



Belastungsstörungen nach „Sicherheits-Vorfällen“ im Dienst

Dr. Lucien NICOLAY

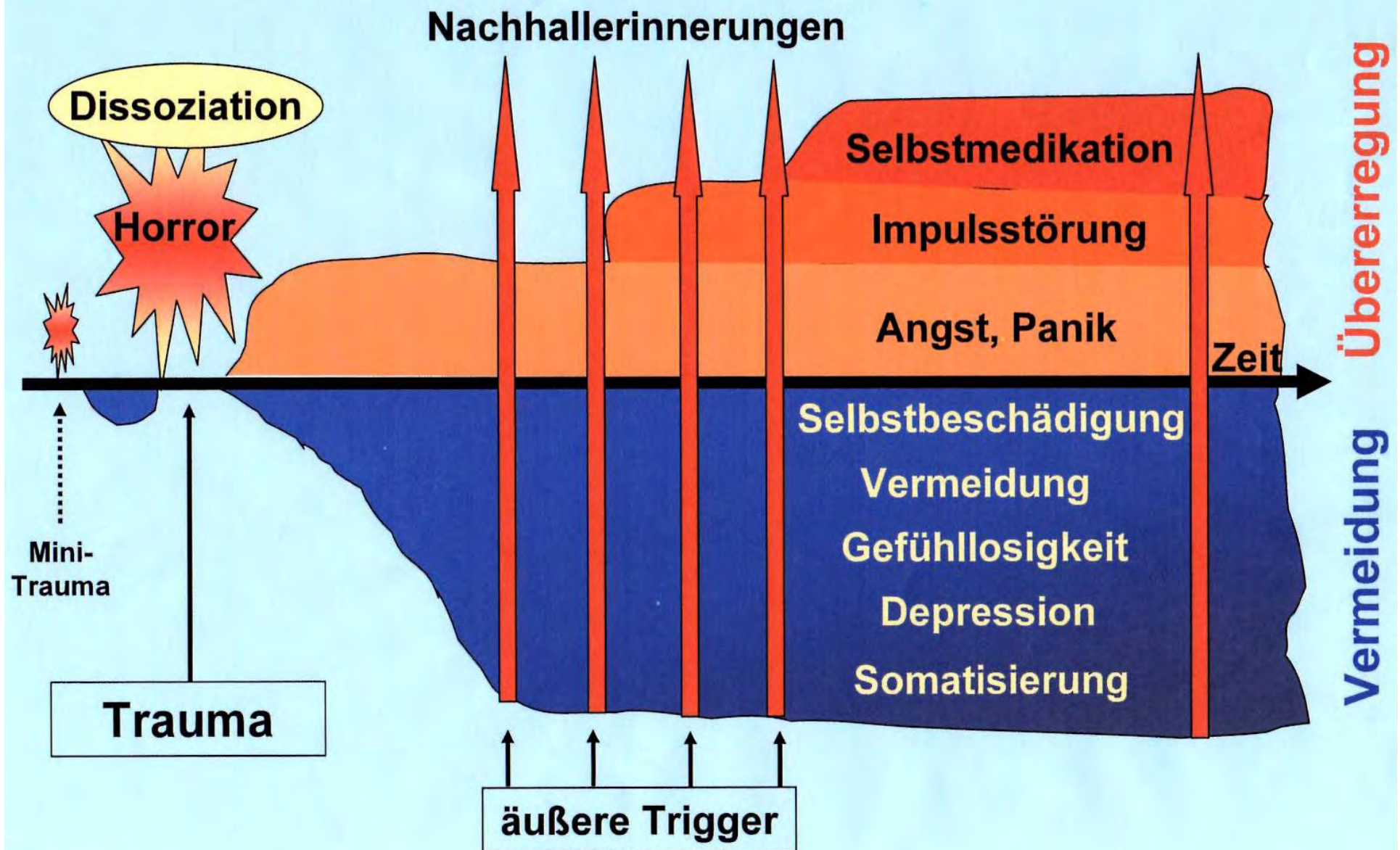
Klinischer Psychologe & Psychotherapeut, Spezialist in der Behandlung
von Traumafolgestörungen

Journée „Le bien-être psychique au travail“
11. November 2010

- *In Europa ist die Zahl von Arbeitsunfällen in Form psychischer Traumatisierungen gestiegen. Unfälle oder Übergriffe am Arbeitsplatz verursachen nicht nur körperliche Verletzungen, sondern haben auch klinisch relevante psych. Auswirkungen: akute Belastungsreaktionen, Schmerzstörungen, Angststörungen, Depressionen, Posttraumatische Belastungsstörungen.*
- *14%-28% der Betroffenen entwickeln in diesem Zusammenhang psychische Störungen. Neben den Betroffenen selbst leiden auch Betrieb und Mitarbeiter darunter: Lange Fehlzeiten (besonders wenn hospitalisiert), notwendige Überstunden der Kollegen, Ersatzpersonal, verminderte Leistungsfähigkeit & Fehler, Risiko bei der Tätigkeitsausübung, Tätigkeitswechsel, Umschulung usw.*

(Bericht, EU-Kommission, 2007)

Verlaufsmodell psychischer Störungen: Komorbidität



1. Aus notfallpsychologischer Sicht

*... sind kritische Vorfälle oder „Sicherheitsvorfälle“
im Dienst Notfälle, weil die körperliche & die
seelische Gesundheit der Angestellten
akut gefährdet sind.*

*... dazu einige grundsätzlichen Erkenntnisse
aus dem Praxislehrbuch von
Lasogga & Gaasch (2008):
Notfallpsychologie.*

1.1 Definition Notfall („critical incident“)

- Notfälle sind Ereignisse, die aufgrund ihrer subjektiv erlebten Intensität physisch und/ oder psychisch als so beeinträchtigt erlebt werden, dass sie zu negativen Folgen in der physischen und/oder psychischen Gesundheit führen können.
- Aber gilt das nicht auch für manche psychosozialen oder Lebenskrisen oder sog. Kritische Lebensereignisse ? => Anpassungsstörungen
- Von Notfällen können Einzelpersonen oder Gruppen betroffen sein.

