



INSTITUT FÜR
NOTFALLPSYCHOLOGIE



UNIVERSITÄT
BIELEFELD



Fakultät für Psychologie
und Sportwissenschaft

Zwischen Trauma und Trauer nach traumatischen Verlusten

Ein integratives biopsychosoziales Rahmenmodell traumatischer Verluste
mit Implikationen für die PSNV-B



INSTITUT FÜR
NOTFALLPSYCHOLOGIE

PSYCHOSOZIALER
NOTDIENST

AUS- UND FORTBILDUNG

FORSCHUNG

Institut für Notfallpsychologie GmbH & Co. KG
Wittekindstraße 27
33615 Bielefeld

Geschäftsführung: Dr. Philipp Jann
HRA 17382 | Amtsgericht Bielefeld
USt-ID: DE366901062

Kontakt:

Tel.: 0800 100 50 55

Web: www.institut-notfallpsychologie.de

E-Mail: info@institut-notfallpsychologie.de

Zugrundeliegende Publikation des Vortrags (zum Nachlesen im Volltext):

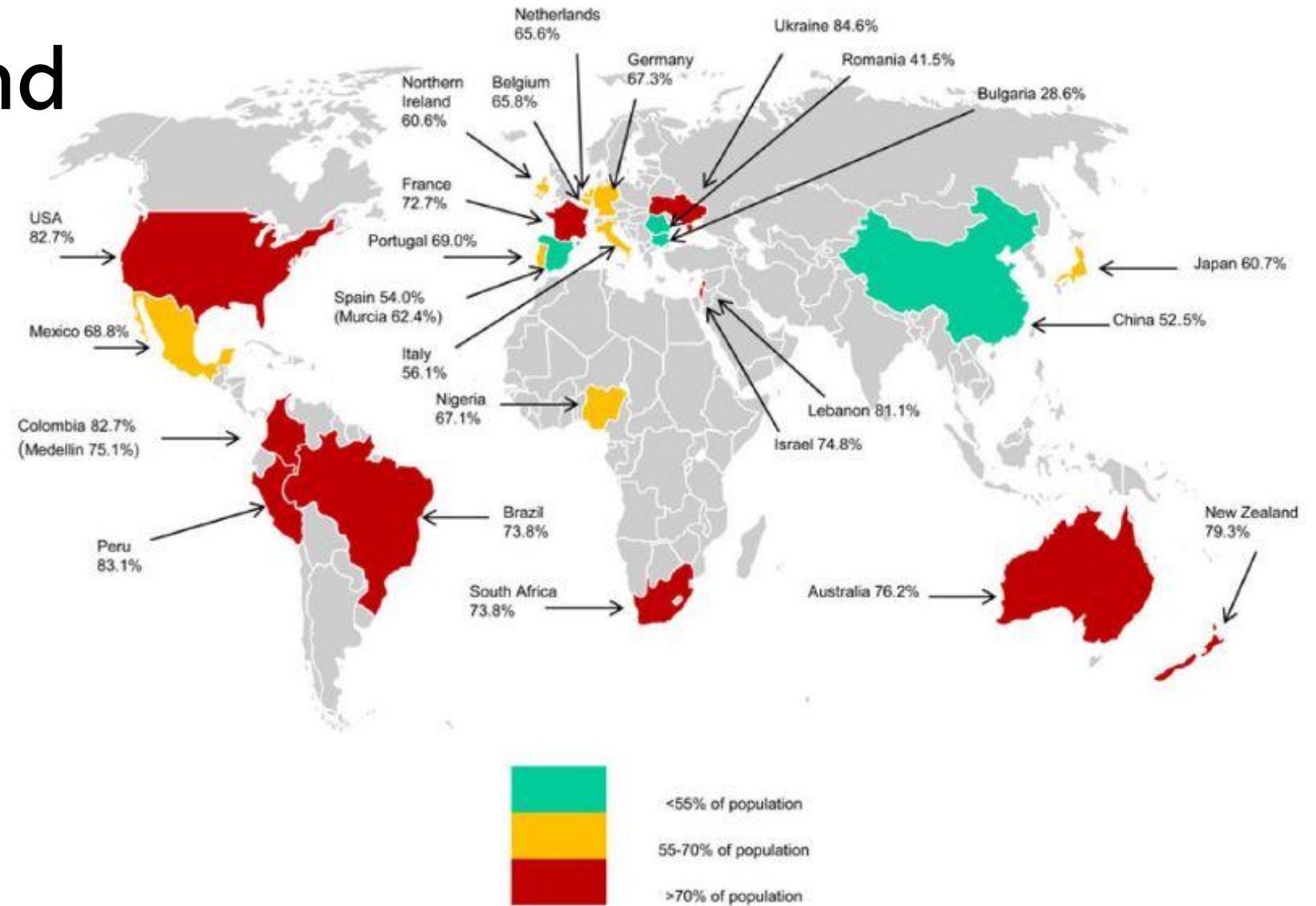
Jann, P. (2025). *Between trauma and grief in psychosocial crisis intervention and beyond. An integrative biopsychosocial framework model of traumatic loss.* Bielefeld: Universität Bielefeld.

