



European Network for Psycho-Social Aftercare in Case of Disaster

Target Group Intervention Programme  
Heft III

Manual zur Traumabasierten Psychoedukation  
für Betroffene von Katastrophen

**Gisela Zurek, Claudia Schedlich, Robert Bering**



Project co funded by the European Commission –  
Grant Agreement N° 07.030601/2006/447903/SUB/A3"



## Project Partners are



City of Cologne  
Office for international Affaires  
The mayor  
Stadt Köln (D)



Institute for Clinical Psychology and Psychological Diagnostics  
University of Cologne



Centre of Psychotraumatology  
Alexianer-Hospital Krefeld



Stichting Impact  
Dutch knowledge & advice centre for post-disaster psychosocial care

## **SEPET+D**

Sociedad Española de Psicotraumatología, Estrés Traumático y Disociación  
SEPET+D

Das Manual zur Traumabasierten Psychoedukation für Betroffene von Katastrophen wurde im Rahmen eines von der Europäischen Union geförderten Projektes „European Guideline for Targetgroup Oriented Psychosocial Aftercare in Cases of Disaster (EUTOPA)“ entwickelt.

## **Autoren**

Dipl.-Psych. G. Zurek: Wiss. Mitarbeiterin am Institut für Klinische Psychologie und Psychologische Diagnostik (IKPPD); Dozentin in der Ausbildung zum Fachberater für Psychotraumatologie DIPT (Deutsches Institut für Psychotraumatologie)/IKPPD

Dipl.-Psych. C. Schedlich: Wiss. Mitarbeiterin am IKPPD. Leitung der Ausbildung zum Fachberater für Psychotraumatologie DIPT/IKPPD

Priv.-Doz. Dr. med. Dipl.-Psych. R. Bering; Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; Leitender Arzt am Zentrum für Psychotraumatologie des Alexianer-Krankenhauses Krefeld

## **Danksagung**

EUTOPA wurde von der Europäischen Kommission unter dem Grant Agreement „N<sup>0</sup> 07030601/2006/447903/SUB/A3“ gefördert. Wir bedanken uns bei den Delegierten von EUTOPA für wertvolle Diskussion, die in unsere Arbeit zur Modifikation von TGIP für Großschadenslagen eingeflossen ist.

Dean Ajdukovic, David Alexander, Rosemarie Barwinski, Robert Bering, Roman Birvon, Jonathan Bisson, David Bolton, Gernot Brauchle, Claudia Bredenbeck, Chris Brewin, Bruno Carlos Almeida de Brito, Ranieri Brook Barbieri, Paul Cutajar, Anita Deak, Katherine Deeley, Albert Deistler, Aida Maria dos Santos Dias, Jose Felix Duque, Ask Elklit, Lucy Faulkner, Eva Garossa, George Gawlinski, Oliver Gengenbach, Stelios Georgiades, Berthold Gersons, Annika Gillispie, Irina Gudaviciene, Barabara Juen, Michael Kamp, Zafiria Kollia, Dietmar Kratzer, Nora Lang, Vivienne Lukey, Jana Malikova, Robert Masten, Giulia Marino, José M.O. Mendes, Tiiu Meres, Maureen Mooney, Maria Eugenia Morante Benadero, Josée Netten, Ágatha Niemyjska, Brigit Nooij, Francisco Orengo, Gerry O'Sullivan, Anthony Pemberton, Danila Pennacchi, Delphine Pennewaert, Gerd Puhl, Raija-Leena Punamäki, Ralf Radix, Gavin Rees, Maire Riis, Magda Rooze, Arielle de Ruijter, Salli Saari, Rob Sardemann, Claudia Schedlich, Frederico Galvao da Silva, Erik de Soir, Marc Stein, Gisela Steiner, Sofia Stoimenova, Axel Strang, Jan Swinkels, Lajos Szabó, Dominique Szepielak, Petra Tabelling, Hans te Brake, Graham Turpin, Willy van Halem, Koen van Praet, Jozsef Vegh, Ronald Voorthuis, Stepan Vymetal, Dieter Wagner, Lars Weisaeth, Martin Willems, Richard Williams, Moya Wood - Heath, William Yule, Bogdan Zawadzki, Gisela Zurek

Wir bedanken uns bei Frau Dipl.-Psych. Kathrin Abresch und Frau Katherine Deeley für Korrekturarbeiten. Der Stadt Köln sind wir zu großem Dank verpflichtet, die Koordination des Projektes EUTOPA auf sich genommen zu haben.

© 2008 Zurek, Schedlich, Bering

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Dies gilt im Besonderen für die Vervielfältigung, Übersetzung und Weiterverarbeitung innerhalb und außerhalb elektronischer Systeme.

## Vorwort

Das Manual zur Traumabasierten Psychoedukation für Betroffene von Katastrophen (Heft III) wurde im Rahmen eines von der Europäischen Union geförderten Projektes „European Guideline for Targetgroup Oriented Psychosocial Aftercare in Cases of Disaster (EUTOPA)“ entwickelt. Die zentrale Fragestellung dieses Projekts lautet: Welche Kriseninterventionsmaßnahmen haben sich nach aktuellem Forschungsstand bewährt, das Risiko für eine psychische Folgestörung nach Großschadenslagen einzudämmen? Hierbei vertritt die Arbeitsgruppe den Ansatz, dass zur psychosozialen Nachsorge die Identifikation von Betroffenen mit einem hohen Risiko zur Entwicklung einer chronischen Belastungsstörung wesentlich ist. Die individuelle Einschätzung dieses Risikoprofils nimmt eine Weichenstellerfunktion im Rahmen des Gesamtkonzeptes der Zielgruppenorientierten Intervention (ZGI) ein. Das ZGI manualisiert alle Interventionsschritte von der psychologischen Erstversorgung bis zur indizierten Psychotherapie im engeren Sinne. In unseren Manualen (Heft I bis III) adaptieren wir die Konzeption an das Anforderungsprofil von Katastrophen und Großschadenslagen. Heft I fokussiert ein zentrales Segment der ZGI. Es geht um den theoretischen und praktischen Hintergrund für die Anwendung des Kölner Risikoindex, der als Checkliste geeignet ist, das Risikoprofil der Betroffenen zu erheben. Ein solches Screening kombiniert verschiedene Erhebungsparameter. Hierzu gehören die Risikofaktoren zur Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung, die Bestimmung der peritraumatischen Dissoziation und die Erhebung der Symptomstärke. Mit diesem Screening verbinden wir nicht den Anspruch einer gesicherten Diagnosestellung. Heft II umfasst die Module der Zielgruppenorientierten Intervention. In Heft III legen wir eine manualisierte Form der traumabasierten Psychoedukation vor. Unser Konzept beruht darauf, dass die Prozessorientierung und Identifizierung von Risikogruppen zielführend ist, effektive Kriseninterventionsprogramme auf den Weg zu bringen. Dieses Konzept haben wir in der Vergangenheit für verschiedene Situationstypologien entwickelt. Mit den Projekten PLOT „Prävention von psychischen Langzeitfolgen für Opfer von Terroranschlägen“ und EUTOPA verfolgen wir das Ziel, das Konzept im europäischen Kontext unter Anwendung des Internets zu implementieren.

Hierfür haben wir die Internetseite [www.eutopa-info.eu](http://www.eutopa-info.eu) und [www.plot-info.eu](http://www.plot-info.eu) eingerichtet. Das vorgelegte Manual (Heft III) stellt eine manualisierte Form der traumabasierten Psychoedukation in den Mittelpunkt, die sich als gruppenbasierte Intervention zur Anwendung durch professionelle Helfer eignet, die Betroffene nach einer Katastrophe beraten und/oder behandeln. Downloads auf der Webseite [www.eutopa-info.eu/project/products](http://www.eutopa-info.eu/project/products) ergänzen die traumabasierte Psychoedukation.

