

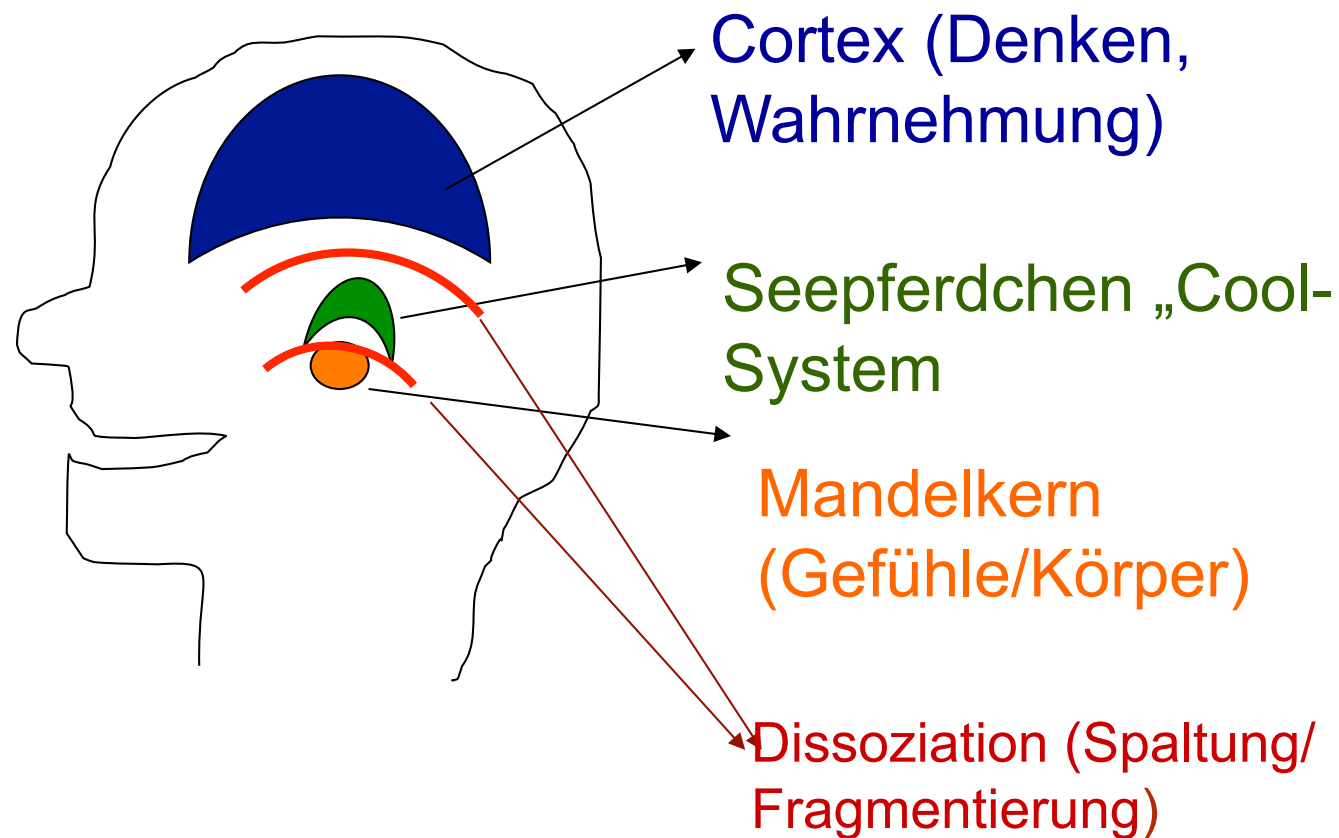
# **Prävention von Traumafolgestörungen**

8 èmes Journées Nationales  
de Prévention du Suicide  
Luxembourg, 25.-27.2.14  
Dr. Marion Koll-Krüsmann

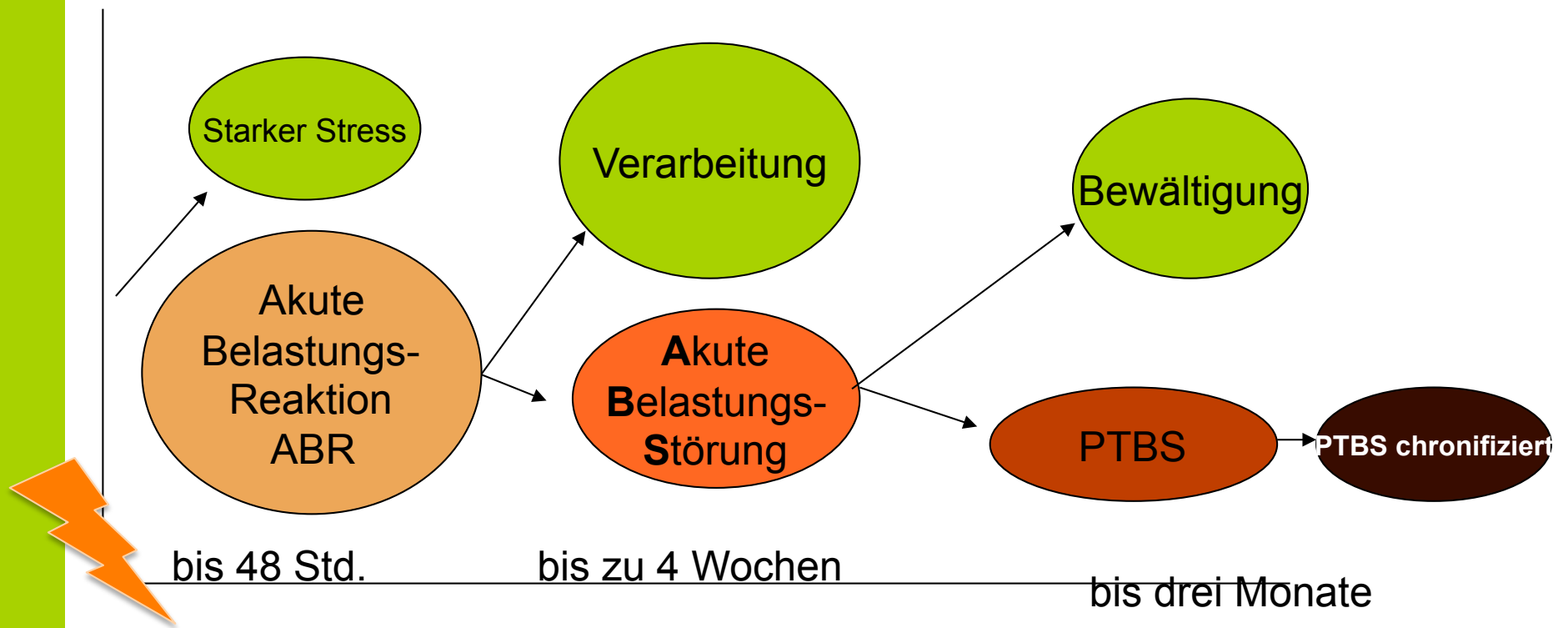
# Agenda

- Trauma und seine Folgen
- Trauma, Schuld, Suizid
- Verarbeitung einer traumatischen Erfahrung
- Sekundäre Traumatisierung
- Meine eigene Psychohygiene

