

# Belastungen in Helferberufen

Assoziierte psychische Störungen erkennen und verhindern

**Dozentin:**

Dr. med Dipl.-Psych. Valeska Pape

Oberärztin, Psychologische Psychotherapeutin und  
Traumatherapeutin an der Klinik für Psychiatrie der UMR Rostock



# Belastungen in Helferberufen

Assoziierte psychische Störungen erkennen und verhindern

## Gliederung:

1. Epidemiologie
2. Klinik
3. Auslösende Ereignisse
4. Ätiologie
5. Diagnostik
6. Risikofaktoren
7. Prävention

# Fallstricke

---

## Fallstricke

„Das haben die Patienten, doch nicht die Behandler“

„Wenn ich das zugebe, ist meine Karriere beendet“

„Ich will auf keinen Fall, dass es heißt, ich bin nicht belastbar genug für diesen Beruf“

„Das muss man als Einsatzkraft abkönnen“

„Als Polizist ist man immer furchtlos, männlich und unerschütterlich“

„Feuerwehrleute sind die Helden in der Not“

# Epidemiologie

---

## Allgemeine Daten

- Lebenszeitprävalenz PTBS USA: 8 %
- 1-Monats-Prävalenz PTBS D: 2%
- Frauen : Männer: 2:1
- Männer erleben häufiger Traumata, aber Frauen erkranken häufiger an einer PTBS
- Höchste Prävalenz bei den > 60-Jährigen
- Entwickelt sich bei  $\frac{1}{4}$  aller Menschen, die ein traumatisches Ereignis erleben, d.h. aus Trauma folgt nicht unweigerlich eine PTBS!

# Epidemiologie

---

## Berufsspezifische Daten:

- Helferberufe stellen eine Hochrisikopopulation für das Erleben von Traumata dar.
- Die Wahrscheinlichkeit, während der Dienstzeit mit einem traumatischen Erlebnis konfrontiert zu werden, liegt bei Notfall Helfern bei 93%, die Wahrscheinlichkeit für eine PTBS ist jedoch gleich oder sogar etwas niedriger als in der Allgemeinbevölkerung.
- 64% der Polizist\*innen geben mindestens ein traumatisches Ereignis an (Bär et al., 2004; Latscha, 2005), aber nur 5% der Polizisten zeigen eine PTBS (Teegen, 1997)

