

Salutogenese und Ressourcenarbeit als Basis der PSNV

Gisela Perren-Klingler

- 2.1 Psychosoziale Intervention im Kontext – 39**
 - 2.1.1 Einleitung: Was ist psychosoziale Notfallversorgung (PSNV)? – 39
 - 2.1.2 Historisches: Seit wann gibt es PSNV? – 40
 - 2.1.3 Zur Effizienz: Wie hilfreich und nützlich ist PSNV? – 40
 - 2.1.4 Bedürfnisse und Handlungsanleitungen – 41
 - 2.1.5 Selbstkohärenz oder »Empowerment« (Selbstwirksamkeit, Selbstermächtigung) als Ziel der PSNV – 41
- 2.2 Menschliche Reaktionen auf kritische Ereignisse: Wie reagieren Menschen? – 42**
 - 2.2.1 Das Prinzip der Anpassung – 42
 - 2.2.2 Akute Stressreaktion als Überlebensleistung: die Stressreaktionen als Ressource und als sekundäre Bedrohung – 42
 - 2.2.3 Spezifische posttraumatische Stressreaktionen – 43
 - 2.2.4 Unspezifische posttraumatische Stressreaktionen (Mollica [1990](#)) – 44
- 2.3 Salutogenese als Ausweg aus dem biologischen und kommunitären Ressourcenungleichgewicht – 45**
 - 2.3.1 Traumatogene Ereignisse – 45
 - 2.3.2 Das Konzept der Salutogenese (Antonovsky [1987](#)) – 46
- 2.4 PSU als einfache Interventionsart – 47**
 - 2.4.1 Direkte Unterstützung vor Ort – 47
 - 2.4.2 Postdirekte, in den darauf folgenden Tagen bis ca. 3 Monate nach dem Ereignis stattfindende Unterstützung – 48
 - 2.4.3 PSU für Betroffene und auch Helfer – 48
 - 2.4.4 Ziele der PSU – 48
 - 2.4.5 Basisausbildung in PSU, Minimalstandards – 49

2.5 Vernetzung – 51

2.6 Ausblick – 52

Literatur – 52

Gisela Perren-Klingler befasst sich seit mehr als 20 Jahren mit frühzeitigen Interventionen nach kritischen Ereignissen. Als Kinderpsychiaterin wurde ihr früh klar, dass der Epidemie von Gewalt gegen Kinder überall auf der Welt nur mit primären und sekundären Präventivmaßnahmen entgegengetreten werden kann. Daraus ist ihr Interesse auch an der Gesundheit von Berufsleuten, die an der Front stehen, entstanden (Einsatzkräfte, Notfallmedizin usw.). In ihrer praktischen Arbeit hat sie sich einerseits auf das Konzept der Salutogenese gestützt, andererseits die gängigen bekannten Techniken in der Vorsorge einbezogen und selbst neue konzipiert, gelehrt und angewandt. All diese neuen Techniken beruhen auf den neueren naturwissenschaftlichen Erkenntnissen von Stress- und neurobiologischer Forschung und tendieren weg von der interpretativen therapeutisch orientierten Psychologie hin zum Empowerment von Einzelnen und Gemeinschaften.

2.1 Psychosoziale Intervention im Kontext

2.1.1 Einleitung: Was ist psychosoziale Notfallversorgung (PSNV)?

Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) ist eine Antwort auf die Bedürfnisse von Menschen, welche durch kritische Ereignisse betroffen sind; ein kritisches Ereignis ist ein »einmaliges« Ereignis, bei welchem die körperliche und seelische Integrität von einzelnen oder auch vielen Menschen bedroht oder verletzt worden ist. Dabei handelt es sich stets um eine Einwirkung durch Gewalt, sei sie direkt durch Menschen (Verkehrs- und Arbeitsunfälle, Krieg, kriminelle Akte usw.) oder indirekt hervorgerufen worden, wie bei Natur- oder Industriekatastrophen. In Anlehnung an die Katastrophenvorsorge spricht man auch in der PSNV von Primärprävention oder Risikoverminderung (d. h., vor den Ereignissen zu erfolgende Strategien) und Sekundärprävention oder Schadensbegrenzung (d. h., sofort nach dem Ereignis eintretende Aktionen). PSNV bezeichnet die ganze Palette von Interventionsmöglichkeiten in der Primär- und Sekundärprävention, bis hin zur Behandlung von Spätfolgen mit psychiatrisch-psychotherapeutischen und rehabilitativen Interventionen.

Psychosoziale Unterstützung (PSU) hingegen, als ein Teil der PSNV, konzentriert sich auf die postimmediaten, d. h. sofort nach dem Ereignis durchzuführenden Aktivitäten mit dem Ziel der psychischen Schadensbegrenzung, d. h., um Spätfolgen zu vermeiden oder zu minimieren (Sekundärprävention).

