

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 Symptomenspektrum. 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 Verlaufsdiagnostik 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.

Quellentext zu den epidemiologischen Daten

Literaturangaben finden sich im Leitlinienreport

Bei der Erfassung der Epidemiologie sind zwei wesentliche Faktoren zu erfassen: einerseits Störungswahrscheinlichkeit (Wahrscheinlichkeit, an einer psychischen Folgestörung nach einer potentiell traumatisierenden Situation zu erkranken) und andererseits die aktuelle Häufigkeit der potentiell traumatisierenden Situationen.

Die Häufigkeit akuter Traumafolgereaktionen ist abhängig vom traumatisierenden Ereignis. Über die Störungswahrscheinlichkeit gibt die Untersuchung von Kessler (1995) einen guten Überblick:

Ereignis	Häufigkeit (%)	Störungswahrscheinlichkeit nach Trauma (%)
Vergewaltigung	5,5	55,5
Sexuelle Belästigung	7,5	19,3
Krieg	3,2	38,8
Waffenandrohung	12,9	17,2
Körperliche Gewalt	9,0	11,5
Unfälle	19,4	7,6

Zeuge von Unfällen / Gewalt	25,0	7,0
Naturkatastrophen / Feuer	17,1	4,5
Misshandlungen in der Kindheit	4,0	35,4
Vernachlässigung in der Kindheit	2,7	21,8
Andere lebensbedrohl. Situationen	11,9	7,4
Andere Traumata	2,5	23,5
Irgendein Trauma	60,0	14,2
Traumahäufigkeit und Störungswahrscheinlichkeit nach Trauma in der Allgemeinbevölkerung (nach Kessler 1995)		

Hinsichtlich der aktuellen Häufigkeit verschiedener potentiell traumatisierender Situationen kann auf die jeweils aktuelle polizeiliche Kriminalitätsstatistik zurück gegriffen werden. Für die verschiedenen Ereignisse kann von unterschiedlichen Dunkelziffern ausgegangen werden, da z.B. die polizeilichen Kriminalstatistiken lediglich ein sog. Hellfeld abbilden, das durch verschiedene Faktoren, wie z.B. das Anzeigeverhalten der Bevölkerung mitgeprägt wird.

Quellentext zu den Risikofaktoren für die Ausbildung posttraumatischer Störungen

Literaturangaben finden sich im Leitlinienreport

Beschreibung des Gegenstands

Die Akute Belastungsreaktion (ABR) wie auch die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) gehören zu den wenigen psychischen Erkrankungen, bei denen in den gängigen Klassifikationssystemen klare ätiologische Annahmen gemacht werden: sie werden auf einen eindeutigen Auslöser – das traumatische Erlebnis – zurückgeführt. Verschiedene große epidemiologische Studien haben gezeigt, dass die Anzahl von Personen, die einmal in ihrem Leben ein traumatisches Ereignis erleben jedoch um ein Vielfaches höher ist als die Häufigkeit derer, die im Anschluss daran eine Belastungsstörung entwickeln (Breslau et al. 1998, Essau et al. 1999, Kessler et al. 1995, Perkonig et al. 2000). Die erfolgreiche Bewältigung eines solchen einschneidenden Erlebnisses stellt eher die Norm und das Ausbilden von Belastungsstörungen eine Ausnahme dar.

Bei der Genese von Traumafolgestörungen kommt neben dem traumatischen Ereignis demnach der Einfluss weiterer, individueller Faktoren zum Tragen. Der Frage danach, welche Faktoren möglicherweise das Ausbilden posttraumatischer Störungen begünstigen können, wurde bereits in einer Vielzahl von Studien nachgegangen. Aus dem Wissen um mögliche Risikofaktoren lassen sich Hinweise für das Erstellen und den Einsatz von Screeninginstrumenten ableiten, die es erlauben, mögliche Risikopersonen entsprechend früh nach einem traumatischen Ereignis zu identifizieren und sie weiter zu beobachten. Das folgende Kapitel liefert zunächst eine Darstellung des Forschungsstandes bzgl. Risikofaktoren bevor auf unterschiedliche Möglichkeiten des Screenings eingegangen wird.

Um im Bereich der Prädiktorenforschung zu gesicherten Aussagen gelangen zu können, bedarf es umfangreicher prospektiver Studien. Ein solches Design wird jedoch nur in den wenigsten Studien realisiert. Zwar wurde bis zum heutigen Datum eine Reihe von

Längsschnittstudien zu der Frage nach möglichen vorhersagenden Faktoren durchgeführt, doch liegt bei nahezu allen Studien der Zeitpunkt der Datenerhebung nach dem Ereignis des Traumas. Somit basieren auch bezüglich möglicher präorbider Risikofaktoren die meisten Befunde, bis auf wenige Ausnahmen, auf retrospektiv erfassten Daten. Dennoch gibt es auch bei heterogenen Betroffenengruppen einige häufig replizierte Ergebnisse.

Risikofaktoren, die das Entstehen einer Akuten Belastungsreaktion wie auch der Posttraumatischen Belastungsstörung begünstigen, lassen sich unterteilen in:

- Prätraumatische Risikofaktoren
- Peritraumatische Risikofaktoren
- Posttraumatische Risikofaktoren

Prätraumatische Risikofaktoren

Wie vielfach nachgewiesen werden konnte, spielen individuelle präorbide Faktoren eine Rolle bei der Frage nach erfolgreicher oder missglückter Bewältigung eines traumatischen Ereignisses. Dies gilt zum einen für soziodemographische Faktoren. Weibliches Geschlecht sowie ein jüngeres Alter scheinen ungünstige Voraussetzungen für erfolgreiche Verarbeitung zu sein (z.B. Norris 1992, Kessler et al. 1995, Perkonigg et al. 2000). Gleiches gilt für im Vorhinein bestehende psychische Probleme, bei den Betroffenen selbst wie auch psychische Erkrankungen in der Familie (z.B. Breslau u. Davis 1992, McFarlane 1989). Einen wesentlichen Risikofaktor stellen in der Vergangenheit bereits erlebte frühere Traumatisierungen dar. Im Bereich der Persönlichkeitsmerkmale werden einige Eigenschaften als mögliche Vulnerabilitätsfaktoren oder Ressourcen diskutiert. Besonders breite empirische Unterstützung findet der protektive Einfluss eines hohen Kohärenzsинns (z.B. Frommberger 1999). Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Untersuchung des Zusammenhangs von Persönlichkeit und Trauma mit einigen Problemen behaftet ist. Besonders bei retrospektiver Datenerfassung sind mögliche posttraumatische Persönlichkeitsveränderungen kaum von präorbid ausgeprägten Merkmalen zu trennen.

