

Klaus Heinerth

Von der Akuten zur Posttraumatischen Belastungsreaktion

Eine stresstheoretische Begründung zur klientenzentrierten Intervention

Zusammenfassung

Klaus Heinerth klassifiziert zu Beginn seines grundlegenden Beitrags den psychologischen Notfall nach Dauer und Ursache sowie nach Gruppen von Betroffenen. Er betrachtet die physiologischen Bedingungen des Organismus im akuten Notfall sowie die Phänomene von Schock, akuter, posttraumatischer und chronischer emotionaler, das heißt organismischer und kognitiver, Reaktionen in ihrer Klassifikation nach ICD-10; er arbeitet Gemeinsamkeiten heraus und interpretiert sie evolutionstheoretisch. Klaus Heinerth entwickelt die Hypothese, dass alle traumatischen Beeinträchtigungen auf der Tatsache beruhen, dass die evolutionär angelegten Stress-Reaktionen wie Kampf, Flucht, Täuschung, Erstarrung, immer dann, wenn sie – aus welchen Gründen auch immer – nicht ausgelebt werden können, den Organismus weiterhin dauerhaft in seinem physiologisch erregten Zustand belassen, der psychologisch der Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung entspricht. Die daraus entstehenden Symptome können als archaischer Ausdruck derartiger Spannungen gesehen werden, die ihre eigenen Symptome suchen. Aus diesem Verständnis werden psychotherapeutische Wege zur Lösung diskutiert: in einer archaisch determinierten Situation ist nur eine archaische Kommunikation klientenzentriert, um das Opfer erreichen zu können.

Schlüsselwörter: Stress, Stresserleben, Stressreaktionen, Posttraumatische Belastungsreaktion, Notfallpsychologie, Krisenintervention, Klientenzentrierte Psychotherapie, Evolutionstheorie.



Prof. Dr. Klaus Heinerth

Professor an der Ludwig-Maximilians-Universität in München seit 1983, GwG-Ausbilder in Gesprächspsychotherapie und Klientenzentrierter Gesprächsführung, Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat der GwG, Arbeitsschwerpunkte: erlebensaktivierende Methoden, Psychokatharsis, Körperkontakt, Selbstkonzept

Anschrift des Autors:

Prof. Dr. Klaus Heinerth
Universität München
Department Psychologie
Leopoldstraße 13
80802 München
E-Mail: klaus@heinerth.de

Abstract

After classifying psychological emergency according to duration, cause and groups of affected persons, basic physiological knowledge about organisms in an acute case of emergency (crisis, distress) is described. The phenomena of shock, of acute post-traumatic and of emotional (i.e. organismic and cognitive) reactions (according to ICD-10) are discussed. Correspondences between these symptoms are shown and interpreted within the context of the theory of evolution. The hypothesis is worked out that evolutionarily predispositioned stress reactions function as coping mechanisms. When the organism is not able to perform these stress reactions (aggression, escape, deception and paralysis) it will last continuously in its physiologically excited condition. Resulting psychological symptoms (e.g. self-incongruence) can be understood as an archaic expression of this physiological tension seeking its expression. In this approach psychotherapeutic ways of resolving are discussed: archaic communication which has to be client centered to reach the person to solve an archaic conflict.

Key words: Stress, Stress Reactions, Posttraumatic Stress Disorder, Emergency Psychology, Client Centered Theory, Theory of Evolution.

Einleitung

Das im Trend liegende Fach der Notfallpsychologie ist komplex, theoriefrei und bisher nur wenig strukturiert. Meine Ausführungen dienen dem Ziel, in dieses heterogene Feld Struktur zu bringen, und es in einen größeren theoretischen Zusammenhang zu stellen. Dabei nehme ich in Kauf, dass ich durch das Bemühen, die Komplexität der Realität zu reduzieren, manche Details nicht hinreichend würdigen kann. Ich schlage ein Modell vor, das die phänomenale Wirklichkeit von Stress und den möglichen folgenden Reaktionen, repräsentiert durch die ICD-10-Klassifikation, in ihrem typischen Verlauf stresstheoretisch, evolutionär und klientenzentriert begründet und ein tieferes Verständnis für die Phänomene in der Notfallpsychologie ermöglicht und gleichzeitig auch Grundlagen liefert, aus denen heraus notfallpsychologische und psychotherapeutische Interventionen abgeleitet werden können. Dabei unterscheide ich einerseits zwischen Notfallpsychologie (in der akuten Situation) und Traumatherapie (die Posttraumatische Belastungsreaktion und Anpassungsstörungen betreffend), und andererseits zeige ich die Gemeinsamkeiten dieser Interventionsformen auf. Die umfassendere Sichtweise erlaubt es, größere Zusammenhänge zu betrachten und sie ist praxisrelevant, da eine gegenseitige Verschränkung besteht: Es kann sowohl aus einer unbehandelten akuten Belastungsreaktion eine posttraumatische erwachsen, als auch in der Traumatherapie immer wieder zu „Notfällen“ bzw. zu Re-Inszenierungen kommen, so dass auch hier Verständnis für und Kenntnisse über die akute Notfallpsychologie von Bedeutung sind.

Definition „Psychologischer Notfall“

Der Begriff soll zunächst (bevor später spezifische Aussagen gemacht werden) ganz allgemein verstanden werden, nämlich umgangssprachlich als ein Ereignis, das den Organismus auf der Erfahrungsebene psychisch oder körperlich in Not bringt, durch eine wirkliche

Schädigung, oder auch durch die Erwartung einer wirklichen Verletzung. Notfall ist damit mit Begriffen wie Stress-Reaktion, Bedrohung oder Verletzung für Leib oder Seele (bedrohliche Selbsterfahrung, Kränkung), Trauma, emotional kritisches (Lebens-) Ereignis, Misserfolg, Scheitern, Abschied und Tod, Krankheit und Gebrechen, Katastrophe, Folter und Vergewaltigung, Todesurteile (z.B. infauste Diagnosen) etc. assoziiert. Mit diesen akuten Notfällen sind solche Nöte verschwiert, die langfristig oder schleichend geschehen: Dauerbelastung, Überforderung, burn out, Leiden an Sinnlosigkeit oder am Schuldigwerden, Bindungsfrustration (Verweigerung von Anerkennung: Misstrauen, Verachtung, bedingte Wertschätzung, Abwertung und Empathiever sagung, Verunsicherung, Verwöhnung, Autonomieversagung, Verwahrlosung). Dies sind solche Erfahrungen, die unbehandelt oder unbearbeitet langfristig Inkongruenzerfahrungen verursachen: eine spannungsvolle Diskrepanz zwischen dem Selbstkonzept und den erlebten Erfahrungen. So können alle akuten Nöte schließlich chronifizieren, posttraumatische Störungen (auch Persönlichkeitsveränderungen) verursachen (s.u.). Schließlich ist noch zu bemerken, dass alle genannten Nöte nicht nur die Person selbst betreffen, sondern auch ihre Partner und Angehörige, die ihrerseits zu den Hilfsbedürftigen zählen.

Mit diesen Überlegungen wird das Phänomen des psychologischen Notfalls weiter gefasst als üblich: Ein Psychotrauma (z.B. nach Höger und Wilk) ist eine psychische Verletzung, die gekennzeichnet ist

1. durch ein definiertes traumatisierendes Ereignis, das überwältigend beeinträchtigend ist,
2. durch Bedrohung oder Verlust der körperlichen, damit auch emotionalen Unversehrtheit und
3. durch Bedrohung oder Verlust von Sicherheit und
4. durch Kontrollverlust und Hilflosigkeit.

Hingegen wird hier das Phänomen des psychologischen Notfalls in einem

weiteren Sinne verstanden. Statt des definierten traumatisierenden Ereignisses werden auch schleichende Verletzungen mit in die Betrachtung einbezogen, da sie nach den gleichen Regeln die Integrität des Menschen verletzen – wenn auch nicht so augenfällig.

Klassifikation von Notfällen

Es gibt zwei psychologisch wesentliche Kriterien, nach denen ein Notfall klassifiziert werden kann:

1. nach Dauer: Ein einmaliges traumatisierendes Ereignis (z.B. ein Unfall, dessen Folgen absehbar und nicht bleibend sein müssen) wiegt anders als ein dauerhaft schädigendes Geschehen (z.B. Konzentrationslager, abwertende Eltern, Krebsdiagnose mit infauster Prognose).
2. nach Verursachung: Ein durch Menschen verursachtes Trauma wird besonders interpretiert und schwerer bewertet als ein von keinem Menschen verschuldeter Schicksalsschlag. Die Frage der Schuldzuweisung verändert das Erleben des Traumas grundsätzlich. Das Selbstkonzept ist ganz anders bedroht, besonders, wenn es sich bei den Übergriffen um solche von Bindungspersonen handelt.

Nicht alle Notfälle können den Kriterien eindeutig zugeordnet werden. Die häufig genannte Kategorie „belastende Nachrichten“ und ähnliche unspezifische Phänomene müssten in Tabelle 1 in allen vier Feldern aufgeführt werden, wobei sie jeweils anders zu verstehen und zu bewerten wären. Auch die Kategorie „Folter“ kann von kurzer oder längerer Dauer sein und wird damit unterschiedlich verarbeitet.

Betrachtet man die Diagonale des Schemas (Tabelle 1) so vergrößert sich die Schwere des Traumas von links oben (einfachere Fälle, meist punktuelle akute Belastungsreaktionen) bis rechts unten. Hier können die Folgen so gravierend sein, dass es zu Persönlichkeitsstörungen kommen kann (wie noch behandelt werden soll).

Tabelle 1: Psychologische Klassifikation von Notfällen

Ursachen	Dauer: kurz	Dauer: länger
Naturkatastrophen und Unglücksfälle	Naturkatastrophen Verkehrsunfälle Arbeitsunfälle berufsbedingte Unfälle (Militär, Polizei, Feuerwehr etc.)	bleibende unfallbedingte Behinderungen (z.B. Querschnittslähmungen) chronische Krankheiten
vom Menschen verursachte Traumata (man made disasters)	Kriminalfälle (Überfall, Schießerei, Geiselnahme) Vergewaltigung, Folter	Kriegserlebnisse (politische Inhaftierung, KZ-/ Vernichtungslager) Geiselnahme, Folter
von Bezugspersonen verursachte Traumata		familiäre Gewalt: physisch, sexuell, emotional Missbrauch: sozial, emotional, sexuell Vernachlässigung: physisch, emotional Bindungsenttäuschung: Abwertung, Empathiever-sagung

Wird das Individuum einmalig im Erwachsenenalter durch die Bezugsperson, z.B. den Partner verletzt, so kann es dies in der Regel verarbeiten, hier müssen keine pathologischen Phänomene folgen. Erst dann, wenn ein Partner andauernd traumatisiert wird (oder bei gegenseitiger Traumatisierung), wird das Selbstkonzept nachhaltig erschüttert – zu dem so treffend bezeichneten Zustand der Zerrüttung. Eine zerrüttete Partnerschaft ist regelmäßig gekoppelt mit einer länger dauernden internen Krisensituation, einer Labilisierung des Selbstkonzeptes mit den entsprechenden Symptomen einer akuten bzw. auch posttraumatischen Belastungsreaktion.