Über effiziente klinische Behandlung (»Tertiärprävention«, Caplan 1964) ambulanter wie auch im Krankenhaus stattfindender Art ist in den letzten 30 Jahren genügend geforscht und publiziert worden (Perren-Klingler 1998; Gschwend 2004), sodass sich eine Beschreibung oder Zusammenfassung hier erübrigt.

Ein Teil der PSNV und PSU ist aus der Arbeit mit Betroffenen an der Basis erwachsen. Doch Diagnostik und Behandlung von psychischen Folgen wie Angststörungen, Depressionen, psychosomatischen Beschwerden oder post-traumatischen Belastungsstörungen haben auch Erkenntnisse gebracht, wie solchen Folgestörungen vorzubeugen sei. Ungewöhnlich ist das nicht, denn sowohl in der Medizin wie auch in der Psychologie ist Prävention häufig auch aus der Behandlung entstanden. Wesentlich ist jedoch, Behandlungsmethoden nicht einfach für die Prävention zu übernehmen, sondern eigene Methoden zur Notfallversorgung zu entwickeln. Denn man will mit den sofortigen Interventionen der PSU präventiv akutes, aber normales Leiden und negativen Stress nicht behandeln, sondern durch Ressourcenangebote vermindern und zur Integration bringen lassen.

PSNV und PSU befassen sich immer mit den menschlichen Reaktionen auf kritische Ereignisse, nie mit dem Ereignis selber. Die Versorgung der Bedürfnisse, die durch die normalen menschlichen Reaktionen augenfällig werden, hat zwar viel mit Psychologie zu tun; doch sollten PSU und die präventiven Anteile der PSNV nicht mit therapeutischen Techniken aus der klinischen (d. h., Kranke behandelnden) Psychologie geschehen; vielmehr spielt hier die Gemeindepsychologie mit ihren Konzepten von Ressourcen (Hobfoll 1989), post-traumatischem Wachstum (Tedeschi u. Calhoun 1996), Gemeindesolidarität, Erhaltung der Gesundheit bei hohem Stress von Einzelnen, Familien und Gemeinden usw. eine wichtige Rolle.

2.1.2 Historisches: Seit wann gibt es PSNV?

Bereits im 1. Weltkrieg ist diese Sicht zum Tragen gekommen. Salmon (1919) betreute britische Soldaten mit seinen berühmten 5 Interventionsparametern:

- Sofortigkeit,
- Nähe,
- Optimismus (Gesundheitsorientierung),
- Einfachheit (mit Peers, die selbst Soldaten waren),
- Kürze.

Lag damals das Hauptinteresse in der rasch wiedererlangten »Kampftüchtigkeit« der Betroffenen, so geht es heute vor allem um das Recht der Betroffenen oder die Pflicht der professionellen Helfer, Menschen beizustehen. Heute liegt das Interesse auf der Beobachtung, dass Betroffene, auch wenn sie unverletzt sind, unter massivem Distress stehen und leiden; daraus ist von Shalev (2000) abgeleitet worden, dass neben den präventiven Aspekten auch der menschenrechtliche Aspekt, Leiden so schnell wie möglich aufzufangen, als eine moralische Pflicht aufzufassen ist.

Schon vor der Psychiatrie hat sich bereits die Religion mit der Befindlichkeit von Menschen nach kritischen Ereignissen befasst: sei es in der Bibel, wo z. B. der Umgang mit den geretteten (gefolterten) Jünglingen aus dem Feuerofen (Dn. 3,15ff.) beschrieben wird, oder nach der Kreuzigung Jesu, wo die Jünger von Emmaus mit dem Fremden ihre traumatische Erfahrung teilen (Lk 24,13ff.) Auch in der Ilias von Homer wird beschrieben, wie der nach dem plötzlichen (traumatischen) Verlust seines Freundes Patroklos vor Schmerz tobende Achill nachts von der Halbgöttin Thetis, seiner Mutter, besänftigt und getröstet wird.

2.1.3 Zur Effizienz: Wie hilfreich und nützlich ist PSNV?

Die Diskussion um die Effizienz der Prävention ist auch in diesem Gebiet hoch aktuell; doch sollte man nicht vergessen, dass seit mindestens 30 Jahren in der Prävention des Brustkrebses bei Frauen eine an

Ideologie mahnende Diskussion um die Effizienz der jährlichen Mammografie stattfindet: Es gibt wissenschaftliche Arbeiten, die statistisch signifikant die Effizienz dieser Intervention beweisen, während ebenso seriöse, auch statistisch signifikante andere Arbeiten beweisen, dass die jährliche Mammografie sinnlos ist (Bouchardy et al. 2001). Die kausale Verknüpfung einer Aktion mit dem Nicht-Eintreffen einer Erkrankung ist äußerst schwierig zu beweisen, da dieses Nicht-Eintreffen meistens durch verschiedene Faktoren beeinflusst wird. Zusätzlich kommt dazu, dass die Planung von Studien, welche die Effizienz von PSNV beweisen sollen, schwierig ist, da kritische Ereignisse und die davon betroffenen Bevölkerungen häufig nicht vergleichbar sind. Deswegen ist es schwierig, auf statistischer Evidenz basierte Interventionen zu planen; denn es

- ist eine Frage der Ethik, bei Bedarf schnell und nach bestem Wissen zu handeln, ohne zuvor ein statistische Evidenz beweisendes Setup aufzubauen, und
- braucht zu Forschungszwecken und Evidenz beweisenden Interventionen je auf das kritische Ereignis zugeschnittene Untersuchungsinstrumente, die kulturangepasst sind und in einem gemeindepsychologischen Setting durchführbar sind, was jedes Mal neu nach einer seriösen Vorbereitung verlangt.

