

Christoph Kröger

Psychologische Erste Hilfe

Fortschritte der Psychotherapie

HOGREFE



Psychologische Erste Hilfe

Fortschritte der Psychotherapie

Band 51

Psychologische Erste Hilfe

von PD Dr. Christoph Kröger

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Kurt Hahlweg, Prof. Dr. Martin Hautzinger,
Prof. Dr. Jürgen Margraf, Prof. Dr. Winfried Rief,
Prof. Dr. Dietmar Schulte, Prof. Dr. Dieter Vaitl

Begründer der Reihe:

Dietmar Schulte, Klaus Grawe, Kurt Hahlweg, Dieter Vaitl

Psychologische Erste Hilfe

von Christoph Kröger

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD
PRAG · TORONTO · BOSTON · AMSTERDAM
KOPENHAGEN · STOCKHOLM · FLORENZ

PD Dr. Christoph Kröger, geb. 1970. Psychologischer Psychotherapeut mit Schwerpunkt in kognitiver Verhaltenstherapie, Supervisor für Kinder-, Jugendlichen- und Erwachsenen-Psychotherapie. Leiter der Hochschul- und Ausbildungsambulanz der TU Braunschweig, Abteilung für Klinische Psychologie, Psychotherapie, Diagnostik sowie Beauftragter der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen für den Bereich der Psychosozialen Notfallversorgung.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

© 2013 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen • Bern • Wien • Paris • Oxford • Prag • Toronto • Boston
Amsterdam • Kopenhagen • Stockholm • Florenz
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien

Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar

Format: PDF
ISBN 978-3-8409-2286-2

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1 Beschreibung	4
1.1 Definition und Klassifikation von traumatischen Ereignissen	4
1.2 Traumatische Lebensereignisse in der Lebensspanne	6
1.3 Kurzfristige Reaktionen	6
1.4 Häufige psychische Störungen im weiteren Verlauf	7
1.5 Risiko- und Schutzfaktoren	16
1.6 Langfristiger Verlauf	19
1.7 Spezifische Bevölkerungsgruppen	20
1.7.1 Kinder- und Jugendliche	20
1.7.2 Menschen mit geistiger Behinderung	21
1.7.3 Menschen mit psychischen Störungen	22
1.7.4 Menschen mit Migrationshintergrund	23
2 Störungstheorien und -modelle	25
2.1 Psychophysiologische Annahmen	26
2.1.1 Furchtkonditionierung	26
2.1.2 Sensibilisierung des hormonellen Stress-Systems	26
2.2 Kognitive Theorien	27
2.3 Theorie der Ressourcenerhaltung	28
3 Diagnostik	29
3.1 Zweistufiges diagnostisches Vorgehen	29
3.2 Screening-Instrumente	31
4 Versorgungskonzepte	33
4.1 Psychosoziale Notfallversorgung in Deutschland	33
4.2 Mehr-Ebenen-Modell zur Prävention von Traumafolge- störungen	36
4.2.1 Universelle Prävention	36
4.2.2 Selektive Prävention	37
4.2.3 Indizierte Prävention	38
4.2.4 Sekundäre Prävention	39

5	Intervention	40
5.1	Frühinterventionen in der Kritik	40
5.1.1	Wie schadet die Aufklärung über mögliche Beschwerden den Betroffenen?	40
5.1.2	Was lernen wir von der „Debriefing-Debatte“?	41
5.2	Psychologische Erste Hilfe	44
5.2.1	Kontakt angemessen herstellen	45
5.2.2	Kurzfristig für Sicherheit und Wohl sorgen	48
5.2.2.1	Körperliche Sicherheit umgehend gewährleisten.	48
5.2.2.2	Informationen über Hilfsmaßnahmen geben	49
5.2.2.3	Körperliches Wohl beachten	50
5.2.2.4	Sozialen Kontakt fördern	50
5.2.2.5	Um Kinder kümmern, die von ihren Eltern und Bezugs- personen getrennt sind	51
5.2.2.6	Vor traumaassoziierten Stimuli schützen.	53
5.2.2.7	Angehörigen und Freunden von Vermissten helfen	54
5.2.2.8	Mit akuter Trauer umgehen	55
5.2.2.9	Mit religiösen Themen umgehen	58
5.2.2.10	Informationen zur Aufbewahrung des Leichnams und zur Beerdigung geben	59
5.2.2.11	Unterstützen bei der Überbringung eines Todesfalls.	60
5.2.2.12	Angehörige unterstützen, die einen Verstorbenen identifizieren müssen	62
5.2.3	Stabilisieren, wenn notwendig	63
5.2.4	Momentane Bedürfnisse und Sorgen kennenlernen	66
5.2.5	Praktische Hilfe anbieten	69
5.2.6	Soziale Unterstützung aufbauen.	70
5.2.7	Informationen zur Bewältigung der Ereignisse geben.	73
5.2.7.1	Aktive Bewältigungsstrategien fördern	73
5.2.7.2	Den Umgang mit Alkohol und anderen Substanzen thematisieren	75
5.2.7.3	Entspannung im Alltag fördern	75
5.2.7.4	Familien unterstützen, in den Alltag zurückzukehren	76
5.2.8	Kontakt zu gemeinnützigen Angeboten und psycho- sozialer Versorgung herstellen.	77
6	Qualitätsstandards und Wirksamkeit	79
7	Weiterführende Literatur	81
8	Literatur	81

