

Krisenintervention: Triage & Protokoll A (Panik)



Klinischer Rahmen & Differenzialdiagnostische Triagierung

Dieses Manual dient Behandelnden und psychosozialen Fachkräften als strukturierte Entscheidungshilfe bei akuten traumabedingten Dysregulationen im Praxis- und Beratungskontext. Ziel ist die rasche somatosensorische Reorientierung und Stabilisierung innerhalb des Toleranzfensters (Window of Tolerance).

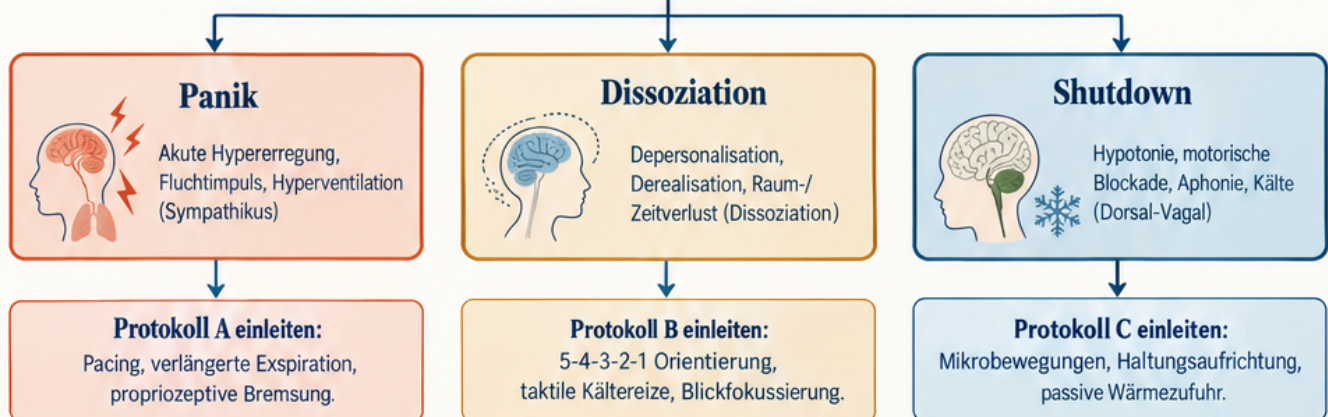
- **Sympathische Hyperarousal (Panik/Kampf-Flucht):** Tachykardie, Hyperventilation, Tremor, motorische Getriebenheit, katastrophisierende Kognitionen.
- **Dissoziative Entkopplung:** Depersonalisation, Derealisation, Blickstarre, verändertes Zeitempfinden, akustische Abdämpfung.
- **Dorsal-vagaler Shutdown (Erstarrung/Freeze):** Bradykardie-Neigung, motorische Hypotonie, Aphonie, emotionale Taubheit, Kälteempfinden.



Wichtiger klinischer Hinweis & Abgrenzung

Diese Protokolle dienen ausschließlich der psychoedukativen und somatischen Akutstabilisierung. Sie ersetzen keine intensivmedizinische Notfallversorgung. Bei akuter Brustsymptomatik, Bewusstlosigkeit, neurologischen Ausfällen oder akuter Fremd-/Eigengefährdung ist unverzüglich der Rettungsdienst (112) zu alarmieren.

Welcher autonome Zustand dominiert aktuell das klinische Bild des Patienten?



Protokoll A: Akute sympathische Panik & Hyperarousal

Phasenbasierter Ablauf zur Dämpfung der sympathischen Übererregung und Wiederherstellung der respiratorischen Kontrolle.

- Fokus auf verlängerte Ausatmung zur Aktivierung des ventralen Vagus.
- Verstärkte Propriozeption durch Druck auf Großgelenke und Fußsohlen.
- Klare, kurze Sätze im Ausatemrhythmus des Patienten sprechen.



Wörtliche Therapeutenformulierung (Panik)

»Ich bin hier bei Ihnen. Sie sind in Sicherheit im Raum. Setzen Sie die Füße flach auf den Boden. Wir atmen gemeinsam aus: Lassen Sie die Luft langsam durch die Lippen entweichen. Ich zähle für Sie mit.«

1

Phase 1: Basale Kontaktaufnahme und Raumsicherung

Blickkontakt anbieten ohne zu fixieren. Aufrecht und ruhig vor den Klienten setzen (Versatz im 45-Grad-Winkel reduziert Bedrohungsempfinden). Reizquellen im Raum sofort reduzieren.

2

Phase 2: Somatisches Bremsen & Lippenbremse

Anleitung zur Lippenbremse (Einatmung durch die Nase über 3 Sekunden, verlangsamtes Ausatmen gegen den Widerstand der Lippen über 6 Sekunden). Hände flach auf die Oberschenkel legen und Druck ausüben lassen.

3

Phase 3: Propriozeptive Erdung

Aufforderung: »Drücken Sie abwechselnd die Fersen fest in den Boden.« Gewichtswahrnehmung im Becken durch kurzes Vor- und Rückneigen des Oberkörpers aktivieren.

