



University of Applied Sciences

APOLLON Hochschule
der Gesundheitswirtschaft

**Gruppenprojekt im Rahmen des Moduls der
Psychologischen Methodenlehre III**

Titel:

**„Gruppenbasierte seelische Nachsorge nach
Großschadensereignissen“**



Executive Summary (IG)

Großschadensereignisse stellen für Betroffene häufig einen tiefen Einschnitt in das eigene Leben dar. Neben unmittelbaren Belastungsreaktionen zeigen sich nicht selten auch längerfristige psychische Folgen, die sowohl mit Trauer als auch mit traumatischen Erfahrungen verbunden sind. Gerade das gleichzeitige Auftreten dieser Prozesse kann für Betroffene besonders herausfordernd sein, zumal eine kontinuierliche psychosoziale Begleitung im weiteren Verlauf nicht immer sichergestellt ist.

Aus diesem Grund gewinnen gruppenbasierte Angebote in der seelischen Nachsorge zunehmend an Bedeutung. Sie bieten die Möglichkeit, Erfahrungen zu teilen und sich mit anderen Betroffenen auszutauschen. Ziel der vorliegenden Arbeit war es daher, die Rolle solcher Gruppenangebote aus Sicht der Teilnehmenden näher zu beleuchten. Im Fokus stand insbesondere die Frage, inwiefern diese zur Bewältigung von Trauer und traumabezogenen Belastungen beitragen und welche Bedeutung sie für Resilienz Prozesse und mögliche Formen posttraumatischen Wachstums haben.

Die theoretische Auseinandersetzung zeigt, dass Trauer als ein individueller und dynamischer Prozess verstanden werden muss, der stark von persönlichen, sozialen und kulturellen Faktoren geprägt ist. Gleichzeitig wird Trauma als Zustand beschrieben, in dem die vorhandenen Bewältigungsmechanismen nicht ausreichen, um ein belastendes Ereignis zu verarbeiten. In Katastrophenkontexten treten beide Phänomene häufig gemeinsam auf, was die Anforderungen an unterstützende Angebote zusätzlich erhöht.

Ein zentrales Merkmal gruppenbasierter Nachsorge besteht darin, dass sie nicht nur individuelle, sondern auch soziale Prozesse ansprechen. Der Austausch mit anderen Betroffenen kann dazu beitragen, eigene Reaktionen einzuordnen und als nachvollziehbar zu erleben. Gleichzeitig entsteht ein Raum, in dem emotionale Entlastung möglich ist, ohne dass eine unmittelbare therapeutische Vertiefung erforderlich ist.

Methodisch basiert die Arbeit auf einem qualitativen Ansatz. Es wurden leitfadengestützte Interviews mit Teilnehmenden von Nachsorgegruppen geführt und anschließend im Rahmen einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Ziel war es, zentrale Themen, wiederkehrende Muster sowie mögliche Wirkfaktoren herauszuarbeiten.

Die Ergebnisse machen deutlich, dass die Teilnahme an den Gruppen von vielen Befragten als unterstützend erlebt wurde. Besonders häufig wurde das Gefühl beschrieben, mit den eigenen Erfahrungen nicht allein zu sein. Diese Erfahrung scheint eine wichtige Grundlage für weitere Verarbeitungsprozesse zu bilden.

Darüber hinaus zeigt sich die Bedeutung sozialer Verbundenheit innerhalb der Gruppe. Vertrauen, gegenseitiges Verständnis und die Möglichkeit, sowohl zuzuhören als auch eigene Erlebnisse zu teilen, wurden von den Teilnehmenden als zentrale Aspekte hervorgehoben. In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass Gruppen nicht nur der emotionalen Stabilisierung dienen, sondern auch zur Entwicklung von Bewältigungsstrategien im Alltag beitragen können.

Gleichzeitig wird aber auch sichtbar, dass Gruppenangebote nicht für alle Betroffenen gleichermaßen passend sind. Unterschiedliche Verarbeitungsstände oder individuelle Bedürfnisse können dazu führen, dass einzelne Teilnehmende weniger profitieren. Dies verweist auf die Notwendigkeit einer professionellen Begleitung sowie einer sensiblen Gestaltung der Gruppenprozesse.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass gruppenbasierte Nachsorgeangebote eine wichtige Ergänzung zu bestehenden Unterstützungsstrukturen darstellen. Sie können insbesondere nach der akuten Phase einen Beitrag zur Stabilisierung leisten, ohne jedoch individuelle therapeutische Angebote zu ersetzen.

Abschließend ist zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse auf einer begrenzten Stichprobe beruhen und daher nicht ohne Weiteres verallgemeinert werden können. Dennoch liefern sie wertvolle Einblicke in die subjektiven Erfahrungen Betroffener und zeigen Ansatzpunkte für weitere Forschung sowie die Weiterentwicklung entsprechender Angebote auf.

Es gilt zu erwähnen, dass Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur in der männlichen oder weiblichen Form verwendet, das schließt das jeweils andere Geschlecht mit ein.



University of Applied Sciences

APOLLON Hochschule
der Gesundheitswirtschaft

Gruppenbasierte seelische Nachsorge nach Großschadensereignissen

Erstellt von:

Nadine Kinkel, Ivonne Gerster,
Nyah Hofmann und Laura Dueler

Adresse und Telefonnummer:

Nadine Kinkel, Projektleitung, Tannenweg 5, 87463 Dietmannsried, 0173/7590991

Autoren und Matrikelnummern:

Nadine Kinkel (NK) 36079

Laura Dueler (LD) 35260

Ivonne Gerster (IG) 36802

Nyah Hofmann (NH) 35740

Bsc. Angewandte Psychologie

Gruppenprojekt

Psychologische Methodenlehre III: Diagnostik

24./25.4.2026

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung (I.G.).....	1
1.1 Problemstellung	1
1.2 Relevanz des Themas für Praxis und Forschung	2
1.3 Aktuelle internationale Ansätze und Erfahrungen	3
1.4 Zielsetzung der Arbeit	4
1.5 Forschungsfrage und Unterfragen	4
1.6 Aufbau der Arbeit	4
2 Trauer (N.K.).....	6
2.1 Wissenschaftliche Definition von Trauer	6
2.2 Neurobiologische Grundlagen der Trauer	7
2.3 Normale Trauerreaktionen	8
2.4 Theoretische Modell der Trauer	9
2.4.1 Fünf-Phasen-Modell von Kübler-Ross	10
2.4.2 Vier-Phasen-Modell der Trauer von Verena Kast.....	10
2.4.3 Traueraufgabenmodelle	10
2.4.4 Aufgabenmodelle der Trauer von William Worden	10
2.4.5 Der Bindungstheoretische Ansatz von Dennis Klass	11
2.4.6 Meaning Reconstruction-Modell von Neimeyer.....	11
2.4.7 Das Duale Prozessmodell DPM von Stroebe und Schut	11
2.5 Welche Faktoren beeinflussen den Verlauf von Trauer	12
2.6 Wann wird Trauer pathologisch?.....	13
2.6.1 Definition, diagnostische Kriterien und Verläufe von komplizierter oder anhaltender Trauerstörung ATS.....	13
2.6.2 Abgrenzung der Anhaltenden Trauerstörung ATS von anderen psychischen Erkrankungen	14
2.6.3 Prävalenz und klinische Relevanz.....	15
2.6.4 Risikofaktoren und Verlaufsbedingungen.....	15
2.7 Trauer nach Katastrophen	16
2.8 Trauer und Trauma: Abgrenzung und Überlappungen.....	17
3 Trauma (L.D.)	18

3.1 Begriff und Modelle psychischer Traumata	18
3.1.1 Neurobiologisches Modell: Reizleiter im Gehirn.....	22
3.1.2 Ätiopathogenese	23
3.1.3 Neurobiologische Mechanismen von Stressverarbeitung und PTBS: Genetische, epigenetische und funktionelle Veränderungen	25
3.2 Akute Belastungsreaktion: Symptome, Verlauf, Schutzfaktoren	25
3.3 Posttraumatische Belastungsstörung	28
3.3.1 Neurobiologische Veränderungen bei PTBS	30
3.3.2 Das Gedächtnis bei PTBS.....	30
3.3.3 Lerntheoretische Erklärungen	30
3.3.4 Symptome	31
3.3.5 Komorbide psychiatrische Störungen.....	33
3.4 Weitere Traumafolgestörungen.....	34
3.4.1 Komplexe PTBS	34
3.4.2 Anhaltende Trauerstörung	35
3.4.3 Anpassungsstörung.....	35
3.4.4 Akute Belastungsstörung ABS.....	38
3.4.5 Angststörungen	38
4. Gruppenangebote (N.H.)	41
4.1 Grundlagen der Gruppenpsychologie in Krisenkontexten	41
4.2 Resilienz: Definition, Schutzfaktoren, Mechanismen nach Katastrophen	42
4.3 Posttraumatisches Wachstum: Konzepte, Dimensionen	43
4.3.1 Die fünf Dimensionen des Wachstums.....	44
4.4 Empirische Befunde zu Gruppenangeboten:	45
4.4.1 Psychoedukative Gruppen	45
4.4.2 Trauergruppen.....	46
4.4.3 Traumafokussierte Gruppen.....	48
4.4.4 Peer-Support-Gruppen.....	49
4.5 Positive Effekte von Gruppen: Hoffnung, Verbundenheit, Normalisierung, Sinnfindung.....	50
4.5.1 Klinische und psychologische Stabilisierung.....	50

4.5.2 Soziale Verbundenheit und zwischenmenschliche Ressourcen	50
4.5.3 Resilienzförderung und versorgungspraktische Bedeutung	51
4.5.4 Soziobiologische und psychologische Grundlagen der Gruppenwirkung	51
4.5.5 Autonomie und Wissensgewinn	51
4.6 Grenzen und Risiken von Gruppenangeboten.....	51
4.6.1 Individuelle psychologische Risiken und Retraumatisierung.....	52
4.6.2 Risiken durch Gruppendynamik und Zusammensetzung.....	52
4.6.3 Strukturelle und methodische Grenzen	53
5 Seelische Nachsorge nach Katastrophen (I.G.)	54
5.1 Konzepte seelischer Nachsorge nach Katastrophen	54
5.2 Psychosoziale Notfallversorgung, Krisenintervention, Akutteams	54
5.3 Strukturen und Akteure	55
5.4 Trauerbegleitung und spezialisierte Angebote nach Katastrophen.....	56
5.5 Qualitätskriterien und Herausforderungen seelischer Nachsorge	56
6 Methodik (NK, LD)	58
6.1 Forschungsdesign (NK)	58
6.2 Stichprobe (NK)	58
6.3 Datenerhebung (LD)	59
6.4 Pretest (IG)	62
6.5 Datenaufbereitung (LD)	65
6.6 Auswertungsmethode: Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (NK)	66
6.7 Gütekriterien (LD)	67
6.8 Richtung der Analyse (LD).....	69
6.9 Definition der Analyseeinheiten (NK)	70
6.10 Kategorienbildung und Kategoriensystem (NK).....	71
6.11 Durchführung der Analyse (LD).....	73
7 Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse (NK).....	74
7.1 Zugang zur Nachsorgegruppe (NK).....	77
7.2 Erstes Gruppenerleben (NK)	77
7.3 Bedeutung des gegenseitigen Austauschs (LD).....	78

7.4 Soziale Verbundenheit (LD)	78
7.5 Unterstützung im Alltag (NK).....	79
7.6 Entwicklung von Resilienz und Bewältigungsstrategien (NK).....	79
7.7 Grenzen und offene Bedürfnisse (LD)	80
7.8 Zusammenfassung der Ergebnisse (LD)	80
8 Diskussion (LD)	80
8.1 Limitationen der Untersuchung (NK).....	82
8.2 Praktische Implikationen (NK).....	83
Literaturverzeichnis	IV
Hilfsmittelliste.....	LXXII
Ehrenwörtliche Erklärung	LXXII

Abkürzungsverzeichnis:

ABS	Akute Belastungsstörung
ABR	Akute Belastungsreaktion
ATS	Anhaltende Trauerstörung
DPM	Dual Process Model of Coping with Bereavement
DSM-5-TR	Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM)
ICD-11	International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems
KPTBS	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
PSNV	Psychosoziale Notfallversorgung
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTW	Posttraumatisches Wachstum

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schematische Darstellung des Traumaverlaufs 1

Abbildung 2: Normale Verarbeitung von visuellen Stimuli 22

Abbildung 3: Verarbeitung von visuellen Stimuli im Moment des Traumas 23

Abbildung 4: Interviewformen 60

Abbildung 5: Analyseeinheiten der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring 71

Abbildung 6: Wirkmodell der Nachsorgegruppe auf Basis der Interviewanalyse 76

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Akute Belastungsreaktion..... 28

Tabelle 2 Anpassungsstörungen..... 38

Tabelle 3 Angststörungen 40

Tabelle 4 Kategoriensystem und Kodierleitfaden 73

Tabelle 5 Kategorisierung und Häufigkeit der Nennungen 75

Tabelle 6 Übersicht der Interviewpartner **Fehler! Textmarke nicht definiert.**

1 Einleitung (I.G.)

1.1 Problemstellung

Katastrophen und Großschadensereignisse stellen für betroffene Menschen einschneidende Lebensereignisse dar, die mit tiefgreifenden psychischen, sozialen und existenziellen Erschütterungen einhergehen. Sie sind gekennzeichnet durch eine plötzliche Bedrohung von Leben und Sicherheit, häufige Verlusterfahrungen sowie einen massiven Kontrollverlust. In der psychosozialen Forschung werden Katastrophen daher nicht ausschließlich als punktuelle Ereignisse verstanden, sondern als Prozesse, deren Auswirkungen sich über unterschiedliche zeitliche Phasen entfalten (vgl. Jatzko, S., Stiftung Katastrophen-Nachsorge, 2019, S. 9 ff.).

Die nachfolgende Abbildung zeigt schematisch den psychischen Verlauf vor, während und nach einem traumatischen Ereignis. Auf eine Phase relativ stabilen Erlebens folgt mit der Katastrophe ein massiver Ausschlag, der akute Stress- und Überforderungsreaktionen symbolisiert. In der anschließenden Zeit treten starke Schwankungen im Erleben auf, bevor sich der Zustand im Rahmen von Akuthilfe sowie mittel- und langfristiger psychosozialer Nachsorge schrittweise wieder stabilisiert. Das Erleben kehrt dabei nicht exakt zum Ausgangszustand zurück, sondern findet ein neues Gleichgewicht.

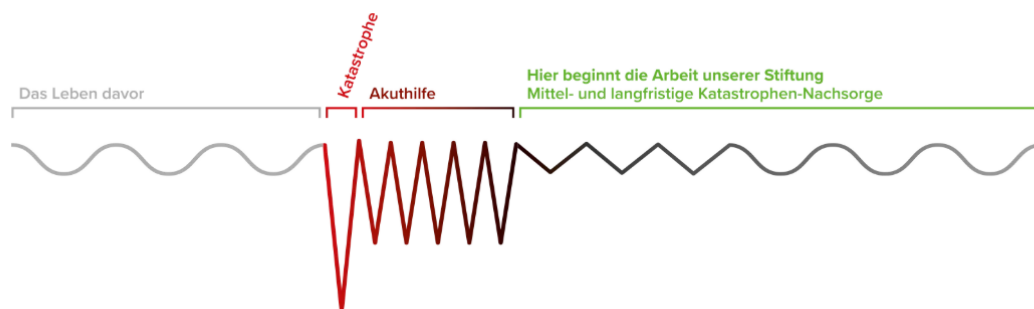


Abbildung 1: Schematische Darstellung des Traumaverlaufs (vgl. Jatzko, 2026)

Im Zusammenhang mit Katastrophen lassen sich typischerweise mehrere psychologische Phasen beschreiben, die von einer akuten Schock- und Alarmreaktion über Phasen der Mobilisierung, Ernüchterung und emotionalen Verarbeitung bis hin zu längerfristigen Anpassungs- und Integrationsprozessen reichen. Diese Phasen verlaufen nicht linear, sondern individuell unterschiedlich und können sich überlagern oder wiederholen (vgl. Jatzko, 2021, S.8f.).

Für viele Betroffene bedeutet dies eine nachhaltige Verunsicherung grundlegender Annahmen über die Welt, andere Menschen und das eigene Selbst.

Die psychischen Folgen nach Katastrophen sind vielfältig. Neben akuten Belastungsreaktionen wie Angst, Schlafstörungen, Übererregung oder Dissoziation können anhaltende Trauerreaktionen, Schuldgefühle, depressive Symptome sowie traumabezogene Belastungen auftreten (vgl. Reichel & Gahleitner, 2019, S. 1 ff.).

Besonders herausfordernd ist dabei, dass sich Trauer- und Traumareaktionen häufig überlagern. Während Trauer primär mit Verlust, Bindung und Sinnfragen verbunden ist, sind traumatische Reaktionen stärker durch Bedrohungserleben, Hilflosigkeit und eine dysregulierte Stressverarbeitung geprägt. In Katastrophenkontexten treten beide Prozesse jedoch oft gleichzeitig auf und beeinflussen sich gegenseitig (vgl. Reichel & Gahleitner, 2019, S. 4 ff.).

Hinzu kommt eine strukturelle Versorgungslage, die dieser Komplexität häufig nur unzureichend gerecht wird. Während medizinische und rettungsdienstliche Maßnahmen in der Akutphase meist gut organisiert sind, zeigt sich im weiteren Verlauf eine Lücke in der langfristigen psychosozialen Begleitung. Viele Betroffene berichten, dass sie nach der ersten Phase intensiver Aufmerksamkeit rasch wieder auf sich gestellt sind und gleichzeitig mit administrativen, rechtlichen und sozialen Anforderungen konfrontiert werden (vgl. Jatzko, 2021, S. 4 ff.). Emotionale Reaktionen stoßen im sozialen Umfeld nicht selten auf Unverständnis, insbesondere wenn Trauer oder Belastung über einen längeren Zeitraum anhalten.

Angesichts dessen werden die Bedürfnisse der Betroffenen besonders deutlich. Neben dem Bedürfnis nach Sicherheit und Orientierung besteht ein zentrales Bedürfnis nach sozialer Resonanz, Zugehörigkeit und dem Erleben, mit den eigenen Reaktionen nicht allein zu sein. Gleichzeitig benötigen Betroffene Raum, in dem sowohl Trauer als auch traumabezogene Belastungen Ausdruck finden können, ohne vorschnell pathologisiert oder relativiert zu werden (vgl. Jatzko, 2021, S. 6f.). Diese Bedürfnisse verweisen auf die besondere Bedeutung gruppenbasierter Angebote in der seelischen Nachsorge nach Katastrophen.

1.2 Relevanz des Themas für Praxis und Forschung

Die Auseinandersetzung mit seelischer Nachsorge nach Katastrophen besitzt eine hohe Relevanz für Praxis und Forschung. Aus praktischer Perspektive ist davon auszugehen, dass Katastrophenereignisse infolge klimatischer Veränderungen, globaler Mobilität und geopolitischer Konflikte zunehmen. Entsprechend wächst auch die Zahl der Menschen, die potenziell von psychischen Langzeitfolgen betroffen sind.

Für die psychosoziale Praxis stellt sich die Herausforderung, Unterstützungsangebote bereitzustellen, die sowohl niedrigschwellig als auch nachhaltig wirksam sind. Einzeltherapeutische Angebote stoßen insbesondere in der frühen Phase nach Katastrophen an Grenzen, da viele Betroffene noch nicht in der Lage sind, sich auf intensive dyadische Beziehungen einzulassen oder ihre Erlebnisse strukturiert zu reflektieren (vgl. Jatzko, 2021, S. 8ff.). Gruppenangebote können hier eine wichtige Ergänzung darstellen, da sie soziale Unterstützung, Normalisierung und Stabilisierung ermöglichen.

Aus wissenschaftlicher Perspektive besteht ein besonderer Bedarf an qualitativen Untersuchungen, die die subjektiven Erfahrungen Betroffener in den Mittelpunkt stellen. Während quantitative Studien wichtige Hinweise auf Prävalenzen und Risikofaktoren liefern, ermöglichen qualitative Ansätze ein vertieftes Verständnis der Wirkmechanismen psychosozialer Angebote. Insbesondere die Frage, wie Gruppenangebote zur Unterstützung von Trauer, zur Minderung von Traumafolgen sowie zur Förderung von Resilienz und posttraumatischem Wachstum beitragen, ist bislang vergleichsweise wenig erforscht (vgl. Reichel & Gahleitner, 2019, S. 8 ff.).

1.3 Aktuelle internationale Ansätze und Erfahrungen

Internationale Erfahrungen aus Ländern mit hoher Katastrophen- und Terrorbelastung, insbesondere aus Israel und Großbritannien, zeigen, dass psychosoziale Nachsorge dort häufig als gestuftes Versorgungssystem konzipiert ist. Akute Interventionen werden durch mittelfristige Unterstützungsangebote und langfristige Begleitung ergänzt, wobei gruppenbasierte Formate einen festen Bestandteil darstellen.

Diese Modelle betonen die Bedeutung sozialer Unterstützung als zentralen Schutzfaktor. Gruppenangebote dienen nicht nur der emotionalen Entlastung, sondern auch der Wiederherstellung sozialer Zugehörigkeit und der Förderung kollektiver Bewältigungsprozesse. Die Stiftung Katastrophen-Nachsorge greift diese internationalen Erfahrungen auf und integriert sie in ihr eigenes Nachsorgekonzept, insbesondere in Form sogenannter Schicksalsgemeinschaften (vgl. Jatzko, 2021, S. 32ff.).

Forschungsergebnisse und Praxiserfahrungen deuten darauf hin, dass Gruppenangebote dazu beitragen können, Gefühle von Isolation zu reduzieren, individuelle Reaktionen zu normalisieren und langfristige Anpassungsprozesse zu unterstützen. Gleichzeitig wird betont, dass Gruppenangebote professionell begleitet werden müssen, um Überforderung, Retraumatisierung oder ungünstige gruppendynamische Prozesse zu vermeiden (vgl. Reichel & Gahleitner, 2019, S. 10 ff.).

1.4 Zielsetzung der Arbeit

Ziel dieser Arbeit ist es, die Rolle von Gruppenangeboten in der seelischen Nachsorge nach Katastrophen zu untersuchen. Im Mittelpunkt steht die Perspektive der Teilnehmenden, die im Rahmen qualitativer Interviews ihre Erfahrungen mit Nachsorgegruppen schildern.

Die Arbeit verfolgt das Ziel, herauszuarbeiten, wie Gruppenangebote Trauerprozesse unterstützen, traumabezogene Belastungen mindern und zur Förderung von Resilienz sowie posttraumatischem Wachstum beitragen können. Dabei sollen insbesondere die positiven Aspekte gruppenbasierter Nachsorge sowie die zugrunde liegenden Wirkmechanismen identifiziert werden.

1.5 Forschungsfrage und Unterfragen

Ausgehend von der dargestellten Problemstellung ergibt sich folgende Forschungsfrage: Welche positive Rolle spielen Gruppenangebote in der seelischen Nachsorge nach Katastrophen, um Trauer zu unterstützen, Traumafolgen zu mindern und Resilienz sowie posttraumatisches Wachstum zu fördern?

Daraus leiten sich folgende Unterfragen ab:

- Welche psychischen Belastungen und Bedürfnisse berichten Teilnehmende nach Katastrophen?
- Welche Aspekte der Gruppenteilnahme erleben Betroffene als besonders unterstützend?
- Inwiefern tragen Gruppenangebote zur Bewältigung von Trauer und traumabezogenen Belastungen bei?
- Welche Veränderungen im Erleben von Selbstwirksamkeit, Sinn und sozialer Verbundenheit beschreiben die Teilnehmenden?
- Welche Bedingungen und Grenzen gruppenbasierter Nachsorge werden sichtbar?

1.6 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit gliedert sich in mehrere Kapitel. Nach der Einleitung werden in den Kapiteln 2 bis 4 theoretische Grundlagen zu Trauma, Trauer und Gruppenangeboten dargestellt. Kapitel 5 widmet sich der seelischen Nachsorge nach Katastrophen und führt die theo-

retischen Perspektiven zusammen. Anschließend werden die Ergebnisse der qualitativen Interviews präsentiert und diskutiert. Den Abschluss bilden eine zusammenfassende Bewertung sowie Implikationen für Praxis und Forschung.

2 Trauer (N.K.)

Trauer gehört zu den universellen menschlichen Erfahrungen und ist zugleich ein hochkomplexes psychologisches, soziales und neurobiologisches Phänomen. Nahezu jeder Mensch erlebt im Laufe seines Lebens den Verlust nahestehender Personen. Die Art und Weise, wie Trauer von einem Menschen erlebt, ausgedrückt und bewältigt wird, variiert erheblich. In den letzten Jahrzehnten hat sich die Trauerforschung von einfachen linearen Modellen hin zu differenzierten, empirisch fundierten Konzepten entwickelt, die Trauer als dynamischen Anpassungsprozess verstehen (vgl. Bonanno, 2004, S. 102 f.).

2.1 Wissenschaftliche Definition von Trauer

Trauer wird in der psychologischen Forschung als eine natürliche Reaktion auf den Verlust eines nahestehenden Menschen verstanden. Sie ist kein krankhafter Zustand, sondern ein individueller Prozess, der häufig mit intensiven emotionalen Erfahrungen verbunden ist. Dazu zählen unter anderem Schock, tiefe Traurigkeit oder auch das Gefühl, dass ein Teil des eigenen Selbst verloren gegangen ist (vgl. Eckhardt, 2017, S. 12). Diese Reaktionen werden zu Beginn oft als überwältigend erlebt. Gleichzeitig zeigen viele Studien, dass sich Trauer im Verlauf verändert und nicht in gleichbleibender Intensität bestehen bleibt. Der Prozess verläuft dabei selten geradlinig. Vielmehr wechseln sich Phasen stärkerer Belastung mit Momenten relativer Stabilität ab. Mit der Zeit gelingt es den meisten Betroffenen, den Verlust schrittweise in ihr Leben zu integrieren. Eine zentrale Voraussetzung dafür ist, dass der Trauerschmerz nicht verdrängt, sondern zugelassen wird. Bleibt dieser Prozess aus, kann die Belastung langfristig bestehen bleiben (vgl. Bender, 2025, S. 13 f.).

Laut Nafarieh und Gutwinski (2025) verlieren typische Trauersymptome im Verlauf häufig an Intensität. Gefühle wie Sehnsucht oder emotionaler Schmerz treten mit der Zeit seltener auf, während gleichzeitig wieder Raum für positive Erfahrungen entsteht. In diesem Zusammenhang berichten viele Betroffene, dass sie neue Perspektiven entwickeln oder Veränderungen in ihrem Umgang mit belastenden Situationen wahrnehmen (vgl. Nafarieh & Gutwinski, 2025, S. 28; Bender, 2025, S. 12).

Eine wichtige Rolle spielt hierfür das soziale Umfeld. Unterstützung durch andere Menschen kann den Trauerprozess deutlich erleichtern. Gleichzeitig zeigt sich aber, dass Trauer in der heutigen Gesellschaft oft weniger sichtbar ist und Betroffene sich eher zurückziehen oder unverstanden fühlen, wodurch professionelle und ehrenamtliche Unterstützungsangebote zunehmend an Bedeutung gewinnen (vgl. Eckhardt, 2017, S. 12).

Trauer ist zudem stark von kulturellen und individuellen Rahmenbedingungen geprägt. Kulturelle Normen beeinflussen beispielsweise, wie Trauer ausgedrückt wird und welche Reaktionen als angemessen gelten (vgl. Rosenblatt, 2008, S. 208–218).

Auch entwicklungsbezogene Faktoren spielen eine Rolle. Kinder und Jugendliche erleben Trauer häufig anders als Erwachsene, da sich ihr Verständnis von Tod sowie ihre Bewältigungsstrategien noch entwickeln. Früh erlebte Verluste können zudem im späteren Leben erneut an Bedeutung gewinnen (vgl. Oltjenbruns, 2001, S. 169–197).

Um unterschiedliche Verläufe besser einordnen zu können, werden in der Fachliteratur verschiedene Formen von Trauer unterschieden (vgl. Eckhardt, 2017, S. 14):

- Nicht-erschwerte Trauer bezeichnet den normativen Trauerverlauf, bei dem trotz intensiver emotionaler Reaktionen eine allmähliche Anpassung an den Verlust gelingt und Betroffene wieder am Alltag teilnehmen sowie positive Gefühle erleben können, während die innere Verbundenheit zur verstorbenen Person bestehen bleibt.
- Erschwerte Trauer liegt vor, wenn belastende Umstände wie traumatische Todesereignisse, fehlende soziale Unterstützung, ambivalente Beziehungen oder bestehende psychosoziale Krisen den Trauerprozess verzögern oder destabilisieren, ohne dass bereits zwingend eine klinische Störung vorliegt.
- Traumatische Trauer beschreibt eine Form der Trauer, bei der sich Trauerreaktionen mit Symptomen einer Traumatisierung überlagern, etwa infolge eines traumatischen Todes oder der Reaktivierung früherer Traumata, wodurch die Verarbeitung des Verlustes erheblich beeinträchtigt wird.
- Komplizierte Trauer bzw. anhaltende Trauerstörung (ATS) liegt vor, wenn zentrale Trauersymptome wie intensive Sehnsucht, anhaltende Verzweiflung und funktionelle Beeinträchtigungen über einen ungewöhnlich langen Zeitraum bestehen bleiben und die Kriterien eines klinisch relevanten Störungsbildes erfüllen.