<https://doi.org/10.4119/unibi/3006319>



1. Hintergrund

1.1 Relevanz



Benjet et al., 2016

Fig. 1. Prevalence of exposure to any traumatic event in each survey of the 24 countries.



1. Hintergrund

1.2 Traumatische Verluste

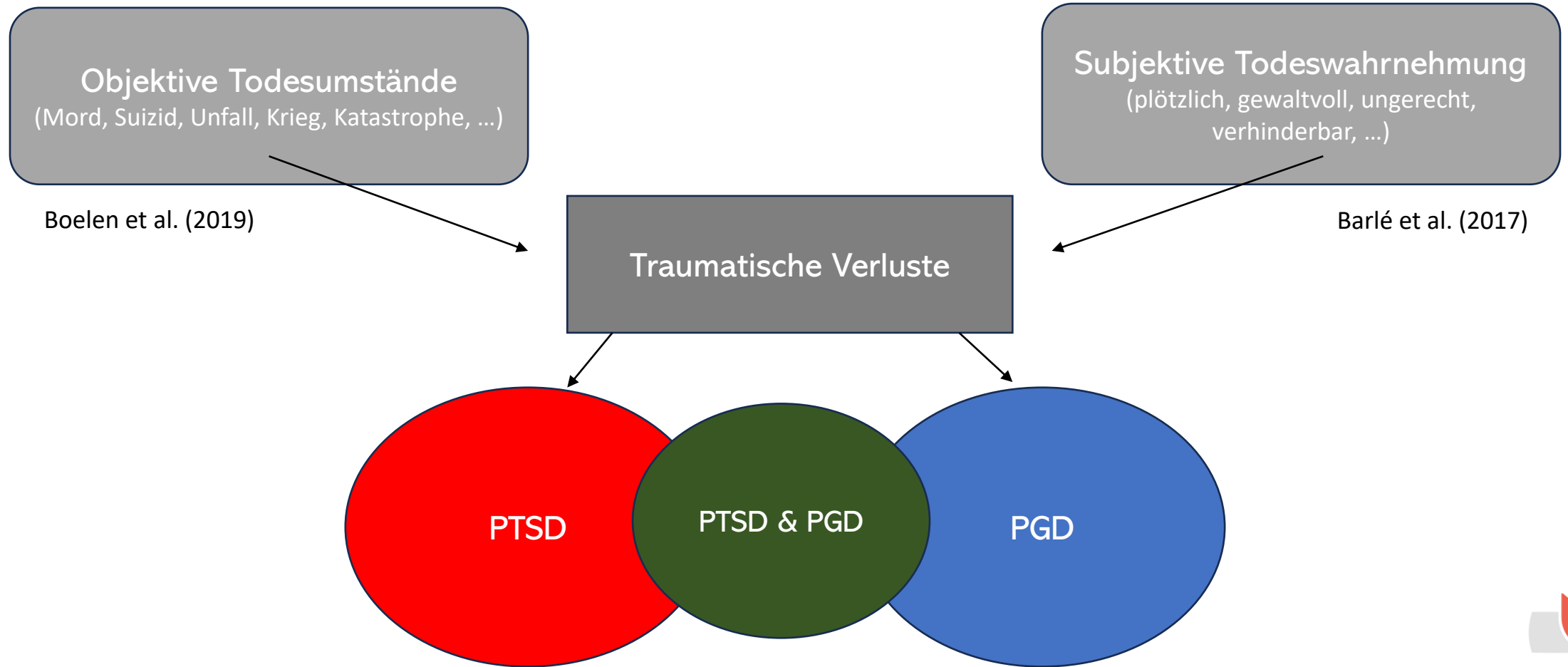


Folgen

- Erhöhte Mortalitätsrate (Stroebe et al., 2007)
- Erhöhte Suizidalitätsrate (Latham & Prigerson, 2004)
- Vielzahl psychischer und somatischer Erkrankungen

1. Hintergrund

1.4 Posttraumatische Belastungsstörung und Prolongierte Trauerstörung



1. Hintergrund

1.5 Psychosoziale Notfallversorgung im Kontext traumatischer Verluste



NICE National Institute for
Health and Care Excellence



Phoenix Australia

- Empfehlung von Stepped Care Modellen zur Prävention von Traumafolgestörungen.



1. Hintergrund

1.6 Ziele

Entwicklung eines **integrativen biopsychosozialen Rahmenmodells traumatischer Verluste**, das sowohl die Zeit *unmittelbar nach dem Todesereignis* als auch *langfristige Variablen* berücksichtigt. Mit besonderen Schwerpunkten in folgenden Bereichen:

- a) gemeinsame und differenzierte biopsychosoziale akute und langfristige **Risikofaktoren** zwischen PTSD und PGD nach einem traumatischen Verlust;
