

# INSTITUT FIR PSYCHOLOGESCH GESONDHEITSFÖRDERUNG

IPG zu Bartreng



# NOTFALLPSYCHOLOGIE & TRAUMAAKUTTHERAPIE

**Dr. Lucien NICOLAY (2006)**

Psychotraumatologisch fundierte  
multimethodale Psychotherapie

# Inhalt: 2 Teile

- **TEIL 1: Psychologische Ersthilfe beim Notfalleinsatz (Notfallpsychologie)**

(NP. Verbindet schon am Ort des Geschehens Maßnahmen, die geeignet sind, die psychische Gesundheit von Betroffenen & Helfern zu erhalten oder wiederherzustellen. NP erfolgt unmittelbar nach potenziell traumatisierenden Ereignissen)

- **TEIL 2: Traumaakuttherapie bei akuter Belastungsstörung**

(TAT bearbeitet belastende Erfahrungen lösungsorientiert in 12 Sitzungen, so dass Stabilisierung, Stressreduktion, Symptombefreiung & Ressourcenaktivierung bei Betroffenen gelingt. Wenn nicht: psychotraumatologisch fundierte Psychotherapie ab 20 Sitzungen)

# TEIL 1

# PSYCHOLOGISCHE

# ERSTHILFE

# Traumatische Erfahrungen

- übersteigen den Rahmen alltäglicher Erfahrungen & Belastungen
- verletzen radikal die seelische & körperliche Integrität eines Menschen
- und verändern oft dauerhaft
  - die gesamte Lebenssituation
  - das Erleben von Beziehungen & Zugehörigkeit zu anderen Menschen
  - das Gefühl von Handlungsfähigkeit & Kontrolle & Selbstwirksamkeit
  - das Verhältnis zum eigenen Körper
  - das Gefühl von Unverletzlichkeit
  - das Gefühl der Sicherheit & Geborgenheit in der Welt

# Ziel der psychol. Erst- & Akuthilfe

Nach einem traumatischen Ereignis ist die Prävention von Spät- & Langzeitfolgen sowie die Vermeidung chronischer Symptombildungen & dauerhafter Persönlichkeitsveränderungen

- Psychologische Ersthilfe/Notfallpsychologie geschieht sofort, vor Ort durch ausgebild. Helfer
- Psychotherapeutische Traumaakuttherapie 2 Tage bis wenige Wochen nach dem Ereignis ambulant durch eine(n) Psychotherapeut-in/-en.

# Aufgabenbereiche der 2 Interventionen

- Psychische Stabilisierung bei Angst, Schmerz & Schock
- Stressreduktion
- Symptommilderung
- Unterstützung des Erholungs- & Verarbeitungsprozesses
- Stärkung der Selbstheilungskräfte & Ressourcen
- Identifikation von Risikopersonen

# Vielfalt der Belastungsfaktoren

Entsetzen      unterbrochene Handlung

Lärm      Neuheit      Kontrollverlust

Angst      Verletzungen      Kälte/Hitze

Schmerzen      Durst      Zuschauer

Scham      Verletzte      Unsicherheit

Sorge um andere      Hilflosigkeit

Panik      Konfrontation mit Zerstörung &  
Tod



# (Normale) Erst-Reaktionen (1)

- Weinen, Schreien, Lachen
- Aggression
- Innerer Rückzug
- Angst
- Ruhe/Gelassenheit
- Verwirrung/Desorganisation
- Paradoxes Verhalten

sowie:

- Kindlich anmutendes Verhalten,
- Verdrängung bis Unbekümmertheit,
- affektives & « kopfloses » Handeln,
- rationales/ »kaltes » Handeln

# Beispiele für Extremreaktionen (2)

Erinnerungslücken

Amnesien

Dissoziationen

Verleugnungen des Geschehens

Wahnbildung

oder andere extrem heftige Reaktionen

# Reaktionen & Gegenreaktionen (3)

Idealisierte Helfer vs. neue Täter  
(Sekundär-/Retraumatisierungen)

Helfer als Freund oder Feind? (Vertrauen  
vs. Misstrauen)

## GEFAHREN!

- Ansteckung durch die Hilflosigkeit & Ohnmacht der Opfer
- durch Überaktivismus (Abwehr von Hilflosigkeit; Wiedergutmachung)

# Verlaufsphasen der Reaktionen 1

## **In der traumatischen Situation (Notfallmechanismen):**

**Psychophysiologisch:** erhöhter Blutdruck, erhöhte Muskelanspannung, beschleunigter Herzschlag, schnelle, oberflächliche Atmung

**Psychobiologisch:** Freisetzung von Stresshormonen, Synapsenverringering, eingeschränkte Informationsübertragung, subdominante, instinktiv-emotionale Hirnhälfte aktiver sowie dominante weniger aktiv, archaische Informationsverarbeitung i.S. von hormoneller & emotionaler Verarbeitung & Reaktion, fragmentarische Wahrnehmungseindrücke & visuelle, akustische, olfaktorische, kinästhetische (Einzel-) Speicherung

**Psychologisch:** Wahrnehmungseindrücke & Erleben sind fragmentiert & dissoziiert, keine semantisch-kategoriale Erfassung mehr, Sprachzentrum wird abgeschaltet, Wahrnehmung & Aufmerksamkeit außengerichtet auf Gefahrenquelle, somatisch-psychische Innenprozesse (Angst, Schmerz) ausgeblendet

# Verlaufsphasen der Reaktionen 2

## **Im Zustand des Schocks** (« Als-ob-Situation »):

Notfallmechanismen halten an, als ob die Situation noch (z.B. 2 bis 14 Tage oder länger) andauern würde. Charakteristische Phänomene:

