

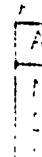
(2)

U.S. ARMY MEDICAL RESEARCH UNIT EUROPE

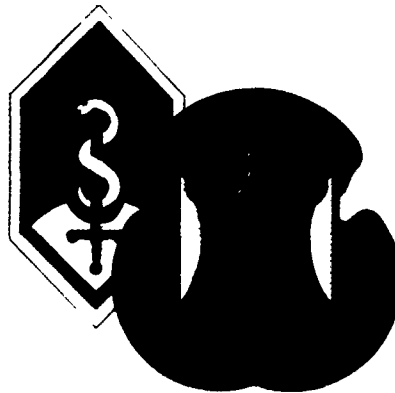
AD-A246 663



Research Reports (1989-1991)



DTIC
FLECTE
MAR 03 1992
S D



A SPECIAL FOREIGN ACTIVITY
OF THE WALTER REED ARMY INSTITUTE OF RESEARCH
WASHINGTON, D.C.

This document has been approved
for public release and sale; its
distribution is unlimited.

Military Address:

Civilian Address:

US Army Medical Research Unit-Europe
HQ, 7th Medical Command
Unit 29218
APO AE 09102
Tel.: 370-2626 / Fax: 370-2740
Fax (Civilian): 49-6221-172740

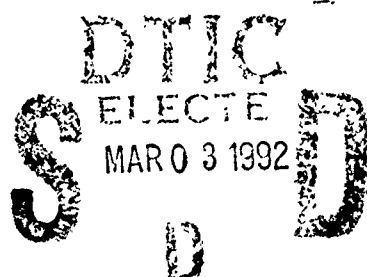
US Army Medical Research Unit-Europe
HQ, 7th Medical Command
Nachrichten-Kaserne
Karlsruher Str. 144
D-W-6900 Heidelberg 1
Tel.: 06221-172007 / Fax: 172740

2



Research Reports (1989-1991)

James A. Martin, & Evelyn H. Golembe, Eds.
U.S. Army Medical Research Unit-Europe
HQ, 7th Medical Command
Unit 29218
APO AE 09102



Accession For	
NTIS	☒
CRA&I	☐
ERIC	☐
Other	☐
Distribution	
B	
C	
D	
E	
F	
G	
H	
I	
J	
K	
L	
M	
N	
O	
P	
Q	
R	
S	
T	
U	
V	
W	
X	
Y	
Z	
A-I	

November 21, 1991

Abstract: This volume covers psychosocial topics of special interest to military commanders, community leaders, and mental health professionals. Topics range from USAREUR active duty suicides, support of medical personnel after fatal accidents, changing nature of Army families, prevention and treatment of battle fatigue, unit recovery from fatal training accidents, mass casualty stress on a military hospital staff, military teens in Europe, role of alcohol abuse in trauma, cohesion in COHORT units, family member stress during Operation Desert Shield deployments, and comparing family support in USAREUR and CONUS during Operations Desert Shield/Storm. The 2-page format is informative and pragmatic and affords easy comprehension of sometimes difficult topics. Authors are members of the U.S. Army Medical Research Unit-Europe staff. (Each report is also available in German.)

The views of the authors do not purport to reflect the position of the Department of the Army or the Department of Defense (PARA 4-3, AR 360-5).

This document has been approved
for public release and sale; its
distribution is unlimited.

92 2 28 038

92-05164



REPORT DOCUMENTATION PAGE			Form Approved OMB No 0704-0188	
Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 1 hour per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to Washington Headquarters Service, Directorate for Information Operations and Reports, 1215 Jefferson Davis Highway, Suite 1204 Arlington, VA 22202-4302 and to the Office of Management and Budget, Paperwork Reduction Project (0704-0188) Washington, DC 20503				
1. AGENCY USE ONLY (Leave blank)		2. REPORT DATE		3. REPORT TYPE AND DATES COVERED
4. TITLE AND SUBTITLE U.S. Army Medical Research Unit-Europe, Research Reports (1989-1991)			5. FUNDING NUMBERS	
6. AUTHOR(S) Martin, J.A., & Golerbe, E.H., EDS.				
7. PERFORMING ORGANIZATION NAME(S) AND ADDRESS(ES) US Army Medical Research Unit-Europe HQ, 7th Medical Command Unit 29218 APO AE 09102			8. PERFORMING ORGANIZATION REPORT NUMBER	
9. SPONSORING / MONITORING AGENCY NAME(S) AND ADDRESS(ES) US Army Medical Research & Development Command Ft. Detrick, Frederick, MD 21702-5012			10. SPONSORING / MONITORING AGENCY REPORT NUMBER	
11. SUPPLEMENTARY NOTES				
12a. DISTRIBUTION AVAILABILITY STATEMENT Approved for Public Release: Distribution Unlimited			12b. DISTRIBUTION CODE	
13. ABSTRACT (Maximum 200 words) This volume covers psychosocial topics of special interest to military commanders, community leaders, and mental health professionals. Topics range from USAREUR active duty suicides (CY 1985), support of medical personnel after fatal accidents, changing nature of Army families, prevention and treatment of battle fatigue, unit recovery from fatal training accidents, mass casualty stress on a military hospital staff, military teens in Europe, role of alcohol abuse in trauma, cohesion in COHORT units, family member stress during Operation Desert Shield deployments, and comparing family support in USAREUR and CONUS during Operations Desert Shield/Storm. The 2-page format is informative and pragmatic and affords easy comprehension of sometimes difficult topics. Authors are members of the U.S. Army Medical Research Unit-Europe staff. (Each report is also available in German.)				
14. SUBJECT TERMS Suicide, Fatal Training Accidents, Army Families, Battle Fatigue, Mass Casualty Stress, Military Teens, Alcohol Abuse, Cohort Units, Family Member Stress during Desert Shield/Storm Operations			15. NUMBER OF PAGES	
			16. PRICE CODE	
17. SECURITY CLASSIFICATION OF REPORT UNCLAS	18. SECURITY CLASSIFICATION OF THIS PAGE UNCLAS	19. SECURITY CLASSIFICATION OF ABSTRACT UNCLAS	20. LIMITATION OF ABSTRACT	

Research Reports: US Army Medical Research Unit-Europe*

USAREUR active duty suicides - CY1985. Martin, J. A. (#1, 22 August 1989).

Support of medical personnel after fatal training accidents. Przybelski, R. J. (#2, 23 August 1989).

The changing nature of Army families. Martin, J. A. (#3, 15 January 1990).

Prevention of battle fatigue. Powers, B. F. (#4, 6 February 1990).

Unit recovery from fatal training accidents. Tyler, M. P. (#5, 22 February 1990).

Treatment of battle fatigue. Powers, B. F. (#6, 23 March 1990).

Mass casualty stress on a military community hospital staff. Przybelski, R. J. (#7, 3 April 1990).

The military teenager in Europe. Heagy, P. A. (#8, 4 April 1990).

The role of alcohol abuse in Trauma. Heagy, P. A. (#9, 18 July 1990).

Cohesion in the first deployed COHORT Units. Heagy, P. A. (#10, 29 November 1990).

Reducing family member stress during Operation Desert Shield deployments. Vaitkus, M. A. (#11, 14 December 1990).

Levels of family member stress during Operation Desert Shield deployments. Vaitkus, M. A. (#12, 20 February 1991).

Comparing family support in USAREUR and CONUS during Operations Desert Shield/Storm. Vaitkus, M. A. (#13, 29 July 1991).

*This series is also available in German.



Research Report

22 August 1989

Information provided by the U.S. Army Medical
Research Unit-Europe, HQ 7th MEDCOM, APO NY 09102
A Special Foreign Activity of the Walter Reed Army
Institute of Research

1

USAREUR ACTIVE DUTY SUICIDES

NOTE: Because of recent interest in the topic of suicide, information from a previous USAMRU-E technical report is summarized as follows:

An exploratory research project conducted by LTC Edwin Van Vranken studied suicides in the U.S. Army, Europe (USAREUR) during calendar year 1985. The study was designed to identify the following factors:

- The psychological states exhibited by the victims prior to the suicide.
- The social and/or environmental stresses experienced prior to the suicide.
- The common verbal, behavioral or situational clues exhibited prior to the suicide.
- Reactions of potential rescuers to pre-suicidal clues.
- The health care utilization patterns prior to the suicide.
- The reaction patterns of the small work group to the suicide of member.

FINDINGS

During 1985, 15 USAREUR soldiers took their own lives. These victims tended to be male, in the grade of E-5 or below, and under the age of 30 years. Self-inflicted gunshot and hanging were the two most common methods used in the suicides. The most common stressor associated with suicide was a complicated marital or romantic relationship. Four of the individuals had received in-patient psychiatric treatment at some point during their military career and two others had been seen as psychiatric out-patients. Two other individuals had recent contact with the Family Advocacy Case Management Team regarding possible abuse or neglect issues prior to their suicide. Except for those individuals who were referred for mental health evaluation or treatment, the majority of the remaining did not display the classical symptoms of severe depression prior to their deaths. In most instances, duty performance was at or above acceptable standards, there was no deterioration in appearance, and mood and emotional state was not noted to be significantly different. For the most part, these individuals did not discuss suicide plans with friends and appeared to make a conscious effort to hide the discomfort and pain associated with their stress. In over half of the suicides studied, alcohol was used prior to the suicide act.

In no case was the individual's chain of command grossly insensitive to the individual's stress; in fact, in most instances the chain of command, when aware of the stress, had given special attention to the soldier. No army-specific factors were found to be major contributing stressors to any of the suicides, i.e. job requirements, dissatisfaction, etc.

The study also demonstrated that the suicide death of a co-worker can have a disturbing effect on superiors, subordinates and peers. It may result in lowered work performance, guilt, anger, anxiety, etc. Early intervention can limit the negative effects of this unanticipated loss.

RECOMMENDATION

- We must recognize that identification and referral of a potential suicide to a professional resource is not always sufficient to prevent a suicide. We must continue to seek new ways to intervene and treat those individuals who cannot reach out and/or accept available help.
- The linkage between the mental health resource and the "at risk" soldier's unit should be strengthened. Suicide prevention must involve a shared responsibility and ongoing dialogue between the unit and the mental health service provider.
- We believe that early, brief professional intervention with the members of a unit can reduce the period of dysfunction following a suicide. This support should be available to the unit leadership as well as the victim's peers. Command support during its recovery process is also important.
- We must integrate courses in coping and stress management into soldier training. By helping soldiers recognize and manage their own signs of stress and learn to develop functional coping behaviors, we may reduce suicidal behavior as well as other dysfunctional/maladaptive behaviors associated with stress, such as family violence, psychogenic illnesses, substance abuse, etc.
- We must exercise caution and not seek to assign "blame" when a suicide occurs. To assume, that if a suicide occurs in a unit, the leadership was uncaring is a tragic error. The result can be a "second victim" of an unfortunate death - a unit leader unjustly accused.
- We must continue efforts to educate personnel of the danger of using alcohol as a means of stress reduction, especially when the stress results in feelings of depression and/or hopelessness. Alcohol diminishes the capacity to deal with personal stress in a rational manner.
- Caution should be exercised during the information gathering process following a suicide. The study of a completed suicide is a retrospective process. The investigator must rely on third party informants who provide, at best, subjective observations which are colored by shock, anger, grief and guilt.

PREPARED BY: LTC James A. Martin

BASED ON: Technical Report entitled USAREUR Active Duty Suicides CY 1985
by LTC Edwin W. Van Vranken

AVAILABLE FROM: US Army Medical Research Unit-Europe, ETS 3702-626



Research Report

23 August 1989

Information provided by the U.S. Army Medical
Research Unit-Europe, HQ 7th MEDCOM, APO NY 09102
A Special Foreign Activity of the Walter Reed Army
Institute of Research

#2

Support of Medical Personnel After Fatal Training Accidents

Medical personnel responding to military training accidents experience extreme personal and professional stress as they attempt to revive crushed or exploded soldiers while superiors and friends look on. Adding to the stress is the nightmarish and frequently life-threatening nature of the rescue environment. Studies of four fatal training accidents conducted by the USA Medical Research Unit-Europe over the past year have demonstrated that support, both personal and professional, is critical for the well being and continued effective functioning of the medical personnel after such a traumatic experience.

Our studies found that medical corpsmen receive personal support from unit members and peers also grieving the loss. The professional support that helps the corpsmen cope with the death of their patients comes by way of medical debriefings with their supervising physician assistants. These debriefings, conducted one to three days following the accident, generally provide an honest but supportive critique of each individual's performance, and focus on what could be learned from any mistakes or omissions noted. The effectiveness of this professional support is demonstrated by the finding that none of these medical corpsmen expressed concern over whether they were perceived as medically competent after the failure to save the victims, or whether their relationship to the unit had been adversely affected.

The physician assistants received personal support from officers in the unit, but had no peers locally to assist them through their own necessary grieving process. Even less support was available regarding their professional needs. None of the physician assistants received follow-ups from accepting physicians or autopsy reports. They received no feedback regarding the quality of care provided and no positive reinforcement of the desired performance from their supervisors. In short, the physician assistants received no professional support after the fatal training accident experience.

The lack of support appears to have prompted an overly critical self-evaluation by these PAs, the result being unfounded concerns regarding the appropriateness of the care they provided. While each PA provided acceptable if not heroic care (ATLS standards were met or exceeded in all cases), none were certain they had accomplished their mission to the fullest possible extent in light of the fact that their patients had died. The lack of a review or debriefing with their medical supervisors seemed to catalyze any self-doubt regarding their preparations and abilities.

This loss of self-assurance impacted on the PAs' self-esteem as well as their ability to provide health care. For example, despite reassurances from the unit commanders and fellow officers, several of the PAs felt that they had lost the respect of the units they were supporting, and believed troops were avoiding their clinics.

Our research findings prompt the following recommendations:

- The physician assistant should be kept informed of the status of the patients he refers to other medical treatment facilities, particularly if a major change in the patient's status occurs.
- Autopsy results should be telephoned to the PA (and followed up with a copy of the report) so that this information can be used in his corpsmen debriefing. The autopsy results will also provide the PA reassurance concerning the poor prognosis of the patient he attempted to save.
- As soon as possible after the fatal training accident the medical supervisors should review with the PA the care rendered and provide constructive feedback.
- Superiors at the Corp or MEDCOM level should ensure that adequate professional support was rendered, and preferably contact the PA personally to ascertain if additional intervention is required.

Questions/comments about this research should be directed to MAJ Robert J. Przybelski, MC, USA, ETS 370-2626.



Research Report

15 January 1990

Information provided by the U.S. Army Medical
Research Unit-Europe, HQ 7th MEDCOM, APO NY 09102
A Special Foreign Activity of the Walter Reed Army
Institute of Research

#3

THE CHANGING NATURE OF ARMY FAMILIES

The transformation into a "married" Army began in the 1940s and accelerated after 1973 with the adoption of an all volunteer force. Nearly all the increase in married soldiers since 1973 has taken place in the enlisted ranks. This means that a substantial portion of military marriages and childbearing involve very young adults during their first term of military service. Thus, **the stressors associated with early family life and initial military service compound one another.**

Soldiers marry earlier than civilians. For example, the median civilian age at first marriage is 25.5 years for men and 23.3 years for women. Among Army personnel, the corresponding median ages are 20.7 years for men and 20.4 years for women. Army couples also bear children earlier than civilians. For example, 74% of Army personnel age 25-29 have children compared to 66% of civilians in the same age group.

In 1979 three-fourths of custodial Army single parents were men; by 1985 the proportion of men and women were nearly equal. **Approximately 30% of all active duty women are also mothers.**

Like their civilian counterparts, military wives have increasingly sought paid employment. Their participation in the labor force (employed and unemployed) more than doubled between 1970 and 1988 (from 30.5% to 62.1%). This strong orientation toward paid employment among young military wives (like their civilian counterparts) has also foreshadowed the current demand for employment assistance and for affordable daycare services.

Current research sponsored by the Army's Community and Family Support Center shows that **employment (and employment opportunity) is critical to family member satisfaction with Army life - as well as retention.** Some of the important factors that impact on family member employment (and subsequent military life satisfaction) include:

Rotations - Some of the most serious stress associated with a rotation involves the spouse giving up a job and trying to find another or trying to start and/or maintain a career.

Deployments (incl TDYs) - Frequency, duration, and especially the "perceived" necessity for military member absence are issues that concern military family members.

Soldier duty hours - the time and energy required by and predictability of duty hours are also important military family member concerns.

Actions that can be taken to help reduce military family stressors:

Focus community efforts on preventive services (this is where we will get the best return for our investment in social services).

Help young, first term families adjust to Army and family life. Outreach services are especially important.

Relocation assistance is critical - especially housing and employment assistance.

Add family issues to officer and NCO training programs:

Unit leaders at every level need to understand the connection between family well-being and unit readiness and Army retention.

It is important to enhance junior leader communication with families. The small unit is the source of the family's basic interface with the Army. Leaders need to learn about families and family life issues from the start of their military careers.

Leaders will benefit from knowledge of and skill in using community social service resources. (We also need to teach social service providers how to be more effective in their response to leaders.) The more we are able to deliver services through the auspices of the unit (and in a unit context) the better. For example, language training, financial counseling, consumer education, etc., are all service programs that can be implemented by service agencies in the unit as a way of demonstrating the unit's care and concern for its soldiers (and their family members). Delivering services this way provides another opportunity for unit-based, cohesion building activities.

Questions/comments about this report should be directed to LTC James A. Martin, MS, ETS 370-2626.

NOTE: This report is based on information from the following sources:

- A RAND Corporation Report titled: **"Families in the Army: Looking Ahead,"** by Morrison, Vernez, Grissmer, and McCarthy, June 1989 (data from 1985).
- The Army Science Board Final Report, **"The Army Community and Their Families,"** May 1989.
- A dissertation **"Is Any Job Better Than No Job At All,"** written by J.R. Ickovics, George Washington University, May 1989.



Research Report

6 February 1990

Information provided by the U.S. Army Medical
Research Unit-Europe, HQ 7th MEDCOM, APO NY 09102
A Special Foreign Activity of the Walter Reed Army
Institute of Research

4

PREVENTION OF BATTLE FATIGUE

Battle fatigue is a normal reaction to the stress of combat. It is also an important readiness issue, one we often neglect.

Nausea, increased heart rate, irritability, euphoria, difficulty comprehending orders, and reluctance to leave a secure setting are among the many reactions to combat. The term battle fatigue refers to a situation when any of these reactions becomes so great that a soldier becomes ineffective, or in a severe case, he is a danger to himself or others.

During extremely violent combat, battle fatigue casualties can equal or even exceed the number of physically wounded. In World War II 25% of *evacuated* casualties were battle fatigue. This can result in a significant loss of manpower. Leaders can take preventive measures to minimize this loss. In addition, many of these measures also apply to the stress associated with peacetime combat training.

Training. Tough, realistic training is necessary to build confidence and group cohesion. Soldiers who are confident in themselves, their peers, unit leaders and their weapons are less likely to become battle fatigued.

Physical Fitness. Studies show that soldiers who are physically fit are more resistant to stress.

