

Umgang mit Krisensituationen in der Allgemeinärztlichen Praxis

Häufige Anlässe

Dr.med Iris Veit
Fachärztin für
Allgemeinmedizin/Psychotherapie
www.irisveit.de

Umgang mit Krisensituationen in der Allgemeinärztlichen Praxis

Häufige Anlässe



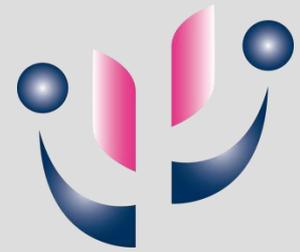
- Verluste sozialer Bindung**
(Eltern, Partner, Kinder durch Tod oder Verlassenwerden)
- Akute Traumatische Ereignisse**
(Typ I- Traumen wie Unfälle, technische Katastrophen, Gewalttaten, häusliche Gewalt)
- Bedrohung der sozialen Existenz**
(Arbeitsplatzverlust)

Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen



- F43.0 Akute Belastungsreaktion**
- F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung**
- F43.2 Anpassungsstörungen**
- F43.8 Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung**

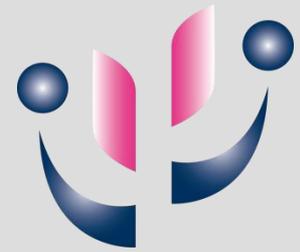
(Komplexe posttraumatische Belastungsstörung, Persönlichkeitsstörung, DESNOS)



