

**Behandlung von Psychotrauma im Netzwerk –
von Akutintervention zu spezifischer Psychotraumatherapie
anlässlich der 55. Tagung der JugendamtspsychologInnen
Mag. Eva Münker-Kramer**

Inhalte

Überblick Traumafolgestörungen

Versorgungslogik bei „einfacher PTBS“

Aspekte der Netzwerkarbeit - Schnittstellen, Übergänge, Logik

Praktische Beispiele

- Spezialaspekt Kooperation mit Fachkräften für Sozialarbeit bei Mitbetroffenheit von Kindern

Schlussfolgerungen

Literatur, www-Tipps

Einleitung

Entsprechend der Einladung zum Vortrag im Rahmen dieser Tagung soll dieser die wichtigsten Versorgungsschritte und Notwendigkeiten von Netzwerkarbeit nach Traumatisierungen darstellen. Da andere Beiträge sich vordergründig mit den Folgen und der Behandlung komplexer Traumafolgestörungen (Typ II) beschäftigen, wird hier nach einem grundsätzlichen Überblick auf die Folgen sogenannter Typ I Traumatisierungen fokussiert

Nach diesen diagnostischen Aspekten sollen die entsprechenden Angebote präzisiert und Grundaspekte der Netzwerkarbeit in diesem Kontext dargestellt werden.

Praktische Beispiele sowie Literaturhinweise und Hinweise auf entsprechende Informationen im Internet werden die Darstellung ergänzen.

Mein Tätigkeitsbereich erstreckt sich von notfallpsychologischer Fallarbeit in der Akutsituation (vgl. Fallbeispiel) über Konzeptentwicklung und Ausbildung von NotfallpsychologInnen und TraumatherapeutInnen bis hin zur spezifischen Traumatherapie. In allen Bereichen ist Klarheit der eigenen Arbeit und Rolle auf der einen Seite und gezielte und transparente Netzwerkarbeit auf der anderen Seite *conditio sine qua non*.

Überblick Traumafolgestörungen

Die folgende Darstellung der Folgen von potentiell traumatisierenden Ereignissen soll einerseits zur diagnostischen Klarheit (Diagnosen und Konkretisierung als ICD 10 Diagnosen in Abbildung 2) und gezielten Behandlungsplanung (Rolle der Psychoedukation, Rolle der Stabilisierung, Platzierung der Traumakonfrontation) dienen, andererseits die verschiedenen Arten von Belastungen in ihrem Charakter und ihrer Wirkung auf die Persönlichkeit demonstrieren. Aus diesen Gründen sollte jede/r TraumabehandlerIn grundsätzlich zunächst eine Grobeinschätzung machen – die eine Maßnahme zum Zeitpunkt x bei Traumotyp y kann zum einen Zeitpunkt genau richtig und zum anderen Zeitpunkt ganz kontraindiziert sein. Alle Implikationen dessen im Rahmen dieses Beitrages zu erläutern ist unmöglich, die Darstellung soll lediglich zur Sensibilisierung für die Vielfältigkeit des Themas dienen.

Im oberen Bereich finden sich nun die verschiedenen Systematiken, zunächst die sehr hilfreiche Grobeinteilung auf die Psychiaterin Lenore Terr zurückgehend, die grundsätzlich zwischen sogenannten Typ I Traumata - Folgen eines unerwarteten Einzelereignisses wie z.B. Vergewaltigung, Überfall, Unfall, Naturkatastrophen, Unglücksfälle und Typ II *Traumata*- Folgen mehrmaliger, sich wiederholender oder auch andauernder – kumulativer Traumata, z.B. andauernde sexuelle Gewalt, länger dauernde Entführung u.ä.. Dass diese Bedingungen von der kognitiv-emotional-körperlichen Verarbeitung her verschiedene Schwerpunkte nahe legen, ist nachvollziehbar.

Daher wurde zunächst von Sack et al in Hannover, auch von Michaela Huber und Lutz Besser eine weitere Unterscheidung vorgeschlagen, die beide Grobtypen noch einmal pragmatisch und deskriptiv unterteilt:

Diese Unterteilung bezieht sich einerseits auf die Anzahl der Ereignisse (Mono-Multitrauma) und hat andererseits Implikationen bezüglich der „Systematik“ (sequentiell – immer wieder Dasselbe) und des Beginns (Entwicklungsstrauma – Beginn in der Kindheit) der Belastungen.

All dies hat Auswirkungen auf das Ausmaß der Beeinträchtigung und Selbstbildschädigung, wobei selbstverständlich in allen Bereichen Behandlungsbedarf besteht und nicht zwischen „weniger schlimm und schlimmer“ gewertet werden soll. Für die betroffene Person ist das jeweils Erlebte das schlimmste Vorstellbare und soll auch so gewürdigt werden.

Der nächste Bereich im Schaubild macht Aussagen über die Behandlungsplanung. Bei diagnostisch „abgesicherten“ Monotrauma, wo die Belastung auf eine relativ stabile Grundpersönlichkeit mit Ressourcen und guter Einbettung trifft, kann relativ bald eine Traumakonfrontation mit den verschiedensten Methoden erfolgen (vgl. auch Münker-Kramer, 2006, S. 307-317) und Psychoedukation (den Betroffenen in angemessener Weise die Hintergründe ihres Erlebens und ihrer Reaktionen erklären, um sie zu informieren und zu entlasten und die eigenen Handlungsschritte transparent zu machen) ist alleine schon sehr hilfreich.

Nach dem Erleben von Multitrauma ist häufig natürlich mehr desselben nötig und es bedarf mehr Stabilisierung, da sich mitunter sehr belastende blockierende Überzeugungen herausbilden (vgl. auch Ehlers, 1999) „ich bin vom Pech verfolgt“, „das ist mein Schicksal“. Auf der anderen Seite hilft die Art der Attribution auch wieder, weil es beim mehreren verschiedenen Ereignissen zwar auf der Metaebene diese Blockierungen geben kann, im Detail aber durchaus unterschiedliche Erklärungsmuster – häufig auch mit „äußeren Auslösern oder „Schicksal“ im Vergleich zu interpersoneller Gewalt (s.u.) - in der Behandlung herauszuarbeiten sind (Verkehrsunfall, schwere Krankheit, Naturkatastrophe...). Oft folgen die jeweiligen Erklärungen für unterschiedlichen Logiken („das ist Schicksal“, „das war ich zur falschen Zeit am falschen Ort,..“...) und so ist die Bedrohung im Sinne der Selbstbilderschütterung geringer.

Ganz anders hingegen bei sequentieller Gewalt: anhand der o.g. konkreten Beispiele wird deutlich, dass hier die Betroffenen oft interpersoneller Gewalt und großer Hilflosigkeit ausgesetzt sind und hier die Gefahr der Selbstbilderschütterung – „ich bin nicht ok, so wie ich bin“, „ich bin wertlos“... sehr groß ist. Wenn es keine äußeren Erklärungsmuster für ein Geschehen gibt, ich aber für die Bewältigung irgendeine Erklärung brauche („man kann alles ertragen, wenn man weiß, warum (Seligman))), dann hilft immer noch, die Schuld und Verantwortung bei sich selbst zu suchen „ich bin schuld, ich bin nicht gut genug.“ Dies wird von den Tätern in diesem Bereich perfide genutzt und gefördert. Hilfreich ist, wenn diese Belastungen zumindest auf Menschen treffen, die schon ein Grundkonzept, eine Grundpersönlichkeitsstruktur

haben, eine Grundidee im Sinne von „ich bin wertvoll“, „ich bin liebenswert...“. Je mehr hier Ressourcen sozusagen vor Beginn der Belastungen an da sind, je voller das Ressourcenetzwerk ist, desto schneller kann man diese aktivieren und die Person stabilisieren, indem man sie wieder in Kontakt damit bringt.

Der wichtigste Unterschied zum Charakter des Entwicklungstraumas und dessen Behandlungsimplicationen ist nun einerseits der Alter beim Beginn der Traumatisierung und damit das Ausmaß der Grundstabilität als Person. Ist schon eine Person vorhanden, die grundsätzlich irgendwann von irgendwem das sichere Gefühl hatte, in dieser Welt willkommen zu sein? An dieser Stelle kann und soll (siehe oben, andere Beiträge) hierauf nicht näher eingegangen werden, nur soviel sei gesagt – je früher der Beginn der Traumatisierung, je länger dauernd und je weiter der/die TäterIn im eigenen engsten Bindungssystem ist, desto fataler, schwerwiegender sind die Folgen und desto länger dauert die Stabilisierung und der Ressourcenaufbau. In etlichen Fällen ist Traumakonfrontation lange bis nie Thema, da Alltagsstabilisierung und ein grundsätzliches „ja“ zu sich selbst im Vordergrund stehen. Wesentlich ist auch die Tatsache, dass zumindest eine gute Bindungsperson (Tante, Onkel, LehrerIn, Oma/Opa, NachbarIn, teilweise auch Haustiere...) die Prognose deutlich verbessern kann (das Gefühl von „geliebt werden“, „wertvoll sein“ ist zumindest ansatzweise bekannt...). In diesem für die Jugendwohlfahrt sehr wichtigen Bereich sei auf den Tatbestand der Vernachlässigung mit seinen fatalen Folgen aus psychotraumatologischer Sicht hingewiesen. Sehr interessante inhaltliche und gesellschaftspolitische Ausführungen dazu finden sich bei van der Kolk (2007). Abschließend finden sich in Abbildung zwei die konkreten möglichen Folgediagnosen und in Abbildung 2 dieselben noch einmal als ICD Codierung mit jeweils einigen Screening –oder Testverfahren. Die Zahlen in Klammern weisen auf die Stelle hin, an der diese Verfahren bzw. Bezüge dazu bei Münker-Kramer, 2006 zu finden sind.