## Literatur zur Zielgruppenorientierten Intervention (ZGI)

Übersetzungen des Manuals auf Englisch, Französisch, Spanisch und Deutsch finden Sie unter

[www.eutopa-info.eu](http://www.eutopa-info.eu)

- Fischer, G., Bering, R., Hartmann, C. & Schedlich, C. (2000). Prävention und Behandlung von Psychotraumen, *Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr 2000* (S. 10–54). München: Bundesministerium der Verteidigung - PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.
- Bering, R., Zurek, G., Schedlich, C. & Fischer, G. (2003). Zielgruppenorientierte Soldatenhilfe: Eine Pilotstudie zur Reformierung der Kriseninterventionsmaßnahmen nach Einsätzen der Bundeswehr. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 1, 15–22.
- Bäumker, B. & Bering, R. (2003). Die Debriefingkontroverse: Eine Literaturanalyse zur Effektivität von Kriseninterventionsmaßnahmen, *Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr 2003* (S. 13–34). München: Bundesministerium der Verteidigung - PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.
- Bering, R., Zurek, G., Schedlich, C. & Fischer, G. (2003). Psychische Belastung von Soldaten der Bundeswehr nach KFOR und SFOR Einsätzen auf dem Balkan, *Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr* (S. 35–87). München: Bundesministerium der Verteidigung - PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.
- Bering, R., Kimmel, E., Grittner, G. & Fischer, G. (2003). Das elektronische Schulungsmanual eReader 3.0 »Behandlung und Prävention von Psychotraumen«. Anwendung neuer Medien zur Vermittlung der Zielgruppenorientierten Intervention in der Bundeswehr, *Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr* (S. 118–131). München: Bundesministerium der Verteidigung - PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.
- Schedlich, C., Bering, R., Zurek, G. & Fischer, G. (2003). Maßnahmenkatalog der Zielgruppenorientierten Intervention zur Einsatznachbereitung. In R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg.), *Zielgruppenorientierte Intervention. Verfahrensvorschläge zur Reformierung des Truppenpsychologischen Konzepts der Bundeswehr*, *Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr 2003* (S. 89–115). München: Bundesministerium der Verteidigung - PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2004). Target-Group-Intervention-Program: A new approach in the debriefing controversy. *European Trauma Bulletin*, 11(1), 12–14.
- Bering, R. (2005). *Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung. Grundlagenforschung, Prävention, Behandlung*. Shaker Verlag: Aachen.
- Bering, R. & Fischer, G. (2005). Kölner Risiko Index (KRI). In B. Strauß & J. Schuhmacher (Hrsg.), *Klinische Interviews und Ratingskalen* (S. 216–221). Göttingen: Hogrefe.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2006). Zielgruppenorientierte Intervention zur Prävention von psychischen Langzeitfolgen für Opfer von Terroranschlägen (PLOT). *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 1, 57–75.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2007). Zielgruppenorientierte Intervention zur Vorbeugung von Belastungsstörungen in der hausärztlichen Praxis. In: R. Bering & L. Reddemann (Hrsg.), *Schnittstellen von Medizin und Psychotraumatologie. Jahrbuch Psychotraumatologie 2007*. (S. 51–66). Heidelberg: Asanger.
- Zurek, G., Schedlich, C. & Bering, R. (2008). Traumabasierte Psychoedukation für Betroffene von Terroranschlägen. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 2, 63–74.
- Schedlich, C., Zurek, G., Kamp, M. & Bering, R. (2008). Adaptation der Zielgruppenorientierten Intervention für die mittel- und langfristige psychosoziale Unterstützung im Katastrophenfall. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 2, 75–90.

Weiterführende Information über die ZGI in Verbindung mit der psychosozialen Nachsorge von Opfern von Terroranschlägen und für Soldaten nach Auslandseinsätzen finden Sie

[www.ikpp-bundeswehr.de](http://www.ikpp-bundeswehr.de)

[www.plot-info.eu](http://www.plot-info.eu)

## 1. Einleitung

Psychoedukation beinhaltet das Erarbeiten von krankheits- und behandlungsbezogenem Wissen bei Patienten mit Prävention und Behandlung von Belastungsstörungen gewinnt die Psychoedukation einen immer höheren Stellenwert. Aus dem Konzept der Verlaufsbetrachtung von Belastungsstörungen (Bering, 2005) leiten sich Implikationen für die traumabasierte Psychoedukation ab. Als Baustein des Kriseninterventionskonzepts der Zielgruppenorientierten Intervention (ZGI) optimiert die Psychoedukation als

psychiatrischen Störungsbildern, die den Behandlungserfolg einer Therapie verbessern kann. Auch im Rahmen von risikounabhängiges Modul die Nachsorge von Opfern von Katastrophen.

Das Manual beschreibt die Konzeption und Kernelemente einer traumabasierten Psychoedukation in der psychosozialen Nachsorge für Betroffene von Katastrophen, die als Folienpräsentation professionellen Traumahelfern auf der Internetplattform [www.eutopa-info.eu/project/products](http://www.eutopa-info.eu/project/products) zur Verfügung gestellt wird.

## 2. Psychoedukation: Der Gegenstand

Psychoedukation ist im psychiatrischen Kontext in den frühen 80er von der US-amerikanischen Ärztin Carol M. Anderson (1980) in der Behandlung der Schizophrenie zur Charakterisierung einer

Familienintervention entwickelt worden und beinhaltet das Erarbeiten von krankheits- und behandlungsbezogenem Wissen bei Patienten, um den Behandlungserfolg einer Therapie zu verbessern.

Als Psychoedukation werden „... systematische, didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, die dazu geeignet sind, Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (Bäumel et al., 2003, S. 3).

Auch im Rahmen von Prävention und Behandlung von Belastungsstörungen gewinnt die Psychoedukation einen immer höheren Stellenwert. In diesem Kontext ist Psychoedukation eine Übergangsform zwischen Schulung und Beratung, die nicht eine Krankheitsentwicklung sondern die psychischen Auswirkungen eines potenziell traumatogenen Ereignisses in den

Mittelpunkt stellt. Dysfunktionale Bewertungen des Traumas und seiner Folgen führen zu einer hohen emotionalen Belastung (Steil & Ehlers, 2000). Daher ist es von großer Bedeutung, ob eine Person ihre posttraumatischen Symptome als Teil eines normalen Genesungsprozesses wertet oder sie katastrophisierend interpretiert.

### 3. Psychoedukation und Trauma: Die wissenschaftliche Perspektive

Im Rahmen einer Studie mit zwei randomisierten Versuchsgruppen von Gewalt- und Unfallopfern und einer Kontrollgruppe untersucht Turpin (2005, 2007) die Effektivität von Selbsthilfeinformationen (Flyer über 8 Seiten versus umfangreichere Broschüre über 31 Seiten) an drei Messzeitpunkten. Während sich die subjektive Zufriedenheit der Betroffenen im Umgang mit den schriftlichen Informationen als sehr hoch darstellt, ergeben sich keine Effekte auf die Entwicklung einer PTBS sowie von Depression und Angststörungen: „The efficacy of providing psycho educational information as a preventive strategy to ameliorate trauma-related

symptoms is as yet unproven. However, the rating of the affected of the usefulness of e. g. self-help booklets is very high” (Turpin, 2007, S. 56). Im pädiatrischen Bereich wurde von Kassam – Adams et al. (2007) Informationsmaterial für Eltern und Kinder in der Behandlung nach schweren körperlichen Verletzungen als Flyer und begleitendes Arbeitsbuch entwickelt. Auch hier wird die subjektive Zufriedenheit der Betroffenen im Umgang mit dem Material in einer randomisierten Studie mit 120 Eltern als hoch eingeschätzt, jedoch nimmt es keinen Einfluss auf verbesserte Copingstrategien.

