

Wenn's passiert!

Krise | Trauma | Belastung











Krisenintervention - Notfallseelsorge - Notfallpsychologie

- Plötzlicher Kindstod
- außergewöhnliche Todesfälle/Unfälle mit Todesfolge; schwere Verletzungen
- Suizidversuch/Suizid
- Betreuung von Angehörigen vermisster Personen
- Überbringen von Todesnachrichten (mit Exekutive)
- Gewaltdelikte/Bank- und Raubüberfälle
- Betreuung nach Reanimation/Todesfälle im häuslichen Bereich
- Betreuung von Kindern in familiären Notsituationen

Kriseninterventionsteams KIT

- Psychologen
- Pädagogen
- Theologen
- Sozialarbeiter
- Mediziner
- Sanitäter
- Psychotherapeuten

Was ist eine Krise?

Eine Krise ist ein inneres Geschehen, dass dadurch gekennzeichnet ist, dass eine Person das Gefühl hat, dass ihre Bewältigungsmöglichkeiten erschöpft sind.



Welche Art von Krisen finden KIT- Teams vor?

Traumatische Krisen:

- Tod, drohender Tod oder schwere Verletzung naher Bezugspersonen.
- Miterleben von Tod, drohendem Tod oder schwerer Verletzung anderer Personen.
- Eigene schwere Verletzung oder Lebensgefahr.

Welche Art von Krisen finden KIT- Teams vor?

Klassische Krisen:

- Suizidalität
- Psychische Ausnahmezustände

(mit oder ohne traumatische Ereignisse als Auslöser; mit oder ohne soziale Krisen als Auslöser)

Welche Art von Krisen finden KIT- Teams vor?

Soziale Krisen:

- Eskalierende Konflikte; meist im nahen sozialen Umfeld

Interventionsschwerpunkte bei den unterschiedlichen Krisentypen

- **Traumatische Krisen:**

Anerkennen der Trauer und Abschied ermöglichen, wieder ermächtigen/weitervermitteln.

- **Klassische Krisen:**

Stabilisieren, Sicherheit gewährleisten, wieder ermächtigen/weiterleiten.

- **Soziale Krisen:**

De-eskalieren, Sicherheit gewährleisten, wieder ermächtigen/weitervermitteln.

Das „Wiederermächtigungsmodell“

- Wir gehen davon aus, dass Menschen im allgemeinen in der Lage sind, Krisen zu bewältigen, wenn man sie kompetent unterstützt.
- Empathie alleine genügt nicht.
- Der Schwerpunkt liegt auf: Strukturgebung, Information, Wiederermächtigung und Anerkennung der jeweils individuellen Reaktionsweisen.
- Kriseninterventionsteams müssen in Theorie und Praxis der Krisenintervention gut ausgebildet sein.
- Krisenintervention ist nicht Psychotherapie.
- Optimale Krisenintervention ist durch multiprofessionelle Teams gewährleistet.

Krisenintervention zwischen „Händchen halten“ und „distanzierter Fachkompetenz“

- Einerseits gibt es vielerorts Konzepte, die davon ausgehen, empathisches Dabei-sein würde als Intervention genügen. Es braucht in diesem Konzept keine ausgebildete Fachkräfte.
- Andererseits stoßen wir häufig auf Konzepte, die das Fachwissen zu sehr in den Vordergrund stellen. Dieses Konzept wird nach unserer Erfahrung vor allem dann bemüht, wenn es darum geht, andere Berufsgruppen oder auch Vertreter der eigenen Berufsgruppe aus dem Feld zu drängen.

Psychotraumatologie

4 unterschiedliche Belastungsreaktionen

1. die unmittelbare **Angst- und Stressreaktion** während und unmittelbar nach dem Unfall,
2. die **Akute Belastungsreaktion** (oder Akute Stressreaktion, ASR), die posttraumatische Symptome zwischen 2 Tagen und vier Wochen nach dem Trauma beschreibt.
Im Unterschied zur PTB stehen (...) bei der (...) ASR dissoziative Symptome im Vordergrund.“ (Michael et al. Frühzeitige psychologische Interventionen nach Traumatisierung. In: Deutsches Ärzteblatt, 33, 2005).
3. die **Posttraumatische Belastungsstörung**
4. die **Anpassungsstörung** nach einer traumatischen Situation

