



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser gesamtes Programm finden Sie unter www.klett-cotta.de

TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN – VORBEUGEN, BEHANDELN UND REHABILITIEREN

Psychische Beeinträchtigungen als Folge von Gewalt, Unfällen oder Naturkatastrophen stellen psychosoziale Fachkräfte und Psychotherapeut:innen vor besondere Herausforderungen. Die Psychosoziale Notfallversorgung nach potenziell traumatisierenden Erfahrungen reicht von der Psychosozialen Akuthilfe, der psychosozialen und traumazentrierten Beratung über eine Psychotherapie bis zur Rehabilitation am Ende einer Versorgungskette.

Die einzelnen Bände der Reihe bieten Innovationen der Vorbeugung, Behandlung und Rehabilitation von Traumafolgestörungen.

Die Herausgeber:innen:

Robert Bering, Prof. Dr., war Mitgründer und Chefarzt des Zentrums für Psychotraumatologie der Alexianer Krefeld GmbH. Heute lehrt er an der Universität zu Köln und ist Leitender Oberarzt am Psychiatrischen Zentrum der Universitätsklinik Kopenhagen.

Christiane Eichenberg, Prof. Dr., ist Leiterin des Instituts für Psychosomatik der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien, Fakultät für Medizin.

Die Einzelbände behandeln folgende Themen:

1. Band: Trauma und moralische Konflikte
2. Band: Kompendium Traumafolgen – Verlauf, Behandlung und Rehabilitation der komplexen PTBS
3. Band: Trauma und digitale Medien – Therapiemöglichkeiten und Risiken
4. Band: Trauma und Gegenübertragung
5. Band: Kompendium Trauma und Akutintervention
6. Band: Albträume (Herbst 2025)

Robert Bering, Claudia Schedlich
und Gisela Zurek

Kompendium Trauma und Akutintervention

**Psychosoziale Versorgung in der
Opfer- und Katastrophenhilfe**

Mit einem Vorwort von Barbara Juen
sowie einem Interview mit Stevan Hobfoll

Klett-Cotta



Die digitalen Zusatzmaterialen haben wir zum Download auf www.klett-cotta.de bereitgestellt. Geben Sie im Suchfeld auf unserer Homepage den folgenden Such-Code ein: **OM98413**

Besonderer Hinweis

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

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2024 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte inklusive der Nutzung des Werkes für Text und

Data Mining i. S. v. § 44b UrhG vorbehalten

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von andranik123/Adobe Stock

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Kempten

Gedruckt und gebunden von GGP Media GmbH, Pößneck

ISBN 978-3-608-98413-2

E-Book ISBN 978-3-608-12321-0

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20673-9

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Inhalt

| | |
|--|----|
| Vorwort | 9 |
| Wegweiser | 12 |
| | |
| TEIL 1 Kontext | 17 |
| | |
| 1 Die Kölner Perspektive | 19 |
| | |
| 2 Grundlagen | 25 |
| 2.1 Wissenschaftsgeschichte | 25 |
| 2.2 Verlaufsperspektive | 31 |
| | |
| 3 Reaktionen auf psychische Belastungen im Verlaufsmodell | 39 |
| 3.1 Verlaufsformen | 39 |
| 3.2 Reaktionstypen: Übergang von ICD-10 nach ICD-11 | 42 |
| 3.3 Verlaufstypen | 49 |
| 3.4 Funktionelle Einschränkungen | 53 |
| | |
| 4 Risiko- und Schutzfaktoren | 59 |
| 4.1 Risiko- und Schutzfaktoren | 59 |
| 4.2 Risiko- und Schutzfaktoren im Verlaufsmodell | 66 |
| 4.2.1 Prätraumatische Faktoren | 66 |
| 4.2.2 Situationsfaktoren | 67 |
| 4.2.3 Faktoren in der Einwirkphase | 69 |
| 4.3 COR-Theory | 70 |
| 4.4 Flexibility und Resilienz | 73 |

| | |
|---|-----------|
| 5 Leitlinien der Psychosozialen Notfallversorgung und Krisenintervention | 76 |
| 5.1 Historischer Abriss der Kriseninterventionsmaßnahmen | 76 |
| 5.2 PSNV im europäischen Kontext | 84 |
| 5.3 Empirisch gestützte Interventionsprinzipien | 87 |
| | |
| TEIL 2 Das Manual | 97 |
| | |
| 6 Target Group Intervention Program: Das Manual | 99 |
| 6.1 Risikogruppenunabhängige Maßnahmen | 103 |
| 6.1.1 Psychische Erste Hilfe | 103 |
| 6.1.2 Psychosoziale Akuthilfe | 105 |
| 6.1.3 Bedarfsorientierte anlassbezogene Beratung | 107 |
| 6.1.4 Psychoinformation | 110 |
| 6.1.5 Anleitung zur Selbsthilfe | 114 |
| 6.1.6 Prognostisches Screening: Erfassen von Risiko- und Schutzfaktoren | 116 |
| 6.1.7 Fachberatung mit Ergebnisbesprechung | 127 |
| 6.2 Risikoabhängige Module des TGIP | 128 |
| 6.2.1 Fachberatung mit Monitoring | 130 |
| 6.2.2 Klinische Diagnostik | 131 |
| 6.2.3 Trauma(akut)therapie | 136 |
| 6.2.4 Rehabilitative Ansätze | 155 |
| 6.3 TGIP in der mehrstufigen interdisziplinären Versorgungskette | 157 |
| 6.3.1 Akute Psychosoziale Notfallversorgung | 158 |
| 6.3.2 Mittelfristige Psychosoziale Notfallversorgung | 160 |
| 6.3.3 Langfristige Psychosoziale Notfallversorgung | 162 |

| | |
|---|------------|
| 7 Perspektive traumatische Situationstypen | 165 |
| 7.1 Gewalt | 166 |
| 7.1.1 Ausgangslage und Soziales Entschädigungsrecht | 167 |
| 7.1.2 Situationsstypen von Gewalt | 181 |
| 7.1.3 TGIP bei Betroffenen von häuslicher und/oder sexualisierter Gewalt | 186 |
| 7.1.4 Vulnerable Zielgruppen | 202 |
| 7.2 Arbeits-, Schul- und Wegeunfälle | 207 |
| 7.2.1 Ausgangslage: Psychotherapeutenverfahren der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung | 209 |
| 7.2.2 Situationsstypen von Arbeits-, Schul- und Wegeunfällen | 213 |
| 7.2.3 TGIP im Psychotherapeutenverfahren | 216 |
| 7.2.4 Vulnerable Zielgruppen | 219 |
| 7.2.5 Fallbeispiel Psychotherapeutenverfahren der DGUV | 221 |
| 7.3 Krankenhaus und ärztliche Praxen | 228 |
| 7.3.1 Ausgangslage: Krankenhaus und ärztliche Praxen | 228 |
| 7.3.2 Situationsstypen der allgemeinmedizinischen Versorgung | 230 |
| 7.3.3 TGIP in der allgemeinmedizinischen Versorgung | 236 |
| 7.3.4 Vulnerable Zielgruppen | 242 |
| 7.4 Komplexe Gefahren- und Schadenslagen und Katastrophen | 245 |
| 7.4.1 Die Gegebenheiten bei komplexen Schadenslagen | 246 |
| 7.4.2 Situationsstypen: Komplexe Schadenslagen und Katastrophen | 254 |
| 7.4.3 TGIP bei Betroffenen von komplexen Schadenslagen | 261 |
| 7.4.4 Vulnerable Zielgruppen | 273 |
| 7.5 Psychosoziale Notfallversorgung für Geflüchtete | 279 |
| 7.5.1 Die Ausgangslage | 280 |
| 7.5.2 Situationsstypen | 287 |
| 7.5.3 TGIP bei Geflüchteten | 293 |
| 7.5.4 Vulnerable Zielgruppen | 300 |