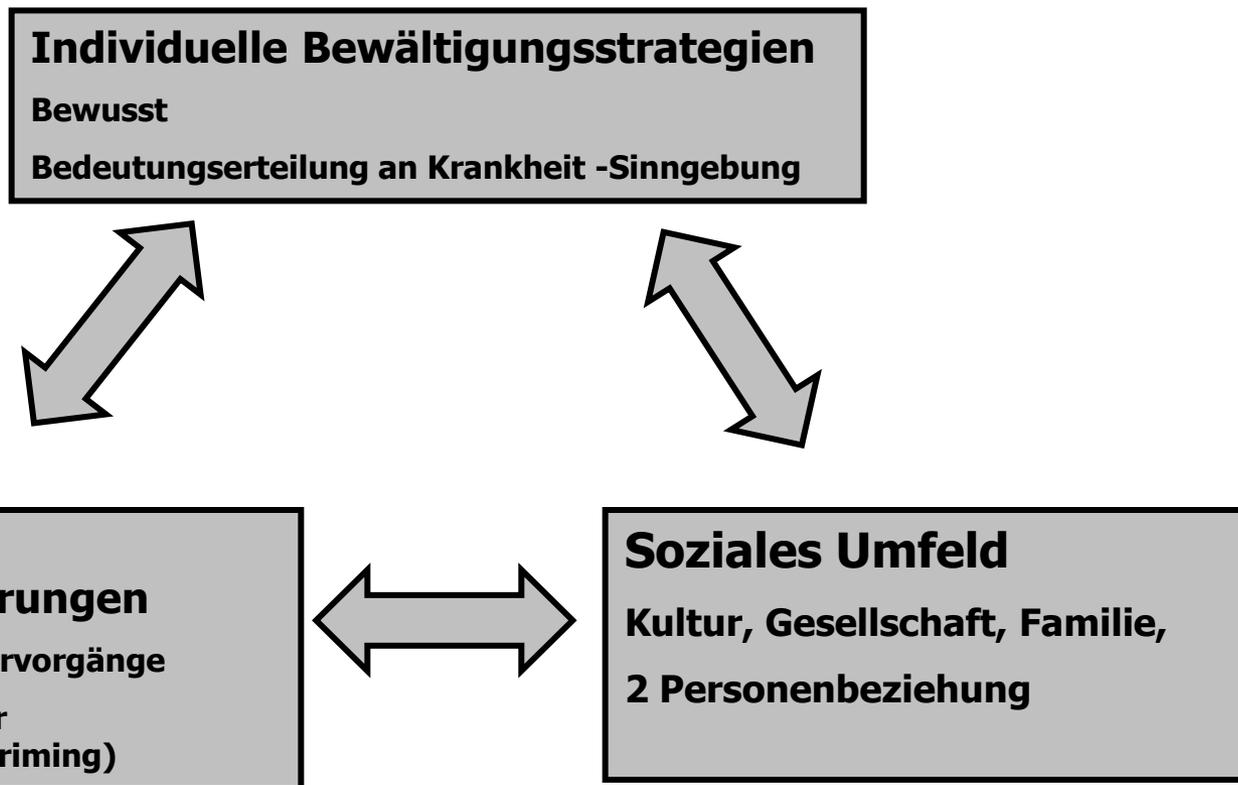
Umgang mit Verlust

- Jeder Verlust berührt basale emotionale Systeme unseres Gehirns, die unsere soziale Eingebundenheit regeln-separation-distress System, das