Akute Belastungsstörung

- **Überwältigung:** Opfer/Angehörige fühlen sich völlig hilflos und vom Ereignis überwältigt.
- **Bewusstseinsengung und Desorganisiertheit:** Opfer/Angehörige zeigen eine gewisse Unstrukturiertheit im Denken, Details werden überbewertet, wichtige Dinge ausgeblendet.
- **Übererregtheit:** hohe physiologische Erregtheit, Angstzustand, Grundbedürfnisse werden nicht wahrgenommen (Essen, Schlafen).
- **Dissoziation und emotionale Taubheit:** bestimmte Teile des Ereignisses erscheinen unreal, der eigene Körper wird nicht adäquat wahrgenommen, Emotionen scheinen nicht verfügbar.

Belastungsreaktionen in den ersten Tagen / Wochen

- **Intrusionen:** wiederkehrende Bilder, Gerüche, Gedanken an das Ereignis etc.
- **Vermeidungsverhalten:** Bemühungen sich von den Bildern, Gerüchen, Gedanken an das Ereignis abzulenken (Witze, Rationalisierungen etc.), emotionale Taubheit.
- **Übererregtheit:** Die Stressreaktion hält nach Ende des Ereignisses noch an (Schlafstörungen, Aufgedretheit, Konzentrationsprobleme etc.).
- **Dissoziative Symptome:** z. B. Unfähigkeit sich an einige Aspekte des Traumas zu erinnern, gestörte Körperwahrnehmung.

Belastungsreaktionen in den ersten Tagen / Wochen

- **Erhöhte Anfälligkeit** für Infekte und psychosomatische Reaktionen
- **Erschöpfungszustände** und depressive Verstimmungen
- **Konzentrationsmängel** und gesteigerte Unfallhäufigkeit
- **Veränderungen im Privatleben** z. B. ängstlicher Umgang mit den eigenen Kindern, Streit in der Beziehung, sexuelle Unlust ...
- **Schwierigkeiten** in den Alltag zurückzukehren

Posttraumatische Belastungsstörung PTBS / PTSD

- Anhaltendes unkontrollierbares **Wiedererleben** des traumatischen Ereignisses (Bilder, Träume etc.).
- Anhaltende **Vermeidung** von Personen, Dingen, Orten, Bildern, die mit dem Trauma assoziiert werden, oder abgestumpfter Gefühlszustand.
- Anhaltende Symptome erhöhter **Erregtheit**.

Diagnostische Kriterien der PTBS nach DSM IV (zitiert nach Boos)

A Vorliegen eines Traumas	
1	• Erleben, Beobachten oder Konfrontation mit einem oder mehreren Ereignissen, • die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit • der eigenen oder anderer Personen beinhaltete
2	Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen
	Beide Kriterien müssen vorliegen
B Beharrliches Wiedererleben	
1	Wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können
2	Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis
3	Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt • Illusionen, Halluzinationen, dissoziative Flashback-Episoden (einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikation auftreten)
4	Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte erinnern
5	Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation (siehe oben)
	Mindestens ein Symptom muss vorliegen

Diagnostische Kriterien der PTBS nach DSM IV (zitiert nach Boos)

C	Anhaltende Vermeidung und/oder Abflachung der Reagibilität
1	Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen
2	Bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen
3	Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern
4	Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilhabe an wichtigen Aktivitäten
5	Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen
6	Eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden)
7	Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben)
	Mindestens drei Symptome müssen vorliegen
D	Erhöhtes Arousal
1	Ein- und Durchschlafschwierigkeiten
2	Reizbarkeit oder Wutausbrüche
3	Konzentrationsschwierigkeiten
4	Übermäßige Wachsamkeit
5	Übertriebene Schreckreaktion
	Mindestens zwei Symptome müssen vorliegen
E	Symptome aus B, C und D dauern länger als einen Monat an
F	Sie verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen

Ab wann kann PTBS diagnostiziert werden?

- Auf keinen Fall vor einem Monat nach dem belastenden Ereignis.
- Alle drei Symptombereiche müssen auftreten.
- Die Person muss durch die Symptome in ihrem Leben nachhaltig beeinträchtigt sein.