Abb. 1: Überblick zum Thema Traumafolgestörungen
(vgl. auch M.Sack, M.Huber, L. Besser)

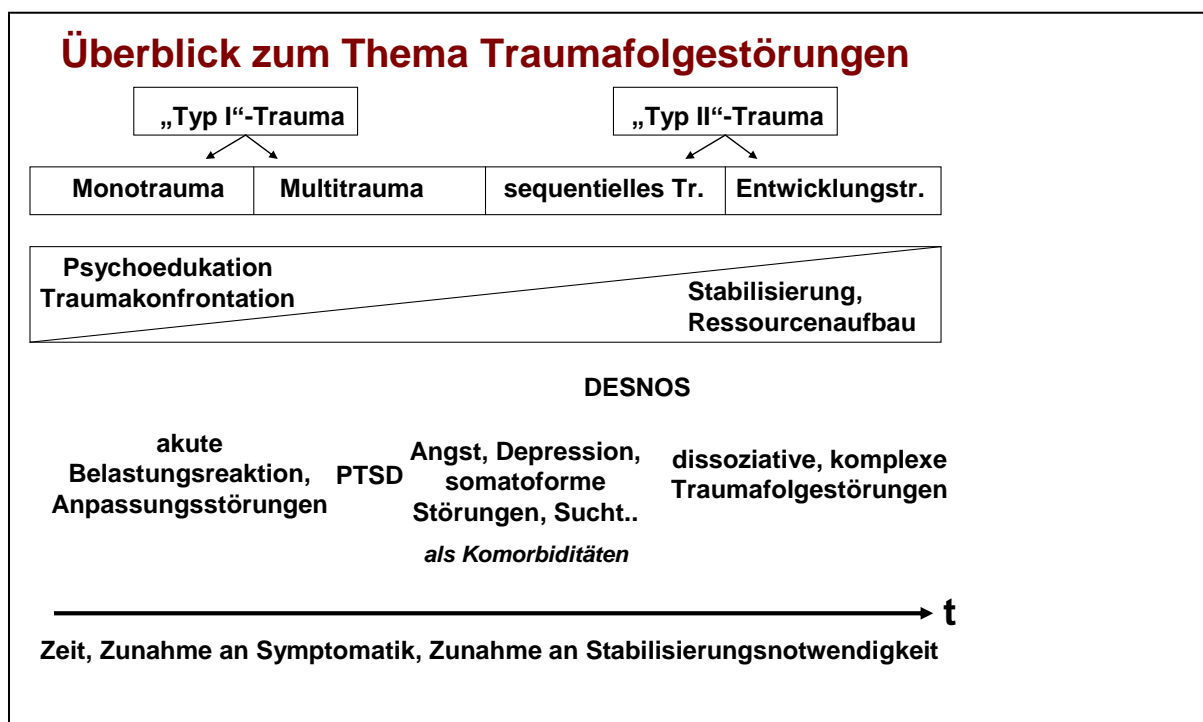
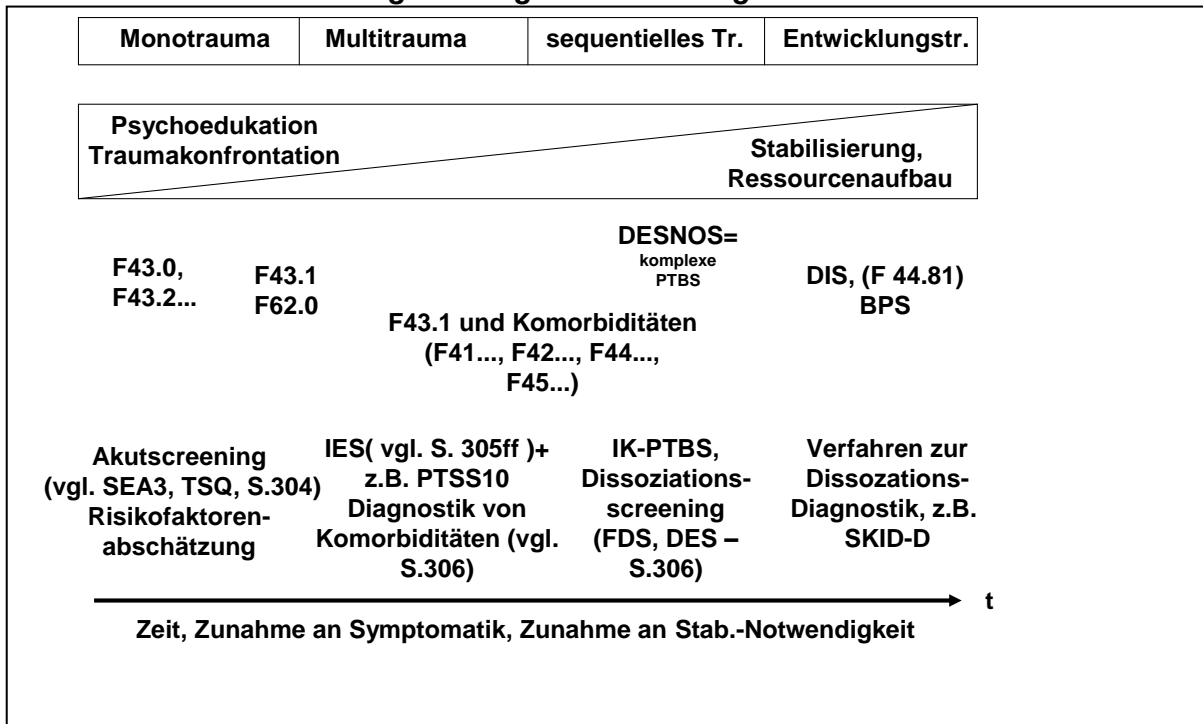


Abb. 2: Überblick Traumafolgestörungen mit ICD-Diagnosen

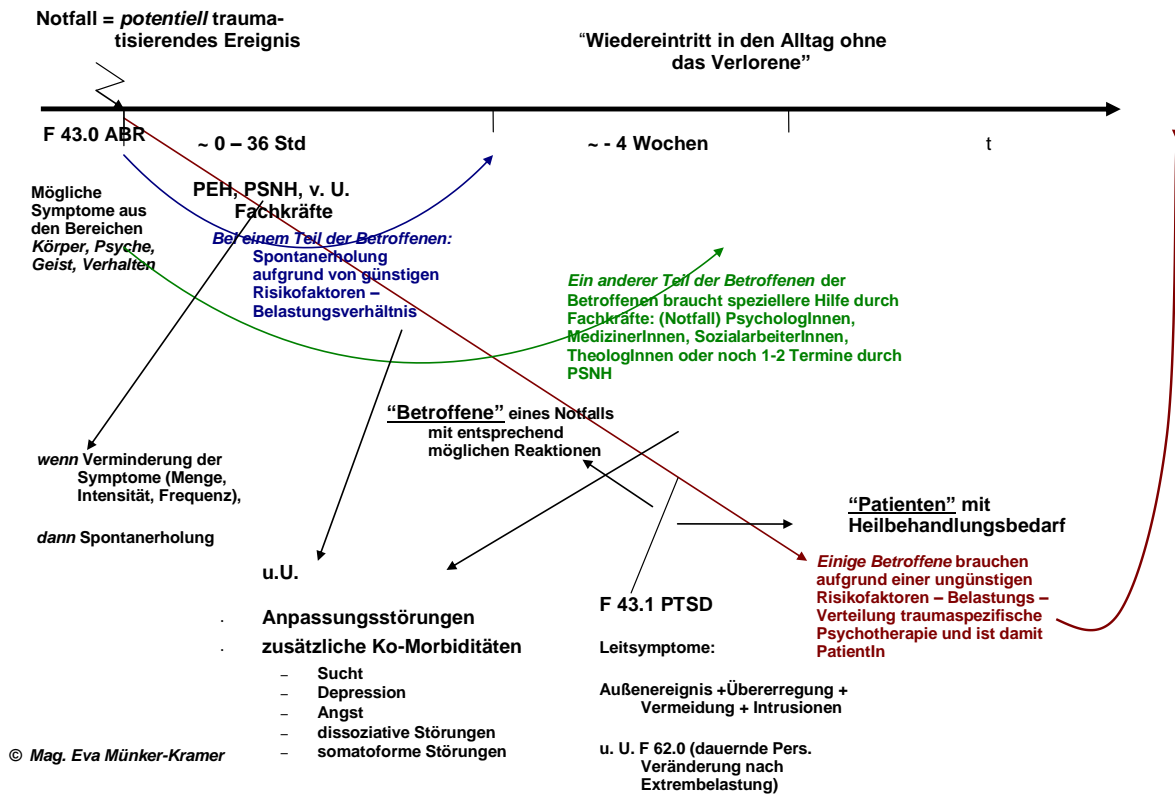


Vorgehen bei Diagnosen Typ I

In der folgenden Abbildung finden sich in chronologischer Abfolge die oben genannten Diagnosen im Bereich der Mono- und Multitraumatisierungen noch einmal präzisiert und ergänzt um die verschiedenen Zeitphasen und Betreuungs-Behandlungsansätze. Es geht letztlich um ein gezieltes Vorgehen anhand der Erfassung des Verhältnisses zwischen Risikofaktoren und Ressourcen einerseits (situative Risikofaktoren) und einerseits um die Erfassung und zeitgerechte und zeitraumspezifische Behandlung der klinischen Risikofaktoren. Dies alles sollte im Hinblick auf alle Angebote im Netzwerk erfolgen und die Betroffenen können sehr froh sein, wenn die Betreuer/Behandler diesen Gedanken berücksichtigen.

