

## Originalarbeiten

### **„Debriefing“ in Diskussion** von Gisela Perren-Klingler

#### 1. Einführung

In der letzten Zeit sind immer wieder Artikel erschienen, die über die Schwierigkeit berichten, die Wirkung von Debriefing zu beweisen. Im Moment erscheinen auch immer mehr Artikel, die zu beweisen versuchen, dass Debriefing nicht nützt und deswegen obsolet ist. Beim Lesen der besagten Artikel muss man sich einige Fragen stellen:

- wie wird Debriefing definiert? Wie läuft der Prozess? Was bewirkt das sogenannte Debriefing?
- was sind die Motivationen der verschiedenen Autoren, so scharf mit dem Debriefing ins Gericht zu gehen?
- was für einen Effekt hat die Kritik des Debriefings auf das allgemeine Publikum?
- wie könnte Forschung aussehen? Wie könnten vergleichbare Gruppen gewählt werden?

#### 2. Definition von Debriefing:

Debriefing ist eine strukturierte Intervention, die kurze Zeit nach einer traumatischen Exposition stattfindet. Vor allem handelt es sich um einen psychologischen Gruppenprozess, der in einer homogenen, sich gegenseitig bekannten, dem gleichen Trauma exponierten Gruppe stattfindet. Er wird im optimalen Fall von zwei „Peers“, d.h. Angehörigen der gleichen Berufsgruppe und einem psychotherapeutisch versierten Vertreter eines Gesundheitsberufes durchgeführt.

Das psychologische Debriefing hat zwei Funktionen:

- es dient präventiv der Erhaltung der Gesundheit von regelmässig Trauma-exponierten professionellen Gruppen und schützt damit vor dem Burn Out
- es dient der Triage von schwer dissoziierten oder anderweitig schwer gestörten Gruppenteilnehmern, um sie frühzeitig einer Behandlung zuzuführen

Die gleiche Interventionsstruktur kann auch zu Debriefings von Einzelnen benützt werden. Mitchell weist zwar immer darauf hin, dass sein Modell nur für Gruppen angewandt werden kann. Sein Schüler Atle Dyregrov aus Norwegen hat aber schon früh die Struktur des Debriefings benützt, um Individuen nach einer traumatischen Erfahrung eine präventive Unterstützung zu gewähren. Auch andere Gruppen, z.B. aus der Amerikanischen Armee, die damals in Deutschland stationiert waren, haben Debriefings auch mit Einzelnen angewandt. In meiner Erfahrung ist diese Intervention auch für Einzelne sehr effizient, wenn man die veränderte Situation, d.h. besonders den Mangel an Unterstützung durch die Gruppe, berücksichtigt und damit umgehen kann.

#### 3. Geschichte:

Die Menschheit hat schon immer nach schwierigen oder katastrophalen Ereignissen das Wort benützt, um die Erfahrung mitzuteilen, Trost zu suchen und wieder nach vorne zu schauen. Seien es die Geschichte der Jünglinge im Feuerofen (Daniel 3,15 – 50), des Achilles nach dem Tod von Patroklos (Ilias,19. Gesang), oder der Jünger von Emmaus (Lk 24,13 – 33), in vielen alten Schriften wird eine dem Debriefing sehr ähnlich Struktur benützt, um pädagogisch den Lesern beizubringen, wie Helden Schweres überleben.

Im zweiten Weltkrieg hat der US General Marshall nach jeder Schlacht seine Soldaten zu einem „historical group debriefing“ zusammengenommen, mit dem Ziel seinen Soldaten eine genaue Information über das Geschehene zu geben, um so das Verstehen zu fördern und sie damit für die nächste Auseinandersetzung zu motivieren (Marshall, 1944).

