

Krisenintervention bei posttraumatischen Belastungsstörungen

Crisis Intervention and Posttraumatic Stress Disorder

Hans Menning und Andreas Maercker

Zusammenfassung

Posttraumatische Belastungsstörungen gehören zu den Angststörungen und sind die einzigen psychischen Störungen, die ein bestimmtes, konkretes Ereignis als Ursprung haben: das Trauma. In den ersten Minuten und Stunden nach einem Trauma werden oft schon die Weichen für die Entstehung einer Belastungsstörung gelegt. Wie in unmittelbarer zeitlicher und räumlicher Nähe zum Trauma psychologisch oder psychosozial interveniert werden kann, um das zu verhindern, wird im ersten Abschnitt einer psychosozialen „Ersten Hilfe“ abgehandelt. Die ersten Maßnahmen sollen im Sinne einer notfallpsychologischen Akutintervention eine Dekompensation und nach Möglichkeit auf lange Sicht die Entwicklung einer Belastungsreaktion verhindern. Spezielles Augenmerk wird auf die Suizidalität der Traumaopfer gelegt. Anpassungsstörungen oder „Akute Belastungsstörungen“ (ABS) treten in der Regel innerhalb weniger Wochen nach dem traumatischen Ereignis auf. In dieser Zeit sollte eine „Erste Hilfe“ schon stattgefunden haben und die „Zweite Hilfe“ im Sinne einer Stabilisierung durch Einzel- und Gruppengespräche und zusätzliche Unterstützung gewährleistet werden. In Hilfs- und anderen Organisationen (z. B. Armee) wird in dieser Phase oft ein Programm angewendet, das als CISM (Critical Incident Stress Management) oder CISD (Critical Incident Stress Debriefing) bekannt wurde. In einer dritten Phase, wenn sich schon eine volle „posttraumatische Belastungsstörung“ ausgebildet haben könnte, werden individuell angepasste psychotherapeutische Maßnahmen empfohlen, die der Traumabewältigung und einer Ausbalancierung von Vergangenheit (Trauma) und Zukunft (Leben) mit zwei festen Standbeinen im Hier und Jetzt dienen. Eine Krisenintervention via Internet erweist sich in vielen Fällen als unterstützende Maßnahme hilfreich. Auf mögliche „Do's und Don'ts“ der Helfer wird eingegangen.

Schlüsselwort akute Belastungsstörung – CISM – CISD – Debriefing – Krisenintervention – posttraumatische Belastungsstörung – Stress

Summary

Posttraumatic stress disorders pertain to anxiety disorders and are solely characterized by the etiological fact that they are triggered by a specific, concrete incident: the trauma. The course of the development or non-initiation of a stress disorder will often be set in the first minutes and hours after the traumatic event. How to prevent this in immediate spatio-temporal proximity to the trauma by psychological means is the topic of the "First (psycho-social) Aid" section. The first acute interventions aim at preventing decompensation and a prolonged mental stress reaction. Special attention is paid to the suicidality of the victims. Adjustment disorders and acute stress disorder generally occur within the first month(s) after the traumatic event. At this time, the "First Aid" should preferentially change into a "Second Aid" in the sense of a stabilization by dyadic or group therapy and additional support. In this phase, help organizations and other institutions (such as the army) often use a program known as CISM (Critical Incident Stress Management) or CISD (Critical Incident Stress Debriefing). In the third phase, when symptoms of a full PTSD may have evolved, individually adjusted psychotherapeutic interventions which focus on coping and completion of the trauma and a reorientation from past (trauma) to future (life) with a strong commitment to "now and here" are recommended. Additional crisis intervention by means of the Internet is considered helpful. Possible "do's & don'ts" of the helpers are addressed.

Keywords acute stress disorder – CISM – CISD – crisis intervention – debriefing – posttraumatic stress disorder – stress

„Erste Hilfe“ – peritraumatische Interventionen

Sie kommen nach Hause und finden Ihren Lebenspartner blutüberströmt auf dem Küchenboden liegen. Er kann nicht mehr sprechen und stirbt in Ihren Armen. Was machen Sie? Woran denken Sie? Vor allem, woran denken Sie in diesem Moment nicht? Oder Sie schrecken mitten im Schlaf auf, weil Sie ein ungewöhnliches Geräusch im Wohnzimmer gehört haben. Sie gehen hin, doch noch bevor Sie das Licht anmachen können,

werden Sie von hinten gepackt, und ein Messer wird an Ihre Kehle gehalten. Sie müssen dem Einbrecher alle Wertsachen ausliefern und sich von ihm demütigen lassen. Als er das Haus verlässt, haben Sie keine Kraft mehr für nichts. Oder Sie geraten mit dem Auto auf eisglatter Straße ins Schleudern, spüren noch, wie das Auto herumgerissen wird und sich überschlägt, und sehen noch wie in einer Ewigkeit, wie eine Betonmauer auf Sie zukommt. Sie wachen blutüberströmt auf, hören es überall piepsen und fiepen, Rauch überall, Feuer.

Sie haben entsetzliche Schmerzen im Rücken und können sich nicht bewegen. Ihr Partner, selbst verletzt, zieht Sie aus dem Auto, Sie zittern am ganzen Leib, fühlen sich wie gelähmt, Sie haben unkontrollierbare Wein- und Lachanfälle...

Sie werden nach einem Hauseinsturz, währenddessen Sie verbrannt, verschüttet und körperlich schwerwiegend verletzt wurden, im Krankenhaus körperlich versorgt und nach einigen Wochen nach Hause entlassen. Zu Hause angekommen, fühlen Sie sich unfähig, wieder an Ihr früheres Leben anzuknüpfen, Sie verhalten sich gereizt und aggressiv Ihren Lieben gegenüber, letztendlich verfallen Sie in Apathie und Stupor.