1.2 Belastungen

- In einem Notfall wird eine komplizierte Folge von hormonellen Reaktionen zunächst vom Thalamus und dem limbischen System (Amygdala) in Gang gesetzt. Der Körper reagiert mit einer „Notfallschaltung“, d.h. einer akuten Stressreaktion, die 2-14 Tage oder länger anhält, obwohl die Gefahr vorüber ist („Schock“, „Als-ob-Situat.“).
- Auf das psychosomatische System eines Menschen wirken nicht nur die Primärfaktoren (z.B. Verletzung) ein, sondern auch die durch den Notfall verursachten Sekundärbelastungen, z.B. Körperlage, Lärm, Licht Temperatur, Gerüche, ... bei Verkehrsunfall oder ...

- Weitere (tertiäre) Belastungen eines Notfalls entstehen aus den innerpsychischen Reaktionen eines Notfallopfers. Sie stammen aus persönlichkeitspsychologischen (Neuheit, Kontrollverlust, unterbrochene Handlungen, Angst, ...), aber auch aus sozialpsychologischen Quellen (Zuschauer, andere Opfer, Angehörige, ...)
- Schlussendlich entstehen Quartärbelastungen ggf. durch das Verhalten von Helfern.
- Biologische, soziokulturelle & individuelle Moderatorvariablen bestimmen also, wie ein Notfall verarbeitet wird.

- Das Verhalten von Notfallopfern in der akuten Situation ist aufgrund der verschiedenen Verarbeitungsmechanismen sehr unterschiedlich (Weinen, Schreien, aggressiv werden oder gelassen sein, ...). Helfer sollen diese Reaktionen zunächst einfach akzeptieren.
- Die Forschung über Risiko- resp. protektive Faktoren für eine nicht gelungene oder aber erfolgreiche Verarbeitung der Belastungen eines Notfalls fällt uneinheitlich aus. Eine gestörte soziale Vorerfahrung ist ein relativ gesichertes Risikomerkmale. Eine ungestörte soziale Umgebung stellt ein relativ gesichertes Präventionsmerkmal dar.

- Alle Menschen präventiv auf einen Notfall vorzubereiten, ist illusorisch. Für manche Berufsgruppen oder Mitarbeiter bestimmter Institutionen oder Dienste ist dies aber sinnvoll oder sogar unerlässlich!

1.3 Folgen

- Notfälle haben bei verschiedenen Notfallopfern völlig unterschiedliche Folgen. Ob sie negativ, neutral oder sogar positiv ausfallen hängt ab von: den Belastungen, den Moderatorvariablen, dem Ausgang des Notfalls, dem Verhalten der Helfer, dem Verhalten der Sozialpartner, der Kombination dieser Fakt.
- Zu den möglichen positiven Folgen (posttraumatisches Wachstum) zählen:
eine intensivere Wertschätzung des Lebens, eine Intensivierung persönlicher Beziehungen, resp. positive Veränderung der Beziehungen zu anderen ein Bewusstwerden eigener Stärken, resp. positive Veränderungen in der Selbstwahrnehmung ein intensiveres spirituelles Bewusstsein, eine Änderung der Lebensphilosophie, die Entdeckung neuer Möglichkeiten im Leben.

- Der Verlauf der Folgen variiert ebenfalls stark bei einzelnen Notfallopfern; sie treten auch nicht an allen Tagen gleich stark auf.
- Bei vielen Notfallopfern treten keine mittel- oder langfristigen Folgen auf; kurzfristige Folgen legen sich sehr häufig nach einigen Tagen.
- Als Folge von Notfällen können diverse Probleme im gesundheitlichen, sozialen & beruflichen Bereich auftreten. Notfallopfer können unter Schuld- & Schamgefühlen, unter Angst oder Depressionen leiden, aber auch kaum noch Gefühle empfinden. Auch Intrusionen & Dissoziationen können die Folge sein.

1.4 Notfallmanagement

- Betrieblich integrierte Maßnahmen zum Notfallmanagement erfordern eine betriebs-spezifische Entwicklung eines kohärentes Gesamtkonzepts mit effizienten differenziellen Prozeduren.
- z.B. IPGSM: Individual-Psychologisches Gesundheits- & Sicherheitsmanagement für Betriebe (IPG der LGIPA a.s.b.l.)
- Zu den betrieblich integrierten Maßnahmen (z.B. im Rahmen eines „incident sûreté“) gehören solche **im Vorfeld des, in dem & in der Folge des Notfall(s).**