Phasen der Traumaverarbeitung (Horowitz)

- Abwehr vs. Überwältigung
- Durcharbeiten (Anerkennen und Strukturieren des Geschehenen)
- Integration des Ereignisses in die eigene Biographie („Sinnfindung“)

Wie kann man die Belastungsreaktionen erklären?

- Die Personen bleiben in einem Zustand ständiger Belastung solange die traumatischen Eindrücke noch nicht verarbeitet sind.
- Die Erinnerung an das Ereignis werden sowohl abgewehrt als auch zwanghaft wiederholt, bis zu dem Zeitpunkt, an dem die Verarbeitung weitestgehend abgeschlossen ist.
- Die Emotionen, die dabei auftreten werden als Antworten auf Konflikte zwischen „Grundannahmen“ angesehen.
- Extreme Überwältigung und extreme Abwehr sind schlechte Voraussetzungen für Verarbeitung: Balance zwischen beiden ist positiv.

Nach einem traumatischen Ereignis reagieren viele Menschen mit Symptomen. Dies ist eine normale Reaktion auf die Belastung und keine Psychopathologie. In den meisten Fällen klingen diese in den folgenden Tagen und Wochen ab.

PTBS = „Störung des Nicht-Genesens“ (CPT)

Interventionen

Wo kann man nicht helfen?

- Niemand kann z. B. den Verlust einer nahe stehenden Person ungeschehen machen, kann den Schmerz und die Trauer heilen oder vermeiden.
- Niemand kann die Last abnehmen, die Opfer und Hinterbliebene zu tragen haben.

Wo kann man nicht helfen?

- Hilfsangebote auf dieser Ebene führt mit der Zeit zum Gefühl auch als Helfer hilflos zu sein.
- Hilflosigkeit bei Helfern verursacht Schuldgefühle.
- Schuldgefühle bewirken sozialen Rückzug.
- Sozialer Rückzug verhindert das Annehmen der Hilfsangebote für Helfer (Sekundäre Traumatisierung).

Wo kann man helfen?

Man kann aber Opfern die Angst nehmen...

- dass sie alleine sind und niemanden ihre Gefühle und das innere Chaos verstehen kann.
- zusätzlich noch verrückt werden.
- das Erlebte nicht auszuhalten und zusammenzuberechnen.
- die Kontrolle über das verbliebene Leben zu verlieren.
- Man kann helfen anstehende Aufgaben anzugehen und erste Lösungen zu finden und wieder eine Zukunftsperspektive - wenn auch eine traurige - zu erhalten.

Erste Schritte in der Krisenintervention

1. Bindung herstellen

2. Explorieren

3. Intervenieren

Bindung herstellen

Ein wichtiger Aspekt zur Regulierung von traumatischen Erfahrungen, ist das Gefühl ...

... Kontrolle über die Situation zu bekommen!

1. Sagen Sie wer Sie sind und wozu Sie da sind.
2. Sagen Sie was Sie zu tun beabsichtigen und erklären Sie Ihre Handlungen.
3. Schaffen Sie eine sichere Umgebung.
4. Fragen Sie aktiv um Einverständnis für alle Handlungen.
5. Geben Sie auf Wunsch einen Überblick über die Situation.

Explorieren

Ein wichtiger Aspekt zur Regulierung von traumatischen Erfahrungen, ist ...

... belastende Situationen erzählen zu können!

1. Die belastende Geschichte abfragen.
2. Emotionale Beteiligung **„aushalten“!**

Intervenieren

Ein wesentlicher Aspekt zur Regulierung von traumatischen Erfahrungen ist

... Informationen zu bekommen:

- wie der/die Tote ausgesehen hat (besonders bei Suizid).
- wo sich der/die Tote befindet.
- welches die nächsten Schritte sein werden (Amtsarzt, Polizei).
- ...

Intervenieren

Ein wichtiger Aspekt zur Regulierung von traumatischen Erfahrungen, ist das Gefühl ...

- die psychischen und physischen Effekte „in den Griff zu bekommen“.
 - Informieren Sie über mögliche Gefühle, Stressreaktionen.
 - Erklären Sie, dass diese Reaktionen normal sind und im allgemeinen nach wenigen Wochen verschwinden.
- eine strukturierte nahe Zukunft herzustellen und ein erweitertes Netzwerk zu installieren.

