



# TRAUMATISCHER STRESS, PTBS UND INTERVENTIONSTECHNIKEN

Anne-Lise Schneider



Ein **kritisches Ereignis** ist ein potentiell traumatisches Einzelereignis, das die die „kritische Marke“ des erweiterten Bezugsrahmens überschreitet. Es beansprucht oder überfordert die professionelle Bewältigungs- und Anpassungsfähigkeit des Betroffenen in hohem Mass. Es ist

■ **extrem** (weit ausserhalb des erweiterten Bezugsrahmens)

- z.B. *plötzlicher / qualvoller / dramatischer Tod*
- *Suizid oder Suizidversuch*
- *Schwerverletztes / misshandeltes / sterbendes Kind*

■ **ähnlich** (persönliche Bekanntschaft, Ähnlichkeit zu privater Situation)

- z.B. *Persönliche Bekanntschaft mit einer/m schwerverletzten / sterbenden*
- *starke Ähnlichkeit mit einem Angehörigen*

■ **gefährlich** (physische Bedrohung)

- z.B. *Arbeitsunfall mit potentiell gravierenden Folgen*
- *Attacke oder realistische Bedrohung*
- *Gravierende Verletzung oder Tod*

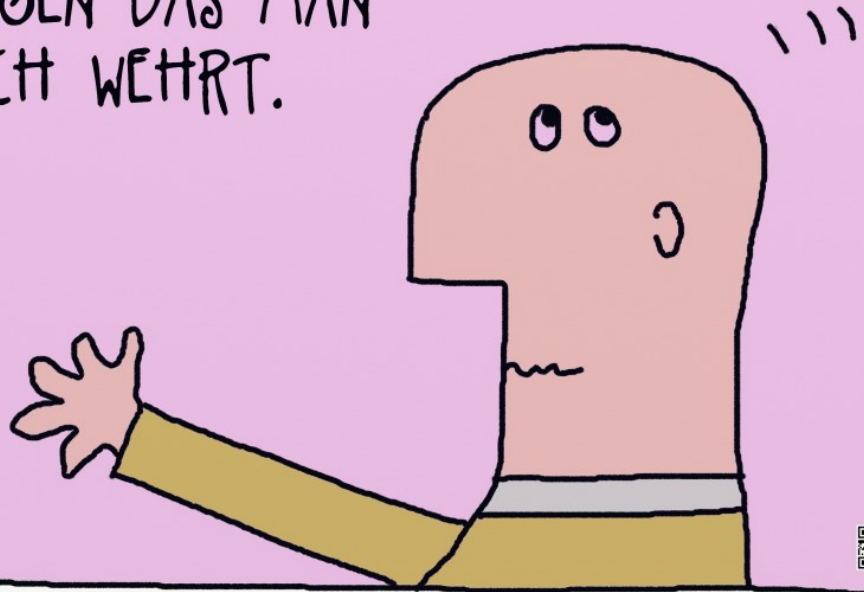
alltäglicher  
Bezugsrahmen



erweiterter Bezugsrahmen



EINE KRISE  
IST EIN ABENTEUER,  
GEGEN DAS MAN  
SICH WEHRT.



# Was ist Stress?

- Ist die individuelle Reaktion auf psychische Belastungen
- „Eustress“ (positiver Stress) = Herausforderung „Distress“ (negativer Stress) = Überforderung
- Mobilisiert Energiereserven des Körpers für „Kampf“ und „Flucht“
- Stress kennzeichnet ein Ungleichgewicht zwischen Anforderungen von Aussen und den persönlichen Möglichkeiten, diese zu bewältigen.
  - *Stress wird wesentlich von kognitiven **Bewertungsprozessen** mitbestimmt.*
  - *Stress ist damit eine **Interaktion** zwischen der (individuellen) Person und der Umwelt.*
  - *Es wurde nachgewiesen, dass Stress durch **Einstellung und Erfahrung** beeinflussbar ist.*

- Körper

- Erhöhter Herzschlag
- Erhöhter Blutdruck
- Schweissausbrüche
- Verspannungen
- Magenschmerzen
- Kreislaufprobleme
- Schlafstörungen
- usw.

- Gedanken

- Unkonzentriertheit
- Vergesslichkeit
- Negative Gedanken
- Entscheidungsprobleme
- Mühe mit Neuem
- usw.

- Gefühle

- Ärger, Wut
- Angst
- Unzufriedenheit
- Nervosität
- Gereiztheit
- usw.