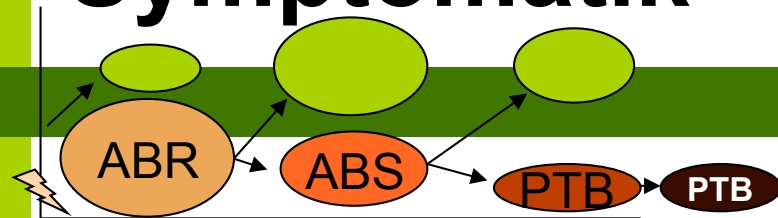
# Was passiert im Gehirn, Trauma vs. starker Stress



## Posttraumatische Adaptation



# Verlauf posttraumatischer Symptomatik



Diagnose	Zeitraum	Symptome
ABR	→ 48 Std.	Dissoziation, Angst, Verzweiflung Aggression
ABS	→ 4 Wochen	Übererregung,, Angst, Dissoziation und quälende Erinnerungen, Vermeidung
PTB akut PTB chronisch PTB mit verzö- gertem Beginn		Intrusionen, Vermeidung/Numbing, Hyperarousal
Komplexe PTB	Ab 2 Jahren	PTB und Persönlichkeitsänderung, Beziehungsstörungen hohe Komorbidität mit: Sucht; Somatisierung, Depression

# Akute Belastungsstörung nach, Dissoziation

Entweder während oder nach dem extrem belastenden Ereignis zeigte die Person **mindestens drei** 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. die Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern).

# Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTB)

**B. Ungewolltes Wiedererleben** von Teilen oder Aspekten des Traumas (Intrusionen)

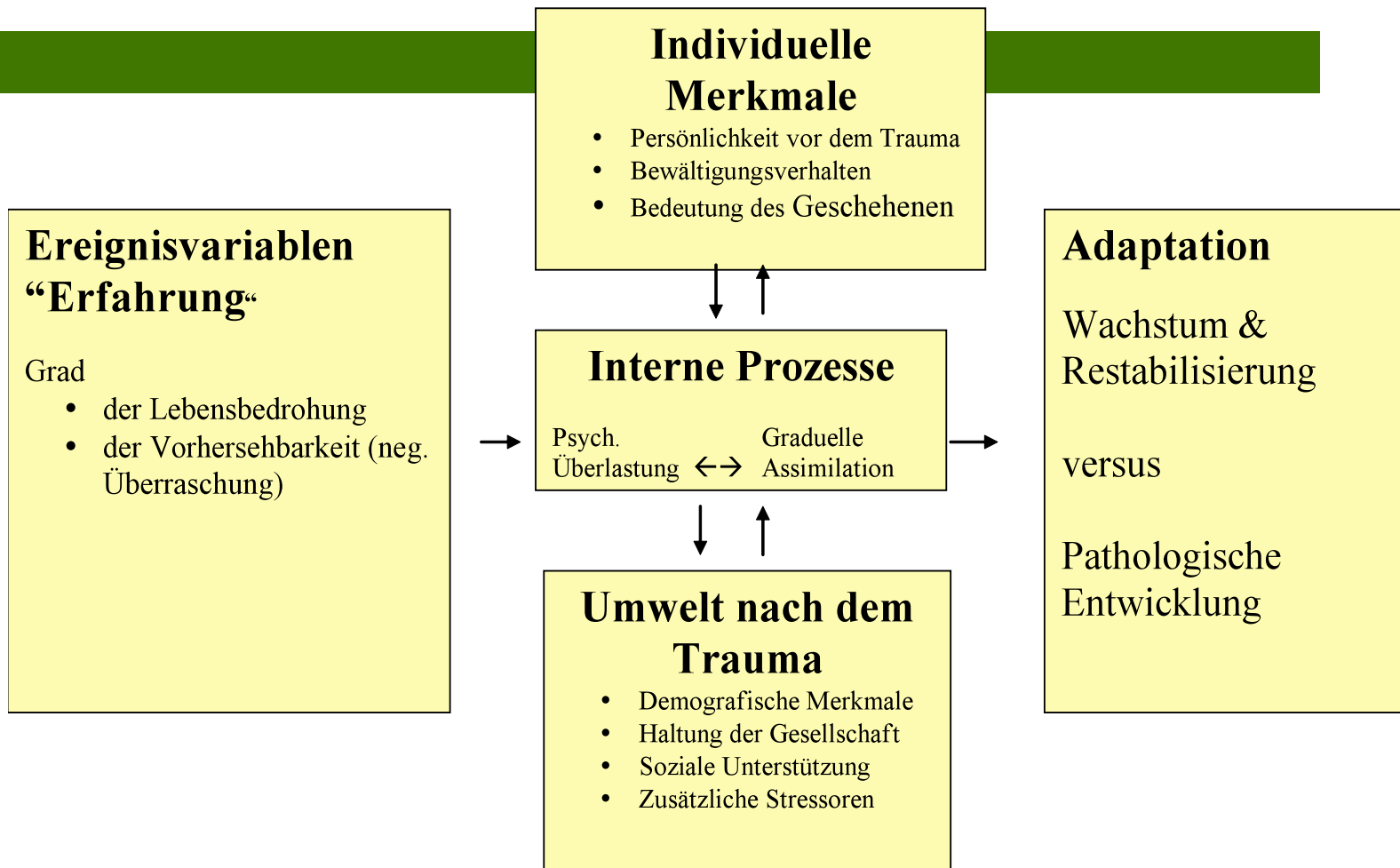
- mit den gleichen sensorischen Eindrücken (bspw. Geräusche, Bilder, Geschmack)

**C. Vermeidung** von Situationen oder Aspekten, die an das traumatische Ereignis erinnern

**C. Zustand emotionaler Taubheit**, mit Gefühlen der Entfremdung von anderen Menschen (Numbing)

**D. Erhöhtes körperliches Erregungsniveau** (Hyperarousal)

# Einflussfaktoren auf den Adaptationsprozess



Darstellung der Einflussfaktoren auf die posttraumatische Entwicklung  
(nach dem Modell von Green, Wilson & Lindy, 1985)