2.2 Neurobiologische Grundlagen der Trauer

Trauer ist mit spezifischen neurobiologischen Prozessen verbunden, die emotionale, kognitive und körperliche Reaktionen auf Verlusterfahrungen erklären.

Bildgebende Studien von Trauernden zeigen eine erhöhte Aktivität im anterioren cingulären Cortex, die an der Verarbeitung von Emotionen, sozialem Schmerz und Bindung beteiligt ist (vgl. Stürmer, 2025). Gleichzeitig weisen experimentelle Befunde auf eine veränderte Aktivität des dopaminergen Belohnungssystems hin, die mit anhaltender Sehnsucht nach der verstorbenen Person in Zusammenhang steht (vgl. ebd.).

Diese neurobiologischen Mechanismen tragen nach Stürmer (2025) zum sogenannten Trauerparadox bei, das ein Wechselspiel von Annäherung und Vermeidung beschreibt. Trauernde suchen dabei aktiv Erinnerungen und subjektive Nähe zur verstorbenen Person, was gleichzeitig einen intensiven emotionalen Schmerz auslösen kann (vgl. Stürmer, 2025).

Ergänzend zeigen Studien, dass in engen Bindungsbeziehungen neuronale Aktivitätsmuster teilweise synchronisiert sind. Das bedeutet, dass nach einem Verlust diese Synchronisation ausbleibt, was die sozialen Rückzugsprozesse begünstigen kann (vgl. ebd.).

2.3 Normale Trauerreaktionen

Normale Trauerreaktionen spiegeln die enge Verflechtung psychischer, sozialer und biologischer Anpassungsprozesse nach einem Verlust wider und betreffen die folgenden emotionalen, kognitiven, körperlichen und sozialen Ebenen:

- Emotionale Reaktionen

Auf emotionaler Ebene ist Trauer häufig durch eine erhöhte Erregbarkeit und eine eingeschränkte Fähigkeit zur Selbstberuhigung gekennzeichnet (vgl. Jatzko, 2021, S. 9).

Zu den typischen emotionalen Reaktionen zählen laut Jatzko (2021) Schock und Unglauben, tiefe Traurigkeit und Verzweiflung, Schuld- und Schamgefühle, Reue sowie Gefühle von Versagen oder Hilflosigkeit. Darüber hinaus können Angst, emotionale Taubheit, Wut, Gefühle von Verlassenheit oder Ablehnung sowie in einzelnen Fällen bei belastenden oder traumatischen Verlustumständen suizidale Gedanken auftreten (vgl. Jatzko, 2021, S. 27).

- Kognitive Reaktionen

Auf kognitiver Ebene zeigt sich Trauer häufig in einer intensiven gedanklichen Beschäftigung mit der verstorbenen Person, verbunden mit Grübeln über vergangene Ereignisse und Sinnfragen. Besonders in der akuten Phase treten Verwirrtheit, aufdrängende Gedanken, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme, Entscheidungsschwierigkeiten, Unwirklichkeitsgefühle oder emotionale Taubheit und mitunter auch Albträume und als bedrohlich erlebte Gedanken auf (vgl. Nafarieh & Gutwinski, 2025, S. 28; Jatzko, 2021, S. 27).

- Körperliche Reaktionen

Körperliche Trauerreaktionen sind häufige Begleiterscheinungen von Verlustprozessen und spiegeln die enge Wechselwirkung zwischen psychischen und physiologischen Belastungsreaktionen wider.

Häufig ist die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse dysreguliert, wodurch es zu einer veränderten Ausschüttung von Cortisol kommt. Dies kann sich sowohl in einer Überaktivierung als auch in einer verminderten Aktivität äußern und führt zu psychischen sowie körperlichen Belastungsreaktionen wie gesteigerter Herzfrequenz, erhöhtem Blutdruck oder erhöhter Muskelspannung, Erschöpfung, ausgeprägte Müdigkeit, Schlafstörungen, Konzentrationsproblemen, Veränderungen des Appetitverhaltens Kopfschmerzen, subjektives Kältegefühl und reduzierter Leistungsfähigkeit (vgl. Jatzko, 2021, S. 27; Wagner, 2024, S. 55; Jatzko, 2021, S. 9)

- Geistige Reaktionen

Auf geistiger Ebene ist Trauer häufig mit einem tiefgreifenden Sinnverlust und einem Gefühl der Orientierungslosigkeit verbunden. Viele Trauernde verspüren ein anhaltendes Bedürfnis, das Geschehen zu verstehen und dem Verlust Bedeutung zuzuschreiben. Dies geht mit einer intensiven Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen sowie der Neubewertung religiöser oder weltanschaulicher Überzeugungen, persönlicher Werte und bisheriger Lebensentwürfe einher (vgl. Jatzko, 2021, S. 27).

- Soziale und behaviorale Reaktionen

Zu den typischen sozialen und behavioralen Reaktionen im Rahmen normaler Trauer zählen sozialer Rückzug, veränderte Rollen und Rituale sowie ein schwankendes Bedürfnis nach Nähe oder Alleinsein. Häufig treten hierbei Reizbarkeit, verminderte Toleranz gegenüber anderen Menschen, Interessenverlust, vermehrtes Weinen sowie Schlaf- und Essstörungen auf, die sowohl als Mangel als auch als Übermaß erscheinen können (vgl. Reichel & Gahleitner, 2019, S. 132; Jatzko, 2021, S. 26).

2.4 Theoretische Modell der Trauer

Die nachfolgenden Trauermodelle befassen sich mit der Frage, wie Menschen Verluste verarbeiten, und liefern Erklärungsansätze dafür, warum sich Trauerprozesse individuell unterschiedlich entwickeln und bei manchen Betroffenen problematische Verläufe auftreten können (vgl. Müller et al., 2022, S. 148).

2.4.1 Fünf-Phasen-Modell von Kübler-Ross

Zu den bekanntesten Trauermodellen zählt das Fünf-Phasen-Modell von Kübler-Ross, dass die fünf Phasen: Verleugnung, Wut, Verhandeln, Depression und Akzeptanz beschreibt (vgl. Leu, 2019, S. 15 f.). Das Modell prägte über viele Jahre das Verständnis von Trauerprozessen und wurde sehr häufig in der Trauer- und Sterbeliteratur zitiert.

2.4.2 Vier-Phasen-Modell der Trauer von Verena Kast

Ähnlich dem Fünf-Phasen-Modell beschreibt das Modell von Verena Kast den Trauerprozess mit den vier Phasen: anfänglicher Schock und Nicht-wahrhaben-Wollen, die Phase der aufbrechenden Emotionen, die Phase des Suchens und Sich-Trennens sowie die Phase der anschließenden Adaption und Rückkehr in den Alltag und des neuen Selbst- und Weltbezugs (vgl. Leu, 2019, S. 16; Bender, 2025, S. 31).

Allerdings kritisiert Leu (2019) die Annahme eines universellen, linearen Trauerverlaufs sowie die implizite Zuschreibung von Verantwortung und Schuld an die Trauernden für den vermeintlichen „Erfolg“ des Trauerprozesses. Sie betont die individuell sehr unterschiedlichen Intensitäten und Verläufe von Trauer und hinterfragt diese normativen Vorstellungen kritisch (vgl. Leu, 2019, S. 16).

2.4.3 Traueraufgabenmodelle

Aufbauend auf einem Verständnis von Trauer als aktivem Anpassungs- und Entwicklungsprozess entstanden die folgenden sogenannten Traueraufgabenmodelle (vgl. ebd., S. 16 ff.).

2.4.4 Aufgabenmodelle der Trauer von William Worden

William Worden entwickelte ein Traueraufgabenmodell, nach dem Trauernde vier zentrale Aufgaben in einem aktiven Anpassungsprozess bewältigen: die Akzeptanz der Realität des Verlusts, die Verarbeitung des Trauerschmerzes, die Anpassung an ein Leben ohne die verstorbene Person sowie das Finden einer dauerhaften inneren Verbindung zur verstorbenen Person bei gleichzeitiger Hinwendung zum eigenen Leben (vgl. Leu, 2019, S. 16 f.).

2.4.5 Der Bindungstheoretische Ansatz von Dennis Klass

Dieser neuere Ansatz konzentriert sich auf die Aufrechterhaltung einer inneren Beziehung zur verstorbenen Person der Trauernden (sog. „Continuing Bonds“). Diese werden als adaptive Strategie der Verlustverarbeitung verstanden und stehen im Gegensatz zu früheren Annahmen, nach denen eine vollständige Loslösung notwendig sei (vgl. ebd.).

2.4.6 Meaning Reconstruction-Modell von Neimeyer

Laut Leu (2019) betont Robert Neimeyer in seinem Meaning-Reconstruction-Ansatz die aktive, therapeutische Auseinandersetzung mit den Erzählungen Trauernder über ihre Verluste. Mithilfe narrativer Methoden sollen durch den Verlust erschütterte Lebensgeschichten neu beschrieben und mit Sinn versehen werden (vgl. Leu, 2019, S. 19).

Zentrale Prinzipien sind gemäß der Autorin die Fortführung der Beziehung zur verstorbenen Person sowie das sprachliche oder symbolische Benennen zunächst unausprechlicher Erfahrungen, etwa durch Bilder und Metaphern. Ergänzend hebt Leu die von Robert Neimeyer entwickelte Fragebogenerfassung zentraler Aspekte der Verlustverarbeitung hervor und betont den großen Einfluss sowie die weltweite Beachtung dieses Ansatzes (vgl. ebd.).

2.4.7 Das Duale Prozessmodell DPM von Stroebe und Schut

Das Duale Prozessmodell der Bewältigung von Verlusterfahrungen (Dual Process Model of Coping with Bereavement, DPM) wurde von Stroebe und Schut entwickelt und gilt als eines der zentralen Modelle der modernen Trauerforschung. Es stellt eine Weiterentwicklung früherer Phasen- und Aufgabenmodelle dar und basiert maßgeblich auf dem transaktionalen Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984) (vgl. Müller et al., 2022, S. 149 ff.).

Zentraler Bestandteil des DPM ist die Annahme eines dynamischen Bewältigungsprozesses, in dem die Trauernden mit zwei Arten von Stressoren konfrontiert sind: verlustbezogenen und wiederherstellungsbezogenen Stressoren (vgl. Müller et al., 2022, S. 152 f.). Verlustbezogene Stressoren stehen in direktem Zusammenhang mit dem Tod der Bezugsperson und umfassen unter anderem den Trauerschmerz, aufdrängende Erinnerungen sowie die Aufgabe, die innere Beziehung zur verstorbenen Person neu zu gestalten (vgl. ebd.). Wiederherstellungsbezogene Stressoren entstehen dagegen als Folge des Verlusts und betreffen die Bewältigung des weitergehenden Alltags, etwa durch veränderte Rollen, finanzielle Belastungen oder organisatorische Anforderungen

(vgl. ebd.). Die Bewältigung erfolgt in einem Oszillationsprozess zwischen beiden Orientierungen, wobei auch zeitweilige Pausen oder Vermeidung als entlastend verstanden werden. Dieses flexible Wechselspiel unterstützt die langfristige psychische Anpassung an die veränderte Lebensrealität (vgl. ebd.).

Abschließend erweitert das DPM in seiner familienbezogenen Form (DPM-R) die individuelle Perspektive um einen systemischen Blick, indem es berücksichtigt, dass Trauerprozesse sozial eingebettet sind und wesentlich durch das familiäre Umfeld mitgeprägt werden (vgl. Müller et al., 2022, S. 148 f.).

2.5 Welche Faktoren beeinflussen den Verlauf von Trauer

Laut Nafarieh und Gutwinski (2025) wird der Verlauf von Trauerreaktionen maßgeblich durch die Art der Beziehung zur verstorbenen Person, die Umstände des Todes sowie den sozialen Kontext beeinflusst. Insbesondere die Qualität der Beziehung und spezifische Todesumstände stellen zentrale Determinanten dar, während das soziale Umfeld einen wesentlichen Beitrag zur Bewältigung des Verlusts leistet (vgl. Nafarieh; Gutwinski, 2025, S. 28).

Belastende Todesumstände wie ein plötzlicher oder gewaltsamer Tod, Suizid, Mord oder das gleichzeitige Auftreten mehrerer Todesfälle innerhalb einer Familie sowie ein ungesicherter Verlust, nicht auffindbare oder schwer verstümmelte Verstorbene wirken besonders erschwerend auf den Trauerprozess (vgl. Jatzko, 2021, S. 5). Auch individuelle Faktoren der trauernden Person, etwa frühere komplizierte Trauerreaktionen, mehrere Verluste in kurzer Zeit, ein stark kontroll- oder leistungsorientierter Bewältigungsstil sowie belastende religiöse Vorstellungen, können den Verlauf der Trauer erheblich beeinflussen (vgl. ebd.).

Darüber hinaus spielen die Beziehungsgestaltung zur verstorbenen Person, etwa hochambivalente oder stark abhängige Beziehungen, sowie soziale Faktoren wie Tabuisierung, Negierung des Verlusts oder mangelnde beziehungsweise schädigende soziale Netzwerke eine zentrale Rolle für den Trauerverlauf (vgl. Jatzko, 2021, S. 5).

2.6 Wann wird Trauer pathologisch?

2.6.1 Definition, diagnostische Kriterien und Verläufe von komplizierter oder anhaltender Trauerstörung ATS

Laut Reichel und Gahleitner (2019) können auch im Rahmen normaler Trauer vorübergehend Verhaltensweisen und Erlebensweisen, wie sozialer Rückzug, emotionale Abstumpfung oder das wiederholte Erzählen bestimmter Inhalte, auftreten, die als negativ oder krankheitswertig interpretiert werden könnten. Diese Reaktionen können jedoch kurzfristig hilfreiche Bewältigungsmechanismen, wie Dissoziation, Verdrängung oder Verleugnung, darstellen und bilden sich im Regelfall wieder zurück (vgl. Reichel & Gahleitner, 2019, S. 132).

Abweichend vom normalen Trauerprozess, weist eine kleine Gruppe der Trauernden Schwierigkeiten im Anpassungsprozess an das Leben ohne die verstorbene Person auf. Ihre Trauer weicht in der Dauer, Intensität und funktioneller Auswirkung deutlich von sozialen, religiösen und kulturellen Normen ab (vgl. Nafarieh; Gutwinski, 2025, S. 28 f.). Wagner (2024) weist darauf hin, dass Betroffene den Trauerprozess anhaltend und von gleichbleibend intensivem emotionalem Schmerz geprägt erleben, was häufig mit erheblichen psychosozialen sowie gesundheitlichen Beeinträchtigungen (z. B. kardio-vasculäre Erkrankungen, Suizidalität) einhergeht. In diesen Fällen hält die Trauerreaktion über einen atypisch langen Zeitraum nach dem Verlust an, wobei die ICD-11 ein Mindestintervall von sechs Monaten und das DSM-5-TR für Erwachsene ein Zeitkriterium von zwölf Monaten vorsieht (vgl. Nafarieh & Gutwinski, 2025, S. 29).

Aus anfänglich intensiven Trauerreaktionen können sich so klinisch relevante Störungsbilder entwickeln, die in der wissenschaftlichen Literatur als „komplizierte Trauer“ oder „anhaltende Trauerstörung“ (ATS) bezeichnet werden (vgl. ebd., S. 28 f.) und gemäß den diagnostischen Kriterien nach ICD-11 deutliche Einschränkungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen zentralen Funktionsbereichen beinhalten (vgl. Wagner, 2024, S. 56).

Typische Begleitsymptome sind emotionale Taubheit, Schuldgefühle, Wut, Schwierigkeiten, den Tod zu akzeptieren, das Gefühl, einen Teil des eigenen Selbst verloren zu haben, sowie ein ausgeprägter Rückzug aus sozialen, beruflichen oder persönlichen Aktivitäten (vgl. Nafarieh & Gutwinski, 2025, S. 28 f.).

Die Entstehung und Aufrechterhaltung einer solchen komplizierten Trauerreaktion ist gemäß Bender (2025) multifaktoriell bedingt und umfasst neben den genannten psychosozialen Einflussfaktoren auch nachgewiesene neuropsychologische Mechanismen, wie

Veränderungen im Belohnungssystem, Auffälligkeiten im autobiografischen Gedächtnis sowie Einschränkungen neurokognitiver Funktionen.

Zudem wird die Gesamtsituation häufig zusätzlich weitere somatische und psychische Belastungen, wie Schlafstörungen, Substanzkonsum, Suizidgedanken, immunologische Veränderungen sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und onkologische Erkrankungen, negativ beeinflusst (vgl. Bender, 2025, S. 24).

2.6.2 Abgrenzung der Anhaltenden Trauerstörung ATS von anderen psychischen Erkrankungen

Aufgrund teilweise ähnlicher Begleitsymptome wie emotionaler Taubheit, sozialem Rückzug oder intrusiven Gedanken besteht in der klinischen Praxis die Gefahr einer Verwechslung der ATS mit anderen psychischen Störungen, insbesondere mit der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), depressiven Episoden oder Anpassungsstörungen (vgl. Nafarieh & Gutwinski, 2025, S. 29). Im Folgenden werden wichtige Abgrenzungen dargestellt:

- Abgrenzung von der Posttraumatischen Belastungsstörung PTBS

Die ATS unterscheidet sich von der PTBS hinsichtlich Auslöser, Symptomatik und Verlauf (vgl. ebd., S. 30). Während bei der PTBS Symptome, wie wiederkehrende Intrusionen, Flashbacks, Albträume, ausgeprägtes Vermeidungsverhalten, anhaltendes Bedrohungserleben oder Hyperarousal, im Vordergrund stehen und typischerweise innerhalb eines Monats nach dem traumatischen Ereignis auftreten, ist die ATS primär durch tiefe emotionale Erschütterung und anhaltende Sehnsucht nach der verstorbenen Person gekennzeichnet (vgl. ebd.).

- Abgrenzung von der Depressiven Episode

Die Abgrenzung zur depressiven Episode ist laut Nafarieh und Gutwinski (2025) besonders relevant, da sich einzelne Symptome wie Traurigkeit oder Interessenverlust überschneiden können.

Depressive Episoden sind jedoch durch eine global anhaltend gedrückte Stimmung, generalisierte Schuld- und Hoffnungslosigkeitsgefühle sowie eine umfassende emotionale Verflachung gekennzeichnet, die die gesamte Selbstwahrnehmung und Zukunftsaussichten betreffen und meist keinen spezifischen Bezug zur verstorbenen Person aufweisen (vgl. Nafarieh; Gutwinski, 2025, S. 29 f.).

Demgegenüber steht bei der ATS die anhaltende, intensive Bindung und Sehnsucht nach der verstorbenen Person sowie verlustbezogener emotionaler Schmerz im Vordergrund (vgl. ebd.).

- Abgrenzung von der Anpassungsstörung

Im Gegensatz zur ATS entsteht eine Anpassungsstörung als Reaktion auf belastende Lebensveränderungen oder kritische Ereignisse, die nicht zwingend mit einem Todesfall verbunden sind. Sie ist durch emotionale Symptome wie depressive Stimmung, Angst oder Überforderungsgefühle gekennzeichnet und klingt in der Regel innerhalb von sechs Monaten nach dem belastenden Ereignis wieder ab (vgl. Nafarieh & Gutwinski, 2025, S. 31).

2.6.3 Prävalenz und klinische Relevanz

Die Prävalenzschätzungen der anhaltenden Trauerstörung variieren je nach zugrunde gelegten diagnostischen Kriterien und Stichprobe erheblich. Bevölkerungsrepräsentative Studien berichten Prävalenzen zwischen 0,5 % und über 10%, wobei an den ICD-11-Kriterien orientierte Untersuchungen insbesondere in vulnerablen Populationen höhere Raten von etwa 9–11 % aufweisen (vgl. Nafarieh & Gutwinski, 2025, S. 29). Diese Zahlen unterstreichen die klinische Relevanz der Störung, verdeutlichen jedoch zugleich, dass es sich um eine Minderheit trauernder Menschen handelt (vgl. ebd.).

2.6.4 Risikofaktoren und Verlaufsbedingungen

Die Entstehung und Aufrechterhaltung einer anhaltenden Trauerstörung ist multifaktoriell bedingt und umfasst neben psychosozialen Einflussfaktoren auch neuropsychologische Mechanismen. Dazu zählen unter anderem Veränderungen im Belohnungssystem, Auffälligkeiten im autobiografischen Gedächtnis sowie Einschränkungen neurokognitiver Funktionen (vgl. Bender, 2025, S. 24).

Für die Entwicklung einer anhaltenden Trauerstörung (ATS) wurden dabei die folgenden unbeeinflussbaren sowie potenziell beeinflussbaren Risikofaktoren identifiziert (vgl. Nafarieh & Gutwinski, 2025, S. 29 f.):

- Unbeeinflussbare Risikofaktoren:

Zu den unbeeinflussbaren Risikofaktoren zählen präexistente Vulnerabilitäten wie frühere Traumatisierungen oder Verluste, unsichere Bindungsmuster, ambivalente Beziehungen, bestehende psychische oder somatische Erkrankungen sowie eine geringe soziale Unterstützung.

Auch die Intensität der Beziehung zur verstorbenen Person, weibliches Geschlecht sowie ein niedriger sozioökonomischer Status oder Bildungsniveau stehen mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer ATS in Zusammenhang. Besonders belastend wirken Todesumstände wie ein plötzlicher, gewaltsamer

oder traumatischer Tod sowie der Verlust eines Kindes oder Partners (vgl. Wagner, 2024, S. 58).

- Beeinflussbare Risikofaktoren:

Potenziell beeinflussbare Risikofaktoren umfassen unter anderem die Intensität der antizipierten Trauer, einen erhöhten Substanzkonsum, insbesondere Alkohol, eine eingeschränkte psychische oder körperliche Gesundheit, soziale Isolation, finanzielle Belastungen sowie ein unzureichendes oder belastendes soziales Unterstützungsnetzwerk (vgl. Nafarieh & Gutwinski, 2025, S. 29 f.).

Auch frühe depressive oder posttraumatische Symptome, Schlafstörungen und familiäre Konflikte können zur Chronifizierung von Trauersymptomen beitragen (vgl. ebd.).

Darüber hinaus beschreiben Reichel und Gahleitner (2019) weitere Risikokonstellationen, etwa aberkannte oder entrechtete Trauer, bei der der Verlust sozial oder kulturell nicht als legitim anerkannt wird. Ebenso erhöhen ungelöste Schuldgefühle sowie kumulative Verlusterfahrungen, insbesondere bei zeitlich nah aufeinanderfolgenden Todesfällen, das Risiko für die Entwicklung einer anhaltenden Trauerstörung (vgl. Reichel & Gahleitner, 2019, S. 132 f.).

2.7 Trauer nach Katastrophen

Katastrophen- oder Großkrisenereignisse treffen Trauernde mit besonderer Wucht, da sie in der Regel mehrere bekannte Risikofaktoren gleichzeitig bündeln.

Betroffene verlieren häufig plötzlich und unerwartet einen oder mehrere nahestehende Menschen und erleben zugleich massive Kontroll- und Ohnmachtserfahrungen sowie eine Überforderung ihrer Bewältigungsressourcen. Besonders belastend ist dabei das Fehlen von Abschieds- und Bestattungsritualen, etwa aufgrund ungesicherter Todesumstände oder nicht auffindbarer Verstorbener (vgl. Nafarieh & Gutwinski, 2025, S. 29 f.).

Hinzu kommt, dass Trauernde im Katastrophenkontext häufig selbst von existenziellen Bedrohungen, massiven sozialen Umbrüchen oder anhaltender Unsicherheit betroffen sind. Emotionale Trauerprozesse werden dadurch oftmals zugunsten kurzfristiger Bewältigungs- und Überlebensstrategien zurückgestellt (vgl. Jatzko, 2021, S. 6 ff.).

Im Sinne des Dualen Prozessmodells der Trauerbewältigung kann es unter diesen Bedingungen zu einer eingeschränkten Oszillation zwischen verlust- und wiederherstellungsorientierten Bewältigungsformen kommen.

Bei existenzieller Gefährdung dominiert häufig die Wiederherstellungsorientierung, was die emotionale Integration des Verlustes zusätzlich erschweren kann (vgl. Müller et al., 2022, S. 149 ff.).

2.8 Trauer und Trauma: Abgrenzung und Überlappungen

Trauer und Trauma werden in der wissenschaftlichen Diskussion häufig gemeinsam betrachtet, da sie in vielfältiger Weise miteinander verknüpft sind.

Todesfälle gehen nicht selten mit traumatischen Ereignissen einher, sodass Trauer- und Traumaerleben bei Hinterbliebenen gleichzeitig auftreten können. Zudem können belastende Lebensereignisse frühere Verlust- oder Traumaerfahrungen reaktivieren (vgl. Eckhardt, 2017, S. 7).

Beide Phänomene erfordern die psychische Bewältigung tiefgreifender Lebensveränderungen, die Integration des Erlebten in die eigene Biografie sowie die Auseinandersetzung mit Sinn- und Bedeutungsfragen. Auch das emotionale Erleben weist Überschneidungen auf, etwa in Form von Schock, Ohnmacht oder existenzieller Verunsicherung (vgl. ebd.).

Trotz inhaltlicher Überschneidungen bestehen gemäß Eckhardt (2017) wesentliche Unterschiede zwischen Trauer und Trauma. Traumatische Ereignisse gehen mit spezifischen physiologischen und neurobiologischen Stressreaktionen (Einschaltung des Notfallprogramms) und traumaspezifischen Symptome wie Hypervigilanz, Vermeidungsverhalten gegenüber Triggern, Persönlichkeitsveränderungen und Dissoziationen einher. Diese Symptome treten in einer unkomplizierten Trauer in dieser Form nicht auf (vgl. Eckhardt, 2017, S. 7, 25).

Daher sollten professionelle sowie ehrenamtliche Begleitpersonen über grundlegende Kenntnisse zu Trauer- und Traumaerleben verfügen und Betroffene bei schweren Traumafolgestörungen, ausgeprägten Persönlichkeitsstörungen, akuter Suizidalität oder Selbst- bzw. Fremdgefährdung an entsprechend qualifizierte Fachpersonen im Rahmen ambulanter oder stationärer Traumatherapien weiterleiten (vgl. ebd., S. 8).

3 Trauma (L.D.)

3.1 Begriff und Modelle psychischer Traumata

Im allgemeinen Sprachgebrauch, vor allem in den Medien, wird der Begriff Trauma unpräzise und auch inflationär verwendet. Die häufige Verwendung des Begriffs führt dazu, dass das wahre Trauma dem Leid der Betroffenen von Traumafolgestörungen nicht gerecht wird (vgl. Jatzko, 2021, S. 5).

Unter dem Begriff Trauma versteht man eine seelische Verletzung, die durch eine Überföderung der Schutzmechanismen im Zusammenhang mit einem traumatisierenden Ereignis, wie beispielsweise schweren Unfällen, Erkrankungen oder Naturkatastrophen, erheblicher psychischer und physischer Gewalt, aber auch Verlust- oder Vernachlässigungserfahrungen (vgl. Jatzko, 2021, S. 4).

Da ein Trauma eine Verletzung des neurobiologischen Netzwerks der Seele darstellt, entspricht diese einer körperlichen Verletzung, was bedeutet, dass es zu dauerhaften hirnganischen Veränderungen kommen kann. Der Unterschied zu einer Belastung liegt dabei im Mitbetroffen sein des autonom reagierenden vegetativen Nervensystems und der Abspeicherung der traumatischen Reizüberflutung in den tieferen Hirnregionen. Durch die mangelnde neuronale Vernetzung des Ereignisses und der bewussten Wahrnehmung führt diese zu Steuerungsbeeinträchtigungen von Affekten und Geföhlen (vgl. Jatzko, 2021, S. 4-5).

Dies bedeutet nicht, dass jedes lebensbedrohliche Ereignis zwangsläufig ein Trauma auslöst, fast immer jedoch eine akute Belastungs- oder eine Anpassungsstörung. Daraus kann sich eine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln, worauf im weiteren Verlauf der Arbeit noch eingegangen wird (vgl. Jatzko, 2021, S. 5).

Bei einem Trauma wird zwischen dem Typ-I- und Typ-II-Trauma unterschieden. Bei einem Typ-I-Trauma erleiden die Betroffenen ein Trauma, welches durch ein einzelnes, zeitlich begrenztes Ereignis ausgelöst wird (vgl. Flory, 2022, S. 12). Diese Art von Trauma spielt in der vorliegenden Arbeit eine große Rolle, da sie sich auf Katastrophen und Großschadensereignisse bezieht.

Bei einem Typ-II-Trauma werden Ereignisse aufgeföhrt, die von Menschen gemachte Gewalt beinhalten („man-made disasters“). Dabei geht es meist um mehrere Ereignisse, die sich häufen, wiederholen oder länger andauern. Es geht nicht nur um die Gewalt an sich, sondern auch darum, anderen oder dem Anblick von Leichen, ausgesetzt gewesen zu sein (vgl. Flory, 2022, S. 12).

Transaktionales Stressmodell nach Lazarus

Im Mittelpunkt des Transaktionalen Stressmodells steht die subjektive Bewertung der Stresssituation des Betroffenen und zudem die Wechselwirkung zwischen der Anforderung und dem reagierenden Menschen. Zwischen Stressor und Reaktion findet eine Bewertung statt, weshalb das Modell als transaktional bezeichnet wird. Um ein zentrales Verständnis von Stress zu erhalten, bezieht Lazarus auch die Coping-Prozesse bzw. Bewältigungsstrategien, die Fokussierung auf den Stressor und die psychische bzw. physische Reaktion mit ein, da Stress und Emotionen miteinander verknüpft sind (vgl. Goddemeier, 2022, S. 357).

