

Akute Traumatisierung

Aufgabe und Möglichkeiten von Psychosozialer Notfallversorgung, Primärärztlicher Versorgung und Psychotherapie

Lehren aus der Flutkatastrophe in NRW 2021



Gliederung

Teil 1: Diagnostische und wissenschaftliche Grundlagen

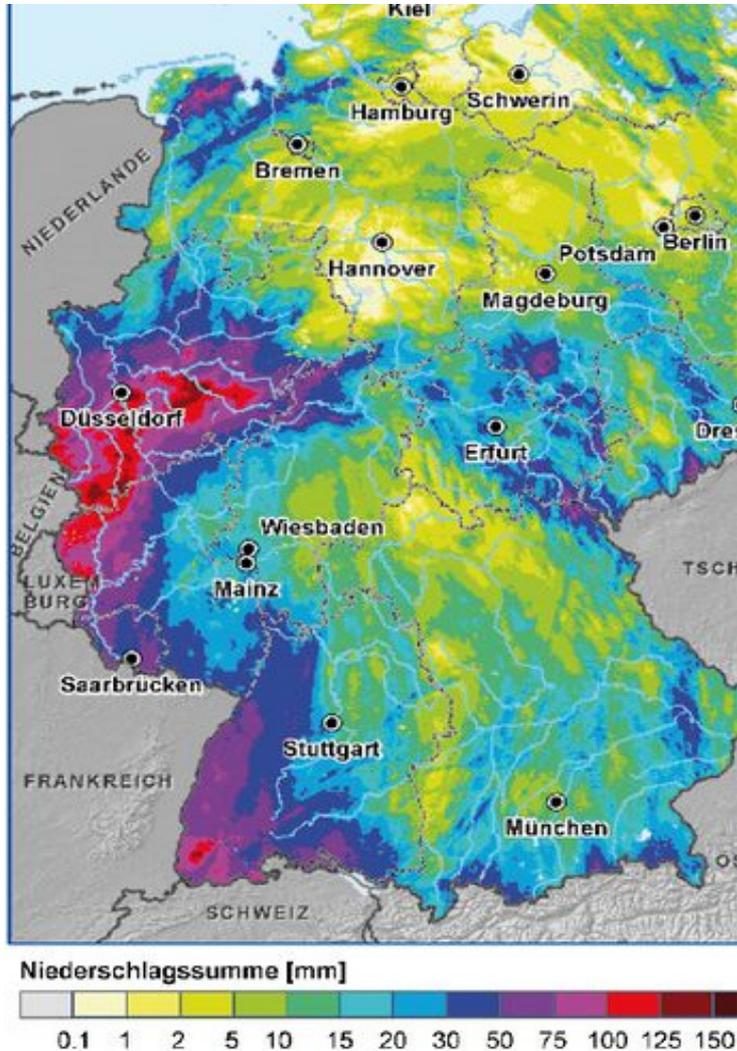
Teil 2: Wie sieht die Versorgungslandschaft aus?

