

PSYCHOSOCIAL SUPPORT AND PREVENTION FOR SECOND VICTIMS

PSYCHOSOZIALE UNTERSTÜTZUNG FÜR HELFER - ZUR PRÄVENTION VON TÄTIGKEITSBEDINGTEN ERKRANKUNGEN

Marion Koll-Krüsmann

Fachliche Leitung, PSU-Akut e.V., München, Germany

SUMMARY

Emergency personnel, but also medical personnel and other assisting groups have a significantly increased risk of developing trauma disorder after extreme work-related experiences. In order to counter these, Germany offers extensive preventive measures for primary, secondary and tertiary prevention. The aim of this article is to outline the most important elements of psychosocial support for second victims. Psychoeducation is an important and effective component of these concepts. Finally, the most frequently formulated question, why conversations about critical incidents are helpful, is revisited.

Key words: peer-support - psychosociale support for second victims - posttraumatic stress disorder (PTSD) - Trauma-Confrontation

ZUSAMMENFASSUNG

Einsatzkräfte, aber auch medizinisches Personal und andere helfende Berufsgruppen, haben ein deutlich erhöhtes Risiko, nach extremen tätigkeitsbezogenen Erfahrungen eine Traumafolgestörung auszubilden. Um Diesen zu begegnen, werden in der BRD flächendeckende präventive Maßnahmen zur primären, sekundären und tertiären Prävention angeboten. Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, die wichtigsten Elemente der psychosozialen Unterstützung im Bereich der sekundären Traumatisierung zu skizzieren. Psychoedukation ist ein wichtiger und effektiver Baustein dieser Konzepte. Abschließend wird die Frage, warum Gespräche über extreme Einsätze überhaupt hilfreich sind, aufgegriffen.

Schlüsselwörter: Peer-Support - Psychosoziale Notfallversorgung-E (PSNV-E) - Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) - Trauma-Auseinandersetzung

* * * * *

TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN IM EINSATZWESEN

Was bedeutet das, ein Trauma zu erleben? Zunächst einmal nur, dass ein Mensch in eine Erfahrung involviert ist, in der es in Bezug auf ihn selbst oder andere Menschen die er sieht oder kennt, um Leben und Tod geht. Relevant ist dabei die subjektive Einschätzung des Ausmaßes der Lebensbedrohung und nicht die faktische Bedrohung, die sich im Nachhinein präsentiert.

Ein Trauma zu erleben hat zunächst einmal keinen Krankheitswert an sich. Viele Menschen können nach einer gewissen Zeit der Erschütterung, annähernd so weiterleben als vor der traumatischen Erfahrung. Andere können sogar durch und über die schmerzhaften Anpassungsprozesse der Verarbeitung hinaus, positive Veränderungen ihrer Lebensgestaltung beschreiben. Tedeschi und Calhoun (Tedeschi & Calhoun 1996) sprechen hier von „posttraumatischem Wachstum“. Dieses beinhaltet eine erhöhte Wertschätzung des Lebens an sich, das intensivere Erleben von persönlichen Beziehungen, ein erhöhtes Bewusstsein für seine eigenen Stärken, die Entdeckung neuer Möglichkeiten im Leben sowie ein intensiviertes spirituelles Bewusstsein.

Nur etwa 30 Prozent der Betroffenen entwickeln in den, dem Trauma folgenden, Tagen und Wochen eine klinisch relevante Traumasympptomatik. Nur bei etwa 3-

8% bleiben die Symptome über einen längeren Zeitpunkt bestehen. Bezogen auf Dauer, Schwere und Häufigkeit der traumatischen Erfahrung, gibt es sehr große Unterschiede bezüglich der Ausprägung der Traumasympptomatik. Wie verarbeiten nun Einsatzkräfte, die ja direkt und unmittelbar mit direkt Betroffenen zu tun haben, ihre Eindrücke?