Emotionen werden als übergeordnetes System verstanden, das Stress, Coping, Motivation und Bewertungen umfasst. Im Gleichgewicht zwischen Anforderungen und Ressourcen entsteht wenig oder kein Stress; überwiegen die Ressourcen, kann Langeweile auftreten. Scheitern jedoch die Bewältigungsmöglichkeiten an den Anforderungen, führt dies zu Angst. Besteht dieses Missverhältnis dauerhaft, kann Stress in eine Traumatisierung übergehen, wobei starke Gefühle wie Panik, Hoffnungslosigkeit und Depression auftreten können. Die Selbstwirksamkeit, das Vertrauen in die eigene Bewältigungsfähigkeit, ist dabei entscheidend. Emotionen sieht Lazarus als rational an, da sie aus unseren Bewertungen resultieren. „Verrücktes“ Verhalten entsteht aus fragwürdigen Annahmen und Überzeugungen, nicht aus fehlender Logik (vgl. Goddemeier, 2022, S. 357-358).

Das Coping ist für Lazarus ein stetiger, integraler Bestandteil des emotionalen Lebens und nicht davon zu trennen. Es ist ein integraler Bestandteil des Gesamtkonzepts, wobei die emotionalen Prozesse nicht in einzelne Bestandteile zerlegt werden dürfen. Die Bewertung von Emotionen hängt von verschiedenen Kriterien ab, kann sich durch Neubewertung verändern und Bedrohungen in Herausforderungen transformieren.

Die erste Bewertung sortiert in irrelevant, freundlich/positiv und anstrengend/belastend. Anschließend wird ermittelt, ob die vorhandenen Bewältigungsstrategien ausreichen. Stress entsteht, wenn letzteres nicht der Fall ist und eine Neubewertung findet statt, was bedeutet, dass eine Herausforderung zu Bedrohung werden kann oder auch umgekehrt wahrgenommen wird.

Stress entsteht, wenn diese Ressourcen als unzureichend eingeschätzt werden. In einem weiteren Schritt kommt es zur Neubewertung, durch die eine Situation beispielsweise von einer Herausforderung zu einer Bedrohung oder umgekehrt umgedeutet werden kann.

Diese Neubewertung sieht Lazarus sowohl als Bewertungsprozess, als auch als Coping-Strategie. Durch problemorientiertes oder emotionsorientiertes Coping kann das bewertungsorientierte oder kognitive Coping stattfinden, welches hilft die belastende Situation als Herausforderung anzusehen (vgl. Goddemeier, 2022, S. 358).

Lazarus betont, dass Stress, Emotionen und Coping die Hauptursachen von Krankheiten wie Genetik, Mikroben und ungesundes Verhalten eher verstärken, als direkt Gesundheit oder Krankheit zu beeinflussen. Im Mittelpunkt stehen dabei die Auswirkungen auf das subjektive Wohlbefinden, das soziale Funktionsniveau und die körperliche Gesundheit (vgl. Goddemeier, 2022, S. 358).

Das transaktionale Stressmodell von Lazarus lässt sich klar auf Traumata anwenden, da es betont, wie subjektive Bewertungen und anhaltende Bewältigungsdefizite zu einer Eskalation von Stress führen können. Bei einem Trauma, wie etwa einem Unfall oder Missbrauch, wird der Stressor in der primären Bewertung als hochbedrohlich eingestuft, oft mit intensiven Emotionen wie Panik oder Hilflosigkeit verknüpft.

- Sequentielle Traumatisierung nach Keilson

Keilson untersuchte in einer Studie die Auswirkungen, die Überlebende der nationalsozialistischen Verfolgung aufwiesen und zeigte, dass Traumafolgen nicht allein vom ursprünglichen Extremereignis abhängen, sondern vom gesamten Verlauf mehrerer Phasen der Verfolgung und ihrer Verarbeitung.

Er zeigte, dass der Begriff einer extremen Belastungssituation nur als Überbegriff verwertbar ist und dabei nicht das Ende findet, sondern die Folgen des integralen Bestandteils des Verfolgungsgeschehens ist (vgl. Schriefers, 2007, S. 26). Zudem suchte er einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Beeinträchtigungen und der Schwere der Traumatisierung, wobei das individuelle Leid und die gesellschaftspolitischen Prozesse in Bezug zueinander gebracht werden. Entscheidend ist dabei die Abfolge der Belastungen und der jeweilige soziale Kontext. Es ist nicht nur entscheidend, was erlebt wurde, sondern auch, was auf die traumatischen Erlebnisse folgt (vgl. Schriefers, 2007, S. 27).

Keilson versteht Traumatisierung als Prozess, in dem sich die Belastungen der einzelnen Phasen addieren und gegenseitig potenzieren. Nicht nur das „erste“ Trauma ist bedeutsam, sondern auch spätere Erfahrungen von Entwurzelung, sozialer Isolation, rechtlicher Unsicherheit oder erneuter Gewalt. Fehlende Ressourcen und Anerkennung in den späteren Phasen können eine Stabilisierung verhindern und zu chronischen Traumafolgestörungen beitragen (vgl. Schriefers, 2007, S. 27).

Nach Keilson wird von drei traumatischen Sequenzen gesprochen (vgl. Schriefers, 2007, S. 27-28):

- Beginn-Phase der Verfolgung: zunehmende Ausgrenzung, Diskriminierung und Bedrohung.
- Phase direkter Verfolgung und Gewalt: z.B. Krieg, Lagerhaft, Folter, Deportation.

- Nachverfolgungs- bzw. Nachkriegs-/Exilphase: unsichere Lebensbedingungen, restriktive Asylpolitik, mangelnde Anerkennung und Unterstützung.

Dieses Konzept verdeutlicht, dass traumatische Belastungen nicht als singuläres Ereignis betrachtet werden dürfen, sondern als ein fortlaufender Prozess, bei dem sich verschiedene Phasen von Belastung und deren Verarbeitung wechselseitig beeinflussen und verstärken. Die Gesamtheit der erlebten und nachfolgenden Belastungen, der soziale Kontext sowie die zur Verfügung stehenden Ressourcen bestimmen maßgeblich das Ausmaß und die Chronifizierung der Traumafolgen.

Dies unterstreicht die Notwendigkeit, bei der Unterstützung Betroffener nicht nur auf das ursprüngliche Trauma zu fokussieren, sondern auch spätere Lebensumstände, gesellschaftliche Anerkennung sowie die individuellen Ressourcen und Bewältigungsstrategien in den Blick zu nehmen.

- Sozialpolitischer Traumatisierungsprozess durch Becker

Nach Becker können die psychischen Folgen eines Traumas nur unter der Berücksichtigung der gesellschaftlichen und politisch-historischen Aspekte des verursachenden Kontexts verstanden werden. Das Trauma muss als Prozess und nicht als Folge des Ereignisses gesehen werden. Zudem betrifft es nicht nur Individuen als „Zerstörte“, sondern zeichnet mehrere Generationen. Es gilt demnach die politischen Verhältnisse, aber auch Faktoren wie strukturelle Brüche, Vorgänge der Akkumulation, Beziehungs- und Zeitfaktoren zu berücksichtigen (vgl. Schriefers, 2007, S. 30-31).

Becker versuchte, den individuellen Prozess der Traumatisierung miteinzubeziehen und gleichzeitig eine gesellschaftliche bzw. politische Bewertung vorzunehmen. Ausgangspunkt sind meist Erfahrungen von Krieg, Folter oder politischer Verfolgung im Herkunftsland. Im Aufnahmeland setzt sich die Traumatisierung fort, wenn Menschen erneut Abhängigkeit, Rechtlosigkeit, Unsicherheit und Entwertung erleben, etwa durch prekäre Aufenthaltsstatus, Lagerunterbringung, Arbeitsverbote oder drohende Abschiebung. So entstehen nicht nur „Nachwirkungen“ eines vergangenen Ereignisses, sondern ein andauernder sozialpolitischer Bedrohungs- und Demütigungsprozess.

Becker betont, dass restriktive Asyl- und Sozialpolitik zentrale traumarelevante Erfahrungen (Ausgeliefertsein, Ohnmacht, Entwertung) im Exil aktualisieren oder neu erzeugen. Die Betroffenen sind auf Behördenentscheidungen angewiesen, können ihre Lebensbedingungen kaum selbst steuern und erleben häufig Misstrauen, Entwürdigung und Stigmatisierung, was die Verarbeitung früherer Gewalt massiv behindert. Damit wird die politische Ordnung selbst zu einem Akteur der Traumatisierung – nicht das individuelle „Kranksein“ steht im Vordergrund, sondern ein beschädigendes gesellschaftliches Verhältnis (vgl. Schriefers, 2007, S. 31-32).

Der Ansatz verschiebt den Blick von der alleinigen „Behandlung“ einer innerpsychischen Störung hin zur Veränderung sozialer und rechtlicher Bedingungen, die Traumatisierung aufrechterhalten. Für die Arbeit mit Geflüchteten folgt daraus, dass politische Interessenvertretung, Verbesserung der Lebensbedingungen und Stärkung von Rechten integrale Bestandteile traumapädagogischer und therapeutischer Praxis sein müssen, um Re-Traumatisierung zu verhindern.

3.1.1 Neurobiologisches Modell: Reizleiter im Gehirn

Wird ein Reiz wahrgenommen, so verarbeitet das Gehirn diesen auf die immer gleiche Weise. Vom Auge wird der Reiz zur Schaltzentrale, dem Thalamus, und das Bewertungszentrum für Angst, Aggression und Gefahr, der Amygdala, weitergeleitet (=schwarzer Pfeil). Die Amygdala verteilt diesen Reiz im Gehirn weiter (=rote Pfeile), woraufhin die Hirnareale je nach Bewertung weiter reagieren. In der Hirnrinde (=grüne Pfeile) werden Gedanken, Gefühle, das Sprachzentrum und die Erinnerungen damit verknüpft, um eine Reaktion auszulösen. Durch die Verknüpfung (=blaue Striche) von Thalamus, Hippocampus und Amygdala ist es uns möglich, schnell auf Erinnerungen zuzugreifen und angemessen darauf zu reagieren (vgl. Jatzko, 2021, S. 13-14).

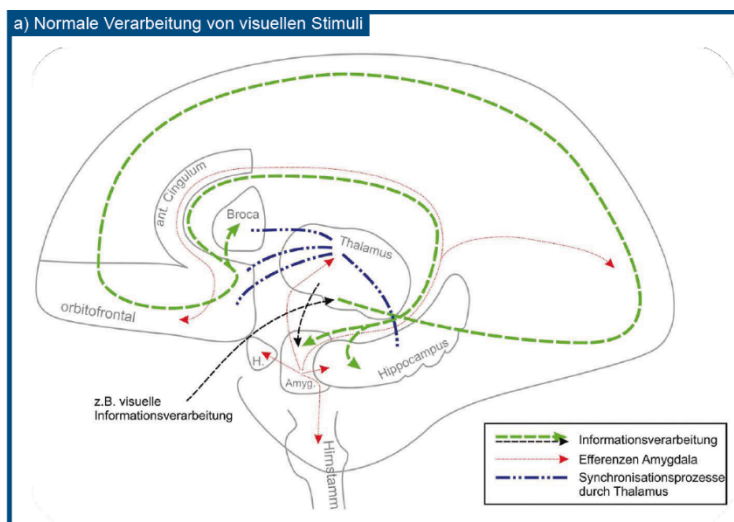


Abbildung 2: Normale Verarbeitung von visuellen Stimuli (Jatzko; 2021; S. 14)

Erlebt der Mensch ein Trauma, so wird die Reizweiterleitung im Gehirn verändert, da die Reize Hilflosigkeit, Ekel, Scham und Ausgeliefertsein die Beantwortung des Reizes blockieren. Da dennoch eine schnelle Reaktion von Nöten ist, findet eine Reizüberflutung statt. Die Amygdala sendet Angst, was andere Hirnareale herunterschalten lässt und das Gedächtnis findet keine

schnelle Antwort. Die bewusste Wahrnehmung, die Gefühle und das Sprachzentrum schalten ab und eine neuronale Verknüpfung kann nicht erfolgen (=grüner Pfeil). Schaltzentrale und Gedächtnis können nicht mehr miteinander agieren und alle Sinnesreize werden separat gespeichert. Die Hirnrinde ist inaktiv und eine Vernetzung der Areale ist nicht möglich (vgl. Jatzko, 2021, S.15-16).

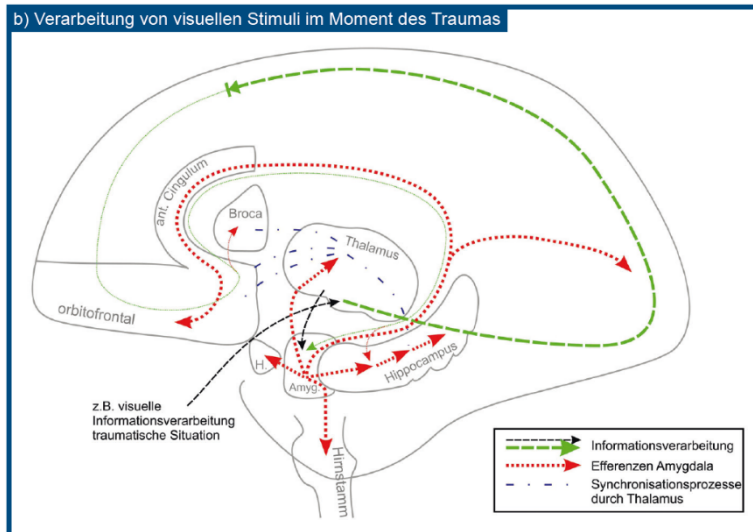


Abbildung 3: Verarbeitung von visuellen Stimuli im Moment des Traumas (Jatzko; 2021; S. 15)

Nach einem traumatischen Erlebnis ist die Amygdala in dauernder Alarmbereitschaft auf den gefährden oder ähnliche Reize, wobei sie dabei schnell und ungenau arbeitet, aber auch nichts vergessen kann. Die Reize können weder räumlich noch zeitlich positioniert werden und Bruchstücke werden nicht richtig integriert. Oftmals ist die Kontrolle der Emotionen und Affekte gestört und suizidale Impulse sind innerlich vorhanden (vgl. Jatzko, 2021, S.16).

3.1.2 Ätiopathogenese

Betroffene einer traumatischen Erfahrung lösen zum einen dramatische psychologische Verarbeitungsprozesse aus und greifen zum anderen in biologische Regulationssysteme ein, was sowohl funktionelle als auch strukturelle Störungen mit sich bringen kann. Je nach der Ausprägung der Resilienz bzw. der genetischen Ausstattung, den epigenetischen Mechanismen und auch den biologischen Prozessen des Individuums ist der Verlauf unterschiedlich. Es kann sich eine schwerwiegende psychische Störung entwickeln, aber auch dank der eigenen Resilienz und Kraft ein milderer Verlauf stattfinden, was die Begründung für die Weiterentwicklung zu einem persönlichen posttraumatischen Wachstum ist (vgl. Kapfhammer, 2018, o.S.).

Auf psychologischer Ebene gibt es mehrere Modelle, die eine Belastung nach einem traumatischen Ereignis verständlich machen. Im Folgenden wird auf das kognitiv-behaviorale Modell eingegangen, da dies ein starkes Erklärungspotenzial aufweist.

Nach der jüngeren Forschung zu diesem Thema, ist die posttraumatische Verarbeitung mit dissoziativen Prozessen in Verbindung zu bringen. Diese dissoziativen Symptome erfolgen einerseits aufgrund einer desintegrierten Prozessierung der Traumabezogenen Informationen. Andererseits lassen sich evolutionäre Schutzmechanismen erkennen, die sich auf die Depersonalisation und die Derealisation beziehen. Da die Informationen oft nur verzerrt gespeichert werden, wie bereits im vorhergehenden Kapitel erläutert, fällt es Betroffenen häufig schwer, das traumatische Ereignis kohärent zu schildern (vgl. Kapfhammer, 2018, o.S.).

Eine stark desorganisierte traumabezogene Erzählung ist eng mit einem hohen Ausmaß von Dissoziation während und nach dem Trauma verknüpft. Willentliche, zusammenhängende Traumareflexion ist dabei eingeschränkt, während bedrohlich erlebte, unwillkürliche intrusive Erinnerungen (Flashbacks) häufig auftreten, die durch innere oder äußere, oft unbewusst verknüpfte Auslöser getriggert werden und sich in fragmentarischen, bildhaften Szenen mit intensiven körperlichen Reaktionen zeigen. Diese emotional überfluteten Erinnerungen lassen sich nachträglich nur schwer sprachlich fassen (vgl. Kapfhammer, 2018, o.S.).

Alle Betroffenen zeigen zumindest gelegentlich dissoziative Symptome im Sinne einer desintegrierten posttraumatischen Verarbeitung, während etwa ein Drittel einen ausgeprägten dissoziativen Subtyp mit Depersonalisation und Derealisation aufweisen. Dennoch leben diese Personen im Alltag nicht dauerhaft in einem traumatisch-dissoziativ veränderten Bewusstseinszustand, sondern bewegen sich je nach Traumageschichte und aktueller Belastung zwischen dissoziativem Erleben und normalem Wachbewusstsein (vgl. Kapfhammer, 2018, o.S.).

Zwischen diesen beiden Polen werden vier phänomenologische Dimensionen beschrieben (vgl. Kapfhammer; 2018; o.S.):

- Erstens kann sich das Zeiterleben verändern, indem Flashbacks die Unterscheidung zwischen Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft aufheben und die Zeit entweder als gedehnt oder beunruhigend beschleunigt erlebt wird.
- Zweitens kann sich die Intentionalität des Bewusstseins verändern, wenn etwa eigene traumabezogene Gedanken oder Erinnerungen als fremde Stimmen erlebt werden und die übliche Subjekt-Objekt-Struktur des Erlebens verloren geht.
- Drittens zeigen sich im Körperbewusstsein Extreme von Depersonalisation (der Körper wirkt fremd und von außen beobachtbar, „out-of-body experiences“) bis hin zu Zuständen eines autonomen Hyperarousal mit quälenden Körpersensationen und Angst vor Kontrollverlust; dazwischen liegen dissoziative Störungen von Motorik und Sensorik,

bei denen Handlungen oder Empfindungen in Körperbereichen der willentlichen Kontrolle entzogen sind.

- Viertens wird die emotionale Regulation durch Spannungen zwischen emotionaler Betäubung und anhaltenden Trauma-bezogenen Affektzuständen wie Angst, Horror, Panik, Scham und Schuld geprägt.

3.1.3 Neurobiologische Mechanismen von Stressverarbeitung und PTBS: Genetische, epigenetische und funktionelle Veränderungen

Es existiert ein komplexes Zusammenspiel genetischer, epigenetischer und neurofunktioneller Faktoren. Genetische Polymorphismen und epigenetische Mechanismen – etwa DNA-Methylierung und Histon Modifikationen – modulieren Genexpression und beeinflussen über Veränderungen der HPA-Achse, verschiedener Neurotransmittersysteme sowie des Immun- und Inflammationssystems sowohl PTBS-Risiko als auch Resilienz.

Auf neurofunktioneller Ebene zeigen bildgebende Studien, dass traumatische Information bereits auf thalamischer Ebene fragmentiert werden kann, wodurch sich das Wahrnehmungsfeld auf stark bedrohungsrelevante Details verengt, während Kontextinformationen und kohärentes Zeiterleben beeinträchtigt sind. In der Amygdala werden hochintensive affektive Reaktionen (z.B. Panik, Horror, Entsetzen) konditioniert, deren Übererregung mit Funktionsstörungen des Hippocampus einhergeht und so die kognitive Kontextualisierung des Traumas sowie den Transfer ins episodische, insbesondere autobiografische Gedächtnis erschwert, was u.a. die schwierige Verbalisierbarkeit traumatischer Erinnerungen erklärt. Unter Extremstress kommt es zusätzlich zu einer Funktionseinbuße präfrontaler kortikaler Systeme, wodurch exekutive Kontrolle, Arbeitsgedächtnis, selbstreflexive Prozesse und die Fähigkeit zur zeitlich eingebetteten Selbstverortung eingeschränkt sind; in Provokationsparadigmen zur Traumawiedererinnerung zeigt sich dies typischerweise in einem Muster aus hyperaktiver Amygdala, hyperaktivem dorsalem anterioren Zingulum (dACC), hyperaktiver Insula und hypoaktiven ventralen Anteilen des präfrontalen Kortex im Modus des autonomen Hyperarousals (vgl. Kapfhammer, 2018, o.S.).

3.2 Akute Belastungsreaktion: Symptome, Verlauf, Schutzfaktoren

Akute Belastungsreaktionen (ABR) gelten noch nicht als psychische Erkrankung, sondern werden als normale Reaktion auf ein belastendes Ereignis klassifiziert. Die Symptome verändern sich mit der Zeit, werden schwächer und verschwinden schließlich ganz. Dauern die Symptome länger als einen Monat an, so können diese in eine PTBS übergehen. Zu den häufigsten Symptomen zählen das Gefühl nicht man selbst zu sein, die Welt von der ferne zu erleben

aber auch Gefühlsschwankungen zwischen Trauer, Wut und einem Gefühl der Gleichgültigkeit. Auch körperliche Reaktionen von Stress oder starker Angst können vorkommen. Nachts sind Alpträume möglich und sich aufdrängende Erinnerungen, auch Flash-Backs genannt, werden wiedererlebt. Oft werden Situationen oder Aktivitäten vermieden, welche Betroffene mit dem Ereignis in Verbindung bringen, was zu einer Abstumpfung der Emotionen oder einer eingeschränkten Empfindungsfähigkeit einhergehen kann. Weitere Symptome sind körperliche Erregung, Schlafstörungen, und erhöhte Reizbarkeit oder auch Schreckhaftigkeit (vgl. Amrhein, 2015, S. 2).

Ist ein Betroffener Teil einer akuten Belastung, so tritt nach wenigen Minuten die akute Belastungsreaktion auf. Diese kann durch Ereignisse wie eine Naturkatastrophe, aber auch einem Unfall oder einer Vergewaltigung stattfinden. Meist klingt eine solche Reaktion nach einigen Stunden oder Tagen ab oder verbleibt nicht länger als einen Monat.

Zu den rasch wechselnden Symptomen zählen unter anderen die Bewusstseinsbeeinträchtigung, die Desorientiertheit, ein Aufmerksamkeitsdefizit, eine peritraumatische Dissoziation des Erlebten, sozialer Rückzug, Sprachloses Entsetzen, Unruhe, Hyperaktivität, Erhöhtes Erregungsniveau, Gereiztheit, körperliche Symptome aber auch teilweise oder vollständige Erinnerungslücken (vgl. Neurologen und Psychiater im Netz, o.J., o.S.).

Durch die Erstversorgung vor Ort und meist in Form einer Krisenintervention, werden die Rettungskräfte aktiv und prüfen eventuelle Komplikationen wie ein Schock- oder Angstzustand oder gar Suizidgefahr und leiten geeignete Maßnahmen ein. Zu den Maßnahmen zählt auch das Auffangen der betroffenen Person seines sozialen Netzwerks. Eine Behandlung erfolgt meist mit einer kognitiven verhaltenstherapeutischen Intervention oder bei starken Erregungszuständen mit kurzzeitigem Einnehmen von Psychopharmaka. In einigen Fällen ging die akute Belastungsreaktion auch in eine posttraumatische Belastungsstörung über (vgl. Neurologen und Psychiater im Netz, o.J., o.S.).

Aspekt	Zusammenfassung
Definition	Vorübergehende, intensive psychische Reaktion auf ein überwältigendes traumatisches Ereignis; Beginn kurz nach dem Ereignis, Dauer < 1 Monat. Wenn Symptome länger anhalten → PTBS-Diagnose.

Aspekt	Zusammenfassung
Häufigkeit	Unbekannt; höheres Risiko bei schweren oder wiederholten Traumata.
Typische Reaktionen	Erhöhte Angst, Wiedererleben (Flashbacks, Träume), Vermeidung, Stimmungstiefs, Dissoziation (z. B. Benommenheit, Derealisation, Amnesie), Übererregbarkeit.
Abgrenzung	Stärkere Belastung als bei Anpassungsstörung, kürzere Dauer als bei PTBS.
Diagnosekriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Direkte oder indirekte Konfrontation mit einem Trauma - Mindestens 9 Symptome über 3 Tage – 1 Monat: - Belastende Erinnerungen oder Träume - Flashbacks - Intensives körperliches/seelisches Leid bei Erinnerung - Unfähigkeit zu positiven Emotionen - Benommenheit, veränderter Realitätssinn - Amnesie für Teile des Ereignisses - Vermeidung von Gedanken oder äußeren Erinnerungsreizen - Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsprobleme, Hypervigilanz, Schreckreaktionen
Diagnostische Abklärung	Ausschluss anderer Ursachen wie Medikamente oder medizinische Erkrankungen.
Folgen der Symptome	Verursachen erhebliche Belastung oder Beeinträchtigung der Alltagsfunktion.
Behandlung / Allgemein	Kombination aus Selbstversorgung, psychotherapeutischer Unterstützung, ggf. kurzzeitiger Medikamentengabe.
Selbstversorgung / Schwerpunkte	1. Persönliche Sicherheit: Schutz vor weiterer Gefahr, ggf. mit Fachhilfe.

Aspekt	Zusammenfassung
	<p>2. Körperliche Gesundheit u. praktische Unterstützung: Ernährung, Schlaf, Bewegung, soziale Hilfe.</p> <p>3. Achtsamkeit: tägliche Routine, Hobbys, soziale Kontakte, Entspannung (z. B. Atmung, Meditation).</p>
Psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> - Aufklärung über normale Stressreaktionen und Genesungsverlauf. - Kognitive Verhaltenstherapie (KVT): Verarbeitung der Erinnerungen in sicherem Rahmen, Korrektur dysfunktionaler Gedanken. - Gespräche über das Erlebte fördern Integration und emotionale Entlastung.
Medikamente	Keine spezifisch wirksamen Mittel gegen die Störung. Kurzzeitig bei Angst, Schlafstörungen, Unruhe möglich. Keine Langzeitanwendung – kann Genesung verzögern.
Prognose	Meist spontane Besserung, sobald Sicherheit und unterstützende Umgebung gegeben sind. Frühe Unterstützung durch nahestehende Personen und Fachkräfte verbessert Verlauf.

Tabelle 1 Akute Belastungsreaktion (vgl. Barnhill, 2025, o.S.)

3.3 Posttraumatische Belastungsstörung

Bei einer Posttraumatischen Belastungsstörung, kurz PTBS, leidet der Betroffene unter langjährigen bis lebenslangen psychosozialen Beeinträchtigungen, die tiefgreifende Begleiterkrankungen mit sich bringt, aufgrund eines traumatischen Ereignisses. Zu den Begleiterkrankungen zählen beispielsweise Alkoholismus, Depressionen, Angst- oder Zwangsstörungen. Teilweise führt diese Belastung sogar zu Suizid (vgl. Jatzko, 2021, S. 4).

PTBS kann durch eine akute Belastungsstörung verursacht werden, da der Schutzmechanismus davor warnt, nicht noch einmal in dieselbe Gefahr zu gelangen. Eine weitere Folge von PTBS kann zu einer Persönlichkeitsveränderung führen, da diese ein tiefer Einschnitt ins Leben ist, welche es zu bewältigen gilt (vgl. Jatzko, 2021, S. 5).

Die posttraumatische Belastungsstörung war in der Vergangenheit nicht immer anerkannt. Bereits im ersten Weltkrieg gab es gravierende Kriegssymptome, die damals als Kriegsneurose oder Kriegszittern bezeichnet wurden, welche als Hysterie abgetan wurde und mit Isolation oder Elektroschocks behandelt wurden.

Im zweiten Weltkrieg hingegen, wurden bereits Psychiater eingesetzt und psychische Auffälligkeiten mussten gemeldet werden. Eingesetzt wurde Medikamente, Psychotherapie und Elektroschocks, um die Symptome zu lindern. Wurden diese nicht besser, führte der weitere Weg sie in Neurotiker-Lazarette, Anstalten oder Konzentrationslager. Erst in den 1970er Jahre wurde die Posttraumatische Belastungsstörung im Zuge des Vietnamkriegs eingeführt (vgl. Jatzko, 2021, S. 7).

Die Vergangenheit zeigt, dass PTBS lange nicht verstanden wurde. Auch im Jahr 1988 beim Ramstein-Unglück konnten bei einem Betroffenen die Symptome nicht richtig zugeordnet werden und deshalb keine Auskunft oder Behandlung geboten werden. Die Folgen eines Traumas werden bis heute bagatellisiert und die langanhaltenden Symptome werden nicht mit Traumata in Verbindung gebracht, was zu Missverständnissen führt (vgl. Jatzko, 2021, S. 8).

Mittlerweile wurde die posttraumatische Belastungsstörung in den ICD-10 aufgenommen und mit einem Ereigniskriterium definiert. Als Beispiel werden Ereignisse aufgeführt, wie beispielsweise Vergewaltigung oder einem bewaffneten Überfall. Zudem findet eine Aufspaltung in verschiedene Symptomgruppen statt (vgl. Eberle, Maercker, 2024, S. 180):

- Erste Symptomgruppe:
Nach dem ICD-11 wird das Wiedererleben in Form von Flash-Backs oder lebendigen intrusiven Erinnerungen genannt. Zum Wiedererleben zählen sowohl Alpträume, die einen Bezug zur traumatischen Situation aufweisen, aber auch das Erleben von Sinnesmodalitäten, die starke Emotionen (Ängste, Entsetzen, ...) und körperliche Empfindungen auslösen.
- Zweite Symptomgruppe:
Die zweite Gruppe vermeidet Erinnerungen oder Aktivitäten, die mit dem Ereignis in Verbindung gebracht werden. Auch das Betäubt sein (engl.: numbing), eine emotionale Abstumpfung, eine Unempfindlichkeit oder eine Anhedonie zählen zu dieser Gruppe, werden aber als depressive Begleitsymptome eingestuft und nicht als Teil der PTBS gesehen.