Die Betroffenen erleben subjektiv die Psychoedukation als hilfreich, jedoch ergeben sich keine positiven Effekte auf die Prävention von Traumafolgestörungen oder verbesserte Bewältigungsstrategien.

Hobfoll et al (2007) haben in der umfassenden Metaanalyse “Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence” fünf Interventionsprinzipien identifiziert, die auf empirischer Basis als Leitlinien für die Entwicklung von Interventionspraktiken und -programmen in Folge von Katastrophen und Massengewalt gelten können: Förderung des Erlebens von Sicherheit (Promote sense of safety), Förderung von Beruhigung (Promote calming), Förderung des Erlebens von Selbstwirksamkeit und kollektiver Wirksamkeit (Promote self-efficacy and collective efficacy), Förderung von Kontakt und Anbindung (Promote connectedness) sowie Förderung von Hoffnung (Promote hope). Auf der Basis dieser Prinzipien haben die Autoren Empfehlungen

identifiziert und formuliert. Die Autoren empfehlen, die Psychoedukation über Reaktionen infolge einer Katastrophe in öffentliche Hilfsmaßnahmen zu integrieren, um die Beruhigung der Betroffenen zu fördern. “Psychoeducation serves to normalize reactions and to help individuals see their reactions as understandable and expected. Normalizing and validating expectable and intense emotional states and promoting survivors’ capacities to tolerate and regulate them are important intervention goals at all levels. Disaster survivors should avoid pathologizing their inability to remain calm and free of the expectable intense emotions that are the natural consequences of such threatening and tragic events” (S. 292). Die Autoren schlagen psychoedukative Interventionen

sowohl als Individual- als auch als Gruppenmaßnahme vor.

Aus psychotraumatologischer Sicht könnte eine Psychoedukation möglicherweise auch bei einigen Traumaopfern sogar eine Verschlechterung des psychotraumatischen Verlaufs bewirken, u. a. dann, wenn retraumatisierende Effekte

bewirkt werden. Damit stellt sich die Frage, wie eine psychoedukative Maßnahme im Kontext von Traumabetroffenen konzipiert und durchgeführt werden müsste, damit alle Traumaopfer davon profitieren und negativen Effekten durch z. B. eine übermäßige intrusive Belastung der Betroffenen entgegen gewirkt wird.

#### 4. Psychoedukation und Trauma: Die europäische Perspektive

Ziel des Projektes EUTOPA ist es, einen wichtigen Schritt in Richtung einer Europäischen Standardisierung / Harmonisierung der Nachsorgepraxis im Falle einer Katastrophe zu leisten, die auf den neuesten Instrumenten der frühen Intervention und des Screening basiert.

Der zweite EUTOPA-Workshop in Amsterdam im September 2008 bezog sich auf den "Multidisciplinary Guideline for early psychosocial interventions after disasters, terrorism and other shocking events", der 2007 vom Impact, Dutch knowledge & advice centre for post-disaster psychosocial care entwickelt und veröffentlicht wurde und ist unter <http://www.impact-kenniscentrum.nl> erhältlich.

Folgende Empfehlungen werden von den Autoren hinsichtlich psychoedukativer Maßnahmen in Großschadenslagen im Zeitraum der ersten sechs Wochen nach einer Katastrophe gegeben: Die Studiengruppe des fachübergreifenden Leitfadens empfiehlt, dass nach Katastrophen, Terrorismus oder anderen schockierenden Ereignissen allen Betroffenen Informationen bereitgestellt werden sollen.

Psychoedukative Informationen sollten folgendes enthalten:

- Eine beruhigende Erklärung der normalen Reaktionen auf das Ereignis;
- den Rat, es zu sagen, wann Hilfe benötigt wird;
- den Rat an Betroffene, die alltägliche Routine beizubehalten und dem Tag eine Struktur zu geben.

Die Studiengruppe empfiehlt keine Bereitstellung von präventiver Psychoedukation. (Impact, 2007, Empfehlung 11)

Auf Grundlage der Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen und anderer Erwägungen der Mitglieder der Arbeitsgruppe (Best Practices) wurden evidenzbasierte Schlussfolgerungen gezogen, die im folgenden aufgeführt werden:

Im Hinblick auf Informationen und präventive Psychoedukation für Erwachsene schlussfolgern die Autoren des Leitfadens in Kapitel 5.1. folgendes:

1. Es gibt kaum Erkenntnisse über die Auswirkungen von allgemeinen psychoedukativen Informationsangeboten für die Betroffenen von Katastrophen. Es herrscht jedoch große Einigkeit darüber, dass Untersuchungen dahingehend notwendig sind.

2. Es existiert kein wissenschaftlicher Nachweis über die Wirksamkeit präventiver Psychoedukation, weder in verbaler noch in schriftlicher Form.

Hinsichtlich Informationen und präventiver Psychoedukation für Kinder schlussfolgern die Autoren in Kapitel 5.2:

Es gibt keinen Grund anzunehmen, dass für Kinder andere Schlussfolgerungen gelten als für Erwachsene. Im Falle von Kindern muss natürlich bedacht werden, welche Informationen altersgemäß erscheinen und welche Informationen an Eltern/Bezugspersonen gegeben werden sollten. Schüler und deren Eltern haben zudem das Recht auf niederschwellige und vertraute Informationen sowie Unterstützung. Das bedeutet, die Maßnahmen sollten in dem bereits existierenden sozialen Umfeld, wie etwa Schulklasse oder Verein, stattfinden. Während dieses Prozesses überprüfen Lehrer, ob die bereitgestellten Informationen dem Entwicklungsstand ihrer Schüler entsprechen und inwiefern die Schüler die Inhalte verstehen können. Diesbezüglich unterstützen sie ebenfalls die Eltern. Eltern und Bezugspersonen werden mit ausführlichen Informationen über mögliche Reaktionen ihrer Kinder versorgt sowie mit Tipps über den bestmöglichen Umgang damit. Auch wenn diese Informationen nicht durch professionelle Helfer selbst den Betroffenen vermittelt werden, haben professionelle Helfer eine wichtige Aufgabe. Das gleiche gilt auch für andere Fachkräfte, die üblicherweise Eltern hinsichtlich Erziehung und Fürsorge betreuen

Als Ergebnis des ersten Workshop in Köln im November 2007 will das Projekt

EUTOPIA die evidenzbasierte Praxis durch den Austausch von Experten und Delegierten verbessern, indem die praktischen und / oder wissenschaftlichen Erfahrungen der europäischen Teilnehmer, auch bezüglich psychoedukativer Maßnahmen, zusammengetragen werden. Der "EUTOPIA-Questionnaire", entwickelt und ausgewertet von Impact, Dutch knowledge & advice centre for post-disaster psychosocial care, wurde den Experten und Delegierten auf dem zweiten Workshop des Projektes im September 2008 in Amsterdam ausgehändigt. Zum Thema „Providing information/psycho education: What works?“ wurden die Empfehlungen des Fachübergreifenden Leitfadens von 60 EU Wissenschaftlern, politische Entscheidungsträger und Experten aus dem Gesundheitswesen, im Bereich der psycho-sozialen Nachsorge im Falle einer Katastrophe aus 24 europäischen Ländern bewertet und diskutiert. Die Ergebnisse wurden mit den Empfehlungen aus dem Leitfaden „Multidisciplinary Guideline for early psychosocial interventions after disasters, terrorism and other shocking events“ (2007) verglichen.

Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse des EUTOPIA-Questionnaire: „Providing information/psycho education: What works?“

[Teilnehmer des EUTOPIA Workshops gaben an, inwieweit sie aus fachlicher Sicht jedem Item zustimmen und inwieweit die Angaben in jedem Item in ihrem Herkunftsland praktisch angewendet werden. Die Tabelle zeigt die gemittelten Antworten für jedes Item auf einer Skala von 1 - 5: 1=stimme überhaupt nicht zu/wird in der Praxis nie eingesetzt; 5= stimme völlig zu/ wird stets in der Praxis eingesetzt].