BASIS-Model

- B** Bindung Herstellen
- A** Anerkennung des Todes und Abschied ermöglichen
- S** Strukturieren
- I** Informieren
- S** Sicherstellen von Auffangnetzen

Informationen Sammeln bevor man in die Betreuung geht:

- **Wo** ist der Verstorbene?
- **Wie** schaut er aus?
- **Wo** sind die Angehörigen?
- **Wie** viele Angehörige sind vor Ort?

Schuldgefühle

- Besonders der plötzliche Tod der Bezugsperson zerreißt eine Beziehung. Dies erzeugt oft Schuldgefühle.
- Oberstes Prinzip: „Zuerst zuhören, dann sprechen!“
- Man kann dabei helfen, reale Schuld und Schuldgefühle auseinander zu halten.
- Abschied nehmen ist ein wesentlicher Mechanismus, Schuldgefühle zu reduzieren.
- Wichtig ist dabei eine gute Vorbereitung und Begleitung.

Erinnern und Abschied als Ziel der Trauerbegleitung

- Solang man trauert, hat man den Verstorbenen noch nicht ganz verloren.
- Die Aufgabe der Krisenintervention besteht daher darin, den Personen beim **Erinnern** zu helfen.
- Fragen nach dem Verstorbenen und das **gemeinsame Sprechen** über ihn/sie werden meist als Erleichterung empfunden.

Nicht-wahrhaben- können der Realität als Basis der Verabschiedung

- Bindung mit Verstorbenen bleibt durch das Nicht-wahrhaben-können des Todes aufrecht.
- Damit wird die Verabschiedung als tröstend erlebt.
- Angehörige reagieren empfindlich auf alles, was mit dem Verstorbenen getan wird.

z.B. beim hochheben schleift der Arm am Boden, der Verstorbene liegt am kalten Boden ...

Kopfkissen, Decke, Verstorbenen mit Kopf zur Wand lagern, Kerze ...

Umgang mit Presse und Medien (PRIETO, 2000)

- Information ist für die Psyche wichtig, eine fehlende Information ist eine Information.
- Der Ethik einzelner Journalisten misstrauen.
- Ein einziger Pressesprecher.
- Nur in seinem Berufsfeld antworten.
- Sich nicht in Debatten verstricken, die man nur unzureichend beherrscht.
- Keine Anekdoten, keine persönlichen Kommentare.
- Kurze Antworten.
- Nicht von Anfang an seine Verantwortung ausschließen.

Warum suchen sich Betroffene keine Hilfe?

- Bergunfälle sind selten.
- Dauerhafte Belastungsreaktionen nach Bergunfällen sind selten.
- Belastungsreaktionen nach Bergunfällen schränken das Alltagsleben nicht ein.
- Menschen mit Belastungsreaktionen nach Bergunfällen helfen sich selbst.
- Belastungsreaktionen nach Bergunfällen werden durch das soziale Netz des Betroffenen aufgefangen.
- Belastungsreaktionen nach Bergunfällen werden von den Betroffenen nicht als solche erkannt.

- BergsteigerInnen definieren sich als gesunde Menschen mit einem gesunden Tun in der gesunden Natur, da hat es keinen Platz, sich psychotherapeutische Hilfe zu holen.
- Bergunfälle sind eine besondere Art von Unfällen, so dass „übliche“ psychotherapeutische Behandlungsverfahren nicht greifen.
- Psychotherapeutische Hilfe ist wirkungslos.
- Psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen ist schambesetzt.
- Die Betroffenen gehen woanders hin.

These: **Dauerhafte Belastungsreaktionen nach Bergunfällen sind selten.**

„**78%** von insgesamt **1340** patentierten Bergführern wurden im Rahmen ihrer bisherigen Tätigkeit mindestens einmal mit einer lebensgefährlichen Situation konfrontiert (...)“

„Bei Bergführern von einer Hochrisikopopulation zu sprechen, scheint deshalb gerechtfertigt zu sein.“

„Bemerkenswert ist jedoch, dass nur **20%** der Bergführer, die den oben erwähnten Belastungen ausgesetzt waren, das Erlebte tatsächlich als Trauma bezeichnen.“

Studie des Psychologischen Instituts der Universität Zürich an Schweizer Bergführern (Quelle NZZ, August 2001)

Legt man, abgesehen von der Selbsteinschätzung die klinischen diagnostischen Kriterien an, dann kommt die Studie zu folgendem Ergebnis:

„In der Allgemeinbevölkerung liegt die Erkrankungswahrscheinlichkeit für eine PTBS bei maximal **8%**. Bei Berufsfeuerwehrleuten verschiedener europäischer Staaten beträgt sie entsprechend unseren eigenen Untersuchungen zwischen **10%** und **18%**. Die Schweizer Bergführer weisen hingegen eine PTBS-Rate von nur gerade **2,7%** auf.“

„Offenbar beurteilt diese Personengruppe die Schwere einer Belastung mit einem «härteren» Maßstab als die übrige Bevölkerung.“

Hohes Kohärenzgefühl (Antonovsky) in Verbindung mit Selektionsprozessen:

Kohärenz = innere Stimmigkeit; die Überzeugung, Anforderungen des Lebens als Herausforderungen und nicht als Überforderungen zu sehen.

In der Studie zeigte sich, **„dass die Bergführer ohne PTBS und mit einem guten allgemeinen Gesundheitszustand die höchsten Kohärenzwerte aufweisen“**.

Selektionsprozesse : **„Wer den Anforderungen dieses Berufs nicht oder nicht mehr entspricht, entscheidet sich nicht dafür oder wechselt bald.“**

Erhaltung der Handlungsfähigkeit in Belastungssituationen:

„Extrembergsteiger (verfügen) über eine außergewöhnliche Fähigkeit (...), starke negative Gefühle wie Angst oder Entsetzen (..) bis auf ein lebensnotwendiges Minimum zu verdrängen. Dadurch bleibt die Handlungsfähigkeit in der entsprechenden Situation erhalten (...).

Aber die Autorinnen vermuten auch folgendes:

„Das Ansehen der Bergführerinnen und Bergführer in der Bevölkerung ist hoch. Wer gibt da gerne zu, seit einem bestimmten Ereignis unter Schlafstörungen, belastenden Erinnerungen, Schreckhaftigkeit und anderen Symptomen zu leiden?“

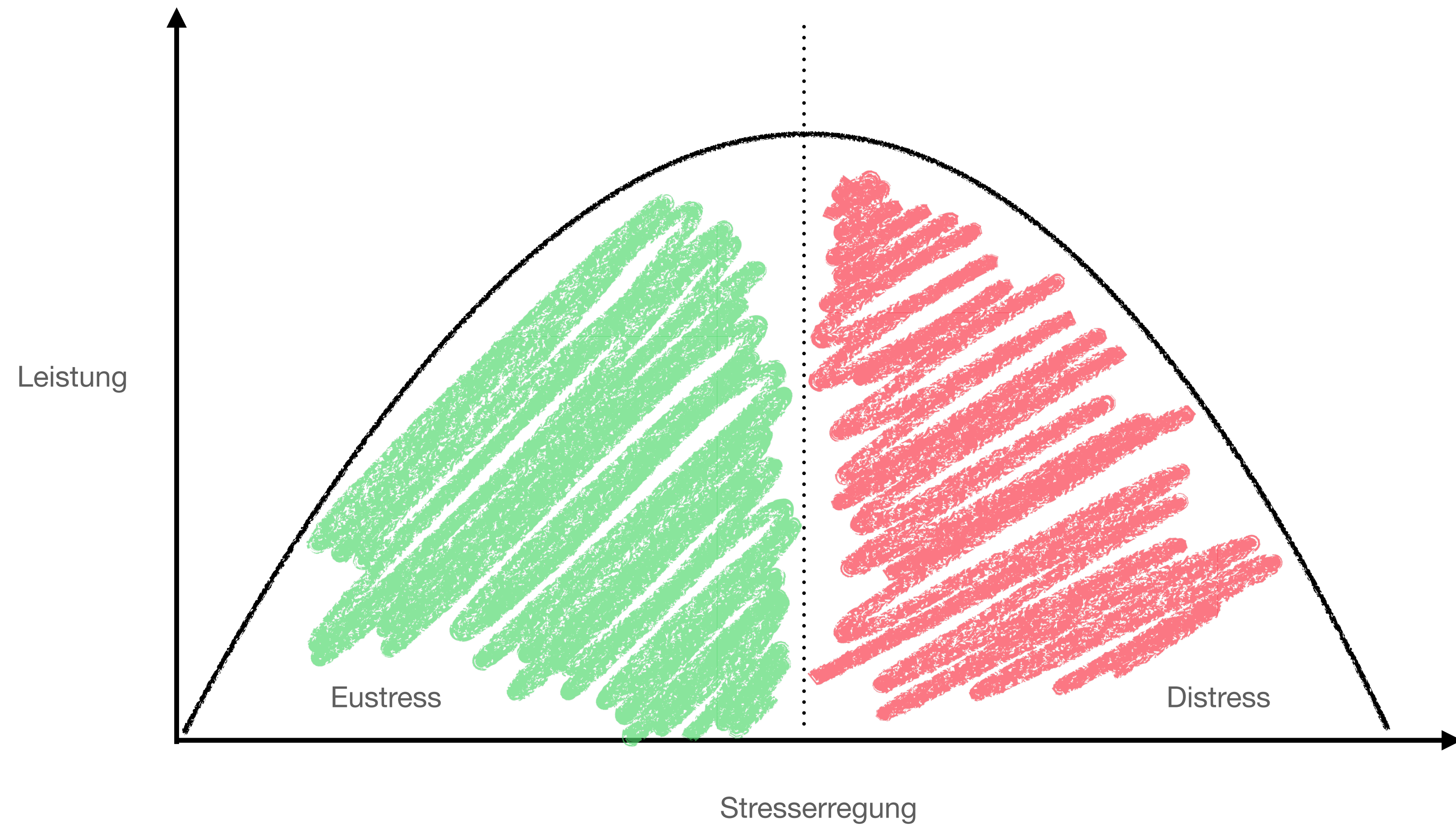
Studie des Psychologischen Instituts der Universität Zürich an Schweizer Bergführern (Quelle NZZ, August 2001)

