

# Fachtagung für Peers und Führungskräfte von Einsatzkräften Linz, 6. Februar 2010

*Mag. Eva Münker-Kramer*

Klinische/Gesundheitspsychologin, Notfallpsychologin,  
Psychotherapeutin (VT, EMDR)

z|a|p-wien  
zentrum für angewandte psychotraumatologie



**Zentrum für Angewandte  
Psychotraumatologie Wien**

[www.zap-wien.at](http://www.zap-wien.at)

**EMDR Institut Austria**

[www.emdr-institut.at](http://www.emdr-institut.at)

**Mag. Eva Münker-Kramer**  
[www.emdr-institut.at](http://www.emdr-institut.at), [www.zap-wien.at](http://www.zap-wien.at)

z|a|p-wien  
zentrum für angewandte psychotraumatologie

**Fachtagung LINZ 6.2.2010**

# Überblick

- **Grundgedanken zum Einstieg**
- **„HelferInnen“ – gibt es die? Betroffenheit ?**
- **Stress**
- **Risikofaktoren für „mehr“**
- **Erscheinungsbild von Extremstress**
- **Filmausschnitt und Überlegungen**
- **Betreuungsstufen und Angebote**
- **CISM und CISM als Sonderüberlegung**
- **Einige Zahlen**
- **Fazit**

# Einige Zitate und Gedanken ...

- „Nicht jede/r braucht Betreuung, die/der einen toten Hasen gesehen hat?“  
*Nein, stimmt, aber....!*
- Zitat Seminar „Bist a Feuerwehrler oder bist keiner?“  
*Kultur: beides muss erlaubt sein, es muss in Ordnung sein, betroffen zu sein...!*
- Polizist in Film: „und mein Vorgesetzter war zu der Zeit mehr bei mir im KH als auf der Intensivstation..“
- Feuerwehrtaucher: Aufruf bei Vortrag in Attnang Puchheim 2001– „unsere Führungskräfte müssen aktiv werden“
- Hochwasser, Eklat in einem Ort – Bewohner gegen Feuerwehr, die im Dauereinsatz stand: „Wieso zum Teufel bekommen wir eigentlich nichts von Euch?“

# Gibt es „typische HelferInnen“?

## Angenommene Eigenschaften von HelferInnen? (Willkomm, 2000)

- *sehr engagiert und zielorientiert \**
- *starkes Bedürfnis, gebraucht zu werden*
- *kann schwer „nein“ sagen*
- *„Retter“- Persönlichkeit geleitet durch innere Motivation*
- *im Allgemeinen hohe Stresstoleranz – vielseitig belastbar \**
- *Hilflosigkeit wird nahezu als unerträglich erlebt \**
- *risikofreudig/ risikobereit*
- *sehr bestimmend \**
- *kontrollorientiert / handlungsorientiert \**
- *schnell / leicht gelangweilt*
- *Starkes Bedürfnis nach Anregungen / Stimulation*

*\* = problematisch, wenn Belastbarkeitsgrenze erreicht und Hilflosigkeit da ist – widerspricht Selbstbild und Grundmotivation*

**Gibt es „typische HelferInnen“?**

## **Und Sie?**

***Können Sie sich als Person, als Funktion,  
als Einsatzleiter eine Situation vorstellen...***

- ... die Ihnen nicht bewältigbar erscheint ?
- ... die Ihr Wohlbefinden und Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt (beruflich, persönlich) ?

# Ja oder Nein?

Wenn **ja**, wäre das eine „*ganz normale Reaktion eines normalen Menschen*“ auf ein unnormales Ereignis !!!

- Wenn **nein**, wäre das auf Dauer eine „*ungewöhnliche Reaktion eines normalen Menschen*“ auf ein unnormales Ereignis !