Es ist das Verdienst Jeff Mitchells, in den Siebziger Jahren für die Einsatzkräfte von Sanität, Polizei und Feuerwehr das „Peer“ Debriefing eingeführt zu haben, um dem langsamen Ausbrennen dieser Gruppen vorzubeugen (Mitchell, 1998)

Debriefing muss selbstverständlich in einem Kontext geschehen, der bei Mitchells CISM (Critical Incident Stress Management = Management des Stress nach kritischen Ereignissen, Kleinmann, 2005), heisst. Debriefing kann also nicht als alleinstehende Intervention verstanden werden. Vorbereitung (auch psychische) auf schwierige Einsätze, Unterstützung während und nach den Einsätzen, ein Betriebsklima, das sich um seine Angestellten sorgt (CARE!), Begleitung direkter Opfer nach einem Ereignis sind unabdingbare Voraussetzungen dafür, dass Debriefings sinnvoll eingesetzt und wirklich präventiv wirken können.

Bei Individuen sieht es ähnlich aus: Die Umgebung fürchtet sich häufig zuzuhören, besonders wenn Überlebende beim Erzählen von Gefühlen überschwemmt werden. Damit wird dem Mitteilen eine Mauer des Schweigens entgegengesetzt und die Menschen ziehen sich zurück (Pennebaker).

4. Debriefing und Salutogenese:

Die Haltung, die hinter jedem Debriefing stehen muss, kann am besten mit Antonovskys „Salutogenese“ (1987) zusammengefasst werden. Das Betonen und Mobilisieren der Selbstkohärenz, der Fähigkeit, Erlebtes unter den Gesichtspunkten von Kontrollierbarkeit, Verständlichkeit und Sinnhaftigkeit zu reflektieren. Es ist die Kunst und die Erfahrung der Debriefler, die diese Aspekte in der Geschichte, in den Gedanken und Emotionen wahrnehmen und in der Phase des Stress-Management und des Rituals wird die Selbstkohärenz direkt ansprechen und mobilisieren. Debriefings haben nur Sinn, wenn sie getragen sind von der Überzeugung, dass Menschen, die überlebt haben, auch Kraft und Fähigkeiten zu weiterem Wachstum, sogar am Schrecken, haben. Das post-traumatische Wachstum (Tedeschi, Calhoun, 1998) ist eines der Ziele jedes Debriefings.

Die nach Außen gezeigten frühen Reaktionen auf traumatische Ereignisse sind zwar verschiedentlich beschrieben worden, doch scheint zur Zeit wenig Konsens darüber zu bestehen, ob man diese als „pathogen“ oder „salutogen“ betrachten soll. Shalev schreibt, dass „Symptome nicht genug“ seien (2004) für eine Diagnose von PTBS. Denn einerseits werden sie für den Integrationsprozess als störend (Marmar, 1994, Freedman, 1999), andererseits als unabdingbar (Tedeschi & Calhoun, 1998) angesehen.

5. Prozess des Debriefings- eine kurze Zusammenfassung:-

Der Prozess ist stark strukturiert und folgt gewissen Regeln. Er verläuft immer gleich, indem man mit kognitiven Fragen beginnt, dann Emotionen erarbeitet und aufhört, wenn man wieder auf der kognitiven Ebene angekommen ist.

Schritt 1: Informierte Zustimmung erarbeiten.

Schritt 2: Zuerst wird kognitiv eine Geschichte des Geschehenen gemacht. Gefühle werden in dieser Phase unterbunden und nicht zugelassen.

Schritt 3: Jetzt wird nach den Gedanken, den dabei betroffenen Werten und dazugehörenden Überlegungen gefragt. Erst wenn dieses Sicherheitsnetz aufgebaut ist, werden in und

