

3. *Aktivierung*: Danach kann versucht werden, die Person zu aktivieren, indem leicht verständliche Aufforderungen gegeben werden („Versuch mal, so gut du kannst, die Augen zu öffnen, deine Hände zu bewegen ...“).
4. *Weitere Aktivierung*: Ist die erste Aktivierung gelungen, ist es hilfreich, die Person aufzufordern, sich im Raum umzusehen und beispielsweise eine vorgegebene Zahl an Gegenständen zu benennen.
5. *Selbst-Reorientierung*: Zur Selbst-Reorientierung kann die Person nun noch einmal gefragt werden, wie sie heißt, wie alt sie ist und ob sie weiß, wo sie sich befindet.
6. *Aufklärung*: Dann erfolgt ein kurzes Aufklären des Anderen, dass er gerade einen Flashback hatte und dabei in einem alten Film war.
7. *Kontakt halten*: Dann erfragen, ob es möglich ist, Blickkontakt aufzunehmen und den Kontakt zur Person halten.

Nach dieser Phase der Reorientierung ist es meist unerlässlich, weitere Maßnahmen zur Stabilisierung und Stressregulation einzuleiten. Gut ist es, wenn im Rahmen von Hilfeplanung für derartige Situationen Strategien zuvor abgesprochen wurden. So können zur
 TT Skills von der Fachkraft eingesetzt oder angeregt
 beiden in einer derartigen Situation gleichermaßen
) Sicherheit vermitteln.

2.8 Erste Hilfe bei Akuttrauma

In sozialpädagogischen Handlungsfeldern bedeutet die Arbeit mit Traumatisierungen zumeist die Auseinandersetzung mit langfristigen Traumafolgestörungen, die vor dem Hintergrund sequenzieller und/oder komplexer Traumatisierungen entstanden sind. Demgemäß stellen die in diesem Kapitel bisher aufgezeigten Leitlinien traumabezogener Interventionen Gerüst und Handwerkszeug, um diesbezüglich für Stabilisierung und heilsame Entwicklungsprozesse sorgen zu können.

Gleichwohl werden professionelle HelferInnen aber auch mit Situationen konfrontiert, in denen das traumatische Ereignis nicht in der Vergangenheit der Betroffenen liegt, sondern akut durch

- einen Unfall,

- ein Gewalterlebnis,
- den plötzlichen Verlust eines nahen Menschen oder
- die Zeugenschaft einer Katastrophe

ausgelöst wird. In einigen Tätigkeitsfeldern Sozialer Arbeit ist die Gefahr für Akuttraumatisierungen zusätzlich erhöht, da die Zielgruppen aufgrund

- sozialer Umstände,
- persönlicher Lebenslagen oder
- Verhaltensweisen

ein deutlich potenziertes Risiko haben, in traumatisierende Situationen zu geraten.

Um auf diese Geschehnisse vorbereitet zu sein und Betroffene oder Angehörige angemessen unterstützen zu können, sollen in diesem Abschnitt als Ergänzung zu den vorherigen dargestellten rehabilitativ wirksamen Interventionen Anregungen für die *Erste-Hilfe-Versorgung* in der Akutphase gegeben werden.

Grundsätzlich sind viele Menschen in der Lage, sich vor allem von einem Monotrauma im Rahmen eigener Selbstheilungsprozesse gut zu erholen. Aber auch bei Menschen, die nicht erstmalig, sondern erneut traumatischem Erleben ausgesetzt sind, bietet die erste Phase nach einer Traumatisierung gute Möglichkeiten dazu, den regenerativen Kräften im Menschen heilsame Unterstützung zu leisten. Eine angemessene Akutversorgung enthält gute Chancen, dass eine normale akute Belastungsreaktion abklingen kann, ohne in eine klassische chronifizierte oder verspätete Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) überzugehen (→ Kap. 1.2). Das Hauptziel helfender Interventionen unmittelbar nach einem Trauma liegt in der Unterstützung der Selbstheilungskräfte der Betroffenen. Das kann durch das Schaffen von Sicherheit und Beruhigung auf den physischen und psychischen Ebenen erreicht werden.

Schockphase

Die Schockphase tritt meist unmittelbar nach dem traumatischen Erleben auf und dauert zwischen wenigen Minuten und einigen Stunden bis Tagen.

