

Clemens Hausmann

Einführung in die Psycho- traumatologie



Facultas

UTB



UTB 2829

Eine Arbeitsgemeinschaft der Verlage

Böhlau Verlag · Köln · Weimar · Wien

Verlag Barbara Budrich · Opladen · Farmington Hills

facultas.wuv · Wien

Wilhelm Fink · München

A. Francke Verlag · Tübingen und Basel

Haupt Verlag · Bern · Stuttgart · Wien

Julius Klinkhardt Verlagsbuchhandlung · Bad Heilbrunn

Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft · Stuttgart

Mohr Siebeck · Tübingen

Orell Füssli Verlag · Zürich

Ernst Reinhardt Verlag · München · Basel

Ferdinand Schöningh · Paderborn · München · Wien · Zürich

Eugen Ulmer Verlag · Stuttgart

UVK Verlagsgesellschaft · Konstanz

Vandenhoeck & Ruprecht · Göttingen

vdf Hochschulverlag AG an der ETH Zürich

Clemens Hausmann

Einführung in die Psychotraumatologie

facultas.wuv

Dr. Clemens Hausmann
Klinischer Psychologe am Krankenhaus Schwarzach/Pongau
und in freier Praxis, Notfallpsychologe, Traumatherapeut,
Lehrbeauftragter der Universität Salzburg.

Anschrift des Verfassers:
Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus
Kardinal Schwarzenbergstraße 19
A-5620 Schwarzach/Pongau
Österreich

E-Mail: info@clemens-hausmann.at
Weitere Informationen: www.clemens-hausmann.at

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

1. Auflage 2006 UTB
Copyright © 2006 Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien
Facultas Universitätsverlag, Berggasse 5, A-1090 Wien

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

Einbandgestaltung: Atelier Reichert, Stuttgart
Umschlagfoto: Strandperle
Abbildungen: Katja Geis-Burgert
Lektorat: Sigrid Nindl
Druck: Ebner & Spiegel, Ulm
Printed in Germany
ISBN 10: 3-85076-744-2
ISBN 13: 978-3-85076-744-6

UTB-Bestellnummer: ISBN 3-8252-2829-0
ISBN 978-3-8252-2829-3

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
1 Grundlagen	11
1.1 Geschichtliche Entwicklung	11
1.2 Bereiche der Psychotraumatologie	16
1.3 Notfallpsychologie und Traumatherapie	18
1.4 Drei Ebenen der Hilfe	20
1.5 Psychologen, Therapeuten und andere Helfer	23
1.6 Vier Zeitfenster	26
2 Ausnahmezustand	28
2.1 Krise	28
2.2 Notfall	30
2.3 Trauma	31
2.4 Der gesprengte Bezugsrahmen	32
2.5 Erleben in akuten Notfallsituationen	34
2.6 Gruppen von Betroffenen	37
3 Traumatisierung	41
3.1 Traumatische Ereignisse	41
3.2 Verlauf der Traumatisierung	43
3.3 Kognitive Verarbeitung und Traumagedächtnis	46
3.4 Neurobiologische Prozesse	49
4 Folgen der Traumatisierung	53
4.1 Normale und pathologische Reaktionen	53
4.2 Psychische Störungen	53
4.2.1 Akute Belastungsreaktion	55
4.2.2 Posttraumatische Belastungsstörung	56
4.2.3 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung	60
4.2.4 Anpassungsstörung	61
4.2.5 Weitere psychische Störungen	62
4.3 Körperliche Störungen	64
4.3.1 Körperliche Erkrankungen als Folge traumatischer Erlebnisse	64

