

# S2 – Leitlinie: Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung

AWMF-Register Nr. 051/027

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) -federführend



Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin und ärztliche Psychotherapie (DGPM)



Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)



Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)



## Zitierbare Quelle:

Flatten G, Bär O, Becker K, Bengel J, Frommberger U, Hofmann A, Lempa W, Möllering A (2011): S2 – Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung. Trauma & Gewalt 3: 214-221

Die diagnostischen Kriterien in ICD 10 und DSM-IV zu den akuten Folgen psychischer Traumatisierung sind uneinheitlich und beschreiben die frühen Störungsbilder nach akutem psychischem Trauma nur unzulänglich. Es zeigen sich Unterschiede in dem traumatischen Ereignis, im Zeitfenster der Reaktionen und im Symptomspektrum. Neben methodischen Problemen spiegelt diese Heterogenität der diagnostischen Kriterien sich auch in der unzureichenden wissenschaftlichen Studienlage zum Thema wider. Entsprechend sind die meisten Behandlungskonzepte für akut Traumatisierte derzeit nur eingeschränkt evidenzbasiert (vgl. Hobfoll et al. 2007).

Die hohe Inzidenz traumatischer Ereignisse und ihrer psychischen Folgen begründet den klinischen Behandlungsbedarf. Der vorliegende Leitlinienentwurf fasst den aktuellen Stand des in vielen Punkten unzureichenden Wissens in diesem Bereich zusammen und bezieht sich auf einen Zeitraum von bis zu 3 Monaten post Trauma.

#### **Relevante Störungsbilder:**

Akute Belastungsreaktion ICD10: F 43.0 (Zeitfenster bis zu 48 Stunden)

Akute Belastungsstörung DSM-IV (Zeitfenster bis zu 4 Wochen)

(Akut) Posttraumatische Belastungsstörung DSM IV (Zeitfenster bis zu 3 Monate)

#### **Weitere akute Traumafolgestörungen (u.a.):**

Angststörungen ICD10: F40.xx

Depressive Störungen ICD10: F32.xx

Akute psychotische Störung ICD10: F23.xx

#### **Verwandte Störungsbilder:**

Posttraumatische Belastungsstörung, chronisch ICD10: F43.1 (Zeitfenster größer 3 Monate)

Anpassungsstörung ICD10: F43.2

sonstige Reaktion auf schwere Belastung ICD10: F43.8/43.9

#### **weitere komorbide Störungen:**

vgl. hierzu Abbildung „Übersicht über traumareaktive Entwicklungen“ auf S. 4 der Leitlinie

### **Die Empfehlungen dieser Leitlinie wenden sich an alle in der Versorgung akut traumatisierter Menschen tätigen Berufsgruppen.**

#### **Definition :**

Akute Traumafolgestörungen treten auf als Reaktionen auf eines oder mehrere traumatische Ereignisse (*wie z.B. Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, Vergewaltigung, gewalttätigem Angriff, bedrohliche Formen von Stalking, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Kriegsereignis, Folter, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, Unfälle, akute und lebensbedrohende medizinische Erkrankungen*), die an der eigenen Person, als Beobachter, Angehöriger, Hinterbliebener oder als Helfer erfahren werden.

In der Regel wirkt auslösend das Ausmaß der körperlichen Verletzung sowie das subjektive Gefühl von Lebensbedrohung, Hilflosigkeit, Ohnmacht und Kontrollverlust. Als Traumafolge kommt es zu extremen psychophysiologischen Reaktionen mit psychosomatischen und psychosozialen Auswirkungen.

Akute Traumafolgesymptome können Ausdruck eines normalen Anpassungsprozesses nach einem traumatischen Ereignis sein. Zur Beurteilung der Krankheitswertigkeit der Symptomatik ist neben der Erfassung der Symptomschwere eine zeitliche Verlaufsdagnostik unerlässlich.