Im Akutzustand sind Schockanzeichen an bleicher Hautfarbe, schneller und flacher Atmung, starkem Zittern, leerem Blick, Verwirrtheit, Schwindel, Übelkeit oder Erstarrung zu erkennen (Fischer 2007; Krüger 2007). In diesem Zeitraum geht es primär darum,

- Präsenz zu signalisieren („Ich bin da!“),
- gegebenenfalls für Reorientierung zu sorgen (jemanden aufzuklären, wer er ist, wo er sich befindet und wer man selbst ist, ihm mitzuteilen, dass er in Sicherheit ist oder Hilfe erwartet wird),
- die oder den Betroffene/n aufzuklären, dass Körperphänomene wie Zittern und hemmungsloses Weinen ganz normale und gesunde Reaktionen sind, die dem Körper jetzt helfen, den Stress abzubauen („Es ist alles in Ordnung!“),
- für Ruhe und Wärme zu sorgen (ihm oder ihr eine Decke umzulegen, ein heißes Getränk anzubieten, ihn oder sie zum Hinsetzen/Hinlegen aufzufordern) und
- eine reizarme Umgebung herzustellen.

Oft ist körperliche Berührung als beruhigendes Signal hilfreich, sie sollte aber zuvor angekündigt werden beziehungsweise um Erlaubnis hierzu gefragt werden.

Entscheidend ist in dieser Situation, ein ruhiges, sicheres Auftreten der helfenden Person, um weitere Verunsicherungen und Verängstigungen zu vermeiden. Insgesamt gilt: „Die Nähe von Bezugspersonen ist in der Regel die beste Medizin!“ (Krüger 2007, 116).

Stressmanagement in den ersten 4–6 Wochen

Nach dem Abklingen der ersten Schocksymptomatiken zeigt sich bei vielen Menschen über Stunden und Tage bis hin zu vier bis sechs Wochen eine **akute Belastungsreaktion**, einhergehend mit intensiven Übererregungszuständen, Schlaflosigkeit/Alpträumen, starken emotionalen und affektiven Durchbrüchen, die zwischen intensiver Trauer und extremer Wut schwanken, erhöhter Schreckhaftigkeit oder intensivem Grübeln (→ Kap. 2.3). Auch in dieser insbesondere um das Signal von Sicherheit, das Anbieten licher Beziehungspräsenz sowie um nachhaltige per, Geist und Seele.

Ruhe und Schlaf

Ruhe ist die Voraussetzung, um unsere „spontanen und körpereigenen Prozesse“ zum Einsatz zu bringen (Fischer 2011, 31). In den ersten drei Tagen ist der Schlaf die entscheidende Quelle, aus der der Körper Kräfte zur Regeneration entwickeln kann. Entsprechend gilt es, alles zu unterstützen, was der/dem Betroffenen dazu verhilft, sich auszuruhen und in möglichst lange Schlafphasen einzutreten. Unterstützend können hier auch pflanzliche Beruhigungsmedikamente oder medizinisch verordnete leichte Schlafmittel sein.

Bewegung und Ernährung

Korittko und Pleyer zitieren in ihrer Veröffentlichung zu traumatischem Stress das Ergebnis einer amerikanischen Untersuchung. In ihr hatten Menschen, die Opfer der Terroranschläge am 11. September 2001 in New York City geworden waren, angegeben, dass vor allem Massage, Akupunktur und Jogging ihnen geholfen hatten, die Ereignisse der Katastrophe zu bewältigen (Korittko/Pleyer 2014).

Mit diesem Ergebnis wird die herausragende Bedeutung des Körpers im Zusammenhang mit traumatischem Erleben noch einmal sehr offensichtlich. Die in der *traumatischen Zange* aktivierten Notfallprogramme hinterlassen akut und langfristig ihre Spuren auf den Körperebenen. Zur Bewältigung der traumatischen Situation produziert der Körper hochdosiert Adrenalin, Noradrenalin und Cortisol. Diese dienen der Energieaufladung und führen zu einer maximalen Aktivierung des gesamten Organismus mit entsprechender Anspannung der für Flucht- oder Kampfhandlungen notwendigen Muskulatur. Da diese aber im Trauma zu unterbrochenen Handlungen werden, bleiben sie quasi im Organismus stecken (Fischer 2011). Der Körper verbleibt somit in extremer Übererregung und Anspannung, als wäre die Gefahr noch nicht vorüber, und signalisiert die ständige Bereitschaft, erneut auf die traumatische Situation zu reagieren. Diese grundsätzliche Dysregulation des Körpers ist im akuttraumatischen Zustand extrem ausgeprägt. Entsprechend ist Erste Hilfe auf der Körperebene besonders wirkungsvoll und kann Menschen dabei helfen, ihr inneres Gleichgewicht wiederzuerlangen. Besonders geeignet sind Bewegungsaktivitäten wie

- Laufen,
- Gehen,
- Traben oder
- Radfahren,

die ohne größere Anstrengung dem Körper signalisieren, dass er sich in Freiheit befindet und die Gefahr vorüber ist (Fischer 2011). Gleichzeitig findet bei derartigen Bewegungsabläufen eine gleichmäßige Stimulierung der rechten und linken Hirnhälfte statt. Dieser Prozess hilft, die in der traumatischen Situation heruntergefahrne linke Gehirnhälfte, die zur Verarbeitung des Erlebten erforderlich ist, wieder in Betrieb zu nehmen und die durch die Amygdala (Alarmzentrum) stark übererregte rechte Hirnhälfte zu entlasten und *herunterzufahren*.

