

# Krisenintervention bei Menschen nach der Konfrontation mit dem plötzlichen Tod – die peritraumatische Krisenintervention

## Crisis Intervention after confrontation with sudden death – the peritraumatic Intervention

**Andreas Müller-Cyran**

### Zusammenfassung

Die peritraumatische Krisenintervention versteht sich als sekundärpräventive Maßnahme gegen traumabedingte Störungen und initialisiert Trauer. Ihr Ziel liegt darin, dem Betroffenen so früh wie möglich, noch während der traumatogenen Exposition, den Zugang zu seinen persönlichen und sozialen Ressourcen zu ermöglichen. Der Hinterbliebene kann sich stabilisieren und strukturieren, indem die Situation entdramatisiert bzw. normalisiert wird sowie Orientierung, Transparenz und Verlässlichkeit erfahrbar werden. Er bekommt einen adäquateren Zugang zur Realität, die zumeist darin besteht, die Irreversibilität des Todes anzuerkennen. Die Akzeptanz der Irreversibilität sollte für die Gestaltungsmöglichkeiten in den Stunden und Tagen nach dem Ereignis genützt werden.

**Schlüsselwort** akute Belastungsreaktion – Trauer – Notfallseelsorge – peritraumatische Intervention

### Summary

The peritraumatic crisis intervention is designed as a secondary preventive measure for trauma-related disorders and is intended to promote the process of grieving. The main objective lies in approaching the person's individual and social resources available during exposition to the traumatogenic situation. The bereaved should be stabilized and structured by decatastrophizing as well as normalizing the situation. Furthermore, transparency and accountability should be experienced by the bereaved. An adequate approach to reality should be achieved leading to the acceptance of the irreversibility of death. This acceptance can be used for the active workout during the hours and days after the event.

**Keywords** acute stress reaction – bereavement – pastoral emergency care – peritraumatic intervention

### Entstehung

Die Krisenintervention, die für Menschen tätig wird, die mit dem plötzlichen Tod oder seiner konkreten Möglichkeit konfrontiert wurden, entstand 1992 in München. Mitarbeiter des Rettungsdienstes wollten qualifizierter als bis dahin üblich auf die psychischen Bedürfnisse von Menschen eingehen, deren Angehörige gerade gestorben sind bzw. erfolglos reanimiert wurden. Etwa zeitgleich begannen Seelsorger sich mit Einsatzdiensten zu vernetzen, um für die gleiche Zielgruppe Betreuung, Begleitung und die Erfahrung von Trost zu ermöglichen. Unter verschiedenen Bezeichnungen (z. B. „Krisenintervention im Rettungsdienst“, peritraumatische Krisenintervention, Notfallseelsorge) hat sich die alltagsnahe peritraumatische Intervention<sup>1</sup> im deutschsprachigen Raum etabliert. Als „Psychosoziale Unterstützung“ (Beerlage et al., 2004) ist sie Bestandteil konzeptioneller Vorbereitungen auf Katastrophen und Großschadenslagen.

Im europäischen Vergleich fällt auf, dass es in nahezu allen Ländern mehr oder weniger strukturierte und differenzierte Überlegungen zur psychosozialen Notfallbetreuung in und nach Katastrophen gibt. Im deutschen Sprachraum allerdings hat sich eine Besonderheit etabliert: Die peritraumatische Krisenintervention wird hier alltagsnah durchgeführt. Dabei

handelt es sich vor allem um Ereignisse, in denen Hinterbliebene wahrgenommen werden, die ein Kind oder eine nahestehende Person durch Suizid, (Verkehrs-)Unfall oder interistische Todesursache plötzlich und in dieser Weise unerwartet verloren haben. Aber auch für Katastrophen und Großschadenslagen bestehen Konzepte für die psychosoziale Notfallversorgung. In den zurückliegenden Jahren wurden Erfahrungen mit den psychosozialen Auswirkungen von Katastrophen und den Möglichkeiten, die destruktiven Auswirkungen auf die Betroffenen – soweit möglich – zu reduzieren, im In- und Ausland gesammelt (Bronisch et al., 2006).

