



Zentrum für angewandte Pastoralforschung an der RUB

21. Oktober 2015

Allgemeine persönliche Psychohygiene vor und nach belastenden Einsätzen in der Notfallseelsorge

Univ.-Prof. Dr. med. Dipl.-Theol. Gereon Heuft
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Universitätsklinikum Münster
Domagkstr. 22; 48149 Münster

Trauma-Ambulanz nach dem OEG

Warum Psychohygiene in der Notfallseelsorge?

NotfallseelsorgerInnen gehen ständig mit „infektiösem“ psychischen Material um.

Insofern sie Anteil nehmen, sind sie durch ihre Begleitung und die damit verbundene Empathie (schwer) belastet.

Beispiele:

- Überbringen einer Todesnachricht
- (plötzlicher) Tod eines Kindes
- Katastrophensituationen mit Instabilität auch äußerer Strukturen

Lit.: Chr. Breitsameter (Hrsg.) (2012) Notfallseelsorge. Ein Handbuch. Aschendorff, Münster

Psychisches Trauma

(1) Das psychische Trauma ist Folge eines kurzzeitigen oder länger dauernden belastenden Ereignisses, das außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung liegt, für fast jeden belastend wäre und mit intensiver Angst, Schrecken und Hilflosigkeit erlebt wird.

Psychisches Trauma

- (1) Das psychische Trauma ist Folge eines kurzzeitigen oder länger dauernden belastenden Ereignisses, das außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung liegt, für fast jeden belastend wäre und mit intensiver Angst, Schrecken und Hilflosigkeit erlebt wird.
- (2) Resultierende Beeinträchtigungen dauern in der Regel mehr als 1 Monat und manifestieren sich bei Erwachsenen oft über Hauptmerkmale der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD), bei Kindern und Jugendlichen über anhaltende strukturelle Störungen.

Psychisches Trauma

- (1) Das psychische Trauma ist Folge eines kurzzeitigen oder länger dauernden belastenden Ereignisses, das außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung liegt, für fast jeden belastend wäre und mit intensiver Angst, Schrecken und Hilflosigkeit erlebt wird.
- (2) Resultierende Beeinträchtigungen dauern in der Regel mehr als 1 Monat und manifestieren sich bei Erwachsenen oft über Hauptmerkmale der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD), bei Kindern und Jugendlichen über anhaltende strukturelle Störungen.
- (3) Das Ausmaß der Beeinträchtigung steht in Bezug zur erlebten Schwere des Traumas - ursächliche Handlungen von Menschen und begleitende Verletzungen der körperlichen Integrität stellen fast immer komplizierende Faktoren dar.

Psychisches Trauma

- (1) Das psychische Trauma ist Folge eines kurzzeitigen oder länger dauernden belastenden Ereignisses, das außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung liegt, für fast jeden belastend wäre und mit intensiver Angst, Schrecken und Hilflosigkeit erlebt wird.
- (2) Resultierende Beeinträchtigungen dauern in der Regel mehr als 1 Monat und manifestieren sich bei Erwachsenen oft über Hauptmerkmale der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD), bei Kindern und Jugendlichen über anhaltende strukturelle Störungen.
- (3) Das Ausmaß der Beeinträchtigung steht in Bezug zur erlebten Schwere des Traumas - ursächliche Handlungen von Menschen und begleitende Verletzungen der körperlichen Integrität stellen fast immer komplizierende Faktoren dar.
- (4) Zentral für die Pathogenese ist die intrapsychische, interpersonelle oder/und transaktionale Desintegration.

