

Johanna Gerngroß



Notfallpsychologie und psychologisches Krisenmanagement

Hilfe und Beratung auf individueller
und organisationeller Ebene

Mit einem Geleitwort von Giselher Guttman

 **Schattauer**

Johanna Gerngroß

**Notfallpsychologie
und psychologisches
Krisenmanagement**

This page intentionally left blank

Johanna Gerngroß

Notfallpsychologie und psychologisches Krisenmanagement

**Hilfe und Beratung auf
individueller und
organisationeller Ebene**

Unter Mitarbeit von

Pia Andreatta, Barbara Juen, Sandra Nindl,
Christian Randegger, Verena Rattensberger,
Andreas Steiner, Wolfgang Sucharowski,
Karin Unterluggauer, Ruth Warger

 **Schattauer**

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlos-

sen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2015 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3,
70174 Stuttgart, Germany
E-Mail: info@schattauer.de
Internet: www.schattauer.de
Printed in Germany

Projektleitung: Dr. Sandra Schmidt
Lektorat: Alessandra Kreibaum,
Leinfelden-Echterdingen
Umschlagabbildung: Aleksandar Mijatovic
© Fotolia.com
Satz: am-productions GmbH, Wiesloch
Druck und Einband: Himmer AG, Augsburg

Auch als E-Book erhältlich:
ISBN 978-3-7945-6821-5

ISBN 978-3-7945-3043-4

Geleitwort

Die Psychologie, von der Hermann Ebbinghaus meinte, dass sie auf eine lange Vergangenheit, aber eine nur kurze Geschichte zurückschauen kann, hat gleichwohl in ihrer kurzen Geschichte eine Fülle an verlässlichen Erkenntnissen sichern können. Wie wir Informationen aufnehmen, Entscheidungen treffen, richtig agieren und reagieren, für alles das kann man auf abgesicherte Fakten der psychologischen Forschung zurückgreifen. Vergleichsweise neu ist dagegen die Einsicht, dass nahezu alle diese Gesetzmäßigkeiten durch Untersuchung und Beobachtung von Personen gewonnen wurden, die sich in einer ganz bestimmten, „normalen“ Bewusstseinslage befunden haben. Es hat nicht geringe Irritation ausgelöst, als zunehmend Daten auftauchten, die erkennen ließen, dass die bisherige Psychologie nur für diesen „Normalzustand“ geschrieben worden war. Befindet sich jemand in einer belasteten Situation, fühlt er sich bedroht oder ist er angsterfüllt, können viele der festgeschriebenen Gesetze ihre Gültigkeit verlieren. So mag es beispielsweise sein, dass Leistungen, die jemand unter neutralen, ruhigen Bedingungen ohne Schwierigkeiten zu erbringen vermag, in einer Belastungssituation verlorengehen und seine Entscheidungsfähigkeit völlig blockiert ist.

Eine besondere Problematik stellt dabei die Tatsache dar, dass sich ein und dieselbe Belastung höchst unterschiedlich auswirken kann. Für manche kann sie eine Leistungsblockade sein (Selye prägte den Begriff „Distress“), für andere aber sogar einen leistungssteigernden Impuls darstellen („Eustress“). Schon immer war ein wichtiges

Anliegen von Blaulichtorganisationen herauszufinden, ob jemand in einer Krisensituation kontrolliert und entscheidungssicher agieren wird. Bald gelang es, dafür geeignete diagnostische Verfahren zu finden sowie auch den nächsten, wichtigen Schritt von der Diagnose zur Therapie zu gehen und Techniken zu entwickeln, um Personen auf eine Belastung vorzubereiten bzw. nach einer solchen zu unterstützen und zu stabilisieren.

Eine umfassende Übersicht über diese Erkenntnisse sowie über Psychotraumatologie, Notfallpsychologie und psychologisches Krisenmanagement zu geben, stellt schon allein ein überaus verdienstvolles Unterfangen dar – ebenso, dass neben Fragen der notfallpsychologischen Betreuung und der Akutintervention auch Probleme der Psychischen Ersten Hilfe und der Psychosozialen Notfallhilfe abgehandelt werden. Doch besonders bemerkenswert ist, dass nicht nur der wichtige Schritt zur Primärprävention und Resilienzförderung gegangen, sondern auch der bislang viel zu wenig beachtete Blickpunkt von der individuellen zur organisationalen Ebene thematisiert wird. Es ist wohl der langjährigen Berufserfahrung der Herausgeberin die Erkenntnis zu danken, dass viele Ergebnisse der Katastrophenforschung auch auf Krisen in Institutionen anwendbar sind und dasselbe Inventar von Werkzeugen auch im bislang zu wenig beachteten Krisenmanagement in Organisationen eingesetzt werden kann. Dieser Brückenschlag gelingt nicht zuletzt deshalb, weil die gesamte Darstellung konsequent das im Schlusskapitel ausgesprochene Motto einer „Kunst des kreativen Vergessens“ ernst

nimmt und – der dort ausgesprochenen
Feststellung folgend, dass die wichtigste
Fertigkeit darin besteht, Unwichtiges erfolg-

reich zu ignorieren – den Leser und die
Leserin durch eine wohlüberlegte Auswahl
von praxisrelevanten Informationen führt.

Univ.-Prof. Dr. Giselher Guttman

Wirkliches Mitglied der Österreichischen Akademie der Wissenschaften

Professor Emeritus der Universität Wien

Präsident der Österreichischen Gesellschaft für wissenschaftliche Hypnose

Gründungsrektor der Universität für Humanwissenschaften im Fürstentum Liechtenstein

Gründungsdekan der Sigmund Freud Privatuniversität Wien (SFU)

Vizerektor (Lehre) der SFU Wien

Vorwort

Es liegt eine ausreichende Anzahl von sehr guten Fachbüchern zum Thema Notfallpsychologie und Krisenintervention vor, die den Bereich der Akutpsychotraumatologie und die klassischen Tätigkeitsfelder der Notfallpsychologie abdecken. Daher ist das Ziel des vorliegenden Buches, den Blick aufzumachen zu einem erweiterten Begriff von Notfallpsychologie – unter Einbeziehung der Themenkreise des psychologischen Krisenmanagements auf Organisationsebene.

Die bisherigen Fachbücher in dieser psychologischen Disziplin decken entweder als Lehrbuch einen spezifischen Bereich der Notfallpsychologie oder Psychotraumatologie ab oder als Fachbuch mit starkem Praxisbezug den notfallpsychologischen Tätigkeitsbereich – dann stark fokussiert auf die Einsatzorganisationen und die damit verbundenen notfallpsychologischen Einsätze. Dies ist aufgrund der historischen Entwicklung der Notfallpsychologie und vor allem der Krisenintervention nachvollziehbar, entspricht aber nicht mehr der Tätigkeitsrealität der Notfallpsychologen und -psychologinnen. Zudem trägt es dem immer stärker werdenden Bedürfnis nach professionellem psychologischem Krisenmanagement in Organisationen nicht Rechnung.