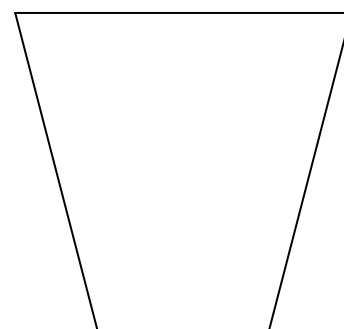
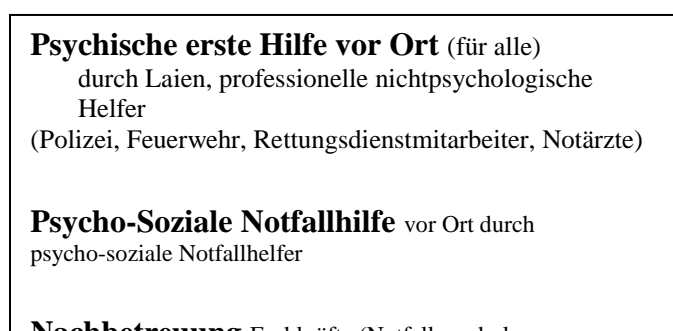
Abb. 3: Logik der Betreuung/Behandlung nach Monotrauma

Logik der Versorgung nach Einzelereignissen Symptome, Indikationen und Betreuungsschwerpunkte



Angebote im Überblick – Versorgungsdreieck und Chronologie (ausführlich auch Lasogga, Münker-Kramer, 2009, tlw. Im Folgenden zitiert)

Grundsätzlich sprechen wir aus zwei Gründen von „Versorgungsdreieck“ in der Betreuung von Betroffenen von Monotrauma: Es sind oft relativ viele Personen von einer akuten Belastungsreaktion (F43.0) betroffen und im Sinne der psychischen ersten Hilfe und der psychosozialen Notfallhilfe auch relative viele Personen da, die hier Angebote machen können und geschult sind. So wie die Anzahl der Betroffenen nun nach chronologisch nachlässt und wesentlich weniger Personen als mit akuter Belastungsreaktion letztlich chronifizierte Symptome im Sinne einer Posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1) oder gar Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (F62.0), sinkt auch die Anzahl der ausgebildeten Spezialisten (traumaspezifische Psychotherapie), die diesen die entsprechende fachliche Hilfe anbieten können. Hier etabliert sich also ein Begriff, der „Nachfrage“ und „Angebot“ gleichermaßen meint und beschreibt. Zur Illustration siehe Abbildung 4:



Im Anschluss sollen die konkreten Angebote kurz in ihren Charakteristika zu skizziert werden, um dann Schnittstellen und Netzwerkaspekte zu thematisieren.

PEH (Psychische Erste Hilfe) (vgl. genau auch Lasogga, Gasch, 2002)

Ist eine erste Unterstützung parallel zur sonstigen Erstversorgung und soll eine Reduktion von Zusatzbelastungen durch sogenanntes „psychologisch angemessenes Verhalten“ bewirken (z.B. Sprache, Informationsgabe, keine Vorwürfe, kein Pathologisieren von Akutreaktionen etc.. Diese Betreuung bietet auch meistens ein erstes wichtiges Bindungsangebot für die oft total destabilisierten Betroffenen und passiert nebenbei, was aber keine Minderung für diese wichtige Tätigkeit ist, sondern im Gegenteil oft das Richtige für die Betroffenen, wenn alles andere (noch) zuviel wäre. Es kann auch u.U. Weiteres unnötig machen.

PSNH (Psycho-Soziale Notfall-Hilfe) (vgl. auch Lasogga, Münker-Kramer, 2009)

Soll wiederum beitragen zusätzliche Belastungen und Traumatisierungen (z.B. durch Verhöre...) aktiv zu vermeiden und auch „Übersetzungshilfe“ sein im System der Rettungskräfte und in der Familie (z.B. den Umgebenden Reaktionen der Betroffenen erklären, damit diese nicht missinterpretiert werden).

Die PSNH soll erste Erklärungen in angemessener Form für das geben, was die Betroffenen erleben (Vorstufe von Psychoedukation), das erste Erfassen von situativen und sozialen Risikofaktoren soll erfolgen, die Organisation praktischer Hilfen kann in Gang gesetzt werden. Dies geht also über die PEH hinaus, passiert nicht „nebenbei“ und man braucht gezielte Fortbildung für diese sogenannte „psychische zweite Hilfe“. Geleistet wird diese Tätigkeit oft durch sogenannte KIT (Kriseninterventionsteams) von Rettungsorganisationen und NotfallseelsorgerInnen, aber es ist auch möglich, dass vor Ort schnell genug Fachkräfte (z.B. NotfallpsychologInnen) einfinden, wenn sie strukturell entweder Teil der Laienhelferteams sind oder als Nachalarmierung (wie z. B. oft in NÖ praktiziert, wenn bei bestimmten Indikationen KIT oder NFS Fachkräfte des NÖ Akutteams nachalarmieren) angefordert werden, um auch in dieser Phase schon zu unterstützen. PSNH sind aber in der Praxis oft schneller und wohnortnäher in Bereitschaftsdiensten tätig sind und können bei entsprechender Informiertheit über Übergabeindikationen und bei guter Netzwerkkompetenz eine inhaltliche und persönliche Brücke zu Fachkräften darstellen. Daher kommt öfter die Variante der Nachalarmierung zum Tragen, wo dann entsprechende Beobachtungen weitergegeben werden. Dies entspricht etwa der Funktion von Rettungspersonal in

der Weitergabe an den Notarzt, der aus den Informationen über Vitalwerte und Rahmenbedingungen und der eigenen klinischen Bewertung weitere Entscheidungen treffen und Interventionen setzen muss.

Diagnostik und Trauma“beratung“/-behandlung durch Fachkräfte ((Notfall-)psychologInnen, dipl. SozialarbeiterInnen, MedizinerInnen, SeelsorgerInnen,...) Hier geht es um die Zeit nach den ersten Stunden bis 1,5 Tagen bis hin zu ca. 4 Wochen (vgl. Chronologie in der Versorgung, Abb...xx), in der ganz verschiedene Fachkräfte je nach Schwerpunktproblematik „*not-wendig*“ sind, d.h. mit ihrem jeweiligen Angebot Abhilfe schaffen können.

(Notfall-)PsychologInnen:

Dies kann aus psychologischer Sicht zeitraumspezifische Differentialdiagnostik sein (Bsp. Im Hochwasser bei manchen älteren Betroffenen – „Ist die depressive Reaktion Anpassungsstörung oder prämorbid?“), Erfassen klinischer (in Ergänzung zu „situativ, was auch durch Laien erledigt werden kann und soll) Risikofaktoren und ggf. Weitervermittlung in traumaspezifische Psychotherapie, Stabilisierung (Stresscoping, Ressourcenaktivierung, medizinisch, sozial), gezielte Psychoedukation, weitere Übersetzungsarbeit, Hilfe bei der Rückkehr in den Alltag,

TheologInnen

Bei Notfällen im Zusammenhang mit Tod und Sterben wie bei Suizid und Suizidversuch, wenn Rituale und Sinnfragen und spirituelle Bedürfnisse im Vordergrund stehen, sollte die Unterstützung durch Theologen angeboten werden. Für viele Menschen ist es hilfreich, wenn von einem Seelsorger ein Gebet gesprochen wird oder ein Toter ausgesegnet wird. Auch wenn Glaubensfragen im Mittelpunkt der mentalen Beschäftigung stehen („*Wieso passiert so etwas?*“, „*Wie kann der liebe Gott so etwas zulassen?*“, „*Da falle ich vom Glauben ab.*“) ist die Hinzuziehung einer theologischen Fachkraft indiziert. Dies kann auch der Pastor in der Heimatstadt sein. Hier kann eine Übergabe in das engere soziale Netz erfolgen, möglicherweise kennt dieser Pastor/Pfarrer sogar die Familie.

MedizinerInnen

Wenn z.B. körperliche Erschöpfung oder körperliche Beschwerden im Vordergrund stehen (beispielsweise „Hyperarousal“) und nicht mit anderen Möglichkeiten wie Entspannungs- und Distanzierungstechniken gelöst werden können oder andere körperliche Auswirkungen im Vordergrund stehen sind Mediziner, auch u.U. Psychiater gefragt.

SozialarbeiterInnen

Zum Beitrag der Sozialarbeit im Bereich der Jugendwohlfahrt finden sich in diesem Beitrag noch Beispiele, hier kurz einige Bereiche der „allgemeinen Sozialarbeit“, in denen Bedarf entstehen kann.

Es kann beispielsweise der Ernährer einer Familie bei einem Unfall ums Leben kommen und die Schuldenlast beim neu gebauten Haus erdrückend sein – dann kann Schuldnerberatung sinnvoll und notwendig sein, wenn aufgrund von Verletzungen ein Notfallopfer pflegebedürftig wird, müssen entsprechende Unterstützungen beantragt und organisiert werden. Ferner kann es auch um einen Begräbniskostenzuschuss gehen oder um Hilfe beim Zugriff auf Konten gehen, wenn das Familienkonto auf die Verstorbene ohne Zeichnungsberechtigung für den Hinterbliebenen läuft. Diese Arbeit kann bis zur Heranziehung von Juristen gehen.