Die Klasse der „von Menschen verursachte Traumata“ habe ich weiter als in der Literatur üblich differenziert. Es ist von besonderer Relevanz, wenn Traumata von Bindungspersonen verursacht werden. Hier sind besonders (und vielleicht nur) die länger andauernden Traumata (besonders, da meist Kinder die Opfer sind) die entscheidende Ursache für emotionale Störungen. Dies gilt besonders dann, wenn damit sexueller Missbrauch verbunden ist. Da verbotene Sexualität mit einem schweren gesellschaftlichen Tabu behaftet ist, ist andauernder sexueller Missbrauch kaum denkbar ohne gleichzeitigen sozialen Missbrauch und die Bindung zerstörende Verlogenheit. Sozialer Missbrauch bei Kindern ist deswegen so einschneidend folgeschwer, weil Kinder nur im sozialen Kontext mit Bindungspersonen ihr Selbstkonzept aufbauen können, und wenn diese Bindungsperson das Kind

sozial und/oder sexuell missbraucht, ist eine angemessene Verarbeitung für das noch nicht autonome Selbstkonzept des Kindes kaum möglich. Ein konstruktiver Aufbau des Selbstkonzepts erscheint, wenn das Kind keine anderen Bindungspersonen zur Verfügung hat, unmöglich. Aus diesem Grunde wird so häufig beobachtet, dass Menschen, (vor allem Frauen) mit Borderline-Störungen in der Kindheit sexuellen Missbrauch erfahren haben.

Die entsprechende Rubrik für kurz dauernde Traumata bleibt unbesetzt, weil es nicht denkbar ist, dass ein punktueller sozialer Missbrauch bei Kindern bei sonst intakter Beziehung zu Störungen führt. Die Theorie, dass emotionale Störungen durch ein einmaliges Traumaerleben verursacht werden, wird heute zurückgestellt zugunsten der Theorie, dass nur andauernde Traumata pathogen sind, auch, und besonders, wenn diese nicht spektakulär, sondern schleichend, unterschwellig, aber andauernd wirken. Ein einmaliger sozialer Missbrauch, der eingebettet ist in einen gesunden sozialen Kontext mit den Bezugspersonen, muss zu keiner dauernden Schädigung führen. Es ist hier nicht das Trauma selbst, sondern der Umgang der Bindungspersonen mit dem Missbrauch, der traumatisierend wirkt. Sehr häufig sind die augenfälligen Traumata auch nur möglich in einer zuvor grundsätzlich gestörten sozialen Beziehung mit den Bindungspersonen. Es sind zwar gewöhnlich die punktuellen Traumata, die den Blick auf sich ziehen, aber sie sind als langfristige Störung nur denk-

bar, wenn sie mit einer andauernden sozialen traumatisierenden Erfahrung verbunden sind, die im Kindesalter verhindert, dass sich ein gesundes Selbstkonzept entwickeln kann. (Beispiel: Eine Klientin ist wegen eines einmaligen sexuellen Missbrauchs in die Therapie gekommen, wird dann aber der desolaten Situation ihrer Kindheit gewahr. Wenn Klienten nur von einem einzelnen Trauma sprechen, lohnt es gewöhnlich, ein pathogenes Umfeld zu vermuten.)

So wird deutlich, dass das zweidimensionale Schema nach Ursache und Dauer eines Traumas eine dritte Dimension entbehrt, die für Psychotherapeuten sehr wesentlich ist: die Differenzierung nach dem Zeitpunkt der Traumatisierung. Es macht einen wesentlichen Unterschied, ob die Traumatisierung in der Kindheit oder später erfolgt. Die Auswirkungen hängen davon ab, in welcher Phase der Entwicklung des Selbst die Traumatisierung fällt. Je früher sich ein Trauma zuträgt, desto person-näher wird es wirksam. Sehr frühe und dauerhafte Traumata führen zu Persönlichkeitsstörungen (deswegen der Terminus Frühe Störungen, nämlich solche, die vor Ablauf von drei Jahren geschehen, in denen sich das Selbstkonzept zur individuellen Identität entwickelt).

Adressaten notfall-psychologischer Intervention

Entsprechend der zweidimensionalen Matrix in Tabelle 1 gibt es unterschiedliche Bedürfnisse verschiedener Gruppen

von Betroffenen, die auch unterschiedliches Rettungspersonal verlangen. Die folgende Tabelle 2 zeigt ein Schema, das diesen Unterschied berücksichtigt.

Besonders hinweisen möchte ich auf die beiden durch Fettdruck herausgehobene Gruppen von Betroffenen. Die erste Gruppe sind Gewalttäter, die als „betroffen“ zu gelten haben und auch Hilfe benötigen, was zwar zunächst erstaunen mag, inhaltlich jedoch gerechtfertigt ist. Die Kriminalpsychologie wie die Klinische Psychologie haben den Täter immer schon auch als Opfer gesehen (wie es z.B. bei Militär und Polizei sehr naheliegend ist).

Die andere herausgehobene Gruppe betrifft Psychologen, besonders Notfallpsychologen. Damit wird zum Ausdruck gebracht, dass ja nicht nur die Betroffenen und Angehörige einerseits, und das Rettungspersonal auf der anderen Seite betroffen sind, sondern eben auch das Rettungspersonal des Rettungspersonals, nämlich die Notfallpsychologen selbst. So wie ein Täter auch Opfer ist, laufen wir als „Retter“ immer Gefahr, auch Opfer zu werden, z.B. durch ein Übermaß an Identifikation und Überforderung (burn out).

Typischer Verlauf eines Notfalls: Phasen der Entwicklung

So unterschiedlich die Notfälle auch sind, sie lassen sich gewöhnlich alle einigen gemeinsamen Kriterien unterwerfen, die charakteristisch sind. Solch ein Verlauf und seine Alternativen werden in Abbildung 1 exemplarisch gezeigt.

Die starke schwarze Linie bezeichnet den Verlauf der Stärke des Erlebens einer Traumatisierung, wenn sie unbeachtet, unbehindert bleibt. Mit „Trauma-Bewusstsein“ ist die Genauigkeit der Symbolisierung gemeint, nämlich dass die Verletzung bewusst gemacht werden kann und verstanden wird, dass das Leiden seinen Grund im erlebten Trauma hat. Mit dem Sinken des Trauma-Bewusstseins unter die Neutrallinie Bewusstseinschwelle BS ist gemeint, dass sehr wohl ein Leiden bewusst und

Tabelle 2: Adressaten notfallpsychologischer Intervention

	Betroffene und Angehörige	Rettungspersonal
kurzdauernde Ereignisse		
Unfälle und Katastrophen	Opfer Zeugen Dolmetscher	Polizei, Feuerwehr Technisches Hilfswerk Ärzte, Sanitäter Psychologen
Kriminaltaten	Gewaltopfer Geiseln Zeugen Journalisten Gewalttäter	Polizei Ärzte Psychologen
langdauernde Ereignisse		
langfristige Notfälle	Kranke (AIDS, Krebs) Behinderte Sterbende	Ärzte, Pfleger, Schwestern Seelsorger Psychologen
Krieg, Bürgerkrieg	Kriegsopfer	Militär Polizei SFOR-Teilnehmer Psychologen
familiäre Gewalt, Missbrauch	Frauen, Kinder	Psychotherapeuten Polizei Jugendamt
Rettungsdienste	Personal Militär, Polizei Strafrichter Psychologen	Psychologen Psychotherapeuten Coach Supervisoren

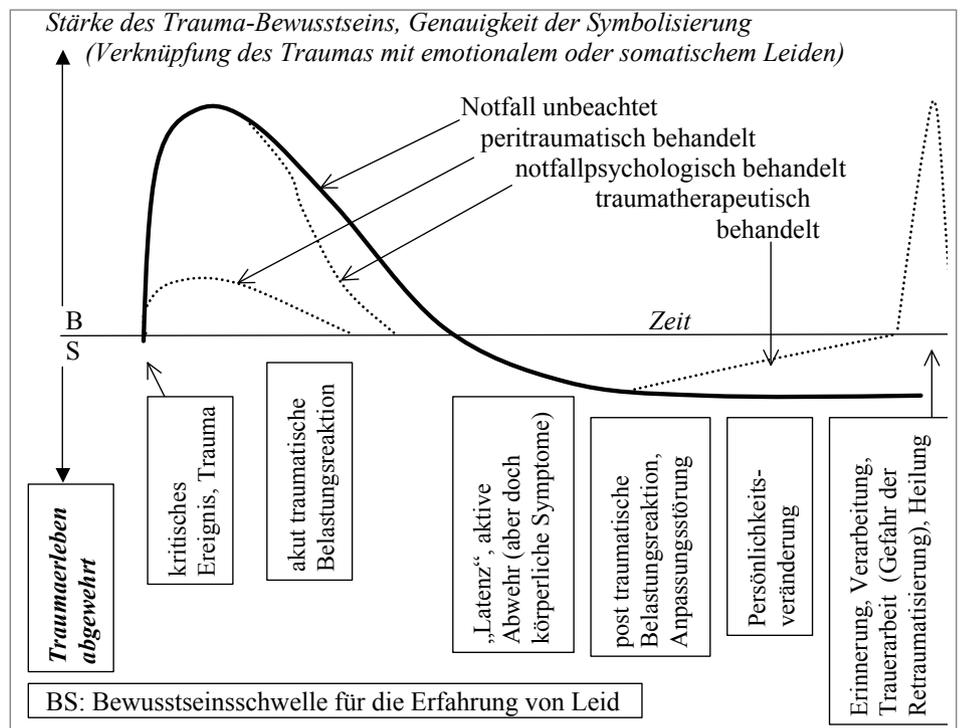


Abbildung 1: Typischer Verlauf eines Notfalls

stark sein kann, aber nicht mehr mit dem Trauma verknüpft zu sein scheint.