***Zugeben können ist auch ein Reifezeichen und dies ist ein wichtiger Kulturaspekt in Einsatzorganisationen!!***

# Subjektiver Bezugsrahmen – Welt-“anschauung“

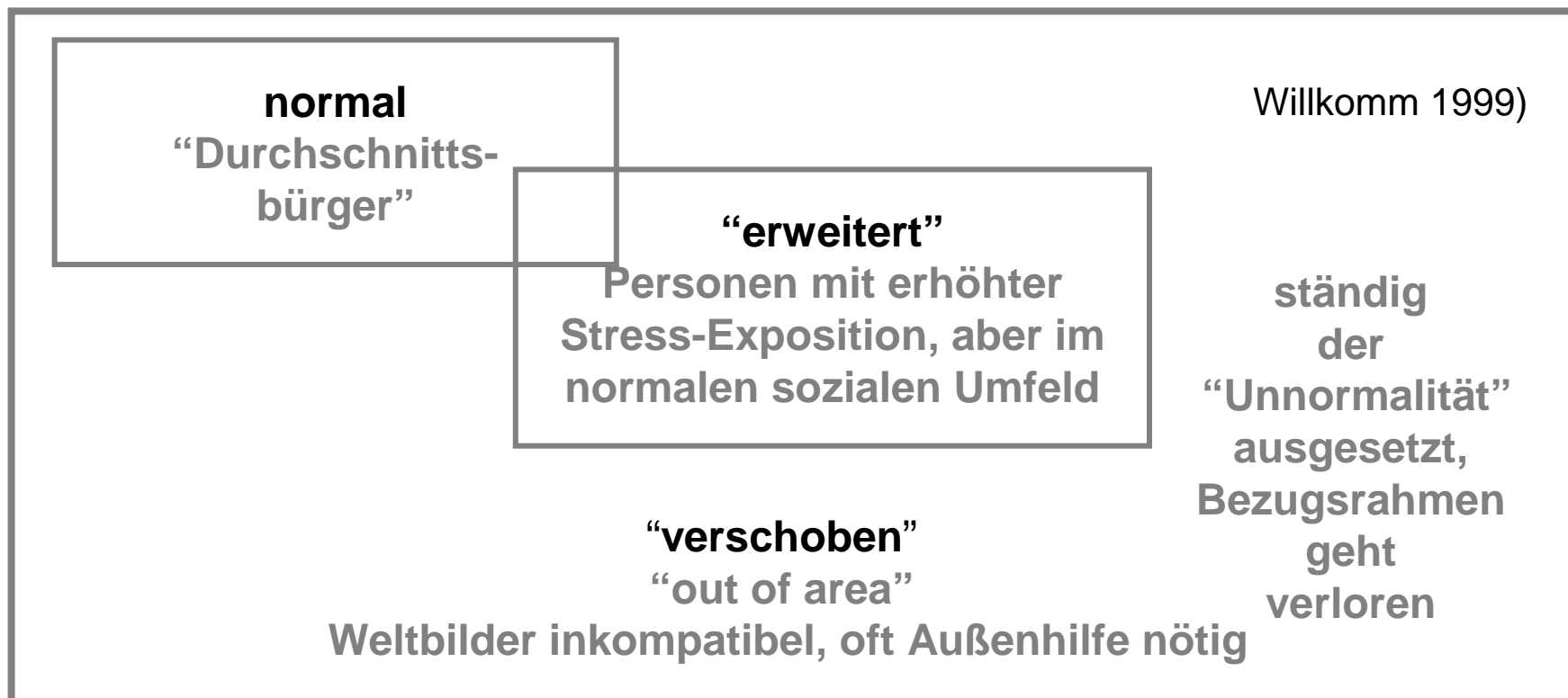
**Ob ein Ereignis als stressauslösend angesehen wird,  
hängt maßgeblich vom subjektiven „normativen“  
Bezugsrahmen ab !!!!**

***Dies gilt oft auch für die Bewältigungsansätze und dafür, ob sich  
jemand „erlaubt“, Belastung zu erleben.***

Relativierung von Leid (z.B. Krieg erlebt, nichts kann schlimmer sein, Hochwasser – „Wir hatten das Wasser nur im Keller, wir wissen nicht, ob wir Sie ansprechen können...?“

# Subjektive Wertorientierung - Weltbild

“normativer Bezugsrahmen”/subjektive Bewertung





# Eustress, Distress, kumulativer Stress

mentale/psychische  
Stressoren

physische  
Stressoren

soziale, wirtschaftliche  
Stressoren

zwischenmenschliche  
Stressoren

familiäre Stressoren

**EUSTRESS**

**DISTRESS**

# Extremstress - Definitionen

**„Ein potentiell traumatisierendes Ereignis (\*) ist ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses bewirkt.“**

