



FLOW AKUT

2014

**SUCHT
&
TRAUMA**

Inhalt

Trauma:

- Definition & Formen
- Verlauf & Folgestörungen
- Symptome
- Zusammenhang mit Substanzgebrauch
- Neurobiologie
- Bindung & Trauma
- Beratung & Therapie
- Prävention

„Trauma“ (gr.: „Wunde, die aufbricht“):

ursprünglich: klinisch für schwere körperliche Verletzung

Psychotrauma

- seelische **Verletzung** durch außergewöhnliche Bedrohung:
 - übersteigt Bewältigungsmöglichkeiten

„no flight - no fight - freeze“

- Gefühle von Hilflosigkeit, Ohnmacht, Angst, Scham, Kontrollverlust (z.B. Körperreaktionen, emotional)
- Denken gestört, Erinnerung fragmentiert bzw. lückenhaft
- Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis

„Traumatisierung“

traumatischer Moment und Verarbeitung

Häufigste Auslöser (Terr, 1991)

Typ I (eher: kurzdauernd)

- Natur- und technische Katastrophen
- kriminelle Gewalttaten (Überfall, Einbruch)
- schwere Unfälle, Krankheiten, invasive med. Eingriffe
- plötzlicher Verlust vertrauter Menschen & sozialer Sicherheit

Typ II (eher: längerdauernd)

- körperliche und sexuelle Gewalt/Missbrauch
- Entführung, Folter, Krieg, KZ

„small t“ - Traumata (Shapiro & Forrest, 1997)

Ereignisse mit Erschrecken, Demütigung, Peinlichkeit, Scham, Hilflosigkeit, Selbstwert und Sinnverlust (soziale & kulturelle Dimension)

Kindertraumatisierungen

- **sensorische Extreme:** Temperatur, Lautstärke, Bilder (v.a. wenn Kind jünger & alleine)
- „**Verloren gehen**“, nicht abgeholt werden, verläng. Trennungen
- plötzliche schmerzhaft **Verluste** (Tod, Scheidung)
- beinahe Ertrinken, Unfälle, Stürze, Angriffe d. Tiere (z.B. Hund)
- lebensbedrohliche Erkrankungen und hohes Fieber
- medizinische & zahnmedizinische **Eingriffe**
- Dauerstress & **Selbstwertverlust** durch chronische Dysfunktionen (z.B. ADHS, Autoimmunerkrankungen)

Formen von Trauma

- **Monotrauma**
- **sequentiell** (aufeinander folgend): als zusammenhängend wahrgenommen
- **kumulativ** (Kahn, 1963): Addierung subtraumatischer Ereignisse = Dauerstress
- **Beziehungstrauma**: Täter eng vertraut, erzwungene Nähe, „negative Intimität“ = Schutz & Bedrohung
- **(substanzverursacht**: Überdosierung, Unverträglichkeit, Entzug, Psychosen, „Flashbacks“, Kontrollverlust ,v.a. Halluzinogene, Kokain etc.)
- **sekundär**: ZeugInnen, HelferInnen

Trauma-Verarbeitung (Kessler et al, 1995)

Lebenszeitprävalenz (LTP): > 50%

davon 25% Symptome einer posttraumatischen Störung (PTBS),
Frauen 2 x häufiger als Männer (bei körperlichen Angriffen 15 x)

Verlauf:

- 1/3 gesundet in 3 - 12 Monaten von selbst (?)
- 1/3 kompensiert, kann später ausbrechen
- 1/3 braucht therap. Hilfe (30% chronifiziert)

Traumafolgestörungen & Art des Traumas (PTBS / LTP)

(Perkonigg&Wittchen, 1997, Kessler et al 1999, Berghändler, 2006)

- Folter 90-100 %
- Vergewaltigung 50 %
- sexueller Missbrauch in Kindheit 30-50 %
- Gewaltverbrechen 25-30 %
- Krieg, Gefangenschaft, Unfall 19 %
- ZeugInnenschaft 15 %

schwere Krankheiten, z.B.:

- Intensivstation 50 %
- Krebs 30 %
- Organtransplantation 25 %
- Herzinfarkt 16 %

Risikofaktoren der PTBS

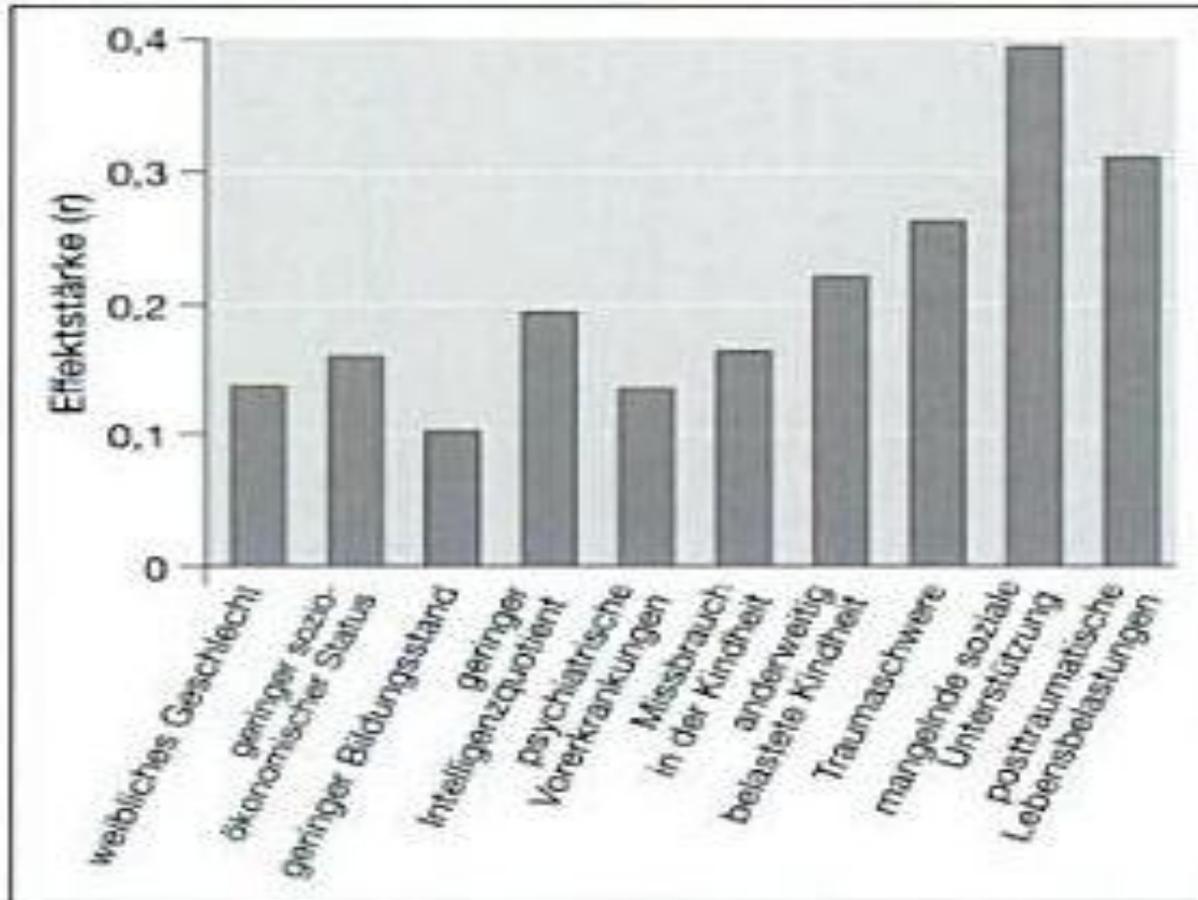


Abb. 11-3 Risikofaktoren der PTBS. Ergebnisse einer Meta-analyse über 77 Studien (nach Brewin 2003).