- Nicht wahrhaben/glauben können, was passiert ist
- Derealisation (alles unwirklich, böser Traum)
- Depersonalisation (Roboter, spüre Körper nicht)
- Apathie, Teilnahmslosigkeit, Abwesenheit von Gefühlen
- Verstörtsein, Aufgewühltsein, Desorganisation
- Angst, Bedrohungsgefühle

# Verlaufsphasen der Reaktionen 3

## **Im Zustand der Krise (innere Auseinandersetzung):**

Je nach inneren & äußeren Ressourcen dauert dieser kritische oder sensible Verarbeitungsprozess Wochen oder Monate: Gelingt oder missglückt die Verarbeitung des traumatischen Geschehens? Bleibt der Dialog zwischen Überwältigung & Vermeidung stecken oder reguliert er sich natürlich? Scheinanpassung mit Vermeidung & vielfältigen Bewältigungs-/Sicherungstechniken? Charakteristisch sind:

Flashbacks, Vermeidungsverhalten, Schlafstörungen & Albträume, Ängste, Bedrohungsgefühle, Depressionen, Scham- & Schuldgefühle, Stör. des Essverhaltens, tatbezogene Zwänge

# Psychologische Akutbetreuung 1

Nach Erstintervention/-versorgung durch Feuerwehr, Polizei, Sanitäter & Ärzte zweite Ebene der Begegnung der Opfer (& Angehörigen) mit notfallpsychologisch / psychotraumatologisch ausgebildeten Helfern noch vor Ort. Hilfe durch psychologisch angemessenes Verhalten & kurze Stabilisierungsmaßnahmen:

- Körperliche Betreuung & Zuwendung
- Sachliche Information
- Beruhigung & einfache Entspannung
- Psychologische Information & Beratung

# Psychologische Akutbetreuung 2

Darüber hinaus durch psychotherapeutisch/psychotraumatologisch geschulte professionelle Helfer:

- Anwendung von Distanzierungstechniken bei psychisch akut überfluteten Personen
- Betreuung von psychisch speziell auffälligen Personen
- Zusammenstellen & leiten psychologischer Gruppen
- Beurteilung der Art & Notwendigkeit der individuellen weiteren psychologischen Begleitung in Absprache mit den Betroffenen.



# Regeln: Die vier Bs (3)

(nach Brendemühl, Echterhoff & Trautman, 2002)

- **Beruhigen** (Wichtig für Kontaktaufnahme)
- **Berühren** (Vermittlung von Trost & Sicherheit)
- **Behandeln** (i. Form von « sich kümmern »)
- **Begleiten** (als Schutzfunktion)

SCHUTZ & HILFE bieten,

d.h. Opfer begleiten, nicht allein lassen!

# Aufgaben der psychol. Notfallhelfer

**Zwecks Wiedererlangung/Wiedererlebens des Gefühls der äußeren Sicherheit & des inneren Gefühls von Sicherheit, Handlungsfähigkeit, Kontrolle & Autonomie:**

- **Information** (« die erlebte Belastung & Symptome = normale Reaktion auf ungewöhnliches Ereignis »; Merkblatt dazu; Adressen von Traumatherapeuten)
- **Psychol. Intervention** (Stressreduktion, Stabilisierung, Ressourcenaktivierung, Stärkung der Selbstheilungskräfte)
- **Identifikation von Risikopersonen** (zwecks Vorbeugung PTSD & seel. Störungen)

# Interventionsleitlinien (1)

- Vorstellung mit Namen & Funktion; Namen des Betroffenen erfragen (Normalität, Orientierung)
- Nicht beurteilende Akzeptierung der Reaktionen der Opfer & spürbare Solidarität
- Balance von Führen & Folgen (einfühlsam ressourcen- & bedürfnisorientiert handeln aber auch ruhig, klar, kompetent, Halt geben)
- Vollständige transparente Information (Geschehen, Maßnahmen, Folgen & Hoffnung auf Normalität)
- Nicht (plötzlich) allein lassen (für psychischen Ersatz sorgen!)
- Interventionstechniken zur Beruhigung & Entspannung (wenn möglich)

# Fehler vermeiden (2)

- Floskeln verwenden
- Vorwürfe machen
- Betroffene belügen
- Furchterregende Diagnosen
- Fremdwörter
- Hektik
- Pathologisieren (verbal & nonverbal)
- Versprechungen, die nicht zu halten sind

# Risikopersonen (3)

- Niedriges Einkommen/geringe Bildung
- Frühere gesundheitliche Probleme
- Früheres Opfer von Gewaltverbrechen
- Frühere Traumageschichte/andere traumatische Erfahrungen
- Intensive emotionale Anfangsreaktion auf Ereignis
- Eine wahrgenommene Bedrohung oder ernsthafte Verletzung oder Tod eines Angehörigen während des Ereignisses
- Dem Anblick von Toten & Verletzten ausgesetzt gewesen
- Schwere körperliche Verletzung
- Verlust des Kindes
- Erhöhte Rate sekundärer Folgen des traumat. Ereignisses (Arbeit, Wohnung)
- Mangel an notwendigen Ressourcen in Zeit nach Ereignis (famil. Stabil., soz. Unterstützung)
- Erhöhte Rate nicht-effektiver Bewältigungsstrategien (Aktivismus, Drogen)
- Personen, die das Ereignis ausgelöst haben

