), kurz dauernde Katastrophen (z.B. Wirbelsturm, Brand)	Lang dauernde Naturkatastrophen (z.B. Erdbeben, Überschwem-mungen), technische Katastrophen (z.B. Giftgaskatastrophen)	Akute lebensgefährliche Erkrankungen (z.B. kardiale, pulmonale Notfälle), chronische lebensbedrohliche oder schwerste Krankheiten (z.B. Malignome, HIV/Aids, Schizophrenie), als notwendig erlebte medizinische Eingriffe (z.B. Defibrillations-behandlung)
Interpersonelle Traumata („man-made“)	Sexuelle Übergriffe (z.B. Vergewaltigung), kriminelle bzw. körperliche Gewalt, ziviles Gewalterleben (z.B. Banküberfall)	Sexuelle und körperliche Gewalt/Missbrauch in der Kindheit resp. Im Erwachsenenalter, Kriegserleben, Geiselhaft, Folter, politische Inhaftierung (z.B. KZ-Haft)	Komplizierter Behandlungsverlauf nach angenommenem Behandlungsfehler

Als Schutzfaktoren für eine erfolgreiche Trauma-Verarbeitung gelten:

- Unterstützung durch das soziale Umfeld, stabile Bezugspersonen
- Anerkennung als Opfer, bzw. „Überlebender“ (survivor)
- Über das Erlebte kommunizieren können *(Maercker, 2013, S. 37)*
- Kohärenzsinn, d.h. die Fähigkeit, das traumatische Ereignis geistig einzuordnen, zu verstehen und ihm einen Sinn geben zu können *(Antonovsky, 1987)*
- Spiritualität bzw. religiöse Überzeugungen

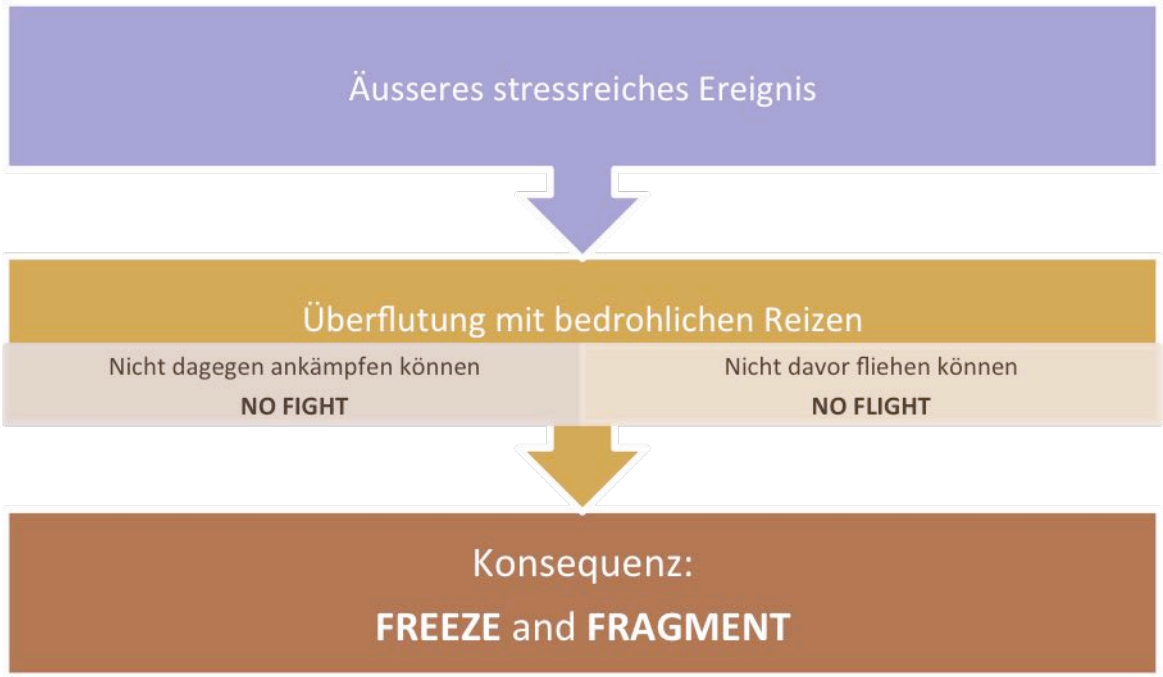
Welche Auswirkungen hat ein traumatisierendes Ereignis auf den Körper?

