

Clemens Hausmann

Interventionen der Notfallpsychologie

Was man tun kann,
wenn das Schlimmste passiert



Mit
Beileger

2., überarbeitete Auflage

facultas



Clemens Hausmann

Interventionen der Notfallpsychologie

Clemens Hausmann

Interventionen der Notfallpsychologie

Was man tun kann,
wenn das Schlimmste passiert

2., überarbeitete Auflage

facultas

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Clemens Hausmann
Kardinal Schwarzenberg Akademie
Baderstraße 10
A-5620 Schwarzach/Pongau
E-Mail: info@clemens-hausmann.at
Internet: www.clemens-hausmann.at

Eine geschlechtergerechte Schreibweise wird in diesem Buch durch die abwechselnde Verwendung männlicher und weiblicher Formen realisiert. Ist die Nennung auf diese Weise nicht möglich oder hemmt sie den Lesefluss, wird nach Möglichkeit auf neutrale Formen zurückgegriffen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Angaben in diesem Fachbuch erfolgen trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr; eine Haftung des Autors oder des Verlages ist ausgeschlossen.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und der Verbreitung sowie der Übersetzung, sind vorbehalten.

2., überarbeitete Auflage 2021
Copyright © 2016 Facultas Verlags- und Buchhandels AG
facultas Verlag, 1050 Wien, Österreich
Umschlagfoto: APA
Satz: Wandl Multimedia-Agentur
Druck: finidr
Printed in the E.U.
ISBN 978-3-7089-2106-8 print
ISBN 978-3-99111-335-5 epub
ISBN 978-3-99111-699-8 online-Leserecht

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|------------|
| Einleitung | 9 |
| I Grundlagen | 13 |
| 1 Ausnahmezustand | 13 |
| 1.1 Notfall – wenn das Schlimmste passiert | 13 |
| 1.2 Erleben im Ausnahmezustand | 14 |
| 1.3 Schock, Gefühle, Gedanken und Verhalten – Die ersten Reaktionen | 18 |
| 1.4 Der gesprengte Bezugsrahmen | 21 |
| 1.5 Gruppen von Betroffenen | 23 |
| 1.6 Notfall, Trauma, Krise | 26 |
| 1.7 Interventionsformen – Krisenintervention und Notfallpsychologie | 29 |
| 1.8 Geschichtliche Entwicklung | 32 |
| 2 Psychotrauma | 41 |
| 2.1 Traumatische Ereignisse | 41 |
| 2.2 Verlauf der Traumatisierung | 43 |
| 2.3 Posttraumatische Störungen | 48 |
| 2.4 Neurobiologische Prozesse | 65 |
| 2.5 Erschütterte Grundannahmen | 69 |
| 2.6 Psychische Traumatisierung und körperliche Krankheiten | 71 |
| 2.7 Soziale und berufliche Folgeprobleme | 74 |
| 3 Resilienz und Risikofaktoren | 80 |
| 3.1 Resilienz | 80 |
| 3.2 Individuell-biografische Faktoren | 81 |
| 3.3 Soziale Unterstützung | 85 |
| 3.4 Kohärenzerleben | 88 |
| 3.5 Hilfreiche Copingstile | 95 |
| 3.6 Risikofaktoren | 98 |
| 3.7 Posttraumatische Reifung | 99 |
| 4 Notwendige und angemessene Hilfe | 102 |
| 4.1 Wann wird interveniert? – Phasen und Zeitfenster | 102 |
| 4.2 Wer braucht welche Hilfe? – Kriterien, Reaktionen, Symptome | 112 |
| 4.3 Wer ist weiter gefährdet? – Screening, Triage | 118 |
| 4.4 Wer hilft? – Kompetenzstufen – die drei Ebenen der Hilfe | 126 |
| 4.5 Wer macht was? – Helfende und Berufsgruppen | 128 |
| 4.6 Effektivität notfallpsychologischer Interventionen | 132 |

| | |
|---|------------|
| II Akutphase | 149 |
| 5 Akutinterventionen | 149 |
| 5.1 Aufgaben, Bedürfnisse, Ressourcen – Das salutogenetische Vorgehen | 149 |
| 5.2 Fünf wesentliche Elemente früher Interventionen | 150 |
| 5.3 Grundprinzipien der Akutinterventionen | 152 |
| 5.4 „Ich habe Zeit für Sie“ – Die ersten Schritte | 155 |
| 5.5 Gesprächsführung und professionelles Verhalten | 156 |
| 5.6 Die Rolle der Sprache | 160 |
| 5.7 Gefühle und Schuld in der Akutphase | 162 |
| 5.8 Im Detail: Zehn Akutinterventionen | 165 |
| 5.9 Hypnotische Kommunikation | 172 |
| 6 Besondere Situationen und Gruppen | 179 |
| 6.1 Psychosoziale Erste Hilfe nach Unfällen | 180 |
| 6.2 Eine schlechte Nachricht mitteilen | 183 |
| 6.3 Überbringen der Todesnachricht | 187 |
| 6.4 Begleitung bei der Identifizierung und Verabschiedung | 191 |
| 6.5 Plötzlicher Kindstod | 196 |
| 6.6 Ablehnen der angebotenen Hilfe | 199 |
| 6.7 Psychiatrische Notfälle | 202 |
| 6.8 Akute Suizidalität | 205 |
| 6.9 Angehörige in Akutsituationen | 213 |
| 6.10 Angehörige nach einem Suizid | 215 |
| 6.11 Kinder als Primärbetroffene | 219 |
| 6.12 Kinder als Angehörige | 224 |
| 6.13 Alte Menschen | 227 |
| 6.14 Angehörige anderer Kulturen und Reisende | 230 |
| 6.15 Ersthelfende, Zeugen, Zuschauende | 230 |
| III Stabilisierungsphase | 238 |
| 7 Psychologische Stabilisierung | 238 |
| 7.1 Ziele, Inhalte, Settings | 238 |
| 7.2 Hauptelemente der psychologischen Stabilisierung | 244 |
| 7.3 Das Entlastungsgespräch | 251 |
| 7.4 Psychologische Stabilisierung von Betroffenen im Krankenhaus | 254 |
| 7.5 Angehörigenunterstützung im Krankenhaus | 257 |
| 7.6 Stabilisierung von Angehörigen und Familien zu Hause/ambulant | 262 |
| 7.7 Stabilisierung von Kindern und Jugendlichen | 264 |
| 7.8 Stabilisierung in der Schule | 269 |
| 7.9 Stabilisierung am Arbeitsplatz | 278 |
| 7.10 Suizid am Arbeitsplatz | 283 |
| 7.11 Stabilisierung von großen Gruppen – Crisis Management Briefing | 294 |
| 7.12 Trauer in den ersten Tagen und Wochen | 298 |
| 7.13 Trauer bei Kindern und Jugendlichen | 301 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 8 | Hilfe für Helfende | 316 |
| 8.1 | Kritische Ereignisse und psychologische Unterstützung | 316 |
| 8.2 | Stressmanagement nach kritischen Ereignissen (CISM) | 322 |
| 8.3 | Vorbereitung auf kritische Ereignisse | 326 |
| 8.4 | Einzelgespräche und Hilfe vor Ort – Das SAFER-Gespräch | 327 |
| 8.5 | Demobilisierung | 331 |
| 8.6 | Defusing | 334 |
| 8.7 | Debriefing (CISD) | 337 |
| 8.8 | Familienunterstützung, Nachsorge, Überweisung | 347 |
| 8.9 | Freiwillige oder verpflichtende Teilnahme | 348 |
| 8.10 | KIMA – Krisenintervention im Krankenhaus | 349 |