Zwei Anbieter engagieren sich derzeit in Deutschland im Bereich der Krisenintervention für Trauernde: Es sind dies zum einen die Kirchen, die als Träger der „Notfallseelsorge“ hervortreten, zum anderen die Hilfsorganisationen, die ihr Engagement als „Kriseninterventionsdienst“ (KID) oder „Kriseninterventionsteam“ (KIT) oder ähnlich bezeichnen. Beide Organisationsformen rekurrieren auf psychotraumatologische Grundlagen: sie betrachten einen Menschen, der unmittelbar mit dem Tod einer nahestehenden Person konfrontiert war, als akut psychisch traumatisiert. In den selteneren Fällen (die Größenordnung liegt bei ca. 15% [Kessler, 1995]) muss da-

<sup>1</sup> Die „peritraumatische Intervention“ beginnt so früh und unmittelbar wie möglich nach oder noch in der traumatogenen Exposition.

von ausgegangen werden, dass die akute Belastungsreaktion (vgl. ICD-10 F43.0) zur traumabedingten Störung (z. B. als posttraumatische Belastungsstörung, ICD-10 F43.1) chronifiziert. In der Mehrzahl der Fälle steht die Intervention am Übergang von einer akuten psychischen Traumatisierung, die vor allem durch Dissoziationen gekennzeichnet ist, zur Trauer. Daher wird in der Betreuung nur nach Todesfällen von Kindern, nach Suizid sowie nach Gewalterfahrung grundsätzlich an weiterführende psychosoziale Einrichtungen verwiesen, weil hier die psychische Belastung der Hinterbliebenen bzw. Betroffenen als so gravierend eingeschätzt wird, dass ein frühzeitiger Hinweis auf weiterbetreuende Einrichtungen gegenüber Bedenken einer früh- bzw. vorzeitigen Pathologisierung Trauernder Vorrang gegeben wird. Die große Mehrzahl der Betroffenen trauert und wird nicht durch das Ereignis krank. Die peritraumatische Intervention handelt daher nicht heilkundlich und verweist in den oben genannten Situationen sowie bei bestehender Komorbidität auf Einrichtungen der psychosozialen Regelversorgung. Die Vernetzung zur psychotherapeutischen Akutintervention (Krüsmann und Müller-Cyran, 2005) stellt sich dabei strukturell als eher schwierig dar. Bislang werden keine bzw. noch kaum zentral qualifizierte freie Therapieplätze erfasst, psychotraumatologische Akutpatienten müssen oft mühsam Listen von Therapeuten abtelefonieren. Der Bedarf an Vernetzung zwischen der präklinischen Krisenintervention und der psychotraumatologisch fundierten Akutintervention ist mit Blick auf die Qualität der peritraumatischen Intervention unübersehbar. Auch wenn dies nur etwa 15% aller Interventionen betrifft, so muss gerade in diesen dringlichen Fällen sichergestellt sein, dass sich an die stabilisierende erste Frühintervention nahtlos eine psychotherapeutische Versorgung anschließt. An dieser Stelle findet der empfindliche Übergang von der Gehstruktur – die Krisenintervention wird am Ort des Geschehens bzw. meistens im häuslichen Bereich durchgeführt – in die Kommstruktur der psychotherapeutischen Versorgung statt.

Innerhalb der von den Hilfsorganisationen getragenen „Krisenintervention im Rettungsdienst“ ist nicht vorgesehen, dass Integrationsprozesse Betroffener begleitet werden. Konkret bedeutet dies: die peritraumatische Intervention findet einmalig statt. Wo Betroffene mehrfach von Mitarbeitern der Krisenintervention aufgesucht und über einen längeren Zeitraum begleitet werden, liegt ein massives Qualitätsproblem vor.<sup>2</sup> Ehrenamtliche Mitarbeiter, die durchschnittlich in ca. 120 Stunden für die Tätigkeit ausgebildet wurden, können eine qualifizierte psychische Erste Hilfe leisten – nicht mehr und nicht weniger.

Auch Notfallseelsorge, die überwiegend von hauptberuflichen Seelsorgern/Seelsorgerinnen getragen wird, wird grundsätzlich einmalig tätig. Wie auch durch Mitarbeiter der säkularen Kriseninterventionsdienste werden Trauernde in der Notfallseelsorge, falls eine kirchlich-religiöse Anbindung besteht, für die Beerdigung und die Trauerbegleitung an ihre jeweilige Kirchengemeinde verwiesen. Der Begriff „Notfallseelsorge“ etablierte sich Anfang der 1990er Jahre. Er suggeriert, dass es sich um ein innovatives kirchlich-seelsorgliches Engage-

ment handelt. Dies ist nicht der Fall: Der frühe Beistand durch Seelsorger für trauernde Menschen hat in der Kirche eine Tradition, die bis auf ihren Beginn zurückgeht (vgl. Neues Testament, Apostelgeschichte 9,36-43). Auch lässt der Begriff der „Notfallseelsorge“ offen, auf welche Art von Notfall dieses seelsorgliche Angebot reagiert. Viele Menschen, die seelsorgliche Beratungsangebote wahrnehmen, definieren sich als „Notfall“ (z. B. Partnerschafts- oder Eheprobleme, ungewollte Schwangerschaft, Verschuldung). Unter dieser Rücksicht handelt es sich bei der Notfallseelsorge um eine Seelsorge angesichts des plötzlichen Todes.