aus Schmerz- und Temperaturregulationssystemen hervorgegangen ist.
- Sozialer Verlust geht mit Trauer einher

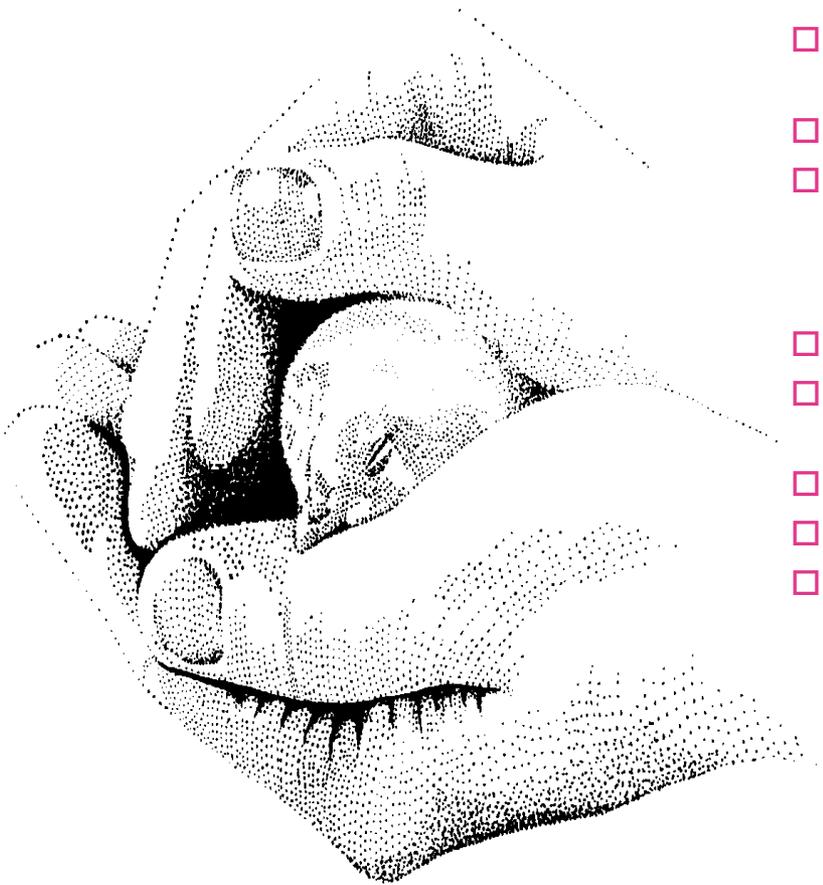
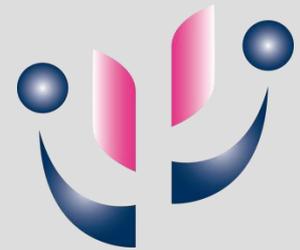




