



European Network for Psycho-Social Aftercare in Case of Disaster

Target Group Intervention Programme
Heft II

Manual zur Zielgruppenorientierten Intervention im
Rahmen von Großschadenslagen und Katastrophen

Claudia Schedlich, Gisela Zurek, Robert Bering



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



Stadt Köln



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 Zielgruppenorientierten Intervention 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. C. Schedlich: Wiss. Mitarbeiterin am Institut für Klinische Psychologie und Psychologische Diagnostik (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

Dipl.-Psych. G. Zurek: Wiss. Mitarbeiterin am IKPPD; Dozentin für die Ausbildung zum Fachberater für Psychotraumatologie DIPT/IKPPD

Danksagung

EUTOPA wurde von der Europäischen Kommission unter dem Grant Agreement „N⁰ 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. Insbesondere danken wir Francisco Orengo und Stepan Vymetal für ihre für Band II so wesentliche Arbeit an der Thematik der Schnittstellenproblematik, Versorgungslücken und Lösungsansätzen in der mittel und langfristigen Nachsorge.

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 für Korrekturarbeiten und die Übersetzung ins Englische und Katherine Deeley für die englische Redigierung. Der Stadt Köln sind wir zu großem Dank verpflichtet, die Koordination des Projektes EUTOPA auf sich genommen zu haben.

© 2008 Schedlich, Bering, Zurek

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 Zielgruppenorientierten Intervention im Rahmen von Großschadenslagen und Katastrophen (Heft II) wurde im Rahmen eines von der Europäischen Union geförderten Projektes „European Guideline for Targetgroup Oriented Psychosocial Aftercare in Cases of Disaster (EUTOPA)“ auf den Weg gebracht. In diesem Projekt stellt sich die zentrale Frage: Welche Kriseninterventionsmaßnahmen haben sich nach aktuellem Forschungsstand bewährt, das Risiko für die Entwicklung einer psychischen Folgestörung nach Großschadenslagen einzudämmen? Hierbei vertritt die Arbeitsgruppe den Ansatz, dass zur psychosozialen Nachsorge so genannte „Screenings“ durchgeführt werden, die die Identifikation von Überlebenden mit einem hohen Risiko zur Entwicklung einer chronischen Belastungsstörung ermöglichen. Unter Screening verstehen wir eine Kombination aus verschiedenen Erhebungsparametern. Hierzu gehören die Risikofaktoren zur Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung sowie die Erhebung der Symptomstärke. Dieses Screening fungiert im Sinne einer Weichenstellerfunktion im Rahmen eines Gesamtkonzeptes der Zielgruppenorientierten Intervention (ZGI). Das ZGI manualisiert alle Interventionsschritte von der psychosozialen Erstversorgung bis zur indizierten Psychotherapie im engeren Sinne und unterscheidet Maßnahmen, die unabhängig vom Risikoprofil der Betroffenen stattfinden von risikoabhängigen Interventionsmaßnahmen. In unseren Manualen (Heft I bis III) adaptieren wir die Konzeption an das Anforderungsprofil internationaler Großschadenslagen. Heft I fokussiert ein zentrales Segment der ZGI, den theoretischen und praktischen Hintergrund für die Anwendung des Kölner Risiko-Index und dessen Adaptation an die Situationsdynamik von Katastrophen. Das vorliegende Heft II umfasst die Module der Zielgruppenorientierten Intervention und differenziert die Maßnahmen im Kontext der Zielgruppenbestimmung. 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 PLOT 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 und www.plot-info.eu eingerichtet. Das Manual ist für professionelle Helfer konzipiert und soll dieser Zielgruppe die Möglichkeiten und Grenzen des Verfahrens aufzeigen.

Literatur zur Zielgruppenorientierten Intervention (ZGI)

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

www.eutopa-info.eu

- Bäumker, B. & Bering, R. (2003). Die Debriefingkontroverse: Eine Literaturanalyse zur Effektivität von Kriseninterventionsmaßnahmen. In R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 13–34).
- 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., 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. In R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 118–131).
- 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* (S. 9–131.) 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., 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.
- Bering, R., Zurek, G., Schedlich, C. & Fischer, G. (2003a). Zielgruppenorientierte Soldatenhilfe: Eine Pilotstudie zur Reformierung der Kriseninterventionsmaßnahmen nach Einsätzen der Bundeswehr. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 1, 15–22.
- Bering, R., Zurek, G., Schedlich, C. & Fischer, G. (2003b). Psychische Belastung von Soldaten der Bundeswehr nach KFOR und SFOR Einsätzen auf dem Balkan. In R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 35–87).
- 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.
- 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., 2003, S. 89–115).
- 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.
- Zurek, G., Schedlich, C. & Bering, R. (2008). Traumabasierte Psychoedukation für Betroffene von Terroranschlägen. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 2, 63–74.

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

www.plot-info.eu

1. Einleitung

In den letzten Jahrzehnten ist international eine deutliche Zunahme an Naturkatastrophen sowie an Großschadenslagen, die durch technisches Versagen oder terroristische Gewalt verursacht wurden, zu verzeichnen (z.B. Naturkatastrophen unter www.emdat.com). Großschadenslagen implizieren die Versorgungsnotwendigkeit vieler unmittelbar und mittelbar betroffener Menschen: Opfer, Angehörige, Hinterbliebene, Zeugen, die Bevölkerung in der betroffenen Kommune sowie die Einsatzkräfte. Neben der medizinischen Versorgung von Verletzten wird auch die Notwendigkeit der akuten, mittel- und langfristigen psychosozialen Versorgung in den letzten 15 Jahren zunehmend anerkannt und weiterentwickelt. Unbestritten ist unter Fachleuten inzwischen die Notwendigkeit, die psychosoziale Notfallversorgung von Beginn an sinnvoll in die Versorgung der Betroffenen einzubeziehen. Dieses Thema findet auch in unseren europäischen Nachbarländern zunehmend Beachtung.

Nach den Definitionskriterien der Arbeitsgruppe um Norris (2002) ist eine Katastrophe durch drei Hauptmerkmale gekennzeichnet: (1) einen plötzlichen Beginn, (2) kollektives Erleben und Betroffenheit sowie (3) ein kollektiv hohes Ausmaß an Bedrohung und Zerstörung, was Katastrophen per definitionem von andauernden Extrembelastungen, z.B. kriegerischen Auseinandersetzungen, abgrenzt (vgl. Pieper, 2005). In einer Katastrophe

- ist eine große Anzahl von Menschen unmittelbar und mittelbar betroffen,

- ist meist eine medizinische Massenversorgung und die psychosoziale Unterstützung vieler Menschen erforderlich,
- sind physische, soziale und psychische Anforderungen extrem hoch,
- reichen die regionalen Rettungsdienstkapazitäten - auch die Kräfte der psychosozialen Notfallversorgung nicht aus,
- sind unterschiedliche Berufsgruppen in die Unterstützung involviert (Rettungskräfte, Notärzte, Feuerwehr, Katastrophenschutz, Polizei, Militär, Notfallpsychologen, Seelsorger, Psychotherapeuten etc.) und zu koordinieren,
- ist eine zentrale Leitung und Organisationsstruktur für die akute sowie mittel- und längerfristige Nachsorge erforderlich,
- weisen einzusetzende Hilfeleistungen eine hohe Komplexität auf,
- sind die Kapazitäten der mittel- und langfristigen Versorgung meist überfordert, Ressourcen wurden möglicherweise zerstört,
- ist die Sicherheit in der eigenen Lebensumwelt u. U. nicht mehr gegeben, ganze Landstriche oder Regionen sind betroffen und
- es steht das Vertrauen in öffentliche Funktionsträger auf dem Prüfstein und ist leicht zu erschüttern.

Die Praxis zeigt immer wieder, dass die Umsetzung erarbeiteter Konzepte, Strategien und Leitlinien schwierig ist und wir uns nicht auf alle Fälle vorbereiten können. Bei jedem großen Schadensereignis holt uns die nicht vorhersehbare Wirklichkeit erneut ein. Die Rahmenbedingungen der Terroranschläge vom 11.

