



Schnelle Hilfe durch die Traumaambulanz



Dipl. Psych. Dr.med.
S.Koch-Stoecker
Traumaambulanz EvKB
Bielefeld

- ➔ **Verhinderung der Entwicklung von schweren und chronischen psychischen Störungen nach einer psychischen Traumatisierung**
durch
- ➔ **frühzeitige, gezielte Intervention in den ersten Wochen nach dem Trauma.**

Mögliche Folgeprobleme bei posttraumatischer Belastung

- ***Entwicklung weiterer psychischer Störungen wie Depressionen, Angststörungen, Missbrauch von Suchtmitteln***
- ***Entwicklung körperlicher Beschwerden wie Schmerzen, Herzbeschwerden, sexuelle Störungen***
- ***Entwicklung sozialer Probleme wie Partnerkonflikte, Arbeitsplatzverlust***
- **Bei ca. jedem/r dritten Betroffenen bleiben die Probleme über mehr als 10 Jahre bestehen.**

Trauma: aus dem Griechischen - Wunde

Psychisches Trauma:

Seelische Wunde bei Opfern von außergewöhnlichen, schrecklichen Erlebnissen.



A Kriterium nach DSM IV:

1. Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod oder ernsthafter Verletzung oder Gefahr für eigene oder fremde körperliche Unversehrtheit (objektiv) **und**
2. Reaktion: Intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen (subjektiv)

Z.B. durch

- ➔ zwischenmenschliche Gewalt,
(als direktes Opfer oder als Zeuge erlebt)
- ➔ Folter, Kriegserlebnisse,
- ➔ schwere Unfälle,
- ➔ unerwarteter Tod eines nahen Angehörigen.

Charakteristikum: Weder „fight“ noch „flight“
möglich, keine passende Verhaltensstrategie
verfügbar

- ➔ extremer Stress,
Handlungsunfähigkeit, Erstarren

- ➔ **Deutlich mehr als die Hälfte aller Menschen** erlebt mindestens einmal im Leben ein psychisch traumatisches Ereignis
- ➔ Drei Viertel der Betroffenen verarbeiten das Erlebte **ohne** längerfristige seelische Schäden
- ➔ **Jede(r) Vierte** entwickelt **in den ersten sechs Monaten** nach dem Trauma Symptome der so genannten „**Posttraumatischen Belastungsstörung**“ (PTBS)

PTBS Prävalenz:

Ca. > 50% nach Vergewaltigung

Ca. 50% bei Kriegs- und Vertreibungsoffer

Ca. 25% nach anderen Gewaltverbrechen

Ca. 10%-15% bei Verkehrsunfallopfern

Ca. 15% bei schweren Organerkrankungen,
(Herzinfarkt, schwere Krebserkrankungen)

Akute Belastungsreaktion (ABR) (erste Tage bis 4 Wochen)

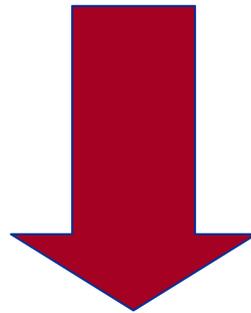
- ➔ Betäubung, unangebrachte Handlungen
- ➔ Bewusstseineinengung, Wahrnehmungsstörungen
- ➔ Gefühl, nicht man selbst zu sein oder alles wie durch einen Filter oder eine Kamera zu erleben (Dissoziation)
- ➔ Starke emotionale Schwankungen: Trauer, Wut oder Aggression, Teilnahmslosigkeit
- ➔ Allgemeine Stressreaktionen wie Schwitzen, Herzrasen oder Übelkeit.



Physiologische Verarbeitungsreaktion nach Trauma

... dennoch entwickeln ca. 70 % der Menschen mit ABR eine PTBS!

- Bestehen bleiben von Symptomen über mehr als ein Monat
- Neuauftreten von anfangs nicht vorhandenen Symptomen im ersten halben Jahr
- Chronifizierungstendenz, bis zu Jahrzehnten!