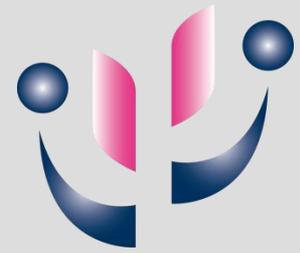
Anpassungsprozess



Eine hilfreich schützende Beziehung anbieten



- Leid anhören und Anteilnahme nicht wertend bekunden
- Nicht Trauer ausreden und bagatellisieren
- Beruhigen
 - Atemtechnik, Medikamente
 - Zeit lassen
 - Nicht bewertende Sinnsuche
- Selbstfürsorge anregen: „Was tut Ihnen gut?“
- Ressourcen aktivieren: „Wie sind Sie früher mit schwierigen Situationen umgegangen?“
- Soziale Unterstützung anbieten, z.B. AU;
- Wer kann Ihnen jetzt beistehen?
- Vernetztes Arbeiten
 - Kooperation der Fach- und Hausärzte
 - Kooperation auf Ebene der Kommune mit psychosozialen Einrichtungen und Selbsthilfegruppen

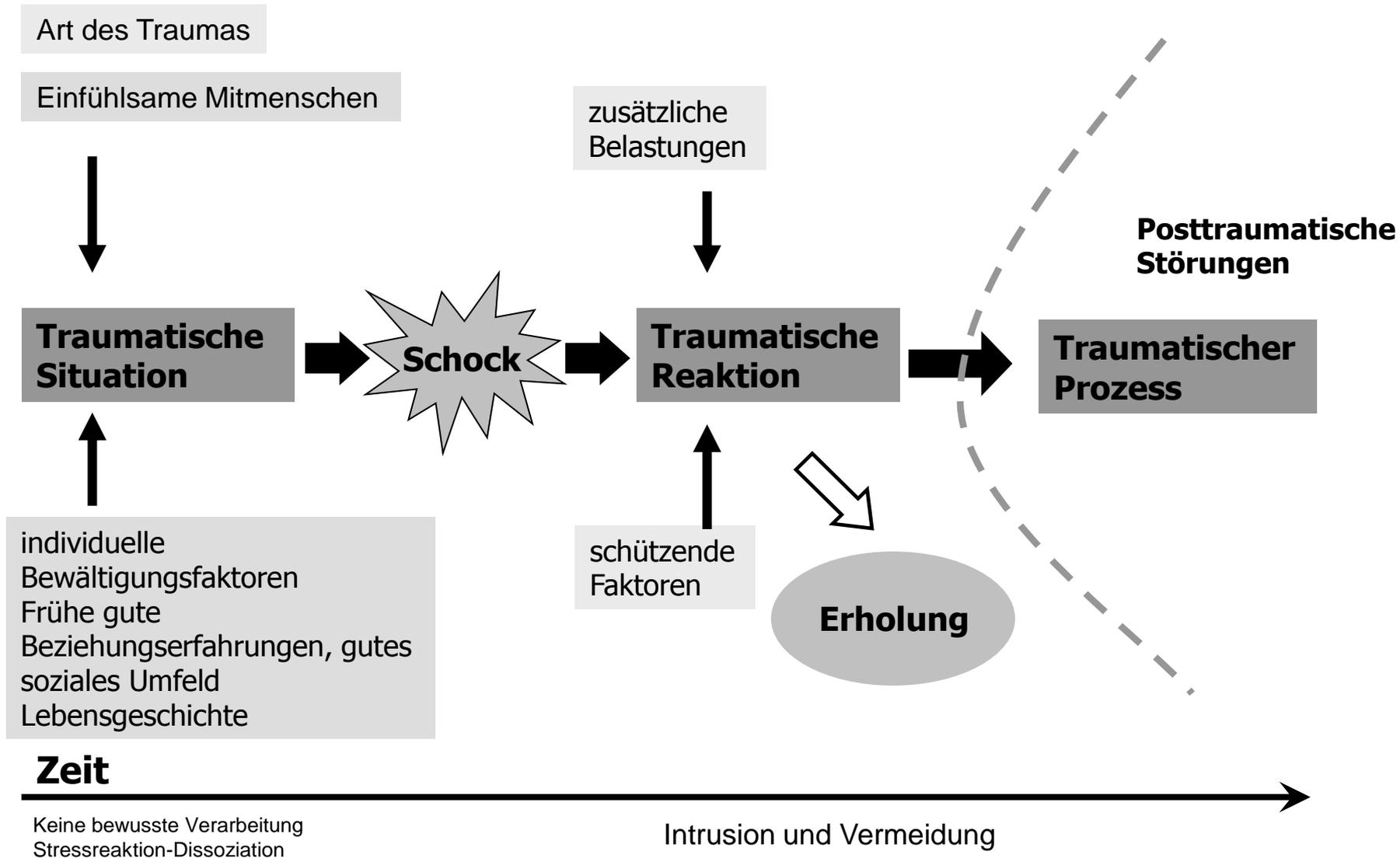


Bewältigung ist individuell



- Mögliche Ambivalenzen der Beziehung beachten
- Lebensgeschichte des Patienten und seine Bewältigungskompetenz beachten
- Verstehen wollen

Verlauf psychischer Traumatisierung



Posttraumatische Belastungsstörung

Basissymptome

(Leitlinien PTSD)



Intrusionen

Das traumatische Ereignis dringt ein mit Bildern und Eindrücken in den Wachzustand oder Träumen (Alpträume). Gefühl, das traumatische Ereignis kehrt wieder. Flash-back-Episoden, Illusion, Halluzination

Vermeidungsverhalten

Reize, die das traumatische Ereignis ausgelöst haben, werden vermieden über längere Zeit

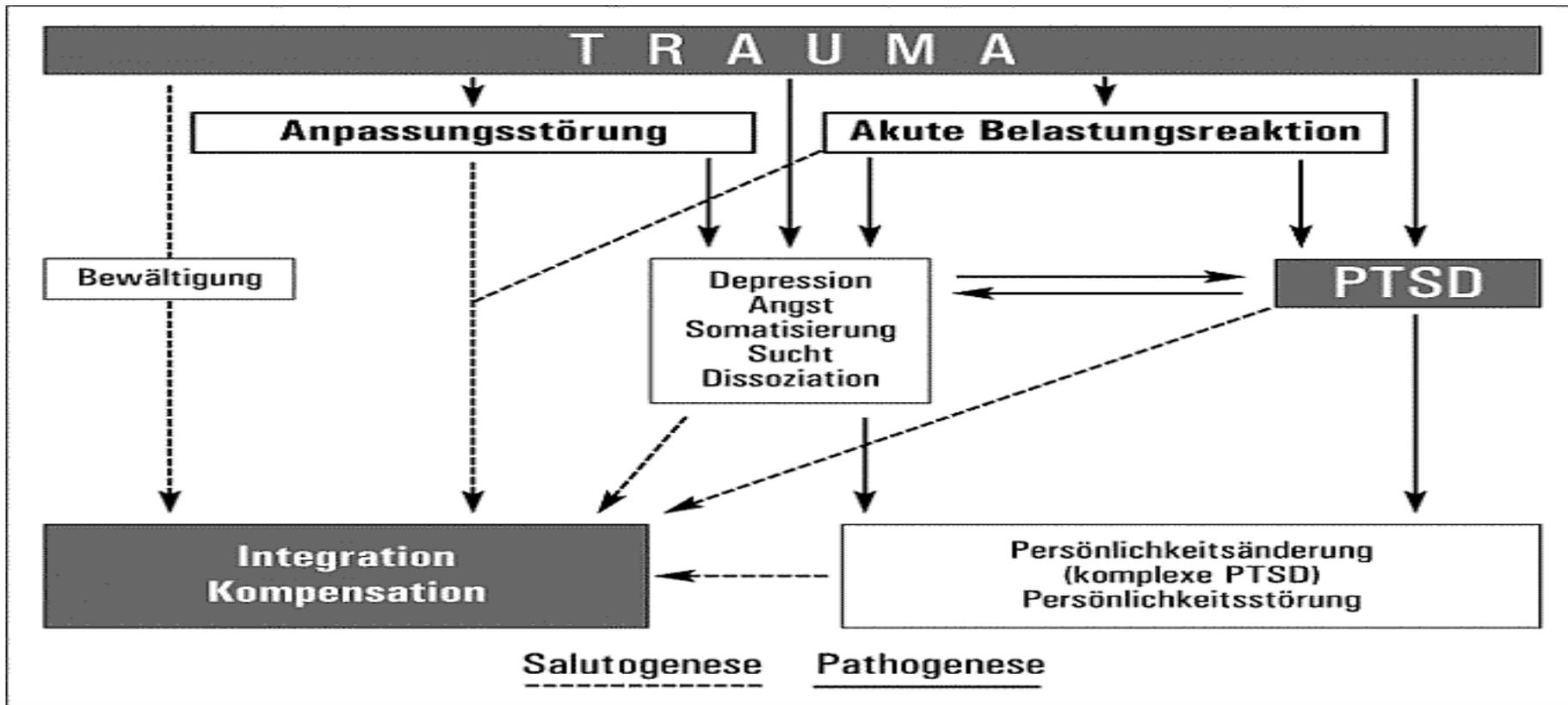
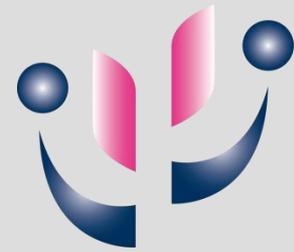
Affektive Abstumpfung (Alexothymie)