Glücklicherweise gibt es aber neben der statistischen Evidenz auch eine »klinische« Evidenz und eine Nutzer- und Anwenderzufriedenheit (Engelbert 2011); diese Zufriedenheit wird von den in PSNV betreuten Menschen später bei Befragungen mehrheitlich, oft sogar durch Dankesbezeugungen ausgedrückt. Nachgewiesenermaßen (Flannery 2000; Fahrenbrück, ► Kap. 4) hilft PSU im Rahmen einer breit geplanten PSNV bei Betroffenen nach kritischen Ereignissen die Krankheitshäufigkeit statistisch signifikant zu senken und deren Wohlbefinden in der Arbeit wiederherzustellen.

Zur Zeit wird an der medizinischen Fakultät der Provinz Cordoba/Argentinien in einer gestaffelten epidemiologischen Untersuchung mit 1000 freiwilligen Feuerwehrmännern gemessen, wie hoch das Stressniveau vor und nach Ausbildung in PSU ist (Rosas Diego, Psychologe der freiwilligen Feuerwehr aus Villas Las Rosas/Cordoba).

2.1.4 Bedürfnisse und Handlungsanleitungen

Aus den wenigen Publikationen zur Evidenzfrage von psychosozialer Notfallversorgung geht hervor, dass 5 Basisbedürfnisse der Betroffenen sofort befriedigt werden sollten (Brian Allen et al. 2010). Diese sind:

- Sicherheit/Schutz,
- Beruhigung,
- Selbst- und Gemeinschafts-Ermächtigung («efficacy»),
- menschliche Verbundenheit,
- Hoffnung.

Diese 5 Basisbedürfnisse sind über 8 verschiedene Aktivitäten der Helfer zu befriedigen (Brian et al. 2010; Hobfoll et al. 2007):

- Kontakt,
- persönliches Engagement,
- Sicherheit und Trost,
- Stabilisierung,
- Informationsaufnahme,
- praktische Unterstützung,
- Weiterverbindung mit sozialen Strukturen, Information über psychische Bewältigung,
- Verbindung mit den vorhandenen Hilfsdiensten.

Intuitiv sind diese Bedürfnisse von solidarischen Mitmenschen schon immer auf verschiedene inoffizielle Arten befriedigt worden. Aus diesem Grund beschäftigen sich auch so unterschiedliche Gruppen wie Seelsorger, Laienhelfer, Psychologen, Betriebsleiter, Sicherheitsleute usw. mit PSNV; denn die Notwendigkeit der Unterstützung von Betroffenen drängt sich für jeden Dazukommenden als Selbstverständlichkeit auf.

Faltblätter für Betroffene sollten heute diese 8 Punkte beinhalten: Tipps für einfache Selbsthilfen, Hinweise auf Reaktionen, auf die hin zusätzliche Hilfe in Anspruch genommen werden sollte, die Angabe von Telefonnummern für weiter Hilfsangebote – das alles sind nicht nur wichtige, die Betroffenen sonst eventuell nicht erreichende Hinweise, sie fördern auch die Selbstermächtigung. Natürlich müssen solche Faltblätter nicht nur leicht verständlich sein, sondern sollten auch auf dem neuesten

Stand gehalten werden. Dass eine solche Unterstützung heutzutage in möglichst vielen verschiedenen Sprachen zur Verfügung stehen sollte, versteht sich von selber.

Postdirekte (nach der notfallmäßigen PSU) Unterstützung kann von freiwilligen Organisationen, aber auch weiteren Institutionen wie z. B. der Opferhilfe angeboten werden. Die Verschiedenheit der Sichtweisen ist als Pluriprofessionalität sicher ein Reichtum, manchmal auch ein Luxus. Entscheidend dabei bleibt die salutogenetische Haltung bzw. die Anwendung der 5 Prinzipien Salmons. Das bedeutet, dass in allen diesen Organisationen eine auf diesen Grundsätzen vergleichbare Ausbildung in psychosozialen Interventionen erfolgen muss, sei es für direkte wie auch indirekte Betroffene (Helfer). In jedem der beiden Anteile – für direkt und indirekt Betroffene – werden soziale Ressourcen eingesetzt. Diese können sich entweder spontan konstituieren oder in der Vorbereitung auf kritische Ereignisse – z. B. im Zivilschutz – bereitgestellt werden.

