

Nach der Katastrophe: die Zeit der psycho- logischen Betreuung der Opfer

P.-A. Savary

La version française a paru dans le no 39/2001

«Wenn manche, durch eine gewisse Kapazität des Vergessens oder Widerstandes, ohne allzu grosse Schwierigkeiten den Acheron in Gegenrichtung zu durchqueren scheinen, bleibt bei anderen eine tiefe Wunde zurück. Diese sind es, die wir zu verstehen oder sogar zu behandeln versuchen.»

C. Barrois

Der Autor fasst zusammen, welche psychologischen Probleme nach einer Katastrophe auftreten und welche Massnahmen im Verlauf der verschiedenen Stadien zu ergreifen sind, die die Opfer, ihre Angehörigen und Helfer durchlaufen können. Er präzisiert auch, unter welchen Umständen das Hinzuziehen eines Spezialisten notwendig ist, um das Erscheinen einer posttraumatischen Belastungsstörung oder anderer Begleiterkrankungen zu vermeiden.

Die Auswirkungen der Katastrophe auf die Psyche

Wie die schrecklichen und ergreifenden Fernsehbilder uns ausgiebig gezeigt haben, erzeugt eine Katastrophe Chaos, und ohne dieses Chaos würde man nicht von Katastrophe sprechen.

Im Verlaufe dieser Ereignisse werden menschliche Wesen brutal konfrontiert und durchleben auf der Ebene ihres Körper und ihrer Seele fürchterliche Situationen, die in der Stärke alles überschreiten, was ihnen bisher zustossen konnte.

Die Interventionen haben in dieser Hinsicht das Ziel, das Chaos progressiv zu organisieren, um den Opfern mit grösstmöglicher Effizienz Hilfe zu leisten.

Dr. med. Pierre-Alain Savary
Spezialist FMH Psychiatrie und Psychotherapie
Gründungsmitglied der Schweizerischen Gesellschaft
für Psychotraumatologie
Chemin de Pré-Fleuri 17
CH-1260 Nyon
E-mail: pasavary@vtx.ch

Die Schweizerische Gesellschaft für Psychotraumatologie, eine der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie angegliederte Gesellschaft, hat zum hauptsächlichsten Ziel, psychische Traumen und ihre Behandlung zu erforschen, die Mitglieder der Gesellschaft über alle Probleme im Zusammenhang mit traumatischem Stress zu informieren (ob im Bezug auf Pflegepersonal oder Patienten) und Informationen zur Prävention für die allgemeine Bevölkerung und Interventionspersonal herauszugeben. Die Gesellschaft zielt ebenfalls darauf ab, die Diskussion und den Austausch über das Thema der psychischen Traumen anzuregen. Sie bietet die Möglichkeit der Weiterbildung durch die Organisation von Konferenzen und Seminaren. Sie organisiert eine Aktionsgruppe, um die diversen kompetenten Institutionen und die Behörden über psychische Traumen zu informieren. Sie verfügt seit kurzem über eine kleine Internetseite (www.sspt.net).

Für die Opfer bewirkt die Katastrophe eine *bio-psycho-soziale* Beeinträchtigung. Wie man feststellen konnte, ist nicht nur die interne Komplexität der Individuen betroffen, sondern es sind ebenfalls die vielfältigen Systeme und Netze, die unsere modernen Gesellschaften kennzeichnen, und die Kollektivität, in der wir leben, betroffen.

Die Katastrophen betreffen 3 Kategorien der Bevölkerung: die direkt betroffenen *Opfer*, die *Helfer* (Feuerwehrmänner, Rettungsmannschaften und die gesamte Sanitätskette bis und einschliesslich die im Spital tätigen Ärzte) und die *Angehörigen* der Opfer (direkte Familie, Partner, Freunde, Kollegen).

Die Mitglieder der ersten beiden Gruppen sind in Gefahr, Opfer eines psychischen Traumas zu sein, und dies umso eher je leichter ihre somatische Verletzung war.