Traumaspesifische Psychotherapie (vgl. auch Huber, 2003 und 2004, Besser, 2006)

Ist spezifische Heilbehandlung der krankheitswertigen Störungen mittels 4-stufiger traumaspezifischer Psychotherapie. Dies kann sich entweder auf die Chronifizierung im Sinne einer PTBS aufgrund eines ungünstigen Ressourcen-Risikofaktorenverhältnisses beziehen oder auch darauf, dass hinter dem aktuellen Ereignis liegende Multi- oder auch Typ-II-Traumatisierungen liegen, die anlässlich dessen zum Tragen kommen und die Akut- und Nachbehandlung sprengen. Das Vorgehen sei im Folgenden kurz skizziert (Münker-Kramer, Wintersperger, 2004 für www.zap-wien.at)

„Traumatherapie“ bedeutet in erster Linie ein sehr strukturiertes Gesamtbehandlungskonzept, welches den Besonderheiten von Traumafolgekrankheiten Rechnung trägt. Technisch sind in der Traumatherapie unterschiedliche Behandlungselemente, Übungen und Verfahren subsumiert. Alle Verfahren wurden spezifisch vor dem Hintergrund der psychischen und neurophysiologischen Besonderheiten der Vorgänge bei Traumatisierungen entwickelt und erprobt.

Die traumatherapeutische Grundhaltung ist geprägt von parteilicher Abstinenz. Es wird in ganz besonderer Weise die verletzte, verzerrte Selbstwahrnehmung und die daraus resultierende große Verunsicherung im mitmenschlichen Kontakt berücksichtigt.

Dem Bedürfnis nach Sicherheit und Orientierung wird im Aufbau und in einer speziellen Haltung unabhängig von der jeweiligen „Schule“ in der therapeutischen Beziehung Rechnung getragen. Dies ist im Wesentlichen gekennzeichnet durch sehr viel Information über alles, was im Hier und Jetzt geschieht, durch frühzeitige Aufklärung über die Vorgänge bei Traumatisierung im Sinne einer kognitiven Stärkung und „Normalisierung“ der Symptome (Psychoedukation). Weiters werden zu allen Zeiten der Therapie die PatientInnen als PartnerInnen und „ExpertInnen“ für ihre Traumatisierung und die TherapeutInnen als ExpertInnen für die Methoden und wissenschaftlichen Hintergründe der Störung gesehen. Auf dieser Basis erfolgt in allen Phasen eine transparente gemeinsame Behandlungsplanung, wobei dieses Vorgehen auch immer gleichzeitig immanent ressourcenstärkend ist. Hier wird die Haltung, die schon in der Akutbetreuung als „salutogenetisch“ bezeichnet wird, beibehalten.

Typischerweise ist eine traumatherapeutische Behandlung in Phasen aufgebaut:

1. Anamnese, Diagnostik, therapeutische Beziehung
2. Stabilisierung
3. Traumakonfrontation und Traumasynthese
4. Integration, Trauer und Neuorientierung

Traumatherapie ist keineswegs eine neue „Schule“ unter den zahlreichen Psychotherapie-Methoden, vielmehr ist sie eine spezifische Ergänzung, die sowohl mit tiefenpsychologischen Konzepten als auch mit kognitiven Therapiemethoden und körpertherapeutischen Ansätzen gut kompatibel ist. Traumatherapie ist aufgrund der psychotraumatologischen Theorienbildung notwendigerweise und konsequenterweise schulenübergreifend.

In den Forschungen zur Psychotraumatologie der letzten 20 Jahre konnte nachgewiesen werden, dass bei psychischer Traumatisierung mitunter dauerhafte Störungen der Informationsverarbeitung und der Speicherprozesse (= Gedächtnisleistungen) im Gehirn resultieren. Das führt unter anderem dazu, dass traumatische Erlebnisse mitunter dem Alltagsbewusstsein nicht zugänglich sind, wohl aber bei bestimmten Signal-Reizen (Trigger) sich unwillkürlich als eindringliche (intrusive) Erlebnis-Erinnerungen aufdrängen (Flashbacks). Solche Flashbacks und andere intrusive Symptome sind in der Regel durch herkömmliche Therapieverfahren nicht zugänglich bzw. kaum beeinflussbar.

In der Traumatherapie sollen jene wie abgekapselt vorhandenen traumatischen Erlebnisfragmente in kontrollierter und „portionierter“ Form der Verarbeitung zugänglich gemacht werden.

Dazu ist es notwendig, in der ersten Phase der Stabilisierung eine Minimalkontrolle über die inneren Vorgänge wiederzuerlangen. Das geschieht durch gezielte körperliche, kognitive und imaginative Übungen. Ziel ist die Wiederermächtigung über das eigene Innenleben und die Überwindung des Gefühls der Ausgeliefertheit an intrusive Symptome. Die ermutigende Erfahrung dabei: Die Kontrolle über das Innenleben kann wiedererlangt werden.

In der Phase der Traumakonfrontation und -synthese werden Ereignisse aus der Traumageschichte wiederholt in kontrollierter Weise bearbeitet. Es erfolgt aus dem stabilisierten Zustand heraus eine schrittweise Konfrontation und fraktionierte Begegnung mit Bildern, Gefühlen und kognitiven Leitsätzen aus der Traumageschichte. Es wurden hierfür in den letzten Jahren verschieden Techniken auf der Basis verhaltenstherapeutischer (Ehlers, 1999), hypnotherapeutischer (Screentechnik) und psychodynamischer (PITT) Ansätze heraus entwickelt. Mit EMDR steht hier auch eine neu entwickelte Technik zur Verfügung (hierzu Genaues www.emdr-institut.at, www.emdr-netzwerk.at, Münker-Kramer, Hofmann, Wintersperger, 2008)

Dadurch wird die Traumageschichte integrierbar in die Lebensgeschichte und wird wieder erlebbarer Teil der persönlichen Biographie. Dieser Vorgang der Traumakonfrontation erfolgt in wiederholten, kleinen Schritten und ist naturgemäß schmerzhaft - auch in Begleitung von kompetenten TraumatherapeutInnen. Dieser Prozess ist regelmäßig begleitet von Trauer und führt in die dritte Phase, die Phase von Trauer und Neuorientierung.

Mitunter ist nach der Bearbeitung traumatischer Erlebnisse eine weiterführende konventionelle Psychotherapie vonnöten. Es gilt jedoch: „trauma first“ (Luise Reddemann), da die (unbehandelten) Folgewirkungen traumatischer Erlebnisse die erfolgreiche Durchführung einer konventionellen Therapie blockieren können.

Im Folgenden findet sich eine Zusammenstellung einiger Angebote in Österreich in den einzelnen Bereichen.

Tabelle 1: Konkrete Angebote in Österreich

PEH	zunehmend Thema in MEH-Kursen der Rettungsorganisationen, auch in Grundausbildung der nicht-
------------	---

	psychologischen Fachkräfte
PSNH	KIT, Notfallseelsorge, bundeslandspezifische Betreuungsteams * (ABW, Akutteam NÖ, PND OÖ....)
Interventionen durch Fachkräfte	Beratungsstellen, Seelsorge vor Ort, niedergelassene MedizinerInnen, (Notfall-)PsychologInnen, bundeslandspezifische Fachteams * (ABW, Akutteam NÖ, PND OÖ....)
Traumaspezifische Psychotherapie/-behandlung	traumaspezifisch weitergebildete PsychotherapeutInnen, klinische PsychologInnen, z.B. auch www.oent.at, www.emdr-netzwerk.at

Für alle Bereiche gilt als Ziel, dass die Erlebnisse integriert werden in Raum- Zeit, Biographie der Betroffenen und als Ereignisse der Vergangenheit im Vergleich zum Hier und Jetzt konotiert und identifiziert werden können. Dies gilt für Gedanken, Gefühle, Körper und Verhaltensaspekte und kann je nach Traumatisierungsgrad und –schwere natürlich unterschiedlich lange dauern und unterschiedlicher Interventionen bedürfen. Das Endergebnis sollte aber immer Folgendes sein – hier eine praktische klinische Beschreibung von Fischer und Riedesser (2003): „Personen, die ihre traumatischen Erfahrungen erfolgreich durchgearbeitet haben, sprechen mit adäquatem Affekt von den Erlebnissen und sind in der Lage, einen vollständigen Bericht zu geben.“ Dies scheint zunächst eher unwissenschaftlich. Es ist aber eine gute praktische Beschreibung dessen, wie innere Prozesse und Befindlichkeiten – bis zu Ergebnissen von bildgebenden Verfahren in der psychotraumatologischen Diagnostik – klinisch deutlich sichtbar sind.