4.3.2	PTBS als Folge körperlicher Erkrankungen	66
4.4	Soziale und berufliche Folgeprobleme	68
4.5	Beispiel: Verkehrsunfälle	70
4.6	Beispiel: Vergewaltigung und sexueller Missbrauch	72
4.7	Beispiel: Berufsbedingte Traumatisierung	74
5	Schutzfaktoren – Risikofaktoren	77
5.1	Individuell-biografische Schutzfaktoren	77
5.2	Soziale Unterstützung	78
5.3	Kohärenzerleben	79
5.4	Vergleich mit Menschen in ähnlicher Lage und existenzielle Einsichten	82
5.5	Risikofaktoren	84
6	Akutinterventionen	86
6.1	Möglichkeiten der Intervention – Übersicht	86
6.2	Grundprinzipien der notfallpsychologischen Akuthilfe	86
6.3	Die ersten Schritte – Psychosoziale Erste Hilfe nach Unfällen	88
6.4	Zehn Interventionen bei Einzelnotfällen	90
7	Psychologische Stabilisierung	92
7.1	Ziele und Schwerpunkte der psychologischen Stabilisierung	92
7.2	CISM – Stressmanagement nach kritischen Ereignissen	95
7.3	Effektivität und „Debriefing-Debatte“	98
7.4	Was wirkt wirklich?	100
7.5	Beispiel: Kinder	102
7.6	Beispiel: Angehörige	105
7.7	Beispiel: Einsatzkräfte	109
8	Traumatherapie	113
8.1	Indikation	113
8.2	Grundprinzipien der Traumatherapie	114
8.3	Kognitive Verhaltenstherapie	117
8.4	EMDR	119
8.5	Hypnotherapie, psychodynamisch orientierte Traumatherapie	121
8.6	Abschluss der Therapie	123

9 Trauer	125
9.1 Der Trauerprozess	125
9.2 Trauerbegleitung bei unterdrückter oder verschleppter Trauer	127
9.3 Trauer und Depression	129
10 Katastrophen	133
10.1 Katastrophen und ihre Folgen	133
10.2 Soforthilfe während und nach Katastrophen	134
10.3 Stabilisierung und Weiterbetreuung	137
11 Terrorismus	139
11.1 Terror: vorsätzlich herbeigeführte Katastrophen	139
11.2 Oklahoma 1995, New York 2001, Madrid 2004	140
11.3 Terror und	144
12 Psychohygiene	148
12.1 Die Grenzen der Belastbarkeit	148
12.2 Primäre und sekundäre Prävention.....	150
12.3 In der Akut- und Stabilisierungsphase	151
12.4 In der Traumatherapie	153
12.5 Bei Katastrophen und Großschadensereignissen	154
Ausblick: Wenn alles vorbei ist – Am Trauma wachsen können ...	156
Literaturverzeichnis	159
Stichwortverzeichnis	179

Vorwort

Das Feld der Psychotraumatologie hat in den letzten Jahren eine äußerst dynamische Entwicklung erlebt. Nachdem sich über Jahrzehnte nur eine eher kleine, oft weit versprengte Gruppe von Spezialisten der Erforschung und Behandlung psychischer Traumafolgen widmete, setzte Mitte der 1990er-Jahre ein regelrechter Publikations- und Ausbildungsboom ein.

Das vorliegende Buch gibt einen Überblick über den aktuellen Stand der Forschung (Klassifikation, Epidemiologie, Pathogenese, Salutogenese, Risikogruppen, Wirksamkeitsforschung) und beschreibt Interventionen in den verschiedenen Phasen der Hilfe (Akuthilfe, psychologische Stabilisierung, Traumatherapie, Schulung und Beratung, Psychohygiene). Besondere Bedeutung kommt dabei den Ressourcen und Selbstheilungskräften der Betroffenen zu, die durch gezielte Interventionen aktiviert und gefördert werden können.

Das Buch gliedert sich in vier Teile: Im ersten Teil werden die Bereiche und die geschichtliche Entwicklung der Psychotraumatologie, der psychische Ausnahmezustand nach einem Trauma sowie verschiedene Phasen der Hilfe, die Gruppen von Betroffenen und Aufgaben der Helfer beschrieben.

Der zweite Teil behandelt den Prozess der Traumatisierung und seine psychischen, körperlichen und sozialen Folgen anhand verschiedener Beispiele.

Im dritten Teil werden die Interventionen der einzelnen Phasen erläutert, von der Akuthilfe über psychologische Stabilisierung bis zur Traumatherapie.

Der vierte Teil geht auf spezielle Themen wie Trauer, Katastrophen und Terrorismus sowie die Psychohygiene der Helfer ein. Das Buch schließt mit einem Ausblick auf die Möglichkeiten nachhaltigen posttraumatischen Wachstums.