Psychisches Trauma

- *Situationsfaktoren (additiv wirksam)* -

- (1) Bedrohung für Leib und Leben
- (2) Schwerer körperlicher Schaden oder Verletzung
- (3) Absichtlicher Verletzung oder Schädigung ausgesetzt sein
- (4) Konfrontation mit verstümmelten menschlichen Körpern
(„exposal to the grotesque“)
- (5) Gewaltsamer oder plötzlicher Verlust einer geliebten Person
- (6) Beobachtung von Gewalt gegen eine geliebte Person oder
Informationen darüber
- (7) Die Information, dass man einem schädlichen Umweltreiz
ausgesetzt ist oder war
- (8) Schuld habe am Tod oder an schwerer Schädigung anderer

[Green A (1993)]

Typ-I-Trauma („one single blow“)

Typ-II-Trauma (längerfristig)

Grundsätzliches zur Psychohygiene in der Notfallseelsorge

Situations- und Kontextbedingungen vor und nach den Einsätzen:

- (körperlichen) Selbstschutz beachten
- Frequenz der Einsätze
- eigenes religiöses Leben
- Nachbearbeitungsmöglichkeiten
 - durch eigene Riten
 - mit Hilfe von (strukturell verankerten) Gesprächen
- Kennen der eigenen Vulnerabilitäten
 - durch einschlägige belastende Vorerfahrungen
 - durch repetitiv-dysfunktionale Konfliktmuster

OPD-2 (2006)

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik hat die Form eines multiaxialen Systems. Die OPD basiert auf den Achsen Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen (I), Beziehung (II), Konflikt (III), Struktur (IV) sowie psychische und psychosomatische Störungen nach dem Kapitel V (F) der ICD-10. Nach einem ein- bis zweistündigen Erstgespräch kann der Kliniker (oder der Forscher) die Psychodynamik des Patienten auf diesen Achsen einschätzen und in die Evaluationsbögen eintragen. Die neue Version OPD-2 wurde von einem rein diagnostischen Instrument zu einem Instrument für die Therapieplanung und die Veränderungsmessung weiterentwickelt. Dazu gehörten die Bestimmung von Therapiepunkten und der Entwurf darauf abgestimmter Behandlungsstrategien.

Interessenten: Psychodynamisch und tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapeuten und Psychiater, psychosomatisch Interessierte Ärzte, Klinische Psychologen und Psychologische Psychotherapeuten

Arbeitskreis OPD (Hrsg.) Operationalisierte
Psychodynamische Diagnostik OPD-2

OPD-2

Arbeitskreis OPD

Herausgeber

Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2

Das Manual für Diagnostik
und Therapieplanung



Verlag Hans Huber, Bern

HUGO BOSS Verlagsgesellschaft

Göttingen · Bern · Wien · Toronto · Seattle · Oxford · Prag

ISBN 3-456-84285-5



HUBER



HUBER



Konflikte in der OPD-2

In der OPD wurden die folgenden Definitionen „zeitlich überdauernder Konflikte“ ausgearbeitet:

(1.) Individuation versus Abhängigkeit

(2.) Unterwerfung versus Kontrolle

(3.) Versorgung versus Autarkie

(4.) Selbstwertkonflikt (Selbstwert versus Objektwert)

(5.) Schuldkonflikt (egoistische versus prosoziale Tendenzen)

(6.) Ödipaler Konflikt (Sexualisierung versus Desexualisierung)

(7.) Identitätskonflikt (Identität versus Dissonanz)

Achse III- repetitiv-dysfunktionale Konflikte (OPD-2): Leitaffekte

Affekt / Konflikt	aktiv	passiv
Angst	Verleugnung (Held)	an Realobjekt klammernd
Depression	Versorgung anderer	Versorgung suchend
Narzissismus	Selbstwert überhöht	Minderwertigkeitserleben
Zwang	Kontrolle/Bestimmen	Unterwerfen
Histrionisch	Sexualisierung	Desexualisierung

Zentrale Lebensbereiche

- 1. Herkunftsfamilie**
- 2. Partnerschaft / Familie**
- 3. Beruf / Arbeitswelt**
- 4. Besitz / Geld**
- 5. Soziales Umfeld**
- 6. Körper / Sexualität**
- 7. Erkrankung**

Zentrale Fragen (Selbstexploration):