### **Symptomatik:**

Als instabile, z.T. polymorphe syndromale Symptomatik kann auftreten:

- ◆ ein verändertes Erleben der Selbst-, Realitäts- und Zeitwahrnehmung (Derealisation, Depersonalisation), was im Kontext des traumatischen Erlebens als peritraumatische Dissoziation beschrieben wird. Dissoziative Phänomene können aber auch zu einem späteren Zeitpunkt manifest werden.
- ◆ eine Einengung der psychomotorischen Reaktionsfähigkeit bis zum dissoziativen Stupor,
- ◆ sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Geschehen (*Intrusionen in Form von bildhaften Erinnerungen oder anderen sensorischen Fragmenten, Alpträumen, Flash-backs*) oder Erinnerungslücken (z.B. *partielle Amnesien*),
- ◆ Übererregungssymptome (*Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen, erhöhte Herzfrequenz in Ruhe, Leistungsabfall*)
- ◆ somatoforme Symptome unspezifischer Art,
- ◆ Rückzugs- und Vermeidungsverhalten (*Vermeidung traumaassoziierter Stimuli*) und
- ◆ veränderte affektive Reaktionen (*inadäquates Lachen/Weinen, nicht kontrollierbare Angstzustände, intensive Stimmungsschwankungen, aggressives Verhalten*) und/ oder emotionale Taubheit (*Gefühlsabflachung, Teilnahmslosigkeit, „auffällige Unauffälligkeit“*),
- ◆ *psycho-soziale Funktionseinschränkungen*

### **Hinweis:**

- ◆ im Kindes- und Jugendalter können teilweise veränderte Symptomausprägungen auftreten (*z.B. traumatisches Spielen, Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten, z.T. aggressive Verhaltensmuster*)

Die Akute Belastungsreaktion (ICD10, F43.0) und die akute Belastungsstörung können in eine akute Posttraumatische Belastungsstörung (ICD10, F43.1) und andere chronische Traumafolgestörungen übergehen. Ab einer Symptombdauer von 3 Monaten ist die Diagnose einer chronischen Posttraumatischen Belastungsstörung zu verwenden. Auch subsyndromale Störungsbilder können behandlungsbedürftig sein.

Abzugrenzen sind belastende Lebensereignisse, die nicht dem Traumakriterium (A-Kriterium) entsprechen, aber gelegentlich schwere Fälle von Anpassungsstörungen (ICD 10, F 43.2) oder andere psychische Störungen hervorrufen.

### **Epidemiologie:**

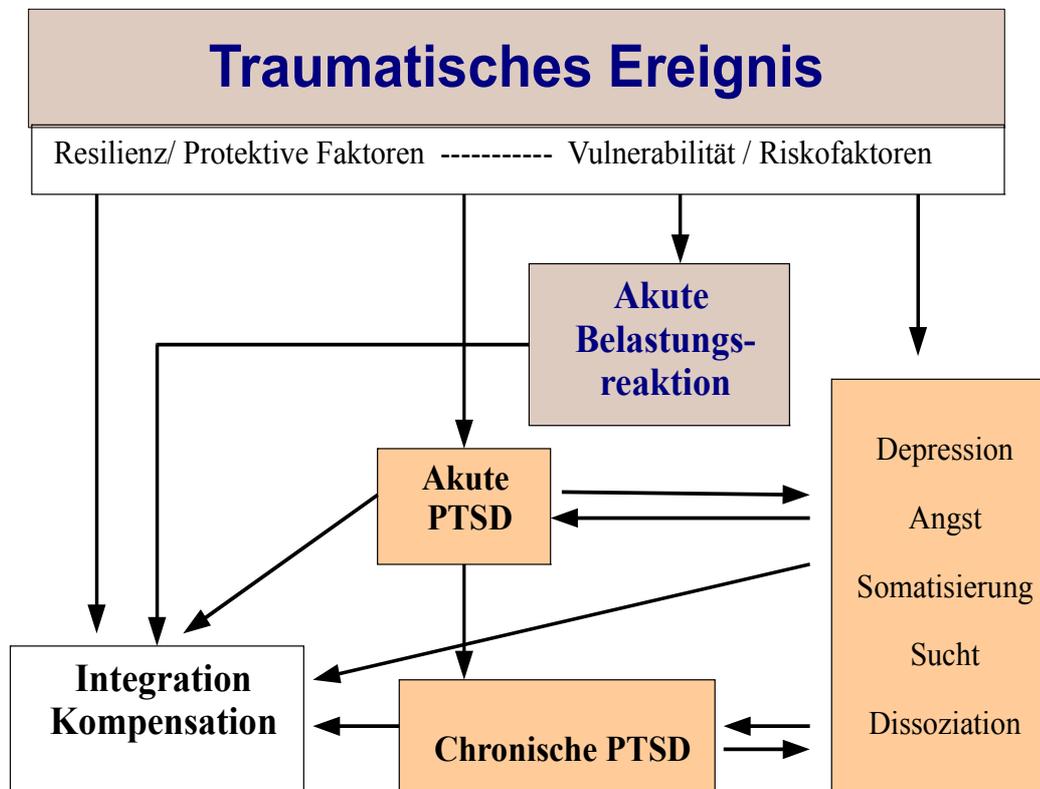
Die Häufigkeit akuter Traumafolgereaktionen ist abhängig vom traumatisierenden Geschehen. Ereignisse, die typischerweise eine Akute Belastungsreaktion auslösen können:

*(Die Angaben in Klammern entsprechen der Anzahl der im Jahre 2005 in Deutschland angezeigten Delikte, bei einer Einwohnerzahl von 82.501.000.)*

- Sexualisierte Gewalt im Erwachsenenalter (30.355 angezeigte Delikte)
- Sexualisierte Gewalt im Kindes- und Jugendalter (24.848 angezeigte Delikte)
- Gewaltdelikte, Körperverletzung und Tötungsversuche (496.725 angezeigte Delikte)
- Zeugenschaft (besonders bei Angehörigen) von gewaltsamen/plötzlichen Todesfällen oder Suiziden (keine verlässlichen Zahlen bekannt)
- Traumatisierung durch kriegerische Ereignisse, Flucht und Verfolgung (keine verlässlichen Zahlen bekannt)
- Schwere Raubüberfälle und Freiheitsberaubung (54.841 bzw. 163.414 angezeigte Delikte,)
- Stalking in bedrohlichen Fällen (keine verlässlichen Zahlen bekannt)
- Berufsbedingte Traumatisierungen und Arbeitsunfälle (1.117.078 meldepflichtige Unfälle / ca. 1 – 1,5% entsprechend etwa 15.000 Ereignisse/Jahr der Arbeitsunfälle sind Aggressionshandlungen)
- Verkehrsunfälle mit und ohne Personenschaden (336.619 bzw. 1.917.373 registrierte Unfälle)
- Technische und Naturkatastrophen (keine verlässlichen Zahlen bekannt)

Für die verschiedenen potentiell traumatisierenden Ereignisse kann von unterschiedlichen Dunkelziffern ausgegangen werden.

## Übersicht traumareaktiver Entwicklungen



Flatten et al. 2008

Auch ohne initiale Belastungsreaktionen kann es zu protrahiertes Symptomentwicklung kommen.

### **Diagnostik:**

Für die verschiedenen Phasen der Versorgung nach akuter Traumatisierung ergeben sich unterschiedliche diagnostische Aufgaben.

### **Elemente der Beobachtung und Risikoabschätzung in der Erstversorgung:**

- Gefahreinschätzung (*Ist die äußere Sicherheit gewährleistet?*)
- Klinischer Eindruck (*z.B. Schockzustand, Desorientierung, Übererregung prüfen*)
- Berücksichtigung altersspezifischer Versorgungsnotwendigkeiten (*z.B. traumatisierte Kinder*)
- Beziehungsaufnahme (*Ist ein hilfreicher Kontakt herstellbar?*)
- Bezugspersonen (*Sind unterstützende Personen vor Ort oder zeitnah erreichbar?*)
- Ressourcenabschätzung

### **Elemente der allgemeinen ärztlichen und psychologischen Frühdiagnostik:**

- Bisheriger Verlauf
- Vorliegen sozialer / realer Sicherheit (*vor allem bei Beziehungstraumatisierung*)
- Vorliegen dissoziativer Zustände
- Vorliegen vegetativer Übererregung
- Distanzierungsfähigkeit bzgl. des Traumasgeschehens
- Vorhandensein von sozialer Unterstützung
- Identifikation von weiteren Problembereichen und Versorgungsnotwendigkeiten
- Einbeziehung von Bezugspersonen / Familienangehörigen (*bedarfsorientiert*)