Auch gezielte Atemaktivitäten können die Körperregulation positiv beeinflussen. Gezieltes Gähnen beispielsweise kann dem Körper bei der Spannungsregulation helfen, da sich beim Gähnen die Muskulatur ausdehnt und somit Bewegung und Entspannung zur Verfügung gestellt werden, die Anspannungen regulieren können. Ebenso können alle Atemtechniken, wie sie in Kap. 2.7 dargestellt wurden, in dieser Phase nützlich sein.

Um das durch ein Trauma erschütterte Fundament wieder zu stabilisieren, braucht der Körper gute Nährstoffe. Ausgewogene Nahrung ist der *Schmierstoff* für das reibungslose Funktionieren der physischen und psychischen Abläufe. Sie ist die Voraussetzung für das biochemische Gleichgewicht des Körpers, von dem aus somatische und emotionale Prozesse gesteuert werden. Unmittelbar nach einem traumatischen Erleben ist dieses Gleichgewicht im Körper normalerweise durcheinander geraten. Fischer weist daraufhin, dass eine „gravierende Folge des Traumas die Überhöhung der Säurewerte im Blut ist“ (Fischer 2011, 93). Entsprechend empfiehlt er neben der Reduktion aller säure- und giftanreichernden Lebens- und Genussmittel (Alkohol, Tabak, Zucker, Kaffee, Fleisch) vor allem eine basische Ernährung (Kartoffeln, Gemüse, Obst), um die körpereigene Abwehr zu unterstützen (Fischer 2011).

Aufklärung und Resonanz

Auch in der Akutphase ist Psychoedukation wichtig. Dabei geht es weniger um eine vertiefte Aufklärung über Traumafolgestörungen im Allgemeinen als vielmehr um Normalisierung und Entängstigung bezüglich der Akutsymptomatiken. Betroffene, die unter den Symptomen einer unmittelbaren posttraumatischen Stressreaktion leiden, brauchen vor allem die Information, dass ihre Symptome normale, vorübergehende Stresssymptome sind, die dem Körper helfen, das Erlebte zu verarbeiten. Dabei ist es bedeutsam, darüber aufzuklären, dass die meisten Menschen sich spätestens nach vier bis acht Wochen von traumatischem Erleben erholen (Korittko/Pleyer 2014, 69 f.).

Sachliche Erklärungen mit kurzer Darstellung der neurobiologischen Abläufe helfen beim Einordnen und geben dem Gegenüber das Gefühl, dass alles normal und somit unter Kontrolle ist. Anregungen, was der Betroffene selbst tun kann, um zur Verbesserung der Symptomatik beizutragen (Schlaf, Ernährung, Bewegung, Atmung), unterstützen den Stabilisierungsprozess, da sie das Gefühl des Ausgeliefertseins zugunsten von erlebter Einflussnahme verändern können. Wichtig ist es, deutlich zu machen, dass die aktuellen Anzeichen in keinsten Weise Hinweise auf eine Pathologie (Krankheit) oder eine sich entwickelnde langfristige Störung sind. Auch verfrühte Anregungen wie der Vorschlag, zu einem Therapeuten zu gehen, führen in dieser Phase eher zur Verunsicherung als zur Stabilisierung.

Unterstützend wirkt neben der kognitiven Aufklärung emotionale Zuwendung in Form von guter Resonanz. Dazu gehört, denjenigen, die nach dem Trauma das Bedürfnis haben zu erzählen, aufmerksam zuzuhören, Verständnis und Anteilnahme zu signalisieren, ohne jedoch in intensives, detailliertes Nachfragen zu gehen. Einige Menschen mögen oder können zunächst nicht erzählen, was sie erlebt haben und was in ihnen vorgeht. Hier ist es wichtig, sie nicht mit Fragen zu bedrängen, aber gegebenenfalls Angebote zu machen, die die Sprachlosigkeit überwinden können. Dazu kann es gehören, dem Innenleben des Anderen Worte zu geben, indem auf der Grundlage von Traumawissen Vermutungen geäußert werden, wie es demjenigen geht und was vielleicht gerade in ihm vorgeht. Hier gilt es, gut portionierte Angebote zu machen, um den Anderen nicht zu überfordern oder zu überfluten.