Belastungen und Stressverarbeitung

Normaler Stress

Ist die bei seelischen Erregungen oder körperlichen Belastungen eintretende normale Anpassungsreaktion des Körpers (Seyle)

Inzwischen versteht man unter Stress die Reaktion einer Person auf die Einschätzung einer Situation als stressreich – das heißt die Bewertung der Situation durch die Person steht im Zentrum (Lazarus)



Kumulativer Stress

Sammelt sich Stress über längere Zeit an und kann nicht bewältigt werden, spricht man von kumulativen Stress.

Dieser kann zu psychosomatischen Erkrankungen führen (eingeschränkte Arbeitsfähigkeit, Probleme in sozialen Beziehungen, körperliche Reaktionen...)

Burn-Out

„Burn-Out ist ein Syndrom emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation und reduziertem persönlichen Engagement...“ (Maslach, 1982)

Idealismus → Überforderung → Verlust der Empathie → Schuldgefühle → Vermehrte Anstrengung → Erfolglosigkeit → Hilflosigkeit → Hoffnungslosigkeit → Erschöpfung → Burn-Out

Quellen - Literaturverzeichnis

Institut für Psychologie Universität Innsbruck; Arbeitsgruppe Notfallpsychologie
SvE-KIT ÖSTERREICHISCHES ROTES KREUZ TIROL

Belastungen und Stressverarbeitung bei Einsatzkräften; Aktuelle
Forschungsergebnisse der Arbeitsgruppe Notfallpsychologie der Universität
Innsbruck, 2005

Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen; Ein Handbuch für psychosoziale
Fachkräfte, 2004

Krisenintervention im Rettungsdienst; Mag. Beck et al

Der Tod am Berg aus der Sicht des Bergretters; Stresserleben und Stressbewältigung
bei Bergrettern; Mag. Anna Pirchner

Stress und Stressbewältigung bei Bergrettern; Eine Untersuchung mit Bergrettern des
Bergrettungsdienstes im AVS; Mag. Daniela Nagl

Neuropsychologische Aspekte der Psychotraumatologie im Bergrettungsdienst;
Kongressband „Psyche und Berg“ 2002; S. Schiöberg

Dr. Schwiersch; Nach der Krise, Möglichkeiten der Psychotherapie bei Patienten aus
dem Bergsport

Studie des Psychologischen Instituts der Universität Zürich an Schweizer Bergführern
(Quelle NZZ, August 2001)

Posttraumatische Belastungsstörungen; Ein Manual zur Cognitiven Processing
Therapy; Hogrefe 2012