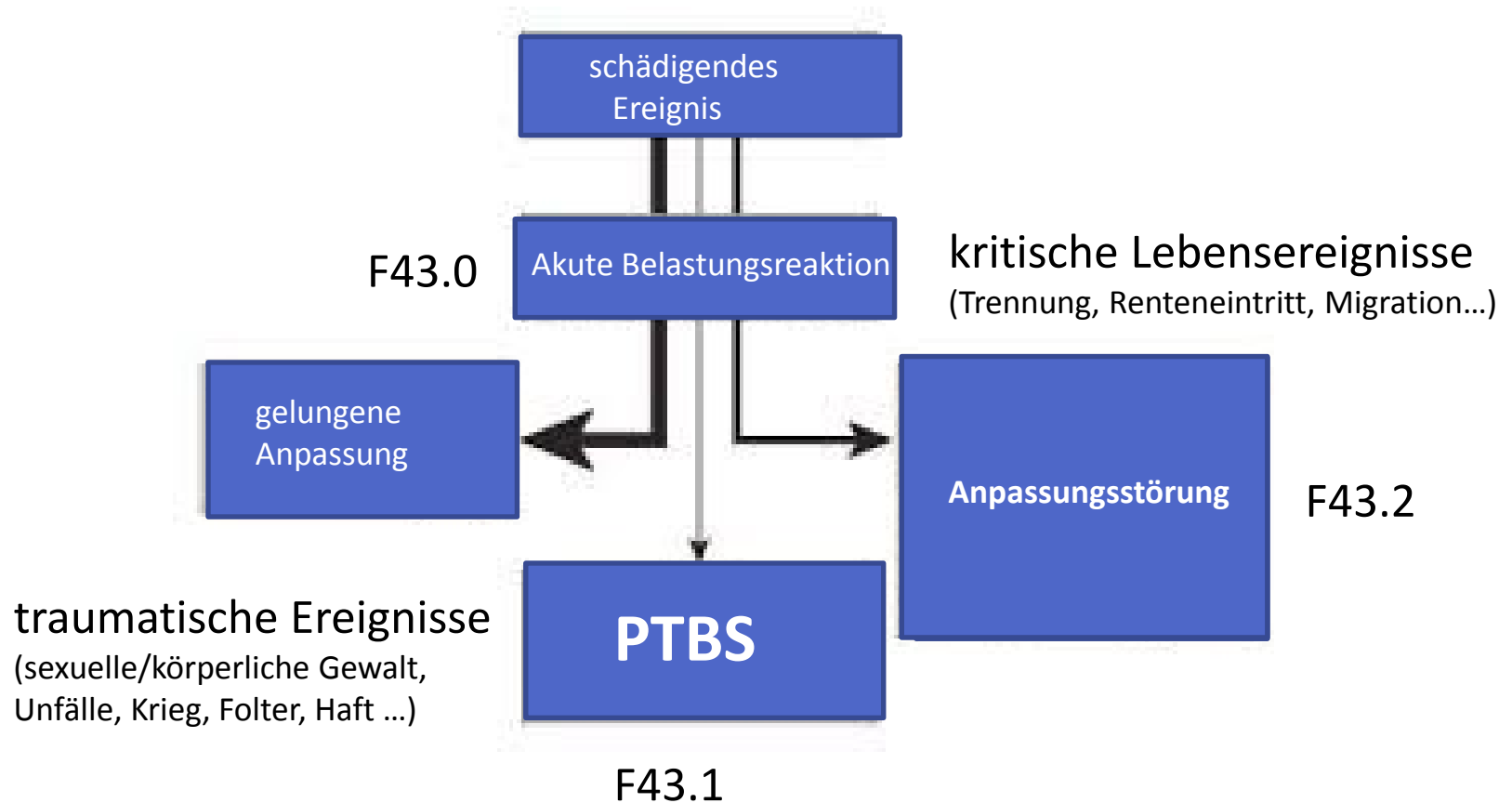
# Epidemiologie

---

## Berufsspezifische Daten, Forts.

- Stressbedingte Erkrankung sind die häufigsten Gründe für Arbeitsausfälle im Gesundheitssystem
- Die Rate für „Burn Out“ Syndrome bei Feuerwehrleuten liegt bei 40%.

# Klinik



# Klinik

---

## Anpassungsstörung nach ICD-10 (F43.2)

- Reaktion auf belastende Lebensereignisse
- Eintretend innerhalb eines Monats nach dem Ereignis
- Angst- und/oder depressive Symptome
- Sich zurückbildend innerhalb eines halben Jahres, Ausnahme: Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion





# Klinik

---

## Akute Belastungsreaktion nach ICD-10 (F43.0)

- Akute Reaktion auf eine außergewöhnliche Belastung von katastrophalem Ausmaß
- Eintreten innerhalb 1 h nach dem Ereignis
- Rasch wechselnde Symptome, oft mit Initialer Betäubung, gefolgt von Überaktivität und starken Emotionen
- Lässt innerhalb von Stunden bis nach 2 Tagen wieder nach

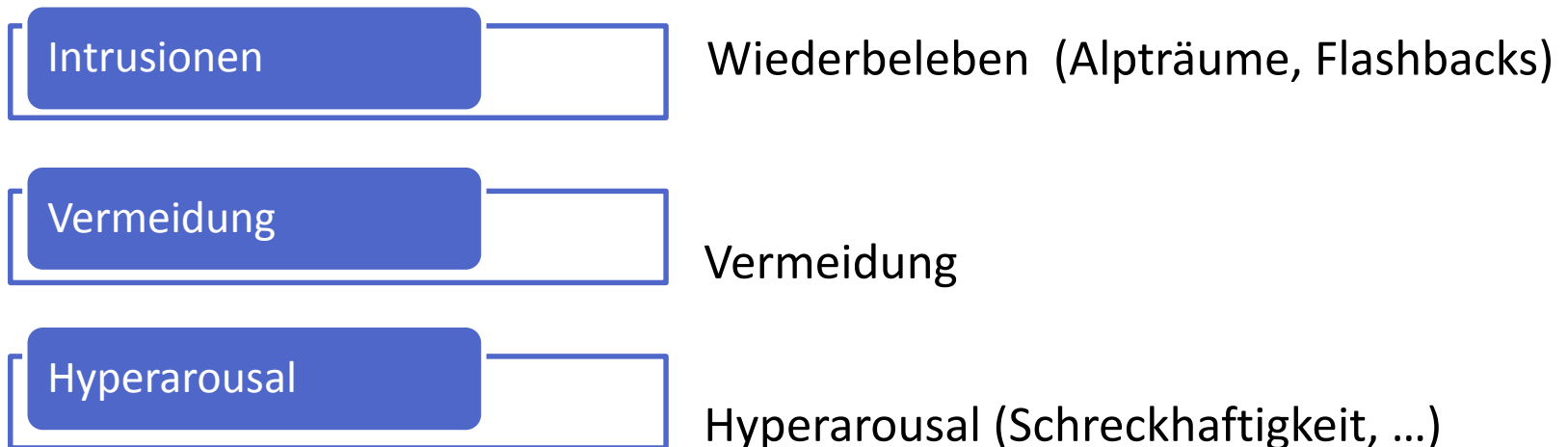


# Klinik

---

## PTBS nach ICD-10 (F43.1)

- verzögert auftretende Reaktion auf eine außergewöhnliche Belastung von katastrophalem Ausmaß
- solange < 1 Monat anhaltend: ABS, wenn > 1 Monat: PTBS
- mit charakteristischer Symptom-Trias



# Auslösende Ereignisse

---

## Trauma-Kriterien

- ein Ereignis von katastrophalem Ausmaß,
- einhergehend mit subjektiv erlebter Gefahr für das Leben und/oder der körperlichen oder psychischen Unversehrtheit (für sich selbst oder andere)
- und subjektiv erlebtem Kontrollverlust
- das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung auslösen würde.

# Auslösende Ereignisse

## Traumatische Ereignisse (nach Märker, 1967)

Trauma	Traumahäufigkeit	PTBS Häufigkeit
Vergewaltigung	5,5 %	55,5 %
Sex. Belästigung	7,5 %	19,3 %
Krieg	3,2 %	38,8 %
Körperliche Gewalt	9,0 %	11,5 %
Unfälle	19,4 %	7,6 %
Unfallzeuge	25,0 %	7,0 %
Misshandlungen	4,0 %	14,2 %



# Auslösende Ereignisse

---

## Beispiel Feuerwehrleute:

- Verletzung/Tod eines Kollegen
- Schwere eigene Verletzung
- Beteiligung von Nahestehenden
- Beteiligung von Kindern
- Bsd. grausame Verletzungen
- Konfrontation mit Sterbenden