# Risikogruppen (4)

- Rettungspersonen, Notfallhelfer
- Verletzte
- « Helden »
- Kinder

# Checkliste zum Ablauf des Einsatzes 1

## VOR DEM EINSATZ:

### **Auftrags- & Situationsklärung**

- Wer ruft in wessen Auftrag an?
- Vorfall/traumatische Situation
- Sicherheit des/der Betroffenen & Zustand
- Andere Betroffene
- Zeitpunkt & Ort des Einsatzes

### **Einsatzplanung & Organisation**

# Checkliste zum Ablauf des Einsatzes 2

## AM ORT

1. Äußere Sicherheit
2. Innere Sicherheit / Stabilisierung / Wiederermächtigung (**Beruhigung & Entspannung gehen vor Information!!!**)
3. Traumatisches Erlebnis
4. Ressourcen: äußere R. & innere Selbstkompetenz
5. Identifikation von Risikopersonen
6. Nachbetreuung



# Betr. äußere Ressourcen (1)

d.h. Familie, Freunde, Beziehungsnetz,  
Arbeits-/Wohnsituation, ....:

- Wer/Was bietet Hilfe für psychische Stabilisierung?
- Wer/Was auf keinen Fall? (Welcher Verwandte?, ...)
- Positive Ressourcen aktivieren/verstärken; belastende Einflüsse reduzieren!

# Betr. Innere Ressourcen (2)

d.h. Selbstkompetenz!

- Wurde schon einmal Ähnliches/Belastungssituationen bewältigt? Wenn ja, wie?
- Was hilft/half bisher in Krisen, um ein wenig zur Ruhe zu kommen (z.B. malen, wandern, Musik)?
- Entscheidungsalternativen anbieten & weiteres Vorgehen gemeinsam besprechen
- Einfache Distanzierungs- & Beruhigungsmethoden, die autonom ausgeführt werden können

# Betr. Nachbetreuung (3)

d.h. die speziellen Bedürfnisse der Opfer individuell abklären:

- Sozialtherapeutische Maßnahmen? Beratung (juristisch, psychol., ...)? Psycholog. Nachbetreuung? Welcher Art?
- Kontakt innerhalb 24-48 Stunden vereinbaren (persönl. oder telefonisch)
- Wie & wo wird Zwischenzeit verbracht?
- Wer ist im Krisenfall (Panik?) erreichbar?
- Empfehlungen (viel körperliche Bewegung, wenig Genuss-/Suchtmittel)
- Angehörige informieren über mögliche Reaktionen & Umgang damit

# Psychol. Notfalltechniken (1)

Betr. Zustand: Wenn Betroffene noch unter direkter Einwirkung der traumatischen Situation, wenn also die somatopsychischen Notfallmechanismen noch autonom weiter funktionieren

Betr. Techniken: je nach Zustand eher kognitiv, visuell, körperlich orientiert

Betr. Ziele: Beruhigung; innerlich ins Hier & Jetzt kommen, innere Sicherheit, Distanzierung & Stabilisierung; Ressourcenstärkung

# (A) zur Distanzierung; (B) zur Beruhigung- & Entspannung (2)

- A 1. Erzähl-/Gedankenstopp (bei STOPP, nicht weiter erzählen, woanders hinschauen, auf Atmembewegung oder Körperhaltung konzentrieren)
- A 2. TV-Technik (innerer Schwarz-weiß Stummfilm über Ereignis, wenn Film lebhaft & autonom abläuft)
- A 1 & 2 = zur Vermeidung der inneren Überflutung!*
- B 1. Heilende Farbe (vorstellen & in schmerzenden Körperteil einatmen)
- B 2. Sicherheit / Frieden einatmen
- B 3. Muskelentspannung (von 10 langsam rückwärts zählen)

# Betreuung von Kindern (1)

Menschen, deren Gehirn noch nicht ausgereift ist und deren Persönlichkeit noch im Aufbau ist, werden durch ein Trauma noch weitreichender & tiefer verletzt als Erwachsene. Die Art & die Dauer des Traumas spielen dabei eine wesentliche Rolle. Dazu kommt: Eltern, Betreuungspersonen können selbst traumatisiert sein oder sogar Täter sein! Kinder bedürfen jedenfalls nach dem Trauma oft psychotherapeutische & sozialtherapeutische Unterstützung zur Vorbeugung von seelischen Störungen & Persönlichkeitsentwicklungsstörungen.

# Reaktionen der Kinder (2)

Hilflosigkeit, Passivität, Kognitive Konfusionen (Gefahr vorbei?)  
Angst, Anklammerungstendenzen, Regressive Symptome  
(z.B. Daumen lutschen, sich einrollen, ...) Aggressives Verhalten, Ein-  
& Durchschlafstörungen, Ausagieren der traumatischen  
Erfahrung im wiederholten traumatischen Spiel oder ge-  
genüber anderen Menschen in der Wiederholung selbst  
erlittenen Verhaltens, Traumaspezifische Ängste, Angst-  
Träume, wiederkehrende sich aufdrängende Erinnerungen,  
Veränderte Einstellung zu Menschen, zum Leben, zur  
Zukunft (Verrauensverlust, negative Erwartungen, ...)

# Umgang mit traumatisierten ... (3)

Generell für Notfalleinsatz & Akuttherapie gilt:

- Wiederaufbau eines Schutzschildes & Sicherheitsraumes durch Erwachsene (=> wichtig für Verarbeitung!)
- Identifikation & Aktivierung der protektiven Faktoren, der inneren & familiären Ressourcen!