Die dargestellten Theorien und Maßnahmen entsprechen dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse und praktischer Erfahrung. Der Text basiert auf meinen früheren Veröffentlichungen zum Thema, geht aber in vielen Punkten darüber hinaus. Einige zentrale Definitionen wurden neu formuliert, Abbildungen und Tabellen überarbeitet und Literaturangaben aktualisiert. Die Darstellung der Interventionen musste aus Platzgründen knapp gehalten werden. Sie sind im „Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung“ (Hausmann 2003, 2005) ausführlich beschrieben.

Personenbezogene Ausdrücke umfassen stets beide Geschlechter.

Dieses Buch hätte nicht geschrieben werden können ohne die direkte und indirekte Unterstützung sehr vieler Menschen.

Ich danke den unzähligen Betroffenen, die mir und anderen von ihren persönlichen Erfahrungen erzählt und gezeigt haben, was für sie im Umgang mit traumatischen Ereignissen hilfreich und notwendig war.

Ich danke den Mitarbeitern verschiedener Einsatzorganisationen und Berufsgruppen, die durch ihre „Außensicht“ auf psychologische Zusammenhänge ein wichtiges Feedback gegeben und mitgeholfen haben, Formulierungen einfach und präzise zu halten.

Ich danke den Notfallpsychologen und Traumatherapeuten, von denen ich selbst gelernt und mit denen ich die Themen dieses Buches über Jahre hinweg diskutiert habe. Insbesondere danke ich meinen Salzburger und Schwarzacher Kolleginnen und Kollegen für den langjährigen praktischen Austausch und ihre wertvollen Hinweise und Rückmeldungen in der gemeinsamen Arbeit.

Weiters danke ich Sabine Schlüter, Verena Hauser und Sigrid Nindl vom Facultas Universitätsverlag, die das Buch sicher auf den Weg und ins Ziel gebracht haben.

Und ich danke wie immer meiner Familie für ihre Geduld und vielfältige Unterstützung.

Ihnen allen ist dieses Buch gewidmet.

1 Grundlagen

„Am 23. morgens erschien Napoleon mit seiner Armee auf den Anhöhen von Regensburg. Nach einer heftigen Kanonade drangen die Franzosen durch eine Breche mit Sturm in die Stadt, und gegen 6 Uhr Abends über die Donaubrücke nach Stadtamhof. Die Österreicher zogen sich auf die nahe gelegenen Berge und schossen von da unser sonst so schönes Städtchen in Brand. Ans Löschen war nicht zu denken, weil auf die brennenden Häuser unaufhörlich geschossen wurde. [...]

Der verursachte Schaden ist unermesslich; die meisten haben nichts als ihr Leben gerettet. Ohne Obdach, ohne Nahrung, mit verzweiflungsvollem Blick in die Zukunft schleichen die Unglücklichen zwischen den rauchenden Trümmern ihrer Häuser und ihres ehemaligen Wohlstandes herum. Gott erfülle die Herzen unserer glücklicheren Nebenmenschen mit Mitleid gegen unser Elend!“

(Anonym, 1810, S. 321 f.)

1.1 Geschichtliche Entwicklung

Traumatische Ereignisse und ihre psychischen Folgen gehören seit je zu den Grunderfahrungen der Menschen. Schon die ältesten Texte der Menschheit berichten von Gewalt, Katastrophen und Krieg, schweren seelischen Erschütterungen und schmerzlichen Verlusten (Gilgamesch-Epos, Ilias, Altes Testament; siehe Shay, 1991). Von alters her gibt es auch Versuche, die negativen Folgen psychischer Traumata abzumildern oder auszugleichen. Trauerrituale, mythologische und religiöse Erzählungen, bildnerische und literarische Darstellungen sowie philosophische Reflexionen sind als zentrale kulturelle Leistungen oftmals aus der Konfrontation mit Traumata entstanden. Sie versuchen, deren Ursachen, Verlauf und Folgen zu erklären und zugleich Möglichkeiten aufzuzeigen, angesichts des Schrecklichen weiterzuleben, den Ereignissen einen Sinn zu geben und aus ihnen Schlüsse für die Zukunft zu ziehen.

