

Clemens Hausmann

Debriefing pro und contra
Anspruch, Wirksamkeit, Weiterentwicklungen

In: A. Stupka (Hrsg.): Zweites Österreichisches Symposium für Psychologie im Militär.

Wien: Schriftenreihe der Landesverteidigungsakademie, 2009, 99-114

1. Kritische Ereignisse und psychologische Stabilisierung

Kein Mensch ist unverwundbar, körperlich wie psychisch. Auch bestausgebildete und hoch erfahrene Einsatzkräfte können mit Situationen konfrontiert sein, in denen die Handlungs- und Bewältigungsmöglichkeiten an ihre Grenzen stoßen. Solche Situationen und Ereignisse überschreiten eine „kritische Marke“, ab der die psychische Stabilität gefährdet ist. Mitchell & Everly (2001) haben dafür den Begriff „kritisches Ereignis“ eingeführt.

Kritische Ereignisse sind potentiell traumatische Ereignisse, die auch außerhalb des erweiterten Bezugsrahmens gut ausgebildeter Einsatzkräfte liegen (siehe Abb. 1). Sie übersteigen die aktuellen Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten der Betroffenen. Das kann zu erheblicher Stressbelastung und Beeinträchtigung der normalen Situationsanpassung führen. Kritische Ereignisse sind u.a. durch folgende Umstände gekennzeichnet:

- außergewöhnliche Dimension bzw. Intensität des Ereignisses,
- viele Tote oder schwer Verletzte,
- totes oder schwer verletztes Kind,
- toter oder schwer verletzter Kamerad/Kollege,
- persönliche Bekanntschaft mit einem der Opfer,
- starke Identifikation mit den Geschädigten bzw. persönliche Betroffenheit,
- Bedrohung des eigenen Lebens,
- extremes Medieninteresse.

Es ist klar, dass diese Umstände in besonderem Maße bei Soldaten zutreffen, auch bei friedenserhaltenden Einsätzen oder im Rahmen der Katastrophenhilfe.

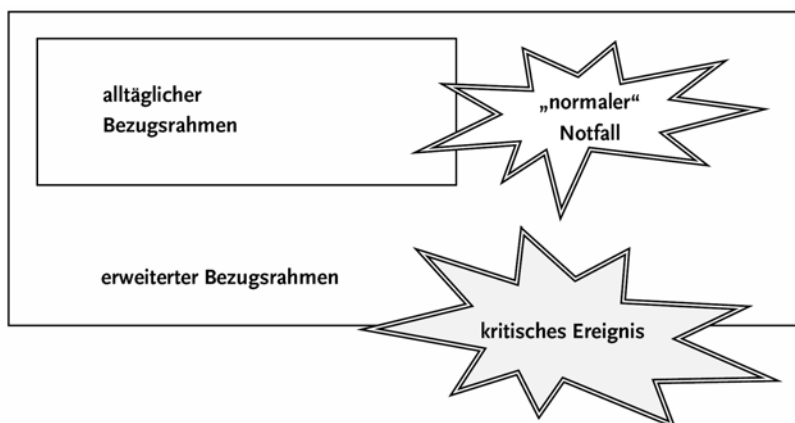


Abbildung 1: „Normale“ Notfälle und kritische Ereignisse für Einsatzkräfte

Kritische Ereignisse können erhebliche psychische und physische Belastungen nach sich ziehen (Teegen, 2003). In den Tagen und Wochen danach berichten viele betroffene Helfer über Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Gereiztheit, Nervosität, Niedergeschlagenheit, Gefühlsarmut, ungewöhnliche körperliche Erschöpfung und anderes. Im schlimmsten Fall können kritische Ereignisse zu psychischen Störungen führen, die traumatherapeutisch behandelt werden müssen. Die genannten Veränderungen treten in vielen Fällen nicht unmittelbar auf, sondern mit einer zeitlichen Verzögerung von einigen Tagen bis Wochen.

Aus psychologischer Sicht beginnt nach dem Ende des Einsatzes die Phase der emotionalen Stabilisierung. Es geht darum, wieder „Boden unter die Füße“ zu bekommen, ein innerliches Abschließen des akuten Erlebens zu erreichen und zur täglichen Routine zurückzukehren. Nach Einzelereignissen (z.B. einem Unfall während des Dienstes) dauert die Stabilisierungsphase erfahrungsgemäß 7-10 Tage. Nach Katastrophen- und Auslandseinsätzen kann es zwei bis vier Wochen dauern, um ein „Leben danach“ wieder aufzunehmen und eine (neue) Art von Normalität zu erreichen.