Es muss immer wieder betont werden, dass dabei die Gefühle wie Schmerz und Trauer über den Verlust von Beziehungspersonen, eigenen Funktionen, verlorenem Eigentum usw. ihren angemessenen Platz behalten werden; denn solche Verluste können nicht ungeschehen gemacht werden. Was die bedürfnisorientierte respektvolle und noch vorhandene Ressourcen einbeziehende Intervention hingegen vermag, ist, das schreckliche Gefühl von Hilflosigkeit und Verlassenheit früh aufzufangen und Selbstermächtigung und Hoffnung wieder anzustoßen.

2.1.5 Selbstkohärenz oder »Empowerment« (Selbstwirksamkeit, Selbstermächtigung) als Ziel der PSNV

Antonovskys Konzept der Selbstkohärenz (Antonovsky 1987, 1993) mit ihren drei Anteilen Kontrollmöglichkeit, Verständlichkeit und Sinnhaftigkeit kann nach Hobfoll (1989) als Basis eines Ressourcengleichgewichts betrachtet werden. In der PSNV gibt es einfache und praktikable Anweisungen für die Unterstützung von Betroffenen; dabei werden

2 die fünf oben erwähnten Grundbedürfnisse intuitiv eingeschlossen. Innerhalb dieses Konzeptes kann auch die ganze Ressourcenarbeit konzipiert werden. Hobfoll zeigt, dass in einem kritischen Ereignis das Gleichgewicht der persönlichen und durch die Gruppe getragenen Ressourcen verloren geht; wenn dieses Gleichgewicht sich nicht wieder herstellt, entsteht negativer Stress, Distress, und Menschen werden krank. Von außen unterstützt, wird den Betroffenen schnell – mindestens zu einem vorübergehenden – neuen Ressourcengleichgewicht verholfen, das ihnen ermöglicht, ihre eigenen individuellen Ressourcen bald wieder zu entdecken und neu herzustellen.

Ressourcen werden hier unterteilt in individuelle und systemische, d. h., in der Gemeinschaft zu findende Ressourcen. Persönliche Ressourcen sind z. B. die Fähigkeit zu verstehen, selber zu entscheiden und zu handeln (Selbstkohärenz), aber auch die – biologische – Resistenz gegen Stress. Sofortige Hilfeleistung, Solidarität in kritischen Ereignissen, Unterstützung durch Personen und Institutionen der Gemeinschaft können als systemische oder kommunale Ressourcen angesehen werden. Die Wiederherstellung eines Ressourcengleichgewichtes ist die vordringliche Aufgabe der PSNV; denn sobald da wieder ein Gleichgewicht besteht, kann der massive Distress der Betroffenen abnehmen, Selbsthilfe einsetzen und eine Integration des Erlebten beginnen.

Das Ziel der PSNV ist die schnellstmögliche Wiederherstellung eines neuen Ressourcengleichgewichtes oder der Selbstkohärenz, sei es bei Einzelnen, Gruppen oder ganzen Bevölkerungsanteilen.

Gruppen das momentane Überleben ermöglicht. Wenn dabei das Gleichgewicht (Homöostase) auf der biologischen (wie auch auf der sozialen) Ebene erhalten bleiben kann, wird eine gesunde Anpassung entstehen; doch wenn die Homöostase durch die Stressbelastung überfordert wird und sich deswegen nicht mehr anpassen kann, entsteht traumogener (möglicherweise traumatischer) Stress. Die Biologie dieser Stressreaktion ist heute, fast 100 Jahre nach Selye (1980), um einiges besser bekannt, obwohl auch heute noch nicht alle Mechanismen geklärt sind; das Verständnis dieser biologischen Reaktionen ist die Voraussetzung, um Betroffene unterstützen zu können; das heißt natürlich nicht, dass Helfer bis ins Detail diese neuro-kognitiven Mechanismen kennen müssen, doch müssen sie fähig sein, die häufig »ver-rückt« anmutenden verhaltensmäßigen Ausdrucksweisen dieser Mechanismen zu erkennen und damit umzugehen (1. Grundbedürfnis: Beruhigung, Sicherheit, Verständlichkeit).

Diese Stressreaktionen im Moment der Exposition sind als Ressourcen im Hinblick auf das Überleben und als Anpassungsleistung zu werten; doch im posttraumatischen Umfeld werden sie zu störenden Faktoren, die es dem Betroffenen nicht erlauben, wieder zum vorher bestehenden Ressourcengleichgewicht zurückzukehren; die lebensnotwendige Aktivierung der Stressreaktionen während der Exposition kann nun, im Nachhinein, die Rückkehr zur Norm verhindern und damit die Lebensqualität der Überlebenden massiv beeinträchtigen.