Die wissenschaftliche Beschäftigung mit psychischen Traumatisierungen setzt in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts ein. Sie geht einher mit der allgemeinen Entwicklung von Medizin und Psychologie sowie des technischen Fortschritts. So kam es mit der Einführung der Eisenbahn immer wieder zu schweren Unfällen mit einer großen Anzahl von Betroffenen, deren nachfolgende Verhaltensauffälligkeiten zunächst rein organisch erklärt wurden („railroad spine syndrome“; Erickson, 1867). Auch psychovegetative Störungen bei Soldaten nach Fronteinsätzen galten zunächst als organisch

bedingt („irritable heart“; DaCosta, 1871). Hermann Oppenheim (1889) beschrieb Fälle von „traumatischer Neurose“ und vermutete anatomische Veränderungen des Gehirns als Ursache. Daneben bestand lange Zeit der Verdacht, dass die Betroffenen ihre Symptome nur vortäuschten, um Entschädigungen zu erhalten („Rentenneurose“) oder aus dem Militärdienst entlassen zu werden („Simulant“).

Auf die psychischen Folgen traumatischer Ereignisse verwiesen als Erste Pierre Briquet (1859), Jean-Martin Charcot (1887) und Pierre Janet (1889). Janet prägte den Begriff der „Dissoziation“, um zu beschreiben, wie Erinnerungen an ein Trauma vom Bewusstsein abgespalten werden und dann vom Unbewussten her psychische und körperliche Symptome hervorrufen können. Er betonte als Erster, dass die Integration des Traumas in das Bewusstsein, also ein rein psychologischer Prozess, für eine Bewältigung traumatischer Erfahrungen notwendig ist, und entwarf ein Phasenmodell der Traumatherapie (Stabilisierung und Symptomreduktion; Modifikation der traumatischen Erfahrung; Integration und Rehabilitation).

Sigmund Freud entwickelte diese Ideen in seinem psychoanalytischen Traumakonzept weiter. Dabei verstand er das Trauma zunächst als reales Ereignis, das die bewusste Verarbeitung überfordert und in jedem Fall späteren Neurosen zugrunde liegt (Freud, 1896). Später revidierte Freud diese pauschalisierende Theorie und interpretierte frühkindliche Traumaeinprägungen als Fantasien im Rahmen der psychosexuellen Entwicklung (Freud, 1905). Dies hatte zur Folge, dass die Bedeutung realer Traumatisierungen (z. B. sexueller Missbrauch) zugunsten innerpsychischer Konflikte und inakzeptabler Triebwünsche und -impulse vernachlässigt wurde. Das psychoanalytische Traumakonzept wurde unter anderen von Masud Khan (1963; „kumulatives Trauma“) und John Bowlby (1976; Bindung und frühkindliche Deprivation) entscheidend weiterentwickelt.

Immer wieder waren und sind es Katastrophen, welche die Aufmerksamkeit auf die psychischen Folgen traumatischer Ereignisse lenken. Zu den ersten systematischen Untersuchungen der Katastrophenpsychologie gehören die Arbeiten von Edward Stierlin (1909), der die psychischen Nachwirkungen eines großen europäischen Minenunglücks im Jahre 1906 untersuchte. Ein weiteres folgenschweres Unglück ereignete sich 1943 in Boston, als bei einem Feuer im Coconut Grove Night Club 492 Menschen ums Leben kamen. Eric Lindeman organisierte die psychosoziale Betreuung und untersuchte u. a. die Trauerprozesse bei den Hinterbliebenen der Opfer (Lindeman, 1944).