- Handeln

- Vereinfachtes Handeln
- Nur das Wichtigste wird beachtet
- Routine geht gut
- Komplexes Problemlösen geht schlecht
- Im Extremfall: Zielloses Agieren, Blockierung

# Wie verhält man sich im Stress?

- Sozialverhalten:
  - *Weniger Hilfe, Rückzug, gereizte Reaktionen, mehr Konflikteskalation, schlechtere Kommunikation*
- Führung:
  - *Schlechtes Delegieren*
- Gesundheit:
  - *Rauchen, Alkohol, Schlafmangel*
- Entscheidung:
  - *das Nächstliegende, kurzfristige Perspektive*
- Arbeitsstrategien:
  - *Routineverfahren, weniger Kontrolle, Wartung, Pflege*

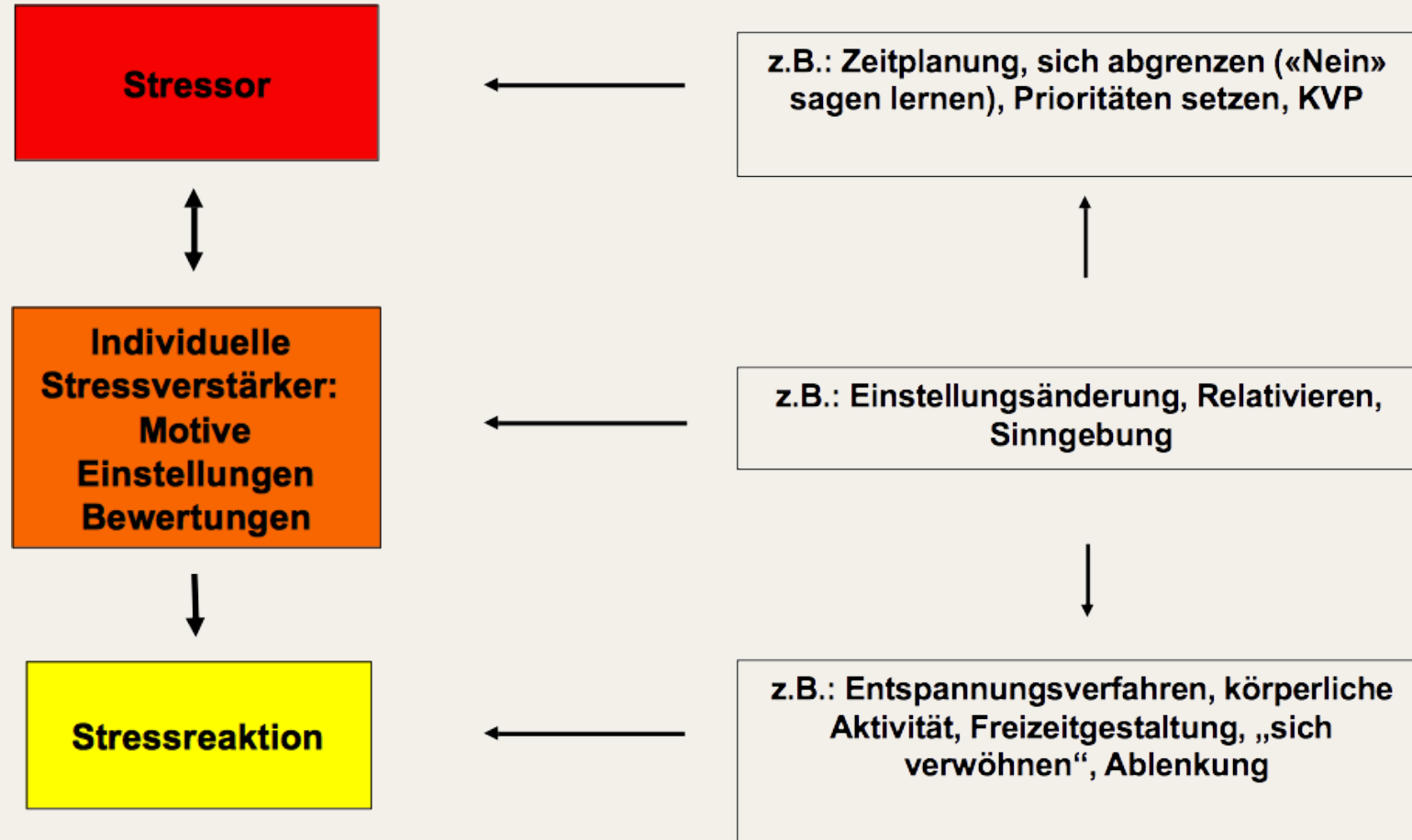
# Langfristige Auswirkungen von Stress

- Schädigung des Immunsystems
  - *Und dadurch anfällig für grippale Infekte und andere Erkrankungen*
- Psychosomatische Beschwerden und Erkrankungen
  - *Z.B. muskuläre Verspannungen, Magen- und Darmbeschwerden, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Schlafstörungen*
- Beeinträchtigt Gesundheitsverhalten
  - *Z.B. Rauchen, Ernährung, Alkohol, Drogen*