Wie wird ein Trauma verarbeitet?  
durch kognitive und emotionale Auseinandersetzung wenn die  
erste Symptomatik (Akute Belastungsstörung) abgeklungen  
ist und der Betroffene sich sicherer fühlt

Explizites,  
episodisches  
Gedächtnis

Implizites oder  
diffuses  
Gedächtnis

Cortex (Denken,  
Wahrnehmung)

Seepferdchen „Cool-  
System

Mandelkern  
(Gefühle/Körper)

Durch Auseinandersetzung erfolgt die  
Verschiebung der traumarelevanten  
Aspekte vom diffusen in das  
episodische Gedächtnis = Verarbeitung

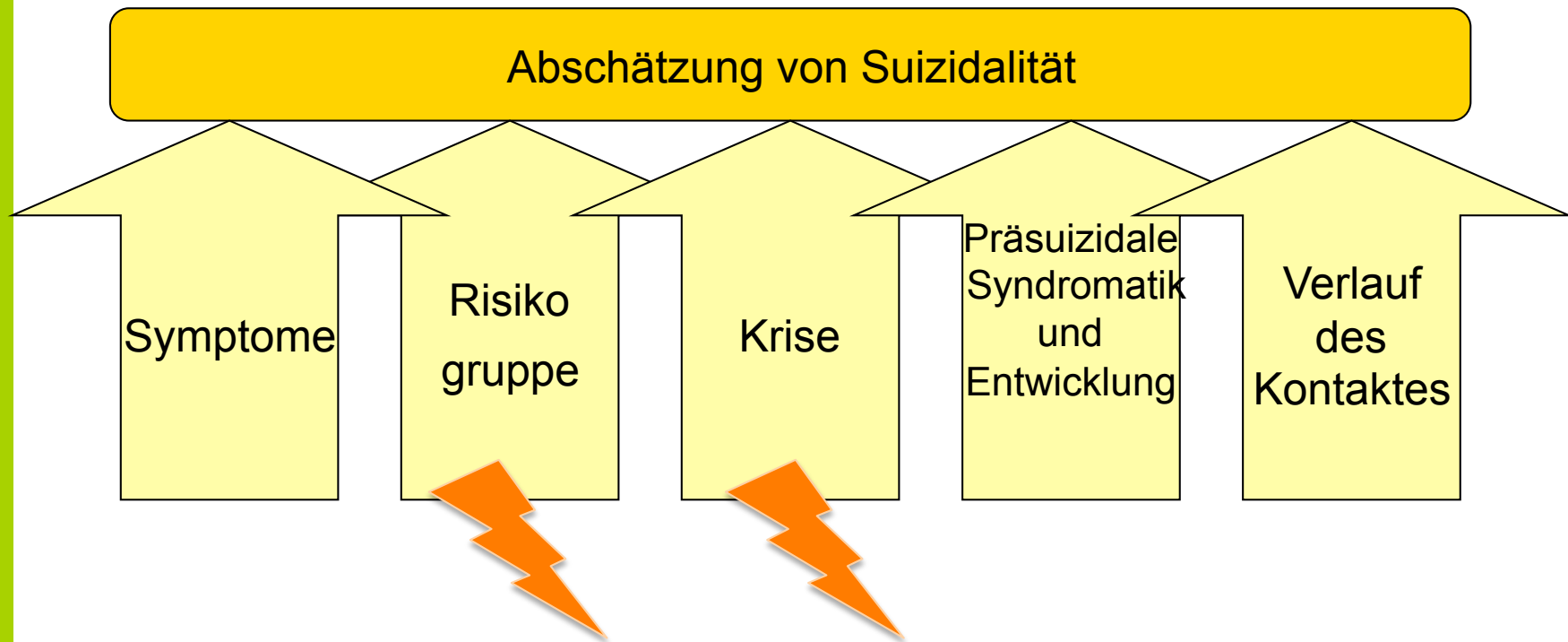
## Existentielle Dimension traumabedingter Veränderung

- Konfrontation mit Sterben und Tod
  - Entfremdung von den Mitmenschen und der Welt
  - Zerstörte Annahmen über die Welt
  - Verlust von Sicherheits- und Kontrollüberzeugungen
  - Verlust von sinngebenden und religiösen Überzeugung
- 
- Traumabedingtes Wachstum und Reifung
  - Veränderung von Werten, bewusster Umgang mit positiven Aspekten des Lebens → posttraumatic growth

# Suizid in Deutschland, es sterben:

- 7.200 Menschen an illegalem Drogenkonsum
  - 2.500 Menschen an den Folgen von HIV
  - 5.900 Menschen im Straßenverkehr
  - 9.800 Menschen am Suizid, davon 2/3 Männer
- 30% der nicht natürlichen Todesfälle sind Suizide

# Wie kann ich Suizidalität erkennen



# Trauma und Suizidalität

- Zahlreiche Studien zeigen einen Zusammenhang zwischen Suizidalität und Missbrauchserfahrungen, sowohl sexualisierter als auch körperlicher Missbrauch
- Studien finden mehr traumatische Erlebnisse und weniger soziale Unterstützung 6 Monate vor einem Suizid als vor einem Versuch
- Anzahl der traumatischen Ereignisse weisen einen Zusammenhang mit der Schwere der suizidalen Handlungen auf

# Therapeutische Intervention bei suizidalen Krisen

- Aufbau, Vertiefung der Beziehung (Gesprächsfokus auf aktueller Lebenssituation)
- Suizidalität abklären (offen ansprechen, nicht dagegen anreden)
- Problemanalyse (Krisenauslöser, Krisenhintergrund, Ressourcen, Lebensgeschichte)
- Containing von Gefühlen und Leid (Ermutigen, so genannte negative Gefühle wie Trauer, Schmerz, Schuld, Aggression zuzulassen und zu zeigen, Anteilnahme)
- Stellvertretende Hoffnung (keine falsche Tröstung, aber aus der Perspektive des Helfers vorstellbare positive Entwicklung anbieten)