Wenn es zu einer *peritraumatischen Behandlung* kommt, also einer psychologischen Begleitung noch während der akuten Phase des Traumas (z.B. Begleitung eines Kindes zu, während und nach einer Operation), so lässt sich die Stärke des Leidens mildern und schneller auf ein erträgliches Niveau zurückführen. Diese Maßnahme ist sinnvoll, da sonst das „Trauma-Bewusstsein“ unbearbeitet unter jene Linie sinkt, die das bewusste Erleben des Traumas begrenzt. Der Unterschied besteht in der jeweils besonderen Verarbeitung, nämlich der Bewertung von einerseits Vermeidungsbemühungen, die die Traumafolgen perpetuiert, und andererseits einem wirklichen Vergessen, das es ermöglicht, dass die Traumatisierung schließlich folgenlos bleibt.

Wird eine akute Traumatisierung erst später, nach dem das Trauma sein Maximum erreicht hat, *notfallpsychologisch behandelt*, wird die Stärke der Belastung zwar nicht geändert, aber die Geschwindigkeit ihres Abfalls. Darüber hinaus kann die Behandlung dafür sorgen, dass auch hier das Trauma nicht unterschwellig weiter wirkt. (So kann z.B. die sofortige notfallpsychologische Behandlung eines Lawinenopfers in den Stunden nach der Bergung eine Posttraumatische Belastungsreaktion vermeiden helfen).

Fehlt die psychologische Begleitung eines Traumas, kann es zu einer Latenzphase kommen, zur aktiven Abwehr, in der das Opfer zwar Symptome zeigt, diese Symptome aber nicht mehr notwendig mit dem ursprünglichen Trauma in Verbindung bringt. Der Zustand kann chronifizieren und zu einer Persönlichkeitsveränderung führen, wenn nicht besondere Umstände, z.B. eine *Psychotherapie*, dieser Entwicklung entgegen wirken. Eine *Traumatherapie* wird das Trauma wieder an die Grenze des Bewusstseins bringen, wobei es durchaus möglich ist, dass die frühere Stärke des Trauma-Erlebens wieder voll bewusst wird, sogar schwerer erlebt werden kann als zu Zeiten der akuten Belastung. Dabei wird dieses Mal eine optimale

Distanz und die versichernde Begleitung durch den Therapeuten dem Klienten es erlauben, dieses Trauma jetzt angemessen zu bewältigen. Eine angemessene Traumabehandlung durchzuführen heißt auch, dass eine Retraumatisierung, ein pathologischer Rückfall zuverlässig vermieden wird.

Belastungsreaktionen in einzelnen Phasen

Einen Überblick über alle genannten Belastungsreaktionen in Abhängigkeit von ihrem zeitlichen Verlauf und in bezug auf die indizierten Maßnahmen sind in Abbildung 2 gezeigt.

Entsprechend dem dargelegten typischen Verlauf einer Traumatisierung und ihrer Folgen zeigt sich hier die Phänomenologie der Traumatisierung. Grob unterschieden sind zuerst die rein physiologischen Geschehnisse, so wie sie Selye und Cannon beschrieben haben, während die psychologischen und anschließenden psychopathologischen Phänomene sehr gut durch die ICD-10-Klassifikation beschrieben sind.

Phänomene in Abhängigkeit vom zeitlichen Ablauf zu betrachten, ist deswegen nötig, weil sich hieran die Entscheidung orientiert, welche psychologische Intervention in welcher Phase vordringlich indiziert ist. In der ersten akuten Phase ist eine psychologische erste Hilfe notwendig, die relativ unspezifisch sein und von jeder empathischen und unerschrockenen Begleitperson geleistet werden kann. Ist das Trauma erst einmal im Bewusstsein des Betroffenen und sind die Umrisse der Katastrophe deutlich, ist eine fachpsychologische Begleitung angemessen. Hierfür sind speziell ausgebildete Notfallpsychologen gerüstet. Wenn sich dann aber das Trauma verfestigt, sich eine Posttraumatische Belastungsreaktion gebildet hat, ist schließlich Psychotherapie, speziell Traumatherapie, vonnöten.

Eine fachpsychologische Begleitung, eine notfallpsychologische Intervention, kann nur so lange wirksam eingesetzt werden, wie die Latenzphase noch nicht eingesetzt hat. Nach Einsetzen der Latenzzeit ist jedenfalls Psychotherapie (oder Traumatherapie) nötig, um abgewehrte Erfahrungen zu verarbeiten.

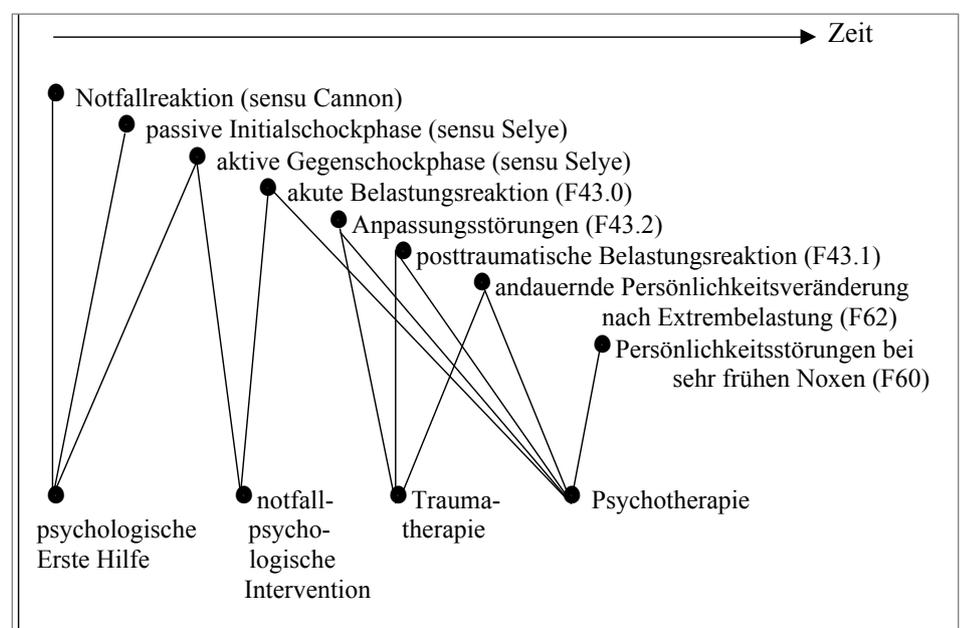


Abbildung 2: Symptomatik in Abhängigkeit von der Zeit

Symptomatik in den Belastungsreaktionen

Eine Zusammenschau aller psychischen Störungen liefert Tabelle 3: „Überblick: Belastungsreaktionen“. Die zeitliche Dimension ist auch in der ICD-10-Klassifikation wesentlich und wird jeweils vermerkt.

Symptomatik der akuten Notfallsituation

Die akute Notfallreaktion, die im ICD-10 nicht berücksichtigt wird, und ihre unmittelbare Phänomenologie ist in Tabelle 4 differenzierter beschrieben.

Die Notfallreaktion teilt sich in zwei gegensätzliche Phasen, in die Schockphase und in die Gegenschockphase. Die Schockphase wird als passiv bezeichnet, weil der Kreislaufschock mit der Senkung von Körpertemperatur, Blutdruck und Muskeltonus für die Zentralisation sorgt, für eine Schonung des Organismus, damit die minimalen lebenserhaltenden Funktionen des Organismus erhalten bleiben. Zugleich wird durch die angegebene Phänomenologie die Hilfsbedürftigkeit der Person deutlich signalisiert. Selbst Laien verstehen die Zeichen der Schonungsbedürftigkeit, den Wunsch nach Passivität und einem Liegenbleibendürfen, nach Tröstung und Sicherheit. Der Organismus befindet sich im selbsterhaltenden Zustand der Aktualisierungstendenz, versucht die Bedrohung abzuwehren.

Scheint das erste Überleben gesichert, kommt es zur Gegenschockphase, in der der Organismus aktiv für seine Befreiung aus der Notsituation zu sorgen trachtet. Die Sympathikus-Aktivierung verursacht eine erhöhte Katecholamin-ausschüttung, die dafür Sorge trägt, dass die Handlungsbereitschaft des Organismus unterstützt wird. Durch diese Stress-Reaktion wird der Organismus mit Sauerstoff und Blutzucker versorgt, also mit Energien, um dem Notfall zu begegnen. Die Phänomenologie dieser aktiven Phase ist sehr viel unspezifischer und weniger augenfällig als die passive Phase, so dass eine Diagnose schwie-

Tabelle 3: Überblick „Belastungsreaktionen“

Notfallreaktion	
Schockphase (passiv): Kreislaufschock	Bluteindickung, Senkung von Körpertemperatur, Blutdruck, Muskeltonus Phänomenologie: Passivität als Überlebenskonzept
Gegenschockphase (aktiv)	α Sympathikus-Aktivierung, erhöhte Katecholamin-Ausschüttung β adrenocorticotrope Aktivierung: Ausschüttung von Glukokortikoide, bes. Kortisol Phänomenologie: Aktivierung als Überlebenskonzept
Akute Belastungsreaktion (ICD-10 F43.0)	
Kriterium:	ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis nicht: besondere prätraumatische Vulnerabilität
Phänomenologie:	Gemischtes und gewöhnlich wechselndes Bild: nach „Betäubung“ Depression, Angst, Ärger, Verzweiflung, Überaktivität, Rückzug bis Amnesie
Verlauf:	rasche Remission (Stunden, bei anhaltendem Trauma wenige Tage)
Anpassungsstörungen (innerhalb eines Monats nach Traumatisierung) (ICD-10 F43.2)	
Kriterium:	ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis (nicht nur punktuell) nicht: besondere prätraumatische Vulnerabilität
Phänomenologie:	depressive Stimmung, Angst, Besorgnis
Verlauf:	selten länger als 6 Monate
Posttraumatische Belastungsreaktion (Latenz von Wochen bis Monaten) (ICD-10 F43.1)	
Dauer:	mindestens zwei Jahre
Phänomenologie:	emotionaler Rückzug, anhaltendes Gefühl von Betäubtsein, Gefühlsabstumpfung, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit gegenüber Umgebung, Vermeidung von Situationen, Stichworten etc, die ein Wiedererinnern hervorrufen könnten
Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0)	
Dauer:	mindestens zwei Jahre
Phänomenologie:	feindliche, misstrauische Haltung, sozialer Rückzug, Entfremdung
Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F60.0)	
Trauma in der Kindheit erworben, Störung im Erwachsenenalter manifestiert	
Phänomenologie:	Unausgeglichenheit, abnorme Verhaltensmuster, sozial unpassend

riger und eine genauere Betrachtung des Stressgeschehens nötig wird. Der Organismus befindet sich im selbstentfaltenden Zustand der Aktualisierungstendenz, er versucht, sich weiter zu entwickeln.

