

# ***Traumawissen für Präventionsfachkräfte: Akute Traumatisierung – Verhinderung von Chronifizierung und Komorbiditäten***

Beitrag anlässlich der Fachtagung 2015 „Trauma und Suchtprävention“  
des Forum Prävention, Bozen, 19. und 20.10.2015

***Mag. Eva Münker-Kramer***

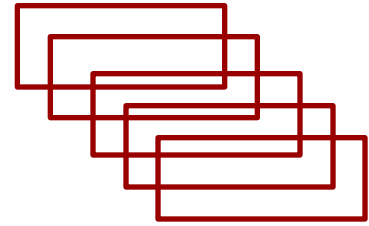
**Klinische/Gesundheitspsychologin, Wirtschaftspsychologin,  
Notfallpsychologin, Psychotherapeutin (VT, EMDR, Traumatherapie)**



**EMDR Institut Austria,  
[www.emdr-institut.at](http://www.emdr-institut.at)**

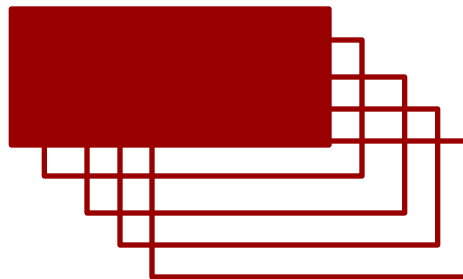


# Überblick Vortrag



- **Vorbemerkungen / Definitionen / allg. Zusammenhänge / Bezug zum Vor-Vortrag**
- **Beispiele Belastung von Einsatzkräften nach Akutereignissen** (beispielhaft, untersuchbar) inkl. Filmausschnitte
- **Aufgaben, Betätigungsfeld und Ziele der notfallpsychologischen Intervention, Akutintervention**
- **Spezielles: Haltung, Gesprächsführung**
- **Arbeit im Netzwerk, Zusammenfassung, Schlussfolgerungen, Literatur**

**Vorbemerkungen**  
**Definitionen**  
**Zusammenhänge**  
**Bezug zum Vor-Vortrag**



# Zusammenhänge

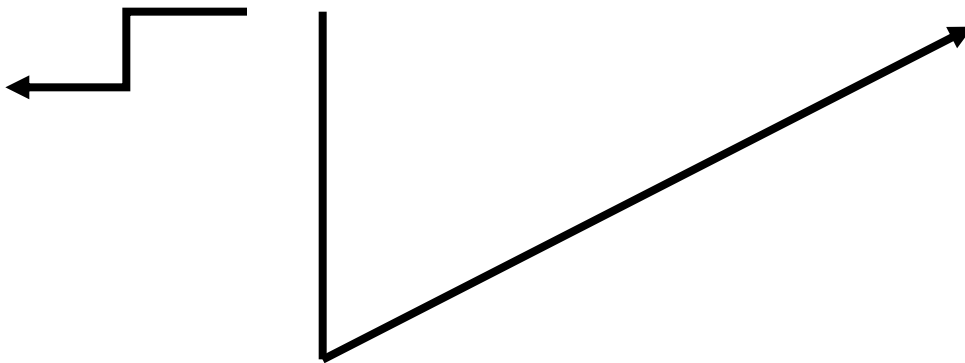
## Psychotraumatologie

**„Typ I“**  
Trauma-  
tisierung

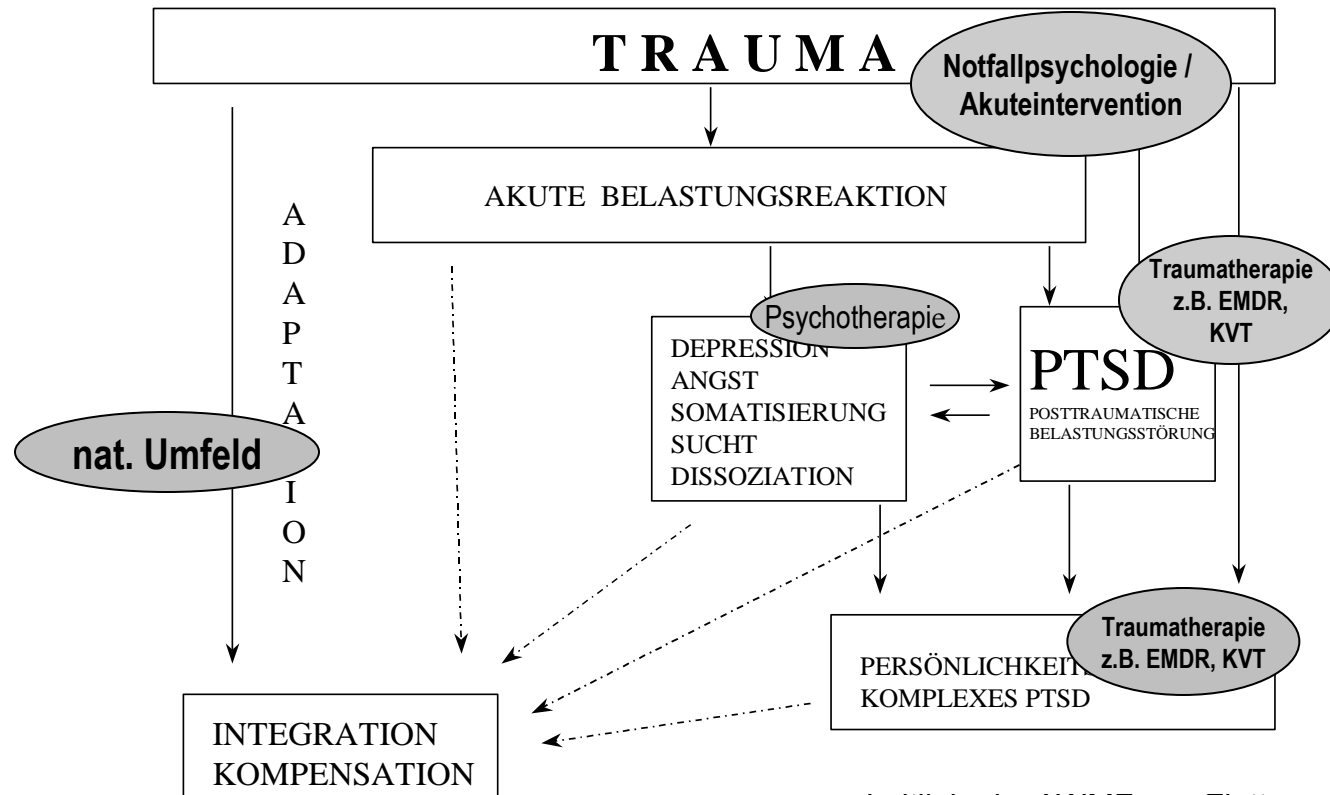
**„Typ II“**  
Trauma-  
tisierung

• Notfallpsychologie

• spezielle Psychotherapie  
traumatisierter Menschen



# Traumareaktive Entwicklungen und Behandlungsmöglichkeiten



Leitlinie der AWMF; Flatten et al., 1999:  
<http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/>