Teil 3: Therapeutische Inhalte

Teil 4: Herausforderungen / Chancen für die Zukunft

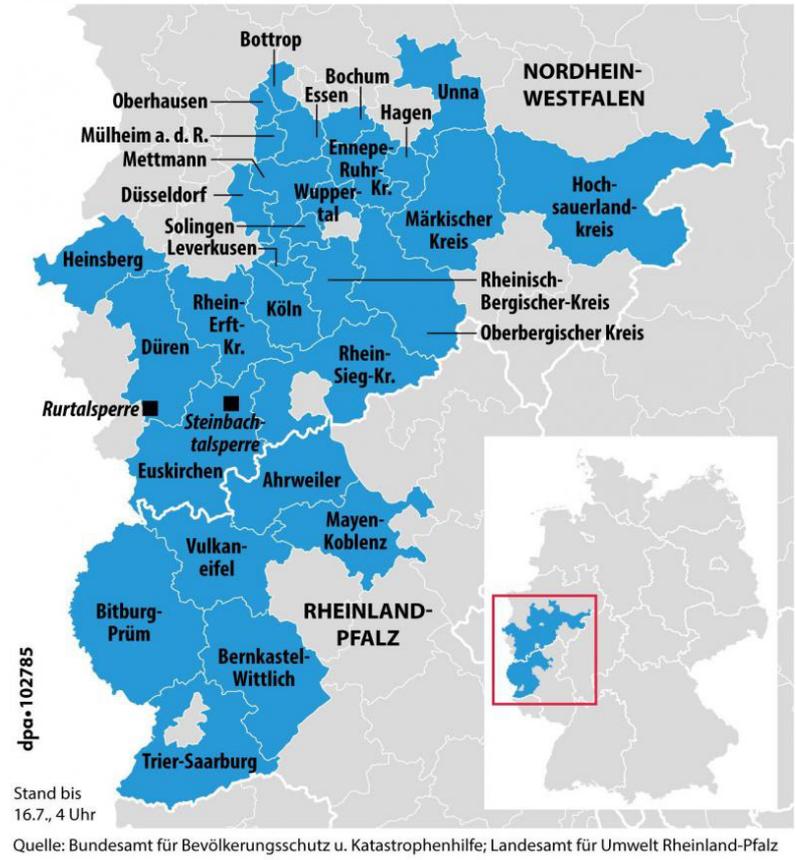






Vom Hochwasser betroffen

Betroffene Landkreise und kreisfreie Städte



Wie war die Situation?

- **Niemand hat mit dieser Katastrophe gerechnet**
- **Systeme völlig überfordert**
- **Häuser, Straßen, Brücken weggerissen und zerstört**
- **Telefonnetz überfordert, keine Kommunikation möglich**
- **Mehr als 180 Tote (135 im Ahrtal, 48 in NRW), in ihren Häusern und Autos ertrunken, von Wassermassen weggerissen**
- **Dörfer nicht erreichbar**
- **Infrastruktur zerstört (Krankenhäuser, Arztpraxen, ...)**

Aber auch:

Große Solidarität

Akute Traumatisierung?

- **Unzählige Menschen hatten potentiell traumatisierende Situation erlebt**
- **5 % aller Menschen nach einer Naturkatastrophe entwickeln PTSD**
- **Symptomatik oft nach 3 Monaten vollständig rückläufig**
- **Betroffene nicht krank sondern „normale Reaktion des Gehirns auf das Verrückte im Außen“**
- **So viel Unterstützung wie nötig, aber so wenig wie möglich**

Traumakriterium

DSM V

A: Die Betroffenen waren über einen oder mehrere der unten genannten Wege Tod (tatsächlich oder angedroht), schwerwiegenden Verletzungen oder sexueller Gewalt ausgesetzt:

- 1. Direktes Erleben des traumatisierenden Ereignisses,**
- 2. Persönliches Miterleben, wie das traumatisierende Ereignis anderen zustößt,**
- 3. Erfahren, dass das traumatisierende Ereignis einem engen Familienmitglied oder einem engen Bekannten zugestoßen ist. (Bezüglich des tatsächlichen oder angedrohten Todes muss der Todesfall durch ein gewaltsames Ereignis oder einen Unfall geschehen sein.)**
- 4. Wiederholte oder sehr extreme Konfrontation mit aversiven Details des traumatischen Ereignisses**

Affektive Reaktion fällt weg

Traumakriterium

ICD 10

ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde

ICD 11

ein extrem bedrohliches oder entsetzliches Ereignis oder eine Reihe von Ereignissen.

neu: auch Menschen, die nicht unmittelbar selber bedroht worden sind

Diagnosen ICD10/11 DSM IV/V

DSM IV

Die akute Belastungsstörung ist eine Störung, die innerhalb von vier Wochen nach einem traumatischen Ereignis auftreten kann und durch das Vorhandensein von drei oder mehr der folgenden Symptome gekennzeichnet ist:

- ein subjektives Erleben des Ereignisses, das sich als Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen manifestiert
- Wiederauftreten des Ereignisses in Form von sich wiederholenden, unaufgeforderten und belastenden Erinnerungen, Träumen oder Flashbacks
- Vermeidung von Stimuli, die mit dem traumatischen Ereignis assoziiert sind
- eine allgemeine Störung der emotionalen Reaktivität (z. B. eine verminderte Interesse an Aktivitäten, ein Gefühl der Entfremdung von anderen, ein eingeschränkter Affekt und eine Übererregbarkeit)
- eine Erhöhung der körperlichen Erregung (z. B. Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrations-schwierigkeiten und Übererregbarkeit)

Diagnosen ICD10/11 DSM IV/V

DSMV

Die Akute Belastungsstörung muss innerhalb von 1 Monat nach dem traumatischen Ereignis begonnen haben und muss mindestens 3 Tage und höchstens 1 Monat andauert haben.