**1. Die Information für Opfer besteht aus der Empfehlung, ihre tägliche Routine fortzusetzen.**

Zustimmung: 4,5; Praxis: 3,6; Leitfaden empfiehlt: 5

**2. Die Information für Opfer beinhaltet die Erklärung, wann sie weitere Hilfe in Anspruch nehmen sollen**

Zustimmung: 4,5; Praxis: 4,1; Leitfaden empfiehlt: 5

**3. Die Informationen für Opfer beinhalten beruhigende Erklärungen normaler Reaktionen**

Zustimmung: 4,5; Praxis: 4,0; Leitfaden empfiehlt: 5

**4. Es werden keine Informationen zur Verfügung gestellt**

Zustimmung: 1,1; Praxis: 1,7; Leitfaden empfiehlt: 1

**5. Die Informationen für Opfer beinhalten präventive Psychoedukation**

Zustimmung: 3,9; Praxis: 3,3; Leitfaden empfiehlt: 1

**6. Ethnische Minderheiten sollten so normal wie möglich angesprochen werden, zur gleichen Zeit aber so kulturspezifisch wie möglich. Letzteres besteht aus Informationen in der Muttersprache und dem Einbeziehen von Schlüsselpersonen der ethnischen Minderheitsgruppen**

Zustimmung: 4,9; Praxis: 2,8; Leitfaden empfiehlt: 5

**Tabelle 1:** Ergebnisse des EUTOPA - Fragebogens, nach te Brake, 2008, unveröffentlichtes Papier

Die vorliegende Konzeption einer Psychoedukation für Betroffene von einer Katastrophe orientiert sich an den Empfehlungen der niederländischen Studiengruppe und fokussiert insbesondere den dritten Aspekt „Die Informationen für Opfer beinhalten beruhigende Erklärungen normaler Reaktionen“. In Übereinstimmung

mit dem Multidisciplinary Guideline.(2007) ist dieses Manual ein Beitrag, das „Prinzip der Normalität“ (Fischer, 2003) sowie die Möglichkeiten und Grenzen der Selbsthilfe beispielhaft in psychoedukative Maßnahmen nach einer Katastrophe zu implementieren.

## **5. Das Konzept der traumabasierten Psychoedukation**

Basierend auf dem natürlichen Traumaverlauf muss eine Psychoedukation für Betroffene von Katastrophen traumapräventiv die Erfordernisse aller Zielgruppen der Betroffenen wie Selbsterholer, Wechsler und Risikopersonen nach dem Erleben einer potenziell traumatischen Situation

berücksichtigen. Die Konzeption muss zudem in der Durchführung für Großschadensereignisse geeignet sein und orientiert sich an den Empfehlungen des Multidisciplinary Guideline for Early Psychosocial Interventions after Disasters, Terrorism and other shocking Event (2007). Die Internetpräsenz des Projekts EUTOPA

bietet als download unter [www.eutopa-info.eu/project/products](http://www.eutopa-info.eu/project/products) eine Musterschulung „Psychoedukation“ als Foliensammlung an, die sich an professionelle Traumahelfer richtet, die Betroffene von einer Katastrophe beraten und/ oder behandeln. Eine Adaptation des Konzepts an die spezifischen Anforderungen für Betroffene nach einem

Terroranschlag wurde im Auftrag der Generaldirektion für Justiz, Freiheit und Sicherheit der Europäischen Kommission im Projekt „Prävention von psychischen Langzeitfolgen für Opfer von Terroranschlägen“ (PLOT) entwickelt und ist unter [www.plot-info.eu](http://www.plot-info.eu) abrufbar (Zurek et al., 2007).

Zielsetzung der traumabasierten Psychoedukation ist die Mobilisation der kognitiven Kontrolloperationen, die Stärkung der Compliance für die Möglichkeiten der Selbsthilfe und den weiteren Beratungs- und Behandlungsbedarf sowie die Förderung der individuellen Einschätzung von Risikoverläufen bei Betroffenen  
(Schedlich et al., 2003, Bering et al., 2006).

Für die Anwendung der Musterschulung werden eine Ausbildung in den Grundlagen der Psychotraumatologie sowie Kenntnisse des Konzepts der Zielgruppenorientierten Intervention (ZGI) vorausgesetzt, die im Heft II „Manual zur Zielgruppenorientierten Intervention im Rahmen von Großschadenslagen und Katastrophen“ ausführlich dargestellt werden.

Auf der Grundlage, die traumabasierte Psychoedukation als integralen Bestandteil der ZGI zu konzipieren, nehmen zwei Aspekte Einfluss auf die Konzeption einer traumabasierten Psychoedukation für Betroffene von Katastrophen: Die spezifische Situationsdynamik einer Katastrophe sowie die zeitliche Verlaufsgestalt einer potenziell traumatischen Situation. Die spezifische Situationsdynamik einer Katastrophe nimmt Einfluss auf die Adaptation der ZGI und insbesondere auch der Psychoedukation, da in der Folge nicht nur auf individueller sondern insbesondere auch auf kollektiver Ebene das Vertrauen in sich selbst und

Andere wie auch das Weltverständnis zentral erschüttert wird (Fischer & Riedesser, 2003). Das Konzept einer gruppenbasierten Psychoedukation kann den Wirkfaktor der Gruppenkohäsion (Yalom, 1989) gezielt anregen und in einer dynamischen Betrachtung für das erschütterte Selbst- und Weltverständnis (Fischer & Riedesser, 2003) traumakompensatorisch wirken. Auch gilt es als gesichert, dass der Mangel an sozialer Unterstützung ein zentraler Risikofaktor auch für die Entwicklung von Traumafolgestörungen ist. Daher wird beispielhaft eine Musterschulung vorgelegt, die sich auch als Gruppenmaßnahme eignet.

Im Rahmen einer dynamischen Verlaufsbetrachtung von Belastungsstörungen muss sich eine traumabasierte Psychoedukation auch an die zeitliche Perspektive des natürlichen Trauma- verlaufs adaptieren (Schedlich et al., 2003, Bering, 2005, Bering et al., 2006).

Frühestens nach 72 Stunden, wenn die Schockphase abgeklungen ist und der Übergang in die postexpositorische Einwirkungsphase folgt, sollte eine Psychoedukation erfolgen.

Eine traumabasierte Psychoedukation muss sich in dieser frühen Phase an die psychische Konstitution der Betroffenen anpassen, die unabhängig vom Risikoprofil durch Symptome der akuten Belastungsreaktion (ICD-10: F 43.0) eingeschränkt sein können. Die Anpassung der Informationsmenge und Vermittlungsform muss sich nach einer eingeschränkten Aufnahmekapazität und Konzentrationsfähigkeit der Betroffenen richten. Daher sollten die Informationen kurz, strukturiert und überschaubar vermittelt werden. Die Präsentation psychoedukativer Informationen sollte möglichst durch bildhaftes Material wie z. B. Folien unterstützt werden. Die Verteilung von schriftlichem Informationsmaterial ermöglicht den Betroffenen zudem, sich auch nach der Psychoedukation wichtige Inhalte in Erinnerung zu rufen. Traumatische Erfahrungen sind in erster Linie visuell und sensomotorisch repräsentiert und eine zusätzliche visuelle Veranschaulichung der Inhalte ankert deren Informationsgehalt und dient zur Förderung des Integrationsprozesses im Gedächtnis (Schedlich et al., 2003).