### **Spezielle psychotherapeutische Diagnostik:**

- Screening und Diagnostik von Risikofaktoren
- Traumaspezifisches klinisches Interview mit besonderer Berücksichtigung von
  - Symptomerhebung (Psychopathologie / somatische Beschwerden)
  - bisherigem Verlauf incl. Behandlungen
  - Kognitionen zum traumatischen Ereignis
  - Vortraumatisierungen
  - Vorliegen sozialer Unterstützungssysteme
  - psychische Komorbiditäten
  - relevante körperliche Erkrankungen
  - frühere psychische Erkrankungen
  - peritraumatischer Dissoziation
  - Kontakt mit Täter oder Schadensverursacher
  - anstehende oder laufende Gerichtsverhandlung
- Einsatz psychometrischer Instrumente
- Einsatz strukturierter diagnostischer Interviews (*z.B. SKID*)
- Verlaufsbeobachtung

**Cave!** Besonders bei ausgedehnten körperlichen Verletzungen kann anfangs ein psychopathologisch symptomarmes Intervall mit späterer Beschwerdeentwicklung im weiteren Verlauf auftreten. (*PTSD mit verzögerten Beginn, Latenzzeit von Wochen bis Monaten möglich*)

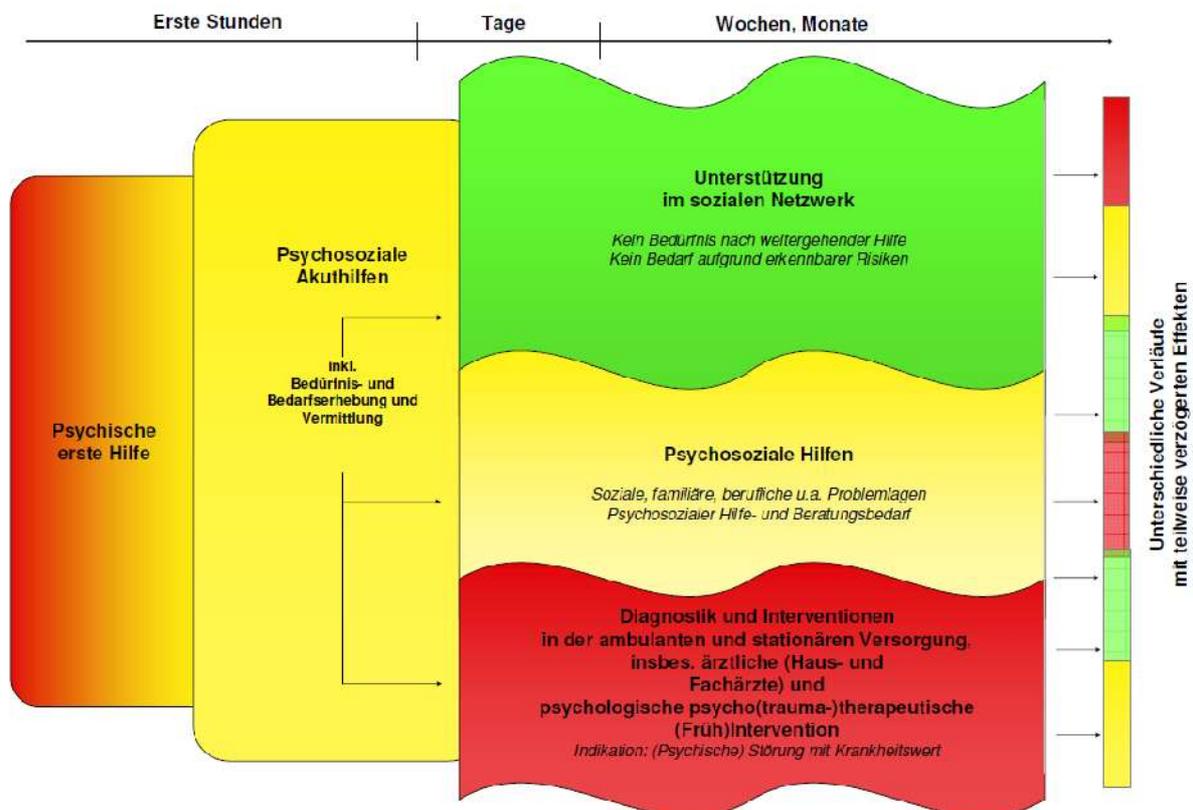
Klinisch besonders **wichtige Risikofaktoren** für die Entwicklung einer Akuten Belastungsreaktion, einer akuten Posttraumatischen Belastungsstörung und weiterer Traumafolgestörungen sind:

- Hohes Ausmaß psychopathologischer Symptome
- Hohes Ausmaß an Dissoziation
- Prämorbid psychische Erkrankung

Sekundäre Belastungen nach dem Ereignis (z.B. durch Unverständnis, Beschuldigungen, unverständliche Forderungen im Rahmen laufender Ermittlungen, Nicht-Anerkennung des persönlichen Schadens, Ignoranz gegenüber psychischen und körperlichen Traumafolgen, Konfrontation mit Tätern/Schadensverursachern) können im Sinne zusätzlicher Risikofaktoren eine mangelnde posttraumatische Bewältigung bedingen.

In der Literatur sind zahlreiche weitere prä-, peri- und posttraumatische Risikofaktoren für die Entwicklung von Traumafolgestörungen identifiziert worden. (*siehe Quellentext*)

## Die psychosoziale Versorgungskette bei akuten Traumatisierungen



© Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe: Konsensus Konferenz 2008 (modifiziert 2010)

Die **psychosoziale Versorgung** akut Traumatisierter beginnt bei der Kontaktaufnahme des ersten Helfers. Akute Traumatisierung und ihre Bewältigung ist als zeitabhängiger Prozess zu verstehen. Entsprechend muss die psychosoziale Versorgung Betroffener als Behandlungskette organisiert werden. Hierbei kommen berufsübergreifende Strukturen zum Einsatz (*Polizei, Feuerwehr, THW, Bundeswehr, Rettungsdienst*). In Abhängigkeit von der Komplexität des Geschehens und der traumareaktiven Symptomatik stehen ergänzende Strukturen zur Verfügung (*niedergelassene Ärzte und Psychologen, Seelsorger, Beratungsstellen, Ambulanzen und Kliniken*).

Die **fachpsychotraumatologische Versorgung** wird durch entsprechend qualifizierte ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sichergestellt (*Traumaambulanzen, Traumapsychotherapeuten, traumaspezifische stationäre / teilstationäre Behandlungseinrichtungen*).

Die **Behandlungskette** akut traumatisierter Patienten dient der sekundären Prävention. Eine nicht ausreichende Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) kann die Entwicklung von Traumafolgestörungen und Chronifizierungsprozessen begünstigen.

Die Finanzierung der psychotraumatologischen Fachversorgung ist durch die jeweilig zuständigen Kostenträger (*u.a. Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, gemäß Opferentschädigungsgesetz OEG*) auch außerhalb der genehmigungspflichtigen Richtlinienpsychotherapie sicherzustellen. Zur Zeit wird die Versorgung gemäß OEG in den Bundesländern noch unterschiedlich umgesetzt.

### **Stufe 1:**

#### **Psychische erste Hilfe**

Die psychosoziale Versorgungskette beginnt mit der psychischen ersten Hilfe, die durch die am Schadensort tätigen Einsatzkräfte aus Rettungsdienst, Feuerwehr, Polizei neben der medizinischen und technischen Hilfe geleistet wird. (*Evidenzbewertung: E III*)

Bei Großschadenslagen sind besondere Versorgungsbedingungen zu erfüllen.

### **Stufe 2:**

#### **Psychosoziale Akuthilfen einschließlich Bedürfnis- und Bedarfserhebung und Indikationsstellung:**

Diese Stufe der psychosozialen Versorgungskette umfasst psychosoziale Akuthilfen durch die regional jeweils verfügbaren Anbieter, die im Großschadensfall durch Betreuungsdienste der Hilfsorganisationen unterstützt werden. (*Evidenzbewertung: E III*)

### **Stufe 3:**

#### **Psycho(trauma)therapeutische Frühintervention und längerfristige Unterstützung im sozialen Netzwerk**

Diese Stufe der psychosozialen Versorgungskette umfasst die Stärkung natürlicher sozialer Ressourcen und soziale Reintegration sowie Hilfen bei der Belastungsverarbeitung durch psychosoziale Regelversorgung.