September in New York, der Terroranschläge von Madrid 2003 und London 2004, von Großbränden, Flutkatastrophen und die Umstände des Tsunami 2004/ 2005 haben immer wieder ein hohes Maß an Flexibilität erfordert, um sich dem spezifischen Anforderungsprofil der Katastrophe zu stellen. Jedes Ereignis entwickelt eine eigene Dynamik und erfordert von den helfenden Personen und auch den Betroffenen ein hohes Maß an Engagement, Kreativität, Flexibilität und auch Belastbarkeit. Nach jeder Katastrophe müssen Erfahrungen integriert und Konzepte verfeinert und überarbeitet werden. "The heterogeneity of traumatic events and their aftermath defies any specific guidelines, and there is a need for flexibility of interventions and adaptations to specific circumstances." (Hobfall et al., 2007, 284)

Im Ernstfall einer Katastrophe muss mit mittel- und langfristigen psychischen Belastungsfolgen bei den Betroffenen, bei den Angehörigen und bei den Einsatzkräften gerechnet werden. Es handelt sich um eine kollektive Aufgabe aller professionellen Helfer, das Leid zu lindern, die Betroffene zu unterstützen und ihnen behilflich zu sein, zu ihrem Alltagsleben zurückzukehren.

Um dem Vorschub zu leisten, werden von der Europäischen Gemeinschaft Forschungsprojekte gefördert, die sich mit der Konzeptualisierung psychosozialer Notfallversorgung und der Prävention von psychischen Langzeitfolgen für Opfer von Katastrophen beschäftigen. Konzeptarbeit und Vernetzung auf europäischer Ebene ist erforderlich, da sich Katastrophen durch europäische Grenzen nicht begrenzen lassen.

So fokussiert auch das Projekt "European Guideline for Target-Group oriented Psychosocial Aftercare in Cases of Disaster - EUTOPIA", dass durch das Ressort für Umwelt der Europäischen Gemeinschaft gefördert wurde, auf die Optimierung der psychosozialen Notfallversorgung im Katastrophenfall. Unter der Koordination des Büros für internationale Angelegenheiten der Stadt Köln kooperiert ein internationaler Forschungsverbund: das Institut für Klinische Psychologie und Psychologische Diagnostik der Universität zu Köln (IKPPD), das Zentrum für Psychotraumatologie in Krefeld, die Stichting Impact aus Amsterdam/ Niederlande sowie die Sociedad Española de Psychotraumatología y Dissociation (SEPET+D) aus Madrid/ Spanien.

Die Kooperative verfolgt das Ziel der Identifikation von Versorgungslücken und die konzeptionelle Weiterentwicklung bestehender Konzepte, die praktikabel in den europäischen Ländern umgesetzt werden können. Wenn wir Kriseninterventionsprogramme sinnvoll in Ablaufpläne der Katastrophenhilfe integrieren wollen, sind wir auf Mindeststandards angewiesen, die den Prozessverlauf von Belastungsstörungen berücksichtigt. Hier stellt sich die zentrale Frage: Welche Kriseninterventionsmaßnahmen sowie Maßnahmen der akuten, der mittel- und langfristigen Nachsorge haben sich nach aktuellem Forschungsstand bewährt, das Risiko für eine psychische Folgestörung einzudämmen?

In der Konzeption und empirischen Überprüfung von Kriseninterventions- sowie akuten, mittel- und langfristigen

Nachsorgemaßnahmen, ist insgesamt eine Verunsicherung bezüglich der Effektivität und Zielführung zu verzeichnen (vgl. Bering, 2005; Bering et al., 2006). "No evidence-based consensus has been reached to date with regard to effective interventions for use in the immediate and the mid-term post mass trauma phases." (Gersons & Olf, 2005 in Hobfall et al., 2007, 284) EUTOPA beinhaltet Verfahrensvorschläge für eine Optimierung und Qualitätssicherung von Kriseninterventions- und Präventivverfahren.

Ein Beitrag des Institutes für Klinische Psychologie und Psychologische Diagnostik der Universität zu Köln und des Zentrums für Psychotraumatologie am Alexianer-Krankenhaus in Krefeld im Projekt EUTOPA ist die Adaptation der Zielgruppenorientierten Intervention (ZGI) an die Situationstypologie und Prozessdynamik für Opfer von Katastrophen. Die ZGI fokussiert dabei auf individuelle Maßnahmen der mittel- und längerfristigen Nachsorge und hat damit zum Ziel, möglichst nahtlos an Konzepte der Frühintervention anzuschließen. Zu differenzierten Darstellung der aktuellen empirischen Standards in Bezug auf die Akut- und Frühinterventionen verweisen wir auf den „Multidisciplinary Guideline-Early Interventions after disasters, terrorism and other shocking events“ der niederländischen Projektpartner (Stichting Impact, 2007; www.eutopa-info.eu).

Inhaltlich stellt sich für die Adaptation der ZGI die Frage, welche Maßnahmen zu welchem Zeitpunkt in einem potentiell traumatischen Verlauf (Fischer & Riedesser, 2003) während und nach einer

Katastrophe effizient sind. Dass Menschen in einer existentiell bedrohlichen und beeinträchtigenden Situation Unterstützung brauchen, ist unbestritten. Ziel effizienter psychosozialer Nachsorgemaßnahmen muss jedoch auch sein, im Sinne einer gelungenen sekundären Prävention die Entwicklung von traumatisch bedingten Belastungsstörungen zu minimieren. In der Vergangenheit wurde dabei vorrangig auf die Verhinderung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) abgezielt und diese in entsprechenden Prävalenzstudien erhoben. Nach heutigem Erkenntnisstand sind jedoch die Belastungsfolgen nach potentiell traumatischen Erfahrungen deutlich komplexer, so dass eine empirische Fokussierung auf die PTBS der Bandbreite psychischer Belastungsfolgen nicht gerecht werden kann. Zu den psychischen Beeinträchtigungen gehören die akute Belastungsreaktion (ICD: F 43.0), die Anpassungsstörung (ICD: F 43.2), die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS - ICD-10: F 43.1) sowie bei längerfristigen Verläufen auch weitere komorbide Verlaufstypen (z. B. Depressionen, Angst- oder Somatisierungsstörungen sowie Suchterkrankungen).

In Band II des Manuales zur ZGI im Katastrophenfall werden zunächst die abgestuften zielgruppenorientierten Interventionsmöglichkeiten vorgestellt.

2. Maßnahmen der Zielgruppenorientierten Intervention im Rahmen der psychosozialen Nachsorge bei Großschadenslagen und Katastrophen

Die ZGI versteht sich als sekundärpräventives Konzept der individuellen psychosozialen Nachsorge mit dem Ziel, die Entwicklung längerfristiger Belastungsstörungen nach kritischen Ereignissen abzuwenden. Die Planung der Interventionsstrategie im Rahmen der ZGI bei Großschadenslagen orientiert sich an dem von Fischer et al. (1999) entwickelten Vorgehen der ZGI bei Gewaltopfern, Unfallopfern und bei Soldaten der Bundeswehr (Bering et al., 2003) und wird an die logistischen und strukturellen Bedingungen bei Großschadenslagen angepasst. Wesentliche Unterschiede zwischen anderen Konzepten der Frühintervention und dem Konzept der Zielgruppenorientierten Intervention (ZGI) liegen:

1. in der *Früherkennung von Risikopersonen* durch ein eigens dafür entwickeltes Screeninginstrument (*Kölner Risikoindex- KRI, siehe Band I*) und
2. in der Unterscheidung zwischen *risikounabhängigen und risikoabhängigen Interventionsmaßnahmen*.

Die Früherkennung von Faktoren, die der Entwicklung einer psychotraumatologischen Folgestörung Vorschub leisten, hat für dieses Konzept eine zentrale Bedeutung. Zur Risikoeinschätzung ist ein geeigneter Fragebogen resp. eine „Checkliste“ erforderlich, die prognostische Rückschlüsse auf den Verarbeitungsprozess zulässt (vgl., Bering et al. 2008, Band I). Nach Einschätzung des jeweiligen

Risikoprofiles können individuell zugeschnittene und abgestufte Interventionen empfohlen und eingeleitet werden.

Das Konzept der abgestuften Interventionsmaßnahmen nennen wir Zielgruppenorientierte Intervention (ZGI) (Bering et al., 2000a; Bering et al. 2001b; Bering et al., 2003; Schedlich et al., 2003). Unterschieden werden dabei Maßnahmen, die unabhängig vom jeweiligen Risikoprofil der Betroffenen angeboten werden, und solche, die an dem jeweiligen Risikoprofil ausgerichtet sind.