# Therapeutische Intervention bei suizidalen Krisen

- Stützen in der Konfrontation mit der Realität (Verleugnungstendenzen und Realitätsverzerrung entgegenwirken, Konfrontation mit Realitätssicht des Helfers)
- Wie kann der Betroffene die Unterstützung von Angehörigen, Freunden mobilisieren
- Selbstunterstützung fördern (Positive Pausenwünschen, kurzzeitige Medikation, Krankschreibung)
- Schädlicher Regression entgegenwirken (Alkohol, Drogen, Medikamente, soziale Isolation)
- Arbeitsvertrag, Antisuiizidvertrag, Weitervermittlung wenn nötig (Arche), Stationären Aufenthalt planen wenn nötig, Notfallprogramm erarbeiten
- Klären ob der Patient verantwortlich das Versprechen „keine Suizidhandlung im Verlauf der Therapie“ abgeben kann

# Trauma und „Schuld“

- Grundsätzlich sehr häufig, denn die „Welt“ wird dadurch scheinbar kontrollierbar – gibt es einen „Schuldigen“ hätte das Ereignis verhindert werden können
- Wichtig bei Krisenintervention: „Ausmaß der Verantwortung für das Geschehen beachten“



# Zum Umgang mit Schuld

Unterschieden wird zwischen:

- einer realen Schuld
- einem verantwortungsvollem Schuldgefühl im Kontext von realem Fehlverhalten und
- einem irrationalen Schuldgefühl ohne Verantwortung für das Geschehen

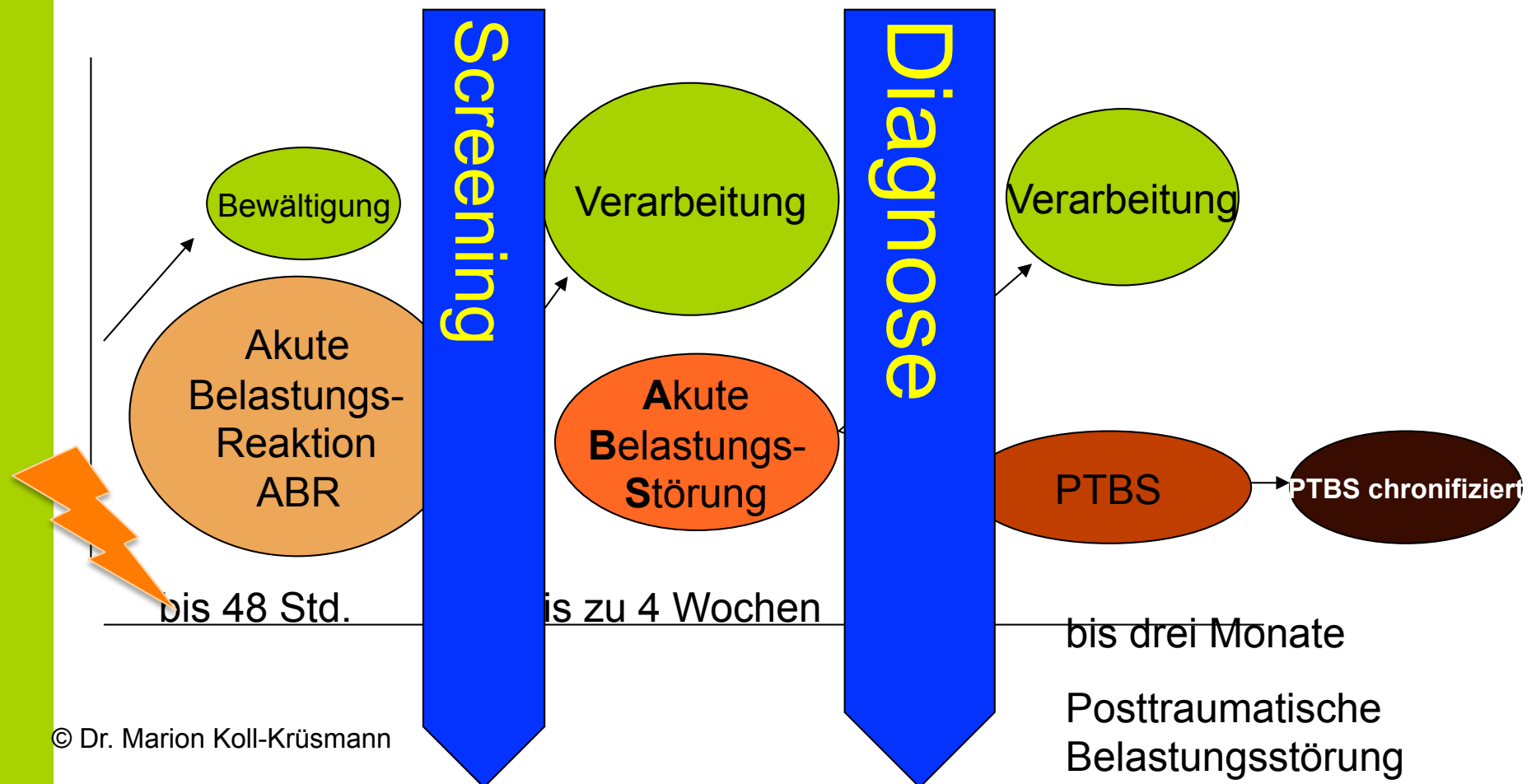
# Bearbeitung der Schuldgefühle

- Reale Schuld  
→ Übernahme von Verantwortung erlaubt die Befreiung von ihr, Wiedergutmachung, „Sühne“
- verantwortungsvolles Schuldgefühl im Kontext von realem Fehlverhalten  
→ Übernahme von partieller Verantwortung, sich verzeihen, Wiedergutmachung
- irrationales Schuldgefühl  
→ kognitive Auseinandersetzung mit den „falschen“ Bedeutungszuschreibungen

# Verarbeitung einer traumatischen Erfahrung



Eine aussagekräftige Diagnose ist erst nach vier Wochen möglich



# Möglichkeiten der Prävention von Traumafolgestörungen

**Primäre  
Prävention**

**Sekundäre  
Prävention**

**Tertiäre  
Prävention**



# PSNV: Systematisierung- Struktur

## Primäre Traumatisierung

unmittelbar traumatisiert als

- direkt Betroffener
- Bystander
- indirekt Betroffener

### Unterstützungssysteme (PSNV)

- Kriseninterventionsteam (KIT)
- Notfallseelsorge
- Notfallpsychologie
- Psychotraumatologische Therapie

## Sekundäre Traumatisierung

traumatisiert als Helfer bei:

- Feuerwehr
- THW
- Hilfsorganisationen

### Unterstützungssysteme (PSNV)

- Seelsorge Feuerwehr, Rettungsdienst
- CISM/SbE
- Peer/Multiplikator/Mediator
- Psychotraumatologische Therapie

# **Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV)**

**Begriffsbestimmung aus Konsensuspapier  
(Helmerichs & Blanck, 2008)**

Der Begriff PSNV beinhaltet die Gesamtstruktur und die Maßnahmen der Prävention sowie der kurz-, mittel- und langfristigen Versorgung im Kontext von belastenden Notfällen bzw. Einsatzsituationen

Übergreifende Ziele sind:

- Prävention von psychosozialen Belastungsfolgen
- Früherkennung von psychosozialen Belastungsfolgen
- Bereitstellung von adäquater Unterstützung und Hilfe für betroffene Personen und Gruppen zur Erfahrungsverarbeitung sowie die angemessene Behandlung von Traumafolgestörungen und - bezogen auf Einsatzkräfte - einsatzbezogene psychische Fehlbeanspruchungsfolgen.