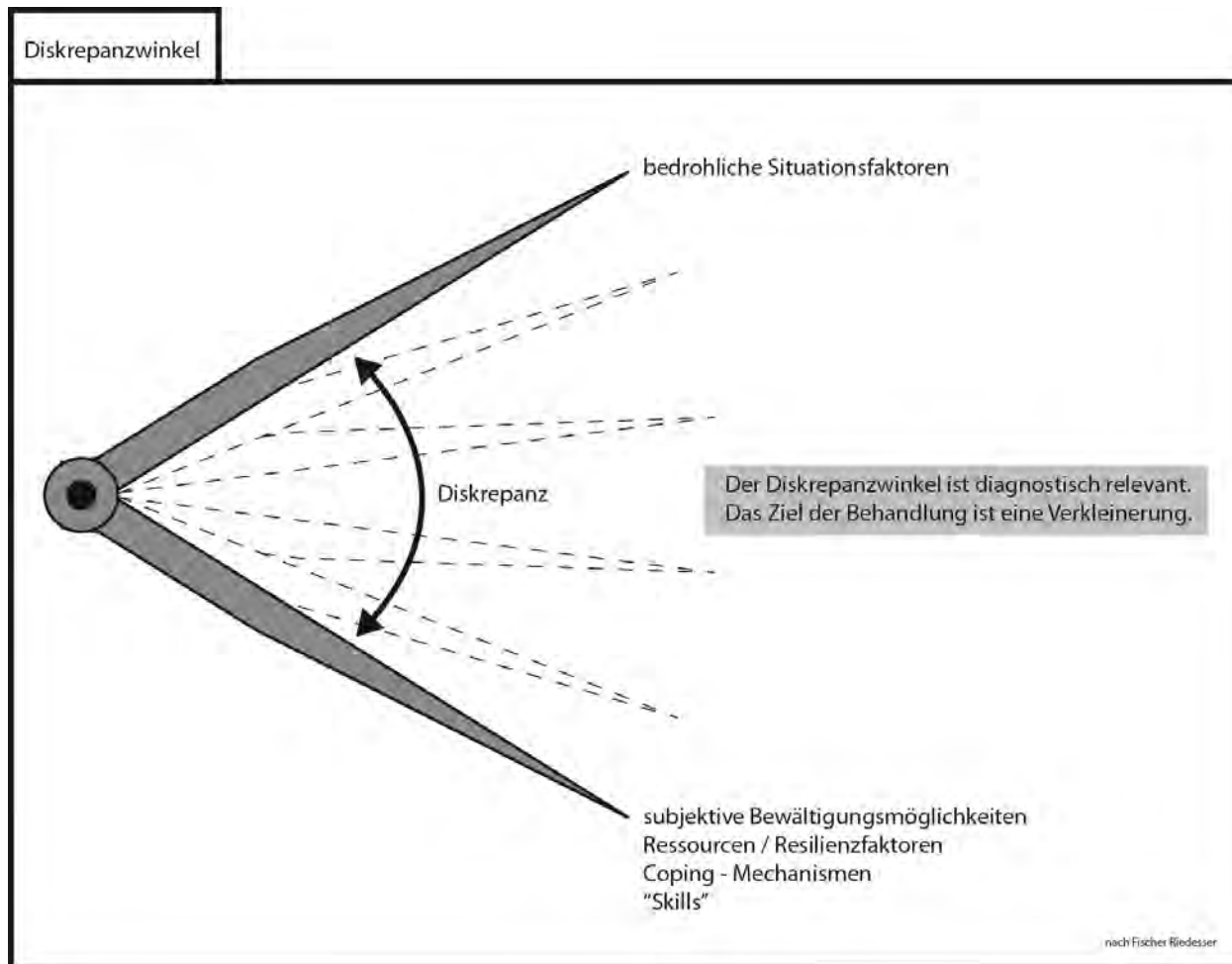
# Bezug zw. Definition (Fischer/Riedesser) und den „5 elements“ (Hobfoll et al., 2007, s.u.)

„Ein potentiell traumatisierendes Ereignis (\*) ist ein vitales Diskrepanzerlebnis (1,2) zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit **Gefühlen** von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe (1,3,5) einhergeht und so eine **dauerhafte Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses** bewirkt (3,4,5).“

(nach Fischer, Riedesser, 1998) \* Original: „Ein Trauma ist....“

ICD 10: „....., das nahezu bei jedem tiefe Verzweiflung hervorrufen würde (1,2,3,5) ...“

# ... bildlich dargestellt (s. auch Münker-Kramer, 2015, S. 35)



# „Im Alltag...“

## (1) *vitales Diskrepanzerlebnis*

„...geht mir an die Nerven. ... geht mir an die Nieren“, „schlägt sich mir auf den Magen, ...verschlägt mir den Appetit“, „sich vor Angst anm...“, „... zum K...“, „... schnürt mir die Luft ab“, „...nimmt mir den Atem“, „... wie ein Schlag in die Magengrube“, „da stellen sich mir alle Haare auf“, „da läuft es mir kalt den Rücken hinunter“, „mir bleibt die Spucke weg“, „wie gelähmt“, „wie angewurzelt“, „mir gehorchten meine Beine nicht mehr“...

## (2) *Gefühle von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe*

„wie ausgeliefert“, „fühle mich wie nackt“, „fühle mich wie ein Tier im Käfig“...

## (3) *Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses*

„...aus der Bahn geworfen, den Boden unter den Füßen weggezogen“, „nichts ist wie vorher, es wird nie wieder so sein wie vorher“, „es ist als sei ein Teil von mir gestorben“, „Wie vom Blitz getroffen“, „... Es gibt keine Zukunft mehr“, „Leben hat keinen Sinn mehr“, „alles aus“...

## (4) *“...Verhalten* als 4. Repräsentations- und Speicherebene von Traumatisierung





# Filmausschnitt

„Symptome bei  
Soldaten“



# Typisierungen von Psychotrauma nach Terr

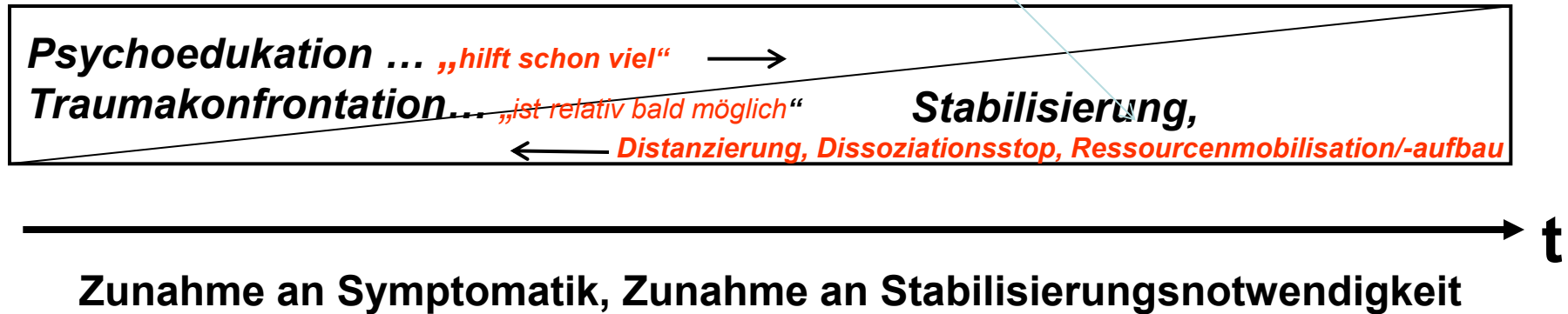
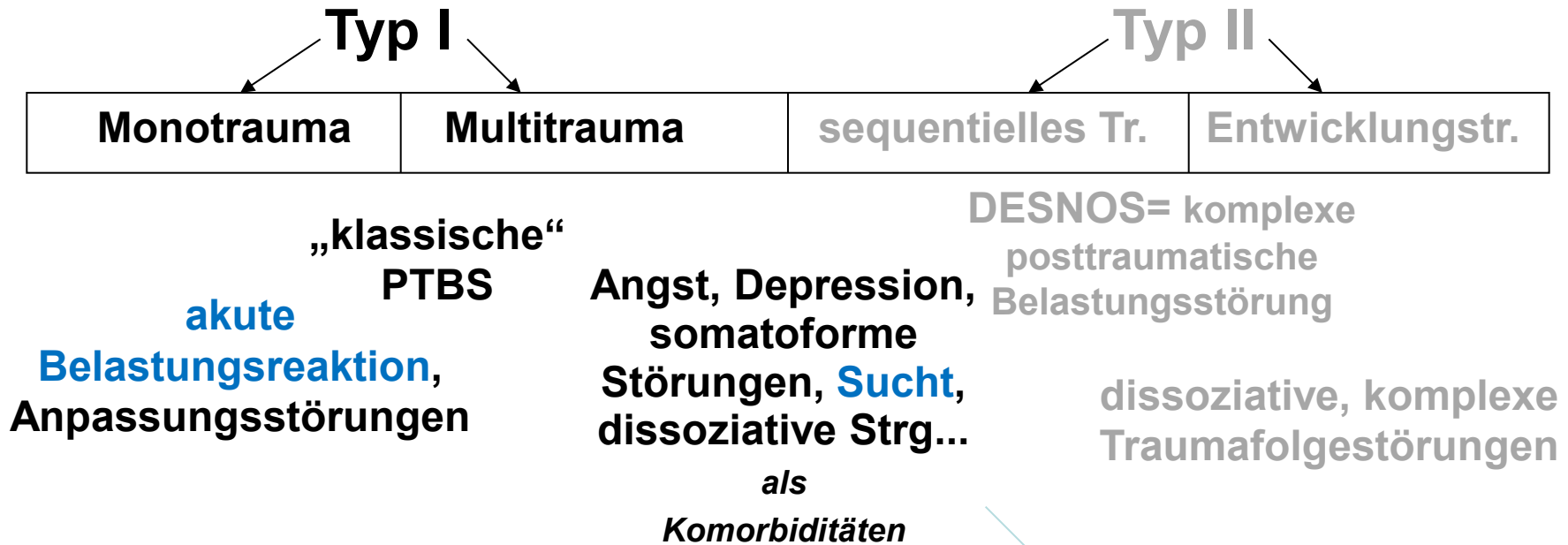
(1989, J.of Traumatic Stress, vgl. auch SU bei Definitionen, Rothschild, B.)