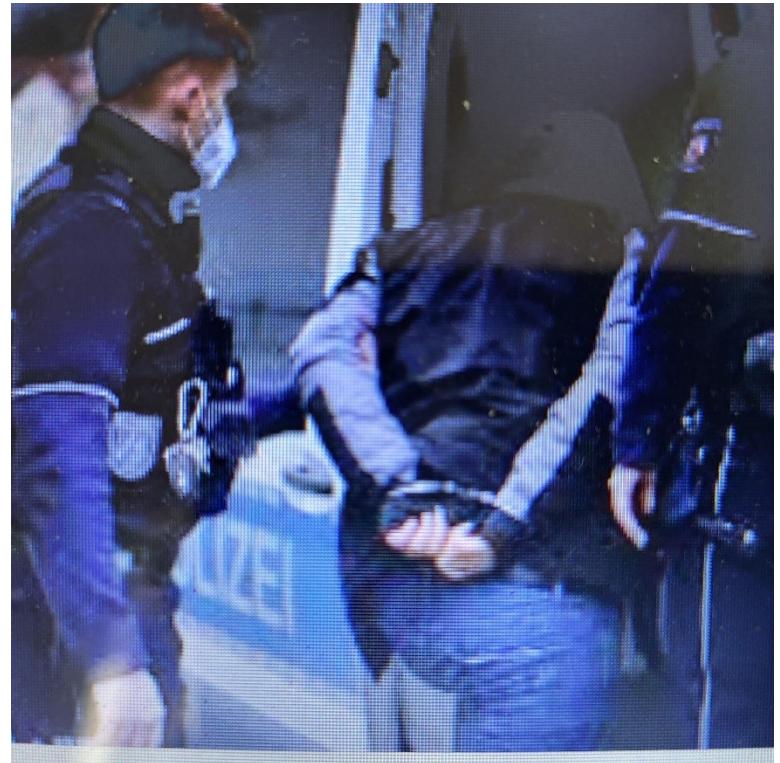


# Auslösende Ereignisse

---

## Beispiel Polizeieinsatzkräfte

- Erlebte Gewalt/Todesangst
- große Nähe zum Opfer
- Todesfälle/Schwerverletzte (auch Todesnachrichten)
- Naturkatastrophen
- Schusswaffengebrauch
- Aggressive Personen
- Beteiligung von Kindern
- Sexuelle Gewalt





# Auslösende Ereignisse

---

## Beispiel Polizeieinsatzkräfte

### Schusswaffengebrauch:

- Grenzen gesetzlich definiert
- verhältnismäßig/angemessen?
- komplexe kognitive Leistung unter hohem Druck
- Grenzen sind oft fließend
- fatale Konsequenzen für den Betroffenen bei Überschreitung möglich





# Auslösende Ereignisse

---

## Beispiel Polizeieinsatzkräfte

### Zitat:

„Die erste Leiche vergisst man nicht. Besonders, wenn es ein Mensch ist, den Du kennst. Nicht nur als Blinddarmdurchbruch von Zimmer 113 oder als verhungertes Kind in Afrika. Und spätestens am Ende unserer Ermittlungen kennen wir sie alle.“



# Auslösende Ereignisse

---

## Beispiel Pflegekräfte

- Umgang mit aggressiven Patienten (Beschimpfungen, Schubsen, Schlagen, sexuelle Enthemmung)
- Umgang mit Sterbenden
- Umgang mit unheilbar Kranken, besonders Langzeit-Patienten

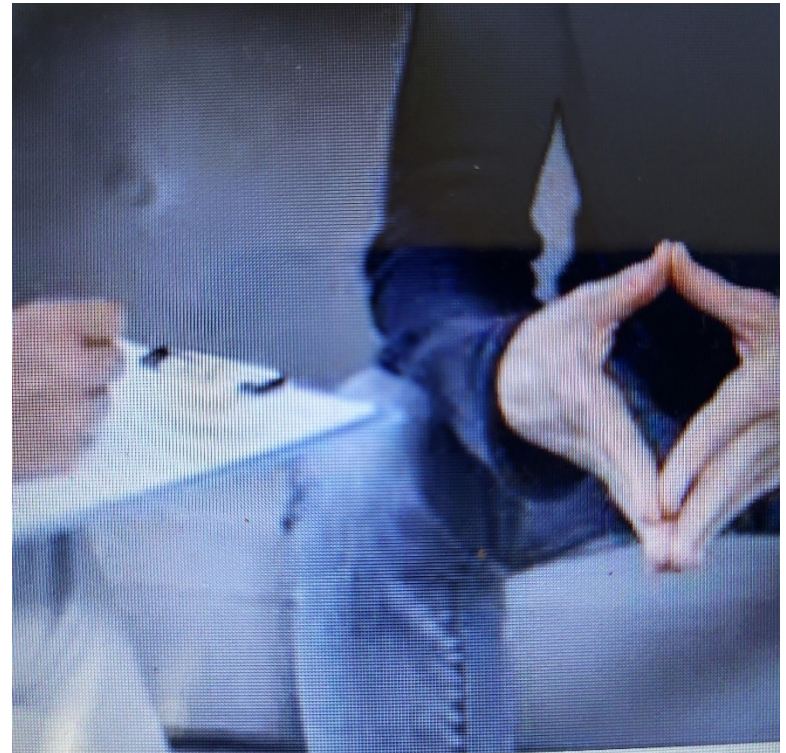


# Auslösende Ereignisse

---

## Beispiel Psychotherapeut\*innen:

- Konfrontation mit berichteten traumatischen Erlebnissen
- Besondere Grausamkeit
- Man-made-Traumata
- Naturkatastrophen
- Ereignisse, die die eigenen Grundannahmen erschüttern (Sicherheit, Vorhersagbarkeit, Kontrolle)