# ... Kindern in Notfallsituationen (4)

Konkret:

- Sich immer um K. kümmern, auch wenn nicht verletzt
- Emotionale Zuwendung geben
- Kindern beim Verbalisieren helfen, selber langsam & in Wiederholungen sprechen; konkrete, altersgemäße « überschaubare Erläuterungen geben
- Körperkontakt (in Arm nehmen beruhigt, reduziert Angst; bei Jugendlichen anfragen!)
- Kuscheltier (Ablenkung, Hilfs-Ich)
- Ablenken (Material erklären, etwas be-malen lassen)
- Eltern hinzuziehen; keine Trennung von Eltern/Angehörigen,...! (Angehör. adäquat informieren)

# Massennotfälle / kollektive Katastrophen

Der psychol. Notfalleinsatz wird personell, organisatorisch, inhaltlich komplexer & anspruchsvoller!  
(=> offizielles System übernimmt!; CHECKLISTE!)

## Aufgaben:

- Aufklären über mögl. Folgen der traumat. Erfahrung
- Hoffnung auf Normalität stärken
- Angst- & Stressreduktion
- Risikopersonen identifizieren
- Für angemessene psychol. Nachbetreuung sorgen
- Erfahrungsaustausch/Rekonstruktion des Geschehenen in Gruppen organisieren & leiten

# Inhalt des Notfallkoffers/-rucksacks

- Handy
- Äußere Kennzeichnung (Psychol. Notfallhilfe)
- Visitenkarten
- Taschentücher
- Merkblatt für Betroffene/ Angehörige
- Kuschltier, Schnuller
- Taschenlampe
- Gummihandschuhe
- Sitzpolster
- Traubenzucker
- Persönl. Gegenstände/Talisman
- Notfalltropfen (Bach-Blüten, rezeptfreie Beruhigungsmittel)
- Adressbuch mit wichtigen Telefonnummern
- Checklisten

# Typische Reaktionen & Phasen des Verlaufs bei Gruppen

**Die heroische Phase** (sofort, gegenseitige Hilfe, altruistisches Verhalten, Leben & Güter retten)

**Die Flitterwochen-Phase** (Hochgefühl des Überlebens 1 bis mehrere Wochen danach)

**Die Desillusionierungsphase** (Wochen bis Monate danach; Abstieg, Enttäuschung, Ärger, Bitterkeit; Problemanstieg; kritische Phase zwischen Bewältigung & Integration der Erfahrung, Risiko einer 2. psychischen Katastrophe; bei 25% => PTSD)

**Die Rekonstruktionsphase** (Monate bis Jahre; Einsicht: Wir müssen Folgeprobleme selber lösen; Neuaufbau. Entwicklung von Maßnahmen, die Betroffenen Gefühl geben, von Gemeinde, Gesellschaft unterstützt zu werden!)

# Exkurs: Debriefing

## **Gruppenintervention** nach Everly & Mitchell (1997)

Ausgewählte Teilnehmer sollen wenige Tage nach dem Ereignis eine 7 Phasen-Intervention durchlaufen, um Erlebtes besser verarbeiten zu können:

- Einführung: Begrüßung, Ausblick
- Tatsachen (betr. Bild & Ablauf des Geschehens)
- Gedanken (im Moment des Geschehens)
- Reaktionen (Gefühle in Situation)
- Auswirkungen (körperlich nach diesem Gefühl)
- Information über Folgen & wie damit umgehen
- Abschluss: Zusammenfassung, weitere möglichen Schritte, Verabschiedung

# TEIL 2

## TRAUMA-AKUT- PSYCHOTHERAPIE

# Merkmale der TAT

- *Indikation:* Psychischer Schockzustand / Akute Belastungsreaktion (ABR) / Akute Belastungsstörung (ABS) nach einmaligem Typ I-Trauma (Unfall, kriminelle Gewalttat, medizinischer Eingriff oder Naturkatastrophe)
- *Psychotherapeutische Ziele:* begrenzt, Symptommilderung/-befreiung bei umschriebenen Belastungssymptomen
- *Zeitlich:* 12-20 Stunden maximal (mit Nachsorge)

# Ausschlusskriterien

TAT ist unzureichend oder kontraindiziert bei:

- **Extremen Erstreaktionen** (starke dissoziative oder wahnhafte Pänomene)
- **Einer traumatischen oder traumabegleitenden Vorgeschichte** (wiederholte T.)
- **Begleitenden (prä-traumatischen) Problemen lebensbeeinträchtigender Art**
- **Wenn schon Sekundärprobleme entstanden sind** (Depressives Geschehen, Substanzenmissbrauch, ...)
- **Extremen Ereignissen** (Tod des eigenen Kindes, eigene schwere Verletzung,..)



# Konrad-Lorenz-Effekt

Die TAT sollte nicht vom psychologischen Notfallersthelfer durchgeführt werden.

Die Durchführung der TAT durch den psychol. Erstbetreuer würde die Regressionsneigung (Schutz, Geborgenheit, Bindung zu nährendem Objekt suchen) unterstützen; dies würde progressive Prozesse erschweren! (Oder des Helfers veränderte Haltung in der neuen Situation könnte als Zurückweisung empfunden werden. Retraumatisierungen & Chronifizierungstendenzen müssen durch professionelles Handeln vermieden werden)

# Belastungsreaktionen/-störungen

- Akute Belastungsreaktionen (ABR): Die Symptome einschließlich der schweren Beeinträchtigungen des alltäglichen Lebensvollzugs bestehen mindestens zwei Tage, aber weniger als 1 Monat & treten innerhalb der ersten 4 Wochen nach dem Ereignis auf
- Akute (posttraumatische) Belastungsstörungen (ABS; akute PTBS): Die Symptome dauern zwischen einem Monat & 3 Monaten in lebensbeeinträchtigender Weise, obwohl die dissoziativen Phänomene nicht mehr offensichtlich sein müssen.