# Ziele von Primärprävention

- Wissen über Traumafolgestörungen erhöhen
- Sensibilisierung für die Thematik
- Keine Tabuisierung, keine Dramatisierung
- Verstehen, dass Symptome angemessen sind
- Erhöhung von Bewältigungswissen
- Symptome selbst oder im System erkennen und frühzeitig behandeln lassen
- Unterstützungssysteme bereitstellen und bekannt machen



# Ziele von Sekundärprävention – Tag X

- Beruhigung der Situation, Sicherheit herstellen, Schutz vor Medien
- Informationsvermittlung bezüglich der Abläufe
- Aktivierung der vorhandenen Kompetenzen und der sozialen Ressourcen, Angehörige einbeziehen
- Unterstützung bei konkreten Handlungen aber keine Schmälerung der Selbstwirksamkeit, Verabschiedung von Verstorbenen ermöglichen
- Schutz vor Presse
- Planung des weiteren Vorgehens
- Organisation von Einzel- und Gruppeninterventionen
- Informationsmaterial bez. Nachsorge für alle Betroffenen
- Schwerwiegende Erkrankungen verhindern, Akutinterventionen anbieten
- Diagnose nach 4-6 Wochen ermöglichen

# **Ziele von Sekundärprävention – erste vier Wochen**

- Psychosoziale Unterstützung für alle Beteiligten (Betroffene und Helfer)
- Gruppennachsorge, Screening, Einzelberatung
- Psychotraumatologische Beratung/Therapie für besonders belastete Personen
- Schutz bei Suizidalität
- Unterstützung von Angehörigen bei berufsbedingter Traumatisierung
- Krankheitstage begleiten und Wiedereinstieg planen
- Unterstützung für betroffenen Systeme

# Ziele von Tertiärprävention

- Behandlung der aufgetretenen Traumafolgestörung
- Verhinderung einer Chronifizierung
- Einbezug des engsten sozialen Netzes
- Arbeitsfähigkeit wieder herstellen, berufliche Wiedereingliederung begleiten
- Unterstützung bezüglich der entstehenden Anforderung durch das Ereignisses (Prozess, Trauer, körperliche Folgen, soziale Folgen)

# Prävention im Einsatzwesen

## **Primäre Prävention (vor dem Einsatz)**

- ausreichende Vorbereitung auf potentiell traumatisierende Einsätze durch Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen
- Wissen über besondere Gefährdungssituationen, z.B. keinen Einsatz nach einem erheblichen Verlust oder eine Trennung
- Wissen über die Relevanz von Kooperation und Strukturiertheit während des Einsatzes

## **Sekundäre Prävention (nach dem Einsatz)**

- Einsatznachbetreuung
- Sensibilität und Unterstützung des Teams bei Belastung
- Unterstützung durch Vorgesetzte
- Unterstützung durch das soziale Umfeld

## **Tertiäre Prävention (bei Erkrankung)**

- Therapie

# Spezifische Merkmale psycho-sozialer Nachsorge bei sekundär Betroffenen

- Einsatzkräfte sind in Systeme eingebunden und dadurch erreichbar
- Kollegiale Hilfe
- Unterstützung durch das Peer-System
- Aktive Kameraden können bei Rückzug konkret angesprochen werden
- Peers als Brückenfunktion zu professioneller Unterstützung
- Gefahr der Überforderung des Peerssystems
- Grenzen der eigenen Arbeit erkennen

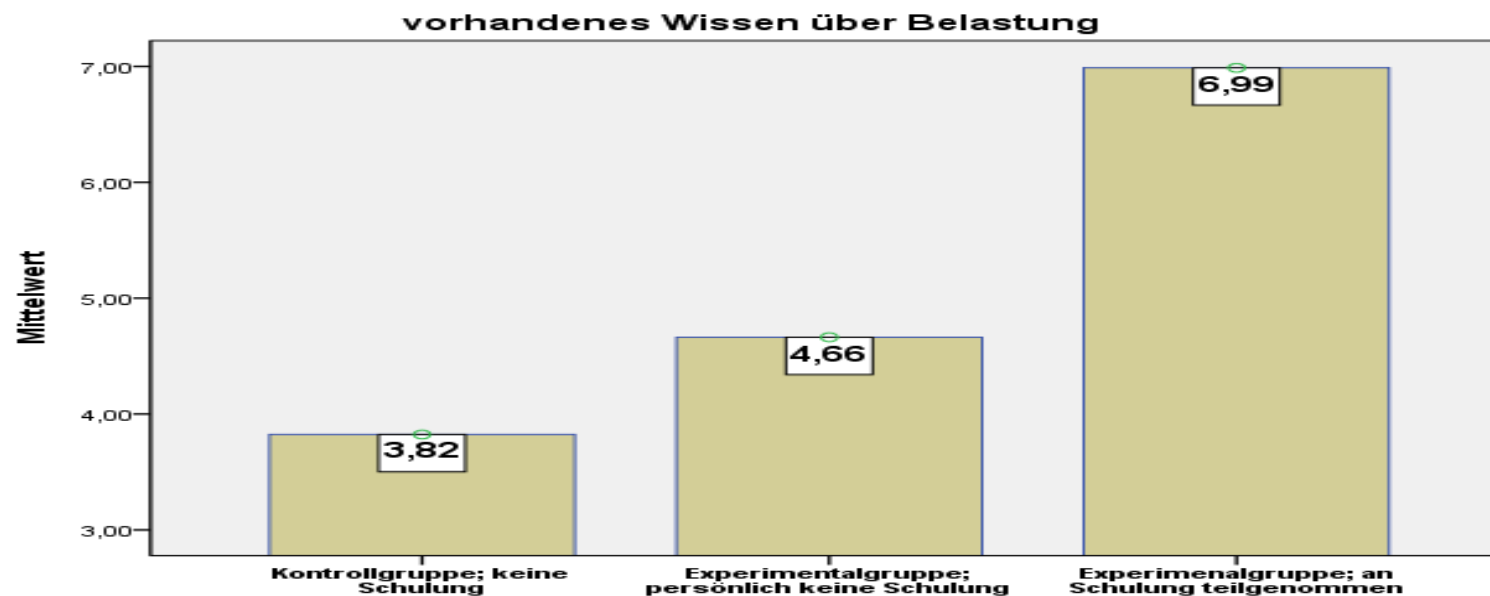
# Empfehlungen

1. **Aufbau eigener Präventionsstrukturen in den Organisationen**
2. **Einführung oder Weiterentwicklung von aufeinander abgestimmten Maßnahmen der primären und sekundären Prävention**
3. **Flächendeckende Durchführung strukturierter präventiver Schulungen**
4. **Durchführung von Führungskräfte Schulungen**
5. **Verlässliche, nachhaltige und wiederholte Nachsorge**