Mitarbeiter in helfenden Berufen zählen zu einer Hochrisikogruppe hinsichtlich der Entwicklung psychischer Belastungen. Diese Problematik wird seit den 1990er Jahren beschrieben (Hodgkinson & Stewart 1991). Der in diesem Zusammenhang verwendete Begriff „sekundäre Traumatisierung“ verdeutlicht, dass die traumatische Erfahrung im Rahmen einer Tätigkeit entsteht, die durch Hilfsmaßnahmen im Bereich der „primären Traumatisierung“ (direkt Betroffene, Angehörige, Zeugen) gekennzeichnet ist. Dass auch die Seele der Einsatzkräfte 3 „brennen“ kann, bedeutet nicht, dass diese Personengruppe besonders anfällig wäre. Einsatzkräfte sind durchaus psychisch gesund und robust, aber durch die überdurchschnittlich häufige Konfrontation mit Ereignissen bei denen es um Leben und Tod geht, besteht trotz hoher Belastbarkeit die Gefahr einer psychischen Überlastung mit potentiellem Krankheitswert. Neuere Forschungsergebnisse aus dem Umfeld von Einsatzkräften der Feuerwehr unterstützen diese Ergebnisse und Hypothesen (Krüsmann et al. 2006).

WAS SIND TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN?

Unter Traumafolgestörungen versteht man alle psychischen und körperlichen Erkrankungen, die in Folge einer traumatischen Erfahrung auftreten können.

In den Stunden unmittelbar nach einer Traumatisierung spricht man von einer Akuten Belastungsreaktion (ABR). Dissoziatives Erleben (z.B. ein Erleben als ob man neben sich stehe oder keine Emotionen), Ängste, extrem belastende Gefühle und Gedanken stehen hier im Vordergrund. Bei vielen Betroffenen bildet sich die ABR im Lauf von 48 Stunden zurück.

In den ersten Wochen kann sich eine Akute Belastungsstörung (ABS) ausbilden. Belastende Erinnerungen verbunden mit intensivem körperlichen Stress, dissoziative Reaktionen wie Flashbacks, die Unfähigkeit positive Gefühle zu erleben, starke Ängste verbunden mit Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten, Erinnerungslücken sowie eine vegetative Übererregung (Schlafstörungen, Reizbarkeit oder Wutausbrüche, Hypervigilanz, Konzentrationsschwierigkeiten, Schreckhaftigkeit) sind hier kennzeichnend.

Erst nach vier Wochen kann eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) diagnostiziert werden. Hauptsymptome einer PTBS sind das quälende Wiedererleben (Intrusionen), Vermeidung und gefühlsmäßige Betäubung (Numbing) sowie eine anhaltende körperliche und psychische Übererregung (Hyperarousal).

Es können sich aber als Folge einer Traumatisierung auch andere Störungsbilder entwickeln. Die häufigsten sind Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen sowie psychosomatische Beschwerden und eine Schwächung der Immunlage (Hinzmann et al. 2019).

PRÄVENTION VON TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN IM EINSATZWESEN

Schon vor rund 40 Jahren wurden zur Prävention tätigkeitsbedingter Traumafolgestörungen in den USA die ersten Programme entwickelt, die zum Ziel hatten, die Folgen sekundärer Traumatisierung bei Einsatzkräften zu minimieren (Mitchell & Everly 2001). In Deutschland wurde diese Programme viele Jahre mit den Begriffen Krisenintervention, Einsatznachsorge oder auch Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst beschrieben. Mittlerweile aber unter dem Begriff PSNV-E subsumiert; PSNV steht dabei für Psychosoziale Notfallversorgung, E für Einsatzkräfte. Peer Systeme (Peer aus dem Englischen für Kollege, Kollegin) sind Teil der PSNV-E.