1. Maßnahmen im Vorfeld von Notfallsituationen

(Primärprävention): Meldepflicht, Aufklärung, Formation; Handanweisung/Leitfaden für Prozeduren (Meldung bis Nachsorge); Kurse in Medizinischer & Psycho-logischer Soforthilfe/ Schulung von Ersthelfern („Peer support“); Memos/ Checklisten, Psychoedukation über Traumata & Folgen für potenzielle Opfer & Helfer; Fortbildung & Coaching; interne & externe Ansprechstelle für Betroffene , einschl. Mobbingopfer. Umgang mit Medien & Kommunik. evt. Simulation „Großschadensfall“. *Prävention kann wirksam helfen, traumabezogene Probleme zu reduzieren.*

2. Maßnahmen in der Notfallsituation, knapp nach dem traumatischen Ereignis (Krisenintervention/Sekundärprävention):

Je nach Szenario (Anwendung der Notfallprozedur mit Sofortmaßnahmen, MEH & PEH). Der Erstbetreuer vermittelt Sicherheit, gibt emotionalen Beistand, schirmt ab, schützt, hilft bei Formalitäten & begleitet den Betroffenen in den „ersten Stunden danach“.

Adäquate frühe Intervention kann helfen, posttraumatische Stressreaktionen zu vermindern.

3. Maßnahmen in der Folge der Nf.situation durch betrieblich Verantwortliche oder Betreuer

Kurzberatung mit Anleitung zur Selbsthilfe, Screening & Monitoring, Weiterleitung je nach Risiko-belastung, Nachsorge mit katamnestischer Erhebung, ggfs Weiterleitung an außerbetriebliche Fachleute (z.B. Traumaspezialisten).

Wichtig: Kontaktaufnahme, „Auf dem Laufenden-Halten“, Hausbesuche durch Funktionsträger & Kollegen zur Förderung des Genesungs-prozesses - falls erwünscht.

Hilfen zur gesundheitsförderlichen Wiedereingliederung in den Betrieb bis zur Wiederaufnahme der früheren beruflichen Tätigkeit.

FAZIT:

Das gesamte betriebliche Notfallmanagement mit individueller Betreuung nach einem Extremereignis im Dienst reicht also von der engeren notfall-psychologischen Kette (Akutphase) bis hin zur betrieblichen Wiedereingliederung, resp. zur Wiederaufnahme des früheren Dienstes.

Es lohnt sich nachweislich für alle Beteiligten!

1.5 Spezifische klinische Einheiten

Im Mittelpunkt der Forschung über die Folgen von Notfällen stehen zumeist die Akute Belastungsreaktion (nach ICD-10 bzw. die Akute Belastungs-störung (nach DSM-IV-TR) sowie besonders die Posttraumatische Belastungs-Störung (PTBS) / Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). Bei der Beschreibung der akuten Form unterscheiden sich die Diagno-semanuale stark, bei der verfestigten Form weniger. **Diese klinischen Einheiten sollten als Momentaufnahmen im Rahmen eines Verlaufs verstanden werden.**

Die PTBS kann als Folge eines Notfalls auftreten; sie ist bei der Normalbevölkerung im (friedlichen) Europa nicht so häufig wie früher angenommen oder wie in den USA & man darf andere prämorbid & komorbid Störungen nicht übersehen, nur weil man zu sehr auf die PTBS-Symptome fokussiert ist.

Einige Faktoren (Moderatorvariablen) tragen dazu bei, ob sich eine PTBS wahrscheinlicher oder weniger wahrscheinlich entwickelt resp. milder verläuft. Zur Einschätzung des Verlaufs hat die rezente psychotraumatologische Forschung schon einiges beigetragen.

1.6 Fazit & Überleitung

- Ein Notfall – aus psychotraumatologischer Sicht – ein Extremereignis (z.B. Unfall, Übergriff) kann beim Einzelnen zum **Extremerlebnis** werden und eine psychische Beeinträchtigung resp. eine Störung mit Krankheitswert nach sich ziehen.
- Extremerlebnisse können in die psych. Abläufe sehr destruktiv eingreifen & möglicherweise psych. Strukturen negativ verändern.
- Auch bei einer Beeinträchtigung ist das Erleben & Handeln des/der Betroffenen nicht mehr so frei wie vor dem Extremereignis & kann in der Folge klinisch relevant werden.

- Notfallpsychologische Maßnahmen beziehen sich auf die sog. AKUTPHASE.
- Diese umfasst aus psychol. Sicht den Zeitraum vom Extremerlebnis bis zum spontanen Abklingen der psychischen Beeinträchtigungen oder bis zum Eintreten der Verfestigung dieser Beeinträchtigungen.
- In der Akutphase kommen im Rahmen eines „Notfallmanagements“ medizinisch und/oder psychologisch geschulte Ersthelfer zum Einsatz, und anschließend, für psycholog. Beratung & Diagnostik entspr. geschulte Psychologen.

- Psychotraumatologisch geschulte & in speziellen traumazentrierten Verfahren ausgebildete Psychotherapeuten unterstützen bei Bedarf die Verarbeitung des Extremerlebnisses (TAT) bei schweren akuten Belastungsreaktionen oder prolongierten Belastungsstörungen, um bei identifizierten Risikopersonen schwereren Folgestörungen vorzubeugen.
- Sie intervenieren darüber hinaus unbedingt bei einer verfestigten resp. chronifizierten Posttraumatischen Belastungsstörung & ihren Komorbiditäten. Psychotraumatologisch fundierte traumazentrierte Psychotherapie ist hier das 1. Mittel der Wahl.