Sie sind vor Jahren in ein Zugunglück verwickelt gewesen, bei dem viele Menschen ums Leben kamen. Nachdem die körperlichen Wunden verheilt waren, schien alles wieder gut zu sein, jedoch nicht ganz. Oder Sie arbeiteten in einer Hilfsorganisation, die in vielen Krisenregionen dieser Welt tätig ist, beispielsweise in Kambodscha, Bosnien, Ruanda, Afghanistan, Irak. Sie wurden öfter mal mit dem Tod bedroht, Ihr Haus wurde bombardiert oder abgebrannt, Freunde, mit denen Sie eng zusammenarbeiteten, starben in Ihren Armen. Sie haben mit Ihren Kolleg(inn)en darüber gesprochen, es blieb gewissermaßen „en famille“, jeder hatte praktisch „einen Eggen ab“. Nach ein paar Jahren und einem weiteren Vorfall passieren jedoch merkwürdige Dinge: Sie sehen immer wieder die Gesichter der Toten vor sich, Sie hören ihre Schreie, und in der Nacht wachen Sie schweißgebadet aus einem Albtraum nach dem anderen auf. Tagsüber sind Sie ganz zerschlagen und kraftlos und bemerken plötzlich, dass Sie die dramatischen Szenen von damals wiedererleben. Es kommt zu einer Zuspitzung, Sie können Ihre Arbeit nicht mehr normal weiter verrichten, Sie finden keine Unterstützung, alle Leute, denen Sie davon erzählen wollen, wenden sich von Ihnen ab.

Berichte wie diese ereilen uns häufiger, als uns vielleicht lieb ist, doch was ist zu tun, wenn solche Katastrophen passieren? Eric Lindemann (1944) berichtete schon früh, wie nach einem Brand, der 1942 in einem Bostoner Tanzlokal 140 Menschen das Leben kostete, bei den Geretteten und Hinterbliebenen regelhaft Schock-, Schuld-, Trauer- sowie Aggressionsreaktionen auftraten. Er stellte im Anschluss an solche traumatischen Krisen spezifische Phasen der Verarbeitung fest, die von einem akuten Schock über eine Belastungsreaktion zur Verarbeitung des Erlebten und einer Neuorientierung führten. Damit wurde anlässlich eines traumatischen Ereignisses das erste allgemeine Stufenmodell zum Verlauf von Krisen aufgestellt.

Nach Cullberg (1978) tritt als erste Reaktion in einer Krise eine *Schockphase* auf, die von wenigen Sekunden bis 24 Stunden andauern kann. Sie zeichnet sich vor allem durch einen Zustand der Betäubung und Agitiertheit aus. Abgelöst wird dieser erste Zustand von einer *Reaktionsphase* von wenigen Tagen bis einigen Wochen, in der sich Apathie, Verzweiflung, Depressivität, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Aggression, Wut und Trauer abwechseln können und die von starken körperlichen Reaktionen begleitet wird. In dieser Phase besteht eine erhöhte Gefahr für Fehlanpassungen wie Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch, den Ausbruch einer Erkrankung,

einer psychischen Dekompensation oder von Suizidalität (Sonneck, 2000). Bei günstigen Voraussetzungen erfolgt auf die Reaktionsphase eine *Phase der Bearbeitung*, in der eine Lösung vom Trauma erfolgt und die anschließend in einer *Neuorientierungsphase* resultiert. Jeder Phase entsprechen spezifische „Hilfen“, die hier nach dem Grad ihrer Dringlichkeit als erste, zweite und dritte Hilfe bezeichnet werden.

Die ersten peritraumatischen („um das Trauma herum“) Momente spielen eine sehr wichtige Rolle dabei, wie das Trauma später verarbeitet wird. Wir können in diesen Momenten ein Ereignis als äußerst lebensbedrohlich, furchtbar, entsetzlich, unerträglich, alle erdenklichen Schmerzen überschreitend oder als unvermeidbar, schicksalhaft, von einer höheren Macht bestimmt, als „Lektion“ für die Zukunft usw. erleben. Wie wir ein Ereignis *bewerten*, trägt entscheidend dazu bei, welche *Bedeutung* dieses Ereignis im späteren Leben haben wird. So berichtet beispielsweise Viktor Frankl als Überlebender des Konzentrationslagers Auschwitz, dass die Bewertung der Verhaftung als inhärenter Bestandteil seines Lebens ihn grundlegend bewegt hat, die spätere Logotherapie („Sinntherapie“) zu entwickeln (Frankl, 1984, 1988). Oder Bruno Bettelheim schreibt in seinem Buch „Erziehung zum Überleben“ (Bettelheim, 1979) über den Sinn von Extremsituationen, eine „verpasste Lektion“ zu erlernen. Beide Autoren haben gemeinsam, dass sie dem traumatisierenden, aber überlebten Extremereignis eine Bedeutung zuschreiben, die diesem Ereignis Sinn gibt. Die aktive Auseinandersetzung mit den traumatischen Geschehnissen trägt entscheidend dazu bei, ob es zu einer Chronifizierung der Symptome kommt. Deswegen werden in der Literatur neben der ersten, akuten peritraumatischen Hilfe, die notfallpsychologische Akutinterventionen in den ersten Stunden bis Tagen nach dem Trauma umfasst, noch weitere Phasen der Behandlung unterschieden: die „Zweite Hilfe“, die der psychologischen Stabilisierung durch Einzel- und Gruppengespräche in den ersten Wochen nach dem Trauma dient, und die „Dritte Hilfe“, die eine Traumatherapie, Trauerbegleitung und Rehabilitation Monate bis Jahre nach dem Trauma umfasst (vgl. Hausmann, 2006, S. 27), den Wiederaufbau eines „normalen“, sinnvollen, glücklichen Lebens (Abb. 1).

