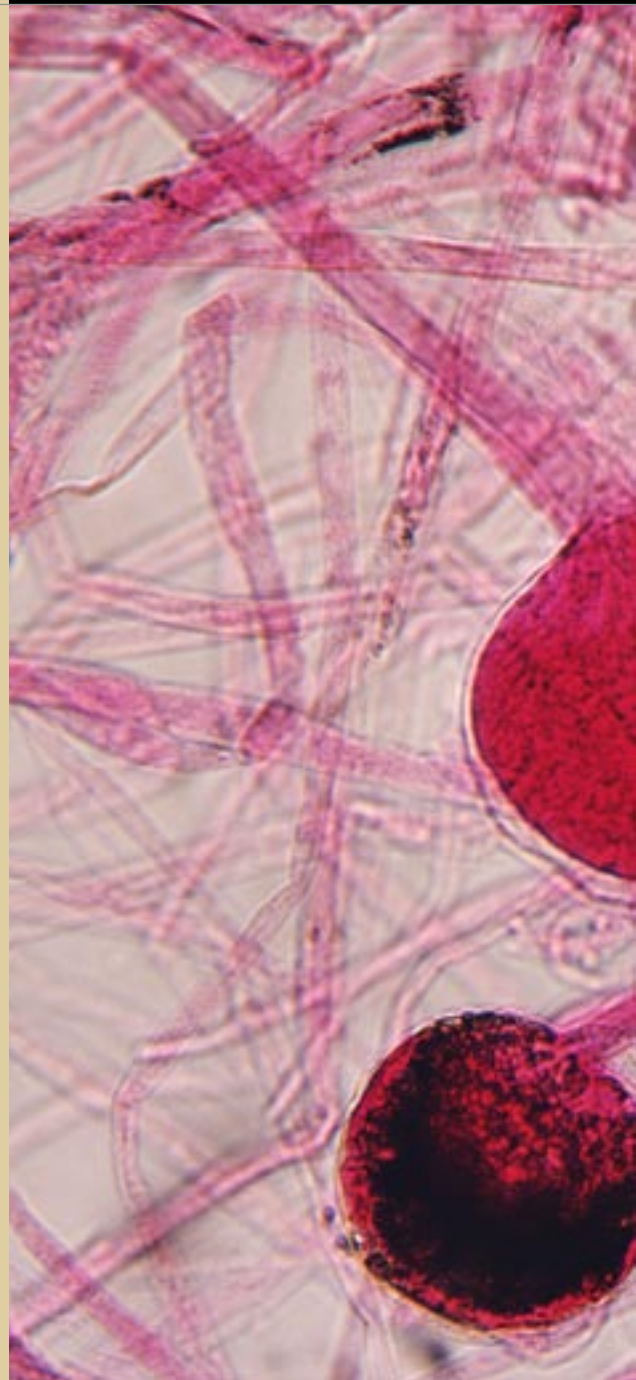


Verein Psychotrauma Schweiz (VPTS)

---

# BULLETIN VPTS

---



---

Nr. 3 - Winter 2003

[www.vpts.org](http://www.vpts.org)

# Qualitätskontrolle, Schematreue und Künstlerfreiheiten

Gisela Perren-Klingler, Präsidentin VPTS

Qualität ist auch in der Notfallpsychologie ein berechtigtes Anliegen und damit auch bei Aktivitäten von CARE Einsätzen, Defusings / Demobilisationen und Debriefings. Was man dabei messen will, wer das messen kann, und wann man von einer guten Qualität dieser Einsätze spricht, ist abhängig von der Definition der Kriterien. Ob dabei die akademischen Definitionen, sogenannte wissenschaftliche Kriterien, das letzte Wort zu sagen haben, wird die Zukunft zeigen. Doch gibt es bereits jetzt einige klare Hinweise über Dinge, die man tun muss:

1. Aus Untersuchungen an Attentatsopfern in Israel weiss man, dass zu früh vorgenommene Gespräche mit Fachleuten eher schaden als nützen. Die 72 Stunden, die mindestens abzuwarten sind, bevor ein Debriefing ausgeführt wird, sind das absolute Minimum, das unter allen Umständen eingehalten werden muss. Vorher können CARE Begleitung, psychosoziale Unterstützung, Defusings oder Demobilisation eine sinnvolle Rolle spielen, doch ist dabei immer die Aktivierung der eigenen sozialen Netze der Betroffenen das wichtigste. Zu früh angesetzte Debriefings stören die Integration des Erlebten, sie stören die Leute, die aus ihrer Dissoziation noch nicht zurückgekommen sind, in einem wichtigen Prozess.
2. Dass die Abfolge der 7 Schritte obligatorisch ist, ist wohl nicht näher zu betonen.
3. Die Salutogenese, d.h. man sieht vor allem das Gesunde, Normale und Natürlich in den beobachtbaren und als lästig und beängstigend empfundenen Reaktionen und ist fähig sie mit der Stress Physiologie und ihre Konsequenzen in Verbindung zu bringen.
4. Die Schritte oder Phasen werden in ihrer obligatorischen Reihenfolge durchgeführt.
5. In der kognitiven Phase, d.h. dem zweiten Schritt werden beide Sicherheitssäulen sorgfältig zu Beginn aufgebaut, bis man eine evident positive Physiologie beobachten kann. Es werden alle auftretenden Gefühle sofort abgeblockt.
6. In der Gedankenphase, d.h. dem dritten Schritt, wird auf Gedanken damals und jetzt eingegangen. Die Debriefier sollten sich schon in dieser Phase fragen, warum (jetzt ist warum erlaubt) die Person dies denkt und sich fragen, was an Werten oder Wichtigem dahinter steckt.
7. In der Emotionsphase, d.h. Schritt vier, werden die Gefühle über Körperempfindungen erarbeitet und kongruent benannt. Dieser Schritt wird häufig von Peers gefürchtet und deswegen nur kurz und oberflächlich getätigt. Doch ist dieser Schritt, besonders in Einzeldebriefings absolut nötig, um den emotionalen Anteil der traumatischen Erfahrung zu zähmen (vgl. Artikel von A. Favre). In Gruppendebriefings ist es oft möglich, diejenigen Teilnehmer zu

benützen, die spontan über ihre Gefühle reden, um dem Rest der Gruppe ihre verschiedenen Gefühle spürbar und nennbar werden zu lassen. Da das Mitchell Modell sich ausschliesslich mit Gruppendebriefings befasst, ist dort die absolute Notwendigkeit einer genauen Erarbeitung der Gefühle nie zum Thema geworden. Wer aber Einzeldebriefings macht – und damit von Mitchells Modell abweicht, darf sich nicht auf ihn berufen, um die Phase 4 à la Mitchell zu absolvieren.

8. Phase fünf, die Psychoedukation beinhaltet nicht nur eine Erklärung über Normalität und Natürlichkeit der Reaktionen, sondern es wird zusätzlich für jede Person ein Paket Stress Management-Techniken erarbeitet, wo die Betroffenen wissen und beherrschen, was sie in den nächsten sechs bis acht Wochen zu tun haben.
9. Das Ritual wird ernsthaft gesucht, erarbeitet und die Durchführung kontrolliert.
10. Im Setting bei Gruppen müssen, so wie auch von Mitchell gefordert, neben den Peers auf alle Fälle mindestens ein Mental Health Professional (d.h. eine in Psychotherapie ausgebildete Person) aktiv dabei sein. Dass die Peers dann eher die kognitive Phase und die MHPs die Gedanken- und Emotionsphase bestreiten, ist annehmbar und einsichtig. Es darf keine Gruppendebriefings ohne Vertreter dieser verschiedenen Funktionen geben! Die „Daumenregel“ Mitchells, 1 Debriefier pro 4 bis 5 Teilnehmer ist nicht zu vergessen. Hier kann die Erfahrung des Debrieferteams in gewisser Weise zu einer Verkleinerung der Anzahl führen, doch ist das Minimum von 3 Debriefern nur im äussersten Notfall zu unterschreiten. Hingegen kann man unbeschadet einen oder zwei Beobachter zu Lernzwecken hinter der Gruppe sitzen lassen.
11. Die zweite meist sehr kurze Sitzung kann bei einfachen Gruppen-Debriefings im Notfall (z.B. Crews bei Fliegern) durch Einzel-Telefongespräche 6 – 8 Wochen später ersetzt werden. Auf jeden Fall muss aber nach jedem Debriefing 6 – 8 Wochen später ein zweiter Kontakt zwischen Debriefern und den Angehörigen der Gruppe stattfinden zur Selbstkontrolle, Triage und Reexposition der Teilnehmer.
12. Die Aus- und Weiterbildung, wie auch Supervision und eventuell persönlichern Debriefings der Debriefier ist ein weiteres Muss.

Es gibt Dinge, die man tun kann: Ein eingespieltes Debrieferteam hat innerhalb der strukturellen Grenzen viele „Künstlerfreiheiten“. MHP, Leute aus dem Therapeutensektor, zeigen auch in diesem Bulletin wie sie sich mehr Freiheiten nehmen, wenn sie innerhalb einer Therapie, d.h. bei Patienten, kranken Leuten, mit der Technik des Debriefings arbeiten (z.B. James in der Ethnopsychiatrie); dies ist normal und sollte die Peers nicht stören. In diesem Bulletin wird viel über die verschiedenen Regeln nachgedacht, und weshalb sie eingehalten werden müssen. Ich hoffe, dass die Leser sich dabei unterhalten, aha-Erlebnisse haben und mehr Sicherheit in der Anwendung – aber auch in der virulenten Diskussion pro und contra Debriefing – neue Einsichten gewinnen.

***Gleichzeitig bitte ich alle aktiven Leser, sich jetzt schon zu fragen, was sie für das nächste Bulletin schreiben könnten. Ich erwarte viele Beiträge!***

# Contrôle de qualité, fidélité au schéma et liberté d'action

Gisela Perren-Klingler, Présidente VPTS

La qualité est une exigence fondamentale en psychologie d'urgence, que ce soit dans le travail des « care teams », dans le defusing, la démobilisation ou le debriefing.

Que veut-on évaluer ? Qui est apte à le faire ? Quand peut-on parler de bonne ou de mauvaise qualité ? Tout cela dépend naturellement des critères sur lesquels on se fonde. Quant à savoir si les définitions académiques, c'est-à-dire les critères scientifiques auront le dernier mot, l'avenir nous le dira. Il n'en demeure pas moins que certaines exigences de base sont fondamentales :

1. Respecter le délai des 72 h : sur la base des recherches effectuées auprès des victimes d'attentat en Israël, on sait que les entretiens trop précoces avec les spécialistes sont plus nuisibles qu'utiles. Le délai des 72 heures avant d'entreprendre un debriefing est le délai minimal à respecter absolument, quelles que soient les circonstances. Dans l'intervalle, si l'accompagnement des « care teams », le soutien psycho-social, le defusing (ou démobilisation) sont tout à fait adéquats, c'est la mise en place du réseau de soutien social des victimes qui est le plus aidant. Un debriefing trop précoce empêche l'intégration de l'événement et perturbe les victimes, encore en état de dissociation.
2. Se souvenir que l'étape 7 du debriefing est indispensable,
3. Adopter une attitude salutogénétique : voir en premier le côté sain, normal, naturel (et transitoire) des réactions observables, si désagréables ou angoissantes soient-elles. Savoir les mettre en relation avec la physiologie du stress et ses conséquences.
4. Respecter l'ordre d'enchaînement des étapes du debriefing.
5. Dans la phase cognitive (phase des faits, étape 2) : prendre le temps de retrouver les deux piliers de sécurité ; un changement positif au niveau de la physiologie doit être clairement visible ! Les émotions et les sentiments n'ont momentanément pas d'accès possible.
6. Dans la phase des pensées (étape 3) : aborder la question des pensées « au moment de l'événement » et « maintenant ». Se demander pourquoi telle personne pense ainsi, c'est-à-dire rechercher les valeurs et les croyances qui se cachent derrière les pensées.
7. Dans la phase des émotions (étape 4) : retrouver les émotions à partir du ressenti physique, trouver une désignation acceptable, congruente. Les pairs redoutent souvent cette étape, qui est alors parfois traitée de manière brève et superficielle. Elle est pourtant indispensable, surtout dans le debriefing individuel, pour diminuer l'impact émotionnel de l'expérience traumatique. (cf article de A. Favre). Dans

les debriefings de groupe, on peut tirer profit de ce qui est dit spontanément par certains participants et le renvoyer au reste du groupe. Cela permet à chacun d'y retrouver un peu de ses propres sentiments et de pouvoir les nommer. Du fait que le modèle de Mitchell est destiné exclusivement à des groupes, on ne s'est jamais vraiment interrogé sur la nécessité de déléguer exactement chaque sentiment en détail. Par contre, le debriefing individuel diffère du modèle de Mitchell ; on ne peut donc en aucun cas se référer au modèle de la pratique en groupe et bâcler cette étape.

8. Dans la phase d'enseignement/psychoéducation : expliquer que les réactions décrites sont normales et naturelles. Trouver pour et avec chaque participant les techniques de gestion de stress qui conviennent. Vérifier que chacun sait ce qu'il a à faire pour les six à huit semaines à venir.
9. Mettre en place l'acte symbolique avec sérieux. Organiser le contrôle de son bon déroulement (hors du cadre du debriefing).
10. Debriefing de groupe : dans tous les cas, participation active d'au moins un professionnel de la santé mentale en plus des pairs, selon les recommandations de Mitchell (personne formée en psychothérapie). Les pairs peuvent assurer l'étape des faits, les professionnels de la santé mentale l'étape des émotions par exemple est tout à fait possible ; mais aucun debriefing de groupe ne peut avoir lieu sans des représentants de ces différentes fonctions. Se rappeler la règle de Mitchell : 1 debriefeur pour 4 à 5 participants. Même si une équipe de debriefeurs expérimentée peut se permettre de gérer un plus grand nombre de participants, il ne faudrait pas être moins de trois debriefeurs pour effectuer un debriefing. Par ailleurs, la présence d'un ou deux observateurs (debriefeurs en formation par exemple) n'est pas gênante.
11. Seconde séance : en général plus courte. En situation d'urgence et dans le cas de debriefings simples (par exemple équipages d'avion), elle peut être remplacée par un entretien téléphonique avec chaque participant 6 à 8 semaines après l'événement. Mais dans tous les cas, il doit y avoir un second contact entre debriefeurs et participants pour faire le point (contrôle, triage, réexposition).
12. Devoirs du debriefeur : formation continue, supervision, intervention, debriefing personnel éventuel.

La liberté à l'intérieur du cadre : une équipe expérimentée et soudée dispose d'une grande souplesse d'action à l'intérieur du cadre. Des professionnels de la santé mentale expliquent dans ce bulletin comment, en thérapie avec de patients, ils utilisent les techniques du debriefing (par ex. James en ethnopsychiatrie).

Ce bulletin propose une série de réflexions à propos des différentes règles et de leur raison d'être. Je souhaite que les lecteurs trouvent à sa lecture autant de plaisir que d'intérêt, qu'ils prennent confiance en leur propre pratique, et qu'ils y découvrent, aussi dans l'optique du débat virulent « pour ou contre le debriefing », des perspectives nouvelles.

***En même temps je demande à tous les lecteurs actifs de se demander dès maintenant ce qu'ils pourraient contribuer au prochain bulletin. J'attends avec curiosité vos articles***

# Neue Weiterbildungsschwerpunkte für Helfende auf dem Schadensplatz

Gabriela de Haas

## Die Qualifikation von psychologischen LaienhelferInnen gewinnt an Bedeutung

In der deutschsprachigen Schweiz entstanden in den letzten Jahren viele verschiedene CARE Teams, alle mit dem Ziel, Betroffenen eines Ernstfalles kompetent, rasch und wirksam zu helfen.

Eine neue Studie belegt, dass rund 88% der Einsatzleute in den CARE Teams der deutschsprachigen Schweiz ausschliesslich psychologische LaienhelferInnen sind (ohne psychologische oder psychiatrische Grundausbildung). Die Anzahl der erfragten Einsätze in der Deutschschweiz ist in den Jahren 2000 bis 2001 von insgesamt 25 um mehr als das Doppelte auf 59 Einsätze gestiegen. Nachfrage und Einsatzbereitschaft scheinen zu wachsen. Damit gewinnt die Frage der Qualifikation von psychologischen LaienhelferInnen an Bedeutung und stellt ein gesellschaftliches Interesse dar. Neben einer sorgfältigen Auswahl der Einsatzkräfte braucht es fundierte Vorbereitungen und begleitende Ausbildungen.