2. Aus psychotraumatologischer Sicht

*... spricht man von **PSYCHOTRAUMA** („seelische Wunde“), definiert nach Fischer & Riedesser (1998, 2003) als*

*„**vitales Diskrepanzerlebnis** zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit & schutzloser Preisgabe einhergeht & so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“.*

2.1 Systematik

- Notfallsituationen oder Extremereignisse **im Dienst** sind einmalige plötzliche Ereignisse, die im Prinzip „**menschengemacht**“ sind, also sog. **Typ I-Traumaereignissen** (Unfälle, Überfälle, Brände, Massenumglück, Verbrechen/Vergehen, Suizid im sozialen/räumlichen Umfeld, ...). Diese führen zu Diskrepanzerlebnissen.
- Auch Naturkatastrophen oder Krankheit & Tod sind Typ I-Traumasituationen, aber sie sind prinzipiell nicht direkt von Menschen verursacht.
- In meiner heutigen Präsentation geht es nicht um fortdauernde, sich wiederholende Ereignisse des Typ II; diese werden niemals als „Notfall“ bezeichnet (Krieg, Terrorismus, Flucht, Folter, sexueller Missbrauch oder Gewalt oder Vernachlässigung in der Familie, Mobbing, Stalking, ... oder - nicht von Menschen gemacht – Krebs o.a. chronische Leiden / Krankheiten).

- Im klinischen Sinne spricht man von Traumatisierung dann, wenn eine Person oder ihre Mitmenschen Situationen außergewöhnlicher Bedrohung bzw. katastrophalen Ausmaßes durchleben, die außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung in einem bestimmten Lebensalter oder Entwicklungsstadium liegen, also im Gegensatz zu den „üblichen“ kritischen Lebensereignissen, die prinzipiell jeder Mensch im Lebenslauf zu bewältigen hat.
- Solche potenziell traumatischen Ereignisse beinhalten (a) eine Gefahr für das eigene Leben &/oder die körperliche Versehrtheit (existenzielle Bedrohung von Leben), (b) eine Gefahr für die Bindung zu einer bedeutenden Bezugsperson, z.B. bei Zeugenschaft (exist. Bedroh. von Bindung) oder eine Gefahr für die Eigenwahrnehmung als ein autonom handelnder & denkender Mensch (exist. Bedroh. von Autonomie).

- In einer traumatischen Situation ist es nicht möglich zu flüchten oder sich zu verteidigen bzw. dementsprechende Versuche führen nicht zu einem Nachlassen der Bedrohung des Lebens oder des Leidens und die Situation kann nur in einem Zustand von intensiver Furcht, Hilflosigkeit, Ausgeliefertsein & Entsetzen oder Schmerzen ertragen werden.

2.2 Klinische Störungsbilder: **ABR**

AKUTE BELASTUNGSREAKTION (F43, n. ICD-10-RC)

A. Erleben einer außergewöhnlichen psychischen oder physischen Belastung.

B. Dem Kriterium A. folgt unmittelbar der Beginn der Symptome (innerhalb einer Stunde)

C. Es gibt 2 Symptomgruppen. Die akute Belastungsreaktion wird unterteilt in

F43.00 leicht: nur Symptome aus Gruppe 1

F43.01 mittelgradig: S. aus Gr. 1 und 2 Symp. aus Gr. 2

F43.02 schwer: Symptome aus Gr. 1 und 4 Symptome aus Gr. 2 oder Dissoziativer Stupor (F44.2)

- **Gruppe 1-Symptome**, entsprechend den Kriterien B, C, D der Generalisierten Angststör. (F41.1), d.h. mind. 4 Symptome der nachfolgenden Liste, davon 1 von den Symptomen 1 bis 4 (vegetative Symptome) müssen vorliegen.

- B.

Vegetative Symptome:

1. Palpitationen; Herzklopfen oder erhöhte Herzfrequenz
2. Schweißausbrüche
3. Fein- oder grobschlächtiger Tremor
4. Mundtrockenheit (nicht infolge Medikation oder Exsikkose)

Symptome betr. Thorax & Abdomen:

5. Atembeschwerden
6. Beklemmungsgefühl
7. Thoraxschmerzen & Missempfindungen
8. Nausea oder abdominelle Missempfindungen (i. Magen)

Psychische Symptome:

9. Gefühl von Schwindel, Unsicherheit, Schwäche und Benommenheit
10. Gefühl, die Objekte sind unwirkliche (Derealisation) oder man selbst ist weit entfernt oder „nicht wirklich hier“ (Depersonalisation)
11. Angst vor Kontrollverlust, verrückt zu werden oder „auszuflippen
12. Angst zu sterben

Allgemeine Symptome:

13. Hitzegefühl und Kälteschauer
14. Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühle

Symptome der Anspannung:

- 15. Muskelverspannung, akute und chronische Schmerzen
- 16. Ruhelosigkeit und Unfähigkeit zum Entspannen
- 17. Gefühle von Aufgedrehtsein, Nervosität und psychischer Anspannung
- 18. Kloßgefühl im Hals oder Schluckbeschwerden

Andere unspezifische Symptome:

- 19. Übertriebene Reaktionen auf kleine Überraschungen oder Erschrecktwerden
- 20. Konzentrationsschwierigkeiten, Leeregefühl im Kopf wegen Sorgen oder Angst
- 21. Anhaltende Reizbarkeit
- 22. Einschlafstörungen wegen Besorgnis

C. Die Störung erfüllt nicht die Kriterien für eine Panikstörung (F41.0), eine phobische Störung (F40), eine Zwangsstörung (F42) oder eine hypochondrische Störung (F45.2)

D. *Häufigstes Ausschlusskriterium:* Die Störung ist nicht zurückzuführen auf eine organische Krankheit wie Hyperthyreose, eine organische psychische Störung (F0) oder auf eine durch psychotrope Substanzen bedingte Störung (F1), z.B. auf einen exzessiven Genuss von amphetaminähnlichen Substanzen oder auf einen Benzodiazepinentzug.