Die Faktoren, die eine Traumatisierung auslösen, sind vor allem daran gebunden, dass das Opfer im Rahmen eines einmaligen und unerwarteten Zwischenfalls Terror durchlebt, dessen Plötzlichkeit und Gewalt in ihm jede Möglichkeit der sofortigen Beherrschung ausser Stande setzt. Dieses brutale und gewaltvolle Eindringen einer katastrophalen Realität, die Dichte des Erlebens und Durchleidens sind so gross, dass die Kapazitäten des Individuums, sich dagegen zu wehren, überlastet sind. Durch die direkte Konfrontation mit dem Tod (seinem eigenen und/oder dem der anderen) mit einer extremen Plötzlichkeit und einer Stärke empfindet er Gefühle von Machtlosigkeit und Entsetzen, ohne jede Möglichkeit der Repräsentation, jeglicher vorangehender Referenz und jeglicher Möglichkeit sofortiger Beherrschung seiner Umwelt und seines inneren Erlebens.

Für die Angehörigen der Opfer sind zwei Fälle möglich: Entweder sind sie einem traumatisierten Überlebenden gegenübergestellt und sie können ihrerseits mit

Tabelle 1

Diagnostische Kriterien für die «posttraumatische Belastungsstörung» (DSM IV).

A	das Opfer war einem traumatischen Ereignis ausgesetzt
B	das traumatische Ereignis wird dauernd wieder durchlebt
C	andauernde Meidung der dem Trauma assoziierten Stimuli und Abstumpfung der allgemeinen Reaktivität
D	andauernde Symptome einer erhöhten Erregbarkeit
E	Dauer von mehr als 1 Monat
F	die Störung bedingt eine klinisch signifikante Not oder eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit im sozialen, professionellen oder jedem anderen bedeutenden Bereich der Existenz.

Tabelle 2

Epidemiologie der PTSD.

1–3% Lebenszeitprävalenz für die Bevölkerung im allgemeinen.
4% Lebenszeitprävalenz bei professionellen Helfern (Feuerwehrmänner, Polizisten, Pflegepersonal).
bis zu 90% Lebenszeitprävalenz bei schwer misshandelten Opfern (Kriegsgefangene und Folteropfer).
30% durchschnittliche Lebenszeitprävalenz für Schwertraumatisierte (zum Beispiel Vietnamveteranen).

dem Trauma «kontaminiert» werden, insbesondere die Kinder, wenn ihre Eltern chronisch traumatisiert bleiben, oder es handelt sich um eine Trauerproblematik, wenn der Angehörige verstorben ist.

Für Katastrophen spezifische Reaktionsformen

Aus nosologischer Sicht können die Opfer eine *akute Belastungsreaktion* (F43.0) zeigen.

Die Symptomatologie, die bei dieser Reaktion angetroffen wird, ist äusserst polymorph und nimmt in keiner Art und Weise die Existenz einer erwiesenen Psychopathologie an. Die Gesamtheit der beobachteten Symptome darf nicht anders gewertet werden als die Reaktion eines Menschen, der mit einer aussergewöhnlichen Situation konfrontiert ist. Das Erleben und das Handeln machen eine Gesamtheit von normalen Reaktionen auf eine aussergewöhnliche Situation aus. Es ist die Situation, die *a-normal* ist, und nicht die Reaktion der Opfer. In einer gewissen Anzahl von Fällen kann sich diese erste Reaktion zu einer *posttraumatischen Belastungsstörung* entwickeln (oder auch PTSD, post-traumatic stress disorder, F43.1).

Für den Grossteil der Opfer bedeutet die Katastrophe oder ihre Folgen in der Form der PTSD, dass nichts jemals mehr so sein wird wie vorher. Das erlebte Trauma kann einer psychischen Verletzung gleichgestellt werden, die nach dem Muster einer physischen Verletzung mehr oder weniger schwer, mehr oder weniger tief, mehr oder weniger zerstörend sein kann und die also Objekt einer Reparatur sein muss, um schliesslich zu einer Vernarbung zu gelangen.

gen. Die Dauer dieses *Reparationsprozesses* hängt natürlich von verschiedenen Faktoren ab (Gewicht, Dauer und Intensität des traumatisierenden Ereignisses, psycho-sozialer Kontext des Opfers). Die Spur verbleibt in der Form einer Narbe, die mehr oder weniger funktionell ist.

Betreuungsprinzipien

Die Betreuung der Opfer und die Prävention einer Chronifizierung ihrer Störungen sind also von grosser Bedeutung. Schematisch kann man bei Beachtung eines *systemischen Ansatzes der Behandlung des Traumatisierten* und seiner bio-psycho-sozialen Dimension drei Interventionsphasen abgrenzen.