| | |
|--|-----|
| 8 Abrundung | 307 |
| Danksagung | 315 |
| Abbildungs- und Tabellenverzeichnis | 318 |
| Abkürzungsverzeichnis | 319 |
| Literaturverzeichnis | 323 |
| Die Autor:innen | 352 |

Vorwort

In den letzten Jahrzehnten haben sich Traumaforschung und -intervention sowohl auf wissenschaftlicher Ebene als auch strukturell und im Feld der präklinischen Versorgung und Prävention weiterentwickelt.

Es wurde immer deutlicher, wie wesentlich ein resilienzorientierter Ansatz in der Traumaprävention sowie in der -beratung und -behandlung ist. Mittlerweile hat sich vor allem die westliche Herangehensweise an Trauma von einem auf Pathologie zentrierten Ansatz hin zu einem resilienzorientierten Ansatz verändert. Zudem wird von Organisationen, die mit Traumaüberlebenden zu tun haben, erwartet, dass sie traumainformiert sind, d.h. dass sie die eigenen Strukturen und Prozesse dahingehend überprüfen, ob sie Re-Traumatisierungen begünstigen und Heilung behindern können (siehe zum Beispiel Elliott et al. 2005, SAMHSA 2014, Muskett 2014, Sweeney et al. 2018).

Klassische traumaspezifische Dienstleistungen richteten sich darauf aus, den Effekt der traumatischen Ereignisse zu vermindern und die Heilung zu fördern. Traumainformierte Einrichtungen und Dienstleistungen haben ein Verständnis des Traumas entwickelt, das die Einrichtung als Ganze betrifft. Dabei geht es darum, die Einrichtung in ihrer Struktur und ihren Angeboten darauf auszurichten, dass Menschen mit Traumaerfahrungen gute Bedingungen geboten werden, die ihren Bedürfnissen und Stärken entsprechen. Das inkludiert ein ganzheitliches Verständnis des Traumas und einen resilienzorientierten Ansatz, der sowohl den Zeitpunkt der Intervention im Phasenverlauf als auch die besondere Art der Traumatisierung berücksichtigt.

Zentrale Veränderungen der letzten Jahre beziehen sich auf eine grundlegende Haltungsänderung (siehe zum Beispiel: Elliott et al. 2005, SAMHSA 2014, Muskett 2014, Sweeney et al. 2018):

- Die Betroffenen werden als Expert:innen ihrer eigenen Erfahrung gesehen. Man fragt nicht mehr »Was ist dein Problem?«, sondern »Was ist dir zugestoßen und wie gehst du damit um?«
- Die Betroffenen werden als aktive Überlebende und nicht als passive Opfer gesehen.
- Betroffene werden als Expert:innen des eigenen Erlebens miteinbezogen (Grundprinzip: Nicht für die Betroffenen handeln, sondern mit ihnen).
- Fokus auf heilende Umgebung: Man ist sensibel dafür, inwieweit die Umgebung und das Setting die Heilung des Traumas (positiv bzw. negativ) beeinflusst.

Das Target Group Intervention Program trägt diesem grundlegenden Wandel insofern Rechnung, als es die traditionelle Aufteilung in Prävention und Behandlung aufbricht und einen Bezug herstellt zwischen dem Risiko- und Ressourcenprofil der Betroffenen sowie der konkreten Art der vorliegenden Traumatisierung bzw. dem Verlauf des Heilungsprozesses.

Zudem verbinden die Autor:innen dieses Buches psychosoziale Akutinterventionen mit späteren Behandlungskonzepten und erläutern, was auf einem Zeitstrahl jeweils als adäquate Intervention gelten kann.

Sie tragen damit dem vom Inter Agency Standing Committee bereits 2007 postulierten Multi Layer Approach der psychosozialen Unterstützung Rechnung und beziehen sich auf alle Phasen des Katastrophenzyklus: Sie fügen sich somit auch in das Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015–2030 ein (UNDRR 2015).

Das vorliegende Werk ist demnach nicht nur ein ausgezeichnetes Nachschlagewerk für Praktiker:innen, sondern leistet auch einen fundamentalen Beitrag zu den Zielen des Sendai Frameworks

1. Katastrophenrisiko verstehen
2. Katastrophenriskomanagement verbessern
3. Investment in Katastrophenrisikoreduktion für Resilienz-Aufbau
4. Katastrophenvorbereitung verbessern, um effektive Interventionen

zu ermöglichen und um im Sinne des »Build Back Better« in Erholung, Rehabilitation und Rekonstruktion dazuzulernen.

Ao Univ. Prof. Dr. Barbara Juen

Universität Innsbruck

Fachliche Leiterin Psychosoziale Dienste Österreichisches Rotes Kreuz

Scientific Advisor IFRC MHPSS European Network

Wegweiser

Akute psychosoziale und heilkundliche Interventionen für Betroffene von Gewalt, Unfällen und Naturkatastrophen haben in der Öffentlichkeit, in Fachkreisen und in der Politik in den letzten Jahrzehnten große Aufmerksamkeit gefunden. Die gesellschaftliche Offenlegung von (sexualisierter) Gewalt an Frauen und Kindern hat die Bearbeitung dieser Thematik in den 1970er-Jahren angestoßen. Die Einstellung zum Vietnamkrieg hat nicht nur die US-amerikanische Gesellschaft gespalten. Darüber hinaus forderten die Folgen des verlorenen Krieges die Politiker:innen heraus, die Gesellschaft wieder zu einen und die Bürger:innen mit der Politik des Landes zu versöhnen. Mit der Einführung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) in das DSM-III wurden 1980 Voraussetzungen geschaffen, die potenziellen psychischen Folgen von hochbelastenden Erfahrungen als Gesundheitsschaden anzuerkennen.