Die notfallpsychologische Forschung zeigt, dass die klassischen Akutinterventionen, die speziell in Einsatzorganisationen Anwendung finden, einer Erweiterung bzw. sogar eines Ersatzes bedürfen (z. B. „Debriefing-Debatte“, Kap. 3.6.2). Gerade auch für den Bereich der Organisationen bzw. des Einsatzes notfallpsychologischer Tools in der psychologischen Praxis sind neue Ansätze erforderlich. Die Erkenntnisse, Modelle und Theorien aus der (Akut-) Psychotrau-

matologie und Notfallpsychologie bilden dafür den Hintergrund, das gut abgesicherte theoretische und praktisch erprobte Gerüst, werden jedoch in einem wesentlich breiteren Bereich als bisher angewendet. Somit umfasst das vorliegende Buch die Anwendung der Notfallpsychologie und des notfallpsychologischen Krisenmanagements auf individueller und organisationaler Ebene – mit Schwerpunkt auf der psychosozialen Beratung in Krisen und traumatischen Situationen. Zudem wird den immer wichtiger werdenden Feldern der Primärprävention und Resilienzförderung – auch in Betrieben und Organisationen – ausreichend Platz eingeräumt.

Die ausgewählten Autoren und Autorinnen aus Wissenschaft und Praxis stellen zum Teil neue wissenschaftliche Ergebnisse und Konzepte vor, beziehen diese aber immer auf die praktische Anwendung. Themenbereiche wie eine Einführung in die Akutpsychotraumatologie, notfallpsychologische und psychosoziale Begleitung von Traumabetroffenen, notfallpsychologische Interventionen in Systemen, Belastungen von Helfern und Helferinnen, professionelles psychologisches Krisenmanagement in Organisationen und im Bildungsbereich, Kommunikation in der Krise, aber auch Bewältigung von Krisen (Verursacherfragen, Kompensation) und Resilienzförderung sowie psychische Traumatisierungen bei Kindern und Jugendlichen werden in diesem Buch aufgegriffen und für die psychologische Praxis anwendungsorientiert – jedoch mit einer starken theoretischen Fundierung – aufbereitet.

Ziel ist es, ein Fachbuch für interessierte Psychologen und Psychologinnen sowie für

Fachkräfte aus anderen Bereichen bereitzustellen, das auf wissenschaftlicher Grundlage das erforderliche theoretische Wissen sowie die notwendigen Handlungskompetenzen für eine professionelle Bewältigung von traumatischen Krisen auf individueller sowie auf organisationaler Ebene vermittelt.

Zielgruppe dieses Buches bilden vorrangig Psychologen und Psychologinnen aus den verschiedenen Fachgebieten. Krisenkompetenz ist nicht nur im klinischen Alltag gefordert, sondern auch Schul-, Arbeits-, Organisations- sowie Wirtschaftspsychologen und -psychologinnen sind als Berater und Beraterinnen in Krisensituationen bzw. in der Durchführung präventiver Maßnahmen gefragt. In zweiter Linie richtet sich dieses Buch an alle Berufsgruppen, die als psychosoziale Berater und Beraterinnen mit Krisen und potenziell traumatisierenden Situationen sowohl auf individueller als auch auf organisationaler Ebene konfrontiert sind – beispielsweise Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, Pädagogen und Pädagoginnen, Arbeitsmediziner und Arbeitsmedizinerinnen, aber auch interessierte Personen aus Wirtschaft, Einsatzorganisationen oder Behörden. Mit seiner starken

Ausrichtung auf die Praxis stellt das vorliegende Buch ein Handbuch für Praktiker und Praktikerinnen dar und soll fundiertes Hintergrundwissen sowie daraus abgeleitete Handlungsanleitungen zur Verfügung stellen.

Das Zustandekommen dieses Buches war nur möglich durch die gute und professionelle Zusammenarbeit aller Autorinnen und Autoren und die tatkräftige Unterstützung vieler anderer Personen, für die ich mich herzlich bedanken möchte. Besonders zu Dank verpflichtet bin ich Eva Würdinger und Markus Gradwohl für ihr geduldiges kreatives und künstlerisches Engagement, Caroline Wellner für die Beantwortung kniffliger Fragen hinsichtlich Übersetzungen aus dem Englischen sowie Wolfgang Zangerl, der mir stets unermüdlich mit Rat und Tat zur Seite steht, aber auch allen, die durch ihren Zuspruch und ihre Ermunterungen einen wertvollen Beitrag geleistet haben.

Schließlich danke ich dem Verlag und vor allem Sandra Schmidt für ihre immer freundliche Begleitung und Bemühungen.

Wien, im August 2014
Johanna Gerngroß

Anschrift der Herausgeberin

Univ. Lektorin Mag. Dr. Johanna Gerngroß

Rosentalgasse 12/1/2

A-1140 Wien

E-Mail: office@dr-gerngross.at

Anschriften der Autorinnen und Autoren

Ass.-Prof. Mag. Dr. Pia Andreatta

Universität Innsbruck

Institut für Psychosoziale Intervention
und Kommunikationsforschung

Maximilianstrasse 2/ 214

A-6020 Innsbruck

E-Mail: pia.andreatta@uibk.ac.at

Ao. Univ.-Prof. Dr. Barbara Juen

Universität Innsbruck

Institut für Psychologie

Innrain 52

A-6020 Innsbruck

E-Mail: barbara.juen@uibk.ac.at

Mag. Sandra Nindl

Universität Innsbruck

Institut für Psychologie

Innrain 52

A-6020 Innsbruck

E-Mail: sandra.nindl@uibk.ac.at

Lic. theol. Christian Randegger

Stutzstrasse 19

CH-8353 Elgg

E-Mail: randegger@17minutes.ch

Mag. Dr. Verena Rattensberger

Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie

Kardinal Schwarzenberg'sche Straße 2-6

A-5620 Schwarzach im Pongau

E-Mail: verenarat@gmx.at

Mag. iur. Andreas Steiner MBA MTD MIM

Mariahilfstrasse 20

A-6020 Innsbruck

E-Mail: andreas_steiner_at@yahoo.de

Univ.-Prof. em. Dr. phil. habil. Dr. h. c.

Wolfgang Sucharowski

Hanseatic Institute Universität Rostock

Ulmenstrasse 69

D-18051 Rostock

E-Mail:

wolfgang.sucharowski@uni-rostock.de

Mag. Karin Unterluggauer

Altenhof 91

A-5622 Goldegg

E-Mail: unterluggauer.karin@gmx.at

Mag. Dr. Ruth Warger

Universität Innsbruck

Institut für Psychologie

Innrain 52

A-6020 Innsbruck

E-Mail: ruth.warger@yahoo.de

Inhalt

1	Grundlagen der Psychotraumatologie und Notfallpsychologie sowie des psychologischen Krisenmanagements	1
1.1	Einführung in die Psychotraumatologie	1
1.1.1	Warum ein ausführliches Kapitel zur Psychotraumatologie?	1
1.1.2	Zu einem grundlegenden Verständnis von psychischer Traumatisierung	2
1.1.3	Das traumatische Ereignis.....	3
1.1.4	Was macht ein Ereignis „traumatisch“? Pathogenese des psychischen Traumas	5
1.1.5	Das Erleben während des traumatischen Ereignisses	7
1.1.6	Psychophysiologie und Neuropsychologie des Traumas.....	9
1.1.7	Traumaverarbeitung	13
1.1.8	Bewältigungsversuch eines Traumas	18
1.1.9	Das Erleben eines traumatischen Ereignisses – eine Ausnahme?	21
1.2	Grundlagen und Dimensionen der Notfallpsychologie	25
1.2.1	Notfall, Krise und Psychotrauma	25
1.2.2	Die Betroffenen – Belastungen und Folgen	32
1.3	Professionelles psychologisches Krisenmanagement – ein neuer Fokus	42
1.3.1	Grundlagen psychologischen Krisenmanagements	42
1.3.2	Aufgabenbereiche und Maßnahmen	43
1.3.3	Maßnahmen des psychologischen Krisenmanagements auf individueller Ebene	47
1.3.4	Maßnahmen des psychologischen Krisenmanagements – organisationelle Ebene	48
2	Psychosoziale Beratung in der Krise im Kontext eines Unternehmens	53
2.1	Beratung und Begleitung in Krisen und traumatischen Situationen	53
2.2	Augenzeugen und abwesende Opfer	53
2.3	Umgang mit Tod, Trauer und Abschied	56
2.3.1	Eigenverantwortung und Mitverantwortung als Führungskraft	56
2.3.2	Überbringung der Todesnachricht.....	57
2.3.3	Schweige- oder Gedenkminute.....	58
2.4	Besonderheit beim Suizid einer Führungskraft	59
2.5	Vom Todesort zum Gedenkort	59
2.6	Umgang mit den persönlichen Effekten des Verstorbenen	60
2.7	Nichtkirchliche Abschiedsfeier in den Räumen des Unternehmens	60
2.8	Rückkehr in den Arbeitsprozess	62
3	Notfallpsychologische und psychosoziale Begleitung von Traumabetroffenen	64
3.1	Reaktionen von Traumabetroffenen	64
3.2	Ausrichtung notfallpsychologischer Begleitung von Traumabetroffenen	65

3.2.1	Grundprinzipien für notfallpsychologische Interventionen	67	4.2	Die Sicht auf Kommunikation . . .	104
3.2.2	Zeitlicher Ablauf notfallpsychologischer Interventionen	67	4.2.1	Herkömmliche Annahmen	104
3.3	Interventionen in der Akutphase	71	4.2.2	Alternative Annahmen	104
3.3.1	Grundsätze von Akutinterventionen.	71	4.2.3	Kooperation	105
3.3.2	Spezifische Formen der Akutinterventionen: Psychische Erste Hilfe, Psychosoziale Notfallhilfe und kollegiale Unterstützung (<i>Peers</i>).	73	4.3	Kommunikation und Motivation.	107
3.3.3	Notfallpsychologie und Medien	76	4.3.1	Soziale Umwelt	107
3.3.4	Spezifische Interventionen bei besonderen Gruppen und Situationen	80	4.3.2	Differenzen wahrnehmen	107
3.4	Gesprächsführung und weiterführende Interventionen.	84	4.3.3	Erwartung(en).	107
3.4.1	Notfallpsychologische Interventionen in der Einwirkungs- und Erholungsphase	84	4.3.4	Kommunizieren	108
3.5	Notfallpsychologische Interventionen in Systemen	88	4.3.5	Gemeinsamkeit im Handeln	108
3.5.1	Die Rolle externer Unterstützung	88	4.3.6	Unsicherheit	108
3.5.2	Informations- und Medienmanagement.	89	4.4	Kommunizieren müssen.	110
3.5.3	Maßnahmen für Gruppen	89	4.4.1	Bewusstwerden einer Kommunikationspraxis	110
3.6	Traumahelfer und -helferinnen – Besonderheiten und Belastungen	91	4.4.2	Kommunikation als Bestandteil einer Einrichtung.	110
3.6.1	Besonderheiten in der Begleitung und Behandlung von Traumabetroffenen	91	4.4.3	Kommunikation als Bewältigung einer Situation.	111
3.6.2	Hilfe für Helfer und Helferinnen – Nachsorge.	96	4.4.4	Kommunikation als Verarbeitungspotenzial von Differenz.	111
3.6.3	Gruppen von Helfern und Helferinnen und Helfersysteme	97	4.4.5	Strukturen der Kommunikationspraktiken.	111
4	Kommunizieren in Krisen am Beispiel des Überbringens einer schlechten Nachricht	104	4.5	Kommunikation nach einem Notfall.	112
4.1	Vorbemerkung	104	4.5.1	Die persönliche Krise	112
			4.5.2	Krise als Verunsicherung.	112
			4.5.3	Das Umdefinieren einer Situation.	113
			4.5.4	Helfer und Helferinnen	113
			4.5.5	Schwierige Motivationslagen	114
			4.5.6	Die Unbestimmtheit der Erwartungen.	114
			4.5.7	Kooperation	114
			4.5.8	Anschluss an die Normalität.	115
			4.6	Der Notfall.	115
			4.6.1	Das Krankenhaus	115
			4.6.2	Fremde Welten	116
			4.6.3	Parallele Kommunikation	117
			4.6.4	Konfliktäre Kommunikation	118
			4.6.5	Diffuse Kommunikation	120
			4.6.6	Anschluss finden.	122

<p>5 Akute Krisen und Traumatisierungen bei Kindern und Jugendlichen 125</p> <p> Einleitung 125</p> <p>5.1 Trauer bei Kindern und Jugendlichen 125</p> <p>5.2 Kognitive und emotionale Entwicklung hinsichtlich Todeskonzept und Suizidverständnis 126</p> <p> 5.2.1 Todeskonzept 126</p> <p> 5.2.2 Suizidverständnis 128</p> <p>5.3 Akutreaktionen von Kindern und Jugendlichen in Krisensituationen 130</p> <p>5.4 Risiko- und Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen 132</p> <p>5.5 Akutinterventionen bei Kindern und Jugendlichen 134</p> <p> 5.5.1 Besonderheiten im Umgang mit Jugendlichen 137</p> <p> 5.5.2 Unterstützung der Bezugspersonen ... 137</p> <p> 5.5.3 Wirksamkeit psychosozialer Interventionen 138</p> <p>5.6 Resilienzförderung bei Kindern und Jugendlichen 139</p> <p> 5.6.1 Der Begriff Resilienz 139</p> <p> 5.6.2 Förderung von Resilienz nach dem traumatischen Ereignis 140</p> <p> 5.6.3 Resilienzförderung in der Prävention .. 142</p> <p>5.7 Zusammenfassung und Resümee 142</p>	<p>6 Todesfälle im Bildungsbereich 147</p> <p> Einleitung 147</p> <p>6.1 Der Tod eines Schülers oder einer Schülerin 147</p> <p>6.2 Der Tod einer Lehrperson 147</p> <p>6.3 Der Tod eines Angehörigen 148</p> <p>6.4 Information nach innen 148</p> <p>6.5 Todesursache 150</p> <p>6.6 Besonderheiten beim Tod durch Suizid 151</p> <p>6.7 Ort des Todes 151</p> <p>6.8 Trauerfreie Zeiten und Trauerdekoration 152</p> <p>6.9 Krisenkonzepte in Schulen und Organisationen 152</p> <p> 6.9.1 Krisenteam bzw. Krisenstab und Kriseninterventionskonzept 153</p> <p> 6.9.2 Unterscheidung in verschiedene Eskalationsstufen 153</p> <p> 6.9.3 Strukturierung, Portionierung, Priorisierung 156</p>
--	---