Im Verlauf der *ersten Phase* muss die Aufgabe der Intervenierenden (im allgemeinen ein psycho-soziales Team) vor allem sein, den Opfern zu erlauben, mit der unmittelbaren Situation (intern, intrapsychisch und extern) fertig zu werden, ihr Gleichgewicht wiederzuerlangen, ihnen zu helfen ihre Grundbedürfnisse zu befriedigen und zu reintegrieren, was von ihrem existentiellen Rahmen verbleibt.

Die *zweite Phase* findet in den Tagen, die der Katastrophe folgen, statt und auf jeden Fall nach einer Periode physischer Erholung (Ruhe, Ernährung, Wiederaufnahme des Kontaktes mit den Angehörigen). Es handelt sich also darum, einen Reparatursprozess einzuleiten, der essentiell die Form einer Trauerarbeit annimmt. Wir wissen, dass sich dieser Prozess gemäss den Möglichkeiten eines jeden entwickelt, in der Geschwindigkeit und nach den Modalitäten, welche die individuelle psychische Organisation gestattet.

Das *Debriefing*, wichtiges Glied in der Kette, aber zurzeit auch sehr kontrovers diskutiert, hat unter anderem zum Ziel, einen Versuch zu machen, diesen Prozess zu initiieren. Auch wenn seine präventiven oder sogar therapeutischen Absichten weit überschätzt wurden, behält es dennoch seine Nützlichkeit soweit es von gut ausgebildetem Interventionspersonal durchgeführt wird. Es antwortet ebenfalls auf die Nachfrage einer gewissen Anzahl von Opfern, die das Bedürfnis verspüren, über das Erlebte zu reden, zu verstehen, was ihnen geschehen ist, und darin einen Sinn zu ergründen und Antwort auf zahlreiche Fragen zu finden, die sie sich stellen.

Etymologisch ist das Debriefing das Gegenteil des Briefing (Instruktionen, Richtlinien, Informationsveranstaltung), das heisst buchstäblich, der Bericht, der einer Handlung folgt. Es ist also vor allem eine Bilanz, selbstverständlich und vor allem ausgerichtet auf die psychologischen Aspekte des erlebten Ereignisses und/oder der ausgeführten Intervention. Es handelt sich um eine Technik, die in einem ersten Schritt darin besteht, eine aktive Rekonstruktion des Ereignisses zu unternehmen, wenn möglich in der Gruppe, um in einem zweiten Schritt, die erlebten Emotionen zu identifizieren. Nur anschliessend kommen die möglichen Bezüge mit vergangenen Ereignissen zum Zuge, mit dem Selbstbild und mit den Reaktionen der anderen.

Diese Intervention hat ebenfalls ein Abreagieren der Emotionen zum Ziel, die erlebten Emotionen in Worte zu fassen, durch Worte die verspürte Gewalt zu organisieren. Es handelt sich darum, eine Symbolisierung des Traumas, des Chaos, der Zerstörung zu erlauben, die durch die Annäherung an den Tod erlebt wurden.

Denn, umso mehr man versucht, die Erinnerungen und die begleitenden Emotionen zu vermeiden, zu kontrollieren, desto häufiger kommen sie wieder auf. Die Tatsache, den Opfern vorzuschlagen, es sei erlaubt und sogar wünschenswert über sie zu reden, gestattet ihnen nicht mehr, um jeden Preis zu versuchen, sie sich zu verbieten. Und es ist nur daraufhin, dass sie sich erlauben und die Möglichkeit haben, an andere Dinge zu denken. Es handelt sich um einen Prozess, vergleichbar mit der Katharsis, der darin besteht, ein schweres Schicksal zu akzeptieren, um daraus etwas positives zu machen.

Ein anderes Ziel des Debriefing besteht darin, Risikopersonen zu identifizieren und sie bezüglich der im Falle der Persistenz der Symptome anzunehmenden Haltung zu beraten und ihnen zu helfen, ihr Zögern zu überwinden und, falls nötig, einen Psychiater aufzusuchen.