IV Weiterbetreuung **357**

| | | |
|-----------|--|------------|
| 9 | Individuelle Weiterbetreuung und Trauerbegleitung | 357 |
| 9.1 | Gelungene Verarbeitung und offene seelische Wunden | 357 |
| 9.2 | Trauerbegleitung bei unterdrückter oder verschleppter Trauer | 359 |
| 9.3 | Trauer und Depression | 365 |
| 9.4 | Früher Tod eines Kindes | 366 |
| 9.5 | Schuldgefühle und reale Schuld in der Weiterbetreuung | 369 |
| 10 | Traumatherapie | 373 |
| 10.1 | Traumatherapie – Ziele und Grundprinzipien | 373 |
| 10.2 | Kognitive Verhaltenstherapie | 375 |
| 10.3 | EMDR | 377 |
| 10.4 | Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT) | 379 |
| 10.5 | Narrative Expositionstherapie | 381 |

V Spezielle Themen **383**

| | | |
|-----------|--|------------|
| 11 | Katastrophen und Großschadensereignisse | 383 |
| 11.1 | Katastrophen als notfallpsychologische Aufgabe | 383 |
| 11.2 | Psychosoziale Katastrophenhilfe | 384 |
| 11.3 | TENTS-Richtlinien | 386 |
| 11.4 | Psychologische Erste Hilfe bei Katastrophen | 387 |
| 11.5 | Sanitätshilfsstelle (SanHiSt) | 390 |
| 11.6 | Interventionen in der Akutphase | 392 |
| 11.7 | Psychologische Stabilisierung und individuelle Weiterbetreuung | 394 |
| 11.8 | Terrorismus | 396 |
| 11.9 | Panikvermeidung | 401 |
| 11.10 | Psychologische Unterstützung in der Covid-19-Pandemie | 406 |

| | |
|---|------------|
| 12 Psychohygiene in der Notfallpsychologie | 420 |
| 12.1 Akutfälle und allgemeine Psychohygiene | 420 |
| 12.2 Stabilisierungsphase und Nachbetreuung/Therapie | 422 |
| 12.3 Bei Katastrophen und Großschadensereignissen | 425 |
| 13 Anhang | 429 |
| 13.1 Empfehlungen für Betroffene, Angehörige und Helfende | 429 |
| 13.2 Angemessene Berichterstattung über Notfälle und Katastrophen | 440 |
| 13.3 Berichterstattung über Suizid | 440 |
| Literatur | 443 |
| Stichwortverzeichnis | 483 |

Einleitung

Wien, 2. November 2020: Auf einen milden Herbsttag folgt ein ungewöhnlich lauer Abend. Ab dem nächsten Morgen wird die Stadt im zweiten Lockdown der Covid-19-Pandemie sein. Viele Menschen nutzen den Abend, um noch einmal auszugehen, Bekannte zu treffen und gemeinsam Spaß zu haben; auch und besonders im Bermudadreieck, einer Partymeile am Rand der Innenstadt.

Kurz vor 20:00 Uhr eröffnet ein junger Mann mit einem Sturmgewehr das Feuer auf Passanten, Gäste und Kellnerinnen. Er tötet vier Menschen und verletzt 23 weitere, ehe er selbst, neun Minuten nach Auslösung des Terroralarms, von der Polizei erschossen wird.

In den Medien werden Augenzeugenberichte beinahe in Echtzeit veröffentlicht:

„Ein mit einer Langwaffe bewaffneter Mann läuft die Gasse entlang und schießt auf einen [...] Mann, der daraufhin zusammenbricht.“

„Mindestens ein Angreifer [...] hat auf die Menschen geschossen, die vor den Bars und Pubs im Bermudadreieck gesessen sind. Die sind panisch in die Bars reingerannt, aber der Angreifer ist hinterhergelaufen und hat auch in den Bars geschossen.“

„Wir sind aus der U-Bahn gekommen, als es passiert ist ... Wir sind mitten in der Schießerei gestanden.“

„Eine Ärztin hat im Innenhof eines Wohnhauses [...] ein Notquartier zur Erstversorgung von Schussverletzten eingerichtet.“

Es „... kursieren mehrere Videos, die bewaffnete Männer zeigen, die wild um sich schießen“.

„Handyvideos zeigen, wie Menschen angeschossen werden.“

„Aus einem Fenster schreit ein Augenzeuge *Arschloch!*“

(diepresse.com, News-Ticker, 2.11.2020)

Notfälle und traumatische Ereignisse treffen die meisten Menschen unvorbereitet. Sie beanspruchen in höchstem Maß die Verarbeitungs- und Anpassungsfähigkeit der Betroffenen. Heftige psychische Reaktionen setzen manchmal sofort ein, manchmal zeitversetzt nach einigen Stunden

oder Tagen. Hinzu kommen mittel- und langfristige Folgen in den Tagen oder Wochen danach.

Notfallpsychologische Hilfe unterstützt die Betroffenen dabei, die Ereignisse psychisch zu bewältigen und wieder orientiert, handlungs- und entscheidungsfähig zu werden. Die Interventionen helfen bei der Aufrechterhaltung bzw. Wiedererlangung der psychischen Stabilität und fördern die natürlichen Prozesse der Verarbeitung und Erholung. Ein Hauptansatzpunkt ist die Aktivierung und Förderung der individuellen Ressourcen und Bewältigungsstrategien.

Das vorliegende Buch geht von praktischen Fragen aus: Was brauchen Betroffene in den ersten Stunden, Tagen und Wochen nach einem Notfall? Welche psychologischen Interventionen helfen bei der Bewältigung? Welche Ressourcen stehen zur Verfügung, welche Risikofaktoren spielen eine Rolle? Was können Betroffene selbst tun, was ihre Angehörigen und Freunde? Wann ist eine weiterführende Behandlung notwendig?

Die notfallpsychologischen Interventionen sind zeitlich gestaffelt und orientieren sich an den jeweiligen Möglichkeiten und Bedürfnissen der Betroffenen. Als Leitfaden dient folgende Einteilung:

- Notfallpsychologische Akuthilfe: die ersten Stunden bis Tage nach dem Notfall
- Psychologische Stabilisierung: die ersten Tage bis Wochen nach dem Notfall
- Weiterbetreuung und Therapie: Monate bis Jahre nach dem Notfall
- Schulung und Vorbereitung: laufend vor zu erwartenden Notfällen oder Einsätzen

In jeder dieser Phasen stehen unterschiedliche Belastungen, Bedürfnisse und Bewältigungsmöglichkeiten im Vordergrund. Dadurch sind jeweils spezifische Interventionen sinnvoll. Die folgenden Kapitel vermitteln das konkrete Vorgehen auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse und Theorien der Psychotraumatologie.

Teil I – Grundlagen beschreibt den psychischen Ausnahmezustand nach einem Notfall, die möglichen psychischen Folgen traumatischer Ereignisse, Resilienz und Risikofaktoren sowie die Rahmenbedingungen angemessener und wirksamer Hilfe.