## Koordination – ein wichtiger Themenbereich

Gegenwärtig liegt der Schwerpunkt innerhalb der Aus- und Weiterbildung für die psychologischen LaienhelferInnen auf der direkten Hilfestellung. Dabei werden der Bereich der Psychotraumatologie sowie vereinzelt Themen der 1:1-Betreuung wie Kontaktaufnahme und Betreuung von Betroffenen flächendeckend berücksichtigt. Nur wenige CARE Teams – vorwiegend solche, die schon länger bestehen – integrieren auch Themen der Koordination. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass die Planung der Strukturen im Schadensfall eine Voraussetzung für einen reibungslosen Ablauf und dessen Bewältigung sind (SACHER, 2002, dieses Bulletin). Brauchle nennt die Koordination mit anderen Einsatzkräften sogar als erste Aufgabe der psychosozialen Fachkräfte. Gerade weil die Helfenden aus diversen Berufssparten und die CARE Teams aus verschiedenen Organisationen mit unterschiedlichen Schwerpunkten stammen, scheint es wichtig, diesen Bereich in der Aus- und Weiterbildung zu berücksichtigen und weiterzuentwickeln.

## Von der Theorie zur Praxis

Die Arbeit auf dem Schadensplatz bleibt immer ein unvorhersehbarer Sondereinsatz und in der Praxis wird die

Erfahrung gemacht, dass anhand von Wissensvermittlung und Trockenübungen nicht antizipiert werden kann, wer im Ernstfall wie reagieren wird. Darum müssen neben der kognitiven Ebene auch die emotionale und die Handlungsebene berücksichtigt werden. Gemäss der Befragung geniessen die psychologischen LaienhelferInnen in der Regel reine Wissensvermittlung in Form von Schulbankdrücken und Workshops. Was vorwiegend die rationale Ebene berücksichtigt.

Bereits etwa die Hälfte der bestehenden CARE Teams bietet ihren Mitarbeitenden die Gelegenheit, andere Einsatzkräfte zu begleiten und so ihre Kompetenzen für einen allfälligen Ernstfall zu vertiefen und zu erweitern. Begleitete Einsätze drängen sich als wichtige Ergänzung zur theoretischen Form der Aus- und Weiterbildung auf, zumal sie einen positiven Einfluss auf die Motivation von Mitarbeitenden ausüben, denn das Erlernete kann sonst oft lange nicht umgesetzt werden.

Auch Inter- und Supervision tragen dazu bei, dass Helfende ihre emotionale und Handlungsebene reflektieren können. Dennoch bieten diese bis anhin erst etwa die Hälfte der CARE Teams ihren Mitarbeitenden an.

**Begleitete Einsätze** und **Supervision** sowie der Themenbereich der **Koordination** sind notwendige Ergänzungen im Weiterbildungscurriculum, die dazu beitragen, eine kompetente, rasche und wirkungsvolle Hilfe für Betroffene in Notfällen zu gewährleisten.

**Gabriela de Haas und Karin Mettler: „Notfallpsychologie: Qualifikation psychologischer LaienhelferInnen“ , eine evaluative Studie. Diese Studienarbeit ist zu beziehen über die Bibliothek der Hochschule für Angewandte Psychologie (HAP), Zürich, Tel.: 01 268 34 10 gdehaas@bluemail.ch**



# Polizeiseelsorge in Zürich

Yvonne Waldboth

Entstehungsgeschichte: Für die Stadtpolizei Zürich entstand 1999 in der Schweiz zum ersten Mal eine von Kirche und Polizei gemeinsam getragene Stelle für Polizeiseelsorge. Sie wurde als vorerst dreijähriges Projekt von den reformierten und katholischen Kantonalkirchen, Stadtverbänden der Kirchgemeinden in Zürich und der Stadtpolizei finanziert. Die Tätigkeit ist ökumenisch ausgerichtet, und die Seelsorgerin steht allen Menschen, die bei der Stadtpolizei arbeiten, als Ansprechperson zur Verfügung, unabhängig von Konfession und Kirchzugehörigkeit. Die Polizeiseelsorge soll für alle Angehörigen der Polizei, Korps- und Zivilangestellte, ein niederschwelliges Seelsorgeangebot sein, in Ergänzung zum gut funktionierenden und bewährten betriebsinternen psychologischen Dienst.

Noch in der Projektphase wurde das Tätigkeitsfeld erweitert und heute steht der Polizeiseelsorge eine von allen beteiligten Polizei- und Rettungsorganisationen mitfinanzierte 90%-Stelle für gut 5000 Menschen zur Verfügung.

Tätigkeiten: Meine Hauptaufgaben bei der Stadt- und Kantonspolizei Zürich und der Dienstabteilung Schutz und Rettung der Stadt Zürich mit Berufsfeuerwehr und Sanität sind folgende:

- Mitwirkung bei Aus- und Weiterbildung in ethischen Fragen
- Unterstützung der Arbeit der Stadt- und Kantonspolizei und Schutz und Rettung in menschlich belastenden Situationen
- Angebot von seelsorgerlichen Gesprächen
- Gottesdienste zu Themen des Berufsalltages
- Präsenz als aufmerksame Begleiterin im Polizei- und Rettungsalltag.

Meine Tätigkeit als Seelsorgerin beruht auf der durch das kirchliche Amt ermöglichten Unabhängigkeit, dem Vertrauen der Menschen, denen ich begegne, und dem Seelsorgegeheimnis, dem ich als Pfarrerin verpflichtet bin. Freundlicherweise stellt mir die Altstadt-Kirchgemeinde St. Peter mitten in Zürich einen Gesprächsraum zur Verfügung. Es ist sehr wichtig, dass die Seelsorgegespräche nicht in Räumen der Einsatzkräfte stattfinden. Gerade in Organisationen, die hierarchisch strukturiert sind und sich stark nach aussen abgrenzen, ist die unabhängige Stellung der externen Seelsorgerin von grosser Bedeutung, damit sie nicht mit internen Machtstrukturen in Verbindung gebracht wird. Besonders bei Unfällen oder

Schusswaffengebrauch der Polizei, wo die betroffenen Beamten mit einem Strafverfahren rechnen müssen ist die Unabhängigkeit und das Seelsorgegeheimnis wichtig. Das Vertrauen versuche ich vor allem mit einer aktiven Präsenz im Berufsalltag der Polizei, Feuerwehr und Sanität aufzubauen. Ich mache regelmässig bei allen Organisationen Dienste mit, auch bei Grossanlässen, wie dem WEF in Davos, Sportanlässen oder dem 1. Mai in Zürich. Ich habe meine Debriefing-Ausbildung und den Refresherkurs bei Gisela Perren gemacht und wende Debriefings, vor allem Einzeldebriefings, regelmässig an. Meist sind es Situationen, in denen eigene Leute angegriffen und /oder verletzt wurden, oder bei Todesfällen, besonders Suiziden in den eigenen Reihen. Bei der Sanität und der Feuerwehr sind wir daran ein internes Care Team mit Peers aufzubauen. Die ersten Peers haben ihre Ausbildung am IPTS bereits absolviert.

Im Ethikunterricht, der etwa ein Drittel meiner Tätigkeit in Anspruch nimmt, behandle ich vor allem Fragen des Berufsverständnisses, eigene Werthaltungen, die ethischen Grundlagen der Menschenrechte, Ethik in anderen Kulturen (z.B. Islam), Umgang mit ausgeübter und erlittener Gewalt und Möglichkeiten und Grenzen menschlichen Handelns im Zusammenhang mit Sterben und Tod.

Zusammenarbeit: Bei der Bewältigung von belastenden Berufserlebnissen, arbeite ich zusammen mit den betriebsinternen psychologischen Diensten, sei es präventiv bei Informationsveranstaltungen oder in der Nachsorge. Ebenfalls pflege ich den Kontakt zur Notfall- und Bahnhofseelsorge und anderen Seelsorgediensten, je nach Bedarf. In Kirche und Gesellschaft hilft die Polizeiseelsorge mit, Interesse und Verständnis für die Aufgaben der Sicherheits- und Rettungskräfte zu schaffen; ich pflege auch internationale und ökumenische Kontakte zu anderen PolizeiseelsorgerInnen, besonders mit meinen deutschen KollegInnen treffe ich mich regelmässig zu Weiterbildungen.

Ziele: Mit der Polizeiseelsorge wollen die Kirchen für die staatlichen Sicherheits- und Rettungsorganisationen ein verlässlicher Partner sein, der sie bei der Bewältigung ihrer oft schwierigen Aufgabe unterstützt und freundschaftlich-kritisch begleitet. Als Polizeiseelsorgerin will ich für die mir anvertrauten Menschen in berufsethischen Themen, all-täglichen Lebens- und grundsätzlichen Lebensgestaltungsfragen und in Existenzkrisen eine glaubwürdige und ernsthafte Gesprächspartnerin sein. Ich will mithelfen, dass die Menschenwürde auch in Grenzsituationen von Tod, Leid und Gewalt oberstes Prinzip menschlichen Handelns bleibt, dabei hilft mir meine Verwurzelung in der christlichen Glaubenstradition und die Inanspruchnahme von regelmässiger Einzelsupervision.

**Yvonne Waldboth, ist freiberufliche Pfarrerin und Polizeiseelsorgerin des Kantons Zürich**  
[www.polizeiseelsorge.ch](http://www.polizeiseelsorge.ch)

# Gedanken zur Qualität von Debriefings

Judith Kaufmann  
Ingrid Egger

Wir alle wissen, dass die Qualität eines Debriefings schwierig zu messen ist. Meist sind es die Betroffenen, die beim zweiten Treffen uns allenfalls über die Qualität des Debriefings informieren können. Diese Rückmeldungen sind jedoch immer subjektiv und somit zur objektiven Qualitäts-essung nur beschränkt aussagekräftig und für all-fällige Forschungsergebnisse kaum zu verwenden.

Wir sind jedoch der Meinung, dass es objektivierbare Kriterien gibt, die über die Qualität eines Debriefings Rückschlüsse zulassen. Dies ist umso wichtiger, da das Debriefing immer wieder im Schussfeld der Kritik ist und sowohl in Fach- wie Laienpublikationen als schädlich eingestuft wird.

Für uns gibt es einige objektivierbare Kriterien:

Zeitpunkt des Debriefings: Wenn wir von Betroffenen in der ersten Sitzung erklärt bekommen, dass sie kein Debriefing mehr wollen, da sie bereits eines hatten und es ihnen danach eher schlechter ging, wundert uns diese Aussage nicht, wenn wir erfahren, dass das Debriefing auf dem Unfallplatz resp. der Notfallstation stattgefunden hat. In Akutsituationen sollten Betreuende das SAFER Modell kennen und anwenden können. Der Flyer mit Erklärungen über akute Stressreaktion ist in diesem Moment für die Betroffenen hilfreich und genügt. Oft wird er in der Akutsituation eingesteckt und erst ein paar Tage später gelesen. Im Flyer wird auf die Möglichkeit des Debriefings hingewiesen.

Für Einsatzkräfte ist zu beachten, dass zwischen einem Debriefing und einem Defusing ein wesentlicher Unterschied besteht, sowohl in zeitlicher, wie auch in personeller Hinsicht. Während das Defusing vom Einsatzleiter nach dem Einsatz bzw. zwischen zwei Einsätzen im Rahmen des technischen Debriefings (oder Manöverkritik) durchgeführt wird, gehört das Debriefing in die Hände externer, ausgebildeter DebriefenderInnen (Peer + MHP) und wird frühestens 72 Stunden nach Einsatz angeboten. Unsere Erfahrungen zeigen, dass der Zeitpunkt für ein Debriefing

besser einen Tag später, als einen Tag früher angesetzt werden sollte. Ein Debriefing ist nie eine Notfallintervention und benötigt Zeit zur Planung. Weiter gilt es zu beachten, dass bei Einsatzkräften das psychologische Debriefing erst nach dem technischen Debriefing erfolgen darf.

Ablauf des Debriefings: Es ist wichtig, dass die einzelnen Schritte eingehalten werden. Jeder Schritt im Debriefing ist gleich wichtig.

In der Faktenphase spielt sich der „Film der Geschichte“ zwischen den beiden Sicherheitssäulen ab und Kognition und Emotion müssen strikt voneinander getrennt werden.. Gedanken- und Emotionsphase sind häufig nicht klar voneinander zu trennen. Wichtig ist dabei, dass die Gefühle über den Körper gespürt und herausgearbeitet werden, bis eine kongruente Nennung des Gefühls möglich ist. Psychoedukation und das Ritual müssen für die betroffene Person und nicht für den Debriefender stimmig sein.

Sind DebriefenderInnen gut ausgebildet, können sie Hinweise der Betroffenen auf ein posttraumatisches Wachstum hören und in ihre Intervention aufnehmen. Somit gelingt ihnen der Schritt in die veränderte Zukunft. Ebenso gelingt es aufmerksamen DebriefenderInnen, Aussagen aufzunehmen und zu reframe (eine andere Bedeutung geben), sollte dies notwendig sein.

Psychoedukation verlangt, dass die DebriefenderInnen die normalen natürlichen Stressreaktionen kennen und fähig sind sowohl nach spezifischen wie unspezifischen Reaktionen zu fragen ohne jedoch pathologisierend zu werden. Dabei wird ein ganz persönliches Stressmanagement für den Betroffenen erarbeitet.

Das Ritual dient dazu, das Ereignis in die Biographie zu integrieren. Es muss für den Betroffenen stimmig sein. Wir haben jedoch schon beobachtet, dass als Ritual ein zerstörerischer Akt vorgeschlagen wurde. Hier sind wir aufgefordert klar zu intervenieren und nach einem ressourcenorientierten Ritual zu suchen, da es sonst zu einer Retraumatisierung kommen kann und das Debriefing wirklich mehr schadet als nützt.

Kenntnis der eigenen Verletzbarkeit: Um klare Interventionen machen zu können, ist es unerlässlich, die Themen zu kennen, die einen selbst verletzen können. Ganz auszuschliessen ist nie, dass ein Ereignis, das Anlass für ein Debriefing ist, eigene Verletzungen wieder aktiviert. Grundsätzlich gilt, dass traumatische Ereignisse, die Freunde oder Familienmitglieder betreffen von Aussenstehenden bearbeitet werden müssen. Mittlerweile gibt es ein Netz an gut ausgebildeten DebriefenderInnen, das in solchen Fällen immer zur Verfügung steht. Bezüge zur eigenen Biographie können als Ressource oder als Gefahr für ein Debriefing gelten. Da kann nur die persönliche Beurteilung und Refle-

DATUM VORMERKEN

Generalversammlung des VPTS Samstag, 1. 5.2004. in Bern,  
Zeit wird später bekannt gegeben

xion von Fall zu Fall eine Antwort geben. Tagesverfassung und persönliche Lebenssituation sind weitere Faktoren, die Hinweise geben, ob ein Debriefing übernommen werden kann oder nicht.

**Ausbildung:** In unserem Ausbildungskonzept haben wir Änderungen vorgenommen, da wir der Überzeugung sind, dass es Zeit und Auseinandersetzung braucht, um die Vielschichtigkeit des Debriefings, trotz einfacher und klarer Ablaufstruktur, zu erkennen. In einem zeitlich etwas verlängerten Kurs von sechs Tagen besteht mehr Zeit und kann mehr Vertrauen hergestellt werden, sodass, feine Nuancen in der Qualität der Arbeit wahrgenommen werden und gegenseitige, konstruktive Kritik als Lernmöglichkeit betrachtet werden kann.

Unsere Kurse dauern vier Tage, um Einzeldel- und Gruppendebriefing zu lernen. Vorgängig bieten wir einen zweitägigen Kurs an, der psychotraumatologisches Grundlagenwissen und deren salutogenetische Betrachtungsweise, Erfahrungen der eigenen Verletzbarkeit, Selbstschutztechniken und die Grundstruktur des Debriefings vermittelt. In den jeweils zwei Tagen Einzeldebriefing / Gruppendebriefing haben die KursteilnehmerInnen Zeit zu üben, individuelle Fragen zu stellen und Sicherheit in der Technik zu erlangen. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass sich die TeilnehmerInnen während dieser drei Kurseinheiten besser kennen lernen, vernetzen und selbst reglementieren. Dieser Umstand fördert die Bildung von Übungsgruppen.