Einflussfaktoren bei Verarbeitung

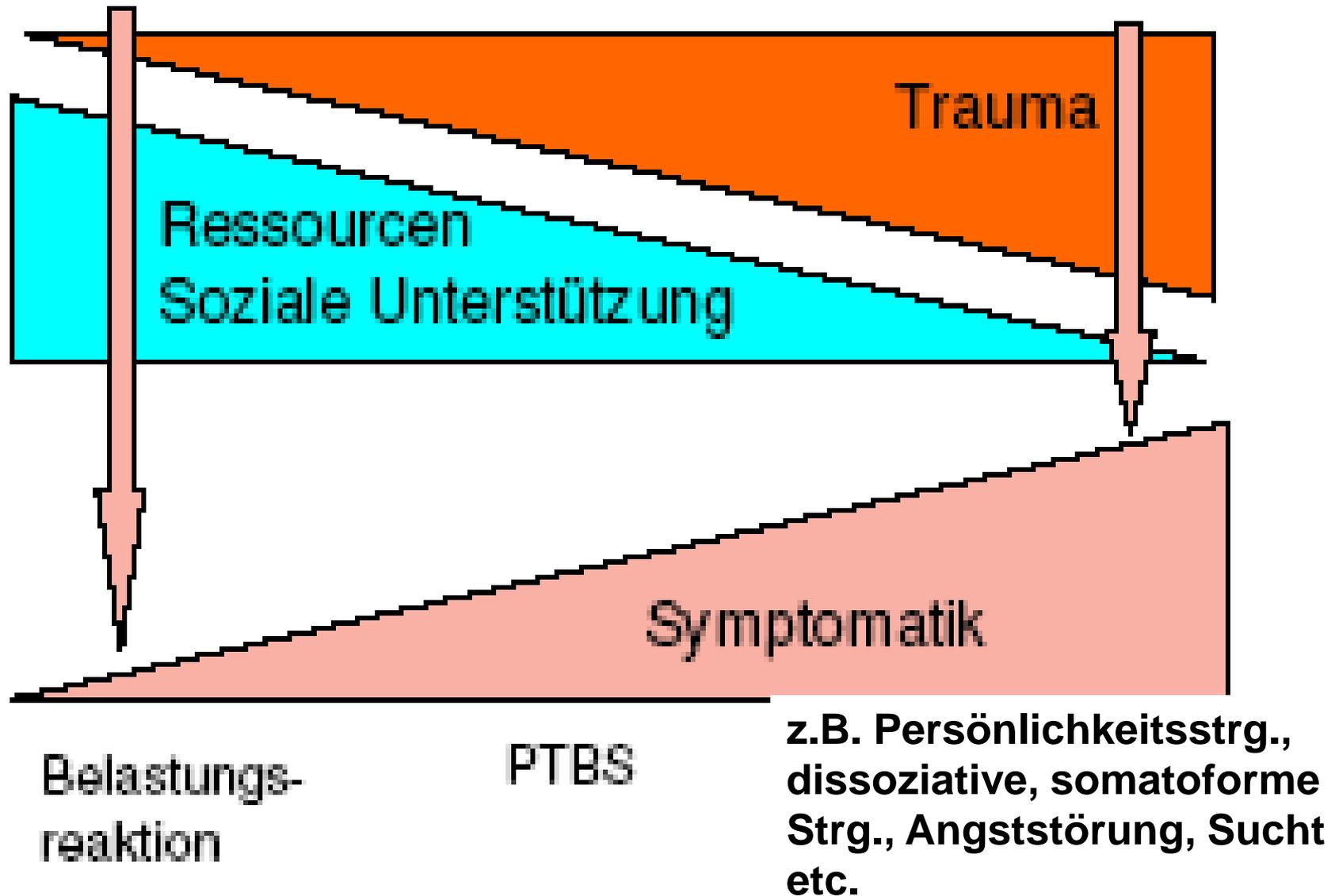
Risikofaktoren:

- Schwere & Häufigkeit (Gewalt? Verletzung? innerfamiliär?)
- **Täterkontakt („Trigger“)**
- negative Umweltreaktionen & Eigenbewertung
- mangelnde Ressourcen (kognitiv, sozial, ökon. Status)
- Lebensalter & Geschlecht
- belastende Vorgeschichte (u. a. sex. Missbrauch)

Schutzfaktoren/Ressourcen:

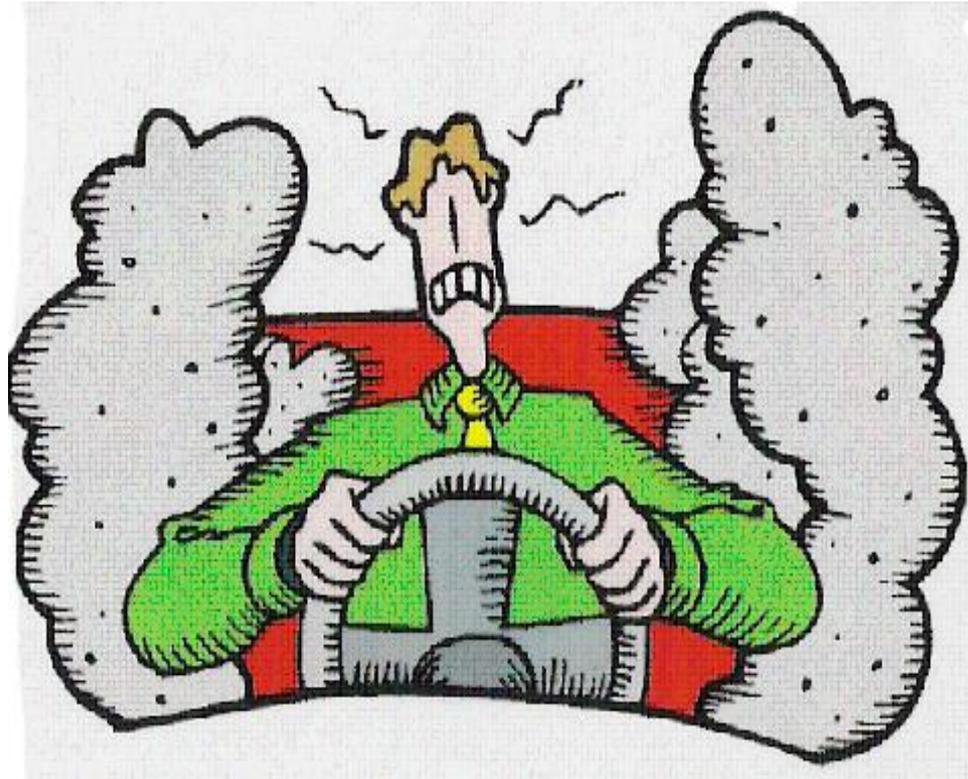
- soziale Unterstützung
- kognitive Fähigkeiten
- hilfreiche Eigenbewertung
- positive Bewältigungserfahrungen

Traumaverlauf & Einfluss von Ressourcen



Formen der Akuten Stress-/Belastungsreaktion

1. ÜBERERREGUNG (HYPERAROUSAL)



**Ärger, Aggression, Verzweiflung,
Hypervigilanz, Ruhelosigkeit, Impulsivität,
Schlafstörungen, erhöhte Schreckreaktion (!)**

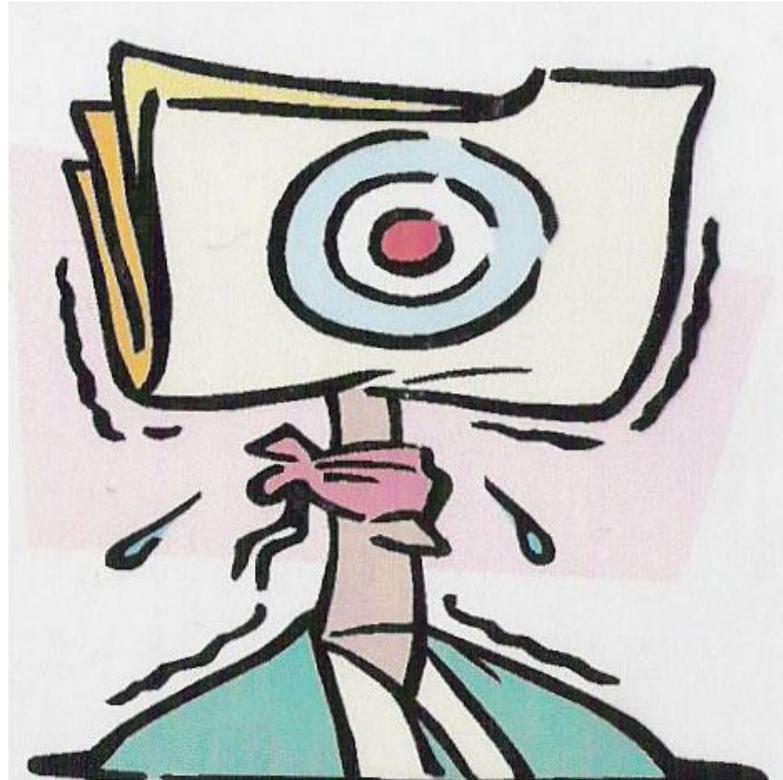
Fragen zu PTSD Symptomen

(nach: MPSS-SR/Spitzer, Freyberger et al, 2001)

Übererregung

- Haben Sie anhaltende **Ein- oder Durchschlafstörungen**?
- Sind Sie andauernd **reizbar** oder haben Sie **Wutausbrüche**?
- Haben Sie dauerhaft **Konzentrationsschwierigkeiten**?
- Sind Sie seither übermäßig **wachsam**?
- Sind Sie seither **schreckhafter oder nervöser**?
- Erleben Sie intensive **körperliche** Reaktionen (z.B. Schweißausbrüche oder Herzrasen), wenn Sie daran **erinnert** werden oder **denken**?