Eine Psychoedukation kann von Traumabetroffenen jedoch seelisch belastend erlebt werden. Um Belastungseffekte in der ersten Zeit nach einer Katastrophe zu minimieren, werden die Informationen sachlich vermittelt. Zielsetzung ist die Unterstützung der emotionalen Distanzierung vom traumatischen Erleben. In der Gruppe besteht zudem die Gefahr der Retraumatisierung durch Schilderung der traumatischen Erfahrungen Anderer. Daher sollte sich der Austausch in einer Gruppe auf allgemeine und individuelle ressourcenfördernde Maßnahmen beschränken. Das „Durcharbeiten“ von traumaexplorierenden Elementen sollte vermieden werden. Im Unterschied zum Critical Incident Stress Debriefing (CISD), das im Rahmen des Critical Incident Stress Management (CISM) entwickelt worden ist (Mitchell & Everly, 1995), geht die Projektgruppe EUTOPIA davon aus, dass das Durcharbeiten emotionaler Inhalte bei Betroffenen unterschiedliche Effekte hervorruft.

Während es einem Betroffenen aus der Gruppe der Selbsterholer kaum beeinträchtigen kann und von diesem auch als entlastend erlebt werden kann, kann eine frühe Rekonfrontation mit emotionalen Inhalten für Betroffene der Risikogruppe potenziell retraumatisierende Effekte bewirken.

Diese Sichtweise hat sich schulenübergreifend (Foa & Rothbaum, 1998, Fischer, 2000, Reddemann, 2004) in der phasenorientierten Traumatherapie durchgesetzt und beruht auf dem

grundlegenden Prinzip, dass vor einer Rekonfrontation immer die Phase der Stabilisierung steht. Eine mögliche Komplikation bei der Durchführung einer traumabasierten psychoedukativen

Maßnahme ist daher das Auslösen von dissoziativem Erleben bei Betroffenen bis hin zu einem flash-back Erleben. Traumatisierte Personen können bei Konfrontation mit traumaassoziierten Reizen in Zustände geraten, in denen sie das Erlebte nicht nur erinnern, sondern unmittelbar wiedererleben. Die Betroffenen erleben sich wie in einem Film, den sie nicht stoppen können. Solche Flashbacks können über innere oder äußere Reize ausgelöst werden, die in einem Zusammenhang mit dem Trauma stehen. Obwohl die traumabasierte Psycho-

edukation für Betroffene von Katastrophen durch ihre überwiegend sachliche und knappe Präsentation so konzipiert ist, dass der Belastungsgrad möglichst gering gehalten wird, ist überflutendes emotionales Erleben der Betroffenen aber nicht auszuschließen. Es ist erforderlich, dass der professionelle Traumahelfer, der eine psychoedukative Maßnahme für Traumabetroffene durchführt, mit dem Umgang von dissoziativem Erleben und Flashbacks bei Betroffenen vertraut ist und Sicherungsmaßnahmen einleiten kann.

### **5.1 Das Material der traumabasierten Psychoedukation**

Die Psychoedukation für Betroffene von Katastrophen enthält neben dem vorliegenden Manual zusätzlich eine Folienpräsentation für den professionellen Anwender, welche die Hinweise und Instruktionen sowie die Kernelemente zur Durchführung der Psychoedukation überblicksartig darstellt. Eine weitere

Foliensammlung wird als traumabasierte Psychoedukation zur Verfügung gestellt, die sich als gruppenbasierte Intervention für Betroffene eignet. Zusätzliches schriftliches Informationsmaterial liegt als Handzettel sowohl für Betroffene als auch für deren Angehörige vor und findet sich im Anhang dieses Manuals.

### **5.2 Kernelemente einer traumabasierten Psychoedukation in der psychosozialen Nachsorge für Betroffene von Katastrophen**

Die wesentlichen Wissensbausteine der Psychoedukation für Betroffene von

Katastrophen lassen sich in fünf Abschnitte unterteilen:

#### **Wissensbausteine einer traumabasierten Psychoedukation**

1. Aufklärung über den aktuellen Sachstand
2. Einführung der Basisinterventionslinie
3. Erklärung spezifischer Phänomene im traumatischen Erleben der Betroffenen
4. Selbsthilfe stärken
5. Grenzen der Selbsthilfe und weitere Hilfsangebote
6. Einführung der Checkliste Kölner Risikoindex

Zu 1.:

Am Anfang einer Psychoedukation steht stets die Aufklärung über den aktuellen Sachstand. Informationen über die

Katastrophe wie u. a. den Ereignishergang und -umfang, Art der Verursachung und Verursacher, Anzahl der verletzten und verstorbenen Personen. Diese werden in

übersichtlicher Form, möglicherweise durch einen Funktionsträger (z. B. Polizei, Feuerwehr, Ministerium, Gesundheitsamt, Stadtverwaltung), berichtet. Inhaltlich bildet die Standardinterventionslinie den Rahmen der traumabasierten Psychoedukation.

Zu 2.:

Die Standardinterventionslinie knüpft im Rahmen der natürlichen Verarbeitung nach Extrembelastungen an das Prinzip der Normalität (Fischer, 2003) an.

### **Standardinterventionslinie: Das Prinzip der Normalität**

*Wenn die Katastrophe vorbei ist, bedeutet dies leider nicht, dass auch die seelische Verletzung vorbei ist. Bei körperlichen Verletzungen müssen Wunden medizinisch versorgt werden und können noch längere Zeit schmerzhaft sein. Es ist eine Zeit lang notwendig, sich zu schonen, um den Heilungsprozess nicht zu verzögern. Schwere körperliche Verletzungen benötigen Zeit zu heilen, seelische Traumatisierungen manchmal sogar länger. Seelische Wunden können über längere Zeit schmerzhaft sein und bedürfen einer sorgfältigen Versorgung und Zeit zur Heilung. Nicht Sie sind verrückt, sondern „verrückt“ sind vielmehr die Situationen, die Sie erlebt haben. Belastungsreaktionen sind eine normale und grundsätzlich gesunde Antwort des Menschen auf eine extrem verletzende Erfahrung. Fast alle Menschen reagieren derart. Und das auch, wenn sie sehr stabil und belastbar sind. Es gibt eine rationale Erklärung für das, was in ihnen vorgeht. Ihre Symptome lassen sich durchaus lindern oder sogar völlig auflösen.*

Zu 3.:

Die Erklärung spezifischer Phänomene im traumatischen Erleben der Betroffenen ist nachfolgend Bestandteil der traumabasierten Psychoedukation. Eine laienverständliche Information über peritraumatisches dissoziatives Erleben kann Schuld- und Schamerleben der Betroffenen reduzieren. Hinweise auf den biphasischen Charakter im Erleben der Betroffenen in der postexpositorischen Einwirkungsphase nähern sich der Innenperspektive und wurden vom amerikanischen Psychoanalytiker Horowitz (1986) intensiv beschrieben.

Die Dynamik der traumatischen Reaktion wird bestimmt durch den Wechsel zwischen Phasen der Vermeidung und Verleugnung sowie der Intrusion im Erleben der Betroffenen. Die Dauer der Phasen kann dabei sehr unterschiedlich

sein. Charakteristisch für die Verleugnungsphase ist das Bestreben, die Erinnerungen an das Trauma so weit wie möglich abzuwehren. Symptome sind u.a. Benommenheit, das Vermeiden von Gedanken, Gefühlen und Handlungen, die an das Trauma erinnern könnten, Amnesie, ein vermindertes Interesse an vorher bedeutsamen Aktivitäten, sich fremd fühlen oder das Gefühl verkürzter Zukunft. In der Intrusionsphase erleben die Betroffenen das traumatische Ereignis in oft nicht kontrollierbarer Weise wieder. Sie werden von Erinnerungsbildern und Albträumen gequält. Bei der Konfrontation mit Reizen, die mit dem Trauma assoziiert sind, kommt es zu starken Stressreaktionen. Die traumabasierte Psychoedukation versucht, sich dieser Innenperspektive der Betroffenen durch grafische Darstellungen anzunähern. Die

bildhafte Umsetzung erreicht die Veranschaulichung auch komplexer Inhalte auf laienverständlichem Niveau

und wird in den beiden folgenden Abbildungen exemplarisch dargestellt.