# Empfehlungen

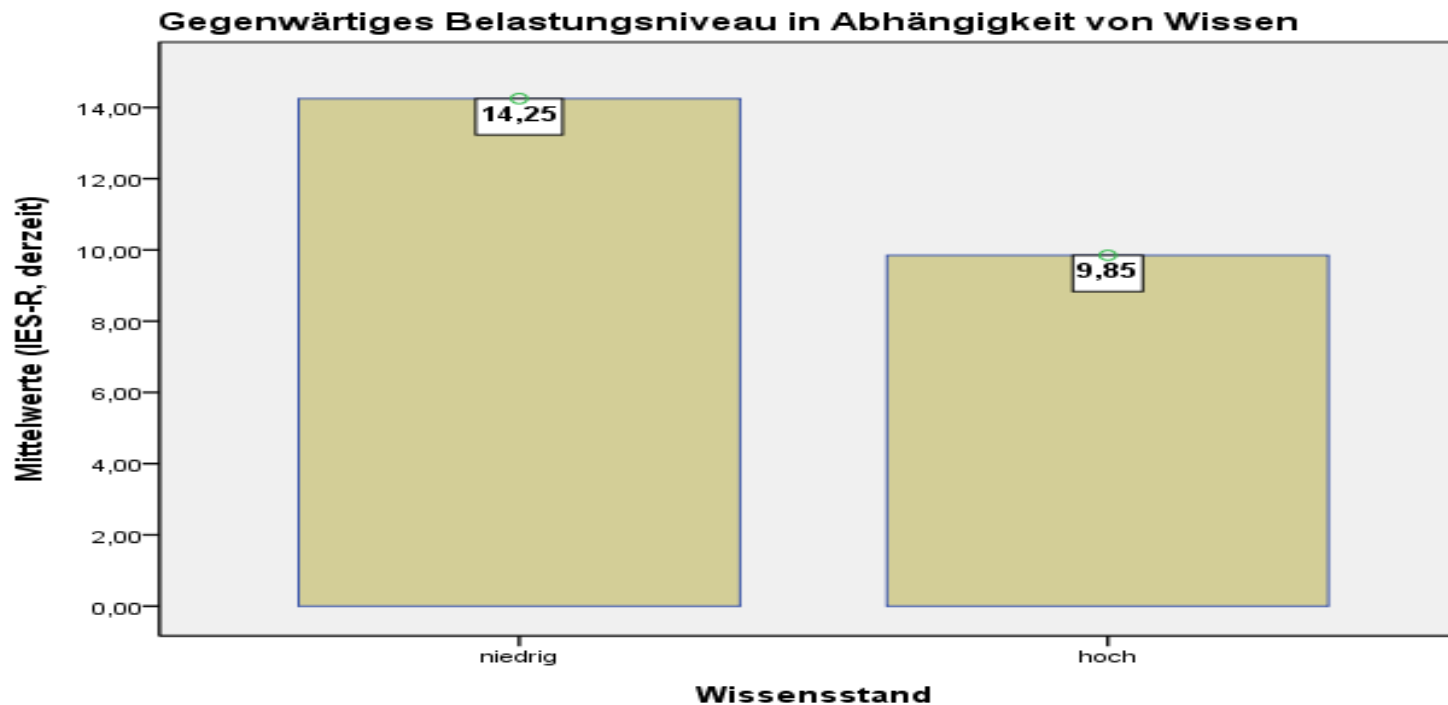
6. Emotionale Aktivierung bei hoher Belastung gering halten
7. Ausweitung der psychosozialen Unterstützung für Einsatzkräfte nach Katastrophen, Nichtteilnehmer einbeziehen
8. Einführung eines psychosozialen Jahresrückblick
9. Förderung der allgemeinen Gesundheitsvorsorge im Rahmen ehrenamtlicher Tätigkeit
10. Anbindung der Mitarbeiter in Strukturen mit fachlicher Leitung, Supervision, Weiterbildung und Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Primäre Prävention; N = 297  
vorhandenes Wissen über Belastung; drei Jahre  
nach einer Schulung