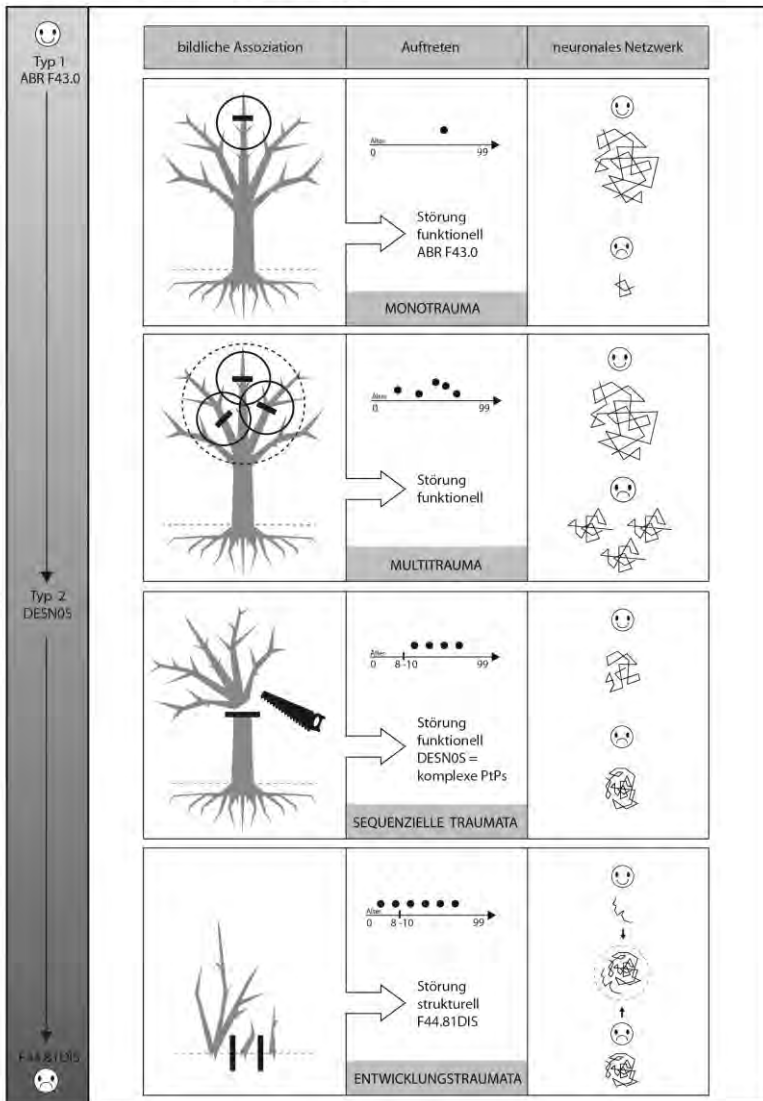
***Typ I – Psychotrauma:*** Folgen eines unerwarteten Einzelereignisses wie z.B. Gewalterlebnis, Überfall, Unfall, Natur-katastrophen, auch Zeugenschaft dessen

***Typ II – Psychotrauma:*** Folgen mehrmaliger, sich wiederholender oder auch andauernder – kumulativer Traumata, z.B. andauernde sexuelle/psychische/physische Gewalt, länger dauernde Entführung, Folter, Mobbing,...., Vernachlässigung

# Überblick Psychotrauma-Folgestörungen

(Grundschemata nach Besser, L., modifiziert/ergänzt von Münker-Kramer, E.)

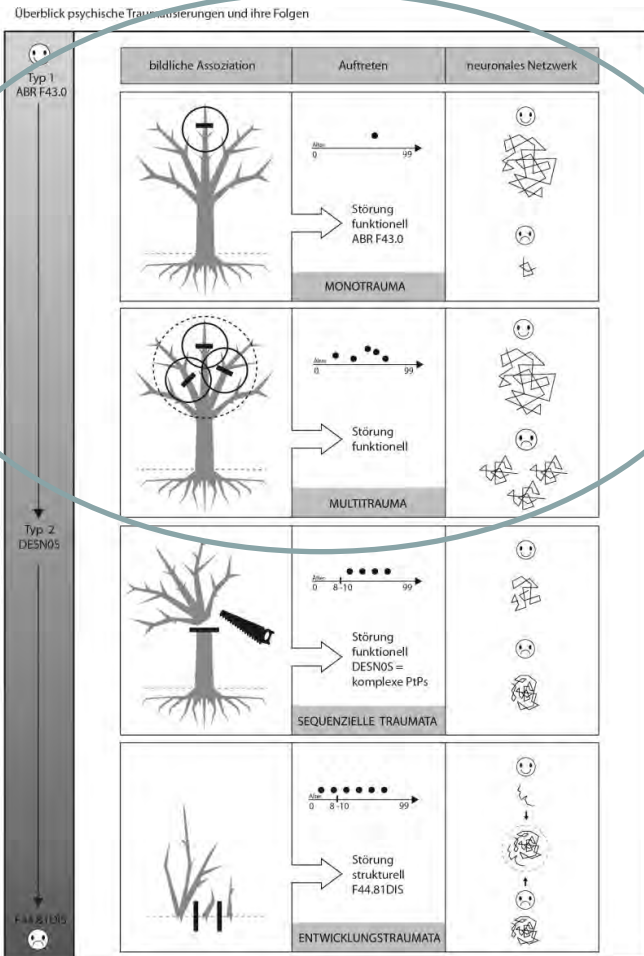




... anders dargestellt...

- 1 Diagnosen – Kontinuum
- 2 Baummetapher – symbolische Auswirkung
- 3 „Art“ der Traumatisierung (Häufigkeit, Alter....)
- 4 Symbolisierung der Ressourcen- und Belastungsnetzwerke

... unter der Lupe...



Typ I - Belastung

# Beispiele Belastungen nach Akutereignissen (beispielhaft, untersuchbar bei Einsatzkräften) inkl. Filmausschnitte



# Opfertypen

<b>Primäropfer</b>	direkt Betroffene eines Ereignisses vor Ort, direkter Sinneskontakt, können auch Zeugen sein
<b>Sekundäropfer</b>	Angehörige, Vorgesetzte (z.B. Befehle...)
<b>Tertiäropfer</b>	Führungskräfte, Einsatzkräfte

# Risikofaktoren 1/4

## *Situationsfaktoren:*

- Kinder direkt oder indirekt beteiligt
- hohe „Betroffenheit“ (psychisch, situativ, körperlich)
- hoher potentieller Grad der Identifikation (z.B. „line of duty death“) *Bsp. „Kriminalbeamter“, Feuerwehrmann – Gleinalmtunnel, „CSI Miami“*
- Lebensbedrohlichkeit der Situation bzw. schwere körperliche Verletzungen
- extrem intensive Sinnesbeteiligung bzw. lange Dauer bzw. Intensität, *z.B. mit toter Person im Körperkontakt über Stunden in einer Steilwand hängen, „Schrebergarten“, „Taucher“...)*



# Risikofaktoren 2/4

- mehrere Ereignisse hintereinander ohne Erholungsphase – kumulierte Stressoren bzw. **Retraumatisierung** (z.B. auch durch medizinische Eingriffe – hier auch tlw. Fehlinterpretationen - oder Verhöre)

## *Biographische Faktoren*

- **Retraumatisierung bzw. frühere belastende Erfahrungen** (*Bsp. 28.12.2002, Joghurtbecher*)
- auch vorher schon Tendenzen zu schwerer Depression bzw. psychiatrischen Krankheiten