N.B.: Die drei ersten Monate nach dem Trauma stellen eine sensible & kritische Phase dar, in dem die Weichen gestellt werden zwischen dem Weg der Verdrängung & Abspaltung einerseits oder dem einer möglichen Integration andererseits.

# Symptome akuter Belastungsstörungen (1)

- **Wiedererleben:** Unkontrolliertes Überwältigtwerden vom Erleben der traumatischen Erfahrung in Form von Alb-Träumen, Flashbacks oder quälenden Gedanken & Erinnerungen
- **Vermeiden:** Psychische Erstarrung oder nachhaltiges Vermeidungsverhalten, indem bestimmte Themen/Gedanken oder erinnerungsauslösende Menschen, Orte, Situationen gemieden werden, evt. psychogene Amnesien
- **Angst & nachhaltige Erregung:** Die Betroffenen leben psychisch & physisch ständig angespannt auf einem erhöhten Erregungsniveau (z.B. Reizbarkeit, Wutausbrüche, Konzentrationschwächen, übertriebene Schreckreaktionen, Schlafstörungen, generelle Überwachsamkeit)
- **Dissoziative Phänomene:** ...

# Symptome akuter Belastungsstörungen (2)

**Dissoziative Phänomene** sind Störungen oder Veränderungen in den normalen, integrativen Funktionen von Identität, Gedächtnis & Bewusstsein. Sie sind Folge einer Überforderung des Bewusstseins bei der Möglichkeit der Verarbeitung einer überwältigenden Erfahrung & so zunächst eine Bewältigungsform des Organismus. Eine vollständige Information über das Geschehene ist dem Bewusstsein nicht zugänglich. Emotionale & beobachtende Anteile haben keine Verbindung zueinander. Das Wissen & Benennen, das Handeln, die Bilder & die Gefühle sind voneinander abgespalten.

=> Psychogene Amnesien. Phänomene der Derealisation & Depersonalisation.

# Therapeutische Ziele & Maßnahmen (1)

- Innere Sicherheit stärken
- Umgang mit belastenden Symptomen
- Verarbeitungsprozesse unterstützen

# Sicherheit stärken (2)

Wie bei psychologischer Ersthilfe:

- **Faktische äußere Sicherheit**
  - Durch zwischenmenschliche Sicherheit
  - Durch Sicherheit im Lebensraum & in der Lebensgestaltung (Möglichkeiten der Bewegung in Außenwelt, prätraumatische Handlungskompetenzen, Alltagsstrukturen, ...)
- **Inneres Sicherheitserleben** (Umgang mit Symptomen, Ressourcenreaktivierung, prätraumatische Selbstanteile, ...)

# Umgang mit belastenden Symptomen (3)

- **Wiedererleben:** (a) Reduktion der Frequenz & Intensität durch Information (über normalen Verarbeitungsprozess; Verdrängung schädigend; bessere Bewältigung ohne Gegenwehr) und durch (b) Dosierungs- & Distanzierungstechniken
- **Vermeidung:** natürliche Abwehr, aber muss durch behutsame, indirekte Annäherung überwunden werden, denn Vermeidung ist nicht Verarbeitung! V. blockiert den Verarbeitungsprozess & unterstützt Abspaltung. Also:  
Abbau der Vermeidung, Verhinderung der Abspaltung durch Information (s.o.), vorsichtiges Deuten der Schutzfunktion als vermeintlicher Selbstheilungsversuch & behutsame Annäherung an das Trauma resp. Gewöhnung an Stimulus

# Umgang mit belast. Symptomen (4)

- **Angst:** In Ausmaß & Bedeutung wahrnehmen & akzeptieren; gleich-zeitig aber realitätsgerechte Differenzierung zwischen Traumasituation « dann » & Situation « jetzt ». Reduktion von Intensität & Häufigkeit durch Techniken & Methoden zu Beruhigung, Entspannung & Angstmanagement
- **Scham & Schuld:** Ebenfalls Schutzfunktion im Dienst der Ohnmachtsabwehr; Scham als Folge der ausgelösten Diskrepanz zwischen Ich-Ideal & realem Selbstbild; oft Ambivalenz, gelegentlich Identifikation mit Aggressor. Opfer statt Täter hat Einstellung von Selbstentwertung & Selbstverurteilung. Vorwürfe & Schamgefühle also direkt ansprechen zwecks Relativierung & Realitätskontrolle. Anfangs als Schutzfunktion entlastend deuten, nicht inhaltlich, sondern später deuten & verstehen (Konfrontationsphase)



# Unterstützung der Verarbeitung (5)

Natürlicher Verlauf der inneren Verarbeitung:

Pendelbewegungen zwischen den Polen von Wiedererleben des Geschehenen & der inneren Verarbeitung, - mit abnehmender Intensität & Häufigkeit. Wenn dieser Prozess unbehindert ablaufen kann, wird das Trauma verarbeitet & integriert. Leider öfters Probleme durch Vorgeschichte der Betr., sekundäre Traumatisierungen oder Verdrängungs- & Abspaltungsversuche.

