

Die psychotraumatologische Notfallversorgung in der Akutphase des Tsunami Kriseneinsatzes in Phuket

Am 28.12.04 befanden sich vor Ort zwei multiprofessionell zusammengesetzte Kriseninterventionsteams, bestehend aus Rettungsassistenten, Seelsorgern, Psychologen und Psychiatern, zum Teil mit psychotraumatologischer Zusatzausbildung und Erfahrung bei vorangegangenen Großschadensereignissen.

Als zentrale Aufgabenbereiche in der Akutphase der Rettungsaktion sind zu nennen:

1. Die psychotraumatologische Krisenintervention der unmittelbar Betroffenen und ihrer Angehörigen.
2. Psychologische Unterstützung der Helfenden durch Angebote von Entlastungsgesprächen z.B. für Mitarbeiter der Identifizierungskommission sowie Coaching und Supervision der Einsatzkräfte aber auch örtlicher Laienhelfer.

Handelte es sich bei den letztgenannten Zielgruppen noch um eine in der Personenzahl relativ überschaubare und örtlich durch die gemeinsame Hotelunterbringung gut erreichbare Zielgruppe, so war dies bei den Betroffenen und ihrer Angehörigen natürlich ganz anders.

Im Vordergrund der Akutphase stand eindeutig die schnelle Evakuierung der körperlich Schwerverletzten als lebensrettende Maßnahme. Hierbei handelte es sich um körperlich zwar primär erstversorgte Patienten, psychisch aber durch die erlittenen Ereignisse schwer traumatisierte Personen, die in der überwiegenden Anzahl der Fälle einen nahen Angehörigen, Kinder oder Ehepartner vermissten oder auch mit ansehen mussten, wie diese von der Welle fortgerissen wurden.

Man mag kaum ermessen, was es für diese Menschen vor dem Hintergrund der Ungewissheit über das Schicksal ihrer Angehörigen bedeutete, der medizinisch zwar sinnvollen sofortigen Evakuierung zuzustimmen, gleichzeitig aber auch mit den enormen Schuldgefühlen umgehen zu müssen, vielleicht jemanden Hilfesuchenden zurücklassen oder mit der Ausreise die Hoffnung auf eine Rettung aufzugeben. Vor diesem Hintergrund war es eminent wichtig, die Betroffenen auch mit verlässlichen Informationen über den Stand der Rettungsmaßnahmen informieren zu können.

Neben den auch körperlich Schwerverletzten, die in den ersten Tagen in den zahlreichen Krankenhäusern Phukets und der größeren Umgebung Südthailands gesichtet wurden, sah sich das Helferteam einer großen Anzahl von oft körperlich zwar unverletzt gebliebenen, aber psychisch schwer traumatisierten Personen gegenüber, die mehr oder weniger verteilt über das große geographische Areal der Insel Phuket auf der Suche nach Angehörigen "umherirrten". Durch Präsenz von Krisendienstmitarbeitern an zentralen Anlaufstellen wie Krankenhauslobby, Generalkonsulat, Krisenzentrum Town-Hall und Flughafen wurde versucht, diese Menschen zu erreichen.

Die ungeheure und bisher nie dagewesene Dimension des Ereignisses brachte dabei alle Helfer an die Grenzen ihrer körperlichen und psychischen Belastbarkeit. Das Ausmaß der Naturkatastrophe stellte an alle Helfer die Anforderung höchster Flexibilität, die sich immer wieder an die akuten Gegebenheiten und ihrer wechselnden Erforderlichkeiten anpassen musste.

An psychopathologischer Symptomatik waren auch noch Tage nach dem Ereignis alle Symptome der akuten Belastungsreaktion zu beobachten.

Zu nennen ist hier ein Zustand von "Betäubung" mit einer gewissen Bewußtseinseingengung, eingeschränkter Aufmerksamkeit, Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten sowie vorübergehende Desorientiertheit und Gedächtnisstörungen. Sehr eindrücklich waren Symptome von Dissoziation im Sinne von Depersonalisations- und Derealisationserleben sowie illusionäre Verkennungen, bei denen Betroffene vermisste Angehörige zu erkennen glaubten.

Darüber hinaus traten in unterschiedlich starker Ausprägung Übererregbarkeit, Unruhe, Schlafstörung, Appetitverlust und schwer depressive Trauerreaktionen mit Selbstvorwürfen, Selbstzweifel, Hoffnungslosigkeit und Schuldgefühlen auf mit irrationalen Schuldzuweisungen, Wut und Ärger. Suizidgedanken waren häufig bis hin zur Verfassung mit akuter Suizidalität, ohne dass es jedoch in der Akutphase zu konkreten Suizidhandlungen kam. Allen traumatisierten Menschen gemeinsam war das Erleben von Ohnmacht und Kontrollverlust.

Im Zentrum der Krisenintervention, die sich überwiegend auf einmalige Gesprächskontakte beschränken musste, die aber auch mehrtägige aufsuchende Begleitung umfasste, stand das Bemühen um die emotionale Stabilisierung der Betroffenen. Hierbei ging es vor allem darum, im Erleben von Ohnmacht und Chaos soweit möglich ein Beziehungsangebot bereitzustellen. Dies bedeutete neben der emotionalen Bereitschaft und Offenheit zum Zuhörenden und

mitfühlenden Gespräch auch die Möglichkeit zur verlässlichen Informationsvermittlung, z.B. über den Stand der Evakuierungsmaßnahme und den Möglichkeiten der Heimreise. Oft war es notwendig, die Betroffenen im Sinne einer behutsamen Psychoedukation über die "normalen Symptome" der Traumareaktion zu informieren und sie auf die elementaren Dinge wie notwendigen Ruhephasen und ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme aufmerksam zu machen. Nur in sehr vereinzelt Fällen war bei nur schwer einschätzbarer akuter Suizidalität eine medikamentöse Behandlung mit Benzodiazepinen erforderlich. Es folgt eine kurze Darstellung eines Fallbeispiels der psychotraumatologischen Erstversorgung in der akuten Phase des Kriseneinsatzes.

Christoph Freyer

Arzt für Psychiatrie

Referat 106-9

Psychosoziale Beratungsstelle des AA