Diese an sich von selbst ablaufenden Prozesse können durch psychologische Stabilisierungsmaßnahmen wesentlich gefördert und beschleunigt werden (Hausmann, 2005). Es handelt sich dabei um keine Therapie und auch nicht um Betreuung im engeren Sinn. Vielmehr geht es darum, so rasch wie möglich die subjektive Hilflosigkeit der Betroffenen aufzulösen und ihre Eigenständigkeit und Kontrolle wiederherzustellen. Das oberste Ziel heißt Wiederermächtigung, d. h., den Betroffenen zu helfen, die anstehenden Aufgaben anzugehen, erste Lösungen zu finden und Zukunftsperspektiven aufzubauen.

Die Ziele der psychologischen Stabilisierung lauten:

- Information über mögliche psychische Folgen von kritischen Ereignissen;
- Normalisierung der individuellen Gefühle und Reaktionen;
- Förderung hilfreicher Bewältigungs- und Verarbeitungsprozesse;
- Aktivierung des sozialen Netzwerkes der Betroffenen;
- Vorbeugung von Folgestörungen (sekundäre Prävention);
- falls notwendig: Einleitung von individueller Weiterbetreuung/Behandlung.

Die wesentlichen Inhalte der Stabilisierungsmaßnahmen sind seit langem bekannt und in unterschiedlichsten Varianten und Settings erprobt. Im Konzept des Stressmanagements nach kritischen Ereignissen („Critical Incident Stress Management“, CISM) wurden die verschiedenen Ansätze zusammengefasst und formalisiert (Mitchell/Everly, 2001; Everly/Mitchell, 2002).

2. CISM und Debriefing

CISM ist ein strukturiertes, mehrteiliges System von Maßnahmen, die auch in Situationen mit großem Handlungsdruck gut einsetzbar sind. Es handelt sich um die weltweit am häufigsten eingesetzten Interventionen zur psychischen Stabilisierung nach Notfällen und traumatischen Ereignissen. Die CISM-Maßnahmen zielen auf die Reduktion von Häufigkeit, Dauer und Schweregrad der Stressbelastung nach dem Ereignis sowie auf die Nachsorge und Weiterbetreuung durch Spezialisten, falls notwendig.

Die drei wichtigsten CISM-Maßnahmen sind:

- Demobilisierung/Crisis Management Briefing: eine Informationsveranstaltung für größere Gruppen von Betroffenen über das Ereignis, seine möglichen psychischen Folgen und hilfreiche Wege des Stressmanagements;
- Defusing: ein strukturiertes Gruppengespräch in drei Phasen für kleine Gruppen kurz nach Ende des kritischen Ereignisses bzw. des Einsatzes zur Verringerung der akuten Stress-Symptome;
- Debriefing (CISD): ein spezielles, mehrstündiges Gruppengespräch, das in sieben Phasen abläuft und üblicherweise drei bis zehn Tage nach dem kritischen Ereignis stattfindet (bis zu vier Wochen nach einem Katastropheneinsatz).

Hinzu kommen Vorbereitung auf kritische Ereignisse in Form von Schulungen und Trainings, individuelle Krisenintervention während des Einsatzes bei akuten Belastungssymptomen, Familien- und Organisationsunterstützung sowie Nachsorge und Überweisung bei anhaltend belastenden Symptomen oder bei Verdacht auf eine beginnende psychische Störung.

Eine der zentralen CISM-Maßnahmen ist das so genannte „Debriefing nach kritischen Ereignissen“ (Critical Incident Stress Debriefing, CISD). Es handelt sich dabei um ein speziell strukturiertes Gruppengespräch in sieben Phasen zur Aufarbeitung eines Notfalls oder traumatischen Ereignisses und seiner Folgen sowie zum innerlichen Abschluss des Notfallerlebens. Der Schwerpunkt liegt in der Bewältigung von extremer Stressbelastung bei normalen, grundsätzlich gesunden Menschen. Das Debriefing ist nicht dafür gedacht, chronische Überlastung, persönliche Probleme, Konflikte oder psychische Störungen zu beheben, die bereits vor dem kritischen Ereignis bestanden haben.