Hier liegt ein weiterer Punkt, der zur Qualitätssicherung beiträgt. Debriefing ist eine Technik, die gelernt werden kann, jedoch auch geübt werden muss.

**Übungsgruppen:** In Übungsgruppen können einzelne Schritte oder ganze Debriefings, Selbstschutztechniken oder andere vermittelte Details geübt und gefestigt werden. Zu Beginn arbeiten wir ausschliesslich mit vorgegebenen, konstruierten Übungsfällen, um sowohl den Einzelnen, wie auch die anderen Gruppenmitglieder vor zu heftigen, überflutenden Emotionen zu schützen. Um Fehlern, die sich einschleichen können, vorzubeugen, ist es sinnvoll, ab und zu jemanden von aussen zur Supervision einzuladen. Diese Aussenstehenden können Debriefing von einem anderen CARE Team sein, eine Trainerin / ein Trainer oder jemand aus einer anderen Übungsgruppe. Wollen wir eine gute Qualität unserer Debriefings beibehalten, sind wir zur fortlaufenden Weiterbildung und Vertiefung aufgefordert, was auch in Refresher Kursen möglich ist.

#### Triage der KursteilnehmerInnen

In unseren Kursen haben wir immer wieder festgestellt, dass nicht alle Kursteilnehmer später mit dem Debriefing arbeiten wollen / können / geeignet sind dafür. Zu erkennen, ob jemand seine Aufgabe als Multiplikator, in der Primärbetreuung oder im Debriefing sieht, dafür braucht es Zeit, Zeit zur Selbstreflexion und Zeit für Gespräche.

**Judith und Ingrid sind Trainerinnen und bieten, besonders in Österreich Debriefingkurse an.e-Mail:**

**judith.kaufmann@suisse.org**

**ingrid.egger@tebra.or.at**

# Qualität und Wohlbefinden

Max Eugster

Das Care-Team AR / AI (damals noch unter dem Namen PEH-AR) wurde nach kurzer Konzeptphase Mitte 1999 gegründet. Ein wesentlicher Anstoss war das Unbehagen, dass im Kanton für extreme Ereignisse eine leider schmerzlich manifest gewordene Versorgungslücke bestand. Es wurde versucht mit vernünftigen Mitteln (womit ja meist bescheidene gemeint sind!) diese Lücke angemessen zu verkleinern. Am 1. September 2002 wurde das Care-Team AR/ AI erstmalig zu einem Grosseinsatz aufgeboden: Starke Regengüsse verursachten im Appenzellerland Hangrutsche und Überschwemmungen. Einsatzkräfte nahmen vielerorts Personenrettungen, Evakuationen, Strassen- und Hangsicherungen sowie Sicherungen von beschädigten Privat-, Gewerbe- und Industrieliegenschaften vor. Neben Sachschäden und leicht Verletzten waren drei Tote in einem verschütteten Haus zu beklagen. Andernorts wurde ein Mann von einer Schlammlawine bis zur Brust an die Wand seines Wohnhauses gedrückt. Unter völlig instabilen Hangverhältnissen befreite ihn die Feuerwehr. Betroffene, Rettende und Angehörige standen unter grossen physischen und psychischen Belastungen. Dass das Care-Team - teilweise als Ergänzung zu Betreuungsgruppen - aufgeboden wurde, war deshalb nur selbstverständlich. Dieser Einsatz wurde mit gemischten Gefühlen angegangen. Sind die bis-herigen Überlegungen und Vorbereitungen zu Grosseignissen ausreichend? Sind sie zu bewältigen und in welcher Qualität?

Über ca. einen Monat hinweg leistete das Care-Team mit 15 Mitgliedern 7 Einsätze zugunsten von Privatpersonen (11 Personen eingesetzt) und 5 bei verschiedenen Einsatzkräften (18). Mit Ausnahme von drei aus Luzern stammenden Feuerwehrpeers standen genügend eigene Ressourcen zur Verfügung. Die Arbeit im Verbund mit den Partnerorganisationen verlief in grosser gegenseitiger Akzeptanz, das Care-Team zeigte sich führungs-technisch und logistisch durchaus einsatzfähig. Die kritische Auswertung im Team und die Rückmeldungen unmittelbar nach dem Einsatz und einige Zeit später zeigten auf: Der Einsatz war mit Ausnahme von wenigen organisatorischen Einzelheiten erfolgreich; die Rückmeldungen der Betreuten und von Dritten stellen bezüglich der gebotenen Dienstleistungsqualität ein sehr gutes Zeugnis aus. Was sind die Faktoren die einem Team von ehrenamtlichen Laien eine solche Leistung ermöglichten und was braucht es, um dies auch in Zukunft gewährleisten zu können?

1. Das Team und seine Zusammensetzung: Das Konzept hat einen weiten Rahmen vorgegeben und bei der Rekrutierung wird auf ein breites Spektrum von Personen und Berufsgruppen geachtet. Die meisten sind zwar Laienhelfer, aber in ihrem Arbeitsbereich erfahrene und qualifizierte Fachleute. Die gemeinsame Verbindung ist eine einheitliche Schulung im Umgang mit psychischen Traumata und Belastungen (IPTTS) und regelmässige Team Fortbildungen (4 pro Jahr) mit besonderer Beachtung der Klimapflege. „Ungute Gefühle“ haben Priorität auf der Traktandenliste.
2. Das Einsatzkonzept: Es gibt einen einfachen verbindlichen Raster, der mit vielen Varianten gefüllt werden kann. Es wird das für den entsprechenden Einsatz geeignetste Mitglied angeboten – gegebenenfalls nimmt der zuständige Einsatzleiter mit seinen Kollegen Rücksprache. Jeder Einsatz ist für das angebotene Mitglied freiwillig, d.h. das Angebot kann abgelehnt werden, notfalls ohne Angabe von Gründen. Es gibt also gegenseitig keinen Anspruch auf eine Anzahl Einsätze pro Jahr. Während des Einsatzes kann das Mitglied jederzeit mit dem Einsatzleiter Rücksprache nehmen und Unterstützung anfordern; bei Unsicherheiten oder „unguten Gefühlen“ ist es dazu angehalten. Auch der Einsatzleiter kann sich Verstärkung holen oder bei grösseren Ereignissen gleich zu Beginn eine breitere Führung anbieten. Zudem ist bei länger dauernden Einsätzen die Ablösung der Mitglieder und der Einsatzleitung sichergestellt.
3. Die Nacharbeit: Die Einsätze sind in der Regel nach spätestens drei Tagen abzuschliessen bzw. in „ordentliche“ Helfersysteme weiterzuleiten (therapeutische Behandlung, Sozialbegleitung, privates Helfernetz etc.). Direkt nach Abschluss meldet sich das Mitglied beim Einsatzleiter. Der Ablauf und Abschluss wird besprochen. Nach zwei Wochen nimmt der Einsatzleiter nochmals Kontakt mit dem Mitglied auf, um allfällige Nachwehen aufnehmen zu können. Dieselben Kontakte finden auch statt zwischen dem Einsatzleiter und dem Leiter des Care-Teams. An der nächsten Team-Fortbildung werden die Einsätze besprochen, reflektiert und Erfahrungen weitergegeben. Diese Form der Nacharbeit ist nicht nur wichtig für den fachlichen Teil des Einsatzes. Sie dient insbesondere auch der Erhaltung des Wohlbefindens der am Einsatz Beteiligten bzw. der Früherkennung von nachteiligen Folgen aus dem Einsatz
4. Fortlaufende Weiterentwicklung: Die laufende Auswertung der Einsätze führt zu steten Anpassungen: Vor Aufnahme von neuen Mitgliedern wird regelmässig analysiert, welche Klienten aus welchen Schwerpunktgebieten jeweils durch das Team betreut worden sind. Gestützt darauf wird die angemessene Teamgrösse samt Bereichszusammensetzung eruiert, unter Wahrung der nötigen Offenheit und Flexibilität für unvorhersehbare Einsätze. Diesen Anforderungen muss der berufliche und persönliche Hintergrund der AufnahmekandidatInnen entsprechen. Im zweistufigen Aufnahme-prozedere wird mit ihnen ein strukturiertes Aufnahmegespräch geführt, dieses nach gesetzten Kriterien ausgewertet und ein entsprechender Antrag an die Leitung des Care-Teams gestellt. Diese prüft die Unterlagen ebenfalls, behält sich gegebenenfalls ein zweites Gespräch vor und entscheidet über die Aufnahme. Ein externes Controlling über Aufgebote und Einsatzzeiten wird gewährleistet durch Registrierung von Einsatzbeginn und -abschluss bei der Kantonspolizei Appenzell Ausserrhodens, welche bisher auch die meisten Anfragen vermittelt oder ausgelöst hat. Dies hat uns sehr geholfen, den Einsatzraster zu entwickeln. Last but not least wird aber auch bewusst eine offene, aufbauende und kritikfähige Gesprächskultur im Team gepflegt. Das Team soll zwischenmenschlich tragfähig sein und auch Platz haben für eine gewisse angemessene Lockerheit und den Schuss guten Humor. Das Wohlbefinden im Team ist eine wichtige Grundlage für eine enge Zusammenarbeit und erfolgreiche Einsätze. Das Wissen und die vielfältigen Fähigkeiten der einzelnen Mitglieder werden in den Fortbildungen für das Team zugänglich gemacht.
5. Vernetzung: Schliesslich hat auch die Vernetzung zu befreundeten Organisationen aus dem Bereich der psychologischen Ersten Hilfe einen grossen Stellenwert. Sei dies durch Kontakte der Leitung des Care-Teams zu anderen regionalen Teams (auch über die Landesgrenzen hinweg). Sei es durch die Aufnahme bzw. den Miteinbezug von Mitgliedern dieser Organisationen in das Care-Team. Sie ermöglichen eine Qualitätskontrolle durch ein gegenseitiges Messen (Benchmarking) bzw. durch ein gegenseitiges Von-einander-lernen. In die selbe Richtung geht die Teilnahme an Weiterbildungsveranstaltungen der benachbarten Teams, insbesondere der PEH des Kantons St. Gallen, die sehr geschätzt wird. Nach dem Modell der wachsenden Struktur soll auch die Qualitätskontrolle „werden“ bzw. sich weiter entwickeln. Eine wichtige Orientierung ist dabei, dass die positive fachliche Auseinandersetzung gepflegt und eine von gegenseitiger Akzeptanz und Anerkennung getragene Teamarbeit gelebt wird, damit man sich auf jeder Stufe bei seiner Arbeit und Verantwortung wohlfühlen kann.

**Max Eugster ist Leiter des CARE Teams Appenzell im Führungsstab der Halbkantone AR/ AI E-Mail: [Max.Eugster@betrend.or.ch](mailto:Max.Eugster@betrend.or.ch)**

DEBRIEFING, modelos y aplicaciones.  
De la historia traumática al relato integrado  
Fr. 42.- € 32.-



# Psychologische erste Hilfe (PEH) und Notfallseelsorge (NFS) mit PfarrerInnen, PsychologInnen und SamariterInnen: Erster Einsatz anlässlich der Übung Lohengrin vom 20.6.03. in Luzern

Karin Strässle

Nebst der Überprüfung des Verbundsystems im Bereich Bevölkerungsschutz (Feuerwehr, Polizei, Gesundheitswesen, Technische Werke), sollte die erstmalige Zusammenarbeit der Einsatzkräfte in der Psychologischen Ersten Hilfe (PEH) und Betreuung als ein wichtiger Punkt der Übung ausgewertet werden.

Die Notfallseelsorgenden wurden zum erstenmal seit ihrer Gründung am 1.1.02 bei einer Grossübung eingesetzt, genauso wie die SamariterInnen. Sie hatten die Möglichkeit, ihre Kenntnisse, die sie in kantonseigenen Kursen der vergangenen drei Jahren erworben hatten, zum ersten mal in der PEH umzusetzen. Als Verstärkung wurden im rückwärtigen Raum zusätzlich eine Psychologin und ein Psychologe eingesetzt.

Das Konzept sieht vor, dass die NFS im Bereich PEH die Führung übernimmt. Im Hintergrund (ruhiger kühler Raum, weg vom Geschehen) warten die Fachpersonen, falls es schwierige Patienten gibt, mit denen die NFS und die SamariterInnen überfordert sind.

Die SamariterInnen werden der NFS zugeteilt, wobei das grosse Plus darin besteht, dass die SamariterInnen sowohl in den Lebensrettenden Sofortmassnahmen (LRSM), wie auch in PEH ausgebildet sind. Damit die SamariterInnen nicht "tröpfchenweise" eintreffen und dadurch "schwer führbar" werden, sieht das Konzept vor, jeweils eine Samariterleiterin plus Stellvertretung zu benennen, bei der sich die eintreffenden SamariterInnen zwingend anmelden müssen.

Einer der Vorteile dieser Konzeption ist die Möglichkeit, die SamariterInnen und Samariter ihren Fähigkeiten entsprechend einzusetzen. Die Samariterleiterin kennt ihre Kolleginnen und Kollegen aus dem Verein, ihre Stärken und Schwächen und weiss jede Person nach deren Ressourcen einzusetzen. Ein weiterer Vorteil ist der, dass die Samariterleiterin für ihre Einsatzkräfte sprechen kann. Das heisst, sie kann zum Einsatzleiter Sanität (EL San) gehen und Meldung machen, dass momentan z.B. 14 SamariterInnen für die Betreuung und Unterstützung der Rettungskräfte zur Verfügung stehen und voraussichtlich weitere 10 in den nächsten 20 Minuten folgen werden. Der wiederum kann dem Gesamteinsatzleiter konkrete Angaben über die

Anzahl seines Personals machen, was besonders auch in logistischer Hinsicht wichtig ist.

Nachfolgend nun die wichtigsten Erkenntnisse, welche aus der Übung Lohengrin gewonnen werden konnten:

- Das Konzept NFS = Führung und Zusammenarbeit funktioniert und wird akzeptiert.
- Die Idee der Samariterleiterin als Verbindungsperson zur NFS und EL San funktioniert, wenn diese Person ihre Leute kennt und richtig einschätzen und einsetzen kann.
- NFS und Betreuungssegment der Samaritervereine müssen inskünftig besser vernetzt werden. Auch hier gilt der Grundsatz: "Nur wer sich kennt, kann auch gut zusammen zum Wohl der Patienten zusammenarbeiten".
- Die Ausbildung in PEH wird von den meisten SamariterInnen sehr gut umgesetzt. Ständige Weiterbildung soll den Standard halten und heben.
- Ungeeignete Personen im Bereich PEH "ausfiltern", da sie sonst Schaden anrichten.
- Die NFS-Führung muss als solche gekennzeichnet sein.
- Die NFS sollten auch in LRSM ausgebildet sein. Handschuhe gehören auch in deren Grundausstattung (Selbstschutz).
- Führungsschulung für alle Führungspersonen gehört in die ständige Weiterbildung.
- Die Psychologinnen/Psychologen müssen sich bemerkbar machen, da sie in der Chaosphase manchmal vergessen werden. Unbedingt beim EL San melden.
- Die Psychologin, die Psychologen, die im rückwärtigen Raum "auf Kunden warten", müssen noch besser bekannt und vernetzt werden.
- Die Abgabe eines Flyers ist von höchster Priorität.

## Fazit:

**Die Übung Lohengrin hat gezeigt, dass die PEH und Betreuung genauso zum Überleben gehört, wie die LRSM. Wichtig ist, dass beide Formen der Hilfe richtig und gezielt eingesetzt werden. Zum Abschätzen und Einsetzen beider Hilfsformen, braucht es in beiden Bereichen eine gute Grundausbildung, ständige Weiterbildung sowie vermehrt gemeinsame Übungen.**

***Karin ist Beauftragte des Kantons Luzern für den koordinierten Sanitätsdienst und im Bulletin bereits bestens bekannt:  
e-Mail: karin.straessle@ju.ch***

# Von Sicherheit zu Sicherheit

## Thesen zur Unterstützung von Betroffenen während und nach aussergewöhnlichen Ereignissen (Krisenbegleitung, Debriefing)

Barbara Baumgartner Gut

Die folgenden 10 Thesen sind entstanden nach der Debriefingausbildung bei Gisela Perren, Einsätzen in Debriefing und Krisenbegleitung und unter Bezug von Fachliteratur.