9	Anhang	89
	Kooperationspartner und weitere Hilfsangebote	89
	Einsatzprotokoll	94
	Fragebogen zur posttraumatischen Anpassung	97
	Trauma-Screening-Fragebogen (TSF)	98
	PHQ-2 – Gesundheitsfragebogen für Patienten (Kurzform mit 2 Items)	99
	Hinweise zur Auswertung der Fragebögen.	100

Karten:

Checkliste für hilfreiche Materialien

Kernelemente der Psychologischen Ersten Hilfe

Einleitung

Das öffentliche Bewusstsein für die Sorge um Opfer, Überlebende, Angehörige, Hinterbliebene, Zeugen und Vermissende ist in Deutschland mit Ereignissen wie dem Flugzeugunglück in Ramstein, dem Zugunglück in Eschede und dem sog. Amoklauf in Erfurt gewachsen. Inzwischen wird es als selbstverständlich erachtet, dass nicht nur eine medizinische, sondern auch eine psychosoziale Unterstützung nach Ereignissen, bei denen Menschen zu Tode gekommen oder schwer verletzt worden sind, kurzfristig gewährleistet ist.

Während noch vor einem Jahrzehnt der Mythos vom „harten Mann“ unumstößlich galt, wird heute auch akzeptiert, dass Einsatzkräfte des Rettungswesens, der Feuerwehren, des Technischen Hilfswerkes, der Polizei und Bundeswehr Hilfsangebote zur psychosozialen Unterstützung brauchen. Die Medien berichten regelmäßig, dass Betroffene im direkten Anschluss, aber möglicherweise auch noch Tage und Wochen nach einem Ereignis unterstützt werden.

Allerdings existieren für die Anbieter psychosozialer Unterstützung nach solchen Ereignissen keine einheitlichen Standards für die Aus- und Fortbildung. Nach den terroristischen Anschlägen vom 11. September 2001 und der Naturkatastrophe in New Orleans am 29. August 2005 haben internationale Experten in einem Konsensprozess das Wissen zur ersten Phase nach einem potenziell traumatischen Ereignis in Form eines Manuals zusammengetragen (NCTSN/NCPTSD, 2006). Dabei wurde großer Wert darauf gelegt, dass die Interventionen an bekannten Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Beeinträchtigungen ansetzen und unter Bedingungen einer Schadens- oder Gefahrenlage bzw. eines Katastrophenzustands durchzuführen sind. Durch Trainings in Veranstaltungen und Internetforen wird dieses Manual der Psychologischen Ersten Hilfe (PEH) inzwischen international verbreitet und unterliegt einem hohen Qualitätsstandard (u. a. Wissensabfrage, Lizenzierung).

Beispiel: Hurrikan Katrina

Am 29. August 2005 erreichte der Hurrikan Katrina die Küste von Louisiana, Mississippi und Alabama. Über 1.800 Menschen starben während des Sturms oder an seinen Folgen, ca. 3.200 Personen werden immer noch vermisst. Die Versorgung mit Nahrungsmitteln, Trinkwasser, Strom

und Unterkünften war für die Mehrheit der Opfer anschließend über Tage nicht gewährleistet. Aufgrund von Plünderungen und Gewalt (bis hin zu Mord) wurde in der Stadt New Orleans das Kriegsrecht ausgerufen. Die bisher größte Naturkatastrophe in den USA richtete größere wirtschaftliche Schäden an als die terroristischen Anschläge am 11. September 2001.

Die genannten Anschläge und die Naturkatastrophe waren auch Anlass für die epidemiologische Forschung, stärker die kurz-, mittel- und langfristigen Auswirkungen auf die Allgemeinbevölkerung und spezifische Gruppen zu untersuchen. Während anfangs nur die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) im Fokus des Interesses stand, ist inzwischen deutlich geworden, dass sich depressive Störungen und substanzbezogene Störungen ebenfalls nach traumatischen Ereignissen gehäuft entwickeln. Entgegen vielfach geäußerter Erwartungen erholt sich die Mehrheit der Bevölkerung kurz- bzw. mittelfristig. Belastete Personen nehmen aber nicht unbedingt psychosoziale Hilfsangebote in Anspruch, so dass sich eine psychische Störung mit Krankheitswert entwickeln und diese chronifizieren kann.

Die Folgen von Hurrikan Katrina:

Am Beispiel des Hurrikan Katrina lassen sich auch die psychischen Folgen für die Bevölkerung aufzeigen. In einer Internetumfrage gaben knapp 20 % der befragten Einwohner 6 Monate nach der Naturkatastrophe Symptome an, die auf eine PTBS hinwiesen (de Salvo et al., 2007). Das langfristige psychosoziale Ausmaß des Hurrikans Katrina zeigte sich in einer Telefonbefragung von ehemaligen Einwohnern (Galea et al., 2007): Knapp 50 % gaben 30 Monate nach der Katastrophe eine Symptombelastung innerhalb der letzten 30 Tage an, die dem Ausmaß der einer Angst- oder depressiven Störung entspricht. Eine PTBS wiesen wahrscheinlich ca. 30 % der Befragten auf. Entgegen den Erwartungen berichteten psychisch belastete Personen nach dem Hurrikan Katrina von weniger Suizidgedanken, plänen und -versuchen als vor dem Ereignis (Kessler, Galea, Jones & Parker, 2006). Mangels Angeboten und Möglichkeiten der Weiterversorgung nahmen nur 20 bis 30 % der Beeinträchtigten auch Einrichtungen des Gesundheitsdienstes bzw. Behandlungen in Anspruch (de Salvo et al., 2007; Wang et al., 2008).