# Risikofaktoren 3/4

## ***Subjektive Faktoren:***

- **peritraumatische Dissoziation** (subjektives Gefühl von Betäubung, Losgelöstsein oder der Abwesenheit von Gefühlen während des Ereignisses, eingeschränkte Wahrnehmung der Umgebung, Derealisation, Depersonalisation, dissoziative Amnesie, dissoziative Fugue)
- **dauernde Übererregung (AN, Arousal, Herzfrequenz >90), ständige adrenerge Stimulation, Tachykardie**
- **erlebte Hilflosigkeit (speziell Helfer ! = starke Dissonanz)** (*Bsp. Notärztin*)
- **hohe Schuldgefühle (subjektiv, objektiv)**

# Risikofaktoren 4/4

## *Faktoren, die im „Coping“ /in der sozialen Umwelt liegen*

- mangelnde soziale Unterstützung (privat, beruflich (von der eigenen Organisation)) –  
nachher



# (mögliche) Reaktionen bei F43.0 / F 43.1 (\*) I

## ***Körper (physisch):***

Schwindel- / Schwächeanfälle, Benommenheit, **erhöhter Herzschlag und Blutdruck: Hyperarousal** \*, Atemprobleme / beschleunigte Atmung , Sehschwäche, Schüttelfrost, vermehrte Flüssigkeitsaufnahme, Müdigkeit, Übelkeit und Erbrechen, Muskel- / Nervenzucken, Kopf- und Brustschmerzen, Zähneknirschen, **Schlafstörungen**, „Lähmung“

## ***Kognitionen, Gedanken (mental):***

allgemeine Verwirrung / Konfusion, Schwierigkeiten bei der Entscheidungsfindung  
Schwierigkeiten bei der Identifikation von (bekannten) Personen, Desorientierung bzgl. Raum, Zeit und Person, überhöhte oder reduzierte Reaktionsbereitschaft – bis hin zu Stupor, verstärkte oder reduzierte Wahrnehmung des Umfeldes – auch selektiv, Misstrauen, Alpträume, Intrusionen (\*), Schwächen in Konzentration, Aufmerksamkeit und Erinnerungsvermögen, Schwächen im abstrakt-logischen Denken

# (mögliche) Reaktionen bei F43.0 / F 43.1 (\*) II

## ***Emotionen, Gefühle (psychisch):***

Angst / Furcht / Unsicherheit, **Beklemmung**, Schuldgefühle (irrational, real),  
Gefühle der Hilflosigkeit / Überwältigung, Wutausbrüche, „übertriebene“ Trauer  
**Panik**, Dissoziation, Reizbarkeit / Aggression, auch unspezifisch, Depression  
Gefühlsarmut vs. Gefühlsausbrüche, **erhöhte Erregbarkeit**, Überempfindlichkeit

## ***Verhalten:***

ausweichendes Verhalten, Stupor, Zurückgezogenheit / Abkapselung, „unsoziale“  
Handlungen, Vermeidung(sverhalten) (\*), Hektik / Rast- / Ruhelosigkeit,  
unkontrollierte Bewegungen, **erhöhter Konsum von Alkohol / Drogen und  
Genussmitteln**, Veränderungen im sozialen Umfeld, Veränderungen im Sprach-  
gebrauch, „skurriles Verhalten“, Hunger oder Appetitlosigkeit – generell gilt:  
„anders als sonst „ in Fremd- oder/und Selbstwahrnehmung

# Komorbidität Substanzmissbrauch

**Ein Bankbeamter leidet nach einem Überfall (der Täter hatte ihm über eine Minute lang die Pistole an die Schläfe gehalten, während sein Kollege Geld einsammelte) unter sehr intrusiver Symptomatik und daraus folgend Schlafstörungen. Er berichtet, dass er statt eines Seiterls (0,2 l Bier, österreichisch) nun abends zwei Krügerl (2x 0,5 l Bier) trinke, um die Bilder wegzubringen und sich zu benebeln, auch, damit er besser schlafe... dies kann der Anfang sein und ist durch adäquate Betreuung/Behandlung vermeidbar.**

# Verlauf der Stress-Reaktionen nach „kritischen Ereignissen“ 1/3

## **akute Stress-Reaktionen = akute Belastungsreaktion (F.43.0)**

- während des Ereignisses/Einsatzes und/oder bis 24/36 Stunden danach
- massive Stress-Reaktionen/Symptome
- individuell verfügbare Bewältigungs- und Abwehrmechanismen (inkl. kognitiver Verarbeitung) sollten zu greifen beginnen

## **akute Belastungsstörung(nur DSM!) – Zeit wie bei Anpassungsstörungen (F43.2)** (diese aber weniger spezifisch, schon mehr Komorbidität)

- zwischen 24/36 Std. und ca. 4 Wochen nach dem kritischen Ereignis
- massive Stress-Reaktionen dauern an oder treten immer wieder auf
- individuelle Bewältigungs- und Abwehrmechanismen greifen nicht, Intensität lässt nicht nach (z.B. Flashbacks)

## **posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1)**

- mehr als 4 Wochen nach dem kritischen Ereignis/Einsatz
- massive Stress-Reaktionen treten immer noch (fast) gleich auf
- individuelle Bewältigungs- und Abwehrmechanismen greifen nur zeitweise oder versagen (Symptome PTBS)

## **andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (F 62.0)**

# Verlauf der Stress-Reaktionen nach „kritischen Ereignissen“ (Typ I)

**akute Stress-Reaktion**  
= **akute Belastungsreaktion („Husten“)**



**akute Belastungsstörung /  
Anpassungsstörungen („Bronchitis“)**



**chronische Belastungsstörung – PTBS**  
**(„Lungenentzündung“)**



**andauernde Persönlichkeitsveränderung**  
**(„Dauerfolge“)**



# SEAAA – SEA 3 – Screening bei akuter traumatischer Krise

## **Sprache (Speech)**

... Stimmlage, Qualität, Flüssigkeit, Organisation ?

## **Gefühlslage (Emotion)**

... überwiegende Stimmungslage, Angemessenheit ? Sprachlosigkeit, Euphorie, depressiv, Ärger, Feindseligkeit, Angst, Ängstlichkeit usw. ?

## **Erscheinungsbild (Appearance)**

... unsauber, untypisch, unüblich, bizarr, ungewohnte körperliche Merkmale?

## **Wachheit (Alertness)**

... Orientiertheit bezüglich Person, Ort und Zeit, Einsicht, Urteilsvermögen, Erinnerungsvermögen, geistiges Funktionsvermögen, Flüssigkeit und Inhalt von Gedanken?

## **Aktivität (Activity)**

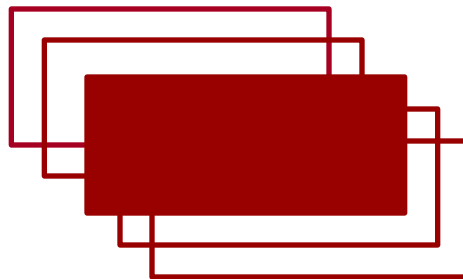
...Gesichtsausdruck, Körperhaltung, Bewegungen,, Interaktion mit dem/der HelferIn?