Die Betroffenen erleben mindestens neun (oder mehr) der folgenden Symptome:

Intrusionen:

1. Wiederholte aufdrängende Erinnerungen an das Trauma.
2. Wiederholte Alpträume mit Bezug auf das Trauma.
3. Dissoziationen, z.B. Flashbacks.
4. Starkes Leiden bei Reizen, die an das Trauma erinnern

Gedrückte Stimmungslage:

1. Unfähigkeit, positive Gefühle wahrzunehmen.

Dissoziative Symptome:

1. Depersonalisation oder Derealisation.
2. Unfähigkeit, bestimmte Aspekte des Traumas zu erinnern

Vermeidungsverhalten:

1. Vermeidung von Gedanken etc., die an das Trauma erinnern.
2. Vermeidung von äußeren Faktoren, die an das Trauma erinnern

Erhöhtes Arousal:

1. Reizbarkeit und verärgerte Ausbrüche.
2. Konzentrationsstörungen.
3. Übertriebene Schreckreaktion

Diagnosen ICD10/11 DSM IV/V

ICD 10:

F43.0 Akute Belastungsreaktion

Eine vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt, und die im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen (2-3) abklingt

- "Betäubung", mit einer gewissen Bewusstseinsminderung und eingeschränkter Aufmerksamkeit, einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten und Desorientiertheit.
- Sichzurückziehen aus der Umweltsituation folgen (bis hin zu dissoziativem Stupor)
- Unruhezustand und Überaktivität (wie Fluchtreaktion oder Fugue)
- Vegetative Zeichen panischer Angst wie Tachykardie, Schwitzen und Erröten

Diagnosen ICD10/11 DSM IV/V

ICD 11

QE 84 Akute Stressreaktion

(Kapitel Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems führen)

Eine akute Belastungsreaktion bezieht sich auf die Entwicklung vorübergehender emotionaler, somatischer, kognitiver oder verhaltensbezogener Symptome als Folge der Exposition gegenüber einem Ereignis oder einer Situation (entweder kurz- oder langfristig) extrem bedrohlicher oder schrecklicher Natur (z. B. Natur- oder von Menschen verursachte Katastrophen, Kampfhandlungen, schwere Unfälle, sexuelle Gewalt, Übergriffe).

- autonome Anzeichen von Angst (z. B. Tachykardie, Schwitzen, Erröten),
- Benommenheit, Verwirrung,
- Traurigkeit, Angst, Wut, Verzweiflung,
- Überaktivität, Inaktivität, sozialer Rückzug oder Stupor

Die Reaktion auf den Stressfaktor wird angesichts der Schwere des Stressfaktors als normal angesehen und beginnt in der Regel innerhalb weniger Tage nach dem Ereignis oder nach Entfernung aus der bedrohlichen Situation abzuklingen.

Zurück zur Flutkatastrophe:

- **Schnell klar: potentiell eine Vielzahl an Menschen mit Unterstützungsbedarf**
- **Zunächst existentielle Themen**
- **Schnell viel Hilfsbereitschaft von Einzelnen oder über Organisationen, aber wenig Vernetzung**
- **PSNV aus der ganzen Bundesrepublik**
- **Menschen in den betroffenen Regionen nicht mobil**
- **Ärzte und Therapeuten in der Region selber Betroffen, Ehrenwallasche Klinik zerstört**
- **...**



Spricht etwas für frühe Intervention?

S2k-Leitlinie „Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung“:

Handlungsempfehlung 1:

Nach traumatischen Ereignissen sollen in den ersten Stunden bis Tagen psychologische, psychosoziale und psychotherapeutische Maßnahmen angeboten werden. Dies gilt insbesondere für ein Erleben eines schweren Unfalls, einer akut lebensbedrohenden Erkrankung, körperlicher und/oder sexueller Gewalt, einer Entführung oder Geiselnahme, eines Terroranschlags, eines Kriegereignisses, von Folter oder einer Naturkatastrophe.

Handlungsempfehlung 2:

Bei der psychosozialen Ersteinschätzung sollen der psychische Befund, die äußere Sicherheit, die Risikofaktoren und die verfügbaren Ressourcen erhoben werden. Körperliche Verletzungen und Zustände (Intoxikation) sind zu berücksichtigen

Handlungsempfehlung 9:

Zu Risikofaktoren zählen hohe wahrgenommene Bedrohung, Selbstaufgabe und katastrophisierende Bewertung des Ereignisses, fehlende soziale Unterstützung, körperliche Verletzungen, anhaltende Schmerzen sowie eigene Schuldzuweisung und Scham, vorbestehende Belastungen und frühere Traumatisierung.