Die psychischen Auswirkungen von kriegsbedingten Traumatisierungen – Zittern, vorübergehende Lähmungen, unkontrollierte Affekte, Apathie,

Stupor – wurden lange Zeit als Simulation abgetan. Während des Ersten Weltkrieges begannen einzelne Militärpsychiatern, die Symptome psychologisch zu behandeln, was zu teilweise überraschenden Erfolgen führte (Salmon, 1919). Im Zweiten Weltkrieg wurden die psychovegetativen Symptome von Soldaten (Kardiner, 1941) und Zivilisten, insbesondere Kindern, untersucht (Bodman, 1941; Mercer/Despert, 1943; Carey-Trefzer, 1949). Aufgrund dieser Erfahrungen formulierten Kardiner/Spiegel (1947) und Artiss (1963) drei zentrale Prinzipien der Krisenintervention: rascher Beginn, räumliche Nähe zum Krisenschauplatz und Aufbau angemessener Erwartungen beim Betroffenen („immediacy“, „proximity“, „expectancy“). Die frühen Interventionsformen wurden u. a. in Israel aufgegriffen und weiterentwickelt (Solomon/Benbenishty, 1986). Seit den 1990er-Jahren gehören spezifisch notfallpsychologische Maßnahmen als Teil der Wehrpsychologie in vielen Ländern zum militärischen Standard (Puzicha et al., 2001).

Zu den schlimmsten Traumata zählen jene Gewaltakte, die den Opfern gezielt und systematisch zugefügt werden. Der Holocaust bildete dabei in seiner ungeheuren Dimension und kalten Systematik einen schrecklichen Höhepunkt. Lange Jahre hindurch verstand man unter Psychotraumatologie vor allem die wissenschaftliche Beschäftigung mit den psychischen Folgen von Internierung, Folter und Verfolgung. Psychologen, Psychotherapeuten und Psychiater versuchten, die Opfer der Nationalsozialisten, aber auch der kommunistischen Regimes und verschiedener Militärdiktaturen in der Aufarbeitung ihrer traumatischen Erfahrungen und in einer Neuorientierung zu unterstützen (Niederland, 1980). Die Therapie von Opfern des Holocaust zeigt, wie lange die Traumatisierung bei vielen Betroffenen nachwirkt. Das betrifft das individuelle Erleben der Holocaust-Überlebenden ebenso wie ihre Partnerschaftsdynamik und die Nachwirkungen des Traumas auf die zweite und sogar dritte Generation (Ludewig-Kedmi et al., 2002). Daneben konnten auch Erkenntnisse bezüglich schützender Faktoren, wichtiger Selbstheilungskräfte und psychischer Stabilität gewonnen werden (Frankl, 1981, 1982; Antonovsky, 1979, 1987).

Die Erfahrungen des Vietnamkrieges und die zum Teil gravierenden psychischen und sozialen Auffälligkeiten, die viele amerikanische Soldaten nach ihrer Rückkehr zeigten, lenkten die Aufmerksamkeit auf die Notwendigkeit einer entsprechenden Betreuung dieser traumatisierten Personen. Sie trugen wesentlich dazu bei, dass 1980 die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, engl. PTSD) in das Diagnosemanual (DSM-III) der American Psychiatric Association (APA) aufgenommen wurde. Diese offizielle Anerkennung der posttraumatischen Symptome und Leidenszustände als eigen-

ständige psychische Störung stellt einen Meilenstein in der Geschichte der Psychotraumatologie dar. Damit wurde auch der Aufbau von Präventions- und Behandlungseinrichtungen wesentlich erleichtert. Eine wachsende Zahl an wissenschaftlichen Studien untersuchte in der Folge Epidemiologie, Verlauf und Folgen der Störungen, spezifische Risikofaktoren, Hochrisikogruppen und Schutzfaktoren (Teegen, 2003). Seit 1991 ist die Posttraumatische Belastungsstörung auch in das Klassifikationssystem psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10) aufgenommen.

