

Psychologische Nothilfe nach Unglücken

Engagierte mitmenschliche Zuwendung und Unterstützung stehen ganz im Vordergrund

Ulrich Schnyder

Kollektive Traumatisierungen kamen bis vor relativ kurzer Zeit hauptsächlich bei Kriegen, grossen Stadtbränden, Krankheitsepidemien oder Naturkatastrophen vor. Mit Beginn des Industriezeitalters haben wir auch mit technischen Katastrophen zu tun: Zugunglücke, Explosionen und Brände in Industrieanlagen, Flugzeugabstürze. In jüngster Zeit sind immer wieder grosse Kollektive von Terroranschlägen betroffen. Die psychologische Nothilfe leistet in solchen Fällen zunächst ganz einfach mitmenschlichen Beistand, sie hat aber auch die Prävention posttraumatischer Belastungsstörungen zum Ziel.

«Critical Incidence Stress Debriefing»

Die Methode des «Critical Incidence Stress Debriefing» (CISD) wurde zu Beginn der Achtzigerjahre eingeführt (9), um nach kollektiven Traumatisierungen wie Naturkatastrophen oder von Menschen verursachten Unglücken grossen Ausmasses insbesondere bei semi-professionellen und professionellen Helfern (Polizisten, Soldaten, Feuerwehrleuten usw.) die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) zu verhüten. Die Intervention besteht aus einer Gruppensitzung von ein bis drei Stunden Dauer, die innerhalb von 24 bis 72 Stunden nach dem Ereignis stattfinden soll. Alle

Beteiligten müssen obligatorisch an der Sitzung teilnehmen. Nach einer Einführung werden Informationen über den Ablauf der Ereignisse zusammengetragen (*fact phase*). Später werden die Gruppenmitglieder aufgefordert, ihre ersten Gedanken (*thought phase*) und emotionalen Reaktionen (*reaction phase*) mitzuteilen. In der «*symptom phase*» werden spezifische Stresssymptome angesprochen. Anschliessend informieren die Gruppenleiter über Stressreaktionen, die nach solchen Ereignissen häufig beobachtet werden, und wie damit umgegangen werden kann (*teaching phase*). Die generelle Botschaft besteht darin, dass die beobachteten Symptome «normale» Reaktionen auf ein «abnormales» Ereignis darstellen. Zuletzt wird zusammengefasst und festgelegt, ob weitere Massnahmen erforderlich sind (*relating phase*).

Dieses Modell ist heute weltweit etabliert und bei zivilen Rettungshelfern wie auch im Militär sehr beliebt. Die Intervention wird von den meisten Betroffenen subjektiv als hilfreich erlebt. Der Nachweis einer präventiven Wirkung konnte allerdings bis heute nicht erbracht werden. In einigen Studien wurden nach Debriefings sogar höhere PTSD-Inzidenzen als bei Vergleichsgruppen ohne Debriefing beobachtet (1, 5). Zwei Metaanalysen kommen zum Schluss, dass der routinemässige Einsatz von Debriefings im besten Fall einen «neutralen Effekt» hat (10, 14). Eine Untersuchung an 1050 US-Soldaten ergab bei keinem der untersuchten Verlaufsmasse signifikante Unterschiede zwischen CISD, reiner Psychoedukation und einer Kontrollgruppe, die keine Intervention erhalten hatte (8). In einer ersten «dismantling study» wurden die CISD-Komponenten «educational debriefing» und «emotional debriefing» verglichen. Nach sechs Monaten war die PTSD-Symptomatik bei beiden Gruppen ebenso zurückgegangen wie in der Vergleichsgruppe ohne Intervention, nur dass die Probanden in der «emotional debriefing»-Gruppe signifikant länger brauchten, bis sie sich erholt hatten (13).