Erste Maßnahmen: die notfallpsychologische Akutintervention

Aufgrund von Kriegstraumatisierungen wurden schon sehr früh 3 Prinzipien der Krisenintervention aufgestellt: rascher Beginn, räumliche Nähe zum Krisenschauplatz und Aufbau angemessener Erwartungen beim Betroffenen: „immediacy“, „proximity“, „expectancy“ (Kardiner und Spiegel, 1947). Die Grundprinzipien der traumabezogenen Krisenintervention lauten demnach (Sonneck, 2000; Mitchell und Everly, 2001):

- Einfachheit
- Innovation
- Kürze
- Pragmatismus
- rascher Beginn
- räumliche Nähe
- Aufbau angemessener Erwartungen

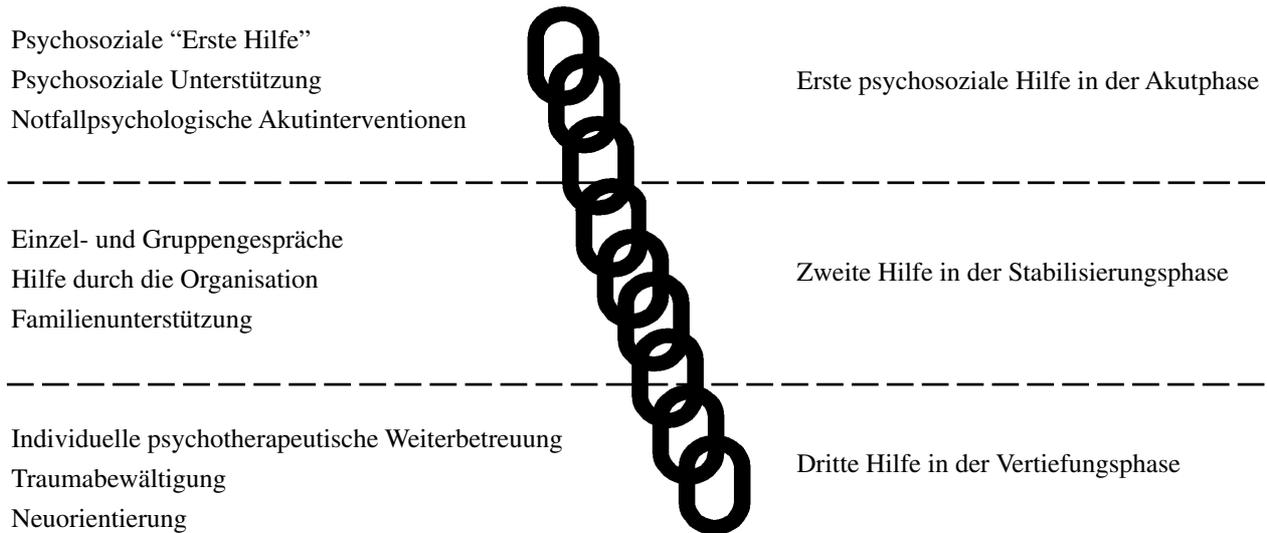


Abbildung 1: Interventionskette: Die einzelnen Hilfen greifen wie Kettenglieder ineinander. Der Zeitpunkt der einzelnen Interventionen ist von eminenter Wichtigkeit (in Anlehnung an und Weiterführung von Hausmann, 2003)

Notfallpsychologische Akuthilfe, die hier als psychosoziale oder emotionale „Erste Hilfe“ bezeichnet wird, findet in den ersten Stunden nach einem traumatischen Ereignis statt. Ihr vorrangiges Ziel ist, eine psychische Dekompensation (subjektiv ein „Nervenzusammenbruch“) zu verhindern und die rasche Reduktion der akuten Symptome, die Wiedergewinnung der Handlungsfähigkeit im „Hier-und-Jetzt“ und die Festlegung weiterer Hilfe zu gewährleisten. In zweiter Linie soll sie jedoch auch die Entstehung einer PTBS verhindern. Dieses Stadium ist sehr wichtig, da sich jetzt möglicherweise die ersten expliziten Gedächtnisinhalte einbrennen.

Die genaue Wahrnehmung und Erfahrung, das Geschick und Einfühlungsvermögen des Intervenierenden sind durch keine Standardvorgehensweise zu ersetzen (Hausmann, 2003). Jedoch gehört zur akuten notfallpsychologischen Intervention eine Reihe von Erfahrungen, die zu berücksichtigen sind:

1. Beziehung aufbauen, auf den aktuellen Bedürfniszustand eingehen
2. Krisenereignis explorieren, strukturieren, Ressourcen erfragen
3. kurzfristige Entlastung ermöglichen: einen Plan für die nächsten Stunden, soziale Unterstützung
4. Vermittlung eines adäquaten Bewältigungsmodells
5. weitere (realistische) Perspektiven und ihre Verwirklichung für die nächsten Tage klären
6. weitere Gespräche vereinbaren

Solche Maßnahmen gehören inzwischen auch zum wehrpsychologischen Standard der Notfallintervention (Puzicha et al., 2001). Diese Sofortmaßnahmen wurden zu einer spezifischen Notfallpsychologie ausformuliert (Hausmann, 2003) und zu einer gezielten, professionellen, systematischen psychosozialen Betreuung auf- und ausgebaut.