Zu den Schutzfaktoren zählen soziale Unterstützung, Schutz vor zusätzlicher Belastung, hohe Selbstwirksamkeitserwartungen und hohes Kohärenzgefühl

Clinical Psychology Review

Preventing the onset of post traumatic stress disorder

Jonathan I. Bisson et al. 2021

Beteiligt:

- **Cardiff University School of Medicine , UK**
- **University of Melbourne, Carlton, Victoria, Australia**
- **VU University, Amsterdam, the Netherlands**

Ziel: die RCT-Evidenz, die derzeit für universelle und indizierte Prävention von PTSD verfügbar ist, zu überprüfen und zusammenzufassen

- **Reviews und Metaanalysen wurden aktualisiert, die:**
 - 1. für die ISRSS-Leitlinie verwendet wurden**
 - 2. RCTs, die auf die Vorbereitung von Vorfällen zur Vermeidung von PTSD fokussiert waren**

Datenquellen

- **RCTs pre-incident preparedness Interventionen von Januar 2008- Mai 2019**
- **RCTs Post-incident Interventionen Jan 2008 – Mai 2016 und updates 05/2018 und 05/2019**
- **Daten in 4 Gruppen geteilt: 1) Vorbereitung auf Vorfälle 2) eine Sitzung frühe Intervention, 3) mehrere Sitzungen früher Intervention, 4) pharmakologische Intervention**
- **Primärer Outcome: Schwere der PTSD-Symptomatik**

Wesentliche Ergebnisse

Post-incident

Studies included: 69

- Single session: n = 18
- Multiple session (universal and selective): n = 20
- Multiple session indicated n = 20
- Pharmakologisch n = 11

- Nur die Gruppe mit mehreren Sitzungen **indizierter** psychosozialer Intervention haben positive Effekte gezeigt
- Konkret: CBT-T, brief EMDR, internet-basierte geführte Selbsthilfe und gestufte/collaborative Versorgung waren überlegen gegenüber kein Angebot/TAU
- CBT-T und stepped/collaborative Versorgung hatten den stärksten Effekt wenn die Diagnose einer ASD gegeben war

Behandlung sollte individuell erfolgen bei signifikanter Symptomatik

CBT-T und stepped/collaborative Versorgung hatten den stärksten Effekt- v.a. wenn die Diagnose einer ASD gegeben war

Wie sieht die Versorgungslandschaft aus?

Welche Anlaufstellen gibt es?

1. Psychosoziale Notfallversorgung

- System psychosozialer Maßnahmen der kurz-, mittel- und langfristigen Unterstützung, Beratung und Therapie im Zusammenhang mit Notfallereignissen
- interprofessionell in der Praxis der Gefahrenabwehr
- Stunden bis zu wenige Tage nach Ereignis
- erfassen die emotionalen, sozialen, spirituellen und praktischen Bedürfnisse der Betroffenen
- ermitteln die Ressourcen- und Belastungsprofile
- ermutigen zu Aktivitäten, die die Betroffenen selbst angehen können
- (beg)leiten die Betroffenen dann in das geeignete Unterstützungs-, Hilfe oder Behandlungssystem



2. Primärärztliche Versorgung

- Oft die ersten Ansprechpartner
- Oft mit körperlichen Symptomen (Schlafstörungen, Schmerzen, Luftnot...)
- Oft schwer von psychischer Komponente zu überzeugen
- Großer Wunsch nach medikamentöser Unterstützung

Psychotherapeutische



- **Niedergelassene Therapeut*innen**
- **Traumaambulanzen**
- **Ggf. Klinikaufenthalt**



Wer braucht was?



Psychosoziale Notfallversorgung

- Die Psychosoziale Notfallversorgung von Überlebenden, Angehörigen, Hinterbliebenen, Vermissenden sowie Einsatzkräften und weiteren von schweren Not- und Unglücksfällen sowie Katastrophen Betroffenen gehört national wie international inzwischen zum Versorgungsstandard
- 2010 Leitlinien und Qualitätsstandards zur PSNV (beauftragt vom Bundesministerium für Inneres)
- Hilfsorganisationen und Kirchen sind Hauptakteure, aber auch Fachverbände und – gesellschaften wie Bundestherapeutenkammer und DeGPT, Vertreter der Länder, Innenministerium und Auswärtiges Amt
- Hauptberuflich, nebenberuflich, ehrenamtlich
- Tätigkeit beschränkt sich in der Regel auf die Akutphase, d.h. innerhalb oder direkt nach einem Notfalleinsatz
- Ziel: Förderung der Verarbeitung der belastenden Erfahrungen, um anhaltende psychosoziale Belastungsfolgen zu vermeiden bzw. zu verringern