Sexuelle Traumatisierung – vor allem von Frauen und Minderjährigen – sowie Missbrauch in der Kindheit rückten im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts immer stärker ins Zentrum psychologischer Forschung (Amann/Wipplinger, 2005). Die seelischen und körperlichen Verletzungen sowie die langfristigen psychischen und sozialen Folgen wurden ebenso diskutiert wie die gerichtliche Aufarbeitung der Taten. In oftmals demütigenden Verfahren waren es immer wieder die Opfer, denen ein vermeintliches Defizit zugeschrieben wurde und die belegen sollten, dass ihre körperlichen und psychischen Symptome tatsächlich auf die sexuelle Gewalt der Täter zurückging und nicht in einer besonderen „Empfindlichkeit“ begründet waren. Die jahrzehntelangen Anstrengungen der Frauenbewegung sowie die einschlägige Forschung haben schließlich den Umgang der Öffentlichkeit und auch der Behörden mit den Opfern sexueller Gewalt deutlich geändert. Leider sind die Mindeststandards eines angemessenen Umgangs mit Traumatisierten noch nicht überall erfüllt. Neben der psychotherapeutischen Behandlung von Folgestörungen (PTBS, Angststörungen, Depression) gewinnt die sekundäre Prävention im Sinne von psychologischen Stabilisierungsmaßnahmen kurz nach dem Verbrechen zunehmend an Bedeutung.

In den 1990er-Jahren kamen zigtausende Flüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien sowie aus anderen Kriegs- und Bürgerkriegsgebieten in die Europäische Union, viele von ihnen durch die Zustände in ihrer Heimat sowie durch die Flucht schwer traumatisiert. Die kontinuierliche psychologisch-psychotherapeutische Betreuung von traumatisierten Flüchtlingen und Vertriebenen wird zumeist von speziellen Vereinen geleistet. Die Betreuung leidet jedoch häufig unter den ungesicherten Bedingungen, unter denen sie ablaufen muss. Auch der Umgang einzelner Behördenvertreter mit den Flüchtlingen kann zu massiven Retraumatisierungen führen und monatelange therapeutische Bemühungen in kurzer Zeit zunichte machen (Ottomeyer/Peltzer, 2002).

Seit den 1980er-Jahren differenzieren sich die Behandlungsmethoden und Interventionen nach potenziell traumatischen Ereignissen zunehmend

zu klar umschriebenen Präventions-, Akut- und Nachbetreuungsprogrammen. Verschiedene psychotherapeutische Verfahren wurden zu spezifischen Formen der Traumatherapie weiterentwickelt (Maercker, 1997; Shapiro, 1998; Ehlers, 1999; Fischer, 2000), Maßnahmen der psychologischen Stabilisierung vor Auftreten einer psychischen Störung systematisiert (Mitchell/Everly, 2001; Everly/Mitchell, 2002) sowie die Interventionsmöglichkeiten in der Akuthilfe zusammengefasst und zu einer spezifischen Notfallpsychologie ausformuliert (Lassogga/Gasch, 2000, 2002; Hausmann, 2003). Diese Entwicklungen waren von teilweise sehr heftigen Diskussionen über allgemeine Wirksamkeit, richtigen Zeitpunkt, korrekte Durchführung und Terminologie der Interventionen und Maßnahmen begleitet (NICE, 2005; Mitchell, 2004; Rose et al., 2001; Hausmann, 2000).

Ende der 1990er-Jahre erschienen erste Übersichtsdarstellungen der Psychotraumatologie im deutschen Sprachraum (Fischer/Riedesser, 1998; Maercker, 1997). Fast zeitgleich damit wurden verschiedene psychotraumatologische Fachgesellschaften und Sektionen in Berufsverbänden gegründet. Es etablierten sich notfallpsychologische und psychosoziale Akutbetreuungsdienste. In verschiedenen Einsatzorganisationen und Krisenstäben wurde die psychosoziale Betreuung nach traumatischen Ereignissen systematisch auf- und ausgebaut.

Ende des 20. und Anfang des 21. Jahrhunderts brachte eine Serie verheerender Unglücksfälle und Terroranschläge einer breiten Öffentlichkeit die Notwendigkeit professioneller psychologischer Betreuung ins Bewusstsein. Das Zugunglück von Eschede 1998, bei dem 101 Personen ums Leben kamen, die Lawinenkatastrophe von Galtür 1999, die einen ganzen Ort verwüstete, und der Brand der Tunnelbahn von Kaprun 2000, bei dem 155 Menschen starben, zeigten auch die breiten Möglichkeiten und positiven Wirkungen eines gezielten, systematischen und professionellen notfallpsychologischen Einsatzes. Wie groß der diesbezügliche Bedarf ist, veranschaulichten unter anderem die Terroranschläge in New York und Washington 2001, Madrid 2004 und London 2005 sowie die katastrophalen Überschwemmungen in Mitteleuropa vom August 2002, des Tsunami in Südasien 2004 und durch den Hurrikan „Katrina“ in New Orleans 2005.