- b) transdiagnostische und differenzierende akute und langfristige **Reaktions- und Symptommuster** von PTSD und PGD nach einem traumatischen Verlust;
- c) akute und langfristige **Interaktion** von PTSD und PGD;
- d) mögliche akute und langfristige **begünstigende Faktoren**, die das psychologische Wachstum nach einem traumatischen Verlust vorhersagen.



1. Hintergrund



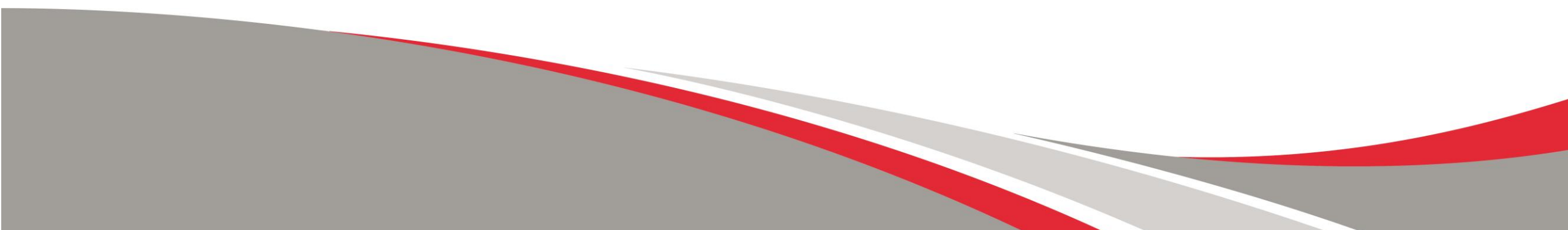
1.7 Studie in der Notfallseelsorge Westfalen

08/2022 – 01/2024

- ca. 1500 Einsätze
- ca. 4000 betreute Personen
- $N = 746$ verteilte Fragebögen an Betroffene
- $N = 146$ Probanden (T1)
- $N = 45$ Probanden (T2)
- Anbindung 17 Betroffener an Hilfesysteme ihrer Region nach Follow-up-Telefonat



**Ein integratives biopsychosoziales Rahmenmodell
traumatischer Verluste**



2. Rahmenmodell

2.1 Risikofaktoren

Prä-Ereignis

	Posttraumatischer Stress	Prolongierte Trauer
Weibliches Geschlecht	X	X
Niedriger sozioökonomischer Status	X	X
Vorherige psychische Erkrankungen	X	X
Vorherige PTE oder Verluste	X	X
Vorherige dysfunkt. Kognitionen	X	X
Persönlichkeitseigenschaften	X	X
Beziehung zum Verstorbenen		X