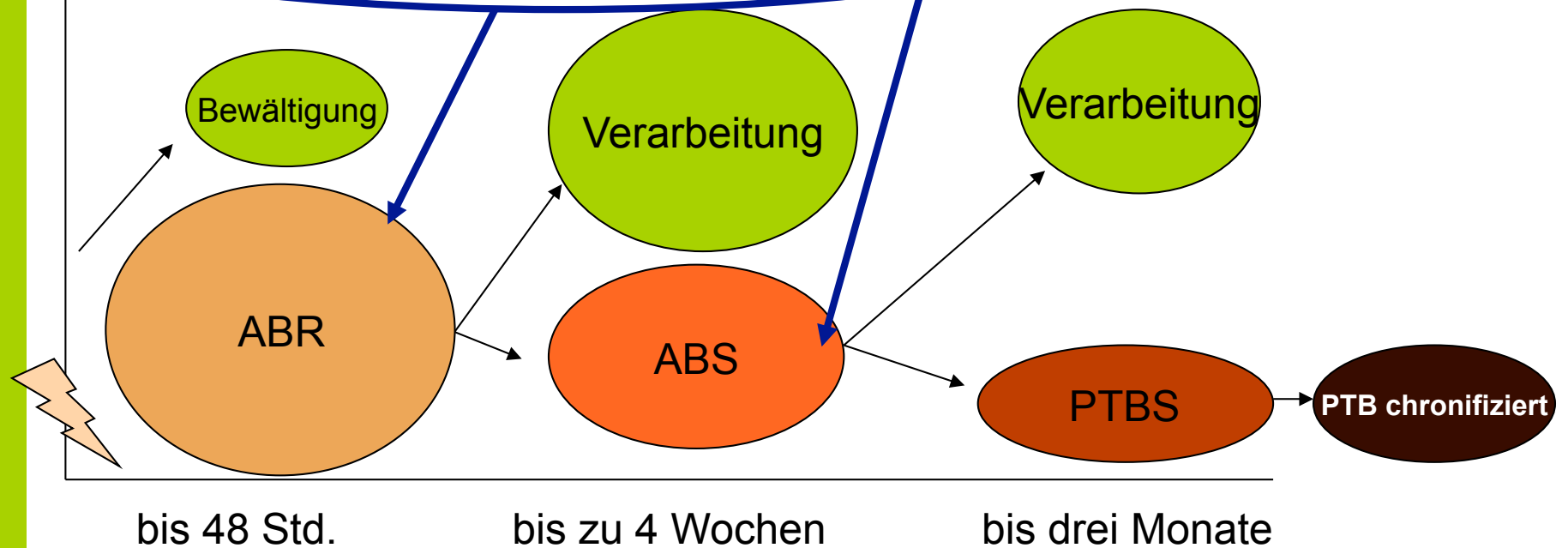


## Primäre Prävention; N = 297; Gegenwärtige Belastung in Abhängigkeit des Wissens



# Sekundäre Prävention

## Psychosoziale Notfallversorgung

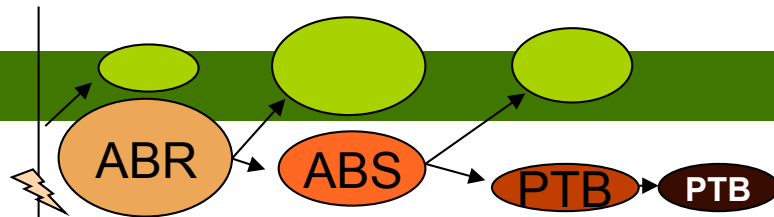


# Was brauchen Betroffene in der akuten Phase?

1. Förderung von Sicherheit
2. Beruhigung
3. Förderung von Selbstwirksamkeit und kollektiver Wirksamkeit
4. Förderung von Kontakt und Verbundenheit
5. Vermittlung von Hoffnung

(Hobfoll et al. 2007)

# Was brauchen Betroffene in den ersten Wochen



- Schutz, Sicherheit, Beruhigung, Abstand, soziales Netz  
bei Erkrankung
- Auseinandersetzung, Gefühle, Abgrenzung, Gespräche -  
zur Verarbeitung der Erfahrung bei nicht erkrankten Personen

# Sekundärprävention, erste Maßnahmen

- Kognitives Vorgehen
- Arbeiten in Gegenwart und Zukunft
- Individuelle Bewältigungsstrategien nutzend
- Strukturgebend, Stützend, Planend, BeRATend
- Betroffene sollte erste Beratung nicht schlechter gestimmt verlassen

# Skills zum Umgang mit starken Emotionen

1. Atmung , Panik, Hyperventilation  
→ Ankerreize, Realitätskontrolle, Atemkontrolle
2. Alarmreaktion, Angst, Entsetzen  
→ Wahrnehmung, Überkreuzübungen
3. Verunsichernde Vorstellungen  
→ Sicherer Ort

# Panik und Hyperventilation

- Hyperventilation tritt dann auf, wenn durch eine gesteigerte Atemtätigkeit (zu tiefes und zu schnelles Atmen) - meistens durch Angst, Stress und große psychische Belastungen ausgelöst - zuviel CO<sub>2</sub> abgeatmet wird.

## Erkennen

- tiefes und zu schnelles Atmen
- Kribbeln der Hände und um die Lippen herum
- Teilweise Krämpfe einzelner Muskelpartien, die sog. „Pfötchenstellung“ der Hände

## Maßnahme

- Realitätswahrnehmung fördern, Ankerreize generieren
- Stressfaktoren beseitigen und Betroffene beruhigen
- Eigene Atemluft „rückatmen lassen“, z. B. durch einen Plastikbeutel

# Sekundärprävention, Psychoedukation

- Erklären wie Menschen in einer traumatischen Situation reagieren können, Symptome beschreiben
- Wie wird ein Trauma verarbeitet, Balance zwischen Abstand und Auseinandersetzung
- Atmung, Bewegung, Schlaf, Soziale Unterstützung, kein weiterer Stress, Pausen, Schonung (Vermeidung darf sein), Krankschreibung aber einmal „wieder aufs Pferd setzen“
- Stabilisierungs- und Distanzierungstechniken
- Nächsten Schritte planen