# Individuelles Stressmanagement (nach G. Kaluza,

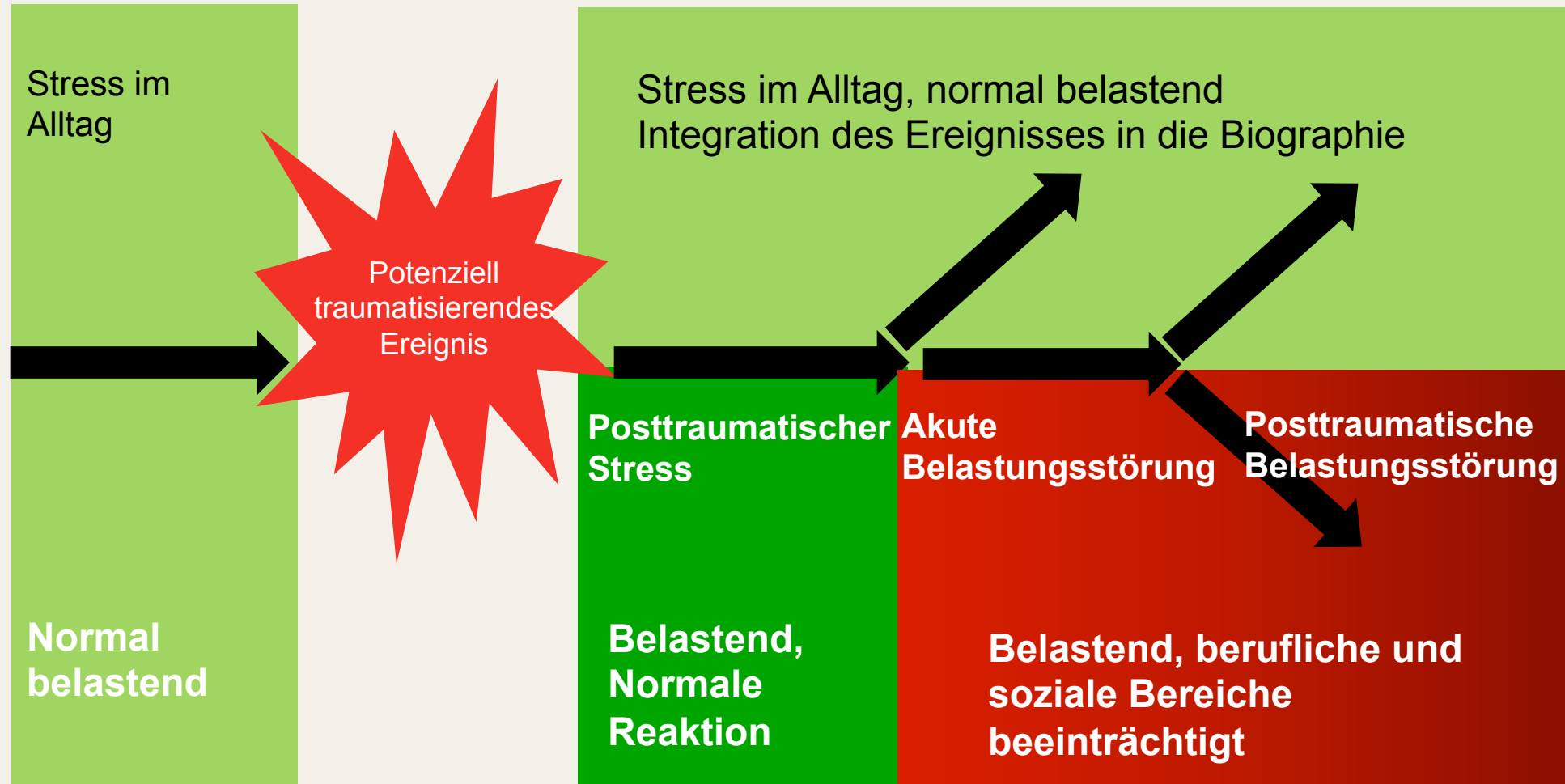
2004)