Teil II – Akutphase stellt die Inhalte und Grundprinzipien notfallpsychologischer Akutinterventionen dar und geht auf 15 verschiedene Situationen und spezielle Gruppen von Betroffenen im Detail ein.

Teil III – Stabilisierungsphase vermittelt die Hauptelemente psychologischer Stabilisierung und beschreibt das hilfreiche Vorgehen in 10 verschiedenen Situationen (in Einzelgesprächen, in der Familie, im Krankenhaus, in der Schule, am Arbeitsplatz, in großen Gruppen) sowie die psychologische Hilfe für Helfende, die mit potenziell traumatischen Ereignissen konfrontiert sind.

Teil IV – Weiterbetreuung legt den Schwerpunkt auf längerfristige Trauerbegleitung sowie die Behandlung von posttraumatischen Störungen und stellt wichtige Methoden der Traumatherapie vor.

Teil V – Spezielle Themen umfasst notfallpsychologische Hilfe bei Katastrophen, Terroranschlägen, Massenpanik und in der Covid-19-Pandemie sowie die eigene Psychohygiene der Intervenierenden.

Das Vorgängerbuch – *Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung* – erschien in der ersten Auflage 2003. Seine Grundstruktur ist im vorliegenden Buch übernommen. Für die zweite Auflage der *Interventionen der Notfallpsychologie* wurden die Literatur aktualisiert sowie die beschriebenen Interventionen und Formulierungen überprüft, aktualisiert und wenn nötig erweitert oder neu gefasst. Neue Kapitel behandeln

- Gefühle und Schuld in der Akutphase
- Suizidalität am Arbeitsplatz
- Schuldgefühle und reale Schuld in der Weiterbetreuung
- Psychologische Unterstützung in der Covid-19-Pandemie

Insgesamt soll das Buch einen fundierten Überblick über die verschiedenen Bereiche der Notfallpsychologie bieten und konkrete Interventionen im Umgang mit Notfallbetroffenen in den verschiedenen Settings möglichst genau beschreiben. Dass alle Betroffenen zur rechten Zeit jene professionelle Hilfe erhalten, die sie zur Bewältigung der Ereignisse brauchen – dazu soll auch dieses Buch beitragen.

Clemens Hausmann

Salzburg, im Mai 2021

I Grundlagen

1 Ausnahmezustand

„Der Zugführer konnte nicht mehr bremsen. Unser Auto wurde von der Fahrbahn geschleudert. Heli war sofort tot, unsere Kinder wurden lebensgefährlich verletzt. So hörten es Freunde und Fremde schon mittags im Radio, so stand es zwanzig Stunden später in der Zeitung.

Dieser Moment hat mein gesamtes Leben verändert. Er hat mir meine Familie genommen, und mit ihm begann ein neuer, unbekannter Lebensweg.“ (Pachl-Eberhart, 2010, S. 33)

1.1 Notfall – Wenn das Schlimmste passiert

Notfälle – ein Unfall, Unglück, Überfall, eine Verletzung, eine schlimme Diagnose – durchbrechen auf extreme, gefährliche, schreckliche Weise den gewohnten Ablauf der Ereignisse. Sie führen zu einem psychischen „Ausnahmezustand“, der das gesamte Erleben und Verhalten betrifft.

Ein **Notfall** ist ein plötzlich auftretendes, gefährliches Ereignis oder eine Situation, die das Funktionieren eines Systems (körperlich, psychisch, familiär, sozial, ökologisch, technologisch etc.) akut gefährdet. Die normalen Abläufe sind stark eingeschränkt oder überhaupt unterbrochen. Die Fähigkeit, Veränderungen, Belastungen und unvorhergesehene Situationen zu bewältigen, wird durch einen Notfall extrem beansprucht. Das kann den Körper ebenso betreffen wie das Erleben und Verhalten, die Familie, ein Team, die Umwelt etc. Ein schwerer Schaden ist nicht auszuschließen oder bereits eingetreten, der Zusammenbruch des gesamten Systems könnte folgen.

Die Dimension des Notfalls kann sehr unterschiedlich sein: Sie reicht von Ereignissen mit einzelnen Betroffenen (medizinischer Notfall, Autounfall, plötzlicher Todesfall) oder mehreren Beteiligten (Brand, Geiselnahme) bis hin zu Großschadensereignissen und Katastrophen (Massenkarambolage, Lawinenunfall, Überflutungen, Großfeuer, Terroranschlag). Manche Ereignisse sind schnell vorbei (Verkehrsunfall, Herzinfarkt), bei anderen dauert es lange, bis der äußere Ausnahmezustand endet (Evakuierung, Naturkatastrophe, Entführung).

Notfälle sind zumeist:

- sehr intensiv (es kann sehr laut/heiß/hell sein, stark riechen etc.)
- unvorhergesehen und plötzlich auftretend („von einer Sekunde auf die andere“)
- unausweichlich (man kann nicht einfach „wegklicken“ wie bei einem Video)
- bedrohlich (es kann zum Schlimmsten kommen)

Notfälle sind potenziell traumatisch, aber nicht jeder Notfall bewirkt eine psychische Störung. Tatsächlich kann ein Großteil der Betroffenen – mit Unterstützung – den Notfall und seine Folgen bewältigen und mittelfristig überwinden. Nach dem anfänglichen Schock beginnen bei den meisten Menschen die individuellen Copingmechanismen zu greifen. Die Betroffenen können dann die Ereignisse rund um den Notfall einordnen und innerlich verarbeiten sowie die verschiedenen Folgeprobleme nach und nach bewältigen.

Bei Notfällen, die die Bewältigungsmöglichkeiten einzelner Betroffener überfordern, kann es jedoch zu psychischer Dekompensation („Nervenzusammenbruch“) und zu psychischen Störungen kommen. Das Gleiche gilt, wenn die Bewältigungsmechanismen aufgrund anderer Belastungen bereits geschwächt oder bisher nur ungenügend ausgebildet waren. Die Symptome können während oder unmittelbar nach dem Notfall, aber auch erst nach Tagen, Wochen oder sogar Monaten auftreten.

Nicht alle Notfälle sind für die Betroffenen traumatisch. Umgekehrt können auch Ereignisse, die nicht die Charakteristika eines Notfalls aufweisen, als Trauma erlebt werden und eine posttraumatische Störung verursachen (siehe Kap. 2). Eine besondere Art von Notfällen, die für Einsatzkräfte trotz umfangreicher Schulung und Erfahrung potenziell traumatisch wirken, sind sogenannte kritische Ereignisse (siehe Kap. 8.1).