7	Notfallpsychologische Intervention auf Basis psychotraumatologischer Konzepte	158	8	Systemisches Krisenmanagement in Organisationen	190
7.1	Konzepte der Psychotraumatologie und ihre Bedeutung für die Notfallpsychologie	158	8.1	Vorbemerkung	190
7.2	Notfallpsychologische Interventionen in Bezug auf das erschütterte Selbst- und Weltverständnis	158	8.2	Systemisches Krisenmanagement	191
7.2.1	Die Bedeutung der <i>Assumptive Worlds</i> für die Notfallpsychologie.	160	8.2.1	Analogie zur Biologie	192
7.2.2	Erschütterung von Grundannahmen durch eine Fehlgeburt.	161	8.2.2	Systemische Ansätze.	193
7.2.3	Sekundäre Traumatisierung und „sekundär“ erschütterte Grundannahmen.	165	8.2.3	Krisenmanagement und Solution-Focused-Brief-Therapy (SFBT)	193
7.2.4	Erschütterte Grundannahmen oder Förderung Posttraumatischen Wachstums?	172	8.2.4	Von der Solution-Focused- Brief-Therapy (SFBT) zum Solution-Focused-Management (SFM) in der Krise	197
7.3	Notfallpsychologische Interventionen auf Basis der Salutogenese	174	8.2.5	Der Fokus des Solution-Focused-Krisenmanagers, der -Krisenmanagerin	198
7.3.1	Das Salutogenetische Konzept	175	8.2.6	Die Kunst des kreativen Vergessens	200
7.3.2	Interventionen auf Basis der Salutogenese	176	8.2.7	Das Selbstverständnis eines Krisenmanagers, einer Krisenmanagerin aus systemischer Sicht	200
7.4	Notfallpsychologie bei der Verursachung: Intra- und interpersoneller Konflikt.	179	8.3	Bausteine für erfolgreiches Krisenmanagement.	202
7.4.1	Veränderungen des Selbst: Schuldgefühle, Scham, Überlebensschuld, Suizidalität	180	8.3.1	Bewusstsein und Einstellung	202
7.4.2	Abwehr von Schuld.	181	8.3.2	Vorbereitbare Planungen und Abläufe für den Krisenfall	203
7.4.3	Notfallpsychologie als Unterstützung der intra- und interpersonellen Konfliktregelung	183	8.4	Das eigentliche Krisenmanagement.	203
			8.4.1	Krisenprävention.	203
			8.4.2	Grundsätze des Krisenmanagements	204
			8.4.3	Sonderfall der Krisenkommunikation: Umgang mit Medienvertretern und Medienvertreterinnen.	206
			8.5	Krisenmanagement in der Praxis: Die gelungene Krisenintervention	208
			8.5.1	Praxisbeispiel Maple Leaf Foods.	208
			8.5.2	Schlussbemerkung	213
				Stichwortverzeichnis.	215

This page intentionally left blank

1 Grundlagen der Psychotraumatologie und Notfallpsychologie sowie des psychologischen Krisenmanagements

Johanna Gerngroß

1.1 Einführung in die Psychotraumatologie

1.1.1 Warum ein ausführliches Kapitel zur Psychotraumatologie?

Grundlage aller notfallpsychologischen Interventionen muss immer das Verständnis sein, was ein psychisches Trauma auf emotionaler, kognitiver und physischer Ebene überhaupt ausmacht. Zunächst scheint eine Einführung in die Psychotraumatologie, die sich in der Definition einiger Grundbegriffe und der Darstellung einiger grundlegender Zusammenhänge erschöpft, für die Erstellung von „handlungsleitenden Interventionen“ vielleicht ausreichend. Allerdings könnte dadurch der fälschliche Eindruck entstehen, dass es für eine professionelle Hilfestellung genüge, die rezeptartig dargestellten Interventionsanleitungen für die unterschiedlichen zeitlichen Phasen zu kennen. Davor sei ausdrücklich gewarnt. Der Umgang mit (potenziell) traumatisierten Menschen setzt umfangreiche Kenntnisse im Bereich der Psychotraumatologie und der Notfallpsychologie voraus. Dementsprechend werden in einem Kapitel die wesentlichen Erkenntnisse der Psychotraumatologie zusammengefasst, um ein grundlegendes Verständnis für psychische Traumata zu entwickeln.

Die Notfallpsychologie setzt sich vorwiegend mit Interventionen in der Akutphase

bzw. frühen Interventionen in den ersten Wochen nach einem traumatischen Ereignis auseinander – und nicht mit der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Behandlung von Traumafolgestörungen. Daher liegt hier der Fokus auf der Akut-Psychotraumatologie.

Die Psychotraumatologie beschäftigt sich mit der wissenschaftlichen Untersuchung und Behandlung seelischer Verletzungen und ihren Folgen (Fischer u. Riedesser 2009, S. 20). Der Begriff der „Psycho-Traumatologie“ (in Abgrenzung zur „chirurgischen Traumatologie“) wurde von Fischer und Riedesser (2009) geprägt – im Rahmen der Gründung des Instituts für Psychotraumatologie 1991 in Freiburg. Im amerikanischen Sprachraum gab es schon eine längere Tradition, sich systematisch mit der Erforschung von schweren und schwersten Stressphänomenen zu beschäftigen. Hervorzuheben ist hier vor allem die Publikation zu Stress-Response-Syndromen von Horowitz (1986), einem Psychiater und Psychoanalytiker aus San Francisco. Das Aufkommen der Bezeichnung von traumatischem Stress führte zur Bezeichnung der *Posttraumatic Stress Disorder* (PTSD), wie sie im Diagnostischen und Statistischen Manual (DSM) der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA 2000, in seiner vierten Fassung) zu finden ist. Das ICD-10 verwendet hingegen den Begriff der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS; Dilling u. Freyberger

2013) (► Kap. 1.2.2). Im Folgenden werden, je nach Quelle (DSM bzw. ICD), die Abkürzungen PTSD bzw. PTBS verwendet.

1.1.2 Zu einem grundlegenden Verständnis von psychischer Traumatisierung

Begrifflichkeiten

Die Begriffe Traumatisierung, traumatisches Ereignis oder Trauma werden sowohl im Alltag als auch in der Fachsprache geradezu inflationär gebraucht. Häufig werden negative und belastende Ereignisse fast automatisch und reflexhaft mit einer „traumatischen“ Erfahrung gleichgesetzt. Dann würde aber jede verpatzte Prüfung und jede Scheidung, ebenso wie jeder Verkehrsunfall und jeder Todesfall ein Trauma darstellen. Häufig wird dabei das Ereignis mit dem Erlebnis vermischt – das traumatische Ereignis mit dem Trauma. Es stellt sich die Frage, was unter einem Trauma, genauer einem Psychotrauma, in der psychologischen Fachsprache zu verstehen ist. Und was macht ein Ereignis zu einem traumatischen Ereignis? Eine klare Abgrenzung eines traumatischen – respektive potenziell traumatisierenden – Ereignisses von einem krisenhaften Geschehen oder einem belastenden Lebensereignis ist von Bedeutung, da sich daraus unterschiedliche Vorgehensweisen in der weiteren professionellen Begleitung und Betreuung der Betroffenen ergeben.