Die psychischen Auswirkungen von traumatischen Ereignissen zeigen sich nicht immer sofort. Sie können Tage, Wochen oder Monate nach dem Ereignis auftreten und die Betroffenen noch jahrelang beschäftigen. Manchmal ist die Traumatisierung so abgrundtief, dass jede therapeutische Maßnahme unangemessen wäre. Dann bleibt nichts, als „das Unerträgliche unerträglich sein lassen“, wie Klaus Dörner (2006) formuliert. Und es sollte nicht übersehen werden, dass in einem Katastrophengebiet in der Regel schon sehr viele medizinische und technische Katastrophenhelfer da sind. Ein zusätzliches Heer von „Psychohelfern“, die dauernd fragen, wie es einem geht, kann die Arbeit durchaus auch erschweren. Manchmal ist keine Hilfe die beste Hilfe. Das Angebot einer Gemeinsamkeit – gemeinsame Tränen, gemeinsames Schweigen, eine Umarmung: das ist nach einer Katastrophe manchmal mehr als tausend Worte.

Suizidalität

Notfälle sind „psychotoxisch“, d.h., sie tragen das Potenzial einer langfristigen psychischen Schädigung in sich. Manche Menschen, die in einer Katastrophe nahe Bezugspersonen, die Struktur, den Sinn und die Hoffnung ihres Lebens verloren haben, neigen dazu, ihr Leben als wertlos, sinn- und ziellos anzusehen, und bringen eine große Bereitschaft auf, es wegzuworfen. Grundkonsens aller Therapieschulen scheint zu sein, dass das ruhige, sichere, geduldige „Da-Sein“ eines Gegenübers in einem solchen Moment sehr wichtig ist. So wie es für jedes Gift ein Gegengift gibt, hat jeder psychische Zustand sein Gegenmittel (Everly und Mitchell, 2002): Verlangsamung hilft gegen Übererregung; Struktur hilft gegen Chaos; rationales Denken hilft gegen überschäumende Gefühle; emotionale Entlastung hilft gegen Frustration und Anspannung; Information hilft gegen Kontrollverlust; Akzeptanz hilft gegen Entfremdung und Rückzug; Handeln hilft gegen Hilflosigkeit, eigene Lösungsvorschläge gegen Mut-

losigkeit. Da steht man jemandem gegenüber, der mit dem Leben abgeschlossen hat, der durch ein einschneidendes Erlebnis jedes Bewusstsein für Zeit, Alltag und Perspektivität verloren hat. Dieser Mensch muss wieder „auf den Boden zurückgeholt werden“ (manchmal im wahrsten Sinne des Wortes). Zeit, Alltag und Perspektiven müssen wieder in der Realität verankert werden (Fliegel und von Schlippe, 2003). Für viele muss die eine düstere, alles dominierende Stimme, die sagt: „Stirb, es hat keinen Sinn mehr“, wieder dem Konzert der Stimmen weichen, die vorher da waren, Zweiflerstimmen, die plötzlich hinterfragen, ob der Selbstmord die einzig denkbare Lösung ist, nach Hilfe schreiende, verzweifelte Stimmen, die die entgegengestreckte Hand ergreifen möchten. Lebensfrohe, lebensgierige Stimmen müssen wieder zur Sprache kommen. Stimmen, die vielleicht mit Goethe „stirb und werde“ sagen, „lass hinter dir, was nicht mehr zu ändern ist, und werde neu“.

„Zweite Hilfe“ – frühe posttraumatische Interventionen

Das Wort „Krise“ leitet sich ursprünglich von dem griechischen Wort „Krisis“ und dem Verb „krinein“ (trennen, [ent-] scheiden) ab und bezeichnet „eine problematische, mit einem Wendepunkt verknüpfte Entscheidungssituation“ (<http://de.wikipedia.org/wiki/Krise>). Ob es sich um einen Wendepunkt handelt, weiß man erst im Nachhinein, nachdem die Krise abgewendet wurde. Lässt sie sich nicht abwenden, handelt es sich eher um eine Katastrophe. Diese Umschreibung der Krise in Wikipedia entspricht der Entwicklung einer PTBS: Lassen sich die ersten Belastungssymptome nicht mildern oder abwenden, steigt die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer PTBS. Interessanterweise ist in dem chinesischen Wort für Krise „weiji“ sowohl Gefahr als auch Gelegenheit, Chance enthalten. Die Krise ließe sich in diesem Sinn als „gefährliche Gelegenheit“ eines Wendepunktes interpretieren. In der Regel nimmt man an, dass die Belastung, die durch eine Krise entsteht, innerhalb von 6-8 Wochen wieder nachlässt.

危
机

Abbildung 2:

„Weiji“, chinesische Schriftzeichen für „Krise“, zusammengesetzt aus dem Zeichen für „Gefahr“ und „Chance“, „Gelegenheit“