Stress-Systeme

Auffällig ist, dass in der Gegenschockphase Beobachtungen scheinbar gegensätzlicher Art gemacht werden können. Das Immunsystem wird bei einer Katecholamin-Ausschüttung stimuliert, während es bei einer Kortisol-Ausschüttung geschwächt wird. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die beiden

Hormone verschiedenen Stress-Systemen angehören, aber auch, dass eine erhöhte Infektionsgefahr gerade daraus erwächst, dass der Körper aktiv Entzündungen ignoriert. Um Kräfte zu sparen vermeidet er bei einer Infektion die Durchblutung (color), die Schwellung (tumor), und den Schmerz (dolor). Erst später kann sich die Immunsuppression rächen.

Am Prozess des Stresses sind zwei Systeme beteiligt, die es zu unterscheiden gilt. Der Prozess vom Stressor zur Stress-Reaktion ist zwar im Detail kausal, insgesamt aber durch Feedbackschleifen vernetzt. Etwas vereinfacht, lässt sich der Zusammenhang so charakterisieren:

Tabelle 4: Akute Notfallreaktion

Schockphase (passiv): Kreislaufchock	
zur Verminderung von Körperfunktionen: Körpertemperatur, Blutdruck, Muskeltonus	
Phänomenologie:	schneller, schwächer werdender Puls, Ohnmacht periphere Vasokonstriktion fahle Blässe (Zyanose), kalte Haut, Frieren Schweiß auf der Stirn, Trübung des Sensoriums Teilnahmslosigkeit, Stupor, psychogener Tod
Funktion:	Zentralisation (Passivität als Überlebenskonzept)
Gegenschockphase (aktiv): Stressreaktion	
zur Aktivierung des Organismus	
Sympathikus-Aktivierung Katecholamin-Ausschüttung (Adrenalin, Noradrenalin) Dilatation der Bronchien Erhöhung der Atemfrequenz Erhöhung von Herzfrequenz und Herzkontraktion Venen-Konstriktion Arterien-Konstriktion für Haut und Viscera Arterien-Dilatation: Muskeln, Koronarien, Hirngefäße Haare sträuben sich, Pupillenerweiterung Immunsystem-Stärkung später adrenocorticotrope Aktivierung Ausschüttung: Glukokortikoiden, besonders Kortisol Immunsystem-Schwächung	
Phänomenologie:	Unruhe, Erschöpfung, Gereiztheit, Depressionen
Funktion:	Handlungsbereitschaft, Aktivierung als Überlebenskonzept, Energieversorgung durch Sauerstoff und Blutzucker

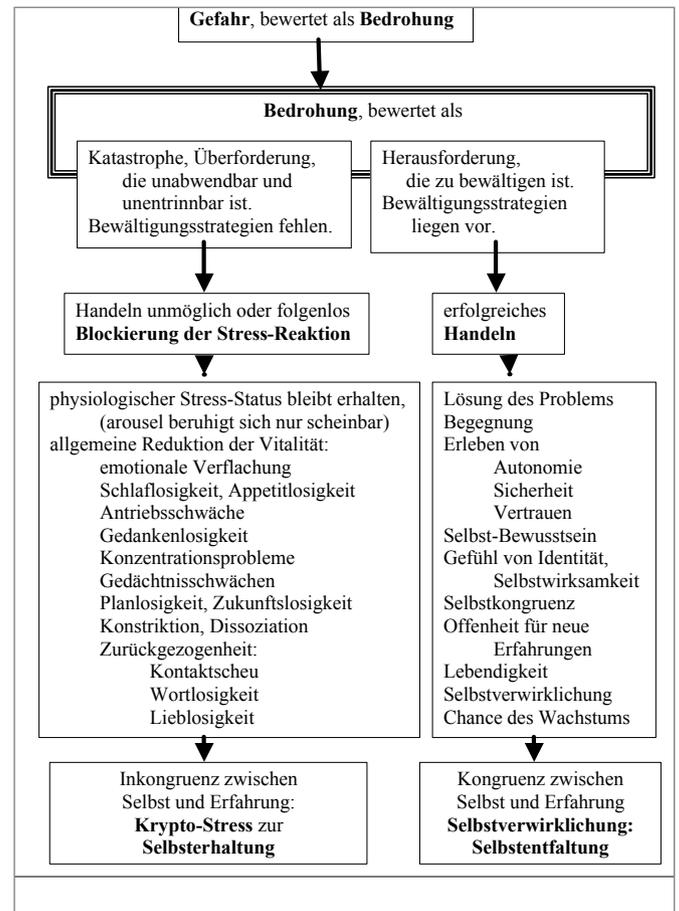


Abbildung 3: Gegenläufige Möglichkeiten einer Stress-Antwort

1. SAM: Sympatho-adreno-medulläres System, gekennzeichnet durch Adrenalin und Noradrenalin, ist schnell aktiviert (arousal) und schnell abgebaut (Halbwertszeit 5 Minuten). Es handelt sich um einen kurzfristigen, das Immunsystem stimulierenden Stress, wie er auch lustvoll gesucht wird.
2. HPA: Hypothalamo-hypophysenadrenokortikales System, gekennzeichnet durch Kortisol, ist langsam aktiviert und schwer abbaubar. Es handelt sich um einen dauerhaften, das Immunsystem schwächenden Stress, wie er bei Depressiven, Arbeitslosen, Magersüchtigen und überforderten Menschen nachgewiesen wurde.

Beide Systeme wirken auf den Hypothalamus zurück und stabilisieren ein hohes Stressniveau.

Die genetische Antwort auf Stress-Erleben

Der Mensch ist auf Bedrohungen biologisch gut eingestellt. Diese angeborenen Bereitschaften von Stress-Reaktionen ist im Kontext evolutionärer Entwicklung genetischer Verhaltensprogramme verstehbar. Die drei bisher genannten psychologischen Kategorien „Kämpfen – Fliehen – Erstarren“ sind mindestens durch eine vierte zu ergänzen: „Täuschen“. Diese Kategorie erscheint psychologisch hinreichend eigenständig, wiewohl sie physiologisch keinem Phänomen direkt zugeordnet werden kann. Täuschen ist eine Synthese aus vordergründig inkompatiblen Programmen: es besteht aus Kampf (Hinterlist) und Flucht (Ausweichen).

Vom Sinn der Notfallreaktion

Es wird sichtbar, dass die Notfallreaktion eine evolutionär entwickelte und sinnvolle Reaktion ist. Sie dient der Erhaltung des Organismus:

1. So kann aktuell dem Druck der extremen Situation widerstanden werden. Die Betäubung dient dem Abbruch zu heftiger Erfahrungen.
2. Durch Warnungen über Flashbacks wird für die Zukunft gelernt.
3. Die extreme Erfahrung wird derart abgespalten, damit sie nicht ins Selbstkonzept integriert werden muss.
4. Schuldgefühle schützen vor dem Gefühl der Hilflosigkeit: aus dem Opfer wird ein Täter.

Abbildung 3 zeigt die aktivierten organismischen Ressourcen, die Menschen hoffen lassen, die Überforderung

als Herausforderung zu erleben und so zu einer positiven Bewältigung des Notfalls zu kommen.

Blockierung angemessener Stress-Reaktionen

Die Abfolge möglicher psychologischer Prozesse während der Traumatisierung, wenn keine Lösung möglich ist, keine Uminterpretation von Überforderung zur Herausforderung stattfindet und keine psychologischen Interventionen erfolgen, ist wie folgt: Unmittelbar nach dem eine Bedrohung erkannt ist, folgt eine physiologische Reaktion, die so genannte Notfallreaktion. Sie erlaubt zielgerichtetes Handeln. Die vier einigermaßen sauber zu trennenden Verhaltensweisen sind mindestens allen Wirbeltieren gemeinsam. Alle Organismen reagieren auf eine Bedrohung zunächst mit dem Versuch, ihre Freiheit zu verteidigen. Ist eine Tür verschlossen, so versuche ich, sie zu öffnen. Dieses Durchsetzungsverhalten ist der generelle Mechanismus, mit dem wir Beeinträchtigungen jeder Art, wie sie uns fortgesetzt begegnen, mehr oder weniger kämpferisch überwinden. Andere Beispiele sind das Zurückweisen faulen Obstes beim Händler, so wie alle anderen assertiven Verhaltensweisen. Nicht nur im Tierreich kann man das Streiten um Ressourcen und Geschlechtspartner gut beobachten.

Diese erste Möglichkeit, nämlich zu kämpfen, kann nicht immer realisiert werden. Eine zweite Wahl ist es, zu fliehen. Wird eine Bedrohung zu groß bzw. wird eine Bedrohung als zu groß eingeschätzt, kämpft der Betroffene nicht, sondern er flieht. Manche Organismen fliehen eher als andere (z.B. Pferde), andere sind eher auf Kampf eingestellt (z.B. Katzen). Diese Veranlagung ist auch innerartlich zu beobachten, ausgeprägt beim Menschen. Eine weitere Möglichkeit einer Gefährdung zu begegnen, wenn weder Kampf noch Flucht möglich sind, ist zu täuschen (z.B. die Augen niederschlagen, als hätte man nicht gesehen). Eine vierte Strategie wird angewendet, wenn die ersten drei nicht erfolgversprechend sind: nämlich