# Langfristige Stressbewältigung

- Zeitmanagement und ökonomisches Arbeiten
- Erweitern persönlicher Fähigkeiten
- Persönliche Einstellungsänderung
- Systematische Problemlösung
- Entspannungsverfahren
- Gutes Gleichgewicht zwischen Arbeit und Freizeit
- Körperliche Fitness
- Gesunde Ernährung

# Stressreaktionen: Mögliche Entwicklungen nach einem Ereignis



# Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

- Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) wird im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) der American Psychiatric Association (APA) gemeinsam mit der *Akuten Belastungsstörung*, den *Anpassungsstörungen* und ähnlichen Erkrankungen in einem neuen Kapitel: *Trauma- and Stressor-Related Disorders* aufgeführt.

# Diagnosekriterien

- A: Die Betroffenen waren über einen oder mehrere der unten genannten Wege Tod (tatsächlich oder angedroht), schwerwiegenden Verletzungen oder sexueller Gewalt ausgesetzt:
  - *1. Direktes Erleben des traumatisierenden Ereignisses,*
  - *2. Persönliches Miterleben, wie das traumatisierende Ereignis anderen zustösst,*
  - *3. Erfahren, dass das traumatisierende Ereignis einem engen Familienmitglied oder einem engen Bekannten zugestossen ist. (Bezüglich des tatsächlichen oder angedrohten Todes muss der Todesfall durch ein gewaltsames Ereignis oder einen Unfall geschehen sein.)*
  - *4. Wiederholte oder sehr extreme Konfrontation mit aversiven Details des traumatischen Ereignisses.*

- B: Es bestehen eines (oder mehrere) der folgenden, mit dem Trauma assoziierten Symptome (Der Beginn der Symptome war nach dem Auftreten des traumatisierenden Ereignisses):
  - *1. Wiederholte, unwillkürliche und **aufdrängende Erinnerungen** an das traumatische Ereignis.*
  - *2. Wiederholte **Alpträume**, bei denen Inhalte oder Gefühle des Traums mit dem traumatischen Ereignis assoziiert sind.*
  - *3. **Dissoziationen (z.B. Flashbacks)**, in denen sich der Betroffene so fühlt oder sich so verhält, als ob das traumatisierende Ereignis wieder stattfinden würde.*
  - *4. Ausgeprägtes oder anhaltendes seelisches **Leiden bei Konfrontation mit (inneren oder externen) Reizen**, die das traumatische Ereignis symbolisieren oder die einem Aspekt des traumatisierenden Ereignis ähnlich sind.*
  - *5. Deutliche **physiologische Reaktion auf (innere oder externe) Reize**, die das traumatische Ereignis symbolisieren oder die einem Aspekt des traumatisierenden Ereignis ähnlich sind.*

- C: Es besteht eine anhaltende **Vermeidung** von Stimuli, die mit dem traumatischen Ereignis assoziiert sind, wie zum Beispiel eine Vermeidung (oder der Versuch zu Vermeiden) von mit dem traumatisierenden Ereignis verbundenen belastenden Erinnerungen, Gedanken, Gefühlen sowie von externen Bedingungen (wie z.B. Personen oder Orten) mit dem traumatisierenden Ereignis verbundene Gedanken oder Gefühle hervorrufen.

- D: Negative Veränderungen in mit dem Trauma assoziierten **Kognitionen** oder **Affekten**, wie zum Beispiel
  - *1. die Unfähigkeit, wichtige Aspekte des traumatischen Ereignisses zu erinnern,*
  - *2. anhaltende oder übersteigerte negative Überzeugungen bzw. Erwartungen in Bezug auf die eigene Person, andere Personen oder “die Welt”.*
  - *3. Anhaltende veränderte Gedanken über die Ursache oder die Folgen des traumatischen Ereignisses.*
  - *4. Anhaltend negatives Gefühlserleben, wie z.B. Angst, Schuld, Schamgefühle.*
  - *5. Deutliche Verminderung von Interesse oder sozialen Aktivitäten.*
  - *6. Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen.*
  - *7. Eingeschränkte Wahrnehmung von positiven Affekten (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden.*



- E: Deutliche **Veränderungen in der Erregbarkeit und den Reaktionen**, wie zum Beispiel Reizbarkeit oder Wutausbrüche, leichtsinniges oder selbstzerstörerisches Verhalten, Hypervigilanz, Schreckhaftigkeit, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen.