(nach Fischer, Riedesser, 1998) –

**ICD 10: „....., das nahezu bei jedem tiefe Verzweiflung hervorrufen würde...“**

**was bedeutet das praktisch??**

# dazu:

**„Einsatzkräfte müssen per se mehr aushalten als andere!“**

*Ja, das stimmt! Opfertypen, normativer  
Bezugsrahmen →*

*Aber es gibt Einschränkungen! Risikofaktoren  
Rahmenwechsel kommt vor und Betroffenheit muss  
trotzdem erlaubt sein...!“ -*

*Bsp.: Feuerwehrmann findet als Privatperson Verunfallten*

# Risikofaktoren „situativ“ 1/2

- hohe „Betroffenheit“ (psychisch, situativ, körperlich)
- Lebensbedrohlichkeit der Situation bzw. schwere körperliche Verletzungen („Bedrohung v. Leib und Leben“)
- extrem intensive Sinnesbeteiligung bzw. lange Dauer bzw. Intensität
- mehrere Ereignisse hintereinander ohne Erholungsphase – kumulierte Stressoren
- Retraumatisierung bzw. frühere belastende Erfahrungen

# Risikofaktoren „situativ“ 2/2

- in eigenes Weltbild nicht einzuordnen
- speziell: Kinder sind beteiligt (indirekt oder direkt)
- Unerwartetheit, mangelnde Vorbereitung
- mangelnde soziale Unterstützung (privat, beruflich (von der eigenen Organisation)) – nachher
- hoher potentieller Grad der Identifikation (z.B. „line of duty death“)