2. VERMEIDUNG (Konstriktion)



**Orte, Menschen, Gedanken, Gespräche, Handlungen
→ Rückzug, Ängstlichkeit, Depression, Dissoziation**

Vermeidung

- Bemühen Sie sich dauernd darum, **Gedanken und Gefühle**, die damit zusammenhängen, zu vermeiden?
- Sind Sie ständig darum bemüht, **Aktivitäten, Situationen oder Orte** zu vermeiden, die sie an das Ereignis/die Ereignisse erinnern?
- Gibt es wichtige Einzelheiten des Ereignisses/der Ereignisse, an die Sie sich **nicht erinnern** können?
- Haben Sie seither spürbar **Interesse verloren** an wichtigen Freizeitaktivitäten?
- Haben Sie sich seither von anderen Menschen **weit entfernt oder losgelöst** gefühlt?
- Hat Ihre Fähigkeit, **Gefühle zu erleben**, abgenommen?
- Haben sich Ihre **Zukunftspläne verändert** oder sind ihre Zukunftshoffnungen gesunken?

3. WIEDERERLEBEN (Intrusion)



**Wiedererleben: Bilder, Geräusche, Eindrücke,
(„Flashbacks“), Alpträume, Panikattacken**

Fragen zu PTSD Symptomen

(nach: MPSS-SR/Spitzer, Freyberger et al, 2001)

Intrusion

- Leiden Sie unter wiederkehrenden oder sich aufdrängenden beunruhigenden **Gedanken oder Erinnerungen** an ein Ereignis/verschiedene Ereignisse?
- Erleben Sie immer wiederkehrende unangenehme **Träume oder Alpträume**?
- Passiert es Ihnen gelegentlich, dass Sie plötzlich das Ereignis **wiedererleben** oder sich in diese Zeit zurück versetzt fühlen oder denken Sie manchmal, dass das Ereignis wiederkehrt?
- Fühlen Sie sich sehr **aufgewühlt**, wenn Sie daran erinnert werden (z.B. bei Jahrestagen?)

TRAUMAREAKTIONEN & FOLGESTÖRUNGEN (ICD-10)

1) Akute Belastungsreaktion (F 43.0)

Beginn: sofort, Dauer: max. 4 Wochen (länger möglich)

2) Posttraumatische Belastungsstörung/PTBS (F 43.1)

Beginn: ca. innerhalb von/nach 4 Wochen, Dauer: Monate-Jahre

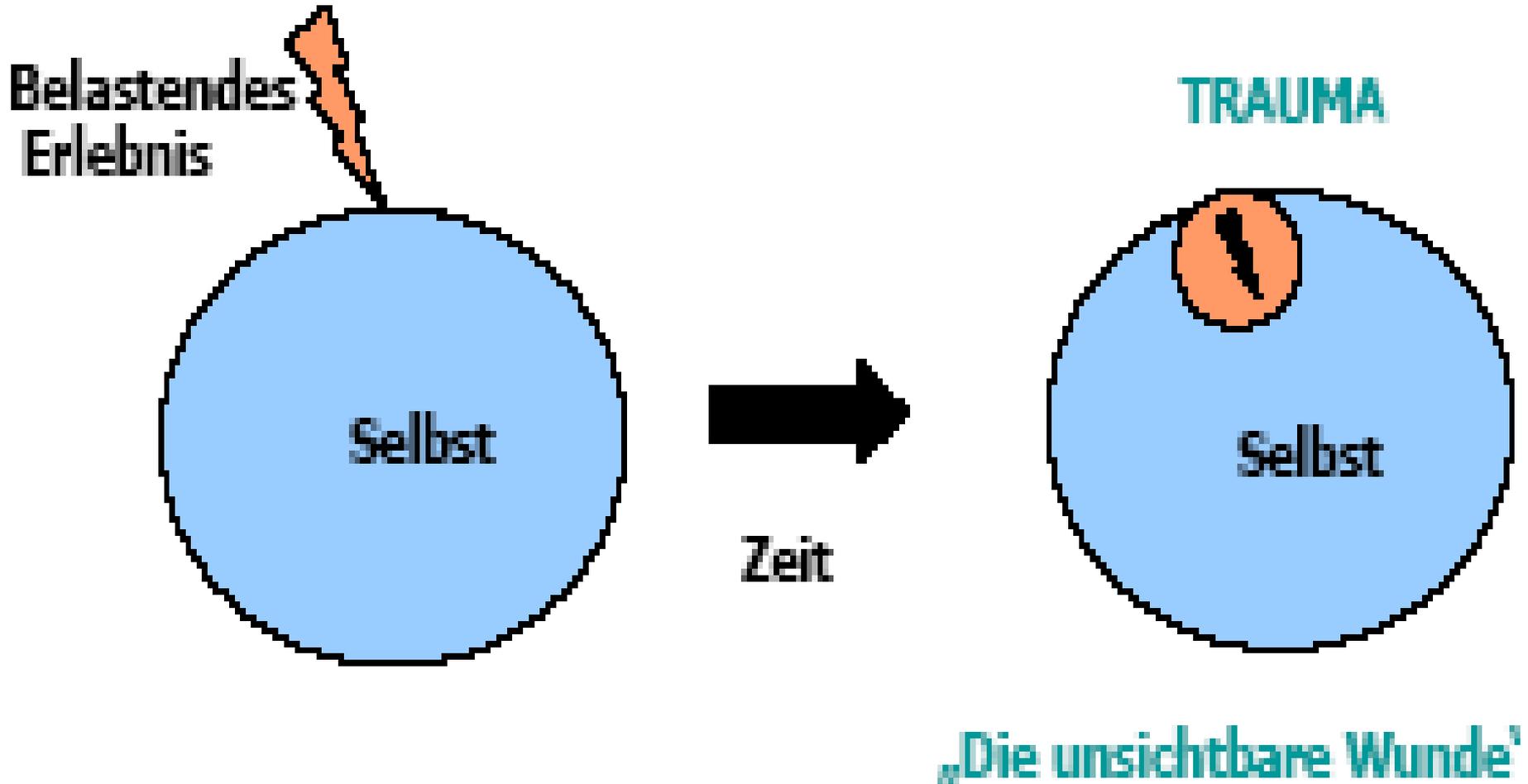
3) Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrem-Traumatisierung („komplexe PTBS“) (F 62.0)

Dauer: Jahre - Jahrzehnte, oft chronisch, hohe Komorbidität
(Angst, Depression, Gewalt, Borderline, Somatisierung, Sucht)

Dauer ausschlaggebend!

Traumatisierung & Substanzgebrauch/Sucht

Freud (1920): Membranverletzung & Reizschutzüberflutung



Halbmann 1000

Membranfunktion: reguliert Nähe/Distanz, Stimulusreaktion etc.

→ Beziehungsaspekt!

Traumatisierung & Substanzgebrauch

Selbstmedikation (Khantzian, 1985):

künstliche Membran, „Schmerzpflaster“, Stress- und Affektmodulationsmittel (Kriege, Großschadensereignisse), verlässliche Instantwirkung! Keine Dauerlösung, hohe Nebenwirkungen

Studien

bei AllgemeinambulanzzpatientInnen mit PTBS (n=509):

Alkohol - Medikamenten - Drogenmissbrauch 1,5 - 2x häufiger
(Liebschutz, J, Boston Med. Center, 2006)

API: Gewalterfahrung: 67% m, 89% w (Feselmayer et al, 2009)

Carina (2009): 69% w PTBS (>65% Z61.4/5), 23,5% m (6% Z61..)