Das Debriefing (CISD) ist als Gruppenmaßnahme konzipiert. Es wird bei einer homogenen Gruppe von Personen angewandt, die einen Notfall oder ein kritisches Ereignis erlebt haben. Teilnehmen können jeweils Primäropfer (z. B. nach einem Unfall) oder sekundär betroffene Beobachter, Angehörige und Helfer sein. Entscheidend für die Gruppenzusammensetzung sind der gemeinsame „Hintergrund“ der Teilnehmer (alle aus demselben Fahrzeug, Mitarbeiter der gleichen Organisation etc.) sowie der Grad der Traumatisierung. Daneben kann ein Debriefing, falls indiziert, auch im Einzelsetting durchgeführt werden.

Ein Debriefing (CISD) verläuft in sieben Phasen. Es beginnt im kognitiv-rationalen Bereich, führt im emotional-affektiven Bereich zu den größten Belastungen und geht anschließend wieder zurück in den kognitiven Bereich.

1. Einleitung: der Leiter des Debriefings stellt die Mitglieder des Debriefing-Teams vor, erklärt den Ablauf und teilt die Grundregeln mit;
2. Fakten: die Teilnehmer schildern das traumatische Ereignis aus ihrer jeweiligen Sicht (jeder wird gefragt, kann aber auch schweigen)
3. Gedanken: die Teilnehmer beschreiben ihre gedanklichen Reaktionen auf das Ereignis und gehen allmählich zum affektiven Bereich über;
4. Reaktionen: die Teilnehmer benennen den schlimmsten Aspekt des Ereignisses; „kathartische Entlastung“ wird ermöglicht;
5. Symptome: der Leiter fragt nach allen Symptomen von Stressbelastung oder psychischer Anspannung; allmähliche Rückkehr vom affektiven zum kognitiven Bereich;
6. Information: der Leiter normalisiert und entpathologisiert die jeweiligen Reaktionen auf die Krise und vermittelt einfache persönliche

Stressmanagement- und Bewältigungsmöglichkeiten, die die aktuelle Stressbelastung reduzieren können;

7. Rückorientierung: der Leiter schließt den Debriefing-Prozess ab, damit auch das Krisenereignis innerlich abgeschlossen werden kann; die Teilnehmer wenden den Blick wieder Richtung Zukunft; der Bedarf an weiteren Schritten bzw. an Nachsorge wird abgeklärt.

Die Ziele des Debriefings sind die Reduktion der schädlichen psychischen Wirkung eines kritischen Ereignisses sowie die Verringerung von Intensität und Chronifizierungsgefahr der Symptome. Das wichtigste Ziel besteht darin, einen innerlichen Abschluss des Notfallereignisses herzustellen oder zu fördern. Betroffene sollten deshalb nicht an mehreren Debriefings hintereinander teilnehmen, die sich auf denselben Notfall beziehen.

Das Gespräch in der Gruppe hat für die Teilnehmer vor allem einen stützenden und entlastenden Effekt. Sie erkennen, dass es den anderen ganz ähnlich geht wie ihnen selbst und dass sie mit ihren individuellen Belastungen oder Symptomen nicht allein sind. Das wirkt dem häufig auftretenden Gefühl der „negativen Einzigartigkeit“ entgegen („Nur mir geht es schlecht, die anderen sind gar nicht so betroffen“). Gleichzeitig fördert das Gruppengespräch die soziale Unterstützung der Teilnehmer untereinander.

In den meisten Fällen wird ein Debriefing (CISD) drei bis zehn Tage nach dem Notfall bzw. nach dem Ende der Akutphase durchgeführt, frühestens jedoch 24 Stunden danach. Zu einem früheren Zeitpunkt haben die Teilnehmer noch nicht genügend Distanz zum Ereignis, um vom Debriefing-Prozess zu profitieren. Im Falle von Katastrophen und Großschadensereignissen können Debriefings auch bis zu vier Wochen nach dem Ereignis durchgeführt werden. Der Einsatz bzw. die Akutphase muss zum Zeitpunkt des Debriefings auf jeden Fall vorüber sein.

Die Leitung eines Debriefings (CISD) liegt immer bei einem speziell in CISM geschulten Psychologen, Psychiater oder Psychotherapeuten (Mental Health Professional; dieser Ausdruck ist keinesfalls mit dem viel weiter gefassten Begriff „psychosoziale Fachkraft“ ident; Hausmann, 2000). Der Leiter wird durch so genannte Peers unterstützt. Diese sind ebenfalls in CISM geschult und den Teilnehmern möglichst „ähnlich“ (z.B. Angehörige der gleichen Organisation, vergleichbarer Dienstgrad, ungefähr gleich alt etc.). Sie verfügen über Wissen und Erfahrung im Alltagsbereich der Teilnehmer und können dadurch rasch einen Bezug zu diesen herstellen. Gleichzeitig können die Teilnehmer aufgrund der „Ähnlichkeit“ von den Peers oft Hinweise oder Aussagen leichter annehmen als von einem ihnen fremden Psychologen.