Die medizinische und psychotherapeutische Versorgung erfolgt auf mehreren Ebenen: Hausärzte, psychiatrische und psychotherapeutische Fachärzte sowie durch psychologische Psychotherapeuten. Bedarfsorientiert sollte eine fachpsychotherapeutische Versorgung durch in Spezieller Psychotraumatherapie (z.B. DeGPT-Zertifizierung) ausgebildete ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sowie in entsprechenden Fällen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, z.B. in Fachpraxen, MVZs, Traumaambulanzen, spezialisierten (teil-)stationären Einrichtungen stattfinden. *(Evidenzbewertung: E III)*

### **Vorgehen in der Versorgung akut traumatisierter Menschen**

- Psychische erste Hilfe und psychosoziale Akuthilfen *(Evidenzbewertung: E III)*
  - Emotionale und soziale Unterstützung
  - Befriedigung basaler Bedürfnisse
  - Non-direktive unterstützende Kontaktaufnahme
  - Dosierte Informationsvermittlung
  - Unterstützung von äußerer und innerer Sicherheit
  
- Unspezifische Interventionsstrategien *(Evidenzbewertung: E III)*
  - Psychoedukation
  - Screening bzgl. Risikofaktoren,
  - Monitoring bzgl. Symptomentwicklung,
  - Psychopharmakologische Intervention
  - Unterstützung sozialer Vernetzung, praktische und soziale Unterstützung
  - Indikationsstellung zu weiterführender Versorgung
  - Mitversorgung von wichtigen Bezugspersonen
  
- Spezifische Interventionsstrategien in der Frühintervention:
  - Kognitive Verhaltenstherapie *(Evidenzbewertung: E I)*
  - EMDR *(Evidenzbewertung: E III)*
  - Psychodynamische Methoden (z.B. PITT, MPTT) *(Evidenzbewertung: E III)*
  - Hypnotherapeutisch-imaginative Techniken *(Evidenzbewertung: E III)*
  - Pharmakotherapie im posttraumatischen Akutzeitraum *(Evidenzbewertung: E II- III)*
    - Unruhezustände, Schlafstörungen: sedierende Antidepressiva
    - psychotische Dekompensation: Antipsychotika

*Aus dem Grad der Evidenzbasierung kann beim derzeitigen Wissensstand keine Rangfolge der klinischen Handlungsempfehlungen abgeleitet werden.*

**Cave!** Benzodiazepine können zu einer Verschlechterung der Symptomatik führen und die Chronifizierung des Symptombildes begünstigen. Der Einsatz ist nur bei spezifischer Indikationsstellung (bei akuter Suizidalität) und kurzdauernder Anwendung indiziert.

Im Regelfall sind die vorgenannten unspezifischen und spezifischen Interventionsstrategien für akuttraumatisierte Patienten in der ambulanten Versorgung durchführbar. Bedarfsorientiert kann aufgrund der besonderen Intensität der Beschwerden, bei Selbst- und/oder Fremdgefährdung sowie psychischer und psychotischer Dekompensation eine stationäre Einweisung sinnvoll sein.

**Cave!** Die Studienergebnisse zu Debriefing lassen derzeit keine Empfehlung zu einem standardmäßigen Einsatz zu. (*Evidenzbewertung: E I*, siehe Quellentext)

### **Aufgaben zukünftiger Forschung zu den akuten Folgen psychischer Traumatisierung**

- Interaktion der Risiko- und Schutzfaktoren bei der posttraumatischen Symptomentwicklung
- Evaluation der Wirksamkeit von unspezifischen und spezifischen Interventionen
- Interaktion zwischen Psycho- und Pharmakotherapie
- Zeitpunkt und Dosierung von Frühinterventionen

---

*Die Evidenzbewertung E:I-III für die Qualitätsbeurteilung therapeutischer Verfahren folgt Rudolf (1999):*

*E:I bedeutet: Evidenz aufgrund mindestens einer adäquat randomisierten kontrollierten Studie.*

*E:II-1 bedeutet: Evidenz aufgrund einer kontrollierten, nicht randomisierten Studie mit adäquatem Design.*