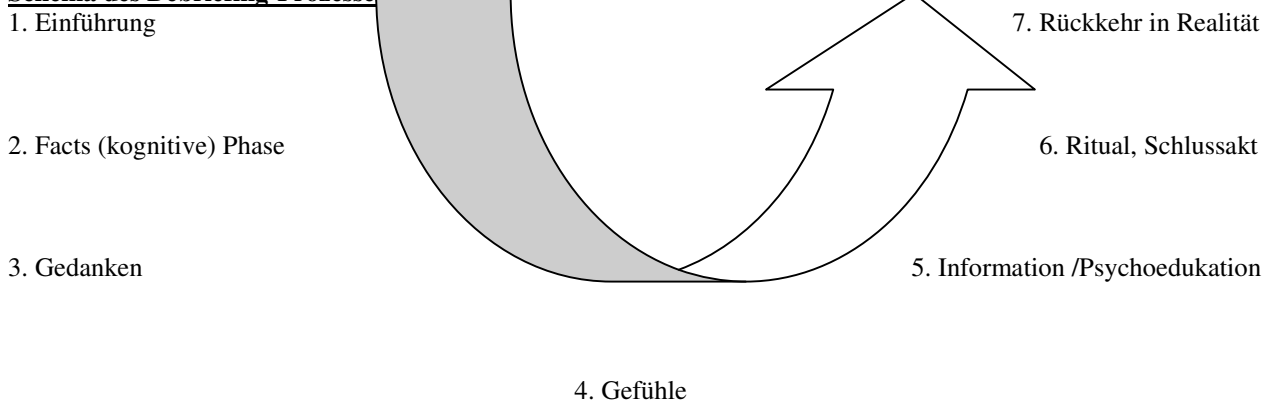
Schritt 4: die bei der traumatischen Erfahrung meist nicht wahrgenommenen (dissoziierten) und deshalb nicht integrierten Emotionen erarbeitet. Dies muss so geschehen, dass die Betroffenen die Emotionen jetzt kennen lernen oder nochmals wahrnehmen, spüren. Fokussieren auf Körperempfindungen im Sinne Gendlins oder wie bei der hypnotischen Erarbeitung von Schmerz ist unumgänglich. Doch danach muss zusätzlich die kognitive Arbeit, das individuell spezifische Benennen geleistet werden, bis ein Name für das Gefühl gefunden ist.

Schritt 5: Weiter muss zumindest in der Anfangsphase nach der Neueinführung des Debriefings die Information über die Natürlichkeit und Normalität der akuten (traumatischen) Stress Reaktion und über mögliche Techniken von Stress-Management informiert werden. Die Techniken müsse in der Sitzung soweit geübt werden, dass Debriefte beim Gehen genau wissen, wie sie ihren Stress in den nächsten sechs bis acht Wochen handhaben werden.

Schritt 6: Der Abschluss des Prozesses wird mit dem Finden und Vereinbaren eines passenden Rituals geschehen, und in

Schritt 7 wird mit der Vereinbarung einer zweiten kurzen (Gruppen)-begegnung 6 - 8 Wochen später und Hinterlassung einer Telefonnummer, der Prozess abgeschlossen..

Schema des Debriefing-Prozesses



## 6. Was bewirkt das psychologische Debriefing?

Im psychologischen Gruppen Debriefing wird ein Prozess in Gang gesetzt, bei dem in Gruppen Solidarität mobilisiert wird (Dyregov, 1997), und zwar von Menschen, die das Gleiche erlebt haben. Yule (1990) berichtet, wie in seinen Gruppentherapien mit überlebenden Kindern der Schiffshavarie Jupiter die Kinder betonten, dass die andern Gruppenmitglieder als einzige sie begreifen könnten, da sie das Gleiche erlebt hätten.

Bei Individuen bedeutet das Erzählen können, geschützt vor den überflutenden Emotionen, etwas Ähnliches: Es wird mit Hilfe des Debriefers eine zusammenhängende Narrative erstellt. Nach Foa (1997) verändert sich in einer Therapie die Narrative von vergewaltigten Frauen; man kann sprach-analytisch die Abnahme der Intensität von im psychologischen Traumatetest gemessenen Symptomen erkennen. D. h. das Ordnen des Geschehens verändert die Sprache und den Diskurs. Im Debriefing wird der umgekehrte Weg benützt: Veränderung des emotionalen Umgangs mit der Erinnerung durch gezieltes Benützen der Sprache.

Die Trennung von Kognition und Emotion in den verschiedenen Schritten des Debriefings hilft beim Ordnen der chaotischen und deswegen traumatischen Erfahrung unter Benützung von Sprache. Es ist anzunehmen, dass das kognitive Ordnen durch die Sprache einen ersten Schritt hin zur Integration bedeutet.

