

Leserbrief

Psychologische Soforthilfe (Care) versus Späthilfe (Debriefing)



Kommentar zu: Grossenbacher M. Offener Brief an CareLink. PrimaryCare. 2006;6(42):760.

Lieber Marcus

Dein offener Brief an CareLink hat sofort meine Aufmerksamkeit geweckt, ist doch die Psychotraumatologie mit Debriefing seit etwa zehn Jahren mein Steckenpferd. Ich erlaube mir, hier meinen Kommentar abzugeben und damit hoffentlich zur Klärung der Lage beizutragen.

Den Brief der Helsana habe ich nicht gelesen; Du schreibst, die erwähnte Krankenkasse offeriere «psychologische Soforthilfe per Telefon», vermutlich für Menschen nach einem traumatischen Erlebnis (nach G. Perren): «ein Ereignis ausserhalb der Norm, welches die physische und/oder ausschliesslich psychische Integrität eines Individuums oder einer ganzen Gruppe von Menschen gefährdet» [1]). CareLink (www.carelink.ch) ist eine Non-Profit-Organisation, die mit verschiedenen Kantonen und Grossunternehmen Vereinbarungen für den Fall von Ereignissen getroffen hat, bei denen die personellen und materiellen Mittel der Betroffenen erschöpft sind (Einrichten von Call-Centers, Betreuungszentren, Zurverfügungstellung von Notfallpsychologen, «CareGivers» und anderes mehr), und neu nun auch mit der Helsana eine telefonische notfallpsychologische Soforthilfe (bis zu zwei Stunden) anbietet.

Worin besteht psychologische Soforthilfe (Care)?

Unmittelbar nach einem traumatogenen Ereignis können akute traumatische Reaktionen auftreten; spezifisch dafür sind Übererregung (durch Stresshormonausschüttung), rezurrenente intrusive Erinnerungen (sog. Flashbacks) und Vermeidungsverhalten (emotional durch Dissoziation); unspezifisch sind Erschütterung,

Verwirrung, Verlust der eigenen Werte oder des Glaubens, Trauer, Schmerz und ähnliches. In dieser Phase ist der menschliche Beistand (empathisch-unterstützend) besonders wertvoll; er soll auf die spezifischen unmittelbaren Bedürfnisse des «Opfers» ausgerichtet sein (Trinken, Essen, Wärme, Kontakte zu Angehörigen usw.). Besteht eine starke Übererregung, kann eine spezielle Atemübung (geführtes, beruhigendes, langsames Atmen) hilfreich sein, dank welcher die Betroffenen wieder mehr Kontrolle über ihren Körper gewinnen.

In dieser Situation kann um ärztliche Hilfe angefragt werden. Der beruhigende Beistand einer Ärztin oder eines Arztes und ihres bzw. seines Teams, die Erklärung der normalen und natürlichen Reaktionen auf ein traumatisches Ereignis sind wichtiger als eine medikamentöse Beruhigung, welche die normale Aufarbeitung des Traumas womöglich verzögert (Cave: Benzodiazepine!). Die Abgabe eines Flyers, der die normalen Reaktionen auf ein Trauma erklärt und das Stressmanagement für die kommende Zeit erläutert, ist von grossem Nutzen (in verschiedenen Sprachen abrufbar unter www.debrisi.ch → «Trauma che fare?»). Erst in einer zweiten Phase (frühestens nach drei Tagen) kann eventuell ein Debriefing sinnvoll sein. Traumatische Reaktionen klingen meist nach Tagen bis (ungefähr acht) Wochen langsam ab; sind sie unerträglich und beeinträchtigen den Tagesablauf oder sind Risikogruppen betroffen oder das Trauma war besonders schwer, kann ein Debriefing in Betracht gezogen werden.

Was ist ein Debriefing (nach Perren-Klingler/Turnbull/Mitchell [1])?