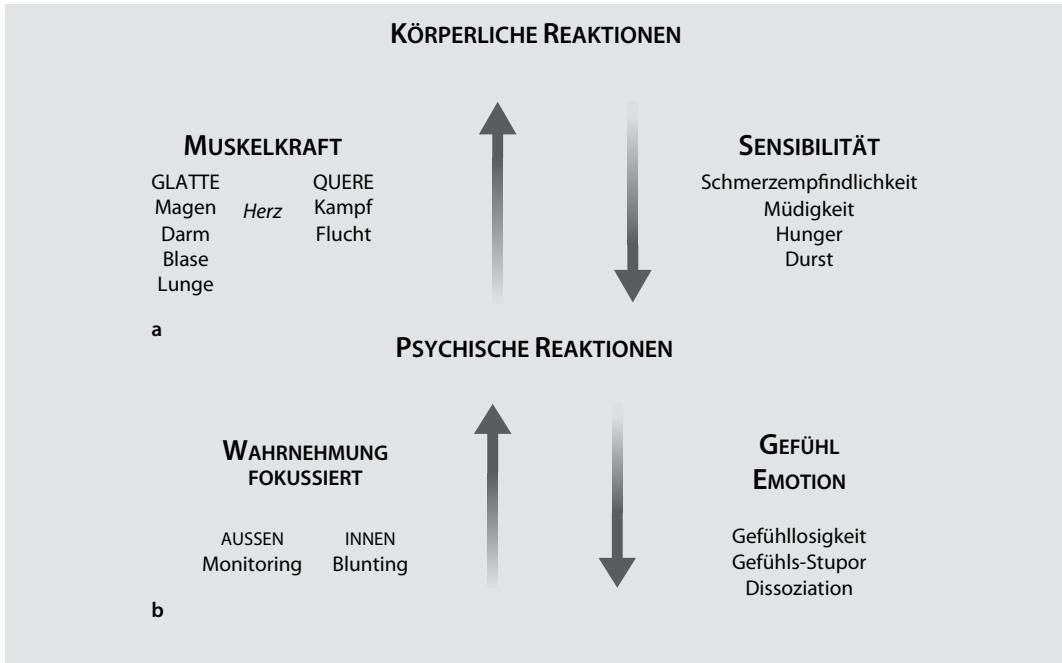
2.2 Menschliche Reaktionen auf kritische Ereignisse: Wie reagieren Menschen?

2.2.1 Das Prinzip der Anpassung

Der menschliche Organismus ist so angelegt, dass er sich an hohe Anforderungen der Umgebung anpassen kann; in der akuten Bedrohung, wenn das Leben oder die Integrität des Betroffenen oder auch von ihm nahe stehenden Personen bedroht ist, entsteht automatisch eine massive Stressreaktion, die sowohl Individuen als auch

2.2.2 Akute Stressreaktion als Überlebensleistung: die Stressreaktionen als Ressource und als sekundäre Bedrohung

Bei einer realen oder fantasierten Bedrohung reagiert der Körper, respektive das Hirn, lange bevor man sich der Gefahr bewusst wäre. Vorbewusst (d. h., innerhalb kürzerer Zeit, noch bevor das Bewusstsein eine Rolle spielen würde) und automatisch werden auf allen verschiedenen Hirnebenen Aktivierungen und Deaktivierungen in Gang gesetzt (»Neuroception«); diese kann man auf der



■ **Abb. 2.1a,b** Körperliche (a) und psychische (b) Stressreaktionen

Beobachtungsebene folgendermaßen wahrnehmen (■ Abb. 2.1 a, b):

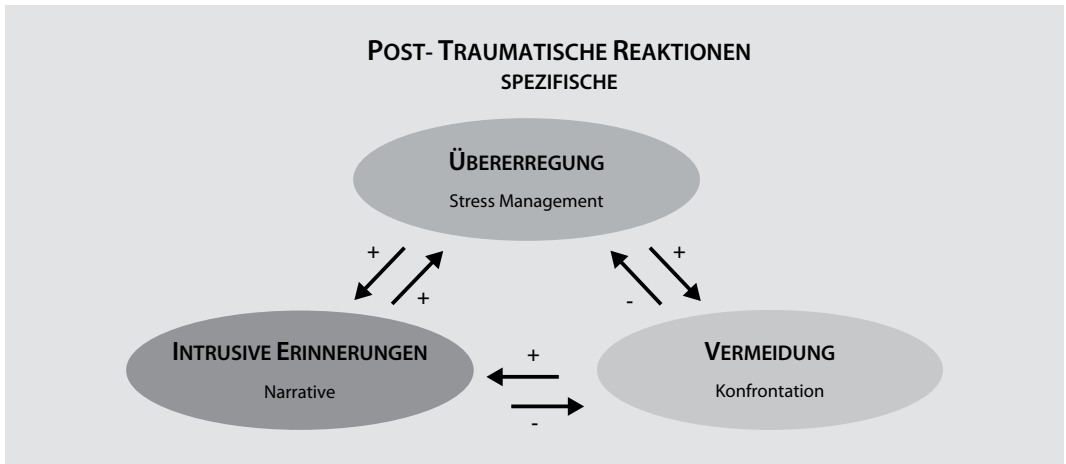
- Die Person erhöht ihre Muskelkraft, sowohl glatte (unwillkürliche) als auch quergestreifte (dem Willen unterworfenen) Muskulatur. Verlust von Urin oder Stuhl, Zittern, Schwitzen, Herzrasen sind alles Zeichen dieser erhöhten, im Dienst des Überlebens stehenden (Sympathikus-bedingten) Muskelkraft. Häufig werden diese Reaktionen nachträglich vom Betroffenen als »Angstphänomene« mit Scham wahrgenommen und deswegen verschwiegen.
- Die Körperwahrnehmung sinkt: Schmerz, Müdigkeit, Durst und Hunger werden vermindert wahrgenommen, der Körper ist (primär, durch den Parasympathikus bedingt) »eingeschläfert«, anästhesiert.
- Die Aufmerksamkeit ist fokussiert, konzentriert, mit dem Ziel des Überlebens, oder, bei Überwiegen des parasympathischen Anteils (Hilflosigkeit), nach Innen fokussiert (Abschottung, Blunting »Totstellreflex«).
- Die Emotionalität ist ebenso anästhesiert wie die Körperlichkeit.