Bindungstraumatisierungen - max. Risiko:

Fellitti (1998): **A**dverse **C**hildhood **E**xperiences (n=17.421)

Faktoren: Missbrauch (sex./phys./emot.), Gewalt gegen Mutter, dysfunktion. Familie (Kriminalität, Psychopath./Suizidalität, Sucht)

1 Faktor erhöht Risiko für frühen Substanzkonsum um **2-4 faches!**
später: Angststörungen, Suizidalität, Substanzmissbrauch (i.v./ODs)

Gewalt und Vernachlässigung in der Kindheit



- sexuelle Gewalt
- körperliche Gewalt
- emotionale Vernachlässigung
- physische Vernachlässigung

Psycho-physiologische Auswirkungen („komplexe Traumatisierung“)

- **veränderte Beziehung zu sich selbst:**
beschädigtes Identitätsgefühl, geringer Selbstwert, Selbstanlage, Identifikation mit Täter, Gefühl der Leere, Scham
- **veränderte Beziehung zu anderen:**
Unfähigkeit zu Vertrauen, pathologische Beziehungsmodelle (Vertrautheit mit gewaltaffinen Beziehungen, Kontrollverlust & Abhängigkeit), Reviktimisierung, Verlust an Selbstschutz, eigenes Risikoverhalten
- **Störungen der Affektregulation und Impulskontrolle:**
chronische Anspannung, Autoaggression, Impulsdurchbrüche
- **Somatisierungen, Suizidalität, Substanzmissbrauch**

Suchtkranke mit frühen Traumatisierungen (Schäfer, 2006)

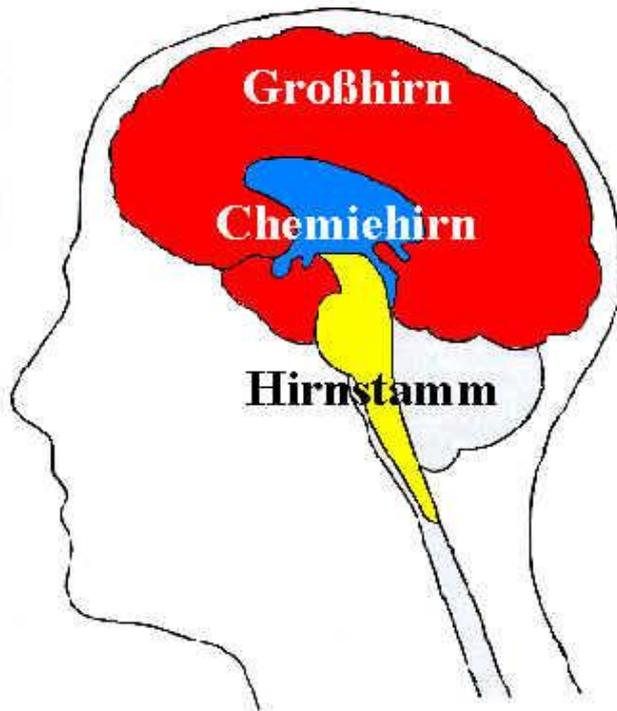
- **Jünger beim Einstieg, schwererer Verlauf:** Überdosierungen, suizidale Krisen, gesundheitliche, rechtliche, soziale Probleme, hohe Rate an komorbiden psychischen Störungen (EPD)
- **hohe Empfindlichkeit** für Angst und Stress
- **Therapie:** schwieriger, länger, mehr Rückfälle
- **Retraumatisierung:** durch Szenerfahrungen & -beziehungen, häufig Weitergabe von Gewalterfahrung an Partner & Kinder

...etwas Neurobiologie...



„...denn für das Psychische spielt das Biologische wirklich die Rolle des unterliegenden gewachsenen Felsens“ (Freud, 1937)

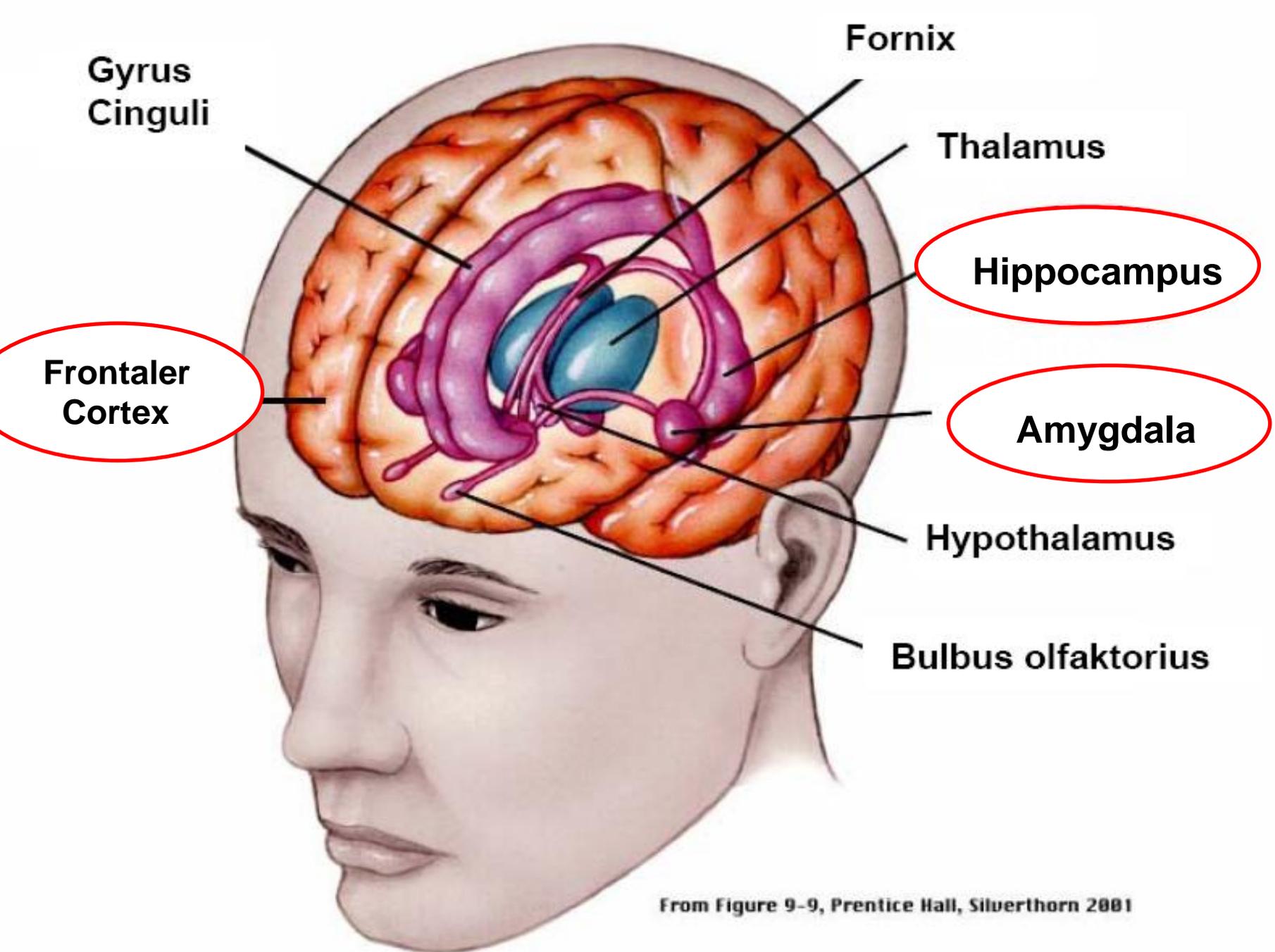
Das 3-teilige Hirn



1) Hirnstamm: Stammhirn, „Reptilienhirn“, entwicklungsgeschichtlich ältestes Hirn, reguliert autonome Prozesse (Atmung, Herzschlag, Verdauung etc.) und Körpersteuerung (Bewegung, Reflexe)

2) „Chemiehirn“ (Zwischenhirn, limbisches System): erzeugt aufgrund sensorischer Wahrnehmung und Prozessen im Großhirn entsprechende Hirnchemie, die auch Körperchemie steuert.