Auch hier besteht oft der Wunsch nach objektiven Kriterien, anhand derer eine außenstehende Person schnell beurteilen kann, ob es sich bei einem bestimmten Vorfall um ein traumatisches Ereignis und Psychotrauma oder „nur“ um eine belastende Lebenssituation oder Krise handelt. Eine objektive Definition von Psychotrauma

könnte sich somit auf ein „objektives Ereignis“ beziehen, während eine subjektive Sichtweise die Gefahr der völligen Unschärfe des Begriffs in sich birgt. Wie Fischer und Riedesser (2009, S. 64) ausführen, ist jedoch vielmehr die „Relation von Ereignis und erlebendem Subjekt“ ausschlaggebend. So ist die traumatische Situation ein Wechselspiel zwischen dem traumatischen Ereignis und der subjektiven Bedeutungsgebung. Unter „traumatischen Situationen“ verstehen Fischer und Riedesser (2009, S. 65) jene Situationen, für die der oder die Betroffene keine subjektiv angemessene Reaktion zur Verfügung hat: Einerseits wäre dringend eine angemessene Handlung erforderlich, andererseits lässt die Situation ebendiese nicht zu.

Dies führt zur Frage der „traumatischen Reaktion“ (Fischer u. Riedesser 2009, S. 65). Wie reagieren Menschen auf eine Situation, die eine adäquate Reaktion nicht zulässt? Die inhärente Paradoxie des Traumas lässt sich sowohl in der traumatischen Reaktion als auch im „traumatischen Prozess“ erkennen. Viele Betroffene bemühen sich über Jahre – manchmal ein ganzes Leben lang –, die traumatische Erfahrung in ihr Selbst- und Weltverständnis zu integrieren, in einer Alternation von Zulassen der Erinnerung und kontrollierter Abwehr. Dabei haben die Reaktionen des sozialen Umfeldes – insbesondere die Anerkennung des Traumas – einen großen Einfluss auf den traumatischen Prozess.

Belastende Lebensereignisse versus Psychotrauma

Bei der Beschäftigung mit dem Thema Trauma tritt häufig die Frage auf, worin sich ein Psychotrauma von einem belastenden Lebensereignis unterscheidet. Ist beispielsweise jeder Verkehrsunfall ein traumatisches Ereignis oder umgekehrt – ist jedes Opfer

1.1 Einführung in die Psychotraumatologie

von Gewalt traumatisiert? Auf diese Fragen kommen wir im Rahmen dieses Kapitels immer wieder zurück.

Zunächst geht es um die Unterscheidung zwischen belastendem Lebensereignis und Trauma. Wenn man von Psychotrauma spricht, meint man nicht eine Enttäuschung, eine Frustration von Wünschen oder eine länger anhaltende konflikthafte innere Spannung – somit herausfordernde Lebenssituationen unterschiedlicher Art. Auch nicht gemeint sind dysfunktionale, belastende Beziehungsmuster bzw. soziale Interaktionen. Ob beispielsweise ein Verkehrsunfall als Trauma oder als belastendes Lebensereignis verarbeitet wird, liegt nicht nur am Ereignis selbst, sondern auch im subjektiven Erleben desselben. Laut Huber (2009) liegt der Unterschied darin, dass traumatische Ereignisse eine Dynamik in Gang bringen, die das Gehirn buchstäblich in die „Zange“ nimmt. So beschreibt auch der Psychiater und Traumaexperte Lutz Besser Traumata als *„plötzliche oder langanhaltende oder auch sich wiederholende objektiv und subjektiv existenziell bedrohliche und ausweglose Ereignisse, bei denen Menschen in die Schutzlosigkeit der ‚Traumatischen Zange‘ geraten“* (Bausum et al. 2011, S. 22).

Im Unterschied zu belastenden Lebensereignissen kann eine traumatische Situation von dem oder der Betroffenen somit nicht mehr mit den ihm oder ihr zur Verfügung stehenden Anpassungs- und Bewältigungsstrategien gelöst werden. Ein Psychotrauma ist immer etwas aus dem Außen, das mit Gewalt trifft, die betroffene Person überwältigt und ihre üblichen Selbstwirksamkeits- und Verarbeitungsmöglichkeiten außer Kraft setzt. In dieser Situation schalten wir auf Notprogramme um, die unser Überleben ermöglichen. Das bleibt jedoch im Verlauf häufig nicht folgenlos.

Definition von Psychotrauma

Wie lässt sich nun ein Psychotrauma definieren? Fischer und Riedesser (2009, S. 84) tun dies in einer Weise, aus der sich gleichzeitig Handlungsanweisungen für Interventionen ableiten lassen: *„Psychische Traumatisierung lässt sich definieren als vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“*

Trauma kann dabei als prozessualer Verlauf (Fischer u. Riedesser 2009, S. 48) angesehen werden – das Trauma ist nicht vorbei, wenn das traumatische Ereignis vorüber ist. Die Begriffe Trauma und traumatisches Ereignis sollten somit nicht synonym verwendet oder vermischt werden. Während das traumatische Ereignis vielleicht schon zu Ende gegangen ist, besteht das Psychotrauma noch weiter (Fischer u. Riedesser 2009, S. 63).

1.1.3 Das traumatische Ereignis

Es stellt sich die Frage, was unter einem traumatischen Ereignis bzw. einem potenziell traumatisierenden Ereignis zu verstehen ist.

Im ICD-10 findet sich folgende – recht weit gefasste – Definition im Rahmen der PTBS (Dilling u. Freyberger 2013, S. 173): *„Diese entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Prädisponierende Faktoren wie*

bestimmte, z. B. zwanghafte oder asthenische Persönlichkeitszüge oder neurotische Krankheiten in der Vorgeschichte können die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf erschweren, aber die letztgenannten Faktoren sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären.“ Das bedeutet, ohne das traumatische Ereignis wäre die Störung nicht aufgetreten.

Das amerikanische System DSM-IV-TR reiht die PTSD unter den Angststörungen ein und beschreibt das traumatische Ereignis wie folgt (Saß et al. 2003, S. 193 f.):

1. *„Die Person erlebte, beobachtete oder war konfrontiert mit einem oder mehreren Ereignissen, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.*
2. *Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.“*

In dieser Definition – man spricht auch vom „zweigeteilten Stressorkriterium“ – findet sich somit sowohl ein Hinweis auf das traumatische Ereignis als auch auf Aspekte des subjektiven Erlebens. Demnach ist laut DSM-IV-TR das Erleben eines traumatischen Ereignisses nicht ausreichend für die Diagnose. Es bedarf zusätzlich bestimmter Aspekte der subjektiven Wahrnehmung. Konsequenterweise müsste man daher statt von einem traumatischen Ereignis von einem potenziell traumatisierenden Ereignis sprechen, da erst die subjektive Erlebnisqualität den Traumatisierungsaspekt ausmacht.