- F-G: Die Beschwerden (B-E)
  - *dauern für mindestens 1 Monat an,*
  - *verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen und*
  - *sind nicht besser durch Substanzeinfluss oder eine andere Erkrankung erklärbar.*

# Verlauf und Prognose

- Die PTBS zeigt eine beträchtliche Komorbidität mit affektiven Störungen, Angststörungen, Substanzmissbrauch und Somatisierung. In der Studie von Kessler et al. (1995) hatten 88% der Männer und 78% der Frauen komorbide psychische Störungen.
- Studien an Kriegsveteranen mit PTBS zeigen erhöhte Quoten von Ehe- und Familienproblemen, gewalttätigem Verhalten und starkem Rauchen (Jordan et al, 1992; Beckham et al, 1997).

- Eine PTBS erhöht ausserdem das Risiko für körperliche Krankheiten, insbesondere Infektionen und Erkrankungen des Nervensystems, was auf die psychophysiologische Übererregung zurückgeführt wird (Boscarino, 1997; van der Kolk, 2000).
- In den meisten Fällen treten die Symptome der PTB sofort nach dem Trauma auf. Ein verzögerter Beginn findet sich bei ca. 11% der Fälle (McNally, in Druck)
  - *50% der Fälle klingen ohne Behandlung nach einem Jahr ab*
  - *Ca. 33% entwickeln einen chronischen Verlauf (Kessler, 1995)*

# Zusätzliche Erkrankungen

- Depression und Substanzmissbrauch sind meist sekundäre Störungen (Kessler et al., 1995)
- Angststörungen sind in der Hälfte der Fälle sekundär (Ehlers, 1999)
- PTBS erhöht das Risiko von somatischen Beschwerden (Andreski et al., 1998)
- Schmerzen

# Wahrscheinlichkeit eine PTBS zu entwickeln

- Die Mehrheit der Bevölkerung wird in ihrem Leben mindestens ein traumatisches Ereignis erleben:
  - *81% der Männer und*
  - *74% der Frauen*
- Das Risiko im Leben eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTB) zu entwickeln liegt bei 8% (DSM-III-R, Kessler et al., 1995).
  - *Frauen 10%*
  - *Männer 5%*
- Risikoberufe 10-33% von 100% Betroffenen (Teegen, 2002)

# Checkliste: Frühwarnzeichen

- anhaltende Schlaflosigkeit / Alpträume
- äussere und innere Unruhe
- anhaltende wiederkehrende Bilder, Geräusche, Gerüche usw.
- Dauernde Gereiztheit
- Bewusstseinsstörungen / Erinnerungslücken
- Ängste / Vermeidungsverhalten
- Gefühlstaubheit
- Antriebs- und Interessenverlust Realitätsverlust