3) Großhirn: Neocortex, „Denkhirn“



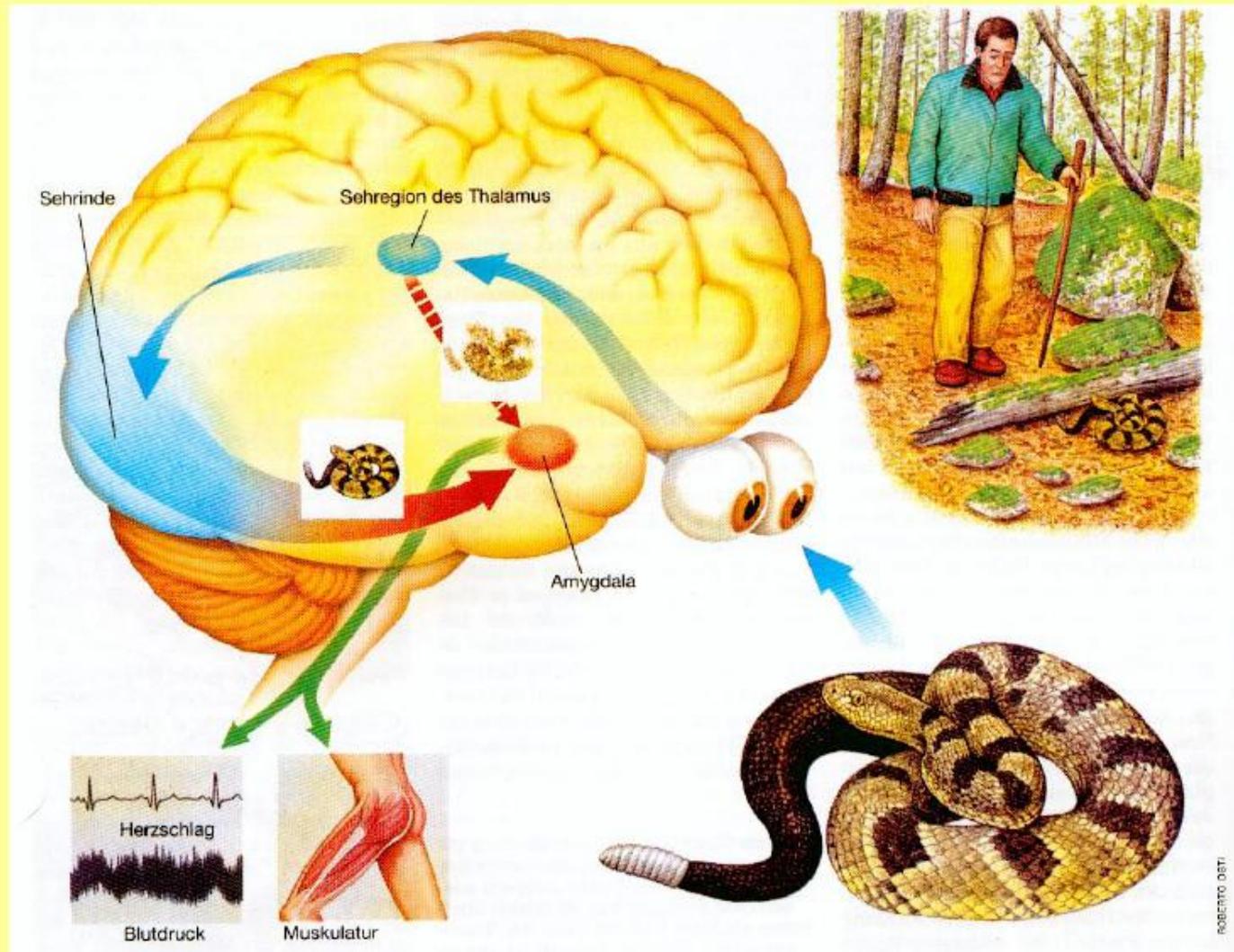
From Figure 9-9, Prentice Hall, Silverthorn 2001

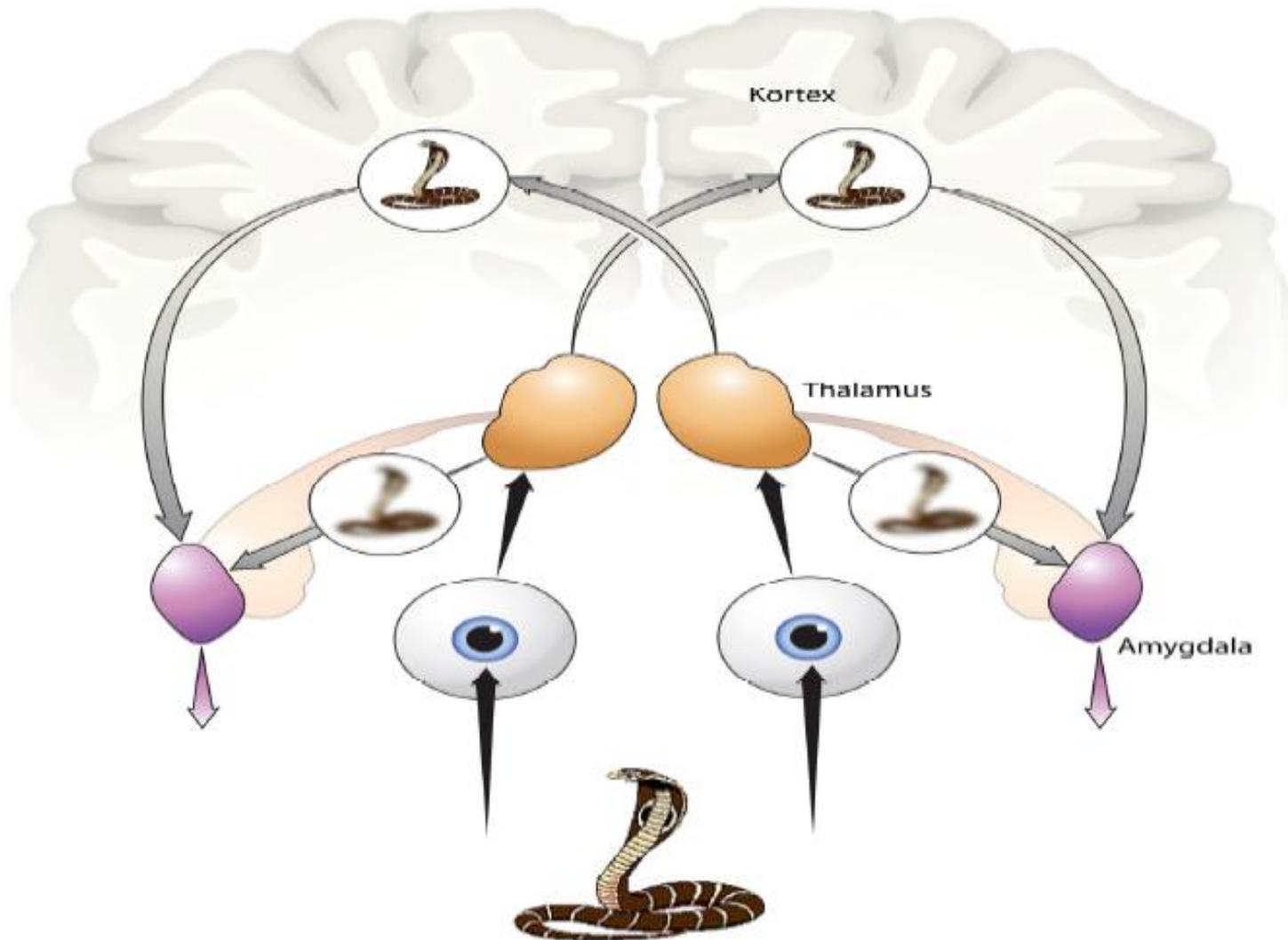
Reiz/Informationsverarbeitung

Beteiligte Hirnareale

1. **Thalamus:** Eingangsschaltstelle für Reize (außer Geruch)
2. **Amygdala (limbisches System):** „Rauchmelder“, Blitz-Grobeinschätzung (*gefährlich, essbar, sexuell interessant?*), nicht kognitive, sensorisch-emotionale Einordnung ohne Raum/Zeit-Bezug, Bereitschaftsmotor („heißer Speicher“, „jetzt“)
3. **Hippocampus:** Zwischenarchiv, kognitive Erinnerung, raum/zeitliche Einordnung („kühler Speicher“, „damals“)
4. **Broca Sprachzentrum (links):** sprachliche Codierung
5. **Frontaler Cortex (Großhirnrinde):** Langzeitgedächtnis, Planung, Endarchiv („kalter Speicher“, „langer Weg“)

Angstreaktion mit Amygdala-Aktivierung





Furcht-Schaltkreise

Der schnelle Schaltkreis (Auge→Thalamus→Amygdala) vermag nur ein vages Bild aufzubauen; der langsam Schaltkreis (Auge→Thalamus→Kortex→Amygdala) erfasst und bewahrt ein genaues Bild der Außenwelt, benötigt dafür jedoch mehr Zeit.