Beide Angebotsträger für peritraumatische Intervention werden grundsätzlich nur für die Zielgruppe Trauernde, Hinterbliebene und Überlebende tätig, nicht jedoch für Einsatzkräfte. Für Einsatzkräfte, die in ihrem Dienst besonderen psychischen Beanspruchungen (Krüsmann, 2003) ausgesetzt sind, gibt es sowohl kirchlich (z. B. als Feuerwehr- und Polizeiseelsorge) wie auch durch die jeweiligen Einsatzorganisationen spezifische Angebote. Während die peritraumatische Intervention immer sekundäre Prävention (Kaplan et al., 1980) ist, also erst nach dem Eintritt des belastenden Ereignisses stattfindet, besteht für Einsatzkräfte, die einer psychotraumatologischen Risikopopulation angehören, die eminente Chance, bereits vor einer ersten Traumatisierung im Einsatz durch Maßnahmen der primären Prävention über Auslöser und Auswirkungen psychischer Traumatisierung aufgeklärt zu werden (Krüsmann, 2004). Sekundärpräventive Angebote für akut psychisch traumatisierte Menschen, wie sie die Krisenintervention für Trauernde darstellt, greifen für Einsatzkräfte zu kurz und vernachlässigen die Möglichkeiten der primären Prävention.

Die Mitarbeiter der säkularen Krisenintervention wie auch der Notfallseelsorge werden von Einsatzkräften der Polizei, des Rettungsdienstes oder der Feuerwehr, die sich vor Ort befinden, hinzugezogen. Menschen, die unmittelbar mit dem plötzlichen Tod konfrontiert werden, sind nicht in der Lage, von sich aus eine peritraumatische Intervention für sich zu veranlassen. Die genannten Einsatzkräfte nehmen einen Interventionsbedarf bei Betroffenen wahr und veranlassen über ihre üblichen Einsatzstrukturen die Verständigung entsprechender Mitarbeiter. In Fort- und Weiterbildungen werden Einsatzkräften psychotraumatologische Basiskenntnisse vermittelt (Müller-Cyran, 1999, 2007), die ihnen einerseits ermöglichen, einen Betreuungsbedarf qualifizierter wahrzunehmen und andererseits auf diesen Bedarf selbst reagieren zu können. Mit der Integration der Krisenintervention für Hinterbliebene in die etablierten Einsatzstrukturen von Rettungsdienst, Polizei und Feuerwehr hat eine Wahrnehmung der und Hinwendung zur psychischen Situation betroffener Menschen stattgefunden. Grundfertigkeiten der Betreuung werden zunehmend als Bestandteil der eigenen beruflichen Identität verstanden. Da die eigene Hilflosigkeit angesichts von Leid, Trauer und Sprachlosigkeit von vielen Einsatzkräften als belastend beurteilt wird, profitieren nicht nur die Betroffenen, sondern letztlich sie selbst von entsprechenden Kenntnissen.

<sup>2</sup> In diesem Zusammenhang ist zu bedauern, dass es bis heute keine verbindlichen Absprachen innerhalb und zwischen den Hilfsorganisationen in Deutschland gibt, die das Arbeitsfeld der Krisenintervention inhaltlich und formal verlässlich regeln.

Peritraumatische Interventionen haben dort eine hohe Dringlichkeit und Bedeutung, wo Einsatzkräfte zeitlich und/oder fachlich nicht die Ressourcen haben, um auf die differenzierten Bedürfnisse Betroffener angemessen einzugehen. In diesen Fällen sollte die qualifizierte Krisenintervention so früh wie möglich mit oder nach der traumatogenen Exposition einsetzen.

### **Psychische Reaktion auf die Konfrontation mit dem plötzlichen Tod**

Menschen, die plötzlich und in dieser Weise unerwartet mit dem Tod einer anderen Person konfrontiert werden, reagieren zunächst selten stark emotional, sondern sie spalten Emotionen ab (emotionale Anästhesie). Sie fühlen sich leer und erschrecken über sich selbst, weil sie trotz des Todes einer geliebten Person nicht weinen. Psychotraumatologisch ungeschulte Einsatzkräfte bewerten das Fehlen eines deutlichen Affektes von Trauer insofern falsch, als sie daraus ableiten, der Hinterbliebene trauere nicht um die verstorbene Person. Wenn subjektiv Sicherheit und Halt wahrgenommen werden, bildet sich die Abspaltung der Emotionen zurück, und es kommt zum Ausdruck von Trauer und Klagen – ein für die Situation angemessener Affekt. Auf Einsatzkräfte, die selbst im Interesse der Aufrechterhaltung ihrer eigenen Handlungsfähigkeit Emotionen abspalten, wirkt die Wahrnehmung der Affekte Trauernder verunsichernd und belastend.