# Auslösende Ereignisse

---

## **Beispiel Psychotherapeut\*innen:**

### **Sekundäre Traumatisierung“: Mythos oder Realität?**

- „Ansteckung“ des Helfers mit PTBS Symptomen im Verlauf der Arbeit mit traumatisierten Personen
- Betroffen seien v.a. Helfer mit viel Empathie, eigener Traumatisierung und wenig Berufserfahrung
- Charakteristisch: „Kindling“, „peritraumatische Dissoziation“ und „Compassion Fatigue“, was zu unkontrollierten Affekten mit Rache- und Rettungsphantasien einerseits und Abwertung/Bagatellisierung andererseits führe

# Auslösende Ereignisse

---

**Beispiel Psychotherapeut\*innen:**

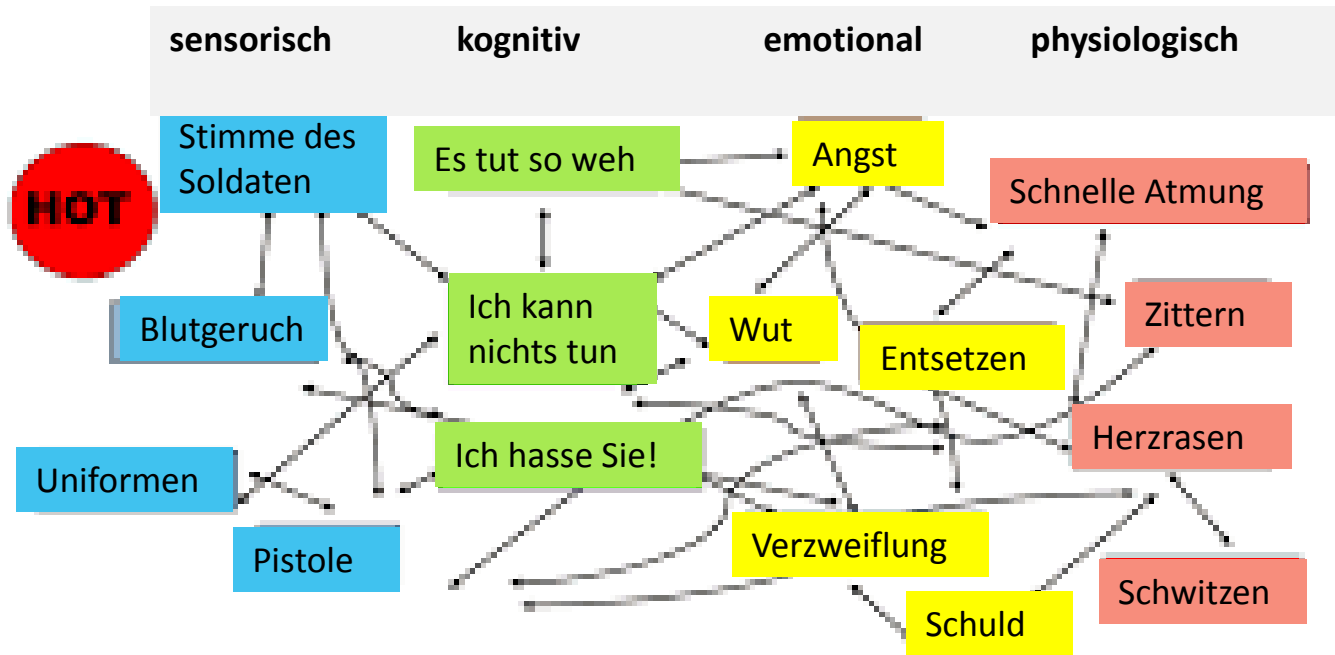
**Sekundäre Traumatisierung“: Mythos oder Realität?**

- Begriff sehr umstritten!
- Traumakriterien in der Regel *nicht* erfüllt
- Exposition in therapeutischer Sitzung erfolgt anders als das Ereignis selbst geplant, vorhersagbar und kontrolliert
- auch wenn Helfer in Einzelfällen PTBS-ähnliche Symptome aufweisen

# Ätiologie

## Kognitionspsychologisches Modell (Clarks & Ehlers, 2000)

Furchtnetzwerk nach traumatischem Ereignis (Lang, 1994)



**GOLD**

Damals lebte ich in Teheran.