1.2 Erleben im Ausnahmезustand

Ein Notfall bedeutet einen äußeren und inneren Ausnahmезustand. Der übliche Ablauf der Dinge ist unterbrochen. Zentrale Bereiche des Alltags sind außer Kraft gesetzt. Betroffene haben oft keinen Einfluss auf wichtige Entscheidungen, die von Helfenden, Einsatzkräften, Behörden usw.

gefällt werden. Das Erleben und Verhalten ändert sich auf mehreren Ebenen zum Teil radikal. Diese Änderungen sind direkte Ansatzpunkte für erste Interventionen:

Wahrnehmungen

Die Betroffenen sind in Notfällen teilweise extremen Reizen ausgesetzt, sowohl was die Intensität als auch was die Art der Wahrnehmungen betrifft. Der Anblick von Zerstörung, Blut und Verletzungen, das Mitanhören von Schreien und Weinen, ein ungewöhnlicher oder ekelregender Geruch etc. sind für viele Menschen erschreckend oder lösen Angst aus. Auch Einsatzfahrzeuge mit Blaulicht vor dem Haus sowie das Auftreten von Uniformierten (Rettung, Exekutive, Feuerwehr) in der Wohnung oder am Arbeitsplatz wirken oft sehr befremdlich und verunsichernd. Hinzu kommt manchmal eine veränderte optische Perspektive: Verletzte liegen am Boden und sehen das Geschehen von unten, aus der „Froschperspektive“; nach einem Verkehrsunfall steht man mitten auf der Fahrbahn usw. Auch das Körperempfinden ist verändert. Manche Menschen spüren in Notfällen fast gar nichts (Temperatur, Schmerzen etc.), andere haben eine besonders intensive Wahrnehmung. Beides kann bei den Betroffenen Angst auslösen. → Die Reduktion von intensiven Reizen (z. B. Abschirmen, Wegführen zu einem ruhigeren Ort) bewirkt eine erste Erleichterung.

Zeiterleben

Personen, die den Ablauf eines Notfalls bewusst erleben, berichten oft von einem befremdlichen „Zeitlupenerlebnis“ – alles passiert mit einem Mal ganz langsam, aber sie können trotzdem nicht schneller handeln; Augenblicke dehnen sich wie zu Minuten. Die Ursache für dieses veränderte Zeiterleben ist eine blitzartige neurophysiologische Aktivierung, die bei Gefahr einsetzt und zu einem Zustand hoch gespannter Wachheit führt, in dem sich kleinste Details im Bewusstsein einprägen können. Wie in einem Zeitlupenfilm werden pro Sekunde mehr Eindrücke als sonst verarbeitet, wodurch sich die Zeit zu dehnen scheint. – Auch in den folgenden Stunden und manchmal Tagen kann das Zeiterleben verändert bleiben. Vergangenheit und Zukunft scheinen abgeschnitten, die Zeit erstreckt sich als „unendliche Gegenwart“. Die Betroffenen wissen nicht mehr, wie viel Zeit seit dem Unfall vergangen ist, wie lange sie schon warten usw.

Sie sind wie aus der Zeit gefallen. → Fragen oder Hinweise, die sich auf die Zeit beziehen („Wann sind Sie weggefahren?“, „Das dauert noch 10 Minuten“), helfen bei der Orientierung in der Gegenwart.

Handlungen, Pläne

Im Alltag haben alle Menschen etwas vor: Sie sind unterwegs oder bei Freundinnen, am Arbeitsplatz oder auf dem Weg dorthin, haben ein paar Stunden frei oder unternehmen etwas mit der Familie, wollen zu einer Besprechung, später noch etwas essen gehen oder zu Hause fernsehen, ein Telefonat führen usw. Alle diese Handlungen und Pläne werden durch einen Notfall unterbrochen und können zunächst nicht wieder aufgenommen werden. Viele Betroffene verhalten sich daher anfangs oft passiv: Sie wissen nicht, was sie jetzt tun sollen. Sie fühlen sich von ihren Bewältigungsmöglichkeiten abgeschnitten und hilflos. → Die meisten akut Betroffenen sind dankbar, wenn man ihnen klare Anweisungen gibt („Setzen Sie sich dort hin“, „Warten Sie hier“).

Kontrollierbarkeit

Notfälle sind per se Ereignisse, die außer Kontrolle geraten: Schlimme Dinge passieren, ohne dass sie aufgehalten werden können. Viele Betroffene können auch danach die Situation, ihren Körper, ihr Verhalten und ihre Emotionen nur eingeschränkt oder überhaupt nicht kontrollieren (z. B. nicht aufstehen können bei Verletzung oder Schmerzen; nicht entscheiden können, ob man ins Krankenhaus gebracht wird; Kraftlosigkeit, Weinen, Schreien, Apathie, obwohl man das nicht möchte). Kontrollverlust ist für die meisten Menschen sehr unangenehm. Sie versuchen, zumindest irgendeine Form von Kontrolle über die Situation oder über ihre eigenen Reaktionen wiederzugewinnen. → Hilfreich ist, die Betroffenen erste Entscheidungen treffen zu lassen und in die Maßnahmen der Helfenden einzubeziehen bzw. ihre Zustimmung zu den notwendigen Schritten zu gewinnen.

Selbstbild

Ein Notfall kann bewirken, dass man wichtige Aufgaben und Rollenverpflichtungen zumindest vorübergehend nicht mehr erfüllen kann: sich als Mutter um die Kinder kümmern, als Lehrer für die Klasse verantwortlich sein, als Geschäftsführerin entscheidungsfähig sein etc. Hinzu kommen

der Verlust von Eigenständigkeit und Situationskontrolle sowie die Ungewissheit über die Folgen der Ereignisse. Auch die eigenen emotionalen Reaktionen erscheinen manchen als anomal und unkontrollierbar („Das bin nicht ich, ich hab’ mich doch im Griff“). Dies alles kann das Selbstbild der Betroffenen nachhaltig erschüttern. Bei vielen stellt sich der Eindruck ein, den Boden unter den Füßen zu verlieren. Diese Erschütterung des Selbstbildes kann dazu führen, dass jemand die angebotene Hilfe ablehnt („Ich komme schon zurecht“) oder versucht, den Rollenerwartungen entsprechend weiter zu funktionieren, obwohl das momentan nicht möglich ist. Oft wird die erlebte Hilflosigkeit auch als beschämend erlebt. Zuschauerinnen („Gaffer“, „Katastrophentouristen“) oder aufdringliche Journalisten verstärken diesen negativen Effekt. → Das Selbstbild kann durch einfache Aussagen und Aufforderungen angesprochen und bestätigt werden. („Natürlich wollen Sie wissen, in welche Klinik Ihre Tochter gebracht wird. Sobald das geklärt ist, erfahren Sie es als Erste.“)

Weltbild

Manche Ereignisse erschüttern sehr allgemeine Grundannahmen über die Welt und das menschliche Zusammenleben („Wir leben doch in einer sicheren Gegend“, „Wieso hilft denn keiner?“). Bei einigen Betroffenen setzen diesbezügliche Gedanken bereits in der Notfallsituation selbst bzw. in den ersten Stunden danach ein. Der Rückgriff auf vertraute Sicherheiten scheint zu versagen; materielle, soziale und kognitive Ressourcen sind momentan nicht zugänglich. Andere Betroffene finden bald Halt bei positiven Überzeugungen („Jetzt helfen wir alle zusammen“, „Mit Gottes Hilfe werden wir das schaffen“). Terrorgruppen versuchen mit ihren Angriffen eine Erschütterung des Weltbildes zu erreichen („Ihr seid nirgendwo sicher“). → Aufgrund der Komplexität der Thematik und der starken emotionalen Belastung können solche allgemeinen Gedanken in den ersten Stunden nach dem Notfall nicht diskutiert werden.