Neben diesen Basisansätzen sollte der äußere Rahmen möglichst viel Sicherheit bieten (→ Kap. 3.1). Immanent ist hier die Ritualisie-

nung von Tages- oder Wochenabläufen, also das Bemühen, vertraute Alltagsstrukturen (soweit bewältigbar) beizubehalten. Gleichzeitig sollte die oder der Betroffene die Möglichkeit erhalten, alles, was, in seinen/ihren Möglichkeiten steht, selbst zu machen. Äußere Unterstützung dazu anzubieten, ist grundsätzlich wichtig und hilfreich. Überfürsorge führt jedoch dazu, dass das im Trauma verletzte *Selbstwirksamkeits- und Handlungskompetenzerleben* sich nicht regenerieren kann. Ein primäres Ziel in dieser Phase muss es sein, dass die betroffene Person schnellstmöglich ihre Selbstermächtigung zurückerlangt. Dies kann nur gelingen, wenn die unterstützenden Personen ein sensibles Angebot zwischen Unterstützung und Ermutigung zur Verfügung stellen.

Diese Ermutigung zur Eigenaktivität kann sich auch auf Tätigkeiten richten, in denen sich der Mensch kreativ und gestaltend erlebt. Alle Aktionen, die die Möglichkeit bieten, sich auszudrücken (schreiben, malen, musizieren, tanzen) oder die eigene Schaffenskraft zum Ausdruck bringen (backen, tonen, sortieren) können hier – entlang der eigenen Ressourcen – förderlich sein. Für Kinder befindet sich dieser kreative und gestaltende Raum oft in der Möglichkeit des Spielens.

Korittko und Pleyer (2014) weisen darauf hin, dass Betroffene vielfach die Erfahrung machen, dass in der ersten Zeit unmittelbar nach dem traumatischen Ereignis viel soziale Zuwendung vorhanden ist. Allerdings ändert sich dies meist nach zwei bis drei Wochen. Angehörige, aber auch Helfer erleben sich jetzt zunehmend hilflos und reagieren den Betroffenen gegenüber mit Verharmlosung, Bagatellisierung und *Beruhigungsappellen* bezüglich seiner Nöte. Viele Leidtragenden reagieren darauf, in dem sie möglichst schnell versuchen, soziales Funktionieren herzustellen. Dafür notwendige emotionale Abspaltungen blockieren dabei oftmals den regulären psychischen Verarbeitungsprozess.

Professionelle Hilfen sind in dieser Phase entsprechend notwendig (Korittko/Pleyer 2010), um kompensatorisch noch notwendige Anteilnahme zu leisten, sowie direkten Bezugspersonen und Angehörigen Hilfestellungen und Aufklärung zu bieten. Diese können dazu beitragen, die beginnende Hilflosigkeit abzufangen und die Handlungsfähigkeit zu erweitern.

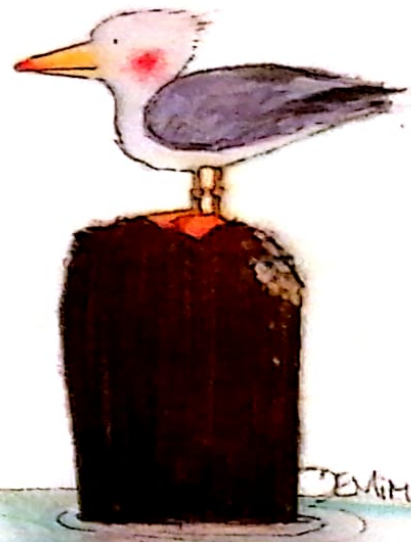
Weitere Anregungen und Selbsthilfemöglichkeiten für Betroffene und Angehörige:



- Fischer, G. (2011): Neue Wege aus dem Trauma. 7. Aufl. Patmos, Ostfildern
- Krüger, A. (2015): Erste Hilfe für traumatisierte Kinder. 5. Aufl. Patmos, Düsseldorf
- Reddemann, L., Dehner-Rau, C. (2012): Trauma. 4. Aufl. TRIAS, Stuttgart
- Levine, P. A. (2008b): Verwundete Kinderseelen heilen. 4. Aufl. Kösel, München
- Weinberg, D. (2015): Verletzte Kinderseele – Was Eltern traumatisierter Kinder wissen müssen und wie sie richtig reagieren. Klett-Cotta, Stuttgart



Moin



EMM

...klientenzentrierte Spieltherapie). Abgesehen von den
innen zugrundeliegenden unterschiedlichen Menschenbildern und