In einer bedrohlichen Situation arbeiten zunächst beide Systeme der menschlichen Reizverarbeitung, der Hippocampus und die Amygdala, nebeneinander. Solange Kampf oder Flucht möglich sind, ist die Chance gross, dass potentiell traumatische Ereignisse zwar belastend wirken, aber keine dauerhaften seelischen Traumata hinterlassen.



Bestimmte traumatische Situationen lassen sich aber nicht durch Kampf oder Flucht überwinden. Im Falle einer solchen Extremsituation werden aufgrund der massiven Stresshormonausschüttung die beiden informationsverarbeitenden Zentren, Hippocampus und Amygdala, entkoppelt. Es kommt zu einer Schreckstarre, einer Art ***Totstellreflex („Freeze")***. Der menschliche Organismus schützt sich in diesem Zustand durch die ***Dissoziation,*** die Abspaltung einzelner Aspekte der Wahrnehmung.

Diese Trennung der Reizverarbeitung hat zur Folge, dass Informationen kaum noch integriert werden können. Sinneseindrücke und Gedächtnisinhalte werden fragmentiert, also nicht gemeinsam abgespeichert. Es besteht keine Verbindung zu einer zeitlich-räumlichen Zuordnung und es findet keine sprachliche Verarbeitung statt. Das bedeutet, dass Sinneseindrücke, welche normalerweise dem Bewusstsein zugänglich sind (Geräusche, Gerüche, Körperempfindungen) während der Schreckstarre vom bewussten Erleben und von der Verarbeitung des Erlebten abgeschnitten sind.



„Diese Erinnerungsstücke sind häufig mit starken Affekten verbunden und sensorisch gespeichert, beispielsweise als intensiver Geruch, der Ekel auslöst, oder als starke Körperempfindung, mit Todesangst verbunden." (Gräbener, 2013, S. 32)

„Für die therapeutische Arbeit mit Trauma ist gerade dieser Aspekt wichtig. In Momenten höchster Gefahr sind Menschen meist sprachlos. Im Nachhinein fehlt es oft an Worten, um das Erlebte zu beschreiben. Es wird ersichtlich, warum gerade in der Behandlung von Trauma alternative Therapieformen zur regulären Gesprächstherapie gesucht werden." *(Parent, 2015, S. 40)*

Folgende posttraumatischen Symptome sind in der Folge häufig anzutreffen:

- ***Vermeidungsverhalten (Avoidance)****:* Das Vermeiden von Gedanken und Gefühlen, die an das Trauma erinnern könnten, bewusstes Vermeiden des Traumaortes, (unbewusstes) Vermeiden von schmerzhaften Erinnerungen durch Dissoziation
- ***Über-Erregtheit (Hyper-Arousal)****:* Ständige Anspannung**,** Reizbarkeit oder Wutausbrüche, erhöhte Schreckhaftigkeit, gesteigerte Wachsamkeit gegenüber Gefahrenreizen *(Hypervigilance)*, Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen, wiederkehrende Albträume, unverhältnismässig heftige Reaktionen auf innere oder äussere Einflüsse (durch ***Trigger/Schlüsselreize*** ausgelöst)
- ***Unter-Erregtheit (Hypo-Arousal)****:* Emotionale Taubheit, Apathie, Teilamnesie, dissoziative Zustände, Depersonalisation (Entfremdung), Derealisation, Gefühl der Leere, Gleichgültigkeit oder Hoffnungslosigkeit, Suizidalität

Von einer „posttraumatischen Belastungsstörung" spricht man, wenn die aufgetretenen Symptome über einen längeren Zeitraum als vier Wochen anhalten und sich somit ein chronischer Verlauf abzeichnet.

Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es bisher?