Peritraumatische Risikofaktoren

In der Literatur besteht Einigkeit darüber, dass ein bedeutender Faktor in der Ätiologie posttraumatischer Folgestörungen die Traumaschwere ist (Brewin 2000, Simon 1999). Weiterhin spricht vieles dafür, dass ein plötzliches Auftreten des Traumas, sowie bestimmte Merkmale des Ereignisses selbst (z.B. verstümmelte oder abgetrennte Körperteile gesehen zu haben) erschwerend auf die nachfolgende Verarbeitung wirken. Ähnliches gilt für die Bewertung der Situation durch die Betroffenen. Demzufolge ist nicht so sehr die tatsächliche Gefahr als vielmehr die subjektiv wahrgenommene Bedrohung für die Entwicklung der PTSD-Symptomatik entscheidend (Blanchard et al. 1995, Maercker et al. 2000b). In früheren Studien wurde zudem häufig das Auftreten peritraumatischer Dissoziation als ein möglicher Risikofaktor benannt (Ozer et al. 2003). Neueren Arbeiten zufolge sind diese Befunde jedoch anzuzweifeln. Eine aktuelle Übersichtsarbeit von Van der Velden und Wittmann, in der 17 prospektive Studien berücksichtigt wurden, berichtet bei der Mehrheit der Studien keinen eigenen Vorhersagebeitrag der peritraumatischen Dissoziation in Bezug auf die spätere Ausprägung der PTSD-Symptomatik. Bei Arbeiten, die eine positive Korrelation zeigen ist der errechnete Zusammenhang meist nur schwach. Die Autoren merken daher kritisch an, dass in früheren Studien, in denen nicht der eigenständige Beitrag der peritraumatischen Dissoziation berücksichtigt wurde, die Zusammenhänge zum Teil auf methodischen Artefakten beruhen könnten (Van der Velden u. Wittmann, 2008).

Posttraumatische Risikofaktoren

In der Folge traumatischer Ereignisse sind es unter anderem anhaltender Stress, eine Zunahme der Symptome sowie eine Aufrechterhaltung der Vermeidung, die das Risiko der Entstehung posttraumatischer Störungen erhöhen. Von entscheidendem Einfluss ist außerdem die wahrgenommene soziale Unterstützung (Brewin et al. 2000). In jüngeren Untersuchungen wird weiterhin die Rolle körperlicher Reaktionen untersucht (zum Überblick siehe auch Bryant 2003).

Im Bereich der Prädiktorenforschung liegen zwei wichtige Metaanalysen vor, die einen zusammenfassenden Überblick über Studien zwischen 1980 bis 2000 bieten (Brewin et al. 2000, Ozer et al. 2003). Die berücksichtigten Studien subsumieren sehr heterogene Betroffenengruppen (z.B. Kriegsveteranen, Verkehrsunfallopfer, Brandopfer, Kriminalitätsoffer, Opfer von Naturkatastrophen u. a.). Zwar legen beide Autorengruppen bezüglich der ausgewählten Untersuchungen ähnliche Ein- und Ausschlusskriterien an, jedoch divergieren die Resultate zum Teil beträchtlich.

Tabelle 1: Zusammenfassung der Risikofaktoren (modifiziert nach Brewin et al. 2000)

Risikofaktor	Anzahl der Studien	Stichproben- größe (N)	Gewichtete Effektstärke (r)	95% CI
Ethnische Minderheit	22	8165	0.05	0.03 bis 0.07
Jüngerer Alter	29	7207	0.06	0.04 bis 0.08
Geringe Bildung	29	11047	0.10	0.8 bis 0.12
Anderes früheres Trauma	14	5147	0.12	0.09 bis 0.15
Psychiatrische Familiengeschichte	11	4792	0.13	0.10 bis 0.16
Geschlecht (weiblich)	25	11261	0.13	0.11 bis 0.15
Missbrauch in der Kindheit	9	1746	0.14	0.09 bis 0.19
Geringer sozio- ökonomischer Status	18	5957	0.14	0.12 bis 0.16
Geringe Intelligenz	6	1149	0.18	0.12 bis 0.24
Andere negative Kindheitserlebnisse	14	6969	0.19	0.17 bis 0.21
Traumatische Stress	49	13653	0.23	0.21 bis 0.25
	8	20804	0.32	0.29 bis 0.35
Mangel an sozialer Unterstützung	11	3276	0.40	0.37 bis 0.43

Brewin und Kollegen (2000) gelangen nach der Analyse von insgesamt 85 Studien zu dem Schluss, dass sich 14 bedeutsame Risikofaktoren identifizieren lassen (Tabelle 1). Die Traumatische, nachfolgender Stress und vor allem das Fehlen sozialer Unterstützung stellen sie als die einflussreichsten Faktoren heraus.

Auch Ozer und Mitarbeiter (2003) betonen die bedeutsame Rolle einer fehlenden sozialen Unterstützung, darüber hinaus kommen sie jedoch zu abweichenden Ergebnissen. Sie benennen eine Reihe von anderen Einflussfaktoren (siehe Tabelle 2) von denen neben mangelnder sozialer Unterstützung, wahrgenommene Lebensgefahr sowie die peritraumatische Dissoziation als stärkste Prädiktoren hervorgehoben werden. Wie an anderer Stelle bereits diskutiert muss dabei der Einfluss der peritraumatischen Dissoziation nach neueren Ergebnissen jedoch kritisch betrachtet werden. Die hier identifizierte hohe Vorhersagekraft ist möglicherweise auf methodische Konfundierungen zurückzuführen (siehe van der Velden u. Wittmann 2008, Bryant 2008).

Insgesamt zeigen in beiden Metaanalysen prätraumatische Aspekte eine weniger enge Beziehung zu späteren PTBS-Symptomen als peri- und posttraumatische Aspekte.

Tabelle 2: Zusammenfassung der Risikofaktoren (modifiziert nach Ozer et al. 2003)

Risikofaktor	Anzahl der Studien	Stichprobengröße (N)	Gewichtete Effektgröße r	95% CI
Früheres Trauma	23	5308	0.17	0.11 bis 0.22
Frühere Anpassung	23	6797	0.17	0.10 bis 0.23
Psychopathologische Familiengeschichte	9	667	0.17	0.04 bis 0.29
Peritraumatische Emotionen	5	1755	0.26	0.08 bis 0.42
Wahrgenommene Lebensbedrohung	12	3524	0.26	0.18 bis 0.34
Wahrgenommene Unterstützung	11	3537	-0.28	-0.40 bis -0.15
Peritraumatische Dissoziation	16	3534	0.35	0.16 bis 0.52

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Entwicklung posttraumatischer Störungen erheblich davon abhängt, wie der Betroffene das Ereignis wahrnimmt und bewertet (z. B. wahrgenommene Lebensgefahr) und ob der Betroffene nach der traumatischen Erfahrung Umstände vorfindet, die einer raschen psychosozialen Erholung förderlich sind. Besonders wichtig sind hier das Ausmaß der psychosozialen Unterstützung und der Schutz vor zusätzlichen Belastungen (Brewin et al. 2000, Ozer et al. 2003).

Die Forschungsbefunde nach 2000, die in den Metaanalysen nicht berücksichtigt wurden, replizieren zu einem großen Teil die oben aufgeführten Ergebnisse (z.B. Holbrook et al. 2001, Mayou et al. 2002). Darüber hinaus wird zunehmend die Bedeutung körperlicher Symptome und auch kognitiver Faktoren diskutiert (Bryant 2003). Bei den körperlichen Aspekten sind zum einen die Schwere der Verletzungen zu nennen (z.B. Bownes et al. 1990, Van Loey et al. 2003). Des Weiteren scheinen sich physiologische Faktoren (wie etwa eine starke Erregung des sympathischen Nervensystem) als prädiktive Indikatoren für eine gesteigerte Wahrscheinlichkeit eine PTSD auszubilden, zu eignen (Bryant 2003, Zatzick et al. 2006). Als biologische Risikofaktoren für die Entwicklung von Traumafolgestörungen konnten genetische Polymorphismen (Caspi et al. 2003, Hariri et al. 2002) und ein kleinerer Hippocampus (Gilbertson et al. 2002) identifiziert werden. Die bisherigen genetischen Untersuchungen fanden inkonsistente Resultate, sprechen jedoch für einen polygenetischen Einfluss auf die PTSD (Broekman et al. 2007). Da auch prä- und perinatale Einflussfaktoren aus der Umwelt wie auch spätere Lernprozesse mit genetischen Faktoren interagieren, ergibt sich eine hochkomplexe Interaktion.