Sleep Discipline. Well rested soldiers are more resistant to stress. A modest amount of sleep can go a long way in helping soldiers tolerate stress. Sleep discipline helps ensure adequate rest. Soldiers need at least four hours of sleep per day. Leaders require six hours. The mental strain on decision makers can cause battle fatigue even quicker than physical strain. It is necessary for soldiers and leaders alike to make up for lost sleep.

Nutrition. Well nourished soldiers are more resistant to stress. While not necessary to sustain life, hot food helps to restore spirits. A good plan is to keep troops supplied with adequate rations and serve hot meals whenever possible.

Education. Knowing about battle fatigue reassures soldiers and reduces stress. Effective education includes an explanation of what battle fatigue is, how to prevent it, and teaches "buddy aid" for battle fatigue.

Relaxation Techniques. Simple relaxation techniques (deep breathing, systematic deep muscle relaxation exercise) help reduce stress. Many soldiers are unaware of these techniques. Learning these techniques and practicing them in peacetime will make it easier to apply them during war.

Healthy Family Relationships . Studies show that when a soldier has problems at home, he is more susceptible to battle fatigue. This is important since a majority of soldiers are married. Families benefit from unit support and opportunities to feel a part of the unit and the Army.

Morale and Unit Cohesion. This is probably the most important preventive measure. Studies show that units with high morale have lower rates of battle fatigue. Cohesion results from the bonding among soldiers and between soldiers and their leaders (horizontal and vertical cohesion). Cohesion, unit expectations and the instilled Army values (Duty, Honor, Country) keep soldiers fighting when they might otherwise flee.

What makes for a cohesive unit? Units with high morale and cohesion tend to have a firm but fair command climate. Replacements are integrated quickly and as a group whenever possible. Awards and ceremonies are conducted as a unit to help establish pride. Cohesive units use every opportunity to have soldiers work as a team; details and sports are useful for this. Predictable schedules help boost morale. Lastly, cohesive units use the soldiers' time productively, they do not waste it. Soldiers in cohesive units sense that they are the commander's most important resource.

For more information about battle fatigue, contact your division mental health staff.

Prepared by: SGT Bradley Powers, Research Assistant, USAMRU-E

Selected References:

Holmes, Richard. *Acts of War: The Behavior of Men in Battle*. New York, NY: The Free Press, 1985.

Rahe, Richard H. *Acute Versus Chronic Psychological Reactions to Combat*. *Military Medicine*, 153, 7:365, 1988, pp. 365-372.



Research Report

22 February 1990

Information provided by the U.S. Army Medical
Research Unit-Europe, HQ 7th MEDCOM, APO NY 09102
A Special Foreign Activity of the Walter Reed Army
Institute of Research

#5

UNIT RECOVERY FROM FATAL TRAINING ACCIDENTS

USAMRU-E studies of five fatal training accidents in USAREUR have generated the following suggestions for unit leaders :

After a fatal accident, the commander should keep the unit together, because it provides the framework in which healing takes place. Grief and traumatic stress are resolved as soldiers talk together, compare their reactions to the event, and share memories of the deceased. Members who must be separated from the unit because of hospitalization, rear detachment duty, or school attendance should be visited or telephoned so that they can share in the healing process.

The support of company-level leaders means a great deal to soldiers under stress, but the administrative requirements generated by an accident can consume leaders' time. Administrative support from the battalion staff can help leaders spend time with their troops.

The closest friends of the deceased are usually recognized as having special needs, and are given intense support by friends and leaders. Senior leaders should be reminded of other groups who have suffered special stress, but whose needs are not as easily perceived. These include leaders of the deceased, survivors of the accident, rescuers, providers of first aid, and soldiers who came in contact with dead bodies.

Soldiers should be told that, immediately after a traumatic loss, such reactions as sleeplessness, nightmares, or loss of appetite are not unusual. Talking through painful feelings with other soldiers usually helps with these problems.

Though most soldiers recover with the support of friends and leaders, a few may need the assistance of mental health professionals. Immediate supervisors are usually the best judge of who is "taking it too hard" and in need of referral. Care should follow combat psychiatry principles. The soldier should not be treated as "sick," but rather as needing brief assistance in recovering from a realistic stress.

Many soldiers struggle with religious and spiritual issues in the aftermath of a fatal accident. Chaplains should be proactive in reaching out to soldiers and encouraging them to discuss topics of concern. Chaplains' care is most effective when it occurs in the soldiers' normal living or work environment.

Contact between the friends of the deceased soldier and the soldier's family can be helpful for all concerned. Contact can occur in person, if a friend accompanies the body, or by mail, if soldiers send the family scrapbooks, cards, and other remembrances.

Memorial ceremonies facilitate healing, and are most helpful for the unit if the best friends of the deceased are given significant roles. This is true even if the best friends are junior soldiers; their special relationship with the deceased is more important than poise or public speaking experience. To ensure that the appropriate soldiers are recognized and included, junior leaders should be involved in the planning. Traditional military rituals such as the Last Roll Call are especially helpful.

Motivational speeches by senior commanders are most effective if the commander expresses emotions sincerely and remembers that the soldiers are as aware of their mission as he is. Otherwise, attempts by commanders to model courageous behavior and motivate the troops can be misperceived by soldiers as expressing lack of respect for the dead and living alike.

In order to regain confidence, the unit needs a challenging experience shortly after the accident. If live fire was involved in the accident, it should also be part of the challenge.

Presentations based on this research:

Tyler, M.P. (February 1989). **Fatal training accidents: The unit's response.** Seventh Medical Command Social Work Conference and Behavioral Science Specialist Conference, Willinger.

Tyler, M.P. (October 1989). **Crisis intervention after fatal training accidents.** USAREUR Unit Ministry Team Annual Training, Sonthofen.

Gifford, R.K., Tyler, M.P. & Przybelski, R.J. (October 1989). **Grief leadership and unit recovery after fatal training accidents.** Society for Traumatic Stress, San Francisco.

Tyler, M.P. (December 1989). **Unit recovery from traumatic stress.** Kaiserslautern Military Community.

Publications based on this research:

Gifford, R.K. & Tyler, M.P. (in press). **Consulting in grief leadership: A practical guide.** *Disaster Management.*

Tyler, M.P. & Gifford, R.K. (in press). **Unit recovery from fatal training accidents: Suggestions for military chaplains.** *Military Chaplains' Review.*

Tyler, M.P. & Gifford, R.K. (1990). **Fatal training accidents: The military unit as a recovery context.** *Manuscript submitted for publication.*

This Research Report was prepared by Mary P. Tyler, Ph.D.



Research Report

23 March 1990

Information provided by the U.S. Army Medical
Research Unit-Europe, HQ 7th MEDCOM, APO NY 09102
A Special Foreign Activity of the Walter Reed Army
Institute of Research

6

TREATMENT OF BATTLE FATIGUE

It is important to differentiate between acute and chronic battle fatigue. Acute battle fatigue appears hours or even minutes after exposure to combat. Most soldiers experiencing acute battle fatigue can be dealt with in their units, and will return to normal functioning in a few hours or even a few minutes. These soldiers are no more prone to subsequent battle fatigue than soldiers who have never experienced battle fatigue.

Chronic battle fatigue typically appears after many weeks, months or years of combat stress. Some of the symptoms include paranoia, loss of sense of humor and withdrawal from the group, psychomotor retardation and a distant or "1000 yard" stare. Chronic battle fatigue is usually more difficult to treat in the unit and, once medically evacuated, these soldiers have a lower rate of return to duty than acute battle fatigue casualties.

This paper focuses on the treatment of acute battle fatigue. Army planners predict that future conflicts will require rapid deployments with little or no advanced warning. Dispersed small units will be engaged in brief but extremely violent combat in strange and physically hostile environments. Under these circumstances acute battle fatigue is the major psychiatric threat.

In this combat environment many soldiers will experience hyperarousal, tension, physical exhaustion, upset stomach, fear, anxiety, irritability, trouble with memory, difficulty thinking, trouble sleeping, grief, anger, loss of confidence and even paralysis and seizures. Battle fatigue occurs when any of these reactions becomes so great that a soldier is ineffective. In a severe case the soldier is a danger to himself or others.

The acronym **PIES** provides a treatment model for battle fatigue. **PIES** stands for:

Proximity - Treat the battle fatigued soldier in or as close to the unit as possible...

Immediacy - and as soon as possible...

Expectancy - with a clear expectation that he will soon return to full duty in his original unit.

Simplicity - The treatment involves very simple actions that can be carried out in the unit.

Treatment begins with buddy aid. The first step is to stop the distressed soldier and get him to relax as much as possible. Deep breathing is a good way to help the soldier regain his physical and emotional composure. After the soldier has been calmed down, reorient him, let him ventilate his feelings, make sure he has had adequate food, fluids and rest, reestablish him under his chain of command, get him to rejoin his buddies and have him continue his part of the mission. This simple treatment plan can prevent acute battle fatigue from worsening and, most importantly, keeps the soldier in his unit.

The tactical situation is typically the deciding factor between treating the soldier in the unit or evacuating

him to the next level of medical care. For instance, a unit that is expecting imminent combat has less ability to deal with a battle fatigued soldier than a unit that is not about to engage in combat. Recovery from acute battle fatigue is usually rapid. So even if the tactical situation only allows time for a brief rest, that may be all the time the soldier needs.

If the tactical situation does not allow treatment in the unit, or if the soldier threatens to harm himself or others, the unit medic should send the soldier to the next level of medical care. This is usually the battalion aid station. When a soldier leaves the unit for treatment, unit leaders and medical care providers must emphasize to the soldier that he is indeed expected to return to the unit in the near future.

Because of the mobility in modern combat it is important to keep the battle fatigued soldier in or as close to his unit as possible. The further away he gets, the more difficult it will be to locate and rejoin his unit once he recovers. In fact, studies show that the further a soldier is removed from the battle area and his unit, the less likely he is to recover and return to his unit or even to useful duty.

It is best not to place a battle fatigued soldier with the physically wounded. The battle fatigued soldier may identify with the physically wounded and will worsen when his prognosis is really very good. In fact, a battle fatigued soldier should not be treated like a patient. Restraints or medication are not required unless a soldier is an obvious danger to himself or others. This rarely occurs.

A battle fatigued soldier needs a chance to talk over his experiences and feelings. A good time for this may be when he first arrives at the battalion aid station and is being checked over. The soldier will also benefit from a chance to get something to eat and drink, to clean himself up and to get some sleep or rest.

After his basic needs have been met, a battle fatigued soldier can participate in meaningful work. However, keep in mind that the basic treatment for acute battle fatigue is brief rest and replenishment of food and fluids. At this point, there may also be an opportunity for the soldier to be seen by someone from the Division Mental Health section.

This type of treatment lasts for about 24 to 48 hours. If a soldier has not recovered after this period, a more severe psychiatric condition may be present. If a soldier has not recovered after 72 hours he should be evacuated to the next level of medical care.

Upon recovery the soldier should return to his unit and his original job. Reintegration is an important step. The soldier needs to feel accepted by other unit members. Leaders are responsible for this process. They need to welcome the soldier back and show him the same level of trust as previously. Conversely, the soldier should not be shown any special treatment. Treating the soldier as before puts the rest of the unit at ease and helps the soldier fit into the group again. A previously battle fatigued soldier wants and needs his place back in the unit.

For more information about battle fatigue, contact your Division Mental Health staff.

Prepared by: SGT Bradley Powers, Research Assistant, USAMRU-E

Selected References:

Department of the Army. **GTA pamphlets 21-3-4 (Self & Buddy Aid), 21-3-5 (Leader Actions), 21-3-6 (Company Leader Actions).** Government Printing Office, 1986. *These are available at your TASC.*

Rahe, Richard H. **Acute Versus Chronic Psychological Reactions to Combat.** *Military Medicine*, 153, 7:365, 1988, pp. 365-372.



Research Report

3 April 1990

Information provided by the U.S. Army Medical
Research Unit-Europe, HQ 7th MEDCOM, APO NY 09102
A Special Foreign Activity of the Walter Reed Army
Institute of Research

7

Mass Casualty Stress on a Military Community Hospital Staff

Introduction and Methodology

A mass casualty, by definition, overwhelms the normal capacity and capabilities of a health care delivery system. The physicians, nurses, and support staff are inundated with patients, necessitating triage selection for care and limited resources. Stress reactions, as manifest by feelings of frustration and futility, grief, deterioration of peer interactions, inappropriate staff behavior toward problem patients, and "burn out" have been reported by other investigators observing participants of mass casualty simulations. This paper reports on the effects of an actual mass casualty on community hospital personnel.

A group of forty physicians, nurses, ambulance personnel/medical corpsmen, and hospital support staff responsible for care of the victims of a military training accident (28 casualties, including 3 fatalities) were interviewed approximately one month after the incident. The staff members interviewed were identified by section chiefs as those most involved in the care of patients and/or conduct of the mass casualty effort. These interviews focused on the experiences of staff members during and subsequent to the mass casualty. Insights regarding factors aggravating and mitigating stress, and suggestions for preparation and coping with such an experience were also solicited.

Results and Discussion

Ambulance crews and medical corpsmen performed basic life support, transported patients from the scene of the accident, and assisted with care in the emergency rooms. Initial information suggested but a fraction of the casualties actually encountered by the first-arriving ambulance crews. The triage performed by these crews did not coincide with that conducted by medical personnel (similar level of training) originally at the scene, raising concerns as to the actual priorities for evacuation. In the emergency department, the corpsmen described being overwhelmed by their perception of chaos. The numerous physicians and nurses caring for multiple patients simultaneously, the physical appearance of the rooms with blood on the floors and walls and expended supplies strewn about, and the difficulty in deciding which orders for assistance they should respond to first, all contributed to "confusion." Seeing soldiers they knew socially, suddenly with missing limbs, disfigured, and near death, was very difficult for the young corpsmen.

Nurses supervised and provided care in the emergency department, performed anesthesia, assisted in surgery, provided post-operative management, and staffed the medical and surgical wards. Most of the nurses were at home when first notified. The disbelief and "numbness" described by many as their first reactions to the news of the accident were quickly replaced by anxiety stemming from uncertainty about the number and severity of the wounded. Those with spouses or friends involved in field training that day were concerned about their ability to keep their professional poise should their loved-one be among the casualties. The operating room staff, though having extensive trauma experience, found the cries of pain, instability of the patients undergoing anesthesia and major surgery, young age of the casualties, and multiplicity of wounds "difficult to deal with."

Physicians described a series of emotions throughout the mass casualty: doubt when first notified, "probably a drill;" urgency and feeling overwhelmed as the casualties flowed into the emergency department; a sense of elation at the realization that lives were being saved by their efforts (no patients died subsequent to arrival at the hospital); guilt at feeling elated in the midst of such a tragedy; and sadness for the victims and their families. Physicians responsible for ongoing care in the weeks subsequent to the mass casualty described their preoccupation with these cases, this being aggravated by the frequent questions about patient status from family, friends, members of the community and the press. When patients were transferred to tertiary care facilities, they experienced a sense of loss. This was aggravated by the lack of feed-back from accepting physicians.

Hospital leaders, principally senior-ranking physicians and nurses, reported a unique combination of personal and professional stress during and subsequent to the mass casualty. Feelings of inadequacy surfaced in some of those in purely administrative roles, as they sensed that they might not have the skills to perform professional tasks that once were routine for them. Senior leaders considered themselves responsible for supporting their subordinates (the medical staff) and their superiors (military community leaders) through the disaster experience, while being ultimately responsible for the care every patient received while in the hospital. A difficult decision for the commander was how to reward his staff for their exceptional performance; plans for individual awards were met with concerns regarding breakdown of hospital esprit de corps, while a unit award was not considered appropriate for mass casualty superior performance.

Recommendations

A number of formal and informal coping strategies and support efforts assisted the staff in coping with the stress associated with the mass casualty experience; these, combined with suggestions received from staff members prompt the following recommendations for hospital leaders:

- Ensure that the basic needs (such as food for the staff) are provided during the mass casualty.
- Provide debriefings for each level of staff (i.e. ambulance crew, physicians, etc.), preferably led by the section chief or senior staff member, as soon as possible after the mass casualty.
- Keep the staff as free as possible from having to deal with the press.
- Remain vigilant for individuals experiencing extreme reactions to the experience (as was found in this case among the less experienced hospital staff).
- Mobilize indigenous social and psychiatric resources to work with the hospital staff during and subsequent to the mass casualty.
- Insist that accepting physicians and facilities provide routine updates on transferred patients.
- Whenever possible, arrange for the senior representative of the affected group (base commander) to formally recognize the achievement of the entire hospital staff as a unit.

Prepared by: MAJ Robert J. Przybelski, MC. For more information contact Cdr, USAMRU-E at ETS 370-2626.



Research Report

4 April 1990

Information provided by the U.S. Army Medical
Research Unit-Europe, HQ 7th MEDCOM, APO NY 09102
A Special Foreign Activity of the Walter Reed Army
Institute of Research

8

The Military Teenager in Europe

Mary P. Tyler, Ph.D., a psychologist at the U.S. Army Medical Research Unit - Europe, has studied European tour experiences of teenagers in one military community. Interviews were conducted with 47 students at the American high school in this community.

Results of this study

Initial Adjustment

The first year was a difficult period for most teenagers. Common responses included withdrawing, feeling sad, overeating, excessive TV watching and poor school performance. These responses did not seem to relate to "culture shock," but rather grief over separation from friends and relatives back home, and loneliness. Teenagers who moved during summer vacation seemed to experience particular problems because it was difficult to form relationships with other adolescents during the school vacation period. Talking things over - usually with parents - and the formation of a new peer group helped speed the healing process.

Friends and Social Life

Friendship formation typically occurred at school, in patterns similar to those in American high schools where classes and extracurricular activities grouped students together on the basis of interests and abilities. Of the teens interviewed, 88% reported having either a "best friend" or a small group of close friends.

Education

Most of the teenagers believed that they were receiving an education as good as, or better than they would receive in the United States. Of the group, 75% participated in at least one organized activity such as a team or club.

Travel or Other International Experiences

Of the teens interviewed, 96% reported participating in at least one activity outside the American community. Shopping on the German economy was a popular activity for 81% of these teens. It provided these teens with a powerful impetus to find their way around the city, use public transportation, manage the local currency, comparison shop with fluctuating exchange rates, and function in a foreign language environment. Another important activity (reported by 72% of those

interviewed) was personal contact which involved a significant relationship with a citizen of West Germany or another European country.

The Military Community

Though most teens seemed to feel comfortable within their military community and appreciated its support, the major negative aspect reported was the lack of community activities designed exclusively for teens. They expressed the desire for a "teen" center or meeting place.

Family Life

In regards to family life 43% of the teens felt the European tour had brought their families closer together. In fact, most of the teens regarded their parents as important sources of guidance and support.

Problems and Helping Resources

The most frequent problem mentioned by the teens was "boredom." Other problems included alcohol and drug abuse, general misbehavior, stealing, fighting, conflicts with parents, pregnancy, and other problems associated with sexuality.