Basierend auf epidemiologischen Befunden möchte der vorliegende Band verdeutlichen, dass eine psychosoziale Unterstützung nicht nach wenigen Tagen nach einem traumatischen Ereignis beendet werden sollte. Um den unterschiedlichen Bedürfnissen der Allgemeinbevölkerung und spezifischen Risikogruppen (z. B. Kinder und Jugendliche oder Menschen mit geistiger Behinderung) gerecht zu werden, wird ein gestuftes diagnostisches Vorge-

hen und ein Versorgungsmodell vorgestellt. Beide streben durch eine interdisziplinäre und organisationsübergreifende Zusammenarbeit an, gezielt und systematisch psychosoziale Maßnahmen anzubieten. Die vorgestellten Interventionen folgen dem Konzept der Psychologischen Ersten Hilfe (NCTSN/NCPTSD, 2006) und wurden für den deutschsprachigen Raum adaptiert und ergänzt. Sie sprechen in erster Linie psychosoziale Helfer im Einsatzgeschehen an (z. B. Notfallseelsorger und -psychologen, Kriseninterventionsteams, psychosozial geschulte Einsatzkräfte). Allerdings können auch während des Verlaufs einer Beratung oder Psychotherapie Ereignisse auftreten, die beschriebene Interventionen (z. B. Stabilisierung nach einem traumatischen Ereignis, Umgang mit akuter Trauer, Überbringung einer Todesnachricht) notwendig machen. Im Gegensatz zu dem in dieser Reihe erschienenen Band zur Anpassungsstörung und akuten Belastungsreaktion (Bengel & Hubert, 2010) werden also Interventionen vorgestellt, die unmittelbar nach einem traumatischen Ereignis noch am Einsatzort und damit nicht störungsspezifisch, aber berufsübergreifend angewendet werden können.

Dieses Buch wäre ohne die Unterstützung von zahlreichen Kolleginnen und Kollegen nicht zu Stande gekommen. Danken möchte ich Frau Dipl.-Psych. Anja Söchtig und Herrn Dipl.-Psych. Sören Kliem für die Hilfe bei den Literaturrecherchen. Frau Dr. Kristina Schütz und Frau Dipl.-Psych. Anika Huse haben mir Anregungen zur sprachlichen Gestaltung gegeben und (immer wieder) Manuskriptteile korrigiert. Ferner danke ich Frau Dr. Patricia Watson, National Center for Posttraumatic Stress Disorder, für ihre Unterstützung. Wertvolle Hinweise für den Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung habe ich von Frau Dipl.-Psych. Frauke Werther, Beauftragte der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen für Menschen mit geistiger Behinderung, und Herrn Dipl.-Rel. Harald Bussenius, Psychotherapeutische Praxis Braunschweig, erhalten. Fragen zu religiösen Besonderheiten habe ich mit Frau Dipl.-Psych. Özlem Deutsch, Psychotherapeutische Praxis Darmstadt, Frau Lamya Kaddor, islamische Religionspädagogin in Duisburg, Herrn Pfarrer Justus Fiedler, Beauftragter der Evangelischen Kirche Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz für Notfallseelsorge im Land Berlin, und Herrn Michael Rubinstein, Geschäftsführer der jüdischen Gemeinde Duisburg, besprochen. Ihnen sei mein herzlicher Dank ausgesprochen. Zuletzt danke ich Herrn Dr. Lothar Wittmann, ehemaliger Präsident der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, und Herrn Pfarrer Frank Waterstraat, Polizeiseelsorge Niedersachsen, für wertvolle Diskussionen.

1 Beschreibung

1.1 Definition und Klassifikation von traumatischen Ereignissen

Definition laut DSM-IV-TR

Ein traumatisches Ereignis wird laut Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen; DSM-IV-TR; APA, 2003) durch zwei Merkmale charakterisiert: (1) Die Person erlebt oder beobachtet, dass die eigene Person oder andere durch tatsächlichen oder drohenden Tod oder durch eine ernsthafte Verletzung oder Gefahr der körperlichen Unversehrtheit bedroht sind. (2) Die Reaktion der Person umfasst intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen. In dieser Definition werden die Bedrohung der psychischen Unversehrtheit (u. a. durch Demütigungen, Erniedrigungen) und andere Reaktionen (z. B. Scham und Ekel) vernachlässigt.