Spätestens diese Ereignisse haben vielen Entscheidungsträgern in Politik und Verwaltung klar gemacht, dass traumatische Ereignisse über Krisenintervention und Akuthilfe hinaus auch weiterführende Betreuung und Begleitung der Opfer und Hinterbliebenen im Sinne einer psychologischen Stabilisierung und Weiterbetreuung erfordern.

1.2 Bereiche der Psychotraumatologie

Psychotraumatologie ist die „allgemeine Lehre der psychischen Traumafolgen“ (Maercker/Ehlert, 2001, S. 12). Sie beschäftigt sich mit traumatischen Ereignissen und ihren Auswirkungen auf das Erleben und Verhalten von Einzelpersonen und sozialen Systemen. Theorie und Praxis hängen in diesem Feld eng zusammen und ergänzen einander. Forschung und Theoriebildung geben den praktischen Interventionen ihr wissenschaftliches Fundament, während die Erfahrungen der praktischen Hilfe der Forschung neue Anregungen und Impulse verleihen.

Tab. 1: Bereiche der Psychotraumatologie

A. Theorie – Forschung	B. Praxis – Interventionen
1. Klassifikation, Diagnostik	1. Akuthilfe
2. Prävalenz, Epidemiologie	2. Psychologische Stabilisierung
3. Ätiologie, Pathogenese	3. Traumatherapie
4. Schutzfaktoren, Salutogenese	4. Rehabilitation, Reintegration
5. Risikogruppen	5. Information, Schulung
6. Wirksamkeitsforschung	6. Psychohygiene

A. Theorie – Forschung

Die **Beschreibung und Klassifikation** posttraumatischer Reaktionen, Symptome und Störungen hat sich in den letzten hundert Jahren mehrfach verändert. Die Differenzierung bestehender Kategorien sowie die Aufnahme weiterer Störungsbilder in die offiziellen Klassifikationen ICD und DSM werden weiter eingehend zu diskutieren sein. Parallel dazu wurden Diagnose- und Screeningverfahren entwickelt, die eine zuverlässige Einstufung traumabezogener Störungen, die Identifizierung von Risikogruppen sowie die Effizienzkontrolle von Interventionen ermöglichen.

Die **Epidemiologie** untersucht die Häufigkeit verschiedener Traumata, traumabezogener Störungen und Faktoren. Die Punktprävalenz gibt Auskunft über die Häufigkeit zu einem bestimmten Zeitpunkt, die Periodenprävalenz über die Häufigkeit in einem bestimmten Zeitraum (z. B. in einem Jahr, während des Berufslebens, über die gesamte Lebensspanne). Auch die Komorbidität posttraumatischer mit anderen psychischen Störungen sowie

die Berücksichtigung von somatischen und sozialen Traumafolgen spielen in der epidemiologischen Forschung eine Rolle.

Die **Ätiologie** untersucht die Ursachen posttraumatischer Symptome und Störungen sowie die Faktoren, die zur Ausprägung einer Störung führen können. Verschiedene Modelle erklären die Pathogenese psychischer und somatischer Folgen aus kognitiver, lerntheoretischer, neurobiologischer und psychodynamischer Sicht.

Die Forschung zur **Salutogenese** untersucht die Faktoren, die dazu beitragen, traumatische Ereignisse gut zu bewältigen, sodass keine psychischen oder körperlichen Traumafolgestörungen auftreten. Besonderheiten des traumatischen Ereignisses spielen dabei ebenso eine Rolle wie persönliche Faktoren und die Reaktionen der Mitmenschen.

Einen besonderen Schwerpunkt bildet die Untersuchung von **Risikogruppen**, die einer erhöhten Traumatisierungsgefahr ausgesetzt sind (z. B. Einsatzkräfte, Intensivpflegepersonal, Katastrophenhelfer, Traumatherapeuten) und besondere Vorbereitung/Schulung und sekundäre Prävention zur Verhütung negativer Traumafolgen benötigen.