Psychosoziale Notfallversorgung

PSNV-B (Überlebende, Angehörige, Hinterbliebene, Zeugen und/oder Vermissende)

- in einem Zeitfenster von Stunden bis zu wenigen Tagen die Kräfte der Notfallseelsorge, der Kriseninterventionsteams oder der Notfallpsychologie. Sie erfassen die emotionalen, sozialen, spirituellen und praktischen Bedürfnisse der Betroffenen, ermitteln die Ressourcen- und Belastungsprofile, ermutigen zu Aktivitäten, die die Betroffenen selbst angehen können, leiten aus den fehlenden Ressourcen den notwendigen Hilfebedarf ab und (beg)leiten die Betroffenen dann in das geeignete Unterstützungs-, Hilfe oder Behandlungssystem. Dieses geht über psycho-soziale Beratungsangebote und Psychotherapie deutlich hinaus und schließt
- Maßnahmen vor allem fünf Bedürfnisse erfüllen: die Bedürfnisse nach Sicherheit, Beruhigung, Wiedererlangung der Selbstwirksamkeit/Kontrolle, nach Verbundensein mit Nahestehenden und nach Zuversicht

PSNV-E

- Analog zu PSNV-B
- Allerdings stärkere Einbindung in den Gesundheits- und Arbeitsschutz und die Fürsorgepflicht der Arbeitgeber