Soziale Ordnung

Notfälle setzen oft auch die soziale Ordnung außer Kraft: Pünktliches Erscheinen am Arbeitsplatz wird hinfällig, Unterricht und Schulbetrieb fallen aus, materielle Güter sind rationiert oder werden kostenlos zur Verfügung gestellt. Auch das Verhältnis der Menschen zueinander steht manchmal scheinbar auf dem Kopf: Unscheinbare Menschen können zu

Helden werden, bisher selbstständige plötzlich auf die Hilfe anderer angewiesen sein. Notfallsituationen führen zu einer sogenannten asymmetrischen Beziehungskonstellation, d. h. „schwachen“ Menschen wird von „starken“ geholfen. → Wenn möglich, sollte rasch zumindest ein Teil der vertrauten Ordnung wiederhergestellt werden; diese gibt Sicherheit und wirkt psychisch stabilisierend für alle Beteiligten.

1.3 Schock, Gefühle, Gedanken und Verhalten – Die ersten Reaktionen

Der durch einen Notfall ausgelöste individuelle oder kollektive Ausnahmezustand stellt für alle Beteiligten eine erhebliche Stressbelastung dar. Die Verarbeitungs- und Bewältigungsmöglichkeiten der Betroffenen sind mitunter aufs Äußerste gefordert. Je nachdem, ob man als Verletzter, Angehörige, HelferIn, Zuseher oder in einer anderen Rolle in das Geschehen verwickelt ist, kann die Belastung sehr unterschiedliche Formen annehmen. Auch die persönlichen Vorerfahrungen und Strategien, mit großen Schwierigkeiten umzugehen, spielen eine wichtige Rolle. Die unmittelbaren Reaktionen können von Mensch zu Mensch sehr verschieden sein, das Spektrum der Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen ist dabei sehr breit. Die folgende Darstellung gibt einen Überblick über die häufigsten Reaktionsweisen bei Notfällen (erweitert nach Lasogga/Frommberger, 2004).

Schock

Die erste Reaktion von Betroffenen ist oft ein mehr oder weniger stark ausgeprägter Schock. Dieser kann im Normalfall wenige Sekunden bis mehrere Stunden andauern. Körperlich äußert er sich durch Zittern, Schwitzen, schwache Beine, bleierne Glieder, Übelkeit oder Harndrang. Zu den psychischen Schocksymptomen zählen emotionale Taubheit („Ich fühle nichts“), Gedankenblockade („leer im Kopf“), Gedächtnisstörungen und Orientierungslosigkeit („Wo bin ich? Wie komme ich hierher?“). Aber auch heftige und schnell wechselnde Gefühle (Angst, Verzweiflung, Wut), Enthemmung (unkontrolliertes Schreien oder Schimpfen), aggressive Handlungen (Angriffe auf vermeintlich Schuldige) oder demonstrative Ruhe können im Schock auftreten.

Unwirklichkeit

Viele Betroffene haben unmittelbar nach dem Notfall den Eindruck, das Geschehen sei „unwirklich“, „wie in einem Traum“, „wie in einem Film“. Manche sehen die Ereignisse gar „von außen“, „wie durch eine Glaswand“ oder haben den Eindruck, „neben sich zu stehen“. Verstärkt wird dieses Gefühl durch das veränderte Zeiterleben, fehlende Handlungsmuster und veränderte Körperempfindungen. In den meisten Fällen wissen die Betroffenen durchaus, dass die Ereignisse „eigentlich“ wahr und echt sind. Es dauert jedoch einige Zeit (meist Minuten, selten Stunden, in Einzelfällen Tage), bis sie den Eindruck der Unwirklichkeit überwinden können und handlungsfähig werden.

Gefühle

Häufige Gefühle während des Notfalls sind Angst und Unruhe, Wut, Niedergeschlagenheit, Scham, Schuld und Einsamkeit.

- Ängste können eher diffus sein („Wie wird das weitergehen?“, „Was passiert jetzt mit mir?“) oder sehr konkret (z. B., dass ein Bein amputiert werden muss). Nicht immer sind diese Ängste sachlich begründet.
- Wut und Aggression können sich gegen andere Notfallbeteiligte (vermeintliche Verursacher), Ersthelfende und Zeuginnen („Tun Sie doch etwas!“) sowie gegen Einsatzkräfte richten (Schimpfen, Vorwürfe).
- Niedergeschlagenheit bis hin zur Verzweiflung tritt im Akutfall unter anderem dann auf, wenn die aktuelle Situation nicht bewältigbar erscheint oder Betroffene den Eindruck haben, allein gelassen zu werden.
- Scham entsteht, wenn private oder intime Bereiche offenbar werden (z. B. zerrissene Kleidung, Einsatzkräfte im Schlafzimmer) sowie aufgrund des erschütterten Selbstbildes und der ungewohnten sozialen Situation (Hilfsbedürftigkeit, Zuschauer).
- Schuldgefühle können auch dann sehr stark sein, wenn kein Verschulden der Betroffenen erkennbar ist.
- Einsamkeit ergibt sich aus dem Eindruck, dass niemand verstehen kann, was man erlebt hat, und dass keine Hilfe zu erwarten ist oder dass man andere mit den eigenen Problemen nicht belasten darf.

Die emotionale Labilität lässt bei vielen Menschen den Wunsch nach Information sowie überhaupt nach einem Gespräch entstehen. Viele wollen einfach reden und so die innere Spannung und Erregung abbauen. Dieser Wunsch nach einem Zuhörer und einer Gesprächspartnerin ist ein

zentraler Ansatzpunkt für notfallpsychologische Interventionen. Wenn Menschen jedoch nicht reden wollen, so ist das als Ausdruck ihrer momentanen Abwehrmechanismen unbedingt zu respektieren (man kann sie trotzdem hilfreich unterstützen).

Gedanken

Die ersten Gedanken der Betroffenen beziehen sich häufig

- auf den eigenen Körper („Bin ich verletzt?“), wobei die Selbsteinschätzung nicht den objektiven Umständen entsprechen muss. Manche Menschen halten ihre Verletzungen für bedeutungslos, andere befürchten das Schlimmste;
- auf die Angehörigen („Was ist mit meiner Tochter?“, „Wie benachrichtige ich meine Familie?“);
- auf materielle Dinge („Wie groß ist der Schaden?“, „Hauptsache, es ist niemand verletzt“);
- auf die Zukunft („Was wird das für Folgen haben?“).

Viele Menschen sind während eines akuten Notfalls nicht in der Lage, die Situation rational voll zu erfassen und zu verarbeiten. Die Gedanken sind zumeist stark von Gefühlen beeinflusst. Abwehrmechanismen wie Verdrängung, Verleugnung, Rationalisierung und Regression spielen ebenfalls eine wichtige Rolle.

Verhalten

Die Verhaltensweisen in akuten Notfällen sind zumeist ein Abbild des momentanen emotionalen Zustandes. Folgende Reaktionen treten häufig auf:

- schweigen, apathisch dasitzen
- reden und viele Fragen stellen
- heftige Gefühlsäußerungen: Weinen, Schreien, aggressive Ausbrüche
- äußerliche Gelassenheit (z. B. bei einem Unfallverursacher, der während der Bergungsarbeiten Fotos macht)
- weggehen, sich verstecken oder verbergen wollen
- die angebotene Hilfe ablehnen, sich sozial zurückziehen

Ob die ersten Reaktionen zu einer angemessenen Verarbeitung führen, zeigt sich im Einzelfall oft erst nach einiger Zeit.