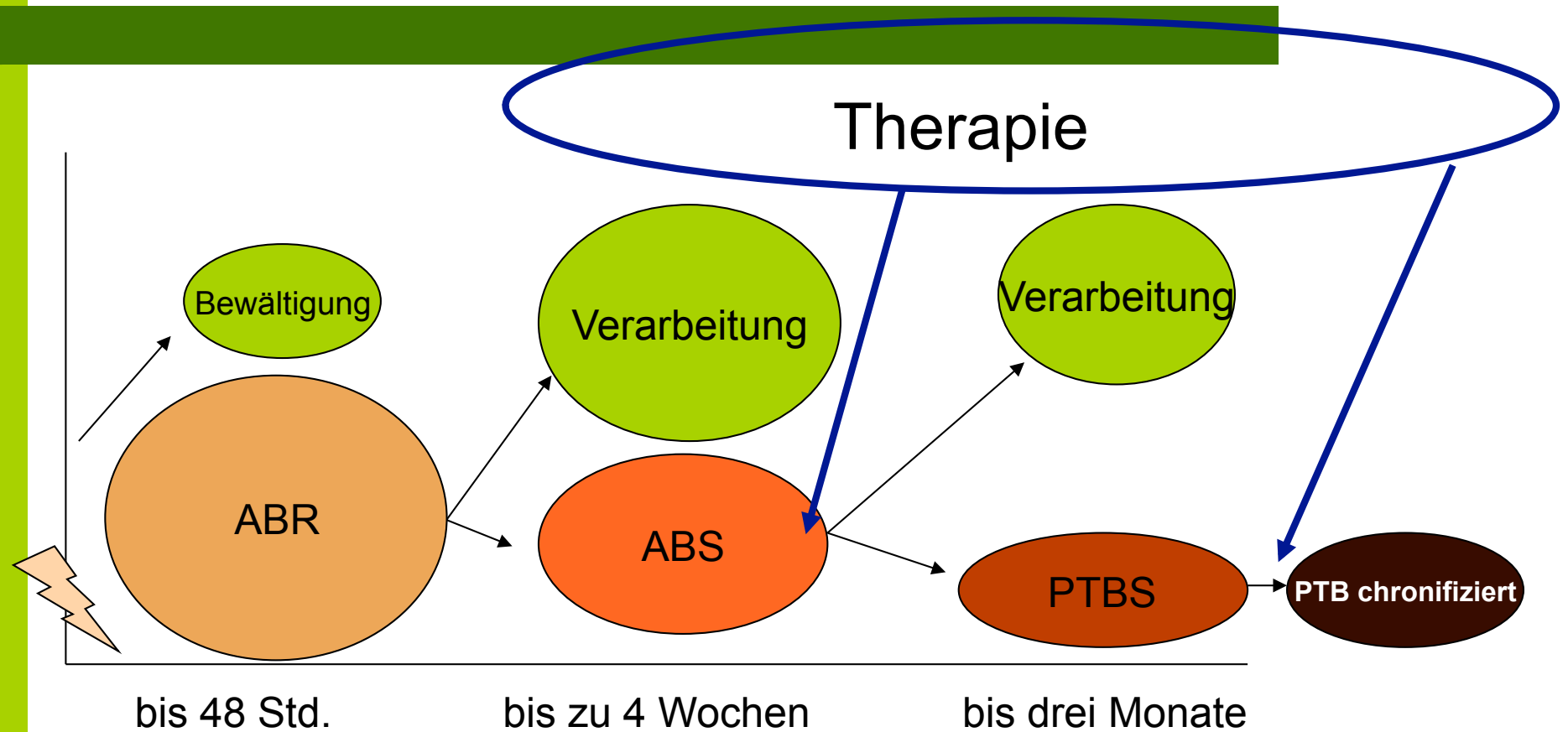


# Ressourcenorientierte Akutinterventionen bei Traumafolgestörungen

## Stabilisierungs- und Distanzierungstechniken (Beispiele)

- Wahrnehmungsübung (sehen, hören, am Körper fühlen) 5 Sinne
- Überkreuz Übungen
- Chilischote
- Gummiband
  
- Sicherer Ort
- Tresorübung
- Bildschirmübung

# Tertiäre Prävention



# Was brauchen Betroffene bei traumabedingter Erkrankung

## Traumafolgestörungen begegnen

- Umgang mit Symptomen (Schutz und Stabilisierung)
- Möglichkeiten der Heilung (Auseinandersetzung und Integration)

# Interventionen bei Traumafolgestörungen

## Anfangsphase

- Setting - Vereinbarungen - Beziehung
- Symptome vorstellen, explorieren erklären und normalisieren
- Soziale Ressourcen aktivieren
- Informationen geben über Umgang mit ersten Reaktionen
  - Entspannungsmöglichkeiten, z.B. durch leichten Sport
  - Sich in Watte packen
- Behandlungschancen aufzeigen
- Stabilisierungsskills vorstellen und einüben lassen

# Interventionen bei Traumafolgestörungen

## Im Verlauf

- Alltagsstrukturierung, Auswirkungen auf soziales Umfeld durchsprechen
- Selbst- und Fremunterstützung
- Arbeit mit inneren abwertenden Dialogen
- Distanzierungstechniken und/oder kognitive Konfrontationstechniken
- wenn ausreichende Stabilität vorhanden, emotionale Auseinandersetzung (mit dem Erlebten und/oder mit zukünftigen Gefahren (wenn es wieder passiert)
- Auswirkungen des Vermeidungswunsches erneut besprechen
- Abschluss oder wenn notwendig Verlängerung der Therapie

# **Sekundäre Belastungsfaktoren als Helfer**

1. Hilflosigkeit
2. Intrusive Vorstellungsbilder
3. Wut
4. Angst und Furcht
5. Verlust von Hoffnung

# Prävention berufsbedingter Überlastung

3 Bereiche in denen man berufsbedingter Überlastung entgegenwirken kann:

- Fachlichkeit/ Inhalte der Arbeit
- Privates und Persönliches
- Struktur und Organisation

Innerhalb jeden Bereichs gibt es eine Vielzahl von unterschiedlichen Strategien und Interventionen.

# **Belastung als Helfer – Fachlichkeit/ Inhalte der Arbeit**

- Erkennen von sekundärer Belastung
- Grenzen setzen, Grenzen akzeptieren
- Balance in den beruflichen Alltag bringen
- Aufrechterhaltung professioneller Verbindung
  - Kontakt zu Kollegen (nicht isoliert arbeiten)
  - kollegiale Unterstützung (Intervision)
  - Supervision
  - Professionelle Weiterbildung



# Persönlicher Umgang mit der Thematik

- Theoretische Gefährdung nicht leugnen
- Eigene Belastung bewusst wahrnehmen und gegensteuern
- Grenze zwischen Helfer und Betroffenen stärken → bewusste Distanzierung, ?Trost, Mitgefühl?
- Aktivitäten, die die eigene Identität über die des Helfers hinaus erweitern.
- Strategien, die unser Gefühl der Verbundenheit mit anderen wiederherstellen
- Rituale zum Arbeitsende
- Bewusster Rollenwechsel

# Persönliche Psychohygiene

- Physisch: Schlaf, Ernährung, Bewegung
- Psychophysisch: Entspannung, Balance, Naturkontakt, Meditation
- Distanzierungstechniken
- Humor
- Soziales Unterstützungsnetz
- Schöne Umgebung, schöner Arbeitsplatz
- Wenig zusätzliche berufsähnliche Belastungen im Alltag (Nachrichten)
- Aktivitäten zur Förderung der körperlichen Gesundheit und des Wohlbefindens → Lebensfreude, Geselligkeit, Hobbys, Sport, Meditation, Yoga, Gebet
- Beschäftigung mit Kunst; Kreativität und Schönheit in jeder Form

# Struktur und Organisation

- Supervision
- Intervention
- Fort- und Weiterbildung

Und ???

# Selbstfürsorge

- Belastendes auflisten (was strengt mich über die Maßen an?)
- Ressourcen auflisten (was mache ich um „aufzutanken“?)

Selbstfürsorge

- positives erhöhen
- negatives abwenden

**Eine neue Sache die ich mir bis .....regelmäßig  
vornehme**

# **Ressourcenorientierte Prävention von Traumafolgestörungen**

**Dr. Marion Koll-Krüsmann**

Psychologische Psychotherapeutin

Mobil +49 173 3831211

[marionkruesmann@gmail.com](mailto:marionkruesmann@gmail.com)

[www.marionkruesmann.de](http://www.marionkruesmann.de)

Danke für ihre Aufmerksamkeit!