Wie war die Situation in Deutschland? Obwohl die Diagnose der PTBS hier bereits 1992 eingeführt wurde, hat es einige Jahre gedauert, bis die Notwendigkeit von akuten, psychosozialen Versorgungsangeboten im Opferschutz, im Katastrophenschutz und im Zusammenhang von Arbeits-, Schul- und Wegeunfällen neu entdeckt wurde. Seit den 1990er-Jahren ist die Bundeswehr auch eine Einsatzarmee. Die Beteiligung deutscher Soldat:innen an Auslandseinsätzen, beispielsweise auf dem Balkan, in Somalia und später in Afghanistan, hat uns gesellschaftlich auf die Probe gestellt. Die Belastung von Einsatzkräften im Rahmen der polizeilichen, nicht-polizeilichen und militärischen Gefahrenabwehr wurde neu bewertet.

Einsatzkräfte, psychosoziale Akuthelfer:innen sowie mittel- und langfristig eingesetzte psychosoziale und traumazentrierte Berater:innen und Psychotherapeut:innen stehen im Umgang mit den Betroffenen

vor großen Aufgaben. Es geht um die Frage, welche Maßnahme ist zu welchem Zeitpunkt die richtige, um die Entwicklung oder Chronifizierung von psychischen Beeinträchtigungen nach Extremstressbelastungen vorzubeugen bzw. zu behandeln? Wir bewegen uns auf dem Fachgebiet der sogenannten Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV). Deren Maßnahmen reichen von der Psychischen Ersten Hilfe, der Psychosozialen Akuthilfe, der traumazentrierten Fachberatung über die (Akut)-therapie bis zur Rehabilitation von Beeinträchtigungen der sozialen und beruflichen Teilhabe am Ende einer mehrstufigen Versorgungskette. Hierdurch rücken Akteur:innen und unterschiedlichste Berufsgruppen zusammen, die sonst im Berufsalltag Abstand zueinander haben. Das gilt für Einsatzkräfte, Fachberater:innen der psychosozialen Netzwerke sowie ärztliche und psychologische Psychotherapeut:innen im Gesundheitswesen.

Nur ein Teil der von hochbelastenden Lebensereignissen Betroffenen entwickelt eine dauerhafte psychische Belastungsstörung. Hieraus leiten sich zentrale Fragen der Psychotraumatologie ab:

1. Gibt es Faktoren, die darüber entscheiden, ob sich nach Ereignissen katastrophalen Ausmaßes eine Psychotraumafolgestörung entwickelt oder nicht? Wie können diese Faktoren erkannt werden?
2. Welche psychosoziale Versorgung ist für die Gruppe der Selbstheiler:innen bzw. für die Risikogruppe indiziert?
3. Wie können Beratung und Behandlung an unterschiedliche Reaktionstypen und Traumaarten (Gewalt, Unfälle, komplexe Schadenslagen, Krankheit sowie Flucht und Vertreibung) angepasst werden?

Antworten auf diese Frage bietet unser Kompendium, das insbesondere für psychosoziale Akuthelfer:innen, traumazentrierte Fachberater:innen sowie psychologische und ärztliche Psychotherapeut:innen geschrieben ist. Hierbei stützen wir uns auf das Konzept der Zielgruppenorientierten Intervention (ZGI), das wir nach Einbettung in die internationalen Richtlinienbestimmungen *Target Group Intervention Program* (TGIP) nennen.

Unter TGIP verstehen wir ein differenziertes Interventionsprogramm nach Belastungserfahrungen, das sich am Risiko- und Ressour-

cenprofil der Betroffenen und an der Art der potenziellen Traumatisierung orientiert. Dabei haben wir unterschiedliche traumatógenen Arten von Psychotraumatisierungen, Vulnerabilitäten und institutionelle Verantwortungsträger zu berücksichtigen. So können wir beispielsweise Erkenntnisse, die wir im Umgang mit Betroffenen von häuslicher Gewalt im Opferschutz gewonnen haben, nicht auf die psychosoziale Unterstützung von Überlebenden einer Naturkatastrophe übertragen.

Unter psychosozialen Akutinterventionen verstehen wir mehrstufige Interventionen, die sich am Zeitstrahl des unmittelbaren, mittelfristigen und langfristigen Prozesses orientieren und an den Schnittstellen der Versorgungskette akute Interventionen erfordern.

Definition: Psychosoziale Akutinterventionen

Psychosoziale Akutinterventionen sollten auf mehreren Stufen stattfinden. Sie reichen von Psychischer Erster Hilfe bis zur mittelfristigen psychosozialen Unterstützung und spezialisierten Unterstützungsprogrammen bis zur klinisch-psychologischen Behandlung und Psychotherapie (Juen et al. 2011).

Wir gliedern das Kompendium in drei Teile (s. Abb. 1).

Der *allgemeine erste Teil* klärt die Grundbegriffe der Psychotraumatologie, die für unser Modell relevant sind: Hierzu gehören das Verlaufsmodell, die Beschreibung der potenziellen Reaktionen auf Belastungen sowie die Kenntnisse von Risiko- und Schutzfaktoren, klinische Störungsbilder auf diese Belastungen hin zu entwickeln. Diesen ersten Teil nennen wir Kontext. Schließlich runden wir die Einführung mit einem Interview ab, das wir mit Prof. Dr. Stevan Hobfoll als Erstautor der fünf Interventionsprinzipien der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) geführt haben. Im *zweiten Teil* legen wir unser Manual zum Target Group Intervention Program (TGIP) vor. Wir unterscheiden risiko-gruppenunabhängige von risikogruppenabhängigen Interventionen. Hierbei stützen wir uns auf den Kölner Risikoindex, der Risikoprofile identifiziert und Möglichkeiten des differenzierten Umgangs mit der Selbsterholer:innen-, der Wechsler- und der Risikogruppe bietet.

Statement

Gesetzt, Betroffene mit einem hohen Risiko, eine Traumafolgestörung zu entwickeln, würden frühzeitig erkannt, könnten gezielte psychosoziale Maßnahmen zur sekundären Prävention ergriffen werden.