Wir gehen davon aus, dass die frühzeitige Erkennung von Risikopersonen durch den *KRI* und die Abstufung der Interventionsmaßnahmen eine effektive und ökonomische Interventionsplanung ermöglichen, die auch bei einer großen Anzahl betroffener Personen und geringer personeller Kapazität eine optimale Unterstützung gewährleisten.

Es ist zu betonen, dass die Reaktionen von Menschen auf extrem belastende Erfahrungen nicht als pathologisch oder als Vorstufe einer Pathologie anzusehen sind. Viele Menschen leiden vorübergehend unter normalen Stressreaktionen und benötigen zunächst vorrangig Unterstützung in der Wiederherstellung der Ressourcen und der Rückkehr zur Normalität und weniger traditionelle diagnostische Verfahren und klinische Behandlung (Hobfall et al., 2007).

Die Grundlage der Interventionsplanung zur individuellen psychosozialen Nachsorge ist

1. die Orientierung am Zeitkriterium, am Verlaufsmodell psychischer Traumatisierung und
2. die Orientierung am Risikoprofil der Betroffenen die Risikobestimmung mit dem *KRI*. (vgl. Bering et al., 2008, Band I)

Die physische Abgrenzung ist bei vielen Katastrophen und einem Massenanfall von Verletzten durch die andauernde Gewalt, den nachhaltigen Schock, fehlende Hilfsangebote und sekundäre Verluste problematisch und es ist oft schwierig, die akute Situation von einer postsituativen Periode abzugrenzen (Hobfall et al., 2007), sodass sich Akutmaßnahmen mit Maßnahmen der mittelfristigen Nachsorge überlappen können.

Das Risikoprofil für die Entwicklung einer Belastungsstörung, kann jedoch immer erst im Prozessverlauf eingeschätzt werden. Es stellt sich somit die Frage, zu welchem Zeitpunkt welche Interventionsmaßnahme Erfolg versprechend durchgeführt werden sollte? Darüber hinaus stellt sich die Frage, welche Interventionen für die unterschiedlichen Kontrastgruppen geeignet sind. Um auf diese Fragen eine Antwort zu finden, wird der Zeitstrahl in Abb. 1 in die Akutphase (A), die Übergangsphase (B) und die Einwirkungsphase (C) unterteilt. Darüber hinaus werden die Bausteine der Zielgruppenorientierten Intervention aus dem Standardablaufplan (s. Abb.1) in

risikoabhängige und risikounabhängige Module der Zielgruppenorientierten Intervention unterteilt (s. Abb. 2).

Im Falle von Großschadenslagen und Katastrophen gibt es drei Bedingungskriterien, die die jeweilige Interventionsplanung beeinflussen und für die ZGI charakteristisch sind:

1. Zu welchem Zeitpunkt im traumatischen Verlauf greift die Intervention?
2. Unter welchen „Netzwerkbedingungen“ wird die ZGI durchgeführt?
3. Wie viele Personen sind von einem kritischen Ereignis betroffen?

Gerade die Anzahl Betroffener und die Verfügbarkeit professioneller Helfer sind entscheidend für das Setting (Einzel- oder Gruppensetting) und den Umfang möglicher Hilfsangebote. Ziel ist es, unter optimaler Nutzung der personellen Kapazitäten möglichst vielen Betroffenen adäquate Hilfsangebote anzubieten, um langfristige Folgeprobleme zu verhindern. Auch die psychosoziale Notfallversorgung für Einsatzkräfte ist zu optimieren, um psychische Folgeprobleme zu verhindern und langfristig die Einsatzfähigkeit zu erhalten.

Notwendig und sinnvoll ist eine zielgruppenbezogene Interventionsstrategie um so weit wie möglich zu gewährleisten, dass die Betroffene und auch die Einsatzkräfte durch unterstützende Maßnahmen weder über- noch unterversorgt werden.

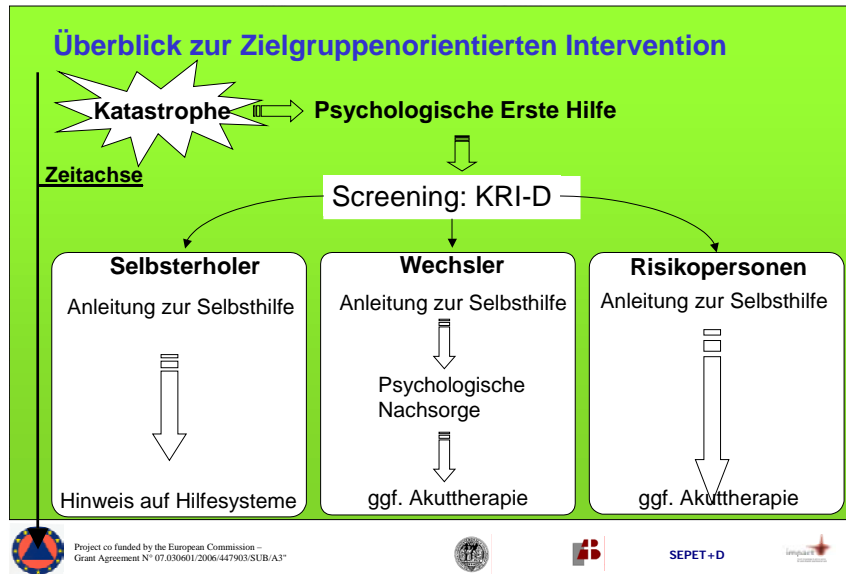


Abbildung 1: Standardablaufplan der Zielgruppenorientierten Intervention

Die Art der Intervention ist vom Prozessverlauf abhängig. In der Phase A steht die Akutversorgung im Mittelpunkt. Die Phase B beschreibt die Zeitspanne zwischen der Schock- und frühen Einwirkungsphase. Im Mittelpunkt der Phase B stehen die Psychoedukation und das Screening mit dem Kölner Risikoindex. Die Phase C leitet in eine abgestufte Interventionsplanung für die Selbsterholer-, Wechsler- und Risikogruppe ein. (aus Bering et al., 2003)

Zu den risikounabhängigen Maßnahmen zählen die Akutversorgung Betroffener durch primäre Sicherung und psychologische erste Hilfe (Phase A). Erst wenn die Schockphase abgeklungen ist, erfolgt eine psychoedukativ ausgerichtete Information, die u. a. das Screening mit dem KRI vorbereitet. Die Ergebnisbesprechung und Kurzberatung schließt den Übergang in die frühe Einwirkungsphase (B) ab.

Zu den risikoabhängigen Interventionsmodulen gehören das Monitoring, die weiterführende Diagnostik, die Einzelberatung, die Angehörigenberatung und die Trauma-Akuttherapie. Auf dem Zeitstrahl sind diese Interventionen der Phase C zuzuordnen. Somit orientiert sich der Helfer bei der Wahl der Intervention am Zeitstrahl und am Risikoprofil der Betroffenen. Wir müssen uns also vom somatologischen Paradigma der Notfallmedizin lösen, dass eine

erschließende Diagnostik (psychologische Triage) am Unfallort bzw. in der Erstversorgung im Krankenhaus möglich wäre. Während die Ausbildung von Notärzten und Sanitätern darauf abzielt, die lebensrettende Intervention nach Möglichkeit am Unfallort zu erkennen und einzuleiten, müssen Therapeuten und Ersthelfer bei psychosozialen Kriseninterventionsprogrammen den gesamten Prozessverlauf überschauen und die Chronifizierung einer Belastungsstörung durch Prozessbegleitung abwenden. Das somatische Paradigma der Notfallmedizin kann also nicht Eins zu Eins auf das psychologische Paradigma von Kriseninterventionsprogrammen übertragen werden. Im Folgenden spezifizieren wir die Interventionsmodule der Zielgruppenorientierten Intervention, um sie genauer zu charakterisieren.

Interventionen in der akuten traumatischen Situation, in der Einwirkphase und im traumatischen Prozess folgen dem Motto: So viel wie nötig, so wenig wie möglich.