Einsatzorganisationen konzentrierten sich in den frühen 90zern nach traumatisierenden Einsätzen auf die Durchführung von einmaliger Gruppennachsorge. In der Folge wurden bald Studien publiziert, die darauf hinwiesen, dass dies nicht ausreichend sei (Raphael et al. 1995). Der Fokus lag aber noch bis zur Jahrtausendwende auf dem sogenannten Debriefing nach Mitchell

und Everly, einer einmaligen Gruppenintervention mit starker emotionaler Aktivierung. Forschungsergebnisse zeigten, dass diese Maßnahme allein nicht zielführend und für sich kritisch zu sehen ist (Rose et al. 2001). Betroffene Personen profitieren nach einem traumatischen Ereignis weniger von einem besonders gefühlsorientierten Gespräch, als von einem Austausch der Gedanken bezüglich des Ereignisses und der Vermittlung von gezielten Coping-Mechanismen und Psychoedukation (Koll-Krüsmann 2014). Mittlerweile hat sich, ausgehend von bundesweiten Forschungsprojekten (Beerlage et al. 2009a,b), das Vorgehen in der PSNV-E in Deutschland dahingehend verändert. Maßnahmen der Primären Prävention (z.B. Schulungen in der Grundausbildung) und eine veränderte Form des Peer-Supports mit dem Fokus auf Einzelbegleitung und niederschwelliger, eher kognitiver Nachsorge kommen nun als effektive Maßnahmen flächendeckend zur Anwendung (Koll-Krüsmann 2014).

KOLLEGIALE UNTERSTÜTZUNGSSYSTEME IN DEUTSCHLAND

Die PSNVB (Psychosoziale Notfallhilfe für die Bevölkerung) gehört in Deutschland mittlerweile zum Versorgungsstandard im präklinischen Bereich und ist weitestgehend flächendeckend implementiert (Bundesausschuss für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe 2012). Nach der Gründung des bundesweit ersten Kriseninterventionsteams im Rettungsdienst (1994 beim Arbeiter-Samariter-Bund in München) wurden ähnliche Angebote vorangetrieben und inzwischen ist für die Allgemeinbevölkerung PSNV-B etabliert. Psychosoziale Versorgungsangebote in Kliniken wurden ebenfalls aus dieser Idee heraus entwickelt bzw. angepasst – vor allem die klinische Krisenintervention sowie die Klinikseelsorge. All diese Systeme und Interventionen werden aber immer nur für direkt Betroffene vorgehalten.

Die Bundesvereinigung Stressbearbeitung nach belastenden Einsätzen e.V. bietet seit 1996 gezielt Unterstützung für Einsatzkräfte an. Mittlerweile existieren für Einsatzkräfte der polizeilichen und nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr unter dem Stichwort PSNV-E, viele Angebote (Krüsmann 2006). Auch andere Berufsgruppen rücken nach und nach in den Fokus. So bietet zum Beispiel der gemeinnützige Verein zur kollegialen Unterstützung in der Akutmedizin, PSUAkut e.V., seit einigen Jahren psychosoziale Unterstützung für das medizinische Personal in Kliniken an (Hinzmann et al. 2019).

WARUM SIND NUN AUSFÜHRLICHE GESPRÄCHE ÜBER TRAUMATOGENE EINSÄTZE HILFREICH?

Diese Frage wird, auch von Führungsverantwortlichen, häufig gestellt. Ist es nicht besser, zu versuchen die Eindrücke einfach zur Seite zu schieben? Diese Befürchtungen sind nicht selten, daher sollte sinnvolle

Psychoedukation immer auch eine Erläuterung über den Sinn und die Auswirkungen einer Auseinandersetzung, die durchaus als schmerzhaft empfunden werden kann, beinhalten. Zur Beantwortung der Frage, warum die Auseinandersetzung mit einem traumatischen Ereignis hilft und ob Nachsorge sinnvoll ist, hilft es sich die unterschiedlichen Gedächtnisstrukturen zu verdeutlichen. Wichtig in diesem Kontext sind das explizite 6 Gedächtnis, auch Wissensgedächtnis, oder episodisches Gedächtnis genannt, welches im Neocortex, und zu Teilen im Hypocampus lokalisiert ist, sowie das implizite Gedächtnis, auch Verhaltensgedächtnis, diffuses oder emotionales Gedächtnis genannt. Dieses ist in subcortikalen Regionen und zu Teilen auch in der Amygdala lokalisiert. Implizite Erinnerungen sind nicht immer dem Bewusstsein zugänglich und sind daher oft nur sehr schwer zu steuern. Bei Ängsten spielt die Amygdala eine bedeutende Rolle und auch traumatische Erfahrungen werden zunächst in diesen Hirnregionen gespeichert. Gut erklären kann man die Vorgänge bei potentiell traumatischen Einsätzen mit der Schrank-Kommoden Metapher.