- Verwandtschaftsgrad (v.a. Eltern, Kinder)
- Emotionale Nähe



2. Rahmenmodell

2.1 Risikofaktoren

Peri-Ereignis

	Posttraumatischer Stress	Prolongierte Trauer
Art des Traumas / Verlusts	X	X
Hilflosigkeit, Kontrollverlust	X	X
Ungerechtigkeit	X	X
Plötzlichkeit	X	X
Expositionsgrad	X	X
Dissoziation	X	

- Depersonalisation
- Derealisation



2. Rahmenmodell

2.1 Risikofaktoren

Post-Ereignis

	Posttraumatischer Stress	Prolongierte Trauer
Anhaltende Kontexte des Ereignisses (bspw. Krieg)	X	X
Fehlende soziale Unterstützung	X	X

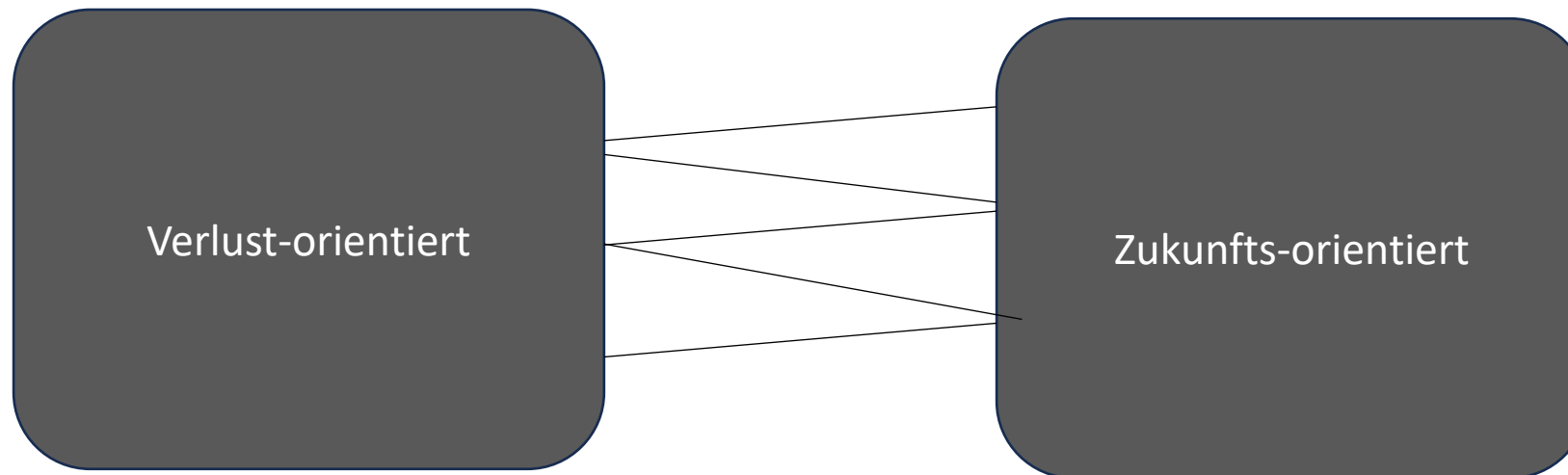
- Probleme:
 - Umfeld ist meistens selbst betroffen.
 - Kurzfristige vs. langfristige Unterstützung