**„Kennen Sie sich als einen
Menschen, der im Leben immer
schon mal ...**

**... sich schneller gekränkt gefühlt
hat?“**

... Ängste entwickelt hat?“

... gerne die Kontrolle behält?“

... andere übermäßig versorgt hat?“

Fragen zur Abklärung der Voraussetzungen der Konfliktbeurteilung

A) Konflikte sind <u>nicht</u> zu raten, diagnostische Sicherheit fehlt.	ja	nein
B) Aufgrund geringer struktureller Integration handelt es sich bei den erkennbaren Konfliktthemen nicht um distinkte dysfunktionale Konfliktmuster als vielmehr um Konfliktschemata.	ja	nein
C) Wegen abgewehrter Konflikt- und Gefühlswahrnehmung ist die Konfliktachse nicht beurteilbar.	ja	nein
D) Konflikthafte Belastung (Aktualkonflikt) ohne wesentliche dysfunktionale repetitive Konfliktmuster.	ja	nein

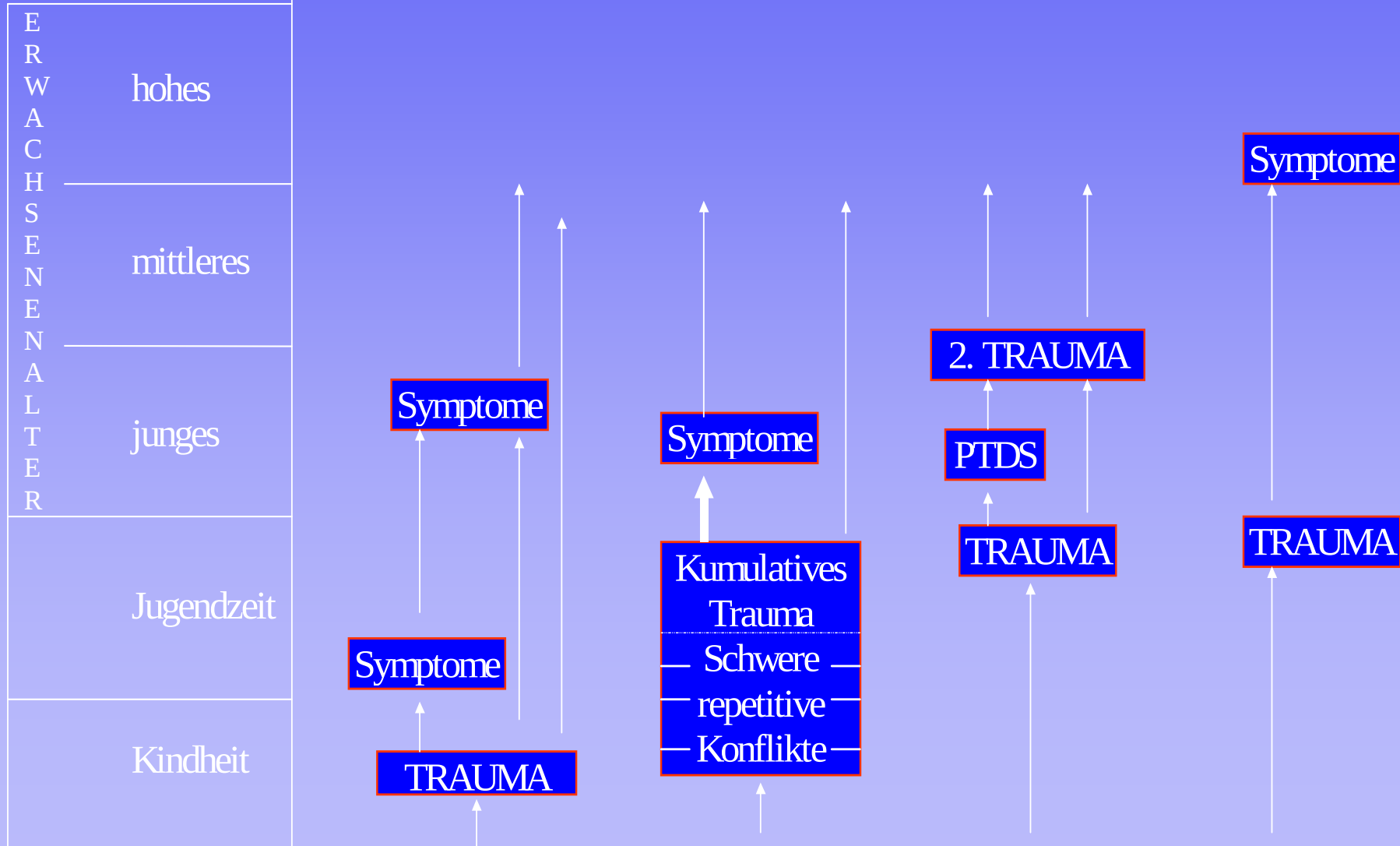
E) Repetitiv-dysfunktionale Konflikte	nicht vorhanden	wenig bedeutsam	bedeutsam	sehr bedeutsam	nicht beurteilbar
1. Individuation versus Abhängigkeit	①	①	②	③	⑨
2. Unterwerfung versus Kontrolle	①	①	②	③	⑨
3. Versorgung versus Autarkie	①	①	②	③	⑨
4. Selbstwertkonflikt	①	①	②	③	⑨
5. Schuldkonflikt	①	①	②	③	⑨
6. Ödipaler Konflikt	①	①	②	③	⑨
7. Identitätskonflikt	①	①	②	③	⑨