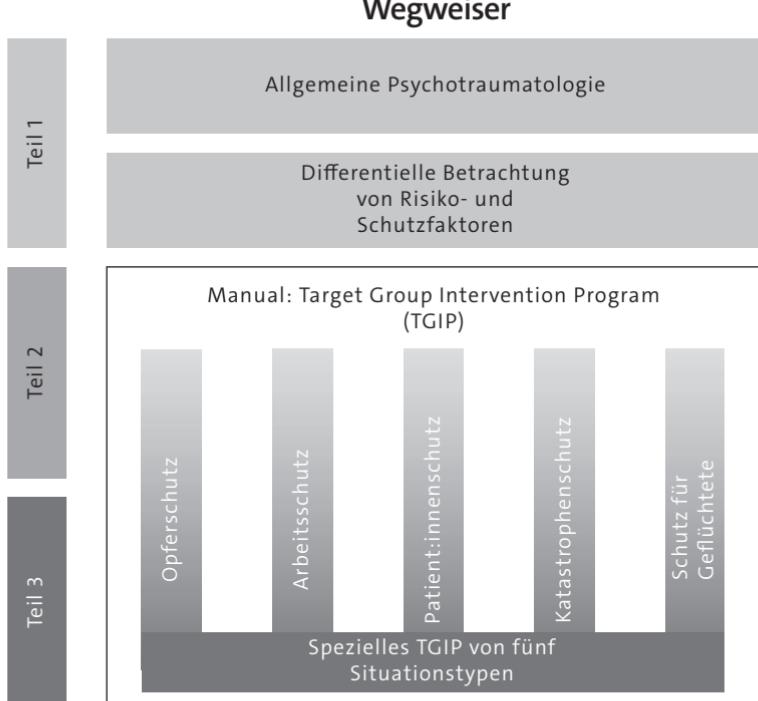


Abb. 1: Struktur des Kompendiums. Der erste Teil beschäftigt sich mit der allgemeinen Psychotraumatologie und der differenziellen Betrachtung von Risiko- und Schutzfaktoren zur Entwicklung einer Traumafolgestörung. Der zweite Teil umfasst die Grundzüge des Manuals zum TGIP und der dritte beschäftigt sich mit speziellen Situationstypen. Hierzu gehören die Folgen für Betroffene von Gewalt, Arbeits-, Wege- und Schulunfälle, der Schutz der Patient:innen im Gesundheitswesen, komplexe Schadenslagen sowie der Schutz vor den Folgen von Flucht und Vertreibung.

Im *dritten Teil* unterscheiden wir Situationstypen und beziehen uns auf unterschiedliche Arten von Belastungssituationen. Wir unterscheiden die Situationstypen Opferschutz, Arbeitsschutz (Arbeits-, Wege- und Schulunfälle), Patient:innenschutz im Gesundheitswesen, Katastrophenschutz sowie Schutz für Geflüchtete.

Hierbei orientieren wir uns an folgender Frage: Welche Empfehlungen gelten für den Umgang mit Betroffenen nach Gewalttaten, nach Unfällen, in komplexen Schadenslagen sowie für die Krankenbehandlung und für den Umgang mit Geflüchteten?

Als Rahmenkonzept zur Beantwortung dieser Fragen dient uns das TGIP. Im dritten Teil zeigen wir auf, wie wir das TGIP flexibel einsetzen, um auf die verschiedenen Rahmenbedingungen zu reagieren. Das gilt insbesondere für die aktuellen Herausforderungen aufgrund der wachsenden Zahl von Naturkatastrophen durch den Klimawandel sowie Flucht und Vertreibung aus früheren und gegenwärtigen Kriegsgebieten. Alle Varianten der Gewalt werden durch die Digitalisierung und durch die Verbreitung in sozialen Medien in Echtzeit Teil des Alltages. Wir haben im Zuge der Corona-Krise erlebt, welche Relevanz die bio-psycho-sozialen Ausläufer von Katastrophenlagen haben (Bering & Eichenberg 2021). Diese möchten wir mit entsprechend strukturierten Maßnahmen beantworten. Die Fallbeispiele verdeutlichen, wie uns das TGIP dabei helfen kann.

Kompendium Trauma und Akutintervention

Unser Kompendium Trauma und Akutintervention umfasst alle psychosozialen Maßnahmen einschließlich der Heilkunde, die zur Zielsetzung haben, durch zeitnahe Interventionen die Entwicklung einer Belastungsstörung und Chronifizierungen abzuwenden.

TEIL 1

Kontext

KAPITEL 1

Die Kölner Perspektive

Wir nehmen zwei Perspektiven ein: Die erste ist die persönliche der Autor:innen. Wir schildern die Gründungszeit der ersten Traumaambulanz unter der Bezeichnung Opferschutzambulanz, die im Kölner Opferhilfemodell bekannt geworden ist. Im Verlauf lösen wir uns von dem persönlichen Blickwinkel und erweitern um die Perspektive des nationalen und internationalen Konsensusprozesses zur Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV).

Die persönliche Perspektive ist geprägt von der jahrelangen Mitarbeit der Autor:innenschaft des Kompendiums am Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität zu Köln bei Prof. Gottfried Fischer. Vor 2000 hat der Lehrstuhl in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Institut für Psychotraumatologie (DIPT e.V.) richtungsweisende Projekte auf den Weg gebracht. Im Folgenden skizzieren wir ausschnittsweise das Kölner Opferhilfemodell, das R&V-Projekt, die psychosozialen Maßnahmen nach den Eisenbahnunglücken von Eschede (1998) und Brühl (2000), ein Bundeswehrprojekt sowie die Gründung der Gutachtenstelle.

Das Kölner Opferhilfemodell Aus der Kölner Perspektive heißt die Faustregel im Opferschutz von Anfang an »fünf plus zehn«. Damit ist gemeint, dass Betroffene nach einer Akuttraumatisierung in der Regel mit fünf Beratungs- und zehn Behandlungsstunden effektive Hilfestellung bekommen. Wie ist es zu dieser Regelung gekommen? Die Ursprünge gehen auf das DIPT zurück, das sich seit seiner Gründung 1991 in Freiburg und später in Much bei Köln als erste deutschsprachige Einrichtung systematisch mit der Diagnostik, Therapie und Prävention psychotraumatischer Störungen beschäftigt hat.

Statement

Die unzureichende und/oder zu späte Verarbeitung von traumatischen Erfahrungen trägt zur Chronifizierung bei und kann zu einer breiten Palette psychischer Störungen führen.

Im Jahr 1995 wurde in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen sowie unter Mitwirkung des Versorgungsamtes und der Polizei Köln das Kölner Opferhilfemodell ins Leben gerufen, das vom Forschungsministerium des Landes Nordrhein-Westfalen gefördert wurde. Das Modell hatte zum Ziel, den natürlichen Heilungsprozess (siehe Verlaufsmodell, Kap. 2) von Gewaltopfern durch unterschiedliche Maßnahmen zu unterstützen. Gewaltopfern, die durch den Staat nicht geschützt werden konnten, sollten bessere Hilfen – vor allem auch erstmalig psycho-traumatologische Hilfen – angeboten werden können. Zu jener Zeit hatte die Psychotraumatologie als eigenständiges Fach in Deutschland noch keine Anerkennung gefunden.