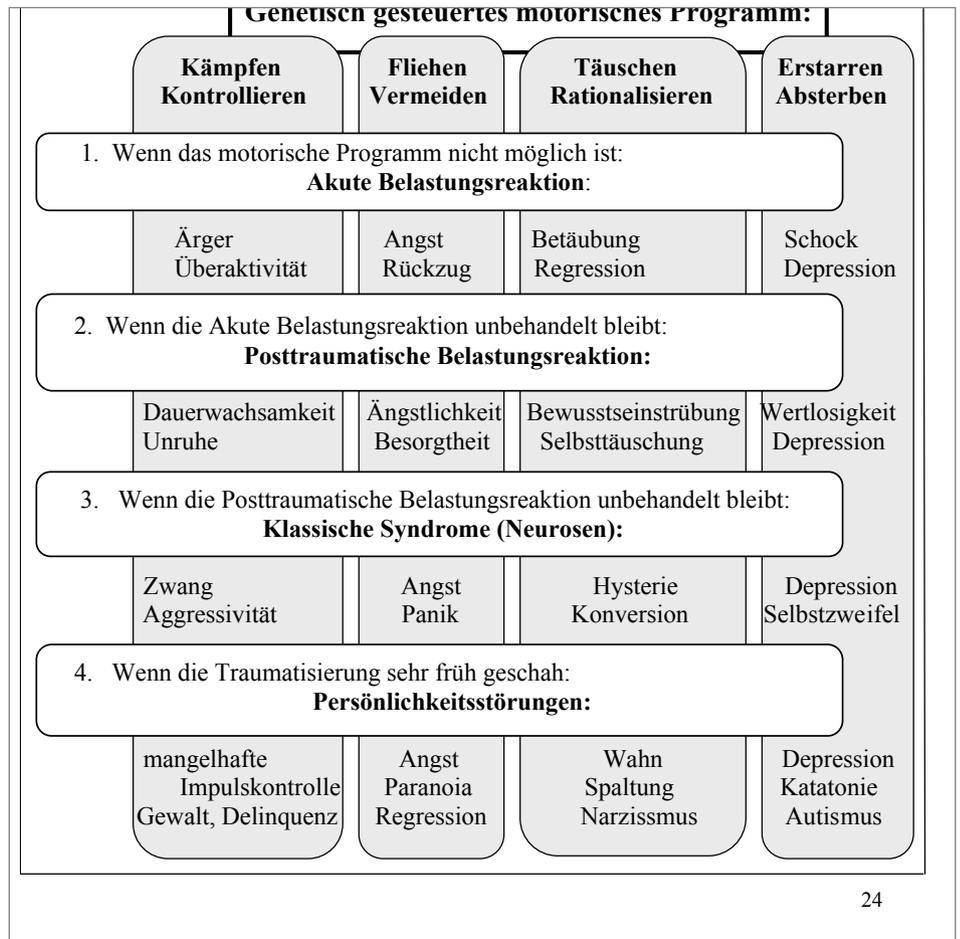


Abbildung 4: Symptome als Versuch der Begegnung einer Bedrohung

die angepasste Erstarrung. Dieses Erwidерungskonzept ist nicht nur bei Kaninchen vor der Schlange zu beobachten, sondern auch im menschlichen Verhalten. Auch Menschen erstarren und werden sprachlos vor Entsetzen, sind hypnotisiert vom Grauen: jedes Verhalten würde die Situation verschlimmern.

Die genannten Kategorien sind nicht immer scharf zu trennen oder sie kommen gleichzeitig vor, wie z.B. bei einer hysterischen Lähmung: Täuschen und Erstarren werden zugleich realisiert.

Der psychologische Notfall tritt dann ein, wenn alle genannten Strategien versagen, sie aber als starke Handlungsbereitschaften erhalten bleiben, die so blind ins Leere laufen. Die Erregung bleibt, obgleich nicht gehandelt werden kann. Energien werden eher produziert als abgebaut, ein verborgener Stress bleibt: der Krypto-Stress.

Folgen von gestörten Stress-Reaktionen: Krypto-Stress

Wenn es Menschen in Notfällen unmöglich ist zu kämpfen, zu fliehen, zu täuschen oder zu erstarren, und verteidigen sie darüber hinaus rigide ihr Selbstkonzept, so kommen sie in eine emotionale Not. Neben psychosomatischen Gefährdungen sind dies (Abbildung 4) die Konsequenzen von Krypto-Stress (Heinerth 2002a).

Die vier Kategorien dieses Schemas weisen offensichtlich große gemeinsame Schnittmengen auf mit den klassischen vier neurotischen Syndromen, die wir kennen: Aggressivität, Angst, Depression und Hysterie. Die klassische Neurosenlehre ist so aus Evolution und Physiologie verstehbar.

Auch wird verständlich, dass eine eindeutige Klassifizierung der Symptomato-

logie unsicher ist, dass bei unterschiedlichen Störungen gleiche Syndrome vorgefunden werden können und dass bei gleichen Störungen unterschiedliche Symptome entwickelt werden, die auch wechseln können (Heinerth 2002a).

Die mentale Antwort auf den Notfall

Werden evolutionäre Programme durch verhinderte Handlungen blockiert, wie es im Notfall geschieht, bleibt dem Organismus jedoch eine Wahl, eine Alternative aus dem Dilemma: Statt zu handeln kann er sein Selbstkonzept ändern. Er kann also entsprechend dem frühchristlichen Satz wählen: „Herr, gib mir die Kraft, mit Gleichmut anzunehmen, was nicht zu ändern ist; gib mir den Mut, zu ändern, was geändert werden kann und muss, und gib mir die Weisheit, das eine vom anderen zu unterscheiden.“

Wem diese mentale Kraft – auf welchem Unterbau auch immer – gegeben ist, kann mit seinem Gleichmut, d.h. Entspannung statt Stress, unbeschadet aus Notfällen entkommen. Fehlt diese Reife und Kraft, wird das Selbstkonzept Schaden nehmen. Hier ist Gesprächspsychotherapie indiziert.

Phänomene von Krypto-Stress: Selbst-Inkongruenz

Wenn diese Hypothese über die Beziehungen zwischen den gestörten genetischen Programmabläufen (kämpfen, fliehen, erstarren, täuschen) einerseits und den klassischen Diagnosen (Zwang, Depression, Hysterie, Angst) gilt, müsste das auch in diagnostischen Manua-len wiederzufinden sein, die ja aus den Phänomenen zu einer Diagnose führen sollen. Dazu verweise ich auf die ICD10-Klassifikation von Belastungsreaktionen, die die Phänomenologie der Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung in Tabelle 5 veranschaulicht.

Aus dieser Zusammenstellung lassen sich nun in den Tabellen 6–9 die vier genannten Kategorien extrahieren (sie

Tabelle 5: ICD-10: Belastungsreaktionen F43: Phänomenologie

F43.0	akute Belastungsreaktion (Stunden und wenige Tage) Betäubung, Bewusstseinsbeeinträchtigung, Depression, Angst (bis Panik: Tachykardie, Schwitzen, Erröten), Ärger, Verzweiflung, Überaktivität, Unruhezustand (bis Fluchtreaktion oder Fugue), Rückzug (bis dissoziativem Stupor, Amnesie, teilweise oder vollständig)
F43.2	Anpassungsstörungen (Beginn nach etwa einem Monat) depressive Stimmung, Angst, Besorgnis, ein Gefühl, unmöglich zurechtzukommen vorauszuplanen in der gegenwärtigen Situation fortzufahren Einschränkung bei der Bewältigung alltäglicher Routine subjektive Sorge, zu dramatischem Verhalten oder zu Gewaltausbrüchen zu neigen bei Jugendlichen: Störungen des Sozialverhaltens: aggressiv, dissozial bei Kindern: regressive Phänomene: Bettnässen, Babysprache, Daumenlutschen
F43.20	Kurze depressive Reaktion (selten länger als einen Monat)
F43.21	Längere depressive Reaktion (nicht länger als zwei Jahre)
F43.22	Angst und depressive Reaktion gemischt
F43.23	Mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen Angst, Depression, Sorgen, Anspannung und Ärger
F43.24	Mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens
F43.25	Mit gemischten Störungen von Gefühlen und Sozialverhalten
F43.1	posttraumatische Belastungsreaktion (Latenz von Wochen bis Monaten) wiederholte unausweichliche Erinnerung (flashbacks) oder Wiederinszenierung in Gedächtnis, Tagträumen, Träumen, Alpträumen emotionaler Rückzug anhaltendes Gefühl von Betäubtsein Gefühlsabstumpfung Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen Teilnahmslosigkeit gegenüber der Umgebung Anhedonie Vermeidung von Reizen (Situationen, Stichworten), die ein Wiedererinnern hervorrufen könnten gewöhnlich: vegetative Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung übermäßige Schreckhaftigkeit Schlaflosigkeit häufig: Angst Depression (auch Suizidalität) auch: Drogeneinnahme, Alkoholabusus
sonst:	
F62	andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung charakterisiert durch unflexibles und fehlangepasstes Verhalten: feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt sozialer Rückzug Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit chronisches Gefühl von Nervosität wie bei ständigem Bedrohsein Entfremdung

sind kursiv dargestellt). Die letzte Tabelle zeigt das Moment der Täuschung direkt nur bei der akuten Belastungsreaktion (Betäubung etc.). Die Täuschung über die anderen Syndrome zeigt sich nicht direkt sichtbar in den Symptomen, sondern in der Tatsache, dass sich die Patienten selbst über das Ausmaß der Kränkung täuschen. Die Amnesie geht so weit, dass sowohl Anpassungsstörungen als auch die Posttraumatische Belas-

tungsreaktion erst nach einer Latenzzeit wieder virulent werden.

Hier machen sich die Patienten selbst etwas vor. Sie reden ihre Probleme klein und am Ende sehen sie selbst keinen Zusammenhang mehr zwischen ihrer Symptomatik und den traumatisierenden Erlebnissen. Dies ist typisch und erschwert die Diagnose im Einzelfall sehr. Diese Abwehr ist nicht nur psychologisch zu

Tabelle 6: ICD-10: Belastungsreaktionen (Auszug: Aggressivität)

<p>F43.0 Akute Belastungsreaktion Ärger, Verzweiflung</p>
<p>F43.2 Anpassungsstörungen (Beginn nach einem Monat) subjektive Sorge, zu dramatischem Verhalten oder zu Gewaltausbrüchen zu neigen bei Jugendlichen: Störungen des Sozialverhaltens: aggressiv, dissozial</p>
<p>F43.24 Mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens: aggressives und dissoziales Verhalten</p>
<p>F43.1 Posttraumatische Belastungsreaktion auch dramatische akute Ausbrüche von Aggression nach plötzlicher Erinnerung</p>
<p>sonst: andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (F62.0) feindliche oder misstrauische Haltung der Welt gegenüber</p>

Tabelle 7: ICD-10: Belastungsreaktionen (Auszug: Angst)

<p>F43.0 Akute Belastungsreaktion Angst (bis Panik: Tachykardie, Schwitzen, Erröten), Überaktivität, Unruhezustand (bis Fluchtreaktion oder Fugue), Rückzug (bis dissoziativem Stupor, Amnesie, teilweise oder vollständig)</p>
<p>F43.2 Anpassungsstörungen (Beginn nach einem Monat) Angst, Besorgnis</p>
<p>F43.23 Mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen Angst, Sorgen Vermeidung von Reizen (Situationen, Stichworten), die ein Wiedererinnern hervorrufen könnten gewöhnlich: vegetative Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, übermäßige Schreckhaftigkeit häufig: Angst</p>
<p>sonst: andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (F62.0) chronisches Gefühl von Nervosität wie bei ständigem Bedrohsein</p>

Tabelle 8: ICD-10: Belastungsreaktionen (Auszug: Depression)

<p>F43.0 Akute Belastungsreaktion Depression Verzweiflung, Rückzug (bis dissoziativem Stupor)</p>
<p>F43.2 Anpassungsstörungen (Beginn nach einem Monat) depressive Stimmung, Besorgnis ein Gefühl, unmöglich zurechtzukommen vorauszuplanen in der gegenwärtigen Situation fortzufahren Einschränkung bei der Bewältigung alltäglicher Routine bei Kindern: regressive Phänomene: Bettnässen, Babysprache, Daumenlutschen</p>
<p>F43.20 Kurze depressive Reaktion F43.21 Längere depressive Reaktion F43.22 Angst und depressive Reaktion gemischt</p>
<p>F43.23 Mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen Angst, Depression, Sorgen, Anspannung und Ärger</p>
<p>F43.1 Posttraumatische Belastungsreaktion (Latenz: Wochen bis Monate) emotionaler Rückzug Gefühlsabstumpfung Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen Teilnahmslosigkeit gegenüber der Umgebung Anhedonie Schlaflosigkeit Depression (auch Suizidalität)</p>
<p>sonst: andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (F62.0) sozialer Rückzug Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit Entfremdung</p>

Tabelle 9: ICD-10: Belastungsreaktionen (Auszug: Selbsttäuschung)

<p>F43.0 Akute Belastungsreaktion Betäubung, Bewusstseinsverengung, Rückzug (bis dissoziativem Stupor, Amnesie, teilweise oder vollständig)</p>
<p>F43.2 Anpassungsstörungen (Beginn nach einem Monat)</p>
<p>F43.1 Posttraumatische Belastungsreaktion (Latenz: Wochen bis Monate) wiederholte unausweichliche Erinnerung (flashbacks) oder Wiederinszenierung in Gedächtnis, Tagträumen, Träumen, Alpträumen anhaltendes Gefühl von Betäubtsein auch: Drogeneinnahme, Alkoholabusus</p>

verstehen, sondern auch physiologisch. Der extreme Stress zerstört synaptische Bindungen.