2. Rahmenmodell

2.2 (Mal-)Adaptive Prozesse und ätiologische Annahmen

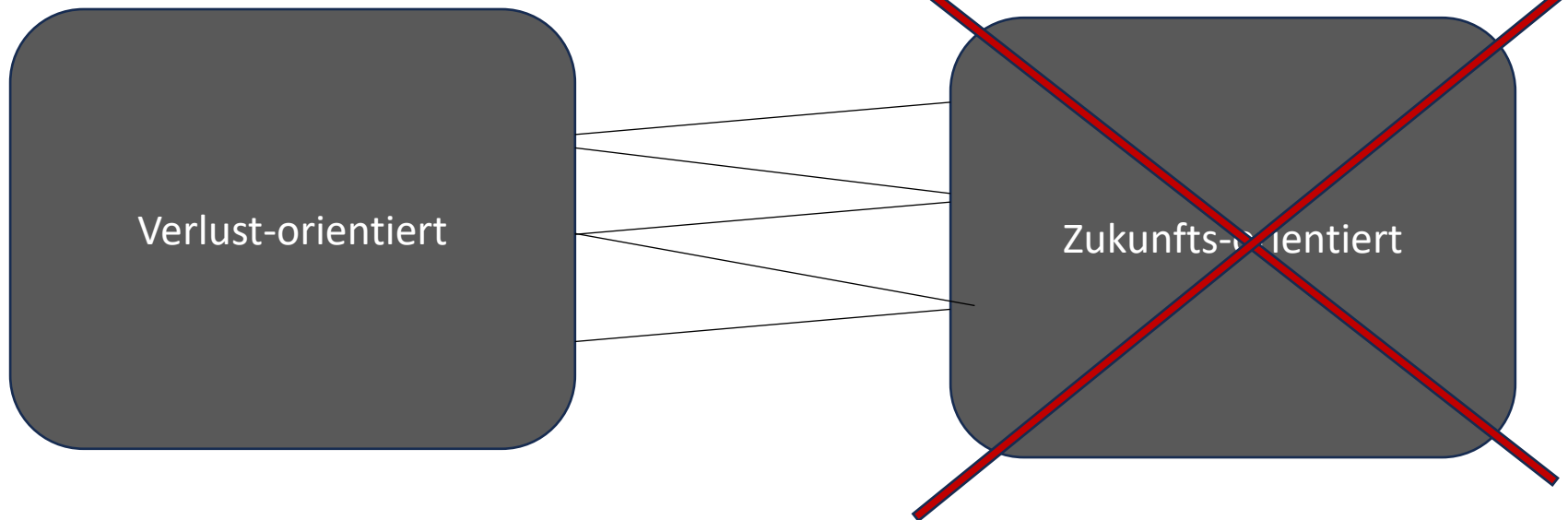
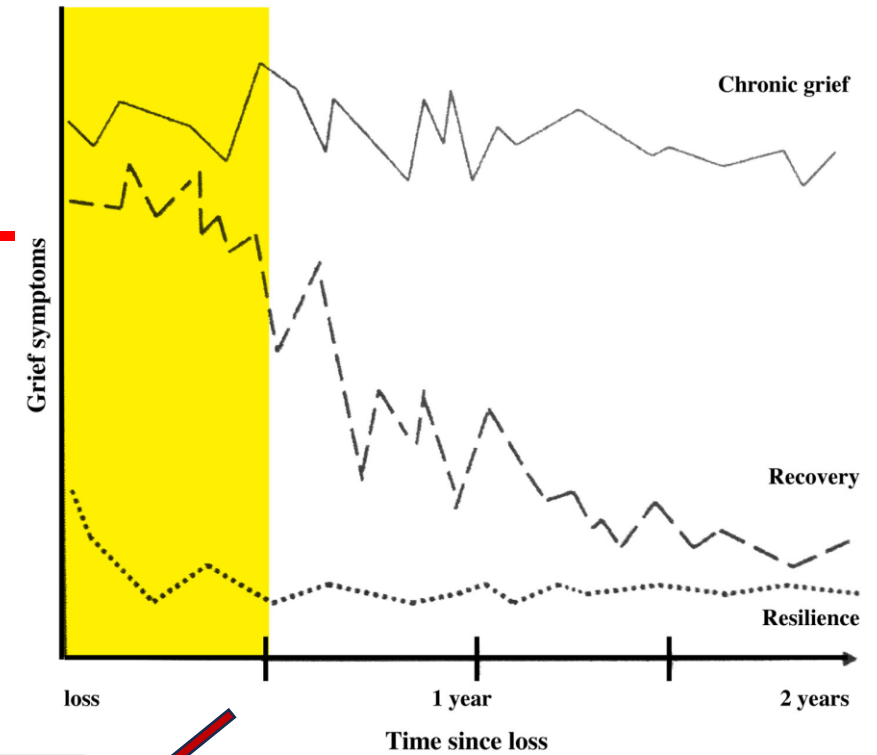
Prolongierte Trauer