Beim Debriefing handelt es sich um ein strukturiertes Gespräch, das die «Geschichte» des traumatischen Ereignisses einem roten Faden folgend wieder aufbaut und anschliessend die aufgetauchten Gedanken und Emotionen anspricht. Ein wichtiger Teil ist die Erläuterung der

normalen und natürlichen Reaktionen auf ein Trauma, die Aufstellung eines konkreten Stressmanagements und die Suche nach einem abschliessenden Ritual.

Ein Debriefing ist keine Therapie; es hilft die oft verwirrte Erinnerung zu ordnen, die störenden Reaktionen zu erkennen und zu kontrollieren (Atemübungen!), zu erfahren, wie das Leben weitergehen kann (vom Opfer zum Überlebenden).

Mehrere Wochen nach dem Debriefing wird abgeklärt, ob die Reaktionen auch abgeklungen sind (Triage zur evtl. Therapieüberweisung).

Debriefing, wie hier in Kurzform erläutert, ist eine Gesprächstechnik, die in spezifischen Kursen gelehrt wird (angeboten z.B. vom Institut Psychotrauma Schweiz, IPTS, www.institut-psychotrauma.ch). Ein Grossteil der kantonalen Einsatzkräfte in denjenigen Kantonen, in welchen in den letzten Jahren eine Care-Organisation aufgebaut wurde, haben das Angebot von Debriefings (einzeln und/oder in Gruppen) nach Einsätzen im Zusammenhang mit belastenden Ereignissen vorgesehen.

Die Kontroverse über Nutzen und Schaden des Debriefings

Es stimmt, dass für den Nutzen des Debriefings zur Vorbeugung einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) keine Evidenz besteht (gemäss einer Metaanalyse der «Cochrane Library», doch sind die verschiedenen Studien lückenhaft und zeigen verschiedene Bias.

Sofern die Indikation, die Gruppe, der Kontext und die Debriefler selbst sorgfältig bestimmt werden, ist nach der EBM (Experience-based Medicine) der Nutzen von

Debriefings sehr wohl und direkt ersichtlich: Den Opfern geht es eindeutig besser. Wäre dies nicht so, würden die obenerwähnten Risikoberufsgruppen das Debriefing nicht anwenden.

Es besteht in Fachkreisen nicht die Meinung, dass man nach jeder traumatischen Situation ein Debriefing anbieten (nicht «verordnen»!) muss. Statistisch ge-

sehen zeigen ja auch «nur» 10–30% aller Traumatisierten später das Bild eines PTSD.

Abschliessend sehe ich in der Hausärztin oder im Hausarzt sehr wohl eine wichtige Figur, die am Tag eines traumatogenen Ereignisses bzw. während der ersten Tage danach eine Care-Funktion übernehmen kann; wünschenswert wäre, dass mehr darüber in der Aus- und Weiterbildung angeboten würde.

Ich hoffe hiermit, wenn auch in unvoll-

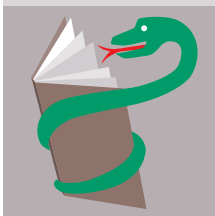
ständiger Kurzform, zu einer Klärung der Lage beigetragen zu haben.

Mit lieben Grüssen

Dr. med. Cornelia Klauser-Reucker, 6982 Agno

Literatur

- 1 Perren-Klingler P, «Debriefing» in Diskussion. Available from: www.institut-psychotrauma.ch/publikationen/originalarbeiten/debriefingindiskussion.pdf.



**PRACTICE
ALERT**



“Asking patients *whether* they leaked urine, *when* they leaked urine, and when they leaked urine *most often*, may help clinicians distinguish urge urinary incontinence from stress urinary incontinence.”

Brown JS, Bradley CS, Subak LL, Richter HE, Kraus SR, Brubaker L, Diagnostic Aspects of Incontinence Study (DAISy) Research Group. The sensitivity and specificity of a simple test to distinguish between urge and stress urinary incontinence. *Ann Intern Med.* 2006;144(10):715–23.

Aus: «Journal Alerts». Wednesday, June 21st 2006, from Global Family Doctor – Wonca Online.

www.globalfamilydoctor.com.

www.globalfamilydoctor.com/journalalerts/journalalerts.asp?itemdate=6/21/2006.

BK