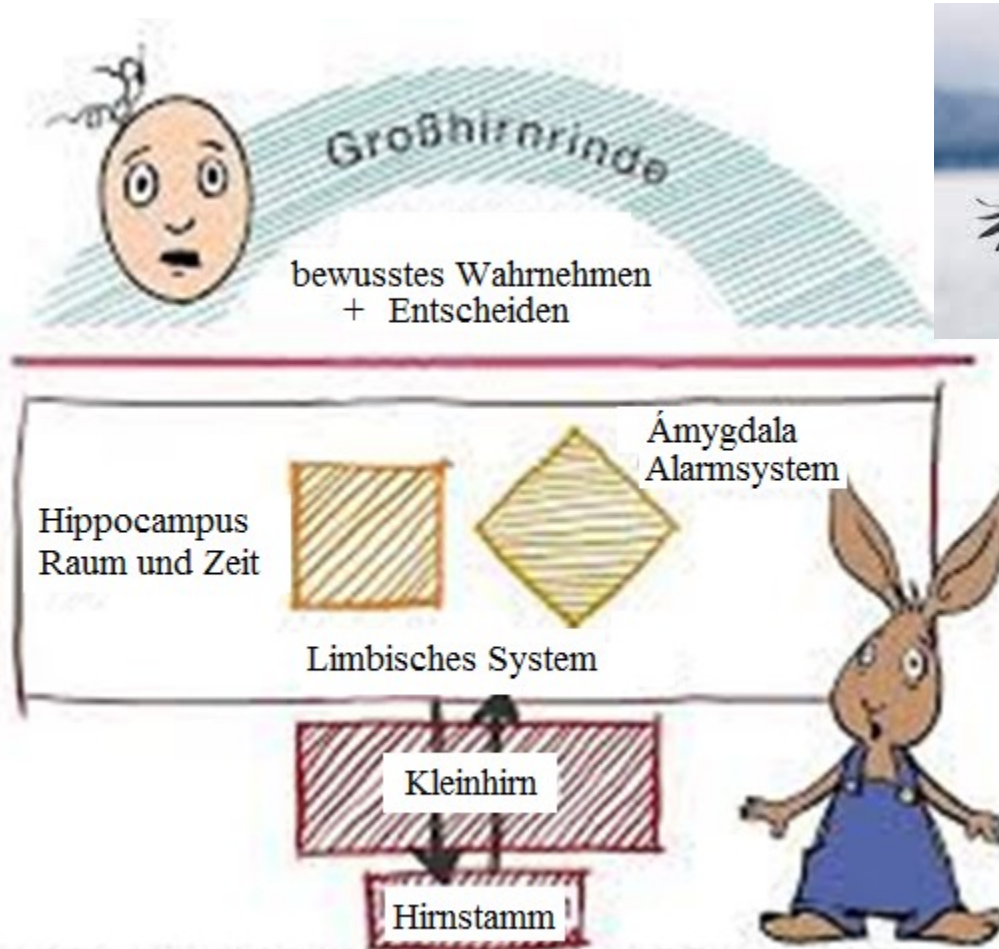
Kurz vor der Verhaftung war ich mit meinem Onkel in der Stadt.

Es passierte am ersten Tag der Haft.

# Ätiologie

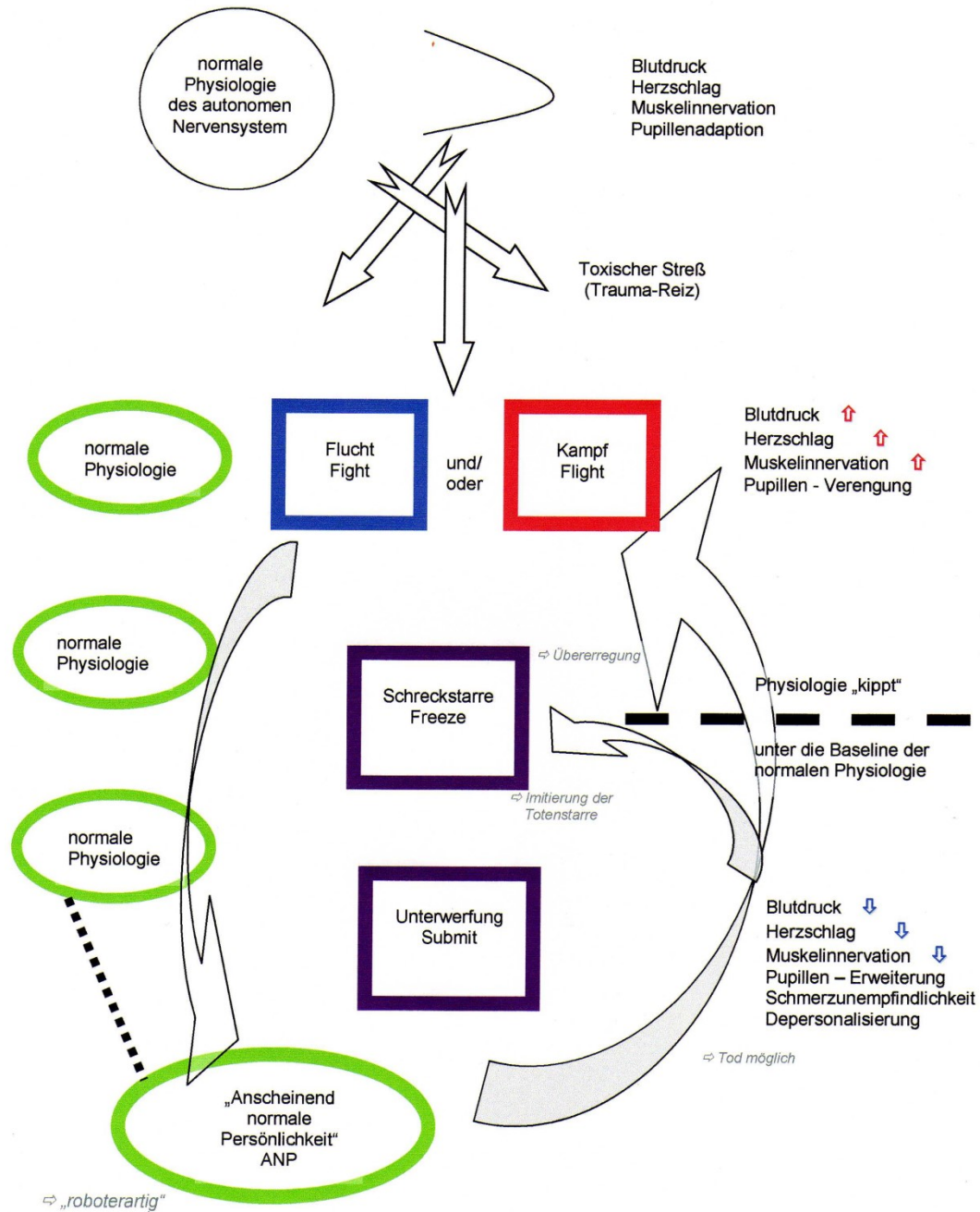
## Neurobiologisches Modell

„Das Häschen und der Denker“





# Stadien der Trauma-Physiologie





# Ätiologie

---

## Lerntheoretisches Modell

### Faktor 1: Klassische Konditionierung

Koppelung eines neutralen Stimulus (z.B. Aftershave) mit einem aversiven Stimulus (Vergewaltigung) führt dazu, dass bereits der neutrale Stimulus die aversive Reaktion auslöst,

### Faktor 2: Operante Konditionierung

Vermeidung oder Abschwächung der aversiven Reaktion (z.B. durch Substanzen!) wird als verstärkend erlebt, deshalb wird dieses Verhalten in der Zukunft häufiger gezeigt



# Diagnostik

---

## Testdiagnostische Verfahren:

Die Fragebögen erfragen die PTBS-Symptomatik wie Intrusionen, Vermeidung und Hyperarousal in der letzten Woche:

- Impact of Event Scale IES
- International Trauma Questionnaire (ITQ)
- Essener Traumainventar (ETI)
- CAPS
- SKID I Interview PTBS

# Risikofaktoren

---

## Feuerwehrleute, Polizist\*innen, Sanitäter\*innen

- Häufige Einsätze
- Schwere Einsätze
- Nicht erfolgreich verlaufende Einsätze mit eigener Schuldzuschreibung
- Unzureichende Erholungszeiten
- Höhere Dienstgrade
- Höheres Alter
- Mangel an Ausrüstung, Geld und Personal
- Probleme mit Vorgesetzten oder Kollegen

# Risikofaktoren

---

## Pflegekräfte:

- Hohe Zahl an Patient\*innen
- Zeitmangel
- Gestörter Biorhythmus
- Konflikte mit Angehörigen
- Arbeit in Seniorenheimen

# Risikofaktoren

---

## Ärzt\*innen:

- Negatives Feedback von Patient\*innen und Angehörigen bis hin zu Schuldzuweisungen und Gerichtsprozessen (Sündenbockfunktion)
- Mangelnde Compliance und Krankheits-/Behandlungseinsicht der Patient\*innen mit Drehtüraufenthalten
- Ärzte-Hopping, v.a. bei Somatisierungsstörungen
- Überbordender Verwaltungsaufwand, dadurch immer weniger Zeit für die Patient\*innen
- Strukturelle/hierarchische Gewalt

# Risikofaktoren

---

## Psychotherapeut\*innen, Seelsorger\*innen:

- Eigene traumatische Vorerfahrungen
- Hohe Empathiefähigkeit des Therapeuten
- Unzureichende Fähigkeit, sich als Therapeut von den Erlebnissen des Patienten zu distanzieren

# Prävention

---

## Präventionsformen

- **Primäre Prävention:** Stärkung der eigenen Kompetenzen und Ressourcen, um ein evt. auftretendes späteres Akutereignis gut bewältigen zu können → Supervision, Intervision
- **Sekundäre Prävention:** Vorbeugen nach Akutereignissen durch frühzeitiges Erkennen von Frühsymptome.  
→ Debriefing, KVT-Frühintervention (Foa, 1998)
- **Tertiäre Prävention:** Maßnahmen, um das Fortschreiten einer bereits bestehenden Störung nach Akutereignissen zu verhindern → Traumatherapeutische Interventionen

# Prävention

---

## Übungen

### **Primäre Intervention (vor einem Akutereignis)**

- Stärkung des Selbstwertes (Liste der eigenen Stärken, Spiegelübung) und der Selbstwirksamkeit
- Erkennen und Verändern dysfunktionaler Kognitionen („Wenn ich nicht immer alles alleine schaffe, bin ich vollkommen unfähig“)
- Förderung der sozialen Kompetenzen (Gruppentraining sozialer Kompetenzen, Nein-Sagen-Können, Forderungen stellen)
- Ressourcen aktivieren (Energiezeitkreis)
- an Deeskalationstraining teilnehmen