Unterschieden werden bei der Interventionsplanung grundlegende Präventionsmaßnahmen für alle Betroffenen und abgestufte Maßnahmen, die abhängen vom individuellen Risikoprofil. Inhaltliche Schwerpunkte variieren dabei je nach Interventionszeitpunkt, d.h. ob Interventionen im Rahmen der

Akutsituation, in der Einwirkzeit oder im traumatischen Prozess angeboten werden. Die Interventionsplanung im Rahmen der ZGI wird im Folgenden in der chronologischen Reihenfolge des Vorgehens beschrieben, wobei wir risikounabhängige und risikoabhängige Maßnahmen unterscheiden.

Maßnahmen der Zielgruppenorientierten Intervention bei den Betroffenen:

Risikounabhängige Maßnahmen	Risikoabhängige Maßnahmen
<ol style="list-style-type: none"> 1. Akutversorgung 2. Psychische Akuthilfe 4. Psychoedukation/Information 4. Screening mit dem KRI-D 5. Anleitung zur Selbsthilfe 6. Ergebnisbesprechung und Kurzberatung im Einzelsetting 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring 2. Weiterführende Diagnostik 3. Einzelberatung 4. Traumaakuttherapie (z.B. MPTT) 5. Angehörigenberatung

Abb.2: Risikoabhängige und risikounabhängige Maßnahmen im Rahmen der ZGI

Bevor abgestufte, risikoabhängige Interventionen greifen, gelten unabhängig von Einsatzbedingungen, Interventionszeitpunkt und individuellem Risikoprofil neben der medizinischen Versorgung basale psychisch relevante Maßnahmen, die in jedem Fall im Rahmen der sekundären Prävention durchgeführt werden. Hierzu zählen die Akutversorgung

Betroffener durch primäre Sicherung und Psychologische erste Hilfe, weiterhin frühestens nach Abklingen der Schockphase die Psychoedukation und das Screening mit dem KRI-Bw, die Ergebnisbesprechung und Kurzberatung und die Anleitung zur Selbsthilfe.

2.1 Risikounabhängige Maßnahmen der ZGI

2.1.1 Akutversorgung

In der Akutsituation und unmittelbar danach gelten zunächst für alle Betroffenen – unabhängig von ihrem Risikoprofil – Maßnahmen der primären Versorgung. Hierzu gehören:

➤ Medizinische Versorgung

- Sicherung und Schutz für die Betroffenen
- Gewährleistung der Erfüllung von Primärbedürfnissen (Durst, Hunger, Wärme, Hygiene)
- Distanzierung vom Ort des Ereignisses

- Informationen über das Geschehen (Auslöser, Ausmaß)
- Informationen über den Verbleib und Befinden von Angehörigen
- Herstellen von Kontaktmöglichkeiten zu nahe stehenden Menschen
- Begleitung bei der Verabschiedung Verstorbener
- Informationen über weiterführende Hilfen
- Gesprächsangebote

Bei der Bewältigung von Großschadenslagen hat die medizinische Versorgung immer Priorität, die psychologische Akutversorgung ist jedoch ein wesentlicher Bestandteil der Betreuung und wirkt sich nachhaltig positiv auf die Verarbeitung des Erlebten aus. Im Vordergrund steht die Wiederherstellung relativer Sicherheit und Primärversorgung sowie klare Informationen. Ein weiteres vorrangiges Anliegen in dieser Phase ist die Herstellung von Kontakt und sozialer Anbindung (Hobfall et al., 2007). Existentielles Bedürfnis der Menschen ist die Information, ob nahe stehende Menschen wohlauf sind. Hilfreich ist

Transparenz und zum Teil auch Begründung von Vorgehensweisen (medizinische Maßnahmen, notwendige Trennung von Angehörigen bei medizinischen Maßnahmen, Aufenthaltsmöglichkeiten, Ansprechpersonen etc.), um dem Erleben von Kontrollverlust entgegenzuwirken. Fragen der betroffenen Personen zur Situation werden nicht zurück gehalten, sondern soweit bekannt korrekt beantwortet, da die Menschen ein ausgeprägtes Informationsbedürfnis haben. Informationen müssen klar, kurz und verständlich vermittelt werden, da in der Schocksituation die Aufnahme-kapazität stark eingeschränkt ist.

Dauerhaft positiv werden Transparenz und beruhigende Zuwendung in dieser Situation internalisiert (Bengel, 2007; Lasogga & Gasch, 2000). Weitere Maßnahmen, wie Psychoedukation und vertiefte Anleitung zur Selbsthilfe etc. sind zu diesem frühen Zeitpunkt nicht indiziert und versprechen keinen präventiven Langzeiteffekt (vgl. Bäumker & Bering, 2003).

2.1.2 Psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen in der frühen Einwirkzeit und danach (Phase B und C)

Im Anschluss an die Akutsituation haben Betroffene je nach situativem Kontext häufig Bedürfnisse, die sich auf die Sicherung ihres alltäglichen Lebens und ihrer materiellen Ressourcen sowie die Sicherung des sozialen Netzes beziehen. Hier gilt es entsprechende Beratungs- und Unterstützungsangebote (z.B. über finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten, Klärung rechtlicher Fragen, Suche nach Vermissten) und Hilfen im Umgang mit Behörden bereit zustellen und die

Information über diese Hilfsangebote den Menschen sicher zukommen zu lassen. Je nach Beeinträchtigung des Lebenskontextes kann diese Unterstützung über lange Zeit (Monate bis Jahre) notwendig sein. So benötigen z.B. Opfer von Terroranschlägen häufig lange Zeit juristischen Beistand im Verfahren gegen die Täter. Im Extremfall können diese Verfahren sich über Jahrzehnte hinziehen, wie z.B. nach dem Bombenanschlag in Bologna 1981. Oft sind auch

Auseinandersetzungen um Entschädigungszahlungen, z.B. nach technischen Katastrophen, an langfristige Ermittlungsverfahren gekoppelt. Ebenso gilt es, Trauergottesdienste und Gedenkfeiern zu organisieren und zu begleiten. Eventuell benötigen die Betroffenen Unterstützung bei der Einrichtung einer Gedenkstätte.

Eine möglichst nahtlose Gewährleistung der genannten Unterstützung ist eine Zielvorstellung in der Konzeption der psychosozialen Nachsorge nach Katastrophen. Die im Folgenden vorgestellten Maßnahmen der psychologischen Nachsorge im engeren Sinne fokussieren auf die individuelle sekundär präventive Unterstützung zur Verarbeitung der traumatischen Erfahrung und der Reduktion von Belastungsreaktionen sowie die Verhinderung längerfristiger Belastungsstörungen. Nach Abklingen der Schockreaktion können erste psychoedukative, informtive Maßnahme durchgeführt werden. Ist eine Psychoedukation zu diesem frühen Zeitpunkt nicht möglich, sei dies z.B. aus einsatzbedingten, medizinischen oder personellen Gründen, kann die

Psychoedukation auch zu jedem späteren Zeitpunkt im traumatischen Verlauf angeboten werden. Genaue Darstellungen zu Inhalt und Durchführung psychoedukativer Maßnahmen finden sich in Band III (vgl. Zurek et al., 2008, Band III).

Im Anschluss an die Psychoedukation wird das Screening mit dem KRI-D zur differenzierten Einschätzung des individuellen Risikoprofils durchgeführt. Abhängig vom erreichten Punktwert im *KRI* werden die Betroffenen einer der Gruppen zugeordnet: den Selbsterholern, der Wechsler- oder der Risikogruppe. Die Zuteilung Betroffener zu den Risikogruppen anhand der Höhe des Risikoindex ist die Grundlage für zielgruppenorientierte weiterführende Interventionen. Die Ergebnisse des Fragebogens werden **immer** und **ausschließlich** im Einzelkontakt mitgeteilt. Eine differenzierte Darstellung des KRI für die Anwendung im Falle einer Katastrophe findet sich in Band I (vgl. Bering et al. 2008, Band I).