# Risikofaktoren „persönlich“

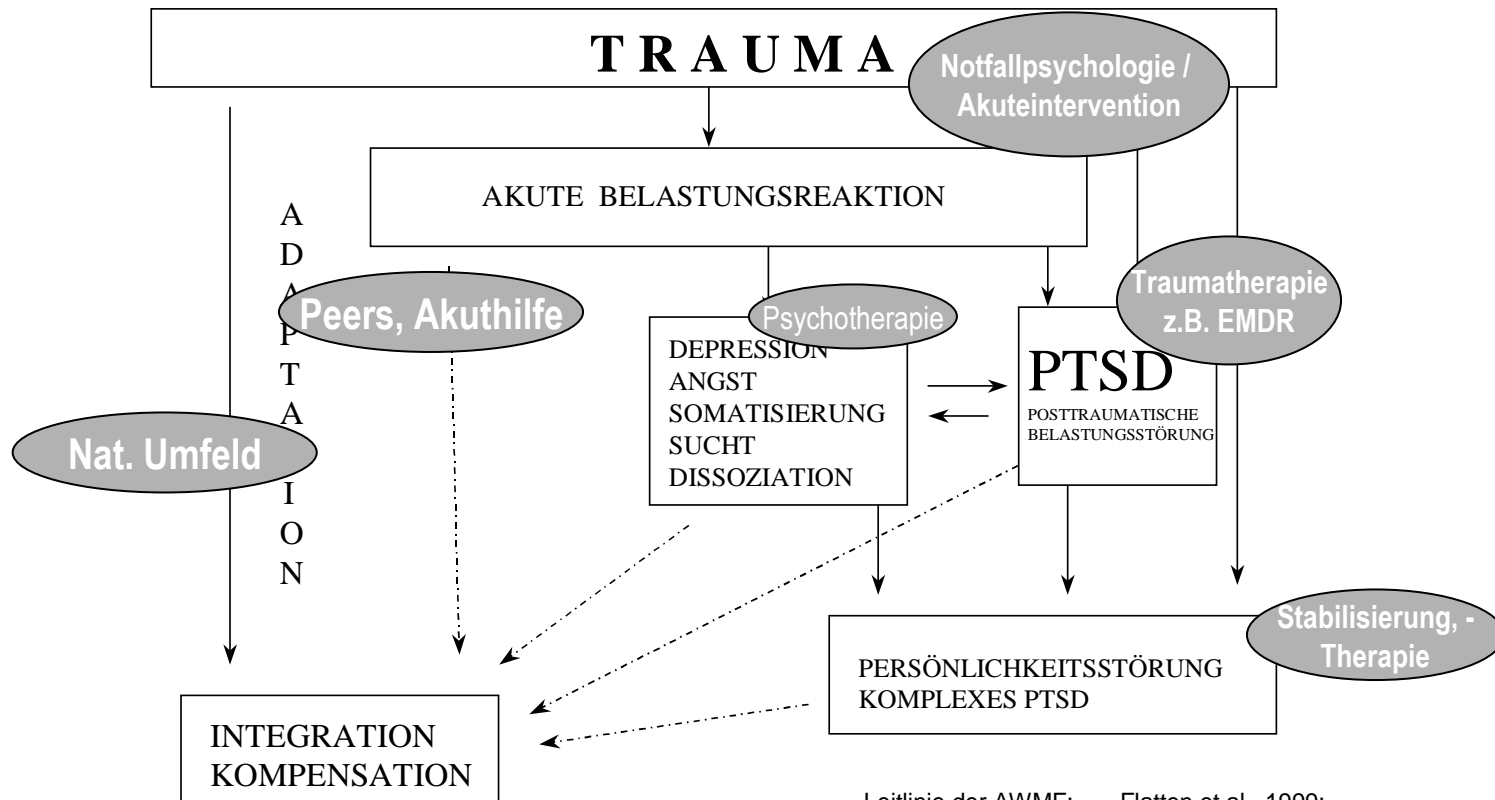
- **erlebte Hilflosigkeit (speziell Helfer ! = starke Dissonanz)**
- **hohe Schuldgefühle (subjektiv, objektiv)**
- **peritraumatische Dissoziation** (subjektives Gefühl von Betäubung, Losgelöstsein oder der Abwesenheit von Gefühlen während des Ereignisses, eingeschränkte Wahrnehmung der Umgebung, Derealisation, Depersonalisation, dissoziative Amnesie)
- **dauernde Übererregung** (AN, Arousal, Herzfrequenz >90), ständige adrenerge Stimulation, Tachykardie
- **extreme Vermeidung bald wahrnehmbar**
- **private/familiäre Probleme oder wenig private Sozialkontakte**
- **auch vorher schon Tendenzen zu schwerer Depression bzw. psychiatrischen Krankheiten**

# Opfertypen

<b>Primäropfer</b>	direkt Betroffene eines Ereignisses vor Ort, direkter Sinneskontakt, können auch Zeugen sein
<b>Sekundäropfer</b>	Angehörige, Vorgesetzte (z.B. Befehle...)
<b>Tertiäropfer</b>	Führungskräfte, Einsatzkräfte

# Traumareaktive Entwicklungen und Behandlungsmöglichkeiten

(vgl. auch Münker-Kramer, 2005)



Leitlinie der AWMF; Flatten et al., 1999:  
<http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/>



# Filmausschnitt

„Kriegsfolgen“

... dazu

**„Stalingrad haben wir auch überstanden...!“  
(NÖ, 1999)**

*„Stimmt, aber einerseits – wie?“ und „Muss ich es freiwillig aushalten, mich in kochendes Wasser zu setzen oder nicht?“ bzw. „Im Mittelalter hat man auch ohne Narkose operiert...!“*

**In: J. Herman (2003): Narben der Gewalt, S. 38f zu A.Kardiner (1945)**

***„Offizier nach längerer Behandlung,  
Symptome reduzieren sich nicht wirklich,  
bedankt sich dafür, dass er zugehört hat, was  
niemand sonst getan hatte ...“***