Definition laut ICD-10

In der International Classification of Diseases (ICD-10; WHO, 2000) wird hingegen von einem belastenden Ereignis oder einer Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes (kurz- oder langanhaltend) ausgegangen, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Diese Definition lässt großen Spielraum, welche Ereignisklasse als traumatisch im Kontext der Gesellschaft bzw. der Bezugsgruppe bewertet werden muss (z. B. Arbeitsplatzverlust, Scheidung, Mitteilung einer tödlich verlaufenden Erkrankung). Außerdem gibt dieses Klassifikationssystem nur Verzweiflung als subjektive Reaktion an, wobei kein Anhaltspunkt für eine Quantifizierung besteht.

Definition Typ-I und Typ-II-Trauma

In der psychotraumatologischen Forschung wird zwischen kurz andauernden Einzelereignissen (Typ-I-Trauma) und einer Serie von Einzelereignissen bzw. lang andauernden Ereignissen (Typ-II-Trauma) unterschieden (Terr, 1991). Außerdem lassen sich Arten von Ereignissen differenzieren: durch die Natur und Technik (z. B. Erdbeben, Flugzeugabsturz) verursachte Ereignisse gelten als weniger pathogen wirkend als durch Menschen beabsichtigte Ereignisse (z. B. Vergewaltigung, terroristischer Anschlag). Traumatische Ereignisse sind von kritischen Lebensereignissen (z. B. Scheidung, Mobbing am Arbeitsplatz, Enthüllung einer außerpartnerschaftlichen Beziehung) abzugrenzen, die zwar belastend und lebensverändernd sein können, nicht aber lebensbedrohlich wirken und entsprechende Reaktionen hervorrufen.

Wenn zahlreiche Menschen durch ein Ereignis betroffen sind, wird von einer komplexen Schadens- bzw. Gefahrenlage (z. B. Massenkarambolage auf der Autobahn, Amoklauf in einer Schule) oder sogar vom Katastrophenzustand (z. B. Seebeben, Überflutung eines Stadtgebietes) gesprochen. Im Gegensatz zu den Einzelereignissen sind diese Ereignisse dadurch gekennzeichnet, dass die übliche medizinische und psychosoziale Notfall- und Regelversorgung nicht ausreicht, um das Aufkommen von Patienten und Betroffenen (Opfer, Überlebende, Angehörige, Hinterbliebene, Zeugen und Vermisste) zu bewältigen. Daher erfolgt die Hilfe nur mit erheblichen Einschränkungen und Verspätungen. Einige Besonderheiten der Notfallversorgung bei komplexen Schadens- bzw. Gefahrenlagen bzw. im Katastrophenzustand führen bei Patienten und Betroffenen häufig zu einer zusätzlichen Belastung. Sie sollten daher den Betroffenen mitgeteilt bzw. erklärt werden.

Merke:

Bei einem Massenanfall von Verletzten (MANV) wird die notfallmedizinische Behandlung priorisiert; die vital bedrohten und schwer verletzten Opfer mit Überlebenschancen werden zuerst medizinisch versorgt und abtransportiert. Bei nicht oder leicht verletzten Personen kann sich daher die Dauer der Evakuierung verlängern bzw. die Betreuung verzögern. Weitere Informationen zur Katastrophenmedizin finden sich in einem regelmäßig aktualisierten Leitfaden (Schutzkommission, 2010). Bei polizeilichen Lagen (z. B. nach Amoklauf, terroristischen Anschlägen) ist damit zu rechnen, dass Betroffene mit maskierten Personen und Schusswaffen konfrontiert werden. Ungewöhnliche Reize sind aber auch bei zivilen Lagen zu erwarten (z. B. Geruch von verbrannter Haut, Hubschrauberlärm, zerberstendes Metall). Derartige Stimuli sind gewöhnlicher Weise mit Gefahr assoziiert und lösen Angst aus. Zwar werden Betroffene häufig aus der Gefahrenzone des Einsatzortes zu Sammelstellen und anschließend zu Betreuungsplätzen gebracht. Diese sind aber vorrangig auf das körperliche Wohl ausgerichtet und werden selten psychosozial eng betreut. Sammelstellen und Betreuungsplätze sind von der Öffentlichkeit abgeschirmt, so dass Angehörige und Freunde keinen Kontakt aufnehmen können. Wenn Betroffene den Einsatzort und die Region ohne Registrierung verlassen, kann eine später einsetzende, bedarfsgerechte Versorgung kaum gewährleistet werden. Diese wird besonders dann erschwert, wenn Betroffene aus verschiedenen Regionen oder Ländern kommen. Ferner können die sonst Sicherheit vermittelnden Einsatzkräfte körperlich sehr beansprucht und selbst psychisch belastet sein, was negative Auswirkungen auf die Kommunikation mit Betroffenen und die Versorgung haben kann.

1.2 Traumatische Lebensereignisse in der Lebensspanne

Für nahe stehende Personen können insbesondere Ereignisse mit Todesfolge traumatisch erlebt werden.

Die Schlagzeilen in den Medien über komplexe Schadens- bzw. Gefahrenlagen und Katastrophen lassen uns manchmal die Ereignisse vergessen, die alltäglich geschehen und eine psychosoziale Unterstützung notwendig machen können. Ein Blick in die amtlichen Statistiken über Todesursachen, Krankenhausdiagnosen und Straßenverkehrsunfälle sowie die polizeiliche Kriminalstatistik zeigt beispielhaft, welche Ereignisse mit Todesfolge oder schwere Verletzungen im Verlauf der Lebensspanne auftreten können. Dabei wird deutlich, dass die Häufigkeit von tödlichen und schweren Verletzungen abhängig von Alter, Geschlecht, Entwicklungsstand und soziokulturellen Risiken ist.