# Filmausschnitt

## Belastungen von Helfern Deutschland 1995

Herr Rottke  
Herr Hirschfelder  
Herr Weiß  
Herr Pfeiffer

# Aufgaben, Betätigungsfeld und Ziele der notfallpsychologischen Intervention, Akutintervention



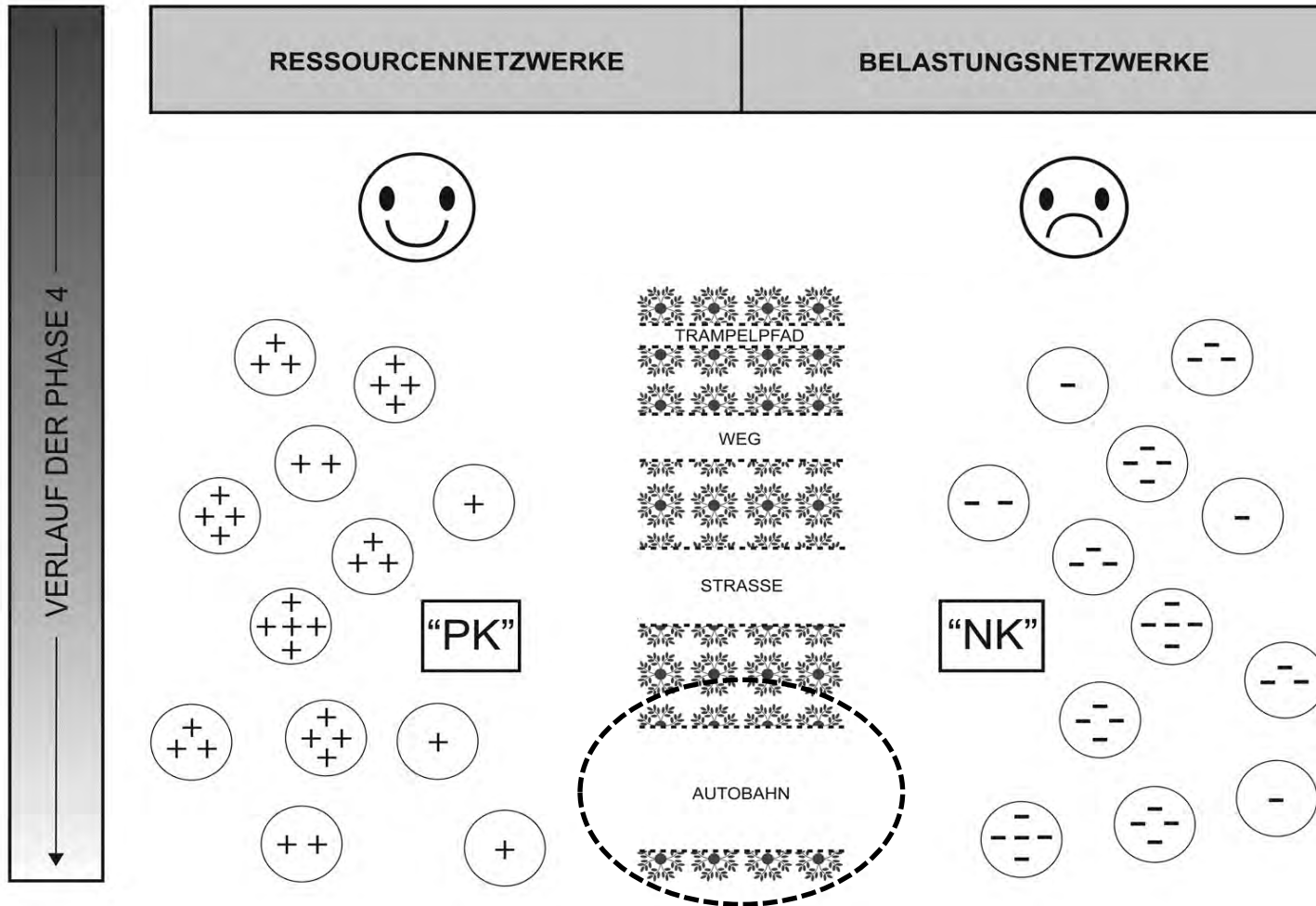
# **Interventionsgrundprinzipien / Angebote in der Akutintervention**

(nach Hobfoll et al., 2007)

- 1 sense of safety – Sicherheit**
- 2 Calming – Beruhigung**
- 3 sense of self and community efficacy –  
Selbstwirksamkeit (Selbst und Gruppe)**
- 4 connectedness – Verbundenheit**
- 5 hope – Hoffnung**

(nach Hobfoll, S. et. al, 2007)

# Aufgabe der Akutintervention



# Betreuung – verschiedene Stufen

- Selbsthilfe, Selbstpflege (auch Prävention)
- direkte Hilfe vor Ort, „Peer-Hilfe“ – Vorgesetzte bzw. Peer-Hilfe professionell
- strukturierte Nachbesprechung im Team
- (Debriefing, Defusing) = psychologische Einsatznachbesprechungen
- Rolle der Familie und des sozialen Umfeldes
- Rolle der Organisation
- Notfallpsychologie, spezifische Psychotherapie



# Aufgabe der Akutintervention auf Basis der Notfallpsychologie

(vgl. auch Kriterien von Hobfoll, s.o.)

- „Screening“, dann ggf. Kooperation mit anderen (natürliches Netz, DSAs, Ärzte vor Ort, Pfarrer, Exekutive...), u.U. Differentialdiagnostik
- (Unter-)Stützung („normale Reaktion eines normalen Menschen auf eine unnormale Situation“), Herstellen des gleichen Info- und Wissensstandes bei allen Beteiligten
- Infovermittlung über Stressbewältigung und den zu erwartenden Reaktionsverlauf
- Stabilisierung, Strukturierung („Ordnung ins Chaos“)
- Hilfe bei Normalisierung – Grundbedürfnisse, schnelle Reduktion der heftigen Reaktionen, „psychol. Wundversorgung“
- Hilfe bei Neuorientierung / Wiederorientierung („Rituale“, Trauerbegleitung ...), „Normalisierung“ der außergewöhnlichen Erfahrung „heißt „einordnen“, nicht bagatellisieren)
- Vorbereitung auf und Organisation von Nachbetreuung/-behandlung/-therapie, Einschätzung der Notwendigkeit weiterer Maßnahmen
- Herstellung persönlicher Kontakte und der Bereitschaft für weitere Unterstützung

Mag. Eva Münker-Kramer



Psychotraumatologie

# Die (professionelle) Versorgungskette nach potentiell traumatisierenden Erlebnissen

Psychologische erste Hilfe durch jede/n  
(= psychologisch angemessenes Verhalten !)

(Notfallpsychologische) Akutbetreuung/-  
intervention

(Notfall-)psychologische Nachbehandlung  
bzw. andere Unterstützungen (Medizin.,  
Sozialarbeit, Theologie, ...)

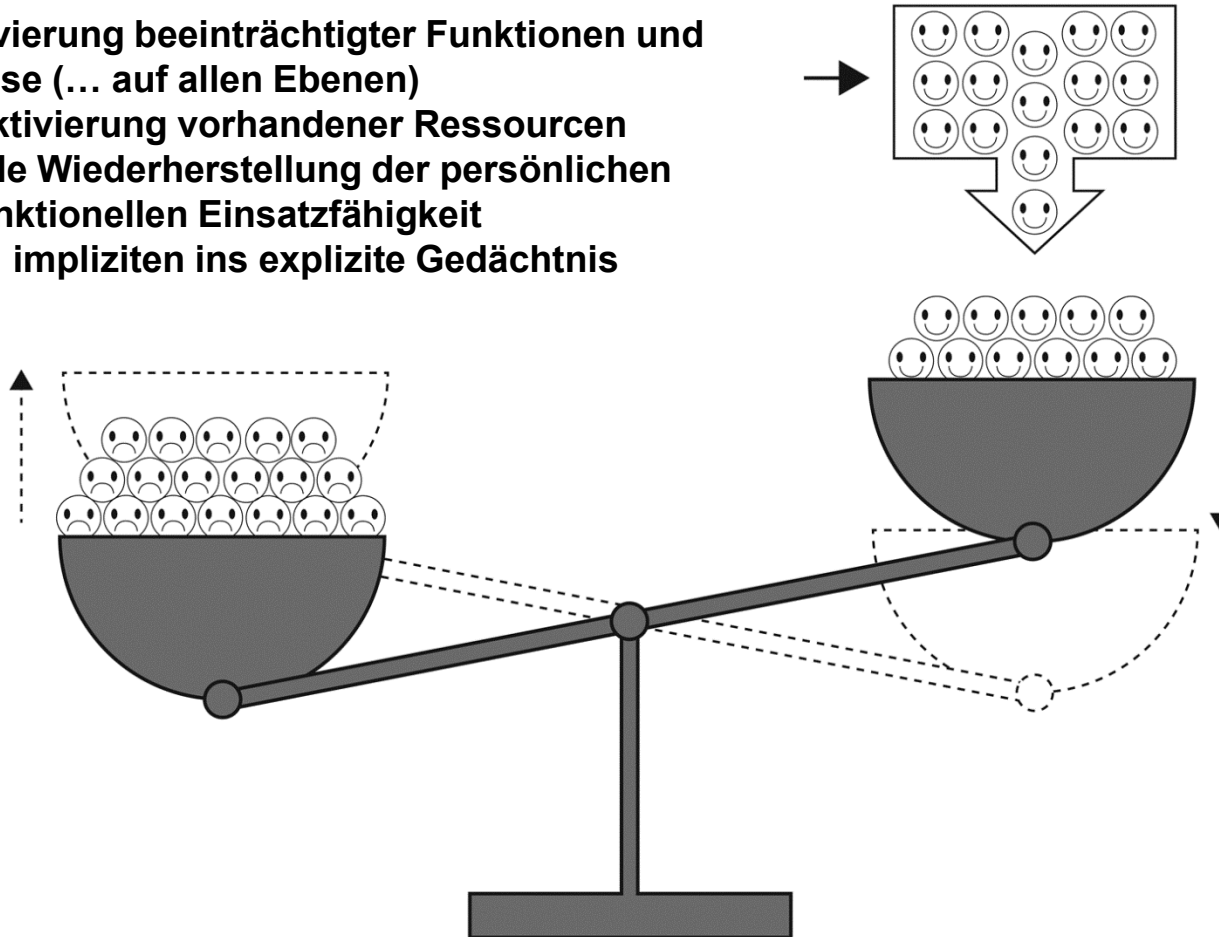
Traumatherapie (nur wo „not“-wendig)