2. Rahmenmodell

2.2 (Mal-)Adaptive Prozesse und ätiologische Annahmen

Prolongierte Trauer



RISK FACTORS

ETIOLOGY / (MAL)ADAPTION

REACTION → SYMPTOMATOLOGY

PRE

- History / accumulation of trauma experience

- Female gender
- Low SES
- Other mental health problems / existing psychopathology

- Recent loss (bereavement overload)
- Close relationship to the deceased
- High functionality of the deceased (emotional, role and economic)

PERI

Circumstances of death

TRAUMATIC LOSS

Perception of the event (e.g., sudden, violent, avoidable or unjust)

- Dissociation
- Perceived threat to life

- Level of exposure
- Helplessness
- Severity of acute stress reaction

POST

- Lack of emotional and social support (for children and adolescents by a parent)

Difficulties of the memory / neurobiological changes

(Lack of) Auto-biographical integration

Difficulties with acceptance

Persistent threat (traumatic distress) 1 Month

Persistent preoccupation and longing (separation distress) 6 Months

„overload protection“

Störung

PTSD

NONSPECIFIC

PGD

into past

into future



2. Rahmenmodell

2.3 Reaktionen und Symptomatik

(Vermeidungs-)Verhalten

Vermeidung von Gefahr

- Externer Stimuli (Personen, Orte, Situationen)
- Interne Stimuli (Gedanken, Gefühle)
- Suizidgedanken (20% erhöhte Suizidrate bei männlichen Wittwern)
- Drogen- und Medikamentenkonsum
- Neglect des Ereignisses

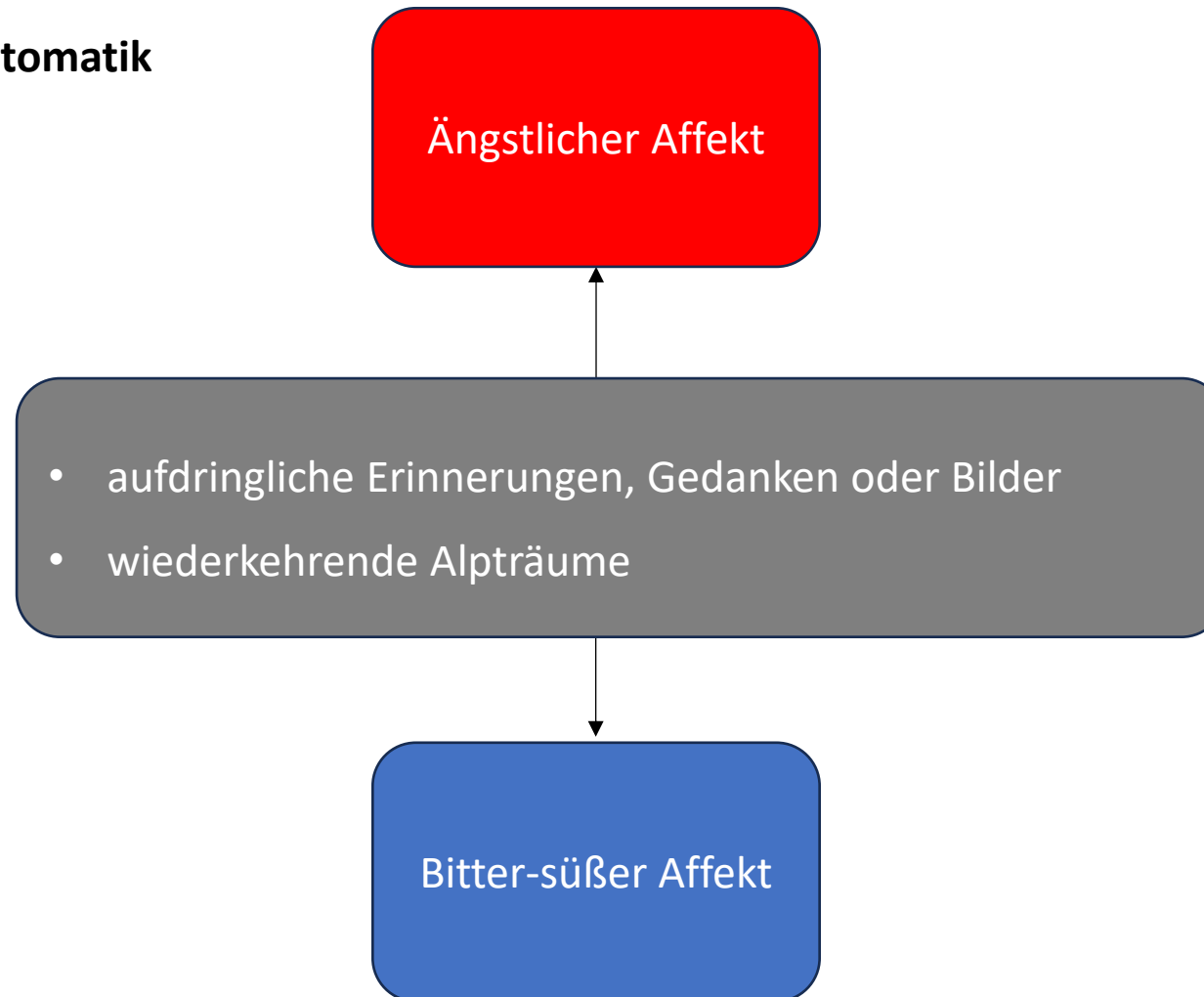
- Vermeidung von schmerzhaften Erinnerungen
- Besonderes Hingezogen fühlen