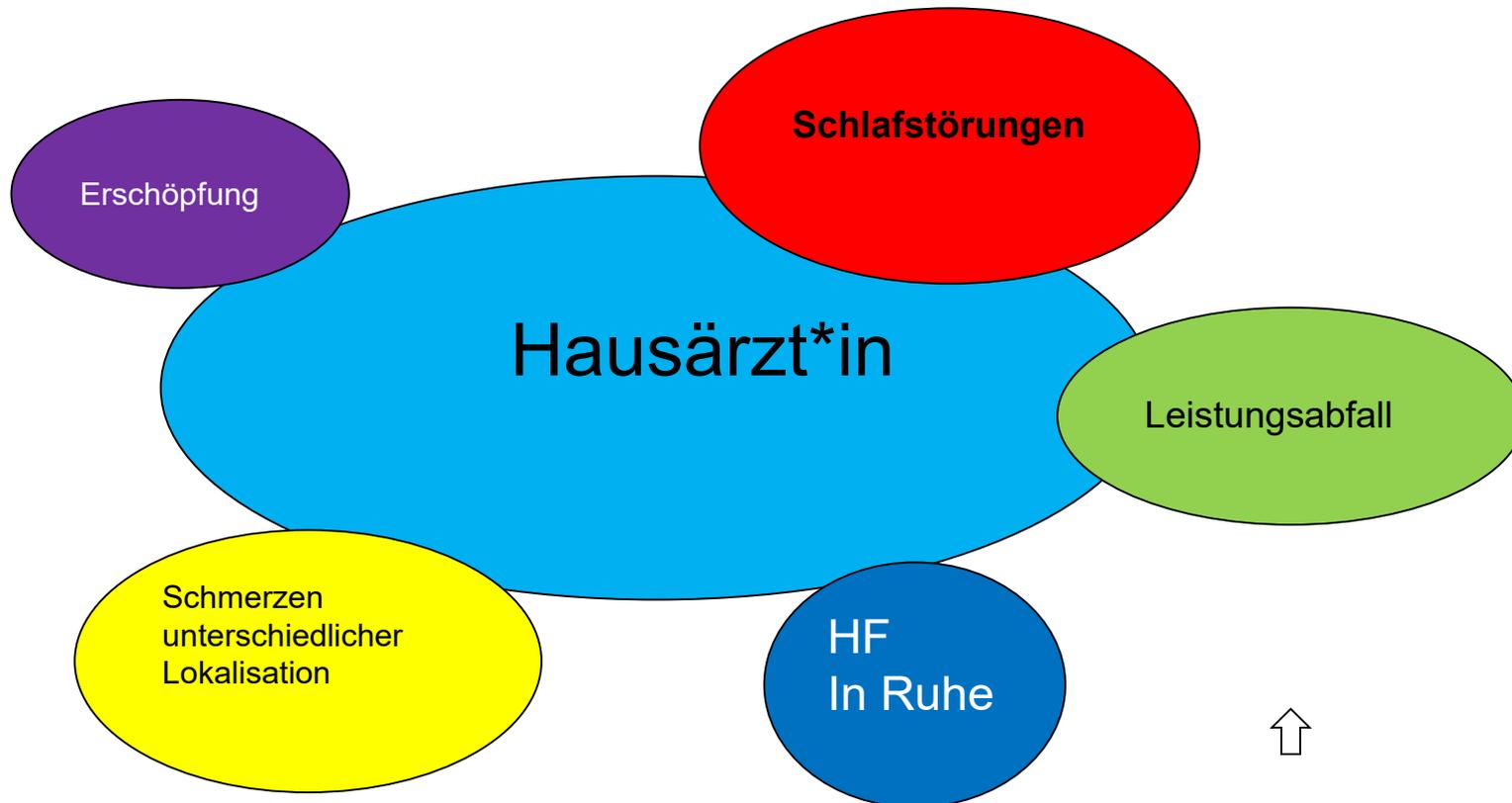


Maßnahmen der PSNV

- **Das psycho-soziale Verständnis der Belastungsverarbeitung schlägt sich in den Leitlinien und Qualitätsstandards als Vereinbarung einer bedürfnis- und bedarfsorientierten, ressourcenkomplementären, interdisziplinären und gestuften Praxis nieder**
- **Grundannahme der PSNV ist es, dass zur Bewältigung von psychosozialen Belastungen und kritischen Lebensereignissen zunächst personale Ressourcen und soziale Ressourcen im informellen sozialen Netz der Betroffenen aktiviert werden**
- **Unterstützung und Hilfe sollen umso aktiver, aufsuchender und niedrigschwelliger angeboten werden, je belasteter und ressourcenärmer betroffene Menschen sind. Mit jedem Angebot von Unterstützung, Hilfe oder Intervention sollte zugleich auch ein hoher Respekt vor den Bedürfnissen und Wünschen der Menschen, vor ihrem soziokulturellen „Eigen-Sinn“ und den Interaktionsgewohnheiten in ihren jeweiligen Lebenswelten verbunden sein**
- **Die zeitlich gestuften Maßnahmen der PSNV-B und PSNV-E richten sich an den unterschiedlichen Dynamiken des Belastungserlebens und an den Bedürfnissen der Betroffenen aus. Aus ihnen leitet sich der jeweils zu deckende Bedarf ab**



Primärärztliche Versorgung



Herr C.



- **In der Nacht Wohnhaus überschwemmt worden sowie Firmenräume, sich selber nicht in Lebensgefahr erlebt**
- **Gebäude aktuell nicht bewohnbar, lebt in anderer Stadt in einem Haus, das ihm auch gehört, lebt in stabiler Beziehung**
- **Symptomatik: „ich habe alles verloren durch die Flut“, gelegentliche Alpträume, Antrieb gemindert, immer wieder Panikattacken, die ihn mehrfach die Woche ins Krankenhaus führen, manchmal mehrfach / Tag, manchmal fährt er nur zur Klinik und bleibt im Auto auf dem Parkplatz, das beruhigt ihn schon**

Womit konfrontiert?

Patient*in:

- **Ausgeprägtes somatisches Krankheitsverständnis**
- **Häufig Wunsch nach schneller (medikamentöser) Hilfe**
- **Große Ablehnung gegenüber psychotherapeutischer Unterstützung**



Hausarzt*innen:

- **Kennen ihre Patient*innen oft jahrelang (und damit mögliche Risikofaktoren)**
- **Kleine Zeitfenster**
- **Wenig Erfahrung mit Traumafolgestörungen**
- **Wenig Möglichkeiten schnell psychotherapeutische Unterstützung anbieten zu können**

Psychotherapeutische Intervention

3. Psychotherapeutische Angebote

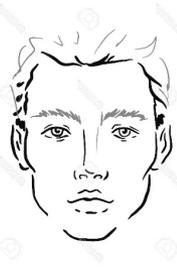
- Niedergelassene Therapeut*innen (ärztlich und psychologisch)
- Traumaambulanzen
- Kliniken

Was haben wir angeboten?