Abb. 1: Die Schaukelbewegung – Ausdruck des biphasischen Charakters in der postexpositorischen Einwirkungsphase bei Betroffenen. Dargestellt wird die Phase der intrusiven Erlebniszustände.



Abb. 2: Die Schaukelbewegung – Ausdruck des biphasischen Charakters in der postexpositorischen Einwirkungsphase bei Betroffenen. Dargestellt wird die Phase der Erlebniszustände im Rahmen der Vermeidungsreaktionen.

Zu 4.:

In der Psychoedukation wird auf den aktiven Einfluss der Betroffenen im Rahmen von Selbstwirksamkeit hingewiesen und Selbsthilfestrategien vorgestellt. Dies senkt den Einfluss der erlebten Hilflosigkeit und Ohnmacht, die dem traumatischen Erleben immanent ist.

Zu 5.:

Nachfolgend werden auch die Grenzen der Selbsthilfe thematisiert, um maladaptive traumakompensatorische Strategien einzugrenzen und frühzeitig auf

weiterführende Beratungs- und Behandlungsangebote hinzuweisen.

Zu 6.:

Die Psychoedukation bereitet das Screening zur differenzierten Einschätzung des individuellen Risiko-profils mit der Checkliste „Kölner Risikoindex – Betroffene von Katastrophen“ vor, dass in Heft I „Manual zur Anwendung des Kölner Risikoindex-Disaster im Rahmen von Großschadenslagen“ ausführlich dargestellt wird. Aus dem Ergebnis lassen sich weitere risikospezifische Interventionen ableiten.

### **5.3 Durchführung und Instruktionen zur Psychoedukation für Betroffene von Katastrophen**

#### **5.3.1 Rahmenbedingungen der Psychoedukation**

Die Psychoedukation kann sowohl für Betroffene als auch für deren Angehörige durchgeführt werden. In der frühen Einwirkphase bietet sich die Psychoedukation in gemischten Gruppen an; zu einem späteren Zeitpunkt kann eine

Differenzierung nach unmittelbarer und mittelbarer Betroffenheit von Vorteil sein, da die Art der Betroffenheit möglicherweise zu unterschiedlichen Fragestellungen in der Psychoedukation führt.

Innerhalb der Schockphase ist eine psychoedukative Maßnahme nicht empfehlenswert. Der zeitliche Abstand der Psychoedukation zur Katastrophe beträgt mindestens 72 Stunden.

Die vorliegende beispielhafte Psychoedukation für Betroffene von Katastrophen kann in dem Zeitraum bis zu vier Wochen nach dem Ereignis angewendet werden. Im weiteren Verlauf nach 4 Wochen halten die Autoren inhaltliche Veränderungen der Kernelemente für notwendig, um die Implikationen des Verlaufsmodells der psychischen Traumatisierung (Fischer & Riedesser, 2003) aufzugreifen. Neben einer ausführlichen Beschreibung des natürlichen Traumaverlaufs sollten traumaspezifische Symptome, die die

Betroffenen selbst schildern, ätiologisch zugeordnet werden. Die Betroffenen sollten auch für einen Übergang in die Erholung oder in den chronifizierenden Prozess sensibilisiert werden. Möglichkeiten und Grenzen der Selbsthilfe werden gleichermaßen aufgezeigt. Der Veranstaltungsort sollte möglichst räumlichen Abstand zum Erlebnis gewährleisten um ausreichende Sicherheit zu vermitteln. Für die Psychoedukation sollte ausreichend Zeit eingeplant werden. Zugleich sind die Aufnahmekapazität und die Konzentrationsfähigkeit der Betroffenen

möglicherweise eingeschränkt. Eine Psychoedukation kann 20 - 30 Minuten dauern und sollte 45 Minuten nicht

überschreiten. Empirische Befunde, die diese Einschätzung belegen, stehen noch aus.

### 5.3.2 Durchführung

In der frühen Einwirkphase ist die Aufnahmekapazität und Konzentrationsfähigkeit der Betroffenen eingeschränkt. Daher sollten die Informationen kurz, strukturiert und überschaubar vermittelt werden. Eine nicht nur sprachliche sondern auch visuelle Vermittlung der Information ist vorteilhaft.

Der Präsentationscharakter dominiert in einer strukturierten klaren Abfolge. Dies erfordert eine ausreichende Kenntnis in den Grundlagen der Psychotraumatologie und der Präsentation selbst. Bei der Durchführung sollte auf eine knappe, strukturierte Präsentation mit verständlichen Formulierungen geachtet werden. Passen Sie Ihre Sprache den Teilnehmern an. Vermeiden Sie Fachbegriffe. Begriffe wie „belastendes Erlebnis“ sind besser als „Trauma“. Eine zusätzliche visuelle Veranschaulichung der Inhalte ankert deren Informationsgehalt. Im Umgang mit Fragen von Teilnehmern ist eine allgemeine Antworttendenz, die an präsentierte Inhalte anknüpft zu empfehlen. Die Psychoedukation sollte entweder als Einzelgespräch oder in einer überschaubaren Gruppe in ruhiger Atmosphäre durchgeführt werden. Die Priorisierung eines Einzel- oder Gruppenangebots ist eine Fragestellung, die sich derzeit noch nicht aus empirischen

Befunden ableiten lässt. Bei einer Großschadenslage lässt sich das Gruppenangebot auf dem Hintergrund zeitlicher und personaler Ressourcen der beteiligten Hilfsorganisationen favorisieren. Der Einzelkontakt erlaubt die Anpassung der Informationsmenge und Vermittlungsform an die psychische Konstitution des Betroffenen. In der Gruppe besteht die Gefahr der Retraumatisierung durch Schilderung der traumatischen Erfahrungen Anderer. Daher sollte sich der Austausch in einer Gruppe auf allgemeine und individuelle ressourcenfördernde Maßnahmen beschränken. Bedrängen Sie die Teilnehmer nicht, über das eigene Erleben zu sprechen bzw. sich an einem Gespräch zu beteiligen. Diskutieren Sie nicht mit einzelnen Teilnehmern und vermeiden Sie ein intensives Gespräch über das persönliche Erleben.

Es darf kein „Durcharbeiten“ der traumatischen Situation stattfinden, dies könnte retraumatisierend wirken.

Zeigen Teilnehmer die Tendenz immer wieder intensiv über das Ereignis berichten zu wollen, klären Sie über die dadurch mögliche zusätzliche Belastung auf und

betonen Sie die zunächst notwendige Fähigkeit zur kontrollierten und selbstbestimmten Distanzierung. Eine mögliche Komplikation bei der

Durchführung einer psychoedukativen Maßnahme ist das Auslösen von dissoziativem Erleben bei Betroffenen bis

hin zu einem flash-back. Der folgende Absatz gibt Hinweise für einen hilfreichen Umgang.

### **5.3.3 Zum Umgang mit dissoziativem Erleben und Flashbacks bei Betroffenen während einer Psychoedukation**

Traumatisierte Personen können in Zustände geraten, in denen sie das Erlebte nicht nur erinnern, sondern unmittelbar wiedererleben. Die Betroffenen erleben sich wie in einem Film, den sie nicht stoppen können. Solche Flashbacks können über innere oder äußere Reize ausgelöst werden, die in einem Zusammenhang mit dem Trauma stehen. Die Psychoedukation ist durch ihre überwiegend sachliche und knappe Präsentation so konzipiert, dass der Belastungsgrad möglichst gering gehalten wird, um Flashbacks zu vermeiden. Auszuschließen sind überflutendes emotionales Erleben bis hin zu Flashbacks aber nicht.