Das Erleben sowie die Bewältigung eines Traumas sind höchst individuell. Meist werden psychologische Therapieverfahren kombiniert mit einer *Pharmakotherapie* angewandt. Zumeist kommen dazu Antidepressiva (SSRI) zum Einsatz. Alle relevanten psychotherapeutischen Ansätze im Detail behandeln zu wollen, würde den Rahmen dieses Handouts sprengen. Deshalb seien hier nur die Gängigsten von ihnen stichwortartig aufgelistet:

- **Kognitive Verhaltenstherapie**
- **EMDR** (Eye Movement Desenzitation and Reprocessing) nach Francine Shapiro
- **Psychodynamisch-Imaginative Traumatherapie (PITT)** nach Luise Reddemann
- **Ego-State-Therapie** nach John & Helen Watkins
- **Narrative Expositionstherapie (NET)**
- **Somatic Experiencing** nach Peter Levine
- **Biofeedback**

Auffällig ist, dass viele dieser Therapieverfahren den Körper in ihr Behandlungskonzept mit einbeziehen. Wie weiter oben bereits erwähnt, macht dieser Ansatz unbedingt Sinn, da viele traumatische Erinnerungen nur noch oder hauptsächlich im Körpergedächtnis abgespeichert sind.

Unabhängig von den verschiedenen Psychotherapieschulen ist in der Behandlung der PTBS eine Phaseneinteilung allgemein anerkannt *(Horowitz, 1973)*. Es handelt sich dabei um folgende drei Therapiephasen:

1. **Stabilisierung** *(Fokus auf die Gegenwart)*: Wiederherstellung eines subjektiven Sicherheitsgefühls, Konzentration auf vorhandene Fähigkeiten, Kompetenzen und Ressourcen. Förderung der Selbstregulation von Emotionen, Impulsen und Affekten sowie Ausbau der Reflexionsfähigkeit.

2. **Traumakonfrontation** *(Fokus auf die Vergangenheit)*: Auseinandersetzung mit dem als traumatisch erlebten Ereignis und bewusste, kontrollierbare Erinnerung aus der Hier-und-Jetzt-Perspektive.

3. **(Re-)Integration** *(Fokus auf die Zukunft)*: Übertragung der Erkenntnisse und Bewältigungsstrategien in den Alltag, Entwicklung von Selbstverantwortung und Selbstwirksamkeit im aktuellen Leben. Einordnung des Traumas in die eigene Biographie.

„Traumatisierte Patienten haben in der Regel ein hohes Sicherheitsbedürfnis und eine niedrige Toleranzschwelle für unklares, vor allem aber für aggressives und grenzüberschreitendes Verhalten. In der professionellen Interaktion ist alles zu fördern, was Sicherheit schafft, und alles zu unterlassen, was als Verunsicherung oder Grenzüberschreitung erlebt werden kann.“ *(Gräbener, 2013, S. 71)*

Welche Ansatzpunkte bietet die pferdegestützte Intervention?

Nach Rücksprache mit der behandelnden Psychiaterin meiner Klientin, dem Studium der Arztberichte des letzten Klinikaufenthalts, der Lektüre mehrerer Fallbeispiele *(Sack, 2017)* und der Einschätzung der Klientin selbst, haben wir gemeinsam folgende Schwerpunkte definiert:

- **Selbstwirksamkeit:**
  Aus der Schockstarre heraus wieder zu seiner Handlungsfähigkeit zurückfinden, Kontrolle übernehmen und abgeben, Grenzen setzen, Position beziehen, Kommunikation durch Körpersprache

- **Gefühle wahrnehmen und verbalisieren:**
  Sich aus der Dissoziation und der emotionalen Taubheit herauswagen, den eigenen Körper wahrnehmen und als zuverlässigen Sensor ernst nehmen, das Vertrauen in den eigenen Körper als Messinstrument für Gefühle und Informationsquelle fördern

- **Entspannung und Erdung:**
  Die eigene Körperwahrnehmung fördern, angenehme Körperempfindungen ermöglichen, Spannungsabbau und Achtsamkeitsübungen, dem Bedürfnis nach physischer Geborgenheit und Sicherheit nachkommen

- **Nähe und Abgrenzung:**
  Spontane Reflexe zulassen, Experimentieren mit Druck und Gegendruck, Wegschicken und Heranholen, Ausloten der eigenen und fremden Individualdistanz, Selbstfürsorgerisch handeln

