

Leitfaden und Orientierungshilfe beim Erstkontakt mit einem akut psychisch traumatisierten Menschen

Dieser Leitfaden soll Hilfe und Orientierung für einen angemessenen und unterstützenden Umgang mit Menschen ermöglichen, die in den ersten Wochen nach einem traumatischen Ereignis Rat und Unterstützung suchen. Es kann immer wieder passieren, dass unvorhergesehen ein Opfer oder ein Zeuge von gerade erlebter Gewalt oder einem gerade erlebten Unglück eine ärztliche oder therapeutische Praxis, Beratungsstelle, Schule, den Weissen Ring, eine Einrichtungen der Selbsthilfe oder eine andere Einrichtung aufsucht, um angesichts des Erlebten Hilfe zu erhalten. Dies erfordert ein Gespräch über die traumatische Erfahrung, ohne dass das Opfer zusätzlich belastet oder gar wiederholt traumatisiert wird, wenn es von dem Geschehenen berichten soll/muss.

Ein Trauma ist ein Ereignis, das eine tiefe Erschütterung auslösen kann und die bisherigen Krisenbewältigungsmöglichkeiten eines Menschen bei weitem übersteigt. Dazu gehören Gewalttaten - wie Überfälle, Vergewaltigungen, Körperverletzungen - und lebensbedrohliche Unglücke, Katastrophen u. ä.

Die Reaktionsweisen von Menschen, die nur wenige Tage oder Wochen zuvor einem erschütternden Ereignis ausgesetzt waren, variieren. Sie reagieren mit:

- **Übererregtheit:** Sie sind agitiert, bewegen sich viel und laufen (desorientiert) herum, reden viel oder schreien sogar. Auch körperlich ist eine erhöhte Aktivität zu erkennen.
- **Untererregtheit:** Sie sind still, ziehen sich zurück, wirken wie in Trance und abwesend. Andere wirken distanziert, klar, kognitiv gut ansprechbar und irgendwie emotionslos, gefasst. Auch Körperlich ist diese Unterregung zu bemerken.

Wichtig! Alles sind ganz normale Schutzreaktionen auf eine nicht-normale Situation.

Prinzipien im Umgang und Gesprächsführung mit Traumatisierten

Beim Umgang bzw. bei der Gesprächsführung mit akut traumatisierten Menschen sind deshalb einige Besonderheiten zu beachten

Als Grundlage für den Umgang mit traumatisierten Menschen gilt:

- **Sicherheit geht vor - Safety first!**

Darunter sind alle Maßnahmen zu verstehen, die dem Opfer Sicherheit, Beruhigung und Orientierung geben.

- Falls mich das Opfer nicht kennt, stelle ich mich und meine Funktion dem Opfer vor und sage z.B., dass ich jetzt für sie/ihn Zeit habe.

Mein Name ist ... Ich bin ... Sie sind jetzt Sie sind in Sicherheit. Ich habe jetzt Zeit für ein Gespräch mit Ihnen, wenn Sie dies wünschen.

- **Orientierung und Kontrolle zurück geben**

Man muss davon ausgehen, dass das Opfer eine Situation (üb)erlebt hat, in dem es einem totalen Kontrollverlust (Unberechenbarkeit) ausgesetzt war. Wichtig ist daher, ihm weitest möglich wieder die Steuerung zurückzugeben.

Es sollte, wenn möglich, selbst bestimmen können, wie weit es Aussagen zu dem Geschehenen macht. Fragen Sie daher immer wieder um Erlaubnis. Z.B.

„Ist es in Ordnung, dass wir jetzt darüber sprechen?“

Traumatisierte geraten sehr schnell wieder in die oben beschriebene Übererregung, wenn sie irgendetwas wieder an das Trauma erinnert. Deshalb sollte man detailliertes oder gar eindringliches Erfragen zu Details des Traumas vermeiden.

Hilfreich hierbei ist auch, mit den Betroffenen ein Stopp-Signal zu vereinbaren, sobald sie sich emotional überfordert fühlen.