Sollte ein Teilnehmer in einen Zustand geraten, in dem er nicht mehr ansprechbar ist und offensichtlich seine Umgebung weder adäquat wahrnimmt, noch auf sie reagieren kann, sollte der Leiter durch eine der folgenden Maßnahmen versuchen, den Teilnehmer wieder in die Gegenwart zurückzuholen.

- Sprechen Sie die Person mit etwas lauterer Stimme direkt und klar an. Sagen Sie ihr, wo sie ist, dass sie hier bei Ihnen sitzt und in Sicherheit ist.
- Befragen Sie nach Datum, Uhrzeit, etc.
- Stellen Sie offensichtlich unsinnige Fragen wie „Wie viel ist 100 minus 7?“, nach der Antwort die weitere Frage „Wie viel ist 93 minus 7?“ etc. Derartige Fragen irritieren die Person, und sie

reagiert, evtl. auch mit Ärger. Hierdurch wird sie in die Realität zurückgeholt.

- Halten Sie die Person an, auf den Körper zu achten und deutlich zu spüren, wie die Füße hier auf dem Boden stehen und die Stuhllehne zu spüren ist etc.

Im Anschluss an die Situation kann der Betroffene über das eigene vielleicht irritierende Vorgehen aufgeklärt werden, um Verständnis zu fördern.

#### **Vermeiden Sie folgendes:**

- Unvermittelte und ungefragte Berührung wie z. B. Anfassen am Arm.
- Ein zu leises und zu empathisches Sprechen als auch zu lange Sätze wird in der Regel von dissoziierten Personen nicht wahrgenommen.
- Den Betroffenen im Flash-back lassen und abwarten. Das Wiedererleben im Flash-back bedeutet eine Retraumatisierung des Betroffenen, da auf physiologischer Ebene alle sensorischen und motorischen Aspekte des Traumas wiedererlebt werden.
- In Panik oder Schuldgefühle ausbrechen und von der betroffenen Person erwarten, dass sie die Leitung entlastet oder gar erklärt, welche möglichen Fehlhandlungen bei ihr diesen Zustand provoziert haben könnte. Diese Aufklärung kann nach Abklingen der Symptomatik und im Einzelgespräch gemacht werden.

- Die Person sollte nicht allein gelassen werden in der wohlmeinenden Absicht, sie brauche jetzt Ruhe, um sich wieder zu beruhigen.

Wir halten eine personelle Besetzung mit zwei Mitarbeitern während einer psychoedukativen Maßnahme für optimal,

### 5.3.4 Ablauf der Psychoedukation

Informieren Sie über den Ablauf der Präsentation, an die sich das Austeilen von den Handzetteln zur Selbsthilfe anschließt. Betonen Sie die Freiwilligkeit der Teilnahme. Betroffene haben die Möglichkeit, sich während der Psychoedukation (mental oder räumlich) zu distanzieren, um einer Überflutung mit innerem traumabezogenem Erleben vorzubeugen. Am Ende der

so dass neben der fortlaufenden Präsentation auch individuelle Ansprechbarkeit bei problematischen Entwicklungen gewährleistet ist.

Psychoedukation sollten Handzettel an die Betroffenen und deren Angehörige ausgeteilt werden, die eine knappe Anleitung zur Selbsthilfe enthalten. Weiterhin sollte der Durchführende über Informationen über mögliche regionale und nationale Hilfesysteme mit Adressen, Internetpräsenz und Telefonnummern bereitstellen.

## 6. Zusammenfassung

Psychoedukative Interventionen gewinnen im Bereich der sekundären Prävention traumabezogener Störungsbilder zunehmend an Interesse. Wir gehen davon aus, dass das Konzept der Zielgruppenorientierten Intervention (ZGI) mit einer risikoabhängigen Abstufung der Interventionsmaßnahmen eine effektive und ökonomische Interventionsplanung ermöglicht, die auch bei Großschadensereignissen eine optimale Unterstützung gewährleistet. Die Psychoedukation als risikounabhängige Maßnahme der ZGI wird im Manual auf der Grundlage der Verlaufsgestalt einer potenziell traumatischen Situation erläutert und an die spezifische Situationsdynamik einer Katastrophe adaptiert. Ausführlich werden Instruktionen für den Anwender gegeben, der als professioneller

Traumahelfer Kenntnisse in den Grundlagen der Psychotraumatologie aufweisen muss, um traumapräventiv tätig zu sein und um retraumatisierende Effekte zu vermeiden. Das vorliegende Manual stellt die Konzeption und wesentliche Kernelemente einer traumabasierten Psychoedukation beispielhaft für den Zeitraum der frühen Einwirkphase (72 Stunden nach dem Ereignis bis 4 Wochen danach) dar, die als gruppenorientierte Maßnahme auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und „best practice“ Empfehlungen aus vielen europäischen Ländern entwickelt wurde. Insbesondere ist das emotionale Durcharbeiten von Erfahrungen der Betroffenen in der potenziell traumatischen Situation „Katastrophe“ in einer psychoedukativen Maßnahme obsolet. Das

„Prinzip der Normalität“ wird dabei in den Mittelpunkt gestellt.

Weiterführende Fragestellungen zum Thema Psychoedukation für Betroffene von Katastrophen werden in den wichtigsten Schlussfolgerungen der Delegierten auf dem zweiten EUTOPA Workshop in 09/2008 wie folgt beschrieben:

- Es besteht ein breiter Konsens über die Empfehlungen den Leitfaden, dass zeitnahe und qualitative Informationen nach einer Katastrophe für die Betroffenen entscheidend sind. Es werden weitere Befunde darüber benötigt, was wirklich wirksam ist.
- Mit Bezug auf den Unterschied zwischen Informationen, die nach einem Ereignis und Schulungen, die in Erwartung eines Ereignisses angeboten werden, stellt sich die Frage, wie wir Personen identifizieren sollen, für die eines der beiden kosteneffektiv ist.
- Informationen müssen angemessen, d. h. an die spezifische Katastrophe und individuelle Situation angepasst und zweckmäßig terminiert sein

(unmittelbar, sechs Wochen danach etc.)

- Es existieren viele gute Praktiken, die als Beispiele geteilt werden können.

(erhältlich unter:

[www.impact-kenniscentrum.nl](http://www.impact-kenniscentrum.nl))

Um weiterführend die Überprüfung der Wirksamkeit einer traumabasierten Psychoedukation zu belegen, halten die Autoren den Einfluss des Risikoprofils der Betroffenen in einem Studiendesign für wesentlich, dass mit einem geeigneten Screeninginstrument wie dem Kölner Risikoindex erfasst werden kann. Wir schlussfolgern, dass nur ein Longitudinaldesign den Anforderungen gerecht wird, neben der spezifischen Situationsdynamik des extrem belastenden Ereignisses auch den Interventionszeitpunkt der Maßnahme und das Risikoprofil der Betroffenen zu untersuchen.