Aspekte der Netzwerkarbeit

In allen Stufen des Versorgungsdreiecks ist Netzwerkarbeit notwendig – in unterschiedlichem Ausmaß und mit unterschiedlicher Selbstverständlichkeit. So ist bei Rettungsorganisationen, die sich vordergründig der PEH und PSNH annehmen zum Beispiel Erleben und Ausüben von Hierarchie selbstverständlicher als in der Kultur niedergelassener TraumatherapeutInnen, in dieser Stufe ist sie aber auch kaum notwendig. Diese und andere Gedanken und „Kulturaspekte“ sollen in Tabelle 2 überblicksartig und exemplarisch dargestellt werden. Hier sind gegenseitige Information, Schulung und Akzeptanz der jeweiligen immanenten Sozialisation notwendig, um im Sinne der Betroffenen gute und reibungslose Arbeit zu leisten. Ein besonderer Aspekt bei der Betreuung der Betroffenen ist die Schweigepflicht, die in dieser Netzwerkarbeit im Sinne des Psychologengesetzes und Psychotherapiegesetzes kaum aufrechterhaltbar ist, wenn man sie wörtlich nimmt. So ist z.B. bei der Übergabe eines Betroffenen von der Stufe 3 – Intervention durch Fachkräfte zur Stufe 4 traumaspezifische Psychotherapie nicht möglich, nichts zu

sagen, da sonst die Übergabe im Sinne des Betroffenen nicht möglich wäre, von diesen aber oft explizit gewünscht wird. Eine gute Möglichkeit ist hier die Übergabe im Beisein des Betroffenen. Dies macht die Bindung an die nächste Bezugsperson leichter und entspricht in Transparenz und Ressourcenorientierung und Psychoedukationsaspekt exakt der traumaspezifischen Haltung.

Tabelle 2: Aspekte von Netzwerkarbeit aus Sicht der einzelnen Stufen des Versorgungsdreiecks

Ziel(e)	PEH	PSNH	Intervention durch Fachkräfte	traum-zentrierte Psychotherapie
Alarmierer	jede/r, der/die Rettung alarmiert	oft Leitstelle oder nichtpsychol. Fachpersonal	PSNH, Polizei, Rettung, Behörden...	MedizinerInnen, Beratungsstellen, PSNH, PsychologInnen.
Zusammenarbeit mit anderen Gruppen	stark, automatisch	stark, automatisch	weniger stark, aber wichtig, oft nicht automatisch	punktuell wichtig in Absprache mit den PatientInnen
Kenntnisse anderer Organisationen	unabdingbar	unabdingbar	wichtig und hilfr., gegens. Zuweis.	bei speziellen Fragestellungen
Kompetenzgerangel	selten	möglich und relativ häufig, wird weniger	möglich, nicht wünschenswert	kaum
unterschiedliche Ziele beteiligter Helfergruppen	kaum	ja, oft stark, PSNH wichtige Funktion für Betroffene	möglich, sollte im Sinne der Betroffenen gelöst werd.	kaum
Einbindung in Strukturen / Anweisungen von anderen	sind normal	sind normal und systemimmanent, zu managen	eher weniger	nur in Beratungsstellen, KH

ES gibt über die Unterschiede der einzelnen Stufen hinaus nun Aspekte, die übergreifend wirksam und bedeutsam sind. Sie sollen untenstehend kurz erläutert werden, um auch die verbindenden Gemeinsamkeiten in der Netzwerkarbeit zu thematisieren:

Haltung

In der Betreuung und BEhandlung von Traumabetroffenen und PatientInnenen ist es ein immanenter Teil der Haltung, dass diese als Experten für sich selbst, für ihr Leben, für ihr Erleben und ihre Reaktionen zu sehen sind und die Behandler/BetreuerInnen als Experten für spezifische Methoden, Theorien etc, die sie in Absprache mit den Betroffenen zur Verfügung stellen und deren Indikationen sie erklären, indem sie ihre Überlegungen dahinter auf Basis ihres Wissens und ihrer Erfahrung offen legen. Hier ist also ein Höchstmaß an Transparenz und Psychoedukation wo immer möglich nötig.

Dies kann in der Akutphase bedeuten, dass man einem Angehörigen sagt, dass es vielleicht gut wäre, einige Schritte vom Unfallort wegzugehen, um sich vor weiteren belastenden Sinneseindrücken zu schützen (anstatt: hier müssen Sie jetzt erst mal weg, da haben Angehörige nichts zu suchen– nun kommen Sie schon!). In der

Traumatherapie kann das bedeuten, dass man einer Patientin erklärt: Sie haben noch Schwierigkeiten, einen sicheren Ort zu finden, das soll ein Signal für uns sein, dass wir gemeinsam überlegen, was das bedeutet und die guten Gründe, die dahinter stecken können, suchen anstatt: „Das geht noch nicht, also machen wir jetzt was anderes.“ Dies sind vielleicht vordergründig Nuancen, in Wirklichkeit können Welten dazwischen liegen und die Patienten/Betroffenen, die Kontrollverlust, Ausgeliefertsein, Uninformiertheit erlebt haben, empfinden die Haltung bewusst und unbewusst deutlich und die Haltung ist der Schlüssel zum „not-wendigen“ Vertrauen und zur Vertrauenswürdigkeit, das/die immer wieder erarbeitet und/oder bestätigt werden muss.. Mit diesen adäquate Information über Symptome und Hintergründe erhöht man die Selbstkompetenz und bietet eine Außensicht, die auch gleichzeitig Intervention im Sinne von Distanzierung ist.

Außensicht

Es ist für Traumabetroffene wichtig, eine Validierung“ im Sinne einer „Außensichtweise“, i.S. von empathischer Abstinenz, parteilicher Abstinenz zu erleben. Dies bedeutet, dass bei sogenannten „dysfunktionalen Kognitionen/Bewertungen“ vorsichtig und in angemessener und für den/die PatientIn (an-)nehmbarer Weise der Versuch eine Objektivierung geboten wird. Dies bleibt genau genommen immer auch subjektiv, aber auch eine andere subjektive Stellungnahme ist wertvoll, wenn sich Wertesysteme verschoben haben. Es ist hierbei sicher relevant, ob es um kurzfristige dysfunktionale Bewertungen nach Monotrauma geht (Lokführer: „Ich bin schuld“ – nachdem er einen ihm unbekanntem Suizidanten überfahren hat, der direkt nach einer Kurve auf den Gleisen lag) oder ob es um langjährig perfide verschobene Bewertungen in interpersoneller Gewalt mit Traumadynamik und kompletter Verschiebung der Relationen geht (sequentielles Trauma: Frau bei häuslicher Gewalt mit Kieferbruch nach Prügelattacke des Mannes: „Ich habe es ja verdient, ich hab schlecht gekocht“ oder der Kind mit Entwicklungsstrauma „ich bin böse, sonst müsste der Papa mich nicht immer schlagen.“).

Etiketten im Netzwerk

Bei aller Notwendigkeit und bei allem Benefit von Netzwerkarbeit soll die Klarheit der Profession, des Angebots erhalten bleiben. Dies ist im Sinne einer transparenten, „Kunden-information“ zu verstehen - „ich kann das und biete das, wenn das oder das not-wendig ist, wäre aus diesem und jenem Grund diese oder jene Profession sinnvoll und hilfreich“. Dies möchte man, wenn man ein Haus baut und verschiedene Professionen braucht, umso mehr, wenn man in einer verwirrenden, destabilisierenden Ausnahmesituation ist, wo Struktur und Chaosreduktion auch Wiedergewinnung von Stabilität bedeutet.

Gestalten und Vorbereiten der Übergänge

Bei der Gestaltung der Übergänge zwischen den einzelnen Stufen ist es essentiell, die Indikationen für Übergänge deutlich halten (sprachlich, praktisch, beziehungsmaßig, inhaltlich), auch im Sinne der Mündigkeit der Betroffenen. Dies bedeutet Angebote klar nennen, ebenso die Gründe dafür und auch, „Brücke“ bauen, indem man z.B. die Traumatherapeutin im Beisein der Betroffenen anruft. Bei Akuttraumatisierungen entstehen reflexartig Bindungswünsche und reale Bindung an die Person, die zuerst da war. Dies ist mit zu berücksichtigen bei der Übergabe.

Um die soeben erläuterte Auswahl an relevanten „Netzwerk“ – Aspekten und wichtigen Punkten bei der Übergabe, aber auch der Klarheit der jeweiligen Fachlichkeit noch besser zu illustrieren, folgen abschließend noch zwei Fallbeispiele:

Fallbeispiele

Unfall im Wald (Tod bei Holzarbeiten) (vg.auch modifiziert Münker-Kramer in Lasogga, Gasch, 2008, S. 256-260)

„Mein Einsatz erfolgte im Rahmen des PsychoSozialen Akutteams Niederösterreich. Ich war als sogenannte Psy-Kraft in Bereitschaft in der Region „Waldviertel“, eingeteilt. Meine Alarmierung erfolgte in eine ländliche Gegend mit Einzelbauernhöfen, ca. 2 Stunden Fahrt für mich vom Zeitpunkt der Alarmierung.

Die Alarmierung erfolgte über den Journaldienst des PsychoSozialen Akutteams Niederösterreich, der wiederum über die örtliche Dienststelle des Österreichischen Roten Kreuzes alarmiert worden war – und hier von einem KIT-Mitarbeiter des RK. Dieser wartete vor Ort im Wohnhaus der Betroffenen und hatte die Hilfe des Psychosozialen Akutteams angefordert. Ich hatte die Information, dass bei Arbeiten im Wald ein junger Mann durch einen abgesägten Baum verunfallt sei und der Vater zu betreuen sei, der beim Unfall zugegen gewesen war.