Ausgangspunkt für das Kölner Opferhilfemodell war eine empirische Studie, in der anhand eines Fragenkatalogs durch das Versorgungsamt anerkannte Gewaltopfer nach Aktenlage untersucht wurden. Identifiziert wurden Risikofaktoren, die den Betroffenen gemeinsam waren. Hieraus entwickelte sich der Kölner Risikoindex, der Risiko- und Schutzfaktoren identifiziert und Teil eines Handlungskonzeptes für die Betroffenen von Gewalttaten sowie deren Helfer:innen darstellte (Fischer et al. 1999). In einem gesonderten Projekt wurden die durchgeführten Kurzzeittherapien evaluiert und als Forschungsbericht »Traumatherapie für Gewaltopfer« (TTG-Projekt 1997) den Behörden vorgelegt. Das DIPT e. V. konnte bei diesem Projekt nachweisen, dass durch eine zügig nach der Erfahrung eingeleitete Kurzzeit-Trauma-Akuttherapie mit Gewaltopfern mit bis zu zehn Sitzungen eine signifikante und langfristig anhaltende Minderung der posttraumatischen Symptomatik zu erreichen ist. Dieses psychotherapeutische Instrumentarium sollte in ein Konzept der zielgruppenorientierten Opferhilfe eingebunden werden. Es zeigte sich, dass sich die Gesamtheit der Gewaltopfer in drei Kontrastgruppen ausdifferenziert, die wir als »Risikogruppe«,

»Wechslergruppe« und »Selbsterholer:innen« bezeichnen. Auf diese »Kontrastgruppen« müssen Maßnahmen der Opferhilfe sinnvollerweise zugeschnitten sein, um vorhandene Ressourcen optimal nutzen und sich andeutende Entwicklungen im Sinne der »Über- bzw. Fehlversorgung« der Opfer vermeiden zu können.

Mit der Gründung der Traumaambulanzen begann auch die Schulenkontroverse der Traumatherapie. Die psychodynamische Ausrichtung entwickelte in Deutschland die Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie (MPTT) nach Fischer (2000a, 2007) sowie die Psychodynamische Imaginative Traumatherapie nach Reddemann (PITT, 2006, 2021, 11. Auflage), während sich die kognitive Schule z.B. auf Foa und Rothbaum (1998) berief. Parallel hierzu begann die Ausbreitung einer »dritten Kraft« in der Traumatherapie, die von Shapiro (2001, 2017, 3. Auflage) eher zufällig entdeckt wurde und zwischenzeitlich als das Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) weltweit Verbreitung gefunden hat. Damals waren am Kölner Institut von Prof. Fischer durch die Mitarbeit von Dr. Hofmann bereits beide Schulen vertreten.

Statement

Die Alleinstellungsmerkmale von Traumaambulanzen haben sich seit der Gründung nicht verändert: Im Mittelpunkt stehen Akutinterventionen für Betroffene von Gewalttaten, die an spezialisierten Einrichtungen durchgeführt und in der Regel durch die überörtlichen Sozialhilfeträger finanziert werden.

Seit der Gründung der ersten Traumaambulanz in Köln 1999 hat das Modell enorme Entwicklungen durchlaufen. Im Jahr 2024 trat das Sozialgesetzbuch XIV umfänglich in Kraft, das das Soziale Entschädigungsrecht neu regelt. Die wichtigsten Neuerungen werden in dem Kompendium im Kapitel 7.1 im Überblick vorgestellt.

Das Projekt der R+V Versicherung AG (Raiffeisen- und Volksbanken Versicherung) Auf die Ergebnisse des Kölner Opferhilfemodells wurden Akteure der freien Wirtschaft aufmerksam, die im Versicherungswesen

Opfer von Gewaltverbrechen im Schadensfall finanziell unterstützen, wie beispielsweise nach Banküberfällen, gegen die sich Banken versichern. Ein Versicherer ist die R&V Gruppe, eine der größten Versicherungsgesellschaften Deutschlands, die ein Konzept Psychosozialer Notfallversorgung (PSNV) auf den Weg brachte. Es wurde eine psycho-traumatologisch-psychotherapeutisch ausgerichtete Anlaufstelle rund um die Uhr bereitgestellt. Hierdurch werden Akutinterventionen im Schadensfall möglich, um entlang der Vorgehensweise der Zielgruppenorientierten Intervention der Entwicklung von Belastungsstörungen vorzubeugen. Walter (2003) hat die Opfer von Banküberfällen aus dem R&V-Projekt auf ihr Risikoprofil hin untersucht. Die Relevanz für die Träger der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherungen (DGUV) liegt auf der Hand, da es sich um Arbeitsunfälle handelt. Aus heutiger Sicht ist das R&V-Projekt eine Inspirationsquelle des Psychotherapeutenverfahrens, das die DGUV flächendeckend für die sogenannten Arbeits-, Schul- und Wegeunfälle eingeführt hat. Hierauf werden wir genauer in Kap. 7.2 eingehen.

Die Nachsorge nach dem Eisenbahnunglück von Eschede Der Eisenbahnunfall von Eschede ereignete sich am 3. Juni 1998 in Niedersachsen. Infolge der Entgleisung des ICE 884 kamen 101 Menschen ums Leben und 105 wurden verletzt. Es handelt sich um den bislang schwersten Eisenbahnunfall in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland.

Das Unglück hat für die Entwicklung der PSNV eine große Bedeutung, weil die Deutsche Bahn Verantwortung trug, eine gezielte Nachsorge der Hinterbliebenen und Überlebenden anzubieten. Der Anspruch einer professionellen Hilfe auf der einen Seite und die Vielzahl der Akteur:innen mit unterschiedlichen konzeptionellen Vorgaben auf der anderen Seite machte es schwer, einheitlich vorzugehen. Ein Auftragnehmer war damals auch das DIPT e. V. Praktisch wurde in diesem Projekt die Zielgruppenorientierte Intervention auf komplexe Gefahren- und Schadenslagen und Katastrophenlagen ausgeweitet. Wissenschaftlich wurden Erkenntnisse zur Erfassung von Risikofaktoren gewonnen, die für Katastrophenlagen typisch waren (Hammel 2005). Der Eisenbahnunfall von Eschede war einer der ersten großen Unfälle in

Deutschland, bei dem systematisch und in großem Umfang sowohl PSNV für Betroffene als auch Einsatznachsorge betrieben wurden.

Eineinhalb Jahre später ereignete sich am 6. Februar 2000 ein Eisenbahnunfall in Brühl. Der D 203 Schweiz-Express von Amsterdam Centraal nach Basel SBB fuhr mit überhöhter Geschwindigkeit über eine Weiche und entgleiste. Dabei kamen neun Fahrgäste ums Leben. Brühl liegt in unmittelbarer Nähe zu Köln, sodass es nahelag, das DIPT e. V. in die PSNV der Betroffenen einzubinden.

Statement

Die Bahnunglücke von Eschede und Brühl waren der Ausgangspunkt dafür, Zielgruppenorientierte Interventionen an komplexe Gefahren- und Schadenslagen und Katastrophenlagen anzupassen, die später in europäischen Projekten ausgeweitet wurden.

Die Weiterentwicklung haben wir im Kapitel 7.4 zu komplexen Gefahren- und Schadenslagen aufgeführt.

Das Bundeswehrprojekt Vom Psychologischen Dienst des Bundesministeriums der Verteidigung wurde 1999 ein Forschungsprojekt zur Prävention und Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) an das Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität zu Köln in Auftrag gegeben.