N.B. *Keine Benzodiazepine nach posttraumatischen Symptomen; sie verzögern/behindern/verhindern die Traumaverarbeitung und fördern Intrusionen & Albträume statt den Schlaf!*

- **Gruppe 2-Symptome** (2 für mittelgradig, 4 für schwer):
 - a. Rückzug von erwarteten sozialen Interaktionen
 - b. Einengung der Aufmerksamkeit
 - c. Offensichtliche Desorientierung
 - d. Ärger oder verbale Aggression
 - e. Verzweiflung oder Hoffnungslosigkeit
 - f. Unangemessene oder sinnlose Überaktivität
 - g. Unkontrollierbare und außergewöhnliche Trauer (nach jeweiligen kulturellen Normen zu beurteilen)

AKUTE BELASTUNGSREAKTION (F43, n. ICD-10-RC)

- D. Wenn die Belastung vorübergehend ist oder gemildert werden kann, beginnen die Symptome nach frühestens 8 Stunden abzuklingen. Hält die Belastung an, beginnen die Symptome nach höchstens 48 Stunden nachzulassen.**
- E. *Häufigstes Ausschlusskriterium:* Derzeit liegt keine andere psychische oder Verhaltensstörung der ICD-10 vor, außer F41.1 Generalisierte Angststörung und F60 Persönlichkeitsstörungen. Das Ende einer Krankheitsepisode einer anderen psychischen oder Verhaltensstörung muss mehr als 3 Monate zurückliegen.**

2.3 Klinische Störungsbilder: **ABS**

AKUTE BELASTUNGSSTÖRUNG (308.3, DSM-IV-TR)

A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien erfüllt waren:

- 1. Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die den tatsächlichen oder drohenden Tod oder eine ernsthafte Verletzung oder Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.**
- 2. Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.** (Bei Kindern auch aufgelöstes, agitiertes Verhalten)

AKUTE BELASTUNGSSTÖRUNG (308.3, nach DSM-IV- TR)

B. Entweder während oder nach dem extrem belastenden Ereignis zeigte die Person mindestens 3 der folgenden dissoziativen Symptome:

- 1. Subjektives Gefühl von emotionaler Taubheit, von Losgelöstsein oder Fehlen emotionaler Reaktionsfähigkeit,**
- 2. Beeinträchtigung der bewussten Wahrnehmung der Umwelt (z.B. „wie betäubt sein“),**
- 3. Derealisationserleben,**
- 4. Depersonalisationserleben,**
- 5. Dissoziative Amnesie (z.B. Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern).**

AKUTE BELASTUNGSSTÖRUNG (308.3, nach DSM-IV-TR)

- C. Das traumatische Ereignis wird ständig auf mindestens eine der folgenden Arten wiedererlebt:** wiederkehrende Bilder, Gedanken, Träume, Illusionen, Flashback-Episoden oder das Gefühl, das Trauma wiederzuerleben oder starkes Leiden bei Reizen, die an das Trauma erinnern.
- D. Deutliche Vermeidung von Reizen, die an das Trauma erinnern,** z.B. Gedanken, Gefühle, Gespräche, Aktivitäten, Orte, Personen
- E. Deutliche Symptome von Angst oder erhöhtem Arousal d.h. Übererregung,** z.B. Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz/Extreme Wachsamkeit/Alarmbereitschaft, übertriebene Schreckreaktionen, motorische Unruhe

AKUTE BELASTUNGSSTÖRUNG

- F. Die Störung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen oder beeinträchtigt die Fähigkeit der Person, notwendige Aufgaben zu bewältigen, z.B. notwendige Unterstützung zu erhalten oder zwischenmenschliche Ressourcen zu erschließen, indem z.B. Familienmitgliedern über das Trauma berichtet wird.**
- G. Die Störung dauert mindestens 2 Tage und höchstens 4 Wochen und tritt innerhalb von 4 Wochen nach dem traumatischen Ereignis auf.**

AKUTE BELASTUNGSSTÖRUNG

H. Das Störungsbild geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder eins medizinischen Krank-heitsfaktors zurück , wird nicht besser durch eine Kurze Psychotische Störung erklärt und beschränkt sich nicht auf die Verschlechterung einer bereits vorher bestehenden Achse I- oder Achse II-Störung.

2.4 Klinische Störungsbilder: PTBS

POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGS-STÖR. (F43.1

nach ICD-10-RC; entspricht 309.81 im DSM-IV-TR)

- A. Die Betroffenen sind in einem kurz oder lang anhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreif. Verzweiflung auslösen würde.**
- B. Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen (Flashbacks), lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situat., die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.**
- C. Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht davor.**

PTBS (F43.1 nach ICD-10-RC; entspricht 309.81 im DSM-IV-TR)

D. Entweder 1. oder 2.

1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern (Im DSM-IV-TR unter C.3 Vermeidung).

2. Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit 2 der folgenden Merkmale (idem DSM-IV-TR unter D: Arousal):

- a. Ein- & Durchschlafstörungen
- b. Reizbarkeit oder Wutausbrüche
- c. Konzentrationsschwierigkeiten
- d. Hypervigilanz / übermäßige Wachsamkeit
- e. Erhöhte Schreckhaftigkeit / übertriebene Schreckreaktion

E. Die Kriterien B, C & D treten innerhalb von 6 Monaten nach Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf
(späterer Beginn möglich; gesondert angeben)

POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG

nach DSM-IV-TR

A. Wie bei Akute Belastungsstörung (ABS; nach DSM-IV-TR)

B. Beharrliches traumatisches Wiedererleben des Trauma-ereignisses auf folgende Art & Weisen (ähnlich ICD-10 RC):

1. wiederkehrende eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis in Form von Bildern, Gedanken oder Wahrnehmungen (Bei Kindern auch Wiederholungsspiele zu Themen oder Aspekten des Traumas)

2. wiederkehrende belastende Träume von dem Ereignis (Bei Kindern: stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt)

3. handeln oder fühlen, als ob das traumat. Ereignis wiederkehrt (Gefühl es wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen, dissoziative Flashbackepisoden , ...) (Bei jüngeren Kindern: traumaspezifische Neuinszenierung möglich)

POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG nach DSM-IV-TR

B. (Fortsetz.) Beharrliches traumatisches Wiedererleben des Traumaereignisses auf folgende Art & Weisen:

4. intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern

5. körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

C. Anhaltende Reizvermeidung oder Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor Trauma nicht vorhanden); 3 der vorliegenden Symptome liegen vor:

C. (Fortsetz.) Anhaltende Reizvermeidung oder Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor Trauma nicht vorhanden); **3 Symptome aus 7:**

- 1. bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit Trauma in Verbindung stehen;**
- 2. bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an Trauma wachrufen;**
- 3. Unfähigkeit, 1 wichtigen Aspekt des T.s zu erinnern;**
- 4. deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,**
- 5. Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen,**
- 6. eingeschränkte Bandbreite des Affekts (Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden),**
- 7. Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normallanges Leben zu haben)**

D. Siehe PTBS nach ICD-10-RC unter D 2.

- E. Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C, D) dauert länger als 1 Monat an („akut“: weniger als 3 oder „chronisch“ mehr als 3 Monate)**
- F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen Funktionsbereichen (eventuell mit verzögertem Beginn, wenn der Beginn der Symptome mindestens 6 Monate nach dem Belastungsfaktor liegt.)**

FAZIT: Die vorherigen Beschreibungen machen deutlich, inwieweit Extremereignisse alltägliche Erfahrungen & Belastungen übersteigen. Die körperliche & seelische Wunde verändert oft dauerhaft

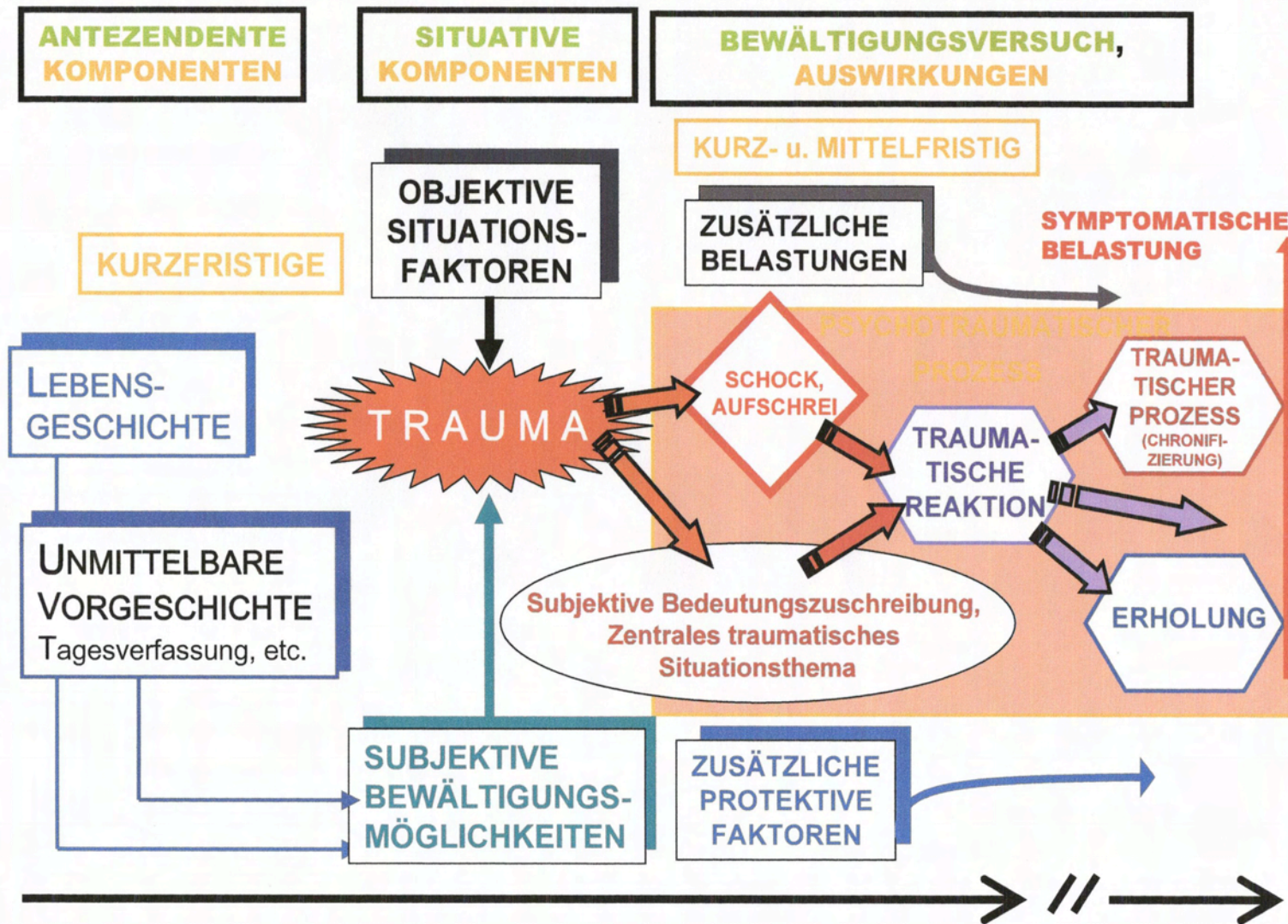
- die gesamte Lebenssituation,
- das Erleben von Beziehungen & der Zugehörigkeit zu anderen Menschen,
- das Gefühl der Handlungsfähigkeit, Kontrolle & Selbstwirksamkeit,
- das Verhältnis zum eigenen Körper,
- das Gefühl der Unverletzlichkeit,
- das Gefühl der Sicherheit & Geborgenheit in der Welt.