1. These: Ausserordentliche Situationen stürzen Betroffene aus ihrer Ordnung, aus ihrer Welt. Sie versetzen der Verstehbarkeit, der Sinnhaftigkeit, der Handhabbarkeit und der Handlungsfähigkeit im Leben eines Betroffenen einen mehr oder weniger heftigen Stoss. Die Sicherheit - garantiert durch Ordnung, Verstehbarkeit, Sinn, Handhabbarkeit und Handlungsfähigkeit - steht Kopf, der Sicherheitskokon, mit dem wir uns alle umgeben, bekommt einen Riss.
2. These: Das Ziel einer Unterstützung von Betroffenen während und nach aussergewöhnlichen Ereignissen ist, mit ihnen zusammen eine SITUATIVE SICHERHEIT zu erarbeiten und so den Boden für eine kurz- oder mittelfristige Perspektive vorzubereiten. Das heisst: Schaffen von Ordnung (schützender Rahmen, Geschichte erzählen lassen, Gefühle annehmen), Fördern der Verstehbarkeit (normalisieren, über Stressgeschehen und allgemeines Geschehen informieren), teilweise, situations-angepasste Rückgabe der Handlungsfähigkeit (Beschäftigung, Erarbeiten von Bewältigungsmassnahmen, -strategien), Erarbeiten einer kurz- und mittelfristigen Perspektive: wohin gehen Sie zurück? / was tun Sie, wenn Sie sich morgen schlechter fühlen als heute? / was tun Sie, wenn Sie sich in drei Tagen bei der Arbeit nicht konzentrieren können? (Kontaktnummer/Notfallnummer)
3. These: Die Haltung von Krisenbegleitern/ Debriefern ist von entscheidender Bedeutung. Da-Sein mit allen Sinnen, der Verzicht auf Wertungen, Urteile und Interpretationen lassen den Betroffenen Raum, so zu sein, wie sie in der Situation sind. Durch Respekt und Distanz den Betroffenen gegenüber werden Wertschätzung und Akzeptanz ausgedrückt.
4. These: Unterstützung bedarf eines Rahmens. Die Voraussetzung für alle weiteren Massnahmen sind physischer und psychischer Schutz und die Verminderung von physischem und psychischem Stress. Schutz heisst: aus dem Chaos des Ereignisses (Erdbeben, Brand, Unfall, Attentat, Geiselnahme) in einen begrenzten, geordneten Raum gebracht und dort (oder im Chaos) vor neugierigen, zudringlichen, verletzenden Blicken, Fragen und Helfern abgeschirmt, geschützt zu werden. Schutz heisst auch: lebensrettende Sofortmassnahmen und medizinische Erstversorgung, Befriedigung von Hunger und Durst, den Bedürfnissen nach Wärme und Kontakt.
5. These: Kontakt ist der Anfang eines Beziehungsfadens, der verstärkt und dazu benützt werden kann, um Betroffene zum Positiven, zum Aufbauenden, zu den persönlichen Kraftquellen zu führen. Die Kontaktnahme erfordert Präsenz: Sich begeben auf die Ebene des Betroffenen, genaues Hinsehen, präzises Ansprechen, genaues Hin- und Zuhören, klare und eindeutige Sprache, die vom Betroffenen verstanden wird, sind ein Muss. Obwohl Berührungen in unserer Gesellschaft oft sexualisiert und deshalb mit Inhalten behaftet sind, die sie nicht per se beinhalten, können sie in Ausnahmesituationen als Halt, als Trost, als Anker im Chaos des Geschehens wahrgenommen werden. Um dieser Anforderung zu genügen, müssen sie allerdings klar, eindeutig, auf Schulter, Ober- und Unterarm und den Handrücken beschränkt und den Bedürfnissen der Betroffenen angepasst sein.
6. These: Kommunikation ist Führung. Ausser-ordentliche Ereignisse erfordern klare, positive, direktive, präzise, kognitive und informative Kommunikation. Über Kommunikation können Betroffene das Geschehen in eine vorläufige Ordnung bringen. Über Kommunikation erhalten sie Informationen, die Verstehbarkeit und Instruktionen, die Handlungsfähigkeit fördern. Das Festhalten an der kognitiven Ebene der Kommunikation schützt Betroffene davor, von unangenehmen Gefühlen überwältigt zu werden und darin zu versinken. Direktive Kommunikation ermöglicht Führung ("Schauen Sie mich an!", "Darüber sprechen wir später, was genau haben Sie dann gemacht?", Instruktion bei der Atemübung). Präzise Kommunikation ist vertrauensfördernd und verhindert Missverständnisse. Und für positive Kommunikation wird das Wort "nicht" aus dem Vokabular gestrichen und durch positive Ausdrucksmöglichkeiten ersetzt.
7. These: Der Umgang mit Betroffenen während und nach aussergewöhnlichen Ereignissen erfordert die Fähigkeit, Rahmen zu geben, Rahmen zu ändern, neue, andere Blickwinkel ins Gespräch zu bringen. Rahmen geben heisst einschränken, ordnen wie beim Erzählen der Geschichte. Rahmen ändern (umdeuten) heisst, positive Aspekte zum Ausdruck bringen wie die Normalisierung der Stressreaktionen. Ausserordentliche Ereignisse enthalten neben ihrer Tragik Chancen zur Neuorientierung, Herausforderungen, Lern-, Wachstums- und Veränderungschancen. Das gilt für Betroffene wie für Krisenbegleiter/Debriefere.
8. These: Ausserordentliche Ereignisse können in Betroffenen vorübergehend persönliche Kraftquellen verschütten. Durch genaues Hinhören und respektvolles Nachfragen können diese (z.B. Hobbies, Beruf, Beziehungen, Religiosität/Spiritualität) ausfindig und nutzbar gemacht werden. Kraftquellen sind individuell und nicht übertragbar.
9. These: Selbstmanagement und Erfahrung sind neben Wissen und Techniken wichtige Voraussetzungen für gute Unterstützungsarbeit. Das bedeutet: üben, üben, üben... Debriefing und Krisenbegleitung lassen sich üben!
10. These: Hat eine Gruppe von Krisenbegleitern/Debriefern (in der Regel CareTeam genannt) ein gemeinsames Credo, d.h. sind sich die Gruppenmitglieder über ihre Haltung und ihr Vorgehen einig und bereit dazu, unabhängig von Beruf, Glaube, politischer Überzeugung innerhalb des vorgegebenen Rahmens zu arbeiten, schaffen sie damit die Basis für eine gemeinsame Sprache, für eine reibungslose Zusammenarbeit, für Vertrauen und last but not least für eine Kraftquelle.

**Barbara ist lic. phil. I in Psychologie, Fachrichtung Berufsberatung, Samariterin und Mitglied des CareTeams AR/AI.**  
[gut.baumgartner@bluewin.ch](mailto:gut.baumgartner@bluewin.ch)

# Un debriefing inhabituel où la technique est adaptée à une famille

Annelise Favre

Le 18 décembre 2002, Marie (prénom d'emprunt), âgée de 10 ans participait à un camp de ski. Alors qu'elle suivait son moniteur sur la piste, en compagnie de plusieurs enfants de son âge, elle est entrée violemment en collision avec un surfeur adulte. Souffrant de divers problèmes au niveau de l'abdomen, elle fut transportée à l'hôpital où elle fit un séjour de deux semaines dont trois jours en soins intensifs.

Quand la mère me téléphone, il s'est écoulé deux mois depuis l'accident. Elle m'explique que depuis, Marie n'arrive pas à s'endormir, fait des cauchemars. Elle ne supporte plus les contrariétés, est agressive et fait des crises de nerfs parfois incontrôlables. La maman me demande de voir aussi sa sœur, Clémence, âgée de 12 ans qui, dit-elle en aurait besoin.

Le rendez-vous est pris rapidement. Sur conseil de Mouna Zapelli, je vois la mère et les deux sœurs dans mon cabinet. La maman me dit que Marie se réjouit de venir me raconter.

**Phase 1 :** Je fais entrer la maman et les deux sœurs. Je leur explique rapidement le déroulement du debriefing. Ensuite simplement mais avec les vrais mots, j'explique les hormones de stress, leur fonctionnement et leur raison d'être. Les enfants sont attentifs. Je leur dis que l'on va remettre de l'ordre dans tout ça.

Avec l'accord de Marie, je fais sortir sa mère et sa sœur. Elles attendront dans la salle d'attente. Je dis «de toute façon, elles n'étaient pas là et on leur expliquera après».

**Phase 2 :** Premier pilier de sécurité :: elle faisait du ski avec ses copines, deuxième pilier, quand sa mère est arrivée près d'elle à l'hôpital. Entre deux, elle raconte avec beaucoup de détails l'histoire, sur un ton saccadé, en se frottant nerveusement les mains l'une contre l'autre et en tremblant un peu. Je lui demande alors de me dessiner la piste et où se trouvent les différentes personnes. Elle se met debout et dessine avec beaucoup d'entrain. Les signes de nervosité s'estompent un peu.

Je résume le récit.

**Phase 3 et 4 :** Elle a pensé qu'elle allait mourir. Ensuite elle décrit une boule de feu au niveau du cœur qui va jusque dans les deux jambes. C'est très gros. Ses mains et ses lèvres tremblent à nouveau. Ses joues deviennent rouges. On travaille la respiration et l'enfant se calme. Les rougeurs s'estompent.

J'avais découpé des paniers de différentes couleurs dans du papier cartonné. Sur chacun d'entre eux j'avais écrit un groupe d'émotions (peur, colère, coupable, impuissant, triste, honte). J'étale les paniers devant elle et je lui demande lequel elle choisirait. Sans hésitation elle choisit «coupable» et «triste» en me disant que «coupable» a plus d'importance. Coupable car elle trouvait que les deux copines qui skiaient devant elle n'allaient pas assez vite alors elle les a dépassées et c'est à ce moment-là que le surfeur l'a heurtée. Elle me dit que si elle n'avait pas voulu faire la maligne, tout ne serait pas arrivé. «Triste» en rapport avec le séjour à l'hôpital surtout et aussi peur de mourir car la douleur était très importante les jours suivants.

**Phase 5 :** Elle me décrit être nerveuse, perdre le contrôle et surtout faire des cauchemars où elle revoit le surfeur qui la heurte. Elle n'arrive pas à s'endormir malgré les massages et les câlins de sa maman et a peur chaque soir d'aller se coucher. Je normalise ces réactions. Je lui demande «si une de tes copines avait été à ta place, crois-tu qu'elle serait restée derrière deux autres qui skiaient trop lentement?» Elle me répond «oh ! Non, elle les aurait aussi dépassées». Puis on a travaillé la culpabilité. Je lui dis qu'il y a des trucs pour mieux dormir et qu'on va en parler avec sa maman. Elle me demande de cacher les paniers.

A ce moment-là je fais entrer la maman et la sœur. Je demande à Marie si elle est d'accord que je résume les faits. Ensuite je lui demande si elle a quelque chose à rajouter. Je dis «on va demander à maman ce qu'elle a pensé de cette histoire». Je juge important que le ressenti de la maman soit exprimé devant ses enfants. Je travaille avec la maman la phase 2, 3, 4 en présence des enfants. Elle dit «j'ai cru qu'elle était morte». Ensuite je travaille la respiration et la gestion du stress avec les trois. La maman constate que le cœur se calme. Ensemble elles négocient les moments où elles feront la respiration, le planning pour le sport...

**Phase 6 :** Marie souhaite aller manger au restaurant avec toute sa famille pour dit-elle «recommencer une nouvelle vie». Elle souhaite aussi envoyer une lettre au surfeur et lui dire qu'elle ne lui en veut pas. «Je veux lui dire que je ne suis pas fâchée contre lui et je ne veux pas qu'il ait sa vie foutue à cause de cette histoire» ajoute-t-elle. Il faut dire que les enfants ont une maman très à l'écoute et je sens que beaucoup de travail a déjà été fait en famille en amont.

A ce moment-là je demande à Marie et à sa mère d'aller dans la salle d'attente. Je travaille avec Clémence la phase 2, 3 et 4. Elle peut alors dire qu'elle a eu très peur que sa sœur soit morte jusqu'à ce qu'elle la voie à l'hôpital. Elle confie aussi qu'elle s'est sentie délaissée car toute l'attention était focalisée sur sa sœur. Elle ose dire qu'elle a ressenti de la jalousie et ne s'en sentait pas le droit vu les circonstances. J'ai normalisé toutes ces réactions.

La maman et Marie nous rejoignent. Marie m'a fait un nouveau dessin de l'histoire car dit-elle, elle ne s'était pas assez appliquée. Elle me dit «tu sais, pour les paniers, j'ai tout raconté à maman...» Elle me demande si elle peut m'embrasser pour me remercier.

**Huit semaines plus tard:** Marie entre souriante. Le rituel a été fait. La lettre a été postée. « Je ne fais plus de cauchemars et je dors bien. Mais il me manquait quelque chose. Mon papa n'avait pas participé et je n'étais pas tout à fait heureuse. Alors je l'ai emmené cette fois!»

**Annelise Favre est Infirmière indépendante – conseillère de santé et travaille en Valais  
John.favre@teltron.ch**

# Qualitätssicherung bei Debriefings

Willy Villiger

Ein Problem haben alle Verkehrsunternehmen im öffentlichen Linienverkehr gemeinsam: Die Gewalt- und Risikobereitschaft der Fahrgäste wird höher, das Fahrverhalten im Individualverkehr wird aggressiver. Im beruflichen Alltag sind so Fahrer und Fahrerinnen ständig der Gefahr ausgesetzt, in folgenschwere Verkehrsunfälle, tätliche Übergriffe oder Suizide verwickelt zu werden.

Heute gilt es wohl als unbestritten: Es gibt keine körperlichen Verletzungen, ohne dass gleichzeitig die Seele mitverletzt wird. Auch der Anblick einer Kollision, wo man lediglich unverletzter Beteiligter ist - kann die Seele belasten. Dieser Umstand wird in Debriefings mit unserem Fahrdienstpersonal immer wieder bestätigt.

Weil Debriefings nicht standardisierbar sind, ist bei deren Durchführung besonders auf Qualität zu achten. Es ist sehr unterschiedlich, was unter einem Debriefing verstanden wird. Diesbezüglich ist nachdrücklich darauf hinzuweisen, dass diese in den VBZ auf orthodoxe Weise durchgeführt werden. Gisela Perren-Klingler weist bei ihrer Ausbildung immer wieder darauf hin, dass die Debriefingstruktur unbedingt in ihrem Ablauf befolgt werden muss. Bezüglich der "echten" Debriefingstruktur werden wohl auch am meisten Fehler gemacht.

Kürzlich bemerkte ich im Gespräch mit einer Supervisorin aus dem Spitalbereich, dass sie einer therapieähnlichen Gesprächsart den "Übernamen" Debriefing gibt. Empathisches Mitschwingen gehörte ebenso zu ihrem "Debriefing" wie mehrmalige Gesprächssequenzen innerhalb der ersten 14 Tage. Da wunderte es mich gar nicht, wenn keine für das Debriefing typische Effekte bewirkt werden konnten: Bekanntlich darf ein Debriefing frühestens nach 72 Stunden durchgeführt werden. Ich persönlich tendiere, nicht vor dem 4. Tag nach dem Ereignis in ein Debriefing einzusteigen. Je näher zeitlich das traumatogene Ereignis und das Debriefing beisammen liegen, desto eher hat der Teilnehmer -diffus und unbewusst- die Meinung, er sei krank und müsse daher behandelt werden. Jedoch: Die Reaktionen des Betroffenen sind normal und natürlich - nicht normal ist das durchlebte Ereignis.