Die aufgeführten Momente der vier Formen von Stress-Reaktionen decken die Erscheinungsbilder vollständig ab, es bleibt kein Rest. Die Betrachtung dieser Verwobenheit der Stress-Antworten mit der Phänomenologie der ICD-10-Kategorien zu Belastungsreaktionen zeigt deutlich, dass diese Reaktionen direkt eine Folge einer inadäquaten Stressverarbeitung sind, wie es diese evolutionäre Betrachtung nahe legt. Dieses Verständnis erleichtert Begründungen für Interventionen.

Frustrierte Bedürfnisse bei akuter Belastungsreaktion

Abbildung 5 zeigt, was die Patienten in der akuten Belastungsreaktion bei Blockierung der genetischen Programme benötigen. Hier zeigt sich, dass unabhängig vom Schwerpunkt des unterdrückten genetischen Programms (Kämpfen – Fliehen – Täuschen – Erstarren), die Folgen für die Betroffenen sehr konsistent sind. Aus den frustrierten physiologischen Bedürfnissen folgen konsequent entsprechende sozial-emotionale Bedürfnisse.

Bedeutung für die psychologische Intervention

Die Tatsache, dass wir von genetischen Programmen gesteuert werden, heißt keinesfalls, dass wir ihnen bedingungslos ausgeliefert sind. Es heißt aber doch, dass wir sehr behutsam sein müssen, wenn wir gegen sie steuern wollen, und legt nahe, dass wir versuchen sollten, sie zu berücksichtigen, sie bei unseren psychologischen Interventionen einzubeziehen.

Das heißt bei der Betrachtung der Klientenbedürfnisse, dass alle psychologischen Interventionen geeignet erscheinen, die helfen, den Organismus in seinen Bedürfnissen zu respektieren um ihn in seiner Ganzheit zu stabilisieren.

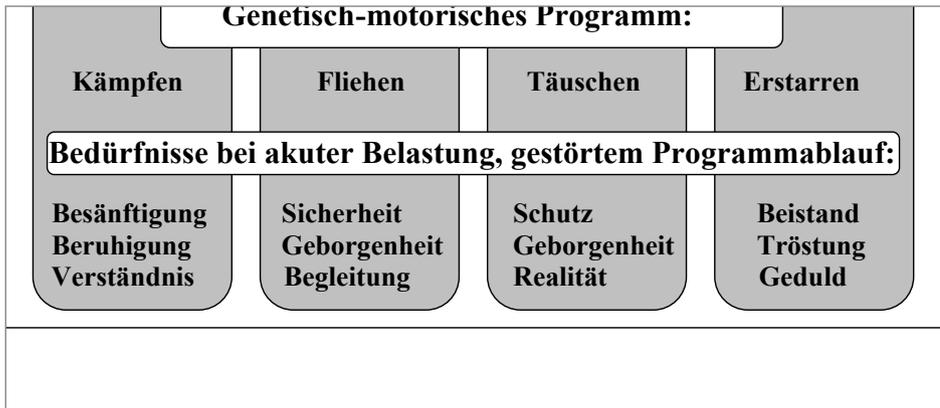


Abbildung 5: Bedürfnisse bei akuter Belastungsreaktion

Dazu gehören:

- Anbieten eines persönlichen Kontakts
- Sorgen für die persönliche Sicherheit gegen Angst
- Sorgen für Entlastung
- Sorgen für Entspannung
- Verstehen der individuellen Situation
- Verstehen des Erfahrens der Hilfestellung
- Anbieten eines verständnisvollen Gesprächs
- Anbieten von emotionaler Wärme
- Anbieten eines fürsorglichen Körperkontakts
- Unterstützung richtigen Atmens
- Erlaubnis von Regression
- Erlaubnis von Schreien

Was hier theoretisch abgeleitet wurde, findet sich wieder als Laienregeln zur Ersten Psychologischen Hilfe. Um auch Laien verständlich zu machen, was Patienten in Notfällen benötigen, haben Lasogga und Gasch zusammen mit der Verkehrswacht vier einprägsame Regeln entworfen, die sie in jeden Erste-Hilfe-Kasten empfehlen (Tabelle 10).

Alle Regeln haben etwas gemeinsam: Sie fußen auf menschlichem Kontakt, einem fundamentalen Bedürfnis des Menschen, der ein soziales Wesen ist. Sie fordern Kontakt und Schutz vor falschem Kontakt (Neugierige, Reporter), und folgen dem Klientenzentrierten Konzept der Beziehungsaufnahme.

Die Theorie der Aktualisierungstendenz als „die dem Organismus eigene

Tendenz, all seine Kapazitäten so zu entwickeln, dass sie dazu dienen, den Organismus zu erhalten oder zu erweitern“ (Rogers 1959) legt Konsequenzen nahe (Höger 2002):

1. Menschen sind nicht von außen steuerbar!
2. Reaktionen der Opfer haben den Sinn, unter den gegebenen Umständen ihre weitere Existenz optimal zu gestalten (s.o).
Optimal gestalten heißt:
 - a) die Existenz der Person zu sichern („Erhaltender Aspekt“),
 - b) die weitere Entwicklung der Person zu unterstützen („Entfaltender Aspekt“).

Tabelle 10: Regeln zur Ersten Psychologischen Hilfe

<p>Regeln nach Lasogga und Gasch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Sage, dass Du da bist und dass etwas geschieht ■ Schirme den Verletzten vor Zuschauern ab ■ Suche vorsichtigen Körperkontakt ■ Sprich und höre zu! <p>Oder nach Empfehlungen von Versicherungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Sichern, unter Beachtung von Selbstschutz ■ Sprechen, als erste Kontaktaufnahme ■ Schützen, z.B. vor Reportern ■ Stützen, emotionaler Beistand

Die notfallpsychologische Begleitung wird dann am ehesten wirksam werden können, wenn sie den organismischen Prozess der Erhaltung und Entfaltung, der ein archaischer, evolutionär erworbener ist, berücksichtigt, besonders dann, wenn diese beiden Kräfte konfliktieren. Die dabei auftretenden dynamischen Kräfte sollen kurz und vorläufig skizziert werden.

Vom Notfall zu den Symptomen

Zwischen der Bedrohung, einer Stress-Reaktion, dem Netzwerk von Gefühlen, Selbstexploration und Symptomen existieren vielfältige dynamische Verflechtungen, die im Folgenden nur angedeutet werden können:

- Jede Strategie ist im Kern zielgerichtet und führt zu einem Erfolg.
- Die evolutionär erworbenen Funktionen gegen Bedrohung sind nicht gleichwertig, sondern hierarchisch.
- Kampf ist der vorderste Mechanismus gegen eine Bedrohung.
- Hysterie und Depression sind verschwistert: Erstarren oder Täuschen erfolgt, wenn Kämpfen oder Fliehen unmöglich erscheinen.
- Flucht ist dem Erstarren und der Täuschung übergeordnet.
- Erstarrung und Täuschung sind nicht sauber zu trennen (s.o.)
- Kämpfen und Fliehen sind inkompatibel.
- Auch Fliehen und Erstarren sind inkompatibel – auch wenn wir eine Erstarrung für Abwehr, also für eine Flucht halten. Motorisch bleibt sie jedoch inkompatibel. Beispiel: Hafflinger (die standhalten), denen Araberblut eingezüchtet wurde (Araber als Wüstentiere fliehen bevorzugt): Fliehen und Standhalten/Erstarren liegen im Wettstreit, ihr Verhalten bei Bedrohung wird inkonsistent, es wirkt lächerlich.
- Delinquenz ist unter Täuschung subsumierbar, nicht unter Aggressivität. (Delinquente fühlen sich nicht notwendig aggressiv, wenn sie betrügen.)
- Angst ist die treibende Kraft hinter allen Symptomen, auch hinter der He-

rausforderung. (Die Grenze ist durch Flow gekennzeichnet.)

- Bedrohungen machen Wut oder Angst. Verzweiflung als Zweifel zwischen diesen Gefühlen ist der Versuch einer inkompatiblen Reaktion. (Eine Verzweiflung aufzulösen gelingt, indem man sie seriell der Wut und der Angst zuführt. So werden eindeutige Gefühle erfahrbar gemacht, um sie konsequent ausdrücken und explorieren zu können).
- Traumatisierungen bedürfen eines besonderen Verständnisses. Wie Persönlichkeitsstörungen sind sie schwerer einfühlbar, da sie auf einer prinzipiellen Störung der Symbolisierungsfähigkeit beruhen, anders als neurotische und affektive Störungen, die durch graduelle Symbolisierungsstörungen gekennzeichnet sind (Heinrich 2002b).

Möglichkeiten archaisch begründeter Kriseninterventionen

So wie es biologische Grundmuster für akut bedrohte Menschen gibt, die zur Bewältigung einer existentiellen Bedrohung dem Organismus förderlich sind, so gibt es Interventionen auf Seiten des Helfers, die auf biologischem Wege direkt auf den Organismus einwirken können. Solche archaischen begründete Interventionen entsprechen den archaischen Bedürfnissen, auf die die Klienten zurückgeworfen werden. Zu ihnen zählen:

- Versicherung
 - Teilhabe
 - Körperkontakt
 - Realitätskontakt
 - Distanz zur Realität
 - Transparenz
- Unterstützung von
 - Schreien
 - Regression
 - Atmung
- Bewegung
 - Trance
- Verbundenheit
 - Kommunikation
 - Kontakt
 - Unbedingte Wertschätzung

- Empathie

- Autonomie des Helfers

Alle oben aufgeführten Aspekte der Hilfe müssten detailliert dargestellt werden. Aus Platzgründen geschieht das hier nur für die wichtigsten Interventionen.