Auf dem Hintergrund der sprachlichen Ordnung der Tatsachen werden dann die im traumatischen Ereignis nicht oder kaum wahrgenommenen Emotionen von Hilflosigkeit, Schreck, Angst, Scham usw. fraktioniert aktualisiert, aus der Dissoziation zurück ins Erleben geholt, benannt und dann eingeordnet. Die Fraktionierung ist zentral, weil sonst eine Überflutung mit Gefühlen erfolgt, was nicht sinnvoll ist und nicht zum besseren Funktionieren der Überlebenden dient. Die bei gewissen Arten von Debriefings angesteuerte Katharsis (das Loslassen und Ausdrücken von Gefühlen) mag einer der Gründe sein, warum man von „weiterer Traumatisierung“ in Debriefings spricht. Denn eine Katharsis beweist den Menschen einmal mehr, dass sie ihre Gefühle gegenüber dem Geschehen nicht kontrollieren können.

Auch bei direkten Überlebenden erweist sich die kontrollierte Erarbeitung der Gefühle und die darauf folgende Benennung als erleichternd und gibt eine Kontrolle über innere Prozesse.

In den Schritten Geschichte, Gedanken und Gefühle wird das Schweigen aufgelöst, das sich bei vielen Opfern von Traumen nach einigen Versuchen, das Geschehene mitzuteilen (Pennebaker, 2000), einstellt. Opfer berichten immer wieder, wie sie, nach anfänglichen Versuchen, das, was sie erlebt haben, mitzuteilen, bald das Gefühl haben, dass sie nicht gehört und verstanden werden. Semprun beschreibt diesen Vorgang nach seiner Befreiung aus dem Konzentrationslager als er den ersten alliierten Soldaten begegnet (Semprun, 1994).

In den nächsten Phasen (Phase 5) der Information über die Natürlichkeit und Normalität der schreienden und störenden traumatischen Reaktionen wird der Druck und häufig die Verzweiflung über die eigene Veränderung vermindert. In der Instruktion und im Üben, wie man diesen Reaktionen sinnvoll begegnet, d.h. so schnell wie möglich wieder zur Norm zurückkehren kann, werden die Selbstverantwortlichkeit und die bereits vorher bestehenden individuellen und systemischen Ressourcen betont. Damit wird dem Betroffenen ermöglicht, in kurzer Zeit die verlorene Kontrolle wieder zu übernehmen und so Self-Empowerment zu erleben. Allerdings darf diese Phase nicht als »Ratgeberphase«, sondern sie muss als Trainingsphase verstanden werden. An ihrem Ende hat jeder Betroffene ein klar definiertes (und teilweise bereits einmal geübtes) Paket von Übungen als Hausaufgabe für die nächsten acht Wochen erhalten.

Das nach der Sitzung auszuführende Ritual markiert dann auch in der äusseren Realität, dass eine Phase im Leben überstanden und vorbei ist, auch wenn man davon gezeichnet ist. Man kann wieder in den Alltag zurückkehren und der Zeit der Vernarbung ruhig und zuversichtlich entgegensehen und seinen Anteil dazu beisteuern.

## 7. Forschung:

Gibt es eine akzeptable Vergleichbarkeit von Traumen? Anhand welcher Parameter könnte die Effizienz belegt werden?

Wer sich mit Menschen befasst, die verschiedenen Traumen ausgesetzt gewesen sind, weiß, wie schwierig es ist, Traumen zu definieren. Hier benützen wir die Definition, wie sie von der APA im DSM IV (1994) gegeben worden ist. Die Quantifizierung von Traumen ist noch schwieriger: Ist es schlimmer, mehrere Male einer gleichen traumatischen Situation d.h. repetitiv ausgesetzt zu sein oder ist eine Folge von verschiedenen Traumen schwieriger zu verarbeiten? (Sequenzialität, Keilsson, 1979). Traumagene (d.h. möglicherweise zu Trauma führende) Ereignisse werden immer erst durch subjektive Interpretationen und Einordnungen zu einem Trauma. Niemand weiß wirklich, wie die Schwere der traumatischen Situation gemessen werden könnte. Ebenso ist es unmöglich, Traumata miteinander zu vergleichen. Ist Folter schlimmer, d.h. traumatogener als Vergewaltigung, sind Verkehrsunfälle