Als psychologische Grundregel für eine Akutsituation gilt: für Sicherheit sorgen, im Gespräch keine bohrenden Fragen stellen, nicht über Schuld und Verantwortung diskutieren (dafür ist es in der Akutphase zu früh) und bei Verdacht auf unangemessene Verarbeitung die Betroffenen im Auge behalten.

Der manchmal geäußerte Wunsch, „einfach in Ruhe gelassen“ zu werden, ist natürlich – außer bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung – zu respektieren. Aus notfallpsychologischer Sicht ist darin, wie auch in betonter Gelassenheit, den Versuch zu sehen, Haltung zu bewahren, Scham- und Schuldgefühle abzuwehren, Kontrollgefühl und Selbstwert aufrechtzuerhalten etc.

Ein späterer Gefühlsausbruch oder ein allgemeiner Zusammenbruch ist möglich. Darauf sollten die Helfenden und das soziale Umfeld der Betroffenen vorbereitet sein.

1.4 Der gesprengte Bezugsrahmen

Ein Notfall ist ein ungewöhnliches und bedrohliches Ereignis. Es „fällt aus dem Rahmen“. Genauer: Das Notfallereignis liegt zunächst außerhalb des kognitiven und emotionalen Bezugsrahmens. Es erscheint vielen Menschen unfassbar, unverständlich, nicht handhabbar. Bisher für unerschütterlich gehaltene Grundannahmen sind plötzlich bedroht oder scheinen haltlos geworden zu sein (Horowitz, 2011). Der Notfall sprengt die Grenzen des Normalen, er liegt außerhalb.

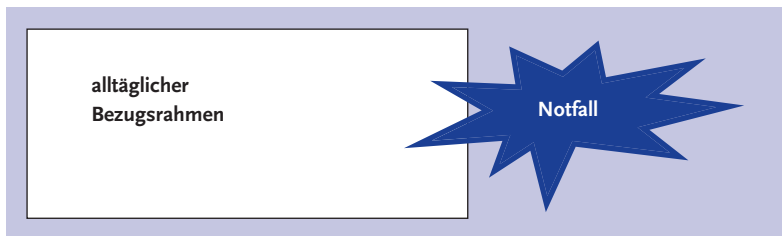


Abbildung 1
Alltäglicher kognitiver und emotionaler Bezugsrahmen und Notfallereignis

Das Ereignis des Notfalls kann zunächst als völlig unverbunden mit der eigenen Biografie, dem Selbst- und dem Weltbild erlebt werden. Wesent-

liche Grundannahmen über die Welt werden erschüttert (Janoff-Bulman, 2002; Schuler/Boals, 2016):

- dass man in der eigenen Welt im Wesentlichen sicher ist;
- dass man schlimme Ereignisse durch kontrollierende Handlungen abwehren oder abschwächen kann;
- dass wichtige Ereignisse in einem Sinnzusammenhang stehen (persönliche Bedeutung, verstehbare Gründe, Gerechtigkeit);
- dass auf wichtige Bezugspersonen Verlass ist.

Auch der soziale Bezugsrahmen ist bei vielen Betroffenen gesprengt. Manche haben das Gefühl, dass nur diejenigen sie verstehen können, die das Gleiche erlebt haben wie sie. Das kann einerseits ein Gefühl enger Verbundenheit unter den Betroffenen erzeugen, andererseits ein Gefühl der Entfremdung gegenüber denjenigen, die nicht oder weniger stark von den Ereignissen betroffen wurden. Dies kann in weiterer Folge zu Rückzug und sozialer Isolierung führen (Herman, 2018).

Notfallpsychologische Interventionen setzen früh an, um den erschütterten Bezugsrahmen zu stabilisieren: indem die Betroffenen wieder handlungsfähig werden, soziale Unterstützung aktiviert und die (vorläufige) Sicherheit betont wird – insgesamt also durch direkte, beziehungsvolle Kommunikation.

Die Mehrzahl der Betroffenen kann nach einem Notfall die Ereignisse in das bestehende Weltbild integrieren oder die Grundannahmen über sich selbst und die Welt überprüfen und den neuen Erfahrungen anpassen. Wenn jedoch die Belastungen zu groß sind, das bisherige Weltbild der Betroffenen zerbricht und der Bruch in der Biografie nicht überwunden werden kann, ist die Gefahr einer psychischen Folgestörung groß. In diesen Fällen ist zumeist eine individuelle Weiterbetreuung oder -behandlung notwendig.

Beispiel: Opfer des Bombenkriegs

„Im Sommer 1943, nach dem Feuersturm von Hamburg [...] als ein Sonderzug mit Flüchtlingen eintraf, von denen die meisten noch vollkommen außer sich waren, unfähig, irgendeine Auskunft zu geben, mit Stummheit geschlagen oder schluchzend und heulend vor Verzweiflung. Und mehrere der mit diesem Transport aus Hamburg angelangten Frauen [...] hatten tatsächlich in ihren Gepäcksstücken ihre toten, im Qualm erstickten oder auf andere Weise während des Angriffs ums Leben gekommenen Kinder dabei. Was aus den mit solcher Fracht geflohenen Müttern geworden ist, ob und wie sie sich wieder in das normale Leben eingewöhnen konnten, wissen wir nicht.“

(Sebald, 2001, S. 94 f.)

1.5 Gruppen von Betroffenen

Ein Notfall stellt für die Betroffenen eine psychische Belastung dar, die je nach den Umständen erheblich, schwer oder auch extrem ausfallen kann. Das gilt für die unmittelbaren Betroffenen des Notfalls ebenso wie für professionelle und freiwillige Helfende, Angehörige und andere indirekt Beteiligte.

Je nachdem, wie stark und in welchen Rollen sie in das traumatische Geschehen involviert sind, unterscheidet man:

1. **Primärbetroffene**, die vom Ereignis selbst unmittelbar betroffen sind, z. B. Insassen eines Unfallwagens, Verletzte, Opfer von Gewalt und Missbrauch
2. **Sekundärbetroffene**, die durch das Beobachten des Ereignisses oder durch die geleistete Hilfe traumatisiert werden, z. B. Zeuginnen, Einsatzkräfte, freiwillig Helfende, Klinikpersonal, Psychologen, Therapeutinnen und andere
3. **Tertiärbetroffene**, die allein durch die Nachricht vom Ereignis traumatisiert werden, z. B. Familienangehörige, Freunde, Nachbarinnen oder Kollegen von Betroffenen

Folgende Personengruppen sind nach Notfällen besonders häufig zu betreten bzw. brauchen spezifische Hilfe und Unterstützung:

Primärbetroffene

stehen zunächst im Zentrum der Hilfestellung. Verletzte brauchen rasch angemessene medizinische Versorgung. In der Akutphase kann psychosoziale Erste Hilfe eine drohende psychische Dekompensation verhindern. Das entlastet auch die anderen Helfenden vor Ort.