Die Auswirkungen von traumatischen Ereignissen zeigen sich nicht immer sofort. Sie können erst Wochen oder Monate nach dem Ereignis auftreten und die Betroffenen jahrelang beschäftigen. In dieser Phase, wenn äußerlich eine Beruhigung eingetreten ist, aber die innere Aufwühlung noch andauert, zielen die Interventionen darauf ab, die Ereignisse auch innerlich abzuschließen, hilfreiche Bewältigungsstrategien zu un-

terstützen und die Entstehung psychischer Folgestörungen aufzuhalten bzw. aufzufangen. Wenn die „Erste Hilfe“ in unmittelbarer Nähe zum Ereignis erfolgt und ein, zwei, drei Gespräche umfasst, so findet die „Zweite Hilfe“ als eine Art akute Traumatherapie bei starker Traumatisierung kurz nach dem Ereignis statt. Eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist jedoch nicht immer sofort nach einem traumatischen Ereignis beobachtbar. Wenn eine PTBS erst Monate nach dem Ereignis ihre „floride“ Phase erreicht, steht die Aktivierung und Unterstützung des (blockierten) Verarbeitungs- und Bewältigungsprozesses nach einem traumatischen Ereignis im Vordergrund. In der Praxis werden dabei vier Phasen im Prozess der Traumabewältigung berücksichtigt: die Stabilisierung, die Traumakonfrontation, die Integration des Traumas und schließlich der Aufbau zukunftsorientierter Denk-, Fühl- und Verhaltensschemata. Menschen, die bald nach einem traumatischen Ereignis professionelle Unterstützung erhalten, berichten, dass die strukturierten Gespräche über das Erlebte und die Informationen zu posttraumatischen Reaktionen und deren Bewältigung hilfreich waren. Deswegen wird in größeren Hilfsorganisationen ein Hilfsprogramm eingesetzt, das als CISM (Critical Incident Stress Management) oder CISD (Critical Incident Stress Debriefing) bekannt wurde (Mitchell und Everly, 2001). Ursprünglich war das CISM für Hochrisikopopulationen ausgelegt, wie beispielsweise Militär, Rettungsdienst, Feuerwehr oder Polizei, die besonders häufig mit kritischen Ereignissen konfrontiert werden (Bengel und Heinrichs, 2004). Die Anwendung des CISM wurde jedoch seither auf andere Gruppen und Organisationen der Zivilbevölkerung ausgeweitet (Mitchell et al., 2003). Ebenfalls bekannt wurde das Peer Debriefing (Miller, 2006), bei dem sich die Arbeitskollegen gegenseitig „debriefen“.

Diese Methoden der unmittelbaren Traumaaufarbeitung zur Verhinderung einer PTBS stießen nicht immer auf uneingeschränkte Begeisterung, sind jedoch eine außerordentliche Möglichkeit der Prävention, da das traumatische Ereignis genauestens bekannt ist und die Intensität der Traumatisierung sehr genau abgeschätzt werden kann. Popularität erfuhren diese Methoden Anfang der 1990er Jahre und wurden erstmals im Gruppensetting angewendet. Sie umfassen eine oder zwei Kriseninterventionen von 2-3 Stunden Dauer. Diese Interventionen umfassen eine Rekonstruktion des Traumas auf einer Fakten-, Kognitions- und emotionalen Reaktionsebene. Außerdem werden ein Modell der Traumafolgen und entsprechende Copingstrategien vermittelt, was oft als sehr hilfreich erlebt wird.

Stressmanagement nach kritischen Ereignissen (CISM)

Die Hauptziele des CISM sind nach Mitchell und Everly (1995):

- anhaltende Reduktion der sich aufschaukelnden Reaktionen
- Informationsaustausch und Sicherstellen eines einheitlichen Wissensstandes über alle das Ereignis betreffenden Aspekte
- die Ereignisse in einen Kontext stellen, um bei den Betroffenen das Gefühl der negativen Einzigartigkeit zu reduzieren

- Normalisierung der Empfindungen und Reaktionen
- Informieren über das Stressmanagement und über mögliche noch zu erwartende Symptome und Reaktionen
- Anregung von Kontakten und Gesprächen unter den Betroffenen und ihren Angehörigen
- Einschätzung, inwieweit weitere Unterstützung notwendig ist
- gegebenenfalls Vermittlung und Überweisung an geeignete Personen bzw. Versorgungseinrichtungen zur Weiterbetreuung

Das CISM enthält die folgenden Komponenten (Mitchell, 2004):

1. Vorbereitung auf kritische Ereignisse in Form von Schulungen und Trainings für die Rettungskräfte;
2. Bewertungsverfahren zur Einstufung des kritischen Ereignisses und der Intensität der Beeinträchtigung der Betroffenen;
3. strategisches Planen (adäquate Interventionen für die Zielbevölkerung sollen zum richtigen Zeitpunkt angewendet werden);
4. individuelle Krisenintervention für freiwillige und professionelle Helfer, die während des Einsatzes vor Ort akute Belastungssymptome zeigen;
5. Unterstützung vor Ort (Erstversorgung, Unterstützung und Beratung der Supervisoren etc.);
6. Demobilisierung des Rettungspersonals nach traumatischen Ereignissen (Informationsveranstaltung über das Ereignis, seine möglichen psychischen Folgen und hilfreiche Hinweise zum Stressmanagement);
7. „Crisis Management Briefing“ (Informationsveranstaltung über das Ereignis, seine möglichen psychischen Folgen und hilfreiche Stressmanagementstrategien für größere Gruppen von Betroffenen, Angehörigen, Zeugen usw.);
8. „Defusing“ (strukturiertes Gruppengespräch in drei Phasen für kleine Gruppen kurz nach Ende des kritischen Ereignisses bzw. des Einsatzes zur Verringerung der akuten Stress-Symptome);
9. „Critical Incident Stress Debriefing“ (CISD): ein spezielles mehrstündiges Gruppengespräch, das in sieben Phasen abläuft und üblicherweise drei bis zehn Tage nach dem kritischen Ereignis stattfindet. Es dient der Aufarbeitung des kritischen Ereignisses, um einen innerlichen Abschluss des Erlebten zu erreichen;
10. andere Unterstützungsleistungen (Familien-Krisenintervention, Einzelberatung, Organisationsunterstützung);
11. Nachsorge (Telefonanrufe, Besuche am Arbeitsort, Gruppentreffen etc.);
12. Überweisungen bei anhaltend belastenden Symptomen oder bei Verdacht auf beginnende psychische Störung.