Hauptkonflikt: _____ **Zweitwichtigster Konflikt:** _____

Modus der Verarbeitung des Hauptkonfliktes	vorwiegend aktiv	gemischt eher aktiv	gemischt eher passiv	vorwiegend passiv	nicht beurteilbar
	①	②	③	④	⑨

Abbildung 4-8: Ratingschema Konflikt

Differentielle Psychotraumatologie



Trauma-Reaktivierung im Alter

(Heuft 1993)

ausgelöst durch:

- (1.) Im Alter hat man „mehr Zeit“ – die Abwehr ist weniger gefordert;
- (2.) „Last chance“-Syndrom;
- (3.) Die subjektiv oder objektiv erlebte (Lebens-)Bedrohlichkeit des Alternsprozesses assoziiert sich mit den Erfahrungen von Hilflosigkeit und Bedrohung in der vormaligen traumatischen Situation.

Trauma-Ambulanzen in NRW

Gewaltmonopol liegt beim Staat.

Kann der Staat seine Bürger nicht schützen, sollen sie nach dem OEG neben der somatischen Notfallversorgung auch eine psychotraumatologische/psychotherapeutische Notfallversorgung erhalten können.

Bei Erstvorstellung zwei Schritte:

- Kurzantrag bei Erstvorstellung → 5 Interventionen
- Langantrag (nach Anzeige bei Polizei) → weitere 10 Interventionen

Therapeutisches Vorgehen nach Traumatisierung

Drei Phasen des Vorgehens sind zu unterscheiden:

- Stabilisierung
- Traumabearbeitung
- Rehabilitation bzw. Reintegration

Stabilisierungsphase

- Herstellen von Sicherheit und Autonomie
- Aufbau einer vertrauensbildenden therapeutischen Beziehung
- Beendigung eines noch bestehenden Täterkontaktes
- supportiv orientierte Gesprächsbegleitung
- Ressourcenorientierung und -mobilisierung
- Organisation und Vernetzung der sozialen Unterstützung
- Sekundärprävention traumatischer Folgestörungen

Therapieoptionen bei PTSD

- EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)
- Kombination aus ARG (ambulante Ressourcengruppe) mit EMDR-Einzeltherapie
- kognitive Verhaltenstherapie
- mehrdimensionale Psychoanalytische Traumatherapie (MPTT, Fischer et al. 1997)
- Psychodynamisch imaginative Traumatherapie (PITT, Reddemann)
- Pharmakotherapie