Auf der Ebene der Kognitionen spielen beispielsweise katastrophisierende Bewertungen sowie der Attributionsstil eine bedeutsame Rolle (Bryant 2003). Demnach sind Personen gefährdet, die dazu tendieren, aversive Ereignisse als unvorhersehbar und unkontrollierbar anzusehen. Solche Personen tendieren auch dazu, die Ursachen für das Trauma external zu attribuieren und selbst keine Bewältigungsmöglichkeiten zu sehen.

Wie die divergierenden Befunde zahlreicher Arbeiten deutlich machen, ist es jedoch weniger der Einfluss isolierter Faktoren, der entscheidend für die Verarbeitung traumatischer Erlebnisse ist, als vielmehr das dynamische Zusammenspiel unterschiedlicher Aspekte in Balance mit möglichen Schutzfaktoren (wie etwa dem Kohärenzsinn).

Quellentext zum Screening in der Akutphase

Literaturangaben finden sich im Leitlinienreport

Problematische Aspekte im Bereich der Prädiktorenforschung

Wie eingangs bereits kritisiert, bleibt zu beachten, dass die Mehrheit der oben aufgelisteten Prädiktoren in retrospektiven Studien gefunden wurde, sie sind daher mit Vorsicht zu interpretieren. Insgesamt gibt es in der Prädiktorenforschung noch zu wenige prospektive Studien, die bereits vor dem ersten traumatischen Ereignis Daten erheben.

Bei einem überblickartigen Vergleich der durchgeführten Studien wird zudem die äußerst geringe Vergleichbarkeit der einzelnen Studien deutlich. So führen die Untersuchungen mit heterogenen Traumata und heterogenen Betroffenengruppen häufig auch zu divergierenden Ergebnissen. Auf Basis dieser enormen Bandbreite gestaltet sich die Suche nach universellen vorhersagenden Faktoren äußerst schwierig. Auch die beiden wichtigen Überblicksarbeiten in diesem Bereich zeigen trotz etwa gleicher Ein- und Ausschlusskriterien nur wenige Überschneidungen in ihren Resultaten (NICE 2005).

Screening in der Akutphase

Nur eine Minderheit der von traumatischen Ereignissen Betroffenen entwickeln langfristig eine Posttraumatische Belastungsstörung. In der postakuten Situation ist es daher notwendig einzuschätzen, ob der betroffene Mensch das Ereignis aus eigenen Kräften bewältigen kann oder ob das Risiko für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung besteht. Es gilt Risikopersonen zu identifizieren, bei denen Programme zur Frühintervention sinnvoll erscheinen, um die Wahrscheinlichkeit einer späteren Chronifizierung zu senken.

Bei diagnostischen Ansätzen in der Akutphase nach traumatischen Ereignissen ist zu beachten, dass eine Erfassung von Symptomen unmittelbar nach dem Ereignis nicht aussagekräftig ist (Watson u. Shalev 2005, NICE 2005). Fast alle Betroffenen entwickeln nach dem Traumaereignis zunächst Symptome, sodass der Symptomlevel kurz nach dem Ereignis keinen zuverlässigen Indikator für den weiteren psychotraumatischen Verlauf darstellt (Gray u. Litz 2005, Watson u. Shalev 2005). Eine deutliche Belastung über mehrere Wochen nach dem Ereignis stellt jedoch einen Prädiktor für spätere PTSD dar (Gray u. Litz 2005).

Bei einem ersten Screening sollten v. a. individuelle Risikofaktoren, die in der Biographie der Betroffenen liegen (wie frühere Traumatisierungen, vorbestehende psychische Probleme) oder Aspekte der traumatischen Situation abgeklärt werden. Dies kann auch schon in unmittelbarer zeitlicher Nähe zum traumatischen Ereignis erfolgen. Im Folgenden gilt es die möglichen „Risikopersonen“ bzgl. ihrer Symptomentwicklung zu beobachten.

Vorhersage späterer PTSD durch die Diagnose Akute Belastungsreaktion

Die meisten Screeningansätze fokussieren auf das Aufdecken extremer psychologischer Belastung in der Folge des Ereignisses (NICE 2005). Die Diagnose der Akuten Belastungsreaktion stellt hier einen wichtigen und gut erforschten Ansatz dar. Da in der Mehrheit der Forschungsarbeiten als diagnostisches Klassifikationssystem das DSM-IV zugrunde gelegt wird, beziehen sich die meisten Untersuchungen auf die Vorhersagekraft der Acute Stress Disorder (im Folgenden kurz ASD) nach DSM-IV (Wittchen u. Zaudig 1997). Abweichend von der ABR ist für die ASD das Vorliegen dissoziativer Symptome zwingendes diagnostisches Kriterium. Verschiedene längsschnittliche Studien belegen eine hohe positive

Vorhersagekraft der Diagnose ASD für die spätere Ausbildung einer PTSD. Neben den Einzelveröffentlichungen liegt hierzu eine Übersichtsarbeit von Bryant (2003) vor. Darin finden zehn prospektive Studien, die den Zusammenhang zwischen ASD und einer späteren Entwicklung einer PTSD untersuchen, Berücksichtigung. Den Ergebnissen zu Folge entwickeln ca. 70-80% der Personen mit ASD später eine PTSD. Auf der anderen Seite erhält aber ein wesentlicher Anteil (ca. 50%) derer, die eine PTSD entwickeln, zuvor nicht die Diagnose einer ASD (Bryant 2003). Als mögliches Kriterium für die mangelnde Sensitivität wird von einigen Autoren die Dissoziation diskutiert (Bryant u. Harvey 1997). Sie argumentieren, dass etwa 30-60% der PTSD-Betroffenen, die durch die ASD nicht erfasst werden, nur auf Grund fehlender dissoziativer Symptome keine Diagnose erhalten. Auch hier wird die inkonsistente Befundlage zur Rolle der Dissoziation deutlich (Bryant u. Harvey 1997, Classen et al. 1998, Harvey u. Bryant 1999, Murray et al. 2002, Bryant et al. 2008). Bryant und Harvey (2003) nennen Geschlechtsunterschiede als eine mögliche Erklärung der divergierenden Befunde. Sie kommen zu dem Schluss, dass sowohl die peritraumatische Dissoziation als auch die Diagnose der ASD eine spätere PTSD bei Frauen sehr viel zuverlässiger vorhersagen kann als bei Männern. Bei einem Follow-up von sechs Monaten wurden 92% der Frauen und 57% der Männer mit PTSD diagnostiziert, die zuvor die Kriterien einer ASD erfüllten.