Hinzuziehen des Spezialisten

Die Konsultation beim Spezialisten wird dann notwendig, wenn Symptome wie zum Beispiel Schlafstörungen, Ängstlichkeit, Flash-backs, Schwierigkeiten bei der Wiederaufnahme des aktiven Lebens oder affektive Störungen bestehen bleiben. Diese Symptome dürfen nicht durch Medikamente überdeckt werden (besonders Schlafmittel und Anxiolytika), da dies rasch ein Abhängigkeitsrisiko mit sich bringen würde, sondern sie sollten ebenfalls unter einem psychoanalytischen Aspekt angegangen werden, um dem Individuum zu helfen, nach der Katastrophe einen Sinn wiederzufinden, das Entsetzen und die erlebten Verluste zu überwinden.

Wie vorgehend bemerkt, können die Helfer ebenfalls Opfer einer akuten Belastungsreaktion sein, aber besonders einer posttraumatischen Belastungsstörung im Rahmen eines Summierungseffektes durch eine sehr häufige Exposition mit katastrophalen Situationen, die auf der emotionalen Ebene sehr stark belastet sind. Das Debriefing wurde vor allem für sie weitreichend verwendet und es kann durch Gruppenmitglieder durchgeführt werden.

Die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) kann erst nach einigen Wochen gestellt werden, und das Auftreten dieser Erkrankung findet mehr als 6 Monate nach dem Ereignis nur selten statt. Ihre Behandlung unterliegt spezialisierten Fachkräften, wobei die beste therapeutische Kombination aus einer Psychotherapie verbunden mit einer passenden pharmakologischen Behandlung, häufig auf der Basis von Antidepressiva, besteht. Die lang-

fristige Verschreibung von Anxiolytika und Schlafmitteln ist kontraproduktiv und trägt vor allem dazu bei, zahlreiche Parameter der Störung zu organisieren und zu fixieren.

Man muss wissen, dass die PTSD eine schwerwiegende Störung sein kann, häufig mit Diagnosen von Begleiterkrankungen assoziiert:

- Drogen und Alkoholmissbrauch;
- schwere depressive Episoden;
- Panikstörungen;
- phobische Störungen;
- generalisierte Ängstlichkeit;
- dysthymische Störungen.

Die Anzahl von Selbstmordversuchen sind bei psychisch Traumatisierten häufiger als in den Kontrollgruppen.

Nebeneffekte der Katastrophen

Es ist also sinnvoll, diese Grundgegebenheiten zu respektieren und zu bewirken, dass das betroffene Kollektiv diese aufeinanderfolgenden Phasen ausführen kann und sie vor allem nicht überspringt.

Selbst wenn die direkte Bedrohung durch die Katastrophe zerstreut ist, kommt es vor, dass die Unsicherheit zusammen mit einem Angstgefühl bestehen bleibt, was angepasste und notwendige Vorkehrungen anregen kann; aber es kann im Gegenteil auch ein wachsendes Misstrauen gegenüber den Staatsorganen und den Helfern entwickeln oder dazu führen, sich in einen ängstlichen Beobachter seiner eigenen Gesundheit oder derjenigen der anderen zu verwandeln.

Es ist nicht selten, innerhalb des heimgesuchten Kollektives während Monaten oder sogar Jahren eine Neigung zur Ängstlichkeit verbleiben zu sehen, wenn nichts unternommen wird, um ihnen zu Hilfe zu kommen.

Selbst wenn ich zu Beginn dieses Artikels 3 Kategorien von Kollektiven erwähnt habe, so möchte ich nicht schliessen, ohne zu erwähnen, dass die *Suche nach dem Sündenbock* charakteristisch für die Reaktion des betroffenen Kollektives ist. Die Rolle der Autoritäten und aller, die bei Vernunft bleiben können oder müssen, besteht darin zu vermeiden, dass Unschuldige nicht wiederum indirekte Opfer der Katastrophe werden.

Literatur

- Psychiatrie de guerre et de catastrophe: Aide mémoire de l'armée suisse
- Barrois C. Les névroses traumatiques. Paris: Dunod; 1998.
- Girard R. Le bouc émissaire. Paris: Le Livre de Poche; 1986.
- de Clercq M, Lebigot F. Les Traumatismes Psychiques. Paris: Masson; 2001.
- La Revue Francophone du Stress et du Trauma
- Journal of Traumatic Stress