Vor dem Hintergrund der internationalen Debriefingkontroverse, die durch polarisierende Ergebnisse zur Evaluation des Critical Incident Stress Management (CISM) nach Mitchell und Everly (2002, original 1997) ausgelöst wurde, wurde die truppenpsychologische Konzeption in der Bundeswehr überdacht. Die neuesten Forschungsergebnisse im Bereich der Psychotraumatologie bildeten dabei die Grundlage, die angewandten Verfahren zu optimieren. Die Arbeitsgruppe »Prävention und Behandlung von Psychotraumen« setzte sich inhaltlich vom CISM ab und setzte die Zielgruppenorientierte Intervention unter Berücksichtigung der Bedarfe der Bundeswehr (Bering et al. 2003a, 2003b) um, und adaptierte die ZGI an den militärischen Bereich. Das Projekt leistete zur Validierung des Kölner Risikoindex wertvolle Dienste (s. Kap. 4).

Nachfolgend entwickelte die Bundeswehr differenzierte Präventions- und Behandlungsprogramme. Ein Ausläufer ist der Begriff »Moral Injury«, den Zimmermann (2022) im deutschsprachigen Raum mit dem ersten Band dieser Herausgeberreihe etablierte.

Die Gutachtenstelle Wer beurteilt die psychischen Schäden als Folge von Gewalt, Unfällen einschließlich Arbeits-, Schul- und Wegeunfällen sowie komplexen Schadenslagen und Katastrophen? In der Vergangenheit waren Gutachten im sozialen Entschädigungsrecht nierenärztlich geprägt. Während Forschung und Erkenntnisse über die Verarbeitung von psychotraumatischen Ereignissen als selbständige Disziplin Boden gewannen, wirkte die nierenärztliche Begutachtung unspezifisch. Daher gründete das DIPT e.V. die erste Gutachtenstelle, die sich auf Psycho-traumatisierung spezialisierte. Grundlegende Unterschiede zur nierenärztlichen Begutachtung waren die Ausrichtung an semistandardisierten Interviewleitfäden, die auf das Verlaufsmodell der Psycho-traumatologie, die Traumadynamik sowie spezielle Psychometrien ausgerichtet waren. Die Neuentwicklung der psychotraumatologischen Begutachtung und der Vorschlag von spezifischen Glaubhaftigkeitskriterien für Betroffene nach potenziell traumatischer Erfahrung gewannen im sozialen Entschädigungsrecht (s. Kap. 7.1), im Begutachtungsweisen der Träger der DGUV (s. Kap. 7.2) und in Begutachtungen im Rahmen des Asylverfahrens (s. Kap. 7.5) eine große Bedeutung.

Statement

Für die Gründung der Psycho-traumatologie in Deutschland sind viele Personen zu würdigen. Die Kölner Perspektive zeichnet sich dadurch aus, dass die wesentlichen Stränge der Akutintervention im Opferschutz, nach Unfällen, in komplexen Schadenslagen und nach Einsätzen der Bundeswehr von Beginn an angelegt waren.

KAPITEL 2

Grundlagen

Im Folgenden stellen wir allgemeine Prinzipien der mehrstufigen Akut-interventionen auf, die für alle Situationstypen gelten. Wir skizzieren im ersten Abschnitt die Wissenschaftsgeschichte der Psychotraumatologie und gehen im zweiten Abschnitt gesondert auf das Verlaufsmo-dell psychischer Traumatisierung von Fischer und Riedesser (2023) ein.

2.1 Wissenschaftsgeschichte

Die Vorzüge der kategorialen Aufzählung von Symptomen zur Diagno-sestellung liegen in der Klarheit ihrer Definition und Anwendbarkeit. Das gilt auch für die stressinduzierten Störungen. Sobald der Prozess-verlauf im Mittelpunkt steht, hat die Erklärungskraft dieses Ansatzes Grenzen, da wir die stressinduzierten Symptome nach schweren Belas-tungen zunächst als natürliche Reaktion verstehen, die in der Regel überwunden wird.

Unser Modell erfolgt auf der Grundlage der Wissenschaftsgeschichte der Psychotraumatologie. Aus diesem Grund haben wir in Anlehnung an Fischer und Riedesser (2023) sechs Säulen der Wissenschaftsge-schichte der Psychotraumatologie formuliert und weiterentwickelt (s. Abb. 2).

Eine richtungsweisende Darstellung der Bedeutung von traumati-schen Erlebnissen findet sich in der Gründerzeit der Psychoanalyse (vgl. Abb. 2). Seit Sigmund Freud (1856–1939) wissen wir: »Nicht das reale Erlebnis allein, sondern die assoziativ geweckte Erinnerung an frühere Erlebnisse verursacht die Krankheitssymptome [...]« (Freud 1896, zitiert nach Hirsch, 2000, S.135). Mit der Erforschung des kind-lichen Sexuallebens arbeitete Freud die Rolle kindlicher Triebwünsche

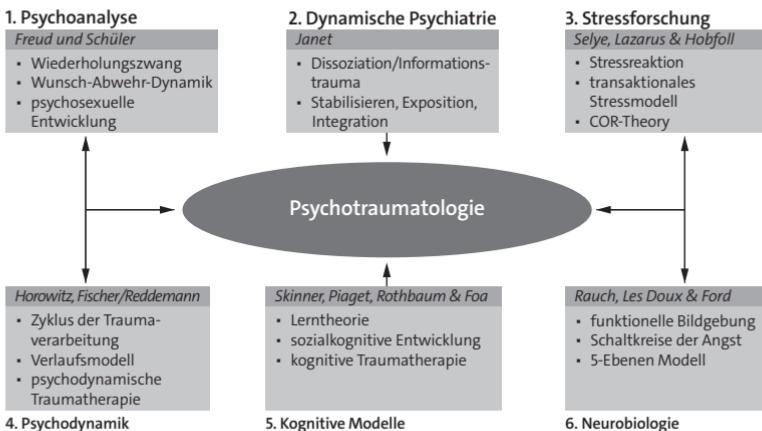


Abb. 2: Wissenschaftsgeschichte der Psychotraumatologie. Die sechs Säulen der Wissenschaftsgeschichte tragen gemeinsam das Konzept der Psychotraumatologie (Fischer 1998, modifiziert von Bering 2011).

und Phantasiebildungen bei der Entstehung neurotischer Störungen heraus. Anfangs war Freud davon überzeugt, dass sexueller Missbrauch von Kindern jeder späteren hysterischen Störung zugrunde liege. In einer späteren Forschungsperiode relativierte er diese ausschließliche Kausalität, aber nicht den sexuellen Missbrauch als Ursache schwerer psychischer Störungen.