Instrumente zur Früherkennung

Neben der Diagnose der Akuten Belastungsreaktion lassen sich Risikopersonen auch mit Hilfe von Instrumenten zur Früherkennung identifizieren. Im Bereich der posttraumatischen Symptomatik existiert eine Vielzahl von validierten Screeninginstrumenten. Zuletzt wurden vor allem auf der Basis bewährter Verfahren Kurzverfahren zu Screeningzwecken entwickelt (z.B. Meltzer-Brody et al. 1999). Zumeist handelt es sich jedoch nicht um Instrumente, die zur prospektiven Abschätzung von Risikopatienten entwickelt wurden, sondern um diagnostische Screenings, die das Vorhandensein einer PTSD zum Zeitpunkt der Erfassung abklären sollen. Auf die Beachtung eines entsprechenden zeitlichen Abstands zum Ereignis wurde zuvor bereits hingewiesen.

Eine systematische Analyse im englischen Sprachraum gängiger Instrumente bietet Brewin (2005). Der Autor berücksichtigt 13 Screeningfragebögen zur PTSD, bei denen eine Validierung gegen ein strukturiertes Interview erfolgte und die einen Umfang von 30 Items nicht überschreiten. Im Allgemeinen resultieren sehr zufriedenstellende Werte bzgl. Effizienz und Gütekriterien. Über alle Instrumente hinweg ergibt sich eine durchschnittliche Effektivität von 86,5%. Zwischen den einzelnen Instrumenten zeigen sich in der Validität nur geringfügige Unterschiede. Seine abschließende Bewertung richtet Brewin danach, dass das ideale Instrument weniger Items sowie eine einfachere Antwortskala und Berechnungsmethode haben sollte und genauso gut oder besser abschneiden sollte als längere und komplexere Instrumente. Es werden der Trauma Screening Questionnaire (TSQ, Brewin 2002, dt. Hofmann et al. 2002), der SPAN Test (Meltzer-Brody et al. 1999) sowie die Impact of Event Scale (IES, Horowitz et al. 1979, dt. Ferring u. Filipp 1994) als valide sowie effiziente Instrumente bei gleichzeitig höchster Ökonomie ausgewählt (siehe auch NICE 2005). Einschränkend sei zu erwähnen, dass einige etablierte Instrumente wie etwa die revidierte Version der Impact of Event Scale (IES-R, Weiss u. Marmar 1996, dt. Maercker u. Schützwohl 1998) in der Untersuchung unberücksichtigt bleiben.

Im Folgenden werden einige der im deutschsprachigen Raum zur Verfügung stehenden Instrumente vorgestellt. Neben den im oben aufgeführten Review berücksichtigten Instrumenten wird die Auflistung um einige weitere gängige Verfahren ergänzt.

Posttraumatic Symptom Scale - PTSS 10

Eines der ersten Screeningverfahren wurde von Raphael und Kollegen (1989) vorgelegt. Die PTSS-10 fragt nach dem Vorliegen von zehn Symptomen in den letzten sieben Tagen. In der Originalversion liegt eine dichotome Antwortskala (Ja/Nein) vor, wohingegen diese in der deutschen Übersetzung von Maercker (1998) durch eine vierstufige Ratingskala ersetzt wurde.

Im Gegensatz zu anderen Verfahren bleibt die PTSS-10 jedoch unspezifisch und differenziert nicht hinsichtlich der Symptomgruppen. Die PTSS-10 ist in ihrer Anwendung höchst ökonomisch. Die Durchführungszeit wird mit drei Minuten angegeben. Über die positiven Evaluationsergebnisse berichtet Maercker (2003).

Impact of Event-Skala (IES / IES-R)

Die Impact of Event-Skala (Horowitz et al. 1979) umfasst in der deutschen Übersetzung von Ferring und Filipp (1994) sechzehn Items, die die Häufigkeit von Belastungsreaktionen nach einem traumatischen Ereignis abfragen. Beurteilt werden ausschließlich Symptome der Vermeidung sowie der Intrusion. Die revidierte Fassung, die IES-R (Maercker u. Schützwohl 1998) wurde um weitere sieben Items aus dem Symptomkomplex der Übererregung ergänzt. Eine Beurteilung über das Vorliegen einer PTSD anhand eines Summenwertes ist jedoch nicht möglich. Hierzu wird von Maercker und Schützwohl (1998) eine Annäherung mit Hilfe einer Regressionsformel vorgeschlagen. Die Sensitivität der IES-R für die PTBS-Diagnosestellung beträgt 0.70 bzw. 0.76, ihre Spezifität 0.88 bzw. 0.90, abhängig von der jeweiligen Stichprobe (siehe Maercker u. Schützwohl, 1998). Norm- oder Grenzwerte liegen nicht vor.

Trauma Screening Questionnaire - TSQ

Trauma Screening Questionnaire (TSQ, Brewin 2002, dt. Trauma Screening Fragebogen, Hofmann et al. 2002) wurde auf der Basis der PTSD Symptom Scale-Self Report (PSS-SR, Foa et al. 1993) entwickelt. Der TSQ umfasst zehn Items aus den Symptomkomplexen Intrusion und Hyperarousal. Die resultierende Itemkombination war am besten prädiktiv für das Vorliegen einer PTSD sechs Monate nach dem traumatischen Ereignis (Brewin 2002). Nach Kenntnis der Autoren steht eine Validierung im deutschen Sprachraum noch aus.

Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire (PDEQ)

Zur Erfassung der peritraumatischen Dissoziation, kann der PDEQ (Marmar et al. 1997, dt. Maercker et al. 1994) verwendet werden. Er besteht aus zehn Items, die auf einer vierstufigen Skala Symptome wie Konfusion, Störungen in der Zeitwahrnehmung, Depersonalisations- und Derealisationsgefühle messen.

Mit dem Freiburger Screeningbogen, dem Kölner-Risiko-Index und dem Essener-Trauma-Inventar liegen des Weiteren drei in Deutschland entwickelte Instrumente vor.

Freiburger Screeningbogen für Verkehrsunfallopfer

Der Freiburger Screeningbogen für Verkehrsunfallopfer wurde speziell zur Risikoabschätzung konzipiert. Der Fragebogen weist Ähnlichkeiten mit dem TSQ von Brewin (2002) auf und basiert im Wesentlichen auf der PTSD Symptom Scale-Self Report (PSS-SR,

Foa et al. 1993) sowie der IES (Horowitz et al. 1979). Er macht die Reaktion des betroffenen Menschen zur Grundlage der Beurteilung. Das Verfahren umfasst zehn Items und ist somit sehr ökonomisch. Die Bearbeitungs- und Auswertungszeit werden mit jeweils maximal fünf Minuten angegeben. Die psychometrischen Gütekriterien wurden aufwendig geprüft, bei dem idealen Cut-off-Wert ergibt sich eine hohe Sensitivität (88,9 %) und befriedigende Spezifität (69,7%) (Stieglitz et al. 2002).