Ein weiteres Prinzip der Gesprächsführung und des Umgangs ist, die Traumatisierten möglichst genau zu informieren über die oben beschriebenen Reaktionsmuster (Übererregung, Untererregung, Dissoziation). Auch dadurch erhalten die Betroffenen Kontrolle zurück.

- **Dissoziation stoppen**

Eine Besonderheit bei Traumatisierten kann das Auftreten von sog. Dissoziationen sein. Dies ist ein – normales - Anzeichen für emotionale Überforderung – sie tritt meist auf, wenn die Betroffenen wieder durch irgendeinen Reiz an das Trauma erinnert werden. Sie fühlen sich dann „wie im Film“, so als ob das Trauma jetzt wieder geschehe.

Die unten genannten Techniken haben alle das Ziel, die Person von dem Zustand „Damals und dort“ wieder ins „Hier und Jetzt“ zu holen.

Wenn Sie merken, dass das Opfer zusehends psychisch instabil wird („dissoziiert“), also wieder in einen Zustand der Unter- oder Übererregung gerät, den Kontakt zur aktuellen Realität verliert und in Erinnerungen hinein rutscht, versuchen Sie ihn/sie so ruhig wie möglich zu re-orientieren.

- Bei einem Zustand der Untererregung stelle ich z.B. Fragen, bei denen man nur mit Kopfnicken antworten muss. Ich versuche, die kognitiven Fähigkeiten wiederherzustellen, indem ich z.B. frage, ob er/sie mir sagen kann, wo wir uns gerade befinden etc.

- Im Falle der Übererregung versuche ich beruhigend zu wirken und frage z.B. „Wie geht es Ihnen jetzt gerade, wenn Sie über das Geschehene sprechen? Tut Ihnen das gut oder belastet es Sie noch mehr?“
- Sobald Sie Dissoziation bemerken, stoppen Sie das Gespräch und sagen Sie das laut.
- Sprechen Sie die Person laut mit Namen an, nennen Sie Zeit und Ort sowie Ihren Namen
- Sagen Sie, dass die Person „im falschen Film“ ist und dass Sie jetzt ungewöhnliche Dinge tun, um sie wieder in die Gegenwart zu holen:
 - Ein Händeklatschen,
 - ein starker Geruch, z.B. Pfefferminzöl,
 - ein starker Kältereiz, z.B. Eiswürfel
 - der Person die Hand vor Augen halten,
 - die Person rückwärts zählen lassen
 -
- Auf jeden Fall ist unaufgeregter Umgang mit Dissoziation zu empfehlen – der Zustand geht früher oder später vorüber

Wichtig: Es ist vollkommen normal, dass ein traumatisierter Mensch während des Kontaktes in einen sogenannten dissoziativen Zustand abrutschen kann. Man sollte ihn nur nicht darin belassen (und ihn möglicherweise in diesem Zustand nach Hause schicken)!

- **Psychoedukation**

Existentiell bedrohliche Ereignisse lösen bei betroffenen Menschen Angst, Schmerz oder Verzweiflung aus. In der Regel können diese Stressreaktionen vom menschlichen Gehirn verarbeitet werden.

Bei Ereignissen aber, die einhergehen mit subjektiv oder objektiv erlebter akuter Bedrohung gekoppelt mit der Unmöglichkeit zu reagieren, d.h. zu kämpfen oder zu fliehen (no fight - no flight), empfindet die betroffene Person sich in einer „traumatischen Zange“. Alle bisherigen Bewältigungsstrategien funktionieren dann nicht mehr.

Das Gefühl des völligen Ausgeliefertseins löst im Gehirn eine Schutzreaktion aus, in der die eigene Person und die Umgebung verändert wahrgenommen werden. Die Orientierung im Hier und Jetzt (zeitlich, räumlich, situativ und personorientiert) geht unter dem starkem Stress der traumatischen Erfahrung vorübergehend oder schlimmstenfalls dauerhaft verloren. Die Person erlebt sich als „eingefroren“.