Kognitive Fähigkeiten stehen deutlich eingeschränkt zur Verfügung, zum Teil können einfachste Dinge (wie z. B. die eigene Telefonnummer, der derzeitige präzise Aufenthaltsort in einer grundsätzlich vertrauten Umgebung) nicht erinnert werden. Besonders die kognitiven Einschränkungen führen später zu Schuldgefühlen, weil Betroffene hinter den Anforderungen zurückbleiben, die sie an sich im Hinblick auf bedachtes, zielgerichtetes Handeln stellen. Vieles von dem, was der Betroffene in der Situation wahrnimmt, vergisst er bald (dissoziative Amnesie). Auffällig ist, dass die Amnesie selten vollständig ist, sondern ein Mikroskop- bzw. Lupeneffekt der Erinnerung besteht: Einige wenige Szenen, Wortwechsel oder Bilder werden später detailliert erinnert. Dabei handelt es sich weniger um Episoden, die objektiv, etwa vom Ablauf der notfallmedizinischen Maßnahmen, relevant wären. Mit der Erinnerung verknüpft ist häufig eine starke emotionale Bewertung, die entweder mit Verzweiflung, Verlassensein und Entsetzen, aber auch mit Trost und dem Gefühl von aufgehobensein im Chaos assoziiert sein kann.

Auffällig ist die starke Tendenz zur Depersonalisation: Betroffene beschreiben, dass sie neben sich stehen, sich beim Gespräch mit dem Notarzt oder dem Polizeibeamten zuhören. Sie sind über sich selbst erstaunt, dass sie in dieser chaotischen Situation überhaupt zum Handeln fähig sind. Manche sehen sich selbst aus einer Kameraperspektive in der Szene. Sie machen eine ich-fremde Erfahrung, in der sie sich selbst nicht mehr als Urheber ihres Handelns wahrnehmen. Während sich in der Depersonalisation die dem Ereignis ausgesetzte Person quasi durch „Selbstaufhebung“ entzieht, kommt

es in der Derealisation zur Aufhebung der bedrohlichen, chaotischen Realität: Die Person fühlt sich in eine unwirkliche Traumszenerie hineinversetzt oder betrachtet innerlich uneteiligt die sie umgebende Realität wie einen Film. Das Gefühl für zeitliche Verläufe geht verloren, Betroffene können ihr subjektives Zeiterleben nicht mehr mit dem Verstreichen von Minuten in Zusammenhang bringen.

Die hier beschriebenen mentalen Veränderungen werden nicht als Beginn oder Ausdruck einer Psychopathologie verstanden. Sie haben eine protektive Funktion, indem sie die Handlungsfähigkeit und damit Schutzfunktionen in einer maximal bedrohlichen und chaotischen Situation aufrechterhalten. Sie sind Ressource, solange sie im klaren zeitlichen Zusammenhang mit einem entsprechenden realen Ereignis stehen. Die dissoziativen Veränderungen bilden sich zurück, sobald Orientierung, Halt und Sicherheit wahrgenommen werden. Dies geschieht in vielen Fällen unter der peritraumatischen Intervention bereits nach 30 bis 90 Minuten.

### **Die peritraumatische Intervention**

Die peritraumatische Krisenintervention orientiert sich in ihrem Ablauf an den Bedürfnissen der Hinterbliebenen. Die Bedürfnisse der Hinterbliebenen sind wesentlich von ihrem dissoziativen Erleben geprägt. Dissoziative Veränderungen entwickeln individuell und situativ unterschiedliche Intensitäten und entfalten jeweils andere Aspekte. Die Veränderungen lassen sich über die ersten Stunden nach Eintritt des Ereignisses nicht adäquat in Phasen beschreiben. Damit verläuft auch die peritraumatische Intervention nicht in regelmäßig aufeinander abfolgenden Phasen. Im Folgenden wird ein idealtypischer Verlauf vorgestellt.