Kölner-Risiko-Index (KRI)

Der Kölner-Risiko-Index (Bering u. Fischer 2005) wurde ebenso gezielt für eine Abklärung von Risikopersonen nach traumatischen Erfahrungen entwickelt. Er existiert in den drei Versionen (KRI Gewalt- und Unfallopfer, KRI für Opfer von Banküberfällen und KRI für Bundeswehrsoldaten). Die ersten zwei Versionen sind als Fremdbeurteilungen konzipiert (eingebunden in Interview und Beratungssituation), bei denen ein Untersucher sowohl Situation als auch Person bewertet und so zu einer Einschätzung des individuellen Risikos kommt. Der KRI-Bundeswehrsoldaten existiert zusätzlich noch in einer Selbstbeurteilungsversion. Eine veröffentlichte Validierungsstudie liegt nach Kenntnis der Autoren nicht vor.

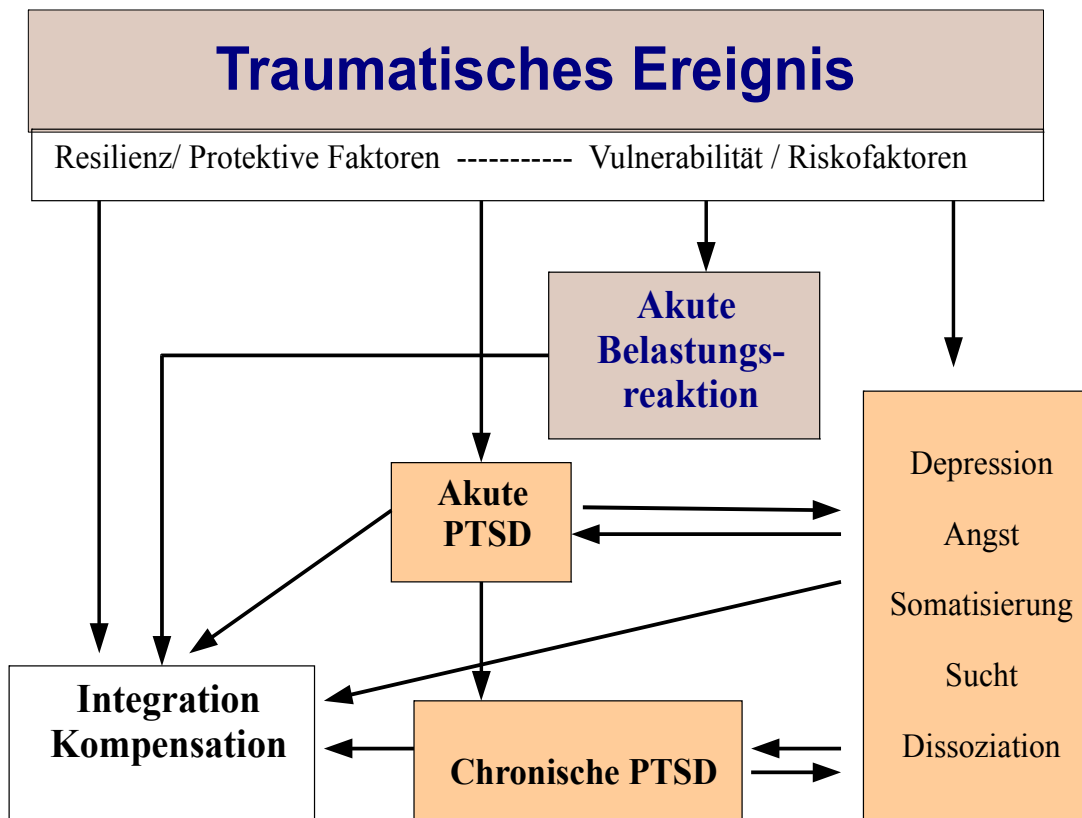
Essener-Trauma-Inventar (ETI)

Ein neues Screeninginstrument zur Diagnostik von posttraumatischen Störungen stellt das Essener Trauma-Inventar dar (ETI, Tagay et al. 2007). Das Abfragen der Stressorkriterien aus dem DSM-IV erlaubt in Kombination mit festgelegten Cut-off-Werten ein valides Screening hinsichtlich ABR und PTSD. Die Arbeiten von Tagay und Mitarbeitern (2007) sowie Hauffa und Kollegen (2007) informieren ausführlich über die zufriedenstellenden Gütekriterien des Verfahrens. In laufenden Studien wird das ETI gegen strukturierte Interviews evaluiert. Erste Ergebnisse sprechen für eine hohe Übereinstimmung beispielsweise mit dem Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV (SKID, Wittchen 1997).

Bei allen hier aufgeführten Instrumenten handelt es sich um symptom-basierte Screenings. Bei deren Einsatz ist darauf zu achten, dass die erste unmittelbare Belastungsreaktion bereits abgeklungen ist. Die beschriebenen Verfahren basieren dabei auf unterschiedlichen Screeningansätzen. Während der KRI und der Freiburger Screeningbogen für Verkehrsunfallopfer eigens zur prospektiven Risikoabschätzung dienen, sind die übrigen Verfahren ursprünglich für das Screening von aktuell vorhandenen PTBS-Symptomen konzipiert. Ihre Eignung auch zur Früherkennung sich später entwickelnder PTBS konnte wie etwa bei Brewin (2005) belegt werden. Dabei darf nicht außer Acht gelassen werden, dass keines der aufgeführten Selbstbeurteilungsinstrumente für eine definitive Diagnosestellung ausreichend ist.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass sich bei dem Versuch, gefährdete Risikopersonen möglichst früh zu identifizieren, nicht nur auf Konstellationen von Symptomen fokussiert werden sollte. Vielmehr gilt es das Zusammenwirken von Symptomen sowie körperlichen Reaktionen und Kognitionen zu berücksichtigen. Ebenso wenig außer Acht gelassen werden dürfen individuelle Risikofaktoren, die in der Biographie der Betroffenen liegen. Gemessen an dem enormen Nutzen, den eine Eindämmung der Psychopathologie in Folge traumatischer Ereignissen hätte, ist es wünschenswert künftig noch bessere Mittel zur Identifizierung möglicher Risikopersonen zu entwickeln.

Übersicht traumareaktiver Entwicklungen



Flatten et al. 2008

Auch ohne initiale Belastungsreaktionen kann es zu protrahierter 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 Traumageschehens
- 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*)