vgl. Lasogga/Gasch (2003), Artikel Münker-Kramer (2005)



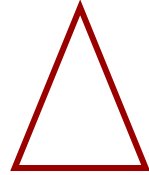
# Aufgabe der Akutintervention

- **Reaktivierung beeinträchtiger Funktionen und Prozesse (... auf allen Ebenen)**
- **(Re-)Aktivierung vorhandener Ressourcen**
- **schnelle Wiederherstellung der persönlichen und funktionellen Einsatzfähigkeit**
- **... vom impliziten ins explizite Gedächtnis**



# Die Angebote im Überblick =

Aus: (Lasogga, Münker-Kramer, 2009)



## PEH

erste Unterstützung, Reduktion von Zusatzbelastungen, „psychologisch angemessenes Verhalten“, erstes Bindungsangebot

## PSNH

das Vermeiden von zusätzlichen Belastungen und Traumatisierungen (z.B. durch Verhöre...), „Übersetzungshilfen“ im System der Rettungskräfte und in der Familie = den Umgebenden Reaktionen der Betroffenen erklären, damit diese nicht missinterpretiert werden), erste Erklärungen für das, was die Betroffenen erleben (Vorstufe von Psychoedukation), erstes Erfassen von situativen und sozialen Risikofaktoren\*, Organisation praktischer Hilfen u.ä.

## Diagnostik und Trauma“beratung“/-behandlung durch Fachkräfte

((Notfall-)psychologInnen, dipl. SozialarbeiterInnen, MedizinerInnen, SeelsorgerInnen...) \*  
traumaspezifische Differential-diagnostik, Erfassen klinischer Risikofaktoren und ggf. Weitervermittlung in trauma-spezifische Psychotherapie, Stabilisierung (Stresscoping, Ressourcenaktivierung, medizinisch, sozial), gezielte Psychoedukation, weitere Übersetzungsarbeit, Hilfe bei der Rückkehr in den Alltag

## Traumaspesifische Psychotherapie

spezifische Behandlung der krankheitswertigen Störungen mittels 4-stufiger Traumatherapie, EMDR und TF-CBT lt. NICE, WHO und G-BA am effektivsten bei Typ I

*\* Hier bei deutlich werdender dahinterliegender Multi/sequ./Entwicklungstraumatisierung gleich Übergabein / Vermittlung von in traumaspezifische/r Psychotherapie*

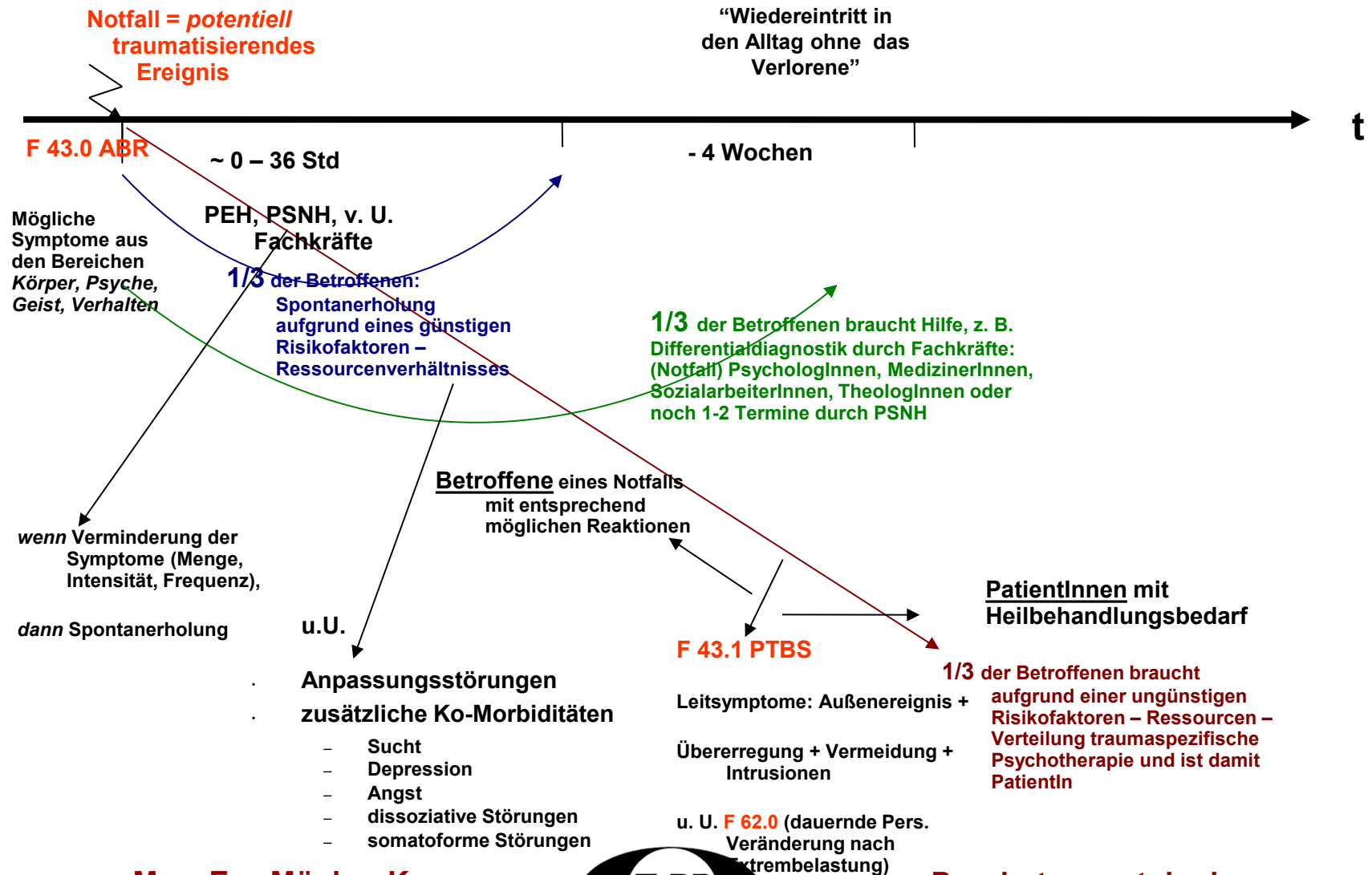
Mag. Eva Münker-Kramer



Psychotraumatologie

# Versorgungskette nach Einzelereignissen

## Symptome, Indikationen und Betreuungsschwerpunkte



## ... konkret... (z.B. Österreich)

<b>PEH</b>	zunehmend Thema in MEH-Kursen der Rettungsorganisationen, auch in Grundausbildung der nichtpsychologischen Fachkräfte, Zivildienst, Beratungsstellen
<b>PSNH</b>	KIT, Notfallseelsorge, bundeslandspezifische Betreuungsteams * (ABW, Akutteam NÖ, PND OÖ....)
<b>Interventionen durch Fachkräfte</b>	Beratungsstellen, Seelsorge vor Ort, niedergelassene MedizinerInnen, (Notfall-)PsychologInnen, bundeslandspezifische Fachteams * (ABW, Akutteam NÖ, PND OÖ....)
<b>Traumaspesifische Psychotherapie/-behandlung</b>	traumaspezifisch weitergebildete PsychotherapeutInnen, klinische PsychologInnen, z.B. auch <a href="http://www.oent.at">www.oent.at</a> , <a href="http://www.emdr-netzwerk.at">www.emdr-netzwerk.at</a>