Im ersten Lebensjahr ist weiterhin der plötzliche Kindstod eine der häufigsten Todesursachen (Vennemann, Fischer & Findeisen, 2003). Ein Drittel der Verletzungen mit Todesfolgen sind bei Kindern unter einem Jahr auf Gewalthandlungen zurückzuführen (vgl. Ellsäßer, 2010, für die folgende Zusammenfassung). Ab einem Lebensalter von einem Jahr ist die Sterberate bei Jungen in allen Alterskohorten höher als bei Mädchen. Im Kleinkindalter sind Unfälle mit Todesfolgen (z. B. Stürze, Ertrinken, Ersticken, Hausbrand) die häufigsten Ursachen. Bei Jugendlichen sind Unfälle im Straßenverkehr der häufigste Grund für Tod und Verletzung. Allerdings ist ein Rückgang an Verkehrsunfällen mit Todesfolge und schweren Verletzungen in den Alterskohorten unter 15 Jahren zu verzeichnen. Die zweithäufigste Todesursache sind in der Altersgruppe der 15- bis 20-Jährigen seit Jahren Suizide. Zudem werden insbesondere Jugendliche häufig Opfer von Sexual- und Raubdelikten. Im Erwachsenenalter sind Unfälle im Haushalt und Straßenverkehr sowie tödlich verlaufende Erkrankungen (akuter Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz, Schlaganfall) häufige Todesursachen. Im Kontext von psychischen Störungen (u. a. Depression, Substanzabhängigkeit, Persönlichkeitsstörungen) und tödlich verlaufenden, körperlichen Erkrankungen können auch im Erwachsenenalter Suizide und Suizidversuche auftreten.

1.3 Kurzfristige Reaktionen

Keine prognostische Bedeutung unmittelbarer Beschwerden

Unmittelbar nach traumatischen Ereignissen kann es bei einer Vielzahl von Menschen zu unspezifischen Beschwerden kommen. Diese Reaktionen können sehr individuell hinsichtlich der Art, Intensität und Stabilität sein. Tabelle 1 fasst mögliche Reaktionen zusammen, die unmittelbar nach dem Ereignis auftreten können. Weder die häufig als negativ bewerteten noch die kurzfristig als konstruktiv geltenden Reaktionen haben eine prognostische Bedeutung für den weiteren Verlauf und die psychische Beeinträchtigung.

Tabelle 1: Mögliche unmittelbare Reaktionen im Anschluss an ein traumatisches Ereignis

Bereich	Häufige Reaktionen	Konstruktive Reaktionen
kognitiv	Verwirrung, Desorientierung, Sorgen, Intrusionen	Entschlossenheit, geschärfte Wahrnehmung, hohe Selbstwirksamkeitserwartung
emotional	Angst, Trauer, Traurigkeit, Ärger	Verbundenheit, Zugehörigkeit, Mitgefühl
interpersonell	Rückzug, Erleben von Entfremdung, aggressives Verhalten	Umsetzen von Instruktionen und Hinweisen, altruistisches Verhalten
physiologisch	Schock, Erschöpfung, Schmerzen, hohe Herzrate und Atemfrequenz	Hohe Aufmerksamkeit und Konzentration

1.4 Häufige psychische Störungen im weiteren Verlauf

Akute Belastungsstörung bzw. Akute Belastungsreaktion. Die Akute Belastungsstörung (ABS) darf laut DSM-IV-TR (APA, 2003) nur im ersten Monat nach dem traumatischen Ereignis diagnostiziert werden. Die Kriterien der Akuten Belastungsreaktion (ABR) in der ICD-10 (WHO, 2000) unterscheiden sich von denen der ABS, insbesondere hinsichtlich der dissoziativen Symptomatik und dem Zeitkriterien. In Tabelle 2 sind daher die Kriterien im Vergleich aufgeführt.

Tabelle 2: Diagnostische Kriterien der Akuten Belastungsstörung laut DSM-IV-TR bzw. Akuten Belastungsreaktion nach ICD-10 (F43.0)

Kriterien	DSM-IV	ICD-10
Trauma	– Ereignis, das schwere körperliche Verletzung, tatsächlichen oder möglichen Tod oder eine Bedrohung der physischen Integrität der eigenen Person oder anderer Personen beinhaltet – Subjektive Reaktion mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen	Außergewöhnliche seelische oder körperliche Belastung Es gibt zwei Symptomgruppen. Die Akute Belastungsreaktion wird unterteilt in: F43.00 leicht nur Symptome aus Gruppe 1. F43.01 Symptome aus Gruppe 1 und zwei Symptome aus Gruppe 2. F43.02 schwer Symptome aus Gruppe 1 und vier Symptome aus Gruppe 2. oder dissoziativer Stupor (F44.2)