Nicht selten wird ein Defusing als Debriefing bezeichnet. Ich bekomme dann zu hören: "Der Polizeipsychologe ist bereits nach 30 Minuten auf der Unfallstelle eingetroffen. Dann sind wir zum Polizeiposten gefahren. Der Psychologe hat dann - noch vor der Aufnahme des Polizeirapportes - während ca. 45 Minuten mit dem Fahrdienstmitarbeiter ein Debriefing durchgeführt". Selbstverständlich habe ich

jeweils zu erläutern, dass der Polizeipsychologe mit dem Fahrer ein Defusing, nicht ein Debriefing durchgeführt hat. Der Polizeipsychologe hat nämlich primär für den rapportierenden Polizisten gearbeitet, damit dieser mit einer einvernahmefähigen Person die Rapportaufnahme durchführen kann.

Wie falsch kann es herauskommen, wenn Schritt 6, das Ritual, weggelassen wird! Auch das soll vorkommen! Ich könnte mir ein Debriefing ohne Ritual nicht vorstellen. Rituale gehören zu unserem Leben. Sie sind Teil der Gegenwartsbewältigung. Daher eignen sich Rituale, welche individuell mit dem Betroffenen erarbeitet werden hervorragend, die belastende Situation in Ruhe und Frieden abzulegen.

Kürzlich sagte mir eine Wagenführerin nach einem Debriefing: "Ich erlebte das Debriefing als echten Beitrag zur Lebensqualitätsverbesserung. Eigentlich sollte man das Wort Debriefing in "Lebensqualität-Vital" umbenennen. Dann könnte man sich vor dem Debriefing besser vorstellen, was beim Debriefing gemacht wird. Es wird wieder die gewohnte, vitale Lebensqualität hergestellt".

**Willy Villiger ist Leiter Schadendienst Verkehrs-betriebe Zürich,  
E-Mail: [willy.villiger@vbz.ch](mailto:willy.villiger@vbz.ch)**



# Nachsorge intern und extern bei Schutz & Rettung Stadt Zürich

Franz Freuler

Entstehungsgeschichte: Als Grundlage für den Auftrag diente das Protokoll aus dem Stadtratsbeschluss vom 10. Januar 1990 „Katastrophenplanung Stadt Zürich, Einsatzkonzept“.

Aus den gemachten und ausgewerteten Erfahrungen ist das Bedürfnis entstanden, ein umfassendes Konzept zur psychologischen Betreuung von durch belastenden Ereignissen betroffenen Menschen zu erarbeiten. Im November 2001 wurde ein Projektteam unter der Leitung von Franz Freuler gegründet. Dieses sollte aus allen betroffenen Bereichen von Schutz & Rettung Stadt Zürich, (Zivilschutz, Berufsfeuerwehr, Sanität Stadtpolizei) Mitglieder für eine Gruppe „Nachsorge“ auswählen. Sehr schnell kam die Entscheidung den Auftrag in zwei Projekte, nämlich „Nachsorge intern“ und „Nachsorge extern“ aufzuteilen.

## Die „Nachsorge intern“ hat folgende Ziele:

- Optimierung der Einsatzfähigkeit
  - Reduzierung der Erkrankungsabwesenheiten
  - Aufbau eines Debriefing-Teams
  - Psychologische Betreuung durch eigene Helfer
- Umsetzung von Nachsorge intern = Planung ab 2002, Start 2003*
- Peers bestimmen (definieren)
  - Aus- und Weiterbildung
  - Fachpersonal suchen / verpflichten
  - Externe Stellen einbeziehen
  - Regelung der rechtlichen Ansprüchen

## Die Nachsorge extern hat folgende Ziele:

- Emotionale erste Hilfe am Ereignisort
  - Zusammenarbeit mit übrigen Departementen der Stadt Zürich sowie weiteren Partner
- Umsetzung von Nachsorge extern = Planung ab 2003, Start 2004*

## Auswahlverfahren der Peers für die Nachsorge intern:

Zur allgemeinen Information über Zielsetzungen, Voraussetzungen und Ausbildung wurden alle Interessenten

eingeladen. Dabei wurden die Anmeldeformulare zur Ausbildung als Peer abgegeben und das Profil von zukünftigen Peers vorgestellt (s. beigelegte Liste): Peer-Debriefing müssen ein Auswahlverfahren durchlaufen: Dazu müssen sie durch eine minimale Anzahl von Unterschriften von KollegInnen aus der eigenen Dienstgruppe deren Unterstützung, sowie der Unterschrift des direkten Vorgesetzten dessen Einverständnis nachweisen. In der Auswahl war weiter zu berücksichtigen, dass jede Einsatzgruppe und das Kader mindest je einen Peer hat. Anschliessend wurden in einem eine halbe Stunde dauernden persönlichen Gespräch berufliche Erfahrung, Motivation, Stellung in der Gruppe, Erwartungen an die Ausbildung und Tätigkeit, und eigene Strategien im Umgang mit Belastungen eruiert. Diese Gespräche wurden durch den Projektleiter, Franz Freuler, Chef Zivilschutz, und die Fachverantwortliche Yvonne Wald-both, Seelsorgerin von Schutz und Rettung durchgeführt.

Debriefing: Gestaffelt wurden die Peers in Kursen von je 4 Tagen ausgebildet. Erfahrungsaustausche sollen mindestens zwei Mal jährlich stattfinden.

Defusing: Zur einer eintägigen Ausbildung sind alle Offiziere der Berufsfeuerwehr und alle Gruppenleiter der Sanität Zürich einbezogen.

Für alle Ausgebildeten sind in den kommenden Jahren regelmässig Weiterbildungen vorgesehen (Refreshkurse am IPTS, Austausch mit anderen Berufsrettungsorganisationen)

Tätigkeiten der Peers: Die Peers nehmen Care-Aufgaben gegenüber ihren KollegInnen wahr, können unter der Leitung einer medizinischen, psychologischen oder seelsorgerlichen Fachperson Debriefings vornehmen und sind Vermittlungspersonen für Hilfe an externe Betroffene. Sie stehen auch für andere Berufs-Sanitäts- und Feuerwehrkorps zur Verfügung. Erfahrungsgemäss wird es nicht zu vielen Debriefings kommen, daher ist es wichtig, die Leute immer wieder motivieren zu können, ihre Aufgabe als Sicherheitsnetz zu sehen, im Sinne: Gut, dass es sie gibt, noch besser, wenn wir sie nicht brauchen.

PS: Peer-Debriefing müssen aus allen Laufbahnstufen stammen

**Franz ist Chef von Zivilschutz Zürich und damit auch von Schutz und Rettung Zürich**  
**franz.freuler@srz.stzh.ch**

**Maux en Mots** : Debriefing, modèles et pratiques  
Publié sous la direction de Gisela Perren-Klingler, Fr. 42.-, € 19.-

# Qu'est-ce qui rend le debriefing efficace? Quelques réflexions personnelles.

Claire Giorgis

Introduction: En tant que psychiatre d'adultes pratiquant en cabinet privé, je n'ai guère l'occasion d'utiliser le *debriefing* dans un but préventif lors des quelques jours ou quelques semaines suivant l'événement traumatique.

Les gens ne consultent le psychiatre que plusieurs mois voire plusieurs années après. S'ils souffrent d'un état de stress post-traumatique (PTSD), le traitement peut être directement ciblé. Le plus souvent, ils présentent des symptômes non spécifiques (état dépressif ou anxieux) et consultent à l'occasion de difficultés professionnelles ou familiales avec une demande de psychothérapie; au cours de ces suivis, si une ancienne histoire traumatique refait surface, il m'arrive de proposer un *debriefing*, qui devient alors une étape parmi d'autres dans le traitement.

J'utilise la technique de Mitchell modifiée par G. Perren-Klingler. Depuis ma formation avec G. Perren, j'ai effectué une quarantaine de *debriefings*. Chacun est différent des autres et chacun me permet d'apprendre quelque chose de nouveau; l'ensemble devient une base de réflexions intéressantes.

**Vignette clinique:** *Monsieur G. est cadre dans une entreprise ; il a 57 ans, marié, père de deux enfants adultes. Toujours très actif, il a parcouru le monde entier et n'a jamais passé un week-end sans travailler !*

*Un matin d'octobre 2002, alors qu'il dirige une séance d'équipe, il fait un malaise sans perdre totalement connaissance. Ses collaborateurs appellent l'ambulance médicalisée qui l'emmène à l'Hôpital Régional d'où il sera, en raison de suspicion d'atteinte très grave, transféré en hélicoptère à l'Hôpital Cantonal, dans le service de Neurologie. Heureusement, les examens complémentaires ne démontrent aucune atteinte organique cérébrale ; les examens cliniques montrent des symptômes neurologiques transitoires signant un probable accident ischémique transitoire vertébro-basilaire.*

En mai 2003, son médecin traitant me demande mon avis sur l'opportunité d'effectuer un *debriefing*. Monsieur G. présente alors une fatigue intense ne lui permettant de travailler que le matin, la grande partie de l'après-midi étant consacrée à dormir. Il se plaint de troubles de la concentration, d'« absences », de manque de dynamisme. Il ne se reconnaît plus lui-même et a l'impression de flotter. Il se dit « tétanisé » chaque fois qu'il entend une ambulance ou un hélicoptère, convaincu qu'on vient le chercher, lui. Il présente des *flash back* de son arrivée à l'Hôpital Cantonal. Il s'adresse des reproches : « tu as tout faux, tu n'as pas vu grandir tes enfants ».

Il est impossible de déterminer si la fatigue est un symptôme d'origine psychique (dissociatif) ou si elle est d'origine

organique. Mais, par ailleurs, Monsieur G. souffre d'un PTSD associé à un trouble dissociatif partiel persistant depuis l'accident vasculaire. Après une séance d'information avec son épouse, nous planifions un *debriefing* ; Monsieur G. se dit « curieux ».

Le *debriefing* a lieu en présence et avec la collaboration active du Médecin traitant.

Monsieur G. décrit alors combien, pendant plusieurs heures, il s'est senti « dans la chaleur et la sérénité » alors que tout le monde s'agitait autour de lui, combien il n'avait pas du tout envie d'en revenir. C'est lors de son arrivée à l'Hôpital Cantonal que ce sentiment de bien-être l'a quitté et qu'il a ressenti de la tristesse et de la démotivation. Cet exemple montre bien l'efficacité de l'état de dissociation comme protection contre l'angoisse, pendant la phase aigüe. Monsieur G. collabore parfaitement bien mais ne laisse transparaître aucune émotion; tout paraît si maîtrisé que je me demande si ce travail va l'aider. A la dernière phase, au moment du projet de l'acte symbolique, Monsieur G. a instantanément l'idée de passer un week-end chez un ami très proche et de planter un arbre fruitier dans le jardin de cet ami ; il décide aussi de planter un rosier orange dans son propre jardin. Sagesse des symboles ! Quelques semaines après, à la deuxième séance, Monsieur G. se sent beaucoup mieux ; il se retrouve lui-même, est beaucoup moins fatigué ; il a de nouveau du plaisir à entreprendre, presque comme avant. Il envisage d'arrêter le médicament antidépresseur qu'il prenait depuis plusieurs semaines.

**Qu'est-ce qui rend le debriefing efficace ? Bien sûr, il y a l'effet « technique » de remise en ordre et de tri, entre faits, pensées, sensations physiques, émotions et symptômes. Mais je pense qu'il n'y a pas que ça qui aide le traumatisé.**

Il s'agit d'un travail d'équipe ; cet aspect-là est très important car il y a une solidarité qui s'installe, chacun a son importance dans la fonction qu'il occupe et tous tirent à la même corde.

Dans le cas de Monsieur G., non seulement les médecins ont collaboré, mais aussi l'épouse a été invitée à participer : elle n'a, évidemment pas assisté aux séances de *debriefing*, mais elle a eu l'occasion de s'exprimer sur sa propre expérience: ce qu'elle observait chez son mari et ce qu'elle avait vécu lors de l'hospitalisation (on apprend qu'elle avait été choquée d'être renvoyée chez elle sans pouvoir voir son mari); elle a été informée sur les techniques de gestion du stress. Connaître les thérapeutes permet aussi d'éviter toutes sortes de ruminations angoissantes sur certains mystères qui n'en sont pas. Le thérapeute qui dispose d'un instrument tel que le *debriefing* peut « aller au front » avec une certaine tranquillité. Auparavant, je n'osais pas aborder les événements traumatiques, persuadée que je ferais du mal et que, de toutes manières, quelque chose était définitivement cassé chez la victime. Le thérapeute qui propose un *debriefing* suggère indirectement au traumatisé qu'il peut et doit agir, que rien n'est perdu. Monsieur

G., malgré son caractère de battant, s'était retrouvé subitement « comme un mollusque » dans un lit d'hôpital ! Bien sûr, il avait perdu le contrôle lors du dysfonctionnement de sa circulation sanguine intracérébrale. Il a fallu lui montrer qu'il pouvait reprendre la situation en main pour se guérir. La tranquillité du thérapeute permet au traumatisé de sortir de l'évitement, qui provoque comme un empoisonnement psychique et physique: la personne a l'impression de se protéger en évitant le sujet, mais, en réalité, elle entretient la maladie: ainsi perdurent les troubles dissociatifs, les symptômes physiques, l'anxiété, les phobies, les risques de recourir aux toxiques, etc. Même dans des conditions de sécurité, la confrontation à l'événement provoque à nouveau un stress intense qui, cette fois, va pouvoir vraiment s'éteindre ou au moins s'atténuer significativement.

Ce travail nécessite courage et détermination. Pour pouvoir le mener à bien, il est indispensable que le sujet choisisse de l'accomplir ; c'est la question de la motivation. Si le projet est celui d'autrui (la police, l'assistante sociale, etc) ou si le sujet attend du thérapeute qu'il lui extraie son mal sans souffrance, le *debriefing* est inefficace (notons que ceci est vrai pour toute démarche psychothérapeutique).

Ici réside peut-être un avantage de cette pratique hors de l'urgence: le thérapeute peut « vendre » le projet, aider la motivation à se développer ; si je ne perçois pas une attente suffisamment porteuse, je ne propose pas ou, même, je retire la proposition. Un facteur de risque qu'il faut détecter à l'avance est la consommation de toxique (alcool, médicaments, drogues, etc.): dans deux cas où je n'avais pas été assez clairvoyante à ce sujet, le risque de passage à l'acte suicidaire après la première séance a rendu le maintien de la sécurité très délicate et l'efficacité du *debriefing* a probablement été limitée ; un vrai sevrage s'avère indispensable.

L'acte symbolique est probablement l'un des éléments-clés de l'efficacité du *debriefing*. Il permet un travail intrapsychique bien au-delà de la raison, au-delà des mots. Souvent, lors de son accomplissement, se produit une décharge émotionnelle libératrice.

Lors de cet acte, la personne est face à elle-même. Elle se retrouve seule, comme lors de l'événement traumatique, mais, cette fois, elle choisit de se placer dans cette situation-là en sachant que sa vie n'est pas en danger. Pour Monsieur G., planter un arbre lui a permis de reprendre racine lui-même dans son existence et de ne plus flotter. J'ai pu observer que les personnes qui ont facilement accès à leur capacité à inventer un acte symbolique et qui l'investissent comme un projet important vont en tirer plus de bénéfices que celles à qui on se voit amené à suggérer des idées.

**Conclusion:** Après quelques années de pratique du *debriefing* à visée thérapeutique, j'observe que, ce qui en fait l'efficacité, c'est l'engagement profond du traumatisé dans le projet, la tranquillité du thérapeute, la confrontation directe avec l'événement dans des conditions structurantes et de sécurité, la sortie de l'évitement. Parmi les différentes étapes, toutes et chacune indispensables, l'une est fondamentale et incontournable: l'élaboration et la réalisation de l'acte symbolique.

**Claire Giorgis est psychiatre-psychothérapeute FMH et travaille en cabinet privé à Lausanne. giorgis@vidymed.ch**

## Debriefing à l'africaine: Ou comment les thérapies traditionnelles pensent le traumatique.

Franceline James

Melle B. est une jeune fille de 23 ans, Guéré de Côte d'Ivoire. Elle est amenée en janvier 2003 à notre consultation d'ethnopsychiatrie par l'infirmière du foyer de requérants d'asile où elle réside, car elle souffre de « malaises et d'angoisses avec hallucinations ». Hospitalisée en psychiatrie en 1999 pour les mêmes troubles, elle avait reçu le diagnostic de troubles psychotiques délirants, mais l'infirmière nous l'amène car elle pense qu'il ne s'agit pas tant de troubles psychiatriques que d'une sorte d'envoûtement.