Man kann sich das implizite Gedächtnis wie einen großen Schrank ohne Türen vorstellen. Während der traumatischen Erfahrung werden die Eindrücke ungeordnet in diesen Schrank verstaut. Allzu belastendes wird vorher vielleicht noch schnell in einer Plastiktüte zusammengeknüllt und zugeknötet. In dem Schrank ist es dunkel, vieles darin wird nicht erinnert (dissoziative Amnesie) oder vergessen (Verdrängung). Bei jenen Menschen, die nach einem Trauma erkranken, kommen immer wieder schreckliche Erinnerungsfetzen des Ereignisses unkontrollierbar in den Vordergrund, fallen aus dem Schrank ins Bewusstsein (Intrusionen).

Das explizite Gedächtnis hingegen kann man sich wie eine Kommode in einer Apotheke vorstellen. Sehr viele Schubladen und in den Schubladen viele kleine Kästchen in denen die Erinnerungen ordentlich sortiert abgelegt werden. Die Schubladen beziehen sich jeweils auf eine Thematik, die Kästchen auf ein spezifisches Ereignis. Dort abgespeichert wäre eine Erfahrung in der es um Leben und Tod ging immer noch traurig, oder tragisch, aber eine dort abgespeicherte Erfahrung ist inhaltlich und zeitlich strukturiert und geordnet. Ähnliche Erfahrungen lösen vielleicht ein Bedauern aus, aber kein Entsetzen. Erinnerungen die in dieser Kommode liegen können nicht mehr durch äußere Reize quälendes Entsetzen auslösen, das können nur Erinnerungen die noch in dem offenen Schrank liegen.

Fast jedes Trauma wird erst einmal implizit gespeichert, das ist sinnvoll. Durch unterstützende Gespräche nach einem traumatogenen Einsatz, können Einsatzkräfte Stück für Stück die belastenden Eindrücke des Einsatzes aus dem impliziten Gedächtnis hervorholen. Die Erfahrungen können durch- und verarbeitet werden, die Erinnerungen werden dann in explizite Strukturen abgelegt. Durch diese Auseinandersetzung werden große Teile der Erinnerung vom impliziten ins explizite

Gedächtnis »verschoben«. Die Erinnerungen sind dann nicht mehr unkontrollierbar, werden nicht mehr durch niederschwellige, oft nicht bewussten äußere Reize getriggert und als quälende Intrusionen erinnert. Das Ereignis kann dann weiterverarbeitet, bewältigt und integriert werden. Warum ist dieses Wissen gerade für Einsatzkräfte besonders relevant? Nach normal belastenden Einsätzen, legen Einsatzkräfte in der Regel den Einsatz nach und nach in explizite Strukturen ab. Sie haben also im Laufe ihrer Dienstzeit gelernt, dass es nicht notwendig ist, sich innerlich ausführlich mit dem Einsatz zu beschäftigen. Das funktioniert bei normal stressigen Einsätzen und Erfahrungen, denn Einsatzkräfte haben meist einen kognitiv-aufgabenorientierten Copingstil. Nach traumatischen Einsätzen kann es sein, dass plötzlich alles anders ist, Einsatzkräfte entwickeln Traumasymptomatik und häufig fehlt das Wissen darüber was nun zu tun ist. Hier setzt psychosoziale Nachsorge an.