Tabelle 2: Fortsetzung

Kriterien	DSM-IV	ICD-10
Symptomatik	Vorliegen von Symptomen aus den Bereichen: – Dissoziation (mind. 3) – Intrusion (mind. 1) – Vermeidung/emotionale Taubheit – vegetative Übererregung	<i>Symptomgruppe 1:</i> Mind. vier von möglichen 22 Symptomen der Generalisierten Angststörung, davon eines der folgenden vegetativen Symptome: 1. Palpitationen, Herzklopfen oder erhöhte Herzfrequenz 2. Schweißausbrüche 3. Fein- oder grobschlägiger Tremor 4. Mundtrockenheit (nicht infolge Medikation oder Exsikkose) <i>Symptomgruppe 2:</i> a. Rückzug von erwarteten sozialen Interaktionen b. Einengung der Aufmerksamkeit c. Offensichtliche Desorientierung d. Ärger oder verbale Aggression e. Verzweiflung oder Hoffnungslosigkeit f. Unangemessene oder sinnlose Überaktivität g. Unkontrollierbare oder außergewöhnliche Trauer (zu beurteilen nach den jeweiligen kulturellen Normen)
Beginn der Störung	Innerhalb von 4 Wochen	Innerhalb einer Stunde nach dem Ereignis
Dauer	Mind. 2 Tage, max. 4 Wochen	Klingt innerhalb von 8 Stunden ab, bei bestehender Belastung nach 48 Stunden
Beeinträchtigung	Klinisch bedeutsame Beeinträchtigung in wichtigen Lebensbereichen oder in der Fähigkeit, wichtige Aufgaben zu verrichten	Keine spezifischen Angaben
Ausschlusskriterien	Nicht direkte Folge einer Substanz oder medizinischen Faktors, keine Kurze Psychotische Störung, keine Verschlimmerung einer posttraumatischen Belastungsstörung oder einer anderen psychischen Störung oder Persönlichkeitsstörung	Plötzliche Verschlechterung von prätraumatischen, bestehenden Symptomen, keine andere Angststörung, nicht zurückführbar auf körperliche Erkrankungen und psychotrope Substanzen

Keine Pathologisierung!

Die Bezeichnung in der ICD-10 als „Reaktion“ und das Abklingen der Symptomatik innerhalb von Stunden bzw. Tagen hebt hervor, dass es sich um eine normale Reaktion auf ein belastendes Ereignis handelt. Zwar sollte gegenüber Patienten und Angehörigen eine derartige entpathologisierende

Sichtweise eingenommen werden, allerdings muss mit Blick auf Kostenträger in der Dokumentation anschaulich verdeutlicht werden, dass es sich um eine krankheitswertige Störung handelt.

In Abhängigkeit von der Art des traumatischen Ereignisses (z. B. Unfällen im Straßenverkehr, Arbeitsunfällen oder körperlichen Übergriffen) kommt die ABS in unterschiedlicher Häufigkeit vor (Harvey & Bryant, 2002). Beispielsweise erfüllten nach einer Vergewaltigung 94 % der betroffenen Frauen die Symptomatik (ohne Dissoziation; Rothbaum & Davis, 2003). Nach Raub und Überfällen waren es 25 % der Betroffenen (Elklit, 2002), während nach Verkehrsunfällen 13 % die Kriterien erfüllten (Harvey & Bryant, 1998).

Im Gegensatz zu den unmittelbaren Reaktionen ist die Diagnose einer ABS ein guter Prädiktor für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung. In 10 prospektiv angelegten Studien entwickelten im Mittel 75 % der Personen mit ABS eine PTBS; allerdings erfüllten nur 39.5 % mit PTBS vorher eine ABS (Bryant, 2003a). Wenn auch dissoziative Zustände während des traumatischen Ereignisses als Risikofaktor gelten, gibt es inzwischen Hinweise, dass die dissoziative Symptomatik der ABS keine prädiktive Bedeutung hat, wie es bei der Einführung in das Klassifikationssystem 1994 angenommen wurde (Harvey & Bryant, 1999).

Posttraumatische Belastungsstörung. Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) steht nach traumatischen Ereignissen im Blickfeld der Öffentlichkeit und der Forschung, obwohl sich auch andere Angststörungen (z. B. Spezifische Phobien, Generalisierte Angststörung) entwickeln können. Beim Vergleich der diagnostischen Kriterien der Klassifikationssysteme in Tabelle 3 fällt auf, dass das DSM-IV-TR die Kriterien konkreter festlegt sowie Vermeidung und emotionale Taubheit hervorhebt; das ICD-10 hingegen das intrusive Wiederleben betont.