**Ziel der Opferambulanz:
Verhindern der Entwicklung
einer PTBS durch *rasche* Hilfe**

B Kriterium: Beharrliches Wiedererleben des Ereignisses:

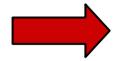
Sich aufdrängende Bilder, Gedanken, Wahrnehmungen (Flashbacks), wiederkehrende (Alp-)Träume, Gefühl, als ob das Ereignis wiederkehrt

C Kriterium: Vermeidung und Abflachung der Reagibilität

- Bewusstes Vermeiden von traumakorrelierten Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, Aktivitäten, Orten oder Menschen
- Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,
- Vermindertes Interesse an Aktivitäten,
- Gefühl der Entfremdung von anderen,
- Gefühl einer eingeschränkten Perspektive

D Kriterium: Anhaltende Symptome erhöhter Erregung

Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen, Schreckhaftigkeit/ erhöhte Wachsamkeit



Prätraumatische Faktoren (insgesamt weniger bedeutsam als peri- und posttraumatische Faktoren):

- Weiblich
- Jung
- Vorbestehende psychische Probleme
- Frühere Traumasituationen erlebt



Peritraumatische Faktoren:

- Traumaschwere
- Plötzlichkeit des Traumas
- Verstümmelung, Körperteile
- Dissoziation im Traumageschehen

Posttraumatische Risikofaktoren:

- **Wahrgenommene soziale Unterstützung (Freunde, Familie)**
(Fehler der Angehörigen: „...ich kanns nicht mehr hören“)
- **Erlebter Stress nach dem Trauma**
(z.B. Kündigung nach Überfall auf Tankstelle)
- **Traumatische/ Lebensbedrohung**
(... wenn Tod im Spiel ist...)
- **Peritraumatische Dissoziation**
(„ ich kann nicht rekonstruieren, was passiert ist...“)
- **Katastrophisierender Bewertungsstil**
(Eingestelltsein auf bedrohl. Ereignisse hilft verarbeiten)
- **Schuldfrage!**

**Psychosoziale
Notfallversorgung
(Feuerwehr, Polizei,
Rettungskräfte)**

Sofort!

Erste Woche

**Ergänzt durch:
Hausarzt, Notfallseelsorger,
Psychologe, Facharzt,
Beratungsstellen**

Nach 1-2 Wochen

**Spezielle psychotrauma-
therap. Versorgung,
Traumaambulanzen**

- ➔ **Zeitfenster!!!**
- ➔ **Rasche Vermittlung sinnvoll.**
- ➔ **Aber: erste Tage noch nicht therapierbar**
- ➔ **Erste Wochen: Selbstheilung nicht überrumpeln! Symptomentwicklung beobachten. Zu- oder Abnahme registrieren.**
- ➔ **Bei Sy.zunahme: ab 3.-4. Woche spezifisch behandeln!**

5 Std. Sachverhaltsaufklärung = Wertvolle Therapiezeit, die nicht in den ersten Tagen „verbraucht“ werden sollte!

**Psychosoziale
Notfallversorgung
(Feuerwehr, Polizei,
Rettungskräfte)**

Ergänzt durch:
Hausarzt, Notfallseelsorger,
Psychologe, Facharzt,
Beratungsstellen

Spezielle psychotrauma-
therap. Versorgung,
Traumaambulanzen

- ➔ **Vorsichtige Kontaktaufnahme**
- ➔ **Emotionale Unterstützung, Trost**
- ➔ **Herstellung von Sicherheit**
- ➔ **Elementare Bedürfnisse befriedigen**
- ➔ **Dosierte Informationsvermittlung**
- ➔ **Helfersystem aktivieren (Angehörige...)**
- ➔ **Ausstattung mit Adressen für weitere Unterstützung (Visitenkarte!)**

Psychosoziale
Notfallversorgung
(Feuerwehr, Polizei,
Rettungskräfte)

**Ergänzt durch:
Hausarzt, Notfallseelsorger,
Psychologe, Facharzt,
Beratungsstellen**

Spezielle psychotrauma-
therap. Versorgung,
Traumaambulanzen

- ➔ **Psychoedukation über typische Symptome und Abläufe**
- ➔ **Screening der Risikofaktoren**
- ➔ **Symptomentwicklung im Blick halten**
- ➔ **Praktische und soziale Unterstützung**
- ➔ **Indikation zu weiterführender Versorgung stellen**
- ➔ **Evtl. Krankschreibung und Medikation**

Psychosoziale
Notfallversorgung
(Feuerwehr, Polizei,
Rettungskräfte)