When asked where a teenager would go with a problem, 58% of the teens mentioned parents; 53% said peers; 49% said a counselor or other caregiving professional inside the school.

Summary and Recommendations

- Though adults worry about "culture shock," this did not seem to be a problem for most teens.
- Most teens' families did not seem to be overwhelmed by the difficulties of life in Europe; in fact, teens saw parents as a major source of support and guidance.
- The most serious problems seem to involve the initial transition to Germany, grief over separation from friends and relatives back home, and loneliness prior to the formation of a satisfactory peer group.
- The first year is a particularly high-risk period for acting out, academic difficulties, and other problems associated with grief and depression. Teens who move during the summer actually seem to suffer most.
- The development of programs to welcome and incorporate new teens into the community may be helpful as a preventive measure, especially when other teenagers are involved in the planning process.

This report was prepared by SGT Patricia Heagy, based on the report, "The Military Teenager in Europe: Perspectives for Health Care Providers", by Mary P. Tyler, PhD., in the *Medical Bulletin of the US Army Medical Department*, PB 8-89-1/2, January/February 1989.



Research Report

18 July 1990

Information provided by the U.S. Army Medical
Research Unit-Europe, HQ 7th MEDCOM, APO NY 09102
A Special Foreign Activity of the Walter Reed Army
Institute of Research

9

The Role of Alcohol Abuse in Trauma

There is no doubt that alcohol plays a significant role in automobile accidents and other serious trauma incidents. Given current statistics, health care providers in hospital and emergency room settings must become more sensitive to the relationship between alcohol abuse and trauma in order to better facilitate the referral of trauma patients for evaluation and alcohol abuse treatment.

Alcohol plays a significant role in automobile accidents. Statistics in "*Alcohol Alert*" (January 1989, No. 3), a bulletin of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, indicate that in 1987 51% of all fatal traffic accidents in the United States were alcohol related. Comparable USAREUR data show that in Fiscal Year 1987 51% of soldiers fatally injured in traffic accidents were under the influence of alcohol at the time of their deaths. Current USAREUR statistics also show that this rate is not changing. In FY 1988, 50% of fatally injured soldiers were under the influence of alcohol and this percentage actually increased to 53% in FY 1989.

Research further indicates that alcohol is a major contributor to all types of trauma. Waller (1988) estimates that 20 to 25% of all persons hospitalized with an injury are problem drinkers or alcoholics. Also, Roizen (1988) reviewed emergency room (E.R.) studies and found that 20 to 37% of all E.R. trauma cases were alcohol related.

Alcohol users actually increase their risk of trauma, and most research findings support the relationship between alcohol use and severity of injury. Findings indicate that:

- 1) Alcohol abusers are more likely to be involved in a trauma event than are sober persons.
- 2) Given similar traumatic situations, a drinker is likely to be more seriously injured than a nondrinker.

In the emergency room setting, alcohol frequently complicates the assessment of trauma-related injury. For example, signs of intoxication (slurred speech, lack of coordination, memory lapses, etc.) can be overdiagnosed for symptoms of head injury by E.R. physicians. Conversely, underdiagnosis can also occur by attributing injury symptoms to alcohol, with physicians possibly missing a life-threatening condition.

Beyond the assessment of trauma-related injury, the treatment and management of trauma patients is also seriously complicated when alcohol is involved. For example, the administration of anesthesia to intoxicated patients poses a significant risk, and can delay much-needed surgery. Adverse reactions to drugs, anesthesia, and medications are also possible and may include fluid and electrolyte imbalance, blood coagulation problems, and alcohol withdrawal.

Despite the increased risks inherent in the assessment, treatment, and management of alcohol related trauma injuries, emergency room research findings indicate that routine blood-alcohol testing in trauma patients is relatively rare. Research found that of 320 motor vehicle accident patients seen in an emergency department, only one quarter were assessed for alcohol use or abuse. Further, of 47 patients who had significantly high blood-alcohol levels, *not one* was referred for alcohol abuse evaluation or treatment (NIAAA, "Alcohol Alert," January 1989, No. 3, p. 1). Physicians who do not test for alcohol risk misdiagnosing a life-threatening or coexisting condition, and also miss the opportunity to refer a person with an alcohol problem for treatment. This action could save many lives.

In February 1990, an Alcoholism Intervention Program (AIP) for drunk drivers and other referral categories was opened in a military community in Europe. The program is a joint effort between the military community and the hospital which serves it. Since its initiation, the program has evaluated 100% of identified drunk drivers in the community (n = 67) and found that about 84% met the medical criteria for diagnosis of either Alcohol Abuse or Alcohol Dependency. Though the target population in this study is small, these findings indicate the importance of assessing alcohol use or abuse.

Recommendations

Routine blood-alcohol testing should become part of emergency room admissions to aid in the proper diagnosis and treatment of trauma patients. Rockett and Putnam (1986) recommend that hospital personnel document alcohol information for injury cases to ensure appropriate medical care is provided - especially for head injuries. Documentation can also detect problem drinking and facilitate early referral of persons with alcohol problems for treatment.

This report was prepared by SGT Patricia Heagy, based on the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism paper "Alcohol Alert," January 1989, No. 3; USAREUR Fatal POV Accident Profiles for FYs 1987, 1988, and 1989; information letter from HQ 7th MEDCOM reference the Alcohol Intervention Program.

If you would like more information about alcohol abuse intervention please contact your local Community Counseling Center.



Research Report

29 November 1990

Information provided by the U.S. Army Medical
Research Unit-Europe, HQ 7th MEDCOM, APO NY 09102
A Special Foreign Activity of the Walter Reed Army
Institute of Research

10

Cohesion in the First Deployed COHORT Units

Military units are social organizations. Their behavioral activities and social-psychological state are the results of their members' shared beliefs and assumptions about the way things exist and operate within the unit.

The PRIMARY function of the Army's New Manning System COHORT replacement model was to keep junior enlisted soldiers together in company-size groups for their first term of service. In the initial model, all the COHORT soldiers went through Basic Training and Advanced Individual Training with their fellow soldiers via One Station Unit Training (OSUT).

Though several models were developed around the COHORT concept, the initial focus of the Walter Reed Army Institute of Research Unit Manning System study involved the deployment of individual OSUT companies to Europe and their entry into preexisting battalions for the remainder of their 36 month life cycle. For 10 COHORT companies or batteries deployed to USAREUR in FY 83, human dimension survey measures were taken once between two and six months after their arrival in Europe. For all 10 COHORT line companies, survey results are compared to at least one non-COHORT line company in the same battalion.

Results

The primary benefits found in the initial COHORT data are the soldiers' perceptions that the unit will do better in combat than other units, as well as agreement that unit members are those with whom they would want to go to war.

Horizontal bonding is a critical dimension of unit cohesion and morale, as well as combat readiness and effectiveness. The results show that soldiers from COHORT companies are more tightly bonded and less alienated from one another than non-COHORT soldiers from companies within the same battalion. For example, 55% of the COHORT junior enlisted soldiers agreed (or agreed strongly) with the statement that "people in this company feel very close to each other." Only 25% of non-COHORT junior enlisted soldiers agreed with this statement.

70% of COHORT E1-E4s agreed (or agreed strongly) that they know the people they work with very well in contrast to 49% of non-COHORT E1-E4s. COHORT soldiers were more likely

than their non-COHORT counterparts to agree that after-duty hours are spent with fellow members of their company. 40% of COHORT soldiers agreed (or agreed strongly) that people in their company "really look out for each other," compared with only 22% of non-COHORT soldiers.

Since 72% of both COHORT and non-COHORT soldiers responded "they're OK" to the survey question "How do you like the guys in your squad?", the higher level of horizontal bonding within the COHORT units should be linked to how well unit members *know* each other (based on day to day, face to face interactions) rather than on how well they actually *like* each other.

While COHORT units fared better on confidence in training, there were no significant differences when compared to non-COHORT units on measures of confidence in NCOs, officers, weapons, and personal skills. Thus, COHORT is not a cure for all the dimensions of unit morale.

It was correctly predicted that the higher horizontal bonding in COHORT units would lead to positive results on measures of psychological readiness for combat. For example, 39% of COHORT soldiers agreed that their company is one of the best in the Army, compared to only 22% of their non-COHORT counterparts. Also, while 34% of soldiers in both the COHORT and non-COHORT companies said they "did not know" if their company would do a better job in combat, only 18% of COHORT E1-E4 soldiers *disagreed* with this statement, compared to 39% of the non-COHORT soldiers.

At the squad level, significant differences were also found between COHORT and non-COHORT soldiers on important issues related to small-unit readiness. 53% of the junior enlisted soldiers in COHORT units agreed (or agreed strongly) that they would want to go to war with the men they regularly work with. Less than half of the non-COHORT soldiers (43%) agreed with this statement. Similarly, 29% of non-COHORT first-term soldiers said they would rather go to war with *some squad other than their own*, compared with only 16% of the COHORT first-termers.

Conclusion

When making comparisons between a COHORT and a non-COHORT unit - provided the COHORT unit is not significantly worse off on other dimensions of unit morale - the stronger horizontal bonding in COHORT units contributes to significant positive psychosocial outcomes. COHORT sets the stage for horizontal cohesion. It is up to leaders to seize the opportunity to nurture the cohesion among their soldiers and to foster soldier motivation.

This paper was prepared by SGT Patricia Heagy, based on "*The COHORT Company Replacement Model: A Reanalysis*," by CPT Mark Vaitkus.

NOTE: Although the results of the research conducted with these initial units indicate that COHORT provides an opportunity for higher horizontal bonding (that which takes place between and among the soldiers in a unit), care must be taken in generalizing to the entire company replacement method of COHORT implementation because of the small sample size. However, the consistency of results across battalions and multiple measures of horizontal cohesion remains impressive.



Research Report

14 December 1990

Information provided by the U.S. Army Medical
Research Unit-Europe, HQ 7th MEDCOM, APO NY 09102
A Special Foreign Activity of the Walter Reed Army
Institute of Research

11

Reducing Family Member Stress During Operation Desert Shield Deployments

Under the direction of the U.S. Army Community and Family Support Center, researchers have begun to assess the impact of Operation Desert Shield (ODS) on family members. This report summarizes preliminary findings based on interviews with family members, Family Support Groups, rear detachment commanders, and community/support agency leaders at five CONUS Army posts having units that deployed to Operation Desert Shield in August, 1990.

Key Stressors

Uncertainty. Because deployment notices often come without warning or with variable departure dates, families are unable to plan well for the event. Not knowing when the military member's unit may return compounds the sense of helplessness. Deployed service members are unable to relieve their families' anxieties about soldier health and welfare due to mail delays and lack of telephone communication.

Loss of security. Without their soldier spouses home, many spouses fear being alone and feel more vulnerable to assaults and burglaries. Although the rumors are worse than the reality, incident reports run the gamut from harassment by insurance salesmen to attempted break-ins. The inability to cope leads some family members to flee the military community entirely and lose contact with the rear detachment.

Role Overload. Many family members suddenly find themselves for the first time having to play alone the roles of parent, financial manager, auto mechanic, doctor, and household handyman. Their inexperience often includes not knowing how to get help from within the military community. Younger wives of junior enlisted soldiers, and those with preexisting monetary or child behavioral problems are especially susceptible. Those without power of attorney face added roadblocks to conducting family business.

Financial Strain. The loss of separate rations pay before receiving imminent danger pay and other allowances causes hardship for many household budgets. In some families where the military member has a part-time job or the spouse has to cut back on a job due to role overload, additional expected income is lost. Few plan for new telephone and mailing expenses to/from Saudi Arabia. A fair number of spouses have little idea how to revise a family budget or how to get the necessary information to do so.

Loss of Emotional Support. Life without the military member creates a social void that most find impossible to fill. Some become increasingly distrustful or bitter toward the Army or the unit, which often results in isolating oneself from other military spouses and withdrawing from family support groups. Enough move away (20-25%) to hurt what social networks, e.g. recreational and religious, previously existed. Many also have to deal alone with their children's fears or depression.

Agents of Stress Reduction

Personal Resources. Those with prior deployment experience, greater knowledge of the Army system, ability to use the community support network, adequate financial resources, realistic expectations, and personal resiliency are better able to cope with the deployment. However, even these advantages are muted if the military member has just returned from an overseas assignment.

Family Assistance Centers (FACs). At the installation level, these are one-stop centers with stations available to address the total array of family members' information and support needs. They are most effective before and immediately after deployment when the need for extensive help by large numbers of family members is most urgent. Rumor control is best handled at such a center. Commanders must publicize the center during their predeployment briefings.

Family Support Groups (FSGs). These unit-based groups provide emotional and physical support for family members, in addition to serving as an information link with the unit command and the Army community. FSGs that exist at company level before the deployment, are democratically run, and whose leaders have previous experience or receive stress management training from chaplains, are best able to care for family members. Hierarchical "chains of concern" that include volunteer spouses up and down the installation chain-of-command are useful for rapid news communication or to act as advocates for family problems at senior levels. Such chains, however, are prone to "burnout" and can have difficulty relating to junior soldier spouses.

Rear Detachment Commands. Rear detachment commanders (RDCs) down to company level are crucial for family support during deployments. Units without RDCs are likely to have disorganized, ineffective FSGs that are unable to get family members the information and assistance they need. RDCs that work closely and cooperatively with FSGs have better rumor control, less conflict, and higher satisfaction among unit family members. RDCs encourage greater participation in FSGs by diligently updating address lists and actively sending information through an alert roster. Departing leaders should choose RDCs based on their experience, training, reliability, organizational abilities, and interpersonal skills.

Chaplains. FSGs, FACs, and RDCs do a better job when chaplains play a proactive educational and advisory role. In addition to providing training for group leaders, chaplains can serve to mediate disputes, clear up misunderstandings, and lower distress levels of both family members and Army personnel. Chaplains who have access to ongoing Family Life Centers can also offer a neutral setting for counseling. There is no one better than a chaplain to address family members' deepest fears and anxieties about the dangers facing the deployed spouse or their own abilities to cope in his or her absence.

Command Support. As in any other effort that involves so many family members, there is no substitute for a clear and forceful commitment to family support at the community and division command level. Such a stance helps all personnel to do their best in meeting the goal of serving Army families.

Sources:

Teitelbaum, J. (1990). *Summary of Qualitative Findings from Phase I Site Visits*. Unpublished manuscript.

Westhuis, D. (1990). *Human Factors in Operation Desert Shield: The Role of Family Factors*. Unpublished manuscript.

Prepared by: CPT Mark Vaitkus



Research Report

20 February 1991

Information provided by the U.S. Army Medical
Research Unit-Europe, HQ 7th MEDCOM, APO NY 09102
A Special Foreign Activity of the Walter Reed Army
Institute of Research

12

LEVELS OF FAMILY MEMBER STRESS DURING OPERATION DESERT SHIELD DEPLOYMENTS

From 1 to 26 October 1990, researchers working under the direction of the U.S. Army Community and Family Support Center conducted a pilot survey of family members at five CONUS Army installations having units that deployed to Operation Desert Shield. The purposive sample of 372 family members consisted of those whose spouses were regular active duty Army (66%), activated Army Reserve (18%), and National Guard (16%). These spouses held the grades of E1-E4 (22%), E5-E9 (53%), O1-O6 (20%), or were warrant officers (4%). Sixty-nine percent (69%) of them had deployed to Saudi Arabia. Most of the family members (69%) had dependent children living at home and 49% held jobs outside the home.

Levels and Sources of Stress

Family members were asked about "what level of conflict or stress in (their) family and personal life" they are experiencing now versus during the year before the start of Operation Desert Shield. They responded as follows:

Stress Level	Before ODS %	Now %
None	33	4
Slight	45	15
Moderate	13	34
High	5	29
Very High	3	18

Just one-fifth (21%) say they were experiencing moderate to very high stress prior to Operation Desert Shield compared to four-fifths (81%) now. In another finding, 70% currently see their family responsibilities as being more rather than less demanding and 60% of those with jobs say the same thing about work. At the same time, however, a majority of family members say they are closer to successful rather than unsuccessful in handling both sets of responsibilities.

Family members were also given a list of seventeen possible stressors caused by Operation Desert Shield and asked "how much of a problem" they were having as a result of each. The following are the top ten stressors rank ordered by the percentage who said it was a "moderate," "great," or "very great" problem:

1. (The overall) changes created by Operation Desert Shield for you and your family members 75%
2. Your own emotional well-being 49%
3. Communicating with your (soldier) spouse 47%
4. Your child(ren)'s emotional well-being 45%
5. Your family's safety in the event of war 44%

6. Having enough money to meet expenses, pay bills, etc.	32%
7. Having time to spend with your family	31%
8. Sending packages/parcels to your (soldier) spouse	31%
9. Getting child care	29%
10. Being able to get car or household repairs done	29%

Levels and Sources of Support

Most family members have a friend, neighbor, or relative besides their spouse to whom they can turn for support. The availability of such a person, however, depends somewhat on the type of support needed. For example, 85% said someone was "probably" or "definitely" available for listening "when you need to talk" but less than 55% said the same for making "a short-term loan of \$25-\$50." Other levels of availability included 76% for going "with you to do something enjoyable," 74% for lending household tools or equipment, 70% for taking "care of your child(ren) in an emergency," and 69% for providing "transportation when you need it."

About 28% of the sample had received some help from an Army Family Assistance Center or Family Support Coordinator. Additionally, in terms of whom family members felt they could "count on" to a "very great," "great," or "moderate extent," for "help with (their) personal or family problems," the following percentages were received (*=if applicable):

Close relative	88%	Army chaplain	56%
Non-Army neighbor/friend	79%	Work supervisor*	54%
Co-worker*	73%	Member of spouse's unit	53%
Family Support Group	71%	Other Army unit member	46%
Army neighbor/friend	60%	Army agency staff member	41%

When it comes to family members' beliefs about "how supportive of Army families" various Army leaders are, few say they are "unsupportive," but there are large percentages in the "neutral/don't know" category regardless of leaders' rank:

Leader Type Evaluated	Supportive	Unsupportive	Neutral/Don't Know
Officers in my spouse's unit	39%	11%	50%
NCOs in my spouse's unit	38%	11%	52%
Officers in high positions at my post or Reserve Center	37%	11%	53%
Rear Detachment command or Reserve Center personnel	34%	8%	57%

Conclusions

This survey reveals that while family members face considerable stress as a result of Operation Desert Shield deployment, most can depend on a solid base of emotional support and practical assistance. New problems have arisen, but personal and community resources are available to deal with them. From a policy standpoint, the focus should be on identifying those family members who are not coping well, reiterating what services are available to help, and offering referrals as applicable. In addition, Army leaders should demonstrate their commitment to family support in a clear and forceful manner.

Prepared by CPT Mark Vaitkus, ETS 370-2626.

Source: Peterson, M. and Fowlkes, T. (1990). *Operation Desert Shield Family Member Survey: Summary of Results*. Unpublished manuscript.