In der Phase der psychischen Stabilisierung befinden sich einige Primärbetroffene in stationärer oder ambulanter Behandlung, wodurch sie für notfallpsychologische Angebote leicht erreichbar sind. Aber auch Leicht- oder Unverletzte brauchen in dieser Phase oft noch psychologische Unterstützung, um das Ereignis innerlich abzuschließen und Folgestörungen zu verhindern. Bei Auftreten einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) oder anderer psychischer Symptome und Störungen ist individuelle Weiterbehandlung bzw. Traumatherapie notwendig.

Angehörige

geraten durch die Nachricht oder Details des Notfalls und seiner Folgen oft in eine traumatische Krise. Wenn sie zum Ort des Geschehens kommen, können sie zusätzlich eine sekundäre Traumatisierung erleben. Sie brauchen vor Ort und in der Zeit nach dem Notfall vielfältige soziale, oft auch psychologische Unterstützung. Selbst wenn sie es zunächst zurückweisen, profitieren die meisten Angehörigen von einem solchen Angebot. Bei Hinterbliebenen dauert der Prozess der Trauer umso länger an, je enger die Beziehung zum Verstorbenen war. Wenn die Trauer blockiert ist oder nicht abgeschlossen werden kann, sind verschiedene Formen von Weiterbetreuung und Psychotherapie möglich.

Zeuginnen und freiwillige Helfende

werden oft völlig unvorbereitet mit einem Notfall konfrontiert. Durch die fehlende Einbindung in eine Organisation bleiben sie nach Ende des Einsatzes oft ohne weitere psychologische Unterstützung. Aufgrund der mangelnden Erfahrung und Vorbereitung ist bei ihnen die Gefahr einer sekundären Traumatisierung besonders groß. Bei Maßnahmen zur psychologischen Stabilisierung nach Ende des Hilfeinsatzes dürfen diese Personen auf keinen Fall ausgeschlossen oder vergessen werden.

Einsatzkräfte und professionelle Helfende

verfügen über Ausbildung und Erfahrung, unterschätzen jedoch oft die Gefahr einer sekundären Traumatisierung. Kritische Ereignisse, die auch professionelle Verarbeitungsmechanismen überfordern, können Neulinge ebenso treffen wie sehr erfahrene Kollegen. Vor Ort brauchen Einsatzkräfte jedoch nur in seltenen akuten Fällen psychologische Unterstützung. Die meisten profitieren nach Ende des Einsatzes von einem Gespräch zur psychologischen Stabilisierung. Vor allem die oftmalige Konfrontation mit Extremsituationen stellt für die Einsatzkräfte eine erhöhte Gefährdung dar. Es liegt bei den Personal- und Führungsverantwortlichen der verschiedenen Organisationen, diese Gefahr rechtzeitig zu erkennen und geeignete psychologische Maßnahmen für ihre Mitarbeitenden bereitzustellen. Ziel dieser Schritte ist die Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung der Einsatzfähigkeit.

Kinder

reagieren je nach Alter und Entwicklungsstand sehr unterschiedlich auf Notfälle und ihre Folgen. Die Bewältigungsmöglichkeiten sind stark von den kognitiv-emotionalen Konzepten beeinflusst, mit denen sich das Kind die Situation zu erklären versucht. Das bezieht sich auf den eigenen Körper, Schmerzen und Behandlungsschritte, auf das veränderte Verhalten der Eltern, Geschwister und anderer Menschen, auf die Umwelt im Allgemeinen sowie auf die vermutlichen Ursachen und die Bedeutung der plötzlichen Veränderungen. Alle notfallpsychologischen Interventionen müssen an den jeweiligen Entwicklungsstand des Kindes angepasst sein. Für psychologische Stabilisierung und Traumatherapie wurden eigene Interventionen speziell für Kinder entwickelt.

Alte Menschen

können durch die komplexen biologischen, kognitiven und sozialen Veränderungen, die das Alter mit sich bringt, in ihren Bewältigungsmöglichkeiten bei und nach Notfällen eingeschränkt sein. Das betrifft die Wahrnehmung, Einschätzung und Verarbeitung der Situation ebenso wie die psychischen und kommunikativen Funktionen im Allgemeinen. Bei manchen alten Menschen können durch akute Notfälle weit zurückliegende Traumata (z. B. Krieg und Vertreibung) aktualisiert werden. Andererseits haben viele aufgrund ihrer Lebenserfahrung innere Haltungen und existenzielle Einsichten erreicht, die als protektive Faktoren wirken können.

Psychisch Kranke

werden durch Notfälle und traumatische Erlebnisse oft leichter erschüttert als Personen ohne psychische Beeinträchtigung. Mögliche Folgen sind eine Verstärkung bestehender Symptome und Störungen bzw. Rückfälle. Bei akuter Suizidalität steht die Sicherheit der Betroffenen an erster Stelle. Die weitere Vorgangsweise hängt dann von den jeweiligen Umständen und Möglichkeiten ab. Bei psychotischer Symptomatik (Wahnvorstellungen, Halluzinationen etc.) und anderen psychiatrischen Notfällen muss umgehend psychiatrische Betreuung eingeschaltet werden. Bei Suchtkranken und Alkoholisierten steht zunächst die medizinische Behandlung im Vordergrund.

Angehörige anderer Kulturen und Reisende

stehen oft vor dem Problem ungenügender sprachlicher Verständigung mit dem Rettungs- und Betreuungspersonal. Auch kulturelle Unterschiede spielen eine Rolle, wie z. B. in Bezug auf das besorgte oder fordernde Verhalten der Angehörigen oder die Nähe der Eltern zu ihrem verletzten Kind. Nicht alle Formen von Hilfe werden akzeptiert (z. B. für verletzte oder vergewaltigte Frauen). Auch der Umgang mit Trauer und Schmerz kann je nach kulturellem Hintergrund der Betroffenen sehr unterschiedlich sein (z. B. lautes Weinen und Klagen, fassadenhafte Gefasstheit). Eine Diskussion über religiöse Vorschriften ist in Notfällen absolut kontraproduktiv. Für eine angemessene notfallpsychologische Hilfe sind das Wissen um kulturelle Besonderheiten, Sprachkenntnisse bzw. Dolmetschen sowie eine große Flexibilität in der Anwendung der verfügbaren Mittel notwendig.

Zuschauer und Journalistinnen

werden von den Betroffenen und Helfenden zumeist als Belastung, in manchen Fällen geradezu als Schuldige empfunden. Man kann das Zuschauen unattraktiv machen, Zuschauende in die Hilfsmaßnahmen einbinden oder sie wegschicken. Andererseits können auch Zuschauerinnen und Journalisten sekundär traumatisiert werden, wenn sie mit extremen Aspekten oder Details des Ereignisses konfrontiert werden, die sie nicht verarbeiten können. Aufgrund des Spannungsverhältnisses zu den Betroffenen und Helfenden vor Ort ist eine Betreuung für diese Personen jedoch nur getrennt von den direkt am Geschehen Beteiligten sinnvoll.

1.6 Notfall, Trauma, Krise

Notfall bezeichnet ein Ereignis, *Trauma* eine mögliche Qualität des Ereignisses, *Krise* einen möglichen Zustand infolge dieses Ereignisses.

Notfall

Notfälle sind potenziell traumatische Ereignisse, die eine psychische Krise auslösen oder verstärken können.