- **Traumaambulanz als Anlaufstelle angeboten**
- **In Zusammenarbeit mit Gesundheitsamt Euskirchen Sprechstunde in den Räumen des Gesundheitsamtes 14tägig**
- **In der Lokalpresse informiert**
- **Bei niedrigem Risikoprofil niederschwellig begleitet**
- **Ggf. Anbindung in Köln**
- **Zunächst möglich im Rahmen der Soforthilfe des Mags**

Herr A.

- **42 jähriger Patient, in der Flutnacht alleine zu Hause, als er vom Lärm aufwacht Wasser im EG schon bis zu den Knien, öffnet in seiner Panik die Haustür, kann sie nicht schließen, muss auf die Strasse, wird vom Wasser mitgerissen, schafft es nur mit Mühe auf die gegenüberliegende Strassenseite zu schwimmen; wird immer wieder von umherschwimmenden Gegenständen getroffen und ist nicht sicher ob er es zum Nachbarn schafft, Angst zu ertrinken**
- **Nachbar hilft ihm und zieht ihn aus den Fluten, retten sich beim Nachbarn auf das Dach, verbringen die Nacht auf dem Dachboden**
- **Am nächsten Tag bis zum Mittag kein Kontakt zur Ehefrau und zum Vater**
- **Symptomatik: massive Schlafstörungen und Alpträume, wacht jede Nacht schreiend auf, morgens zerschlagen, weint viel, Interessensverlust, Gefühl der inneren Leere**



Frau B.



- **86-jährige Patientin**
- **In der Flutnacht alleine zu Hause, lebt oberhalb eines Geschäftes das sie selber aufgebaut hat und jetzt vom Sohn geführt wird**
- **Steht auf ihrem Balkon ohne stabilen Schutz, beobachtet die Strasse und sieht reissenden Fluss der alles mitreisst**

- **Symptomatik: werde nicht mehr froh, weine ständig, habe sich zurück gezogen, gehe kaum noch unter Menschen, könne nicht mehr duschen, sehe dann immer den reissenden Fluss und sehe quasi die Duschtasse nachgeben**

Für uns wichtig: Risikoabschätzung zur Entwicklung einer PTSD

- **Art des Traumas** (bei Naturkatastrophen ca. 5%)
- **Individuelle Belastung** (Tod naher Angehöriger? Zeuge von Todesfällen? Verlust von Hab und Gut?)
- **Soziale Unterstützung** (Hilfe durch Freunde und Familie? Fremde? Finanzielle Belastung?)
- **Vorbelastungen?** (Vortraumatisierung? Psychische Vorerkrankungen?)

- **Entwicklung der Symptomatik**

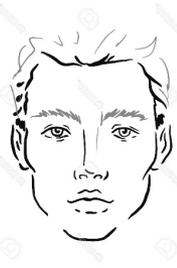
Erste Interventionen/Maßnahmen

gemäß S2k-Leitlinie: Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung

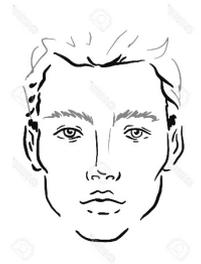
- **Symptome einer Akuten Belastungsreaktion?**
- **Beurteilung der Selbst- und Fremdgefährdung**
- **Äußere Sicherheit?**
- **Insbesondere bei hoher Symptomlast und / oder erhöhtem Risiko für Traumafolgestörungen in den ersten Wochen beobachten, begleiten und ggf. weiter. versorgen**

- **Leicht verständliche Informationen über übliche Reaktionen, Verlauf, Behandlung (Entpathologisierung)**
- **beruhigen und entlasten, Steigern von Kontrolle und Selbstwirksamkeit, Fördern von Kontakt und sozialer Anbindung, Stärkung von Hoffnung und Zukunftsorientierung**
- **Validierung des erlittenen Leids, Veränderung ungünstiger Einstellungen und Bewertungen (z.B. Schuld), Ressourcenaktivierung, Stressbewältigung**
- **Traumafokussierte Kognitive VT: Informationsvermittlung, ggf. Exposition in sensu und in vivo, Stressbewältigung, kognitive Umstrukturierung und Angstmanagement(Arbeit an der Vermeidung)**
- **Zurückhaltung mit dem Einsatz von Psychopharmaka**
- **Kein Debriefing als einmalige Intervention**

Risikoprofil Herr A.