**Therapeutisches Ziel ist das Fördern & Aufrechterhalten dieses Prozesses resp. die Verhinderung der Blockierung (durch Überflutung oder starre Vermeidung)**

# Therapeutische Leitlinien (1)

- Akuttherapie ist HIER & JETZT-Therapie
- Akuttherapie ist zunächst & primär lösungsorientiert (& nicht fokussiert am traumatischen Geschehen wie die psychotraumatologisch fundierte Traumatherapie)
- Sie unterstützt aktiv Ressourcen & Stärken der Betroffenen
- Sie unterstützt die Fähigkeiten der Wiederermächtigung & Selbstkompetenz
- Die therapeutische Grundhaltung ist engagiert & solidarisch (Menschenrechte; Verantwortliche benennen)

# Therapeutische Leitlinien (2)

- Alle therapeutischen Überlegungen werden deutlich & transparent formuliert
- Autonomie & Entscheidungsfreiheit der Betroffenen werden in jeder Weise bewahrt & gestützt
- Eine individuell angemessene Balance von Verständnis, Empathie, Aufnehmen- & -Folgen-Können einerseits sowie klarer Strukturierung & Führung andererseits sollte speziell beachtet & gewahrt werden
- Formen der Abwehr sollten zunächst unterstützt werden, um innere Überflutung zu vermeiden
- Die Komplexität der Krise reduzieren: Was ist vordringlich/wichtig?

# Therapeutische Fehler (3)

- Gesprächshaltung von Abstinenz/Neutralität/moralischer Parteilosigkeit (wirkt retraumatisierend)
- Regressionsfördernde Interventionen
- Assoziative Verfahren (verbale/bildliche/freie Assoziation in Zusammenhang mit Geschehenen)
- Zu frühe & zu rasche Konfrontation mit Inhalten der Erfahrung
- Therapeutische Konzepte « überstülpen » (« Als erstes muss jetzt mal debrieft werden! »)

# Die therapeutische Beziehung (1)

- **Regeln für vertrauensvolle, tragfähige Arbeitsbeziehung (Bündnis)!**
- **Solidarität, Mitgefühl, Gefühl von aktiver Hilfe muss für Betroffenen spürbar sein**
- **Engagement zur Förderung des Gefühls der Sicherheit & zur Vermeidung therapeutisch induzierten Stresses** (hier: Transparenz, Aufklärung, konkrete erreichbare Ziele gemeinsam festlegen, ...)
- **Inhalte/Aufgaben der Persönlichkeitsstärkung = zentral** (keine Regressionen induzieren!)
- **Trotzdem kann Therapeut Vertrauen nicht einfach voraussetzen** (Verstehbare Gründe hinter Ambivalenz?)

# Übertragung/Gegenübertragung (2)

## Die traumatische Übertragung:

- Idealisierte Erwartungen («Th.= Retter in Not» fördert Regressionen)
- Misstrauen (betr. Integrität, Kompetenz, ...)
- Enttäuschung & Wut (wenn idealisierte Erwartungen enttäuscht)

## Die traumatische Gegenübertragung:

- Überidentifikation (gut gemeintes Überengag. & therapeut. Grenzüberschreitungen)
- Bewusste & unbewusste Vermeidung, übertriebene emotionale Distanz, Abwehr (=>Klient fühlt sich allein gelassen)

# Checkliste für Erstgespräch (1)

*Vorher: Auftragsdefinition; anamnestische Daten*

- Äußere Sicherheit?
- Körperlicher Zustand?
- Aktuelle psychotische Symptomatik (Wiedererleben, Vermeidung, Übererregung, dissoziative Phänomene)
- Häufigkeit & Normalität der Symptome betonen!
- Was ist sonst anders als vor dem Vorfall?  
(Selbstkonzepte/Einstellungen zu sich selbst? Beziehungen?)
- Begleitende prä-traumatische Probleme?
- Medikamente, Alkohol, o.a. als Bewältigungsstrategie? Selbstgefährdung?

# Checkliste für Erstgespräch (2)

- **Traumatisches Erleben** (nur wenn angebracht: Was ist geschehen? Wie ist es weitergegangen?)
- **Verbindungen zwischen wichtigen Geschehnissen in Vergangenheit?**
- **Ressourcen aktivieren/verstärken** (Psychosoziale, intrapsychische; Umgang mit Symptomen/Methoden; Zeit bis zur nächsten Sitzung gemeinsam strukturieren)
- **Evt. Frage einer vorübergehenden Medikation**
- **Beurteilung für Indikationsstellung** (akute Belast.stör.; PTBS; komorbide Probleme wie Depression, somatoforme Stör., Substanzabhängigkeit; Risikoperson?)



# Techniken & Methoden (1)

Körperliche Entspannungsmethoden (PME, AT),  
Atemtechniken, Imaginationstechniken zur  
Angstbewältigung, Dosierung & Distanzierung  
Para- & nonverbale Methoden: Körpertherapeu-  
tische & imaginative Techniken zur Schaffung  
von Gegenwelten, Gegenerfahrungen &  
Erschließung von Quellen der Kraft & Heilung  
« Dream Rehearsal » zur Bearbeitung von  
Alpträumen & Reduktion ihrer Häufigkeit durch  
Veränderung der Originalversion  
Zukunftsprojektion « in 5/10 Jahren? » als  
progressive, Hoffnungsarbeit

# Traumaspezifische Methoden

- Debriefing (Information, Konfrontation, Nachsorge)
- EMDR (Eye Movement Desensitization & Reprocessing) oder verwandte bilaterale Stimulations- & Desensibilisierungsverfahren
- Referenzialtherapie nach Unfällen (RT ähnlich RET/VT)
- Screen-Techniken wie die Dissoziative Konfrontation & andere Expositions-/ Desensibilisierungstechniken
- Spezielle Kognitive Verhaltenstherapie (nach chronischer Traumatisierung)
- Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie (eher nach chronischer Traumatisierung)

# ACHTUNG!

- Für all diese Methoden gibt es Indikationen & Kontraindikationen für Personen & Patientengruppen! Also: Diagnostische Vorauswahl!  
(Klassifikations- & psychometrische Verfahren werden in der traumapsychologischen Ausbildung f. Psychotherap. vorgestellt)
- Da in einigen Fällen auch Verschlechterungen der Symptomatik nachgewiesen worden sind, sollen die Methoden nur von adäquat ausgebildeten Fachleuten (z.B. Klinischen Psychologen & Psychotherapeuten) mit soliden psychotraumatologischen Kenntnisse angewandt werden!