Alle diese Reaktionen laufen automatisch ab, können also nur durch Training unter Stressbedingungen optimiert werden so, wie es bei Einsatzkräften geschieht. Sie sind auch alle lebenserhaltend und mobilisieren in diesem Sinne ungeahnte biologische Ressourcen. Doch der Ressourcenaufwand hat eine Kehrseite, sobald das normale Leben wieder einkehren sollte.

2.2.3 Spezifische posttraumatische Stressreaktionen

Der Organismus kehrt nach dem stressbedingten Extremaufwand nicht sofort zur Normalität zurück: spezifische, auf die Stressreaktion während der Exposition zurückgehende (universelle) biologische Reaktionen und unspezifische (mehr im Zusammenhang mit der Interpretation und Erklärung des Ereignisses, von der jeweiligen Herkunftskultur beeinflusste) posttraumatische Reaktionen belasten Überlebende fast immer.

Die spezifischen posttraumatischen Reaktionen (■ Abb. 2.2) führen sich auf die verschiedenen Funktionsweisen während der Exposition zurück.



■ **Abb. 2.2** Spezifische posttraumatische Stressreaktionen

Sie sind in den ersten 2 bis 3 Monaten nach traumogener Exposition als normal und natürlich zu betrachten; denn nicht die Reaktionen, sondern das Ereignis sind außerhalb der Norm.

- Die durch die Aktivierung des sympathischen Nervensystems bedingte **Übererregung** kann weiter andauern und zeigt sich nun in innerer und äußerer Unruhe, Aggressivität, Schlafstörungen, Konzentrationsproblemen usw.
- Die durch die Fokussierung bedingte zwanghafte Beschäftigung mit dem Geschehen in **wiederkehrenden Erinnerungen**, von der Rumination (Gedankenwiederkäuen) bis hin zu Flashbacks und Alpträumen, erhöht die Übererregung und wird von der Übererregung verstärkt – ein Teufelskreis.
- Die durch verschiedene **dissoziative Mechanismen** bedingte körperliche und emotionale Gefühllosigkeit zeigt sich in stuporösem Verhalten, Gefühlskälte, Bagatellisierung des Geschehenen einerseits. Andererseits kann es ein äußeres Vermeidungsverhalten geben, durch welches die wiederkehrenden Erinnerungen und die Übererregung kurzfristig beruhigt werden können.

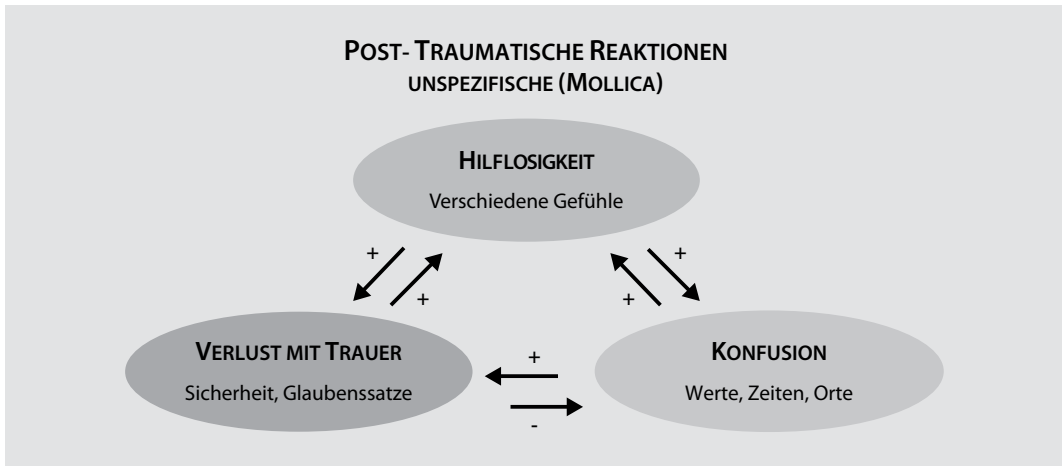
In der meist kurzen, einige Tage dauernden posttraumatischen »Flitterwochenphase« spielen diese Reaktionen für Betroffene und deren Umfeld kaum eine Rolle; doch je länger das Ereignis zu-