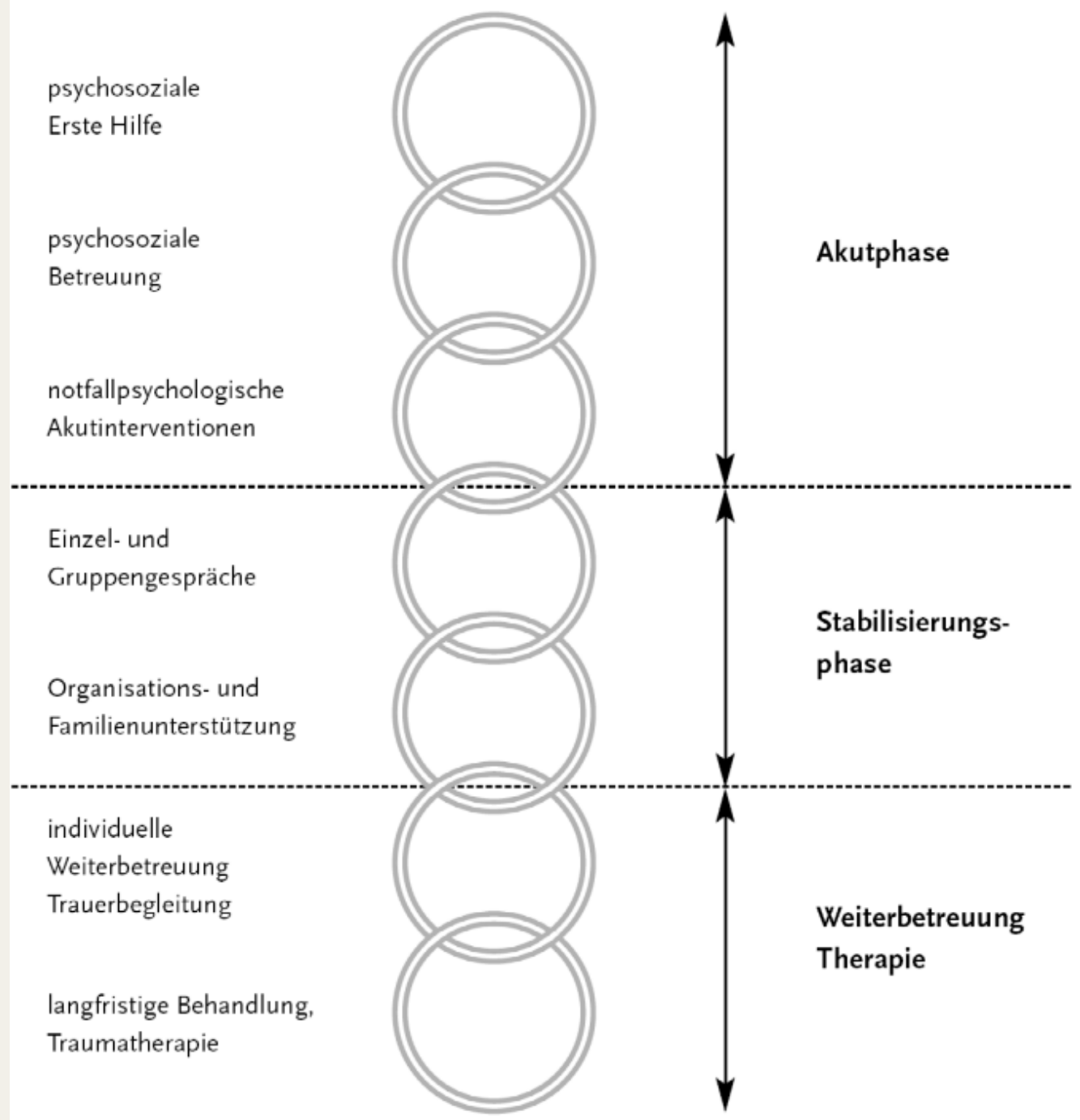


**CRISIS  
CARE**



# Interventionstechniken der Notfallpsy. – Indikation des Betreuungsbedarfs

- Akutphase
- Stabilisierungsphase
- Weiterbetreuung / Therapie



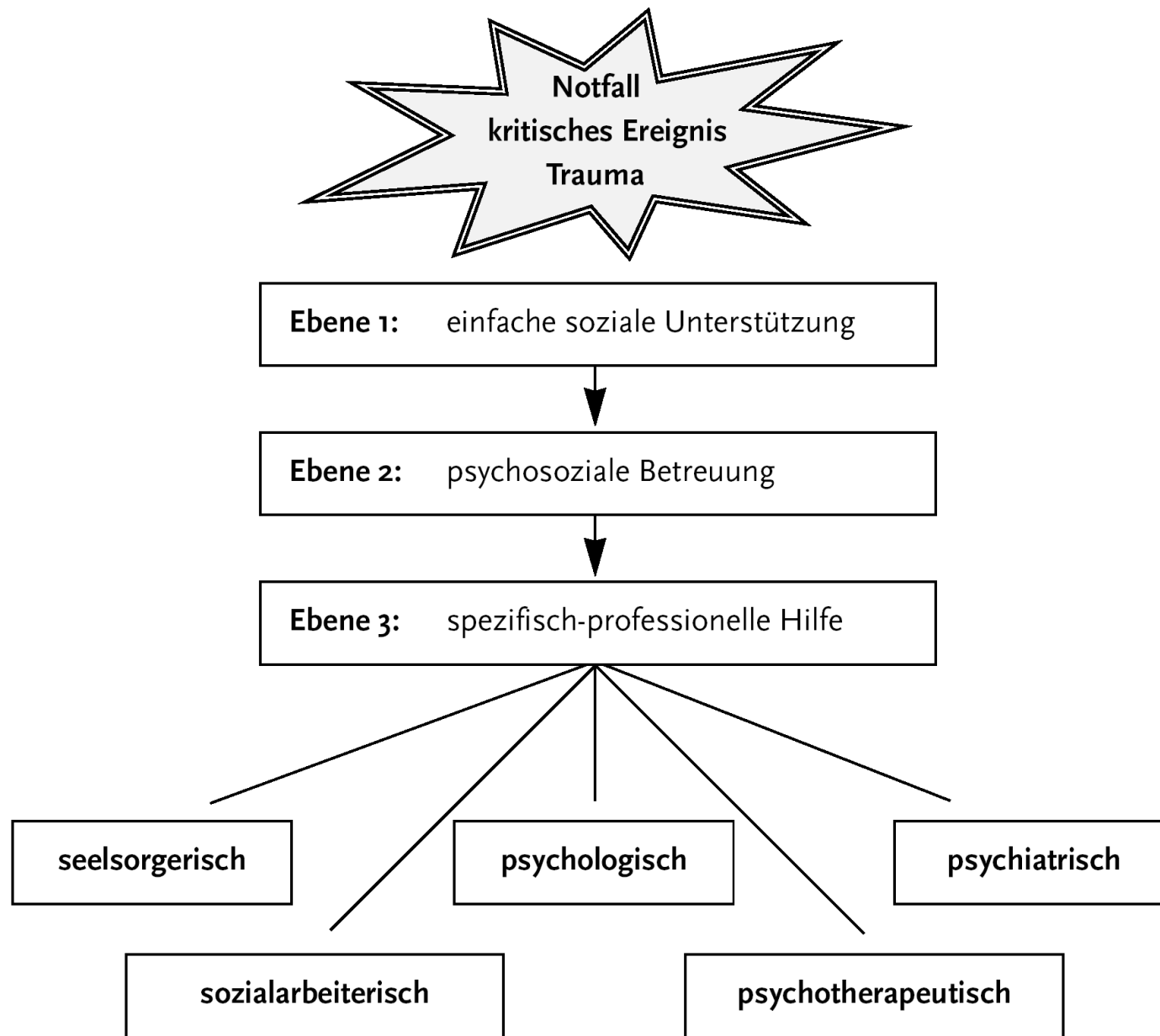


Abbildung 7

Ebenen der Unterstützung während und nach Notfällen



Ausweg



~~Krise~~

# Psychologische Akuthilfe – Die ersten Schritte

## Kontakt herstellen

- aktiv auf den Betroffenen zugehen
- sich ins Blickfeld des Betroffenen stellen, gleiche Augenhöhe
- sich mit Name und Funktion vorstellen, Sicherheit vermitteln
- Hilfe anbieten: „Ich habe Zeit für Sie“
- eventuell vorsichtigen Körperkontakt
- wenn nötig, Betroffenen aus dem Gefahrenbereich herausbringen

## Einfache Frage stellen

- Wie geht es Ihnen körperlich?
- Tut Ihnen etwas weh? Sind Sie verletzt?
- Wie lange sind Sie schon hier?
- Haben Sie schon mit einem Arzt gesprochen? Was hat er gesagt?

## Dringende Bedürfnisse ansprechen

- einen sicheren Rahmen schaffen
- fragen, was der Betroffene braucht
- praktische Hilfe anbieten (Getränk, Decke)
- Wunsch nach Ruhe, Information ansprechen
- weitere aktuelle Bedürfnisse feststellen

# Die weiteren Akutinterventionen orientieren sich an folgenden Fragen:

- **Aufgaben** – was soll / muss der Betroffene jetzt tun (z.B. warten, den Arbeitgeber kontaktieren, eine Versicherungsnummer heraussuchen, die Familie informieren)