Spezifisch für die Krisenintervention ist ihr früher peritraumatischer Beginn. Häufig ist der Notarzt, der frustrane Wiederbelebungsversuche durchgeführt bzw. den Tod des Patienten festgestellt hat, noch vor Ort. Es findet eine Übergabe durch den Notarzt statt, wobei unter anderem die Frage angesprochen wird, ob in der Todesbescheinigung die Todesart als natürlich oder nicht aufgeklärt bzw. nicht natürlich angegeben wird. Dies ist für den weiteren Verlauf der Intervention deshalb ausschlaggebend, weil nach nicht natürlichen (z. B. nach Suizid, Unfall, Tod eines jüngeren Menschen) und nicht aufgeklärten Todesarten grundsätzlich die (Kriminal-)Polizei ermittelt und der Leichnam beschlagnahmt wird. Nur im Falle der natürlichen Todesart, die dann vorliegt, wenn der die Leichenschau durchführende Arzt<sup>3</sup> eine strafbare Handlung ausschließen kann, ist der Leichnam zur Bestattung freigegeben (Peschel und Graw, 2005). Der Leichnam kann unter dieser Voraussetzung 24 Stunden in der Wohnung verbleiben, nach Rücksprache mit den zuständigen Gesundheitsbehörden auch länger. Für den Ablauf der peritraumatischen Intervention ist die Klärung der Todesart von Bedeutung, weil die Todesart sich auf die Möglichkeiten der Abschiednahme vom Leichnam auswirkt.

<sup>3</sup> Nicht überall in Deutschland führt der Notarzt die Leichenschau durch.

Nach der Übergabe durch den (Not-)Arzt beginnt die eigentliche Intervention. Sprache spielt häufig zu Beginn der Intervention eine eher untergeordnete Rolle. Der Kontakt mit dem Hinterbliebenen wird nur dann durch eine konventionelle Begrüßung mit Vorstellung, Nennung des Namens und der Berufsbezeichnung aufgenommen, wenn der Hinterbliebene die Begrüßung erwidern kann. Besonders in den Fällen, in denen der Hinterbliebene keinen Blickkontakt herstellt, ist es angemessener, ohne Sprache zu signalisieren, Zeit für ihn zu haben und für ihn da zu sein. Dies geschieht z. B. dadurch, dass der Betreuer wortlos in angemessener Nähe und Distanz zum Hinterbliebenen Platz nimmt. Beim ersten Blickkontakt reicht häufig als Vorstellung zunächst der Hinweis, Zeit zu haben und dableiben zu können. Viele plötzliche Todesfälle treten im häuslichen Bereich auf. Vom Eintreffen der ersten Einsatzkräfte des Rettungsdienstes über die Reanimation bis zum Abholen des Leichnams durch die Bestattung betreten innerhalb von ca. zwei bis vier Stunden bis zu 20 Menschen die Wohnung. Dieser Ablauf verstärkt das chaotische Erleben des Hinterbliebenen. Umso bedeutsamer ist es für den Hinterbliebenen, sich der Anwesenheit einer Person, zu der eine verlässliche Beziehung möglich wird, sicher sein zu können. Diese Person hat in der Szene keine andere Aufgabe, als sich dem Hinterbliebenen zu widmen und für ihn da zu sein. Am Anfang der Krisenintervention steht häufig zunächst das Aushalten des sprachlos machenden Entsetzens. Das Aushalten der Hilflosigkeit stellt die Grundlage der Beziehung dar, die zum Hinterbliebenen entsteht. Denn die einzige substanzielle Hilfe in der Situation würde darin bestehen, den Tod umzukehren: Diese Macht hat die Medizin jedenfalls in diesem konkreten Ereignis nicht. Über 90% aller Reanimationen im Rahmen der präklinischen Notfallmedizin verlaufen unmittelbar und sofort frustriert (Madler, 1998). Die Hilflosigkeit der Situation resultiert nicht aus einer Inkompetenz, einem Mangel an Wissen oder Erfahrung. Es handelt sich um eine funktionale Hilflosigkeit, die aus der Irreversibilität des Todes entsteht. Die funktionale Hilflosigkeit ist durch Sprache und Agieren nicht zu kompensieren. Krisenintervention für Hinterbliebene, die sich in ihrer Grundhaltung und in ihrem Selbstverständnis nicht der funktionalen Hilflosigkeit stellt, verfehlt sich. Aus dem Bewusstsein der grundsätzlichen, funktionalen Hilflosigkeit kommt in den Blick, welche Möglichkeiten der Gestaltung, Stabilisierung und Stützung zur Verfügung stehen.

Der Hinterbliebene hat in einer als chaotisch erlebten Situation das Bedürfnis nach Orientierung. In der Krisenintervention geht es darum, in einfachen Worten und zugewandt sachlich-nüchtern zu erläutern, was um den Hinterbliebenen herum vorgeht. Dabei empfiehlt es sich, Fragen nach dem, was gerade vorgeht, zu beantworten. An ausführliche Erläuterungen, die nicht unmittelbar im Fokus des Interesses stehen, erinnert sich der Betroffene nach kurzer Zeit nicht mehr. Ohnehin müssen wichtige Aspekte mehrmals gesagt werden. Betroffene sind inhaltlich zum Teil sprunghaft und assoziativ. So wird das Geschehen entdramatisiert, transparent, nachvollziehbar und erwartbar. Die Normalisierung der Situation bedeutet nicht ihre Bagatellisierung. Aus der Transparenz und Erwartbarkeit

der Abläufe entwickelt sich eine Wahrnehmung dafür, sich im Rahmen des Möglichen auf Abläufe mit eigenen Entscheidungen auszuwirken und diese selbst zu gestalten.