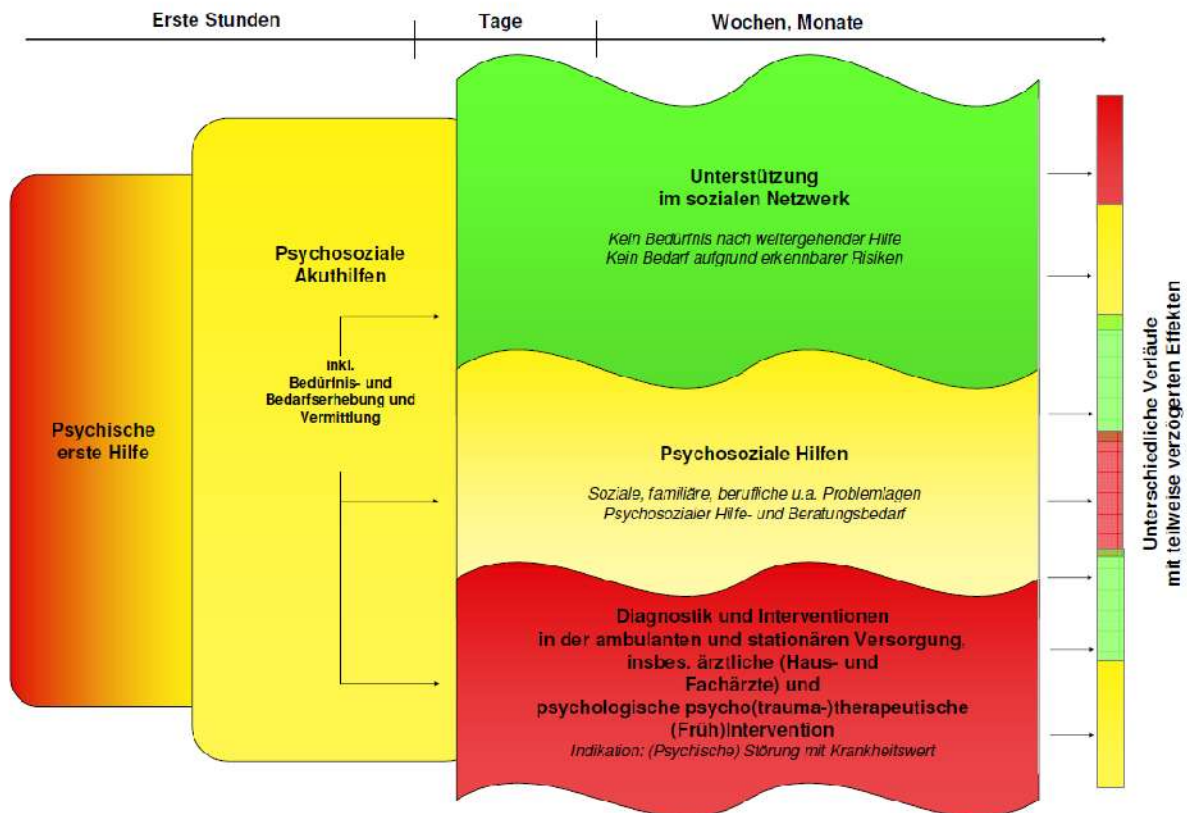
Klinisch besonders **wichtige Risikofaktoren** für die Entwicklung einer Akuten Belastungsreaktion, einer akuten Posttraumatischen Belastungsstörung und weiterer Traumafolgestörungen sind:

- 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 Psychotraumathepie (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 Quelltext*)

Quellentext zu den Empfehlungen zu unspezifischen und spezifischen Frühinterventionen

Literaturangaben finden sich im Leitlinienreport

Psychosoziale Frühintervention

Beschreibung des Gegenstandes

Psychosoziale Frühintervention ist eine spezielle Form der professionellen Akuthilfe, die eine Mittelstellung zwischen Krisenintervention und Psychotherapie eines bereits manifesten Syndroms einnimmt. Die allgemeinen Maßnahmen nach Traumaerfahrung beruhen auf Prinzipien der Krisenintervention und der präventiven psychiatrischen Interventionen nach Caplan (1964). Aufgrund fehlender empirischer Studien stellte ein internationales Expertenteam (Hobfoll et al. 2007) auf der Basis von Extrapolationen aus verwandten Forschungsfeldern und Konsensus unter Forschern und Praktikern fünf Prinzipien zusammen, die je nach Gegebenheiten flexibel umgesetzt werden müssen:

- Promote sense of safety
- Promote calming
- Promote sense of self- and collective efficacy
- Promote connectedness
- Promote hope

Aktuelle Bedürfnisse der Betroffenen sollten befriedigt werden (z.B. Durst, Kontakt zur Familie). Die Betroffenen sollten dosiert Informationen über die Ereignisse und über mögliche Belastungsfolgen und Bewältigungsstrategien erhalten. Der Zugang zu professioneller Versorgung sollte ihnen ermöglicht werden. Generell gilt für Frühinterventionen, dass der Umfang und die Intensität der therapeutischen Maßnahmen von der Schwere des Traumas, der Schwere der initialen Symptomatik und den individuell vorhandenen Risikofaktoren abhängig ist. Eine ereignisnahe Versorgung der Betroffenen ist wichtig und wird von vielen Autoren gefordert (siehe auch Raphael u. Wilson 2000, Ørner u. Schnyder 2003, Bengel 2004, Litz 2004, Lueger-Schuster 2004, Cardeña u. Croyle 2005, Krüsmann u. Müller-Cyran 2005, Michael et al. 2006, Lasogga u. Gasch 2008).

Psychische erste Hilfe E:III

Unmittelbar nach einer traumatischen Erfahrung stehen folgende stabilisierende Maßnahmen im Vordergrund:

- Emotionale und soziale Unterstützung
- Befriedigung elementarer Bedürfnisse
- Non-direktive unterstützende Kontaktaufnahme (u.a. Raum für Ausdruck von Gefühlen)
- Dosierte Informationsvermittlung
- Unterstützung von äußerer und innerer Sicherheit

Die Inanspruchnahme psychischer erster Hilfe sollte freiwillig und an die Bedürfnisse der Betroffenen angepasst sein. Betroffene sollen nicht gedrängt werden, direkt nach dem traumatischen Ereignis über emotionale Reaktionen zu reden (ACPMH 2007; Gray u. Litz 2005).

Psychoedukation E:III

Betroffene sollten Informationen über übliche Reaktionen auf traumatische Erlebnisse erhalten. Diese sollten typische posttraumatische Symptome sowie Verlauf und Behandlung von PTBS beinhalten (NICE 2005). Psychoedukative Materialien, die typische Folgeerscheinungen von Traumata und mögliche Anlaufstellen beschreiben, sollten verbreitet werden (Gray u. Litz 2005).

Screening bzgl. Risikofaktoren E:III

Zweck ist zunächst nicht die Erhebung von PTBS-Symptomen, sondern die Erfassung individueller und biographischer Risikofaktoren. Dazu gehören v.a.: frühere traumatische Erlebnisse, vorbestehende psychische Probleme, unzureichende soziale Unterstützung, besondere Aspekte des Traumas (z.B. verstümmelte oder abgetrennte Körperteile gesehen zu haben). Betroffene sollten vor dem Screening darüber informiert werden, wie und warum es durchgeführt wird. Betroffene, die zögern, die gewünschten Informationen zu geben, sollten nicht zur Beantwortung gedrängt werden (Gray u. Litz 2005).

Monitoring bzgl. Symptomentwicklung E:III

Symptome sollten erst abgeklärt werden, wenn die erste, schwere Belastung durch das traumatische Ereignis nachgelassen hat. Deutliche Belastung in den Wochen nach dem Trauma ist ein Prädiktor für andauernde Belastung, während die Erfassung von Symptomen direkt nach dem Ereignis zu vielen falsch Positiven führen würde und von Betroffenen als aufdringlich erlebt würde (Gray u. Litz 2005).

Bei leichten Symptomen, die weniger als vier Wochen nach dem Trauma andauern, wird „watchful waiting“ empfohlen, wobei ein Follow-up-Kontakt innerhalb eines Monats vereinbart werden sollte (NICE 2005).