Noch stärker als beim Defusing können beim Debriefingprozess massive psychische Belastungssymptome reaktiviert werden. Das betrifft vor allem die „emotionalen“ Phasen (Gedanken, Reaktionen, Symptome). Speziell in diesen ist es für die Teilnehmer entscheidend, dass der Leiter mit sämtlichen Gefühlsäußerungen und Reaktionen professionell und in einem stabilisierenden Sinn umgehen kann, so heftig oder extrem sie auch sein mögen. Die emotionale Entlastung wird aber nicht forciert. (Mitchell & Everly führen Debriefings emotional „flacher“ durch als europäische Leser ihrer Bücher oft annehmen; „cathartic ventilation“, von der sie schreiben, meint nicht die tiefe emotionale Katharsis im alteuropäischen Sinn des Wortes).

Mitchell und Everly betonen, dass das Debriefing nicht als einzelne, für sich allein stehende Intervention gesehen werden darf, sondern durch Vor- und Nachkontakte sowie gegebenenfalls andere CISM-Maßnahmen vorbereitet und

ergänzt wird. Es ist keine Therapie und auch nicht der Ersatz für eine Therapie. Vielmehr soll es die hilfreichen individuellen Bewältigungsmöglichkeiten der Betroffenen fördern und so die Gefahr einer Chronifizierung der Symptome oder einer psychischen Störung verringern.

Bei Debriefings mit Einsatzkräften sollte immer bedacht werden, dass diese in besonderem Maße dazu neigen, ihre Gefühle zu kontrollieren. Das gilt vor allem für die Zeit des Einsatzes selbst, wenn negative Emotionen sie an der Ausübung ihrer Tätigkeit hindern könnten. Was während des Einsatzes eine wichtige „Überlebensstrategie“ ist, kann bei vielen jedoch auch nach dem Einsatz wirksam sein. Die Folge ist, dass sich viele Einsatzkräfte und Helfer zunächst schwer tun, über Gedanken, Gefühle und Reaktionen in Bezug auf den Einsatz zu sprechen. Peers können in diesen Fällen ein wichtiges positives Rollenvorbild abgeben, was den Umgang mit den eigenen Erlebnissen und Reaktionsweisen betrifft.

Im Idealfall werden die Einsatzkräfte bereits im Rahmen ihrer Ausbildung über die Auswirkungen kritischer Ereignisse, Stressmanagement und psychologische Stabilisierungsmaßnahmen informiert.

3. Wirksamkeit und „Debriefing-Debatte“

Die Wirksamkeit von CISM-Maßnahmen und speziell von Debriefings ist wiederholt empirisch überprüft worden. Die Untersuchungen beziehen sich im Wesentlichen auf drei Wirkungsbereiche:

1. Linderung der akuten Stress- und Belastungssymptome,
2. Reduktion der Langzeitbelastung,
3. Prävention psychischer Störungen, vor allem von PTBS.

Die methodologische Qualität der publizierten Studien ist sehr uneinheitlich und insgesamt eher gering (Übersicht in Everly/Mitchell, 2002; Mitchell, 2003, 2004; Mitte et al., 2005; Devilly et al., 2006, Beck et al., 2007). Notfälle und sie begleitende Maßnahmen können nicht immer unter gut kontrollierten Bedingungen untersucht werden. Der Druck der Ereignisse macht es in vielen Fällen unmöglich, gut vergleichbare Interventions- und Kontrollgruppen zu bilden. Unterschiedliche Verteilungen bezüglich Traumaexposition, Ausbildung und Geschlecht können die erhobenen Effektstärken der Interventionen gravierend verzerren. Eine Zufallszuteilung zu den verschiedenen Gruppen erfolgt ebenfalls nur in Ausnahmefällen, weshalb randomisierte Studien im engeren Sinn kaum vorliegen. Zugleich bestehen in vielen Untersuchungen große Unklarheiten hinsichtlich der Terminologie. Vor allem Debriefing-Studien bezogen sich immer wieder auf Interventionen, die zwar irgendeine Form von „Nachbesprechung“ darstellten, mit dem siebenstufigen CISD aber nichts weiter gemeinsam hatten. Diese so genannten Debriefings unterschieden sich erheblich in Ablauf, Dauer, Setting und Zeitpunkt der Intervention.