- Dritte Symptomgruppe:

Betroffene der dritten Gruppe nehmen eine erhöhte Bedrohung wahr, was sich in übermäßigen Schreckreaktionen oder erhöhter Wachsamkeit zeigt. Symptome wie Konzentrations- und Schlafschwierigkeiten oder eine erhöhte Reizbarkeit werden nicht zu den diagnostischen Merkmalen gezählt.

Neu in der Definition der ICD-11 ist die Funktionsbeeinträchtigung in verschiedensten Lebensbereichen und dass die PTBS innerhalb von drei Monaten nach dem Ereignis auftritt. Dabei wird erwähnt, dass es in einzelnen Fällen auch möglich ist, dass die Manifestation von PTBS erst Jahre später auftritt (vgl. Eberle; Maercker, 2024, S. 180).

3.3.1 Neurobiologische Veränderungen bei PTBS

Traumatisierte Personen zeigen einen erniedrigten Spiegel des Stresshormons Cortisol und weisen eine erhöhte Aktivität des hormonellen Stress-Systems auf. Dauerstress und Symptome wie Schlafstörungen, erhöhte Erregung und eine starke Schreckhaftigkeit sind Folgen davon (vgl. Amrhein, 2015, S. 4)

3.3.2 Das Gedächtnis bei PTBS

Wird ein Trauma erlebt, so ist das Gedächtnis abgespalten und somatosensorische Intrusionen sind da. Durch die Abspaltung und die separate Speicherung ist es für Betroffene nur schwer möglich, die Geschichte wiederzugeben. Schuld daran ist das Broca-Zentrum, auch Sprachzentrum, dass es verwehrt, die richtigen Worte dafür zu finden. Durch die erwähnte mangelhafte Vernetzung findet keine Verarbeitung in höheren kognitiven Zentren statt. Die Kontrolle über das Trauma kann erreicht werden, indem die bewusste Wahrnehmung wieder vernetzt ist (vgl. Jatzko, 2021, S. 16).

3.3.3 Lerntheoretische Erklärungen

Mowrer entwickelte ein Zwei-Faktoren-Modell, welches davon ausgeht, dass neutrale Reize und die traumatischen Ereignisse miteinander assoziiert werden. Traumatisierte Menschen versuchen daher Reize und Situationen, die sie an das Ereignis erinnern, zu vermeiden, um ihre Angst zu verringern. Aufgrund von dieser Vermeidung werden sowohl die Symptome des PTBS als auch die Angst länger aufrechterhalten (vgl. Amrhein, 2015, S. 4).

3.3.4 Symptome

Durch ein posttraumatisches Erlebnis können die verschiedensten Symptome auftreten, die im Nachfolgenden erläutert werden:

- Gefühl der Gefahr

Nach einem traumatischen Erlebnis wird das Gefühl einer drohenden Gefahr durch ungewolltes Wiedererleben von Teilen des Ereignisses, eine körperliche Unruhe / Schreckhaftigkeit / erhöhte Wachsamkeit und ein lange anhaltendes Bange-Gefühl erlebt. Dies kann eine direkte Folge des Erlebnisses, aber aufgrund der anderen Wahrnehmung nach einem Ereignis sein. Bestimmte Auslöser und Reize erinnern an die Gefahr und lösen dadurch Reize aus. Sowohl die Rückkehr an einen bestimmten Ort als auch bestimmte Farben oder Gerüche können dabei eine Rolle spielen. Geräusche, Farben und Gerüche werden schwerer als Auslöser wahrgenommen, was das Beherrschen bzw. das Aushalten in solchen Situationen erschwert. Dass sich Betroffene wieder sicher fühlen, ist ein langwieriger Prozess (vgl. Jatzko, 2021, S. 18-19).

- Wiedererleben

Betroffene eines Traumas kommen in Situationen, in denen sie das Gefühl haben, sie müssten alles noch einmal durchleben, indem sie unerwartet Gerüche, Bilder, Geräusche oder gar die körperlichen Symptome oder Gedanken des Erlebnisses wiedererleben. Auch in Träumen mit heftigen Schweißausbrüchen werden sie nachts aus dem Schlaf gerissen, was die Nachtruhe erheblich beeinflusst. Bruchstückhafte Erinnerungen an das Erlebnis wird durch die Speicherung und den Versuch das Erlebte in Erinnerung zu rufen wird anders durchlebt als bei anderen Belastungen. Um die Abhilfe zu schaffen, müssen neue Wege erlernt werden, um die Bewertung der Erinnerung mit dem Einordnen in die Erinnerungen integrieren zu können (vgl. Jatzko, 2021, S. 19).

- Körperliche Erregung

Eine körperliche Reaktion als Folge eines Traumas kann beispielsweise Nervosität, Zittern, Schreckhaftigkeit oder Herzklopfen sein. Durch diese Reaktionen wird der Schlaf der Betroffenen gestört, da sie schlechter einschlafen oder mehrfach erwachen, was die Übermüdung, aber auch Alpträume fördert. Die Folgen sind eine ständige Anspannung, Reizbarkeit, verminderte Belastbarkeit, Furcht vor dem Schlafengehen und eine ständige Alarmbereitschaft des Körpers. Wenn sich traumatisierte Personen an das Ereignis erinnern, wird diese Erregung verstärkt. Damit ihnen weitergeholfen werden kann, muss dem Körper bewusst gemacht werden, dass die Gefahr vorbei ist (vgl. Jatzko, 2021, S. 20).

- Vermeidung

Manche traumatisierten Menschen versuchen, alles zu vermeiden oder zu unterdrücken, was mit dem Erlebnis zu tun hat, da das Gefühl der Gefahr, das Wiedererleben und die körperlichen Reaktionen sehr belastend sind. Andere wiederum versuchen ihre Gefühle und Gedanken durch Suchmittel wie beispielsweise Alkohol zu betäuben. Kurzfristige Belastungen können dadurch verringert werden, langfristig gesehen hilft die Vermeidung nicht bei der Bewältigung und Integration des Traumas. Gedanken und Gefühle zu unterdrücken funktioniert auf Dauer nicht und die Bewusstwerdung des Erlebten Traumas kann zu einem späteren Zeitpunkt erneut ein heftiges Leiden verursachen (vgl. Jatzko, 2021, S. 20-21).

- Gefühlstaubheit / Niedergeschlagenheit

Betroffene Menschen fühlen sich mitunter unwirklich oder losgelöst von ihrer Umgebung, was dazu führt, dass das Gefühl von Entfremdung auslösen kann. Oft geht dieses mit Niedergeschlagenheit, Traurigkeit und Depressionen einher. Hoffnungslosigkeit, Interessenlosigkeit und der Verlust von Freude führen dazu, dass auf soziale Kontakte oder frühere bedeutsame Aktivitäten verzichtet wird (vgl. Jatzko, 2021, S. 21-22).

- Konzentrationsschwierigkeiten

Nach einem traumatischen Ereignis kann es sein, dass Menschen, die an einem Trauma leiden, Schwierigkeiten haben ihre Konzentration zu fokussieren. Dieser Ausdruck einer traumatischen Netzwerkstörung der Nervenleitungen im Gehirn sind eine Folge des Traumas und der Anstrengung, die Erinnerung an das Erlebte ständig aus dem Kopf zu drängen. Durch die Integration des Traumas kann die Konzentrationsfähigkeit wieder erlangt werden (vgl. Jatzko, 2021, S. 22).

- Kontrollverlust

Durch das Gefühl nichts tun zu können, um das traumatische Erlebnis zu verhindern, haben Betroffene das Gefühl die Kontrolle über ihre Gefühle, ihren Körper, ihre körperliche Sicherheit und ihr Leben verloren zu haben, was im Gehirn als dauerhafte Warnung gespeichert wird. Auch Gedanken und Gefühle kommen ohne jegliche Kontrolle vor, was den Kontrollverlust verstärkt. Durch Unterdrückung treten diese Empfindungen überraschend und heftig auf (vgl. Jatzko, 2021, S. 22).

- Schuld- und Schamgefühl

Einige Zeit nach dem Erlebnis, machen sich Betroffene Gedanken über die Abläufe des Moments und wie sie diese beeinflussen oder gar verhindern hätten können. Die eigenen Reaktionen erscheinen dann unverständlich und fremd. Diese Schuld- oder Schamgefühle führen in weiterer Folge zu einem Gefühl der persönlichen Schwäche oder Unzulänglichkeit, dass sie dieses traumatische Ereignis noch nicht überwunden

haben. Bekundungen aus dem sozialen Umfeld wie „Reiß dich mal zusammen“ oder „Vergiss doch endlich was passiert ist“ verstärken diese Selbstvorwürfe, die wiederum das Auseinandersetzen mit dem Erlebnis hemmt (vgl. Jatzko, 2021, S. 22-23).

- Ärger

Der Ärger bezieht sich auf die Schuldfrage des traumatischen Ereignisses, kann aber auch durch Personen ausgelöst werden, die nichts damit zu tun haben. Wutausbrüche den Menschen gegenüber, die einem viel bedeuten, können daher kommen, dass der Zustand hoher Erregung nach einem traumatischen Erlebnis anhält und man nicht mehr so belastbar oder gelassen reagieren kann wie zuvor.

Gefühle von Abhängigkeit, Verletzlichkeit und Hilflosigkeit kommen oft nur bei nahestehenden Personen vor, hinzu kommt das Gefühl missverstanden zu werden. Teilweise wird auch die Fairness in Frage gestellt, wieso man selbst so etwas erleiden muss und andere besser davonkommen. Dieser Ärger ist eine normale Reaktion, die durch Zeit und Hilfe auch wieder zurückgehen kann (vgl. Jatzko, 2021, S. 23-24).

- Selbstbild

Selbstkritik und Selbstzweifel sind die Gefühle, die von Traumatisierten oft wahrgenommen werden, da traumatische Ereignisse zu einer negativen Veränderung des Selbstbildes führen können. Diese Wahrnehmungen müssen in einem Gespräch geklärt werden, damit sich diese Einstellung weiter verändern kann (vgl. Jatzko, 2021, S. 24).

- Misstrauen

Ein Misstrauen gegenüber den Menschen oder der Welt ist eine Reaktion auf das Gefühl der Gefahr und der Unsicherheit. Der ständige Drang aufzupassen, die Kontrolle zu behalten und zu beherrschen bleibt bestehen. Auch hierbei sind vertrauensvolle Gespräche wichtig, um das Vertrauen wieder zu erlangen (vgl. Jatzko, 2021, S. 24).

- Erinnerung an die Vergangenheit

Durch das Trauma können ähnlich erlebte Geschehnisse, Eindrücke, Empfindungen oder Bedeutungen der Situation, welche schon verarbeitet schienen, hervorgerufen werden. Das neu Erlebte wird vom Gehirn reproduziert, um wieder erlebt zu werden (vgl. Jatzko, 2021, S. 24-25).

3.3.5 Komorbide psychiatrische Störungen

Männer, die unter einer PTBS leiden, haben ein höheres Risiko an einer Alkohol- oder Drogenabhängigkeit bzw. -missbrauch, einer Verhaltensstörung, einer Major Depression zu erkranken. Frauen hingegen entwickeln meist Major Depressionen, spezifische Phobien, sozia-

len Phobien und Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit. Langfristige Verläufe der PTBS bringen demnach zusätzliche gesundheitliche Nachteile mit sich. Es zeigen sich große Einbußen in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die psychosoziale Integration.

Als besonders besorgniserregend muss das signifikant erhöhte Suizidrisiko, die zahlreichen Somatisierungssyndrome und die erhöhte somatische Morbidität beachtet werden (vgl. Kapfhammer, 2018, o.S.).

3.4 Weitere Traumafolgestörungen

3.4.1 Komplexe PTBS

Unter einer komplexen PTBS versteht man einen Symptomenkomplex, bei der die Symptome einer PTBS gleichzeitig erfüllt sind. Zu diesen zählen eine effektive Dysregulation des chronischen und selbstdestruktiven Verhaltens, aber auch dissoziative und somatoforme Symptome wie beispielsweise veränderte Selbstkonzepte oder Beziehungsstile. Häufig sind dies folgen eines schwerwiegenden Traumas in den frühen Entwicklungsjahren (vgl. Kapfhammer, 2018, o.S.).

Die KPTBS wird als neue ICD-11-Diagnose anerkannt und wird von klinischen Beobachtungen und Forschungsergebnissen belegt. Die Symptome gehen weit über die klassischen Merkmale einer PTBS hinaus und wird durch wiederholte bzw. anhaltende traumatische Erlebnisse ausgelöst. Dazu zählen beispielsweise Völkermord, Sklaverei oder wiederholter sexueller Missbrauch. Liegen Symptome von PTBS vor und hinzu kommt eine Störung der Selbstorganisation, wird die KPTBS erkannt. Auch hier existieren drei Symptomgruppen (vgl. Eberle; Marcker, 2024, S. 180 f.):

- Erste Symptomgruppe:
Emotionsregulationsprobleme, die die Abstufung und Kontrolle der Gefühlsausdrücke beeinträchtigt zählen zu der ersten Gruppierung.
- Zweite Symptomgruppe:
Selbstkonzeptveränderungen prägen die zweite Gruppierung, wobei diese sich durch eine selbsttherabsetzende Lebenseinstellung, Schuld- oder Schamgefühle bemerkbar macht. Die Überzeugung ein beschädigtes Leben zu führen oder etwas falsch gemacht zu haben, sind allgegenwärtig.
- Dritte Symptomgruppe:
Die dritte Gruppierung ist durch zwischenmenschliche Schwierigkeiten, wie häufige Streitereien oder einer Anfälligkeit für überspannte Ansichten, geprägt. Das Vertrauen

in andere Menschen fällt schwer und eine erhöhte Neigung zu Dissoziationen ist bemerkbar.

Durch das Erleben einer solchen Situation finden oft andauernde Persönlichkeitsänderungen statt, die eine feindselige oder misstrauische Haltung zugrunde haben. Die Folgen davon sind der soziale Rückzug, die Hoffnungslosigkeit, das Gefühl der Leere und chronische Gefühle wie Nervosität oder Entfremdung. Hält dieser Zustand länger als zwei Jahre stand, so kann eine Diagnose gestellt werden (vgl. Eberle; Maercker, 2024, S. 181).

3.4.2 Anhaltende Trauerstörung

Eine anhaltende Trauerstörung zieht sich über mehrere Monate hinaus und geht weit über die soziale und kulturelle Norm nach dem Tod einer geliebten Person (vgl. Kapfhammer, 2018, o.S.).

In der ICD-11 gilt die anhaltende Trauerstörung als neu eingeführt und ist durch ein klar definiertes Kriterium deklariert. Dabei handelt es sich um den Tod einer nahestehenden Person, nach der ein starkes Verlangen oder eine starke Sehnsucht besteht. Auch eine starke gedankliche Beschäftigung oder dem Verlustereignis zählt dazu. Die starke emotionale Belastung in Form von Traurigkeit, Schuldgefühlen, Wut, Verleugnung, Schuldzuweisungen, Schwierigkeiten den Tod zu akzeptieren, Hemmungen positiv weiterzuleben und die Schwierigkeit an sozialen Aktivitäten und die Gefühllosigkeit tritt auf.

Erst nach sechs Monaten nach dem Verlust kann laut ICD-11 die anhaltende Trauerstörung diagnostiziert werden. Ja nach Kultur, kann diese Zeit jedoch variieren, weshalb die kulturellen, sozialen und religiösen Normen berücksichtigt werden müssen. Durch die Aufnahme in den ICD-11 kann das Zustandsbild Betroffener spezifischer abgebildet und eine maßgeschneiderte Behandlungsindikation gefunden werden (vgl. Eberle; Maercker, 2024, S. 181).

3.4.3 Anpassungsstörung

Personen mit Anpassungsstörungen leiden ähnlich wie bei der PTBS unter einer Intrusion, zeigen aber auch Anzeichen von Vermeidung. Diese beiden Symptome sind dabei wesentlich stärker ausgeprägt (vgl. Kapfhammer, 2018, o.S.).

Nach dem ICD-11 wird die Anpassungsstörung durch ein Ereignis ausgelöst, welches eine Belastung darstellt. Dazu zählt jedes Ereignis, welches eine Anpassungsstörung mit sich bringen kann und die individuelle Wahrnehmung bzw. die Verarbeitung betrifft. Ereignisse, die für

dieses Bild typisch sein können, sind der ungewollte Verlust eines Arbeitsplatzes, eine partnerschaftliche Trennung oder eine schwere Krankheit.

Symptomatisch ist die Anpassungsstörung durch ein gedankliches Verhaftet sein mit dem Ereignis oder den Implikationen, aber auch mit Anpassungsschwierigkeiten gekennzeichnet. Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafprobleme oder sich nicht erholen können sind typische Anzeichen. Eine solche Anpassungsstörung kann nur bis zu sechs Monate nach dem Ereignis festgestellt werden. Bei langjährigen Krankheiten kann auch ein anhaltender Charakter beobachtet werden, weshalb es in diesem Fall die Frist überschreiten kann (vgl. Eberle; Maercker, 2024, S. 181).

Aspekt	Zusammenfassung
Definition	Emotionale und/oder verhaltensbezogene Symptome als Reaktion auf einen erkennbaren Stressauslöser.
Häufigkeit	Häufig – etwa 5–20 % der ambulanten psychiatrischen Patienten.
Mögliche Stressauslöser	<ul style="list-style-type: none"> - Einzelereignis (z. B. Jobverlust) - Mehrere Ereignisse (z. B. finanzielle + Beziehungsprobleme) - Dauerhafte Belastungen (z. B. Pflege eines Angehörigen) - Auch positive Lebensveränderungen (z. B. Elternschaft) - Tod einer nahestehenden Person – Abgrenzung zur normalen Trauer erforderlich
Beginn und Dauer	Symptome beginnen innerhalb von 3 Monaten nach dem Stressor und enden spätestens 6 Monate nach dessen Wegfall.
Typische Symptome	<ul style="list-style-type: none"> - Depressive Stimmung, Angst, Fehlverhalten (v. a. bei Jugendlichen) - Häufig gemischte Symptomformen - Erhöhtes Risiko für Suizidgedanken oder -versuch
Diagnosekriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Nachweisbarer Zusammenhang zwischen Stressor und Symptomen - Symptome beginnen spätestens 3 Monate nach dem Ereignis

Aspekt	Zusammenfassung
	<ul style="list-style-type: none"> - Deutliche Belastung oder Beeinträchtigung sozialer/beruflicher Funktion - Nicht erklärbar durch andere psychische Störung (z. B. PTBS, Depression)
Komorbiditäten	Häufig bei OCD (Zwangsstörung), Persönlichkeitsstörung, bipolarer Störung.
Behandlung – Allgemein	Kombination aus Selbstversorgung, Psychotherapie, ggf. Medikamente (symptomorientiert).
Selbstversorgung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persönliche Sicherheit sichern (z. B. Schutz vor Gewalt, Stabilität im Alltag) 2. Körperliche Gesundheit fördern (gute Ernährung, Bewegung, Schlaf, Konsumverzicht) 3. Achtsamkeit und Alltagsroutinen beibehalten; soziale Kontakte fördern; erfüllende Aktivitäten und Medienkarenz (z. B. weniger Nachrichten).
Psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> - Wirksamkeit begrenzt belegt, dennoch hilfreich. - Formen: Kurzpsychotherapie, kognitive Verhaltenstherapie, unterstützende Gesprächstherapie, Einzel- oder Gruppentherapie. - Ziel: Verarbeitung des Stressors, Förderung der Selbstwirksamkeit, Bewältigung spezifischer Probleme (z. B. Trauer, Rollenwandel).
Medikamente	<ul style="list-style-type: none"> - Evidenz begrenzt. - Symptombehandlung bei Angst oder Depression mittels SSRI möglich. - Kurzfristige Medikation bei Schlafstörungen oder Belastungssymptomen.

Aspekt	Zusammenfassung
Prognose	Meist gute Erholung mit Zeit, sozialer Unterstützung, stabiler Umgebung und Selbstfürsorge. Dauerhafte Symptome müssen auf andere Störungen überprüft werden.

Tabelle 2 Anpassungsstörungen (vgl. Barnhill, 2025, o.S.)

3.4.4 Akute Belastungsstörung ABS

Bereits in den ersten vier Wochen nach einem Trauma kann das diagnostische Konzept einer akuten Belastungsstörung erfasst werden, welches ein schwerwiegendes Stresssyndrom darstellt. Dabei sollen sowohl akute dissoziative Symptome als auch ein erhöhtes PTBS-Risiko feststellbar sein und die Risikogruppen reliabel beschreibbar machen (Kapfhammer, 2018, o.S.).

Die akute Stressreaktion zählt laut dem ICD-11 auch zu einer akuten Belastungsreaktion. Zu akuten Stressreaktionen zählen intensive, emotionale, kognitive und behaviorale Reaktionen als Folge eines Traumas. Aufgrund der extremen Schwere des Stressors werden diese als normative Belastungsreaktionen konzipiert (vgl. Kapfhammer, 2018, o.S.).

3.4.5 Angststörungen

Eine Angststörung ist eine pathologische Form von Angst, die über die normale Schutzreaktion hinausgeht. Sie tritt unangemessen (z. B. ohne reale Gefahr), zu häufig oder übermäßig intensiv und langanhaltend auf und beeinträchtigt die alltäglichen Aktivitäten erheblich. Neben körperlichen Symptomen wie Kurzatmigkeit, Schwindel oder Herzrasen, treten auch Verhaltensänderungen auf. Dazu zählt das Vermeiden von Situationen oder Orten, die diese Angst auslösen.

Zudem gilt es, die Funktionsbeeinträchtigung zu erwähnen, welche zu einem Leidensdruck und sozialem Rückzug führt. In manchen Fällen werden auch Suizidgedanken begünstigt. Normale Angst ist adaptiv – sie bereitet auf Bedrohungen vor (z. B. Flucht vor Gefahr) und verbessert bis zu einem Punkt die Leistung. Pathologische Angst wird maladaptiv, verursacht Fehlverhalten und hält oft jahrelang an (vgl. Barnhill, 2025, 0.S.).

Aspekt	Zusammenfassung
Definition	Emotionale und/oder verhaltensbezogene Symptome als Reaktion auf einen erkennbaren Stressauslöser.
Häufigkeit	Häufig – etwa 5–20 % der ambulanten psychiatrischen Patienten
Mögliche Stressauslöser	<ul style="list-style-type: none"> - Einzelereignis (z. B. Jobverlust) - Mehrere Ereignisse (z. B. finanzielle + Beziehungsprobleme) - Dauerhafte Belastungen (z. B. Pflege eines Angehörigen) - Auch positive Lebensveränderungen (z. B. Elternschaft) - Tod einer nahestehenden Person – Abgrenzung zur normalen Trauer erforderlich
Beginn und Dauer	Symptome beginnen innerhalb von 3 Monaten nach dem Stressor und enden spätestens 6 Monate nach dessen Wegfall.
Typische Symptome	<ul style="list-style-type: none"> - Depressive Stimmung, Angst, Fehlverhalten (v. a. bei Jugendlichen) - Häufig gemischte Symptomformen - Erhöhtes Risiko für Suizidgedanken oder -versuch
Diagnosekriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Nachweisbarer Zusammenhang zwischen Stressor und Symptomen - Symptome beginnen spätestens 3 Monate nach dem Ereignis - Deutliche Belastung oder Beeinträchtigung sozialer/beruflicher Funktion - Nicht erklärbar durch andere psychische Störung (z. B. PTBS, Depression)
Komorbiditäten	Häufig bei OCD (Zwangsstörung), Persönlichkeitsstörung, bipolarer Störung.
Behandlung – Allgemein	Kombination aus Selbstversorgung, Psychotherapie, ggf. Medikamente (symptomorientiert).

Aspekt	Zusammenfassung
Selbstversorgung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persönliche Sicherheit sichern (z. B. Schutz vor Gewalt, Stabilität im Alltag) 2. Körperliche Gesundheit fördern (gute Ernährung, Bewegung, Schlaf, Konsumverzicht) 3. Achtsamkeit und Alltagsroutinen beibehalten; soziale Kontakte fördern; erfüllende Aktivitäten und Medienkarenz (z. B. weniger Nachrichten).
Psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> - Wirksamkeit begrenzt belegt, dennoch hilfreich. - Formen: Kurzpsychotherapie, kognitive Verhaltenstherapie, unterstützende Gesprächstherapie, Einzel- oder Gruppentherapie. - Ziel: Verarbeitung des Stressors, Förderung der Selbstwirksamkeit, Bewältigung spezifischer Probleme (z. B. Trauer, Rollenwandel).
Medikamente	<ul style="list-style-type: none"> - Evidenz begrenzt. - Symptombehandlung bei Angst oder Depression mittels SSRI möglich. - Kurzfristige Medikation bei Schlafstörungen oder Belastungssymptomen.
Prognose	Meist gute Erholung mit Zeit, sozialer Unterstützung, stabiler Umgebung und Selbstfürsorge. Dauerhafte Symptome müssen auf andere Störungen überprüft werden.

Tabelle 3 Angststörungen (vgl. Barnhill, 2025, o.S.)

4. Gruppenangebote (N.H.)

4.1 Grundlagen der Gruppenpsychologie in Krisenkontexten

In der psychologischen Betrachtung von Krisensituationen spielen Gruppenprozesse eine grundlegende Rolle, da jeder Mensch über ein angeborenes Bedürfnis nach Zugehörigkeit („need to belong“) verfügt, das insbesondere unter Bedrohungen Schutz bietet und die Überlebenschancen erhöht (vgl. Nijstad & Van Knippenberg, 2018, S. 412). Eine Gruppe entsteht dabei subjektiv bereits dann, wenn zwei oder mehr Personen sich als eine Einheit wahrnehmen. In Krisenkontexten entwickeln sich häufig Gruppen, die durch ein geteiltes Schicksal hohe Entitativität – also das Erleben von Verbundenheit und Geschlossenheit – aufweisen (vgl. Nijstad & Van Knippenberg, 2018, S. 411).

Um zu verstehen, warum sich Betroffene in Krisen Gruppen anschließen, lassen sich drei sozialpsychologische Erklärungsansätze heranziehen: die soziologische, die kognitive und die instrumentelle. Gemeinsam verdeutlichen sie, warum Gruppen gerade in unsicheren Situationen eine besondere Bedeutung erhalten.

Aus soziobiologischer Sicht erfüllt Gruppenbildung eine klare Schutzfunktion. Der Zusammenschluss mit anderen erhöht die Überlebenschancen, da Gefahren, Feinde oder Bedrohungen gemeinsam effektiver bewältigt werden können. Kooperation und gegenseitige Unterstützung boten schon in der frühen Menschheitsgeschichte entscheidende Vorteile (vgl. Nijstad & Van Knippenberg, 2018, S. 412).

Die kognitive Perspektive verdeutlicht, dass Gruppen in Situationen der Unsicherheit, Orientierung und Sinn geben. Wenn die äußere Realität unklar wird, orientieren sich Menschen an einer sozialen Realität innerhalb der Gruppe, etwa durch sozialen Vergleich (vgl. Nijstad & Van Knippenberg, 2018, S. 413). Die Zugehörigkeit ermöglicht es, Unsicherheiten zu reduzieren und das Erlebte in einen Bedeutungszusammenhang einzuordnen.

Aus instrumenteller Perspektive dienen Gruppen als Rahmen für Austauschprozesse. Sie ermöglichen den Zugang zu materieller Unterstützung zwischenmenschlicher Hilfe oder psychologischen Ressourcen, wie Anerkennung oder Zuneigung (vgl. Jatzko, 2021, S. 1). Menschen bleiben in einer Gruppe typischerweise so lange, wie der Nutzen der Mitgliedschaft ihre Kosten übersteigt (vgl. Nijstad & Van Knippenberg, 2018, S. 413).

Neben den sozialpsychologischen Erklärungsansätzen liefert die neurobiologische Perspektive eine weitere Grundlage für das Verständnis gruppenbasierter Krisenbewältigung. Neurobiologisch betrachtet ist diese Form der Gemeinschaftsarbeit essenziell, da ein Trauma die normale Reizverarbeitung im Gehirn blockiert und Hirnareale wie das Sprachzentrum (Broca-Areale) während eines Flashbacks inaktiv werden können (vgl. Jatzko, 2021, S. 15-16). Die

Gruppe ermöglicht es, diese „Abspaltung“ der Erfahrung langsam aufzuheben und die Erlebnisse in die eigene Biografie zu integrieren (vgl. Jatzko, 2021, S. 32-33). Dabei durchlaufen Gruppen oft verschiedene Stadien der Entwicklung – von der ersten Unsicherheit (Forming) über mögliche Konflikte und Schuldzuweisungen (Storming) bis hin zur Etablierung von festen Strukturen und Normen - die ein gemeinsames Leisten und Gedenken ermöglichen (vgl. Nijstad & Van Knippenberg, 2018, S. 427-428).