schlimmer als Suizide, usw., usw. Müsste man in der Folter elektrische Folter mit elektrischer, Asphyxie mit Asphyxie, Schütteln mit Schütteln, Vergewaltigung als Folter und Vergewaltigung als einfaches Verbrechen vergleichen, oder müsste man kulturspezifische Ängste, Tabus und Interpretationen für die gleiche Gewaltanwendung miteinbeziehen? In einer Untersuchung von Rachman (1977) wird nachgewiesen, dass bei Angstkonditionierung (eine Möglichkeit das Trauma zu konzeptualisieren) die „Schwere des Traumas“ keine Rolle für die Konditionierung der Angst spielt. Untersuchungen mit Opfern von Verkehrsunfällen (Schnyder, 2000) haben gezeigt, dass nicht unbedingt die Schwere der Verletzung eine sichere Voraussage über psychologische Störungen gewährleistet, sondern vielmehr die Intensität der Betreuung nach dem Unfall. D.h., eine „kleine Verletzung“, die durch den Chirurgen einfach, vielleicht sogar ambulant, behoben werden kann, birgt eher die Gefahr in sich, eine Störung auf psychologischer Ebene hervorzurufen als eine solche, die Pflege in der Intensivstation benötigt. In diesem Sinne scheint es nicht angebracht, Horror miteinander vergleichen zu wollen. Hingegen gilt es zu unterscheiden zwischen Typ I und II Traumen, einmaligen oder wiederholten traumatischen Erfahrungen. Andere Vergleiche anzustellen ist nutzlos und für die Betroffenen häufig kränkend.

Nach Basoglu ist der wichtigste protektive Faktor bei Traumaexposition die Vorbereitetheit (Basoglu, 1994). Auch die Sinnhaftigkeit der Aktivität, die zum Trauma geführt hat, wie die sofortige medizinische und vor allem auch soziale Unterstützung nach der Exposition sind wichtig (Becerra, 1995).

Man könnte man also sagen, dass jedem Menschen sein Trauma am nächsten ist, immer unter der Bedingung, dass wir Trauma so definieren, wie es das DSM IV tut.

Deahl hat bei Soldaten, die aus Bosnien nach England heimgekehrt sind, festgestellt, dass diejenigen, die nach Kampfexposition ein Debriefing erhalten hatten, signifikant weniger Alkoholkonsum aufwiesen als diejenigen, die keines erhalten hatten (Deahl 2001).

Auch wenn gewisse Evidenzbasierte randomisierte Studien das Debriefing in Frage stellen, haben Rose & Bisson (1998) in einer Metastudie Publikationen kontrolliert, die sich mit Effekten frühzeitiger psychologischer Intervention nach Trauma befassen: Nur sechs Publikationen erfüllten die (hohen) Kriterien der beiden Forscher: von diesen zeigten zwei Studien keinen Effekt (Lee et al., 1996, Hobbs et al., 1996), zwei einen negativen (Bisson et al., 1997, Hobbs et al., 1996) und zwei einen positiven (Bunn et al., 1979, Bordow et al. 1979) Effekt.

Für die Anerkennung der Effizienz des Debriefings werden heute zu Recht wissenschaftliche und auf Evidenzbasierte Daten verlangt. Dazu gehören aber nicht nur Test-psychologische statistisch belegte Ergebnisse; mindestens vorläufig sollten auch die klinische und die „Einsichts“- Evidenz (von Engelhardt, 2004) berücksichtigt werden. Deswegen wird im Protokoll des IPTS nach gemachten Debriefings verlangt, dass das Aussehen der Klienten vor und nach dem Debriefing beschrieben wird. Weiter wird in der zweiten Sitzung gefragt, als wie nützlich der Klient das Gespräch erlebt habe. Diese zwei klinischen Evidenzen sollten in einer objektiven Untersuchung ebenfalls einbezogen werden.

Es ist sicher an der Zeit, prospektive Studien zu entwerfen, in welchen vergleichbare Gruppen mit und ohne Debriefing in genügend großer Zahl untersucht werden, damit so Klarheit über Nutzen oder Schaden des Debriefings erlangt werden könnte. Auch qualitative Studien, z.B. durch Anthropologen könnten durchaus einen Anfang dazu machen. Die Ausbildung der Debriefler muss genau definiert sein, die Zeit nach dem traumatogenen Ereignis ebenso wie die Indikationen.

Wer einmal erfahren hat, wie schwierig es ist, Mitglieder von Polizei-, Feuerwehr und Rettungscorps für die eigene Verletzlichkeit zu sensibilisieren, dann aber auch erlebt hat, mit wie viel Engagement dies nach der Einsicht in die Nützlichkeit der Information über Trauma und Debriefing betrieben wird, wird wohl kaum daran zweifeln, dass Debriefing ein wichtiger Schritt im Umgang mit Sekundärtraumatisierung ist und zur Veränderung des Arbeitsklimas dieser Einsatzgruppen beiträgt.

Die Mahnung Dunnings (2000), keine hypochondrischen Befürchtungen zu mobilisieren, indem man den Trauma-Exponierten zu sehr die möglichen Symptome in den Sinn rufe, ist ernst zu nehmen. Doch wenn man bewusst die Selbstverantwortung, die Stress-Managementtechniken und das Self – Empowerment im Auge hat – kurz die Salutogenese fördert –, kann diese Gefahr gebannt werden.

Neben dem Training von gut ausgebildeten Peer Debriefern muss auch der Platz des Debriefings im Rahmen des CISM, des Critical Incident Stress Managements, beachtet werden. Es ist sinnlos, ein Debriefing anzubieten, wenn das betroffene Corps nicht über eine optimale Vorbereitung sowohl auf technischer, physischer wie auch psychologischer Ebene und eine gute Betreuung während eines länger dauernden Einsatzes verfügt. Materielle Ausrüstung auf dem neusten Stand, Transparenz in Information und Ablauf der Intervention, kompetente Einsatz-

Leiter und ein gezieltes taktisches Debriefing mit – bei Bedarf- einem Defusing sind weitere wichtige Voraussetzungen für ein Gelingen.

Das Debriefing darf auch nicht zu einer Aktivität verkommen, die nach jeder Intervention oder für jedes Problem angewandt wird. Die Indikation, nach welchen (traumatogenen) Einsätzen ein Debriefing stattfinden soll, muss sorgfältig abgewogen werden, und wird wohl nicht in jedem Corps neu erarbeitet werden müssen. Es ist kein Wundermittel – auch wenn es gewissen Peers manchmal als das vorkommt – und nur sinnvoll, wenn es in einem klar definierten Rahmen und durch ausgebildete Debriefler geleistet wird.

### 8. Schlussfolgerungen

In Mitteleuropa ist man endlich, fast 20 Jahre nach den Skandinavischen Ländern, dazu gekommen, Debriefing im Rahmen einer weiteren Vorsorge für die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz, bei Einsatzkräften einzuführen. Die Verwirrung, die in solchen Berufsgruppen entsteht, wenn nun plötzlich von „Spezialisten“ behauptet wird, das Procedere nütze nichts, ist schwierig aufzufangen. Es mag sich die Frage stellen, ob es sinnvoll ist, am Wort „Debriefing“ festzuhalten oder ob man – um der Kontroverse zu entgehen – ein neues Wort prägt.

Die Zweifel und die teilweise unschönen gegenseitigen Anwürfe sind hauptsächlich von Lehrenden oder Therapeuten im universitären Bereich angemeldet worden. Doch es sind auch Therapeuten gewesen, die in der Not, nach größeren Katastrophen, voneinander unabhängig, zu einem dem Debriefing sehr ähnlichen Vorgehen gekommen sind (Straker 1995, Pynoos, 1988). Solange man das Debriefing nicht als Ersatz für Therapie benützt, es klar als sekundär präventive und der Triage dienende Intervention begreift, als „erste Hilfe für die Seele“ (Perren, 2000), kann es seinen Wert behalten.

### 9. Literatur:

Antonovsky, A (1987): Health, Stress and Coping, Jossey Bass, San Francisco.

APA (American Psychiatric Association) 1994 DSM IV (Diagnostic Statistical Manual).

Basoglu, M., Parker, M., Parker, Özmen, E., Tasdemir, Ö., Sahin, D. (1994): Factors related to Long-term Traumatic Stress Responses in survivors of torture in Turkey. JAMA, 272, (5), 357 – 363.