2. Rahmenmodell

2.3 Reaktionen und Symptomatik

Intrusion



2. Rahmenmodell

2.3 Reaktionen und Symptomatik

(Neuro-)Physiologie

- Unruhe und Hypervigilanz
- Immunsuppression
- Suppression des Cortisolspiegels
- Erhöhte Herzraten; Verminderte Herzratenvariabilität
- Höhere Konzentration der Katecholamine (Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin)

- Erhöhte Reaktivität von Amygdala, PFC
- Reduziertes Volumen Hippocampus

- Schmerznetzwerke (dorsaler anteriorer cingulärer Cortex, Insula und posteriorer cingulärer Cortex)
- Oxytocin



2. Rahmenmodell

2.3 Reaktionen und Symptomatik

Kognitionen

- Erschütterte Grundannahmen
- Rumination
- Kontrafaktisches Denken (*„Hätte ich sie zum Arzt geschickt / den Selbstmord kommen sehen / sie besser wiederbelebt / usw., wäre sie jetzt noch am Leben.“*)
 - Schuld
 - Scham
- Rachegeanken
- uvm.



RISK FACTORS

ETIOLOGY / (MAL)ADAPTION

REACTION → SYMPTOMATOLOGY

PRE

- History / accumulation of trauma experience

- Female gender
- Low SES
- Other mental health problems / existing psychopathology

- Recent loss (bereavement overload)
- Close relationship to the deceased
- High functionality of the deceased (emotional, role and economic)

PERI

Circumstances of death

TRAUMATIC LOSS

Perception of the event (e.g., sudden, violent, avoidable or unjust)

- Dissociation
- Perceived threat to life

- Level of exposure
- Helplessness
- Severity of acute stress reaction

POST

- Lack of emotional and social support (for children and adolescents by a parent)

Difficulties of the memory / neurobiological changes

(Lack of) Auto-biographical integration

Difficulties with acceptance

Persistent threat (traumatic distress) 1 Month

- Avoidance of stimuli associated with danger

AVOIDANCE

- Avoidance behavior
- Substance use
- Suicide (thoughts)

- Avoidance of painful memories and / or ongoing occupation

Persistent preoccupation and longing (separation distress) 6 Months

- lead to fear

INTRUSION / AFFECT

- Memories, intrusive images, nightmares

- lead to bittersweet emotions and pain of separation

- Amygdala, PFC and hippocampus startle

(NEURO-) PHYSIOLOGY

- Restlessness
- Cardiovascular arousal
- Hydrocortisol
- Immunological response (T-cells, lymphocytes)

- ACC, PCC, insula
- Changes in Oxytocin- and Dopaminsystem

COGNITION

- Shattered assumptions
- Guilt
- Shame
- Revenge
- Uncontrollable world
- Biases
- Anhedonia
- Rumination
- Counterfactual thinking etc.