Metaanalysen zur Effektivität von Debriefings sind in hohem Maße bestimmt von den jeweiligen Ein- und Ausschlusskriterien der Studien, den jeweiligen Kriterien für Effektivität sowie von den angewandten statistischen Analyseverfahren. Everly et al. (1999) fanden über zehn Studien einen signifikanten positiven Effekt von Gruppendebriefings. Die Autoren schlossen aber eine Untersuchung ein, in der die Intervention erst sechs Monate nach dem Ereignis stattfand; Interventionen im Einzelsetting blieben unberücksichtigt. Rose et al. (2001) analysierten elf randomisierte Studien zu „Debriefings“ im

Einzelsetting, ohne bedeutsame Effekte in der Prävention von PTBS zu finden. Die Qualität der Interventionen war jedoch zweifelhaft, Feldstudien zum oft eingesetzten Gruppensetting blieben unberücksichtigt. Van Emmerik et al. (2002) fanden in sieben Studien keine signifikante Verbesserung der Symptomatik sowie keine bedeutsamen Unterschiede zwischen „Debriefing“, anderen Interventionen und unbehandelten Personen. Die als Debriefing bezeichneten Interventionen entsprechen jedoch bei weitem nicht den Standards eines CISD.

Mitte et al. (2005) verwendeten zur Metaanalyse von 21 Debriefing-Studien das „Random Effects“-Modell, das eine Generalisierung der Ergebnisse über die Interventionsformen, Settings und Stichproben der eingeschlossenen Studien hinaus erlaubt. Einige der eingeschlossenen Studien zeigten signifikant positive Effekte von Debriefing, einige negative. Im Mittel fanden die Autoren keine bedeutsamen Unterschiede zwischen behandelten und unbehandelten Personen bezüglich PTBS-Symptomatik und errechneter Gesamtsymptomatik.

Die umfassendste Kritik an psychologischen Debriefings stammt von Devilly et al. (2006). Die Autoren weisen Everlys Metaanalyse als unverlässlich und unspezifisch zurück und benennen für jede Phase des Debriefings spezifische problematische Aspekte und Gefahren: mögliche Erinnerungsverfälschung durch die Berichte anderer Teilnehmer, Konfrontation mit zusätzlichen Belastungen, die während des kritischen Ereignisses nicht als solche erkannt wurden, negative Neubewertung durch Gedanken der anderen, Emotionalisierung und Verstärkung negativer Reaktionen durch neuerliche Exposition, Pathologisierung durch Auflisten von möglichen Symptomen, negative Rollenvorbilder durch Leiter und Peers, die ihre eigene Traumageschichte nicht aufgearbeitet haben u.a.m. Aufgrund der teilweise mangelnden Wirksamkeit bezeichnen die Autoren Debriefings insgesamt als Vergeudung von Ressourcen und empfehlen statt dessen allgemeine Maßnahmen zur Förderung der Arbeitszufriedenheit und sozialen Unterstützung, um die Resilienz zu stärken und „natürliche“ Bewältigungsstrategien zu fördern.

Demgegenüber stehen Einzeluntersuchungen, die sich speziell auf CISM beziehen, dessen methodologische Mindestanforderungen erfüllen und eindeutig positive Effekte von CISM-Interventionen zeigen. Everly/Boyle (1999) fanden eine deutliche Linderung der akuten Stress- und Belastungssymptome, Deahl et al. (2000) eine Reduktion von Alkoholmissbrauch sowie Angst- und Depressionssymptomen, Flannery et al. (2000) einen deutlichen Rückgang der allgemeinen Langzeitbelastung durch verschiedene Stresssymptome und unangemessenes Verhalten.

In einer aktuellen Übersicht (Beck et al., 2007) weisen 10 Studien positive Wirkungen, 5 negative und 10 keine Wirkung von Debriefings nach. Die positiven Wirkungen betrafen einen signifikanten Rückgang von akuten Stress- und Belastungssymptomen sowie von Angst, Depressivität und allgemeiner Langzeitbelastung (mit Auswirkung auf Krankenstände und Konflikte am Arbeitsplatz). Die negativen Effekte betrafen erhöhte Angst, Depressivität, Erregung, Somatisierung und allgemeine Zufriedenheit. Bezüglich PTBS wurde keine präventive Wirkung festgestellt, jedoch in Risikogruppen (frühes Hyperarousal) höhere Störungsraten nach „emotionalem“ Debriefing (Sijbrandij et al. 2006).