Research Report

29 July 1991

Information provided by the U.S. Army Medical
Research Unit-Europe, HQ 7th MEDCOM, APO NY 09102
A Special Foreign Activity of the Walter Reed Army
Institute of Research

13

Comparing Family Support in USAREUR and CONUS During Operations Desert Shield/Storm

Researchers from USAMRU-E, Headquarters USAREUR Office of the Deputy Chief of Staff for Personnel, the Department of Military Psychiatry (WRAIR), and the U.S. Army Research Institute met in late May 1991 to share preliminary findings on family support achievements and problems during Operations Desert Shield and Storm (ODS). Discussions were based on survey, interview, and observational data gathered periodically in both U.S. Army-Europe (USAREUR) and the continental United States (CONUS) since the start of unit deployments to Southwest Asia (SWA). While detailed quantitative comparisons were not yet available, it was still possible to conclude the following.

Similarities in Family Support Experience

Support Availability and Coping. The great majority of spouses in both settings were able to cope well with deployment separation. This was true even for those who worked outside the home. Family members believed emotional and practical (e.g. transportation and child care) supports were available to them. Units, however, had difficulty keeping in contact with spouses who had left the military community or whose sponsors had been cross-attached from another unit.

Family Support Groups. Almost all family members in both USAREUR and CONUS had access to and were aware of a family support group serving them. Regardless of setting, group leadership tended to mimic the unit chain-of-command. The structure of the group, however, was less important to effectiveness than the existence of the group prior to Desert Shield and its experience handling previous soldier-family separations.

Burdens of Volunteer Leadership. Those in leadership positions ran the risk of burnout when they did not believe there was anyone else with whom to share the work. Demands on time were often greatest from the few individuals present in every community who were not coping well. Initially, there was some confusion over what resources were currently available or might become available. Most leaders knew where to go for help, but could have used more training early on, for example on how the casualty notification system works.

Communication with SWA. Mail appeared to be "broken" regardless of origin. Despite new technologies like E-mail and FAX, the only sure means of electronic communication was the telephone. Once AT&T set up direct lines from SWA to Germany, cost and waiting time were more comparable to calls from SWA to CONUS. Universal perceptions existed, however, that access to phones in the desert was rank and unit related. Higher AT&T bills were a significant new expense for families, compounded in USAREUR by more transatlantic calls to relatives in the States.

Spouses of Nondeployed Soldiers. Helping programs specifically targeted to spouses of Desert

Storm soldiers created some resentment among other spouses who felt that their support needs were being devalued or neglected. "We-they" attitudes persisted despite official reassurances that the long work hours and additional duties of soldiers left behind were just as important to mission success as ODS deployment.

Differences in Family Support Experience

Families Moving Away. In military communities with deploying units, conservative estimates of families who left were 20-25% in CONUS and 6-8% in USAREUR. It is unknown how many of these families may have returned to their communities following extended stays with relatives. While it was less practical for families in Europe to leave, the USAREUR Commander-in-Chief (CINCUSAREUR) also made it a command priority to keep families in Europe and provide them all necessary support.

Support Management and Problem-Solving. USAREUR families benefitted from the efforts of a centralized Family Support Task Force. This forum allowed community representatives to raise grass-roots issues with HQ USAREUR staff members in an action-oriented setting. Successful initiatives included a 24-hour telephone assistance line in each community, free MAC flights for family members traveling without their sponsors, use of nontactical vehicles for family needs, reimbursement of volunteer expenses, and post privileges for those acting in loco parentis. In addition, Project Friendship facilitated host nation support for USAREUR families.

Family Assistance Centers (FACs). The majority of CONUS families seemed to have little or no experience with a FAC, compared to a majority in USAREUR who found them supportive. USAREUR's FACs were consistently well-organized and received media attention, whereas FACs in CONUS were established and publicized in a more haphazard fashion.

Relationships with Rear Detachment Commanders (RDCs). Although there was little difference in family member perception of RDC support, the working relationships between family support group leaders and RDCs were more routinized and positive in USAREUR.

Medical Care Fears. When outpatient services were moved from USAREUR hospitals to make room for war casualties, family members worried that they would be forced to seek care on the German economy. When reservists arrived and large numbers of casualties did not, medical care availability was actually better than before ODS.

Homecoming. Family members in Europe did not experience the outpouring of public support and gratitude that their counterparts in the U.S. enjoyed. Nevertheless, most USAREUR communities welcomed returning units home with Desert Storm victory celebrations, commanders gave soldiers time off to be with their families, and CINCUSAREUR offered three-day passes to Berchtesgaden with free lodging and transportation to all soldiers and their family members.

Conclusions

Despite the additional challenges faced by USAREUR during the ODS period, for example the threat of terrorism and the continuation of unit inactivation, family members coped at least as well as their stateside counterparts. This success can be attributed to a command climate that set a high priority on solving family problems and implementing innovative support programs. USAREUR also capitalized on the fact that centralized problem-solving works well when communities share the same organizations (e.g. the same bank) and common media support (*The Stars and Stripes* and Armed Forces Network).

Prepared by: CPT Mark Vaitkus



Arbeitsbericht

22. August 1989, Nr. 1

Suizide der US Army, Europe im Jahre 1985

Hinweis: Wegen erneuten Interesses an der Suizidproblematik sind Informationen des Arbeitsberichts "USAREUR Active Duty Suicides, CY 1985" wie folgt zusammengefaßt:

Dieses explorative Forschungsprojekt untersucht suizidales Verhalten in der US Army, Europe (USAREUR) im Jahre 1985. Die Untersuchung identifiziert folgende Faktoren: (1) Psychologischer Zustand der Opfer vor dem Suizid (2) Soziale und/oder umweltbedingte Belastungen vor dem Suizid (3) Typische Anzeichen in Sprache, Verhalten, und Situation der Betroffenen (4) Reaktionen auf die präsuizidalen Anzeichen von seitens eines Verhinderers (5) Aufsuchen der medizinischen Einrichtungen vor dem Suizid und (6) Reaktionen der Teileinheit auf den Suizid eines Mitglieds.

ERGEBNISSE:

Im Jahre 1985 starben 15 amerikanische Soldaten durch Suizid. Diese Opfer waren meistens männlich, im Dienstgrad E-5 oder niedriger, und nicht älter als 30 Jahre. Die zwei häufigsten Suizidmethoden waren der Gebrauch von Schußwaffen und Erhängen. Eheprobleme oder Liebeskonflikte waren die häufigsten Auslöser. Vier der Opfer waren während der Dienstzeit in einer psychiatrischen Klinik in stationärer Behandlung, und zwei andere waren in einer psychiatrischen Klinik in ambulanter Behandlung. Zwei Opfer hatten Kontakt mit Fachdiensten (Family Advocacy Case Management Team) wegen möglicher Mißhandlung oder Vernachlässigung. Mit Ausnahme der Soldaten, die an eine psychiatrische Beratung oder Betreuung verwiesen wurden, zeigten die meisten vor ihrem Tode keine klassischen Symptome von Extremdepression. Ihre soldatischen Leistungen wurden meistens mit befriedigend oder gut beurteilt. Ihr äußerliches Erscheinungsbild verschlechterte sich nicht, und Stimmung und Gemütsbewegungen änderten sich nicht merklich. Die meisten diskutierten ihre Suizidpläne nicht mit Freunden; sie versuchten bewußt, die mit Unbehagen und Schmerz verbundene Belastung allein zu verarbeiten. In mehr als 50% der untersuchten Fälle wurde Alkohol vor dem Suizid getrunken.

In keinem Fall wurde nachgewiesen, daß die Führung sich gegenüber dem belasteten Soldaten grob unsensibel verhielt. Wenn sie Kenntnis von der Belastung des Soldaten hatte, wurde der Soldat in der Regel besonders unterstützt. Keine militärbedingten Faktoren, z.B., Dienstanforderungen, Unzufriedenheit, usw., trugen zum Suizid des belasteten Soldaten bei.

Es wurde festgestellt, daß der Suizidtod eines Mitarbeiters zugleich Vorgesetzte, Untergebene und Gleichrangige sehr beunruhigt. Daraus folgten geringere Leistungsfähigkeit, Schuldgefühle, Ärger und Angst. Die frühe Intervention von Fachleuten kann die negativen Auswirkungen dieses unerwarteten Verlustes verringern.

EMPFEHLUNGEN:

1. Wir müssen erkennen, daß die Identifizierung und die Überweisung eines potentiellen Suizidenten an eine Fachkraft nicht immer ausreichen, einem Suizid vorzubeugen. Wir müssen neue Wege zur Intervention und zur Betreuung von Menschen finden, die die verfügbare Hilfe ablehnen oder sie sich nicht holen können.
2. Die Verbindung zwischen den sozialen und psychiatrischen Einrichtungen und der Einheit des Risiko-Soldaten muß verstärkt werden. Suizidprävention muß zugleich Zusammenarbeit, Verpflichtung und Dialog für die Einheit und Sozialarbeiter (Wehrmediziner, Wehrpsychologen usw.) einschliessen.
3. Wir glauben, daß baldige Hilfe den Angehörigen der Einheit die Zeit der Funktionsunfähigkeit nach einem Suizid verkürzen kann. Diese Unterstützung soll jedem (der Führung, den Mannschaften und den Vertrauten des Verstorbenen) zur Verfügung stehen. Unterstützung der höheren Dienststellen während dieses Verarbeitungsprozesses ist ebenfalls wichtig.
4. Wir müssen Kurse in der Verarbeitung und Bewältigung von Streß als feste Bestandteile in die militärische Ausbildung integrieren. Mit dieser Hilfe kann der Soldat die Ursache seiner Probleme besser verstehen und möglicherweise besser in den Griff bekommen. Dadurch hoffen wir, die mit suizidalem und funktionsstörendem Verhalten (z.B. Mißhandlung, seelische Krankheiten, Alkohol- und Drogenmißbrauch) verbundenen Belastungen zu vermindern.
5. Wir müssen vorsichtig sein, nicht einem anderen Menschen die Schuld zu geben, wenn jemand durch Suizid stirbt. Wenn sich in einer Einheit ein Suizid ereignet, ist es ein tragischer Irrtum anzunehmen, daß die Führung sorglos gehandelt habe. Das Resultat ist ein zweites Opfer des Suizids - ein Kommandeur, der unschuldig ist.
6. Wir müssen die Truppen über Alkoholmißbrauch aufklären, besonders wenn Alkohol als Streßbetäuber benutzt wird und Depression und/oder Hoffnungslosigkeit im Spiel sind.
7. Bei der Untersuchung von Suiziden ist Vorsicht geboten. Die Untersuchung eines Suizids geschieht immer aus der Retrospektive. Der Untersuchende muß sich auf die Aussagen Dritter verlassen, deren Auskünfte zwar nach bestem Wissen, aber beeinflußt von Schock, Wut, Kummer und Schuldgefühlen, gegeben werden.

Anschrift: U.S. Army Medical Research Unit-Europe, 7th Medical Command, Nachrichten-Kaserne, Karlsruher Str. 144, 6900 Heidelberg 1. Tel.: 06221-300276.

Zusammengefaßt von: OTL James A. Martin, Kommandeur, U.S. Army Medical Research Unit-Europe.

Literaturquelle: OTL Edwin W. Van Vranken, "USAREUR Active Duty Suicides CY 1985."

Übersetzt von Evelyn H. Golembe, U.S. Army Medical Research Unit-Europe.



Arbeitsbericht

23. August 1989, Nr.2

Zur Unterstützung des Sanitätspersonals nach tödlichen Übungsunfällen

Bei militärischen Unfällen ist das Sanitätspersonal extrem persönlichem und beruflichem Druck ausgesetzt. Während sie zerquetschte oder von Explosionen zerissene Soldaten bergen, sehen ihnen Vorgesetzte und Freunde zu. Eine zusätzliche Belastung ist die Alptraum-ähnliche und oft lebensgefährliche Umgebung, in der die Rettung stattfindet. Unsere Untersuchungen (U.S. Army Medical Research Unit-Europe) von vier tödlichen Trainingsunfällen zeigen, daß nach solch einem traumatischen Erlebnis sowohl persönlicher als auch beruflicher Beistand für die Gesundheit und weitere Einsatzbereitschaft des Sanitätspersonals eine große Rolle spielt.

Unsere Untersuchungen zeigen, daß Feldsanitäter bei ebenfalls trauernden Soldaten und Kollegen emotionalen Beistand finden. Der berufliche Beistand, der dem Feldsanitäter hilft, den Tod seines Patienten zu bewältigen, besteht in einer abschließenden Besprechung mit seinem Vorgesetzten (Physician Assistant*). Diese Besprechungen, die ein bis drei Tage nach dem Unfall stattfinden, ermöglichen Offenheit bei der beruflichen Bewertung des Einzelnen und zielen darauf ab, was aus Fehlern und festgestellten Unterlassungen gelernt werden kann. Die Wirksamkeit dieser Maßnahmen zeigt sich in den Ergebnissen. Kein Feldsanitäter zweifelte an seiner medizinischen Kompetenz, nachdem die Opfer nicht gerettet werden konnten. Kein Feldsanitäter glaubte, daß die Beziehung zur Einheit beeinträchtigt sei.

Die Physician Assistants (PAs) wurden von Offizieren in der Einheit persönlich unterstützt, aber hatten örtlich keine Kollegen, die ihnen bei der Trauerarbeit helfen konnten. In beruflicher Hinsicht fanden sie noch weniger Unterstützung. Sie hatten weder Kontakt mit den zuständigen Ärzten noch wurden ihnen die Autopsie-Berichte zugänglich gemacht. Weder erhielten sie Feedback über die erbrachte Qualität der Erstversorgung noch persönliche Unterstützung von ihren Vorgesetzten bezüglich der von ihnen erwarteten Leistung. Kurzum, ihnen wurde kein beruflicher Beistand nach dem tödlichen Unfall geboten.

Weil es an Unterstützung fehlte, bewerteten sie sich selbst und ihre Leistung sehr kritisch. Folglich hatten sie ernste, jedoch unbegründete Bedenken bezüglich der Qualität ihrer Versorgung. Während jeder PA sich den Erwartungen entsprechend, wenn nicht mutig eingesetzt hatte (dem ATLS Standard wurde entsprochen bzw. er wurde in allen Fällen übertroffen), war es keinem klar, daß der Einsatz ein Erfolg war, weil Patienten gestorben waren. Mangels Aufarbeitung der Fälle hatten sie an ihre Vorbereitung und ihr Können nicht mehr geglaubt.

Dieser Verlust an Selbstvertrauen wirkte sich nicht nur auf ihre Selbstachtung sondern auch auf ihre Fähigkeit aus, Patienten zu versorgen. Trotz gegenteiliger Beteuerungen ihrer Kommandeure und Offiziere glaubten einige sogar, daß sie den Respekt der Einheiten nicht mehr verdienten und daß die Truppen ihre Kliniken mieden.

Folgende Empfehlungen leiten sich von ersten Ergebnissen ab:

- PAs über den Zustand der betreuten Patienten informieren, wenn der Patient in eine andere Behandlungseinrichtung verlegt wird; vor allem wenn der Gesundheitszustand des Patienten sich drastisch verändert.
- Die Ergebnisse der Autopsie per Telefon durchgeben (eine Kopie des Berichtes per Post schicken), so daß PAs den Feldsanitätern diese Information weitergeben können; über die schlechte Prognose des Verstorbenen informiert sind.
- Sanitätsdienstliche Vorgesetzte besprechen die Qualität der Erstversorgung möglichst kurz nach dem tödlichen Unfall mit den PAs und geben eine positive Rückmeldung.
- Vorgesetzte in höheren Dienststellen setzen sich mit dem PA in Verbindung um berufliche Unterstützung zu gewähren; vor allem persönlichen Kontakt aufnehmen, besonders wenn zusätzliche Maßnahmen erforderlich sind.

Fragen/Bemerkungen zu diesem Bericht werden an Major Robert J. Przybelski (M.D.) erbeten. Adresse: U.S. Army Medical Research Unit-Europe, Nachrichten Kaserne, Karlsruher Str. 144, 6900 Heidelberg 1 (Tel.: 06221-300276).

Übersetzt von Evelyn H. Golembe, U.S. Army Medical Research Unit-Europe.

*Physician Assistants sind Sanitätsfeldwebel, die nach einer zweijährigen Zusatzausbildung zum Warrant Officer befördert werden. Warrant officer entspricht einem Fachoffizier ohne Offizierspatent.



Arbeitsbericht

15. Januar 1990

U.S. Army Medical Research Unit-Europe
Nachrichten Kaserne, Karlsruher Str. 144, 6900 Heidelberg 1

Nr. 3

Die Soldatenfamilie im Wandel

Der Wandel zu einem "verheirateten" Heer begann in den vierziger Jahren und beschleunigte sich nach 1973 mit der Einführung der Freiwilligen-Armee. Die Zahl der verheirateten Soldaten ist seit 1973 vor allem bei den Mannschaften angestiegen. Das bedeutet, daß ein großer Teil der jungen Soldaten schon verheiratet ist und Kinder hat. Folglich **vermehren sich die Belastungen, die für junge Familien mit dem frühen Militärdienst verbunden sind.**

Soldaten heiraten früher als Zivilpersonen. Beispielsweise heiraten Männer im Durchschnitt mit 25.5 Jahren zum ersten Mal und Frauen mit 23.3 Jahren. Dagegen heiraten Soldaten im Durchschnitt mit 20.7 Jahren und Soldatinnen mit 20.4 Jahren. Soldatenfamilien bekommen auch früher Kinder. Zum Beispiel haben 74% der Soldaten im Alter von 25 bis 29 Kinder im Vergleich zu 66% der Zivilbevölkerung derselben Altersgruppe.

1979 waren in der Armee drei Viertel der alleinerziehenden Eltern Männer; bis 1985 war der Anteil der Männer und Frauen fast gleich. **Ca. 30% der Soldatinnen sind auch Mütter.**

Wie Frauen in der Bevölkerung so suchten in den achtziger Jahren auch Soldatenfrauen zunehmend nach Arbeit. Ihr Anteil am Arbeitsmarkt (berufstätig oder arbeitslos) hat sich zwischen 1970 und 1988 mehr als verdoppelt (von 30.5% auf 62.1%). Diese starke Orientierung an einer bezahlten Beschäftigung bei jungen Soldatenfrauen (wie bei Frauen in der Bevölkerung) hat die heutige Nachfrage nach Arbeitsvermittlung und nach erschwinglichen Kinderhorten schon vorgezeichnet.

Die aktuelle Forschung der "Community and Family Support Center" zeigt, daß **eine bezahlte Beschäftigung (und Beschäftigungschancen) für die Zufriedenheit der Familie mit dem Soldatenleben und für die Bereitschaft, sich weiterzuverpflichten, eine große Rolle spielt.** Folgende Faktoren wirken sich auf die Erwerbstätigkeit von Familienmitgliedern (und die daraus folgende Zufriedenheit mit dem Militärleben) aus:

Versetzungen - Ein Umzug bedeutet für die Familie eine große Belastung, besonders wenn der jeweilige Ehepartner kündigt und einen neuen Arbeitsplatz sucht oder eine Berufslaufbahn neu beginnt und/oder fortsetzt

Feldeinsatz/Mobilität (einschließlich Dienstreisen) - Häufigkeit, Dauer und die "wahrgenommene" Notwendigkeit für die Abwesenheit des Soldaten von seiner Familie stellen Probleme für die Familienmitglieder dar.