Melle B. nous dit avoir très peur de ces « attaques ». Dans ces moments, elle préfère s'éloigner des gens car elle pourrait « casser ». Elle n'avait pas ce problème en Afrique. Elle évoque aussi des problèmes de « tête » : ça la démange abominablement sous le cuir chevelu (elle désigne sa tête, où ses cheveux nattés sont entourés d'un foulard serré). Elle dit qu'elle se gratte parfois jusqu'à se blesser, mais sans rien sentir.

En 1997, elle avait dû épouser un homme beaucoup plus âgé, chez qui elle avait trouvé refuge avec ses grands-parents. Elle faisait le ménage de cet homme en échange de l'aide qu'il leur apportait, mais elle avait été obligée de l'épouser suite à un complot entre lui et ses grands-parents. Il la traitait violemment. et l'avait blessée. Aujourd'hui elle fait des cauchemars à son sujet. Comme elle ne supportait plus la situation, elle s'était enfuie, mais il l'avait rattrapée dans le désert, elle avait eu peur qu'il la tue... Très agitée, elle nous dit ne plus se sentir comme une jeune fille et soulève son tee-shirt pour nous montrer sa poitrine nue. Elle n'a plus envie de parler de tout ça, car ça fait trop mal. Elle nous dit aussi qu'elle n'a plus de mémoire, qu'elle ne peut rien garder dans la tête, que ça lui fait mal. Elle écrit, elle déchire... Elle fait sans cesse des cauchemars.

En plus de ses prénoms chrétiens (elle est catholique), Melle B. nous dit qu'elle porte aussi le nom de « vieille » (« Na »), comme sa grand-mère, sans savoir pourquoi. Quand elle était petite, elle avait été très malade mais s'en était sortie alors que beaucoup d'enfants mouraient, et on lui avait prédit une très longue vie.

**Notre impression** est qu'elle est envahie par son histoire traumatique avec l'homme à qui elle avait été vendue, qui s'était montré violent et sadique avec elle, et qu'elle se trouve dans un temps totalement suspendu.

**Quand nous la revoyons 15 jours plus tard**, la patiente nous dit avoir très mal dormi après notre 1<sup>ère</sup> rencontre. Elle a toujours des maux de tête. La journée elle est effrayée, sursaute. Les médicaments qu'elle prend pour les maux de tête ne calment ni les nerfs, ni la colère. Avec véhémence, Melle. B. nous décrit un épisode où elle est injustement traitée au foyer pour requérants d'asile où elle réside.

Que ce soit dedans ou dehors, et sans pouvoir discriminer si c'est dedans ou dehors, elle se retrouve sans cesse face au même schéma où elle est injustement spoliée, impuissante à le faire reconnaître, et dans l'impossibilité de gérer la colère

folle ainsi induite. Il nous semble utile d'entamer un debriefing. Ainsi nous lui proposons de préciser ce qui était arrivé, dont nous n'avons encore qu'une idée vague, pour l'aider à aller au-delà. Nous lui demandons de situer le dernier moment où les choses étaient encore en ordre, dans un monde normal. Elle dit qu'après, sa poitrine est devenue « comme ça », et que les choses étaient encore normales quand ils étaient arrivés chez cet homme. Le tournant, c'est quand la grand-mère avait dit qu'elle devait « l'épouser ». Quant au « 2<sup>e</sup> pilier », le moment où elle a pensé que tout ça était fini, elle le situe à son arrivée en Suisse. Entre les deux, trios ans se sont écoulés. Face à un traumatisme répétitif de cette ampleur (et dont nous ne connaissons pas encore le contenu détaillé), nous lui demandons s'il y a une scène qui résumerait tout ça.

Melle. B. évoque alors une dispute avec son « mari », qui lui reprochait de lui parler comme à un garçon de son âge alors qu'il était beaucoup plus âgé. Elle répondait qu'elle lui parlait ainsi parce qu'il était son mari. Elle précise que ces discussions (et tous leurs échanges) se déroulaient toujours en dioula (la langue vernaculaire) ou en français mais pas en guéré, puisque lui était d'une ethnie du Nord de la Côte d'Ivoire. Elle ajoute que c'est une erreur d'être avec un vieux, qu'elle aurait dû épouser un garçon de son âge. C'est la nuit tombante, il la fait sortir, lui attache les mains dans le dos, et la laisse ainsi couchée dans la brousse et dans l'obscurité. Elle sait qu'il ne reviendra pas avant le lendemain matin. Pendant des heures, elle entend les bruits des bêtes dans la nuit, son corps la démange. Elle finit par s'endormir. Le vieux vient la rechercher à l'aube, avant que les gens puissent la voir, et lui demande laconiquement : « Tu es contente ? ». C'est seulement après ce moment qu'elle repense à ce qu'on lui avait dit des pratiques sorcières au village : pour rendre les gens fous, on prend des fourmis rouges et des plantes, et avec ça on leur frotte la tête.. Melle. B. pense alors qu'il a voulu la rendre folle. Mais elle ne ressent rien. Elle va ensuite raconter tout ça à sa grand-mère, mais celle-ci l'accuse : « C'est toi qui l'a cherché ! ».

Nous la sentons complètement dissociée. Nous essayons de lui faire préciser son vécu corporel actuel : elle situe quelque chose proche du cœur, de la tristesse, mais elle ne ressent rien. J'essaie de la rendre attentive à sa respiration, elle peut dire que cette chose est au milieu, que ça entre et sort avec la respiration. Mais elle reste dissociée, et répète qu'elle ne ressent rien. J'insiste pour que nous retrouvions tout cela, ces heures où elle a pensé qu'il voulait la rendre folle, et qu'elle ne serait plus jamais une jeune fille fière de son corps.

Elle nous dit alors que ça ne concerne pas cette fameuse nuit dans la brousse mais d'autres moments, où elle a « trop avorté », dit-elle. Elle s'était retrouvée plusieurs fois enceinte mais le vieux ne voulait pas d'enfant, il lui faisait alors boire des décoctions de plantes. C'est ainsi que sa poitrine s'est affaissée comme si elle avait allaité (et c'est maintenant que nous comprenons ce qu'elle voulait dire quand elle s'était dénudée). Elle a le cœur plein de honte (elle y pose sa main), c'est chaud et glacé en même temps. Elle a peur que ça l'étouffe...

Posant ma main sur la sienne, qu'elle a sur la poitrine, je lui propose de respirer avec moi. Immédiatement, mais elle devient hostile, dit que ça l'énerve quand je la touche, qu'elle se sent étouffer. Très vite, et sans que nous comprenions à l'instant ce qui se passe, la situation vire. Une autre co-thérapeute, voyant Melle. B. mal, vient se placer derrière elle et lui demande aussi de respirer. La patiente refuse avec hostilité, s'agite, crie « non, non ! », puis « tais-toi, ils sont là ! ».

Me situant encore dans un cadre de debriefing (tout va très vite à ce moment), j'essaie de la faire revenir et lui demande de me regarder. Elle acquiesce, mais je vois bien que son regard ne me voit pas, qu'elle est totalement ailleurs. Sensible aux indications corporelles qu'elle me donne, mais sans que ce soit clair pour moi sur le moment je change moi-même de cadre de

référence et lui demande : « Qu'est-ce qu'ils veulent ? ». Puis je précise : « Il dit qu'il veut rester, qu'il ne vous laissera plus jamais, et vous empêchera d'être libre ? »

Melle. B. a alors les yeux fermés, elle parle avec une personne invisible. Elle se débat, crie « non ! », se crispe, et entre entièrement en transe. Elle se lève, et se débat avec une force incroyable. Elle a toujours les yeux fermés, et c'est un homme violent que nous voyons envoyer des coups et pousser des cris inarticulés. Debout nous aussi, nous faisons cercle autour d'elle, essayant seulement d'éviter qu'elle se blesse. Après quelques instants intenses d'un combat qui a quelque chose d'effrayant, Melle. B. s'effondre sur sa chaise en disant d'une toute petite voix : « J'ai froid » :

Une co-thérapeute l'enveloppe dans une couverture, la masse pour la réchauffer, lui dit des mots apaisants. Melle. B. ouvre les yeux et lui sourit, en disant ne pas la connaître. Elle accepte un verre d'eau et s'agrippe à la co-thérapeute qui la fait respirer calmement. Puis nous la confions à l'infirmière qui la ramène au centre.

**15 jours après**, nous revoyons Melle. B.. Elle arrive à la consultation sans veste, frigorifiée (on est à la mi-mars), dans un état pas habituel. En fait, alors qu'elle est encore en salle d'attente, elle entre en transe. Des bruits sourds nous alertent : elle est par terre dans la salle d'attente et se débat, éructant des « non ! » sourds. Cette fois, aucune induction n'a été nécessaire ! Immédiatement, nous l'entourons, debout, en nous adressant alors directement à l'agresseur, que nous sommions de partir et de laisser « la petite ». Avec véhémence, nous lui criions qu'il s'est trompé, qu'elle n'est plus seule, qu'il n'avait aucun droit sur elle. Assez rapidement, Melle. B. se calme, sort de transe. Nous la faisons entrer et prendre place dans la salle de consultation. Elle s'est cogné le poignet en se débattant pendant la transe, ne comprend pas pourquoi il est douloureux, ni pourquoi une de ses petites nattes s'est détachée. « Qui m'a arraché les cheveux ? » demande-t-elle ... et elle repart en transe.

C'est le vieux qui est là. La co-thérapeute africaine allume de l'encens, qu'elle lui fait respirer. La patiente, couchée sur le tapis au milieu du cercle de chaises, s'endort. Nous la couvrons d'une couverture, et continuons la séance par-dessus sa forme allongée.

Nous évoquons ce vieux, impudent, entré par effraction, qui avait voulu nous prendre de vitesse dans la salle d'attente car il savait qu'après elle ne serait plus seule. Nous disons qu'ici, nous protégeons les enfants, et qu'il va falloir séparer ce qui était mélangé : que les morts retournent chez les morts, et que les vivants restent chez les vivants. Elle est là, endormie comme une toute petite fille au milieu de notre groupe. Nous pensons que sa tête est maintenant mieux formée, elle pourra rentrer chez elle mais ne sera plus seule. L'infirmière la ramène chez elle, endormie dans la voiture.

**Le rendez-vous suivant (le 4<sup>e</sup>)** n'a lieu que six semaines plus tard. La patiente a fait savoir qu'elle n'était pas sûre de vouloir venir. En effet, nous dit l'infirmière, elle fait des cauchemars entre les séances, se sent encore plus aux prises avec ce qui la poursuit, sans pour autant se souvenir de ses transes. Nous comprenons que la patiente n'est pas au clair sur notre identité et sur notre rôle, Sommes-nous vraiment comme les parents protecteurs dont elle aurait eu tant besoin, ou ne risque-t-elle pas, si elle nous fait confiance, de se retrouver trahie comme par sa grand-mère qui l'avait vendue pour se protéger elle-même ?

Quand nous la revoyons enfin, la patiente est plus paisible et va mieux. L'infirmière lui a transmis notre message, culturellement formulé. C'était un proverbe : « Il faut se mettre à plusieurs pour combattre un éléphant ». Elle nous parle de ses rêves, moins confus qu'au début mais qui l'inquiètent. Il y est question d'avoir les mains liées, de serpent, de nourriture... Melle.

## DATE À PRÉNOTER

L'Assemblée générale de l'Association psychotrauma Suisse (VPTS) aura lieu le samedi, 1er mai 2004 à Berne. L'heure exacte sera communiquée plus tard.



B. lutte contre un début de transe. Nous lui rappelons qu'« on ne part pas à la guerre seule », que nous sommes maintenant avec elle dans ce combat. Se déroule alors une transe au cours de laquelle nous la voyons la bouche liée. Nous nous adressons directement au « vieux », l'assurant qu'elle n'est plus seule. Les yeux fermés, sans un mot, la patiente dessine dans l'air, par gestes, des serpents, des cœurs, des serrures. Elle montre que quelqu'un frappe, cherche à ouvrir la serrure. Sur chaque geste nous mettons des mots, nous interprétons la forme qu'elle montre, nous répondons activement, sur un ton fâché, excluant que le « vieux » puisse entrer. Il supplie, se fait tout doux, nous déjouons son manège et le renvoyons fermement. Ses assauts durent un certain temps. Au sortir de la transe, Melle. B. a les yeux ouverts et un grand sourire. Elle répète, extasiée: «C'est pas vrai, j'y crois pas! J'étais toute seule, je me sens libérée!», et tombe littéralement dans les bras de chaque membre du groupe, qu'elle embrasse en l'étreignant.

**Plusieurs séances** seront encore nécessaires pour achever le travail. Nous devons encore accompagner Melle. B. Mais dès lors, c'est de la structuration de sa propre agressivité dont

Debriefing et ethnopsychiatrie.

C'est là que notre pratique rejoint un concept aux théoriciens du debriefing, celui de la salutogenèse. Si nous avons pu, et avec un très petit nombre de séances, aider une patiente si mal en point (alors qu'un avenir de chronicisation psychiatrique la guettait), c'est bien en nous appuyant sur les représentations, fournies par sa culture, qui nous permettaient de ne pas la voir « manquer de » (comme l'indiquait le diagnostic psychiatrique lors de son hospitalisation en 1999 ; « troubles psychotiques aigus et personnalité immature »)..

### **Du debriefing à la transe.**

Mais précisément : comment comprendre ce qui s'est passé avec notre patiente quand elle passe du debriefing à la transe ? Le traumatisme est réalisé, comme il vient d'être rappelé, quand un afflux excessif de stimulations envahit le psychisme, débordant massivement les défenses qu'il a à sa disposition. Le debriefing permet précisément qu'entre en œuvre ce que R. Kaës décrit comme la fonction « d'étayage. C'est bien aux sources mêmes de la constitution du psychisme individuel, en étayage sur le fonctionnement psychique de la mère, que nous convoque le traumatisme, et le déroulement d'un debriefing. Mais c'est alors que la patiente, dans un mouvement que j'ai suivi (et le groupe de co-thérapeutes avec moi) sans y penser clairement sur le moment, change de cadre. Plus précisément, c'est au moment de relier son récit des faits et son vécu corporel à cet instant (sensation dissociée d'un poids chaud et glacé sur le cœur, qui l'étouffe), qu'elle « entre » ou « rentre » tout naturellement dans un autre cadre de pensée, celui de la transe. Le déclencheur du passage d'un cadre à l'autre est clairement corporel : moment où elle est en contact avec sa sensation d'un « poids chaud et glacé qui l'étouffe » ; et surtout moment où, en suivant notre modèle du debriefing, nous nous interposons (et nous nous imposons) avec un contact physique. Immédiatement, elle entre en transe.

Concluons, en reprenant les éléments de cet exposé :

#### **1. La nécessité de prendre en compte la dimension anthropologique.**

Une telle compréhension des troubles de notre patiente africaine n'est possible, qu'avec un minimum de connaissances des pensées qui organisent, dans le monde d'où elle vient, les représentations du bien et du mal, du dedans et du dehors, de la santé et de la maladie, des alliances, des désordres, etc. En d'autres termes, avec un patient migrant, il n'est pas possible de faire l'économie d'une connaissance anthropologique de sa culture d'origine, connaissance qu'il s'agit alors d'utiliser selon une méthodologie rigoureuse, afin précisément d'éviter la confusion des niveaux logiques.

#### **2. Comment, dans toute cette réflexion, situer le debriefing ?**

Le debriefing, ne l'oublions pas, est d'abord une procédure préventive, visant à éviter l'apparition de troubles secondaires

chroniques. Dans cette optique et malgré ses détracteurs, le debriefing représente bien cette fonction sociale de base que devrait pouvoir remplir tout groupe primaire, comme le souligne G. Perren-Klingler (2001, pp. 27-39) : gérer collectivement les événements violents de notre histoire, afin que chaque individu puisse les digérer psychologiquement. Mais ceci est valable avant tout pour ce qu'il est convenu d'appeler « traumatisme de type I », événement en principe unique. Dans le cas de Melle. B., on a à faire bien sûr à un traumatisme « de type II », ayant duré près de deux ans. On le sait, dans les situations où les individus, pour survivre, ont dû tenter d'enkyster toute une partie de leur fonctionnement psychique atteint dans des défenses rigides (par exemple la dissociation émotionnelle), l'accès au noyau traumatique à traiter est devenu très difficile, barricadé dans toutes sortes d'évitements devenus comportementaux. Le debriefing est alors une procédure de choix pour permettre que se refasse un lien avec les émotions dues au traumatisme. Les effets remobilisateurs du debriefing dans ces circonstances, avec des patients de toutes les origines, indique qu'il représente une sorte de canevas de base, répondant de manière universelle aux besoins des patients gravement traumatisés.