Zusammengefasst lässt sich also Folgendes sagen: Debriefing wird von allen Beteiligten in der Regel sehr geschätzt. Ein präventiver Effekt von Debriefings und ähnlichen «one-off»-Interventionen bei unselektierten Populationen konnte jedoch bis heute nicht nachgewiesen werden, in einzelnen Studien wurde sogar über negative Effekte berichtet. Der routinemässige Einsatz von Debriefings im Sinne des CISD muss deshalb heute als obsolet betrachtet werden.



Nahe einer Menschenmenge explodierendes Flugzeug (Ramstein, 1988; Quelle: dpa-Bildarchiv)

Wenn nicht Debriefing: was dann?

Künftige frühe psychosoziale Interventionen sollten auf der Grundlage wissenschaftlicher Evidenz konzipiert, getestet und aufgrund der Erfahrungen im Feld laufend angepasst und weiterentwickelt werden (15).

Einer der Gründe, weshalb sich Debriefings bei unselektierten Traumapopulationen als wirkungslos erwiesen, liegt möglicherweise darin, dass auch bei noch so gravierenden Traumata die Mehrheit der Betroffenen kein PTSD entwickelt (2). Ausserdem ist der natürliche Verlauf der Stresssymptomatik nach traumatischen Ereignissen nicht in allen Fällen degressiv, eine nicht zu vernachlässigende Minderheit zeigt eher atypische Verläufe (11). Deshalb ist es nicht sinnvoll, grosse Kollektive gesunder Betroffener psychologisch zu «behandeln». Wenn man sich hingegen auf Patienten mit einer akuten Belastungsstörung konzentriert, dann lässt sich bei den meisten mit einer kognitiven Verhaltenstherapie die Entwicklung eines PTSD verhindern (4).

Einige neurobiologische Befunde weisen darauf hin, dass die Weichen in Richtung PTSD früh gestellt werden. Beispielsweise zeigten Unfallpatienten, die später ein PTSD entwickelten, kurz nach dem Unfall einen signifikant erhöhten Ruhepuls (12). PTSD scheint auch eher aufzutreten, wenn die Betroffenen unmittelbar posttraumatisch ungenügend Cortisol freisetzen (6).

Der stärkste PTSD-Prädiktor, über alle Traumaarten hinweg, ist aber eine ungenügende soziale Unterstützung

Tabelle:

Prinzipien der psychologischen Ersten Hilfe

- Beruhigung und Trost
- Praktische Hilfe anbieten
- Die Abnormalität der traumatischen Erfahrung benennen
- Die «Normalität» der (wie auch immer gearteten) posttraumatischen Reaktion respektieren
- Die Reaktion nicht pathologisieren
- Nicht mit Informationen überwältigen
- Ein Narrativ anbieten, das auf die individuelle Erfahrung abgestimmt ist
- Unterstützung anbieten, die sich in bereits existierende Unterstützungsnetzwerke einfügt

im Anschluss an die traumatische Erfahrung (3). Eine engagierte, mitmenschliche Zuwendung und Unterstützung sollte deshalb bei jeder psychologischen Nothilfe ganz im Vordergrund stehen.

Evidenzbasierte psychologische Nothilfe

Wir wissen noch viel zu wenig über die psychologischen und neurobiologischen Auswirkungen traumatischer Ereignisse. Aufgrund der momentan verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz lassen sich zum heutigen Zeitpunkt aber doch bereits einige Empfehlungen festhalten, die in

die Entwicklung einer wissenschaftlich fundierten, psychologischen Nothilfe einfließen sollten (7, 15):