Zu den einzelnen CISM-Maßnahmen liegt eine Reihe empirischer Untersuchungen von unterschiedlicher methodischer Qualität vor (Rose et al., 2003). Insgesamt steht eine von den Teilnehmern eines CISM subjektiv berichtete akute Stressreduktion (Everly und Boyle, 1999; Sin et al., 2005; Smith und Brady, 2006) meist einem fehlenden (Hobbs et al., 1996)

oder gar entgegengesetzten (zusammenfassend: Rose et al., 1999) Wirksamkeitsnachweis bei spezifischen Traumatisierungen gegenüber.

Insbesondere die Wirksamkeit des Critical Incident Stress Debriefings wird in der Literatur nach wie vor kontrovers diskutiert (Deahl et al., 2000; Wagner, 2005). Die Schwierigkeit liegt einerseits darin, dass das CISD nicht als unabhängige Methode evaluiert werden kann, weil es in die anderen CISM-Maßnahmen eingebettet ist, und es andererseits noch andere Konzepte des „Psychologischen Debriefings“ gibt, welche in empirischen Studien sehr unterschiedlich definiert werden (Hausmann, 2003; Deahl et al., 2000). Ebenso uneinheitlich sind die Angaben zur Qualifikation der Debriefler, zur Selektion der Stichprobe und zu vorbestehenden Belastungen und Risikofaktoren. Bisson (2003) kommt daher in einem aktuellen Übersichtsartikel zu dem Schluss, dass der Einsatz von Debriefingseinheiten mit Vorsicht erfolgen soll. Dagegen kann eine aus vier Sitzungen bestehende kognitiv-behaviorale Intervention die PTB-Symptome deutlich reduzieren (Bisson et al., 2004).

Psychologische Stabilisierung und CISM-Maßnahmen bilden das Verbindungsglied zwischen zweiter Hilfe und langfristiger dritter Hilfe. Diejenigen Traumatisierten, die durch ein kritisches Ereignis so stark belastet wurden, dass eine weiterführende Aufarbeitung notwendig erscheint, sollten an einen qualifizierten Psychotherapeuten weitergeleitet werden. Dies ist vor allem der Fall bei anhaltend belastenden Symptomen oder bei Verdacht auf beginnende psychische Störungen (z. B. Angststörungen, Depression, posttraumatische Belastungsstörung).

„Dritte Hilfe“ – langfristige posttraumatische Interventionen

Die Therapie von Holocaust-Opfern zeigt, wie lange die Traumatisierungen nachwirken. Oft sind die Betroffenen und ihre Partner noch Jahrzehnte später von dem Erlebten geprägt, und gar nicht so selten scheinen sich die psychischen Folgen auf die zweite und dritte Generation auszuwirken (Ludewig-Kedmi, 2004).

Die „Dritte Hilfe“ umfasst vor allem die individuelle Weiterbetreuung und -behandlung von besonders traumatisierten Personen, wenn aufgetretene Symptome nicht von selbst zurückgehen oder sich zu manifesten psychischen Störungen auswachsen. Information und Schulung sind in dieser Phase im Sinne einer sekundären Prävention vor allem für Einsatzkräfte in Rettungsberufen für künftige Einsätze oder kritische Situationen von Bedeutung, die immer wieder mit Krisen und Notfällen konfrontiert sind.

Eine spezifische Form der Krisenintervention kann übers Internet erfolgen. Das Internet bietet eine Vielzahl von Angeboten zur Krisenintervention, von Seiten, die Suizidprophylaxe oder konkrete Krisenhilfe anbieten, Einrichtungen zur Krisenhilfe, die ihre Arbeit vorstellen, bis hin zu gezielten Interventionen in spezifischen Krisen (z. B. „Interapy“; Maercker und Lange, 2004). Oft werden von diesen Organisationen Ressour-

cen zur Verfügung gestellt, z. B. fachliche Informationen, Rechtsberatung, psychologische Beratung. So wird etwa von W. Dormann eine Seite zur Verfügung gestellt, die Informationen für Menschen darbietet, die sich nicht sicher sind, ob sie weiterleben sollen (<http://www.krisen-intervention.de/suizinfo.html>).

Inzwischen existiert eine Vielzahl solcher Foren, die speziell Suizidalität zum Thema machen. Jedoch sei auch hier darauf verwiesen, dass es übers Internet sehr leicht zu einem sogenannten Werther-Effekt kommen kann: Die Enttabuisierung des Suizids schafft einen ansteckenden, sich aufschaukelnden Effekt, der immer mehr Suizidgefährdete einen Versuch starten lässt, besonders wenn „sichere Methoden“ beschrieben werden.

Ziel der „Dritten Hilfe“ ist demnach „Hilfe zur Selbsthilfe“ (Sonneck, 2000). Es soll dem Betroffenen langfristig ermöglicht werden, sich in seiner Krise selbst zu akzeptieren und neue, erfolgreiche Lösungsstrategien zu entwickeln (Resick, 2003).