Le debriefing est donc un instrument infiniment précieux pour aborder un patient enfermé dans les conséquences d'un traumatisme de longue durée. Une connaissance anthropologique des manières de penser et de faire ailleurs devrait permettre de l'utiliser comme un pont pour aborder les patients venus d'autres mondes que le nôtre.

*Franceline James est psychiatre et travaille aussi dans une consultation d'ethnopsychiatrie à Genève*  
**E-Mail : [franceline@bluewin.ch](mailto:franceline@bluewin.ch)**

# Notfallseelsorge in Südtirol

Arthur Punter  
Gottfried Ugolin

Am 27. März 2003 fand in Bozen eine Fachtagung zum Thema „Notfallseelsorge: Dienst am Menschen und am Einsatzpersonal“ statt. Dazu hatte der Landesrettungsverein Weißes Kreuz eingeladen, der den Dienst der Notfallseelsorge in Südtirol in seine Statuten aufgenommen hat. Eingeladen waren Vertretungen aller deutschsprachiger und italienischsprachiger Rettungsvereine, Berufsfeuerwehr, freiwillige Feuerwehr, Bergrettungsdienst, Zivilschutz, Landesregierung, Diözese Bozen-Brixen, Telefonseelsorge, Krankenhauseelsorge, Psychologenkammer und Psychiater, sowie Behörden.

1996 hatte in der Sektion Brixen des Weißen Kreuzes eine kleine Gruppe mit dem Pilotprojekt „Notfallseelsorge“ angefangen. Dieser Dienst wurde von Andreas Pattis und Arthur Punter (beide hauptberuflich im Rettungsdienst tätig) pioniermäßig aufgebaut. Inzwischen erstreckt sich der Dienst auf fast die Hälfte unseres Landes. Ziel ist der Aufbau eines landesweiten Netzes von Notfallseelsorge-Gruppen.

Zur Zeit stehen insgesamt über 70 freiwillige MitarbeiterInnen 24 Stunden im Bereitschaftsdienst. Sie wurden in Notfallseelsorge und Krisenintervention ausgebildet. Die NotfallseelsorgerInnen kommen aus allen Berufsbereichen; einige von ihnen arbeiten bereits im Rettungsdienst als freiwillige HelferInnen. Sie sind zwischen 25 und 60 Jahre alt und mindestens zweisprachig.

Die Ausbildung der NotfallseelsorgerInnen erfolgt inzwischen vor Ort und durch ein eigenes Ausbildungsteam.

Die ersten Gruppen haben ihre Ausbildung bei Andreas Müller-Cyran und seinen Mitarbeitern in München bzw. in Südtirol gemacht. Einige haben die Debriefing-Ausbildung bei Gisela Perren-Klingler in Bern absolviert. Weitere Kurse wurden bei Jochen Heinecke in Jena besucht. Für die Weiterbildung wurden außer hiesigen auch ReferentInnen der Uni Innsbruck eingeladen.

Das Konzept der Notfallseelsorge wurde auf die Situation in Südtirol angepasst. Es handelt sich um eine Kombination zwischen Krisenintervention und Notfallseelsorge. „Notfallseelsorge ist ein freiwilliger Dienst, der menschliche, psychologische und seelsorgliche, religiöse Betreuung und Zuwendung jenen Menschen anbietet, die durch Unfall oder Krankheit in akute, das persönliche und soziale Leben erschütternde Notlagen geraten sind.“ Der Einsatz der Notfallseelsorge ist einmalig und dauert im Durchschnitt zwischen 1,5 und 4 Stunden.

Die Einsatzanforderung erfolgt über die Landes-notrufzentrale 118. Diese verfügt über eine entsprechende Indikationsliste. Die Einsätze können von den Rettungsdiensten, von der Feuerwehr, von den Ärzten und von den Behörden angefordert werden. Die im Bereitschaftsdienst stehenden NotfallseelsorgerInnen wägen ab, ob und wie der Einsatz durchgeführt wird. Sie können weitere MitarbeiterInnen anfordern oder binden z.B. SeelsorgerInnen mit ein.

Die Aufgabenbereiche der Notfallseelsorge sind:

1. Die Aus- und Weiterbildung der eigenen MitarbeiterInnen sowie der Mitglieder anderer Rettungsorganisationen und Dienste, die Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung in verschiedenen Bevölkerungsgruppen durch Informationsarbeit
2. Die Einsätze vor Ort entsprechend der Indikationsliste
3. Die Nachbesprechungen für die eigenen MitarbeiterInnen und Einsatzgruppen sowie nach Anfrage für das Rettungspersonal (einschließlich Behörden u.a.) nach belastenden Einsätzen sowie Angebot von Debriefings.

Die Notfallseelsorge erfüllt verschiedenen Brückenfunktionen in folgenden drei Bereichen:

- im rettungsdienstlichen Bereich zwischen medizinischer Versorgung von NotfallpatientInnen und der menschlichen Betreuung auch der Angehörigen bzw. anwesenden direkt oder indirekt betroffenen Personen;
- im psycho-sozialen Bereich zwischen der unmittelbaren Betreuung vor Ort und den psycho-sozialen Diensten im Nahbereich für die weitere Betreuung (durch Verweis auf diese Dienste, Angabe von Adressen, Verweis auf mögliche Selbsthilfegruppen, Telefonsseelsorge u.a.) und
- im kirchlich – pastoralen Bereich zur Krankenhauseelsorge und zur Seelsorge in den Pfarrgemeinden bzw. zu anderen religiösen Gemeinschaften (ökumenisch und interreligiös – Toleranz und Offenheit sind sehr wichtig).

Die Organisationsstruktur der Notfallseelsorge ist zur Zeit noch im Aufbau und soll demnächst durch einen Institutionalisierungsprozess verankert werden. Kleidung und Ausrüstung, Aus- und Weiterbildung, Räumlichkeiten und Supervision werden vom Landesrettungsverein zur Verfügung gestellt und finanziert.

Auf Landesebene gibt es einen Fachbeirat, der die Entwicklung der Notfallseelsorge inhaltlich und organisatorisch verantwortet. Ihm steht der Landesleiter Mag. Arthur Punter vor. Er kann inzwischen 30% seiner Arbeit als Leiter einer Sektion des Rettungsdienstes für die Notfallseelsorge verwenden.

Die Gruppen haben je eine/n LeiterIn. Die Gruppen treffen sich monatlich zur Nachbesprechung der Einsätze und zu organisatorischen Planung des Bereitschaftsdienstes. Außerdem finden eigene oder gemeinsame Weiterbildungsveranstaltungen statt. Die Mitglieder der Gruppen gehören entweder der Einsatzgruppe oder der Hintergrundgruppe an. Zu letzterer gehören die EinsteigerInnen sowie jene, die eine Auszeit in Anspruch nehmen oder z.Z. nur teilweise für Einsätze zur Verfügung stehen können.

Von Anfang an ist die Notfallseelsorge auf ein positives Medienecho gestoßen. Der jährliche Tätigkeitsbericht, Interviews in deutschsprachigen und italienischsprachigen Zeitschriften, örtliche Informationsabende und die Mitarbeit bei verschiedenen Ausbildungen bzw. Weiterbildungsveranstaltungen im Rettungsverein, bei den Feuerwehren, bei den SeesorgerInnen, ReligionslehrerInnen und Kindergärtnerinnen, bei den Psychologischen Diensten, bei den Notärzten und in den Pfarrgemeinden tragen wesentlich zu einer breiten Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung bei. Inzwischen informierten sich auch mehrere italienische Rettungsorganisationen im ober-italienischen Raum über das Pilotprojekt oder luden zu Fachtagungen ein, um über den Dienst und die inhaltliche Arbeit der Notfallseelsorge informiert zu werden. (z.B. Religiöse Betreuung nach erfolgloser Reanimation, Umgang mit Trauer). Die inländischen und ausländischen Kontakte sollen noch weiter ausgebaut werden, um in Zukunft auch gemeinsame Einsätze durchführen zu können.

Die Erfahrungen der Notfallseelsorge haben auch den Anstoß zur Erarbeitung eines Konzeptes für einen notfallpsychologischen Dienst gegeben. Das Land hat damit die Psychologenkammer der Provinz Bozen beauftragt. Das Konzept sieht die Zusammenarbeit mit der Notfallseelsorge vor. Die Indikationsliste verweist primäre Einsätze an die Notfallpsychologie, wenn eine Weiterbetreuung von vorne herein als notwendig erscheint. Die Ausbildung der NotfallpsychologInnen wird im nächsten Jahr starten. Ein Teil des Praktikums wird in Zusammenarbeit mit der Notfallseelsorge durchgeführt. Außerdem sieht das Konzept der Notfallpsychologie eine internationale Vernetzung vor.

Für die Zukunft stehen folgende Anliegen an:

- Zusammenarbeit mit den Rettungsorganisationen in Südtirol, mit der Diözese, mit den Sanitätsbetrieben und mit den Behörden ausbauen und verstärken
- Institutionalisierung der Notfallseelsorge vorantreiben
- Notfallseelsorge in Südtirol flächendeckend anbieten
- Ausbildung und Vorbereitung auf Groß-Schadensereignisse
- Zusammenarbeit mit der im Aufbau befindlichen Notfallpsychologie
- Internationale Vernetzung und Zusammenarbeit

- die Rettungsorganisationen für die Einsätze der Notfallseelsorge und für die Einsatznachsorge sensibilisieren und in die Mitarbeit einbinden
- MitarbeiterInnen (peers) und LeiterInnen für die Einsatznachsorge ausbilden
- Organisation der Einsatznachsorge bei Großschadensereignissen
- Einsatznachsorge für Einsatzkräfte in Südtirol flächendeckend anbieten

Landesrettungsverein Weißes Kreuz Notfallseelsorge

**Arthur Punter ist Theologe, Rettungssanitäter und Leiter der Notfallseelsorger des Landesrettungsvereines Weißes Kreuz, [muehlbach@wkc-bz.it](mailto:muehlbach@wkc-bz.it),  
Gottfried Ugolini ist katholischer Priester und klinischer Psychologe in Brixen, [ugolinig@dnet.it](mailto:ugolinig@dnet.it)**

## “Assistenza spirituale d'emergenza” – “Notfallseelsorge”

I primi collaboratori hanno frequentato corsi di qualificazione e di specializzazione nella Germania e nella Svizzera. Essi hanno una formazione sanitaria, in psicologia dell'emergenza e psicologia traumatologica e una formazione religiosa e pastorale. Nel frattempo sono stati organizzati due corsi di formazione nella Provincia per nuovi collaboratori. Dall'aprile 2000 operano altri due gruppi di intervento dell'Assistenza Spirituale d'Emergenza nel comprensorio Val Pusteria. Dal 2001 esiste un gruppo nel circondario di Vipiteno che collabora con il gruppo del circondario di Bressanone. Infine, dal 2002 hanno iniziato il loro servizio due gruppi: uno nel circondario di Merano e un altro nei circondari di Silandro e di Malles (Val Venosta).

I collaboratori sono volontari che provengono da tutte le professioni; alcuni di essi facevano già parte del servizio di soccorso della “Croce Bianca” sia come volontari sia come operatori a tempo pieno. Attualmente collaborano ca. 70 persone (donne, uomini provenienti da tutte le professioni); l'età viaria tra i 25 e i 60 anni. Servizio è coperto 24 ore su 24.

*L'Assistenza Spirituale d'Emergenza ha tre aree operative:*

- l'area di formazione del personale operativo e della popolazione,
- l'area di intervento sul luogo dell'incidente, della catastrofe o di altre situazioni di emergenza per offrire sostegno ed assistenza umana, psico-sociale e spirituale per i pazienti o coloro che sono stati coinvolti direttamente o indirettamente nell'incidente o nella situazione d'emergenza (familiari, amici, colleghi di lavoro; presenza e sostegno umano, psico-sociale e spirituale alle famiglie, comunità ... per la comunicazione di decessi e per il congedamento dai deceduti; cura di un degno trattamento dei deceduti;
- l'area di post-intervento: incontri previsti per la riflessione ed elaborazione del proprio vissuto e sofferto con personale competente e qualificato dopo intervento avvenuto e altri provvedimenti in caso di necessità per assicurare la salute dei collaboratori dell'ASE e dei soccorritori (Vigili del fuoco, Carabinieri, Soccorso alpino, CAI ...) la motivazione e la qualità del servizio (vedi: psico-igiene, ricreazione).

La richiesta di un intervento del servizio di Assistenza spirituale d'emergenza avviene attraverso il 118 direttamente o tramite i soccorritori sul luogo dell'incidente o dalla casa in cui è accaduto un evento tragico e traumatico. La centrale ha l'elenco con le indicazioni di intervento e il numero del cellulare del servizio ASE. Il collaboratore dell'ASE in servizio riceve la richiesta di intervento, lo valuta raccogliendo ulteriori informazioni e organizza l'intervento chiamando il suo collega di servizio oppure altri se necessario. L'intervento viene svolto sempre in due per offrire la dovuta assistenza e sostegno alle persone coinvolte direttamente o indirettamente. Inoltre uno può appoggiare l'altro oppure, se necessario, organizzare ulteriori colleghi. Dopo la conclusione dell'intervento viene

Arthur Punter  
Gottfried Ugolin

Il progetto pilota Assistenza Spirituale d'Emergenza (ASE) Bressanone avviato dall'Associazione Provinciale di Soccorso “Croce Bianca” è un'iniziativa conosciuta e ripresa dalle esperienze fatte nella Germania. Si tratta di un servizio di *assistenza psicologica e spirituale alle persone che si trovano a causa di incidenti o situazioni traumatiche in uno stato acuto di grave entità personale e sociale*. L'Assistenza Spirituale d'Emergenza è concepita quale servizio interdisciplinare e bilingue.

Il progetto pilota dell'Assistenza Spirituale d'Emergenza ha iniziato nel maggio del 1996 a Bressanone con le sue attività collaborando inizialmente con la centrale del circondario Valle Isarco e ultimamente con la centrale di soccorso, il 118. L'Associazione Provinciale di Soccorso “Croce Bianca” ha deciso di estendere negli prossimi anni l'iniziativa partita da Bressanone e prevede una rete di gruppi di intervento dell'Assistenza Spirituale d'Emergenza in tutta la Provincia di Bolzano.

Gli obiettivi sono l'assistenza e sostegno umano, psico-sociale e religioso ai coinvolti nel corso della riabilitazione e del recupero delle proprie capacità per affrontare la situazione durante e/o dopo un evento traumatico; il recupero dalle reazioni acute da stress; la prevenzione al disturbo post-traumatico da stress e alle psicopatologie da lutto (depressione, disturbi di ansia, sintomi psico-somatici, dipendenza di alcol e/o di droghe, disturbi di comportamento, suicidio ...).



scritto un protocollo sia per la documentazione sia per una prima riflessione ed elaborazione del vissuto.

Le esperienze del gruppo di "Assistenza spirituale d'emergenza" a Bressanone raccolte nei sei anni di servizio mettono in evidenza la necessità umana, psico-sociale e religiosa di una presenza qualificata e attiva sia per le persone coinvolte direttamente o indirettamente in situazioni di incidenti, di una morte improvvisa e/o in eventi traumatici sia per i soccorritori.