# Kriterien der Verarbeitung (1)

Fragen bez. mögl. Einflussfaktoren für sichere Genesung:

War das traumatische Geschehen einmalig oder handelt es sich um ein Langzeittrauma?

Ist, wie bei Kindern, die gesamte Identitätsbildung betroffen?

Welche Selbst- & Beziehungserfahrungen wurden vorher gemacht?

Wurden frühere belastende Erfahrungen oder Traumata erfolgreich bewältigt?

Wie stark trägt die familiäre Umgebung & das soziale Netz?

Wie groß ist die Unterstützung durch die Gesellschaft?

# 7 Kriterien der Genesung (2)

nach Mary Harvey:

- Alle physiologischen Symptome halten sich in überschaubaren Grenzen
- Der Betroffene kann die Gefühle ertragen, die mit der traumatischen Erinnerung verbunden sind, ohne sie auszuschalten oder davon überwältigt zu werden
- Er kann die Geschichte des Traumas zusammenhängend erzählen
- Er hat die Erinnerungen unter Kontrolle
- Sein beschädigtes Selbstwertgefühl ist wieder hergestellt
- Er hat alle wichtigen Beziehungen wieder aufgenommen
- Das Trauma kann in ein neu aufgebautes, eigenes Wertsystem integriert werden

# Prädiktoren von PTBS 1

## **Prätraumatische Risikofaktoren:**

- Vorbelastungen/Traumaerfahrungen
- Vorausgehende emotionale Probleme
- Unzufriedenheit im Beruf
- Persönlichkeitsmerkmale

## **Traumaspezifische/peritraumatische R.fakt.:**

- Peritraumatische Dissoziation
- Schwere des Traumas
- Erlebte Todesangst

# Prädiktoren von PTBS 2

## **Psychotraumatische Risikofaktoren:**

- Akut hohe Werte auf der Impact-of-Event-Scale
- Frühe PTBS-Symptome
- ASD-Diagnose
- Dissoziation
- Depression
- Angst
- Wiedererleben des Traumas
- Gesteigerte Erregung
- Nachfolgende belastende Erfahrungen

# 1. Exkurs: Referenzialtherapie (1)

nach Prof. Dr. Echterhoff

- RT nach gefährlichem, schädigendem Extremerlebnis wenn Selbstwirksamkeitserfahrung grundlegend gestört ist, d.h. wenn Opfer massiven Bedrohungen ausgeliefert war, sich vor Verletzungen nicht schützen konnte, partielle Fehler beging oder nicht fliehen konnte
- RT bei akuten posttraumatischer Belastungsreaktionen resp. PTBS
- RT auf der Grundlage bewährter psychologischer Erkenntnisse



# RT: Konzept (2)

- Psychotrauma als Folgen erlernter Hilflosigkeit, ungünstiger & stabiler, globaler oder internaler Attribution
- Selbstwertverlust, Schuldgefühle, Entfremdungsgefühle als Belastungsreaktion

Also RT als Gegenmittel durch

- Erneuerte/neue Erfahrungen der eigenen Selbstwirksamkeit
- Verbesserung des Kohärenzerlebens
- Wiederherstellung/Verbesserung der emotionalen & kognitiven **Bezüge** innerhalb internaler sowie zwischen internalen & externalen Bedingungen ...=>

# Referenzialtherapie heißt konkret (3)

**Bezüge herstellen u.a. zu:**

- **dem Ablauf und den Ursachen des Extremerlebnisses,**
- **den eigenen Gefühlen und Erlebnisreaktionen,**
- **den Reaktionen anderer Menschen,**
- **den möglichen Folgen des Extremerlebnisses,**
- **eigenen Handlungsversuchen,**
- **den Kommunikationen mit anderen Menschen.**

# RT: Ziel & Phasen (4)

Ziel der therap. Arbeit: Selbstwirksamkeit (wieder) aufbauen via internale Kontrolle, Attribuierungskorrektur, Kontrollüberzeugung in drei Phasen

- Phase 1: Emotionale Entlastung & erste Neuorientierung
- Phase 2: (Wieder-)Aufbau
- Phase 3: Rückkehr in den Alltag

# Emotionale Entlastung & erste Neuorientierung (5a)

## Schritte:

- Unfallerleben beschreiben lassen & nachvollziehen (zwecks Entlastung, nicht Konfrontation)
- Diagnose & Nebendiagnosen stellen
- Gemeinsame Ziele erarbeiten
- Gemeinsame Planung des weiteren organisatorischen Vorgehens