Fehler der Helfer

Notfallhelfer und Traumatherapeuten sind sehr intensiv mit den Geschichten ihrer Klienten konfrontiert, die von schrecklichen Verstümmelungen und Todesfällen handeln, Verletzungen, Vergewaltigungen, Folterungen, Terroranschlägen und anderen Extremsituationen mit Extremschmerz. Das führt während der „Ersten Hilfe“ oft zu einem Überengagement. Da diese Berichte häufig schwer zu ertragen sind, können sie Therapeuten während der zweiten und dritten Hilfe an die Grenzen ihrer Belastbarkeit bringen – auch Therapeuten sind nur Menschen. Dabei kann es zu unterschiedlichen Reaktionen kommen (Maercker, 2003):

- Abwehr oder Abwertung des Patienten: eigene Betroffenheit, Angst oder Ekel hindern den Therapeuten daran, sich voll und ganz auf den Patienten einzulassen („So einen Klienten verkrafte ich jetzt nicht“) und macht ihn zu einem Teil der „Verschwörung des Schweigens“, die das Trauma umgibt.
- Überidentifikation: ist das genaue Gegenteil, der Therapeut identifiziert sich über alle Maßen mit dem Klienten, er macht sich die berichteten Ereignisse zu eigen, erlebt selbst unkontrollierte Wut oder Angst, steigert sich mit dem Patienten in Rächer- oder Retterphantasien und wird zum „Kommilitonen“ im wahrsten Sinn, zum effektiven Mitkämpfer des Klienten. Das kann nicht nur die Therapieziele gefährden, sondern längerfristig zu einer massiven Überlastung des Therapeuten und schließlich zum sog. Burn-out führen.
- Unsicherheit des Therapeuten, wie viel traumatische Erzählung er dem Klienten zumuten kann, führt oft dazu, dass wichtige Fragen ausgelassen oder konsequent umgangen werden, so sind z. B. sexuelle Traumatisierungen oft von einem gewissen Tabu umgeben. Auch kann der Therapeut von den Berichten des Klienten emotional dermaßen überwältigt sein, dass er nur noch hilflos dasitzt.

Dabei sollte man sich bewusst sein, dass kein Therapeut einen Verlust rückgängig machen, Schmerz oder Trauer heilen oder den Betroffenen die Bürde abnehmen kann. Was jedoch möglich ist: Sicherheit herstellen, Bewältigungsmöglichkeiten aufzeigen und fördern, praktische Hilfe anbieten.

Rettungskräfte und Notfallhelfer sind oft einem erhöhten Risiko für eine PTBS ausgesetzt. So wurde in einer Krisenberatungsstelle bei 65% der Mitarbeiter eine PTBS festgestellt, 77% zeigten extrem hohe Burn-out-Gefahr, erhöhte Scheidungsraten und Suizidgefahr traten in den Folgejahren auf (Wee und Myers, 2002). Supervision und Intervision sind die wichtigsten psychohygienischen Maßnahmen, um das zu verhindern. Nach dem Ende der Stabilisierungsphase benötigen auch die Helfer die Möglichkeit zu einem „Defusing“ oder „Debriefing“. Diese Gespräche sollten von einem Kollegen geleitet werden, der in den bisherigen Hilfseinsatz nicht involviert war (Hausmann, 2006).

Nach dem Trauma ist vor dem Trauma?

Wenn das Trauma mehrere Jahre zurückliegt und alles überstanden ist, die virulenten Ereignisse Teil einer Erzählung über die eigene Vergangenheit geworden sind und die Betroffenen in einem sicheren, gelingenden Leben Fuß gefasst haben, blicken sie oft nicht (mehr) im Zorn zurück, sondern einige von ihnen erkennen den Wert der traumatischen Ereignisse für die eigene innere Reifung, vertiefte Beziehungen, erhöhte Wertschätzung des Lebens und viele andere positive Veränderungen an, die sich durch das Trauma ergeben haben. Die negativen Folgen eines Traumas können positiv transformiert werden, Gegenwart und Zukunft werden durch die Vergangenheit in ein neues Licht getaucht, das sie wertvoller erscheinen lässt (z. B. Frankl, 1984). Man spricht in diesem Zusammenhang von „posttraumatischer Reifung“ oder „persönlichem Wachstum“ („posttraumatic growth“; für eine Übersicht siehe Zöllner et al., 2006). In diesem Sinne sollte eine abschließende Intervention nach einer PTBS immer zum Ziel haben, die Gegenwarts- (Hier und Jetzt) und Zukunftsorientiertheit zu stärken, die sich ergebenden Neubewertungen und Wertschätzungen zu fördern und positive Möglichkeiten eines realen, posttraumatischen Wachstums der eigenen Persönlichkeit und Wertigkeit hervorstreichen. Es konnte mit aktuellen bildgebenden Verfahren gezeigt werden, dass die linksfrontale Aktivität bei posttraumatisch gereiften Persönlichkeiten als neurophysiologisches „Abbild“ einer erhöhten positiven Gefühlslage angesehen werden kann, einer positiven Zuwendung zum Leben, zu neuen Interessen, neuen Menschen usw., wie posttraumatisches Wachstum definiert wird (Rabe et al., 2006).

In dem Sinn kann nach dem Trauma ein Stück weit der Zustand vor dem Trauma wiederhergestellt werden, zwar nicht mehr die frühere Unschuld oder „Naivität“, aber vielleicht doch wieder ein *neues* altes Leben mit neu bewerteten Selbstverständlichkeiten.