Ergänzt durch:
Hausarzt, Notfallseelsorger,
Psychologe, Facharzt,
Beratungsstellen

**Spezielle psychotrauma-
therap. Versorgung,
Traumaambulanzen**

**Konzept der
Frühintervention in der
Trauma-Ambulanz
des EvKB:
5 probatorische Sitzungen
zur Sachverhaltsaufklärung**

Mindestmaß an Sicherheit herstellen

Klare Information über Interventionskonzept
(Zeit/Struktur/**Kontrolle**)

- Angenehmer Behandlungsraum, Sitzwahl etc.
- Körperlicher Schutz
(Gefahr der Retraumatisierung?)
- Alltag - Finanzen - Wohnsituation
- Beziehungen; ggfs. Einbeziehen Angehöriger

Präventiv orientierte Frühintervention - Diagnostik -

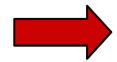
- ➔ Kurze sachliche Schilderung des Traumageschehens
- ➔ Aktuelle körperliche und psychische Symptome
- ➔ Kurzer biografischer Überblick
- ➔ Andere psychische Störungen, frühere Traumatisierungen, Vorbehandlungen
- ➔ Andere Erkrankungen, Einschränkungen
- ➔ **Vor** der 1.Stunde: Testdiagnostik (IES, SCL 90-R, BDI)

Präventiv orientierte Frühintervention - Aufklärung und Information -

- ➔ **Psychische Symptome zu Beginn sind physiologische Traumafolgen („normale Reaktion auf unnormales Ereignis“), erst bei Persistenz und Ausweitung der Symptome wird Behandlung nötig.**
- ➔ **Psychoedukation und schriftliches Informationsmaterial zu möglichen Symptomen, deren Hintergrund und Behandlungsmöglichkeiten:**

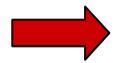
Präventiv orientierte Frühintervention - Themen der Aufklärungsbroschüre -

- **Wiedererleben der Traumasituation:
Flashbacks, Intrusionen, (Alp-)Träume**
- **Weiterbestehendes Gefühl der Gefahr**
- **Körperliche Erregung**
- **Vermeidungsverhalten**
- **Gefühlstaubheit/Niedergeschlagenheit**
- **Konzentrationsschwierigkeiten**
- **Kontrollverlust**
- **Schuld- und Schamgefühle**
- **Ärger**
- **Verändertes Selbstbild**
- **Negative Sicht der Welt**
- **Erinnerungen an vergangene belastende Ereignisse**



Entspannungstechniken

- nach Jacobsen
- Imaginations-Übungen erläutert (CD).



Ziele:

- Eingrenzung der Übererregbarkeit
- Angstbewältigung/-limitierung in der therapeutischen Trauma-Konfrontation

Präventiv orientierte Frühintervention - Prolongierte Exposition – oder EMDR

- ➔ **Zentraler Wirkfaktor der Behandlung:**
 - konkretes, imaginatives, wiederholtes Durchleben des Traumas in der Therapie (Bildschirmtechnik) mit Tonbandaufnahme zum Abhören zu Hause)
 - die Angst schwächt sich dabei nach und nach ab
 - Hilflosigkeit wird zu Wut und Ärger

- ➔ Erinnerungsdetails mit den zugehörigen Gefühlen werden dadurch schließlich in eine (angstfrei) erzählbare Geschichte überführt

- ➔ Alternativ: EMDR

Präventiv orientierte Frühintervention - weitere Maßnahmen in der Therapie -

- ➔ Fehlannahmen (z.B. über die eigene Schuld) werden korrigiert (kogn. Umstrukturierung), positive Denkmuster geübt.
- ➔ Vermeidungen (falls schon eingetreten) werden abgebaut.
- ➔ Bestandteile der Behandlung werden ggfs. zu Hause geübt (Tonbandaufzeichnungen, Hausaufgaben).
- ➔ Anregungen, sich Gutes zu tun: künstlerische Betätigung, wohltuende Körpererfahrungen, positive Tagesrituale, soziales Netz aktivieren...