Ein **psychischer Notfall** ist ein plötzlich auftretendes, bedrohliches Ereignis, das die psychische Stabilität akut gefährdet. Die individuellen Bewältigungs- und Verarbeitungsstrategien werden massiv beansprucht. Ein Notfall kann bei den betroffenen Personen und Gruppen massive Reaktionen auslösen sowie zu gravierenden Folgestörungen führen.

Einsatzkräfte und viele professionelle Helfende – Polizei, Feuerwehr, Notärztinnen, Sanitäter, aber auch Pflegepersonen, Sozialarbeiterinnen, Psychologen etc. – sind quasi berufsmäßig mit Notfällen konfrontiert. Sie verfügen über einen erweiterten Bezugsrahmen, in dem solche Notfallsituationen erwartet und als normal erlebt werden. Einzelne Notfälle können jedoch den erweiterten Bezugsrahmen sprengen und auch für erfahrene Kräfte sehr belastend werden. Man spricht in diesem Zusammenhang von kritischen Ereignissen (Everly/Mitchell, 2002).

Ein **kritisches Ereignis** ist ein potenziell traumatisches Ereignis, das über die gewöhnlichen Belastungen im Beruf weit hinausgeht; es liegt jenseits des erweiterten Bezugsrahmens professionell Helfender. Art und Ausmaß des Notfalls überschreiten die „kritische Marke“ der professionellen Bewältigungs- und Schutzstrategien der Betroffenen. Das kann auch bei gut ausgebildeten Personen und erfahrenen Einsatzkräften eine erhebliche Stressbelastung und Beeinträchtigung der Handlungs- und Arbeitsfähigkeit bewirken.

Spezielle Eigenschaften kritischer Ereignisse werden in Kap. 8.1 näher beschrieben. Kritische Ereignisse können zu starken negativen Reaktionen und in der Folge zu psychischen Störungen führen. Sie können jedoch auch – bei entsprechenden Bewältigungsmöglichkeiten bzw. psychologischer Stabilisierung – ohne Folgestörungen bleiben (siehe Kap. 8).

Trauma

Notfälle und kritische Ereignisse sind nicht in jedem Fall traumatisch. Sie können auch „nur“ belastend sein, aber bei hinreichenden Ressourcen und mit entsprechender Unterstützung relativ rasch bewältigt und überwunden werden, ohne nachhaltige Schädigung bzw. psychisches Trauma. Ein Trauma hat folgende Qualitäten (nach Fischer/Riedesser, 1998; WHO, 2019):

Ein **psychisches Trauma** ist ein Ereignis, das als entsetzlich und/oder äußerst bedrohlich erlebt wird, verbunden mit subjektiver Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe gegenüber der Bedrohung. Betroffene sind in ihrem Selbst- und Weltverständnis zutiefst erschüttert und fühlen eine unmittelbare, vitale Diskrepanz zwischen der erlebten Gefahr und den eigenen Handlungs- und Bewältigungsmöglichkeiten. Ein traumatisches Ereignis bewirkt eine nachhaltige psychische Verletzung und kann zu einer Reihe von erheblichen bis schweren psychischen Störungen führen.

Wie stark sich ein traumatisches Ereignis auf die Betroffenen auswirkt, hängt vom Ereignis selbst, den unmittelbaren Reaktionen darauf, den Ressourcen und dem Coping der Betroffenen sowie von der weiteren Unterstützung ab (siehe Kap. 2 und 3).

Krise

Das Konzept „psychische/psychosoziale Krise“ ist das historisch älteste der in diesem Abschnitt besprochenen. Es bezieht sich sehr allgemein auf Ereignisse oder Lebensumstände, mit denen Betroffene zunächst nicht zurechtkommen. Eine Krise ist begleitet von Gefühlen der Hilflosigkeit und des Versagens, starker innerer Gespanntheit sowie des Gefühls von Bedrohung und Gefahr. Die Spannung führt häufig zu Angst bis hin zu Panik oder depressiver Verstimmung. Weder wirkungsvolles Handeln noch Rückzug scheinen möglich. Der Selbstwert sinkt, ein psychischer Zusammenbruch ist möglich (Sonneck et al., 2016).

Psychische Krise bedeutet den Verlust des seelischen Gleichgewichts, wenn wichtige Aufgaben, Ereignisse oder Lebensumstände nicht bewältigt werden können. Die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten und Ressourcen reichen zur Bewältigung der neuen Situation nicht mehr aus. Früher erworbene Fähigkeiten und bisher bewährte Hilfsmittel versagen.

Ein Notfall oder ein traumatisches Ereignis können eine Krise auslösen oder erheblich verschärfen. Nach ihren Ursachen unterscheidet man zwei Arten von Krisen:

■ **Traumatische Krisen** werden ausgelöst durch ein plötzlich auftretendes Ereignis, das allgemein als schmerzlich angesehen wird (z. B. Verlust oder Tod eines nahestehenden Menschen, Unfall, plötzliche schwere

Krankheit, plötzliche Beendigung einer Partnerschaft, soziale Kränkung, Gewalt und sexueller Missbrauch, Großschadensereignisse und Naturkatastrophen). Traumatische Krisen verlaufen üblicherweise in vier Phasen: Schock-, Reaktions-, Bearbeitungs- und Neuorientierungsphase (Cullberg, 1978).

- **Veränderungskrisen** ergeben sich, wenn allgemeine Lebensveränderungen größere Umstellungen (sozial, körperlich, psychisch) erfordern, die für die Betroffenen zu schwierig oder zu umfangreich sind, sodass sie nicht bewältigt werden können (z. B. Pubertät, Schwangerschaft, Berufswechsel, Entwicklungsstillstand [„Midlife-Crisis“], chronische Erkrankung, Pensionierung, Konfrontation mit dem eigenen Sterben). Caplan (1964) beschreibt den Verlauf in mehreren Phasen: 1. Konfrontation mit den Veränderungen, 2. Gefühl des Versagens, 3. Mobilisierung aller Ressourcen; dies führt entweder zur Bewältigung oder zu 4. Vollbild der Krise; der Weg aus der Krise verlangt 5. eine lange Bearbeitungsphase und endet mit 6. der Neuanpassung an die veränderten Umstände.

In **akuten Krisensituationen** können sich die Probleme und Gefahren subjektiv enorm zuspitzen. Die affektive Belastung ist dann sehr hoch und es besteht ein starkes Bedürfnis nach Entlastung. Zu den großen Gefahren, die mit psychischen Krisen verknüpft sind, gehören deshalb Kurzschluss-handlungen (z. B. Kündigung, „alles hinschmeißen“) sowie Gewalt- und Aggressionshandlungen, die möglicherweise nicht mehr umkehrbar sind (Suizid-, Mordversuch). Weitere negative Folgen können Alkohol- und Medikamentenmissbrauch, Somatisierungen, psychische Erkrankungen sowie eine allgemeine Chronifizierung der Symptome sein.

1.7 Interventionsformen – Krisenintervention und Notfallpsychologie

Konzepte psychologisch-psychiatrischer Krisenintervention existieren seit dem Anfang des 20. Jahrhunderts. Sie bilden den Hintergrund, vor dem sich zu Beginn des 21. Jahrhunderts die Notfallpsychologie mit ihren spezifischen Interventionen etabliert hat.

Krisenintervention umfasst alle gezielten Handlungen, die den Betroffenen bei der Bewältigung ihrer psychosozialen Krisen helfen, ihre innere Anspan-