4

Phase 4: Kognitive Reintegration

Überprüfung des Orientierungsgrades. Rückmeldung von Puls und Atmung erfragen. Keine Aufarbeitung des Triggers in dieser Phase.

Krisenintervention: Protokoll B & C

(Dissoziation & Erstarrung)



Protokoll B: Dissoziative Zustände & Derealisation

Strukturierte somatosensorische Reorientierung bei perzeptiver Abspaltung und Depersonalisation.

- ✓ Verhinderung des Abgleitens in tiefe dissoziative Amnesien.
- ✓ Nutzung starker exterozeptiver Sinnesreize (Temperatur, Textur, Akustik).
- ✓ Verbale Verankerung im Hier und Jetzt (Datum, Ort, anwesende Personen).



Kontraindikation bei Dissoziation

Keine Imaginationsübungen, keine Aufforderung zum Schließen der Augen und kein unangekündigter Körperkontakt. Reines Entspannungstraining vertieft häufig dissoziative Zustände.

1 Phase 1: Akustisches und visuelles Fangen



Namen des Klienten klar aussprechen. Aufforderung: »Schauen Sie mich an. Folgen Sie meinem Finger von links nach rechts.« Klare Richtungswechsel zur Aktivierung der sakkadischen Blicksteuerung.

2 Phase 2: Sensorischer 5-4-3-2-1 Reorientierungs-Loop



Klient benennt: 5 Gegenstände im Raum, 4 taktile Eindrücke (Stuhllehne, Kleidung), 3 Geräusche, 2 Gerüche, 1 Geschmacksimpuls (z. B. Minzpastille oder Schluck kaltes Wasser).

3 Phase 3: Taktile Kältereize & Grenzmarkierung



Einsatz von Coolpack auf Unterarmen oder Nacken. Klient streicht sich fest von den Schultern zu den Handgelenken aus, um Körperschema-Grenzen spürbar zu machen.

4 Phase 4: Zeitliche Verankerung



Gemeinsames Feststellen von aktuellem Wochentag, Datum, Uhrzeit und aktuellem Lebensalter zur Reaktivierung des präfrontalen Kortex.



Protokoll C: Dorsal-vagale Erstarrung (Shutdown/Freeze)

Schonende Mobilisierung aus der motorischen Immobilität und funktionellen Hypotonie ohne Provokation eines reflexartigen Panikdurchbruchs.

- ✓ Graduierte Aktivierung motorischer Einheiten von distal nach proximal.
- ✓ Geduldige Begleitung bei verlangsamer Sprach- und Reaktionsfähigkeit.
- ✓ Passiver Schutz vor Unterkühlung durch Decke oder Wärmekissen.



Wörtliche Therapeutenformulierung (Shutdown)

»Ihr Körper hat auf Schutz geschaltet. Das ist eine normale biologische Reaktion. Sie müssen sich jetzt nicht beeilen. Bewegen Sie nur ganz leicht die Fingerspitzen der rechten Hand. Ich sehe, dass Sie da sind.«

1 Phase 1: Validierung des Schutzreflexes



Akzeptanz der Immobilität spiegeln. Druck und Leistungserwartung vollständig herausnehmen. Ruhige, tragende Stimme im tiefen Frequenzbereich einsetzen.

2 Phase 2: Distale Mikromobilisation



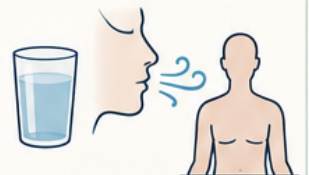
Anleitung zu minimalen Bewegungen: Zehen krümmen, Daumenkuppe gegen den Zeigefinger drücken, Kiefer sanft von links nach rechts schieben.

3 Phase 3: Haltungsaufrichtung & Vestibuläre Reize



Klienten sanft dazu anleiten, das Becken leicht aufzurichten und den Kopf langsam zur Seite zu drehen, um das visuelle Orientierungsfeld schrittweise zu erweitern.

4 Phase 4: Reintegration des sympathischen Tonus



Schlucken anregen (Wasser anbieten), tiefes Durchatmen mit leichtem Seufzen unterstützen. Übergang in eine stabile Sitzhaltung überwachen.

Krisenintervention:

Klinische Verlaufsdokumentation



Klinische Falldokumentation & Interventionsprotokoll

Standardisierte Verlaufsdokumentation zur Erfassung der Auslöser, eingesetzten Techniken und der erreichten Stabilisierung.

- ✓ Lückenlose Dokumentation zur Behandlungsqualität und interdisziplinären Übergabe.
- ✓ Erfassung vegetativer Parameter vor und nach der somatischen Intervention.

Datum, Uhrzeit und Dauer der akuten Krisenintervention:

Initiale Phänomenologie (Symptome Hyperarousal / Dissoziation / Shutdown):

Identifizierter interner/externer Triggerreiz (sofern stabil exploriert):

Durchgeführte Interventionen (Protokoll A, B oder C und spezifische somatische Techniken):

Reaktionsverlauf des autonomen Nervensystems (Atmung, Muskeltonus, Orientierung):

Absprachen zur Weiterversorgung / Sicherheitsplan vor Verlassen der Praxis:
