

Verarbeiten traumatischer Belastung bei Feuerwehrleute und Sanitätspersonal

*What makes you, breaks you and ... what breaks
you, makes you!
Erik de Soir*

Einleitung

Folgende Paragraphen sind Teil des Einleitungs einer belgischen Broschüre, die Grundlagen vermittelt über wie Feuerwehrleute und Sanitätspersonal traumatischer Stress verarbeiten können. Vielleicht ist dieser Text ebenso nützlich wie Einleitung zu dieser Kapitel, wo es sich handelt um die verschiedene Primärsorge an Feuerwehrleute sowie Sanitätspersonal, beim Heimkehr von emotional angreifender Traumaarbeit.

Die Zeit ist lange her wo man noch mit Pferd und Karre arbeitete, und am Abend redete über den vergangen Tag. Man rast statt reist, Unfälle sind dramatischer und unser Lebenswelt ist tausenfach mehr Komplex. Dörfer haben sich umgewandelt in städtliche Agglomerationen durchquert von Autobahnen. Heutzutage fordern Feuerherte, wegen dramatisch gestiegene gefährliche Komponenten, destomehr technisch spezifische Löschung. Alles ist schwieriger wie vorher...

Emotionen haben sich nicht geändert. Es ist beim Feuerwehrleute noch eine menge Stresz dazugekommen. Nur schon, weil wir nach Einsatz nicht mehr die zeit nehmen zu „Entstreszen“. Das Zweitlöschen von Feuerherte – nach Wasser und Schaum, mit Bier – machen wir sowieso fast nie mehr. So funktioniert unsere Gesellschaft jetzt gar nicht mehr. Die Feuerwehrleute sind heutzutage Profis, die nicht immer die Rührung der Gesellschaft zu dienen spüren. Feuerwehr ist ein Beruf geworden.

Was auch die Natur der Einsatz sei, man wird gefordert zu Leisten in eine kurzfristige Zustand von extrem erhöhter fysische und psychische Konzentration. So musz man, z.B. plötzlich in gang schieten, am Augenblick dasz der Körper müde oder in tiefer Schlaf ist. Diese Art Sachen macht man nicht straflos.

Es gibt Einsätze die man einfach nicht vergessen kann, die Ursache Alpträume sind, oder die, wie Gespenste, tagsüber wiederkommen. z.B. die Duft eines Ertrunkenes, der schon einem Monat ins wasser gelegen hatte; das Schreien eines Babys, der du aus einem Autokrach geholt hattest; die Anblick einer schwer (verminkt) nach einem Verkehrsunfall; oder der Schwerverbrennter den du aus einem brennender Haus gerettet hast, aber wovon du wiszt dasz er sicherlich den Tag nicht überlebt.

Es sind alle Sachen die den Stresz für dich erhöhen, und die eben Angstgefühle inspirieren für den nächsten gleichartigem Einsatz.

Eines ist sicher: Feuerwehrleute oder Sanitätspersonal sind nicht von Eisen und Stahl. Es gibt dann ja auch keinen Grund hierüber zu Schweigen. Du wirst ganz sicher nicht der Erste sein der Freunde verliert wegen „es sich ändern“, weil er versucht eiskalt und nüchtern zu bleiben durch das erzählen Unfallswitze, vielleicht weil sein Ehrgeiz oder Mangel an Mut ihm verbieten starke Gefühle zu zeigen.

Du darfst weinen um ein namloses Kind, gestorben in deinen Armen. Du darfst nachts träumen dieses Kind das Leben zu retten.

Es sollte ja aber auch keine Jahre dauern, man soll nicht alleine damit fertig werden und die dazu gehörende Gefühle „einschlucken“. Gar nicht reden über diese Emotionen ist keinerlei eine Lösung..Wenn es sich um einem traumatischem Vorfall handelt, heilt die Zeit an sich keine Wunden. Objektivierung eines traumatisches Ergebnis und die dazu gehörende Gefühle kann erst durch das Anerkennen dessen, durch Konfrontation mit diese Gefühle und dem Leid, und durch das Sprechen und Bereden. Man braucht keinem Arzt oder Psychiater, sondern die Menschen von der eigener Sozialer Ebene.

Man kann die Erfahrung durcharbeiten durch die Emotion stufenweise zu Erlauben. Mitarbeiter und Familienmitglieder sollten offen sein dazu, du solltest ihnen das Helfen aber erlauben.

Wenn ein Mitarbeiter dir besorgt fragt wie es dir geht, deine Geschichte ernst nimmt, und die Zeit nimmt dir zu zu hören, wird es ein gutes Gefühl geben. Dasselbe gilt ebenso Zuhause, bis zu Wochen, Monate nach der traumatischer Erfahrung. Die Wert echter Zuverlässigkeit wird zwa oft unterschätzt: man vermeidet alle möglichen auslösenden Kontakte. Gefühle werden vermieden, beiweilen mit Hilfe Alkohols oder Medikamenten. Denke nur daran: am Ende hilft es nichts, weil die Zeit alleine keine Wunden heilt! Kollegen die das Gleiche erlebt haben können vieles Positives für Einander tun, beim Verarbeiten von besonders Emotional ergreifender Erfahrungen.

Erinnere dich dasz was dich als Feuerwehrmann gemacht hat, dich schliesslich auch brechen kann, aber dasz man nach dem Brechen weiter wachsen kann...

Unterstehender Text hernimmt zuerst den Impakt emotional angreifender oder traumatischer Interventionen, und wieso die manchmal schwer zu Bereden sind in die ganz spezifische Welt Feuerwehrleutes.

Anschließend wird besprochen wie Auffanggespräche helfen können beim Verarbeiten traumatischer Erfahrungen. Schliesslich bespricht der Text gründlich ein Model zu Prävention, Anleitung und Nachsorge traumatischer Stresz bei Feuerwehrleute und Sanitätspersonal. Das Endziel ist an zu Zeigen das gut begleitete und gut geübte non-Profis mit Ersthilfe an Trauma-getroffenen und mit „psychologisch desinfektierende“ Gespräche mit Mitarbeiter ausgezeichnete Ergebnisse erreichen. Beikommendes Ziel unterstehendes Kapitel ist das Relativieren und Demystifizieren psychologischer Begleitung. Es wird sich ebenso beweisen dasz der „mental health professional“ sich nicht auf der Ebene Ersthilfes situiert. Hauptsache bleibt dennoch die Grundprinzipien krisispsychologischer Hilfe nicht den Fuszen zu treten. Dieses Kapitel beschreibt also nicht exhaustiv, die verschiedene Formen Krisisauffang nach traumatische Erfahrungen; von „immediate on-scene support“ bis zu traumatische Belastungsdebriefing.