- **Symptomatik kurz nach dem Ereignis noch deutlich stärker, auch tagsüber vermehrt Intrusionen, nach 2-3 Wochen Besserung aber seither so wie aktuell, innere Leere und Erschöpfung eher zugenommen**
- **3 Monate vor der Flut AU wegen Depression**
- **lebt in stabilen Beziehungen, betroffenes Haus gemietet, aktuell aber nicht bewohnbar, bei Fremden in Einliegerwohnung untergekommen nicht in seiner eigenen Stadt**
- **als 18-Jähriger kritische Situation im Urlaub: beim Schwimmen im Meer überschätzt, Todesangst gehabt er schaffe es nicht mehr ans Ufer**



- **Insgesamt 6 Sitzungen**
- **Wichtiger Schritt in Richtung Besserung: Aufdecken, Aussprechen und Einordnung der Schuldgefühle**
- **Konfrontation mittels EMDR vorbereitet und durchgeführt, frühere Situation mit Todesangst beim Schwimmen im Meer mit aufgetaucht, gut durchgearbeitet, in erneuter Vorstellung nach drei Monaten weiterhin beschwerdefrei**

Risikoprofil Frau B.



- **Symptomatik insgesamt als belastender erlebt, aber verändert: anfangs tagsüber Bilder vom Wasser, weniger geweint, inzwischen Bilder blasser aber Traurigkeit und sozialer Rückzug zugenommen**
- **Gut familiär eingebunden, musste Wohnung verlassen weil das Haus beschädigt, konnte nicht in Wohnung zurück, weil diese nie genehmigt war, nur geduldet, jetzt wollte Stadt dies nicht mehr erlauben**
- **Sie hatte neue kleine Wohnung in anderem Teil der Stadt**
- **Eigene Fluchtgeschichte, mit 14 Jahren aus der Nähe von Danzig in den Westen geflohen, Vater lange verschollen**



- **Insgesamt 5 Sitzungen**
- **Zunächst v.a. Arbeit daran, dass sie wieder soziale Kontakte aufnimmt (im Verlauf wurde deutlich: sie schämt sich weil sie nicht mehr in ihrer schönen großen Wohnung lebt und möchte niemanden einladen in ihre kleine Wohnung und in anderem Stadtteil leben muss)**
- **Arbeit an Vermeidung des Duschens**
- **Emotionale Einordnung Verlustes in biographischen Kontext**
- **Kleine Konfrontation in vivo mit laufendem Wasser**

Risikoprofil Herr C.



- **Erstvorstellung Januar 2022**
- **Im "neuen" Haus gut eingelebt, gut in Gemeinschaft aufgenommen worden**
- **Symptomatik anfangs stärker v.a. im Hinblick auf Intrusionen, inzwischen steht große innere Unruhe und Panikattacken im Vordergrund, zur Beruhigung vermehrter Alkoholkonsum**
- **Hatte bis vor einigen Jahren selbst aufgebaute Computerfirma geführt in den Räumen des zerstörten Gebäudes, Firma verkauft und seit einigen Jahren Online-Handel betrieben mit großem Lager in den selben Räumlichkeiten**
- **War versichert, allerdings machte Versicherung Schwierigkeiten, viel Ärger mit der Versicherung**
- **Seit 15 Jahren nach langjähriger Alkoholabhängigkeit nach einer Entwöhnung „nahezu“ abstinent, „alle paar Monate mal ein Bier“**



- **Hat sich an somatische Versorgung gewandt**
- **Im Laufe der psychotherapeutischen Behandlung tauchte auf: vor 3 Jahren einmalig TAA bei Vorhofflimmern, damaligen Krankenhausaufenthalt sehr traumatisch verarbeitet**
- **Dieses Ereignis mit EMDR behandelt, Pat. beschwerdefrei**
- **Nach 6 Monaten erneute Vorstellung, wieder vermehrte innere Unruhe aber nicht so gravierend, hatte viel mit der Sanierung der Gebäude zu tun und musste vor Ort sein: wieder: „ich habe alles verloren“; 1 Sitzung, v.a. Reflektion der Realität, emotional eingeordnet, in Kontrollsituation wieder beschwerdefrei**

Herausforderungen für die Zukunft

Ressourcen:

- **Traumaausbildung im therapeutischen Bereich immer präsenter**
- **Traumaambulanzen in NRW**
- **Notwendigkeit der psychosozialen Unterstützung auch im politischen Bewusstsein**

- **Zu wenig strukturelle Vernetzung**
- **Für Ereignisse außerhalb des OEG Finanzierung nicht gewährleistet**
- **Die durch Traumaambulanzen existierenden Ressourcen nicht ausreichend genutzt**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