Dienstzeitbelastung - Zeitaufwand, persönlicher Einsatz und voraussehbare Arbeitszeit wirken sich auch auf die Familienmitglieder aus.

Um die Soldatenfamilie zu entlasten, empfehlen wir folgende Maßnahmen:

Betonung präventiver Maßnahmen in der militärischen Gemeinde (eine besonders lohnende Investition im Bereich der sozialen Fürsorge).

Unterstützung der jungen, unerfahrenen Soldatenfamilien bei der Anpassung an das Soldaten- und Familienleben. Dienstleistungen durch die militärische Gemeinde sind besonders wichtig.

Unterstützung der jungen Soldatenfamilien bei Versetzung oder Wohnungssuche.

Ergänzen der Ausbildung von jungen Offizieren und Unteroffizieren durch Maßnahmen im Bereich der Soldatenfamilien mit folgenden Zielsetzungen:

Den Zusammenhang zwischen einer gesunden Familie, Kampfbereitschaft und Weiterverpflichtungsbereitschaft erkennen.

Mit Soldatenfamilien sprechen zu können. Die kleine Einheit ist die Verbindung zwischen der Familie und der Armee. Schon von Beginn der militärischen Laufbahn an müssen Offiziere und Unteroffiziere wissen, wie man mit Soldatenfamilien und deren Problemen umgeht.

Wissen und Können in der Anwendung der sozialen Einrichtungen der Gemeinde vergrößern. (Wir müssen auch das Verständnis der im Sozialbereich Tätigen für die Führung vergrößern.) Je mehr wir die Dienstleistung durch die Einheit (und im Sinne der Einheit) anbieten können, desto besser. Zum Beispiel sind Sprachenlernen, finanzielle Beratung, Verbraucherverhalten usw. Dienstleistungen, die durch die Dienststellen der Einheit angeboten werden können und durch die die Fürsorge der Einheit für ihre Soldaten (und deren Familienmitglieder) gezeigt wird. Dienstleistungen dieser Art ermöglichen die in der Einheit bestehenden und den Zusammenhalt fördernden Aktivitäten.

Fragen/Bemerkungen zu diesem Bericht werden an OTL James A. Martin, Medical Service, erbeten. (Tel.: 06221-300276)

Anmerkung: Die Information für diesen Bericht ist folgenden Quellen entnommen:

—Rand Corporation Report, "Families in the Army: Looking Ahead," Morrison, Vernez, Grissmer, und McCarthy, Juni 1989 (Ergebnisse von 1985).

—Army Science Board Final Report, "The Army Community and Their Families," Mai 1989.



Arbeitsbericht

6. Februar 1990, Nr. 4

Zur Vorbeugung gegen Gefechtsermüdung

Gefechtsermüdung ist eine normale Reaktion auf Streß im Kampf. Gefechtsermüdung ist auch ein wichtiges Thema der Kampfbereitschaft, das wir oft vergessen.

Übelkeit, Herzklopfen, Reizbarkeit, Euphorie, Befehle nur unzureichend zu verstehen, und widerstrebendes Verlassen einer sicheren Umgebung gehören zu den Reaktionen auf das Kampfgeschehen. Der Begriff "Gefechtsermüdung" bezieht sich auf eine Situation, in der eine dieser Reaktionen so stark wird, daß der Soldat handlungsunfähig wird. In einem schweren Fall kann der Soldat für sich und andere zur Gefahr werden.

Bei extrem heftigen Kämpfen kann die Zahl der streßbedingten Ausfälle gleich groß oder größer sein als die Zahl der Verwundeten. Während des Zweiten Weltkrieges waren 25% der evakuierten Soldaten durch Gefechtsermüdung ausgefallen. Das kann zu einem großen Verlust an Kampfstärke führen. Der militärische Führer kann vorbeugende Maßnahmen empfehlen, um diesen Verlust zu vermindern. Viele dieser Maßnahmen beziehen sich auch auf Streßreaktionen der Gefechtsausbildung zu Friedenszeiten.

Ausbildung. Hartes, realistisches Training ist notwendig, um Selbstvertrauen und Gruppenkohäsion aufzubauen. Soldaten, die sich selbst, ihren Kameraden, ihren Führern und ihren Waffen vertrauen, zeigen sich weniger anfällig für Gefechtsermüdung.

Körperliche Tüchtigkeit. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, daß Soldaten, die körperlich fit sind, weniger streßanfällig sind.

Schlaf-Disziplin. Ausgeruhte Soldaten können besser auf Streß reagieren. Mäßiger Schlaf kann Soldaten schon helfen mit Streß besser umzugehen. Schlaf-Disziplin sorgt für eine adäquate Ausruhphase. Soldaten brauchen täglich mindestens vier Stunden Schlaf. Der militärische Führer braucht sechs Stunden. Für Führer, die Entscheidungen treffen müssen, kann die psychische Belastung noch schneller als die körperliche zur Gefechtsermüdung führen. Es ist notwendig, daß Soldaten wie Führer genügend Schlaf nachholen.

Ernährung. Gut ernährte Soldaten können besser auf Streß reagieren. Obwohl nicht lebensnotwendig, wirkt eine heiße Malzeit aufmunternd. Es empfiehlt sich, die Soldaten, wann immer möglich, mit ausreichenden Rationen zu versorgen und heißes Essen anzubieten.

Erziehung. Wenn sie über Gefechtsermüdung informiert sind, sind die Soldaten ruhiger, und die Belastung ist geringer. Gute Erziehung schließt eine Erklärung der Gefechtsermüdung ein, wie ihr vorgebeugt werden kann, und welche große Rolle die Hilfe der Kameraden bei Gefechtsermüdung spielt.

Entspannung. Einfache Entspannungsmethoden (tiefes Ein- und Ausatmen, systematische Muskel-Entspannung) helfen Streß abbauen. Manche Soldaten kennen diese Methoden nicht. Das Lernen und Üben dieser Methoden zu Friedenszeiten erleichtert ihre Anwendung im Krieg.

Gesunde Familienbindungen. Wissenschaftliche Studien zeigen, daß ein Soldat mit Familienproblemen eher anfällig ist für Gefechtsermüdung. Dies ist wichtig, da die meisten Soldaten verheiratet sind. Soldatenfamilien profitieren von der Unterstützung durch die Einheit und den Möglichkeiten, die die Truppenteile und die Armee bieten.

Moral und Gruppenkohäsion. Dies ist wohl die wichtigste Vorbeugungsmaßnahme. Unsere Forschung zeigt, daß Truppenteile mit hoher Moral auch eine niedrigere Streßrate aufweisen. Gruppenkohäsion ergibt sich aus guten Bindungen innerhalb der Truppe und zwischen der Mannschaft und ihren Führern (horizontale und vertikale Kohäsion). Kohäsion, Erwartungen der Einheit, und militärische Werte (Pflicht, Ehre, Vaterland) gewährleisten, daß Soldaten weiterkämpfen, die sonst fliehen würden.

Was bedeutet Gruppenkohäsion? Truppenteile mit hoher Moral und Kohäsion weisen ein festes, aber gerechtes Führungsklima auf. Ersatz wird schnell integriert, wenn möglich als Gruppe. Auszeichnungen und Feierlichkeiten finden in der Einheit statt, um deren Stolz zu entwickeln. Kohäsive Truppenteile schöpfen jede Möglichkeit aus, die Soldaten als Team zusammenarbeiten zu lassen; Sport ist ein gutes Beispiel. Ein fester Stundenplan hilft der Moral. Als letzter Punkt: die kohäsive Kampfgemeinschaft verschwendet nicht die Zeit des Soldaten, sie ist produktiv. Soldaten in einer kohäsiven Kampfgemeinschaft sind die wichtigste Ressource des Kommandeurs.

Verfasser: Sergeant Bradley Powers, U.S. Army Medical Research Unit-Europe.

Übersetzung: Evelyn H. Golembe, U.S. Army Medical Research Unit-Europe.

Literaturquellen:

Holmes, R. (1985). **Acts of War: The Behavior of Men in Battle.** New York, N.Y.: The Free Press.

Rahe, R. H. (1988). Acute Versus Chronic Psychological Reactions to Combat. **Military Medicine**, Vol. 153 (7), 365-372.

Adresse: U.S. Army Medical Research Unit-Europe; Nachrichten Kaserne, Karlsruher. Str.144, 6900 Heidelberg 1. Tel.: 06221-300276.



Überwindung der Folgen tödlicher Unfälle bei der militärischen Ausbildung

In Untersuchungen von fünf tödlichen Unfällen bei der militärischen Ausbildung konnte USAMRU-E normale Prozesse zur Linderung der Schockeinwirkungen nachweisen, sowie Hinweise für die Menschenführung geben, die es der Einheit erleichtern, die Folgen des tödlichen Unfalls zu überwinden. Die Studien betreffen in Deutschland stationierte US-Jäger und -Panzereinheiten. Es ist noch nicht untersucht worden, ob die Beobachtungen auf andere Streitkräfte angewandt werden können.

Nach einem tödlichen Unfall bildete die Einheit den sozialen Rahmen, in dem der Schock abgebaut wurde. Trauer und traumatischer Streß wurden gemildert, indem die Soldaten miteinander sprachen, ihre Reaktionen auf das Ereignis verglichen und Erinnerungen an den Verstorbenen austauschten. Es war vorteilhaft, wenn Vorgesetzte dafür sorgten, daß von der Einheit vorübergehend abwesende Soldaten zu ihren Kameraden zurückkehrten.

Sehr wichtig für die belasteten Soldaten war die Unterstützung durch die Kompaniechefs, die jedoch von administrativen Aufgaben sehr in Anspruch genommen waren, welche die Unfälle mit sich brachten. Wenn der Bataillonsstab bei dieser Verwaltungsaufgaben Hilfe anbot, hatten die Kompaniechefs mehr Zeit für ihre Soldaten.

Die engsten Freunde der Verstorbenen wurden als besonders hilfsbedürftig erkannt und wurden von Freunden und Vorgesetzten intensiv unterstützt. Die Not anderer unter besonderer Belastung stehender Personen war weniger offenkundig. Zu diesen zählten die Vorgesetzten des Verstorbenen, Überlebende des Unfalls, die Rettungsmannschaften, Personen, die erste Hilfe geleistet hatten und Soldaten, die mit den Leichen in unmittelbare Berührung gekommen waren.

Die Soldaten waren oft beunruhigt darüber, wie sie auf die Trauer und den traumatischen Streß reagierten, z.B. mit Schlaflosigkeit, Alpträumen und Appetitlosigkeit. Es war hilfreich, wenn Vorgesetzte ihnen erklärten, daß solche Gefühle nichts Ungewöhnliches und meist von kurzer Dauer sind.

Die meisten Soldaten erholten sich mit Hilfe von Freunden und Vorgesetzten. Einige jedoch brauchten die Unterstützung von Fachleuten. In den meisten Fällen konnte der unmittelbare Vorgesetzte beurteilen, welche Soldaten "es zu schwer nahmen" und an eine Beratung verwiesen werden sollten. Die fachkundige Betreuung war besonders erfolgreich, wenn sie nach wehrpsychiatrischen Prinzipien vorgenommen wurde. Der Soldat wurde nicht wie ein Kranker behandelt, sondern wie eine Person, die kurzfristig Hilfe bei der Erholung von aktuellem Streß brauchte.

Nach einem tödlichen Unfall setzten sich viele Soldaten mit religiösen Fragen auseinander. Sie erwarteten die Betreuung durch einen Militärgeistlichen und waren dankbar für dessen Besuch in ihrer Wohnung oder am Arbeitsplatz.

Kontakt zwischen den Freunden des verstorbenen Soldaten und seiner Familie war eine Hilfe für alle Betroffenen. Solche Kontakte wurden persönlich dadurch hergestellt, daß ein Freund beauftragt wurde, den Sarg zum Begräbnis zurück in die Vereinigten Staaten zu begleiten, oder schriftlich, indem Soldaten der Familie Photoalben, Karten und andere Erinnerungen schickten.

Gedenkfeiern halfen, den Schock zu verarbeiten und waren am nützlichsten, wenn die engsten Freunde des Verstorbenen eine wichtige Rolle dabei übernahmen. Dies galt selbst wenn die engsten Freunde junge Soldaten waren, weil das besondere Verhältnis dieser Soldaten zu dem Verstorbenen wichtiger war als ihr Auftreten oder ihre Redegewandtheit in der Öffentlichkeit. Die geeigneten Soldaten konnten am ehesten gefunden werden, wenn junge Vorgesetzte sich an der Vorbereitung der Gedenkfeier beteiligten. Traditionelle militärische Zeremonien wie Ehrengeleite waren besonders hilfreich.

Reden hoher Kommandeure waren am ehesten ermutigend, wenn die Vorgesetzten ihre Gefühle ehrlich aussprachen. Wenn sie versuchten, mutiges Verhalten vorbildlich darzustellen, indem sie ihre Gefühle verbargen, mißverstanden die Soldaten dies oft als wenig fürsorglich. Es war nicht hilfreich, wenn die Vorgesetzten die Soldaten in ihren Reden ermahnten, ihren Auftrag nicht zu vergessen. Obwohl solche Hinweise von den Vorgesetzten als Ermutigung gedacht waren, wurden sie von den Soldaten oft als beleidigend empfunden.

Die Einheit war besser in der Lage, ihr Selbstvertrauen wieder zu gewinnen, wenn sie kurz nach dem Unfall eine fordernde Aufgabe erhielt. Weil Unfälle mit scharfer Munition eine besonders große Belastung darstellen, benötigten die Einheiten, die derartige Unfälle erlitten hatten, eine Herausforderung, die neben sonstigen Aufgaben scharfes Schießen ermöglichte.

Weitere Informationen über dieses Thema sind in folgenden Publikationen enthalten:

Gifford, R. K., & Tyler, M. P. (1990). Consulting in grief leadership: A practical guide. *Disaster Management*, IV, 218-224.

Tyler, M. P., & Gifford, R. K. (1990). Unit recovery from fatal training accidents: Suggestions for military chaplains. *Military Chaplains' Review*, 85-96.

Tyler, M. P., & Gifford, R. K. (1991). Unit recovery from fatal training accidents: The military unit as a recovery context. *Journal of Traumatic Stress*, 4(2), 221-239.

Tyler, M. P., & Gifford, R. K. Fatal training accidents: Patterns of stress and recovery. Zur Veröffentlichung in FORUM (SOWI) freigegeben.

Verfasserin dieses Arbeitsberichtes: Mary P. Tyler, Ph.D., U.S. Army Medical Research Unit-Europe.

Übersetzung: Evelyn H. Golembe, M.A., U.S. Army Medical Research Unit-Europe.

Unsere Anschrift: U.S. Army Medical Research Unit-Europe, 7th Medical Command, Nachrichten-Kaserne, Karlsruher Str. 144, 6900 Heidelberg 1 (Tel.: 06221-172007).



Zur Behandlung von Gefechtsermüdung

Es ist wichtig, zwischen akuter und chronischer Gefechtsermüdung zu unterscheiden. Akute Gefechtsermüdung zeigt sich innerhalb Stunden oder auch Minuten, nachdem man dem Gefecht ausgesetzt war. Den meisten Soldaten, die unter akuter Gefechtsermüdung leiden, kann in ihrem Truppenteil geholfen werden. Sie können innerhalb weniger Stunden oder auch Minuten ihren Dienst wieder aufnehmen. Diese Soldaten neigen nicht stärker zu Gefechtsermüdung als Soldaten, die Gefechtsermüdung noch nie erlitten haben.

Chronische Gefechtsermüdung zeigt sich gewöhnlich nach vielen Wochen, Monaten oder Jahren von Streßreaktionen im Kampf. Einige Symptome sind Paranoia, Humorlosigkeit und Zurückgezogenheit von der Gruppe, verlangsamte psychomotorische Reaktion und ins Leere starren. Gewöhnlich ist es schwieriger, chronische Gefechtsermüdung im Truppenteil zu behandeln. Einmal zur Behandlung evakuiert, weisen diese Streßfälle eine niedrigere Rückkehrquote zu ihrem Truppenteil auf als die akuten Gefechtsermüdungsfälle.

Dieser Bericht befasst sich mit der Behandlung der akuten Gefechtsermüdung. Heeresplaner gehen davon aus, daß zukünftige Konflikte sehr schnelle Eingriffe nach kurzer oder keiner Vorwarnung erforderlich machen werden. Abgesetzte Teileinheiten kämpfen in kurzen aber sehr heftigen Gefechten in einer fremden und bedrohlichen Umgebung. Unter diesen Umständen wird die akute Gefechtsermüdung die hauptsächliche psychische Bedrohung sein.

In dieser Gefechtsumgebung stehen viele Soldaten unter Überreizung, Anspannung, körperlicher Erschöpfung, Magenschmerzen, Angst, Ängstlichkeit, Reizbarkeit, Gedächtnisschwäche, beeinträchtigtem Denkvermögen, Schlaflosigkeit, Trauer, Ärger, geringem Selbstvertrauen, und auch Lähmung und plötzlichen Anfällen. Gefechtsermüdung tritt ein, wenn eine dieser Reaktionen so stark wird, daß der Soldat handlungsunfähig wird. In einem schweren Fall wird der Soldat für sich und andere zur Gefahr.

Die Behandlung der Gefechtsermüdung besteht aus vier Grundsätzen ("Proximity, Immediacy, Expectancy, Simplicity" oder "PIES" genannt):

Nähe - Streßreaktionen im Truppenteil oder so nahe wie möglich im Truppenteil behandeln...

Unverzüglichkeit - Mit der Therapie so schnell wie möglich beginnen...

Erwartung - In der sicheren Erwartung, daß der Soldat bald wieder voll einsatzbereit zu seiner Einheit zurückkehren wird...

Einfachheit - Die Behandlung besteht aus sehr einfachen Maßnahmen, die durch den Truppenteil erfolgen.

Die Behandlung beginnt mit der Kameradenhilfe. Als erstes sollte der erschöpfte Soldat aufgehalten werden und sich so weit wie möglich entspannen. Tiefes Durchatmen hilft, die physische und emotionale Ruhe des Soldaten wiederherzustellen. Nachdem der Soldat beruhigt worden ist, sollte er orientiert werden, seine Gefühle aussprechen können, mit Speisen und Getränken ausreichend versorgt werden, sich ausruhen, sich seinen Kameraden wieder anschließen, und seinen militärischen Auftrag wieder aufnehmen. Diese einfachen Behandlungsmaßnahmen können bei akuter Gefechtsermüdung gegenüber Verschlimmerung vorbeugen, und höchst wichtig, den Soldaten in seiner Einheit halten.