Zu: Körperkontakt

Die triviale Erkenntnis, wie hilfreich Körperkontakt sein kann, basiert auf biologischen Mechanismen: Durch Körperkontakt wird die Ausschüttung von Endorphinen bewirkt, die als körpereigene Morphine den Organismus beruhigen. Diese Beruhigung kommt auch beim Stillen zum Tragen. Das Stillwerden des Babys beruht nicht nur auf der Sättigung, sondern geschieht auch durch die Beruhigung, die durch den körperlichen Kontakt bewirkt wird. Dieser Körperkontakt ist auch das tragende Element bei der „Känguruh-Pflege“. Babys entwickeln sich – nachgewiesen für Frühgeburten – besser, wenn sie zeitweise auf die nackte Brust von Vater oder Mutter gelegt werden.

Zu: Schreien

Körperkontakt ist Teil einer archaischen Kommunikation, die nicht gelernt werden muss. Er ist die Antwort auf den archaischen Ausdruck des entsprechenden Gefühls: nämlich des Schreies. Der Schrei ist die unbedingte Reaktion auf Schmerzen und die dann bedingte Reaktion auf die Erwartung von Schmerzen. Damit ist der Schrei organismisch hilfreich und sollte, wenn möglich, erlaubt, sogar unterstützt werden. Wie Körperkontakt setzt er Endorphine frei, die den Organismus beruhigen und vor Schmerzen schützen. Eine angemessene Verarbeitung der Hilflosigkeit ist zu erwarten, die Wahrscheinlichkeit einer chronischen Belastungsreaktion vermindert sich. Beispiele für die Angemessenheit des Schreiens als Ausdruck der Gefühle in Notsituationen sind: Der Schrei des Babys bei jedweder Unpässlichkeit und der Schrei im „Kreisch“saal.

Zu: Regression

Die Bezeichnung Regression ist hier deskriptiv zu verstehen (als Rückkehr oder Versuch der Rückkehr zu kindlicher Erfahrungswelt, die durch Geborgenheit und Vertrauen auf die Verantwortlichkeit der Bindungsperson charakterisiert ist), und nicht analytisch (als Rückzug im Sinne eines Abwehrmechanismus). Eine Person in Not sucht Sicherheit und Geborgenheit und gerät leicht in einen Zustand der Regression, der als Ausdruck Hilflosigkeit signalisiert und entsprechend sorgendes Verhalten auslöst. In diesem Zustand der Regression ist der Mensch höchst verwundbar und bedarf besonders des Schutzes. Wird dieser Schutz gewährt, wird die Regression erleichtert. Menschen in Not geraten zu ihrem eigenen Schutz leicht in Regression, und es ist für sie hilfreich, sie im Augenblick der Not darin zu unterstützen. Selbstverantwortung um jeden Preis ist hier nicht gefragt.

Zu: Atmung

Abbildung 6 zeigt die Charakteristika unterschiedlichen Atmens in Abhängigkeit von Atemtiefe und Zeit. Sie dienen dem Notfallpsychologen als Diagnosekriterium und als Ziel für entsprechende Interventionen (z.B. „Atme aus!“ statt „Atme!“). Hier zeigt sich, dass die Atmung bei Angst und Schmerz diametral unterschiedlich ist. Diese Beobachtung entspricht der Erfahrung, dass Angst und die Öffnung gegenüber eigenen Gefühlen, besonders gegenüber dem Schmerz, inkompatibel sind. Wenn die Erfahrung des Schmerzes als Trauer notwendig ist, so wird sie notwendig durch Angst verhindert.

Die Frage, ob Brust- oder Bauchatmung vorzuziehen sei, entscheidet sich am verfolgten Ziel. Eine vollständige Ausatmung umfasst zwingend den Bauchraum. Während Brustatmung bei Anstrengung und Angst vorherrschen wird, ist es Bauchatmung in Ruhe und bei Entspannung.

So ist die Bewertung der Art der Atmung abhängig vom derzeitigen Zu-

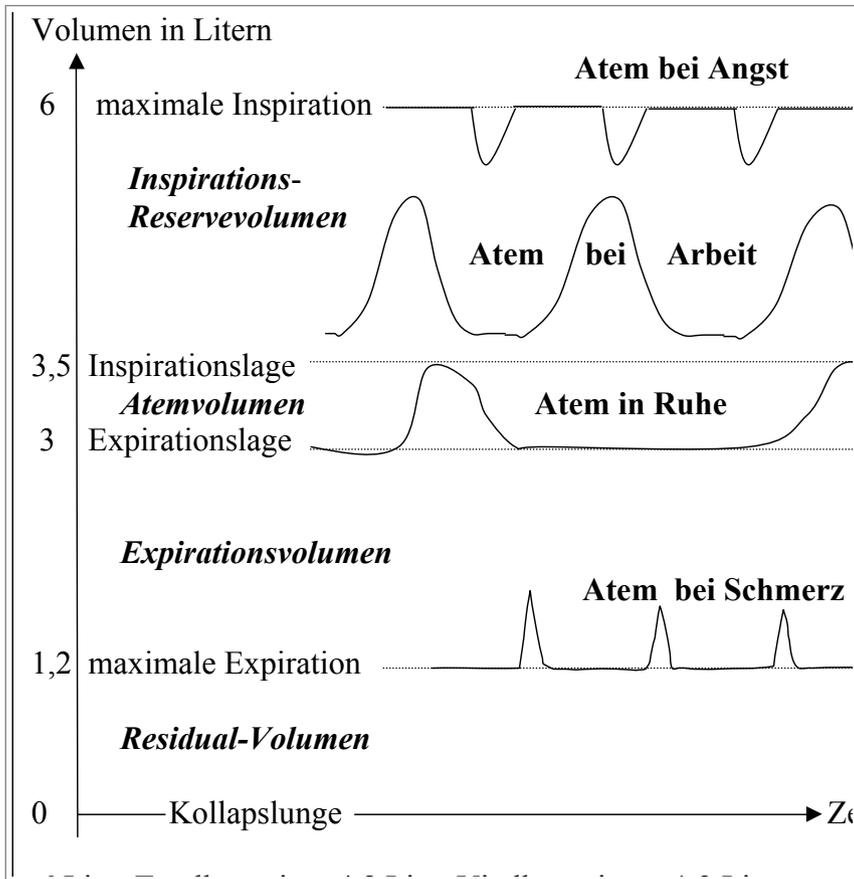


Abbildung 6: Atemschemata

stand, kann also diagnostischen Wert haben. Ist Entspannung das Ziel, wird sich die Bauchatmung dann einstellen, wenn der Bauchraum entspannt ist, resp. es wird dann eine Spannung bewusst, wenn Bauchatmung absichtlich versucht wird.

Atmen ist nur eine Einflussgröße auf den Stress-Status des Organismus. Auch andere Maßnahmen, können in der akuten Situation eines Notfalls absichtsvoll eingesetzt werden. Besonders möchte ich auf die hilfreiche Funktion von Körperkontakt (als unbedingter Sicherheitsauslöser), der Stress entgegenwirkt, sowie auf das Schreien hinweisen, das die positiven Aspekte des Stresses betont.

Zu: Kommunikation

Der Mensch ist ein Herdentier, benötigt die Kommunikation zum Nächsten. Insofern ist das Gespräch eine beeindruckende

Methode, Verbundenheit, damit Geborgenheit und Sicherheit, herzustellen. Dabei geht es zunächst überhaupt nicht um professionelle therapeutische Gespräche, nicht einmal um irgendeinen bedeutenden Inhalt, sondern um die Realisierung von Gegenwart, von Kontakt, eine erste Demonstration von Nicht-alleine-gelassen-Werden. Diese Kommunikation kann auch nonverbal geschehen, wie es die Regression erfordert.

Zu: Unbedingte Wertschätzung

Wertschätzung für den Betroffenen berührt sein unmittelbares Bedürfnis. Die Gefahr, Objekt des Willens anderer zu sein, verunsichert, besonders dann, wenn nun auch der Helfer ihn als Objekt behandelt. Es ist vor Allem die Unbedingtheit der Wertschätzung, die der Klient braucht, denn Schuldgefühle stellen sich häufig auch ohne Beschuldigungen

und Zuweisung von Verantwortung ein. In diesem Stadium jedoch ist die Gewährung von Sicherheit dringlicher als die Erforschung von Verantwortung.

Zu: Empathie

Verstanden zu werden ist eine große Beruhigung. Es geht hier nicht um psychotherapeutische Strategien (Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte sensu Rogers), sondern um das basale Gefühl des Betroffenen, der in seiner Not bedürftig ist und jemanden braucht, der zu mindestens diese Bedürftigkeit empathisch versteht, auch wenn er sie nicht befriedigen kann.

Nicht zu verwechseln ist Empathie mit Mitgefühl, das eine notwendige Distanz (die Als-ob-Qualität) erschwert. Selbst das eigene Erschrecken des Helfers ist keine Empathie, die hilfreich ist. Opfer wollen keine Tränen der Helfer, so wenig wie Kinder mitfühlende Tränen der Mutter als hilfreich empfinden. Zu groß ist die Gefahr, den Helfer selbst als hilflos zu erleben.

Zu: Autonomie des Helfers

Empathie und unbedingte Wertschätzung des Notfallpsychologen kann nur gewährleistet werden, wenn der Helfer selbstkongruent, autonom, authentisch ist. Er muss mit sich im Reinen sein, unabhängig vom Klienten bleiben, sich in die Welt des Klienten hinein fühlen können, ohne sich zu verlieren. Er braucht eine emotionale Distanz zum Klienten, ohne distanzlos zu werden, die Motive des Helfers müssen selbstlos (sensu Maslow) sein. Nur so kann er ohne Verstrickung helfen und einem eigenen burn out entgehen. Der Klient wird diese Autonomie erfahren und sich nur so sicher fühlen können, sich nur so sicher anvertrauen können.