4. Diskussion und Abwägung der Kritikpunkte

Die Kritik an Debriefings als Standardintervention nach kritischen Ereignissen scheint schwerwiegend und zugleich in ihrer Heftigkeit oft übertrieben. Eine neutrale Gesamtbewertung der Wirksamkeit von CISM-Maßnahmen und insbesondere CISD ist zurzeit kaum möglich.

Die bisher vorliegenden Untersuchungen lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: Debriefings können die akute Stressbelastung und Langzeitbelastungen effektiv reduzieren; sie wirken aber nicht präventiv in Bezug auf PTBS. Es wäre sehr polemisch, dies als Beleg für die *Wirkungslosigkeit* von Debriefings oder überhaupt von psychologischen Stabilisierungsmaßnahmen zu bezeichnen. Die Reduktion akuter Symptome sowie der Langzeitbelastung stellt für die Betroffenen auch dann eine deutliche Erleichterung dar, wenn das PTBS-Risiko insgesamt gering ist. Die Prävention anderer Störungen und psychosozialer Folgen (Krankenstandstage, Fluktuation am Arbeitsplatz, Kündigung, Suchtprobleme, familiäre Konflikte, Scheidung etc.), die für die Betroffenen und ihr soziales Umfeld große Bedeutung haben können, wurde in den bisherigen Untersuchungen nur am Rande berücksichtigt (Hausmann, 2006).

Die so genannte „Debriefing-Debatte“ ist nicht frei von persönlichen und fachlichen Differenzen der involvierten Personen und Institutionen. Mitchell selbst (2004) weist auf den Einfluss des beruflichen Hintergrunds und Ausbildungsgrades der Untersucher hin. Die meisten positiven Ergebnisse wurden von CISM-trainierten Forschern publiziert, während die negativen durchwegs von Forschern stammen, die nicht in CISM ausgebildet sind. Das mag ungenaue Kritik („Debriefing ist eine therapeutische Maßnahme“) ebenso erklären wie eine gewisse Betriebsblindheit bei Institutionen, die CISM-Maßnahmen verbreiten oder mit z.T. erheblichem Aufwand CISM-orientierte Strukturen implementiert haben und nun den Erfolg ihrer Bemühungen erwarten.

Speziell Psychotherapeuten zeigen manchmal großes Unbehagen angesichts der nichttherapeutischen Vorgangsweise (rasche Intervention, breite Indikation, begrenzter zeitlicher Rahmen) und interpretieren empfohlene Einschränkungen rasch als Argumente für eine generelle Ablehnung der Maßnahmen. CISM-Anwender ohne psychologische oder psychotherapeutische Grundausbildung wiederum können Stärke und Gefährlichkeit psychischer Symptome unterschätzen und sowohl akut als auch mittel- und langfristig falsche Maßnahmen setzen. Das strukturierte Vorgehen nach einem bestimmten Schema (7-Phasen-Protokoll) gibt den Betroffenen Halt und kommt auch der Logik von Einsatzorganisationen entgegen. Es kann jedoch bei manchen Therapeuten, die an ein sehr eigenständiges Vorgehen gewöhnt sind, Reaktanz und damit Abwertung der Interventionstechnik als ganzes bewirken.

Interventionen in der Gruppe bringen sowohl Gefahren wie auch Chancen mit sich, die im Einzelsetting nicht bestehen. Der Retraumatisierung durch Berichte anderer und der ungewollten Verstärkung emotionaler Reaktionen kann durch eine aufmerksam-professionelle Gruppenleitung begegnet werden. Die Förderung positiver Vergleichsprozesse („Ich bin nicht allein“) und gegenseitiger sozialer Unterstützung wird hingegen gerade in der Gruppe direkt angeregt und verstärkt werden (Mitchell, 2007).

Unabhängig von der anhaltenden Debatte pro und contra Debriefing erleben die meisten Teilnehmer diese als sehr hilfreich. Offenbar stimmen die

Wirksamkeitskriterien in den empirischen Untersuchungen nicht mit den subjektiven Kriterien der Betroffenen überein. Es ist jedoch eine zentrale Aufgabe der Wirksamkeitsforschung, für jene Effekte geeignete Instrumentarien zu entwickeln, die in der Praxis erfahren und beschrieben werden (vgl. Seligman, 1995). Die erlebte Wirkung sollte durch eine Fixierung auf methodologische Fragen nicht kleingeredet werden; gleichzeitig darf das Festhalten an einmal definierten Maßnahmen nicht zur Blindheit gegenüber empirischen Ergebnissen und aufgezeigten Verbesserungsmöglichkeiten führen. Anstatt also zu versuchen, die Wirkungslosigkeit von Interventionen nachzuweisen, sollten sich die Anstrengungen auf die Frage richten, welche Interventionen für welche Betroffenen zu welchem Zeitpunkt und von wem durchgeführt nützlich sind. Die zentralen Fragen lauten: Was ist es, das den Betroffenen wirklich hilft? Was genau sind ihre bewussten und unbewussten Bedürfnisse? Welche Faktoren verbessern den Effekt der Interventionen und was schränkt die positive Wirkung ein? Die Antworten auf diese Fragen können zur Verbesserung bestehender und zur Entwicklung neuer Ansätze führen und auch den Intervenierenden eine effektive Arbeit ermöglichen, orientiert an den Bedürfnissen der Betroffenen und den jeweils gegebenen Rahmenbedingungen.

Über einige grundsätzliche Punkte bezüglich früher Interventionen herrscht insgesamt Einigkeit (NVOAD, 2005):

- Frühe psychologische Interventionen sind wichtig, um akute Stresssymptome zu lindern und natürliche Bewältigungsprozesse zu fördern. Sie sind keine Psychotherapie und auch kein Ersatz dafür.
- Die Interventionen bilden ein mehrteiliges System von Maßnahmen, die zu verschiedenen Zeitpunkten auf die speziellen Bedürfnisse unterschiedlicher Gruppen von Betroffenen eingehen können.
- Zur Durchführung der Interventionen ist eine spezialisierte Ausbildung vor dem Hintergrund bestehender Kenntnisse und Erfahrungen nötig.
- Frühe Interventionen stehen in einem Kontinuum psychologischer Versorgung, das von Schulung und Vorbereitung auf kritische Ereignisse bis hin zu Psychotherapie reicht, wenn nötig.
- Kooperation, Kommunikation, Koordination und Zusammenarbeit sind für die Durchführung der Interventionen entscheidend.

5. Konsequenzen für die Praxis

Jede psychologische Intervention birgt gewisse Gefahren in sich. Entscheidend ist, ob das mögliche Risiko gegenüber der erwarteten positiven Wirkung, aber auch gegenüber dem Nichthandeln ethisch vertretbar ist und wie den Gefahren begegnet werden kann. Bei Debriefings und anderen frühen Interventionen nach kritischen Ereignissen sind gute Planung, professionelle Durchführung und realistische Erwartungen für eine positive Wirkung, die den Betroffenen und ihrem Umfeld zugute kommt, wesentlich.

Folgende Punkte sollten unbedingt beachtet werden:

Planung

- Freiwilligkeit: Kein Teilnehmer darf zu einem Debriefing gedrängt oder gezwungen werden.

- Homogene Gruppen: Die Teilnehmer haben bereits beim Einsatz eine homogene Gruppe gebildet und ähnliches erlebt. Niemand sollte dazugenommen werden, der nicht zu dieser Gruppe gehört.
- Gruppengröße, Peers: maximal 15 Teilnehmer, pro 3 Teilnehmer 1 Peer
- Ausbildung des Debriefing-Leiters: Psychologe/Psychiater/Psychotherapeut mit Feldkompetenz und praktischer CISM-Schulung (es reicht nicht, bloß ein Buch zum Thema gelesen zu haben)

Vorgangsweise

- Strukturierend, fördernd, ohne Zwang
- niemanden zu Äußerungen drängen, Emotionalität nicht forcieren,
- Pathologisierung vermeiden, den Teilnehmern gegenüber nur von *Reaktionen* sprechen, niemals von Symptomen
- sozialen Unterstützung und anderer psychosozialer Ressourcen in der Gruppe fördern, auf Kontinuität achten
- individuelle Bewältigung bestätigen - persönliche Geschwindigkeit und Copingstile berücksichtigen
- sekundäre Traumatisierung durch Zusammensetzung der Gruppe und Steuerung des Gruppenprozesses hintanhaltend

Anspruch: frühe Interventionen sind

- keine Einzelmaßnahme,
- kein Ersatz für Supervision oder Aufarbeitung allgemeiner Probleme und Konflikte
- maßgeschneidert für die konkreten Teilnehmer in der konkreten Organisation (kein „Rasenmäher“)
- als spezifische traumabezogene Interventionen eingebettet in kontinuierliche Begleitungs- und Unterstützungsangebote

Besonders bei Einsatzorganisationen wird die Bereitstellung systematischer Hilfe nach einem traumatischen Ereignis von vielen Betroffenen als eine Art institutioneller Zuwendung wahrgenommen, die ihnen das Gefühl vermittelt, nicht allein oder im Stich gelassen zu werden. Die entsprechenden psychologischen Angebote erfolgen auf persönlicher, professioneller und organisatorischer Ebene (Beck et al. 2007). Das stellt auch eine Form sozialer Anerkennung der Leistungen dar, die für die Bewältigung der Ereignisse und die allgemeine Resilienz eine große Rolle spielt (Krampl 2007).