2.1.3 Information und Kurzberatung nach dem Screening mit dem *Kölner*

Risikoindex-Disaster

Nach dem Screening mit dem *KRI*, das idealerweise im Einzelkontakt durchgeführt wird, z.B. im Rahmen einer Beratung, wird mit jedem Betroffenen sein persönliches Risikoprofil und die prognostische Einschätzung im **Einzelkontakt (!)** besprochen. Der persönliche Kontakt erlaubt dem Berater die kurze Exploration potentieller Risiko- und Schutzfaktoren, die Erfassung individueller Ressourcen und Bedürfnisse für die postexpositorische Zeit

und einen ersten Eindruck traumakompensatorischer Strategien. Je nach verfügbarem Zeitrahmen haben die Betroffenen im Einzelsetting die Möglichkeit das Erleben der traumatisierenden Erfahrung anzusprechen. Der Berater sollte aber eine emotionale Vertiefung in diesem Kontext verhindern, ressourcenorientiert intervenieren und auf weitere Kontaktmöglichkeiten verweisen. Hier geht es

insbesondere darum bedarfsorientierte Beratungsmöglichkeiten zu vermitteln, z.B. Rechtsberatung, administrative Hilfen, Traumafachberatung und / oder Traumapsychotherapie. Alle drei Gruppen (Selbsterholer, Wechsler, Risikopersonen) werden auf sinnvolle Verhaltensweisen für die Einwirkzeit hingewiesen, wie z.B. mit anderen über ihre Erfahrungen zu sprechen, sich Ruhe und Rückzug zu erlauben, soziale Netzwerke zu nutzen, überschaubare, zu bewältigende Aktivitäten in Angriff zu nehmen, an Alltagstätigkeiten anzuknüpfen etc. Broschüren, die Anleitung zur Selbsthilfe anbieten, werden als sinnvolle Unterstützung für den natürlichen Selbstheilungsprozeß vorgestellt. Wesentlich ist in der Kurzberatung die

Besprechung notwendiger und möglicher Unterstützungsmaßnahmen, die ausführlich erklärt werden sollen. Die Transparenz bezüglich möglicher und eventuell notwendiger Maßnahmen kann langfristig eine höhere Compliance bewirken.

Falls dies nicht schon nach der Psychoedukation erfolgt ist, werden den Betroffenen zum Abschluss des Einzelkontaktes „Taschenkarten“ mit wesentlichen Informationen ausgehändigt und sie erhalten Kontaktangebote und -adressen, an die sie sich bei Bedarf wenden können. Ebenso können notwendige Kontakte zu professionellen Unterstützungsangeboten auch gemeinsam mit den Betroffenen direkt initiiert werden.

Kurzberatung bei den Selbsterholern

Den Selbsterholern werden Anzeichen für einen ungünstigen Verlauf des Verarbeitungsprozesses erläutert und die Möglichkeit professioneller Unterstützung. Ein erneuter Kontakt nach einem Zeitraum zwischen 2 bis 4 Wochen wird angeboten.

Kurzberatung bei den Wechslern

Die Wechsler werden auf sinnvolle Verhaltensweisen für die Einwirkzeit hingewiesen, wie z.B. mit anderen über ihre Erfahrungen zu sprechen, sich Ruhe und Rückzug zu erlauben, sportliche Aktivitäten zu nutzen etc. Darüber hinaus werden die Wechsler besonders sensibilisiert für zusätzliche Belastungsfaktoren in der Einwirkzeit, die einem progredienten Verlauf Vorschub leisten können, z.B. weitere belastende Erfahrungen, soziale oder administrative Probleme, familiäre oder finanzielle Probleme. Anzeichen für einen ungünstigen Verlauf des Verarbeitungsprozesses werden erläutert. Mit den Wechslern wird ein weiterer Kontakt in der Einwirkzeit vereinbart.

Kurzberatung bei den Risikopersonen

Die Risikopersonen werden darauf hingewiesen, dass es für sie aufgrund biographischer und/oder situativer Faktoren schwieriger werden kann, die belastende Erfahrung ohne Unterstützung zu verarbeiten. Wie die Selbsterholer und die Wechsler werden sie auf sinnvolle Verhaltensweisen in der Einwirkzeit und die Nutzung von Selbsthilfemöglichkeiten hingewiesen. Darüber hinaus werden mit ihnen möglichst direkt weitere Termine zur Beratung vereinbart, die in einem Zeitrahmen stattfinden sollten, der eine Verlaufsbeobachtung und -begleitung zulässt (mindestens einmal pro Woche).

Inhalte der Kurzberatung im Überblick

- Mitteilung des individuellen Risikoprofils
- Exploration von Ressourcen und traumakompensatorischen Strategien
- Hinweis auf sinnvolle Verhaltensweisen in der Einwirkzeit
- Hinweis auf Selbsthilfebroschüren
- Sensibilisierung für ungünstige Verlaufsformen
- Vorstellen von (professionellen) Hilfsangeboten, Kontaktmöglichkeiten
- Initiieren von notwendigen Unterstützungskontakten (z.B. Rechtsberatung, administrative Hilfen, finanzielle Hilfen, Fachberatung, Psychotraumatherapie)

2.1.4 Anleitung zur Selbsthilfe

Eine weitere Maßnahme, die sowohl Selbsterholern, Wechslern als auch Risikopersonen angeboten wird, ist die Anleitung zur Selbsthilfe. Den Betroffenen werden Techniken zur Selbstberuhigung und Distanzierung vermittelt, die sie befähigen traumatisches Material zu kontrollieren und zu reduzieren. Hierzu gehören Distanzierungsübungen (z.B. Ablenken durch Rechnen, Sehen-Hören-Empfinden), imaginative Techniken (z.B. Lichtstromtechnik, sicherer innerer Ort, innere Helfer), Entspannungsübungen und Hinweise zu stressreduzierenden Verhaltensweisen (Fischer, 2003; Reddemann 2001). Diese Techniken unterstützen den natürlichen Verarbeitungsprozess und fördern den Übergang in die Erholungsphase. Durch die Übungen können die Betroffenen die Erfahrung machen, dass sie ihre Emotionen und Gedanken beeinflussen können. Die Möglichkeit der kognitiven und emotionalen Kontrolle wirkt dem traumatischen Erleben von Kontrollverlust und Hilflosigkeit entgegen. Erfahrungsgemäß können Betroffene die angebotenen Techniken unterschiedlich gut nutzen. Damit jeder die persönlich am besten nutzbaren und „passenden“ Techniken

auswählen kann, ist es sinnvoll, ein möglichst breites Spektrum von Techniken anzubieten. Da dies aus Zeitgründen oft nur eingeschränkt möglich ist, ist hier noch einmal der Hinweis auf die Selbsthilfebroschüren besonders wichtig. Dort finden die Betroffenen einen umfassenden Katalog von Übungen, die sie ausprobieren und ihren individuellen Vorlieben entsprechend auswählen können

Die Techniken können im Einzel- aber auch im Gruppensetting vermittelt werden. Für Risikopersonen ist die Gefahr der Überflutung mit traumatischem Material, insbesondere bei imaginativen Übungen, jedoch nicht auszuschließen. Falls Techniken in der Gruppe angeboten werden, sollten Risikopersonen entsprechend genau beobachtet werden und schon vorher im Einzelkontakt Techniken zur Selbstberuhigung kennengelernt haben. Gerade bei Einsatzkräften ist es jedoch wichtig, Gruppenangebote einzubeziehen, da hierdurch die Integration und Unterstützung in der Gruppe der Kollegen als protektiver Faktor genutzt werden kann.

2.2 Risikoabhängige, zielgruppenbezogene Interventionsmaßnahmen

Nach der Akutversorgung, der Psychoedukation/ Information, dem Screening, der Kurzberatung und der Anleitung zur Selbsthilfe unterscheiden sich die angebotenen Unterstützungsmaßnahmen in Abhängigkeit vom jeweiligen Risikoprofil (vgl. Abb. 1).

Angeboten werden können die aktive Beobachtung und Begleitung, psychotraumatologische Diagnostik und Trauma(akut)therapie.

Aktive Beobachtung und Begleitung:

Die aktive Begleitung kann in Form einer telefonischen oder persönlichen Kontaktaufnahme und Nachbefragung stattfinden. Durch die frühzeitige Erkennung zusätzlicher Belastungsfaktoren kann die Gefahr einer Symptomchronifizierung rechtzeitig eingeschätzt und gegebenenfalls eine Traumaakuttherapie eingeleitet werden.