Traumareaktion & neuronaler Prozess

Extreme Reizüberflutung, Überforderung:

- Amygdala & Co hyperaktiv (emotionale Intensität)
- Verbindung zu Hippocampus & Broca unterdrückt

Traumaspesicherung:

- Abkürzungsweg, „unabgekühlt“, sensorisch, fragmentiert (akausal, zeit- & raumlos), unwillkürlich („Flashbacks“), oft über Jahrzehnte konstant
- „Speicher-/Verdauungsstörung“, „Trauma-Gedächtnisschrank“

Körper-eigene Drogen im Stressreaktionszyklus

„Körper-eigene Notfallsapotheke“

1. Adrenalin & Noradrenalin (Katecholamine)

Alarm, Angst, Aufmerksamkeit, Durchblutung, Glukose



2. Dopamin & Serotonin

Merkfähigkeit für Stressor, stabile Motivation, Stimmung



3. Kortisol & Co

„Reservetank“, Schmerz- & Entzündungsmittel, erhöht Ausdauer & Wahrnehmung, neurotoxisch. „Peak-Signal“



4. Endorphine & Oxytocin (Bindungshormon)

(angehängt an Stresshormone/Feedback): Narkose-, Schmerzmittel, beruhigend, Stressunterbrecher! (Kovacs, Sarnyai)

PTBS (chronifizierte Stressreaktion) : „Stand-by“ Alarm

körperlich

- Stresshormone = neurotoxisch (Hirnentwicklung, Reifung)
- Übererregung, Muskelspannung, Schlafprobleme, schreckhaft
- Hohe Reiz/Schmerzempfindlichkeit

psychisch/emotional

- weniger kognitive Hemmung
- schlechte Affektmodulation („kippen“)
- Missstimmung, Depression, Motivationslosigkeit

kognitiv

Defizite: Kurzzeitgedächtnis & abstrakt-kognitive Leistungen,
Wahrnehmungsverzerrung & Dissoziation

langfristig: schneller Stressaufbau, schlechter Stressabbau =
= hohe Suchtanfälligkeit!

Externe „Apotheke“ (Suchtmittel)

„Kunstdünger“ für „ausgelaugte“ Rezeptoren, Traumamedikation

- **Opiate, Benzodiazepine & Alkohol:** stoppen Stresshormone dämpfen Erregung, verlängern Erholungsphase (Endorphine)
- **Kokain & Aufputschmittel:** verlängern Erregungsphase (vgl. SSRIs) → „Stress = Spaß“ (Dopamin, Serotonin)
- **Nikotin:** Acetylcholin beschleunigt Erholung (Endorphinzufuhr), erhöht Katecholamine, Dopamin & Serotonin („zweizügelig“)
- **Cannabis:** reduziert Serotoninspiegel, ungeeignet!

Auch Genuss- & Nahrungsmittel (Koffein, Zucker, Omega-3) etc.), Vitamine (B, Magnesium), Bewegung (Laufen, Schwimmen, Qi Gong) etc. beeinflussen Stress- und Traumaverarbeitung!

Risikofaktor Entzug

Entzug - Konsum - Entzug = **Stresskaskade!**

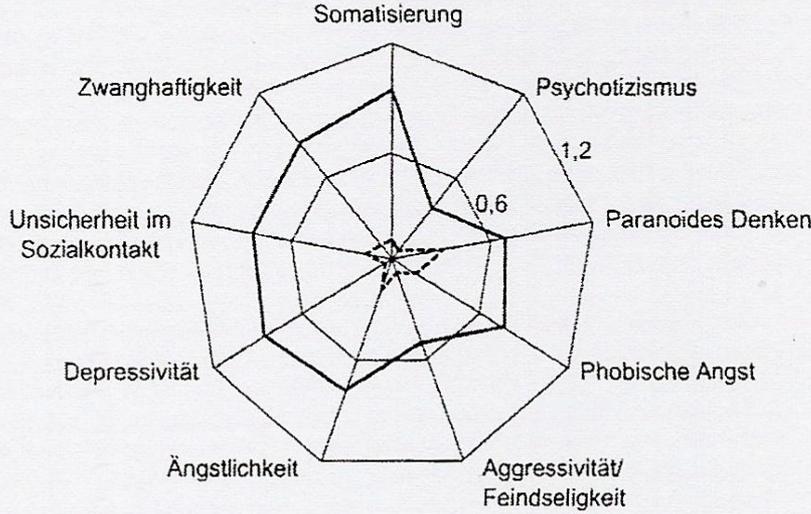
- neuronale Mikrotraumata, schädlich für Immunsystem & Nerven
- langfristig: Erhöhung der Stress-Sensitivität → Entzüge immer schlimmer

Langzeit-Opiat-Substitution

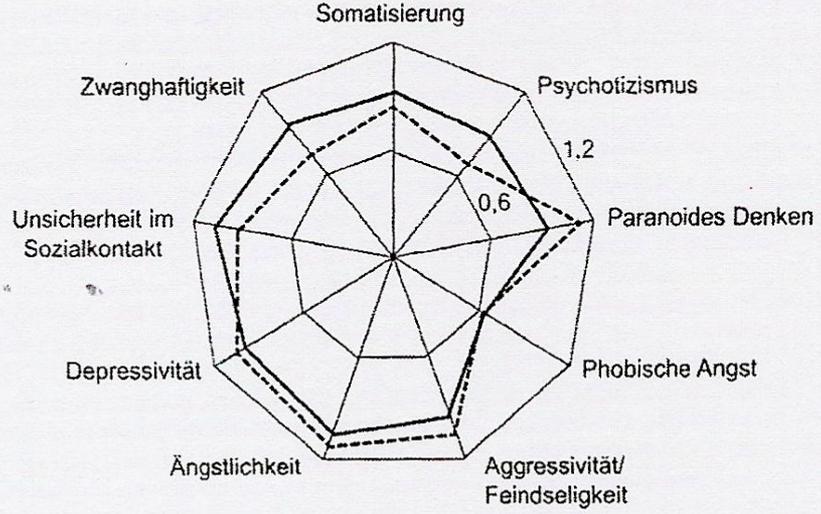
- normalisiert Stressreaktionen dauerhaft
- beruhigt Nervensystem, keine weitere Bahnung
- Verbesserung der psychischen Komorbidität
- Voraussetzung für „Umlernen“, langsame Reduktion & Psychotherapie

Abb. 3: Subjektive Beeinträchtigung durch somatische und psychische Symptome (SCL-90-R)

Morphin



Methodon



(— Woche 0, ---- Woche 12)

Risikofaktor Interferonbehandlung (Ribavirin)

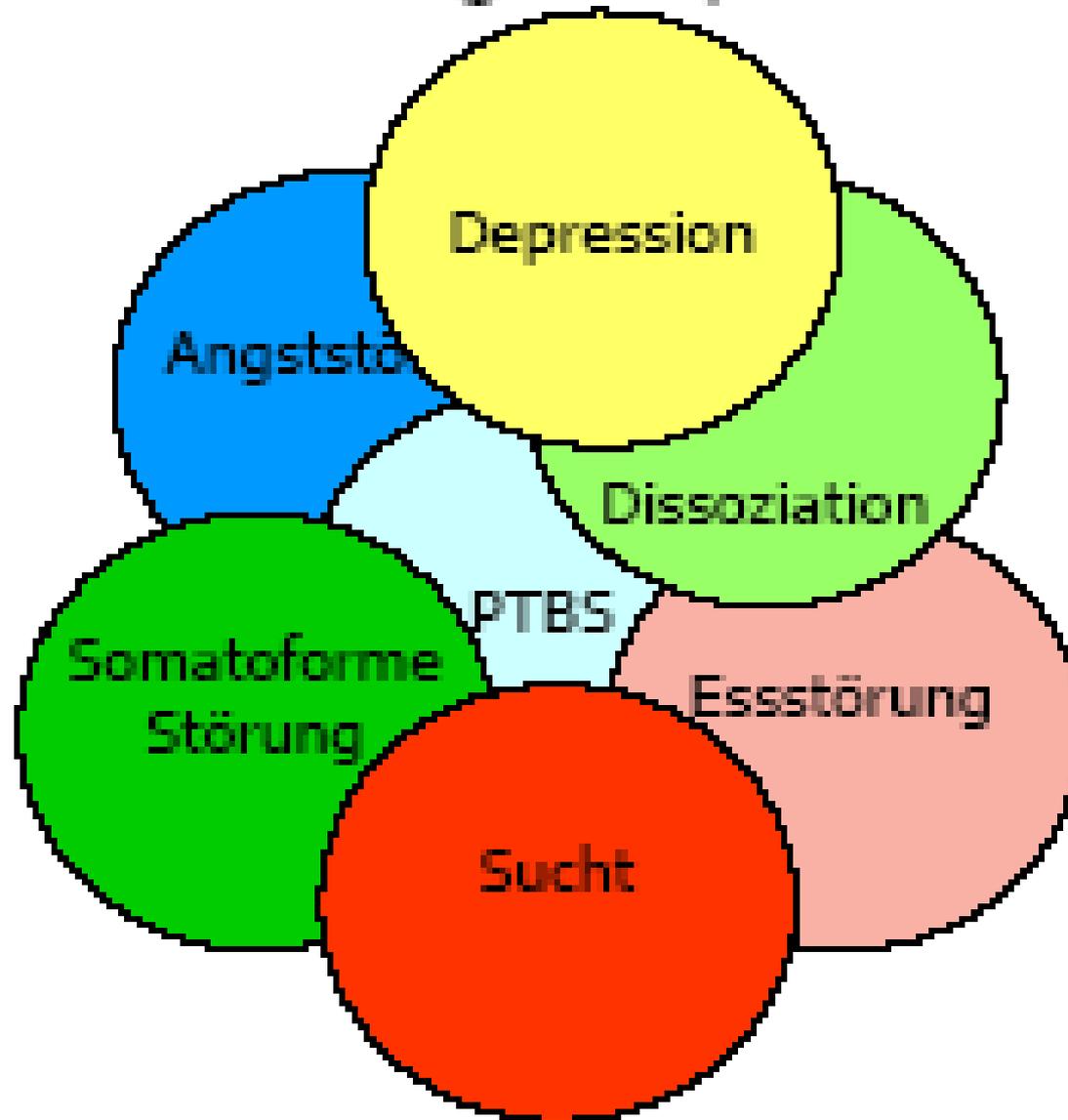
(Maunder, R, Hunter J, Feinman V, 1998)