Die **Wirksamkeit** der eingesetzten Interventionen, Methoden und Programme wird laufend evaluiert. Neben der allgemeinen Überprüfung ihres praktischen Nutzens geht es dabei auch um die Ausdifferenzierung von Interventionen und Behandlungsformen für spezielle Personengruppen, Traumata und Umstände.

B. Praxis – Interventionen

Notfälle und traumatische Ereignisse belasten die Betroffenen oft über einen langen Zeitraum. Die Interventionen gehen über bloße Akuthilfe weit hinaus. Zugleich ist nicht bei allen, die anfangs deutliche psychische Reaktionen zeigen, eine langfristige Betreuung oder Traumatherapie notwendig.

Notfallpsychologische **Akuthilfe** findet in den ersten Stunden nach einem traumatischen Ereignis statt. Ihr vorrangiges Ziel ist es, eine psychische Dekompensation der Betroffenen zu verhindern bzw. aufzufangen. Die Interventionen haben vor allem den Charakter einer psychologischen oder emotionalen Ersten Hilfe bzw. einer akuten Krisenintervention.

Psychologische Stabilisierung (frühe Interventionen) umfasst die psychologische Unterstützung von Betroffenen, Angehörigen, Zeugen und Helfern, wenn äußerlich eine erste Beruhigung eingetreten ist, die innere Aufwühlung aber noch andauert. Nach Einzelereignissen dauert diese Phase

zumeist sieben bis zehn Tage, nach Katastrophen bis zu vier Wochen. Die Interventionen zielen darauf ab, die Ereignisse auch innerlich abzuschließen, hilfreiche Bewältigungsmechanismen zu fördern und der Entstehung psychischer Folgestörungen vorzubeugen.

Traumatherapie für besonders betroffene oder traumatisierte Personen setzt ein, wenn die Belastung durch aufgetretene Symptome anhält oder sich zu einer psychischen Störung verfestigt. Die Behandlung erfolgt häufig in Form spezieller Therapieverfahren und -programme. Ziel ist die Beseitigung der Störung und aller Symptome, die im Alltag des Klienten eine Belastung darstellen. Traumatherapie kann einige Wochen nach dem Trauma oder erst Jahre oder Jahrzehnte später beginnen und sich über einen längeren Zeitraum erstrecken.

Die psychosoziale **Rehabilitation und Reintegration** umfasst die medizinische und psychologische Unterstützung, solange diese nötig sind, sowie die nachhaltige Förderung sozialer Unterstützung, die Einbeziehung der Angehörigen, Freunde und Kollegen, den Kontakt zu Opferhilfeorganisationen, Rechtsberatung und berufliche Neuorientierung, sofern dies notwendig ist. Traumabezogene Rehabilitationskonzepte werden zumeist bedarfsorientiert entwickelt und sind oft von Selbsthilfegruppen und stationären Einrichtungen getragen (Soyer, 2006; Herman, 2003).

Information und Schulung für künftige Einsätze oder kritische Situationen sind vor allem für Einsatzkräfte und Helfer von Bedeutung, die immer wieder mit Krisen und Notfällen konfrontiert sind. Aber auch die Angehörigen potenziell gefährdeter Personen (z. B. von Feuerwehrleuten, Polizisten, Sanitätern, Notärzten, Soldaten etc.) können durch Information oder Schulung auf mögliche psychische Belastungen vorbereitet werden, damit sie im Ernstfall besser damit umgehen können.

Ohne bewusste **Psychohygiene** wäre in der Arbeit mit traumatisierten Personen die Gefahr der Überforderung, des Ausbrennens und einer sekundären Traumatisierung sehr hoch. Sie trägt wesentlich zur Aufrechterhaltung der professionellen Kompetenz und Handlungsfähigkeit bei und hilft auch angesichts extremer Ereignisse, das innere Gleichgewicht zu wahren.

1.3 Notfallpsychologie und Traumatherapie

Psychologische und psychotherapeutische Interventionen nach traumatischen Ereignissen werden oft unter zwei Begriffen zusammengefasst, die einander zum Teil überschneiden und deren Abgrenzung zu anderen