Während ich zum Einsatz fuhr, eruierte der Journaldienst für mich die Nummern des Gemeindefacharztes und der Einsatzleitung, damit ich möglichst viele Detailinformationen vor Eintreffen am Einsatzort für einen möglichst fundierten Einstieg zur Verfügung hatte – meiner Meinung nach eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine professionelle Information, für eine Grundakzeptanz und für ein partnerzentriertes Gespräch. Ich holte mir also diese Informationen.

Ich wurde von einem Mitarbeiter der örtlichen RK-Stelle zum Wohnhaus gebracht, das schwer zu finden gewesen wäre ohne Ortskenntnisse.

Vor Ort fand ich den Betroffenen zunächst nicht vor, der KIT-Mitarbeiter empfing mich im Hof des großen Bauernhauses und begleitete mich in die Küche. Hier waren Nachbarn und Verwandte versammelt, die sich alle große Sorgen um Herrn X. machten, der selbst „unterwegs“ war. Die „klinische Beobachtung“ des KIT-Mitarbeiters, die er an mich weitergab, war, dass der Vater „nicht ruhig sitzen könne, nur herumrenne und dass ihm das auffällig erschiene“. Er schilderte weitere Umstände der Familie (Tod der Ehefrau nach langer Krankheit vor einigen Monaten, der 18 – jährige Sohn als der Lebensinhalt des Mannes und Hoferbe und eine 14-jährige Tochter, die auswärts in einer Schule sei und noch nichts wisse.

Dies war eine für mich sehr wertvolle präzise, wichtige und fokussierte Information – ähnlich der Angabe der Vitaldaten und sonstigen Umstände und Maßnahmen, die ein Sanitäter einem am Unfallort eintreffenden Notarzt für eine gezielte Diagnose und Behandlungsplanung gibt.

Wir vereinbarten, dass er mich noch dem Betroffenen vorstellen werde und für eine Übergangszeit von ca. ¼ Stunde vor Ort bleibe. Auch das war als Übergang sehr gut und wichtig. Er hatte vorher schon eine hilfreiche Informationsarbeit hinsichtlich der Arbeit des Akutteams und der Fachkräfte geleistet – bei den versammelten Freunden und der Familie und dem Betroffenen, dessen Bereitschaft zur Betreuung laut den Richtlinien des Akutteams abgeklärt sein muss.

Hier ist die Vermutung zu äußern, dass speziell dieser Betroffene keine Betreuung zugelassen hätte („Psy“ ist für Verrückte etc...), wenn nicht der der Familie bekannte RK – Mitarbeiter dies vorbereitet hätte und somit als „Brücke“ agiert hätte. Er erkannte an der richtigen Stelle die inhaltliche Notwendigkeit der Übergabe und die Grenzen des Laienhelfersystems, legte aber eine unverzichtbare Schiene für eine erfolgreiche und akzeptierte Intervention durch die Fachkraft.

Ich nutzte die Zeit, in der der KIT-Mitarbeiter den Betroffenen suchte, um sozusagen in „Fremdanamnese“ den sonstigen Umgang des Betroffenen mit Belastungen abzuklären (sonstige Coping-Mechanismen?) – dies möglichst unspektakulär und nebenbei, um hier nicht zu „pathologisieren“. Ich wollte mittels dieser Information den wichtigen Hinweis auf das „Herumrennen“ von Herrn X. diagnostisch einordnen. Es war ein Hinweis auf eine akute Belastungsreaktion, hätte aber auch mehr sein können und in Richtung Suizidalität gehen können aufgrund der Begleitumstände.

Die Informationen der Anwesenden waren eine erste Entwarnung: Er sei immer so, wenn er aufgeregter sei, er könne dann nicht ruhig sitzen. Somit entwickelte ich die Hypothese, dass körperliche Aktivität hilfreich im Umgang mit dem natürlicherweise vorhandenen Hyperarousal war und der Betroffene ja auch ein körperlich arbeitender Mensch war – diese Reaktion also eine „normale Reaktion eines normalen Menschen auf eine unnormale Situation“ – hier eben in dieser speziellen Ausprägung.

Ich wurde Herrn X. nun vorgestellt, er wirkte abwesend, gespannt, nicht unfreundlich, aber fokussiert auf die Abendarbeit auf dem Hof. Ich beschloss also aufgrund meines persönlichen Eindrucks und der Rahmeninformationen, die Intervention in seinen Arbeitsrhythmus zu integrieren. Ich war mir sicher, dass ein Herausnehmen aus dem Routinearbeitsablauf ihn körperlich und mental so angespannt hätte, dass kein Gespräch möglich und sinnvoll gewesen wäre.

Somit bat ich um einen zweiten Melkschemel und setzte mich während des Gesprächs über das, was abgelaufen war, was ihn jetzt beschäftigte, was ihm für Bilder durch den Kopf gingen, mit ihm in den Stall. Ich hatte den Eindruck, dass die Melkarbeit und das Säubern des Stalles ihm die Stabilität und den Rahmen gaben, das Erlebte auszudrücken, zu benennen

und auch zu „befühlen“. Er konnte die Routinearbeit als Krücke nehmen, sich dieser überwältigenden Erfahrung überhaupt zu stellen, sich weniger hilflos und ausgeliefert zu fühlen und war außerdem nicht „in Druck“ wegen der notwendigen Hofarbeit, die sonst de facto liegengeblieben wäre. Das unorthodoxe Handeln in diesem Fall war notwendig, um den Betroffenen „in vielen Hinsichten abzuholen, wo er stand“ – ein Charakteristikum notfallpsychologischer Arbeit.

Es war in diesem Rahmen gut möglich, psychoedukative Momente einzubringen, mit ihm die Situation mit der Tochter zu besprechen, die inzwischen von Verwandten informiert worden war und auf dem Weg nach Hause war. Auch die noch zu erfolgende Information seiner Mutter über den Tod des Enkels konnte besprochen werden. In beiden Angelegenheiten war mir wichtig, hier seine Kompetenz zu betonen – er kennt beide und weiß, wie sie reagieren und für seine Tochter muss er nun auch dasein und sie als jemanden sehen, „für den er jetzt mit verantwortlich ist“.

Die Verwandten verabschiedeten sich nach und nach und die Situation im Kuhstall war hilfreich, um jedes Mal die Frage anzuregen, wer in den nächsten Tagen wie helfen könne – um dies gleich sicherzustellen.

Nach ca. 2 Stunden, nachdem die Tochter angekommen war und sich beide zunächst begrüßen konnten und einige Zeit alleine verbringen konnten, fuhren wir zusammen zur „Oma“ – ich wurde gebeten, mitzufahren, um ggf. zu unterstützen. Dies zeigte, dass eine Akzeptanz geschaffen werden konnte.

Ich war zunächst nur anwesend und besprach eher mit den anderen Familienmitgliedern, was sich nun abspielte, warum die beiden unterschiedlich umgingen (das Mädchen sehr still, der Vater nach außen abweisend zu Mutter und Tochter und die Mutter sehr laut klagend) – es folgten Erklärungen über verschiedene Trauermuster. Während sich Vater, Oma und die Verwandten Fotos des Verstorbenen anschauten und immer mehr Personen dazukamen, kümmerte ich mich um die Tochter: wie sie nun einen Zugang zum Vater finden könne, der ja ganz „narrisch“ auf den Sohn gewesen sei, sie sei eher ihrer Mutter nahe gewesen, wie es mit ihr weiterginge – hier ging es nur um vage Ideen und um die eigene Trauer und auch Retraumatisierung und wir vereinbarten einen weiteren Termin mit ihr alleine.

Nach ca. 3,5 Stunden, davon 2 Stunden bei der „Oma“, endete der Abend mit einem gemeinsamen Gebet. Ich konnte das aufgrund der Stimmung nur vorschlagen, sozusagen als Katalysator – hier wäre ein Notfallseelsorger oder der örtliche Pfarrer und eine angemessene Liturgie sicher hilfreich gewesen – ich konnte hier „nur“ als Mensch agieren und das Bedürfnis nach einem rituellen Abschluss des Abends nach all den Gefühlen erspüren – man hatte beim Anschauen der Bilder bereits wieder gelacht und Geschichten erzählt und es war mir wichtig, dass sich hier niemand deshalb schuldig fühlte und so nach Hause ging. Somit brauchte es einen würdigen gemeinsamen Rahmen.

Ich verabschiedete mich, vereinbarte mit der Tochter in Wissen des Vaters einen Termin und mit dem Vater einen Telefontermin, ebenso rief ich den RK-Mitarbeiter an und schilderte ihm den Verlauf des Abends und bedankte mich noch einmal für die Kooperation.

Auf dem Rückweg besprach ich den Fall mit meiner Kollegin im Journaldienst, dies war für uns beide wichtig und klärte noch einmal einzelne Dinge. Ich wählte für meine eigene Psychohygiene eine mentale Trenntechnik (sogenannte 5-4-3-2-1-Übung) vor dem Aussteigen aus dem Auto zuhause und machte einen langen Spaziergang mit meinen Hunden, obwohl es schon später Abend war. Dadurch konnte ich für mich das „Ankommen“ in meiner Realität sicherstellen. Durch das Gespräch mit dem Journaldienst hatte ich den Fall für mich soweit es zu diesem Zeitpunkt möglich war inhaltlich abgerundet. Notwendig blieb noch das „Herunterschrauben“ des nach solchen Einsätzen oft vorhandenen „Hyperarousals“ (Spaziergang in der Natur) und das wirkliche gedankliche Umschalten auf den eigenen Alltag (Trenntechnik).