Diagnostik:

Um den individuellen Prozess der Traumaverarbeitung einzuschätzen werden diagnostische Instrumente herangezogen, die in der Lage sind, eine präzise Antwort in Bezug auf den

traumatischen Verlauf sowie die Behandlungsmöglichkeiten zu geben. Eine umfassende Diagnostik soll ausschließlich von Fachpersonal erhoben und ausgewertet werden, da hier Vorwissen und Erfahrung im Bereich der Psychotraumatologie unbedingt notwendig sind. Unter anderem gehören zur Trauma-diagnostik eine umfassende Anamnese sowie eine Reihe traumadiagnostischer Verfahren, die einen Überblick über das Ausmaß von Vortraumatisierungen und die Symptomentwicklung verschaffen.

Psychotherapie

Für die Risikogruppe ist Psychotherapie bereits in der Einwirkungsphase indiziert. Im internationalen Forschungskontext werden die kognitiv-behaviorale Therapie als Methode der Wahl (Nice-Guideline, 2005, Impact, 2007, Hobfall et al, 2007) vorgezogen. Wir haben jedoch auch gute Erfahrungen mit psychodynamischen Verfahren gemacht (Horowitz, 1976, Fischer, 2000) sowie positive Ergebnisse evaluieren können, soweit insbesondere in der Traumakonfrontation schulenübergreifend gearbeitet wird.

2.2.1 Zielgruppenorientierte Intervention bei den Selbsterholern

Erfolgt eine Zuteilung zur Gruppe der Selbsterholer, ist mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Betroffene keine langfristige Folgesymptomatik entwickeln wird, auch wenn er im Verlauf des natürlichen Verarbeitungsprozesses zunächst Symptome wie Übererregbarkeit, Vermeidungsverhalten oder Intrusionen entwickelt. Für diese Gruppe können die bis zu diesem Zeitpunkt angebotenen Maßnahmen zur Unterstützung des

Verarbeitungsprozesses ausreichen. Hilfreich ist in jedem Fall die Sensibilisierung der Betroffenen für pathogenetische Verlaufsformen und der Hinweis auf Unterstützungsangebote. Ein weiterer Kontakt nach zwei bis drei Wochen – persönlich oder telefonisch – kann angeboten werden. Eventuell ungünstige Verlaufsformen und zusätzliche Belastungen können dann erfragt und bei Bedarf weitere Unterstützungsmaßnahmen angeboten werden.

2.2.2 Zielgruppenorientierte Intervention bei den Wechslern

Betroffene, die der Gruppe der Wechsler zugeordnet werden, zeigen das Risiko eines chronifizierenden Verlaufes, wenn postevent weitere Belastungen dazu kommen, wie z.B. mangelnde Unterstützung im sozialen Umfeld, ungerechtfertigte Vorwürfe, gerichtliche Auseinandersetzungen oder erneute Traumatisierung. Aus diesem Grund benötigen diese Personen eine umfassendere Nachsorge im Sinne einer aktiven Beobachtung und Begleitung. Der direkte Kontakt in der Zeit der traumatischen Einwirkung und darüber hinaus ermöglicht die Einschätzung eventueller Risikopotenzierung. Weiterführende Interventionen – wie Beratung oder Traumaakuttherapie – können bei progredienter Entwicklung frühzeitig angeboten werden.

Die regelmäßige Kontaktaufnahme in den Wochen und Monaten nach dem Ereignis, sei dies telefonisch oder persönlich durch einen Fachberater für Psychotraumatologie oder Fachpsychotherapeuten sollte vereinbart und in einem Beratungsgespräch erklärt werden. Die Kontaktaufnahme erfolgt dabei *immer* durch den Berater des Betroffenen oder eine andere professionelle Vertrauensperson, da die traumaimmanenten Vermeidungstendenzen mit u.U. depressiver Entwicklung, Verleugnung und Bagatellisierung eine aktive Kontaktaufnahme durch die Betroffenen verhindern können. Gut ist es, konkrete Termine für Telefonate oder einen persönlichen Kontakt zu vereinbaren. Dies vermittelt Sicherheit und kann einen psychischen

„Anker“ für die Betroffenen bedeuten. Werden Termine nicht wahrgenommen, obliegt es der Bezugsperson, aktiv Kontakt aufzunehmen und zu klären, aus welchem Grund Termine nicht wahrgenommen wurden. Nur so können eventuell pathogenetische Verleugnungs- und Rückzugstendenzen rechtzeitig erkannt und abgefangen werden.

Die Frequenz der Kontakte variiert je nach Einschätzung des Risikos für einen progredienten Verlauf. Desto gefährdeter ein Betroffener ist, desto engmaschiger sollte die Kontaktaufnahme erfolgen. So kann bei guten intrapsychischen und sozialen Ressourcen eine Terminvereinbarung nach einem Monat ausreichend sein, sollte bei gefährdeten Personen jedoch in einem zweiwöchigen Abstand erfolgen.

„Kippt“ der Verlauf im Rahmen der traumatischen Einwirkung in Richtung Chronifizierung, sei dies durch Zunahme belastender Lebensumstände oder durch das Fehlen von sozialen und/ oder intrapersonlichen Ressourcen, werden weiterführende Maßnahmen notwendig.

Eine differenzierte klinische Diagnostik kann klären, ob sich eine PTBS oder andere psychotraumatologische Störungen entwickelt haben. Um eine Chronifizierung zu verhindern sollte in jedem Fall eine Traumaakuttherapie empfohlen werden. Sinnvoll ist es, wenn möglich, auch die Angehörigen in die Beratung und Behandlung zu integrieren, um so einen der wesentlichen protektiven Faktoren – die soziale Unterstützung – zu stärken.

2.2.3 Zielgruppenorientierte Intervention bei den Risikopersonen

Wurden Personen der Risikogruppe zugeteilt, sollten direkt weiterführende Maßnahmen eingeleitet werden. Risikopersonen sollten Unterstützung von psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten bekommen. Neben einer fundierten psychotraumatologischen Diagnostik soll in jedem Fall eine umfassende individuelle Beratung in mehreren Beratungskontakten erfolgen. In der Akut- oder frühen Einwirkphase liegt dabei der Schwerpunkt auf der

Ressourcenstärkung und der Befähigung zur Distanzierung von traumatischen Inhalten. Die individuellen traumakompensatorischen Mechanismen sollen erfragt, gestärkt und Techniken zur Selbststabilisierung vertieft angeboten werden. Erst zu einem späteren Zeitpunkt im traumatischen Verlauf sollte eine fokale Traumaakuttherapie mit traumaeexplorativen Elementen durchgeführt werden.

3. Strukturelle Implementierung – Problemstellung und Lösungsansätze

Das Projekt EUTOPIA fokussiert auf die Unterstützung der Opfer, der Angehörigen, der Hinterbliebenen von Katastrophen sowie die Schulung beteiligter Hilfsorganisationen, die an der unmittelbaren und längerfristigen Nachsorge der Opfer beteiligt sind. Entsprechend den Ergebnissen zur speziellen Psychotraumatologie sollen die abgestuften Maßnahmen der Zielgruppenorientierten Intervention im Projekt EUTOPIA an die Erfordernisse der speziellen Zielgruppe unter Berücksichtigung der Nachsorgemöglichkeiten in den europäischen Ländern adaptiert werden. Ein Bestreben der EU ist es, durch zunehmende Transparenz die Maßnahmen der involvierten Hilfsorganisationen europaweit zu optimieren. Um eine fundierte Nachsorge der Betroffenen zu gewährleisten, ist eine breit gefächerte Ausbildung involvierter Berufsgruppen notwendig.

Das Arbeitsschwerpunkt der deutschen Projektpartner im Projekt EUTOPIA zielt

darauf ab, die mittel- und langfristige Nachsorge für die Betroffenen von Katastrophen in einer Weise zu optimieren, die es auch bei Großschadensfällen ermöglicht, den Betroffenen zeitnah adäquate und effiziente Hilfe zuteil werden zu lassen. Dies bezieht sich in unserem Beitrag vor allem auf die weiterführenden individuellen Interventionen, wie Screening Psychoedukation, Anleitung zur Selbsthilfe, bedarfsorientierte Beratung sowie zielgruppendifferenziert psychotraumatologische Fachberatung und Psychotherapie.