Die dynamische Psychiatrie bildet mit Pierre Janet (1859–1947) die zweite Säule der Wissenschaftsgeschichte. Er war insbesondere an dem Zusammenspiel zwischen Psychotraumatisierung und Psychopathologie interessiert und nannte seinen Ansatz »dynamische Psychiatrie«. In seiner Arbeit *L'automatisme psychologique* (1889) schreibt er, traumatische Erfahrungen könnten oft nicht angemessen verarbeitet werden und würden daher vom Bewusstsein abgespalten und dissoziiert. Zu einem späteren Zeitpunkt lebe die Erinnerung entweder als emotionaler Erlebniszustand, als körperliches Zustandsbild, in Form von Vorstellungen und Bildern oder von Reinszenierungen im Verhalten wieder auf. Mit der Entfaltung der Psychotraumatologie wurden Janets Arbeiten weltbekannt. Er formulierte den Zusammenhang von akuter Psychotraumatisierung und Dissoziation, das Konzept des Informationstraumas sowie das Dreiphasenmodell der Therapie – Stabilisie-

rung, Exposition und Integration – erstmalig, das immer noch Gültigkeit hat (Janet 1989).

Eine dritte Forschungsrichtung, die zur Entstehung der Psychotraumatologie wesentlich beigetragen hat, ist die Stressforschung. Im Jahr 1936 formulierte Selye sein Modell der Stressreaktion mit den drei Phasen Alarm-, Widerstands- und Erschöpfungsstadium. Dauert der pathogene Stress an, so treten möglicherweise irreversible Folgen auf. Selye unterteilte die Umweltreize in Stressfaktoren mit positiver und negativer Bedeutung für den Organismus. Die positiven nannte er Eustress, die negativen Disstress. Im Zuge der Weiterentwicklung des Behaviorismus entstand eine ausdifferenzierte Konzeption der Subjekt-Umwelt-Beziehung, wie sie zum Beispiel im ›transaktionalen Stressmodell‹ nach Lazarus und Folkman (1984) beschrieben ist. Eine große Relevanz für das Risikofaktorenmodell des TGIP hat der Stressforscher Stevan Hobfoll mit seiner COR-Theorie entwickelt. »Conservations of resources« (COR) besagt: Menschen benötigen zum Erhalt des psychischen und physischen Wohlbefindens die notwendigen Ressourcen. Deren eingetretene oder drohende Verluste sind für die Stressbildung entscheidend. Gewinne von Ressourcen können Verluste auffangen (Hobfoll 1998). George A. Bonanno (2024) trug mit seinem »Flexibility«-Konzept wesentlich dazu bei, resiliente Verläufe nach schweren Belastungen zu beschreiben. Flexibilität beschreibt er als einen Prozess, »den wir anwenden, um uns selbst an traumatischen Stress anzupassen, damit wir unseren Weg zur Resilienz finden können« (2024, S.117).

Die vierte Säule der Wissenschaftsgeschichte wird von modernen Vertretern der Psychotraumatologie mit psychodynamischen Ansätzen gebildet. So hat Mardi Horowitz (1976, 2011) den Zyklus der Traumaverarbeitung entwickelt. Analog zu Janet versteht er die traumatische Situation als ›Informationstrauma‹. Die Kapazität der Informationsverarbeitung wird nachhaltig überstiegen. Es beginnt eine Schaukelbewegung, die Horowitz im Rahmen der traumatischen Reaktion als biphasische Abfolge von Intrusion und Verleugnung beschreibt und ›Zyklus der Traumaverarbeitung‹ nennt. Die Schaukelbewegung von Zulassen und Vermeiden zielt auf Vollendung im Sinne einer schrittweisen Aufarbeitung. Es geht um den relativen Abschluss der unbewältigten Erfahrung, indem das Trauma in den kognitiven Wissensbe-

stand integriert wird. Misslingt die Integration des Traumas, chronifizieren die Symptome der traumatischen Reaktion auf dem Niveau von persönlichkeittypischen Erlebniszuständen oder Stimmungslagen, die Horowitz (1979) ›states of mind‹ nennt. Mit dieser dynamischen Betrachtung beginnt die Darstellung der Psychotraumatisierung als Prozess, die sich in der Beschreibung des Verlaufsmodells psychischer Traumatisierung nach Fischer und Riedesser (2023) fortsetzen wird. Die vierte Säule bahnt den Weg zur psychodynamischen Traumatherapie, die sich von einem freudianischen Verständnis gelöst hat. In Deutschland wurde sie von Gottfried Fischer und Luise Reddemann gegründet.

Die fünfte Säule der Wissenschaftsgeschichte stützt sich auf das lerntheoretische Paradigma. Die Erkenntnisse zur klassischen (Pavlov 1927) und operanten Konditionierung sind die Grundlage für die ersten Generationen der Verhaltenstherapie. Für unsere Belange ist der Schemabegriff von Jean Piaget (1896–1980) relevant. Schemata sind als senso-motorische kognitive Repräsentanz in ein ökopsychologisches Bedingungsgefüge eingebunden. Eine Assimilation der traumatischen Situation ist erst möglich, wenn diese Schemata akkommodiert werden. Wir ziehen das Modell von Piaget heran und schlussfolgern auf Grund unserer klinischen Beobachtungen, dass die Betroffenen in der traumatischen Situation in ihrer Wahrnehmung auf senso-motorische Schemata der frühen Entwicklungsstufen zurückfallen. Folgendes Beispiel verdeutlicht den Zusammenhang: Die Person, die mit einer Pistole bedroht wird und Unfassbarkeit der Situation empfindet, starrt unverwandt auf den Lauf der Waffe. Das explorative Verhalten ist supprimiert und kognitive Schemata sind nicht zugänglich, die sonst einen Perspektivenwechsel gewährleisten. Die Person fällt in der traumatischen Situation in das präoperative Denken zurück. Erst wenn der Verarbeitungszyklus akkommodierte Schemata bereitstellt, ist eine Erholung denkbar. Piaget versteht hierunter einen Äquilibrationsprozess. Nach unserer Auffassung handelt es sich hierbei um die Integration des Traumas.

Die Ausdifferenzierung der kognitiven Schule in der Psychotraumatologie ist mittlerweile weit verzweigt und hat sich in den Leitlinien zur Behandlung der PTBS durch die Vorlage von kontrollierten Studien

durchgesetzt. Ein wichtiges Beispiel ist die »Prolonged Exposure« von Edna Foa et al. (2019). Die Entwicklung des Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) durch Francine Shapiro (2017) verstehen wir als Variante eines kognitiven Verfahrens.