- Psychologische Nothilfe nach traumatischen Ereignissen muss wahrscheinlich nicht unbedingt so früh wie möglich einsetzen. Unter Umständen ist es ebenso sinnvoll, die Betroffenen zunächst einmal nach Hause zu schicken, damit sie essen, trinken und schlafen können.
- Psychologische Nothilfe sollte von einer zuversichtlichen Erwartungshaltung getragen sein. Die Betroffenen müssen wissen, dass sie sich mit grosser Wahrscheinlichkeit von den Folgen ihrer Erlebnisse gut erholen werden.
- Psychologische Nothilfe sollte nicht zu sehr auf Emotionen ausgerichtet sein, sondern in erster Linie die Entspannung und eine Reduktion der psycho-physiologischen Stresssymptomatik fördern.
- Psychologische Nothilfe sollte die Rahmenbedingungen optimieren, die eine rasche Erholung ermöglichen.
- Bei Vorliegen psychischer Störungen im Sinne einer akuten Belastungsstörung können kognitiv-verhaltensorientierte Kurztherapien zur PTSD-Prävention beitragen.
- Psychologische Nothilfe sollte nicht von aussen «verordnet» werden, sondern sich vermehrt an den momentanen individuellen Bedürfnissen der Betroffenen orientieren und dabei respektieren, dass viele Betroffene nicht mit professionellen Helfern, sondern, wenn überhaupt, lieber mit Kollegen oder Angehörigen sprechen möchten.
- Und schliesslich sollten diese Interventionen phasengerecht und entsprechend den Prinzipien der psychologischen Ersten Hilfe eingesetzt werden (Tabelle). ■



Prof. Dr. med. Ulrich Schnyder
Klinikdirektor Psychiatrische Poliklinik
Universitätsspital
Culmannstrasse 8
8091 Zürich

Interessenkonflikte: keine

Literatur:

1. Bisson JI, Jenkins PL, Alexander J, Bannister C (1997) Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *British Journal of Psychiatry* 171: 78–81.
2. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P (1998) Trauma and posttraumatic stress disorder in the community – The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry* 55: 626–632.
3. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD (2000) Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68: 748–766.
4. Bryant RA, Harvey AG, Dang ST, Sackville T, Basten C (1998) Treatment of acute stress disorder: a comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66: 862–866.
5. Carlier IVE, Lamberts RD, van Uchelen AJ, Gersons BPR (1998) Disaster-related post-traumatic stress in police officers: a field study of the impact of debriefing. *Stress Medicine* 14: 143–148.
6. Delahanty DL, Raimonde AJ, Spoonster E (2000) Initial posttraumatic urinary cortisol levels predict subsequent PTSD symptoms in motor vehicle accident victims. *Biological Psychiatry* 48: 940–947.
7. Litz BT (2004) *Early intervention for trauma and traumatic loss*. Guilford, New York.
8. Litz BT, Adler AB, Castro CA, Wright K, Thomas J, Suvak M, Williams L (2004) A controlled trial of group debriefing 20th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies ISTSS, 14.–17.11.2004, New Orleans, USA.
9. Mitchell J (1983) When disaster strikes. The critical incidence stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services* 8: 36–39.
10. Rose S, Bisson J, Wessely S (2003) A systematic review of single-session psychological interventions («debriefing») following trauma. *Psychotherapy and Psychosomatics* 72: 176–184.
11. Schnyder U, Moergeli H (2003) The course and development of early reactions to traumatic events: baseline evidence from a non intervention follow-up study. In: Ørner RJ, Schnyder U (eds) *Reconstructing early intervention after trauma*. Oxford University Press, Oxford, pp 106–117.
12. Shalev AY, Sahar T, Freedman S, Peri T, Glick N, Brandes D, Orr SP, Pitman RK (1998) A prospective study of heart rate response following trauma and the subsequent development of posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry* 55: 553–559.
13. Sijbrandij M, Olff M, Reitsma JB, Carlier IVE, Gersons BPR (2006) Emotional or educational debriefing after psychological trauma. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 189: 150–155.
14. van Emmerik AAR, Kamphuis JH, Hulsbosch AM, Emmelkamp PMG (2002) Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet* 360: 766–777.
15. Ørner R, Schnyder U (2003) *Reconstructing early intervention after trauma*. Innovations in the care of survivors. Oxford University Press, Oxford.