2.5 Der Traumatisierungsprozess

In einer traumatischen Situation kommt es zum **Schockerleben** & in den nächsten Tagen zu **seelischen & körperlichen Reaktionen**, die dann in einen traumatischen Prozess münden. Dieser kann mit **Erholung** enden **oder** aber mit einer **Chronifizierung** der Belastungsanzeichen (siehe 2.2 – 2.4).

Entscheidend für die Möglichkeit einer Traumaverarbeitung bzw. umgekehrt, einer Aufrechterhaltung der Traumatisierung, ist die persönliche (latente oder bewusste) Stellungnahme, die Stellungnahme/das Verhalten der Mitmenschen zu dem traumatischen Leiden (Anerkennung des erlittenen Unrechts?), die Lage/Situation der sozialen Umwelt nach der traumatischen Erfahrung (soziale Unterstützung & Perspektive vs. Verschärfung der Situation/ Retraumatisierung?)

VERLAUFSFORM des PSYCHOTRAUMAS



- Die Lebensgeschichte sowie der kulturelle & soziale Hintergrund der Betroffenen & der Helfer beeinflussen im Übrigen den Erfolg der Intervention
- Ein psychisches Trauma ist somit nicht etwas, das mit dem traumatischen Ereignis beendet ist, sondern ein Prozess (Verlauf), der sich über das traumatische Ereignis hinaus erstreckt.
- Die Kölner Traumaforscher unter Prof. Dr. G. Fischer unterscheiden

3 Phasen der psychischen Traumatisierung:

- 1. Traumatische Situation: SCHOCKPHASE**
- 2. Posttraumatische Reaktion: EINWIRKUNGS-PHASE
(hier: extreme Vulnerabilität!)**
- 3. Posttraumatischer Prozess versus Erholung:
ERHOLUNG oder CHRONIFIZIERUNG**

Ad 1: In der Schockphase (Aufschrei, Lähmung, ...), also während des Ereignisses selbst & in der Zeit kurz danach ist keine adäquate Verarbeitung möglich.

Ad 2: Erst Stunden oder Tage danach wird (nachträglich), also während der Einwirkungsphase, verarbeitet und die traumatische Reaktion verändert sich in Richtung Nachlassen & Erholung bei gelingender Verarbeitung oder aber, geht über in einen chronifizierten Prozess bei misslingender Verarbeitung.

Ad 3: Erholung stellt sich nach & nach ein, wenn die Bewältigungsmöglichkeiten erfolgreich waren, wenn alle Facetten des Erlebens & Verhaltens integriert wurden, und wenn das Ereignis als ein Teil der eigenen Lebensgeschichte akzeptiert werden kann. Gelingt dies Verarbeitung nicht, nach einer angemessenen Zeit, chronifiziert die Störung bis hin zum Vollbild einer PTBS mit beträchtlichen Folgen in allen Lebensbereichen.

- Nicht jedes Opfer entwickelt eine PTBS. Nach mittlerem bis hohem Schweregrad klassifizierte Opfer können den Kölner Traumaforschern zufolge in **3 Gruppen** (ob Unfallopfer, Gewaltopfer, Soldaten oder professionelle Helfer sind) unterteilt werden:

1. Die Selbsterholer-Gruppe

2. Die Wechsler-Gruppe

3. Die Risikogruppe

- Je nach Zielgruppe fällt die Intervention unterschiedlich aus; in Betracht gezogen werden die Situationsdynamik der Traumatisierung, der Prozessverlauf & die individuelle, interpersonelle, soziale, betriebliche & politische Ebene.

Ad 1: Die Selbsterholer schaffen es mit dem natürlichen Verarbeitungsprozess, eigenen Ressourcen & Potenzialen sowie mit der Zeit, das Trauma ohne bleibende Beeinträchtigungen zu verarbeiten. Diese Personen erhalten normalerweise eine Kurzberatung sowie eine Anleitung zur Selbsthilfe.