Dem Narrativ kommt in der peritraumatischen Intervention unterschiedliche Bedeutung zu: Gelegentlich sind Betroffene nicht in der Lage, das eben Erlebte und Erlittene ins Wort zu bringen. Oder sie erzählen assoziativ und ohne erkennbaren inneren Zusammenhang Episoden aus dem Leben des Verstorbenen. Andere haben ein hohes Bedürfnis, das Geschehene zu artikulieren. Die kognitive Strukturierung dessen, was eben geschehen ist, steht noch am Anfang. Fragen, die sich auf den zeitlichen Ablauf beziehen, erleichtern und strukturieren. Dabei bewährt es sich, nicht mit dem Eintritt des Ereignisses selbst zu beginnen, sondern zunächst die Aufmerksamkeit bzw. die Erinnerung auf den Zeitraum vor dem Ereignis zu lenken. In Rückfragen ist darauf zu achten, dass das Gehörte nicht gewertet, vor allem nicht emotional bewertet wird, solange der Hinterbliebene keine Emotionen zeigt. Das Abspalten von Emotionen scheint peritraumatisch eine Ressource für den Hinterbliebenen zu sein. Die emotionale Konfrontation ist obsolet, solange es um (eine erste) Stabilisierung geht. Formulierungen, die Verständnis, vielleicht auch Empathie signalisieren, sind eher zu vermeiden. Akut psychisch traumatisierte Menschen benötigen weniger „Mitgefühl“ als vielmehr jemanden, dem gegenüber das eben Erlittene im Erzählen zur eigenen Geschichte werden kann. Im Zuhören beginnt das Erlebte Bestandteil der eigenen Biographie zu werden. Es wird zur – nicht überall und nicht jedem – erzählbaren eigenen Geschichte. Was jetzt und später nicht in Worte zu fassen ist, droht Bestandteil von Pathologie zu werden. Der Zuhörer übernimmt nicht das Grauen, die Hilflosigkeit, das Entsetzen. Er stellt sich nicht vor und fühlt nicht mit, was es heißt, das eigene Kind oder den Partner durch plötzlichen Tod zu verlieren. Im Zuhören versichert er sich des eigenen Haltes und ist dadurch in der Lage, diesen seinen Halt dem Hinterbliebenen anzubieten. Ihn „haut“ das, was er hört, nicht „um“. Freilich steht der Prozess, das Erlebte im Narrativ in die eigene Biographie zu integrieren, am Anfang. Dieser Prozess darf nicht forciert, sondern kann dort, wo er relevant wird, unterstützt werden. Gelegentlich kommen anfänglich abgespaltene Emotionen zum Tragen, und der Hinterbliebene weint.

Das Angebot, vom Leichnam Abschied zu nehmen, ist wichtiger Bestandteil der Krisenintervention für Hinterbliebene. Die Abschiednahme ist ohne größeren Zeitdruck nur möglich, wenn der Leichnam zur Bestattung freigegeben ist (vgl. „natürliche Todesart“). Kaum ein Hinterbliebener weiß, dass der Leichnam ohne Weiteres 24 Stunden in der Wohnung bleiben kann. In der Krisenintervention wird auf diese Möglichkeit aufmerksam gemacht. In dieser Zeit ist ein würdiger Abschied in den Räumlichkeiten möglich, in denen der Hinterbliebene mit dem Verstorbenen gelebt hat. Falls es der Hinterbliebene wünscht, kann ein religiöser Ritus stattfinden, etwa die Segnung des Leichnams und ein Gebet. Viele Hinterbliebene zünden eine Kerze an.

Nach Selbsttötung, Tod eines Kindes oder Tod durch einen Unfall wird der Leichnam durch die Staatsanwaltschaft be-

schlagnahmt („nicht natürliche Todesart“). Hier liegt es in der Entscheidung der ermittelnden Beamten der Kriminalpolizei, ob und wie eine Abschiednahme möglich ist. Die meisten Kriminalbeamten, die in der Todesermittlung tätig sind, wissen um die hohe Bedeutung der Verabschiedung vom Leichnam für den Verlauf der Trauer und respektieren den Wunsch der Hinterbliebenen. Im Allgemeinen ist ein Abschied, der im Beisein des Beamten einige Minuten dauert, nach Absprache möglich.