Die taktische Situation ist gewöhnlich der entscheidende Faktor, ob die Behandlung im Truppenteil erfolgen kann oder ob der Soldat zur nächsten Ebene der medizinischen Betreuung evakuiert werden muß. Beispielsweise hat der Truppenteil, der ein unmittelbar bevorstehendes Gefecht erwartet, nicht die Möglichkeit wie ein nichtkämpfender

Truppenteil dem gefechtsermüdeten Soldaten zu helfen. Die Überwindung von akuter Gefechtsermüdung geschieht gewöhnlich sehr schnell. Auch wenn die taktische Situation nur Zeit für eine kurze Ruhepause erlaubt, kann diese für den Soldaten ausreichen.

Wenn die taktische Situation keine Behandlung im Truppenteil erlaubt, oder wenn der Soldat für sich und andere zur Gefahr wird, sollte das Sanitätspersonal den Soldaten zur nächsten Ebene der medizinischen Betreuung transportieren. Dies ist gewöhnlich der Truppenverbandplatz. Wenn der Soldat zur Behandlung seine Einheit verläßt, müssen Einheitsführer und das Sanitätspersonal gegenüber dem Soldaten betonen, daß seine Rückkehr zur Einheit in verhältnismäßig kurzer Zeit wieder erwartet wird.

Wegen der Beweglichkeit in modernen Gefechten ist es wichtig, daß der gefechtsermüdete Soldat innerhalb oder so nahe wie möglich bei seiner Einheit behandelt wird. Je weiter weg er gelangt, desto schwieriger wird es für ihn sein, seine militärische Einheit zu finden und sich ihr nach seiner Erholung wieder anzuschließen. Untersuchungen zeigen, daß je weiter ein Soldat von der Front und seiner Einheit entfernt wird, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, daß der Soldat sich erholt und zu seiner Einheit zurückkehrt oder auch zu einer nützlichen Verwendung.

Es ist wichtig, daß der unter Gefechtsermüdung stehende Soldat von den Verwundeten getrennt wird. Der belastete Soldat wird sich wahrscheinlich mit den Verwundeten identifizieren und keinen Fortschritt machen, auch wenn seine Aussichten im Grunde genommen sehr gut sind. Der unter Gefechtsermüdung stehende Soldat sollte nicht wie ein Patient behandelt werden. Restriktionen oder Medikamente sind nur dann notwendig, wenn der Soldat für sich und andere zur Gefahr wird. Das ist selten der Fall.

Der gefechtsermüdete Soldat benötigt Gelegenheit über seine Erlebnisse und Gefühle zu sprechen. Eine günstige Zeit dafür ist seine Ankunft im Truppenverbandplatz zur Untersuchung. Es ist für den Soldaten vorteilhaft, dort zu essen und zu trinken, sich zu waschen, ein wenig zu schlafen oder sich auszuruhen.

Nachdem er seine Grundbedürfnisse befriedigt hat, kann der gefechtsermüdete Soldat seine Tätigkeit wieder aufnehmen. Man darf nicht vergessen, daß die Grundbehandlung aus einer kurzen Ruhepause und Versorgung mit Nahrung und Getränk besteht. Zu diesem Zeitpunkt kann der Sanitätsdienst eingeschaltet werden.

Diese Art der Behandlung dauert ungefähr 24 bis 48 Stunden. Wenn sich der Soldat innerhalb dieser Zeit nicht erholt, ist weitere psychiatrische Behandlung geboten. Wenn sich der Soldat nicht innerhalb 72 Stunden erholt, sollte er zur nächsten Ebene der medizinischen Versorgung transportiert werden.

Nach seiner Erholung kann der Soldat seinen Dienst wieder aufnehmen. Eingliederung in seinen Truppenteil ist sehr wichtig. Der Soldat muß das Gefühl haben, von der Truppe angenommen und gebraucht zu werden. Militärische Führer sind für diese Entwicklung verantwortlich. Sie müssen den Soldaten willkommen heißen und ihm Vertrauen schenken wie früher. Umgekehrt sollte der Soldat behandelt werden wie jeder andere. Wenn dies so ist, wirkt die Haltung entspannend auf den Truppenteil und hilft bei der Eingliederung. Der von einer Gefechtsermüdung erholte Soldat wünscht und braucht wieder seinen Platz in der Einheit.

Verfasser: Sergeant Bradley Powers, U.S. Army Medical Research Unit-Europe.

Übersetzung: Evelyn Golembe, U.S. Army Medical Research Unit-Europe.

Anschrift: U.S. Army Medical Research Unit-Europe, Nachrichten-Kaserne, Karlsruher Str. 144, 6900 Heidelberg 1. Tel.: 06221-300276.

Literaturquellen:

Department of the Army. GTA Pamphlets 21-3-4 (Self & Buddy Aid), 21-3-5 (Leader Actions), 21-3-6 (Company Leader Actions). Government Printing Office, 1986.

Rahe, R. H. (1988). Acute Versus Chronic Psychological Reactions to Combat. Military Medicine, 365-372.



Stressreaktionen US-militärischen Krankenhauspersonals im Einsatz bei einem Massenunfall

Einführung und Methoden

Die normale Kapazität und die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens ist durch einen Massenunfall per definitionem überfordert. Ärzte, Krankenschwestern und Hilfskräfte werden mit einer Überzahl von Patienten konfrontiert, was eine Triage (d.h. die Einschätzung der Schwere der Verletzungen und Selektion der zu behandelnden Patienten) und die Einteilung der begrenzten Ressourcen notwendig macht. Wissenschaftlicher, die an Übungen mit simuliertem Massenunfall teilgenommen haben, haben folgende Stressreaktionen beschrieben: Frustrationen, ein Gefühl der Sinnlosigkeit, Trauer, schlechte Zusammenarbeit, unangemessene Reaktionen des Personals gegenüber problematischen Patienten und Erschöpfungszustände. Dieser Arbeitsbericht befaßt sich mit den Auswirkungen eines tatsächlichen Massenunfalles auf US-militärisches Krankenhauspersonal.

Ein Team von 40 Ärzten, Krankenschwestern, Ambulanzpersonal, Sanitätern und Hilfskräften, die die Verantwortung für die Betreuung der Opfer eines schweren Unfalls bei der militärischen Ausbildung (28 Verletzte, einschließlich 3 tödlich Verunglückte) trugen, wurde ca. einen Monat nach dem Ereignis befragt. Das interviewte Personal wurde von Vorgesetzten benannt. Es war vorwiegend bei der Rettung und Behandlung von Patienten beteiligt. Die Befragungen stützten sich auf die Erfahrungen des Personals während und nach dem Massenunfall. In den Interviews wurde auch nach der Einschätzung von Faktoren gefragt, die die Belastung entweder verschlimmerten oder erleichterten. Darüberhinaus wurden Empfehlungen für Vorbereitungsmaßnahmen und zur Bewältigung ähnlicher Ereignisse erbeten.

Ergebnisse und Diskussion

Ambulanzpersonal und Sanitäter leisteten Erste Hilfe, transportierten Patienten von der Unglücksstelle ab und halfen in den Notfallstationen. Erste Informationen des am Unfallort zuerst eingetroffenen Ambulanzpersonals gaben lediglich einen Bruchteil der tatsächlichen Anzahl der Verletzten. Die durch das Ambulanzpersonal ausgeführte Triage stimmte nicht mit der des Sanitätspersonals (ähnliche Ausbildung) überein. Dies gab Anlaß zu Auseinandersetzungen über die Setzung der notwendigen Prioritäten für die Reihenfolge der Evakuation. Die Sanitäter in der Notfallstation waren von dem Chaos, das sie sahen, überwältigt: zahlreiche Ärzte und Krankenschwestern, die mehrere Patienten gleichzeitig betreuten; Blut auf dem Boden und an den Wänden sowie überall verstreutes und verbrauchtes Sanitätsmaterial; schließlich "Verwirrung" als Folge der schwierigen Entscheidung, welche Befehle zur Hilfeleistung zuerst befolgt werden sollten. Für die jungen Sanitäter stellte der Anblick von persönlichen Bekannten, die verstümmelt oder dem Tode nahe waren, eine große Belastung dar.

Krankenschwestern leiteten lebensrettende Maßnahmen ein, führten die Narkose durch, assistierten den Chirurgen, leisteten postoperative Versorgung und arbeiteten auf den medizinischen und chirurgischen Stationen. Die Mehrzahl der Krankenschwestern erreichte die Nachricht von dem Unfall zu Hause. Die Ungläubigkeit und der Schock, die von vielen als erste Reaktion auf die Nachricht des Unfalls beschrieben wurde, schlug jäh in Angst um, ausgelöst durch die Ungewissheit über die Zahl der Verwundeten und der Schwere der Verletzungen. Diejenigen, deren Ehepartner oder Freunde an dem Ausbildungsvorhaben beteiligt waren, waren sich unsicher, ob sie die Nerven behalten und weiterarbeiten könnten, wenn sich herausstellte, daß ihre Angehörigen unter den Opfern waren. Obwohl das OP Team in der Behandlung von Unfällen (Trauma) geschult war, waren die Schmerzensschreie der Verletzten, die Instabilität der Patienten bei der Narkose und Operation, das junge Alter der Verletzten und die Vielzahl der Verletzungen "schwer zu ertragen".

Die Ärzte beschrieben eine Vielzahl von Emotionen als Folge des Massenunfalls: Zweifel an der ersten Mitteilung, "höchstwahrscheinlich eine Übung"; Zeitdruck und ein Gefühl der Überforderung, als Massen von Verletzten in die Notaufnahme gebracht wurden; Euphorie darüber, daß ihr Einsatz Menschenleben rettete (kein Patient starb nach Einlieferung in das Krankenhaus); Schuldgefühle darüber, daß sie inmitten einer Tragödie Euphorie verspürten; und großes Mitleid mit den Verletzten und deren Familien. Die Ärzte, die in den darauffolgenden Wochen für diese Patienten zuständig waren, sahen sich veranlaßt, sich stark auf diese Fälle zu konzentrieren. Eine zusätzliche Belastung entstand für sie durch häufige Nachfragen der Familien, der Freunde, der Öffentlichkeit und der Presse. Als Patienten in andere Krankenhäuser verlegt wurden, erlebten sie einen Verlust. Dieses Gefühl verschlimmerte sich, wenn die dann zuständigen Ärzte keine Rückmeldung gaben.

Führungskräfte im Krankenhaus, in erster Linie ranghöhere Ärzte und Krankenschwestern, standen während und nach dem Rettungseinsatz unter einer besonderen Kombination von persönlichem und beruflichem Streß. Einige derjenigen, die ausschließlich für die Verwaltung eingesetzt waren, schilderten Unzulänglichkeitsgefühle und befürchteten, Aufgaben nicht mehr gewachsen zu sein, die sie vorher als Routine betrachtet hatten. Das Leitungspersonal sah sich verantwortlich für die Unterstützung ihrer Untergebenen (das Sanitätspersonal) sowie ihrer Vorgesetzten (der Standortältesten), war aber letztendlich auch für die Betreuung jedes Patienten zuständig, der im Krankenhaus aufgenommen wurde. Die Anerkennung des Sanitätspersonals für die große Leistung durch den militärischen Führer brachte Probleme mit sich: Mit Rücksicht auf das Zusammengehörigkeitsgefühl des Krankenhausstabes wurden keine einzelnen Personen ausgezeichnet. Andererseits wurde es als problematisch erachtet, solch eine Anerkennung in einer einzigen Auszeichnung des gesamten Truppenteils auszusprechen.

Empfehlungen

Einige formale und informelle Strategien und Empfehlungen, die zur Unterstützung beitrugen, halfen dem Personal, die Belastung dieser Rettungsaktion zu bewältigen. Zusammen mit den Hinweisen des Sanitätspersonals führte dies zu folgenden Empfehlungen für Führungskräfte:

- Stellen Sie sicher, daß während der Rettungsaktion für die Grundbedürfnisse (z.B. Verpflegung für den Stab) gesorgt ist.
- Verbreiten Sie nach dem Unfall so schnell wie möglich Informationen auf jeder Stabebene (z.B. Ambulanzpersonal, Ärzte, usw.), vorzugsweise durch den Stabsabteilungsleiter oder einen ranghöheren Stabsangehörigen.
- Halten Sie die Presse soweit wie möglich vom medizinischen Personal fern.
- Achten Sie speziell auf Personen, die auf das Erlebnis besonders stark reagieren (z.B. wie es in diesem Fall bei Sanitätspersonal mit wenig Erfahrung der Fall war).
- Mobilisieren Sie soziale und psychologische Ressourcen, um das medizinische Personal während und nach dem Unfall zu unterstützen.
- Verlangen Sie ausdrücklich, daß Ärzte und Einrichtungen routinemäßig über den Befund verlegter Patienten informieren.
- Sorgen Sie wenn irgendmöglich dafür, daß der ranghöchste Soldat (der Kommandeur des Sanitätstruppenteils) die Leistung der gesamten Teileinheit formal anerkennt.

Verfasser: Major (Dr.) Robert J. Przybelski, U.S. Army Medical Research Unit-Europe. Weitere Information: LTC James A. Martin, U.S. Army Medical Research Unit-Europe, Tel.: 06221-300276.

Übersetzung: Evelyn H. Golembe, U.S. Army Medical Research Unit-Europe.

Anschrift: U.S. Army Medical Research Unit-Europe, Nachrichten-Kaserne, Karlsruher Str. 144, 6900 Heidelberg 1.



Arbeitsbericht

4. April 1990, Nr. 8

Jugendliche von US-Armee Angehörigen in Europa

Dr. Mary P. Tyler, Psychologin, U.S. Army Medical Research Unit-Europe, hat Jugendliche und ihre Erfahrungen in einem amerikanischen Standort in Übersee untersucht. 47 Schüler der amerikanischen Schule (American High School) nahmen an der Befragung teil.

Ergebnisse dieser Studie

Erste Eingewöhnung

Das erste Jahr war eine schwierige Phase für die meisten Jugendlichen. Typische Reaktionen waren Zurückgezogenheit, Schüchternheit, Freßgier, zuviel Fernsehen und schlechte Noten. Diese Reaktionen hatten anscheinend wenig mit einem "Kulturschock" zu tun, sondern vielmehr mit Trauer über die Trennung von Freunden und Verwandten, die zu Hause zurückgeblieben waren, sowie Einsamkeit. Jugendliche, die während der Sommerferien umgezogen waren, hatten anscheinend besondere Probleme, weil es schwierig war, in den Sommerferien neue Beziehungen mit anderen Jugendlichen zu knüpfen. Eine offene Aussprache - gewöhnlich mit den Eltern - und ein neuer Freundeskreis halfen, den Genesungsprozeß beschleunigen.

Freundschaftliche Kontakte

Neue Freundschaften wurden typischerweise in der Schule geschlossen, wo die Schüler, wie in amerikanischen Schulen, im Unterricht und in Aktivitäten außerhalb des Schulplanes nach Interessen und Fähigkeiten zusammengefaßt werden. 88% der befragten Jugendlichen gaben an, daß sie entweder einen "besten Freund" oder einen engen Freundeskreis hatten.

Schulbildung

Die meisten Jugendlichen glaubten, daß die Schulbildung in Übersee ebenso gut oder besser als die Schulbildung in den Vereinigten Staaten war. 75% der Gruppe nahmen mindestens an einer organisierten Aktivität teil, z.B. als Mitglieder einer Mannschaft oder eines Klubs.

Reisen oder weitere internationale Eindrücke

96% der befragten Jugendlichen berichteten, daß sie mindestens an einer Aktivität außerhalb der amerikanischen Gemeinde teilnahmen. Bei 81% der Jugendlichen war das Einkaufen in deutschen Läden sehr beliebt. Es gab ihnen den Antrieb, sich in der Stadt zurecht zu finden, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, mit der örtlichen Landeswährung umzugehen, bei schwankenden Wechselkursen gut einkaufen zu können und in einer fremdsprachlichen Umgebung zu funktionieren. Eine weitere wichtige Aktivität (72% der Befragten) war persönliche Kontakte, d.h. eine enge Beziehung mit einem Deutschen oder einem anderen Europäer.

Die "Military Community"

Obwohl die meisten Jugendlichen mit der amerikanischen "Gemeinde" zufrieden waren und deren Unterstützung schätzten, beschwerten sie sich über die spärlichen Aktivitäten für Jugendliche. Insbesondere wünschten sie sich einen eigenen Treffpunkt.

Familienleben

In bezug auf das Familienleben waren 43% der Jugendlichen der Meinung, daß der Europa-Aufenthalt ein besseres Zusammengehörigkeitsgefühl in den Familien bewirkt hat. Die meisten Jugendlichen nannten ihre Eltern als wichtige Hilfsquelle für Beratung und Unterstützung.

Probleme und Hilfen

Das von den Jugendlichen am häufigsten erwähnte Problem war "Langeweile". Weitere Probleme waren Alkohol- und Drogenmißbrauch, allgemein schlechtes Benehmen, Diebstahl, Konflikte mit den Eltern, Schwangerschaft und Sexualität.

Auf die Frage, wo sich Jugendliche bei Problemen Hilfe holen, gaben 58% der Jugendlichen ihre Eltern an; 53% sprachen mit Freunden; 49% mit der Schuldirektion oder mit einer Fachkraft der Schule.

Zusammenfassung und Empfehlungen

- Obwohl die Möglichkeit eines "Kulturschocks" die Eltern beunruhigte, schien dies kein Problem für die meisten Jugendlichen zu sein.
- Die meisten Familien mit Jugendlichen fühlten sich anscheinend nicht durch die Schwierigkeiten des europäischen Lebens überfordert; die meisten Jugendlichen betrachten ihre Eltern sogar als wichtige Hilfsquelle für Beratung und Beistand.
- Wesentliche Probleme im ersten Jahr waren der Umzug in die Bundesrepublik, Trauer über die Trennung von Freunden und Verwandten, die zu Hause zurückgeblieben waren, und Einsamkeit, bevor ein zufriedenstellender neuer Freundeskreis gebildet werden konnte.
- Im ersten Jahr sind Jugendliche besonders anfällig für schlechtes Benehmen, Lernschwierigkeiten und andere mit Trauer und Depression assoziierte Probleme. Jugendliche, die während des Sommers umziehen, leiden anscheinend am meisten.
- Programme für die Eingliederung neuer Jugendlicher in die Gemeinde können diesen Schwierigkeiten vorbeugen, besonders wenn andere Jugendliche an der Planung teilnehmen.

Anschrift: U.S. Army Medical Research Unit-Europe, 7th Medical Command, Nachrichten-Kaserne, Karlsruher Str. 144, 6900 Heidelberg 1. Tel.: 06221-300276.

Zusammengefaßt von Sergeant Patricia Heagy, U.S. Army Medical Research Unit-Europe.

Literaturhinweis: Tyler, M. P. (1989). The Military Teenager in Europe: Perspectives for Health Care Providers. Medical Bulletin of the U.S. Army Medical Department.

Übersetzung: Evelyn H. Golembe, U.S. Army Medical Research Unit-Europe.