Unterstützung sozialer Vernetzung, praktische und soziale Unterstützung E:III

Behandler sollten Betroffenen praktische Hinweise über den Zugang zu Angeboten für Traumatisierte geben. Sie sollten außerdem das Bedürfnis nach sozialer Unterstützung ermitteln und für die Befriedigung dieses Bedürfnisses eintreten. Betroffenen oder ihren Angehörigen sollten Hilfen oder Hinweise angeboten werden, wie anhaltende Bedrohungen, die mit dem traumatischen Ereignis zusammenhängen, gelindert oder beseitigt werden können (NICE 2005).

Indikationsstellung zu weiterführender Versorgung E:III

Schwere dissoziative Symptome, Angstsymptome und andere schwerwiegende Symptome sind neben dem Verlauf in den ersten Stunden und Tagen wichtige Kriterien für die Indikation zu spezifischen Frühinterventionen, die über ein Monitoring hinausgehen.

Behandler sollten beachten, dass viele Betroffene einem Therapiebeginn ängstlich und vermeidend gegenüberstehen. Sie sollten angemessen auf diese Schwierigkeiten reagieren, indem sie z.B. Betroffenen nachgehen, die vorgesehene Termine versäumen (NICE 2005).

Da Akute Belastungsstörungen insbesondere bei guter sozialer Einbindung häufig günstig verlaufen, ist immer auch zu bedenken, dass eine zu intensive professionelle Versorgung auch negative Auswirkungen haben kann.

Mitversorgung von wichtigen Bezugspersonen E:III

Behandler sollten die Auswirkungen des traumatischen Ereignisses auf alle Familienmitglieder beachten und ggf. näher abklären und Unterstützung anbieten. Wenn es angemessen ist und die Zustimmung des Patienten erhält, sollten Behandler sicherstellen, dass die Familien von Betroffenen umfassend über übliche Reaktionen nach traumatischen Ereignissen sowie über Symptome, Verlauf und Behandlung von PTBS informiert sind (NICE 2005).

Empfehlungen spezifische Frühinterventionen

Psychologisches Debriefing

Das psychologische Debriefing (im Folgenden auch Debriefing genannt) ist eine häufig angewandte Frühintervention nach kritischen und traumatischen Ereignissen. Gegenstand des Debriefings ist das belastende Ereignis. Die Teilnehmer einer Debriefing-Gruppe werden ermutigt und angeleitet, über ihre persönlichen Erlebnisse und Erfahrungen zu berichten. Das Debriefing wird in einer Sitzung zeitnah zum Ereignis durchgeführt (im ursprünglichen Konzept innerhalb von 24 bis 72 Stunden). Der Debriefingprozess ist standardisiert und strukturiert. Das ursprünglich für Gruppen entwickelte Konzept wird auch im Einzelsetting eingesetzt.

Es wurden neun RCTs gefunden, die Debriefing im Einzelsetting untersuchen (Bisson et al. 1997; Conlon et al. 1999; Dolan et al. unpublished; Hobbs et al. 1996; Lee et al. 1996; Marchand et al. 2006; Mayou et al. 2000; Rose et al. 1999; Sijbrandij et al. 2006). Die Studien untersuchten Betroffene nach verschiedenen traumatischen Ereignissen (u.a. Verkehrsunfälle, Überfälle, Fehlgeburten, Brände). Das Debriefing wurde zwischen 10 Stunden und 31 Tagen nach dem Ereignis durchgeführt und dauerte 30 bis 120 Minuten.

Die Studienergebnisse zeigen, dass Debriefings die posttraumatische Symptomatik nicht verringern. Debriefings (single session), die auf das traumatische Ereignis fokussieren, sollten *nicht* standardmäßig nach Traumata eingesetzt werden. **E:I**
Indikationskriterien liegen nicht vor.

Trauma-fokussierte kognitiv-behaviorale Therapie

Die Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie bei Akuten Belastungsstörungen unterscheiden sich nicht prinzipiell von denen der kognitiven Verhaltenstherapie bei Posttraumatischen Belastungsstörungen. Es werden Psychoedukation, Rekonstruktion und Imagination sowie Entspannung kombiniert.

Es wurden zehn RCTs gefunden, in denen eine Treatment-Gruppe mit einer Form der kognitiv-behavioralen Therapie behandelt wurde (Bisson et al. 2004; Bryant et al. 1998; Bryant et al. unpublished; Bryant et al. 2005; Bryant et al. 2003; Bryant et al. 1999; Echeburua et al. 1996; Ehlers et al. 2003; Ost et al. unpublished; Sijbrandij et al. 2007).

Personen mit Akuter Belastungsstörung sollten innerhalb des ersten Monats nach dem traumatischen Ereignis mit trauma-fokussierter kognitiv-behavioraler Therapie beginnen. Diese sollte Exposition und/oder kognitive Therapie enthalten. **E:I**

Trauma-fokussierte kognitiv-behaviorale Therapie sollte bei Patienten mit Akuter Belastungsstörung unter normalen Umständen 5-10 Sitzungen dauern. Die Behandlung sollte

ambulant im Einzelsetting durchgeführt werden. Sitzungen, die in sensu-Exposition beinhalten, sollten länger dauern (z.B. 90 min). **E:III**

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

Die Elemente der EMDR bei Akuten Belastungsstörungen unterscheiden sich nicht prinzipiell von denen der EMDR bei Posttraumatischen Belastungsstörungen. Die Effektivität von EMDR ist bei der PTBS gut belegt. Die EMDR-Behandlung folgt acht fest umschriebenen Phasen, in der Phase „Desensibilisierung und Durcharbeitung“ leitet der Therapeut den Patienten an, sich das traumatische Ereignis vorzustellen. Währenddessen soll der Patient mit den Augen einem Finger des Therapeuten folgen, den dieser schnell und gleichmäßig hin und her bewegt. Diese Prozedur wird mehrmals wiederholt. Auch andere Formen der bilateralen Hirnstimulation werden angewandt. EMDR wird klinisch auch bei Personen mit Akuter Belastungsstörung eingesetzt, bislang existieren allerdings keine Studien mit adäquatem Design, die EMDR als Frühintervention untersuchen. **E:III**

Psychodynamische Techniken

Die Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie (MPTT) ist eine Fokaltherapie, die auf die individuelle Erfahrung einer traumatischen Situation fokussiert. Sie kombiniert psychoedukative Anteile und Übungselemente, diese werden in psychodynamische Prinzipien der Beziehungsgestaltung und Therapieführung integriert. Bislang existieren keine Studien mit adäquatem Design, die die Wirksamkeit von MPTT als Frühintervention untersuchen. **E:III**

Die Psychodynamisch Imaginative Trauma Therapie (PITT) wurde v.a. zur Behandlung von komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen, dissoziativen Störungen und Persönlichkeitsstörungen entwickelt. Sie integriert Elemente von angewandter Psychoanalyse mit solchen aus der kognitiven Verhaltenstherapie und imaginativen Verfahren sowie Prinzipien der Achtsamkeitsmeditation. Sie wird klinisch auch bei Personen mit Akuter Belastungsstörung eingesetzt, hierzu existieren allerdings keine Studien. **E:III**

Psychopharmakologische Intervention (s. Quellentext Psychopharmaka in der Akutintervention)

Bislang liegt keine Evidenz für eine psychopharmakologische Behandlung als Frühintervention vor. Für Betroffene, die akut belastet sind und evtl. unter schwerwiegenden Schlafstörungen leiden, kann eine Medikation dennoch erwogen werden.