Im Verlauf der Krisenintervention fällt auf, dass zunächst retrospektiv oder auf die augenblickliche Situation bezogen gesprochen wird. Die anfänglich eingeengte Wahrnehmung auf das, was eben war bzw. jetzt ist, weitet sich häufig im Verlauf der ersten 60 bis 90 Minuten und wird prospektiv. Der Hinterbliebene fragt nach dem Namen dessen, der bei ihm ist und nimmt ihn als Gegenüber bewusst wahr. Wenn er ihm ein Glas Wasser oder einen Kaffee anbietet, wird deutlich, dass er zunehmend wieder in die adäquate Rolle des Gastgebers findet. Er fragt nach dem, was als Nächstes zu tun ist bzw. auf ihn zukommt. Spätestens an dieser Stelle ist der Hinweis auf die sozialen Ressourcen angebracht: wen möchte der Trauernde in dieser Situation jetzt bei sich haben? Es wird mit dem Trauernden überlegt, wer erreichbar ist, wie diese Person zu verständigen ist und wie und wann sie kommen kann. Keinesfalls dürfen die sozialen Ressourcen durch die Krisenintervention aus ihrer Verantwortung, in dieser Situation für den Trauernden da zu sein, entlassen bzw. durch die Krisenintervention verdrängt werden. Im Gegenteil: Krisenintervention stärkt, unterstützt und ermutigt die sozialen Ressourcen. Die bessere Krisenintervention für Hinterbliebene ist die, die überflüssig wird, weil die sozialen Ressourcen des Hinterbliebenen zur Verfügung stehen.

Dieser Verlauf legt das Ende der peritraumatischen Intervention nahe. Viele Trauernde haben eine natürliche Kompetenz, Menschen ihrer Umgebung zu binden. In der Krisenintervention für Trauernde ist daher sorgfältig darauf zu achten, dass die Intervention zu einem angemessenen, nicht zu späten Zeitpunkt beendet wird: Ziel der Krisenintervention ist eine erste Stabilisierung. Dieses Ziel ist erreicht, wenn der Trauernde wieder entscheidungs- und handlungsfähig geworden ist und soziale Ressourcen zur Verfügung stehen. Die bessere Krisenintervention ist diejenige, die sich selbst überflüssig macht, nicht diejenige, die länger dauert. Besonders am Ende, aber auch im gesamten Verlauf der Krisenintervention ist sorgfältig auf die empfindliche Balance von Distanz und Nähe zu achten. Die Intimität der Situation am Übergang vom traumatischen Schock zur Trauer lässt Nähe entstehen. Wenn eine erste Stabilisierung damit zu tun hat, dem Hinterbliebenen Halt anzubieten, muss in der Krisenintervention sorgfältig darauf geachtet werden, den Halt zu haben und zu behalten, den der Hinterbliebene zu seiner Stabilisierung braucht. Dies fällt in großer Nähe zum Hinterbliebenen schwerer. Ist die Distanz zu groß, ist er nicht mehr erreichbar. Beistand bedeutet, selbst nicht umgeworfen zu werden.

Die peritraumatische Intervention wird abgeschlossen mit dem Hinweis (bei Bedarf) auf einen Ansprechpartner im Bereich der psychosozialen Regelversorgung und einer kurzen Psychoedukation. In der Psychoedukation wird erläutert, welche Veränderungen der Trauernde in den nächsten Tagen eventuell bei sich wahrnehmen kann. Die Psychoedukation soll Irritationen, die durch Intrusionen und andere Aspekte der akuten Belastungsreaktion auftreten können, relativieren. Es hat sich bewährt, ein Faltblatt zurückzulassen, in dem die Psychoedukation verständlich und für alle Anlässe passend formuliert ist, gegebenenfalls auch in fremdsprachlicher Fassung. Auf dem Faltblatt kann auch ein Hinweis auf eine Beratungsstelle etc. notiert werden. Nach dem Abschluss wird die Intervention dokumentiert.

Krisenintervention steht am Übergang vom akuten Trauma zur Trauer und moderiert zurückhaltend den Beginn des Trauerprozesses. Dies muss mit Aufmerksamkeit und Respekt gegenüber den eigenen Ressourcen des Trauernden geschehen. Sie darf ihre Möglichkeiten nicht überschätzen: Sie steht am Anfang der Trauer, die Bestandteil der Biographie des Hinterbliebenen wird. Ihre Chance liegt darin, dass der Trauernde angesichts der Irreversibilität des Todes Entscheidungs- und Handlungsräume öffnet und somit Würde möglich wird.