In der praktischen Krisennachsorge, wie sie beispielsweise nach Katastrophen wie dem Unglück von Rammstein praktiziert wird, ist das aktive Zugehen auf Betroffene entscheidend, da sich diese oft in einem Zustand der Lähmung oder des Schocks befinden (vgl. Jatzko, 2020, S. 2). Die Gruppe dient hier als geschützter Raum, um das durch ein Trauma zerstörte Vertrauen in die Sicherheit der Welt durch zwischenmenschliche Wertschätzung und emotionaler Resonanz wiederaufzubauen (vgl. Jatzko, 2020, S. 1). Prozesse innerhalb von Gruppen erleichtern die Integration fragmentierter Erinnerungen und wirken so Flashbacks entgegen.

4.2 Resilienz: Definition, Schutzfaktoren, Mechanismen nach Katastrophen

Resilienz beschreibt die psychische Widerstandsfähigkeit eines Menschen gegenüber belastenden Lebensumständen oder schweren Krisen (vgl. Henninger, 2016, S. 158). Sie wird häufig als „seelische Elastizität“ beschrieben, also als Fähigkeit, nach belastenden Ereignissen das innere Gleichgewicht wiederzufinden oder trotz anhaltender Belastungen gesund zu bleiben (vgl. Fingerle, 2010, S. 136).

Um wissenschaftlich von Resilienz sprechen zu können, müssen zwei Bedingungen erfüllt sein. Zum einen muss eine objektiv belastende Situation, wie zum Beispiel ein Großschadensereignis, vorliegen. Zum anderen muss diese Situation erfolgreich bewältigt werden. Resilienz steht damit im Gegensatz zur Vulnerabilität („Verletzlichkeit“), bei den Betroffenen eher psychische Probleme entwickeln (vgl. Henninger, 2016, S. 158-159).

Aktuelle Forschung versteht Resilienz nicht mehr als stabile Persönlichkeitseigenschaft, sondern als veränderbaren Prozess, der je nach Situation unterschiedlich ausgeprägt sein kann (vgl. Henninger, 2016, S. 159). Zudem ist Resilienz nicht ausschließlich angeboren, sondern kann durch Erziehung, Bildung und stabile soziale Beziehungen erlernt und gestärkt werden. Häufig entwickelt sie sich dadurch, dass Menschen kleinere Risiken bewältigen und aus ihnen lernen (vgl. Henninger, 2016, S. 161). Das Konzept lässt sich darüber hinaus nicht nur auf Individuen, sondern auch auf soziale Systeme übertragen: Familien, Freundeskreise oder Trauergruppen können als resilient gelten, wenn sie Krisen gemeinsam erfolgreich bewältigen (vgl. Fingerle, 2010, S. 135).

- Schutzfaktoren

Für das Verständnis von Resilienz sind sogenannte Schutz- oder protektive Faktoren zentral. Sie reduzieren das Risiko negativer Folgen belastender Ereignisse, indem sie wie ein Puffer zwischen Risikofaktor und möglicher Störung wirken. Diese Ressourcen lassen sich in personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren gliedern (vgl. Fingerle, 2010, S. 137).

- Personale Ressourcen

Die personalen Ressourcen sind Merkmale, die direkt in der Person selbst liegen. Dazu zählen einerseits kognitive Fähigkeiten, wie Intelligenz und Problemlösekompetenzen, andererseits aber auch bestimmte Persönlichkeitsmerkmale. Resiliente Menschen sind oft kontaktfreudig, emotional stabil und zeichnen sich durch ein hohes Maß an Selbstwirksamkeit aus – also die Überzeugung, Schwierigkeiten aus eigener Kraft bewältigen zu können. Eine optimistische Lebenseinstellung und ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl, welches die Welt als verstehbar und sinnvoll erscheinen lässt, verstärken diese innere Widerstandsfähigkeit zusätzlich (vgl. Henninger, 2016, S. 159).

- Familiäre Ressourcen

Auch das familiäre Umfeld spielt eine wesentliche Rolle. Eine emotional sichere Bindung, ein wertschätzender Umgang und verlässliche Erziehungsstrukturen bilden die Grundlage für eine gesunde Entwicklung (vgl. Masten, 2001, S. 227 f.). Hinzu kommen strukturelle Aspekte, wie eine geringe Geschwisterzahl oder ein höherer Bildungsgrad der Eltern, die die Belastungswirkung schwieriger Lebensumstände abschwächen können (vgl. Henninger, 2016, S. 159).

- Soziale Ressourcen

Zusätzlich zu den individuellen und familiären Bedingungen tragen auch soziale Netzwerke außerhalb des unmittelbaren Umfelds zur Resilienz bei. Ein stabiler Freundeskreis und unterstützende Bezugspersonen, etwa Lehrkräfte oder Mentoren, bieten Orientierung und Halt (vgl. Henninger, 2016, S. 160). Darüber hinaus können Religiosität und Spiritualität helfen, Verluste einzuordnen und Akzeptanz zu finden. Auch ein wertschätzendes Arbeitsklima oder die Möglichkeit, berufliche Entscheidungen selbstbestimmt zu treffen, wirken als wichtige Schutzfaktoren (vgl. Henninger, 2016, S. 161 f.).

4.3 Posttraumatisches Wachstum: Konzepte, Dimensionen

Neben der Resilienz als Bewältigungsmechanismus existiert ein weiteres Phänomen der Krisenbewältigung: das posttraumatische Wachstum (PTW). Dieses Konzept beschreibt eine Form der positiven Veränderung nach extrem belastenden Ereignissen. Während Resilienz die Rückkehr zu psychischer Stabilität beschreibt, geht Posttraumatisches Wachstum darüber

hinaus: Betroffene erleben eine Weiterentwicklung ihrer persönlichen Ressourcen und berichten von einer tiefgreifenden Reifung (vgl. Mangelsdorf, 2020, S. 23). Dieses Wachstum entsteht jedoch nicht durch das Trauma selbst, sondern durch die intensive Auseinandersetzung mit dessen Folgen (vgl. Tedeschi und Calhoun, 2004, S. 1). Zentrale theoretische Grundlage bei diesem Konzept ist dabei die Erschütterung grundlegender Überzeugungen („core belief disruption“). Ähnlich wie ein Erdbeben ein Stadtbild zerstört und damit Platz für eine Neugestaltung schafft, muss eine traumatische Erfahrung das bisherige Weltbild so massiv erschüttern, dass ein Neuaufbau des psychischen Systems notwendig wird.

4.3.1 Die fünf Dimensionen des Wachstums

Die positiven Veränderungen, die Betroffene nach der Bewältigung einer Krise erfahren, lassen sich fünf spezifischen Dimensionen zuordnen, die auch als Säulen des „Posttraumatic Growth Inventory“ (PTGI) genannt werden (vgl. Tedeschi & Calhoun, 1996, S. 455 f.).

- Größere Wertschätzung des Lebens
Viele Betroffene erleben eine tiefgreifende Veränderung ihrer Sichtweise auf das Dasein. Dies äußert sich in einer gesteigerten Dankbarkeit und einer bewussten Aufmerksamkeit für positive Aspekte des Lebens, die zuvor oft als selbstverständlich wahrgenommen wurden.
- Tiefere soziale Beziehungen
Diese Dimension umfasst die Fähigkeit, intensivere Verbindungen zu Mitmenschen aufzubauen. Häufig entwickelt sich eine größere Empathie für andere. Zudem gewinnen Beziehungen an Echtheit, da „Fassaden“ abgebaut werden und die Bindungsqualität zunimmt.
- Mehr persönliche Stärke
Das Überwinden von Krisen führt oft zu einem Gefühl der Selbstverständlichkeit. Die Betroffenen entwickeln eine höhere Selbstwirksamkeit und sind überzeugt, auch zukünftige Krisen meistern zu können. Das Erlebte wird so als bedeutsamer Reifeschritt in die eigene Lebensgeschichte integriert.
- Neue Prioritäten und Möglichkeiten
Da traumatische Erlebnisse das bisherige Weltbild erschüttern, ist oft ein „Neuaufbau“ der Lebensziele notwendig. Dies führt dazu, dass Menschen sich neuen Lebenswegen öffnen und bisherige Denk- und Verhaltensmuster zugunsten neuer Prioritäten setzen.

- Spirituelle Wandlung

Diese Dimension beschreibt die Suche nach einem tieferen Sinn. Es kann zu einer Neudefinition des Glaubenssystems kommen, bei der Betroffene versuchen, das Geschehen in einen größeren Kontext einzuordnen und so ihren persönlichen Lebenssinn klar zu definieren (vgl. Jatzko, 2021, S. 37).

Der Prozess des Posttraumatischen Wachstums ist langfristig angelegt und zeigt oft erst mit einem zeitlichen Abstand von durchschnittlich eineinhalb Jahren seine Wirkung. Unterstützt wird die Entwicklung durch soziale Netzwerke und die Fähigkeit, dem Erlebten einen Sinn beizumessen (vgl. Mangelsdorf, 2020, S. 28).

Gleichzeitig weist die Forschung auf das „Janusgesicht“ des Phänomens hin: PTW kann Ausdruck echter psychischer Reifung sein, aber auch als „positive Illusion“ dienen, um das Leiden erträglicher zu machen. Aus diesem Grund darf kein gesellschaftlicher Erwartungsdruck entstehen, dass nach jeder Krise zwingend Wachstum erfolgen muss (vgl. Mangelsdorf, 2020, S. 31).

Dennoch zeigen Studien, dass bis zu 90% der Betroffenen zumindest in einem der fünf Dimensionen Anzeichen für eine solche Entwicklung zeigen. (vgl. Jatzko, 2021, S. 36). Am Ende eines erfolgreichen Prozesses steht dabei die Integration der Erfahrung als bedeutsamer Reifeschritt in die eigene Lebensgeschichte.

4.4 Empirische Befunde zu Gruppenangeboten:

In der Nachsorge nach Großschadensereignissen leisten Gruppenangebote einen wesentlichen Beitrag zur Unterstützung der Betroffenen. Je nach Ausrichtung setzen sie unterschiedliche Schwerpunkte und übernehmen spezifische Aufgaben im Prozess der Verarbeitung. Der nachfolgende Abschnitt gibt Überblick über vier Formen solcher Gruppenangebote.

4.4.1 Psychoedukative Gruppen

Im Bereich der Katastrophennachsorge und nach Großschadensereignissen stellen psychoedukative Ansätze eine systematische Form der Unterstützung dar. Der Begriff „Psychoedukation“ kombiniert hierbei psychologische Aufklärung mit gezielter Wissensvermittlung (vgl. Mühlig & Jacobi, 2020, S. 558). Anders als im klinischen Alltag, wo häufig Krankheitsbilder wie Schizophrenie im Fokus stehen, dient sie nach Großschadensereignissen vor allem dazu, Überlebende und Hinterbliebene über typische Reaktionen auf extreme Ereignisse zu informieren. Sie ist keine Therapieform, sondern ein Bestandteil umfassender Nachsorge, der Autonomie und Lebensqualität stärken soll (vgl. Bäuml & Pritsch-Walz, 2008, S. 3).

Ein zentrales Prinzip ist das das Verständnis der Betroffenen als „Experte in eigener Sache“. Im Sinne des „Patient Shared Decision Making“ erhalten sie alle relevanten Informationen, um ihren individuellen Stabilisierungsprozess aktiv mitzugestalten (vgl. Bäuml & Pritsch-Walz, 2008, S. 7).

Zur Umsetzung werden interaktive Gruppenformate genutzt, die fachliche Inhalte mit dem Erfahrungsaustausch verbinden. Eine klar strukturierte Sitzung ist wichtig, da sie Orientierung bietet und der inneren Desorganisation, die nach belastenden Ereignissen häufig auftritt, entgegenwirkt. Dafür gibt es unterschiedliche methodische Bausteine:

- Phasenmodell
Das Modell beschreibt eine strukturierte Abfolge, mit der diese Art von Gruppe aufgebaut ist. Sie thematisieren typische Belastungsreaktionen, Störungsmodelle und vermitteln Selbstmanagementstrategien. Diese Abfolge hilft dabei Schritt für Schritt Orientierung, Wissen und Bewältigungsstrategien zu vermitteln und Überforderung zu vermeiden (vgl. Mühlig & Jacobi, 2020, S. 558).
- Interaktive Vermittlung
Kurze thematische Inputs werden durch Gruppendiskussionen oder Rollenspielen ergänzt. Ziel dieser Methode ist es, dass Wissen lebendiger zu gestalten.
- Mediale Unterstützung
Materialien, wie Broschüren, sichern die Verfügbarkeit der Inhalte über die Sitzung hinaus (vgl. Mühlig & Jacobi, 2020, S. 559).

Die Ziele richten sich sowohl an Überlebende als auch an Hinterbliebene. Für Überlebende steht die Aufklärung über Stressreaktionen, etwa Schlafstörungen oder erhöhte Wachsamkeit, im Vordergrund. Dies dient der Entpathologisierung und stärkt das Gefühl der Selbstwirksamkeit, was langfristig psychische Belastung reduziert (vgl. Bäuml & Pritsch-Walz, 2008, S. 4). Hinterbliebene erfahren emotionale Entlastung, da sie ihr Verständnis für die Reaktion der Überlebenden erweitern. Dies führt zu einer besseren Kommunikation und unterstützt die gemeinsame Krisenbewältigung (vgl. Bäuml & Pritsch-Walz, 2008, S. 4).

4.4.2 Trauergruppen

In der Katastrophennachsorge nehmen Trauergruppen eine zentrale Stellung ein. Betroffene bezeichnen diese Art der Gemeinschaft häufig als „Schicksalsgemeinschaft“, da sie einen geschützten Raum bietet, in dem Überlebende und Hinterbliebene Erfahrungen teilen und emotionale Resonanz erfahren können (vgl. Jatzko, 2020, S. 1). Dieses „Sehen und Gesehenwerden“ wirkt für die Betroffenen motivierend und hilft, sozialer Isolation entgegenzuwirken, die oft

nach einer schweren Krise oder einem einschneidenden Ereignis entsteht (vgl. Jatzko, 2020, S. 1).

Die Gruppen erfüllen mehrere psychologische und soziale Funktionen. Neben dem reinen Informationsaustausch und organisatorischer Orientierung ist besonders die Validierung von Gefühlen bedeutsam. Emotionen wie Schuld, Wut oder Scham werden als normale Reaktionen angesehen, was einer Pathologisierung entgegenwirkt.

Ein besonderer therapeutischer Mechanismus ist das sogenannte „Spurenlesen“. Hierbei treten Hinterbliebene in den Dialog mit Überlebenden, um Details über den Ort und die Umstände des Geschehens zu erfahren. Dies hilft, belastende Fantasien durch reale Informationen zu ersetzen und den eigenen „Lebensbruch“ einzuordnen. Gleichzeitig ermöglicht das Erzählen den Überlebenden eine aktive Auseinandersetzung mit dem Erlebten und stärkt ihre Kontrolle über die Erinnerung, was wiederum Flashbacks entgegenwirkt.

Für die Wirksamkeit solcher Schicksalsgemeinschaften spielt die Struktur eine wesentliche Rolle. Dabei wird zwischen äußerer Gruppenstruktur und innerer Dynamik unterschieden (vgl. Jatzko, 1995, S. 120):

Äußere Gruppenstruktur – Zusammensetzung:

Die Zusammensetzung orientiert sich am Ereignis und den Bedürfnissen der Betroffenen.

- **Integrative Ansätze**
Nach Ereignissen wie dem Flugunglück von Ramstein besteht häufig der Wunsch, Hinterbliebene und Überlebende gemeinsam zu begleiten, um das Gesehene kollektiv zu verstehen (vgl. Jatzko, 1995, S. 120).
- **Getrennte Strukturen**
In anderen Fällen, etwa nach der Loveparade in Duisburg oder dem Germanwings-Absturz, sind getrennte Gruppen sinnvoller, da Schuldgefühle der Überlebenden oder belastende Details der Hinterbliebenen emotional schwer auszuhalten sein können (vgl. Jatzko, 1995, S. 120).

Innere Struktur – Rollen und Entwicklung:

Innerhalb der Gruppe bilden sich im Verlauf typische Rollen und Dynamiken:

- **Gruppenphasen**
Wie auch in anderen sozialen Gruppen durchlaufen Schicksalsgemeinschaften typische Entwicklungsphasen - von der anfänglichen Orientierung über Rollenklärung bis hin zur Etablierung stabiler Normen und gemeinsamer Bewältigung

- Status und Beteiligung

Ein bedeutsamer Entwicklungsschritt ist der Übergang vom Opfer zum Helferstatus: Mitglieder, die schon länger Teil der Gruppe sind, unterstützen neue Teilnehmende, was deren Integration erleichtert und zugleich die Selbstwirksamkeit der Helfenden stärkt (vgl. Jatzko, 2021, S. 35).

- Rollendifferenzierung

Häufig bilden sich „Aufgabenspezialisten“ für organisatorische Anliegen und „sozio-emotionale Spezialisten“ für Zusammenhalt und emotionale Unterstützung heraus (vgl. Nijstad & Van Knippenberg, 2018, S. 434). Die Herausbildung findet intuitiv, anhand von Stärken und Persönlichkeiten statt. Dadurch stabilisiert sich die Gruppe und gemeinsame Ziele können besser bewältigt werden.

4.4.3 Traumafokussierte Gruppen

Traumafokussierte Gruppen sind in der Nachsorge nach Großschadensereignissen eine gezielte psychotherapeutische Interventionsform, die vor allem auf die Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und verwandter Folgestörungen abzielt (vgl. Knaevelsrund et al., 2018, S. 320-323).

Anders als psychoedukative Angebote, die primär informieren, steht hier die direkte Bearbeitung des traumatischen Erlebnisses im Zentrum. Dabei werden Symptome wie belastende Erinnerungsattacken, Vermeidung und chronische Überregung gezielt behandelt (vgl. Knaevelsrund et al., 2018, S. 323). Ziel ist es, das Erlebte langfristig als verarbeiteten Teil in die eigene Lebensgeschichte zu integrieren.

Das Gruppensetting bietet dabei besondere heilsame Faktoren. Viele Betroffene leiden nach solchen Ereignissen unter Entfremdungsgefühlen; der Austausch mit Menschen mit ähnlichen Erfahrungen wirkt diesem Rückzug entgegen und ermöglicht Validierung.

Die Arbeit in traumafokussierten Gruppen stützt sich auf zwei zentrale Wirkmechanismen:

- Kognitive Umstrukturierung

Hierbei werden traumabedingte irrationale Gedanken, z.B. ungerechtfertigte Schuld- oder Schamgefühle, identifiziert und hinterfragt. Ziel ist eine neue, stabilere Bewertung des Ereignisses und seiner Bedeutung für das eigene Selbstbild (vgl. Knaevelsrund et al., 2018, S.323).

- Exposition (Konfrontation)

Durch kontrollierte Konfrontation mit Erinnerungen – zum Beispiel in Form von narrativem Erzählen – begegnen die Teilnehmenden ihren belastenden Erinnerungen bewusst. Dadurch soll die Angst vermindert und das psychische Vermeidungsverhalten schrittweise abgebaut werden (vgl. Knaevelsrund et al., 2018, S. 326).

Da diese Art der Gruppenarbeit emotional sehr belastend sein kann, erfordert es eine klare Struktur und eine sorgfältige Vorbereitung. Voraussetzung für die Teilnahme ist eine ausreichende psychische Stabilität; Menschen mit akuter Suizidalität oder schweren dissoziativen Symptomen können in diesem Setting meist nicht angemessen begleitet werden (vgl. Knaevelsrund et al., 2018, S. 322).

Um der inneren Desorganisation entgegenzuwirken, folgen die Sitzungen einem festen Ablauf, der von einer Eingangsrunde über die thematische Bearbeitung bis hin zu abschließenden Entspannungsübungen reicht. Häufig zeigt sich zudem, dass homogene Gruppen, also Gruppen, die dasselbe Ereignis teilen, schneller Vertrauen und Verbundenheit aufbauen, was den therapeutischen Prozess unterstützt (vgl. Knaevelsrund et al., 2018, S. 328).

4.4.4 Peer-Support-Gruppen

Im Rahmen der Nachsorge nach Großschadensereignissen nehmen Peer-Support-Gruppen eine bedeutende Rolle ein. Dabei unterstützen Menschen mit eigenen Krisenerfahrungen andere Betroffene, die sich in einer ähnlichen psychischen Ausnahmesituation befinden (vgl. Bock et al., 2019, S. 214).

Grundlage dieses Ansatzes bildet das „Erfahrungswissen“; ein Wissen, das nicht aus akademischer Lehre, sondern aus dem persönlichen Umgang mit schweren psychischen Belastungen entstanden ist (vgl. Bock et al., 2019, S. 215).

Durch ihre authentische Haltung wirken Peer-Begleiter als Rollenvorbilder und zeigen, dass ein erfülltes Leben auch nach massiv belastenden Erfahrungen möglich ist. Diese Begegnungen auf Augenhöhe erleichtert es den Teilnehmenden, Vertrauen aufzubauen und in Kontakt zu treten (vgl. Bock et al., 2019, S. 215).

Peer-Support-Gruppe verfolgen Ziele, die über reine Symptomlinderung hinausgehen:

- Förderung von Recovery

Der Fokus liegt auf der individuellen Genesung (Recovery) und einer selbstbestimmten Lebensführung.

- Reduktion von Stigmatisierung
Durch den Austausch in der Gruppe wird insbesondere die Selbststigmatisierung der Betroffenen nachweislich verringert.
- Stärkung psychischer Ressourcen
Studien belegen, dass Hoffnung, Empowerment und soziale Unterstützung gestärkt werden und sich die Behandlungszufriedenheit erhöht. (vgl. Bock et al., 2019, S. 217)

Besonders für Traumatisierte bietet der Peer-Support einen geschützten Raum für ein selbstbestimmtes Tempo. Das Hören der Berichte anderer ermöglicht eine langsame und kontrollierte Annäherung an die eigenen Erlebnisse, ohne dass die Betroffenen unmittelbar von ihren inneren Bildern überwältigt werden (vgl. Jatzko, 2021, S. 35).

4.5 Positive Effekte von Gruppen: Hoffnung, Verbundenheit, Normalisierung, Sinnfindung

Gruppenbasierte psychosoziale Unterstützung hat in der Nachsorge nach Großschadensereignissen eine hohe Wirksamkeit. Sie wirkt sowohl stabilisierend auf klinische Symptome, als auch stärkend auf soziale und emotionale Ressourcen und verbessert zugleich die Effizienz der Krisenversorgung.

4.5.1 Klinische und psychologische Stabilisierung

Ein zentraler Effekt besteht in der Reduktion belastender Symptome, wie Ängstlichkeit, Depressivität und Anzeichen von PTBS (vgl. Ehrenthal et al., 2020, S. 266). Zudem unterstützt das wiederholte Erzählen im geschützten Rahmen die Traumaintegration. Da dies in einem selbstbestimmten Tempo erfolgen kann, wird ein überwältigt werden durch innere Bilder vermieden. Ergänzend fördern Techniken zur Selbstregulation und Impulskontrolle eine langfristige psychische Stabilität (vgl. Ehrenthal et al., 2020, S. 269).

4.5.2 Soziale Verbundenheit und zwischenmenschliche Ressourcen

Neben der Symptomstabilisierung wirken Gruppenangebote dem sozialen Rückzug entgegen. Das Erleben von „Connectedness“ – also das Gefühl, mit den eigenen Sorgen nicht allein zu sein und von anderen tief verstanden zu werden – vermittelt Zugehörigkeit und reduziert Entfremdungsgefühle (vgl., Jatzko, 2021, S. 35) Oft entstehen daraus sogar stabile Freundschaften.

ten. Ein besonders bedeutsamer Prozess ist der Wechsel „vom Opfer zum Helfer“: Wer anderen beistehen kann, stärkt sein Selbstwertgefühl und entwickelt Kraft für die eigene Bewältigung, sowie einen neuen Sinn (vgl., Jatzko, 2021, S. 35).

4.5.3 Resilienzförderung und versorgungspraktische Bedeutung

Langfristig tragen Gruppenprogramme zur Stärkung der Resilienz, der Selbstwirksamkeit und der strukturellen Kompetenzen bei, die durch das Trauma erschüttert wurden (vgl. Ehrenthal et al., 2020, S. 266). Nicht selten entsteht daraus posttraumatisches Wachstum, etwa in Form höherer Empathie oder einer gesteigerten Wertschätzung des Lebens (vgl. Jatzko, 2021, S. 37). Aus Versorgungssicht sind Gruppen bedeutsam: Sie erreichen viele Betroffene gleichzeitig, sind ökonomisch effizient und weisen hohe Zufriedenheit sowie geringe Abbruchraten auf (vgl. Ehrenthal et al., 2020, S.264, S. 270).

4.5.4 Soziobiologische und psychologische Grundlagen der Gruppenwirkung

Aus soziobiologischer Sicht bietet die Gruppe Sicherheit und kooperative Ressourcen, die in Bedrohungssituationen die Überlebenschancen erhöhen. Gleichzeitig liefert sie eine soziale Realität, an der Betroffene ihre Wahrnehmung überprüfen und Orientierung finden können (vgl. Nijstad & van Knippenberg, 2018, S. 412). Neben diesen Schutzfunktionen vermittelt sie psychologisch zentrale Werte, wie Anerkennung und Verbundenheit (vgl. ebd., S. 413).

4.5.5 Autonomie und Wissensgewinn

Langfristig kann die Teilnahme an Gruppenangeboten posttraumatisches Wachstum begünstigen. Dies zeigt sich in einer gesteigerten Empathie, tieferen sozialen Beziehungen und einer neuen Wertschätzung des Lebens. Häufig bildet die Sinnfindung den Abschluss der Integrationsphase eines Traumas. Fragen wie „Wozu hat mich die Erfahrungen befähigt?“ unterstützen dabei, das Erlebte in die Lebensgeschichte einzuordnen. Insgesamt fungiert die Gruppe somit als geschützter Raum und Motivationsquelle: Sie mindert Einsamkeit, aktiviert persönliche Ressourcen und stärkt die Hoffnung auf eine positive Weiterentwicklung.

4.6 Grenzen und Risiken von Gruppenangeboten

Trotz ihrer vielfältigen Potenziale bergen Gruppenangebote in der Nachsorge nach Großschadensereignissen spezifische Risiken und stoßen an klare strukturelle Grenzen. Diese ergeben

sich primär aus der psychischen Instabilität der Teilnehmenden, problematischen Gruppendynamiken sowie methodischen Herausforderungen bei der Zusammensetzung und dem Zeitpunkt der Intervention.

4.6.1 Individuelle psychologische Risiken und Retraumatisierung

Ein wesentliches Risiko besteht in der Möglichkeit einer Retraumatisierung. Werden Betroffene zu früh oder ohne ausreichende therapeutische Steuerung mit belastenden Inhalten konfrontiert, kann dies die traumatischen Verarbeitungswege im Gehirn weiter verstärken (vgl. Jatzko, 2021, S. 34). Ohne eine gefestigte innere Stabilität lösen Berichte in der Gruppe häufig Flashbacks aus, was die psychische Bewältigung erschwert. Hinzu kommt, dass selbstinitiierte Gruppen, z.B. aus einem Zustand von Schock oder Lähmung heraus, ohne fachliche Anleitung schnell zu Überforderung führen (vgl. Jatzko, 2020, S. 2).

Ein weiteres Problem stellt der psychosoziale Druck dar, der durch eine übermäßige Betonung posttraumatisches Wachstum entstehen kann. Ein solcher „Wachstumszwang“ erzeugt das Gefühl, positive Veränderungen nachweisen zu müssen, obwohl dies nicht dem individuellen Prozess entspricht (vgl. Mangelsdorf, 2020, S. 31). Parallel dazu besteht die Gefahr einer verfrühten Pathologisierung: Wenn natürliche Trauerprozesse aufgrund verkürzter Zeitvorgaben zu früh als psychische Erkrankung eingestuft werden, bleiben die vorhandenen Ressourcen der Resilienz oft unberücksichtigt (vgl. Jatzko, 1995, S. 119).

4.6.2 Risiken durch Gruppendynamik und Zusammensetzung

Auch innerhalb der Gruppen können Mechanismen entstehen, die den Heilungsprozess beeinträchtigen. Ein zentrales Risiko ist der soziale Schmerz durch Ausschluss. Gruppen erzeugen häufig einen erheblichen Konformitätsdruck. Zeigen Mitglieder der Gruppe ein abweichendes Trauermuster, riskieren sie Ausgrenzung. Neurobiologisch gesehen, aktiviert dieser soziale Ausschluss dieselben Areale wie physischer Schmerz und kann Depressionen oder eine Minderung des Selbstwertgefühls nach sich ziehen (vgl. Nijstad & van Knippenberg, 2018, S. 424).

Die Zusammensetzung der Gruppe spielt ebenfalls eine große Rolle. Die Mischung aus unterschiedlicher Betroffenengruppen kann zu Interessenkonflikten führen (vgl. Jatzko, 2020, S. 4). So können detaillierte Schilderungen von Überlebenden für Hinterbliebene unerträgliche Belastungen darstellen, während Überlebende im Kontakt mit trauernden Angehörigen verstärkt

unter Überlebensschuld leiden. Zudem erhöhen sehr große Gruppen das Risiko von Desorganisation und Passivität, da sich einzelne Mitglieder im Kollektiv verloren fühlen (vgl. Nijstad & van Knippenberg, 2018, S.421-423.).

In isolierten oder internetbasierten Gruppen besteht darüber hinaus die Gefahr, dass sich Fehlinformationen, bizarre Überzeugungen oder Verschwörungstheorien verbreiten, die eine fachgerechte Aufarbeitung blockieren (vgl. Jatzko, 2020, S. 122).