1. Traumatische Vorfälle und Feuerwehrleute

1.1 Effekte traumatischer Belastung im geschlossenem Milieu des Feuerwehrleutes und Sanitätspersonal.

In den folgenden Paragraphen werden wir versuchen auf zu klären welche alle die Effekte emotional erschütternder bzw. traumatischer Vorfälle auf Feuerwehrleute und Sanitätspersonal. Ein emotional erschütternder Vorfall heiszt: ein Ereignis, im raumsten Sinn des Wortes, der heftig erschreckt, entrührt, und der, durch das plötzes oder unerwartetes Auftreten, das emotionales und kognitives Gleichgewicht vom Beteiligten besonders verstören kann. zB. u.a. das Erfahren von einem schmerzvollem oder unerwartetem Verscheiden eines Familienmitgliedes, bzw. einer Bekannter; das Anschauen schwer Verletzter oder Toter; einen Autounfall erleben.

Ein traumatisches Ereignis dagegen, ist ein Ereignis das die folgenden vier Merkmale erfüllt: (1) das Ereignis ist plötz und unerwartet; (2) das Ereignis erregt ein Gefühl Ohnmachts, Zerrütungs bzw. Zorns; (3) das Ereignis geht zusammen mit heftige Emotion bzw. ganz starke Angstgefühle und; (4) das Ereignis konfrontiert dem Betroffenen, direkt oder indirekt mit dem Tod oder besonders schwerer Zerstörung von der leiblicher Integrität bei sich selbst oder einem anderen. Emotional erschütternde Ereignisse, können also ebenso traumatisch sein, sie sind es aber nicht notwendig.

Traumatische Ereignisse erschüttern den Menschen auf ihre Grundfesten: diese Ereignisse unterscheiden sich üblichen Erfahrungen und verursachen bei fast jedem ein offensichtliches Trauma. Traumatische Ereignisse haben die Eigenschaft dasz eigentlich Niemand die bewältigen kann. Ausserhalb die Gefühl gekränkt, verletzt und penätriert zu sein in der

eigener individueller Sicherheit, folgen es ganz komplexe, manchmal destruktive Gefühle, sowie Unsicherheit, Schuld, Angst und Zweifel. Traumatische Ereignisse verursachen bei Opfer das in Frage stellen von den Grundvoraussetzungen Eigenwerts und Weltordnung. Die emotionale Zerrüttung stimuliert die Sehnsucht von Opfern traumatischer Ereignisse nach Stabilität und Sinngebung von der Umgebung und ihrer eigener Rolle im Welt. Hilfsleister werden unwidersprechlich den Sinn ihrer Rolle als „Hilfer“ in Frage stellen, und manchmal werden die auch zweifeln an ihren eigenen Fähigkeiten. Trotz dieser Sehnsucht nach Gemütsruhe – Ruhe die manchmal nur erreicht worden kann in dem Maße die traumatische Ereignis, durch detaillierte Rekonstruktion, eine Erklärung, einen Anfang für Durcharbeiten bekommt - erfahren die Opfer von traumatische Ereignisse häufige und unerwünschte Wiedererlebungen von und Erinnerungen an dem Ereignis, um den es sich handelt. Die Erinnerungen werden abwechselnd dargestellt, einerseits wie unerwünschte Gedanken die zum Grübeln und Überdenken Veranlassung geben, andererseits wie zwangsläufige Gedanken, intrusiver Art. Die spontan auftauchende Gedanken sind wesentlich – neben Vermeidungs- und Übererregungsreaktionen - die Signatur von posttraumatische Belastungsstörung (*post-traumatic stress disorder*), wie die zuerst formuliert wurde im *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders-III* (American Psychiatric Association, 1980).

Wer sich einen Job beim Feuerwehr gewählt hat, weisz genau das er/sie einmal mit Emotional erschütternde bzw. traumatische Ereignisse konfrontiert wird. Wie in andere risikenvolle Berufe, wo man eindeutig and bewusst die Art vom Arbeit mitgewählt hat, (zB die Polizei, Geldtransport, Gefängnisse, Urgenzdienste in Krankenhäuser, usw.) erwartet man dasz die Arbeiter sowie die Organisation sich gewaffnet haben gegen diese Art Impakte. Deshalb behauptet man oft dasz bloz das Bewusstsein zu Arbeiten in Konfrontation mit lebende, schwerverletzte, sogar tote Schlachtopfer von branden, schwere Verkehrsunfälle, Umweltkatastrophen, Gewalt, Geiselnahmen, schietincidenten, usw. leitet zu guter seelischer Verarbeitung. Diese Behauptung ist falsch! Untersuch(*) lernt dasz mehr wie 1 auf 10 Feuerwehrleute/Sanitätspersonale einen früheren (traumatischen) Ereignis während eine Intervention nie richtig überwunden hat. Die korte en lange termijn Effekte von sowie die Intensität plötzer Belastung als langsam aufbauender Belastung veröffentlichen sich als hoch vernichtend zur seelischer ruhe Feuerwehrmannes. Ohne es zu Spüren, werden sie überfordert auf samte medische, psychische, soziale und familiale Bereich. Die Welt Feuerwehrleutes/Sanitätspersonals hulpverleners ist aber ganz eigen und geschlossen, und man wird als buitenstaander nich umsonst hereingelassen. Es hat in der Vergangenheit schon manches Projekt zur Lösung des posttraumatischen Belastungsstörungs im Bereich des Feuerwehrleutes gegeben. Viele dieser Projekte sind gescheitert wegen zu wenig ökologische Validität oder weil die Initiativnehmer der Feuerwehr auf strikt kommerziellen Gründe nähergekommen sind. Das Prinzip sozialer Gleichung im krisispsychologischer hilfe – das heiszt „*ich möchte nur geholfen werden von Leute die mich möglichst ähneln und die sich in der gleiche Welt wie ich befinden*“ – ist vielleicht nirgendwo so stark wie im Welt der Feuerwehrleute.

Das Problem mancher Feuerwehrcorps ist jedoch das es – wie Organisation – leitet an das „not invented by engineers“ Syndrom. Es erschwert sich aanzienlijk die Akzeptierung sogenannter sanfter Werte, da hauptsächlich Ingenieure die Leitung (mittel)grozse Feuerwehrcorps haben. Diese Ingenieure haben während ihre Ausbildung nur ganz beschränkte Stunden interpersönliches Verhalten, „human resources“ und „leadership“ besprochen. Im Feuerwehr werden Ingenieure sofort Offizier, und ihr Arbeit liegt im hoch technischer Bereich, was das Verständniss von reinmenschliche Probleme im bereich der Arbeiter - dessen Ausbildung cognitiv nicht so anfordernd war; die Alter höher ist dann bei den Offizieren; und die viel mehr konfrontiert werden mit traumatischer Impakt – gar nicht vereinfacht.

Zweiter Spalt in manche Feuerwehrkazerne ist die Spalt zwischen Jung und Alt: Grat oder Jahre Arbeitserfahrung sind nicht immer Synonym von höhere berufliche Kenntniss. Es gibt schon manche jungere Brandwehr/Sanitätspersonal die sich rezentlich Diplomen und Brevetten holten; was die begierig ausspielen zu alteren Mitarbeitern.

Emotional erschütternde oder traumatische Interventionen können aber eine Menge physische bzw. seelische Klachten verursachen. Ausprägungen davon können sein: sich zurückziehen aus dem sozialen Leben, das Vermeiden schwieriger Situationen, Überaktivität und Nervosität, gehetzt sein und häufige Aggressivität (eben in der Familie), Rückenschmerzen, Kopf- und Bauchschmerzen, Stichen am Herz, Wiedererleben (Alpträume, Flashbacks, usw.), Konzentrationsbehinderungen und Schreckreaktionen. All diese Phänomene sind manifeste Zeichen von einer posttraumatischen Belastungsstörung.

Das psychische Leiden nach einem traumatischem Impakt kann verschiedene Arten annehmen. Shalev (1994) umschreibt es als folgt:

The immediate reactions to traumatic events include all forms of human suffering and massive attempts to cope with the effects of exposure. A wide variety of symptoms have been documented including paralyzing anxiety, cognitive disarray, dissociative and conversion reactions, psychological and physiological depletion, and emotional numbing (Bar-On et al., 1986; Weisaeth, 1989; Krystal, 1978; Green et al., 1989).

These immediate reactions constitute an urgent appeal for specialized care, indeed for 'every comforting human response' (Raphael, 1986, p.247) capable of reducing suffering. This is the primary goal of early intervention following trauma (...).

Ebenso beweisen unterschiedene Studien (Aptel et al., 1993) klar dass es sowas gibt wie eine kardiovaskuläre Pathologie bei Feuerwehrleute: diese Krankheiten haben mehr Opfer im Bereich Feuerwehrleute dann bei der reguläre Bevölkerung. Feuerwehrleute haben mehr Risiken kardiovaskulärer Art, wie, zB. arterieller Hypertension, Übergewicht und Hypercholesterolemie. Diese medische Risiken werden noch verstärkt durch die virile Machokultur die manchmal herrscht, zwa überflächlich wie eine dünne Schichte Lack, in Feuerwehrcorps. Die Mitglieder der Corps sind meistens Männer die, während ihre Erziehung, gelernt haben das Weinen „für Feiglinge oder Mädchen“ ist. Als Erwachsene sind es Experte in Verdringung von Schmerzen und Maskierung von Gefühle geworden. Zynische Witze sind die einzig mögliche Ausweg für Gefühle geworden. Es ist ja auch dieser Ausweg, die es die Feuerwehrleute während Interventionen ermöglicht eine psychologisch wirkbare Distanz zu den Opfer zu halten. Während der Arbeit, in manchmal grauvoller Lagen, haben die gelernt sich auf technische Manipulationen zu Konzentrieren, und Stimmungen und Emotion zu unterdrücken. Diese Art Reaktion wurde früher wie Gefühllosigkeit gesehen; es beweist sich nun dass die Weise auf der die Feuerwehrleute sich zu ihre Gefühle verhalten aber ganz funktionell ist. Dieses John-Wayne-Verhalten – siehe das sogenannte *John Wayne Syndrom* (Mitchell, 1983; Becker, 1989) „*You aren't burnt until a bone is showing*“ – räumt nachher Platz für manche Probleme, einmal die Aufregung der Intervention vorbei ist. Das Pfanzer geht herunter und die Feuerwehrleute entwachen aus ihren funktioneller Tunnelerlebnis.

Prototypisches männliches und extravertes Verhalten – wie zB. rauchen, trinken, laute Diskussionen am Bar, viel Platz einnehmen in Gruppen und hoch reden über die eigene Verwesentlichungen – wird augenscheinlich noch intensiviert durch das spezifische Profil Feuerwehrleute; der Feuerwehrmann ist meistens sehr aktions- und zielgerichtet; zugewitmet, stark motiviert, ambitiös und bereit berechnete Risiken zu nehmen. Falen gehört nicht zu seinem Vokabulär. Und Opfer die sterben (oder verstorben sind) heissen eben falen (oder zu spät gekommen sein). Die manchmal überfordernde Ohnmacht, die zusammen hängt mit das Unvermögen systematisch und strukturiert zu halten für and reflektieren über Gefühle, macht Feuerwehrleute ideale Opfer des „*Burn-out*“ Syndroms. „*Burn-out*“ wurde von Freudenberg (1987) umschrieben wie eine besondere Form von Depression bei Mitglieder von Teams aus der Sozialarznei. Bei mehrere ältere Feuerwehrleute findet man die Symptome von „*Burn-out*“ alle wieder. Die Ohnmacht zu Bereden und die aufgetane Eindrücke und Emotionen eins für eins aufstapeln leitet unvermeidlich zu Probleme im längeren Bereich. Einige beenden tatwirklich nach einige Jahre die Betreuungsarbeit; erschreckt und gezeichnet durch die