- **IFN:** endogenes Protein, regelt u. a. Immunantwort (Grippe), Opiatagonist, Endorphine & Opiate unterdrücken IFN, konkurrieren um Synapsen *(Peterson, 1987)*
- **IFN-Behandlung:** hochdosierte Dauermedikation
- **Nebenwirkungen:** Grippe-symptome, Muskelschmerzen, Schmerzempfindlichkeit, Übererregung, Angst, Depression
→ ähneln: Opiat-Entzug, tw. Stress- und Traumareaktion
- Körper erinnert ähnliche Erregungszustände (Arousals):
= extremes Stressereignis für Gesamtorganismus
= hohes Rückfallsrisiko bei SuchtpatientInnen!

Konsequenzen

- differenzierte Diagnostik (spez. Trauma, Depression)
- maximale Stressreduktion während IFN-Behandlung
- ausreichende Begleitmedikation (SSRI, mehr Substitution etc.)

Das Diagnoseproblem



Diagnoseprobleme PTBS/Sucht

(Krausz, Schäfer, 2003 & 2004)

- Symptomüberlagerung, oft „subsyndromal“ (unter PTBS-Diagnosekriterien)
- doppelt tabuisiert (Scham, Schuld, Schweigen)
- Unsicherheit und Hemmungen beim Ansprechen
- punktuell: Sucht = Ausschlusskriterium (kaum Aufnahme substituiertes TraumapatientInnen in Traumakliniken)
- Suchteinrichtungen: noch wenig strukturierte traumaspezifische Diagnostik (IES - Impact of Event Scale, STI - Structured Trauma Interview etc.), zu wenig traumaspezifisch ausgebildete MitarbeiterInnen

Suchtberatung & Behandlung

Paradigmenwechsel

„old school“ (70-80iger)

- abstinenzenorientiert, ideologiegeprägt
- kaum Begleitmedikation
- „Hochspannungsarbeit“ (übertragungs- & konfliktorientiert, „ausagieren“), destabilisierend, defizit/problemorientiert, intransparent
- Katharsiskonzept
- gruppendynamisch, Selbsthilfecharakter (USA)
- stat. Langzeittherapie → Retraumatisierung, Abbrüche!

Suchtberatung & Behandlung

„state of the art“

- **Sucht = Traumafolge- & Stresserkrankung**
- mehr Wissen über neurobiologische Abläufe
→ Schwerpunkt Psychoedukation
- stabilisierend, ressourcen- und beziehungsorientiert
- niedrigschwellig, Begleitmedikation (Substitution, SSRI, atypische Neuroleptika)
- Kurzzeittherapie, modulare & ambulante Angebote
- Leitlinien: Schlagworte: „Bindung“ & „Sicherheit“
(„*seeking safety*“)



Sicherheit zuerst!

Bindung, Sucht & Trauma

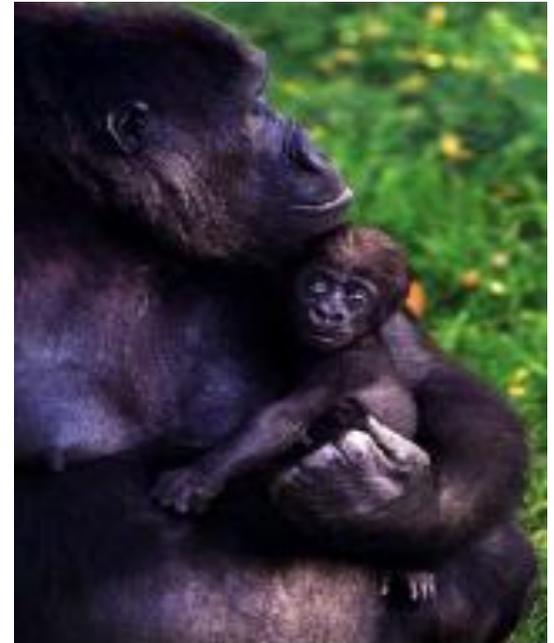
„Die entscheidenden protektiven Faktoren, die vor der Ausbreitung übermäßiger unspezifischer neuronaler Erregung schützen, sind Sicherheit bietende Bindungsbeziehungen“.

(G. Hüther)

(neurobiologisch: stabiler Oxytocinlevel)

Bindungstheorie (Bowlby)

- Durch Angst und Trennung (= Stress) wird das Bindungssystem aktiviert
- Durch körperliche Nähe und affektive Resonanz der Bindungsperson wird das Bindungsbedürfnis beantwortet und die Stressreaktion beruhigt
- Bindungsperson wird sicherer emotionaler Hafen für den Säugling



Traumatisierte SuchtpatientInnen

Grundproblematik

- real erlebte traumatische Kontrollverluste & Grenzverletzungen
- **unsicherer/problematischer Bindungsstil:**
- Probleme mit Nähe & Distanzregulierung
- niedrige Frustrationstoleranz, Selbstabwertung
- schneller Aufbau negativen Emotionen, langsamer Abbau, **schlechte Selbstberuhigung**
- Problembewältigungsstil: Vermeidungs- statt Annäherungsmodus, chemische Affektregulierung

Traumasesensible Grundhaltung als Bindungsangebot

- **Setting:** größtmöglicher Kontrast zu Trauma-Situation → ruhig, **strukturiert**, kontrollierbar, Bedürfnis nach Grenzen und Sicherheit respektieren, Geduld!
- **Stabilisierung** wichtiger als Konfrontation (nicht immer notwendig)!
- „**sicherer**“ **Bindungsstil:** empathisch, „nicht-neutral abstinent“, unterstützend, ressourcenorientiert (Selbstwert!), transparent & psychoedukativ (Ferenczi)
- **Modell für (Selbst)beruhigung & (Selbst)fürsorge:** Distanzierungs-, Antistress-, Anticraving-Techniken („Tresor“, „sicherer Ort“, crave ex“), Achtsamkeit/SUD
- **Hilfe bei Reduktion von Exzessen** (Substitution, harm reduction, safe use)
- **HelferInnen:** professionelles solidarisches Netzwerk, Funktionsaufteilung (soz./med./jur./psy)

Ziele

- Stresstoleranz & stabiler Selbstwert
- Konstruktiver Umgang mit „Triggern“ („Leben mit dem Trauma“)
(Erinnern = beeinflussbar, Überflutung = regulierbar)
- Fähigkeit zu Selbstberuhigung & Selbstfürsorge
- Neuordnung von Beziehungen & Lebensstil
- selbständige Lebensgestaltung (abstinent, substituiert, ohne/wenig Beikonsum & Risikoverhalten)
- gesündere Lebensführung
- positive Zukunftsorientierung: weniger Angst & größere Zuversicht in allen Lebensbereichen



Angebote für traumatisierte SuchtpatientInnen

stationäre Aufnahme (Wartezeit!!!)