## 7. Literatur

- Anderson C. M., Hogarty GE, Reiss DJ (1980) Family treatment of adult schizophrenic patients: a psychoeducational approach. *Schizophrenia Bulletin* 6: 490-515.
- Bäumel J, Pitschel-Walz G (2003) Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe "Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen". Stuttgart. Schattauer.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2003). Zielgruppenorientierte Intervention. Verfahrensvorschläge zur Reformierung des Truppenpsychologischen Konzepts der Bundeswehr, Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr 2003. München: Bundesministerium der Verteidigung - PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.
- Bering, Schedlich, Zurek & Fischer (2006) Prävention von psychischen Langzeitfolgen für Opfer von Terroranschlägen. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 4. Jg., Heft 1., S. 57-77.
- Brake te, H. (2008). „ EUTOPA\_ Questionnaire: Amsterdam conference 2008: Questionnaire items in relation to keynote and subgroup discussions. Unveröffentlichtes Papier.
- Fischer, G., Becker-Fischer, M. & Dücking, C. (1999). Neue Wege in der Opferhilfe. Ergebnisse und Verfahrensvorschläge aus dem Kölner Opferhilfe-Modell (KOM). Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (3. Aufl.). München: Reinhardt.
- Fischer, G. (2003). *Neue Wege aus dem Trauma. Erste Hilfe bei schweren seelischen Belastungen*. Düsseldorf: Walter.
- Foa E. B. & Rothbaum, B. O. (1998) *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Hobfoll, S.E., Watson, P., Bell, C.C., Bryant, R.A., Brymer, M.J., Friedman, M.J., Friedman, M., Gersons, P.R., de Jong, J.T.V.M., Layne, C.M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A.E., Pynoos, R.S., Reissman, D., Ruzek, J.I., Shalev, A.Y., Solomon. Z., Steinberg, A.M., Ursano, R.J. (2007). Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry* 70(4), 283-315
- Impact, Dutch knowledge & advice centre for post-disaster psychosocial care , Hrsg. (2007) *Draft Multidisciplinary Guideline Early psychosocial interventions after disasters, terrorism and other shocking events*. Erhältlich unter <http://www.impact-kenniscentrum.nl>.
- Horowitz, M. J. (1986) *Stress-Response-Syndromes* (2.Auflage). Plenum Press, New York.
- Kassam-Adams, N. (2007) Children's Hospital of Philadelphia, U.S.A., Vortrag „Informational materials on traumatic stress for injured children and their parents“ gehalten auf der 10 th. ECOTS European Conference on Traumatic Stress, Opatija in Croatia, 05. – 09.06.2007.
- Mitchell, J.T. & Everly, G.S. (1995) *Critical Incident Stress Debriefing*. Ellicott City, Maryland USA: Chevron Publishing Corporation.
- Reddemann (2004) *Psychodynamisch imaginative Traumatherapie*. Stuttgart: Pfeiffer/Klett-Cotta
- Ruzek, J. (2007) National Center of PTSD, U.S.A., Vortrag „Wanted: A Theory of Post-Trauma Information Delivery“ gehalten auf der 10 th. ECOTS European Conference on Traumatic Stress, Opatija in Croatia, 05. – 09.06.2007.

- Schedlich, C., Bering, R., Zurek, G., Fischer, G. (2003). Maßnahmenkatalog der Zielgruppenorientierten Intervention zur Einsatznachbereitung. In R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg.), Zielgruppenorientierte Intervention. Verfahrensvorschläge zur Reformierung des Truppenpsychologischen Konzepts der Bundeswehr, Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr 2003 (S. 89-115). München: Bundesministerium der Verteidigung - PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.
- Steil, R.; Ehlers, A. (2000). Dysfunctional meaning of posttraumatic intrusions in chronic PTSD. Behaviour Research and Therapy 38: 537 – 558.
- Turpin G., Downs M., Mason S. (2005). Effectiveness of providing self-help information following acute traumatic injury: randomised controlled trial. The British journal of psychiatry: 187, 76-82.
- Turpin, G. (2007) University of Sheffield, United Kingdom, Vortrag „Informational materials in the aftermath of trauma – How helpful is it to provide information to acutely traumatised people?“ gehalten auf der 10 th. ECOTS European Conference on Traumatic Stress, Opatija in Croatia, 05. – 09.06.2007.
- Yalom, I. D., (1989) Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. München: Verlag Pfeiffer.
- Zurek, G., Schedlich, C. & Bering, R. (2007) Schulungsmanual für professionelle Traumahelfer. Psychoedukation für Betroffene von Terroranschlägen. Material des Projekts PLOT, online als download erhältlich unter: [www.plot-info.eu](http://www.plot-info.eu).

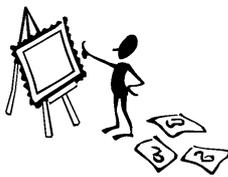
## 8. Anhang

### Handzettel für Betroffene

#### - Hilfe zur Selbsthilfe

Möglicherweise werden Sie in der nächsten Zeit unter verschiedenen **Beschwerden** leiden.

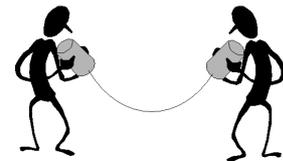
Dies sind **normale** Reaktionen auf extrem belastende Erfahrungen.



Wichtig ist, dass Sie **Ruhe** und Rückzugsmöglichkeiten nutzen.

Geben Sie sich Zeit zur **Erholung**. Jeder braucht zur Bewältigung einer Extrembelastung die Zeit, die er braucht.

**Reden** kann, muss aber nicht helfen. Entscheiden Sie über den richtigen Zeitpunkt und den richtigen Gesprächspartner.



Wenden Sie einfache **Techniken zur Selbstberuhigung** an. Bewegung ist eine wichtige Bewältigungsstrategie. Nicht jede Entspannungstechnik ist für Jeden geeignet. Ablenkung ist auch eine hilfreiche Technik.

Nutzen Sie Selbsthilfebroschüren, um Traumareaktionen zu verstehen. Lesen Sie **dosiert**.



Aktivieren Sie ihre Ressourcen. Denken Sie an die Dinge in Ihrem Leben, die Ihnen bis jetzt gut gelungen sind, denken Sie an Ihre **Fähigkeiten**. Schreiben Sie diese auf.

Es kann hilfreich sein, **professionelle Hilfe** zu nutzen. Lassen Sie sich aufklären über die Folgen traumatischer Erfahrungen und Möglichkeiten der Bewältigung. Lassen Sie sich weitere Übungen zur Selbstberuhigung vermitteln.



Alle Bewältigungsversuche sind o.k., auch extreme. **Vermeiden** Sie dennoch übermäßigen Alkohol, Tabletten oder Drogen zur Selbstberuhigung!

Weitere Information unter [www.eutopa-info.eu](http://www.eutopa-info.eu)

## **Handzettel für Angehörige von Betroffenen**

Als Angehöriger sind Sie ebenfalls betroffen. Man muss nicht selbst eine traumatische Erfahrung erlebt haben, um sie zu verstehen.

Eignen Sie sich Wissen um seelische Traumatisierung an. Das hilft, die Veränderungen zu verstehen und signalisiert dem Betroffenen Interesse.

Oberste Priorität ist der einfühlsame Umgang miteinander. Es reicht aus, zu versuchen zu verstehen und dies dem Betroffenen zu zeigen.

Beobachten Sie Veränderungen beim Betroffenen, ohne sie gleich anzusprechen. Das kann zusätzlichen Druck erzeugen. Machen Sie Angebote wie z. B: für ein Gespräch und achten Sie auch auf sich selbst. Auch das Zuhören von traumatischem Erleben kann belastend sein. Möglicherweise erleben Sie den Betroffenen und damit ihre Beziehung zueinander stark verändert. Vielleicht wird der Betroffene nicht mehr genau derjenige, der er vor dem Ereignis war, aber darunter muss die Qualität des Kontakts nicht leiden. Jede Beziehung kann auch von dem persönlichen Wachstum durch belastende Erfahrungen profitieren.

Vermeiden Sie Alkohol, Tabletten oder Drogen zur Selbstberuhigung.

Möglicherweise fordert der Betroffene z. B. mehr Aufmerksamkeit, erscheint hilfsbedürftig, zieht sich zurück oder kontrolliert genau. Dies sind Schutzreaktionen, die respektiert werden sollten. Dies sind normale Reaktionen auf extrem belastende Erfahrungen. Wird es zu einem dauerhaften Verhalten, teilen Sie ihre Beobachtung und Sorge mit.

Teilen Sie traumafreie Bereiche miteinander wie z.B. Gespräche über andere Inhalte oder Aktivitäten, die gut tun.

Weitere Information unter [www.eutopa-info.eu](http://www.eutopa-info.eu)