Tabelle 3: Diagnostische Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung laut DSM-IV-TR bzw. ICD-10 (F43.2)

Kriterien	DSM-IV	ICD-10
Trauma	Wie bei der akuten Belastungsstörung	Kurz oder lang anhaltendes Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen könnte
Symptome	Vorliegen von Symptomen aus den Bereichen: Intrusion (mind. 1) Vermeidung/emotionale Taubheit (mind. 3) vegetative Übererregung (mind. 2)	– Aufdringliche Nachhallerinnerungen (Flash-backs), lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume – Vermeidung von Umständen, die mit dem Ereignis in Zusammenhang stehen – Entweder teilweise oder vollständige Amnesie – oder anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität

Prävalenzraten der ABS

ABS als Prädiktor für die Posttraumatische Belastungsstörung

Tabelle 3: Fortsetzung

Kriterien	DSM-IV	ICD-10
Beginn der Störung	4 Wochen nach dem traumatischen Ereignis akut = bis 3 Monate, chronisch = ab 3 Monate, verzögerter Beginn = wenn die Symptomatik erst ab 6 Monate nach dem Trauma einsetzt	Innerhalb von 6 Monaten nach dem Trauma, späterer Beginn ist gesondert anzugeben
Dauer	Mind. 4 Wochen	Keine Angaben
Ausschlusskriterien	Keine Angaben	Keine Angaben

Posttraumatische Belastungsstörung in Deutschland:

In einer repräsentativen Studie in der Region München (Perkonig, Kessler, Storz & Wittchen, 2000) berichteten 25 % der Teilnehmer und knapp 18 % der Teilnehmerinnen im Alter von 14 bis 24 Jahren von mindestens einem potenziell traumatischen Ereignis in ihrem bisherigen Leben. Körperliche Angriffe, schwerwiegende Unfälle und Zeuge solcher Ereignisse wurden am häufigsten angegeben. Auch hier ergab sich ein geschlechtsbezogener Effekt: Männliche Teilnehmer berichteten insgesamt häufiger als weibliche von Ereignissen; allerdings wiesen Teilnehmerinnen mit 2 % häufiger eine PTBS auf. Ähnliche Befunde wurden in der Bremer Jugendstudie beschrieben (Essau, Conradt & Petermann, 1999). Von den Münchnern, die die Kriterien einer PTBS erfüllten, remittierten 52 % innerhalb von 3 bis 4 Jahren (Perkonig et al., 2005). Ein chronischer Verlauf war verbunden mit dem Erlebnis eines weiteren traumatischen Ereignisses in der Nachbefragungszeit sowie neu aufgetretenen somatoformen bzw. anderen Angststörungen.

**Hohe Remissionsraten
in den ersten
Monaten!**

Prävalenzraten

Nach komplexen Schadens- und Gefahrenlagen bzw. Katastrophen wurde am häufigsten die posttraumatische Symptomatik untersucht (Neria, Nandi & Galea, 2008). Während die unmittelbaren Reaktionen und die ABS bei der überwiegenden Mehrheit wieder abklingt, bleibt die posttraumatische Symptomatik bei Menschen mit bestimmten Risikomerkmale bestehen. Dies gilt selbst nach Ereignissen wie einem terroristischen Anschlag (z. B. auf das World Trade Center, Galea et al., 2002; 2003), die von Menschen intendiert wurden, oder einer Naturkatastrophe, die die Infrastruktur zerstört hat (wie der Hurrikan Katrina, Galea et al., 2007). Während beispielsweise die Prävalenz der posttraumatischen Symptomatik bei Einwohnern in Manhattan von 7,5 % ein Monat nach den terroristischen Anschlägen auf 1,7 % und 0,6 %

nach vier bzw. sechs Monaten remittierten, war die Prävalenz bei Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status mit 10,2 % höher (Neria et al., 2006). Insgesamt wurde eine Rate von akuter PTBS nach terroristischen Anschlägen bei ca. 30 bis 40 % der Erwachsenen festgestellt; zwei Jahre später waren es noch ca. 20 % (Whalley & Brewin, 2007, für einen Überblick).

Außerdem kann sich eine posttraumatische Symptomatik bei ca. 10 % der mit dem traumatischen Ereignis konfrontierten Personen verzögert entwickeln. Ein erhöhter Konsum von Reportagen zum Jahrestag kann zu dieser später einsetzenden Symptomatik beitragen (Bernstein, Ahern, Tracy, Boscarino & Galea, 2007). Fehlende soziale Unterstützung, das Auftreten zusätzlicher traumatischer Ereignisse und anhaltende Stressoren (z. B. Trennung von Partner, Verkehrsunfall) sowie Verluste (z. B. Einkommens- und Arbeitsplatzverlust, Neuansiedelung in einer anderen Region des Landes) tragen zur Aufrechterhaltung der posttraumatischen Symptomatik langfristig bei (Galea et al., 2008).

**Verzögerter
Beginn durch
Medienkonsum**

Depressive Störungen. Eine wachsende Zahl an Studien untersucht die depressive Symptomatik nach einem traumatischen Ereignis, was insbesondere unter Berücksichtigung des rezidivierenden und teilweise chronischen Verlaufs der Major Depression (MD) gesundheitsökonomisch besonders wichtig erscheint. In Tabelle 4 sind die diagnostischen Kriterien der depressiven Episode laut ICD-10 zusammengestellt, welche sich mit denen des DSM-IV-TR gleichen.