Das im Jahr 2013 herausgekommene DSM-V weist hier allerdings eine gravierende Änderung auf (► Kap. 1.2.2). So wurde das Stressorkriterium weiter ausgearbeitet und das Kriterium des subjektiven Erlebens von intensiver Furcht, Hilflosigkeit und Ent-

setzen gestrichen, da es sich laut Autoren in der Vorhersage für eine Entwicklung der PTSD als wenig brauchbar erwiesen hätte (APA 2013).

Traumatische Situation als Bruch

Typisch ist der Bruch oder Riss, den eine traumatische Situation im geplanten Tagesablauf bzw. im gesamten Lebensentwurf entstehen lässt: „Ich hatte eigentlich etwas ganz anderes vor“. Ohne Vorwarnung sieht sich der oder die Betroffene wie aus heiterem Himmel einer (lebens-)bedrohlichen Situation ausgesetzt, die seine bzw. ihre Bewältigungsmöglichkeiten überschreitet: „Plötzlich war alles anders“.

Wann endet eine traumatische Situation?

Äußerungen von Betroffenen legen den Schluss nahe, dass traumatisierte Personen dazu neigen, ihre Erfahrungen stark zu generalisieren. Es scheint, als könnte die traumatische Situation jederzeit wieder auftreten, auch wenn dies nach objektiven Gesichtspunkten unwahrscheinlich ist. Häufig besteht jedoch eine reelle Gefährdung auch nach dem Ende der traumatischen Situation weiter – beispielsweise bei anhaltender Bedrohung durch eine Person, oder wenn die Betroffenen berufsbedingt einem bestimmten Risiko ausgesetzt sind, wie Bankbeamten und -beamtinnen dem Risiko eines Banküberfalles oder Triebfahrzeugführer und -führerinnen dem Risiko, eine Person zu überrollen. In jedem Fall haben die Betroffenen das Gefühl einer beständigen Bedrohung. Fischer und Riedesser (2009, S. 76) schreiben dazu: *„Traumatische Situationen werden vom erlebenden Subjekt als ‚repräsentativ‘ für zentrale Aspekte des Weltbildes genommen. Sie führen zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverhältnisses in bestimm-*

1.1 Einführung in die Psychotraumatologie

ten Bereichen oder – wenn sie sich der Erfahrung der Todesnähe verbinden – auch insgesamt.“

Traumatische Situationen enden somit nicht unbedingt, wenn das traumatische Ereignis objektiv vorüber ist. In diesem Zusammenhang werden auch Fragen der Anerkennung von Verursachung und Schuld wichtig – sowie der Wiedergutmachung und Restauration (► Kap. 7.4).

Das zentrale traumatische Situations-thema

Wie Fischer und Riedesser (2009, S. 73 ff.) ausführen, bedarf es neben der objektiven Situationsanalyse – beispielsweise situative Gegebenheiten, zentrales Thema der Situation oder die Kontextbedingungen – auch einer subjektiven Situationsanalyse. Welche Reaktionsmöglichkeiten nahm der oder die Betroffene wahr? Welche subjektiven Wahrnehmungs- und Reaktionsweisen lassen sich erkennen? Diese Sichtweise ergibt sich aus der Definition von Trauma als Diskrepanz zwischen subjektiven und objektiven Situationskomponenten (Fischer u. Riedesser 2009, S. 84), woraus sich das „zentrale traumatische Situationsthema“ (ebd. 2009, S. 74 ff.) ergibt. Die Autoren beschreiben dieses als „*zentrale subjektive Bedeutung, die eine traumatische Situation für die betroffene Persönlichkeit annimmt: was die Person zutiefst getroffen und verletzt hat*“ (Fischer u. Riedesser 2009, S. 399).

Das zentrale traumatische Situationsthema ergibt sich einerseits aus der aktuellen traumatischen Situation heraus, andererseits aus früheren Belastungsfaktoren im Lebenslauf. Besonders problematisch ist es, wenn durch das neu erlebte Trauma aufgrund früherer Belastungen gebildete traumakompensatorische Mechanismen und Strukturen betroffen sind, wodurch das alte Trauma

wieder aktiviert wird. Im zentralen traumatischen Situationsthema wirken vergangene und aktuelle traumatische Erfahrungen zusammen. Die subjektive Traumaerfahrung mit allen dazugehörigen Informationen ist abgebildet im „Traumaschema“. Dieses definieren Fischer und Riedesser (2009, S. 395) als „*zentrales, in der traumatischen Situation aktiviertes Wahrnehmungs-/Handlungsschema, das im Sinne von Trauma als einem unterbrochenen Handlungsansatz mit Kampf- bzw. Fluchttendenz die traumatische Erfahrung im Gedächtnis speichert*“. Erwähnenswert ist die Tendenz zur Wiederholung im Sinne der Vollendung der unterbrochenen Handlung (► Kap. 1.1.5).

1.1.4 Was macht ein Ereignis „traumatisch“? – Pathogenese des psychischen Traumas

Wie oben erwähnt, empfiehlt es sich, statt von einem traumatischen Ereignis, von einem potenziell traumatisierenden Ereignis zu sprechen. Denn nicht jedes traumatische Ereignis führt zu einem traumatischen Prozess. So ergibt sich also die Frage: Was macht ein Ereignis traumatisch?

Auch hier kann es kaum ein „objektives Kriterium“ – abgesehen von Extremtraumatisierungen – geben. Ob ein potenziell traumatisierendes Ereignis zu einer Traumatisierung führt, hängt neben dem Ereignis selbst von den Moderatorvariablen des oder der Betroffenen und den Interventionen ab (Fischer u. Riedesser 2009; Lasogga u. Gasch 2011).

Die Bedeutung des pathogenetischen¹ Moments der Hilflosigkeit auf der Ebene des psychologischen Traumaerlebens wurde bereits kurz erwähnt. Seligman hat seine „Theorie der erlernten Hilflosigkeit“ (1999) in Bezug auf Depression entwickelt – nicht in Zusammenhang mit Trauma –, erwähnt jedoch den plötzlichen Tod als Folge völliger Hilflosigkeit bei einigen KZ-Opfern.

In engem Zusammenhang mit Hilflosigkeit steht die schutzlose Preisgabe als extremer Kontrollverlust in der traumatischen Situation.

Auch die Stärke der traumatischen Situation spielt eine Rolle. Je stärker die traumatischen Situationsfaktoren, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass der oder die Betroffene über ausreichend Ressourcen verfügt, um dieses Erlebnis bewältigen zu können (Fischer u. Riedesser 2009, S. 89).

Neben diesen Faktoren erwähnen Fischer und Riedesser (2009, S. 89 f.) das „zentrale traumatische Situationsthema“ als qualitatives Moment der Subjekt-Umwelt-Relation. Sie postulieren, dass das kritische pathogenetische Moment hier weniger in der objektiven Intensität der traumatischen Faktoren besteht, sondern in der qualitativen Eigenheit, *„die sich entweder an ein schon bestehendes Traumaschema anschließt oder zentrale Momente eines Lebensentwurfes oder auch erworbene traumakompensatorische Strategien jäh in Frage stellt“* (Fischer u. Riedesser 2009, S. 89).