# Verlauf der Stress-Reaktionen nach „kritischen Ereignissen“ (Typ I)

**akute Stress-Reaktion**  
= **akute Belastungsreaktion** („Husten“)



**akute Belastungsstörung /  
Anpassungsstörungen** („Bronchitis“)



**chronische Belastungsstörung – PTBS**  
(„Lungenentzündung“)



**andauernde Persönlichkeitsveränderung**  
(„Dauerfolge“)

# Posttraumatische Belastungsstörung - PTBS

- **schwerste und lähmendes Form aller menschlichen Stressreaktionen – seit 1980 WHO Diagnose – „Mutter der Diagnosen“ zu psychischer Traumatisierung**
- **zweifaktorielles Erscheinungsbild (neurologisch, psychologisch) – A.Kardiner (1944: „Physioneurose“)**
- **Erregungstörung, Modulationsstörung**
- **Verzerrung des Weltbildes**
- **Symptome auch unspezifisch, auch verzögert, teilweise 40-50 Jahre später, auch bizarr**
- **führt tlw. zu Berufsunfähigkeit und persönlichem Versagen („eiternde Seele“)**
- **frühzeitig behandelbar!! vermeidbar (Details im Workshop)**

# Betreuung – verschiedene Stufen

- Selbsthilfe, Selbstpflege (auch Prävention)
- direkte Hilfe vor Ort, „Kameradenhilfe“ – Vorgesetzte
- Peer-Hilfe professionell
- strukturierte Nachbesprechung im Team
- (Debriefing, Defusing) = psychologische Einsatznachbesprechungen
- Rolle der Familie und des sozialen Umfeldes
- Rolle der Organisation
- Notfallpsychologie, spezifische Psychotherapie

# Die Angebote im Überblick =



Aus: (Lasogga, Münker-Kramer, 2009)

**PEH**

**erste Unterstützung, Reduktion von Zusatzbelastungen, „psychologisch angemessenes Verhalten“, erstes Bindungsangebot**

**PSNH**

**das Vermeiden von zusätzlichen Belastungen und Traumatisierungen (z.B. durch Verhöre...), „Übersetzungshilfen“ im System der Rettungskräfte und in der Familie = den Umgebenden Reaktionen der Betroffenen erklären, damit diese nicht missinterpretiert werden), erste Erklärungen für das, was die Betroffenen erleben (Vorstufe von Psychoedukation), erstes Erfassen von situativen und sozialen Risikofaktoren\*, Organisation praktischer Hilfen u.ä.**

**Diagnostik und Trauma“beratung“/-behandlung durch Fachkräfte ((Notfall-)psychologInnen, dipl. SozialarbeiterInnen, MedizinerInnen, SeelsorgerInnen...)** \*

traumaspezifische Differentialdiagnostik, Erfassen klinischer Risikofaktoren und ggf. Weitervermittlung in traumaspezifische Psychotherapie, Stabilisierung (Stresscoping, Ressourcenaktivierung, medizinisch, sozial), gezielte Psychoedukation, weitere Übersetzungsarbeit, Hilfe bei der Rückkehr in den Alltag

**Traumaspesifische Psychotherapie**

spezifische Behandlung der krankheitswertigen Störungen mittels 4-stufiger Traumatherapie

**Mag. Eva Münker-Kramer**  
**[www.emdr-institut.at](http://www.emdr-institut.at), [www.zap-wien.at](http://www.zap-wien.at)**

**z|a|p-wien**  
zentrum für angewandte psychotraumatologie

**Fachtagung LINZ 6.2.2010**

# ... und „Debriefing“?

**Wieso Diskussion?**

**Um was geht es konkret?**

**Wie sind die extremen Positionen?**

**Was zeigt die Praxis? Was zeigt die Forschung?**

## ***Literatur dazu z.B.:***

Dyregrov, A.: Psychologisches Debriefing – eine effektive Methode? Traumatology, 4.2, Article1, 1998, <http://www.fsu.edu/-trauma>

Bisson, J.: Is post traumatic stress disorder preventable? Journal of Mental Health, 6., 109-111

Mitchell, J.: CISM Stressmanagement nach kritischen Ereignissen. Facultas, Wien, 2002

Forschungsprojekt LMU: „Prävention im Einsatzwesen, [www.einsatzkraefte.de](http://www.einsatzkraefte.de)

Rittenhouse, C., CISM: A psychoeducational Approach to the Initiation of Healing after Tragic Incidents (2003)

<http://wwwUmm.maine.edu/resources/beharchive/bex/students/catherineRittenhouse...>