Erfahrung auf dem Feld; leiblich, emotional und seelisch fertig gemacht. Fünf Jahre im Feuerwehrleute/Sanitätspersonaler Praxis scheint, ins besonderem für Freiwilliger, eine ganz kritische Periode zu sein: die erste wichtige hindernis ist das Bewältigen von Gefühle von Schuld und Ohnmacht. Der Feuerwehrmann soll das Einsicht bekommen dasz die Ziele im Bereich von Hilfeverleihung nicht zu hoch gegriffen sein dürfen: es gibt nun einmal Situationen die man nicht überwinden kann. Es ist die Wirklichkeit! Andere beenden nach eine jahrenlange und destruktive onstpoorde Passion für Gewalt und Verlust – manche Feuerwehrleute/Sanitätspersonale sind selber „Traumenjunks“ die nichts halten von Warten und Inaktivität – ihre Carriere als Hilfsverleiher, bitter wegen der Gefühl nicht gelungen zu sein. Der einziger Ausweg ist – kaum erstaunend – schwarzer Humor, Ironie und Zynismus. Man kann sich leicht die leibliche, seelische und emotioneller uitputting dieser letzter Kategorie Feuerwehrleute vorstellen wie ein Prozesz von immer gröszere emotioneller Chaos. Der Feuerwehrmann musz immer mehr Energie stecken in das „Dissozieren“ eigener Erfahrungen verknüpft mit traumatische Interventionen aus der Vergangenheit. Alkohol und überaktivität (manchmal in die Sozialisolierung erhöhende Bereiche) werden manchmal benützt um der Eskapismus realisieren bleiben zu können. Es gibt, jedoch, in diese letzte Kategorie Feuerwehrleute ein starkes Gefühl unterlicher Verbundenheits: sie bleiben - eben pensioniert – ganz nau verbunden mit alles was die Feuerwehr organisiert.

1.2 Erfindendes Felduntersuch nach die Erlebnisse traumatischer Belastung bei Feuerwehrleute und Sanitätspersonal.

(1) Peilung nach die Erlebung traumatischer Interventionen.

Fünf Jahre lang herumziehen quer durch Belgien und die Niederlande, – wie Koordinator und trainer vom *Firefighter & Medical Emergency Stress Teams* – um in mehr dann 80 Feuerwehrcorps allgemeine Übungen (mindestens 3 Stunden) zu machen über traumatischer Belastung im Bereich des Feuerwehrs hat eine gigantische menge Daten geliefert über die Weise womit Feuerwehrleute die verschiedene Arten Belastungs im Praxis und Alltag konfrontieren. Unterstehende Paragraphen werden erklären das es essentiel ist hineinzuleben im Alltag Feuerwehrleute/Sanitätspersonals um erfolgreich zu sein im Arbeit rund um Betreuung und opvang nach emotional erschütternde Interventionen.

In den bezogenen Corps wurde immer ein typischer Programm abgearbeitet (siehe **Tafel 1**). Die Kurs- und Redeabenden haben erstens demonstriert dasz Feuerwehrleute eher „agieren“ wie „denken“ oder „reden“. Obwohl, einst die anfangen zu Reden...

**Tabelle 1. Gruppenübung über traumatische Belastung bei Feuerwehrleute
Typischer programm von den Firefighter & Medical Emergency Stress Teams**

1. Traumatische Erfahrungen bei Feuerwehrleute und Sanitätspersonal: erfahrungsorientierte Analyse in Teilgruppen.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Gibt es einen Unterschied zwischen emotional erschütternde und traumatische Erfahrungen? ■ Stell dir dein Leben von Feuerwehrmann/Sanitäter vor: -----(CI)----- ----- ■ Wo situiert sich das „critical incident“ (CI) das bisher den gröszten Impakt auf dir hatte? ■ Welche Art Vorfall war es? Welche eigenschaften hatte es? ■ Wie hast du, haben deine Mitarbeiter reagiert während und nach der CI? ■ Siehst du einen Unterschied in kurz- und langzeitige Reaktionen? ■ Was bleibt dir jetzt noch übrig von dieser Vorfall? Wie schaust du zurück darauf? ■ Hat dir jemand geholfen/gestützt? So ja, wer? Was war die Hilfe/Unterstützung? So

nein, wer möchtest du dasz dir geholfen/unterstützt hätte? Was für Hilfe/Unterstützung möchtest du bekommen haben?
2. Traumatische Erfahrungen bei Feuerwehrleute und Sanitätspersonal: praxisorientierte Methode
<ul style="list-style-type: none"> ■ Diskussion von Kasuistik durch Bereden von Videobilder von real-life Vorfälle.
3. Traumatische Erfahrungen bei Feuerwehrleute und Sanitätspersonal: theorieorientierte Methode
<ul style="list-style-type: none"> ■ Eigenshafte traumatischer Erfahrung: theoretischer Methode ■ Zeitperspektive für das Überwinden traumatischer Erfahrungen: kurzfristige, langfristige Impakt und Konsequenzen. ■ Prinzipien von Prävention, Behandlung und Nachsorge von traumatische Belastug bei Feuerwehrleute/Sanitätspersonal: von „on-scene support“ zu traumatische Belastungsdebriefing.
4. Offene Diskussion über positive und negative Aspekte ins Kreieren eines Stressteams innerhalb der eigener Kaserne, und Wahl Kandidaten für den Streszteam.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Die ganze Kaserne beantwortet die Frage: wen siehst du innerhalb der eigener Gruppe arbeiten wie Betreuer an Unterstützung, Beratung, Hilfe und Begleitung von Mitarbeitern? Wem würdest du Beratung fragen nach eine erschütternde Intervention?

Während die zehnfachen allgemeinen Gruppenübungen mit Feuerwehrleute und Sanitätspersonal hat es sich umso deutlicher gestellt dasz den Alltag Feuerwehrleute/Sanitätspersonal von hinaus kennen oder idealiter zu den selben Welt gehören die Essenz ist um ein gedegenes system von „Peer Support“ aus zu bauen.

Der Feuerwehrmann duldet keine Fremde und möchte sich a priori kein „Opfer“ fühlen. In diese Umgebung sollte man als Streszbegleiter oder Betreuer ein Biszchen „den gleichen Krebs haben“ um Krebs behandeln zu dürfen. Das Verleihen von Hilfe durch Psychiater, Psychologe, Therapeut oder Sozialwerker an Opfer, also das Verleihen von Hilfe basiert auf Macht erworben aus Diplomen und „Erfahrung mit...“ wirkt nicht in der Welt Feuerwehrleute. Wie schon früher benachdrückt, ist es Sache die Gruppe von Feuerwehrleute/Sanitätspersonale wie Gleiche zu behandeln und so, nachdem man ein Arbeitserlaubendes Mandat basiert auf Gleichheit bekommen hat, zu versuchen ein Gespräch über die traumatische Intervention an zu fangen.