# Prävention

---

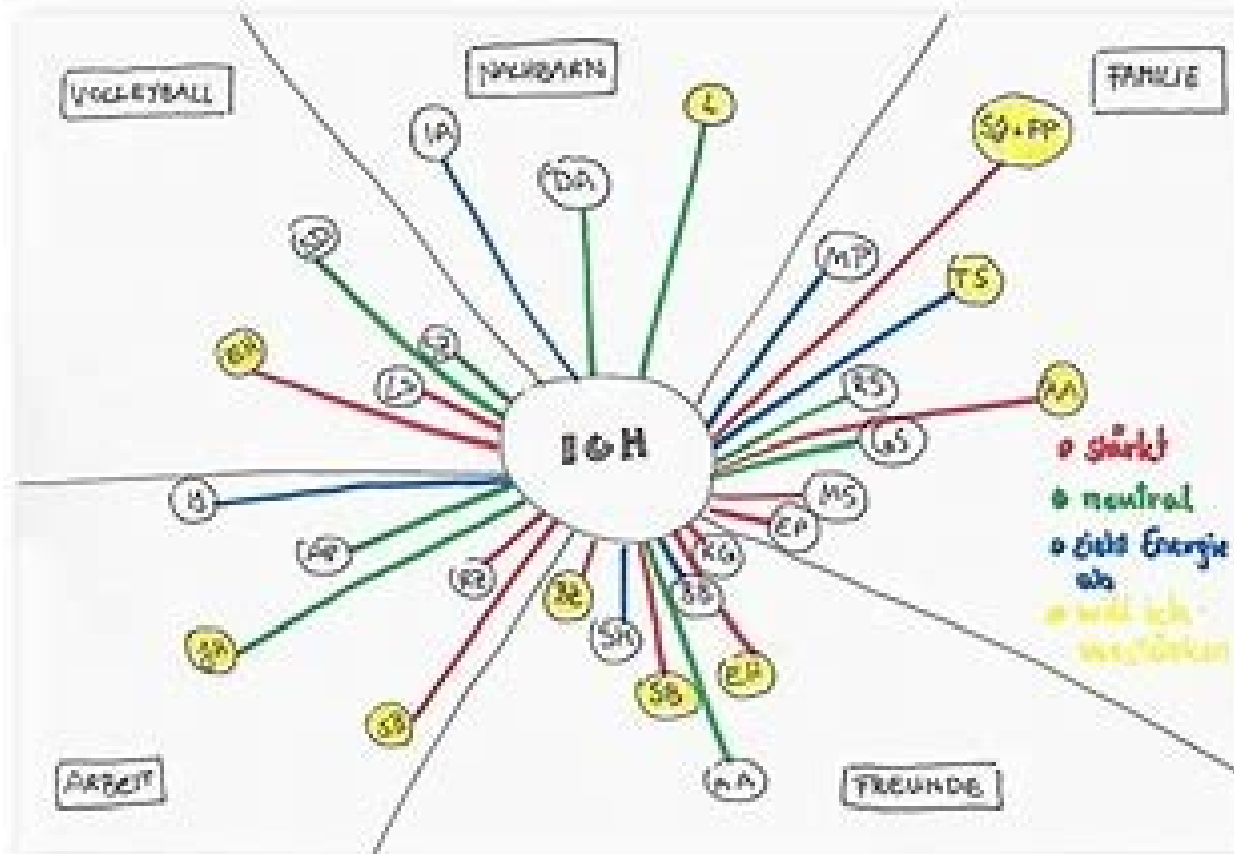
## Übungen

### **Sekundäre Prävention (direkt nach einem Akutereignis)**

- Skills suchen
- darüber sprechen, einschließlich der eigenen Gefühle (Disclosure)
- Coping-Strategien suchen
- Soziales Netzwerk aufzeichnen

# Prävention

## Soziales Netzwerk



# Prävention

---

**Tertiäre Prävention (bei manifester Störung)?**

**Hier müssen Profis ran!**



# Therapie

---

## 3 Phasen der Traumatherapie

### 1. Stabilisierung:

- Ziel: Wiederherstellung eines Sicherheitsgefühl, Flashbackkontrolle
- Techniken: Sicherer Ort, 5-4-3-2-1-Übung, antidissoziative Skills

### 2. Prozessierung

- Ziel: Durcharbeiten, Integration und Neubewertung des Traumas
- Techniken: Exposition in sensu, Reaktivierung der traumaassoziierten Reaktionen

### 3. Zurück ins Leben

- Ziel: Abbau von Vermeidungsverhalten
- Techniken: Exposition in vivo, Angsthierarchie, Angstverlaufskurven