Bisson, J.I., Jenkins, P.L., Alexander, j., Bannister, C. (1997) : Randomised controlled trial of psychological debriefing of acute burn trauma. Brit. Journal Psychiatry, 171, 78-81.

Bordow, T., Porritt, D. (1979): An experimental evaluation of crisis intervention. Social Science and Medicine 13 a 251-256.

Bunn, T., Clarke, A.(1979): Crisis intervention: An experimental study of the effects of a brief ?

Bibel: in der Einheitsübersetzung.

Dunning, Ch., Stuhlmiller, C. (2000): Challenging the mainstream: From pathogenic to salutogenic models of post trauma interventions. In Violanti, JM, Paton, D., Dunning Ch. Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives. C.T. Thomas, Publ. Springfield. Ill.

Dyregov, A. (1997)The process in psychological debriefings. Journ., traum. Stress 10, 4.

Deahl, MB et al.(1993) : Psychological Debriefing: Are we measuring the right outcomes ? Journal traum. Stress 14, Nr 3, 527 – 529.

Foa, E.B. Rothbaum, B.O.(1997): Treating the trauma of rape. Guilford, New York.

Freedman, S.A., Peri, T., Brandes, D., Shalev, A.Y.(1999): Predictors of chronic PTSD. A prospective study. Brit. Journal of Psychiatry, 174, 353 – 359.

Homers Ilias 1956): Tempel Klassiker, Berlin und Darmstadt.

- Keilsson, H. (1979): Sequentielle Traumatisierung bei Kindern, Enke Verlag, Stuttgart.
- Kleinmann, M (2005): Stress Management nach kritischen Ereignissen – in der Praxis: Bulletin Nr 5 des VPTS, Visp.
- Marmar, C.R., Weiss, D.S., Schlenger, W.E. et al. (1994): Peritraumatic dissociation and Posttraumatic stress in Male Vietnam Theater Veterans. *Americ. Journ.of Psychiatry*, 151, 902 – 907.
- Marshall, S. L. A.(1944): *Island victory*, Penguin Books, New York.
- Mitchell, J.T., Everly, G.S. (1998) :Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen. Zur Prävention psychischer Traumatisierung. Verlagsanstalt, Wien (deutsche Übersetzung).
- Pennebaker, J.W. & Mehl, M., R. (2000): Vom Wert des Schreibens und Redens über traumatische Erfahrungen. In: Perren-Klingler, G. (2000) Ed. *Debriefing, erste Hilfe durch das Wort*, 25 – 40.
- Perren-Klingler, G. (2000) Ed. *Debriefing, erste Hilfe durch das Wort*, Paul Haupt, Bern.
- Perren-Klingler, G.(1995) (Ed.): *Trauma, vom Schrecken des Einzelnen zu den Ressourcen der Gruppe*, Paul Haupt Verlag, Bern.
- Pynoos, RS, Nader, K (1988): Psychological First Aid and treatment approach to children, exposed to community violence. *Research implications: Journ. Traum. Stress*, 1 445 –473.
- Rachman, S, (1977): The conditioning theory of fear acquisition: a critical examination. *Behaviour research and Therapy*, 15, 375 – 387.
- Rose, S., Bisson, J (1998): Brief early psychological interventions following trauma- A systematic review of the literature. *Journal traum- stress* 11, 4, 697 – 710.
- Schnyder, U, Mörgeli, H, Nigg, C, KlaghoferR, Renner,N, Trentz, O., Buddeberg, C. (2000): Early psychological reactions to severe injuries. *Critical Care Medicine* 28, 86 – 92.
- Semprun, G.(1994): *L'écriture ou la vie*. Livres de poche, Paris,
- Straker, G. (1995): Den Krieg überleben und den Frieden meistern, in: Perren-Klingler, Trauma ...
- Tedeschi, R, Park, C, Calhoun,L (Eds), (1998) : *Posttraumatic Growth, Positive change in th aftermath of crisis*. Lawrence Erlbaum, New York.
- Yule, W., Williams, R. (1990): Post traumatic Stress reactions in children. *Journ. Traum-. Stress* 3, 279 – 295.