Die Rolle des Alkoholmißbrauchs bei Verletzungen

Es besteht kein Zweifel, daß der Alkohol eine wichtige Rolle bei Verkehrsunfällen und anderen schweren Verletzungen spielt. Nach der heutigen Statistik muß behandelndes Personal im Krankenhaus und in der Ambulanz sensibler gegenüber dem Zusammenhang zwischen Alkoholmißbrauch und Verletzungen werden, um die Überweisung solcher Patienten in entsprechende Einrichtungen zur Identifizierung und Behandlung ihres Alkoholproblems besser zu gewährleisten.

Der Alkohol spielt eine große Rolle bei Verkehrsunfällen. Die Statistik ("Alcohol Alert", Januar 1989) zeigt, daß im Jahre 1987 51% aller tödlichen US-Verkehrsunfälle mit Alkohol verbunden waren. Vergleichbare statistische Auswertungen der US-Armee, Europa (USAREUR) zeigen, daß im Jahre 1987 51% der US-Soldaten, die in Verkehrsunfällen tödlich verunglückten, zum Zeitpunkt des Todes unter Alkoholeinfluß standen. Diese Rate hat sich nach jüngsten Erkenntnissen von USAREUR nicht geändert. Im Jahre 1988 standen 50% der tödlich verunglückten Soldaten unter Alkoholeinfluß; im Jahre 1989 stieg der Prozentsatz sogar auf 53%.

Weiter bestätigt die Forschung, daß der Alkohol eine große Rolle bei allen schweren Verletzungen spielt. Waller (1988) schätzt, daß 20 bis 25% aller Personen, die mit einer Wunde oder einem seelischen Schock im Krankenhaus liegen, Alkoholgefährdete oder Alkoholiker sind. Auch Roizen (1988) stellte bei seinen Studien fest, daß 20 bis 37% aller ambulant versorgten Verletzungen mit Alkohol verbunden waren.

Wer trinkt, ist besonders anfällig für Verletzungen; die meisten Forschungsergebnisse bestätigen den Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Schweregrad der Verletzung. Ergebnisse zeigen:

1. Alkoholisierte werden eher in Unfälle mit traumatischem Ausgang verwickelt als nüchterne Personen.
2. In ähnlichen Situationen wird sich der Trinker wahrscheinlich ernsthafter verletzen als der Nicht-Trinker.

In der Ambulanz erschwert Alkohol oft die Bewertung einer mit Trauma verbundenen Verletzung. Zum Beispiel kann die Wirkung von Alkohol (undeutliches Sprechen, Gedächtnis- und Orientierungsstörungen usw.) von Ärzten der Ambulanz als Symptome einer Gehirnverletzung überdiagnostiziert werden. Umgekehrt kann eine Unterdiagnose erfolgen, indem Verletzungssymptome dem Alkohol zugeschrieben werden und ein lebensbedrohlicher Zustand von den Ärzten möglicherweise nicht erkannt wird.

Darüber hinaus sind die Behandlung und der Umgang mit Patienten, die eine schwere Verletzung erlitten haben, noch viel komplizierter, wenn Alkohol im Spiel ist. Zum Beispiel ist die Verabreichung der Narkose für den alkoholisierten Patienten eine große Gefahr und kann eine dringend notwendige chirurgische Behandlung verzögern. Gegenreaktionen auf Drogen, Narkose und Medikamente treten auch möglicherweise auf und können schwere Störungen des Flüssigkeitselektrolythaushalts, Probleme mit Blutgerinnung und Alkoholentzug einschließen.

Trotz der hohen Risiken bei der Bewertung, Behandlung und beim Umgang mit den mit Alkohol verbundenen traumatischen Verletzungen, zeigen Forschungsergebnisse, daß diesen Patienten relativ selten routinemäßig

Blutproben entnommen werden. Aus der Forschung geht hervor, daß von 320 Verkehrsopfern in der Ambulanz nur ein Viertel auf Blutalkohol bzw. Alkoholmißbrauch untersucht worden waren. Weiter war von 47 Patienten mit besonders hohem Alkoholspiegel kein einziger zur Bewertung oder Behandlung des Alkoholmißbrauchs weiter überwiesen worden (z.B. "Alcohol Alert", Januar 1989, Nr. 3, S. 1). Ärzte, die den Alkoholspiegel nicht überprüfen, laufen Gefahr, daß sie einen lebensbedrohlichen oder anderen Begleitumstand falsch diagnostizieren und auch die Gelegenheit verpassen, den Patienten mit Alkoholproblemen zur Behandlung zu überweisen. Dieser Schritt könnte viele Menschenleben retten.

Im Februar 1990 wurde ein Alkoholismus-Intervention-Programm für alkoholisierte Fahrer in einem amerikanischen Standort in Europa eröffnet. Das Programm basiert auf der engen Zusammenarbeit zwischen dem Standort und dem zugehörigen Krankenhaus. Seit Beginn des Programms untersuchte man 100% der identifizierten angetrunkenen Fahrer (n = 67) und stellte fest, daß ungefähr 84% den medizinischen Kriterien entsprechen, um als Trinker oder Alkoholabhängige diagnostiziert zu werden. Obwohl die Zahl der Zielgruppe in dieser Studie gering ist, zeigen diese Ergebnisse die Bedeutung der Bewertung des Alkoholkonsums oder -mißbrauchs.

Empfehlungen

Eine routinemäßige Blutprobe sollte ein Bestandteil der Aufnahme in der Ambulanz werden, um die richtige Diagnose und Behandlung der unter Trauma stehenden Patienten zu fördern. Nach Rockett und Putnam (1986) sollte das Sanitätspersonal Alkoholinformationen von Verletzungsfällen sammeln, so daß eine zweckmäßige Behandlung erfolgen kann - besonders bei Kopfverletzungen. Durch die Heranziehung solcher Daten kann man auch Alkoholgefährdung aufdecken und Personen mit Alkoholproblemen frühzeitig einer Behandlung zuführen.

Literaturquellen:

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Alcohol Alert*. Januar 1989, Nr. 3.

U.S. Army, Europe (USAREUR). Fatal POV Accident Profiles for 1987, 1988, and 1989.

HQ, 7th Medical Command Information Letter. Alcohol Intervention Program.

Verfasserin: Sergeant Patricia Heagy, U.S. Army Medical Research Unit-Europe, 7th Medical Command, Nachrichten-Kaserne, Karlsruher Str. 144, 6900 Heidelberg 1 (Tel.: 06221-300276).

Übersetzung: Evelyn H. Golembe, U.S. Army Medical Research Unit-Europe

Anschrift: U.S. Army Medical Research Unit-Europe, 7th Medical Command, Nachrichten-Kaserne, Karlsruher Str. 144, 6900 Heidelberg 1 (Tel.: 06221-300276).



Kohäsion der ersten COHORT-Einheiten in Übersee

Militärische Einheiten sind soziale Organisationen. Ihre Verhaltensweise und ihr sozialpsychologischer Zustand sind Ergebnis der von ihren Angehörigen geteilten Auffassungen und Vermutungen über interne Vorgänge und Abläufe der Einheit.

Das US-Armee "New Manning System-COHORT" (die Abkürzung heißt Kohäsion, Einsatzbereitschaft und Ausbildung) zielt darauf ab, die jungen Mannschaften während ihres ersten Dienstabschnitts in Kompaniegröße zusammenzuhalten. Bei diesem ersten Modell absolvieren sie gemeinsam mit ihren Kameraden die Grundausbildung ("Basic training") und fortgeschrittene Einzelausbildung ("Advanced Individual Training"). Sie bleiben 18 Monate in den USA ("One Station Unit Training" (OSUT)) zusammen. Dann gehen sie gemeinsam für 18 Monate nach Übersee.

Verschiedene Modelle sind um das COHORT-Konzept entwickelt worden. Ziel des ersten vom Walter Reed Army Institute of Research durchgeführten Projekts war die Untersuchung der Verlegung der COHORT-Kompanien nach Übersee und deren Aufnahme in schon existierende Bataillone für die restliche Dauer der dreijährigen Dienstzeit. An diesem Projekt nahmen 10 COHORT-Kompanien oder Batterien teil, die 1983 nach Übersee (US-Armee, Europa) gingen. Die Fragebogen untersuchen die menschliche Seite des Soldatenlebens. Zwischen zwei und sechs Monaten nach der Ankunft in Europa wurden Daten gesammelt. Es wurden für alle 10 COHORT-Einheiten Daten erhoben, die dann mindestens mit einer Nicht-COHORT-Einheit desselben Bataillons verglichen wurden.

Ergebnisse

Die wichtigsten Vorteile der COHORT-Ergebnisse kurz zusammengefaßt: Die COHORT-Soldaten sind der Meinung, daß ihre Einheit im Gefecht besser kämpfen würde als andere Einheiten; sie stimmen der Auffassung zu, daß ihre Kameraden diejenigen seien, mit denen sie in den Krieg gehen wollten (wenn sie gehen müßten!).

Die Bindung unter Gleichen ist eine entscheidende Dimension des Zusammenhalts und der Moral einer Einheit, ebenso der Kampfbereitschaft und der Schlagkraft. Die Ergebnisse zeigen, daß Soldaten der COHORT-Kompanien in engerem Kontakt untereinander stehen und sich weniger fremd sind als Nicht-COHORT-Soldaten der Kompanien desselben Bataillons. Zum Beispiel stimmten 55% der COHORT-Mannschaften der Aussage zu (oder stark zu), "Angehörige dieser Kompanie stehen sich sehr nahe", im Vergleich zu nur 25% der Nicht-COHORT-Mannschaften.

70% der COHORT-Mannschaften stimmten zu (oder stark zu), daß sie ihre nächsten Kameraden sehr gut kennen, im Vergleich zu 49% der Nicht-COHORT-Soldaten. COHORT-Soldaten stimmten eher als Nicht-COHORT-Soldaten zu, ihre Freizeit gemeinsam mit Kameraden der Kompanie zu verbringen. 40% der COHORT-Soldaten bestätigten (oder bestätigten sehr), daß Angehörige ihrer Kompanie "auf einander Obacht geben", im Vergleich zu nur 22% der Nicht-COHORT-Soldaten.

Da 72% der COHORT- sowie Nicht-COHORT-Soldaten auf die Frage "Wie gefallen Ihnen die Kameraden ihrer Gruppe?" mit "Sie sind OK" antworteten, sollte der stärkere horizontale Zusammenhalt innerhalb der COHORT-Einheiten lieber an die Aussage gebunden werden, wie gut sich die Mitglieder untereinander kennen (tägliche Begegnungen und face-to-face Interaktionen) als an die wie gut sie sich einander gefallen.

Obwohl die COHORT-Einheiten größeres Vertrauen in die Ausbildung zeigten, gab es im Vergleich zu Nicht-COHORT Einheiten keine signifikanten Unterschiede im Vertrauen gegenüber den NCOs, Offizieren, Waffen und den persönlichen Fähigkeiten. Dennoch sei betont, daß COHORT kein Allheilmittel für alle Dimensionen der Moral einer Einheit darstellt.

Man hat richtig vorausgesehen, daß der stärkere horizontale Zusammenhalt der COHORT-Einheiten zu positiven Ergebnissen in psychischer Kampfbereitschaft führen würde. Zum Beispiel stimmten 39% der COHORT-Soldaten der Auffassung zu, daß ihre Kompanie eine der besten in der US-Armee sei, im Vergleich zu nur 22% der Nicht-COHORT-Soldaten. Obwohl 34% der COHORT-Soldaten sowie der Nicht-COHORT-Soldaten sagten, sie "wußten nicht", ob ihre Kompanie besser im Gefecht kämpfe, stimmten nur 18% der COHORT-Soldaten dieser Auffassung nicht zu, im Vergleich zu 39% der Nicht-COHORT-Soldaten.

Wesentliche Unterschiede in der Kampfbereitschaft der kleinen Kampfgemeinschaft (Gruppe) ließen sich zwischen der COHORT-Soldaten und Nicht-COHORT-Soldaten feststellen. 53% der COHORT-Mannschaften waren der Meinung (oder waren sehr der Meinung), daß sie mit ihren nächsten Kameraden in den Krieg gehen möchten (wenn sie müßten!). Weniger als die Hälfte der Nicht-COHORT-Soldaten stimmten der Aussage zu. 29% der jüngsten Nicht-COHORT-Soldaten sagten, daß sie lieber mit einer anderen als mit der eigenen Gruppe in den Krieg gehen möchten - dies im Vergleich zu nur 16% der jüngsten COHORT-Soldaten.

Zusammenfassung

Wenn COHORT-Einheiten mit Nicht-COHORT-Einheiten verglichen werden - vorausgesetzt, daß die COHORT-Einheit nicht wesentlich schlechter in anderen Dimensionen der Moral ist - trägt der stärkere horizontale Zusammenhalt der COHORT-Einheiten zu signifikanten positiven psychosozialen Folgen bei. Das COHORT-System bildet die Grundlage für Kohäsion. Es liegt an den Vorgesetzten, die Kohäsion und Kampfmotivation der Truppe weiter zu fördern.

Hinweis: Obwohl die hier erwähnten Forschungsergebnisse über die ersten Einheiten aufzeigen, daß COHORT eine Möglichkeit zur Stärkung des Zusammenhalts darstellt, ist wegen der kleinen Stichprobe Vorsicht bei der Anwendung dieser Daten auf das ganze "Company Replacement System COHORT" geboten. Trotzdem bleibt die Übereinstimmung der Ergebnisse für die Bataillone und die mehrfachen Messungen des horizontalen Zusammenhalts eindrucksvoll.

Verfasserin dieses Berichts: Sergeant Patricia Heagy, U.S. Army Medical Research Unit-Europe.

Literaturquelle: Vaitkus, M. A. *The COHORT Company Replacement Model: A Reanalysis.*

Übersetzung von: Evelyn H. Golembe, U.S. Army Medical Research Unit-Europe.

Anschrift: U.S. Army Medical Research Unit-Europe, 7th Medical Command, Nachrichten-Kaserne, Karlsruher Str. 144, 6900 Heidelberg 1. Telefon: 06221-300276.



Betreuung von Angehörigen der US-Streitkräfte während der Truppenverlegung an den Golf

Unter der Leitung von "U.S. Army Community and Family Support Center" haben Forscher begonnen, die Wirkung von "Operation Wüstenschild" auf Angehörige der US-Streitkräfte zu analysieren. Dieser Bericht faßt die Ergebnisse der Interviews mit Angehörigen der US-Streitkräfte, Familien-Hilfsgruppen, Nachkommando-Führern und Vorgesetzten der Unterstützungsbüros zusammen. Die Befragung fand an fünf US-Armee-Standorten in den USA statt, welche im August 1990 Einheiten an den Golf verlegten.

Stressfaktoren

Ungewißheit. Weil die Nachricht von der Verlegung an den Golf oft ohne Vorankündigung oder ohne Angabe des Abreisetages eintrifft, können die Familien sich auf diese Trennung nicht gut einstellen. Weil sie oft nicht wissen, wann die Einheit des Partners zurückkommt, verstärkt sich das Gefühl der Hilflosigkeit. Wegen schlechter Brief- und Telefonkontakte kann der Soldat die Sorgen der Familie um seine Gesundheit und sein Wohlbefinden nicht zerstreuen.

Unsicherheit. Ohne Ehemann zu Hause hat die Soldatenfrau Angst, allein zu sein; sie hat auch Angst vor Überfällen und Diebstahl. Obwohl die Gerüchte die Wirklichkeit übertreffen, reicht die Palette der Polizeiberichte von Belästigung durch Versicherungsvertreter bis zu Einbruchversuchen. Weil sie die Situation nicht meistern, ziehen einige der Familienangehörigen um und verlieren die Verbindung mit der verbleibenden Einheit.

Überforderung. Viele Familienangehörige finden sich zum erstenmal als alleinstehender Elternteil, Finanzmanager, Automechaniker, Hausarzt und Handwerker im Haushalt. Sie sind oft unerfahren und wissen nicht, wie sie von der Militärgemeinde Hilfe erhalten können. Insbesondere sind es die jüngeren Ehefrauen der Mannschaften und diejenigen mit bereits existierenden Geldschwierigkeiten oder Erziehungsproblemen mit den Kindern, die am meisten zu leiden haben. Die Ehefrau ohne Vollmacht hat noch größere Probleme, ihre Familienangelegenheiten zu regeln.

Finanzielle Belastung. Der Ausfall der Essenszulage, bevor die Gefahrenzulage in Kraft tritt, erschwert die Führung des Familienbudgets. Zusätzliches Einkommen geht verloren, wenn der Soldat nebenbei verdient hat, oder seine Ehefrau wegen neuer Verpflichtungen ihre Stelle aufgeben muß. Nur wenige planen die neuen Telefon- und Postgebühren von/nach Saudi-Arabien ein. Eine beträchtliche Anzahl der Ehefrauen hat wenig Erfahrung, mit dem Familienbudget umzugehen, oder wo sie sich darüber informieren können.

Emotionale Belastung. Das Leben ohne Ehepartner bedeutet eine soziale Lücke, die die meisten nicht füllen können. Manche werden der Armee oder der Einheit gegenüber zunehmend mißtrauisch oder verbittert; die Folge davon ist die Distanzierung von anderen US-Angehörigen und Familien-Hilfsgruppen. Manche (20-25%) ziehen um, so daß bereits existierende Kontakte (z.B. in der Freizeit oder Religionsgemeinde) abbrechen. Viele müssen mit den Ängsten oder den Depressionen ihrer Kinder allein fertig werden.

Hilfeleistung zur Reduzierung der Belastungen

Persönliches Engagement. Angehörige der US-Streitkräfte, die schon Erfahrungen mit Versetzungen haben, die die US-Armee und das Soldatenleben gut kennen, die wissen, wie man sich in der Militärgemeinde helfen kann, die finanziellen Rückhalt sowie realistische Erwartungen und persönliche Stärke haben, können die Verlegung besser in den Griff bekommen. Aber all diese Vorteile helfen wenig, wenn der Soldat gerade von einer Stationierung aus Übersee zurückgekommen ist.

Familien-Hilfszentrum (Family Assistance Center). Dies sind die Unterstützungsbüros der Militärgemeinde. Hier bekommen die US-Familien alles, was sie an Informationen und Hilfeleistung brauchen. Die größte Rolle spielen diese Einrichtungen vor und gleich nach der Versetzung, wenn die Mehrzahl der Familien Beistand am meisten benötigt. Gerüchte werden hier unter Kontrolle gebracht. Vor der Verlegung müssen Kommandeure auf diese Einrichtungen ausdrücklich hinweisen.

Familien-Hilfsgruppe (Family Support Group). Die Familien-Hilfsgruppe der Einheit vermittelt emotionale Hilfe und Solidarität für die Familienangehörigen und dient als Bindeglied zwischen der Einheit und der Militärgemeinde. Die vor der Verlegung existierenden Familien-Hilfsgruppen der Kompanien, welche demokratisch-strukturiert sind und deren Leiter Erfahrung haben oder in Streßbewältigung von Militärgeistlichen ausgebildet werden, können den Familienangehörigen am meisten helfen. Hierarchische aus Freiwilligen bestehende "Betreuerketten" sind nützlich zur zügigen Vermittlung von Informationen oder setzen sich für die Lösung von Einzelproblemen ein. Solche Ketten leiden oft an Erschöpfung. Es besteht auch die Gefahr, daß der Zugang zu den Ehefrauen der jungen Mannschaften nicht im erwünschten Maße erfolgt.