Der Feuerwehrmann faszt das die dünne Linie zwischen Gelingen und Versagen, zwischen Retten und nicht (mehr vermögen zu) Retten - und a fortiori zwischen „Helt sein“ und „sich mit-Opfer fühlen“ - ja sehr dünn ist. Ersthilfe wird sich also per Definition fokalisieren auf das Bereden nach eine Intervention, in eine konfidenzielle Atmosphär voll gegenseitiges Verständnis und Respekt für die Gefühle jeder. Während diesem Gespräch wird klar die Wiedersammensetzung des Vorfalles benachdrückt. Nachher werden die Notfall-Reaktionen legitimiert und normalisiert. Das motto das es sich hier handelt um **„normale Reaktionen auf einem abnormalem Vorfall“** tut ihnen gut. In der Gruppe kommen hauptsächlich folgende Gefühle auf dem Vordergrund: die manchmal schwer zu Bewaltigen Ohnmacht; die häszliche Gefühl von Hilfslosigkeit; die paralyisierende Trauer um menschliches (manchmal anerkenbares) Leid; intense Schuldgefühle weil man nicht mehr getan hat oder versucht hat zu tun; und die Wut die dies alles weckt. Denn ja dafür hat man keinen Job beim Feuerwehr gesucht; was der Laie davon auch hält!

Vor weiter zu reden über die Sequenz krisispsychologischer Hilfsverleihung, ist es wichtig zuerst die Fasen innerhalb eine Feuerwehrintervention zu beschreiben, samt den Kontext in dem solche Interventionen gemacht werden. Es ist gerade diesem Kontext die Grund ist für die Art des Gruppengespräches - die sogenannte *Supervised Peer Debriefing* – wie die im Praxis durch Mitglieder des Firefighter & Medical Emergency Stress Teams gehalten werden.

(2) Die verschiedenen Stufen einer Feuerwehrintervention

Vor einige Jahre schon hat Ponnelle (1993) bei eine representative Gruppe Feuerwehrlaute aus der Somme semi-strukturierte gespräche gehabt, wo er sie gefragt hat die Empfindungen in belastungsvolle Umstände zu beschreiben. Während dieser Untersuch wurde optiert für Gesprächs-Sessionen, eher wie das Benützen einer Fragenliste, die manche Hilfsverleiher den Gefühl geben „persönlich angefallen sowie verdächtig gemacht zu werden“, ins besondere wegen die Eigenschaften der bezogen Gesprächsgruppes: wie schon gesagt, ist die Welt des Feuerwehrmannes ganz besonders eine Machowelt. Das Bereden von Gefühle ist nur seit kurzer Zeit Teil vom Beruf Feuerwehrmannes/Sanitäter.

Ponnelle (1993) entwickelte durch diese Gesprächssessionen drei kennzeichnende Stufen im Verläufe einer Feuerwehr/Sanitäterintervention: eine *prä-operationelle Stufe*, eine *operationelle Stufe* und eine *post-operationelle Stufe* (Entspannungsstufe). Diese Stufen wurden auch mehr oder weniger entwickelt durch die Feldarbeit vom *firefighter & Medical Emergency Stress Teams*. Beide Einsichte werden verknüpft in Tabelle 2.

Tabelle 2. Die Stufen einer Feuerwehrintervention.

Prä-operationelle Stufe: der Alarm und der Fahrt in die Ort des Interventions.

Die Belastung besteht hier, hauptsächlich, durch die Interpretation des nervöses Piepen und plötzlich auftretendes Alarmsignal (nur schon das Alarmsignal zu hören reicht um den Herzrythmus mit 70 bis 100% zu erhöhen). Weiter steht der Bereich von Belastung in umgekehrtem Verhältnis zum Masze, das die Bezogene ihre Kompetenz den Auftrag zu guten Ende zu bringen einschätzen.

Operationelle Stufe: die spezifische Handlungen die während eine Intervention gemacht werden sollen.

*Leib und Seele des Feuerwehrmannes sind durch das Alarmsignal maximal gespannt und alert (cfr. **General Adaptation Syndrome** von Selye). Während diese Stufe des Interventions erfährt der Feuerwehrmann meistens keine Belastung: er ist in volle Aktion, beiweilen auf „automatischer Pilot“. Dennoch kann man aufmerken dasz bestimmte Faktoren während diese Stufe die Belastung, die der Feuerwehrmann erfährt, besonders erhöhen können: individuelle Faktoren (sowie Alter, Anciennität, Erfahrung, psychologisches Profil, sorgen ausserhalb dem Arbeitskreis, ...) lagegebunden Faktoren (sowie Art der Intervention, benütztes Materiell, getragene Kleidung, ...) und relationsgebundene Faktoren (sowie sich dem Oberst anvertrauen, Selbstvertrauen, sich den Kollegen anvertrauen, soziale Klima in der Feuerwehrkaserne, ...). Die **Firefighter & Medical Emergency Stress Teams** werden ihre Aufmerksamkeit auch der Masze, in der der bezogen Hilfsverleiher sich identifiziert mit sowie eigenen Lebenserfahrungen als die Opfer, die er begegnet. dies ist das sogenannte Dreieck des Impakts, das in der Beilage dieses Kapitels besprochen wird.*

Post-operationelle oder Entspannungsstufe: die aufgebaute Angst, Belastungen, Frustrierung und Enttäuschung tauchen auf.

Das Auftreten der Nachstosze manifestiert sich nach der Intervention nach dem Wortlaut des „erst nachher kam der grosze Stosz“.Die erste Änderungen in dem Verhalten laszen kaum auf sich warten: gleich am Ende der Löschungs-, Rettungsarbeit. Diese Änderungen sind vorübergehend, zB. übertrieben (schwarzer) Humor, Verdrusz, Schlafstörungen, intense Wiedererlebung, Probleme mit Appetit und Verdauung, erhöhte Reizbarkeit zu nicht-

Bezogenen, usw. Andererseits sind diese Änderungen, langer nach der Lösungs- bzw. Rettungsarbeit und neigend zum Chronische: verzichten auf soziale Beziehungen, übertriebenes Vermeidungsverhalten, zwangsläufiges Benehmen, Überempfindlichkeit zu ua. Lärm, und erhöhte Empfindlichkeit für Krankheiten.