# Gibt es „typische HelferInnen“?

## Angenommene Eigenschaften von HelferInnen? (Willkomm, 2000)

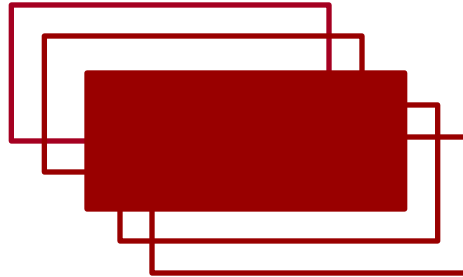
- *sehr engagiert und zielorientiert \**
- *starkes Bedürfnis, gebraucht zu werden*
- *kann schwer „nein“ sagen*
- *„Retter“- Persönlichkeit geleitet durch innere Motivation*
- *im Allgemeinen hohe Stresstoleranz – vielseitig belastbar \**
- *Hilflosigkeit wird nahezu als unerträglich erlebt \**
- *risikofreudig/ risikobereit*
- *sehr bestimmend \**
- *kontrollorientiert / handlungsorientiert \**
- *schnell / leicht gelangweilt*
- *starkes Bedürfnis nach Anregungen / Stimulation*

*\* = problematisch, wenn Belastbarkeitsgrenze erreicht und Hilflosigkeit da ist – widerspricht Selbstbild und Grundmotivation, siehe auch Risikofaktoren*



**Spezielles:**

**Haltung, Gesprächsführung**



# Fallbeispiele

- Unfall im Wald (Tod bei Holzarbeiten)
  - Alarmierung durch Polizei (Anzeige wegen sexueller Gewalt)
  - Suizid einer Jugendlichen
  - „Monotrauma“ setzt auf auf „Entwicklungsstrauma“
  - 2. Todesfall Kind („so gut weggesteckt“...)
  - Hochwasser 2002 (ABR, Depression oder Demenz)
- ...

**Beispiele zum „Hindenken“,  
„Hinspüren“ – Intervention  
„Kaffee?“  
(Was, warum?)**

***„Todesnachricht – Toilette putzen“***

***„Kaprun – ORF NÖ“***

***„junger Mann auf der Landstraße“***

***„Autofahrer mit subj. Schuldgefühl“***

***„Mann im Hochwasser“***

***„SID – plötzlicher Kindstod“***



# Basisprinzipien der Intervention bei akuten traumatischen Krisen

(vgl. „Herr Kaczinsky“...)

.... Bindungsangebot (Sprache, Stimme, Haltung, „Botschaften“, Körperkontakt...)

... „abholen“

... normalisieren (nicht bagatellisieren) – der Ton macht die Musik

... Gefühle erkennen – „Psychoedukation“

... Körperkontakt angemessen

... „unaufgeregt“ reorientieren und erklären

# Filmausschnitt

## „Akutintervention“ 1916

**Mag. Eva Munker-Kramer**

Mag. Eva

Munker-Kramer



**Psychotraumatologie**

# Im Detail: Verlauf der **Stress-Reaktionen** nach „**kritischen Ereignissen**“

Krisenintervention,  
Information,  
Defusing

- **akute Stress-Reaktionen = akute Belastungsreaktion**

- während des Ereignisses/Einsatzes und/oder bis 24/36 Stunden danach
- massive Stress-Reaktionen/Symptome
- individuell verfügbare Bewältigungs- und Abwehrmechanismen (inkl. kognitiver Verarbeitung) sollten zu greifen beginnen

Debriefing

- **akute Belastungsstörung**

- zwischen 24/36 Std. und ca. 4 Wochen nach dem kritischen Ereignis/Einsatz
- massive Stress-Reaktionen dauern an oder treten immer wieder auf
- individuelle Bewältigungs- und Abwehrmechanismen greifen nicht, Intensität läßt nicht nach (z.B. Flashbacks)

Traumatherapie  
z.B. EMDR/TFKVT

- **chronische Belastungsstörung**

- mehr als 4 Wochen nach dem kritischen Ereignis/Einsatz
- massive Stress-Reaktionen treten immer noch (fast) gleich auf
- individuelle Bewältigungs- und Abwehrmechanismen greifen nur zeitweise oder versagen (Symptome PTBS)

# Beispiel für potentielle Chronifizierung und / oder Komorbiditäten

Ein Lokführer gibt sich nach einem Unfall mit einem Selbstmörder irrationalerweise die Schuld für den Tod des Betroffenen.

Außerdem interpretiert er sein massives intrusives Erleben (Bilder vom Aufprall, Geruch nach dem Aussteigen aus der Lok in unmittelbarer Nähe des Toten) fälschlicherweise als Halluzinationen und sein Hyperarousal als etwas, das er nicht in den Griff bekommen kann.

Dies lässt ihn sich selbst als „Versager“ sehen, der in psychiatrische Behandlung „eingeliefert gehört“. Dies führt zum Erleben mangelnder Handlungsfähigkeit und zu Selbstabwertung, auch zu Depression und beginnendem Substanzmissbrauch.

Mit in angemessener Sprache erläuterte wissenschaftliche Erklärungen zu den Hintergründen der erlebten Phänomene, eben Psychoedukation, kann sich diese falsche Attribution lösen – gleich von Beginn an.

Das Lösen solcher blockierender Zuschreibungen ist auch in der kognitiven Therapie Wirkmechanismus Nr. 1 – eine veränderte Sicht auf das eigene Erleben und Verhalten soll Entspannung und Erleichterung bringen.

# Beispiel gezielte Gesprächsführung in der Akutintervention (Traumakonfrontation)

*Ein Autofahrer hat in der Nacht einen Mann überfahren, der dunkel gekleidet auf einer Landstraße nach einer Kurve alkoholisiert die Straße überquerte (laut Zeugen unaufmerksam).*

*Der Autofahrer ist völlig verzweifelt und nicht ansprechbar, hat massivste Schuldgefühle und äußert immer nur stereotyp, dass sein Leben verflucht sei mit dieser Schuld, die er auf sich geladen habe. Einige Personen, sein Beifahrer, Angehörige und andere haben ihm bereits mehrmals gesagt, dass er doch nicht schuld sei. Jedes Mal habe er sie wütend angefahren, dass sie von Nichts eine Ahnung hätten oder ist in sich zusammengefallen.*

*Die kognitive Information über die Fakten hat also keinen Effekt. Deshalb muss er zunächst nach der Zeit kurz vor oder, je nachdem wie er „einsteigt“, etwas länger vor dem Geschehenen gefragt werden: „Was war das letzte, an das Sie sich vor dem Unfall erinnern?“ oder „Was haben Sie gemacht, bevor Sie weggefahren sind?“ Hier muss so lange gesucht werden, bis man den Punkt hat, an dem der Fahrer in die Chronologie des Tages „einsteigen kann“, ohne sofort überflutet zu sein.*

*Dann muss der Verlauf miteinander sukzessiv rekonstruiert werden. Dabei wird es ab und an notwendig sein, ihn zu reorientieren, wenn er dissoziiert oder von Gefühlen einfach überflutet ist („Es ist o.k., Sie sind im Hier und Jetzt, es ist vorbei, das waren die Erinnerungen, das ist normal nach so einem Erlebnis“).*

*Außerdem werden hier Logik und Zeitablauf eingebracht durch scheinbar zufällige Strukturierungen des Gesprächs („Was war denn dann?“, „Was passierte gleichzeitig?“ „War das kurz danach oder dauerte es länger?“). Dies hilft, die Struktur wieder hineinzubringen, die für den Betroffenen „im Nebel“ liegt.*

*Neben dieser Zeit-Raum Strukturierung kann eine Logik und „wenn-dann“ Verflechtungen hineingebracht werden. Dinge, die das Schuldgefühl entlasten, können betont werden, um die anderen zu löschen. („Sie sagten, Sie seien nicht schnell gefahren? Heißt das, sie waren im Rahmen der Richtgeschwindigkeit?“.... Pause.... „Also wenn ich es richtig verstehe, ist es dann wohl so, dass Sie den Mann sehr schlecht sehen konnten?.... Pause, Aha.....“).*