Der Journaldienst im Akutteam fährt nicht vor Ort, ist aber durch viele Recherchen und Organisationsarbeiten im Hintergrund oft stark involviert und somit auch mental und psychisch betroffen. Das Gespräch rundet nun für beide, SozialarbeiterIn und Psy-Kraft die erste Phase ab und klärt auch möglicherweise noch bestehenden Handlungsbedarf, dadurch, dass von verschiedenen Perspektiven noch einmal auf den Fall und die Umstände geschaut wird. Hier erfragte die SozialarbeiterIn die finanzielle Situation bzw. spezielle Hilfsmöglichkeiten im Zusammenhang mit der Hofarbeit. Dies konnte in das nächste Gespräch mit Herrn X. einfließen.

Es musste keine weitere Betreuung vor Ort stattfinden, da die Gestaltung und Abhaltung des Begräbnisses sehr gut und sehr einfühlsam vom örtlichen Pfarrer vorgenommen wurde und innerhalb der Familie die gegenseitige Unterstützung gut funktionierte, nachdem es in die Wege geleitet war und unterschiedliche Arten des Umganges verständlich gemacht worden waren.

Insgesamt war die Kooperation mit den anderen Betreuungssystemen sehr gut gewesen und die Indikation für notfallpsychologische Intervention sehr präzise gesehen worden. Ebenso war die „Rückgabe“ in das natürliche Netz gut möglich, nachdem einzelne Risikofaktoren („Entzweiung Vater-Tochter aufgrund unterschiedlicher Trauer- und Umgangsmuster“, Schuld- und Selbstwertthema bei Herrn X., begrenzte Belastbarkeit der Großmutter....) bearbeitet und abgeschwächt werden konnten.“

•

Kooperation mit der Polizei

Ein Beamter eines kleinen Polizeipostens im südlichen NÖ wendet sich an das Akutteam, weil eine Mutter mit ihrer 14jährigen Tochter Samstags Nachts um 1.00 kommt, um sexuelle Gewalt durch den Stiefvater anzuzeigen – der Beamte sagt: „Wir sind derzeit damit überfordert, haben bereits weibliche Beamte angefordert, das dauert aber und wir möchten

nichts falsch machen, wir möchten eine Fachkraft vor Ort dabei haben – was sollen wir tun oder vermeiden, bis Ihre Kollegin eintrifft?

Kooperationen Notfallpsychologie - Sozialarbeit der Jugendwohlfahrt

Dieser Bereich scheint mir aufgrund der Zielgruppe dieses Tagungsbandes praktisch besonders relevant und auch die Nachfrage nach diesbezüglichen Beispielen, die im Vortrag zeitlich begrenzt möglich war zeigte Interesse daran. Daher habe ich aufgrund von jahrelanger guter Zusammenarbeit im Psycho-Sozialen Akutteam Frau Mag.(FH) Claudia Aufreiter, Mitarbeiterin in der NÖ Jugendwohlfahrt und bis dato im Akutteam, gebeten, einen Beitrag zur Illustration dieser Kooperation beizusteuern und bedanke mich an dieser Stelle für die Bereitschaft und die folgenden Ausführungen:

„Ich werde im Folgenden den Versuch unternehmen, die zentralsten Inhalte und Aufgaben der Sozialarbeit im Rahmen von Akutinterventionen im Hinblick auf die Jugendwohlfahrt zusammenzufassen. In diesem Zusammenhang möchte ich vorausschicken, dass sich meine Feststellungen auf meiner 7jährigen Tätigkeit als Sozialarbeiterin im PsychoSozialen AKUTteam NÖ begründen.

Die Sozialarbeit richtet ihren Fokus in der Betreuung von Menschen, die von einem traumatischen Ereignis betroffen sind, auf deren veränderten *Alltag*. Die Sozialarbeit hat die Aufgabe, die *veränderte Realität* im Blick zu behalten. Was verändert sich durch den Tod der alleinerziehenden Mutter, des alleinverdienenden Vaters von drei Kleinkindern, den Pflegeeltern des 7jährigen Pflegekindes? In diesem Zusammenhang kommt der Sozialarbeit unter anderem die zentrale Aufgabe zu, die Situation diesbezüglich zu erfassen, situationsrelevante rechtliche Basisinformationen zu geben und die Betroffenen an zuständige Behörden und Institutionen zu vermitteln – das erste Erfassen der Situation im Hinblick auch auf sozialarbeiterisch relevante Fakten und Gegebenheiten passiert entweder mithilfe der Psy-Kraft, die vor Ort mit den Betroffenen arbeitet (durch genaue Informationen, was erfasst/erfragt werden soll) oder direkt, meistens telefonisch durch die SozialarbeiterIn des Journdienstes. Das hängt davon ab, ob und wenn ja ab wann für die Betroffenen eine zweite AnsprechpartnerIn „fassbar/greifbar“ und nicht verwirrend ist. Hier ist eine enge Kooperation DSA –Psy wichtig, da die DSA üblicherweise nicht vor Ort sind und auf der Basis von Situationsschilderungen der Psy-Kräfte Instruktionen geben müssen und Informationen erfragen müssen, um dann wieder handeln, recherchieren und kommunizieren zu können. In besonders komplexen Situationen kam und kommt es jedoch auch vor, dass es zu gemeinsamen Beratungen vor Ort kommen kann, vor allem auch dann, wenn das traumatische Ereignis zu einer dramatischen existentiellen Notsituation der Betroffenen führt und diese auf keine familiären Unterstützungsressourcen zurückgreifen können.

Von besonderer Wichtigkeit sind diese Aufgaben, wenn Kinder von Akutereignissen als Angehörige betroffen sind. Schon bei der Entgegennahme der Alarmierung durch die Fachkräfte für Sozialarbeit im Journdienst bedeutet dies eine erhöhte Aufmerksamkeit hinsichtlich der momentanen Lebenssituation der betroffenen Kinder.

Hierzu einige Beispiele aus der Praxis:

- Suizid der Kindesmutter, während die beiden minderjährigen Kinder (4 und 7 Jahre alt) bei der mütterlichen Großmutter sind. Die Scheidung der Kindeseltern liegt wenige Monate zurück und die Frage, wem in Hinkunft die alleinige Obsorge zukommen wird ist pflegschaftsgerichtlich noch nicht geklärt.
- Tödlicher Verkehrsunfall einer alleinerziehenden Mutter einer 12jährigen Tochter. Die mütterlichen Großeltern kümmern sich um die Enkeltochter. Die Kindesmutter hatte die alleinige Obsorge inne. Zum Kindesvater hatte das Mädchen nur sporadischen Kontakt. Aufgrund des Todes der Kindesmutter sieht der Vater sich nun in der Verantwortung, die Obsorge betreffend seiner Tochter zu beantragen.
- Die Pflegeeltern eines 7jährigen Jungen kommen bei einem Verkehrsunfall ums Leben. Der Junge hatte die Zeit während des Kurzurlaubes der Pflegeeltern bei den Eltern der Pflegemutter verbracht. Die Pflegeeltern hatten die Obsorge inne.

Eine erste zentrale Frage ist jene, *wo* der aktuelle Aufenthalt des betroffenen Kindes im Moment und in den nächsten Tagen sein wird und *von welchen Personen* das Kind betreut wird. Ist diese betreuende Person nicht die obsorgeberechtigte Person im Bezug auf das Kind, so erfolgt an dieser Stelle eine erste rechtliche Grundinformation an den/die Erwachsene/n – nämlich die ehebigste Kontaktaufnahme mit dem zuständigen Pflegschaftsgericht oder der Jugendwohlfahrtsbehörde. Soll das Kind auch durch eine/n MitarbeiterIn des PsychoSozialen AKUTteams NÖ direkt betreut werden, so braucht es die Zustimmung des Obsorgeträgers. Ist dieser verstorben, so muss der zuständige Jugendwohlfahrtsträger von der Notwendigkeit von und dem Wunsch nach Betreuung des Kindes durch die Angehörigen informiert werden.

Frei nach dem Motto „Wissen gibt Sicherheit“, ist es für Betroffene, die sich in Akutereignissen um betroffene Kinder kümmern, wichtig, erste Informationen zu bekommen, was sich im Bezug auf die rechtliche Absicherung der Kinder und in weiterer Folge zur Sicherstellung deren finanzieller Ansprüche (Waisenpension, Familienbeihilfe, Unterhaltsansprüche, Schadenersatz etc.) tun müssen. Dies muss gezielt und konkret passieren trotz der destabilisierenden Akutsituation, in der viele Dinge zu ertragen und zu regeln sind. Es ist für die Betroffenen in dieser Lage ungemein hilfreich, wenn diese wichtigen Informationen schnell und für diese wenig aufwendig, aber verständlich beigelegt werden und sogar erste notwendige Dinge in die Wege geleitet werden können. Die Erfahrung im PsychoSozialen AKUTteam NÖ zeigte, dass Laien in der Regel unerfahren sind, mit „dieser Art“ von Behörden- und Gerichtsangelegenheit. Erleichtert nehmen Großeltern oder andere

wichtige Bezugspersonen des Kindes wahr, dass sie in dieser emotionalen Ausnahmesituation keine langwierigen Formulare ausfüllen müssen, sondern „einfach einmal vorsprechen“ können (Parteienverkehr an den Jugendwohlfahrtsbehörden, Amtstage an den Pflegerschaftsgerichten, Sprechtag der Pensionversicherungsanstalten). Angehörige erleben es in der Regel als unterstützend, wenn die/der SozialarbeiterIn des AKUTteams diese Vorsprache beim zuständigen Jugendwohlfahrtsträger ankündigt und die Betroffenen auf bereits informierte MitarbeiterInnen treffen.