Quellentext zur Verwendung von Psychopharmaka in der Akutintervention Literaturangaben finden sich im Leitlinienreport

Statement

Gegenwärtig liegen keine wissenschaftlich belegten Erkenntnisse dafür vor, daß irgendeine

Substanz zur Verhinderung posttraumatischer Folgestörungen zuverlässig eingesetzt werden kann.

Arbeiten mit Imipramin, β -Blockern, Cortisol geben zwar positive Hinweise, dass eine pharmakologische Intervention posttraumatische Folgestörungen i.S. der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) verhindern kann, sind aber zum gegenwärtigen Zeitpunkt weit davon entfernt einer Empfehlung für den klinischen Alltag zu genügen. Der Einfluß von Psychopharmaka auf andere akute posttraumatische Folgestörungen als die PTSD wurde bisher nicht systematisch untersucht. Die für die Behandlung der manifesten PTSD zugelassenen SSRI Sertralin (USA) und Paroxetin (D, USA) sind weder bei der Prävention von Traumafolgestörungen noch bei der Behandlung der Akuten Belastungsstörung systematisch untersucht.

Auch wenn die wissenschaftliche Evidenz zur Behandlung akuter Traumafolgestörungen unzureichend ist, können aufgrund des klinischen Bildes Psychopharmaka zur Symptomreduktion indiziert sein.

Indikationen können u.a. sein: schwere Angstzustände und anhaltende Schlafstörungen, anhaltende Übererregbarkeit, psychomotorische Verlangsamung und Rückzug oder psychotische Dekompensation.

- Als Mittel der ersten Wahl bei Angst, Schlafstörungen und Übererregbarkeit sind sedierende Antidepressiva zu empfehlen (z.B. Mirtazapin).
- Der Einsatz von Benzodiazepinen ist sehr kritisch abzuwägen. Als Mittel der zweiten Wahl können z.B. bei massiver Angst, Rückzug oder Schlafstörungen kurzfristig, bis zu einer Woche, in schweren Fällen Benzodiazepine gegeben werden.
- Vom längeren Einsatz von Benzodiazepinen ist abzuraten, da Studien darauf hinweisen, daß längerfristig eine Verschlechterung der Symptomatik einer PTSD oder einer Depression auftreten kann. Benzodiazepine könnten auch bei Kombinationsbehandlung die Effekte einer Psychotherapie reduzieren. Ausnahme ist hier eine schwere komorbide Depression mit akuter Suizidalität, die eine kombinierte Therapie mit Antidepressiva und Benzodiazepinen erfordert.
- Für die Behandlung der eher seltenen akuten psychotischen Dekompensation nach traumatischem Erlebnis liegen keine Studien vor. Hilfsweise kann von den Studien bei PTSD bzw. chronifizierter psychotischer Symptomatik auf Behandlungsmöglichkeiten in der Akutintervention, vorzugsweise durch atypische Antipsychotika, geschlossen werden.

Soweit möglich sollte mit dem Einsatz von Psychopharmaka zugewartet werden, z.B. 24-48 Stunden posttrauma. Erst wenn die nicht-pharmakologischen Maßnahmen (d.h. incl. Beachtung der persönlichen Bedürfnisse, Psychoedukation) keine kurzfristige Besserung zeigen, sollte der Einsatz von Psychopharmaka für eine bestimmte Zielsymptomatik erwogen werden.

Zusammenfassung von Reviews und Leitlinien

Prinzipiell ist ein Einsatz von Psychopharmaka in der Akutphase nach einem Trauma möglich, dies sollte jedoch einem erheblichen Schweregrad vorbehalten sein, der z.B. eine Psychotherapie nicht ermöglicht.

“Pharmacotherapy may be the first-line intervention for acutely traumatized patients whose degree of

distress precludes new verbal learning or nonpharmacological treatment strategies" [II]. APA 2004

Sowohl Expertenbefragungen (Foa et al. 1999), Reviews (Morgan et al. 2003, Pitman & Delahanty 2005) wie auch Leitlinien (APA 2004, NICE 2005) gehen davon aus, daß bisher keine Substanz in der Verhinderung posttraumatischer Symptomatik zuverlässig eingesetzt werden kann und seine Wirksamkeit in kontrollierten Studien belegt hat.

Morgan et al. (2003) fassen die Ergebnisse ihres Reviews zusammen mit: „To date there is almost no empirical data on effective pharmacologic interventions in the immediate aftermath of extreme psychological trauma“.

APA-Guidelines Ursano et al. (2004): „thus, no specific pharmacological interventions can be recommended as efficacious in preventing the development of ASD or PTSD in at-risk individuals" (S.5)

Ein Cochrane Review zur Pharmakotherapie der Prophylaxe einer PTSD sei einem späteren Review vorbehalten (Cochrane-Review Stein et al. 2006).

Studienlage

Die Datenlage zur pharmakologischen Frühintervention ist weitgehend unklar, heterogen und ohne eindeutig positive Befunde. Die Studien wurden mit sehr unterschiedlicher Methodik von Einzelfallstudien bis hin zu placebokontrollierten Studien durchgeführt.

SSRIs oder andere Antidepressiva wurden bisher nicht systematisch in der Frühintervention untersucht. Positive Hinweise wurden aus einer Studie mit Imipramin bei Kindern nach Verbrennungstrauma berichtet (Robert et al. 1999). Einzelfallberichte bei Kindern mit Verbrennungstrauma zeigten eine Symptomreduktion von ASD mittels Risperidon (Meighen et al. 2007).

Arbeiten liegen vor zu Benzodiazepinen (Gelpin et al. 1996), β -Blockern (Pitman et al. 2002, Vaiva et al. 2003), Cortisol (Schelling et al. 2001, 2004, 2006, Weis et al. 2006) sowie eine Vergleichsstudie Propranolol vs. Gabapentin vs. Placebo (Stein et al. 2007). Diese Studien zeigen z.T. negative Ergebnisse, können teilweise wenig überzeugen oder sind nur sehr begrenzt (z.B. nach ARDS auf Intensivstation) anwendbar. Einengung auf bestimmte Indikationen, unerwünschte Arzneimittelwirkungen und langfristige Effekte können die pharmakologischen Einsatzmöglichkeiten weiter einschränken.

Da keine Studie zur Akutintervention mit Antipsychotika vorliegt, kann möglicherweise auf die Wirksamkeit der bei chronischer PTSD als wirksam beschriebenen Antipsychotika zurückgegriffen werden. Es wurde in offenen und placebokontrollierten Studien über eine signifikante Symptomreduktion durch das typische Antipsychotikum Fluphenazin (Pivac & Kozaric-Kovacic 2006) und die atypischen Antipsychotika Aripiprazol (Villarreal et al. 2007), Clozapin (Wheatley et al. 2004), Olanzapin (Petty et al. 2001, Butterfield et al. 2001, Pivac et al. 2004, Stein et al. 2002), Quetiapin (Hamner et al. 2003, Kozaric-Kovacic & Pivac 2007), Risperidon (Hamner et al. 2003, Kozaric-Kovacic 2005, David et al. 2006, Padala et al. 2006) berichtet.

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. Seidler/ Heidelberg)
Dr. Wrenger (als Vertreter für Prof. Dr. 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