rückliegt und die normale Lebensgestaltung wieder einsetzen sollte, umso störender und beunruhigender werden diese spezifischen posttraumatischen Reaktionen. Sie bedingen auf längere Zeit ein Ressourcenungleichgewicht: Schlechte Schlafqualität, Konzentrationsprobleme, Übererregung, wiederkehrende Erinnerungen, Emotionsstupor und Vermeidungsverhalten bis hin zu Phobien behindern eine Wiedereingliederung im täglichen Leben. Familie und Arbeitsplatz reagieren mit Unverständnis, die phobische Vermeidung eines an das Ereignis erinnernden Stimulus wird missverstanden und kann sogar als »Rentenneurose« bezeichnet werden; kurz: Es ist, als ob der momentane große biologische Einsatz von Ressourcen keine entsprechende Belohnung hervorgerufen hätte.

2.2.4 Unspezifische posttraumatische Stressreaktionen (Mollica 1990)

Unspezifische posttraumatische Reaktionen (■ Abb. 2.3) sind teilweise durch den kulturellen Umgang mit dem Geschehen zu verstehen (Mollica 1990); sie verstärken zusätzlich die spezifischen posttraumatischen Stressreaktionen:

- Der Umgang mit der erlebten Hilflosigkeit nach dem Ereignis wird von intensiven Gefühlen begleitet, die durch Verletzung von Werten hervorgerufen sind. Denn in jeder traumatischen



■ **Abb. 2.3** Unspezifische posttraumatische Stressreaktionen

Exposition werden einer oder mehrere Werte der Person beschädigt; die intensiven Gefühle werden durch die andauernden Stressreaktionen noch vergrößert und dadurch schwer erträglich.

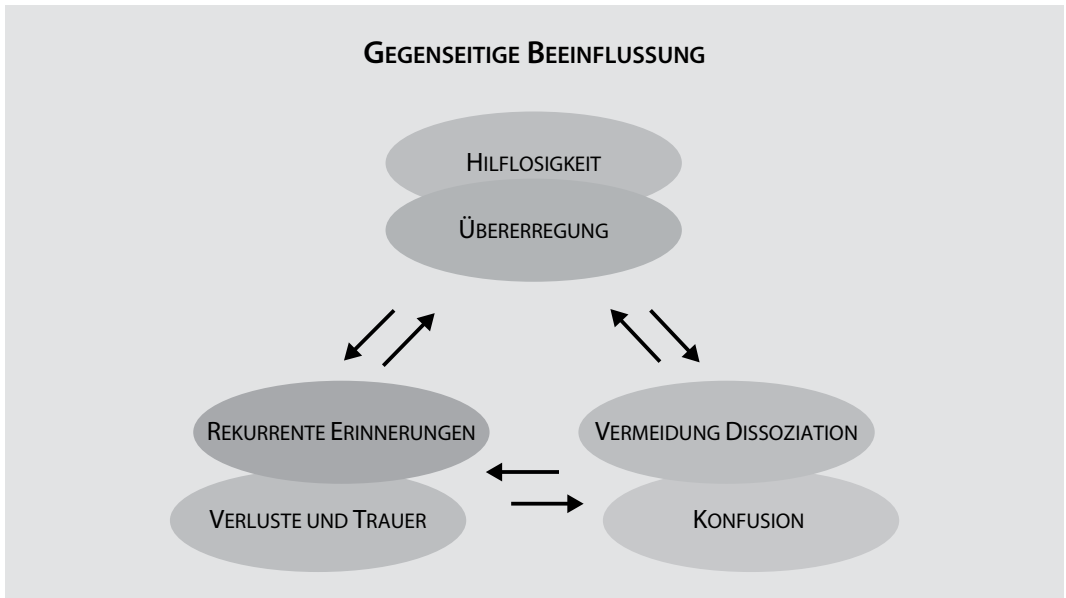
- In jedem traumatogenen Ereignis werden Verluste – größeren oder kleineren Ausmaßes – erlebt. Trauer ist ein Gefühl, das häufig neben den anderen Gefühlen steht; eventuell nötige Trauerarbeit kann aber nicht geleistet werden, solange die Übererregung die zum Trauern nötige Ruhe verhindert.
- Verwirrung ist eine weitere Folge des Erlebten, und sie verstärkt die dissoziativen Phänomene.