Im Rahmen der Nachsorge sollen also die einzelnen Puzzlestücke die in dem Schrank liegen aufgegriffen und besprochen, ggf. auch die begleitenden Gefühle zum Ausdruck gebracht werden. Eine emotionale Aktivierung muss aber nicht während der Nachsorge stattfinden, das ist manchmal zu früh, manchmal nicht der richtige Rahmen. Wichtiger ist es, dass zum einen wieder ein kohärentes Gesamtbild des Einsatzes entsteht und zum anderen ein Bewusstsein dafür geschaffen wird, dass es sinnvoll und notwendig ist, sich weiter mit dem traumatogenen Einsatz zu beschäftigen. Im Verlauf ist es dann auch wichtig, die Gefühle die während des Einsatzes einstanden und auch noch vorhanden sind zuzulassen und zum Ausdruck zu bringen. Denn in den Tagen und Wochen nach einer traumatischen Erfahrung, kann sich bei einer optimalen Verarbeitung, durch die Auseinandersetzung mit dem Geschehen, der Ort der 8 Gedächtnispeicherung verändern. Man kann die einzelnen Puzzlestücke die in dem Schrank vereinzelt, ungeordnet und verklumpt durcheinanderpurzeln zu einem Gesamtbild zusammensetzen und dieses geordnete Bild dann in der Kommode ablegen.

Die Verarbeitung des Einsatzes kann so durch Nachsorgegespräche im optimalen Fall vollzogen, zumindest aber begonnen werden. So wird ein Prozess initiiert, durch den das Trauma verarbeitet und integriert werden kann.

Acknowledgements: None.

Conflict of interest : None to declare.

Literatur

1. Beerlage I et al.: *Arbeitsbedingungen und Organisationsprobleme als Determinanten von Gesundheit, Einsatzfähigkeit sowie von haupt- und ehrenamtlichem Engagement bei Einsatzkräften in Einsatzorganisationen des Bevölkerungsschutzes. Abschlussbericht: Hochschule Magdeburg Stendal, 2009b*

2. Beerlage I, Hering Th, Springer S, Arndt D, Nörenberg L: *Netzwerk Psycho-soziale Notfallversorgung – Umsetzungsrahmenpläne, Bd. 2: Qualität in der Ausbildung. Forschung im Bevölkerungsschutz*, Bonn, 2009a
3. Hinzmann D, Schießl A, Koll-Krüsmann M, Schneider G & Kreitlow J: *Peer-Support in der Akutmedizin. Anästh Intensivmed* 2019; 60:95-101
4. Hodgkinson PE & Stewart M (Eds.): *Coping with catastrophe. A handbook of disaster management*. London: Routledge, 1991
5. Koll-Krüsmann M: *Psychosoziale Prävention für Einsatzkräfte*. In: Adams HA, Krettek C, Lange C & Unger C. (Hrsg.). *Patientenversorgung im Großschadens- und Katastrophenfall*. Deutscher Ärzte-Verlag. Köln, 2014
6. Krüsmann M, Karl R, Schmelzer M & Butollo W: *Primäre und Sekundäre Prävention im Einsatzwesen, Zusammenfassung der Ergebnisse – Darstellung einer Gesamtkonzeption*. www.einsatzkraft.de. München: LMU, 2006
7. Krüsmann M, Karl R, Schmelzer M, Müller-Cyran A, Hagl M & Butollo W: *Zur Prävention einsatzbedingter Erkrankungen*. In: Lueger-Schuster, Brigitte & Krüsmann, Marion & Purtscher, Katharina (Hrsg.): *Psychosoziale Hilfe bei Katastrophen und komplexen Schadenslagen. Lessons learned*. Springer, Wien New York, 2006
8. Mitchell JT, Everly GS Jr: *Critical Incident Stress Debriefing: An Operations Manual for CISD, Defusing and Other Group Crisis Intervention Services*, 3rd ed. Ellicott City, Md.: Chevron Publishing Corporation, 2001
9. Raphael B et al.: *Accident and Emergency Nursing*. 1995; 4:65-67
10. Rose S, Bisson JI, Wessely S: *Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) (Cochrane Review)*. In: *The Cochrane Library* 2001; 4
11. Tedeschi RG & Calhoun LG: *The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma*. *Journal of traumatic stress* 1996; 9:455-472

Correspondence:

Marion Koll-Krüsmann, MA
Fachliche Leitung, PSU-Akut e.V.
München, Germany
E-mail: marion-koll-kruesmann@t-online.de