PTSD

NONSPECIFIC

PGD

EARLY INTERVENTION

TREATMENT

SCREENING (and watchful waiting)

Implikationen für die PSNV-B



3. Implikationen

3.1 Psychosoziale Notfallversorgung

Screening und Triage

Traumatic Loss Acute Screening

	Item	Risk
1	Traumatischer Verlust	transd.
2	Expositionsgrad	transd.
3.1	Multiple traumatische Ereignisse	PTSD
3.2	Multiple Verluste	PGD
4	Weitere psychische Erkrankungen	transd.
5	Enge Beziehung zum Verstorbenen	PGD
6	Dissoziationserleben	PTSD
7	Hypervigilanz	transd.
8	Fehlende soziale oder emotionale Unterstützung	transd.
9	Andauernder Kontext des Verlusts	transd.



3. Implikationen

3.1 Psychosoziale Notfallversorgung

Vermeidungsverhalten

Can visiting the site of death be beneficial for bereaved families after terror?
A qualitative study of parents' and siblings' experiences of visiting Utøya
Island after the 2011 Norway terror attack

Pål Kristensen^a, Kari Dyregrov^{a,b} and Atle Dyregrov ^a

^aCenter for Crisis Psychology, Faculty of Psychology, University of Bergen, Bergen, Norway; ^bMaster's Program in Mental Health and Substance Abuse Care, Western Norway University of Applied Sciences, Bergen, Norway

**Traumatic Bereavement and Terror: The
Psychosocial Impact on Parents and
Siblings 1.5 Years After the July 2011
Terror Killings in Norway**

KARI DYREGROV

Center for Crisis Psychology and Bergen University College, Bergen, Norway

ATLE DYREGROV

Center for Crisis Psychology, Bergen, Norway

PÅL KRISTENSEN

Center for Crisis Psychology, Bergen, Norway and Telemark Hospital, Skien, Norway

3. Implikationen

3.1 Psychosoziale Notfallversorgung

Soziale Unterstützung

Scandinavian Psychologist.

Volumes ▾

Advisory board

Weekend family gatherings for bereaved after the terror killings in Norway in 2011

Through an active outreach effort, Norwegian authorities offered the bereaved after the 2011 Utøya terror attack a collective follow-up program, outlined in this article by Atle Dyregrov and colleagues.

- Posttraumatische soziale und systemische Interventionen sind zentral, da **prä- und peri-Risikofaktoren kaum veränderbar** sind.
- **Informelle Unterstützung** (Familie, Freunde, Peers) wirkt als wichtiger Schutzfaktor und reduziert Isolation.
- **Langfristige** Community- und Peer-Unterstützung ist entscheidend für adaptive Verarbeitungsverläufe.



4. Take-Home-Messages

- **Risikoscreening möglich und notwendig**
 - *Traumatic Loss Acute Screening*
- **Dienen gezielte und transdiagnostische der Verbesserung psychopath. Prognosen im Kontinuum zwischen normaler Reaktionen und psychischer Störungen?**
 - Vermeidungsverhalten vs. Überlastungsschutz
 - Körperliche Reaktionen und Dissoziation vs. Erlebnisschutz
 - Dysfunktionale Kognitionen vs. Bedürfnis nach Einordnung
 - Langfristige (!) soziale Unterstützung
- **Notfallseelsorge als Brückenbauer zu weiterführenden Hilfen!**





INSTITUT FÜR
NOTFALLPSYCHOLOGIE

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Institut für Notfallpsychologie GmbH & Co. KG
Wittekindstraße 27
33615 Bielefeld

Geschäftsführung: Dr. Philipp Jann
HRA 17382 | Amtsgericht Bielefeld
USt-ID: DE366901062

Kontakt:
0800 100 50 50

www.institut-notfallpsychologie.de
info@institut-notfallpsychologie.de