*E:II-2 bedeutet: Evidenz aufgrund von Kohortenstudien oder Fall-Kontrollstudie mit adäquatem Design, nach Möglichkeit von mehreren Forschungszentren oder Forschungsgruppen durchgeführt.*

*E:II-3 bedeutet: Evidenz aufgrund von Vergleichsstudien, die Populationen in verschiedenen Zeitabschnitten oder an verschiedenen Orten mit oder ohne Interventionen vergleichen.*

*E:III bedeutet: Meinungen von respektierten Experten, gemäß klinischer Erfahrung, beschreibender Studien oder Berichten von Expertengremien.*

### **Erstellung der Leitlinie und Verfahren zur Konsensusbildung:**

AWMF-Anmeldung des Leitlinienprojektes am 6.11.2005  
im Auftrag der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie DeGPT

Die Leitlinie wurde im Zeitraum Februar 2006 bis Oktober 2008 von der nachfolgenden redaktionellen Arbeitsgruppe erstellt:

PD Dr. M.A. Guido Flatten/ Aachen (federführend)  
Dr. Olaf Bär/ Wuppertal,  
Dipl.-Psych. Katharina Becker/ Freiburg,  
Prof. Dr. Dr. Dipl.Psych. Jürgen Bengel/ Freiburg,  
PD Dr. Dipl.-Biol. Ulrich Frommberger/ Offenburg,  
Dr. Arne Hofmann/ Köln,

Dr. rer.biol. Hum. Dipl.-Psych. Wolfgang Lempa/ München,  
Dr. Andrea Möllering/ Bielefeld.

Die schriftliche Überarbeitung der Leitlinie im Delphi-Verfahren erfolgte im Zeitraum März und April 2008 durch die nachfolgenden Experten:

Dr. Dipl.-Psych. Jörg Angenendt/ Freiburg  
Prof. Dr. Irmtraud Beerlage/ Magdeburg  
PD Dr. Robert Bering/ Krefeld  
Prof. Dr. Harald Dreßing/ Mannheim  
Prof. Dr. Martin Driessen/ Bielefeld  
Dr. Jutta Helmerichs/ Bonn  
Prof. Dr. Gereon Heuft/ Münster  
PD Dr. Rolf Manz/ München  
Prof. Dr. Astrid Lampe/ Innsbruck  
Peter Liebermann/ Köln  
Ass.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster/ Wien  
Prof. Dr. Dr. Dipl.-Psych. Andreas Maercker/ Zürich  
Prof. Dr. Dipl.-Psych. Rita Rosner/ München  
PD Dr. Martin Sack/ München  
Prof. Dr. Ulrich Schnyder/ Zürich  
Prof. Dr. Günter H. Seidler/ Heidelberg  
PD Dr. Carsten Spitzer/ Hamburg

Teilnehmer der abschließenden Experten-Konsensuskonferenz in Basel am 24.5.2008 waren:

Dr. Doris Denis/ Berlin (Moderation)  
Dr. Dipl.- Psych. Jörg Angenendt / Freiburg  
Prof. Dr. Irmtraud Beerlage / Magdeburg  
PD Dr. Robert Behring / Krefeld  
Dr. Karl-Heinz Biesold/ Hamburg  
Dr. Jutta Helmerichs / Bonn  
Dr. Phillip Kuwert/ Stalsund (als Vertreter für Prof. Freyberger/ Greifswald)  
Ass. Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster / Wien  
PD Dr. Rolf Manz/ München  
Prof. Dr. Dipl.-Psych. Rita Rosner / München  
Dipl.-Psych Treibel (als Vertreterin für Prof. Dr. Günther Seidler/ Heidelberg)  
Dr. Marco Wrenger (als Vertreter für Prof. Dr. Gereon Heuft/ Münster)

Die Leitlinie wurde nach Fertigstellung von den AWMF- Fachgesellschaften DGPM, DKPM, DeGPT und DGPPN bestätigt.

Fassung der Leitlinie vom März 2009 / redaktionelle Überarbeitung im September 2011

**Kontaktadresse:**

PD Dr. med. M.A. Guido Flatten  
Euregio-Institut für Psychosomatik und Psychotraumatologie  
Annastr. 58-60  
52062 Aachen  
gflatten@euripp.org