(3) Die traumatische Intervention wie Puzzle: die multidisziplinäre Art des Schockbewältigungs nach großzügiger Einsatz.

Das akute seelische „*on-scene*“ Erleben einer Traumenerfahrung ist ein Erleben von extremer Ohnmacht und Verlust von Kontrolle. Das Opfer verliert sozusagen den Mund; es ist wie den eigenen Willen gestrichen wird. Ebenso verursacht der traumatische Impakt manchmal dass die Lage der Familie und Arbeit aus den Fugen gerissen wird. Nicht wird sich noch ähneln. Die Drohung vor Tot oder ernsthafte korrumpierung von der eigener – oder eines anderen - leibliche und seelische Integrität ist immer verknüpft mit der traumatische Erfahrung. Indessen Unfälle mit Kinder oder Bekannten die Illusion von Unverwundbarkeit ernsthaft zerstören – „Ein Unfall passiert nur mit unvorsichte bzw. unbekannte Opfer“ - , ist gleichzeitig während, und besonders nach, dem Ergebnis die Rede von starke Gefühle von Schuld, Scham, Angst, Wut, usw.

Der betroffene Helfer kann vielfalls sein Weltbild nicht mehr bestehen. Die Grundannahmen und Erwartungen vom Leben scheitern; alles – auch in dem Praxis des Feuerwehrs – ist unfair, unehrlich, unversehen, und gefährlich. Die Gefahr ist überall. Übung heiszt kein Synonym vor Kontrollierbarkeit mehr. Jede Intervention heiszt „Gefahr“. Die Lebensgesellen fürchten sich bei jedem Alarm. Usw., usw., ...

Der moderne Feuerwehrmann ist fast unverständlich während eine Intervention, sei es nur schon wegen der schützende Kleidung. Die Ausrüstung des Feuerwehrmannes schützt ihm vor mechanische Impakte, betäubender Lärm und Hitze durch Strahlung oder direkten Kontakt. In Wesen macht die Kleidung ihm teilweise „sensoriel Däpriviert“ oder „Erlebungstot“. Ins besondere die altere oder mehr erfahrene Feuerwehrleute haben es schwierig damit: einst hatten die „Fingerspitzengefühl“ für die arbeit, das Feuer wurde erfahren wie ein lebendes Wesen. Jetzt ist man zur Teile eingesperrt. Dies hat nicht nur Folgen für die „operationelle Empfindlichkeit“ des Feuerwehrmannes – zB. Spüren wie ein Backdraft nähert, ein „Flammenüberschlag“ richtig einschätzen, usw. . Als sozial bewogener Person ist er während der Intervention stark auf direktem Kontakt mit seine Mitarbeiter und auf *Teamwork* angewiesen. Das ist schwer in solche Umstände!

Obenstehende Erfahrung macht den Feuerwehrmann besonders unsicher. Sicher am Anfang einer Intervention, und wenn er spürt dass „die seelische Belastung der Intervention“ (cf. *Dreieck des traumatischen Impakts, De Soir, 1997*) sein Tragvermögen zu übersteigen droht, ist die körperliche Erregung (*arousal*) des betroffenen Feuerwehrmannes ganz grosz. Es wird in groszer Masze diese Erregung sein, die Schuld daran wird sein dass der individueller Feuerwehrmann, Helfer, Pfleger, Notarzt, Polizist, usw. sich nur eine Fraktion der Realität erinnern werden. Die gleiche erhöhte Aufregung ist Schuld daran dass die mehr Fehler machen werden, beiweilen inkohärent denken oder entscheiden werden; während die den körperlichen „Arousal“ brauchen um „operationell“ sowie „alert“ zu werden, dennoch verursacht ein zuviel am gleichen „Arousal“ während traumatische Interventionen manchmal ebenso eine Senkung in der Andacht, und so kann menschliches Versagen zunehmen. Feuerwehrleute verweigern sich aber dieses zu glauben: es ist wider ihren Deontologie!

Diese Phänomen von röhrenförmiges Sehen ist in die Literatur bekannt wie der *Easterbrook-Claim* (Easterbrook, 1959) . Laut dem *Easterbrook-Claim* führt physiologischer Arousal von emotionell belastender Ergebnisse zu röhrenförmiges sehen (*narrowing of attention*, sehe unten, unter *historical Group Debriefing*). Dieses „Monitoring“ führt schliesslich zu einer

reduzierter Fähigkeit cues oder Informationselemente aus der Umgebung eines Ereignis zu Absorbieren (Bruner, Matter & Papaner, 1955; Easterbrook, 1959; Eysenck, 1982; Mandler, 1975). Der betroffene Helfer hat es – alleine – dann ja auch sehr schwer zu einer sinnvoller Wiederzusammensetzung der ganzen Intervention zu kommen. Die Intervention ist wie ein große Puzzle dessen er nur ein kleines Teil der Stücke hat. Das Vollbild der Intervention bekommt er dann auch nicht leicht; dennoch ist gerade das *conditio sine qua non* zur gesunder Bewältigung. Wenn wir diese Einsicht – Information aus traumatisch erschütternde Ergebnisse wird manchmal falsch kodiert – verknüpfen mit die individuelle Behauptungen a posteriori, sind wir der Sache nahe auf den Grund gegangen: die Phantasie über traumatische Erfahrungen ist manchmal schlimmer wie die Realität.

Das Problem, jedoch, ist einerseits das Wissenschaftler behaupten das die hohe emotionelle Ladung der Ergebnisse die Erinnerungen daran a priori untergräbt (Kassin, Ellisworth & Smith, 1989; Yarmey & Jones, 1983), und andererseits das einige Forscher gerade das Gegenteil konkludieren: die hohe emotionelle Ladung der Ergebnisse wurde die Erinnerungen daran akkurater und detaillierter machen (Christianson & Loftus, 1990a). zB. die Studien über **weapon focusing** (ua. Cutler, Penrod & Martens, 1987; Kramer, Buckhout & eugenio, 1990; Loftus, Loftus & Messo, 1987 und Maas & Kohnken, 1989) zeigen an das bestimmte belastungsinduzierende Objekte, sowie Feuerwaffe oder Messer, benützt während Verbrechen, die volle Andacht von Leute auffordern können, und also das Niveau von Detail und die Genauigkeit des Erinnerungs verbessern können, zum Nachteil anderer Details vom Ergebnis.