# Arbeit im Netzwerk

## Zusammenfassung

## Schlussfolgerungen

## Literatur



# Aspekte, unter denen man die Charakteristika der verschiedenen Stufen genauer analysieren kann

- Haltung, Ziele, Intervention \*
- Befindlichkeit, Screening, Diagnostik \*
- Rahmenbedingungen
- HelferInnen
- Notfallopfer
- Netzwerkarbeit \*



# Im Detail: Haltung, Interventionen

<i>Ziel(e), Inhalte</i>	PEH	PSNH	Intervention durch Fachkräfte	trauma- zentrierte Psychotherapie
<b>Bezeichnung der zu unterst. Person</b>	Betroffene/r, Notfallopfer, Überlebende/r	Betroffene/r, Notfallopfer, Überlebende/r	Betroffene/r, Notfallopfer. Überlebende/r	Notfallopfer, KlientIn, PatientIn, Überlebende/r
<b>Spezifische Methoden?</b>	Verhalten nach den PEH Regeln	Ressourcen nutzen, situatives Screening, PSNH Regeln	umfassende fachspezifi- sche Identifikation und Behandlung der verschie- densten Bedürfnisse	Vorgehen nach Phasen der Traumatherapie
<b>Psychoedukation ?</b>	mäßig	sehr wichtig, basale Information	sehr wichtig, differenzierter	sehr wichtig, sehr spezifisch
<b>Direktivität ?</b>	direktiv	eher direktiv	je nach Thema und Fragestellung	wenig direktiv
<b>Konfrontation?</b>	selten not-wendig	teilw. indiziert, z.B. Anerkennung des Todes	wichtig im Sinne der Klärung, um an weiteren Stufen zu arbeiten	indiziert je nach Art der Fragestellung, auch Reframing



# Im Detail: Befindlichkeit, Screening, Diagnostik

<i>Ziel(e)</i>	PEH	PSNH	Intervention durch Fachkräfte	trauma-zentrierte Psychotherapie
Diagnose-erstellung	nein	nur Ressourcen-Risikofaktoren-screening, eher situativ	klinische Diagnostik u.U. notwendig, auch für Entscheidung, wie es weitergeht	<b>unabdingbar, Basis für seriöse Psychotherapie</b>
Vor-erkrankungen ?	unbekannt	erhebbar im Kontakt (Angehörige, beim Erfassen der Copingstrategien..)	<b>ausführlich Thema</b>	<b>Thema, soweit noch nicht erhoben, Teil der Therapie</b>

# Im Detail: Netzwerkarbeit

<i>Ziel(e)</i>	PEH	PSNH	Intervention durch Fachkräfte	trauma-zentrierte Psychotherapie
<b>Alarmierer</b>	Jede/r, der/die Rettung alarmiert	oft Leitstelle oder nichtpsychol. Fachpersonal	PSNH, Polizei, Rettung, Behörden...	MedizinerInnen, Beratungsstellen, PSNH, Psychol.
<b>Zusammenarbeit mit anderen Gruppen</b>	Stark, automatisch	Stark, automatisch	weniger stark, aber wichtig, oft nicht automatisch	Punktuell wichtig in Absprache mit den PatientInnen
<b>Kenntnisse anderer Organisationen</b>	unabdingbar	unabdingbar	wichtig und hilfr., gegens. Zuweis.	bei speziellen Fragestellungen
<b>Kompetenzgerangel</b>	selten	möglich und relativ häufig, wird weniger	möglich, nicht wünschenswert	kaum
<b>unterschiedliche Ziele beteiligter Helfergruppen</b>	kaum	ja, oft stark, PSNH wichtige Funktion für Betroffene	möglich, sollte im Sinne der Betroffenen gelöst werd.	kaum
<b>Einbindung in Strukturen / Anweisungen von anderen</b>	sind normal	sind normal und systemimmanent, zu managen	eher weniger	nur in Beratungsstellen, KH

# Welche Aspekte haben alle Stufen gemeinsam? 1/3

## *Haltung*

**Betroffene / PatientInnen als Experten für sich,  
BetreuerInnen/BehandlerInnen als Experten für  
spezifische Methoden, Theorien etc., Höchstmaß an  
Transparenz z.B. mittels..**

## *Psychoedukation*

**adäquate Information über Symptome und  
Hintergründe im Sinne der Erhöhung der  
Selbstkompetenz**

# Welche Aspekte haben alle Stufen gemeinsam? 2/3

## *Bieten einer Außensicht*

„Validierung“ im Sinne einer „Außensichtweise“, i.S.  
von empathischer Abstinenz, parteilicher Abstinenz

## *Etiketten im Netzwerk*

Klarheit der Profession, des Angebots, „Kunden-  
information“, „ich kann das und biete das, wenn das oder das not-  
wendig ist, wäre aus diesem und jenem Grund diese oder jene  
Profession sinnvoll und hilfreich“

# Welche Aspekte haben alle Stufen gemeinsam? 3/3

## *Gestalten und Vorbereiten der Übergänge*

**Indikation für Übergänge deutlich halten  
(sprachlich, praktisch, beziehungsmaßig,  
inhaltlich), auch im Sinne der Mündigkeit der  
Betroffenen – Angebote klar nennen, „Brücke“  
bauen – Bindungsaspekt mitberücksichtigen**

# Integration – Ziel aller Stufen und aller Angebote (klinisch, praktisch)

**Fischer, Riedesser (1998)**

„Personen, die ihre traumatischen Erfahrungen erfolgreich durchgearbeitet haben, sprechen mit adäquatem Affekt von den Erlebnissen und sind in der Lage, einen vollständigen Bericht zu geben.“

... damit wäre auch ein Austritt aus der Spirale möglich...

Methoden, Ansätze siehe unten...



# Literatur

- **Posttraumatische Belastungsstörung:** Leitlinie und Quellentext. Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Liebermann, P., Reddemann, L., Wöller, W., Schattauer, 2004, [www.uni.duesseldorf/de](http://www.uni.duesseldorf/de) - ... awmf/ptsd
- **Lehrbuch der Psychotraumatologie:** Gottfried Fischer, Peter Riedesser. Reinhardt Verlag, München, Basel, 2003
- **Notfallpsychologie und Trauma-Akuttherapie:** Gaby Gschwend, Huber Verlag, Bern, 2002
- **Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung. Grundlagen, Interventionen, Versorgungsstandards.:** C. Hausmann, Facultas Verlag, Wien, 2. Auflage 2005
- **Five Essential Elements of Immediate and Mid Term Intervention Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence:** Hobfoll, S., et al. *Psychiatry*, 70/4, 2007, S. 283-315
- **Trauma und die Folgen:** Trauma und Traumabehandlung, Teil I. Michaela Huber, Junfermann, Paderborn, 2003
- **Trauma und frühe Interventionen:** Möglichkeiten und Grenzen von Krisenintervention und Notfallpsychologie. Marion Krüsmann und Andreas Müller-Cyran. Pfeiffer bei Klett-Kotta, Stuttgart, 2006
- **Psychische Erste Hilfe bei Unfällen:** F. Lasogga, B. Gasch, Stumpf & Kossendey, 2002
- **PsychoSoziale Notfallhilfe:** F. Lasogga, E. Munker-Kramer, Stumpf & Kossendey, 2009
- **Notfallpsychologie:** F. Lasogga, B. Gasch, Springer, 2008
- **F.43.0 (ABR) und F.43.1 (PTBS) – Grundlagen, Diagnostik, Behandlungsansätze:** E. Munker-Kramer, in: Beiglböck, Feselmayer, Honemann: *Handbuch klinisch-psychologischer Behandlung*, Springer-Verlag, Wien, New York, 2006
- **Eustress, Distress, Extremstress - traumatischer Stress - und was dann? Folgestörungen und Behandlungsansätze:** Eva Munker-Kramer. *Psychologie in Österreich*, 1/2009, S. 54-62
- **Traumasppezifische Psychotherapie mit EMDR:** E. Munker-Kramer. Reinhardt Verlag, München, 2015
- **NICE-Report:** National Institute of Clinical Excellence. [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)
- **PTBS bei gefährdeten Berufsgruppen: Prävalenz, Prävention, Behandlung:** F. Teegen, Huber Verlag, Bern, 2003