Der sechste Baustein der Wissenschaftsgeschichte bezieht sich auf die Neurowissenschaften, die die neurobiologischen Grundlagen der Psychotraumatisierung erforschen. Bahnbrechend waren die Befunde der funktionellen Bildgebung. Sie haben deutlich gemacht, dass Menschen im Wiedererleben von Traumatisierung spezifische Muster der Hirnaktivierung zeigen (Rauch et al. 1996). Die Befunde aus der Bildgebung wurden mit Les Doux's (2000) »Schaltkreis der Angst« verknüpft. Diese neurobiologische Modellbildung war mitentscheidend, dass die PTBS zunächst als eine Angststörung aufgefasst wurde. Einen zentralen Beitrag für die komplexen Verläufe einer PTBS liefert Julian Ford mit seinem Modell des »surviving brains« und »learning brains« (2020). Die große Zahl an Befunden aus den Neurowissenschaften wurden in das 5-Ebenen-Modell der Neurobiologie der PTBS/komplexen PTBS integriert (Bering & Thüm 2022, S. 118–146).

Diese sechs Säulen tragen das Konzept der Psychotraumatologie. Der Modellpluralismus macht die moderne Psychotraumatologie zu einer interdisziplinären Wissenschaft. Darüber hinaus haben insbesondere Wissenschaftler wie Kardiner, Winnicott, Seligman, A. Freud und Bowlby das Konzept der Psychotraumatologie beeinflusst.

Abram Kardiner (1941) war der erste, der die massiven physiologischen Begleiterscheinungen traumatischer Reaktionen berücksichtigte, die er bei seiner psychotherapeutischen Arbeit mit amerikanischen Soldaten, die im Krieg gegen Deutschland und Japan kämpften, behandelt hatte. Er sprach von der traumatischen Neurose als einer »Physioneurose« und stellt die neurovegetativen Begleiterscheinungen in den Vordergrund. Donald Winnicott (1976) ging davon aus, dass die frühkindliche Entwicklung nur dann ungestört verläuft, wenn das Kind in der frühesten Lebensperiode auf eine Umwelt trifft, die es ihm ermöglicht, Allmachtphantasien zu entwickeln. Durch emotionale und tätliche Übergriffe gegenüber dem Kind kommt es zu einer Traumatisierung, die diese Allmachtphantasie zerstört und eine verfrühte Desillusionierung bewirkt. Schließlich führte Anna Freud während des

Zweiten Weltkrieges Untersuchungen zu Kriegstraumata durch und publizierte sie später (1963). Sie untersuchte Kinder, die von ihren Eltern während der Bombenangriffe in den Luftschutzkeller mitgenommen wurden und verglich sie mit Kindern, die von den Eltern getrennt aufs Land evakuiert wurden (Kinder-Land-Verschickung). Sie kam zum Ergebnis, dass die Belastung für Kleinkinder, die bei einem stabilen Elternteil verbleiben konnten, trotz des Bombenhagels geringer war, als für diejenigen, die zwar in körperlicher Sicherheit waren, aber einen Trennungsschock (Bowlby 1976) bzw. ein Separationstrauma erlitten hatten.

Zu intensiver Forschungstätigkeit kam es sowohl nach dem Ersten als auch nach dem Zweiten Weltkrieg, hier insbesondere zu den Folgen der Schoah. Über die Mechanismen der transgenerationalen Traumatisierung konnten zunächst vor allem in Untersuchungen mit Kindern von Überlebenden der Schoah, aber auch mit Kindern der Täter:innen, wertvolle Erkenntnisse gewonnen werden (Bergmann et al. 1998).

Ein weiteres Ereignis, in dessen Folge die Traumaforschung wesentlich vorangetrieben wurde, war der Vietnamkrieg (1955–1975). Unter dem Druck der Veteranenorganisationen in den USA kam es zu intensiver Forschungstätigkeit über die Folgen dieses Krieges und zur Entwicklung staatlicher Hilfsprogramme. Im Ergebnis dieser intensiven Forschungstätigkeit wurde die psychische Traumatisierung als dauerhafte und unvermeidliche Spätfolge des Krieges anerkannt. Im Jahr 1980 wurde die »Posttraumatische Belastungsstörung« erstmals als eigene Diagnose in das diagnostische Manual der American Psychiatric Association (APA), das DSM III, aufgenommen. Ein weiterer wesentlicher Schritt ist die Einführung der komplexen PTBS in die ICD-11. Ihre Wurzeln liegen in der »komplexen Wende« durch die Veröffentlichung des Standardwerkes *Trauma and Recovery* von Judith Herman (1992). Die psychotraumatologische Forschung war immer auch mitbedingt durch weltgeschichtliche Ereignisse und politische und soziale Strömungen. Aus europäischer Perspektive sind wir besonders von dem Krieg in der Ukraine ab 2022 und dem erneuten Ausbruch des Nahostkonfliktes im Oktober 2023 betroffen. Zur weiteren Darstellung, wie gesellschaftliche Veränderungsprozesse mit der Einführung der PTBS

als Diagnose verwoben waren, verweisen wir insbesondere auf José Brunner (2014) sowie Bering und Thüm (2022, S. 21–36).

2.2 Verlaufsperspektive

Das Verlaufsmodell psychischer Traumatisierung dient als gemeinsamer Nenner, unterschiedliche Teilgebiete der Psychotraumatologie aus einer prozessorientierten Sicht zu interpretieren. Da es für alle Teilaspekte gültig ist, gehört es zum allgemeinen Teil.

Das Verlaufsmodell (s. Abb. 3) beinhaltet in zeitlicher Abfolge folgende Kernphasen:

- Antezedente Komponente/Lebensgeschichte
- Situative Komponente/ traumatische Situation
- Einwirkphase
- Auswirkung und Bewältigung: Chronifizierung versus Erholung.

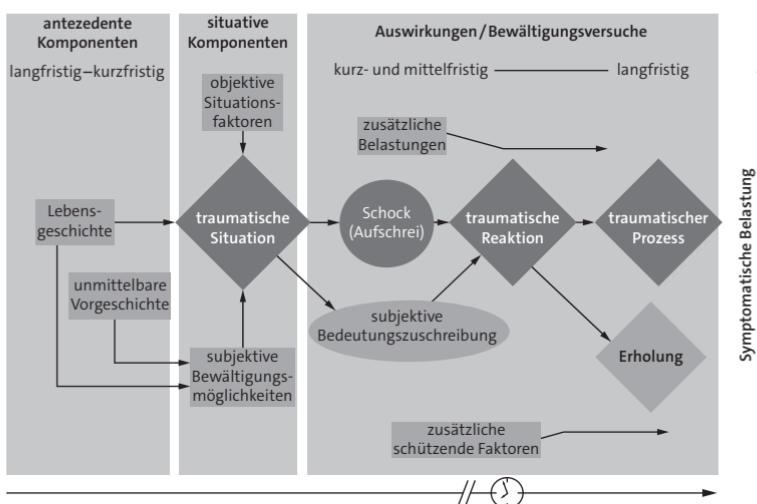


Abb. 3: Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung mit den Abschnitten der antezedenten Komponente, der traumatischen Situation sowie den Auswirkungen/ Bewältigungsversuchen. (Modifiziert nach Fischer und Riedesser 2023).