- Reha-Klinik für seelische Gesundheit (Klagenfurt)
- Psychosomatische Kliniken/Zentren (Eggenburg, Bad Aussee, Bad Hall, Rust...)
- Psychiatrisches Krankenhaus Therapiezentrum Ybbs
- neurologische & psychosomatische Abteilungen (LKH)
- Ubuntu/Retira (Jugendliche bis 24)
-

ambulant

- Tageszentren Pro Mente, §15, Frauenberatungsstellen
- Netzwerk für Interkulturelle Psychotherapie nach Extremtraumatisierung (nipe.or.at)
- PsychotherapeutInnen/PsychologInnen/ÄrztInnen(www.oent.at)
- Finanzierung: Kassen, BSA/Opferschutzgesetz, Weißer Ring

Akuttrauma & Intervention

Kurzfristige Reaktionen

- Schock
- Dissoziation
- intensive Gefühle
- chaotische Gedanken
- unangemessenes Verhalten
- Bruch in der Biografie

Grundprinzipien

1. Ruhiges und sicheres Auftreten hilft gegen Angst.
2. Verlangsamung hilft gegen Übererregung.
3. Struktur hilft gegen Chaos.
4. Rationales Denken hilft gegen überschwemmende Gefühle.
5. Information hilft gegen Kontrollverlust.
6. Handeln hilft gegen Hilflosigkeit.

Psychische Stabilisierung

Information über mögliche psychische Folgen von kritischen Ereignissen

Normalisierung der individuellen Gefühle & Reaktionen

Förderung hilfreicher Bewältigungs- und Verarbeitungsprozesse

Aktivierung des sozialen Netzwerkes der Betroffenen

Vorbeugung von Folgestörungen (sekund. Prävention)

Einleitung individueller Weiterbetreuung / Behandlung, falls notwendig

Das Akutgespräch nach dem SAFE-R-Modell (Everly & Mitchell, 1998)

S - Stabilize

- Stabilisieren/Sicherheit geben, Beziehung aufbauen

A - Assess & acknowledge

- Explorieren und Anerkennen

F - Facilitate understanding & emotional processing

- Erleichtern von Verstehen und Durcharbeiten

E - Encourage action & use of resources

- Ermutigung zu Handlung & positiven Bewältigungsversuchen

R - Recovery or referral

- Genesung oder Weitervermittlung

ABLAUF

1. Stabilisieren/Sicherheit geben:

Schutz, Decke, Trinken, „Ich bin für Sie da!“

Ankommen im Hier & jetzt: Atemregulation, Dissoziationsstop („Notfallkoffer“), Körperwahrnehmung herstellen

2. Anerkennen, Explorieren & Strukturierung (SUD?)

gesamtes Geschehen durcharbeiten, kognitiver Schwerpunkt (Fakten, Gedanken). Situation darstellen lassen, max. 10-15':

„Was ist passiert?“ (Anfang - Ende)

„Welches Bild ist in Ihrer Erinnerung am schlimmsten?“

„Welche Emotionen löst es aus?“

„Welche Erinnerungen möchten Sie am liebsten aus dem Gedächtnis löschen?“

„Welcher Aspekt beschäftigt Sie am meisten?“

ev: „Gibt es einen Erfahrungswert aus dem Erlebnis?“

SUD? > 0: Was muss passieren, dass Belastung zurückgeht?

3. Förderung des Verstehens & Normalisierung von Symptomen/Reaktionen

- Belastungssymptome erklären (Psychoedukation)
- Unterstützung der Akzeptanz des eigenen Verhaltens („normale Reaktion auf außergewöhnliches Ereignis“)

4. Entwicklung wirksamer Bewältigungsstrategien

- Plan, wie mit Situation umgegangen werden kann.

5. Weitervermittlung

- grundlegende Info zum Umgang mit Belastungen
- Erschließung eigener Ressourcen: Was kann der/die Betroffene selber aktiv tun?
- Beurteilung der Eigenständigkeit
- Vermittlung weiterer Unterstützungsangebote

Abschluss: was machen Sie jetzt & den Rest des Tages?

bei Dissoziation, Überflutung, Panik & Co:

Warnzeichen:

- **Sprache:** KlientIn spricht in Gegenwartsmodus über Vergangenes, Sprachlosigkeit, unverständlich
- **Motorik:** erregt oder erstarrt (zu viel/zu wenig)
- **Visuell:** Abbruch des Blickkontakts

KEINE PANIK!

→ **Kontakt herstellen, ablenken, stören!**

„Notfall-Koffer“

- **Kontakt halten:** mit Namen nennen (laut!), bei Kl. bleiben, direktiv sein, Atem beruhigen, Zeichen vereinb. (w. sprachlos)
- **Ablenkung & Reorientierung: Aufmerksamkeit binden**
 - Sehen: aufstehen, etwas fallen lassen, 3 Gegenstände?
 - Denken: Name? Ort? Tag? rückwärts zählen lassen (10-0)
 - Hören: Klangschale, Musik
 - Riechen: Aromaöl, Filzstift, Schmecken: Zuckerl, Schokolade
 - Fühlen: Wasser, Creme, Bürste, Igelball
 - kinetisch/motorisch: Ortswechsel, Bewegung, etwas geben, Minimoves
- **Distanzierungstechniken:**

Tresor, Bildschirm/Stopp, Sicherer Innerer Ort/Wohlfühlort

Trauma-Anamnese: Balance zwischen Ermutigung, über Trauma zu berichten und Wahrung von Kontrolle



Generell:

Positives zuerst, stabilisieren!

- Ressourcen bewusst machen
- Validierung (Bewertung):
 - Würdigen von Alltagskompetenzen & bisherigen Versuchen (Suchtverhalten = Lösungskompetenz)
 - Symptome = „normale Reaktion auf unnormales Ereignis“
- Stabilisierung: Distanzierungstechniken, „Sicherer Ort“, Wohlfühlort
- Ressourcen & Belastungen abfragen (ev. mit Diagramm)

Ressourcen & Belastungsdiagramm

- Geburt - halbe Lebenszeit - heute
- U-Format: jetzt geht es aufwärts!
- Aufteilung: es gibt nicht nur Negatives
- Zeitschiene: viel Negatives ist vorbei
- Ressourcen werden bewusst
- Gemeinsam ausfüllen!
- Achtung: Schwerpunkt auf Ressourcen, Belastungen nur überblicksmäßig, keine Details

Ressourcen

- gewünschtes Kind?
- schöne Erlebnisse
- Wohlfühlsituationen
- Talente, Hobbies
- Erfolge
- positive Beziehungen
- Unterstützung
- Positive Überzeugungen
- Bezug zu Tieren, Natur
- Lieblings Speisen
- Lieblingsfiguren
- positive Zukunftserwartg

Belastungen

- pränatale Belastungen
- Unfälle, Krankheiten
- Verluste
- Demütigungen, Scham
- Misserfolge
- Angsterlebnisse
- Trennungen
- vorzeitige Todesfälle
- Gewalterfahrungen
- körperliches Unwohlsein
- negative Mottos
- Ängste & Befürchtungen

Beachten bei Traumaanamnese (Erstgespräch)

- 1) **Grundfrage:** „Gab es in Ihrem Leben einmal ein Ereignis/Ereignisse, die Sie heute noch belasten?“
→ **weitere Fragen:** Alter, 1x/öfter, psych./körperl., Täterkontakt? aktueller Belastungsgrad (SUD)
vorher vereinbaren: *keine Details, Stoppsignal, bei Arousal distanzieren helfen (Überschriften, Film, 3. Pers.)*
- 2) **Zusammenhänge herstellen (Trigger/Symptom):**
Tages/Jahreszeiten, Daten, Situationen, Sinneseindrücke, emot. & körperliche Zustände, Filme, Genussmittel etc.
- 3) **Psychoedukation:** entlasten („nicht verrückt!“, „normale Reaktion“), erklären, ermutigen!
- 4) **Abklärung:** stabilisierende Maßnahmen (körperlich, sozial, psychisch) und/oder Therapie

Weiteres Vorgehen

- Unterstützung bei Alltagskonflikten & Belastungen
- Unterstützung bei Stressregulation: Atem, Imagination, sanfte Körperarbeit (Qi Gong, Achtsamkeitsübungen)
- bei Überflutung/Akuttraumata: **Notfallkoffer, Safe-R, Tresor**
- Ziel: “hier & jetzt” statt “dort & damals”
- Traumakonfrontation nur im Therapierahmen!
- Vernetzung mit SpezialistInnen (PT, Begleitmedikation etc.)