# „... was ist Debriefing“?

*EIn* Teil von CISM (=Critical Incident Stress Management)

CISM ist ein Gesamtkonzept zu Primär- Sekundär- und Tertiärprävention, CISD muss in diesem Kontext gesehen und angewendet werden

CISM: 1. Schulung und Ausbildung 2. individuelle Krisenintervention  
3. Großgruppeninformation 4. CIS Defusing („entschärfen“)  
5. CISDebriefing (siehe unten) 6. Familien-/Organisations-  
unterstützung 7. Nachsorge, u.U. 2. Termin, Überweisung

CISD: 1. Einführung, Regeln 2. Fakten 3. Gedanken 4. Reaktionen  
5. Symptome 6. Informationen 7. Wiedereingliederung,  
Nächste Schritte..



# Was soll die Betreuung erreichen? Integration – Ziel aller Stufen

**Fischer, Riedesser (1998)**

„Personen, die ihre traumatischen Erfahrungen erfolgreich durchgearbeitet haben, sprechen mit adäquatem Affekt von den Erlebnissen und sind in der Lage, einen vollständigen Bericht zu geben.“ (= integriert)

= Gesundheit erhalten und persönliche und berufliche Funktionsfähigkeit wiederherstellen

# Ziele von Betreuungsmaßnahmen

- schnelle Reduktion der heftigen Reaktionen, „psychol. Wundversorgung“
- „Normalisierung“ der außergewöhnlichen Erfahrung („heißt „einordnen“, nicht bagatellisieren)
- schnelle Wiederherstellung der persönlichen und funktionellen Einsatzfähigkeit
- Einschätzung der Notwendigkeit weiterer Maßnahmen
- Herstellen des gleichen Info- und Wissensstandes bei allen Beteiligten
- Reaktivierung beeinträchtigter Funktionen und Prozesse (kognitiv)
- Infovermittlung über Stressbewältigung und den zu erwartenden Reaktionsverlauf
- Herstellung persönlicher Kontakte und der Bereitschaft für weitere Unterstützung

# Fazit

- **ja**, wenn not-wendig - **nein**, wenn nicht not-wendig
- Was gilt es zu verlieren? Was kann an o.g. Zielen falsch sein?
- Alternativszenario: Chronifizierung?
- Warum regt man sich auf? Zitat „Feuerwehrmann aus Film“ (Kiste in Garage)

***Dazu pragmatische Empfehlungen:***  
*(Krüsmann, M.: LMU München)*

# Literatur allgemein

- **Psychische Erste Hilfe bei Unfällen: F. Lasogga, B. Gasch, Stumpf & Kossendey, 2002**
- **PsychoSoziale Notfallhilfe: F. Lasogga, E.Münker-Kramer, Stumpf & Kossendey, 2009**
- **Notfallpsychologie. F. Lasogga, B. Gasch, Springer, 2008**
- **Lehrbuch der Psychotraumatologie. Gottfried Fischer, Peter Riedesser. Reinhardt Verlag, München, Basel, 2003**
- **Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung. Grundlagen, Interventionen, Versorgungsstandards. C. Hausmann, Facultas Verlag, Wien, 2. Auflage 2005**
- **F.43.0 (ABR) und F.43.1 (PTBS) – Grundlagen, Diagnostik, Behandlungsansätze. E. Münker-Kramer, in: Beiglböck, Feselmayer, Honemann: Handbuch klinisch-psychologischer Behandlung, Springer-Verlag, Wien, New York, 2006**
- **Trauma und frühe Interventionen. Möglichkeiten und Grenzen von Krisenintervention und Notfallpsychologie. Marion Krüsmann und Andreas Müller-Cyran. Pfeiffer bei Klett-Kotta, Stuttgart, 2006**
- **Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil I. Michaela Huber, Junfermann, Paderborn, 2003**
- **Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext. Flattten, G., Gast, U., Hofmann, A., Liebermann, P., Reddemann., L., Wöller, W., Schattauer, 2004, [www.uni.duesseldorf.de](http://www.uni.duesseldorf.de) - ... awmf/ptsd**
- **NICE-Report: National Institute of Clinical Excellence. [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)**