- **Bedürfnisse** – was braucht der Betroffene jetzt und in den nächsten Stunden (z.B. Informationen, Wasser, Medikamente, Entlastung, Schutz)
- **Ressourcen** – wer oder was hilft dem Betroffenen (z.B. soziale Unterstützung durch Angehörige, praktische Hilfe durch Einsatzkräfte, hilfreiche Vorerfahrungen, hilfreiches Selbstbild...)

# Grundregeln der psychologischen Akuthilfe

- Struktur hilft gegen Chaos.
- Ruhiges und sicheres Auftreten hilft gegen Angst.
- Verlangsamung hilft gegen Übererregung.
- Fakten helfen gegen überschwemmende Gefühle.
- Informationen helfen gegen Orientierungslosigkeit.
- Handeln hilft gegen Kontrollverlust und Hilflosigkeit.

# Die Rolle der Sprache

- **In der Akutphase**, wirkt es bereits strukturierend, überhaupt Worte zu verwenden und Sätze zu bilden. Den meisten Betroffenen fällt es relativ leicht, über „einfache“ Fakten zu sprechen (Namen, Telefonnummern, Uhrzeit). Indem man sie benennt, werden sie zu einem Gegenüber, das man einordnen und mit dem man sich auseinandersetzen kann. Emotional sehr aufgeladene Aspekte sollten jedoch in dieser frühen Phase nicht diskutiert werden. Sie stellen für die meisten Betroffenen noch eine zu grosse Belastung dar (z.B. der genaue Unfallhergang, ein familiärer Konflikt).