Praktisch ist es wichtig, beide, sowohl die spezifischen wie auch die unspezifischen Reaktionen zu kennen und als Raster im Kopf zu haben bei Unterstützung von Menschen nach traumatogener Exposition; denn beide Gruppen verstärken sich gegenseitig (■ Abb. 2.4); dies bedeutet natürlich auch, dass man durch Beruhigung einer dieser 6 Reaktionen die Verminderung anderer Reaktionen hervorrufen kann: So können z. B. unerträglich intensive Gefühle bei einem Betroffenen durch Senkung der Übererregung bereits verkleinert und erträglicher gemacht werden, oder Beruhigung der Dissoziation hilft die Konfusion zu klären.

2.3 Salutogenese als Ausweg aus dem biologischen und kommunitären Ressourcenungleichgewicht

2.3.1 Traumatogene Ereignisse

Traumatogene Ereignisse zeigen immer wieder auf, dass es keine Gemeinschaft gibt, die ihre Mitglieder vor allem Schlimmen bewahren kann, egal, wieviel Prävention primärer und sekundärer Art auch betrieben wird. Es entsteht ein Ungleichgewicht von Ressourcen, welches zum Überlebensstress führt (Hobfoll 1989). In der PSU befasst man sich nicht mit dem Ereignis als solchem, sondern immer mit dem daraus entstehenden Ressourcenungleichgewicht; dieses ist gleichzeitig Ursprung und Folge der biologischen Stressreaktionen der Betroffenen darauf; es ist wesentlich, der Versuchung zu widerstehen, in der postimmediaten Phase über die mangelnde Prävention, d. h., eine äußere, nicht vorhandene Ressource laut (oder leise) nachzudenken; hingegen kann man sich als Vertreter von PSU als eine von der nicht genügend schützenden Gemeinschaft delegierte Ressource verstehen. In diesem Sinne hat man die Aufgabe, die bei der Person noch vorhandenen inneren und äußeren Ressourcen zu mobilisieren. In der für diese Phase



■ **Abb. 2.4** Gegenseitige Beeinflussung der spezifischen und unspezifischen posttraumatischen Reaktionen

wichtigen Ermöglichung einer späteren Integration des Erfahrenen durch Bewältigung der neuro-kognitiven Reaktionen kann jede Gemeinschaft etwas dazu beitragen, sodass Betroffene das Überleben zuletzt nicht bedauern müssen, sondern im besten Fall sogar einen Ressourcenzuwachs erfahren können (z. B. Lerneffekte, posttraumatisches Wachstum, Tedeschi u. Calhoun 1996).

2.3.2 Das Konzept der Salutogenese (Antonovsky 1987)

Das Konzept der Salutogenese ist einfach und handlungsorientiert; deswegen ist es in der Notfallsituation gerade auch von psychologischen Laien gut und einfach anwendbar; in der Salutogenese wird die Selbstkohärenz Betroffener unterstützt oder wieder aktiviert. Diese Selbstkohärenz besteht aus den drei Faktoren Kontrolle, Verständnis und Sinnhaftigkeit.

Kontrollfähigkeit Je schneller die im kritischen Ereignis erlebte Hilflosigkeit durch erste »Mini-Kontrollen« bzw. kleine eigene Entscheide wieder angestoßen ist, umso eher kann sich der Mensch wieder selbstermächtigt fühlen; z. B. durch die –

angeleitete – Beruhigung der Stressphysiologie. Sei es, ein Glas Wasser zu trinken, sei es, noch effizienter, durch ruhige Atmung, findet Kontrolle und indirekte (biologische) Beruhigung statt; dies sind die besten Gegenmittel gegen die erlebte Hilflosigkeit und die damit verbundenen schwer erträglichen Gefühle; damit wird das Ressourcenungleichgewicht sowohl auf biologischer wie auch auf sozialer Basis bereits wieder etwas ausgeglichen.

Verständnis Wer weiß, was geschehen ist, kann wieder etwas kognitive Kontrolle und Klärung übernehmen; allerdings gilt es in der ersten Phase, sich bewusst zu bleiben, dass nicht unmittelbar interessierende Tatsachen kaum wahrgenommen werden können, d. h., überhaupt nicht gehört oder sogleich wieder vergessen werden (Müller-Cyran 2004); doch wer weiß, was in den nächsten Minuten geschehen wird, oder dass seine »ver-rückt« erscheinenden, ihn beunruhigenden (Stress) Reaktionen normal sind, kann sich auch kognitiv beruhigen. Auch damit wird wieder etwas mehr Kontrolle erlangt. Bei der Informationsübermittlung ist es allerdings wichtig, die oft reduzierte Aufnahmefähigkeit einzubeziehen und dementsprechend einfach zu sprechen und zusätzlich ein Merkblatt abzugeben.

Psychische Gesundheit und Katastrophe
Internationale Perspektiven in der psychosozialen
Notfallversorgung
Perren-Klingler, G. (Hrsg.)
2015, XVII, 172 S. 14 Abb., Softcover
ISBN: 978-3-662-45594-4