4.6.3 Strukturelle und methodische Grenzen

Schließlich zeigen wissenschaftliche Untersuchungen die Grenzen bestimmter Interventionsformen auf. Vor allem sehr frühe gruppenbasierte Verfahren wie das „Critical Incident Stress Debriefing“ erweisen sich in Langzeitstudien teilweise als wirkungslos oder sogar nachteilig in der Verarbeitung (vgl. Wagner, 2013, S. 41). Hinzu kommen strukturelle Einschränkungen wie unzureichende Finanzierung oder der mangelnde Zugang zu spezialisierten Angeboten, z.B. für Suizidtrauernde, welche die Reichweite hilfreicher Gruppenformate weiter begrenzen.

5 Seelische Nachsorge nach Katastrophen (I.G.)

5.1 Konzepte seelischer Nachsorge nach Katastrophen

Die seelische Nachsorge nach Katastrophen umfasst in Deutschland ein gestuftes System psychosozialer Unterstützungsangebote, das sich an den zeitlich und inhaltlich wechselnden Bedürfnissen der Betroffenen orientiert. Zentrales Ziel ist es, psychische Belastungen zu lindern, Bewältigungsprozesse zu unterstützen und langfristige Folgestörungen zu verhindern, ohne normale Reaktionen auf extreme Ereignisse zu pathologisieren (vgl. Jatzko, 2021, S. 8ff.).

In der Akutphase stehen Stabilisierung, Schutz und Orientierung im Vordergrund. Betroffene befinden sich häufig in einem Zustand erhöhter psychophysiologischer Erregung oder emotionaler Erstarrung. Maßnahmen zielen daher auf die Wiederherstellung eines Mindestmaßes an Sicherheit, Struktur und Handlungsfähigkeit ab (vgl. Jatzko, 2021, S. 32ff.). Eine inhaltliche Aufarbeitung des Erlebten ist in dieser Phase in der Regel nicht angezeigt.

Die mittelfristige Nachsorge setzt an, wenn die unmittelbare Krisensituation abgeklungen ist und erste Realisierungsprozesse einsetzen. In dieser Phase treten häufig Trauerreaktionen, Schuldfragen, intrusive Erinnerungen oder Gefühle von Sinnverlust in den Vordergrund. Viele Betroffene erleben nun, dass die gesellschaftliche Aufmerksamkeit nachlässt, während ihre innere Belastung anhält (vgl. Jatzko, 2021, S. 32ff.). Hier gewinnen kontinuierliche, niedrigschwellige Angebote an Bedeutung.

Die langfristige Nachsorge richtet sich an Menschen, bei denen die Verarbeitung des Ereignisses über einen längeren Zeitraum hinweg Unterstützung benötigt. Neben Einzelangeboten spielen hier insbesondere gruppenbasierte Formate eine zentrale Rolle. In sogenannten Schicksalsgemeinschaften finden Betroffene einen stabilen sozialen Rahmen, der es ermöglicht, Trauer und traumabezogene Belastungen schrittweise zu integrieren (vgl. Jatzko; 2021; S. 33ff.).

Schicksalsgemeinschaften sind dabei nicht als therapeutische Gruppen im engeren Sinne zu verstehen, sondern als nicht direktiv moderierte Begegnungsräume, in denen Beziehung, Austausch und gegenseitige Unterstützung im Vordergrund stehen. Sie bilden ein zentrales Element der seelischen Nachsorge nach Katastrophen in Deutschland (vgl. Jatzko, 2021, S. 33ff.).

5.2 Psychosoziale Notfallversorgung, Krisenintervention, Akutteams

In Deutschland ist die Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) fest im Katastrophenschutz verankert. Sie richtet sich an Betroffene, Angehörige, Hinterbliebene sowie Einsatzkräfte und stellt einen integralen Bestandteil der Akutversorgung dar. PSNV-Teams bestehen in der Regel

aus speziell geschulten Fachkräften und Ehrenamtlichen, die niedrigschwellig und zeitlich begrenzt Unterstützung leisten (vgl. Reichel & Gahleitner, 2021, S. 1ff).

Ziel der psychosozialen Akutintervention ist nicht die therapeutische Bearbeitung des Erlebten, sondern die emotionale Stabilisierung, Orientierung und Aktivierung vorhandener Ressourcen. Typische Maßnahmen umfassen das Herstellen von Sicherheit, das Vermitteln von Informationen, das Strukturieren der Situation sowie das Fördern sozialer Unterstützung.

Krisenintervention folgt dabei klaren Prinzipien: Freiwilligkeit, Transparenz, Ressourcenorientierung und Zurückhaltung in der inhaltlichen Exploration. Eine zu frühe oder intensive Konfrontation mit dem Ereignis kann insbesondere bei traumatisierten Personen zu Überforderung oder Retraumatisierung führen (vgl. Reichel & Gahleitner, 2019, S. 6 ff.).

Akutteams übernehmen zudem eine wichtige Lotsenfunktion. Sie erkennen weiterführende Unterstützungsbedarfe und vermitteln Betroffene bei Bedarf in mittelfristige oder langfristige Nachsorgeangebote. Gruppenangebote stellen hierbei eine wichtige Anschlussoption dar, da sie den Übergang von der Akutversorgung in eine kontinuierliche Begleitung erleichtern (vgl. Jatzko, 2021, S. 32 ff.).

5.3 Strukturen und Akteure

Die seelische Nachsorge nach Katastrophen ist in Deutschland durch ein Netzwerk unterschiedlicher Akteure geprägt. Dazu zählen Rettungsdienste, Feuerwehren, psychosoziale Fachdienste, Beratungsstellen, Kliniken, Nichtregierungsorganisationen sowie spezialisierte Einrichtungen wie der Weiße Ring oder die Stiftung Katastrophen-Nachsorge.

Die Stiftung Katastrophen-Nachsorge nimmt dabei eine besondere Rolle ein, da sie die langfristige Begleitung von Betroffenen fokussiert und als Schnittstelle zwischen Akutversorgung und weiterführender psychosozialer Unterstützung fungiert. Neben der Organisation von Gruppenangeboten unterstützt sie Betroffene auch bei administrativen Fragen, etwa im Kontakt mit Behörden, Versicherungen oder Opferentschädigungsstellen (vgl. Jatzko, 2021, S. 34 ff.).

Diese strukturelle Unterstützung hat eine wichtige psychologische Funktion. Unklare Abläufe, fehlende Informationen oder widersprüchliche Aussagen können belastende Phantasien, Misstrauen und anhaltende Grübelprozesse verstärken. Die Klärung organisatorischer und rechtlicher Fragen trägt daher wesentlich zur emotionalen Entlastung bei (vgl. Jatzko, 2021, S. 31ff.).

Für die Praxis zeigt sich, dass eine enge Vernetzung der Akteure entscheidend ist, um Versorgungslücken zu vermeiden. Gruppenangebote profitieren insbesondere dann, wenn sie in ein

tragfähiges Gesamtsystem eingebettet sind und bei Bedarf ergänzende Hilfen vermitteln können.

5.4 Trauerbegleitung und spezialisierte Angebote nach Katastrophen

Trauer nach Katastrophen weist spezifische Besonderheiten auf. Häufig handelt es sich um plötzliche, gewaltsame oder multiple Verluste, die ohne Abschiedsmöglichkeiten erfolgen. Zudem sind Todesumstände oft unklar oder mit medialer Berichterstattung verbunden, was die Verarbeitung zusätzlich erschwert (vgl. Reichel & Gahleitner, 2019, S. 9 ff.).

Die Stiftung Katastrophen-Nachsorge betont, dass Trauer in diesen Kontexten häufig mit traumatischen Elementen verknüpft ist. Erinnerungen an das Ereignis, Schuldgefühle oder intrusive Bilder können den Trauerprozess blockieren oder verzerren. Eine klare Unterscheidung zwischen Trauer- und Traumadynamiken ist daher für die Praxis zentral, auch wenn sich beide Prozesse überlagern (vgl. Reichel & Gahleitner, 2019, S. 12 ff.).

Gruppenangebote bieten hier einen besonderen Mehrwert. In der Gruppe können Trauerreaktionen sozial eingebettet und normalisiert werden. Der Austausch mit Menschen, die ähnliche Verluste erlebt haben, reduziert Gefühle von Isolation und Fremdheit. Gleichzeitig ermöglichen Gruppen das Aushalten ambivalenter Gefühle wie Wut, Neid, Erleichterung oder Schuld, die im sozialen Umfeld häufig tabuisiert sind.

Darüber hinaus spielen Rituale und Gedenkformate eine wichtige Rolle. Gemeinsame Erinnerungsarbeit, Jahrestage oder symbolische Handlungen helfen, den Verlust in die eigene Lebensgeschichte zu integrieren. Diese Rituale wirken strukturierend und entlastend, da sie Erinnerung dosierbar und gemeinschaftlich getragen machen (vgl. Jatzko, 2021, S. 31ff.).

5.5 Qualitätskriterien und Herausforderungen seelischer Nachsorge

Die Wirksamkeit seelischer Nachsorgeangebote hängt wesentlich von ihrer Qualität und Ausgestaltung ab. Zentrale Qualitätskriterien sind fachliche Qualifikation der Begleitenden, eine klare Rollenabgrenzung zwischen Nachsorge und Therapie sowie die Freiwilligkeit der Teilnahme (vgl. Jatzko, S., Stiftung Katastrophen-Nachsorge, 2019, S. 46 ff.).

Eine besondere Herausforderung besteht in der Erreichbarkeit der Betroffenen. Viele Menschen ziehen sich nach Katastrophen zurück oder sind durch Schock und Überforderung nicht in der Lage, selbst aktiv Hilfe zu suchen. Niedrigschwellige, aktiv einladende Angebote sind daher von zentraler Bedeutung (vgl. Jatzko, 2021, S. 31ff.).

Ein weiteres Hindernis stellt die Stigmatisierung psychischer Belastungen dar. Betroffene erleben ihre Reaktionen häufig als persönliches Versagen oder fürchten, als „nicht belastbar“ wahrgenommen zu werden. Gruppenangebote können hier entlastend wirken, indem sie Normalisierung ermöglichen und psychische Reaktionen als verständliche Antworten auf extreme Ereignisse rahmen (vgl. Reichel & Gahleitner, 2019, S. 15 ff.).

Schließlich stellen begrenzte personelle und finanzielle Ressourcen eine dauerhafte Herausforderung dar. Gleichzeitig zeigen die Erfahrungen der Stiftung Katastrophen-Nachsorge, dass gruppenbasierte Nachsorge nicht nur wirksam, sondern auch ressourceneffizient sein kann. Durch frühzeitige Stabilisierung, soziale Unterstützung und gezielte Weitervermittlung können Chronifizierungen vermieden und das Gesundheitssystem entlastet werden. Hier gewinnen kontinuierliche, niedrighschwellige Angebote an Bedeutung.

Die langfristige Nachsorge richtet sich an Menschen, bei denen die Verarbeitung des Ereignisses über einen längeren Zeitraum hinweg Unterstützung benötigt. Neben Einzelangeboten spielen hier insbesondere gruppenbasierte Formate eine zentrale Rolle. In sogenannten Schicksalsgemeinschaften finden Betroffene einen stabilen sozialen Rahmen, der es ermöglicht, Trauer und traumabezogene Belastungen schrittweise zu integrieren (vgl. Jatzko, 2021, S. 31ff).

Schicksalsgemeinschaften sind dabei nicht als therapeutische Gruppen im engeren Sinne zu verstehen, sondern als moderierte Begegnungsräume, in denen Beziehung, Austausch und gegenseitige Unterstützung im Vordergrund stehen. Sie bilden ein zentrales Element der seelischen Nachsorge nach Katastrophen in Deutschland (vgl. Jatzko, 2021, S. 34 ff.).

6 Methodik (NK, LD)

6.1 Forschungsdesign (NK)

Ziel der Untersuchung des vorliegenden Gruppenprojekts war es, die subjektiven Erfahrungen von Betroffenen mit Nachsorgegruppen nach Großschadensereignissen zu erfassen und zentrale Wirkfaktoren dieser Gruppen herauszuarbeiten. Hierfür wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt, das sich gut für die Untersuchung individueller Wahrnehmungen, persönlicher Bedeutungen und psychosozialer Prozesse in ihrer Tiefe eignet. Im Gegensatz zu quantitativen Ansätzen, die auf standardisierten Messinstrumenten und numerischen Daten basieren, richtet sich diese qualitative Forschung auf die Analyse nicht-numerischer Daten, wie beispielsweise Interviewaussagen (vgl. Schreier, 2023, S. 208-210). Wichtig für die Untersuchung war das vertiefte Verständnis der individuellen Erlebensweisen im Zusammenhang mit der Teilnahme an einer Nachsorgegruppe.

Die zugrunde liegende Forschungsfrage ist explorativ ausgerichtet und zielt darauf ab, Erfahrungen und Wahrnehmungen der Betroffenen zu verstehen sowie daraus übergreifende Themen und Wirkmechanismen abzuleiten. Darauf aufbauend wurden leitfadengestützte Interviews zur Datenerhebung eingesetzt. Diese Methode eignet sich besonders dafür, zentrale Themenbereiche systematisch zu erfassen und gleichzeitig ausreichend Offenheit für individuelle Erzählungen zu gewährleisten, wodurch vergleichbare Inhalte und individuelle Besonderheiten der Aussagen erfasst werden konnten (vgl. ebd., S. 255-257).

Die Auswertung wurde mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse durchgeführt, um zentrale Themen, wiederkehrende Muster und Bedeutungszusammenhänge aus den Interviewaussagen herauszuarbeiten (vgl. ebd., S. 208-210).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das gewählte qualitative Forschungsdesign aufgrund seiner Offenheit, Subjektorientierung und Kontextbezogenheit besonders geeignet ist, ein differenziertes Verständnis der Erfahrungen von Betroffenen in Nachsorgegruppen zu ermöglichen.

Im nächsten Schritt wird die Stichprobe der Untersuchung vorgestellt, die die Grundlage für die anschließende Datenerhebung bildet.

6.2 Stichprobe (NK)

Für die Untersuchung wurden insgesamt acht leitfadengestützte Interviews mit Personen geführt, die verschiedene Großschadensereignisse erlebt haben und im Anschluss an einer

Nachsorgegruppe teilgenommen haben. Zu den Ereignissen zählen ein Flugzeugabsturz (2 Fälle), eine Flugschaukatastrophe (2 Fälle), ein Busunglück (1 Fall), ein Tsunami (2 Fälle) sowie die Amokfahrt in Trier (1 Fall). Die Interviewpartner waren in unterschiedlicher Weise von den Ereignissen betroffen. Die Stichprobe setzt sich folgendermaßen zusammen:

- direkt Betroffenen (n = 4)
- Hinterbliebenen (n = 3)
- Augenzeugen (n = 1)

Durch diese Zusammensetzung konnten unterschiedliche Perspektiven auf die Teilnahme an Nachsorgegruppen berücksichtigt werden.

Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte gezielt anhand ihrer Erfahrungen mit dem Untersuchungsgegenstand (purposeful sampling). Dabei wurden bewusst Personen ausgewählt, die über relevante Erfahrungen im Hinblick auf die Forschungsfrage verfügen (vgl. Schreier, 2013, S. 211-212). Nicht die statistische Repräsentativität stand im Vordergrund, sondern die inhaltliche Aussagekraft der Interviews. Durch die gewählte Stichprobengröße sollte ein möglichst differenziertes Verständnis der untersuchten Thematik gewonnen werden (vgl. ebd., S. 213). Zur Wahrung der Anonymität wurden die Interviewpartner pseudonymisiert und im Text durch fortlaufende Interviewnummern (z. B. I1–I8) gekennzeichnet (siehe Anhang 1). Diese Anonymisierung hilft den Teilnehmern sich in Bezug auf sensible Themen zu öffnen (vgl. ebd., S. 255).

Auf Grundlage der beschriebenen Stichprobe wird im Folgenden die Datenerhebung näher erläutert. Dabei wird dargestellt, wie die Interviews mit den ausgewählten Teilnehmern durchgeführt wurden.

6.3 Datenerhebung (LD)

Leitfadengestützte Interviews sind Interviews, die auf Basis eines vorbereiteten Leitfadens geführt werden und qualitative Daten erzeugen. Bei der Erstellung des Leitfadens ist, vergleichbar zu standardisierten Fragebögen, sorgfältig vorzugehen, da nur so die Qualität und Brauchbarkeit der Daten gewährleistet werden kann. Besonders wichtig ist dabei die Formulierung der Fragen, da diese das Antwortverhalten beeinflussen und somit Ergebnisse verzerren können (vgl. Baur, Blasius; 2019; S. 669).

Zudem ist die Rolle des Interviewenden zu berücksichtigen. Während dieser sich seiner wissenschaftlichen Funktion bewusst ist, befindet sich der Interviewte in einem asymmetrischen

Rollenverhältnis, wodurch die Kommunikation einen teilweise künstlichen Charakter erhält (vgl. Baur, Blasius; 2019; S. 670).

Der Leitfaden diente als Orientierung für den Gesprächsverlauf und half dabei, zentrale Themen abzudecken und enthielt offene Fragen, Stichpunkte oder Erzählaufforderungen. Dabei gilt das Prinzip, das Interview so offen wie möglich und so strukturierend wie nötig zu gestalten (vgl. Baur, Blasius; 2019; S. 670).

Leitfadengestützte Interviews verbinden somit Struktur mit Offenheit und ermöglichen die differenzierte Erfassung subjektiver Perspektiven. Durch die Arbeit mit dem Leitfaden wird Struktur mit Flexibilität verbunden, indem zwar nach einem festgelegten Fragenkatalog vorgegangen und die Richtung des Gesprächs vorgegeben wird, jedoch die Möglichkeit besteht, direkt auf Antworten einzugehen. Aufgrund dieser Balance wird von einem semistrukturierten Interview gesprochen (vgl. Endres; 2018; o.S.).

Form des Interviews	Merkmale
Strukturiert	Wortlaut fest vorgegeben, Reihenfolge fixiert
Semistrukturiert	Wortlaut und Reihenfolge vorgegeben, Improvisationen möglich
unstrukturiert	Alles frei, nur Forschungsthema fixiert

Abbildung 4: Interviewformen (vgl. Endres; 2018; o.S.)

Interviews sollten freiwillig stattfinden, weil der Belmont Report betont, dass jeder Mensch selbst entscheiden darf, ob er an einer Studie teilnehmen möchte. Dieses Prinzip wird als „Respekt vor Personen“ bezeichnet. Es bedeutet, dass niemand gezwungen oder unter Druck gesetzt werden darf. Stattdessen müssen die Teilnehmer ausreichend informiert sein und frei entscheiden können, ob sie mitmachen wollen oder nicht. Nur so ist ihre Einwilligung gültig (vgl. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research; 1979; o.S.).

Außerdem sollten Interviews anonym durchgeführt werden, um die Privatsphäre der Teilnehmer zu schützen. Der Belmont Report macht deutlich, dass persönliche Daten sorgfältig behandelt werden müssen, damit den Personen kein Schaden entsteht. Wenn Informationen anonym bleiben, wird verhindert, dass Aussagen auf einzelne Personen zurückgeführt werden können. Das trägt dazu bei, die Sicherheit und Würde der Teilnehmer zu wahren (vgl. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research;

1979; o.S.). Zusammengefasst sind Freiwilligkeit und Anonymität wichtige Voraussetzungen für ethisch korrektes Forschen: Freiwilligkeit schützt die Entscheidungsfreiheit der Menschen, und Anonymität schützt ihre persönlichen Daten und ihre Privatsphäre.

Zu den Vorteilen des Leitfadeninterviews zählen die hohe Flexibilität, die höhere Vergleichbarkeit durch die Nutzung es Fragebogens, die geringe Beeinflussung des Befragten, die gute Erfassung der Sichtweisen, der hohe Informationsgewinn und die Strukturierung bzw. Orientierung der Interviewsituation (vgl. Endres; 2018; o.S.). Als Nachteile wird die Gefahr des strikten Verweilens am Fragebogen, die geringe Vergleichbarkeit der Ergebnisse, den hohen Aufwand der Auswertung, der mögliche Einfluss des Interviewers auf den Befragten, die hohen Anforderungen an den Interviewer und die Gefahr, dass eine Frage-Antwort-Situation entsteht, gesehen (vgl. Endres; 2018; o.S.).

Die Datenerhebung wurde in Form leitfadengestützter Interviews auf Grundlage eines zuvor entwickelten Interviewleitfadens durchgeführt (siehe Anhang 2). Dieser strukturierte die Gespräche inhaltlich und gewährleistete gleichzeitig ausreichend Offenheit für individuelle Erzählungen. Der Leitfaden umfasste folgende Themenbereiche:

- persönliche Betroffenheit durch das Ereignis
- Zugang zur Nachsorgegruppe
- Motivation zur Teilnahme
- erste Erfahrungen in der Gruppe
- Bedeutung des Austauschs mit anderen Betroffenen
- hilfreiche und weniger hilfreiche Aspekte
- Veränderungen im Alltag
- Entwicklung von Bewältigungsstrategien und Resilienz
- langfristige Bedeutung der Gruppenerfahrung

Die Interviews wurden bewusst offen gestaltet, um den Befragten ausreichend Raum für eigene Schilderungen zu geben. Gleichzeitig stellte der Leitfaden sicher, dass vergleichbare Themen in allen Interviews behandelt wurden, was eine wichtige Grundlage für die qualitative Inhaltsanalyse bildet. Die Teilnahme erfolgte freiwillig. Zudem wurden die Interviewpartner vor Beginn des Interviews über die Anonymisierung ihrer Aussagen sowie die Verwendung im Rahmen des Projekts informiert. Es bestand jederzeit die Möglichkeit, einzelne Fragen unbeantwortet zu lassen.

6.4 Pretest (IG)

Vor der eigentlichen Datenerhebung wurde der entwickelte Interviewleitfaden in einem Pretest erprobt. Ziel des Pretests war es, die Verständlichkeit, Nachvollziehbarkeit und inhaltliche Struktur der Fragen zu überprüfen sowie mögliche Unklarheiten im Aufbau des Interviews frühzeitig zu erkennen.

Im Rahmen dieses Pretests wurde geprüft, ob die Fragen verständlich formuliert sind, eine sinnvolle Reihenfolge aufweisen und geeignet sind, die für die Forschungsfrage relevanten Inhalte zu erfassen. Der Pretest führte zu den gewünschten Ergebnissen. Es zeigte sich, dass der Leitfaden inhaltlich stimmig aufgebaut war und die Fragen verständlich und zielführend waren. Aus diesem Grund konnte der Leitfaden in der erprobten Form weitgehend in die eigentliche Untersuchung übernommen werden. Der Pretest trug damit zur Sicherung der Qualität des Erhebungsinstruments bei und unterstützte eine möglichst strukturierte und zugleich offene Durchführung der Interviews. Im Anschluss an die Datenerhebung wurden die gewonnenen Daten für die Analyse aufbereitet.

Forschungsdesign

Die Untersuchung wurde als qualitative, explorative Studie konzipiert. Qualitative Forschungsansätze eignen sich insbesondere zur Analyse individueller Erlebensweisen sowie subjektiver Bedeutungszuschreibungen, die im Kontext von Trauer- und Traumaerfahrungen von zentraler Bedeutung sind. Die Studie ist im Bereich der psychologischen Diagnostik einzuordnen, die der systematischen Beantwortung von Fragestellungen hinsichtlich menschlichen Erlebens und Verhaltens dient und auf wissenschaftlich fundierten Methoden basiert (vgl. Erhart; Schug, 2022, S.4). Ziel diagnostischer Verfahren ist es, auf Grundlage erhobener Daten fundierte Einschätzungen zu ermöglichen (vgl. Conzelmann, Spohn, Zinn, 2020, S. 4).

Erhebungsmethode

Zur Datenerhebung wurden leitfadengestützte Einzelinterviews eingesetzt. Dieses Verfahren stellt ein zentrales Instrument der psychologischen Diagnostik dar und ermöglicht eine strukturierte sowie zugleich offene Erhebung subjektiver Erfahrungen (vgl. Erhart; Schug, 2022, S. 63). Der Interviewleitfaden umfasste zentrale Themenbereiche wie das erlebte Ereignis, den Zugang zur Gruppe, das Gruppenerleben sowie wahrgenommene positive Veränderungen, auch im weiteren Umgang mit belastenden Situationen.

Stichprobe/Pretest

Die Stichprobe umfasst vier Personen, die Erfahrungen mit gruppenbasierten Nachsorgeangeboten nach belastenden Ereignissen aufweisen. Die Auswahl erfolgte im Sinne einer Verfügbarkeitsstichprobe. Auch wenn die Stichprobe keine Generalisierbarkeit im statistischen

Sinne erlaubt, ermöglicht sie einen vertieften Einblick in subjektive Erfahrungswelten und individuelle Verarbeitungsprozesse.

Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden leitfadengestützt in einem sehr geschützten Rahmen durchgeführt. Dabei wurde besonderer Wert auf eine offene, wertschätzende und vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre gelegt, um auch sensible Inhalte thematisieren zu können.

Die Gesprächsführung orientierte sich am Leitfaden, ließ jedoch ausreichend Flexibilität zu, um auf individuelle Erzählverläufe einzugehen.

Eine Einverständniserklärung wurde im Vorfeld mündlich erfragt, schriftlich eingeholt und ist dieser Arbeit angehängt.

Pretest und Überarbeitung des Interviewleitfadens

Vor der Datenerhebung wurde ein Pretest durchgeführt, um die Verständlichkeit, Struktur und Praktikabilität des Interviewleitfadens zu überprüfen.

Die qualitative Auswertung des Pretests zeigte, dass der Leitfaden grundsätzlich geeignet war, relevante Inhalte zu erfassen und differenzierte Antworten zu ermöglichen. Die Befragten konnten die Fragen nachvollziehbar beantworten und gingen ausführlich auf ihre Erfahrungen ein. Dennoch wurden kleinere Optimierungspotenziale identifiziert. Der Leitfaden wurde stärker strukturiert und in thematische Abschnitte gegliedert, um eine bessere Orientierung zu ermöglichen. Darüber hinaus wurden einzelne Fragen sprachlich präzisiert sowie inhaltlich differenziert formuliert, um spezifischere Aussagen zu erhalten.

Zudem zeigte sich im Verlauf der Interviews, dass eine klarere Trennung zwischen Erfahrungen innerhalb der Gruppe und Auswirkungen im Alltag zu differenzierteren Antworten führte. Diese Anpassung wurde im überarbeiteten Leitfaden berücksichtigt. Insgesamt führten die vorgenommenen Änderungen zu einer verbesserten Gesprächsführung sowie zu einer erhöhten inhaltlichen Tiefe der erhobenen Daten, ohne dass grundlegende Veränderungen des Leitfadens erforderlich waren.

Auswertungsmethode

Die Auswertung der Interviews erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Dieses Verfahren zeichnet sich durch ein systematisches und regelgeleitetes Vorgehen zur Analyse von Textmaterial aus (vgl. Mayring, 2015, S. 13–15).

Ziel der Analyse ist es, das umfangreiche Datenmaterial zu strukturieren und zentrale Inhalte herauszuarbeiten, ohne den Sinn der Aussagen zu verfälschen. Dabei wurden sowohl deduktive Kategorien auf Basis theoretischer Vorannahmen als auch induktive Kategorien aus dem

Material entwickelt. Die Auswertung erfolgte in mehreren Schritten. Zunächst wurden die Interviews vollständig gelesen, anschließend relevante Textstellen identifiziert und den entsprechenden Kategorien zugeordnet. Im weiteren Verlauf wurden die Kategorien überprüft, zusammengeführt und inhaltlich präzisiert.

Ergebnisse

Die Auswertung der Interviews zeigt, dass gruppenbasierte Nachsorgeangebote eine zentrale Rolle bei der Verarbeitung belastender Ereignisse spielen. Die in der Hypothese postulierten positiven Effekte konnten dabei deutlich bestätigt werden.

Emotionale Entlastung

Ein zentrales Ergebnis stellt die emotionale Entlastung durch die Gruppe dar. Die Gruppe wurde von den Teilnehmenden als geschützter Raum beschrieben, in dem Gefühle wie Trauer, Verzweiflung, Wut oder Überforderung offen ausgedrückt werden können. Auch glückliche Momente konnten entweder in der Gruppe oder durch die Gruppe wieder erlebt werden.

Zugehörigkeit und soziale Verbundenheit

Ein weiterer zentraler Wirkfaktor ist das Erleben von Zugehörigkeit. Die Gruppe wurde teilweise als „zweite Familie“ wahrgenommen, was auf eine hohe emotionale Verbundenheit mit den anderen Teilnehmern und auch den Moderatoren, bzw. Psychologen hinweist. Das Gefühl, mit den eigenen Erfahrungen nicht allein zu sein, trägt zur Normalisierung eigener Reaktionen bei.

Austausch und gegenseitiges Lernen

Der Austausch innerhalb der Gruppe wird als besonders hilfreich erlebt. Durch das Teilen von Erfahrungen sowie das Zuhören anderer entsteht ein Prozess gegenseitigen Lernens.

Abgrenzung zu professionellen Hilfsangeboten

Die Ergebnisse zeigen, dass professionelle Hilfsangebote teilweise als weniger hilfreich wahrgenommen wurden, während die Gruppe durch die gemeinsame Erfahrung ein höheres Maß an Verständnis ermöglicht.

Entwicklung von Bewältigungsstrategien

Die Teilnahme an der Gruppe trägt zur Entwicklung individueller Bewältigungsstrategien bei. Die Teilnehmenden berichten, dass sie neue Umgangsweisen mit belastenden Situationen erlernen konnten.