In der Frage der Implementierung von Maßnahmen im Anschluß an die Akutphase sind vor allem Überlegungen zur strukturellen Einbindung der mittel- und langfristigen Nachsorge relevant und eine grundlegende Problematik in der Nachsorge Betroffener muss diskutiert werden: die immer wieder auftretende Problematik der Schnittstellen und die Notwendigkeit der Optimierung des

Überganges von der Akutversorgung in die mittel- und auch langfristige Nachsorge.

Die Erfahrung in Großschadenslagen zeigt, dass in der Akutsituation häufig ein hohes Aufgebot an Helfern zur Schadensstelle strömt und den Betroffenen psychische Unterstützung anbietet. Somit ist in der unmittelbaren Situationserfahrung psychische Unterstützung - ohne deren Qualität zu beurteilen - manchmal sogar über-proportional gegeben. Häufig erweist sich die Koordination der Helfenden, die sinnvolle Integration psychosozialer Unterstützungskräfte in bestehende Strukturen der Gefahrenabwehr, die

Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen und der Hilfsorganisationen sowie der Übergang in die weiterführende Versorgung als schwierige Aufgabe. Dementsprechend fokussierte eine Arbeitsgruppe im Rahmen der im Projekt EUTOPIA stattfindenden Expertenkonferenzen (Leitung: Orengo, Schedlich, Vymetal) auf die Schnittstellenproblematik und die Formulierung von Lösungsansätzen. Die Folgen der fehlenden Koordination und Integration der unterschiedlichen Berufsgruppen und strukturellen Vernetzungen lassen sich nach Expertenmeinung wie folgt zusammenfassen:

- Überversorgung und damit Überforderung und Belastung der Betroffenen am Schadensort.
- Rückgang der Akzeptanz von psychosozialer Unterstützung bei den Betroffenen, den Einsatzkräften und in der Bevölkerung.
- Unterversorgung oder problematische Versorgungslücken bei den Betroffenen durch mangelnde Koordination der Ressourcen, durch Kommunikationsmängel und mangelnde Kenntnis und Integration in die Strukturen der Gefahrenabwehr.
- Verunsicherung, Hilflosigkeit und Wut bei den Betroffenen - das Erleben eines erneuten Kontrollverlustes.
- Verlust des Vertrauens in die politischen Instanzen.

(Ergebnisse des ersten Experten-Workshops, Köln, November 2007; Orengo, Schedlich, Vymetal, www.eutopa-info.eu)

Um eine differentielle, bedarfsorientierte und nahtlose Versorgung der Betroffenen zu gewährleisten, müssen zwingend strukturelle Überlegungen zur Integration und Koordination der Maßnahmen der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) voranschreiten.

Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) steht für die Gesamtstruktur präventiver sowie kurz- mittel- und langfristig nachsorgender psychosozialer Maßnahmen im Kontext von belastenden Notfällen bzw. Einsatzsituationen. PSNV

umfasst sowohl die *Angebote* (z. B. Einsatzkräftenachsorge, Notfallseelsorge, Krisenintervention, Psychische erste Hilfe, Beratung, Therapie etc.) als auch die *Anbieter*, deren Organisationsformen und –strukturen sowie die *rechtlichen Regelungen* in den einzelnen Ländern. Übergeordnete Ziele der psychosozialen Notfallversorgung sind

- die Bereitstellung von adäquater Unterstützung und Hilfe für die betroffenen Personen und Gruppen zur Erfahrungsverarbeitung,

- die Prävention und Früherkennung von psychosozialen Belastungsfolgen nach Notfällen sowie
- die angemessene Behandlung von Traumafolgestörungen und bezogen auf Einsatzkräfte, einsatzbezogene psychische Belastungen. (vgl. Helmerichs, 2007)

Zur Unterstützung des Überganges von der akuten in die mittelfristige Nachsorge ist die unmittelbare Bereitstellung von schriftlicher Information an der Schadensstelle sowie das Angebot, Personen, deren Adressen aufgenommen wurden, später zu kontaktieren, hilfreich. Eine mögliche Lösung für die Optimierung mittel- und langfristiger Angebote, die auch durch viele Experten aus den europäischen Ländern vertreten und im EPP formuliert wird, ist die Einrichtung einer **zentralen Koordinationsstelle in den Ländern** mit vorrangig netzwerkorientierter Aufgabenstellung. Flächendeckend sollten speziell geschulte und qualifizierte Angebotsstrukturen erfasst werden, um diese schnell abrufen zu können. Die Einrichtung einer koordinierenden Stelle gehört in die Vorbereitungen auf den Ernstfall und sollte in die konzeptionellen Überlegungen einbezogen werden. Auf europäischer Ebene müssen gemeinsame Schnittstellen identifiziert werden, um europäische Initiativen bei der überregionalen psychosozialen Versorgung von Großschadenslagen zu bündeln und vorhandene Ressourcen über die Grenzen hinweg optimal verfügbar machen zu können.

Im Fall einer Katastrophe müssen schnell **regionale Anlaufstellen** für die Bevölkerung etabliert werden, wo betroffene Menschen schnell und unbürokratisch Unterstützung und

Informationen über weiterführende Hilfen erfahren können. Regionale Anlaufstellen und die zentrale Koordinationsstelle sollten eng vernetzt sein, um die – oft zu geringen - verfügbaren Ressourcen optimal nutzen zu können. Wesentlich ist, neben der Information der Betroffenen über weiterführende Hilfen an der Schadensstelle, später flächendeckend und mehrsprachig über die Medien über Kontakt- und Nachsorgemöglichkeiten zu informieren. Nur so kann gewährleistet werden, dass diese Informationen auch alle potentiell Betroffenen erreichen (z.B. Unverletzte, die die Schadensstelle schnell verlassen haben und nicht registriert sind). Idealerweise sollte multidisziplinäres Fachpersonal verfügbar sein (Fachberater für rechtliche, soziale und finanzielle Fragen, psycho-traumatologische Fachberatung, Fach-psychotherapeuten), um den komplexen Bedürfnissen der Betroffenen entsprechen zu können.

Um die Zusammenarbeit, Koordination und Integration der involvierten staatlichen und nichtstaatlichen Hilfsorganisationen zu verbessern, sollten auf Länderebene sowie europäischer Ebene regelmäßige **Arbeitsgruppentreffen** mit Vertretern aus den involvierten Organisationen stattfinden.

Ein wesentlicher Bestandteil zur Qualitätssicherung in der Psychosozialen Notfallversorgung im Falle von Großschadenslagen und Katastrophen ist die **Entwicklung von Mindeststandards für die Ausbildung** der involvierten Berufsgruppen. Dies reicht von der psychosozialen Qualifizierung der Einsatzkräfte, der Akuthelfer (z.B. Notfallseelsorger, Notfallpsychologen, Kriseninterventionsteams), des Personals an den Bürgerhotlines bis hin zum

Fachberater für Psychotraumatologie und dem Psychotraumatologen. So müssen z.B. die risikounabhängigen Maßnahmen der ZGI in der individuellen mittel- und langfristigen Nachsorge nicht von Notfallpsychologen oder Fachpsychotherapeuten durchgeführt werden, aber es bedarf einer Zusatzqualifikation zur psychosozialen Fachkraft resp.

Fachberater für Psychotraumatologie. Klinische Diagnostik im Fall der Wechsler oder Risikopersonen und Psychotherapie kann nur von Klinischen Psychologen und Fachärzten durchgeführt werden (vgl. auch Blank und Helmerichs, 2008).

Maßnahmen zur strukturellen Optimierung der mittel- und langfristigen psychosozialen Nachsorge im Katastrophenfall

- Einrichtung einer **zentralen Koordinationsstelle in den Ländern** mit vorrangig netzwerkorientierter Aufgabenstellung und Erfassung qualifizierter Hilfsangebote, auch für die mittel- und langfristige Nachsorge.
 - **Errichtung regionaler Anlaufstellen** für die Bevölkerung mit Bereitstellung multidisziplinärer Hilfsangebote, die möglichst über einen Zeitraum von mehreren Monaten bis zu einem Jahr aufrechterhalten werden sollten.
 - Wiederholte **Information** über Kontaktmöglichkeiten und Hilfsangebote **über die Medien**.
 - Nutzung von **Internetportalen zur Informationsvermittlung**
 - regelmäßige **Arbeitsgruppentreffen** mit Vertretern aus den involvierten Organisationen zur Verbesserung der Zusammenarbeit, Koordination, Aufgabendifferenzierung und Ressourcenabstimmung
- Entwicklung von Mindeststandards für die qualifizierte Ausbildung** der involvierten Berufsgruppen, abgestuft nach dem jeweiligen Anforderungsprofil. Möglichst vorherige **Klärung** von Möglichkeiten der **Kostenübernahme** durch Kommunen, Gemeinden, Länder u.a.