Literatur

- Beck, T.; Kratzer, D.; Mitmansgruber, H. und Andreatta, MP (2007) Die Debriefing Debatte - Fragen nach der Wirksamkeit. In: Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin ZPPM. Heft 03/2007, S. 9 - 20.
- Deahl, M., Srinivasan, M., Jones, N., Thomas, J., Neblett, C. & Jolly, A. (2000): Preventing psychological trauma in soldiers. The role of operational stress training and psychological debriefing. British Journal of Medical Psychology, 73, 77-85.

- Deville, G.J., Gist, R., and Cotton, P. (2006). Ready! Fire! Aim! The Evolution of Psychological Debriefing Services and Intervention Outcome. Review of General Psychology, 10, 318-345.
- Everly, G. & Mitchell, J. (2002): CISM - Stressmanagement nach kritischen Ereignissen. Wien: Facultas.
- Everly, G., Boyle, S. & Lating, J. (1999): The effectiveness of psychological debriefing with various trauma: A meta-analysis. Stress Medicine, 15, 229-233.
- Everly, G. & Boyle, S. (1999): Critical Incident Stress Debriefing (CISD): Ameta-analysis. International Journal of Emergency Mental Health, 1, 165-168. Everly et al. (1999).
- Flannery, R. B., Everly, G. S. & Eyler, V. (2000): The Assaulted Staff Action Program (ASAP) and declines in assault: Ameta-analysis. International Journal of Emergency Mental Health, 2, 143-146.
- Hausmann, C. (2000): Zur Übersetzung des „Critical Incident Stress Managements“ von Mitchell und Everly. Psychologie in Österreich, 20, 255-257.
- Hausmann, C. (2005): Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung. Grundlagen, Interventionen, Versorgungsstandards. 2. aktual. Auflage. Wien: Facultas.
- Hausmann, C. (2006): Einführung in die Psychotraumatologie. Wien: UTB.
- Krampl, M. (2007): Einsatzkräfte im Stress. Kröning: Asanger.
- Mitchell, J. & Everly, G. (2001): Critical Incident Stress Debriefing. Third revised edition. Ellicot City: Chevron.
- Mitchell, J. (2003): Crisis Intervention & CISM: A Research Summary. http://www.icisf.org/articles/cism_research_summary.pdf (10. 2. 2003).
- Mitchell, J. (2004): Crisis Intervention and Critical Incident Stress Management: A defence of the field. http://www.icisf.org/articles/Acrobat%20Documents/CISM_Defense_of_Field.pdf (9. 1. 2004).
- Mitchell, J. (2007): Group Crisis Support: Why It Works; When & How to Provide It. Ellicot City: Chevron.
- Mitte, K., Steil, R. & Nachtigall, C. (2005): Eine Meta-Analyse unter Einsatz des Random Effects-Modells zur Effektivität kurzfristiger psychologischer Interventionen nach akuter Traumatisierung. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 34, 1-9.
- NVOAD (2005): Early Psychological Intervention Point of Consensus Document. Denver: National Voluntary Organisations Active in Disaster. <http://www.trynova.org/crt/epi/ConsensusPoints2005-05-27.pdf> (25. 6. 2005).
- Rose, S., Wessely, S. & Bisson (2001): Brief psychological interventions („debriefing“) for trauma-related symptoms and prevention of post traumatic stress disorder (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software.
- Sijbrandij, M., Olf, M., Reitsma, J.B., Carlier, I.V.E. & Gersons, B. (2006): Emotional or educational debriefing after psychological trauma. The British Journal of Psychiatry 189, 150-155.
- Teegen, F. (2003): Posttraumatische Belastungsstörung bei gefährdeten Berufsgruppen. Prävalenz - Prävention - Behandlung. Bern: Huber.
- Van Emmerik, A., Kamphuis, J., Hulsbosch, A. & Emmelkamp, P. (2002): Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. Lancet, 360, 766-771.