Als weiteres übergreifendes pathogenetisches Moment des Traumas lässt sich die „dauerhafte Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses“ nennen, wie sie Fischer und Riedesser (2009, S. 84) in ihrer Trauma-

definition anführen. Traumatisierte Menschen verlieren ihr Urvertrauen, ihre Grundsicherheit. Eine häufige Aussage von traumatisierten Menschen ist: „Danach war nichts mehr wie es einmal war.“ Janoff-Bulman (2002) spricht von „erschütterten Grundannahmen“ (*shattered assumptions*). Wie sie ausführt, verfügen wir alle über bestimmte Grundannahmen, die einerseits lebensnotwendig, andererseits gleichzeitig illusionär sind. Diese Annahmen bzw. internen Repräsentationen sorgen dafür, dass wir effektiv funktionieren können, und geben uns Sicherheit und Geborgenheit. Sie sind allerdings nicht bewusst, sondern laufen quasi wie automatische Programme im Hintergrund ab. Die grundlegendsten Annahmen sind daher auch nicht argumentierbar. Wir halten an ihnen fest, auch wenn wir bewusst-kognitiv eine ganz andere Ansicht vertreten. Die meisten gesunden Menschen verfügen laut Janoff-Bulman (2002) über drei fundamentale Annahmen: Die Welt ist in ihrem Ganzen sinnvoll, gut und mein Selbst ist wertvoll (► Kap. 7.2).

Auch wenn Menschen wissen, dass die Welt nicht immer gut und gerecht ist, spielen die Grundannahmen laut Janoff-Bulman (2002) eine gewisse Rolle im Leben. Durch ein Trauma – beispielsweise ein Erlebnis von Gewalt oder Todesnähe – werden diese Grundannahmen erschüttert. Da wir anscheinend ein gewisses Maß an Illusion benötigen, um unseren Alltag zu meistern, führt übermäßige Desillusionierung zu Hoffnungslosigkeit und dem Verlust von Zukunftsperspektive (Fischer u. Riedesser 2009, S. 90). Während „natürliche“ Katastrophen unsere illusionäre Überzeugung erschüttern, die Kräfte der Natur seien beherrschbar, erschüttern vom Menschen verursachte Traumata unser Vertrauen in die Verlässlichkeit der sozialen Welt. Dieser Traumatisierungsaspekt *„man-made disas-*

¹ „pathogenetisch“: Mechanismen, die ein Störungsbild verfestigen bzw. aufrechterhalten (im Unterschied zur „Ätiologie“ als der Lehre der Krankheitsursachen)

1.1 Einführung in die Psychotraumatologie

ter versus natural disaster“ wird in Kapitel 1.1.9 im Rahmen der Typologie traumatischer Situationen noch einmal aufgegriffen.

1.1.5 Das Erleben während des traumatischen Ereignisses

Stress und Trauma

Für den Stressbegriff gibt es unzählige Definitionen. Ihnen ist gemeinsam, dass Stress entsteht, wenn es zu einer Konfrontation mit einer übermäßigen psychischen und/oder physischen Anforderung kommt – einer Situation, die nach subjektiver Einschätzung nur schwer kontrollierbar erscheint, die aber biologisch, psychisch und/oder sozial bedeutsam ist (Greif et al. 1991; Weinert 2004; Fischer u. Riedesser 2009).

Mit dem Stressbegriff eng verknüpft ist auch jener des Copings. Mit den unterschiedlichen Formen von Coping beschäftigt sich mittlerweile eine ganze Forschungsrichtung, die auch gezeigt hat, dass jedes Individuum über bestimmte Strategien verfügt, um mit Stresssituationen erfolgreich umgehen zu können (Fischer u. Riedesser 2009, S. 83).

Walter Cannon (1915) prägte den Begriff der *fight-or-flight response* als Reaktion von Lebewesen auf Bedrohung.

Selye (1936) führte den Begriff Stress ein und unterschied darüber hinaus auch zwischen dem negativen Distress und dem positiven Eustress. Selye fasste Stress als unspezifische Reaktion des Organismus auf externe Anforderungen auf. In seinem „allgemeinen Adaptationssyndrom“ beschreibt er drei Phasen der Reaktion des Körpers auf einen Stressor: Alarmphase, Widerstandsphase und Erschöpfungsphase. Bedrohliche Situationen führen zu Anpassungsmechanismen, das psychophysiologische Sys-

tem steht in permanentem Alarmzustand. Ist die Person demselben Stressor länger ausgesetzt, gibt sie auf, ihre adaptive Energie ist verbraucht, sie kann nicht länger gegen den Stressor ankämpfen. Erschöpfung setzt ein.

Dauerhafte Coping- und Anpassungsbestrebungen führen jedoch dazu, dass der Organismus in einen existenzgefährdenden Zustand gerät, weshalb Abwehrmechanismen eingesetzt werden. Ziel der Abwehrmechanismen ist es, die Informationsüberflutung zu reduzieren, indem störende Bedingungen der Umwelt oder Innenwelt ausgeblendet werden. Typische Notfallreaktionen der psychotraumatischen Abwehr sind dabei katatonische Starre, panikartiger Bewegungssturm oder Veränderungen in der Selbst- und Realitätswahrnehmung wie Dissoziation, Depersonalisation, Derealisation oder emotionale Anästhesie (Fischer u. Riedesser 2009, S. 383).

Führen weder dauerhafte Coping- noch Abwehrprozesse zu einer Kontrolle der bedrohlichen Situation, so kommt es zu einer Verschiebung und die Stressbelastung geht in eine potenziell traumatische Erfahrung über. Demgemäß sprechen Fischer und Riedesser (2009, S. 84) in ihrer Definition von Psychotrauma auch von einem „*vitalen Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationfaktoren und individuellen Bewältigungsmechanismen*“.

Huber (2009) spricht plastisch davon, dass das Gehirn während eines Traumas in eine „traumatische Zange“ gerät, der die Trias aus überflutender Angst, Hilflosigkeit und Ohnmacht zugrunde liegt. Während eines existenziell bedrohlichen Ereignisses kommt es zu einer Überflutung mit aversiven Reizen und Auslösung der archaisch angelegten Überlebensprogramme – *fight-or-flight*. Kann die Situation damit bewältigt werden, wird im Normalfall eine Traumati-

sierung verhindert. Gelingt dies nicht und kommt es zu einem „Nicht-dagegen-Ankämpfen-können“, aber auch einem „Nicht-davor-Entfliehen-können“ führt dies als Konsequenz zum Erstarren (*freeze*) und Zerschneiden in Erinnerungsteile (*fragment*). Die reflexartig aufgerufenen Handlungsimpulse können nicht ausgeführt werden und bleiben im Ansatz stecken. Es kommt zum Einsatz von Maßnahmen, die das psychische Überleben in der aktuellen Situation ermöglichen, jedoch Grundlage für spätere Traumafolgestörungen sein können. Die normale Wahrnehmungsleistung verändert sich. Die Freeze-Reaktion führt zu einer Art Betäubung, einer Lähmung, die eine innere Distanzierung vom Geschehen erlaubt und in den Zustand einer Unterwerfungsreaktion wechselt (*submission*).