Präventiv orientierte Frühintervention - Abschluss -

- ➔ Wenn die Trauma-Erfahrung aus ihrem Schrecken und der Bedrohlichkeit gelöst und in den **Lebenszusammenhang eingeordnet** ist
- ➔ dann beendet der gemeinsamer Blick auf die **Zukunftsperspektiven und die weitere Lebensplanung** die Intervention.
- ➔ **Kontrolltermin** nach einem halben Jahr: PTBS-Symptome? Weitere Hilfe nötig?

Präventiv orientierte Frühintervention - Ziel: Verhindern einer PTBS -

- ➔ **Geeignet** als Interventionsstrategie
 - bei **akut traumatisierten Menschen**
 - **vor** Ausbildung einer PTBS

- ➔ **Nur teilweise (abgewandelt, vorsichtiger) geeignet**
 - bei bereits bestehender, ausgeprägter PTBS
 - bei länger zurückliegender und / oder
 - bei wiederholter Traumatisierung
 - bei schweren sexuellen Gewaltdelikten

- Start: Sommer 2004
- Kostenträger:
 - OEG (eher weniger als erwartet)
 - BG
 - Krankenkasse
 - Ersthelferkasse
- Ausbau: Trauerambulanz

- ➔ Frauenprojekte:
Frauennotruf, Frauenhaus, Frauenberatungsstelle,
Mädchenhaus, Verein Wildwasser

- ➔ Beratungsangebote bei psychologischen
Beratungsstellen

- ➔ Opferschutzbeauftragte Polizei
Stadt Bielefeld
Weißer Ring
Notfallbegleitung
Rettungsdienste

➔ Für alle akut traumatisierten Bielefelder Bürger

⇒ unabhängig von der Art ihrer Belastung
(Gewaltübergriffe, Unfälle, Trauer, andere
Schicksalsschläge),

⇒ möglichst früh eine präventiv wirksame
Unterstützung anzubieten,

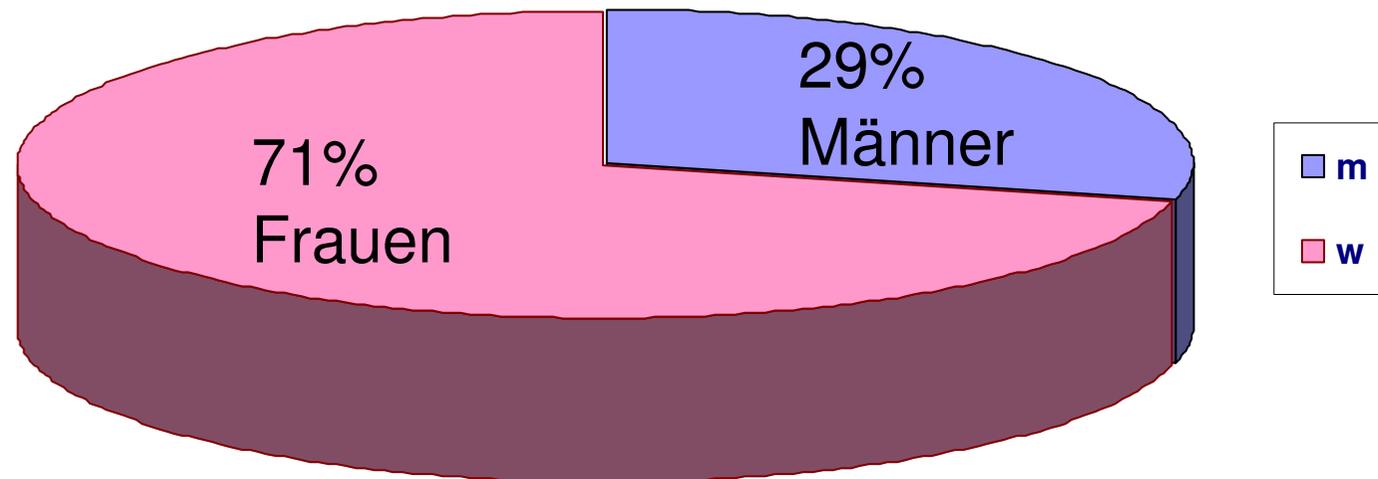
⇒ ohne dass sich die Betroffenen um Organisation,
Finanzierung und Zugangswege sorgen müssen
(großer Vorteil der Opferambulanz!).