La gente reagisce con sorpresa che qualcuno dedichi il loro tempo per esserle vicino e per condividere il loro vissuto in modo semplice e qualificato nei momenti di un evento critico e traumatico difficile da realizzare e da affrontare. Finora nessuna proposta del servizio è stata respinta, salvo che i familiari hanno dichiarato di riuscire ad affrontare la situazione da soli. La reazione dopo l'intervento è soprattutto di gratitudine per il sostegno, il sollievo e l'aiuto ricevuto per riorientarsi e per riuscire a riprendere la vita quotidiana. Nel frattempo il servizio è abbastanza conosciuto. Perciò le richieste derivano sia a livello dei soccorritori sia a livello delle persone coinvolte. Per esempio: spesso, quando ci sono da fare delle comunicazioni di decesso, i Carabinieri si rivolgono al servizio per chiedere la loro collaborazione per offrire ai familiari e/o alle persone di riferimento un sostegno adeguato.

Le esperienze del progetto pilota dell'Assistenza Spirituale dell'Emergenza hanno dato via all'elaborazione di un concetto della psicologia dell'emergenza. Si prevede un servizio che affianca e collabora con il servizio dell'ASE secondo le indicazioni d'intervento, per esempio provvedere ed offrire una continuità nell'assistenza delle persone coinvolte direttamente o indirettamente in una situazione d'emergenza. La formazione degli psicologi dell'emergenza inizierà nell'anno prossimo. Una parte del tirocinio previsto verrà svolto insieme all'ASE.

Per il prossimo futuro è previsto la realizzazione di seguenti obiettivi:

- allargare ed intensificare la collaborazione con le organizzazioni di soccorso della Provincia, con le diocesi, con le aziende di sanità e con le autorità locali
- avviare il processo di istituzionalizzazione dell'ASE
- estendere il servizio dell'ASE in tutta la Provincia
- prepararsi e formarsi adeguatamente per casi di maxi-emergenza
- collaborazione con il servizio della psicologia dell'emergenza che si sta per avviare
- collaborare in rete a livello internazionale
- sensibilizzare e coinvolgere le organizzazioni di soccorso per gli interventi dell'ASE e per gli interventi rivolti al personale di soccorso per l'elaborazione del vissuto dopo interventi difficili
- formare collaboratori (peers) e guide per gli interventi rivolti al personale di soccorso dopo interventi difficili
- offrire questi interventi su tutto il territorio ed organizzarli in casi di maxi-emergenza

**Arthur Punter è teologo, soccorritore e capo dell'Assistenza Spirituale d'Emergenza dell'Associazione Provinciale di Soccorso Croce Bianca: [muehlbach@wk-cb.bz.it](mailto:muehlbach@wk-cb.bz.it) Gottfried Ugolini è sacerdote cattolico e psicologo clinico a Bressanone: [ugolinig@dnet.it](mailto:ugolinig@dnet.it)**

## Interessantes aus der Literatur

Gisela Perren-Klingler

**Und die Bilder bleiben doch im Kopf!** Akute posttraumatische Reaktionen auf den 11. September 2001 im Zusammenhang mit Fernseh-Konsum: Zusammenfassung einer Darstellung durch Etzel Cardeña aus Texas  
Etzel Cardeña hat per Mail bei 3'134 Amerikanern verschiedenster Herkunft über ihre Reaktionen auf den 11.0.2001. eine Studie gemacht. Die wichtigste Schlussfolgerung ist, dass Leute, die mehr fern gesehen haben in der Zeit nach dem 11.9., mehr Störungen angeben, als Leute, welche dies weniger taten. Er schliesst daraus, dass bei der Erarbeitung und Ordnung der traumatischen Bilder das fern Sehen eher stört als hilft, da es immer wieder die gleichen, bereits im Hirn festgebrannten Bilder zurückbringt und damit nicht die Bearbeitung, sondern immer wieder die psychologische Überflutung fördert. Sehr gut und sehr wenig Ausgebildete, wie auch Frauen, junge Erwachsene, nicht im Land Geborene und eventuell Moslems hatten statistisch gesehen mehr traumatische Reaktionen als der Amerikanische Durchschnitt.  
*Aus preliminary Papers for APA meeting 2003*

**Koordinationsprobleme auch in New York** Jehoshua Miller, Psychologe an einem College für Soziale Arbeit in Northampton MA schreibt in einem Artikel über seine Erfahrungen: Er debriefte 19 Gruppen und sechs Individuen, etwas mehr als 100 Personen, die im WTC gearbeitet hatten, allerdings eher als Werk-Arbeiter, nicht in white collar jobs. Er arbeitete in einer temporären Einrichtung, wo die Dienste von mental health counselors“ angeboten wurden. Er betont, dass diese Arbeiter alle nicht nur, wie alle andern Amerikaner Bilder sahen, sondern die Wucht der Flugzeugeinschläge hörten, das Zittern der Türme spürten, den Brand rochen, die herunterstürzenden Lifte hörten, Staub inhalierten und von Teilen und Menschen, die schriegen, umgeben waren.

Er beschreibt, dass einerseits ausgebildete Notfall-Unterstützer nicht einberufen wurden, andererseits in Notfallpsychologie nicht ausgebildete Leute von den verschiedenen Gesundheitsorganisationen einfach einberufen wurden, weil sie unbedingt ihren Klienten etwas anbieten wollten.

Im Chaos fehlte ein allgemeingültiger Ausweis, der besagte, dass der Träger Ausbildung und Erfahrung in Begleitung, Unterstützung, aber auch in De-briefing, Defusing und/oder Beratung hatte. Miller schreibt, dass Rivalitäten zwischen verschiedenen Organisationen nicht unbedingt die gut Ausgebildeten an die Arbeit liessen, sondern die „Richtigen“, d.h. die den Gesellschaften angenehmen – oder von ihnen Ausgebildeten. *aus Brief Treatment and Crisis Intervention (202), 2:1, 85 - 94*

*aus dem Bulletin der European Society of Traumatic Stress Studies (2002), 9, 4 – 8*

# Psychologische Soforthilfe: Kann Debriefing wirklich schaden?

Stephanie Ferner  
Bernd Willkomm

**Eine Europäische Perspektive des 11.9.** Soren Buus Jensen war nach dem 11.9. von Dänemark nach New York gekommen. Er spricht von 3 Phasen im psychologischen Notfall: 1. Bedürfnisse bestimmen für Notfallintervention, 2. Präventive Kurzinterventionen, 3. Frühe klinische Interventionen.

Für Phase 1 hat er Leitlinien, **die 7 Cs** definiert:

**C**ulturally sensitive (Kulturbewusst und Kontext angepasst), **C**oordination (Koordiniert), **C**ommunity oriented (auf die Basis-Gesundheitsdienste ausgerichtet), **C**apacity building (Schaffen von Fähigkeiten, Unterstützung und Supervision), **C**linical services (Therapie), **C**are for the Caretakers (Unterstützung der Helfer), **C**omprehensive data collection, analysis and evaluation (fortlaufende Datenerhebung, Analyse und Evaluation).

Wäre Europa, d.h. eine Europäische Nation bereit und fähig flächendeckend zu reagieren nach einem gross angelegten terroristischen Anschlag?

Ja, es kann! Aber nur, wenn klar definierte Kriterien und Standards nicht eingehalten werden! Ein Critical Incident Stress Debriefing (CISD) kann nur bei Vorliegen der entsprechenden Indikation, Durchführung zum richtigen Zeitpunkt und durch entsprechend geschultes Personal und bei richtiger Auswahl und Zusammensetzung der Zielgruppe den erwarteten Erfolg erzielen.

*Die häufig am Critical Incident Stress Debriefing (CISD) geübte Kritik ist aus mehreren Gründen in Frage zu stellen.*

1. Das CISD ist nur eine von insgesamt acht Maßnahmen im Konzept des Critical Incident Stress Management (CISM) nach *Everly u. Mitchell* und wird leider zu oft, um nicht zu sagen inflationär, eingesetzt. Bei Kenntnis und fachgerechter Anwendung des CISM – Konzepts beträgt der Anteil durchgeführter CISDs nur ca. 30 % aller zur akuten Krisenintervention durchgeführten Maßnahmen.
  2. In der Mehrzahl der von Kritikern angeführten Studien wird entweder a) von Debriefings gesprochen, ohne diese näher zu beschreiben oder zu definieren und / oder b) der Zeitpunkt der Durchführung und das Vorliegen der entsprechenden Indikation nicht den Standards entsprechend gewählt oder gar nicht beschrieben, oder es wird c) die Qualifikation des durchführenden Personals nicht dargestellt. Selbst so bekannte Kritiker wie *Bisson und McFarlane* kommen 1999 in einem Positionspapier zu der Erkenntnis, dass aus den genannten Gründen oder gar wegen methodischer Fehler noch keine abschließende Aussage darüber getroffen werden kann, ob Debriefings schaden oder nützen. Außerdem wird oft vergessen darauf hinzuweisen, dass es durchaus auch Studien gibt, die durch die Erfassung objektiver Daten (z.B. durch den Vergleich von Krankheitstagen nach kritischen Ereignissen vor und nach der Einführung des CISM – Konzepts bei Institutionen oder Organisationen; bis zu minus 60 %) positive Effekte nachgewiesen haben.
  3. Sowohl die Verfasser der meisten Studien wie auch die ICD 10 gehen bei der Erfassung des Ausmaßes post-traumatischer Symptomatik nur vom Vorhandensein der typischen Symptome nach einem längeren Zeitraum aus, ohne deren individuelle und subjektive Bedeutsamkeit für die Betroffenen zu erfassen und zu berücksichtigen. Dabei ist es ausdrücklich nicht das erklärte Ziel aller CISM – Maßnahmen, die Symptome zu beseitigen, sondern diese zu normalisieren oder zu relativieren und damit deren subjektive Bedeutsamkeit für die Betroffenen so zu verändern, dass sie als weniger oder gar nicht mehr belastend empfunden werden (cognitive reframing). Außerdem zeigt die Erfahrung, dass Teilnehmer an CISM – Maßnahmen im Nachhinein wesentlich weniger zur Dissimulation neigen, da sie offener und unkomplizierter mit den Symptomen umgehen und diese auch anzugeben bereit sind als Betroffene, die nicht an solchen Maßnahmen teilgenommen haben. Somit kann das Vorhandensein von Symptomen nicht per se als negativer Effekt interpretiert werden.
- Wie oben bereits dargestellt, ist die Durchführung von CISDs an die Beachtung klar definierter Kriterien und Standards gebunden. Werden diese nicht eingehalten, kann es durchaus zu negativen Effekten kommen.
- So setzen Grundgedanke, Konzept und Struktur des CISD voraus, dass alle betroffenen Teilnehmer bereits auf der Ebene der kognitiven Bewältigungsversuche angelangt sind. Bei Zielgruppen, die vorab keine präventive Schulung

erhalten haben, wird diese Voraussetzung fast nie früher als 72 Stunden nach einem kritischen Einsatz oder Ereignis erfüllt sein. Nach einschlägiger Erfahrung erscheint es daher sinnvoll, ein CISD in der Regel erst sechs bis zehn Tage nach einer möglichen Traumatisierung durchzuführen.

Häufig, vor allem aber beim Anfall einer sehr großen Zahl Traumatisierter wie z.B. nach Terroranschlägen oder Großschadensereignissen, ist es sehr schwierig oder gar unmöglich, die beschriebenen Hochrisiko-Personen zu identifizieren. Nachdem in einer Vielzahl von Studien jedoch keine signifikanten Prädiktoren für das Auftreten langfristig wirksamer posttraumatischer Störungen gefunden wurden, andererseits aber nach der einschlägigen Literatur bei 15 – 30 % der Betroffenen und zum Teil erst nach Wochen oder Monaten solche Störungen auftreten, ist für eine frühe (akute) Krisenintervention (innerhalb der ersten vier Wochen) und somit für ein CISD als sekundär-präventiver Maßnahme die Durchführung einer psychologischen Triage unabdingbar. Diese dient zum einen zur Überprüfung des Vorhandenseins der bekannten Kriterien für eine potenzielle Traumatisierung, zum anderen zur Identifizierung und Zusammenstellung homogener Gruppen. Kriterium für eine potenzielle Traumatisierung ist die subjektive Wahrnehmung oder Empfindung von

- Hilflosigkeit, Machtlosigkeit, Ausgeliefertsein
- Schuldgefühlen (auch irrationalen)
- massiver persönlicher Betroffenheit
- Identifikation mit dem/den Opfer(n)
- großer Intensität eines Ereignisses
- Bedrohung von Leib und Leben (z.B. Todesangst).

Die Homogenität der Gruppe definiert sich nicht, wie fälschlicherweise häufig angenommen wird, primär an der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Berufsgruppe, sondern an erster Stelle nach einem gemeinsamen Erlebnishintergrund und einem annähernd gleichen Ausmaß der Belastung.

Dadurch und durch eine äußerst konzentrierte, aufmerksame und vor allem behutsame Führung und Leitung können die kritisierten Effekte, wie getriggert werden durch die Erzählungen anderer Teilnehmer oder gegenseitiges Hochschaukeln, weitestgehend vermieden werden. Individuelle und hochgradig traumatisierende Erlebnisse oder Schilderungen Einzelner werden von einem geschickten Teamleiter aus dem CISD herausverlagert und im Anschluß an das Gruppengespräch in einer Einzelintervention aufgearbeitet. Die Bedeutung der Persönlichkeit, Qualifikation und Erfahrung des Teamleiters wurde u.a. von Dyregrov untersucht und ausführlich beschrieben, weshalb die Leitung eines CISD in der Regel sogenannten „Mental Health Professionals (MHPs)“, d.h. nach unserem Verständnis Angehörigen

akademischer Heilberufe mit entsprechender (psychotherapeutischer) Zusatzqualifikation, vorbehalten sein sollte. Auch wenn unbestritten für einige Traumatisierte die Einzelintervention das Mittel der Wahl ist, kann für viele andere, vor allem nach gemeinsamem Erleben eines kritischen Ereignisses, das Gruppengespräch eine Reihe von positiven Effekten hervorrufen. Zum einen können durch die gemeinsame Faktensammlung Informations-, Wahrnehmungs- und Erinnerungslücken geschlossen und dadurch nicht selten die Häufigkeit und Intensität von Alpträumen und Flashbacks reduziert werden, zum anderen werden durch die Schilderung von Reaktionen und Veränderungen anderer die eigenen Reaktionen normalisiert und das häufig empfundene Gefühl, der/die Einzige zu sein, der/die so reagiert, genommen. Auch trägt eine durch das Team geschickt genutzte und gelenkte Eigendynamik der Gruppe zur Lösung von Konflikten und zur Relativierung oder Neubewertung falsch attribuierte Gefühle oder Empfindungen, wie z.B. irrationaler Schuldgefühle, bei. Durch eine psycho-educative Informationsphase und das gemeinsame Erarbeiten von Zielen, Plänen und Perspektiven zum Ende des Gruppengesprächs werden die eigenständige, weitere Bewältigung und eine ereignis- und bewältigungsorientierte Kommunikation in der Gruppe initiiert.

Zusammenfassend muss demnach gesagt werden, dass sich eine optimale psychologische Soforthilfe oder akute Krisenintervention an der Verfassung und den Bedürfnissen der Betroffenen orientieren sollte und daher sowohl individuelle, wie auch gruppenorientierte und –zentrierte Maßnahmen in Betracht gezogen und vor allem fachgerecht und unter Beachtung der vorgegebenen Standards durchgeführt werden sollten.

*Stefanie Ferner ist Ärztin, Bernd Willkomm ist Diplompsychologe und ICSF zertifizierter CISM Trainer, e-mail: dgptsb@aol.com  
Dieser Artikel ist bereits im Deutschen Ärzteblatt erschienen und uns freundlicherweise von Autoren und Verlag zur Verfügung gestellt worden*

#### **AUFRUF AN ALLE LESER DES BULLETINS:**

**Alle, die etwas Interessantes mitzuteilen haben aus dem Bereich CARE, PEH, NFS oder Debriefing, sind gebeten, dies mit en andern Lesern zu teilen und fürs nächste Bulletin an Gisela Perren-Klingler zu schicken, bis spätestens am 25.Februar 2004!**

#### **APPEL À TOUS LES LECTEURS DU BULLETIN:**

**Tous qui ont à partager une expérience intéressante ou une reflexion qui concernent les activités au niveau de CARE, assistance spirituelle en cas de crises, Debriefings, formation, contrôle de qualité etc. sont priés d'envoyer un article court- au plus tard jusqu'au 25 février 2004, à Gisela Perren-Klingler**