Psychisches Trauma - *Neurophysiologie* -

während Exposition mit individuellem Traumaskript
im **PET** *Hemmung* linker Frontalhirnbereich (Broca-Zentrum)

Arousal rechter visueller Cortex

(„speechless terror“)

[Rauch et al. (1996) Arch Gen Psychiatr 53: 380-387]

olfaktorische
visuelle
akustische
kinästhetische



neurokognitive Anteile des Traumaschemas „wie eingefroren“

situative Reize  intrusive Erinnerungsbilder

Psychisches Trauma - *Therapieansätze* -

Erstversorgung (z.B. World Trade Center
Desaster 26.02.1993 [STEFFEL 1993])

- Sicherheit vermitteln
- empathischer Gesprächspartner sein
- Verständnis für biphasischen
Verarbeitungsprozess

Critical Incident Stress Debriefung (CISD)

[Mitchell u. Dyregov (1993)]

Typ I-Traumatisierte

EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

[Shapiro F 1995]

Problem: Selbstschutzmechanismen

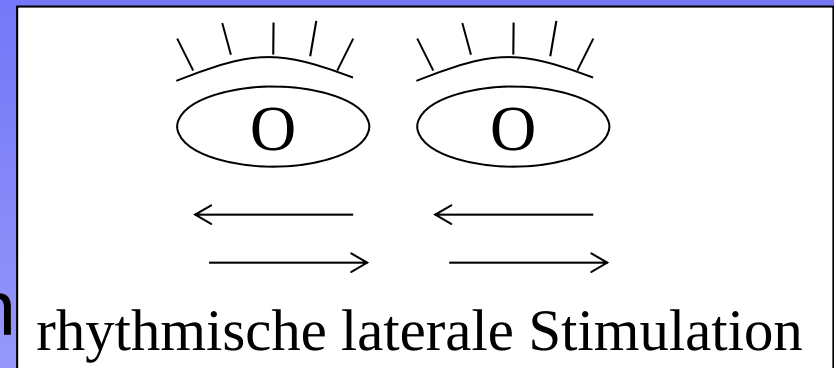
- Tunnelblick
- über den Dingen schweben
- aus dem eigenen Körper gehen

bewirken **Dissoziation**

sensorische Reafferenz zur effektorischen bzw.
rezeptorischen Sphäre wird unterbrochen

Ziel: traumabedingte Lateralisation ↓

Integration links- und rechtshemisphärischer
Information ↑



Debriefing

- Hohe subjektive Zufriedenheit der Teilnehmer
 - Gruppenerleben – aber: kein Teilnahmezwang!
 - der Einzelne soll sich nicht mit der Verarbeitung der Situation überfordert fühlen
- kein Effektivitätsnachweis in der Beeinflussung der PTSD-Symptomatik
- teilweise stärkere PTSD-Symptomatik nach Debriefing im Vergleich zur Kontrollgruppe nach Bosnien-Einsatz (Deahl et al. 2000)

Psychisches Trauma

- *Therapieansätze* -

Frühtherapie

Antidepressiva (REM-Schlaf ↓)

Fokale Psychotherapie

Ziele: Wiedergewinnung der Selbstkontrolle

Wiedererrichtung der Abwehr

Bearbeitung von „survivor guilt“

Reintegration der Persönlichkeit

cave: Wiederbelebung des Traumas

Implosionstechnik; „flooding“

Literatur

Lehrbücher

- (1.) Arbeitskreis zur Operationalisierung der psychodynamischen Diagnostik (Hrsg.) (³2014)
Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2). Huber, Bern**
- (2.) Eckhardt-Henn A, Heuft G, Hochapfel G, Hoffmann SO (8. Aufl. 2009)
Neurosenlehre und Psychosomatische Medizin. Schattauer, Stuttgart**

Internet

www.klinikum.uni-muenster.de