- ⇒ Viele Traumatisierte erhalten unsere Visitenkarte von der Polizei, um bei Bedarf nach der Schockphase Kontakt aufzunehmen
- ⇒ einige auch durch die Bielefelder Notfallbegleiter
- ⇒ einige werden von ihren Hausärzten geschickt, vom Weißen Ring oder anderen Vernetzungspartnern
- ⇒ einige hören von Bekannten oder Freunden von uns

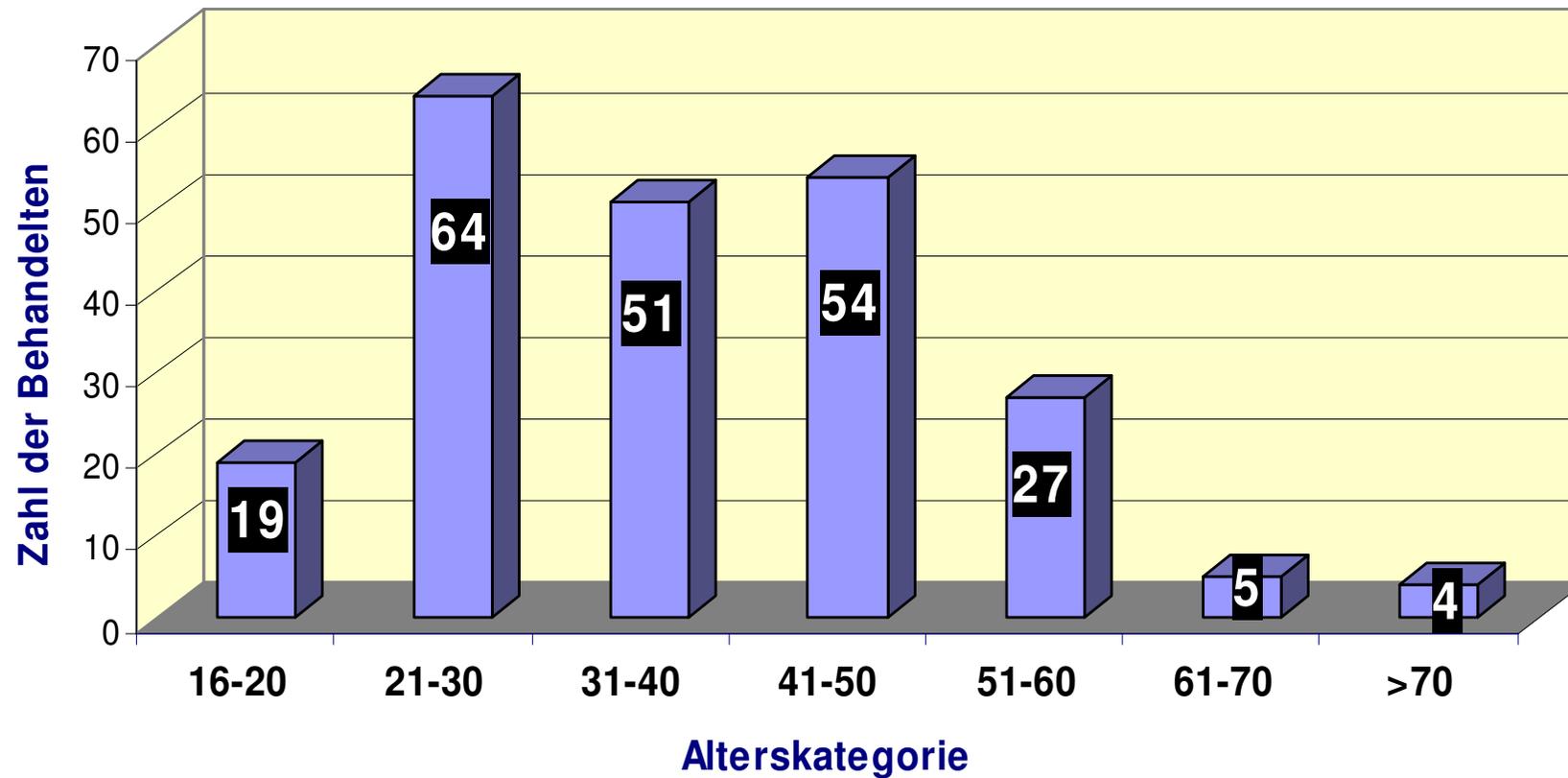
- ➔ Weiterbehandlung nach regulärer Kurzintervention schwierig wegen fehlender Behandlungsplätze in der Richtlinientherapie.
- ➔ Nicht alle Anschlusstherapien können in der Traumaambulanz durchgeführt werden...