Langfristige Wirkung

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die positiven Effekte der Gruppenteilnahme langfristig bestehen bleiben und zur Stabilisierung beitragen.

Diskussion

Die Ergebnisse der Untersuchung unterstreichen die zentrale Bedeutung gruppenbasierter Nachsorgeangebote für die Verarbeitung belastender Ereignisse.

Insbesondere die Rolle sozialer Unterstützung wird deutlich. Die Gruppe fungiert als sozialer Schutzraum, der emotionale Entlastung ermöglicht und das Gefühl von Zugehörigkeit stärkt. Diese Befunde stehen im Einklang mit theoretischen Annahmen, wonach soziale Unterstützung eine zentrale Ressource im Umgang mit belastenden Lebensereignissen darstellt.

Darüber hinaus zeigt sich, dass der Austausch mit anderen Betroffenen zur Normalisierung eigener Reaktionen beiträgt und das Gefühl von Isolation reduziert. Die gemeinsame Erfahrung stellt dabei einen wesentlichen Unterschied zu klassischen professionellen Hilfsangeboten dar.

Die Entwicklung von Bewältigungsstrategien sowie die langfristige Stabilisierung verdeutlichen, dass gruppenbasierte Angebote nicht nur kurzfristige Entlastung bieten, sondern auch nachhaltige Anpassungsprozesse fördern.

Einschränkend ist die geringe Stichprobengröße zu berücksichtigen, wodurch keine Generalisierbarkeit der Ergebnisse möglich ist. Dennoch liefern die Ergebnisse wertvolle Einblicke in die subjektive Bedeutung gruppenbasierter Nachsorgeangebote und ergänzen die theoretischen Erkenntnisse um eine praxisnahe Perspektive.

6.5 Datenaufbereitung (LD)

Nach der Durchführung der Interviews wurden die erhobenen Daten verschriftlicht und damit für die qualitative Inhaltsanalyse aufbereitet. Die schriftliche Fixierung der Interviewinhalte bildete die Grundlage für die systematische Auswertung des Materials. Im Zuge der Datenaufbereitung wurde darauf geachtet, die Aussagen der Interviewpartner möglichst vollständig und inhaltlich korrekt zu erfassen.

Gleichzeitig wurden personenbezogene Angaben anonymisiert, um die Vertraulichkeit der Daten zu gewährleisten und den Schutz der interviewten Personen sicherzustellen. Namen und andere identifizierende Merkmale wurden daher nicht in die Auswertung übernommen.

Die Transkripte bildeten die Grundlage für die anschließende qualitative Inhaltsanalyse. Im folgenden Abschnitt wird die Auswertungsmethode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring näher erläutert.

6.6 Auswertungsmethode: Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (NK)

Zur Auswertung des Interviewmaterials wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring in strukturierender Form angewendet. Diese Methode ermöglicht eine systematische, regelgeleitete und nachvollziehbare Analyse von umfangreichem Textmaterial mit dem Ziel, zentrale Themen und Bedeutungszusammenhänge herauszuarbeiten (vgl. Mayring, 2019, S. 4).

Im Mittelpunkt stand die thematische Strukturierung der Interviewaussagen anhand eines Kategoriensystems. Da im Rahmen der Untersuchung die Erfahrungen der Teilnehmer mit der Nachsorgegruppe sowie deren wahrgenommene Wirkungen im Fokus standen, erwies sich dieses Vorgehen als sehr geeignet (vgl. Schreier, 2013, S. 238).

Die Analyse erfolgte in mehreren Schritten (vgl. ebd.):

1. Materialdurchsicht:

Zunächst wurden alle Interviewtranskripte vollständig gelesen, um einen Überblick über die Inhalte und wiederkehrende Themen zu gewinnen.

2. Kategorienbildung und Explikation:

Anschließend wurden Kategorien entwickelt, die zentrale Themen der Interviews abbilden. Diese entstanden sowohl

- deduktiv aus dem Interviewleitfaden
- als auch induktiv aus dem Interviewmaterial.

Diese wurden zusätzlich durch ein Beispielzitat eines Teilnehmers definiert (vgl. Schreier; Weydmann, 2013, S. 299).

3. Codierung des Materials:

Die relevanten Textstellen wurden den jeweiligen Kategorien zugeordnet. Dabei wurden Sinnabschnitte und inhaltlich zusammengehörige Aussagen berücksichtigt (vgl. ebd., S. 300).

4. Zusammenfassung und Auswertung:

Die innerhalb der Kategorien gesammelten Aussagen wurden gebündelt, verglichen und hinsichtlich gemeinsamer Muster sowie Unterschiede interpretiert (vgl. ebd., S. 301).

Die qualitative Inhaltsanalyse wurde auf alle acht Interviewtranskripte angewendet. Dabei wurden relevante Textstellen systematisch identifiziert und den entwickelten Kategorien zugeordnet. Im Verlauf der Analyse wurde das Kategoriensystem bei Bedarf angepasst und präzisiert, um die inhaltlichen Aspekte des Materials möglichst differenziert abzubilden. Die Auswertung erfolgte durch die projektbeteiligten Personen und wurde im Austausch innerhalb der Gruppe reflektiert. Das Ziel der Analyse war es, zentrale Themen, wiederkehrende Muster und Wirkfaktoren der Nachsorgegruppen aus den Interviewaussagen herauszuarbeiten und systematisch darzustellen.

Im Anschluss werden die zugrunde liegenden Analyseeinheiten sowie das Kategoriensystem näher erläutert.

6.7 Gütekriterien (LD)

Die Gütekriterien der quantitativen Forschung beziehen sich auf die Objektivität, die Reliabilität und die Validität. Liegt der Fokus auf einer qualitativen Forschung, so ist es schwierig allgemein gültige Gütekriterien zu formulieren. Die klassischen Gütekriterien lassen sich jedoch auch auf qualitative Modelle beziehen, indem sie auf das Forschungsmodell angepasst werden (vgl. Schreier, Weydmann; 2023; S. 320).

In Bezug auf die Objektivität kann nur durch das Konzept der inneren Vergleichbarkeit eine Annäherung dargestellt werden. Dieses besagt, dass bei der Datenerhebung die innere Entsprechung der Situation ausschlaggebend ist und nicht die Äußere, denn diese nimmt jeder Mensch unterschiedlich wahr. Stattdessen passt der Forschende sein Verhalten der jeweiligen Person an, damit innerlich eine ähnliche Situation entsteht. Die Subjektivität der Interaktionsrelation ist dafür ausschlaggebend (vgl. Schreier, Weydmann; 2023; S. 321). Beim Durchführen der Inhaltsanalyse wird dieses Kriterium erfüllt, da das Konzept der Interraten-Übereinstimmung im Sinne der Intersubjektiven Bedeutungszuweisung durchgeführt wurde.

Zudem wurde bei der Auswertung kodiert, was im Konsens der Forschenden erfolgt ist. Die Forschenden einigen sich darauf, dass einer gewissen Textstelle eine bestimmte Bedeutung zugeordnet wird. Durch Argumente wurde die Lesart plausibel erklärt und stellt somit eine argumentative Interpretationsabsicherung dar (vgl. Schreier, Weydmann; 2023; S. 321).

Als reliabel gilt das Verfahren, wenn die Einzigartigkeit der Forschungssituation gesichert ist und in Kauf genommen wird, dass sich der Teilnehmende im Verlauf des Forschungsprozesses verändert. Durch Bedeutungszuweisungen wird eine Intersubjektivität hergestellt. Das regelgeleitete Vorgehen durch den Leitfaden erhöht die Unabhängigkeit der Ergebnisse und re-

duziert Fehleranfälligkeiten. Zuverlässigkeit und Beständigkeit in Bezug auf die Forschungsergebnisse wird angestrebt und durch die genannten Kriterien erfüllt. Dennoch sind die Objektivität und die Reliabilität nur eingeschränkt auf qualitative Methoden anwendbar (vgl. Schreier, Weydmann; 2023; S. 322).

Die Validität hingegen, ist in der qualitativen Forschung von großer Bedeutung und bezieht sich auf die Übereinstimmung von Untersuchungsgegenstand und empirischer Realisierung. Durch die interne Validität wird die Kontrolle von potenziellen Störvariablen beschrieben und durch die externe Validität die Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Interne Validität bezieht sich auf die Schlussfolgerung, welche tatsächlich aus den erhobenen Daten begründet werden können, was als argumentative Interpretationsabsicherung bezeichnet wird (vgl. Schreier, Weydmann; 2023; S. 322). Die externe Validität soll prüfen, ob die Ergebnisse auch auf andere Studien übertragbar sind. Da die Ergebnisse auch in realen Alltagssituationen gelten und im natürlichen Umfeld ohne Beeinflussung des Interviewers stattfinden, steigt die Chance, die Ergebnisse auch außerhalb der Studie zu beobachten. Durch die vielseitige Betrachtung der Nachsorgegruppen konnten einige Zusammenhänge durch die Teilnahme an Nachsorgegruppen geschlossen werden, die im weiteren Verlauf der Arbeit noch genauer beschrieben werden (vgl. Schreier, Weydmann; 2023; S. 322-323).

Die Validität der Datenerhebung beschäftigt sich mit der Frage, ob die tatsächlichen Gedanken und Gefühle der Befragten erfasst werden konnten. Diese Form der Validität sollte hoch angesetzt werden, da die Befragten die Möglichkeit haben, ihre Gedanken und Erinnerungen in Worte zu fassen und diese in eigenen Worten wiederzugeben. Wichtig dabei ist es, Beeinträchtigungen der Erhebungssituation gering zu halten indem beispielsweise keine Antwortrichtungen nahegelegt werden, keine Unsicherheit aufkommt oder die Teilnehmenden sich nicht verstanden fühlen. Solches Verhalten kann zu einer Verminderung der Validität, aber auch der Qualität der Daten führen (vgl. Schreier, Weydmann; 2023; S. 323).

Um die Validität zu erhöhen, wurde der Interviewleitfaden zuvor in einem Prä-Test erprobt und mögliche Änderungen wurden besprochen. Die Teilnehmer wurden über die Inhalte der Arbeit bzw. der Untersuchung aufgeklärt und konnten so die nötige Offenheit einbringen. Durch die zugesicherte Vertraulichkeit wurde eine vertrauensvolle Atmosphäre geschaffen und die Teilnehmenden wurden nicht direkt mit persönlichen Fragen überhäuft (vgl. Schreier, Weydmann; 2023; S. 323).

Um die Validität der Auswertung gewährleisten zu können, wurde das gesamte gesammelte Datenmaterial miteinbezogen und weiterverarbeitet. Durch ein regelgeleitetes Verfahren der Auswertung kann sichergestellt werden, dass wirklich alle Daten berücksichtigt werden (vgl. Schreier, Weydmann; 2023; S. 324).

Zur Qualitätssicherung werden in der qualitativen Forschung noch alternative Kriterien miteinbezogen. Dazu gehören die kommunikative Validierung, die Triangulation, die Reflexivität der Forschenden, die angemessene Methodenwahl, die intersubjektive Nachvollziehbarkeit und die Vertrauenswürdigkeit. In dieser Arbeit wurde vor allem auf die intersubjektive Nachvollziehbarkeit geachtet, welche besagt, dass alle Schritte des Forschungsprozesses verfolgt, eingeordnet und die Qualität beurteilt werden können. Eine solche Dokumentation beinhaltet das theoretische Vorverständnis, Verfahrensentscheidungen und Verfahrensschritte. Wichtig dabei ist die Beachtung von Forschungsprozess, empirischem Datenmaterial und der Interpretation der Forschenden.

Eine begründete Entscheidung für die Wahl des Forschungsdesigns, die Datenerhebung, das Datenmanagement, der Datenanalyse und der Datenaufbereitung werden im sechsten Kapitel der Arbeit genauer ausgeführt (vgl. Schreier, Weydmann; 2023; S. 327). Die Kategorienbildung sowie die Zuordnung der Interviewaussagen wurden innerhalb der Gruppe gemeinsam reflektiert und diskutiert, um möglichst objektive und begründete Interpretationen zu gewährleisten. Die Kategorien wurden systematisch aus dem Material und dem Leitfaden entwickelt und durch beispielhafte Zitate veranschaulicht.

Auch wenn qualitative Forschung nicht auf statistische Verallgemeinerung abzielt, können durch ein strukturiertes Vorgehen dennoch nachvollziehbare und übertragbare Erkenntnisse gewonnen werden. Zur Sicherung der wissenschaftlichen Qualität der Untersuchung wurden zentrale Gütekriterien qualitativer Forschung berücksichtigt. Der gesamte Forschungsprozess wurde transparent gestaltet, indem alle Schritte von der Datenerhebung über die Aufbereitung bis hin zur Auswertung nachvollziehbar dokumentiert wurden. Dadurch wird ersichtlich, wie die Ergebnisse zustande gekommen sind. Ein besonderes Augenmerk galt dem ethisch verantwortungsvollen Umgang mit den Daten. Die Interviews wurden anonymisiert, die Teilnahme erfolgte freiwillig, und die erhobenen Daten wurden ausschließlich für das Forschungsprojekt verwendet.

6.8 Richtung der Analyse (LD)

Im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse wurde der Schwerpunkt der Untersuchung gezielt auf den inhaltlichen Gehalt der Interviewaussagen gelegt. Ziel war es, die individuellen Erfahrungen, Wahrnehmungen und Bedeutungen der Nachsorgegruppe aus der Perspektive der Teilnehmer möglichst differenziert zu erfassen und darzustellen. Dabei stand im Mittelpunkt, wie die Befragten ihre Teilnahme an der Gruppe erleben und welche persönlichen Eindrücke und Bewertungen sie damit verbinden.

Besonders berücksichtigt wurden Aussagen zum Austausch mit anderen Betroffenen, zur erlebten sozialen Unterstützung sowie zu möglichen Veränderungen im Umgang mit belastenden Situationen. Darüber hinaus wurde untersucht, welche Auswirkungen die Gruppenteilnahme auf den Alltag und das emotionale Erleben der Teilnehmer hat und inwiefern die Nachsorgegruppe als hilfreich oder unterstützend wahrgenommen wird.

Der Fokus der Analyse lag bewusst auf den inhaltlichen Aspekten des Interviewmaterials. Sprachliche Besonderheiten, stilistische Aspekte oder tiefgehende biografische Rekonstruktionen einzelner Personen standen nicht im Vordergrund. Stattdessen lag der Fokus darauf, wiederkehrende Themen, Muster und Zusammenhänge innerhalb der Aussagen zu identifizieren. Auf diese Weise sollten zentrale Wirkfaktoren der Nachsorgegruppe herausgearbeitet und in einen übergeordneten Zusammenhang eingeordnet werden.

6.9 Definition der Analyseeinheiten (NK)

Für die qualitative Inhaltsanalyse wurden die folgenden Analyseeinheiten im Vorfeld festgelegt, um eine strukturierte und nachvollziehbare Auswertung des Materials zu gewährleisten:

- Auswertungseinheit: Eine Einheit bestand aus jeweils einem vollständigen Interview. Insgesamt wurden acht Interviews analysiert.
- Kodiereinheit: Als Kodiereinheit wurden einzelne Sinnabschnitte oder Aussagen der Interviewpartner definiert, die aus einzelnen Sätzen oder kurzen Textpassagen bestehen konnten. Dadurch konnten nicht nur einzelne Wörter, sondern inhaltlich geschlossene Aussagen codiert werden.
- Kontexteinheit: Die Kontexteinheit umfasste den gesamten Interviewtext. Dadurch konnte sichergestellt werden, dass einzelne Aussagen im Zusammenhang des gesamten Gesprächs interpretiert wurden. Auf diese Weise sollte vermieden werden, dass Textstellen aus ihrem Sinnzusammenhang gelöst und missverständlich eingeordnet werden.

Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht die Struktur der festgelegten Analyseeinheiten:

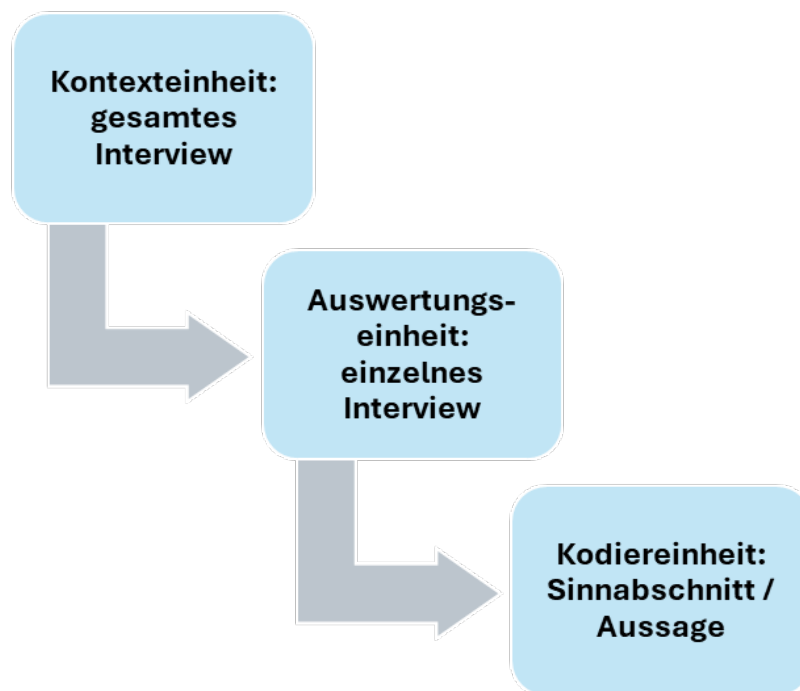


Abbildung 5: Analyseeinheiten der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (eigene Darstellung)

Die Festlegung dieser Analyseeinheiten ermöglichte es, relevante Aussagen gezielt zu codieren, gleichzeitig im Gesamtzusammenhang des jeweiligen Interviews zu interpretieren und das Interviewmaterial strukturiert und nachvollziehbar auszuwerten.

6.10 Kategorienbildung und Kategoriensystem (NK)

Ein zentraler Bestandteil der qualitativen Inhaltsanalyse ist die Entwicklung eines geeigneten Kategoriensystems, in welchem die Kategorien dazu dienen, inhaltlich zusammengehörige Aussagen zu bündeln und das Material systematisch auszuwerten (vgl. Schreier; Weydman, 2013, S. 299-300). Für das Projekt wurden Kategorien sowohl deduktiv als auch induktiv gebildet. Die deduktiven Kategorien ergaben sich aus dem Interviewleitfaden und damit aus den bereits im Vorfeld festgelegten Themenbereichen der Untersuchung. Die induktiven Kategorien wurden ergänzend aus dem Interviewmaterial selbst entwickelt, wenn sich während der Analyse weitere relevante Themen und Bedeutungszusammenhänge zeigten.

Auf diese Weise konnte ein Kategoriensystem entwickelt werden, das sowohl die theoretischen Vorannahmen als auch die tatsächlichen Erfahrungen der Befragten berücksichtigt. Die Kategorien wurden so formuliert, dass sie sich inhaltlich klar voneinander abgrenzen und zugleich den thematischen Gehalt der Interviewaussagen möglichst umfassend abbilden. Die

Zuordnung der Textstellen erfolgte anhand ihres inhaltlichen Schwerpunkts. Das Kategoriensystem diente dazu, thematisch zusammengehörige Aussagen zu bündeln, strukturiert auszuwerten und zentrale Muster innerhalb des Materials sichtbar zu machen. Auf diese Weise konnten die folgenden zentralen Kategorien herausgearbeitet werden:

- Zugang zur Gruppe
- Gruppenerleben
- Austausch / Zuhören
- Soziale Verbundenheit
- Unterstützung im Alltag
- Bewältigung/Resilienz
- Belastungen / Grenzen

Diese Kategorien wurden so formuliert, dass sie sich möglichst klar voneinander abgrenzen lassen und gleichzeitig den thematischen Gehalt des Materials angemessen abbilden. Die Zuordnung einzelner Aussagen zu den Kategorien erfolgte anhand ihres inhaltlichen Schwerpunkts.

Zur Veranschaulichung der Kategorienbildung sowie zur Sicherung der Nachvollziehbarkeit der qualitativen Inhaltsanalyse ist das entwickelte Kategoriensystem mit den entsprechenden Definitionen, Kodierregeln und Beispielzitate aufgeführt:

Kategorie	Definition	Kodierregel	Beispielzitat
Zugang zur Gruppe	Wie Betroffene von der Nachsorgegruppe erfahren und Zugang erhalten	Aussagen zur Kontaktaufnahme, Vermittlung oder Einladung	„Ich wurde damals angeschrieben und eingeladen...“ (I1)
Gruppenerleben	Erste Eindrücke und Erfahrungen in der Gruppe	Aussagen zum ersten Treffen, Gefühlen und Erwartungen	„Am Anfang habe ich nur zugehört...“ (I7)
Austausch / Zuhören	Kommunikation innerhalb der Gruppe	Aussagen über Gespräche, Zuhören, Teilen von Erfahrungen	„Man konnte einfach erzählen und die anderen haben zugehört...“ (I2)

Soziale Verbundenheit	Beziehungen und Gemeinschaftsgefühl	Aussagen über Kontakte, Zugehörigkeit, Unterstützung	„Wir sind wie eine kleine Familie geworden...“ (14)
Unterstützung im Alltag	Auswirkungen auf den Alltag	Aussagen über Hilfe außerhalb der Treffen	„Ich konnte jemanden aus der Gruppe anrufen...“ (16)
Bewältigung / Resilienz	Umgang mit Belastung und Entwicklung von Strategien	Aussagen über Veränderungen, Stabilität, Umgang mit Emotionen	„Ich habe gelernt, besser damit umzugehen...“ (15)
Belastungen / Grenzen	Schwierigkeiten oder negative Aspekte	Aussagen über Überforderung, Unterschiede, Kritik	„Manchmal war es schwierig, weil andere weiter waren...“ (13)

Tabelle 4 Kategoriensystem und Kodierleitfaden (vgl. eigene Darstellung)

6.11 Durchführung der Analyse (LD)

Die Auswertung des Materials erfolgte in mehreren aufeinander aufbauenden Schritten. Zu Beginn wurden sämtliche Interviews vollständig gelesen, um einen ersten Überblick über das Datenmaterial zu erhalten und wiederkehrende Themen zu identifizieren. Anschließend wurden relevante Textstellen markiert und inhaltlich näher geprüft.

Darauf aufbauend wurden die ausgewählten Textpassagen den zuvor entwickelten Kategorien zugeordnet. Dabei wurden nicht nur Aussagen berücksichtigt, die sich direkt auf die Fragen des Leitfadens bezogen, sondern auch ergänzende Schilderungen der Interviewpartner, sofern diese einen inhaltlichen Bezug zur Forschungsfrage aufwiesen.

Im weiteren Verlauf wurden die innerhalb der einzelnen Kategorien gesammelten Aussagen miteinander verglichen, verdichtet und thematisch gebündelt. Auf diese Weise konnten zentrale Muster sowie Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Interviews herausgearbeitet werden.

Um die Ergebnisse anschaulich darzustellen, die Inhalte transparent zuzuordnen sowie die die Analyse eng am empirischen Material zu verankern, wurden ausgewählte Interviewzitate herangezogen.

Ergänzend wurde eine Übersicht über die Häufigkeit zentraler Kategorien erstellt. Diese stellt keine eigenständige quantitative Auswertung dar, sondern dient vielmehr als unterstützendes Instrument, um die Relevanz bestimmter Themen innerhalb des Materials anschaulich darzustellen.

7 Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse (NK)

Im Rahmen des Gruppenprojekts wurden acht leitfadengestützte Interviews mit Personen geführt, die an einer Nachsorgegruppe nach einem Großschadensereignis teilgenommen haben. Die Auswertung erfolgte anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse. Dabei wurden sowohl deduktive Kategorien aus dem Interviewleitfaden als auch induktive Kategorien aus dem Material gebildet. Ziel der Analyse war es, zentrale Themen, wiederkehrende Muster sowie mögliche Wirkfaktoren zu identifizieren. Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse dargestellt.

Zur besseren Übersicht sind die wichtigsten Kategorien sowie deren Häufigkeit der Nennungen in Tabelle X zusammengefasst.

Hauptkategorie	Unterkategorie	Häufigkeit (n)	Beispielzitat
Zugang zur Gruppe	Vermittlung durch Organisation/externe Kontakte	7	„Die Polizei suchte Zeugen... der Opferbeauftragte hat mich kontaktiert.“ (17)
Gruppenerleben	Gefühl des Verstandenwerdens	8	„Ich hatte das Gefühl, dass ich mit meinen Erfahrungen dort richtig war... verstanden wurde.“ (14)
Austausch/Zuhören	Gegenseitiges Zuhören und Erzählen	8	„Für mich war es besonders wichtig zu wissen, dass ich sowohl zuhören

			als auch erzählen konnte.“ (I2)
Soziale Verbundenheit	Aufbau neuer sozialer Kontakte	8	„Ich habe meine beste Freundin dort kennengelernt... wir sind alle zu Freunden geworden.“ (I4)
Bewältigung/Resilienz	Entwicklung von Bewältigungsstrategien	8	„Das half mir zu verstehen, dass meine Reaktionen normale Folgen eines Traumas sind.“ (I6)
Belastungen/Grenzen	Unterschiedliche Verarbeitungsstände	3	„Manchmal war es schwierig, weil andere noch ganz am Anfang standen und ich schon weiter war.“ (I3)

Tabelle 5 Kategorisierung und Häufigkeit der Nennungen (vgl. eigene Darstellung)

Hinweis: Die Häufigkeitsangaben dienen der Veranschaulichung und stellen keine statistische Auswertung dar. Zudem dienen die ausgewählten Zitate der Veranschaulichung und stellen exemplarische Aussagen dar. Die Kategorien basieren jedoch auf der Auswertung aller Interviews.

Die folgende Abbildung fasst die wichtigsten Ergebnisse und deren Zusammenhänge grafisch zusammen:

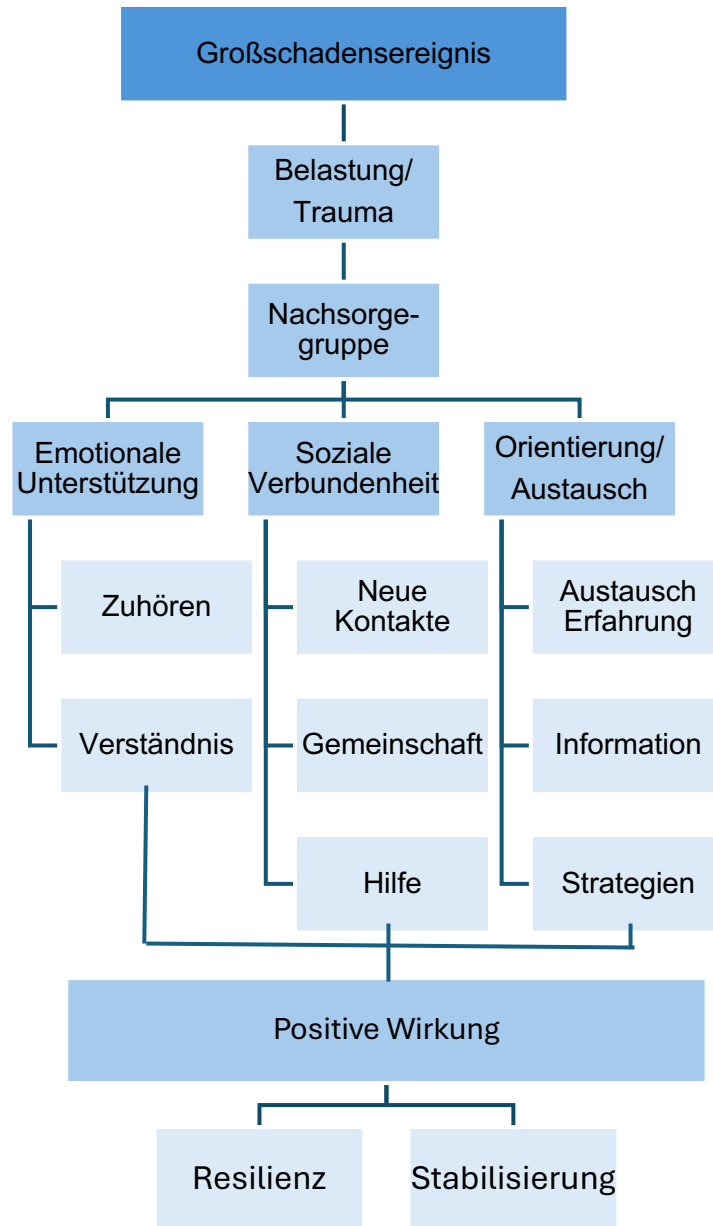


Abbildung 6: Wirkmodell der Nachsorgegruppe auf Basis der Interviewanalyse (eigene Darstellung)

Die Abbildung verdeutlicht, dass die Nachsorgegruppe als zentrale Intervention zwischen der erlebten Belastung durch das Großschadensereignis und der Entwicklung von Stabilisierung bzw. Resilienz fungiert. Dabei wirken insbesondere emotionale Unterstützung, soziale Verbundenheit sowie der Austausch mit anderen Betroffenen als zentrale Wirkfaktoren. Diese tragen dazu bei, die Verarbeitung des Erlebten zu unterstützen und langfristig zu einer verbesserten Bewältigung beizutragen.