Verbleibende Kommandos. Der Nachkommando-Führer ist bis zur Kompanie hinunter wichtig für die Unterstützung der Familien während der Truppenverlegung. Einheiten ohne diese Vorgesetzten haben meist erfolglose Familien-Hilfsgruppen, die den Angehörigen wichtige Informationen nicht übermitteln können. Wenn aber der Nachkommando-Führer mit der Familien-Hilfsgruppe eng zusammen arbeitet, gibt es wenige Gerüchte und Konflikte sowie mehr Zufriedenheit bei den Soldatenfamilien. Der Vorgesetzte kann die Hilfsgruppe zu weiterer Teilnahme ermutigen, indem er ein aktuelles Adreßbuch führt und bei der Verteilung von Informationen aktiv mitwirkt. Der versetzte Führer sollte einen Nachkommando-Führer wählen, der über Erfahrung, Ausbildung, Zuverlässigkeit und einen Sinn für Management sowie zwischenmenschliche Beziehungen verfügt.

Militärgeistliche. Familien-Hilfsgruppen, Unterstützungsbüros und Nachkommando-Führer können mehr leisten, wenn der Militärgeistliche eine positive Rolle als Pädagoge und Berater spielt. Außer der Ausbildung von Gruppenleitern können Militärgeistliche Konflikte lösen, Mißverständnisse aufklären und die Belastungen der Familienangehörigen und des Armeepersonals reduzieren. Militärgeistliche können in den "Family Life Centers" eine neutrale Umgebung anbieten. Es gibt keine geeignetere Person als den Militärgeistlichen, mit dem die Familienangehörigen ihre tiefsten Ängste und Sorgen über die Versetzung des Soldaten in das Krisengebiet oder die Wege, die Abwesenheit des Partners (der Partnerin) zu bewältigen, besprechen können.

Militärische Solidarität. Weil so viele Angehörige der US-Streitkräfte betroffen sind, verdient dieser Einsatz zur Solidarität der Familienangehörigen die volle Unterstützung des Standort- und Divisionkommandos. Diese Haltung kann dem Personal am meisten helfen, das Ziel der Hilfeleistung den amerikanischen Familien gegenüber zu erreichen.

Literaturquellen:

Teitelbaum, J. (1990). Summary of qualitative findings from Phase I site visits. Walter Reed Army Institute of Research. Unpublished manuscript.

Westhuis, D. (1990). Human factors in Operation Desert Shield: The role of family factors. Walter Reed Army Institute of Research. Unpublished manuscript.

Dieser Bericht geschrieben von: CPT Mark Vaitkus, Ph.D., U.S. Army Medical Research Unit-Europe.

Übersetzung: Evelyn H. Golembe, M.A., U.S. Army Medical Research Unit-Europe.

Anschrift: U.S. Army Medical Research Unit-Europe, 71st Medical Command, Nachrichten-Kaserne, Karlsruher Str. 144, 6900 Heidelberg 1. Tel.: 6221-300276.



Belastungen der Familienangehörigen der US-Armee während der Truppenverlegung an den Golf

Vom 1. bis 26. Oktober 1990 führten Forscher unter der Leitung von "US Army Community and Family Support Center" eine Pilotstudie über Familienangehörige der US-Armee an fünf US-Standorten durch, die Kampfeinheiten an den Golf verlegt hatten. Es wurden 372 Familienangehörige befragt, deren Ehepartner dem aktiven Dienst (66%), der reaktivierten Reserve (18%) oder Nationalgarde (16%) angehörten. Die Rangstruktur reichte von Rekrut bis Hauptgefreiter (22%), Unteroffizier bis Stabsfeldwebel (53%), Leutnant bis Oberst (20%) oder Fachoffizier (4%). 69% der Soldaten wurden nach Saudi-Arabien verlegt. Die meisten Familienangehörigen (69%) hatten minderjährige Kinder; 49% waren berufstätig.

Ausmaß und Ursache der Belastungen

Die Familienangehörigen wurden gefragt, "Wie groß ist der Belastungsgrad (heute verglichen mit einem Jahr vor der Truppenverlegung an den Golf) für Sie persönlich und für Ihr Familienleben?"

Ausmaß der Belastung	Ein Jahr vor d. Truppenverl.	Heute
keine	33%	4%
ein wenig	45%	15%
mäßig	13%	34%
hoch	5%	29%
sehr hoch	3%	18%

Nur ein Fünftel (21%) der Befragten sagten, daß sie unter mäßiger bis sehr hoher Belastung vor der "Operation Wüstenschild" gestanden hätten, verglichen mit vier Fünftel (81%) heute. Weiterhin stimmten 70% der Aussage zu, daß die Familienverpflichtungen jetzt anstrengender seien als früher; die Berufstätigen stimmten dieser Aussage im Hinblick auf ihre Beschäftigung zu. Zur gleichen Zeit gab die Mehrzahl der Familienangehörigen an, daß sie eher erfolgreich als erfolglos in ihrem Familien- und Berufsleben seien.

In Bezug auf die "Operation Wüstenschild" stellte man eine Liste von siebzehn denkbaren Belastungsfaktoren auf und fragte die Familienangehörigen: "Inwiefern ist das ein Problem für Sie?" Die Auflistung der zehn häufigsten Belastungsfaktoren, geordnet nach der Antworthäufigkeit, zeigt folgende als "mäßig", "groß" und "sehr groß" bewerteten Probleme:

1. Die (generelle) Veränderung des Lebens für die Befragten u. ihre Angehörigen durch "Operation Wüstenschild" 75%
2. Ihre emotionale Gesundheit 49%
3. Mit dem Soldaten-Ehepartner sprechen zu können 47%
4. Die emotionale Gesundheit der Kinder 45%
5. Die Sicherheit der Familie angesichts eines Ausbruchs 44%
6. Kosten und Rechnungen decken zu können 32%
7. Zeit für die Familie 31%
8. Pakete an den Partner ins Krisengebiet zu schicken 31%
9. Kinderfürsorge 29%
10. Haus- und Autoreparatur erledigen zu können 29%

Art und umfangmöglicher Unterstützung

Außer dem Ehepartner haben die meisten Familienangehörigen einen Freund, Nachbarn oder Verwandten, an den sie sich wenden können. Die Angemessenheit einer derartigen Unterstützung hängt u.a. davon ab, welche Hilfeleistung benötigt wird. Zum Beispiel sagten 85%, daß sich "wahrscheinlich" oder "gewiß" jemand zum Zuhören findet, "wenn sie sich mit einem anderen Menschen aussprechen müssen", aber weniger als 55% meinen, jemanden zu haben, von dem "sie kurzfristig 25-50 Dollar leihen wollen." 76% sagten, daß sie Hilfe erhalten können, "wenn sie was Schönes unternehmen wollen", 74% "wenn sie Werkzeug brauchen", 70% "wenn sie im Notfall jemanden brauchen, der auf die Kinder aufpasst", und 69% "wenn sie ein Auto brauchen".

Ungefähr 28% erhielten Hilfe von einem US-Armee Unterstützungsbüro oder einer Familien-Hilfsgruppe. Die Auswertung der Personen, auf deren Hilfe die Angehörigen sich "mit sehr großer Wahrscheinlichkeit", "mit großer Wahrscheinlichkeit" oder "mit mäßiger Wahrscheinlichkeit" bei persönlichen oder Familienproblemen verlassen konnten, erbrachte folgende Prozentzahlen (*=falls anwendbar):

Enge Verwandte	88%	Militärgeistlicher	56%
Nicht-Armee Nachbar/Freund	79%	Vorgesetzter*	54%
Mitarbeiter*	73%	Mitglied der Einh. d. Partners	53%
Familien-Hilfsgruppe	71%	Sonstiger Armee-Angehör.	46%
Armee Nachbar/Freund	60%	Armee Zivilangestellter	41%

Was die Meinung der Familienangehörigen auf die Frage Unterstützung der Soldatenfamilien durch militärische Vorgesetzte betrifft, antworteten einige, "es gäbe keinen Beistand"; aber eine große Prozentzahl entschied sich ungeachtet des Dienstgrads des Vorgesetzten für die Kategorie "neutral/oder weiß nicht":

Bewertung des Vorgesetzten	Hilfbereit	Keine Hilfe	Neutral/Weiß Nicht
Offiziere der Einheit d. Partners	39%	11%	50%
Unteroftiziere der E. d. Partners	38%	11%	52%
Hohe Offiziere des Standorts oder der Reserve	37%	11%	53%
Nachkommando oder Reserve- Zentrum Personal	34%	8%	57%

Zusammenfassung

Trotz des beträchtlichen Belastungsgrads der Familienangehörigen durch die Truppenverlegung in die Golfregion zeigt diese Umfrage, daß die Mehrzahl der Befragten mit einer soliden Basis emotionaler Unterstützung und Hilfeleistung rechnen kann. Es tauchen zwar neue Probleme auf, aber zu ihrer Bewältigung sind persönliche Ressourcen und Unterstützung durch die nähere Umgebung reichlich vorhanden. Es ist wichtig, daß die Behörden sich einschalten, wenn die Familienangehörigen besondere Hilfe, Informationen und Hinweise brauchen. Darüberhinaus sollten militärische Vorgesetzte den Familienangehörigen gegenüber ihr Hilfsangebot klar zum Ausdruck bringen.

Literaturquelle: Peterson, M., & Fowlkes, T. (1990). Operation Desert Shield Family Member Survey: Summary of Results. Unveröffentlichtes Manuskript.

Zusammengefaßt von Hauptmann Mark Vaitkus, Ph.D., U.S. Army Medical Research Unit-Europe.

Übersetzung: Evelyn H. Golembe, M.A., U.S. Army Medical Research Unit-Europe.

Anschrift: U.S. Army Medical Research Unit-Europe, 7th Medical Command, Nachrichten-Kaserne, Karlsruher Str. 144, 6900 Heidelberg. Tel.: 06221-300276.



Ein Vergleich der Unterstützungsprogramme für Soldatenfamilien der US-Armee in Europa (USAREUR) und aus den Vereinigten Staaten (CONUS) während der Golfkrise

Ende Mai 1991 trafen sich Forscher der US Army Medical Research Unit-Europe (Heidelberg), des Amtes des Stabsabteilungsleiters für Personal (ODSCPER, USAREUR), der Abteilung der Militärpsychiatrie (WRAIR) und des US-Armee Forschungsinstituts (ARI), um erste Erfahrungen über Erfolge und Probleme des Familienbeistands während der Operationen "Wüstenschild" und "Wüstensturm" auszutauschen. Die Gespräche bezogen sich auf empirische Erkenntnisse, die seit der Truppenverlegung an den Golf in USAREUR sowie in CONUS mittels Befragungen, Interviews und Beobachtungen gesammelt wurden. Obwohl keine detaillierten Analysen vorlagen, waren trotzdem einige Schlußfolgerungen möglich.

Übereinstimmende Erfahrungen mit der Familienunterstützung

Verfügbare Hilfen und ihr Einsatz. Der überwiegende Teil der Ehepartner auf beiden Kontinenten hat die Trennung während der Truppenverlegung gut verkraftet. Das galt auch für jene, die berufstätig waren. Familienangehörige äußerten die Ansicht, daß ihnen emotionale und praktische Hilfe (z.B. Transport und Kinderbetreuung) ausreichend zur Verfügung standen. Einheiten hingegen, bei denen die Angehörigen der Soldaten die Military Community (Militärgemeinde) verlassen hatten oder deren Betreuer zwischenzeitlich in andere Einheiten versetzt wurden, konnten den Kontakt zu den Angehörigen nur schwer aufrechterhalten.

Familien-Hilfsgruppen (FSGs). Fast alle Familienangehörigen hatten Zugang zu und wußten von einer ihnen Hilfe leistenden FSG. In USAREUR und CONUS stimmte die Führungsstruktur dieser Gruppen vorwiegend mit der militärischen Hierarchie der Einheit überein. Wichtiger für den Erfolg als die Gruppenstruktur war jedoch die Tatsache, daß es die FSG schon vor Beginn der Operation Wüstenschild gab und daß sie Erfahrungen mit Trennungen von Soldatenfamilien gesammelt hatten.

Schwierigkeiten bei freiwilligen Hilfen. Die Leiter der FSGs fühlten sich völlig überfordert, wenn sie nicht auf die Unterstützung anderer Personen zurückgreifen konnten. Der größte Zeitaufwand galt in der Regel den wenigen Betroffenen in den Militärgemeinden, die sich alleine nicht helfen konnten. Anfangs war es allgemein wenig klar, welche Hilfsquellen überhaupt zur Verfügung standen. Die meisten freiwilligen Helfer wußten zwar, wo man Hilfe finden konnte. Eine rechtzeitige Einweisung aber hätte ihre Arbeit wesentlich erleichtert, z.B. darin, wie Angehörige verwundeter oder gefallener Soldaten zu informieren waren.

Brief- und Telefonkontakte mit der Golfregion. Ungeachtet der dafür maßgeblichen Ursachen schien das gesamte Postsystem de facto zusammengebrochen zu sein. Trotz neuer Telekommunikationsformen wie elektronischer Post und Telefax blieb das Telefon der einzig sichere Weg der elektronischen Kommunikation. Erst nachdem AT&T Verbindungen von Deutschland in die Golfregion gelegt hatte, entsprachen Kosten und Wartezeiten von Telefonaten denen von der Golfregion nach CONUS. Allgemein herrschte die Meinung vor, daß in der Wüste der militärische Dienstgrad und die Zugehörigkeit zu einer militärischen Einheit über den Zugang zu einem Telefon entschieden. Höhere Telefonrechnungen bedeuteten für die Familien signifikante Kostenbelastungen. Besonders die Familien in USAREUR standen unter finanziellem Druck, weil sie öfter mit Verwandten in den Staaten telefonierten.

Ehepartner der nicht eingesetzten Soldaten. Frauen der nicht am Golf eingesetzten Soldaten betrachteten die Hilfsprogramme für Ehepartner der "Wüstensoldaten" mit Argwohn. Sie vermuteten, daß ihre eigenen Sorgen dadurch

weniger beachtet und sie insgesamt weniger Unterstützung erhalten würden. Es entstand eine "wir-hier" und "die-da" Stimmung. Versicherungen von offizieller Seite, daß Überstunden und zusätzliche Dienste der nicht eingesetzten Soldaten genauso wichtig für den Erfolg des militärischen Auftrags seien wie der Dienst am Golf zeigten wenig Wirkung.

Unterschiedliche Erfahrungen mit der Familienunterstützung

Familienmobilität. Vorsichtige Schätzungen gehen davon aus, daß in CONUS 20-25% und in USAREUR 6-8% der Familien von im Golf eingesetzten Einheiten die Militärgemeinde verließen. Unbekannt ist, wie viele dieser Familien nach längerem Aufenthalt bei ihren Verwandten in die Militärgemeinde zurückkehrten. Auch weil es für die in Europa stationierten Familien schwerer war wegzugehen, legte der Befehlshaber der US-Armee, Europa (CINCUSAREUR) großen Wert darauf, diese Familien in Europa zu halten und ihnen alle nötigen Unterstützungen zu gewähren.

Betreuung und Fürsorge. USAREUR-Familien konnten die zentralisierte Familienhilfe-Sonderaktion mit Erfolg nutzen. Dieses Programm erlaubte den Vertretern der Militärgemeinden, Probleme mit dem Stab des Hauptquartiers USAREUR gründlich zu erörtern und meist unmittelbar vor Ort zu beheben. Erfolgreiche Maßnahmen waren z.B. die Errichtung einer Telefonseelsorge rund um die Uhr; kostenlose Flugkarten für Familienangehörige, die ohne Betreuer verreisten; die Nutzung von Militärfahrzeugen für die Angehörigen von Soldaten; die Erstattung der durch freiwillige Dienste entstandenen Auslagen; Militärprivilegien für die in "loco parentis" helfenden Verwandten. Zusätzlich förderte das "Projekt Freundschaft" die enge Zusammenarbeit zwischen deutschen und amerikanischen Familien.

Das Familien-Hilfszentrum (FAC). Die meisten Familien in den Staaten hatten scheinbar wenig oder keine Erfahrung mit einem FAC, verglichen mit den Familien in Europa, die sie überwiegend als hilfsbereit empfanden. Die FACs in Europa waren durchweg gut organisiert und erschienen in den Medien. Die FACs in den Staaten waren hingegen ohne große Planung zustande gekommen und waren ebenso zufällig medienwirksam.

Verhältnisse zu den Nachkommando-Führern (RDCs). Obwohl die Familien bei der Unterstützung durch die RDCs keine großen Unterschiede sahen, wurden die Arbeitskontakte zwischen den FSGs und RDCs routinierter und positiver empfunden.

Ängste bei der medizinischen Versorgung. Als die medizinische Versorgung in amerikanischen Krankenhäusern eingeschränkt wurde, um für Kriegsoffer Platz zu machen, fürchteten die Familien von deutschen Krankenhäusern versorgt zu werden. Als jedoch die Reservisten eintrafen und die befürchtete große Zahl von Kriegsopfern ausblieb, war die medizinische Versorgung eigentlich besser als vor der Truppenverlegung.

Die Heimreise. Soldatenfamilien in Europa erlebten keine öffentliche Begeisterung und Unterstützung des Golfeinsatzes wie etwa in den Staaten. Dennoch begrüßten die meisten Militärgemeinden die heimgekehrten Einheiten mit Wüstensturm-Siegesfeiern. Heimgekehrte Soldaten erhielten zusätzliche Freizeit, um mit ihren Familien zusammen sein zu können. Der Befehlshaber der US-Armee, Europa, gewährte allen Soldaten und ihren Familien ein kostenloses Wochenende in Berchtesgaden.

Schlußfolgerungen

Trotz der zusätzlichen Anforderungen in USAREUR (z.B. Bedrohung durch Terroristen und Fortführung des Truppenabbaus) bewältigten die Familienangehörigen in Europa die Situation mindestens so gut wie die Familien in den Staaten. Dieser Erfolg ist auf die Politik der militärischen Leitung zurückzuführen, der Familienunterstützung und neuen Hilfsprogrammen erste Priorität einzuräumen. USAREUR konnte dabei den Vorteil nutzen, die z.B. eine gemeinsame Bank für die gesamte Militärgemeinde oder eine gemeinsame Presseunterstützung (durch AFN und durch Stars & Stripes) bieten: sie ermöglichten ein konzentriertes und wirksames Krisenmanagement.

Zusammengefaßt von Hauptmann Mark A. Vaitkus, Ph.D., und übersetzt von Evelyn H. Golembe, M.A.

Unsere Anschrift: U.S. Army Medical Research Unit-Europe, 7th Medical Command, Nachrichten Kaserne, Karlsruher Str. 144, 6900 Heidelberg. Wir haben eine neue Rufnummer: 06221-172007.