Ca. 1- 2 neue PatientInnen pro Woche

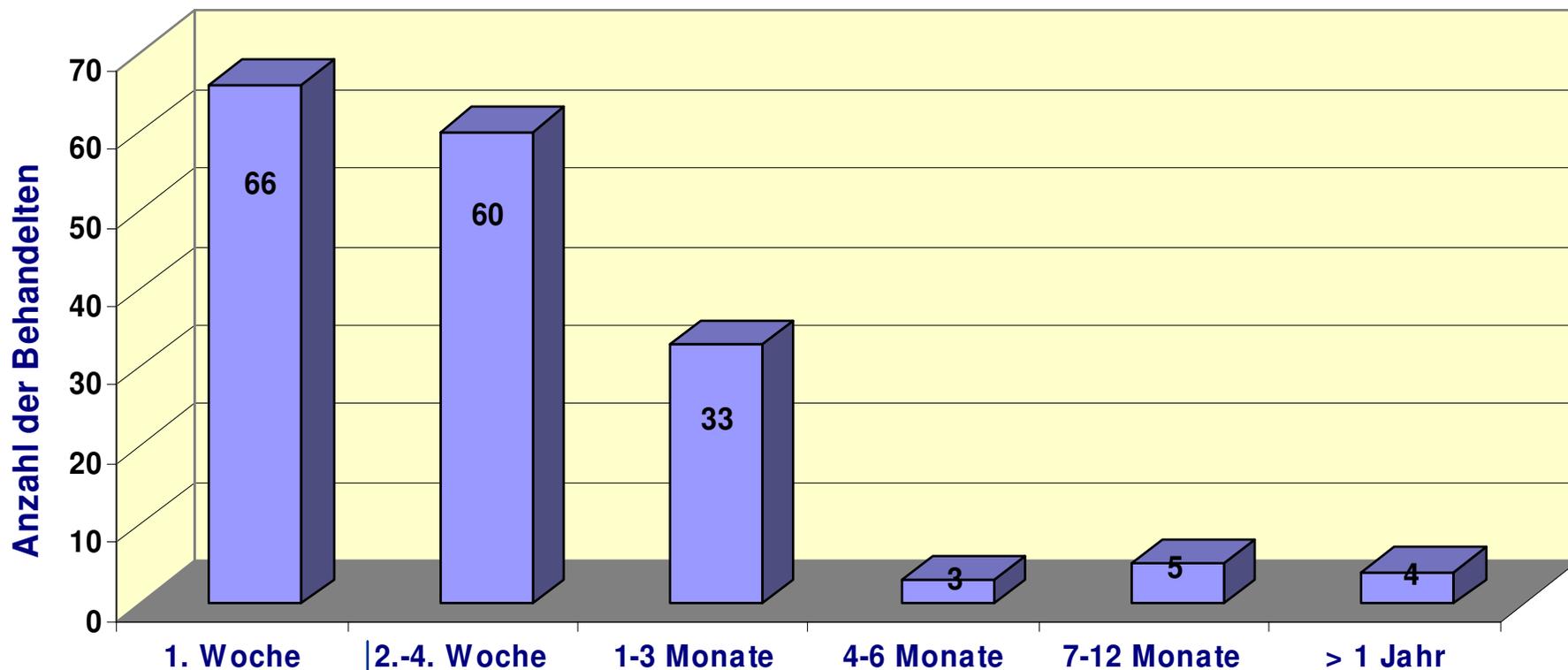
Geschlecht der Traumapatienten



Alter bei Erstkontakt in Jahren (n=224)