Diese Informationen und die Beantwortung der drängendsten rechtlichen und finanziellen Fragen der Angehörigen im Bezug auf die Kinder macht oftmals deren Einlassen auf den notfallpsychologischen Unterstützungs- und Interventionsprozess erst möglich.

Die Kooperation und Vernetzung zwischen PsychoSozialem AKUTteam NÖ mit den zuständigen Jugendwohlfahrtsbehörden war und ist vor allem für die Betroffenen von großer Bedeutung. Schnittstellen können, wenn sie *nicht* gepflegt werden, zu Bruchstellen werden. Da die Betreuung im Rahmen der Akutinterventionen nur von zeitlich kurzer Dauer ist, braucht es verlässliche Stellen und Institutionen, an welche die Betroffenen weitervermittelt werden können, wo sie weiter hochprofessionelle Hilfe erfahren können.

Die Jugendwohlfahrt kümmert sich um die Sicherstellung von rechtlichen und finanziellen Ansprüchen von verwaisten Minderjährigen. Durch den Kontakt der Betroffenen mit den Fachkräften für Sozialarbeit der Jugendwohlfahrt ist auch die psychosoziale Weiterversorgung der betroffenen Kinder sichergestellt. In sehr vielen Fällen benötigen die Angehörigen der Kinder, deren Elternteil/e verstorben sind, unterschiedliche Hilfen zur Erziehung, um in ihrer neuen, gestiegenen Verantwortung um die betroffenen Kinder gestützt zu werden.

Die Sozialarbeit im PsychoSozialem AKUTteam NÖ sah und sieht sich bis dato bemüht und zuständig, diese Schnittstelle zur Jugendwohlfahrt gut vorzubereiten und zu organisieren. Klar ist, dass sie auch inhaltlich in der Betreuung der Betroffenen diese Schnittstelle als Grenze ihrer Zuständigkeit wahrnimmt und dies auch gegenüber den Betroffenen deutlich macht. Die Kooperation mit den Psy-Kräften ist dabei einerseits die bereits erwähnte Abstimmung, „wann was wie für die Betroffenen passt“ und auch die gemeinsame Reflexion des Falles, inhaltlich und von der Psychohygiene her.

Jede/r Angehörige wird im Ertragen seines Schicksals und dessen realen Auswirkungen bestmöglich durch die MitarbeiterInnen des AKUTteams unterstützt. Bei betroffenen Kindern unternehmen meiner Erfahrung nach alle Helfer noch mehr Anstrengungen, all ihr Wissen und ihre Energie dahingehend einzusetzen, um ihnen zu helfen.“

November 2008, Mag.(FH) Claudia Aufreiter

•

Literatur

Allgemeine Grundlagen zu Psychotraumatologie

Fischer, G., Riedesser, P. (2003): Lehrbuch der Psychotraumatologie. Reinhardt Verlag, München, Basel

Herman, J. (2003): Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. Junfermann, Paderborn

Trauma – Tagungsband 13.6.2006 Kinder- und Jugendanwaltschaft und EMDR Institut Austria 2006, erhältlich noch in begrenzter Anzahl über post@kija.noel.gv.at, mit Beiträgen von Lutz Besser, Eva Munker-Kramer, Petra Rau, Sylvia Wintersperger

Stufe 1 des Versorgungsdreiecks - PEH

Lasogga, F., Gasch, B. (2002): Psychische Erste Hilfe bei Unfällen, Stumpf & Kossendey, Edewecht

Stufe 2 des Versorgungsdreiecks - PSNH

Lasogga, F., Munker-Kramer, E. (erscheint Frühjahr 2009): PsychoSoziale Notfallhilfe, Stumpf & Kossendey

Stufe 3 des Versorgungsdreiecks – Unterstützung durch Fachkräfte

Hausmann, C. (2005) Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung. Grundlagen, Interventionen, Versorgungsstandards. Facultas, Wien

Hörmann, R. & Münker-Kramer, E. (2003) Expertinnenbeitrag – PsychoSoziales Akutteam NÖ Kooperation Sozialarbeit- Notfallpsychologie – Hochwasser August 2002. In: Pantucek, G.: Hochwasser 2002 – eine Text- und Bilderchronik, Holzhausen Druck und Medien, Wien, S. 127-131

Krüsmann, M., Müller-Cyran, A. (2006): Trauma und frühe Interventionen. Möglichkeiten und Grenzen von Krisenintervention und Notfallpsychologie. Pfeiffer bei Klett-Kotta, Stuttgart

F. Lasogga, B. Gasch (2008): Notfallpsychologie. Springer-Verlag, Wien, New York

Münker-Kramer, E. (2006): F.43.0 (ABR) und F.43.1 (PTBS) – Grundlagen, Diagnostik, Behandlungsansätze. in: Beiglböck, Feselmayer, Honemann: Handbuch klinisch-psychologischer Behandlung, S. 293-322, Springer-Verlag, Wien, New York

Stufe 4 des Versorgungsdreiecks - Traumatherapie

Ehlers, Anke (1999): Posttraumatische Belastungsstörung. Hogrefe, Göttingen, Toronto, Bern, Seattle

Hofmann, A. (2005) EMDR in der Behandlung posttraumatischer Belastungssyndrome, Thieme

Huber, M. (2003): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil I. Junfermann-Verlag, Paderborn

Huber, M. (2004): Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung, Teil II, Junfermann-Verlag, Paderborn

Münker-Kramer, E., Wintersperger, S., Hofmann, A. (2007): Zum Verständnis von EMDR als Behandlungsmethode für PTBS auf dem Hintergrund der modernen Psychotraumatologie. In: Psychologie in Österreich, 1/2007, S. 53-60

Literatur zu Behandlungsleitlinien

Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Liebermann, P., Reddemann., L., Wöller, W., Schattauer (2004): Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext., www.uni.duesseldorf.de/awmf/ptsd

NICE Report: National Clinical practice Guideline No. 26: Post traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Gaskell & British Psychological Society, 2005, www.nice.org.uk

Websites

<http://disaster.efpa.eu> (Europäischer Psychologenverband, Standing Committee zu Notfallpsychologie, Informationen über Länderaktivitäten und Forschung, www.emdr-europe.org (Europäische Fachgesellschaft für EMDR – Standards und viel Forschung zu Traumabehandlung)

www.degpt.de (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie – Fachgesellschaft, die sich mit allen Stufen der Betreuung befasst, Standards entwickelt und Forschung initiiert und unterstützt)

www.emdr-netzwerk.at (EMDR Netzwerk Österreich, Fachgesellschaft für spezifische Traumatherapie) – Österreichische Fachgesellschaft für EMDR, Österreich-Vertreterin in den internationalen Dachverbänden für EMDR, Liste mit zertifizierten EMDR-BehandlerInnen und TherapeutInnen

www.oent.at (Österreichisches Netzwerk für Traumatherapie) – Verzeichnis von traumaspezifisch weitergebildeten TherapeutInnen und BehandlerInnen

Mag. Eva Münker-Kramer

- geb. 1961 in Gießen/Bundesrepublik Deutschland
- Gründerin und Miteigentümerin des EMDR-Institut Austria - autorisierter Partner des EMDR-Instituts Deutschland und des EMDR-Institutes von Francine Shapiro, USA
- Von den internationalen Fachverbänden zertifizierte Trainerin für EMDR
- Gründungsmitglied und Vorsitzende des EMDR-Netzwerk Österreich (Fachgesellschaft für EMDR in Österreich und Österreich vertretende Institution im internationalen Fachverband EMDREA)
- EMDR-Therapeutin, EMDR-Supervisorin, EMDR-Facilitatorin am EMDR-Institut Deutschland und Austria
- Klinische Psychologin, Notfallpsychologin, Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie)
- Mitbegründerin sowie Aufbau des Notfallpsychologischen Dienstes Österreich (NDÖ) im Berufsverband Österreichischer PsychologInnen und von 2000-2003 Vorsitzende
- Mitgründerin und Mitglieder der erweiterten Leitung für den Bereich der Psy-Kräfte im PsychoSozialen Akutteam Niederösterreich bis 8-08, Stabstelle Qualitätssicherung, Fortbildung und internes Projektmanagement beim Forschungsprojekt „Evaluation“ gemeinsam mit Universität Dortmund
- Vortrags- und Seminartätigkeit im Bereich der Psychotraumatologie, Notfallpsychologie, Traumatherapie in der postgradualen Ausbildung zum Klinischen PsychologInnen und GesundheitspsychologInnen beim Berufsverband Österreichischer PsychologInnen (BÖP), bei den Österreichischen Bundesbahnen (ÖBB), dem österreichischen Bundesfeuerwehrverband (ÖBFV), dem KAV Wien, verschiedenen Rettungsorganisationen und anderen öffentlichen Institutionen sowie der Donau-Universität Krems
- Mitglied internationaler Arbeitsgruppen zum Thema Notfallpsychologie und Traumatologie/Traumatherapie (z.B. Task Force Disaster & Crisis Psychology der European Federation of Psychological Associations (EFPA))
- Vortragstätigkeit zum Thema auf verschiedenen internationalen Tagungen (BRD, Schweiz, Tschechien, Slowakei, Österreich und Spanien)
- Mitarbeiterin im Humanitarian Assistance Program (HAP) Slowakei, Ukraine (Ausbildung von TraumatherapeutInnen)