- **In der Stabilisierungsphase** ist es für viele Menschen entlastend, wenn sie erzählen können, was passiert ist und was sie persönlich erlebt haben. Indem die Ereignisse als durchgehende Geschichte berichtet werden, erhalten die verschiedenen Dingen, Personen und Handlungen einen Platz im chronologischen Ablauf – sie reihen sich auf am Faden der Erzählung. Zugleich werden die Ereignisse in einen vorläufigen Kausalzusammenhang gestellt. (Einige Fragen bezüglich Ursachen, Schuld und Verantwortung können erst nach weiteren Untersuchungen etc. geklärt werden.)

- **Im Rahmen der Weiterbetreuung/Traumatherapie** gelingt es manchen Menschen zum ersten Mal, offen darüber zu sprechen, was sie erlebt haben und wie es ihnen wirklich geht. Bis dahin haben einige vor allem das gesagt, was andere von ihnen erwartet haben oder hören wollten (Angehörige, Freunde, Kollegen, Ärzte, Polizisten etc.). Bei sehr schwerer Erschütterung oder lange abgekapselten Erinnerungen kann es lange dauern, bis Worte dafür gefunden werden und sich der Betroffene erzählend nochmals mit den Ereignissen konfrontiert. Zur Therapie gehört oft auch, das Trauma im Kontext der eigenen Lebensgeschichte einen Platz zuzuweisen. Der Bogen der Erzählung umfasst dann viele Jahre, vielleicht die ganze Biografie.

## SAY

- Ja.
- Es ist vorbei.
- Ich bin froh, dass du jetzt hier bei mir bist.
- Du bist jetzt in Sicherheit (wenn das tatsächlich zutrifft).
- Es ist gut, dass wir darüber reden.
- Es ist okay, wenn du zuerst einmal gar nichts sagst.
- Es ist okay, wenn du weinst, nervös bist etc.
- Es ist verständlich, dass du dich jetzt so fühlst.
- Das sind normale Reaktionen, wenn so etwas passiert ist.
- Du wirst nicht verrückt.
- Ich bleibe bei dir.

## DON'T SAY

- Nein, ...
- du musst deinen Schmerz unterdrücken.
- so etwas darfst du gar nicht denken.
- steigere dich nicht so hinein.
- Ich weiss, wie du dich fühlst.
- Du musst das akzeptieren.
- Sei froh, ...
  - *dass du lebst.*
  - *dass du noch etwas retten konntest.*
  - *dass du dein Leben weiterleben kannst.*
  - *dass du noch andere Kinder hast.*
- Wer weiss, ob es nicht sein Gutes hat.
- Ich bin sicher, es war Gottes Wille.
- Du wirst darüber hinwegkommen.
- Du wirst jemand anderen finden.
- Die Zeit heilt alle Wunden.
- Das Leben geht weiter.

# Literatur

- Andreski, Chilcoat & Breslau (1998). Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study. *Psychiatry Res* 79:131–138
- Bisson JI, Shepherd JP, Joy D, Probert R, Newcombe RG. (2003). Early cognitive-behavioural therapy for post-traumatic stress symptoms after physical injury. Randomised controlled trial. *Psychiatry*. Jan;184:63-9
- Ehlers, A. (1999). Posttraumatische Belastungsstörung. Fortschritte der Psychotherapie, Bd 8. Göttingen: Hogrefe.
- Hausmann (2015). Interventionen der Notfallpsychologie. Wien: Facultas
- Hausmann (2010). Notfallpsychologie und Traumabewältigung. Wien: Facultas
- Kaluza, Gert (2004). Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung. Berlin: Springer Verlag
- Kessler, R (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. [Arch Gen Psychiatry](#). 1995 Dec;52(12):1048-60
- McNally (2003). Psychological Mechanisms in Acute Response to Trauma. *Biological Psychiatry* Volume 53, Issue 9, 1 May 2003, Pages 779-788.
- Teegen, F. (2002). Posttraumatische Belastungsstörungen bei gefährdeten Berufsgruppen. Bern, Huber
- Williams MB, Poijula S (2012). *Das PTBS-Arbeitsbuch*. G.P.Probst.
- Flatten G, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud Ch, Lampe A et al. (2011). S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt* 3: 202-210.
- National Institute for Clinical Excellence - NICE (2005): *Post-traumatic stress disorder (PTSD)*. London: NICE (Clinical Guideline 26).
- Frommberger U, Angenendt A, Berger M (2014). *Posttraumatische Belastungsstörung - eine diagnostische und therapeutische Herausforderung*. *Dtsch Arztebl Int* 111(5): 59-65.