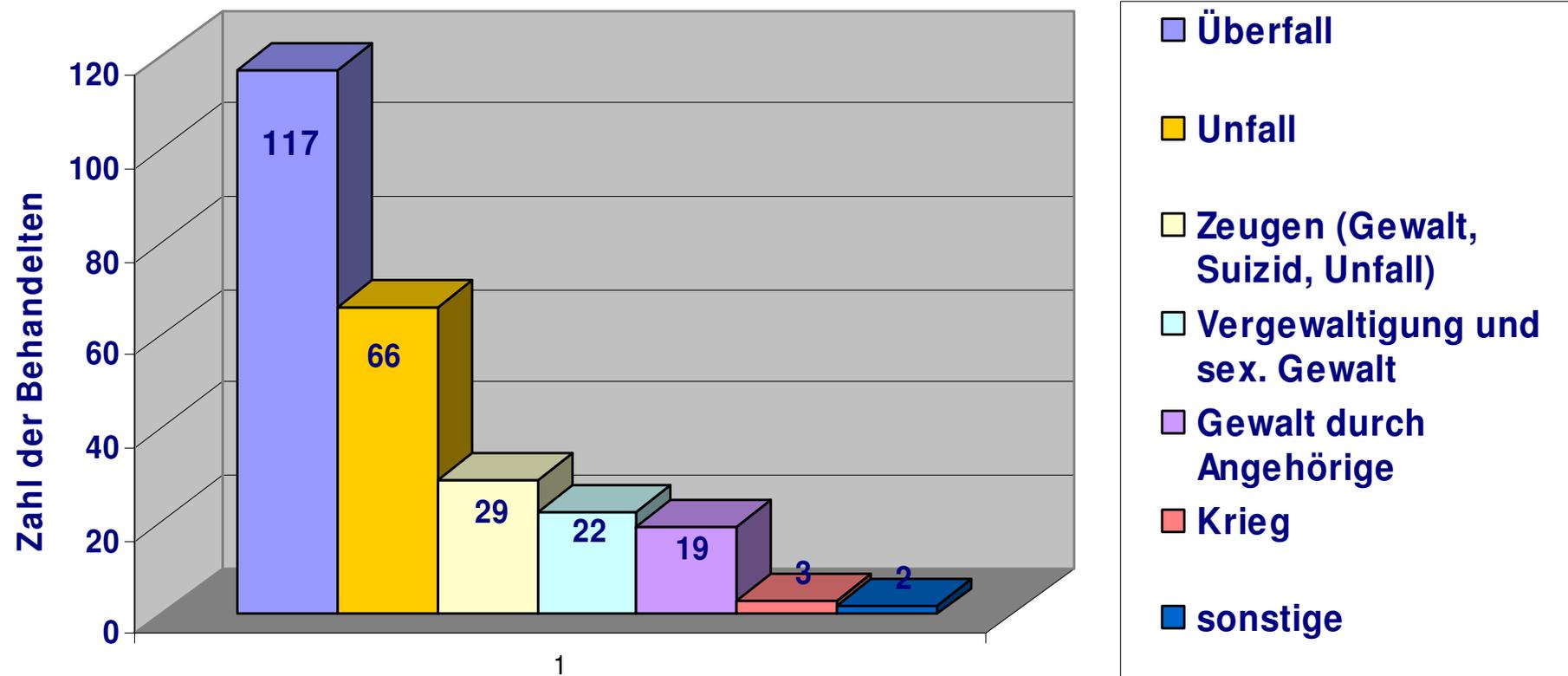


Erstkontaktzeitpunkt nach Trauma (n=171)