Es passiert tatsächlich häufig während psychologische Debriefings, das die bezogene Helfer das traumatische Ergebnis umschreiben wie etwas das sich in einem Film oder Videoclip passiert ist: unrealistisch und mit mancher Hinweis von Negierung der Realität. Das verletzte Baby wird zuerst gesehen wie eine Puppe auf dem Hintersitz, die Gesicht von einem Bekannten wird erst später, als die Intervention vorüber und die peinliche Arbeit zuende ist, erkannt, usw. Dies ist schon wieder die Vermittlung dieses Schockmechanismus – identifiziert wie eine röhrenförmiges Sehen, ua. – die dafür sorgt das der Helfer nicht aufhört zu Funktionieren während der Traumenarbeit. Der menschliche Organismus erlaubt nicht umsonst ein „Total Loss“. In der Worte des bezogenes Helfers, nachher: „Arbeiten auf automatischem Pilot“. So werden die meisten Handlungen am Anfang einer traumatischer Intervention „auf automatischem Pilot“ gestellt: instinktiv, eingeübt, lautlos, zielgerichtet und ... unwesentlich. Kinder werden dann manchmal Puppen. Freunde sind an diesem Augenblick „eben unbekannt“, verletzte oder tote Opfer werden teilweise „dehumanisiert“ durch zB. schwarzer Humor um den benötigten Abstand halten zu können, usw.

Es gibt aber auch den Moment das der automatische Pilot wegfällt. Nach der Intervention heisst es das man „kracht“. Während lange Interventionen genügt ein einziger Reiz um der automatische Pilot wegfalen zu lassen: der eindruck das ein Opfer einem Familienmitglied ahnt, ein Teddybär oder eine Kinderpuppe, oder jener anderer Reiz der augenblicklich den Pfanzer des Helfers durchbohrt. Dieser letzter fängt von dann ab an hauptsächlich als „verwundbarer Mensch“ zu Funktionieren. Das hält der aber nicht lange aus. Einst die intense Erfahrung hinten den Rücken und die Gefahr vorüber, bekommt der Helfer erst – zwa Teilweise – Sicht auf was in der Realität passiert ist und was er getan hat. Von dann ab, fängt das „Traumen-Video-Karoussel“ an: wegen die fragmentarische Erlebung während der Intervention, überdenkt (wiederkaut) der Helfer sich die Intervention vom Anfang an – immer wieder – weil er sich jedes mal fragt ob es nicht anders gegangen sein könne und ob er und seine Mitarbeiter nicht mehr tun hatten sollten. Wie mehr die Intervention lakunär erlebt wurde, desto länger dieser Prozess Befragens dauern wird. Dadurch kommt der Bezogene voll in der Dialektik des Psychotraumas: ständige Wiedererlebungen, abgewechselt von Perioden voller Negation: Vermeidung, was leitet zu das lebendig Bleiben von Beschwerden erhöhter körperlicher Erregung. Das bezogen Individu wird möglicherweise einestages festsitzen in Wiedererlebungen, sowie Negation und Vermeidung, mit ein zunehmendes sozial

Disfunktionieren wie Konsequenz. Da spricht man von einer posttraumatischen Belastungsstörung.

Conclusion Teil 1:

Obenstehende Paragraphen zeigen an dass psychologischer Gruppenebriefing mit alle Mitspieler einer groszer Intervention ein **must** ist, will der Seelenruhe des bezogenen Hilfsverleihers möglichst schnell wiederkehren.

2. Die Verwaltung traumatischer Interventionen: von „on-scene Support“ bis zur psychologischer Debriefung.

2.1 Einführende Betrachtungen über die Verwaltung traumatischer Belastung

Sozialhilfe ist einem Menschen jedenfalls sehr wichtig. Das gilt a fortiori dem Durcharbeiten einem emotionell erschütterndem und traumatischem Ergebnis. In untenstehenden Paragraphen wird ausführlich gehalten bei den Möglichkeiten kollektiver Betreuung und Durcharbeiten einer traumatischer Intervention von Feuerwehrleute, Sanitätspersonal, Notfalldienste und Polizisten. Es wird versucht die Rolle jeder , der Hilfsverleiher sein könnte während einem Notfall - dH. Hilfsverleiher vor den Opfern sowie Hilfsverleiher vor den Hilfsverleihern - , zu Besprechen im Kontext der Traumenbewältigung (*trauma working-through*).

Um traumatische Belastung in einer Gruppe Hilfsverleihers verwalten zu können, sollte man stufenweise vorgehen. Die unterstützende Maßnahmen sollten Teil sein eines weiteren Modelles für Primär-, Sekundär-, und Terziärprävention von traumatischer Belastung. Ebenfalls sollte innerhalb des Korpses ein festumleintes Drehbuch geschrieben werden zum Initiieren einer krisispsychologischer Intervention . Wenn das bezogenes Korps dennoch konfrontiert wird mit einem traumatischem Ergebnis, der nicht in dem Drehbuch beschrieben ist, kann die psychologische Begleitung und der psychologischer Auffang anfangen aus einem Aktivierungsschema möglichst anschließend zu einem „a priori versehlichem traumatischem Ergebnis“.

Die meist komplette Sequenz Hilfsverleihungs kann also bestehen aus „*on-scene Support*“ (im Tatort), *Psychological First Aid, demobilisation & defusing* (cfr. Mitchell, 1993) beim Heimkehr von der Intervention, muntliches samt schriftliches Kontaktnehmen (*outreaching*) mit den unterschiedenen Akteuren im Tatort, und eine **traumatischer-Belastungs Debriefing**.