Literaturangaben

- Bengel J, Heinrichs M (2004): Psychische Belastungen des Rettungspersonals. In: Bengel J (Hrsg.): *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst*. Berlin: Springer, S. 25-43
- Bettelheim B (1979): *Erziehung zum Überleben. Zur Psychologie der Extremsituation*. Zürich: Buchclub Ex Libris
- Bisson JI (2003): Post-traumatic stress disorder. *Clin Evid* (9): 1091-102. Review
- Bisson JI, Shepherd JP, Joy D, Probert R, Newcombe RG (2004): Early cognitive-behavioural therapy for post-traumatic stress symptoms after physical injury. Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 184:63-69
- Cullberg J (1978): Krisen und Krisentherapie. *Psychiatr Prax* 5:25-34
- Deahl M, Srinivasan M, Jones N, Thomas J, Neblett C, Jolly A (2000): Preventing psychological trauma in soldiers: the role of operational stress training and psychological debriefing. *Br J Med Psychol* 73 (Pt 1):77-85
- Dörner K (2006): Das Unerträgliche unerträglich sein lassen. *Psychotherapie im Dialog* 4:345-350
- Everly GS, Boyle S (1999): Critical Incident Stress Debriefing: A meta-analysis. *Int J Emerg Ment Health* 1(3):165-168
- Everly GS, Mitchell JT (2002): CISM – Stressmanagement nach kritischen Ereignissen. Wien: Facultas
- Fliedel S, von Schlippe A (2003): Krisen und Suizidalität. *Psychother Dialog* 4:409-410
- Frankl VE (1984): *Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy*. Boston, New York: Washington Square Press
- Frankl VE (1988): *The Unheard Cry for Meaning. Psychotherapy and Humanism*. New York, London: Simon and Schuster, Hodder and Stoughton
- Hausmann C (2003): *Handbuch Notfallpsychologie und Traumbewältigung. Grundlagen, Interventionen, Versorgungsstandards*. Salzburg: facultas
- Hausmann C (2006): *Einführung in die Psychotraumatologie*. Wien: Facultas
- Hobbs M, Mayou R, Harrison B, Warlock P (1996): A randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of road traffic accidents. *Br Med J* 313:1438-39
- Kardiner A, Spiegel H (1947): *War, Stress and Neurotic Illness*. New York: Hoebner
- Lindemann E (1944): Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry* 101:141-148
- Ludewig-Kedmi R (2004): Psychotherapie mit Holocaust-Familien: Vor- und Nachteile verschiedener Therapiesettings in der Arbeit mit Traumatisierten. *Systema* 18:273-282
- Maercker A (2003): Besonderheiten bei der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. In: Maercker A (Hrsg.): *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung*. Heidelberg: Springer, S. 37-52
- Maercker A, Lange A (2004): Psychotherapie im Internet – Internet-Therapie. *Verhaltenstherapie* 14:173-174
- Miller L (2006): Critical incident stress debriefing for law enforcement: practical models and special applications. *Int J Emerg Ment Health* 8:189-201
- Mitchell J, Everly G (2001): *Critical Incident Stress Debriefing*. Third revised edition. Ellicott City: Chevron
- Mitchell JT (2004): Characteristics of Successful Early Intervention Programs. *Int J Emerg Ment Health* 6:175-184
- Mitchell JT, Everly GS (1995): The critical incident stress debriefing (CISD) and the prevention of work related traumatic stress among high-risk occupational groups. In: Everly G, Lating J (eds.): *Psychotraumatologie: Key Papers and Core Concepts in Post-Traumatic Stress*. New York: Plenum Press
- Mitchell JT, Sakraida T, Kameg K (2003): Critical Incident Stress Debriefing: Implication for Best Practice. *Disaster Manage Response* 1:46-51
- Puzicha K, Hansen D, Weber W (2001): *Psychologie für Einsatz und Notfall. Internationale truppenpsychologische Erfahrungen mit Auslandseinsätzen, Unglücksfällen, Katastrophen*. Bonn: Bernard und Graefe
- Rabe S, Zollner T, Maercker A, Karl A (2006): Neural correlates of posttraumatic growth after severe motor vehicle accidents. *J Consult Clin Psychol* 74:880-886
- Resick A (2003): *Stress und Trauma. Grundlagen der Psycho-traumatologie*. Bern: Hans Huber
- Rose S, Bisson J, Wessely S (2003): A systematic review of single-session psychological interventions („debriefing“) following trauma. *Psychother Psychosom* 72:176-184
- Rose S, Brewin CR, Andrews B, Kirk M (1999): A randomized controlled trial of individual psychological debriefing for victims of violent crime. *Psychol Med* 29:793-799
- Sin SS, Chan A, Huak CY (2005): A pilot study of the impact of the Asian Tsunami on a group of Asian media workers. *Int J Emerg Ment Health* 7:299-305
- Smith MH, Brady PJ (2006): Changing the face of Abu Ghraib through mental health intervention: U.S. Army mental health team conducts debriefing with military policemen and Iraqi detainees. *Mil Med* 171:1163-1166
- Sonneck G (2000): *Krisenintervention und Suizidverhütung*. Wien: Facultas
- Wagner SL (2005): Emergency response service personnel and the critical incident stress debriefing debate. *Int J Emerg Ment Health* 7:33-41
- Wee D, Myers D (2002): Response of mental health workers following disaster. The Oklahoma City Bombing. In: Figley CR (ed.): *Treating Compassion Fatigue*. New York: Brunner/Rutledge, pp. 57-83
- Zöllner T, LC, RT (2006): Trauma und persönliches Wachstum. In: Maercker A, Rosner R (Hrsg.): *Psychotherapie der Posttraumatischen Belastungsstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulübergreifend*. Stuttgart: Thieme, S. 36-45

Psychologisches Institut, Fachrichtung Psychopathologie
und Klinische Intervention, Universität Zürich

Dr. Hans Menning

Binzmühlestr. 14 (Postbox 17) • CH-8050 Zürich
Tel. +41 44 635 73 06
Fax +41 44 635 73 19
h.menning@psychologie.unizh.ch

Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker

Binzmühlestr. 14 (Postbox 17) • CH-8050 Zürich
maercker@psychologie.unizh.ch