Dies führt dazu, dass das bedrohliche Ereignis nicht als Ganzes im Gedächtnis gespeichert wird, sondern in einzelnen Bruchstücken. Bilder, Emotionen, Kognitionen oder Sinneseindrücke aus der traumatischen Situation werden dann nicht in einem vollständigen „Film“ abgespeichert und sind auch in der Folge nicht mehr als solcher abrufbar.

So ist die betroffene Person zwar geschützt vor der Erinnerung an das Gesamtszenario des schrecklichen Erlebnisses. Allerdings kann sie diese Fragmente auch nicht mehr einem Geschehen zuordnen und folglich auch nur schwer oder gar nicht verarbeiten.

Die einzelnen Fragmente sind nicht nur Teil des traumatischen Ereignisses, sondern auch Schlüsselreize (Trigger). Bilder, Gerüche oder Verhaltensweisen aus der traumatisierenden Situation können ganz plötzlich und für die betroffene Person oft völlig unverständlich Bilder oder Gefühle in die Erinnerung oder das Erleben bringen (Flashbacks).

Nach der akuten traumatischen Situation beginnt der Versuch das Erlebte zu verarbeiten.

Für einige Stunden befinden sich die Betroffenen in einer Art Schockzustand. Darauf folgt für etwa 4 bis 8 Tage(max. 4 Wochen) eine akute Belastungsphase mit starken Gefühlen von Hoffnungslosigkeit und Ohnmacht. Darauf folgen Verarbeitungsphasen in denen das Erlebte nach und nach als Erlebnis in die eigene Lebensgeschichte eingebaut wird.

Die Verarbeitungsmöglichkeiten sind dabei von Mensch zu Mensch sehr unterschiedlich. Diese Phase kann bis zu 6 Monate andauern, in denen der Betroffene dabei ist, wieder ein Gefühl von Sicherheit aufzubauen.

Ein Versuch dies zu erreichen besteht z. B. in einem Vermeidungsverhalten. Situationen, die der traumatischen ähnlich sind, werden vermieden, um die Angst zu kontrollieren. Eine Form des Vermeidungsverhaltens ist auch das ganz oder teilweise Vergessen des Erlebten.

Oft ist der Schlaf gestört, weil die Person sich in einem ständigen Erregungszustand der Wachsamkeit befindet, was auch Konzentrationsprobleme zur Folge hat. Oder im Traum tauchen immer wieder Bilder des Erlebten auf. Diese Wiederholungsträume sind Versuche des Gehirns das Geschehene zu verarbeiten.

In den ersten Monaten nach dem traumatischen Ereignis sind das normale Reaktionen auf das ‚unnormale‘ traumatisierende Ereignis.

Gelingt die Verarbeitung nicht, kann sich eine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln. Nach einem einmaligen traumatischen Erlebnis entwickeln ca 25 % der Betroffenen eine solche Störung, die nach sechs Monaten noch anhält.

- **Organisation der weiteren Hilfe**

Vielleicht benötigt das Opfer medizinische, juristische, polizeiliche oder psychosoziale Unterstützung. Die Organisation solcher Maßnahmen kann in der akuten Phase überfordernd sein. Daher sollte gemeinsam überlegt werden, wer dabei helfen kann, oder ob ich ihm bei dem nächsten Planungsschritt helfen muss.

- **Vereinbarung weiterer Kontakte/des weiteren Vorgehens**

Zum Abschluss einer Intervention muss ich wissen, wohin ich jemanden entlasse, wenn er geht. Also: Ist die Gefahr vorbei? Wo ist der Täter jetzt? Gebe ich ihr/ihm eine Visitenkarte oder Broschüre mit, woraus er/sie entnehmen kann, wer der Gesprächspartner war. Vereinbare ich, noch mal zu einem bestimmten Zeitpunkt Kontakt aufzunehmen? Verweise ich an geeignete Kontaktadressen (siehe Anlage).