In untenstehende Paragraphen werden aber hauptsächlich die Möglichkeiten zu *psychological first aid* und zum traumatischer Stresz Debriefing besprochen werden. Zuerst wird aber noch mal gehalten bei die Schwierigkeiten , die der modal Feuerwehrmann/Sanitätshelfer hat ins Ausdrücken von Gefühle verbunden an seine Arbeit wie Hilfsverleiher. Zunächst werden die Faktoren beleuchtet, mit den man rechnen muss will die Stufe traumatischer Stresz Debriefings erfolgreich sein. Schon hier wird es sich beweisen das eher die Rede ist von *Critical Incident Stress Management* wie *Critical Incident Stress Debriefing*. Das Verwalten traumatischer Belastungs ist so viel mehr wie nur ein Auffanggespräch organisieren. Manche Studien, die die negative Ergebnisse psychologischer Debriefings anzeigen, richten die Aufmerksamkeit nicht auf alles was unterlassen ist in der Periode vorhergehend an den psychologische Debriefinggespräche. Im unterstehendem Text wird deshalb über „**den big five von der Psychotraumatologie**“ geredet: fünf Faktoren die den Kontext kreieren innerhalb dem psychologische Debriefing erfolgreich passieren kann. Nachher wird gehalten bei der Geschichte psychologischer Debriefing und bei die meist benützten Varianten in Korpsen Hilfsverleihers, und schliesslich werden die Felderfahrungen von den *Firefighter & Medical Emergency Stress Teams* mit „**Supervized Peer Debriefing**“ ausführlich besprochen. Das Ganze wird immer illustriert an Hand von rezentlichen Praxisvorbilder.

2.2 On-scene Support oder Psychological First Aid: die Big Five der Psychotraumatologie.

Der *On-Scene Support* oder *erste psychische Hilfe bei Unfälle (Psychological First Aid)*, situiert sich in der erster Stufe, gleich nach einem emotionell erschütterndem bzw. traumatischem Ergebnis. In untenstehenden Paragraphen wird kurz gehalten bei dem Primärbedarf von Opfer in dieser Stufe. Es wird aber hauptsächlich die Rede sein von der

Erfahrung von den bezogenen Hilfsverleiher, die manchmal ähnlich reagieren zu den Opfern, sei es vielleicht weniger stark.

Grosso modo kan man die Opfer einteilen in drei Gruppen: (1) die direkt Bezogene (die wahre Opfer im Sinne des Wortes); (2) Verwandten von die Opfer und (3) die Hilfsverleiher. Es wird von diesem Standpunkt aus betrachtet, dasz mehr wie drei Viertel den Opfern traumatischen Ergebnisse diese Erfahrungen alleine (inklusive die Hilfe des eigener Sozialkreises) bewältigen, ausgenommen wo „gesündigt“ wird gegen **Big Five** Faktoren, welche unten kurz erklärt werden an Hand Beispiele. Diese **Big five** sind: das genügend **Anerkennen** an betroffenen Hilfsverleihern, das genügend richtige und ehrliche **Information** Anbieten, das Vermeiten **Sekundarviktimation**, die **Hilfe des eigener Sozialkreises** Initiieren oder Unterstützen, und das immer die **Rituale** Beachten. Dennoch kann die Betroffenen viel Ärger gemeidet werden, wenn schon am Tatort einen Anfang gemacht wird von Betreuung und Auffang. Es ist dieser Auffang, die tatsächlich erste Hilfe bei Unfälle, die zuerst besprochen wird, vor anekdotisch zu Halten bei der Wichtigkeit des **Big Five** der Psychotraumatologie.

Kontaktnahme mit den Betroffenen am Tatort.

Die akute Stufe eines emotionell erschütterndes oder traumatisches Ergebnis dauert meistens nur wenige Sekunden bis maximal einigen Stunden. In einige Fälle werden die Betroffene aber ganze 24 bis 48 Stunden brauchen zum „Erwachen“ aus dem „Tunnel“ (cfr. den Begriff funktioneller Andachtsernaung). Langsam werden die die Realität mit den unvermeidlichen , unwiderruflichen Folgen prüfen. Zuerst ist die Neigung diese Realität zu Negieren überwältigend. Es handelt sich hier wieder um die stufenweise, dosierungsorientierte Strategie Bewältigungs, die der Betroffene anwendet um aus dem „Traumenrausch“ zu geraten. Besonders bei Betroffene des extremes „Hypo-“, oder „Hypertyps“ (Siehe Fusznote: Magazine NVBB) ist diese stufenweise, dosierungsorientierte Strategie ganz wichtig. Hauptsache ist nicht erneut überwältigt zu werden von den Gefühle and Gedanken die dem Individu während dem traumatischem Ergebnis in einem min oder mehr traumatischem Rausch gebracht haben. Für die Hilfsverleiher ist es also sehr wichtig der sich öffnende „Zugang“ bei das Opfer behutsam ganz zu öffnen, ohne die Wiederüberwältigung von traumatische Eindrücke statt finden zu lassen. Der Betroffene sollte, möglichst schnell, wieder an soziale Interaktivität teilnehmen können.

Die erste Kennzeichen von Erholung treten auf, am Augenblick wo der Betroffene seine Umgebung absucht nach Information. Diese sucht nach Information ist einerseits ganz stark, aber macht andererseits die Betroffenen traumatischen Erfahrungen ganz verwundbar in den ersten Augenblicken „post Impakt“. Kurz nach dem traumatischem ergebnis sind die sehr empfänglich für Gerüchte die aus dem ihnen umgebenden Chaos auf ihnen zukommen. Suggestive Information, am Anfang manchmal wenig richtig, fehlerhaft oder mangelhaft, wird besonders schnell integriert in das mentales Schema über den traumatischen Vorfall. Dieses Schema kann am Anfang grosze Lücken zeigen, ua. weil die Aufmerksamkeit teilweise „zugeklappt“ ist, was das nicht bewusst Registrieren von wichtige Informationsfragmente durch die Wahl von sensorische Input verursacht hat. A posteriori, in dem richtigem Kontext, zB. durch einen ruhigen Gespräch mit allen Bezogenen, können diese verloren geglaubte Elemente schon wieder erinnert werden.

<p>Es ist schon klar dasz die Betroffene einem traumatischem Ergebnis am Anfang, gleich nach dem Ergebnis mehr oder weniger in Schock sind. Während diese Stufe sind sie ganz verwundbar für weitere seelische Beschädigung. Zugleicherzeit stehen die doch besonders offen zu Hilfe. Während solchen Ergebnisse fällt der Mensch zurück auf eine quasi instinktive Art von Funktionieren, die zuweilen kindlich (ist nicht das Gleiche wie kindisch) antut. Die primärbetreuende Handlungen – Festnehmen, leiblicher Kontakt, Wärme, geborgen sein, Sicherheit, Ruhe, Seelenruhe, Eszen, beruhigende Objekte sowie eine Tasse Kaffee, eine Zigarette, ein Kuschelbär (!) usw. – werden meistens gut akzeptiert vom Betroffenenem.</p>