Tabelle 4: Diagnostische Kriterien der depressiven Episode laut ICD-10 (F32)

Kriterien	ICD-10
Depression	(a) leichte, (b) mittelgradige, (c) schwere Episode
Symptome	Vorliegen von mind. (a) ≤ 2 ; (b) ≤ 2 und (c) ≤ 3 Hauptsymptome – depressive Stimmung – Interessenverlust, Freudlosigkeit – Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit
Weitere Symptome	Vorliegen von mind. (a) ≤ 2 ; (b) ≤ 3 und (c) ≤ 5 Zusatzsymptome – Selbstwertverlust – unbegründete Schuldgefühle/Selbstvorwürfe – Suizidgedanken/-handlungen – Konzentrations- bzw. Entscheidungsschwierigkeiten – Psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung – Schlafstörungen – verminderter oder gesteigerter Appetit
Dauer	mind. 2 Wochen
Ausschlusskriterien	– Manischen oder hypomanischen Episoden in der Anamnese, Anpassungsstörung – Depressive Episode mit Störung des Sozialverhaltens – Nicht auf psychotrope Substanzen oder auf eine organische psychische Störung zurückführbar

Prävalenzraten

Beispielsweise erfüllten 2 Wochen nach Verkehrsunfällen knapp 10 % und nach 6 Monaten 8 % die Kriterien einer Major Depression (Ehring, Ehlers & Glucksman, 2008). Werden die Folgen der terroristischen Anschläge vom 11.03.2004 in Madrid und 11.09.2001 in Manhattan verglichen, fällt auf, dass die Rate der wahrscheinlichen PTBS zwar in Madrid niedriger ausfällt, die Rate der wahrscheinlichen MD mit 8 % bzw. knapp 10 % aber ähnlich hoch ist (vgl. Abb. 1; Galea et al., 2002; Miguel-Tobal et al., 2006). In einem längeren Zeitraum von zwei Jahren nach einem derartigen Ereignis erlebten allerdings ungefähr 30 % mindestens eine depressive Episode.

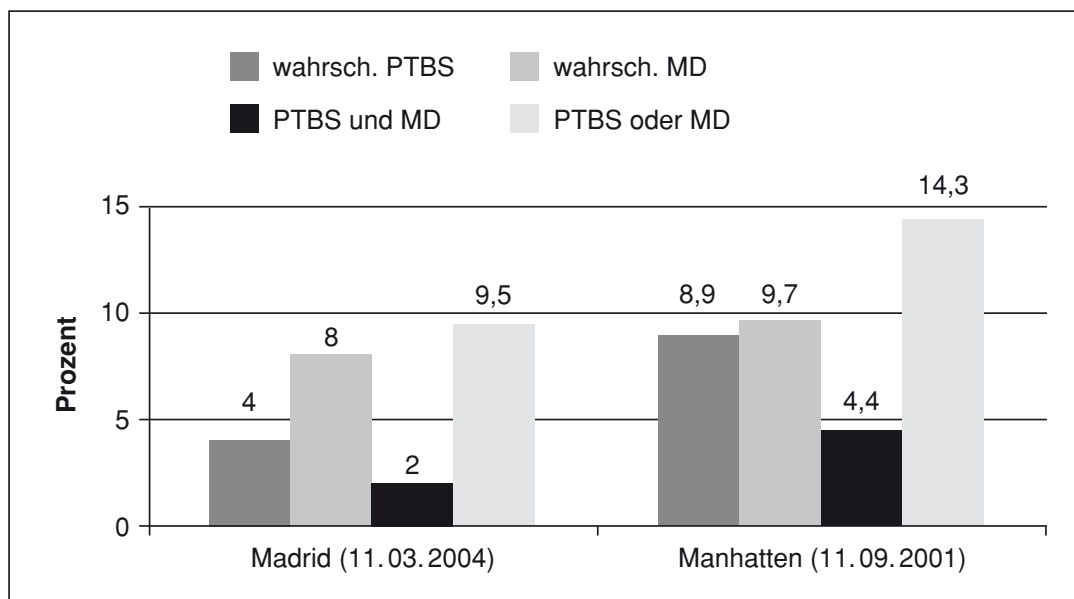


Abbildung 1: Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung und Major Depression in Selbstberichten seit den Anschlägen in Madrid (Miguel-Tobal et al., 2006; N = 1.589) und Manhattan (Galea et al., 2002; N = 988) ca. einen Monat nach den Ereignissen

Ähnlich wie bei der posttraumatischen Symptomatik sind ein niedriges Einkommen, zusätzliche traumatische Ereignisse und anhaltende Stressoren Prädiktoren für eine längerfristige Beeinträchtigung durch eine depressive Symptomatik (Beard et al., 2008; Nandi, Tracy, Beard, Vlahov & Galea, 2009). Soziale Unterstützung hat nur bei denen Einfluss ausgeübt, die mehrere depressive Episoden erlebten. Eine verspätete depressive Symptomatik lässt sich auf zusätzliche Ressourcenverluste zurückführen, die unmittelbar nach dem Ereignis noch nicht abzusehen waren.

Akute Trauerreaktionen

Nach dem Verlust einer geliebten oder nahe stehenden Person ist mit einer akuten Trauerreaktion zu rechnen, die sehr unterschiedlich ausfallen kann. Auch wenn es am Anfang schmerzhaft ist, sind Trauerreaktionen gesund und normal. Akute Trauerreaktionen sind voraussichtlich bei den Personen besonders intensiv, die den Tod eines geliebten Familienmitglieds oder guten