Peritraumatische dissoziative Phänomene wie Derealisation (Entfremdungserleben von der Umwelt, „es ist nur ein Traum“) und Depersonalisation (Entfremdungserleben von der eigenen Person, „neben sich stehen“) werden ausgelöst, während derer es zu einer Fragmentierung sensorischer, kognitiver, emotionaler und körperlicher Wahrnehmungsdetails des traumatischen Ereignisses im Gedächtnis kommt (Bausum et al. 2009; Huber 2009). Der psychobiologische Zweck dieses peritraumatischen Erlebens liegt darin, dass zumindest eine Distanzierung in der Wahrnehmung erreicht werden soll, wo kein reales Flucht- oder Kampfverhalten möglich ist.

Trauma als unterbrochene Handlung

Wie oben beschrieben, ist während einer traumatischen Situation die normale Erlebensverarbeitung verändert. Einerseits betrifft dies das Zeit-, Raum- und Selbsterleben, andererseits kann Trauma als „unterbrochene Handlung“ definiert werden (Fischer u. Rie-

desser 2009, S. 84). Dies führt langfristig zu einer Tendenz, die unterbrochene Handlung wieder aufzunehmen. Dieses Phänomen wurde als Zeigarnik-Effekt² bekannt und tritt bei einer vital bedeutsamen unterbrochenen Handlung verstärkt auf. Trauma als unterbrochene Handlung meint eine unterbrochene Flucht- oder Kampfhandlung oder auch den Erstarrungszustand (*freezing*), wobei Auswirkungen nicht nur auf psychischer, sondern auch auf physiologischer Ebene zu beobachten sind. So werden bestimmte neuromuskuläre Aktivationsmuster in einer bestimmten Art und Weise unterbrochen und die unterbrochene Handlung quasi „eingefroren“. Die maximale Aktivierung der jeweiligen Muskeln kann dabei dauerhaft als überhöhter Muskeltonus erhalten bleiben und Irritationen und Verspannungszustände sind die Folge. Die sensorische Entsprechung findet sich in fragmentarischen Sinesseindrücken – aufgrund von dissoziativen peritraumatischen Phänomenen.

In körperlichen Beschwerden kommen somit einerseits unterbrochenes Kampf- und Fluchtverhalten zum Ausdruck, andererseits aber auch Schon- und Abwehrverhalten (sich klein machen, ducken) – als spontane traumakompensatorische Maßnahmen des Körpers. Die traumatische Erfahrung schlägt sich somit auch auf der Ebene des Körpers und des Körpergedächtnisses nieder.

Eine ausführliche Darstellung dazu findet sich bei Fischer und Riedesser (2009, S. 120 ff.) sowie bei Rothschild (2002).

² Die russische Psychologin Bljuma Wulfowna Zeigarnik wies nach, dass unterbrochene Handlungen bevorzugt wieder aufgenommen wurden, wenn die Versuchspersonen dazu Gelegenheit hatten und Begriffe, die mit diesen unerledigten Handlungen assoziiert waren, häufiger erinnert wurden (Fischer u. Riedesser 2009, S. 98).

Die Bedeutung der Hilflosigkeit

Hilflosigkeit entsteht, wenn eine Person keine Möglichkeiten wahrnimmt, die wichtigsten Elemente ihrer Umgebung zu kontrollieren. Hilflosigkeit löst nicht nur unangenehme Gefühle aus, sie schädigt auch die psychische Gesundheit.

Ausgehend von der Definition eines Psychotraumas von Fischer und Riedesser (2009) als „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten“ (ebd. S. 84) und den Überlegungen zur traumatischen Zange nach Huber (2009), stellt sich das Gefühl der Hilflosigkeit als ein zentrales Moment im peritraumatischen Erleben dar. Der oder die Betroffene macht die Erfahrung der eigenen Wirkungslosigkeit und dem Gefühl des „Hilflos-Ausgeliefert-Seins“. Wird diese punktuelle Erfahrung als „repräsentativ“ integriert, also generalisiert, kann es zu „erlernter Hilflosigkeit“ (Seligman 1999) kommen. Hilflosigkeit hat Einfluss auf die Motivation. So führt erlernte Hilflosigkeit zu Passivität. Wenn die eigenen Handlungen keinen Einfluss haben, gibt es auch keinen Anreiz für Handlungen. Zudem gibt es Einflüsse auf Lernprozesse, weil das Individuum gelernt hat, dass es keinen Zusammenhang zwischen Verhalten und Verstärkern bzw. Strafreizen gibt. Schließlich lassen sich Einflüsse auf Gefühle erkennen. Da man hilflos ausgeliefert ist, kommt es zu Traurigkeit und Depression.

In ihrem „integrierten Modell“ beschreiben Wortman und Brehm (1975), dass Unkontrollierbarkeit sowohl Hilflosigkeit als auch Reaktanz bewirken kann. Entscheidend dabei ist die Erwartung der Freiheit bzw. Kontrollierbarkeit. Solange noch die Erwartung besteht, Kontrolle ausüben zu können, kann es zum Auftreten von Reaktanz kommen, besteht jedoch diese Erwartung

nicht mehr, entsteht Hilflosigkeit. Dabei spielen die individuellen Attributionen eine Rolle.

Während Hilflosigkeit ein momentanes Gefühl darstellt, kann in Abgrenzung dazu Hoffnungslosigkeit als Hilflosigkeit und die Überzeugung, dass auch die Zukunft schlecht sein wird, beschrieben werden.

1.1.6 Psychophysiologie und Neuropsychologie des Traumas

Psychotrauma und Gedächtnis

Traumatische Ereignisse sind durch die Überstimulierung der Sinne so stressbelastend, dass unsere gewöhnlichen Bewältigungsstrategien überfordert sind und intensive Angst sowie extreme Gefühle von Hilflosigkeit und Kontrollverlust entstehen. Die Enkodierung der traumatischen Situationsfaktoren findet in einem Zustand höchster affektiver Erregung statt.

Das Erleben eines vital bedrohlichen Ereignisses führt zu Änderungen der Gehirnfunktionen bezüglich des traumatischen Erlebnisses: Störungen der Informationsverarbeitung führen zu Blockaden, solche der Informationsspeicherung zu Gedächtnisstörungen.

Im limbischen System spielen zwei Bereiche, der Hippocampus und die Amygdala, eine wichtige Rolle für die Speicherung von Erinnerungen – auch bei traumatischen Ereignissen (Nadel u. Jacobs 1996; van der Kolk et al. 1996). Der Hippocampus ist bedeutsam für die zeitliche und räumliche Einordnung von Ereignissen, die Erinnerung wird mit einem Anfang, Mitte und Ende versehen. Das ist besonders für traumatische Erfahrungen von Bedeutung, da Betroffene häufig das Gefühl beständiger Bedrohung entwickeln. Die Amygdala hin-