Stärkere Erregbarkeit durch gesenkte Erregungsschwelle des ZNS

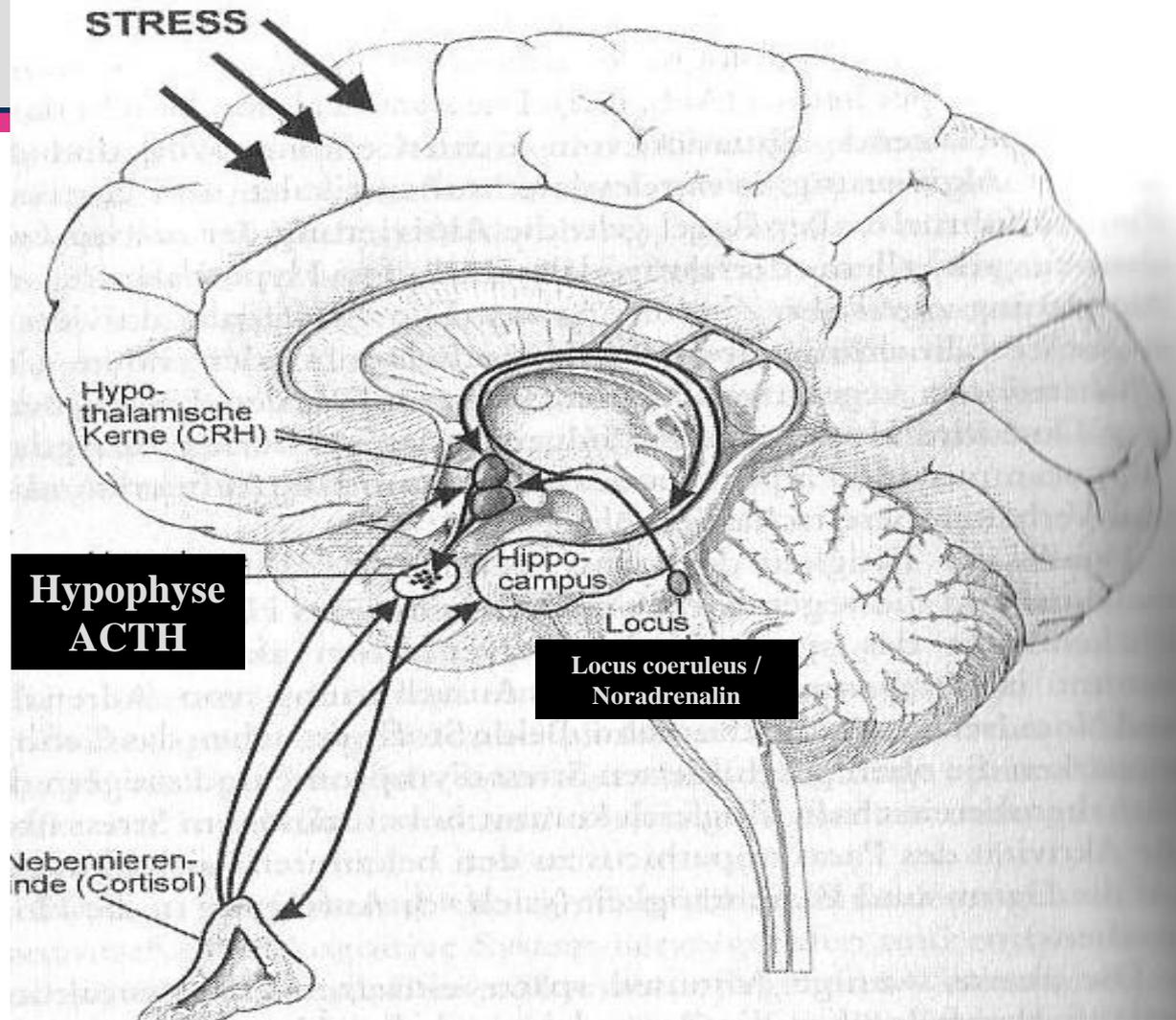
Anhaltende Symptome, die vor dem Trauma nicht vorhanden waren: Schlafstörung, Reizbarkeit, Konzentrationsstörung, Hypervigilanz, Affektintoleranz, Schreckreaktion.

Übersicht traumareaktive Entwicklungen

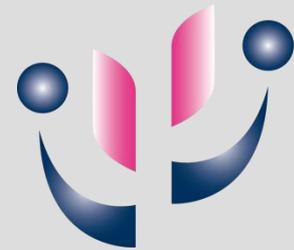
Leitlinien PTSD



Die neurophysiologische Stressreaktion



Woran erkenne ich Dissoziation?



- Veränderte Wahrnehmung von Zeit und Raum**
 - „Ich wusste nicht, was vor sich ging, welcher Tages war...“
 - Er war wie in Zeitlupe.“
- Depersonalisation**
 - „Ich war abgetrennt von meinem Körper“ „Ich habe mich von oben gesehen.“
- Derealisation**
 - „Es war wie im Film.“
- Teilamnesien**
 - „Ich habe wie ein Roboter gehandelt....ich weiß nicht mehr, was ich tat.“
- Freezing**
 - :Ich habe mich wie erstarrt gefühlt.“



Umgang mit Patienten in akuter Krisensituation

- **Äußere Sicherheit schaffen.**
 - Herstellen einer sicheren Umgebung.
 - Organisation des psychosozialen Helfersystems

- **Innere Sicherheit- Selbstkontrolle fördern**
 - Stabilisieren durch Erklären
Die körperlichen Reaktionen auf ein Trauma sind nicht unnormal, sondern eine normale Reaktion auf ein abnormales Ereignis
Dem Patienten erklären, mit welchen körperlichen Reaktionen er zu rechnen hat. Stimmungsschwankungen sind normal.
 - Sprechen über das Ereignis mit anderen anregen, aber begrenzt.
 - „Was tut Ihnen gut?“