Ad 2: Die Wechsler bewältigen das Trauma im natürlichen Prozess, wenn keine weiteren (post-expositorischen) Störfaktoren hinzukommen (z.B. negative Konsequenzen durch Arbeitgeber, familiäre & soziale Belastungen, Mobbing oder sonstige *Retraumatisierungen*), ansonsten kippen sie zur Risikogruppe hin. Sie werden dann zusätzlich zur weiterfüh. Diagnostik & Traumaakuttherapie an Spezialisten weitergeleitet.

Ad 3: Einige Personen entwickeln eine PTBS aufgrund mehrerer der folgenden Risikofaktoren, - nicht wegen „Charakterschwäche“ oder einer „schwachen Persönlichkeit“!: **Vortraumatisierung & Prämorbidität** wie Angst oder Depression, körperliche Erschöpfung oder organische Beeinträchtigung; weibliches Geschlecht; peritraumatische Dissoziation; ungünstige subjektive Bewertung der traumat. Situat.; körperliche Verletzung; Todesbedrohung & mangelnde soziale Unterstützung durch Familie, Funktionsträger, Kollegen; Reviktimisierung/Retraumatisierung.

Diese Faktoren sind die **primären Vorhersagevariablen für die Entwicklung einer PTBS**. Hinzu kommt noch hinsichtlich des Schweregrades, wenn die Bedrohung ohne Vorwarnung eintritt oder das Trauma mit personaler Gewalt verbunden ist im Vergleich zu angekündigten Ereignissen oder Naturkatastrophen.

Bei diesen Personen ist die Indikation für eine TAT & darüber hinaus eine multimethodale traumazentrierte Behandlung durch Spezialisten für psychotraumatologisch fundierte traumazentrierte Psychotherapie.

3. Aus mitmenschlicher Sicht

... leiden wir mit, wenn die seelisch-körperliche Integrität eines Menschen so radikal verletzt wird wie bei Extremerlebnissen!

... haben wir das natürliche Bedürfnis zu helfen!

... akzeptieren und respektieren wir, dass jeder Mensch Hilfe annehmen oder ablehnen darf, und dass jeder Mensch sich als individuelle Persönlichkeit im Erleben, Denken und Handeln von anderen unterscheidet – also auch vom Helfer!

Hilfreiche Verhaltensregeln der Psychologischen Akuthilfe für Laien (sofort; 1 zu 1)

4 X B (nach Brendemühl, Echterhoff, Trautmann, 2002)

1. **BERUHIGEN** (für Kontaktaufnahme)
2. **BERÜHREN** (Vermittlung v. Sicherheit & Trost)
3. **BEHANDELN** (in Form von „sich kümmern“ & Bedürfnisse erfüllen, z.B. Orientierung)
4. **BEGLEITEN** (als Schutz; nicht allein lassen)

Oder:

4 X S (nach Wilk & Wilk, 2007)

1. **SICHERN** (Selbst- & Fremdsicherung, innen & außen)
2. **SPRECHEN** (Kontakt, Ansprache, Versprachlichung)
3. **SCHÜTZEN** (Sicherer Ort, Intimsphäre)
4. **STÜTZEN** (Hilfs-Ich, persönliches Unterstützen & Begleiten)

Standards:

1. MEH hat Vorrang vor PEH
2. Eigensicherheit des Ersthelfers während Einsatz
3. Sicherheit des Traumatisierten am Schadensort
4. Alle Betroffenen erfassen
5. Herstellen des persönlichen Kontakts zu den Betroffenen
6. Information über eingeleitete Maßnahmen
7. Schutz vor weiteren Belastungen & psychischen Gefährdungen
8. Angebote weiterer Unterstützung
9. Angebot weiterer fachlicher Versorgungs- Maßnahmen & -Einrichtungen

Wichtig:

Entscheidend für den Erfolg einer PEH ist das umsichtige, strukturierende & einfühlsame Verhalten der Ersthelfer. Die Maßnahmen der PEH werden durch gezielte psychologische Interventionen des Ersthelfers umgesetzt. Dadurch stabilisiert sich der Betroffene allmählich wieder, seine psychische Not, sein inneres Chaos wird kleiner & die seelischen Funktionen arbeiten wieder (integriert). Dann können sich weitere psychosoziale Versorgungsmaßnahmen anschließen.

FAZIT

Im Betrieb (wie auch außerhalb) sind alle Maßnahmen zu ergreifen, die stabilisierend wirken & den im Dienst traumatisierten Angestellten Entscheidungs- & Handlungsspielräume öffnen sowie ihnen folgende (verloren gegangenen, zerstörten) Erfahrungen wieder ermöglichen:

- *Erfahrung von Selbstwirksamkeit („Ich bin zu etwas nütze & kompetent“),*
- *Erfahrung von Kontrollüberzeugung durch Handlung & Selbstständigkeit („Ich habe mich selbst & mein Leben im Griff“),*
- *Wiederaufbau einer positiv besetzten Identität durch Schaffung eines Zugangs zu Kompetenzen & Ressourcen („Ich weiß, was ich kann & wer ich bin; ich bin tauglich“),*
- *Erfahrung von sozialer Zugehörigkeit, Teilhabe & Anerkennung („Ich weiß, wo ich hingehöre & wozu ich da bin & wofür ich geschätzt werde“)*
- *Sinnstiftung von Gegenwart & Zukunft („Ich erlebe mein Dasein als kohärent & sinnvoll“).*

Herzlichen Dank
für das aufmerksame,
engagierte Zuhören!

Dr. Lucien NICOLAY

11. November 2010

IPG: Institut für Psychologisches Gesundheitsförderung zu
Bartreng