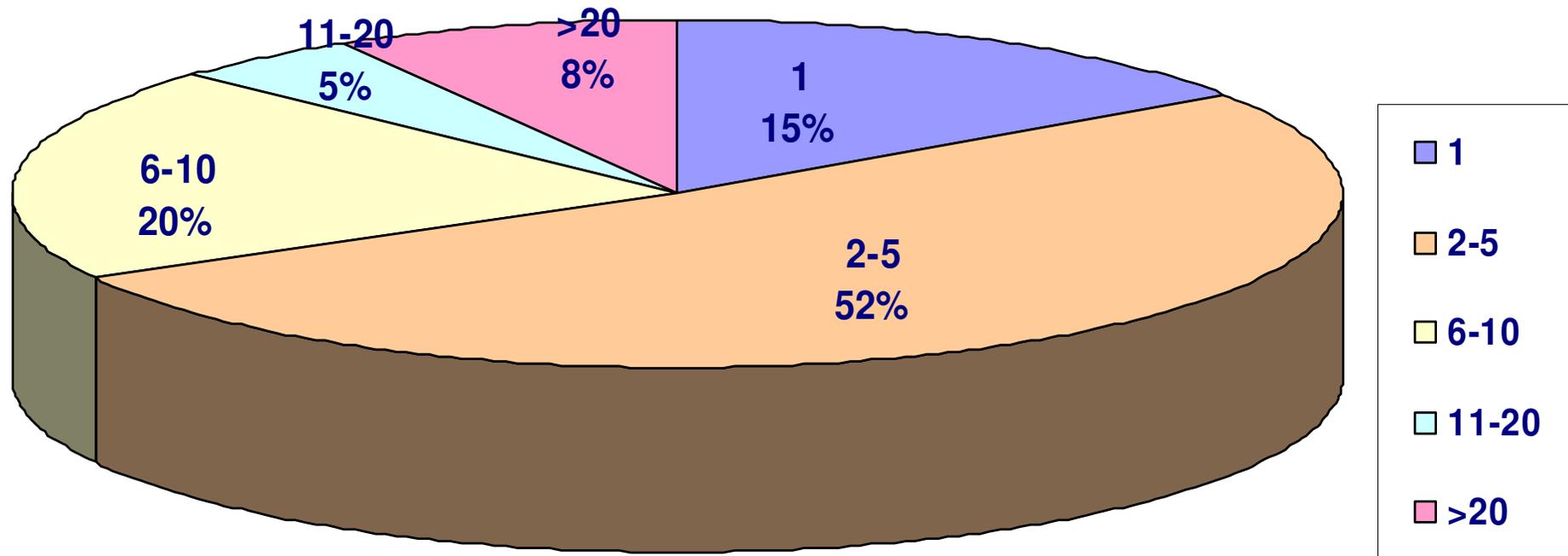


Ca. $\frac{3}{4}$ der Pat. in den ersten 4 Wochen

Art der Traumatisierung (n=258)



Zahl der Behandlungsstunden (n=130)



**Traumakonfrontation??
Hilfreiches Therapieverfahren!
(... nicht zu ängstlich sein!)**

Evidenz aus randomisierten Therapiestudien:

- ⇒ Traumafokussierende Behandlungen (kogn. VT und Expositionstherapien) am erfolgreichsten.
- ⇒ Exposition wird nicht häufiger abgebrochen oder verweigert, führt nicht häufiger zu Verschlechterungen
- ⇒ Stabilisierungsphase nicht notwendig (max. 2 Stunden Psychoedukation vor Exposition)
- ⇒ Stabilisierung kann sogar schaden: Pat. lernt, dass Auseinandersetzung mit Trauma Angst macht, gefährlich ist.

Traumakonfrontation ist weniger sinnvoll bei:

- ⇒ Fehlen von Intrusionen, flash-backs oder Alpträumen, die auf unverarbeitetes Traumaerleben hindeuten
- ⇒ eindeutig rückläufiger Symptomatik
- ⇒ anhaltender Gefahr (Täterkontakte)
- ⇒ Ablehnung der Behandlungsmethode durch Patienten
- ⇒ Fehlen von zeitlichen Freiräumen für ca. 90 min Sitzungen
- ⇒ Starke Schuld- und Schamgefühle
- ⇒ Todesfälle im Rahmen der traumatischen Situation
- ⇒ Suizidalität
- ⇒ Mangelnde körperliche Belastbarkeit des Patienten

**5 Sitzungen als Sachverhaltsaufklärung
geeignet für Diagnostik und Beobachtung der
Symptomentwicklung!**

**5 Sitzungen zur Behandlung incl.
Traumakonfrontation zu ambitioniert!!
Zuviel für 5 Stunden (Druck auf Behandler!)**

Arbeitsgruppe Trauma-Ambulanz Bielefeld (April 2010):

Prof. Dr. Martin Driessen (Chefarzt)

Dr. Steffi Koch-Stoecker (Leiterin Psych. Institutsambulanz)

PD Dr. Thomas Beblo (Dipl. Psych.)

Dr. Oliver Koch (Facharzt)

Claudia Lanver (Psych. PTin)

Elisa Peters (Soz.arbeiterin)

Inken Radau (Psych. PTin)

Frauke Sutmann (Fachärztin)

Natalja Wall (Ärztin)