Kognitive Umstrukturierung

Das Gespräch erlaubt, über Selbstexploration das Selbstkonzept des Menschen zu entwickeln. So wird Re-

alität konstruiert. Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie nutzt diesen Weg konsequent, und jedes Gespräch bringt hier Nutzen. Die Phänomene von Stress und selbstexplorativem Umgang mit ihm bieten eine Chance des Wachstums: vom Notfall zur Weisheit – wie oben beschrieben. Tabelle 11 zeigt Möglichkeiten des Verständnisses der blockierten Energien auf und weisen Alternativen auf, für diese Tendenzen sensibel zu sein, um sie konstruktiv aufgreifen zu können.

Krise und Wachstum

Bewältigte Notfälle sind Grenzerfahrungen. Mit Abraham Maslow verstehe ich darunter Phänomene, die Menschen wachsen lassen, wie es sich immer wieder in Therapien zeigt. Menschen, die durch eine Krise gehen und dabei nicht umkommen, also die Krise als Herausforderung begreifen und meistern und nicht in der Überforderung versagen, erwerben schließlich ein tieferes Verständnis von sich selbst und ihrer Existenz. So ist man versucht zu sagen, die Krise sei ihre Chance gewesen. Und umgekehrt ist zu beobachten, dass Menschen, die vornehmlich verwöhnt worden sind, keine existentiellen Krisen zu meistern hatten, dann Probleme haben, einen Sinn in ihrem Lebens zu finden und so lebensuntauglich werden können. Die logische – nicht moralische – Folgerung ist, dass Krisen nötig sind, um zu einer persönlichen Reifung zu gelangen. Ich schränke ein: Krisen als Grenzerfahrungen bieten eine Chance zu persönlichem Wachstum und Weisheit. Wie es Hermann Hesse sagt: „Probleme sind nicht da, um gelöst zu werden, sie sind lediglich die Pole, zwischen denen sich die fürs Leben nötige Spannung erzeugt.“ Nietzsche formuliert es drastischer: „Solchen Menschen, die mich etwas angehen, wünsche ich Leiden, Verlassenheit, Misshandlung, Entwürdigung – ich wünsche, dass ihnen das Elend der Überwundenen nicht unbekannt bleibt: ich habe kein Mitleid mit ihnen, weil ich ihnen das Einzige wünsche, was heute beweisen kann, ob einer Wert hat, oder nicht – dass er standhält.“

Tabelle 11: Möglichkeiten kognitiver Umstrukturierung

statt: Kämpfen	jetzt:
<i>aggressiv werden angehen sich mühen streiten aussitzen sich versagen erzwingen Macht ausüben</i>	entgegentreten, standhalten sich zur Wehr setzen Stellung beziehen, sich engagieren anpassen: Akkomodation Assimilation Ressourcen aktivieren Problem lösen Verantwortung übernehmen
statt: Fliehen	jetzt:
<i>Vermeiden, umgehen davonlaufen, ausweichen zurückziehen</i>	loslassen, ausbrechen sich lösen, Abschied nehmen trauern, beweinen
statt: Täuschen	jetzt:
<i>rationalisieren bluffen, irreführen, betrügen den Clown spielen, blenden, lügen auf den Arm nehmen, finassieren zum Narren halten, hinterlistig sein hintergehen, beschönigen, mogeln, strategisch handeln, cool sein</i>	kognitiv umstrukturieren Perspektive wechseln Standpunkt überprüfen kreativ sein Chancen sehen Alternativen bedenken Möglichkeiten sehen und auswählen
statt: Erstarren	jetzt:
<i>unbeweglich werden unflexibel werden sich verhärten, sich versteifen rigide werden, erschrecken hart werden, leblos sein unlebendig sein</i>	sein lassen, innehalten weich werden, entspannen akzeptieren, staunen Standpunkt finden sich öffnen wahrnehmen

Literatur

- Bierman-Ratjen, E.-M. & Swildens, H. (1993). Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des Klientenzentrierten Konzeptes. In: Eckert, J., Höger, D. & Linster, H. (Hrsg.). Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Bd. 1. Köln: GwG-Verlag, p. 43–142.
- Heinerth, K. (1997). Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Eckert et al. Praxis der Gesprächspsychotherapie – Störungsbezogene Falldarstellungen. Stuttgart: Kohlhammer, 50–72, 1997.
- Heinerth, K. (2002a). Symptomspezifität und Interventionshomogenität im Klientenzentrierten Konzept. Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung 1/2002, 23–26.
- Heinerth, K. (2002b). Verspernte und verzerrte Symbolisierungen.: Zum differentiellen Verständnis von Persönlichkeits- und neurotischen Störungen in Theorie und Praxis. In: Iseli, C. et al. (Hrsg.). Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende. Köln: GwG-Verlag, 145–180.

- Höger, D. (2002). Theoretische Grundlagen einer Klientenzentrierten Notfallpsychologie. Symposium „Notfallpsychologie und Traumatherapie aus gesprächspsychotherapeutischer Sicht“ 2. DPGG-Forum in Berlin am 27. und 28.04.2002.
- Hüther, G. Biologie der Angst. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rogers, C.R. (1959). Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln: GwG-Verlag.
- Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Bern: Huber.
- Wilk, W.W. (2002). Notfallpsychologie. Symposium „Notfallpsychologie und Traumatherapie aus gesprächspsychotherapeutischer Sicht“ 2. DPGG-Forum in Berlin am 27. und 28.04.2002.

Weitere Leseempfehlungen

Zur Notfallpsychologie

- Bengel, J. (1997). *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst*. Berlin: Springer.
- Böning, U. (1993). *Umgehen mit Stress*. Düsseldorf: Econ.
- Everstine, D.S. & Everstine, L. *Krisentherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fertig, B. & Wietersheim, H.v. (Hrsg.). *Menschliche Begleitung und Krisenintervention im Rettungsdienst*. Edewecht: Stumpf & Kossendey.
- Gasch, B. & Lasogga, F. (1995). *Psychische Erste Hilfe*. *Report Psychologie*, 28–35.
- Kolk, J.v.d. (2000). *Traumatic Stress*. Paderborn: Junfermann.
- Kowalski, J.T. (2001). *Stressmanagement und Notfallpsychologie in der Bundesmarine*. In: *Psychotherapeuten-Forum* 8 (1), 21–23.
- Lasogga, F. & Gasch, B. (1997). *Psychologische Erste Hilfe bei Unfällen*. Edewecht: Stumpf & Kossendey.
- Mitchell, J.T., Everly, G.S., Igl, A. & Schiwiek, I. (1998). *Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen*. Edewecht, Wien: Stumpf & Kossendey.
- Rupp, M. *Notfall Seele: Methodik und Praxis der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Notfall- Krisenintervention*. Stuttgart: Thieme.
- Stepan, Th. (Hrsg.). *Zwischen Blaulicht, Leib und Seele – Psychologie in der Notfallmedizin*. Edewecht: Stumpf & Kossendey.

Zur Physiologie von Stress

- Hüther, G. *Biologie der Angst*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schandry, R. (1996). *Lehrbuch der Psychophysiologie. Körperliche Indikatoren psychischen Geschehens*. Weinheim: Beltz.
- Schmidt & Thewes (1995). *Physiologie des Menschen*. Berlin: Springer.
- Birbaumer, N. & Schmidt, R.F. (1996). *Biologische Psychologie*. Berlin: Springer.

Zur Traumatherapie

- Claas, P. & Schulze, Ch. (2002). *Prozessorientierte Psychotherapie bei der Traumaverarbeitung*. Tübingen: DGVT.
- Clemens, H. (2003). *Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung*. Wien: Facultas.
- Bandler, R. & Grinder, J. (1984). *Neue Wege der Kurzzeit-Therapie*. Paderborn: Junfermann.
- Biermann-Ratjen, E.M. (2003). *Das Gesprächspsychotherapeutische Verständnis von Psychotrauma*. In: *Person* 2/2003, 128–134.
- Broda M. et al. (2000). *Posttraumatische Belastungsstörungen*. Stuttgart: Thieme.

- Butollo, W. (1997). *Traumatherapie – Die Bewältigung schwerer posttraumatischer Störungen*. München: CIP Medien.
- Butollo, W., Krüsmann, M. & Hagl, M. (1998). *Leben nach dem Trauma – Über den therapeutischen Umgang mit dem Entsetzen*. München: Pfeiffer (Leben lernen 125).
- Drees, A. (1997). *Folter: Opfer, Täter, Therapeuten*. Giessen: Psychosozial Verlag.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Reinhardt.
- Fischer, G. (2001). *Neue Wege nach dem Trauma*. Konstanz: Vesalius.
- Hüther, G. *Biologie der Angst*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Maercker, A. (Hrsg.). (1997). *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. Berlin: Springer.
- Reddemann et al. *Traumazentrierte Psychotherapie*. PTT 2/98. *Persönlichkeitsstörung, Theorie und Therapie*.
- Winter, H. (1996). *Posttraumatische Belastungsstörung nach Verkehrsunfällen*. Frankfurt: Peter Lang.

Zur Trauertherapie

- Jerneizig, R. und Langenmayr (1992). *Klientenzentrierte Trauertherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Jerneizig, R., Langenmayr, A. und Schubert, U. (1991). *Leitfaden zur Trauertherapie und Trauerberatung*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Worden, J.W. (1999). *Beratung und Therapie in Trauerfällen*. Bern: Huber.

Erfahrungsberichte

- Schmidbauer, W. (1998). *Ich wusste nie, was mit Vater ist*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Shay, J. (1998). *Achill in Vietnam: Kampftrauma und Persönlichkeitsverlust*. Hamburg: Hamburger Ed.
- Reemtsma, J.P. (1998). *Im Keller*. Hamburg: Hoffmann & Campe.

Eigene Arbeiten zur archaischen Kommunikation

- Schreien und Körperkontakt im klientenzentrierten Konzept. In: J. Howe. *Integratives Handeln in der Gesprächspsychotherapie*. Weinheim: Beltz, 191–202 (1982).
- Die Kenntnis der Biologie des Menschen erleichtert das Verstehen des individuellen Organismus. In: R. Sachse und J. Howe. *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie*. Heidelberg: Asanger, 126–141 (1989).
- Die emotionale Verarbeitung von aktuellen und aktualisierten Frustrationen. In: Behr, M. und U. Esser. *Macht Therapie glücklich – Neue Wege des Erlebens in Klientenzentrierter Psychotherapie*. Köln: GwG-Verlag, 74–100 (1991).
- Adäquates Schreien des Klienten unterstützt die Umstrukturierung seines Selbstkonzeptes. In: J. Eckert. *Forschung zur klientenzentrierten Psychotherapie*. Köln: GwG-Verlag, 89–103 (1995).
- Indikation für Körperkontakt in der Klientenzentrierten Psychotherapie. In Esser et al. *Erlebnisaktivierende Methoden im Klientenzentrierten Konzept*. Köln: GwG-Verlag (1996).

(siehe auch meine unter Literatur angeführten Arbeiten)