Folgenden Rahmenbedingungen habe ich besondere Aufmerksamkeit geschenkt:

- Gestaltung der Therapieeinheiten mit einer klar erkennbaren Struktur
- Einbau von festen Ritualen (Befindlichkeits-Skala zu Beginn und Bildkarte zum Schluss)
- Grösstmögliche Transparenz und Mitspracherecht für die Klientin
- Feedbackbogen nach jeder Einheit, um auf individuelle Wünsche und neu aufgetauchte Themen zeitnah eingehen zu können
- Achtsamer Sprachgebrauch
- Keine absichtliche Auslösung von bekannten Triggern
- Respektvoller, gewaltfreier Umgang mit Mensch und Pferd

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die pferdegestützte Therapie gerade während der Stabilisierungsphase einer traumatisierten Person wertvolle ressourcenaktivierende Arbeit leisten kann. Aktive Traumakonfrontation im pferdeunterstützen Setting ist mit Vorsicht zu geniessen, es sei denn, der Therapeut sei gleichzeitig ein spezifisch für diese Arbeit qualifizierter Psychotherapeut. Das Risiko einer Retraumatisierung des Betroffenen ist für den traumatherapeutischen Laien zu hoch.

„Eine Therapie kann immer nur eine gute Therapie sein, wenn niemand, auch nicht das Pferd, zum Opfer wird!“ (Deutsches Kuratorium für Therapeutisches Reiten, 2005, S. 20)

Weiterführende Literatur zum Thema „Pferd und Trauma“:

- ⇨ Parent, I. B. (2015). *Grundlagen der Pferdeunterstützten Traumatherapie.* San Bernardino, CA, U.S.A.: EAGALA.
- ⇨ Deutsches Kuratorium für Therapeutisches Reiten, D. (Hrsg.). (2017). *Traumatherapie/-pädagogik mit dem Pferd.* Warendorf, Deutschland: Pferdesport Verlag Ehlers.
- ⇨ Gräbener, J. (2013). *Basiswissen: Umgang mit traumatisierten Patienten.* (M. Amering, M. Bossle, I. Eichenbrenner, M. Eink, K. Obert, & W. Rössler, Hrsg.) Köln, Deutschland: Psychiatrie Verlag.
- ⇨ Gomolla, A., Brauner, S., Bardel, M., & Lachmann, G. (2016). *Praxisreihe Pferdegestützte Psychotherapie* (Edition IPTh-Fachbücher Ausg., Bd. 1). (A. Gomolla, Hrsg.) Norderstedt, Deutschland: BoD - Books on Demand.
- ⇨ Opgen-Rhein, C., Kläschen, M., & Dettling, M. (2011). *Pferdegestützte Therapie bei psychischen Erkrankungen.* Stuttgart, Deutschland: Schattauer.
- ⇨ Deutsches Kuratorium für Therapeutisches Reiten, D. (Hrsg.). (2005). *Die Arbeit mit dem Pferd in Psychiatrie und Psychotherapie* (3. unveränderte Ausg.). Warendorf, Deutschland: Pferdesport Verlag Ehlers.
- ⇨ Fachgruppe Arbeit mit dem Pferd in der Psychotherapie, F., & Deutsches Kuratorium für Therapeutisches Reiten, D. (Hrsg.). (2005, 2008). *Psychotherapie mit dem Pferd* (2. Ausg.). Warendorf, Deutschland: FNverlag.
- ⇨ Rosenberg, S. R. (2010). *Meine Pferde, meine Heiler.* (U. Dietmann, Hrsg., U. Dietmann, & J. Jurk, Übers.) Kirchheim/Teck, Deutschland: tredition.
- ⇨ Wilhelms, U. (2013). *Hautnah.* (U. Dietmann, Hrsg.) Kirchheim/Teck, Deutschland: spiritbooks.
- ⇨ Kohanov, L., & McElroy, K. (2011). 40 Karten mit Pferde-Archetypen und Praxisbuch. *Der bewusste Weg mit Pferden* . (I. Sonntag, Hrsg., & U. Dietmann, Übers.) Schondorf, Deutschland: Wu Wei Verlag.

© ANJA TANNER 2017