# Therapie

---

Traumalandkarte

Sitzung 1

Stabilisierung

Sitzung 2-3

Prozessierung

Sitzung 4-13

Zurück ins Leben

Sitzung 14-15

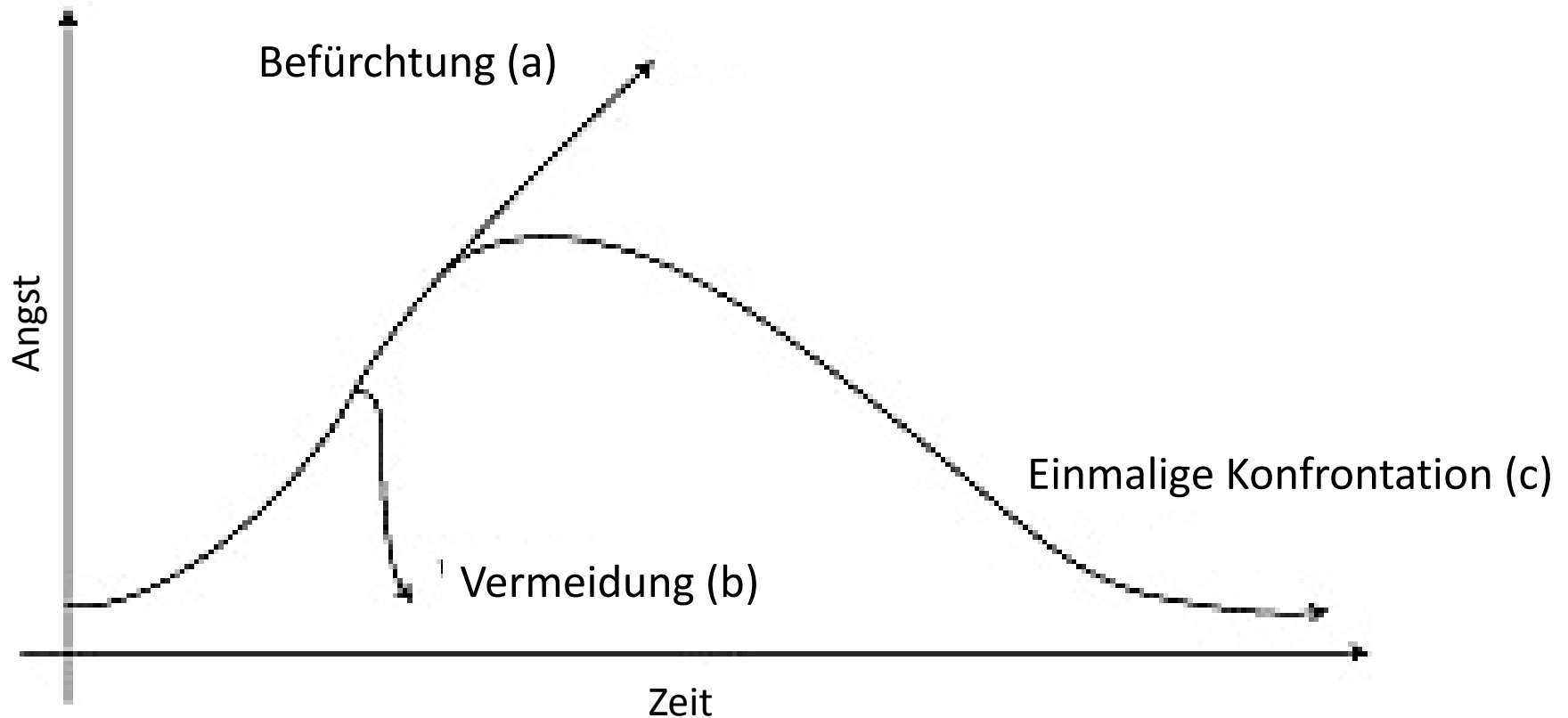
Follow up

Sitzung 16



# Klassische Traumatherapie

## Wirkmechanismus: Habituation





# EMDR

---

**Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy (Shapiro 1989)**





# CIPOS

---

Constant Installation of Presence Orientation and Safety (Jim Knipe, 2009)



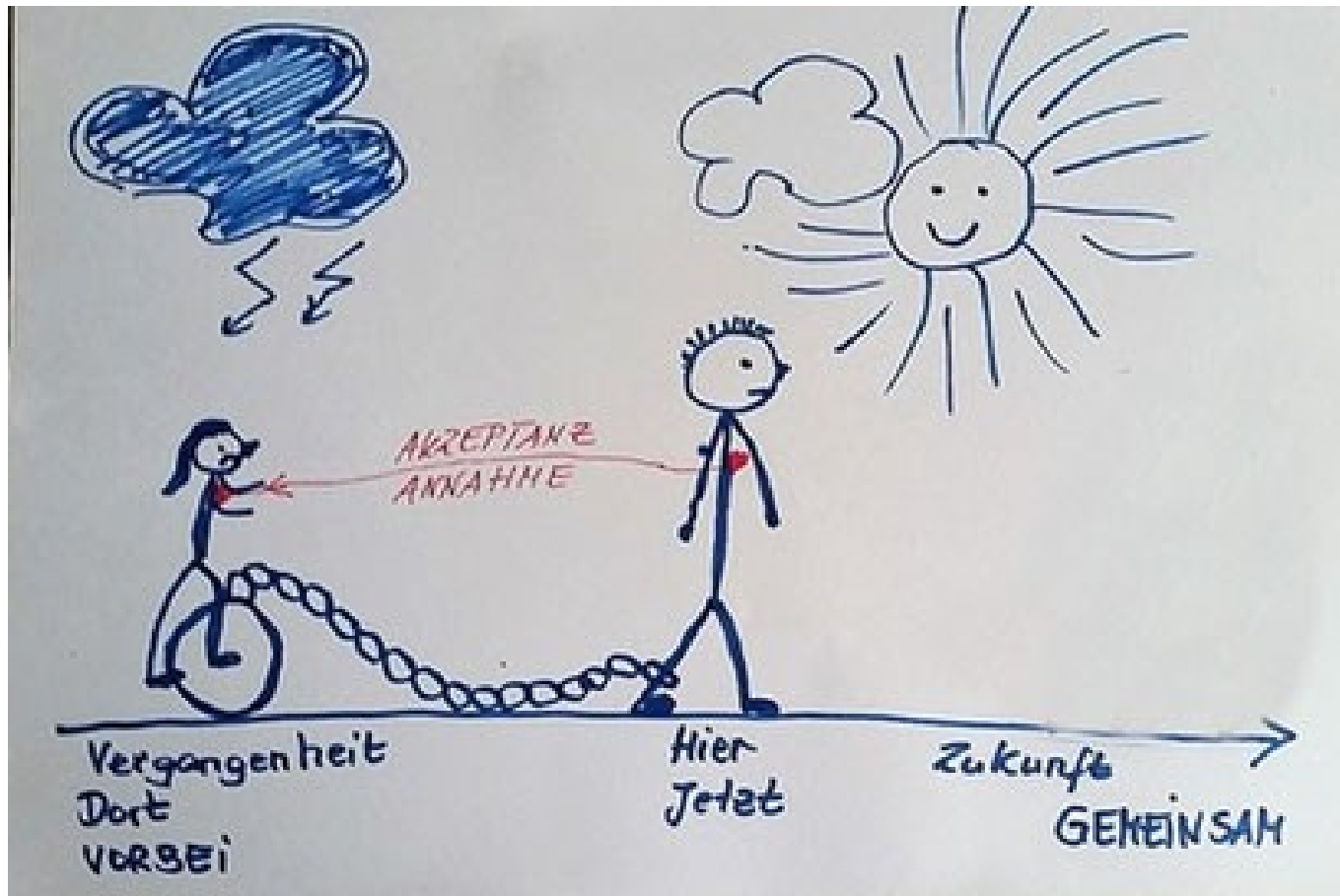
sichere Gegenwart



traumatische Erinnerung



# Imagery Rescripting



# Diskussion