# Emotionale Entlastung & erste Neuorientierung (5b)

## Arbeiten:

- Emotionale Entlastung durch Berichtenlassen & Nacherleben
- Verhinderung der Ausbreitung von Angst (z.B. durch paradoxe Intention/Intervention)
- Schuldgefühle & Erwartungen erlebnisnah bearbeiten (z.B. ihnen zustimmen, negative Erwartungen konsequent durchspielen)
- Unterstützung kurzfristiger wichtiger Entscheidungsfindungen & Verhinderung von Fehlentscheidungen (z.B. anstehende Probleme durchgehen, gezielt kognitive Dissonanzen i.S. konstruktiver Weiterentwicklung aufbauen)

# Wiederaufbau der Selbstwirksamkeitserfahrung (6)

- Via Stärkung von internaler Kontrollmeinung durch persönliche Erfahrung (mentale Übung einfacher Handlungsabläufe) & praktisches Üben
- Via Herausarbeitung noch verbliebener Bereiche von Hilflosigkeit
- Via Erzeugung /Verstärkung von Wohlbefinden mittels Aktivierung der aktuellen positiven Wahrnehmungen & Auffinden guter Erlebnisgestalten
- Auffinden & Entdeckenlassen von Fehlattritionen, von nicht zutreffenden Erklärungsmustern &
- Eingehen auf den Erklärungsdrang & Finden emotional passender Kasualattritionen (Fakten; Gründe warum sich jnd überfahren lässt)

# Rückkehr in den Alltag (7)

Vorbereitung durch

- Eine vorsichtige Unfallstellenbegehung (keine Konfrontation) zur Reduktion von Dissonanz & zur Entwicklung passender Kausalattributionen
- Stärkung von emotional wichtigen Lebenszielen
- Partielle Aufgabe schlechter Gewohnheiten  
Verbesserung des Erlebens & Handelns zum Erfahren von Selbstwirksamkeit (Swk)
- Praxisproben, Arbeitsproben, Fahrproben zum Rückgewinn positiver emotionaler Bezüge zum Arbeitsalltag & zur Stärkung des Erlebens von Swk

# Evaluation (8)

3 Behandlungsergebnisse (nach etwa 18 Stdn):

- Die mit dem Extremerlebnis aufgetretenen Symptome sollen unauffällig geworden oder ganz zurückgegangen sein
- Der Betroffene soll neue Lösungen & Handlungsweisen für sich erworben haben, die ihn stärken
- Der Betroffene soll sich selbst als wieder belastbar & arbeitsfähig wahrnehmen



# Die (4) Phase danach (9)

Nach der Rückkehr in den beruflichen/ praktischen Alltag: betriebliche Selbsthilfegruppe oder Nachsorgegespräche mit Betriebsarzt/-psychologe. Nach 1/2 Jahr Kontrollgespräch betr. Stabilität (Können erneute Unfälle evt. aus eigener Kraft bewältigt werden?)

N.B.: In dem Kölner Modell wird auch eine diagnostische Probefahrt mit Psychologe/Arzt vor Abschluss der Therapie vereinbart, zwecks Bescheinigung der Arbeits-/Fahrtauglichkeit

# RT im Kölner Modell (10)

- Integration des Unfallmanagements in die Organisation
- Präventive Schulungsmaßnahmen für Vorgesetzte & Mitarbeiter
- Psychologische Ersthilfe am Unfallort
- Beratung nach dem Unfallereignis
- Psychotherapie nach dem Unfallereignis (RT)
- Rückkehr in den Alltag
- Nachsorgephase nach Abschluss der Psychotherapie

N.B.: In nur 5% der Fälle weiterführende Psychotherapie nötig;  
besonders gute Kompatibilität wegen der psychol. Erklärungs-  
konzepte mit der Rational/Kognitiv-emotiven Therapie & der  
individualpsychologischen Psychotherapie

## 2. Exkurs: Akut-Ther. bei Kindern (1)

### Ausgangsfragen:

- Schocktrauma oder langandauerndes Entwicklungs-/Beziehungstrauma? Mischform? Ergeben verschiedene Reaktionen mit Langzeitfolgen.
- Welche Entwicklungslinien & -abschnitte wurden beeinträchtigt?
- Welche Themen & Entwicklungsaufgaben sind tangiert?
- Welche protektiven Faktoren, d.h. inneren, familiären, sozialen Ressourcen können aktiviert werden?

# Akut-Therapie bei Kindern (2)

## Aufgaben:

- Sichere Umgebung schaffen; helfendes tragfähiges Umfeld aufbauen; eine vertrauensvolle, stabile therapeutische Beziehung herstellen
- Innere & äußere Ressourcen aktivieren
- Möglichkeiten des Selbstschutzes verbessern (Fähigkeit zur Abgrenzung)
- Vergrößerung des Entscheidungsspielraumes herstellen/ermöglichen
- Fixierung eines Entwicklungsstillstandes/Entwicklungsrückschrittes verhindern, so dass ...
- Eine weitere phasengerechte Entwicklung möglich wird

# Akut-Therapie bei Kindern (3)

## Methoden & Techniken:

- Kreative Therapien: Malen, Puppen-Sandkastenspiele
- Körpertherapeut. Ansätze, Tanz- & Bewegungstherapie
- Posttraumatisches Spiel: Kontrolliertes, selbst-dosiertes Noch-einmal-Durchspielen/-Durchleben der traumatischen Erfahrung, wobei in der Fantasie nach (anderen) Auswegen gesucht wird
- Ängste externalisieren, z.B. als Monster zeichnen, in einer Schachtel verschnüren, nachts verstecken
- Innere Distanzierung: Lieblingskuscheltier oder anders « Hilfs-Objekt » erzählt von der traumatischen Erfahrung, den Ängsten usw.

MERCI!

Vill Erfolg bei der  
Umsetzung!