- **Beruhigung fördern**

- **Sicherheit in der Arzt-Patient-Beziehung vermitteln**
 - Sichere, transparente Strukturen und Regeln (z.B. Erreichbarkeit im Notfall)

- **Medikamentöse Therapie: Benzodiazepine kurzfristig, sedierende SSRI, Neuroleptika**

- **Soziale Unterstützung**

- **Netzwerkorientierung**

Umgang mit PatientInnen mit Gewalterfahrung



- **Nicht übersehen, sondern ansprechen** und mit dem eigenen Eindruck **konfrontieren**
„Nach meiner Erfahrung sind solche Verletzungen Folge von Gewalt.“
Gefühle ansprechen „Ich finde Sie sehr ängstlich, angespannt, durcheinander...“
Auf der Basis von Wertschätzung und Respekt ist die Konfrontation mit der ärztlichen Vermutung möglich.
- **Nicht Überagieren** und den Patienten überfordern und nötigen
Keine Ratschläge erteilen
Eigenen Gefühlen der Überforderung Beachtung schenken

Umgang mit PatientInnen mit Gewalterfahrung

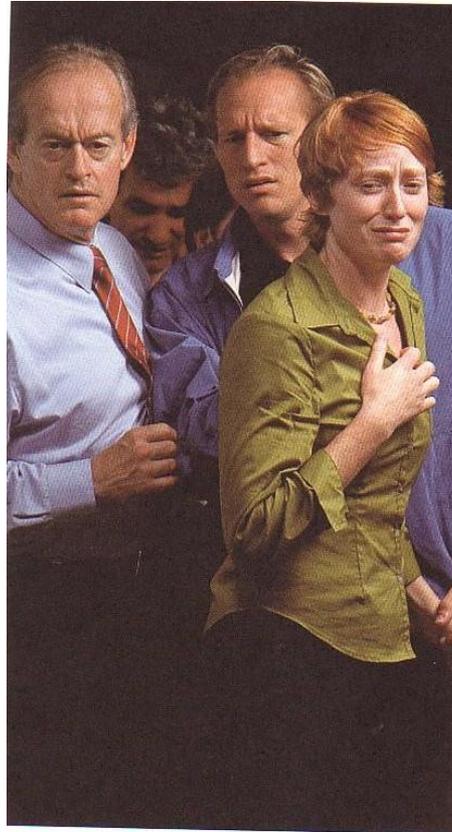


- Schamgefühle beachten und **mögliches Versagen in Bezug auf Trennung ansprechen** Patientin bestimmt den Zeitpunkt von Änderung
Hartnäckig beim eignen Standpunkt bleiben und auf die zukünftige Bereitschaft zur Hilfe hinweisen
 - „Ich mache mir Sorgen um Sie ,Ihre Sicherheit...“
 - „Ich kann mir vorstellen, dass es schwer fällt über dieses Thema zu sprechen...“Keine Suggestivfragen!
Keine wertenden Äußerungen

- **Ressourcen aktivieren**
 - „Haben Sie früher schon einmal Trennungen bewältigt, neue Situationen gemeistert?“
 - „Wer könnte Ihnen dabei helfen“Selbstwertgefühle der Patientin steigern durch Loben

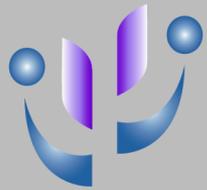
- Auf Flash-backs während des Gespräches achten. Fragen nach dissoziativen Ereignissen stellen

Der Beobachter empfindet den Schmerz, den er sieht



Bill Viola Observers 2002

© BILL VIOLA *Observance*, 2002 +S.071



Iris Veit

Praxis der Psychosomatischen Grundversorgung

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient

Kohlhammer

Zu bestellen über die
homepage

www.irisveit.de

Oder den
Kohlhammerverlag