7.1 Zugang zur Nachsorgegruppe (NK)

Die Auswertung der Interviews zeigt, dass der Zugang zur Nachsorgegruppe in vielen Fällen nicht eigenständig durch die Betroffenen erfolgte, sondern durch externe Akteure initiiert wurde. Mehrere Interviewpartner berichteten, dass sie durch Hinweise von Organisationen, Medien, Polizei oder über persönliche Kontakte auf das Angebot aufmerksam wurden: „Ich wurde damals angeschrieben und eingeladen – von allein hätte ich wahrscheinlich gar nicht gewusst, an wen ich mich wenden kann.“ (I3). Diese Aussagen zeigen, dass Betroffene nach Großschadensereignissen häufig nicht aktiv nach Unterstützung suchen, sondern auf niedrigschwellige und proaktive Angebote angewiesen sind. Insbesondere direkte Ansprache oder persönliche Einladung können dabei eine entscheidende Rolle spielen.

Weiter zeigt sich, dass der Zeitpunkt der Teilnahme an der Nachsorgegruppe individuell stark variierte. Während einige Betroffene zeitnah nach dem Ereignis Unterstützung in Anspruch nahmen, suchten andere erst deutlich später Hilfe: „Ich habe erst etwa ein Jahr versucht, allein damit klarzukommen – erst als es gar nicht mehr ging, bin ich zur Gruppe gekommen.“ (I6). Diese zeitliche Spannweite weist darauf hin, dass der Bedarf an psychosozialer Unterstützung nicht unmittelbar nach dem Ereignis einsetzt, sondern sich individuell unterschiedlich entwickelt. Nachsorgeangebote sollten daher langfristig verfügbar und zugänglich sein.

7.2 Erstes Gruppenerleben (NK)

Das erste Treffen in der Nachsorgegruppe wurde von den Interviewten unterschiedlich erlebt. So berichteten mehrere Personen, dass sie zu Beginn eher zurückhaltend waren und zunächst vor allem die Erzählungen anderer Gruppenmitglieder verfolgten: „Am Anfang habe ich nur zugehört und konnte noch gar nicht über meine eigenen Erlebnisse sprechen.“ (I8).

Das Zuhören wurde jedoch bereits als entlastend wahrgenommen, da die Teilnehmer erkannten, dass andere Personen ähnliche Gefühle und Reaktionen erlebten. Dieses Erleben wurde als erster wichtiger Schritt im Verarbeitungsprozess beschrieben. Gleichzeitig wurde das erste Gruppentreffen von einigen Befragten als emotional intensiv oder zunächst ungewohnt erlebt. So berichtet eine Person: „Ich fand das erste Treffen zunächst befremdlich, weil ich so etwas vorher noch nie gemacht hatte.“(I5).

Trotz anfänglicher Unsicherheiten entwickelte sich im weiteren Verlauf bei den meisten Teilnehmern ein Gefühl von Sicherheit und Vertrauen innerhalb der Gruppe. Sehr bedeutsam war dabei die Erfahrung, auf Menschen zu treffen, die ähnliche Ereignisse erlebt hatten und das eigene Erleben nachvollziehen konnten. Dies wird in folgender Aussage deutlich: „Es war wichtig zu merken, dass andere ähnliche Dinge erlebt haben und ich damit nicht allein bin.“(I6).

Es zeigt sich, dass das erste Gruppenerleben häufig durch eine anfängliche Zurückhaltung geprägt ist, sich jedoch rasch in ein Gefühl von Zugehörigkeit und gegenseitigem Verständnis entwickelt. Dieses Erleben stellt eine zentrale Grundlage für die weitere Wirkung der Nachsor-gegruppe dar.

7.3 Bedeutung des gegenseitigen Austauschs (LD)

Der Austausch mit anderen Betroffenen stellte einen der wichtigsten Faktoren der Gruppenwirkung dar. Viele Interviewte betonten, dass das Gespräch mit Menschen, die eine ähnliche Situation erlebt hatten, eine besondere Form des Verständnisses ermöglichte: „Mit Menschen zu sprechen, die das Gleiche erlebt haben, war etwas ganz anderes – man musste nichts erklären.“ (I2).

Im Gegensatz zu Gesprächen mit Personen aus dem persönlichen Umfeld fühlten sich die Teilnehmer innerhalb der Gruppe weniger erklärungsbedürftig. Gefühle, Gedanken und Reaktionen mussten nicht ausführlich begründet werden, da ähnliche Erfahrungen bereits vorhanden waren: „Jeder hat seine Geschichte erzählt, das hat so viel geholfen. Wir haben auch voneinander gelernt, wie man damit umgeht.“ (I4). Viele Teilnehmer berichteten, dass es bereits hilfreich war, anderen zuzuhören und deren Bewältigungsstrategien kennenzulernen. Dadurch entstand eine Form des gemeinsamen Lernens und der gegenseitigen Unterstützung.

7.4 Soziale Verbundenheit (LD)

Ein weiteres zentrales Ergebnis der Interviews ist die Bedeutung sozialer Beziehungen, die innerhalb der Gruppe entstanden sind: „Wir sind mit der Zeit wie eine kleine Familie geworden.“ (I1).

Mehrere Interviewpartner berichteten, dass aus den Gruppentreffen langfristige Kontakte oder sogar Freundschaften entstanden sind: „Ich habe mich nicht mehr allein gefühlt, weil ich wusste, da sind Menschen, die mich verstehen.“ (I2). Diese Beziehungen bestanden teilweise auch über die eigentlichen Gruppentreffen hinaus. Einige Personen berichteten von regelmäßigen Telefonkontakten oder privaten Treffen mit anderen Gruppenmitgliedern. Die Gruppe wurde von mehreren Befragten als eine Art Gemeinschaft beschrieben, in der sich die Mitglieder gegenseitig unterstützen. Diese soziale Verbundenheit trug wesentlich dazu bei, Gefühle von Isolation zu reduzieren.

7.5 Unterstützung im Alltag (NK)

Die Wirkung der Nachsorgegruppe beschränkte sich nicht ausschließlich auf die Treffen selbst, sondern hatte auch Auswirkungen auf den Alltag der Teilnehmer. Viele Interviewpartner berichteten, dass ihnen das Wissen um die Gruppe und die dort entstandenen Kontakte auch außerhalb der Treffen Halt gegeben hat: „Allein zu wissen, dass ich jemanden aus der Gruppe anrufen kann, hat mir schon sehr geholfen.“ (I6).

In belastenden Situationen, etwa an Jahrestagen des Ereignisses oder bei emotional schwierigen Momenten, konnte der Austausch mit anderen Betroffenen eine wichtige Unterstützung darstellen. Einige Teilnehmer berichteten, dass sie durch die Gruppe gelernt haben, besser mit belastenden Gedanken und Gefühlen umzugehen: „Nach den Treffen ging es mir oft besser – ich konnte die Woche danach viel leichter bewältigen.“ (I7).

Darüber hinaus wurde die Gruppe teilweise auch als Entlastung für das familiäre Umfeld erlebt, da belastende Themen innerhalb der Gruppe besprochen werden konnten: „Ich musste nicht alles zu Hause besprechen, sondern konnte vieles in der Gruppe lassen.“ (I2).

7.6 Entwicklung von Resilienz und Bewältigungsstrategien (NK)

Viele Interviewpartner berichteten, dass die Teilnahme an der Gruppe langfristig zu einer besseren Bewältigung belastender Situationen beigetragen hat. Einige Personen beschrieben, dass sie im Laufe der Zeit mehr innere Stabilität entwickelt haben und mit emotionalen Belastungen besser umgehen, könne: „Ich habe gelernt, mir Zeit zu nehmen und nicht sofort zu reagieren, sondern Dinge erst zu verarbeiten.“ (I6).

Dabei spielte auch der Austausch über unterschiedliche Bewältigungsstrategien eine wichtige Rolle: „Ich bin heute ruhiger und kann mit belastenden Situationen besser umgehen.“ (I8).

Durch die Gespräche mit anderen Betroffenen konnten neue Perspektiven und Umgangsweisen mit der eigenen Situation kennengelernt werden: „Zu sehen, wie andere mit der Situation umgehen, hat mir geholfen, meinen eigenen Weg zu finden.“ (I5).

Allerdings wurde auch deutlich, dass die Verarbeitung traumatischer Ereignisse ein langfristiger Prozess ist und nicht bei allen Teilnehmern gleich verläuft. Während einige Personen von deutlichen Verbesserungen berichteten, schilderten andere weiterhin bestehende Belastungen: „Es gibt Tage, an denen es gut geht, und andere, an denen alles wieder hochkommt.“ (I6).

7.7 Grenzen und offene Bedürfnisse (LD)

Neben den vielen positiven Erfahrungen wurden auch einzelne Herausforderungen oder Grenzen der Gruppenarbeit genannt. Einige Interviewpartner berichteten, dass sie sich bei den ersten Treffen emotional stark belastet fühlten oder sich zunächst unsicher waren, wie offen sie über ihre Erfahrungen sprechen möchten: „Die ersten Treffen waren für mich sehr anstrengend und emotional belastend.“ (I4) oder „Ich wusste am Anfang nicht, wie offen ich über alles sprechen kann.“ (I7).

Zudem wurde deutlich, dass nicht alle Themen für alle Gruppenmitglieder gleichermaßen relevant waren. Unterschiedliche Lebenssituationen und individuelle Verarbeitungsprozesse führten teilweise zu unterschiedlichen Bedürfnissen innerhalb der Gruppe: „Manche Themen haben mich nicht mehr so betroffen, während andere noch stark darin waren.“ (I3).

Einzelne Teilnehmer äußerten zudem den Wunsch nach ergänzenden Unterstützungsangeboten, beispielsweise in Form individueller Gespräche oder weiterer Treffen nach längeren Zeiträumen: „Heute würde ich ergänzend auch Einzelgespräche in Anspruch nehmen.“ (I1).

7.8 Zusammenfassung der Ergebnisse (LD)

Die qualitative Inhaltsanalyse zeigt, dass Nachsorgegruppen nach Großschadensereignissen von den Teilnehmern überwiegend als sehr hilfreich erlebt werden. Bedeutsam sind dabei das Gefühl des gegenseitigen Verständnisses, die Möglichkeit zum Austausch mit ähnlich Betroffenen sowie die daraus entstehende soziale Unterstützung.

Die Gruppe erfüllt dabei mehrere Funktionen: Sie bietet einen Raum für emotionalen Austausch, ermöglicht gegenseitiges Zuhören und Lernen von Bewältigungsstrategien und schafft langfristige soziale Beziehungen. Gleichzeitig zeigen die Interviews, dass der Umgang mit traumatischen Erfahrungen ein individueller und langfristiger Prozess bleibt.

Die Ergebnisse unterstreichen somit die wichtige Rolle gruppenbasierter Nachsorgeangebote innerhalb der psychosozialen Unterstützung nach Großschadensereignissen: „Man sollte solche Situationen nicht allein durchstehen – das Zuhören und der Austausch helfen enorm.“ (I2) oder „Das Gefühl, verstanden zu werden, war für mich das Wichtigste.“ (I1).

8 Diskussion (LD)

Die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse zeigen, dass Nachsorgegruppen nach Großschadensereignissen von den Teilnehmern insgesamt als sehr hilfreich erlebt werden. In den

Interviews wird besonders deutlich, dass der Austausch mit Menschen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben, eine zentrale Rolle spielt. Viele Befragte beschreiben, dass sie sich innerhalb der Gruppe erstmals wirklich verstanden fühlten, ohne ihre Gefühle oder Reaktionen ausführlich erklären zu müssen.

Ein wichtiger Wirkfaktor scheint dabei die gemeinsame Erfahrung zu sein. Während Gespräche im privaten Umfeld oft durch unterschiedliche Perspektiven geprägt sind, entsteht in der Gruppe ein Raum, in dem das Erlebte unmittelbar nachvollzogen werden kann. Dadurch kommt es bei vielen Teilnehmern zu einer Art Normalisierung ihrer eigenen Reaktionen. Gefühle wie Angst, Unsicherheit oder Überforderung werden als verständlich erlebt, was häufig zu einer spürbaren Entlastung führt. Einige Aussagen verdeutlichen dies besonders eindrücklich, etwa wenn beschrieben wird, dass die Teilnahme an der Gruppe einen entscheidenden Beitrag zur eigenen Verarbeitung geleistet hat.

Neben diesem emotionalen Aspekt wird in den Interviews auch die soziale Bedeutung der Gruppen deutlich. Innerhalb der Nachsorgegruppen entstehen häufig Beziehungen, die über die eigentlichen Treffen hinaus bestehen bleiben. Teilnehmer berichten von Kontakten, die sich zu Freundschaften entwickelt haben oder im Alltag unterstützend wirken. Dadurch wird nicht nur das Gefühl von Isolation reduziert, sondern es entsteht ein stabiles Netzwerk, das auch außerhalb der Gruppensitzungen Halt geben kann.

Weiter zeigt sich, dass der Austausch innerhalb der Gruppe dazu beiträgt, neue Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Viele Befragte berichten, dass sie durch die Erfahrungen anderer neue Perspektiven auf ihre eigene Situation gewinnen konnten. Dabei geht es weniger um konkrete „Lösungen“, sondern vielmehr um ein gegenseitiges Lernen im Umgang mit belastenden Gedanken und Gefühlen. Dieser Prozess scheint langfristig zur Stabilisierung beizutragen und kann als ein wichtiger Bestandteil der individuellen Verarbeitung verstanden werden.

In den Interviews wird deutlich, dass die Wirkung der Nachsorgegruppen nicht für alle Teilnehmer gleich ist. Unterschiedliche Verarbeitungsstände sowie individuelle Lebens-situationen führen dazu, dass die Bedürfnisse innerhalb der Gruppe variieren. Einige Befragte berichten beispielsweise, dass sie sich zeitweise weniger angesprochen fühlten, wenn andere Gruppenmitglieder sich noch in einer anderen Phase der Verarbeitung befanden. Dies macht deutlich, dass gruppenbasierte Angebote zwar einen wichtigen Beitrag leisten, jedoch nicht alle individuellen Bedürfnisse vollständig abdecken können.

Ein weiterer relevanter Aspekt ist der zeitliche Abstand zum jeweiligen Ereignis. In den Interviews zeigt sich, dass Personen, deren Erlebnis weiter zurückliegt, häufig einen stabileren Umgang mit ihren Erfahrungen entwickelt haben. Im Gegensatz dazu berichten Teilnehmer mit

geringerem zeitlichem Abstand zum Ereignis noch von einer stärkeren emotionalen Belastung. Dieser Unterschied verdeutlicht, dass die Verarbeitung traumatischer Ereignisse ein individueller und oft langfristiger Prozess ist, der nicht linear verläuft.

Insgesamt unterstreichen die Ergebnisse die Bedeutung von Nachsorgegruppen als wichtigen Bestandteil der psychosozialen Unterstützung nach Großschadensereignissen. Sie bieten einen geschützten Rahmen für Austausch, fördern soziale Beziehungen und unterstützen die Entwicklung von Bewältigungsstrategien. Gleichzeitig wird deutlich, dass solche Angebote idealerweise durch individuelle Unterstützungsmaßnahmen ergänzt werden sollten, um den unterschiedlichen Bedürfnissen der Betroffenen gerecht zu werden.

8.1 Limitationen der Untersuchung (NK)

Trotz der gewonnenen Erkenntnisse weist die vorliegende Untersuchung einige methodische Einschränkungen auf, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen. Zunächst ist die Stichprobengröße mit insgesamt acht Interviews klein. Ziel der qualitativen Forschung ist zwar nicht die statistische Repräsentativität, sondern ein vertieftes Verständnis individueller Erfahrungen, allerdings schränkt die geringe Fallzahl die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Kontexte oder Personengruppen ein.

Darüber hinaus basiert die Untersuchung auf subjektiven Aussagen der Interviewpartner. Die erhobenen Daten spiegeln individuelle Wahrnehmungen, Deutungen und Erinnerungen wider, die nicht objektiv überprüfbar sind. Dies ist ein grundlegendes Merkmal qualitativer Forschung, kann jedoch zu Verzerrungen führen, wenn persönliche Bewertungen oder emotionale Verarbeitungsprozesse eine Rolle spielen.

Ein weiterer limitierender Faktor ergibt sich aus der Heterogenität der untersuchten Ereignisse. Die Interviewpartner berichten von unterschiedlichen Großschadensereignissen, wie Flugzeugabstürzen, Naturkatastrophen oder Gewaltereignissen, die sich in ihrer Art als auch in ihren psychosozialen Auswirkungen unterscheiden. Dadurch kann die Vergleichbarkeit der Erfahrungen eingeschränkt sein.

Zudem variiert der zeitliche Abstand zwischen dem jeweiligen Ereignis und der Teilnahme an den Interviews erheblich. Während einige Befragte ihre Erfahrungen aus einer größeren zeitlichen Distanz reflektieren konnten, befanden sich andere noch in einem früheren Stadium der Verarbeitung. Dies kann die Wahrnehmung und Bewertung der Nachsorgegruppe beeinflussen und erschwert eine direkte Vergleichbarkeit der Aussagen. Auch die retrospektive Erhebung der Daten könnte die Untersuchung beeinflussen. Da die Interviews im Nachhinein ge-

führt wurden, besteht die Möglichkeit von Erinnerungsverzerrungen, wodurch bestimmte Aspekte im Laufe der Zeit anders bewertet oder erinnert werden könnten, was die Genauigkeit der Aussagen beeinflussen kann.

Abschließend ist die Interviewsituation selbst zu berücksichtigen. Denn trotz offener Fragestellung und bewusster Zurückhaltung seitens der Interviewenden kann nicht vollständig ausgeschlossen werden, dass soziale Erwünschtheit oder die Gesprächssituation die Antworten beeinflusst haben.

Zusammenfassend geben Ergebnisse wertvolle Einblicke in die subjektiven Erfahrungen von Betroffenen, sollten aber in Anbetracht der genannten Limitationen, vorsichtig interpretiert und nicht im Sinne einer allgemeinen Verallgemeinerung verstanden werden.

8.2 Praktische Implikationen (NK)

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung lassen sich mehrere praxisrelevante Implikationen für die Gestaltung psychosozialer Nachsorgeangebote nach Großschadensereignissen ableiten.

Ein zentraler Aspekt betrifft die Zugänglichkeit von Nachsorgegruppen. Die Interviews zeigen, dass viele Betroffene nicht eigenständig nach Unterstützung suchen oder ausreichend über Angebote aufgeklärt werden, sondern auf Hinweise von außen angewiesen sind. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, Nachsorgeangebote möglichst niedrigschwellig zu gestalten und frühzeitig sichtbar zu machen. Dies kann durch gezielte Informationsweitergabe über Behörden, Hilfsorganisationen oder medizinische Einrichtungen erfolgen. Weiter wird deutlich, dass eine aktive Ansprache von Betroffenen eine wichtige Rolle spielt. Mehrere Interviewpartner berichteten, dass sie erst durch persönliche Einladungen oder Hinweise auf das Angebot aufmerksam wurden. Dies unterstreicht die Bedeutung proaktiver Maßnahmen, um Betroffene zu erreichen und ihnen den Zugang zu Unterstützungsangeboten zu erleichtern.

Ein weiterer wichtiger Befund ist, dass Nachsorgegruppen zwar einen wesentlichen Beitrag zur Verarbeitung belastender Ereignisse leisten, jedoch nicht für alle Bedürfnisse gleichermaßen ausreichend sind. Die Auswertung der Interviews verdeutlicht, dass unterschiedliche Verarbeitungsprozesse und individuelle Lebenssituationen eine ergänzende Unterstützung erforderlich machen können. Deshalb erscheint es sinnvoll, gruppenbasierte Angebote durch individuelle Hilfsformate, wie etwa Einzelgespräche oder weiterführende Beratungsangebote, zu ergänzen.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass eine Kombination aus niedrighwelligen, proaktiv vermittelten Gruppenangeboten und ergänzenden individuellen Unterstützungsmaßnahmen besonders geeignet ist, um den unterschiedlichen Bedürfnissen von Betroffenen nach Großschadensereignissen gerecht zu werden.

Literaturverzeichnis

- Amrhein, C. (2015). *Trauma als unverarbeitete seelische Verletzung – Akute Belastungsreaktion und Posttraumatische Belastungsstörung*. <https://www.therapie.de/psyche/info/index/diagnose/trauma/definition-trauma/> (25.01.2026).
- Barnhill, J.W. (2025). *Angststörungen und Belastungsstörungen*. MSD Manual. <https://www.msmanuals.com/de/heim/psychische-gesundheitsst%C3%B6rungen/angstst%C3%B6rungen-und-belastungsst%C3%B6rungen> (01.02.2026).
- Bäumel, J.; Pitschel-Walz, G. (2008). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Baur, N.; Blasius, J. (2019). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH (http://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_44).
- Bender, J.; (2025). *Tod und Trauer – Eine Hinführung zum Thema*. In: Praxisbuch Trauerbegleitung. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bock, T.; Mahlke, C.; Nixdorf, R.; Schulz, G.; Sielaff, G. (2019). *Einsatzmöglichkeiten von Peerbegleitung in der psychiatrischen Versorgung*. Bundesgesundheitsblatt. Springer, S. 214–221.
- Bonanno, G. (2004). *Loss, trauma, and human resilience*. American Psychologist, 59, S. 102–103.
- Eberle, D. J.; Maercker, A. (2024). *Belastungsbezogene Störungen in der ICD-11*. Die Psychotherapie 69, S. 179–183. <https://doi.org/10.1007/s00278-023-00707-0> (28.01.2026).
- Eckhardt, J. (2017). *Wenn Trauma und Trauer aufeinandertreffen*. In: Monika Müller (Hrsg.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ehrenthal, J.C.; Dinger, U.; Nikendei, C.; Lambert, L.; Schauenburg, H.; Schöckel, A. (2020). *Gruppentherapie zu Stabilisierung und Selbstregulation bei posttraumatischer Belastungsstörung (STABILI-T)*. Psychotherapeut, S. 264–271.
- Endres, C. (2018). *Leitfadeninterview – Durchführung & Vor- und Nachteile*. <https://www.bachelorprint.de/methodik/leitfadeninterview/#1710322434477-e44a6c94-4e2c> (17.03.2026).
- Fingerle, M. (2010). *Risiko und Resilienz*. In: Kaiser et al. (Hrsg.). Bildung und Erziehung. Kohlhammer, S. 135–142.

- Flory, L. (2022). *Traumatasensibler und empowernder Umgang mit Geflüchteten – Ein Praxisleitfaden*. BAfF e.V. Berlin.
- Goddemeier, C. (2022). Richard Lazarus (1922–2002): *Theorie zur Stressbewältigung*. Deutsches Ärzteblatt 8/2022.
- Henninger, M. (2016). *Resilienz*. In: Frey (Hrsg.). *Psychologie der Werte*. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 157–165.
- Jatzko, H. (2026) *Stiftung Katastrophen-Nachsorge*. Die Stiftung. <https://www.katastrophen-nachsorge.de/stiftung/> (27.03.2026)
- Jatzko, H.; Jatzko, S.; Seidlitz, H. (1995). *Das durchstoßene Herz*. Ramstein 1988 – Beispiel einer Katastrophen-Nachsorge. Edewecht: Stumpf und Kossendey.
- Jatzko, S. (2020). *Katastrophen-Nachsorge in einer Schicksalsgemeinschaft*. In: Karutz et al. (Hrsg.) *Wege zur Psychosozialen Notfallversorgung*. Edewecht: SK-Verlag.
- Jatzko, S. (2021). *Nicht jede Trauer ist ein Trauma*. AGUS Schriftreihe, 1. Auflage.
- Kapfhammer, H.-P. (2018). *Trauma und Traumafolgestörung*. <https://oegpb.at/2018/05/28/trauma-und-trauma-folgestoerungen/> (25.01.2026).
- Knaevelsrund, C.; Liedl, A.; Maercker, A. (2018). *Gruppentherapie bei Traumafolgestörungen*. In: Strauß & Dankwart (Hrsg.). *Gruppenpsychotherapie*. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 319–330.
- Leu, B. (2019). *Angst, Verlust, Trauer und die Frage nach dem Sinn*. Wiesbaden: Springer, S. 16–19.
- Mangelsdorf, J. (2020). *Posttraumatisches Wachstum*. Berlin: Springer.
- Masten, A. S. (2001). *Ordinary magic: Resilience processes in development*. *American Psychologist*, 56, S. 227–238.
- Mayring, P. (2019). *Qualitative Inhaltsanalyse – Abgrenzungen, Spielarten, Weiterentwicklungen*. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 20(3), S. 1-15. <https://doi.org/10.17169/fqs-20.3.3343> (21.03.2026).
- Mühlig, S.; Jacobi, F. (2020). *Psychoedukation*. In: Hoyer & Knappe (Hrsg.). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 557–570.
- Müller, H.; Kiepke-Ziemes, S.; Münch, U. (2022). *Wie Menschen Verluste verarbeiten – Das Duale Prozessmodell systemisch gedacht*. *Systeme* 2(22), S. 148–165. https://oeas.at/fileadmin/root_oeas/Dokumente/systeme/systeme_2022/Systeme_2-2022_Mueller_Kiepke-Ziemes_Muench.pdf (30.01.2026).

- Nafarieh, K.; Gutwinski, S. (2025). *Wenn Trauer krankhaft wird*. In: *Neurologie & Psychiatrie*, Vol. 27, S. 28–34.
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). *The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html> (20.03.2026).
- Neurologen und Psychiater im Netz (o.J.). *Risikofaktor: Trauma oder schwere Belastung*. <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/risikofaktoren/traumata-schwere-belastungen/> (28.01.2026).
- Nijstad, B.A.; Van Knippenberg, D. (2018). *Gruppenpsychologie: Grundlegende Prinzipien*. In: Stroebe et al. (Hrsg.). *Sozialpsychologie*. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 409–441.
- Oltjenbruns, K. (2001). *Developmental Context of Childhood: Grief and Regrief Phenomena*. In: Stroebe et al. (Hrsg.). *Handbook of Bereavement Research*, S. 169–197.
- Reichel, R.; Gahleitner, S. (2017). *Trauer ist nicht nur Trauer, und Trauma ist nicht nur Trauma*. https://www.reichel-reichel.at/wp-content/uploads/2021/02/Reichel_Gahleitner_Trauer_und_Trauma.pdf (28.01.2026).
- Rosenblatt, P. (2008). *Grief Across Cultures*. In: Stroebe et al. (Hrsg.). *Handbook of Bereavement Research and Practice*, S. 207–222.
- Schreier, M.; Weydmann, N. (2023). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schriefers, S. (2007). *Trauma und Bewältigungsmöglichkeiten*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Stürmer, K. (2025). *Neurobiologie der Trauer*. <https://blog.uni-regensburg.de/neurobiologie-der-trauer> (29.01.2026).
- Tedeschi, R.G.; Calhoun, L.G. (1996). *The posttraumatic growth inventory*. *Journal of Traumatic Stress*, 9, S.455–471.
- Tedeschi, R.G.; Calhoun, L.G. (2004). *Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence*. *Psychological Inquiry*, 15, S.1–18.
- Wagner, B. (2013). *Spezifische Todesumstände und Trauergruppen*. In: Wagner (Hrsg.). *Komplizierte Trauer. Grundlagen, Diagnostik und Therapie*. Berlin/ Heidelberg: Springer, S. 33–86.

Wagner, B. (2024) *Wann ist Trauer eine Krankheit*. DNP – Die Neurologie & Psychiatrie,
S. 55–6

Hilfsmittelliste

Digitales oder KI-Tool: Name	Funktion, für die das KI-Tool verwendet wurde	Benutzt in folgenden Teilen der Arbeit (ggf. Seiten- und Absatzangaben)	Prompt-Inputs bzw. Hinweise zum Umgang und den Arbeitsschritten mit dem KI-Tool	Zusätzliche Informationen (hier auch möglich: Reflexion)
Microsoft Co-Pilot	Sprachliche Glättung	Kapitel:4.3.1, 4.4.1, 4.4.2	Sprachliche Glättung einzelner Abschnitte; Anpassung mancher Sätze zur Förderung des Leseflusses	Die KI hat lediglich lange verschachtelte Sätze von mir so angepasst, dass das Verständnis und der Lesefluss verbessert werden. Es waren allerdings meine Gedanken und Worte.
ChatGPT	Prüfung von Verständlichkeit und sprachliche Glättung	Kapitel: 2; 6; 7; 8	Sprachliche Glättung einzelner Abschnitte; Anpassung mancher Sätze zur Förderung des Leseflusses	Die KI hat einzelne Phrasen der Sätze zur besseren Verständlichkeit umformuliert und dadurch den Lesefluss erleichtert bzw. einzelne Sätze verständlicher formuliert und an den Rest der Arbeit angepasst.

Chat GPT	Korrektur von Rechtschreibung und Grammatik, Sprachliche Glättung	Kapitel: Executive Summary, 1, 5, 6.4	Bitte um Korrektur von Rechtschreibung, Grammatik und sprachliche Glättung	Die KI wurde zur Überprüfung einzelner Abschnitte und Formulierungen hinsichtlich Rechtschreibung und sprachlicher Korrektheit verwendet. Der inhaltliche Beitrag der Arbeit basiert ausschließlich auf meiner eigenen Leistung.
----------	---	--	--	--

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Ausarbeitung zum Gruppenprojekt ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Diese Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Dietmannsried, 24./25.4.2026

Laura Dueller

N. Hofmann

Anna Jörker

Ich bin damit einverstanden, dass meine Arbeit auf dem Online-Campus der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft veröffentlicht wird. Sofern die Arbeit in Zusammenarbeit mit einem Unternehmen entstanden ist, versichere ich, dass auch dieses mit der Veröffentlichung der Arbeit auf dem Online-Campus einverstanden ist.

Dietmannsried, 24./25.4.2026

Laura Dueller

N. Hofmann

Anna Jörker