### **Zusammenfassung**

---

Die peritraumatische Krisenintervention versteht sich als sekundärpräventive Maßnahme gegen traumabedingte Störungen und initialisiert Trauer. Ihr Ziel liegt darin, dem Betroffenen so früh wie möglich, noch während der traumatischen Exposition den Zugang zu seinen persönlichen und sozialen Ressourcen zu ermöglichen. Der Hinterbliebene kann sich stabilisieren und strukturieren, indem die Situation entdramatisiert bzw. normalisiert wird und Orientierung, Transparenz und Verlässlichkeit erfahrbar werden. Er bekommt einen adäquateren Zugang zur Realität, die zumeist darin besteht, die Irreversibilität des Todes anzuerkennen und dies aktiv für die Gestaltungsmöglichkeiten in den Stunden und Tagen nach dem Ereignis zu berücksichtigen.

Alle Interventionen werden durchgeführt für Menschen, die einem einmaligen, zeitlich in sich abgegrenzten Ereignis ausgesetzt sind oder eben waren (Terr Typ I; Terr, 1991). Dabei wird der Betroffene mit dem plötzlichen Tod (oder seiner konkreten Möglichkeit) konfrontiert: Er selbst kann sich lebensgefährlich bedroht fühlen (z. B. nach Gewalterfahrung, als Überlebender eines Unfalles), oder er wird Zeuge, wie ein Mensch in seinem unmittelbaren Wahrnehmungsumfeld zu Tode kommt (z. B. Suizid in Öffentlichkeit, [Verkehrs-]Unfall). Dies gilt auch für Menschen, die z. B. einen Angehörigen nach Suizid im häuslichen Bereich auffinden. Im DSM-IV findet sich im A-Kriterium (APA, 1996) zusätzlich der Hinweis auf „Ereignisse, die bei anderen Menschen auftraten und von denen man erfahren hat“, z. B. durch das Überbringen einer Todesnachricht.

## Literatur

---

- APA (American Psychiatric Association) (1996): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV. 4. Aufl. (dt. Bearb. v. H. Saß, H.-U. Wittchen und M. Zaudig). Göttingen: Hogrefe, vgl. 308.3 (Akute Belastungsreaktion) und 309.81 (Posttraumatische Belastungsstörung)
- Beerlage I, Hering T, Nörenberg L (2004): Entwicklung von Standards und Empfehlungen für ein Netzwerk zur bundesweiten Strukturierung und Organisation psychosozialer Notfallversorgung. <http://www.psychosoziale-notfallversorgung.de>
- Bronisch T, Maragos M, Freyer C, Müller-Cyran A, Butollo W, Weimbs R, Platiel P (2006): Crisis Intervention after the Tsunami in Phuket and Khao Lak. *Crisis* 27:42-47
- Kaplan HI, Freedmann AM, Sadock BJ (eds.) (1980): Comprehensive textbook of psychiatry (2 vols.) Baltimore: Williams & Wilkins
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB (1995): Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 52(12):1048-1060
- Krüsmann M (2003): Prävention posttraumatischer Störungen im Einsatzwesen. In: Butollo W, Hagl M (Hrsg.): Trauma, Selbst und Therapie – Konzepte und Kontroversen in der Psycho-traumatologie. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber
- Krüsmann M (2004): Welche Hilfe brauchen Helfer? – Prävention im Einsatzwesen. In: Müller W, Scheuermann U (Hrsg.): Praxis Krisenintervention. Ein Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte. Stuttgart: Kohlhammer
- Krüsmann M, Müller-Cyran A (2005): Trauma und frühe Interventionen. Möglichkeiten und Grenzen von Krisenintervention und Notfallpsychologie. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Madler C (1998): Präklinische Reanimation – Erfolgsaussichten, Entscheidungshilfen. In: Madler C, Jauch K-W, Werdan K (Hrsg.) (1998): Das NAW-Buch. Praktische Notfallmedizin. Urban & Schwarzenberg
- Müller-Cyran A (1999): Basis-Krisenintervention. Fundierter Umgang mit akut psychisch Traumatisierten. *Notfall & Rettungsmedizin* 2:293-296.
- Müller-Cyran A (2007): Psychosoziale Basiskompetenz als integraler Bestandteil der Todesermittlung. In: Polizei & Wissenschaft (Veröffentlichung in Vorbereitung)
- Peschel O, Graw W (2005): Was der Hausarzt bei der Leichenschau beachten muss. *Munch Med Wochensh – Fortschritt Medizin* 19:421-424
- Terr LC (1991): Childhood traumas: An outline and overview. *Am J Psychiatry* 148(1):10-20

**Dr. phil. Andreas Müller-Cyran, Diakon**

Fachbereich Notfallseelsorge

Postfach 330360

80063 München

Tel: 089-95720327

E-Mail: [amc@nfs-muc.de](mailto:amc@nfs-muc.de)