4. Maßnahmen der Zielgruppenorientierte Intervention zur Prävention psychischer Langzeitfolgen bei Betroffenen von Katastrophen - Zusammenfassung

Beziehen wir die strukturellen Überlegungen zur Optimierung des Überganges von der akuten in die mittelfristige Versorgung und die Maßnahmen der ZGI auf die aktuell von Hobfall et al. (2007) formulierten

Wirkprinzipien können wir zusammenfassen: Insbesondere die im Rahmen psychoedukativer Maßnahmen stattfindende umfassende Information zur Situation, zum traumatischen Prozeß sowie zu Möglichkeiten der weiterführenden Hilfe

unterstützt die Erstarkung des Erlebens relativer Sicherheit, fördert die traumakompensatorische Kompetenzen sowie die kognitiven Kontrolloperationen und damit Beruhigung und das Erleben von Selbstwirksamkeit. Auch die Anleitung zur Selbsthilfe zielt gerade auf die Förderung der Selbstwirksamkeit ab. In einer psychodynamisch orientierten Fachberatung und Psychotherapie wird gezielt auf die Stärkung traumakompensatorischer Schemata und Kontrolloperationen hingearbeitet und die Diskrepanz des Erlebens von Bedrohung und Bewältigungsmöglichkeiten sowie die persönliche Bedeutung der Erfahrung differenziert. Die Bereitstellung weiterführender Hilfen beinhaltet neben der Würdigung der Erfahrung immer auch ein

soziales Angebot, die Möglichkeit der Kontaktaufnahme und sozialen Einbindung, was ebenfalls als wesentliches Wirkprinzip erfasst wurde. So können das Erleben von Ohnmacht und Kontrollverlust relativiert, Selbstwirksamkeit gestärkt und dem Erleben von Isolation entgegengewirkt werden. Das Selbst- und Weltbild der Betroffenen kann der Situationserfahrung angemessen im Verarbeitungsprozess modifiziert werden. Gerade Prozesse der Integration eines modifizierten Selbst- und Weltbildes, das Wiedergewinnen von Handlungs- und Erlebensspielräumen und das Erleben sozialer Begleitung und institutioneller Unterstützung unterstützt das Widererstarren von Hoffnung und Zukunftsorientierung.

5. Literatur

- Baum, A., Solomon, S. D., Ursano, R. J., Bickman, E., Blanchard, E., Green, B. L., Keane, T. M., Laufer, R., Norris, F., Reid, J., Smith, E. M., & Steinglass, P. (1993). Emergency/disaster studies. Practical conceptual and methodological issues. In J. P. Wilson, & B. Raphael (Hrsg.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (S. 125–133). New York: Plenum Press.
- 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.
- Bengel, J. (2007). *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst*. Springer
- Bering, R., Schedlich, C., Hartmann, C., Grittner, G., Zurek, G., Kimmel, E. & Fischer, G. (2000). *Schulungsmanual „Prävention und Behandlung von Psychotraumen“*. Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität zu Köln, Philosophische Fakultät.
- Bering, R., Schedlich, C., Hartmann, C., Grittner, G., Zurek, G., Kimmel, E. & Fischer, G. (2001). *Elektronisches Schulungsmanual eReader 2.0 „Prävention und Behandlung von Psychotraumen“*. Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität zu Köln, Philosophische Fakultät.
- 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* (S. 9–131). München: Bundesministerium der Verteidigung - PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.
- Bering, R. (2005). *Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung. Grundlagenforschung, Prävention, Behandlung*. Shaker Verlag: Aachen.
- 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., Kamp, M., Grittner, G. & Fischer, G. (2007). *Prävention psychischer Langzeitfolgen für Opfer von Terroranschlägen und deren Angehörige. Manual zur Zielgruppenorientierten Intervention*. Verfügbar unter: www.plot-info.eu
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2007). Zielgruppenorientierte Intervention zur Prävention psychischer Langzeitfolgen in der Allgemeinmedizinischen Grundversorgung. In: R. Bering & L. Reddemann (Hrsg.) *Jahrbuch Psychotraumatologie 2007*. Heidelberg: Asanger.
- Blank, V. & Helmerichs, J. (2008). *Konsensus-Konferenz 2008: Qualitätsstandards und Leitlinien zur Psychosozialen Notfallversorgung in der Gefahrenabwehr in Deutschland*. Unveröffentlichtes Manuskript. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe.
- Brockhaus, G. (2002). Die Reparatur der Ohnmacht. Zur Psychologie der politischen Reaktionen auf den 11. September 2001. *Politische Studien*, 53386, 42–60.
- Fischer, G., Becker-Fischer, M., & Düchting, 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. (2000). *Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie - MPTT. Manual zur Behandlung psychotraumatischer Störungen*. Heidelberg: Asanger.

- 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: Walther.
- Fullerton, C. S., Ursano, R. J. & Wang, L. (2004). Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *American Journal of Psychiatry*, 161 (8), 1370–1376.
- Helmerichs, J. (2007). Psychosoziale Notfallversorgung im Großschadensfall und bei Katastrophen. In F. Lassoga & B. Gasch (Hrsg.), *Notfallpsychologie* (S. 371–389). Berlin: Springer.
- 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). *Multidisciplinary Guideline Early psychosocial interventions after disasters, terrorism and other shocking events*. Verfügbar unter <http://www.impact-kenniscentrum.nl>.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York: Free Press.
- Kaiser, C. R., Vick, S. B. & Major, B. (2004). A Prospective Investigation of the Relationship Between Just-World-Beliefs and the Desire for Revenge After September 11, 2001. *Psychological Science*, 15 (7), 503–505.
- Lasogga, F. & Gasch, B. (2007). *Notfallpsychologie*. Springer, Heidelberg
- McFarlane, A. C. (1993). Posttraumatic Stress Disorder Among Injured Survivors of a Terrorist Attack: Predictive Value of Early Intrusion and Avoidance Symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180 (9), 599–600.
- Melik, M. (1978). Live changes and illness: Illness behaviors of males in the recovery period of a natural disaster. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 335–342.
- National Collaborating Centre for Mental Health, London (2005). Clinical Guideline 26 - Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Verfügbar unter: <http://www.nice.org.uk/CG026NICEguideline>.
- Norris, F. H., Friedmann, M. J. & Watson, P. J. (2002). 60.000 Disaster Victims speak. Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry*, 65 (3), 240–260.
- Norris, F. H, Friedman, M. J, Watson, P. J, Byrne, C. M, Diaz, E & Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*, 65 (3), 207–239.
- Philbrick, K.-E. (2003). Emotional Distress in Emergency Service Workers Following a Terrorist Attack: A Test of Model. *Humanities and Social Sciences*, 63 (7A), 2459.
- Pieper, G. (2005). *Hilfen für Opfer von Katastrophen und gezielter Gewalt. Ein Konzept zur Psychotraumatologischen Versorgung*. Unveröffentlichte Dissertation. Albert-Ludwig-Universität, Freiburg.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett Cotta.

- Schedlich, C., Bering, R., Zurek, G., Fischer, G. (2003). Maßnahmenkatalog der Zielgruppenorientierten Intervention zur Einsatznachbereitung. In Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G., & Fischer, G. (2003, S. 89-115).
- Schützwohl, M. (2000). Frühintervention nach traumatischen Erfahrungen: ein Überblick über Maßnahmen und deren Wirksamkeit. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 68 (9), 423–430.
- Shapiro, E. R. (2002). Family Bereavement After Collective Trauma: Private Suffering, Public Meanings, and Cultural Contexts. *Journal of Systemic Therapies*, 21 (3), 81–82.
- Torabi, M. R. & Seo, D.-C. (2004). National Study of Behavioral and Life Changes Since September 11. *Health-Education-and-Behavior*, 31 (2), 179–192.
- Ursano, R. J., Fullerton, C. S. & Norwood, A. E. (Hrsg.) (2003). *Terrorism and Disaster: Individual and Community Mental Health Interventions*. New York: University Press.