

GUIDO FLATTEN
 OLAF BÄR
 KATHARINA BECKER
 JÜRGEN BENGEL
 ULRICH FROMMBERGER
 ARNE HOFMANN
 WOLFGANG LEMPA
 ANDREA MÖLLERING

S2 – LEITLINIE

Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung

Die diagnostischen Kriterien in der ICD-10 und im 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 der Definition des traumatischen Ereignisses, 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 ICD-10: 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 ICD-10: F40.xx

Depressive Störungen ICD-10: F32.xx

Akute psychotische Störung ICD-10: F23.xx

Verwandte Störungsbilder:

Posttraumatische Belastungsstörung, chronisch ICD-10: F43.1 (Zeitfenster größer 3 Monate)

Anpassungsstörung ICD-10: F43.2

Sonstige Reaktion auf schwere Belastung ICD-10: F43.8/43.9

Weitere komorbide Störungen:

vgl. hierzu die 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 ein oder mehrere traumatische Ereignisse (wie z. B. Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, Vergewaltigung, gewalttätiger Angriff, bedrohliche Formen von Stalking, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Kriegereignis, 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.

DIAGNOSTIK UND BEHANDLUNG VON AKUTEN FOLGEN PSYCHISCHER TRAUMATISIERUNG

In der Regel wirkt das Ausmaß der körperlichen Verletzung auslösend 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 (ICD-10, F43.0) und die akute Belastungsstörung können in eine akute Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10, 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, F43.2) oder andere psychische Störungen hervorrufen.

Epidemiologie:

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

(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 % der Arbeitsunfälle, entsprechend etwa 15 000 Ereignisse/Jahr, 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.

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:

- Gefahreneinschätzung (*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

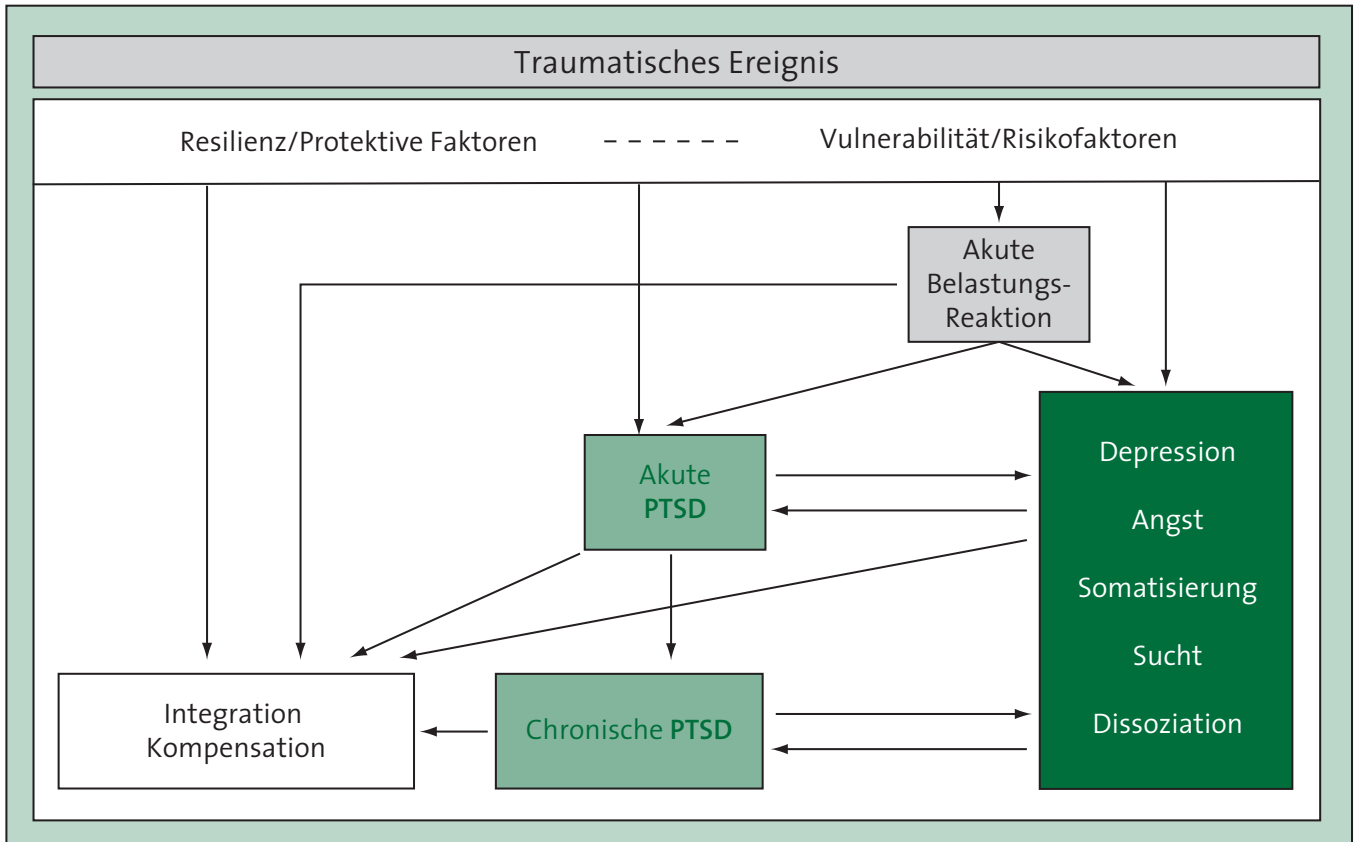


Abbildung 1: Übersicht traumareaktiver Entwicklungen

DIAGNOSTIK UND BEHANDLUNG VON AKUTEN FOLGEN PSYCHISCHER TRAUMATISIERUNG

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
- Weitere wichtige Risikofaktoren: (*siehe Quelltext*) in der Online-Version unter www.leitlinien.net

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 Quelltext*) in der Online-Version unter www.leitlinien.net

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 (*Traumambulanz, 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.

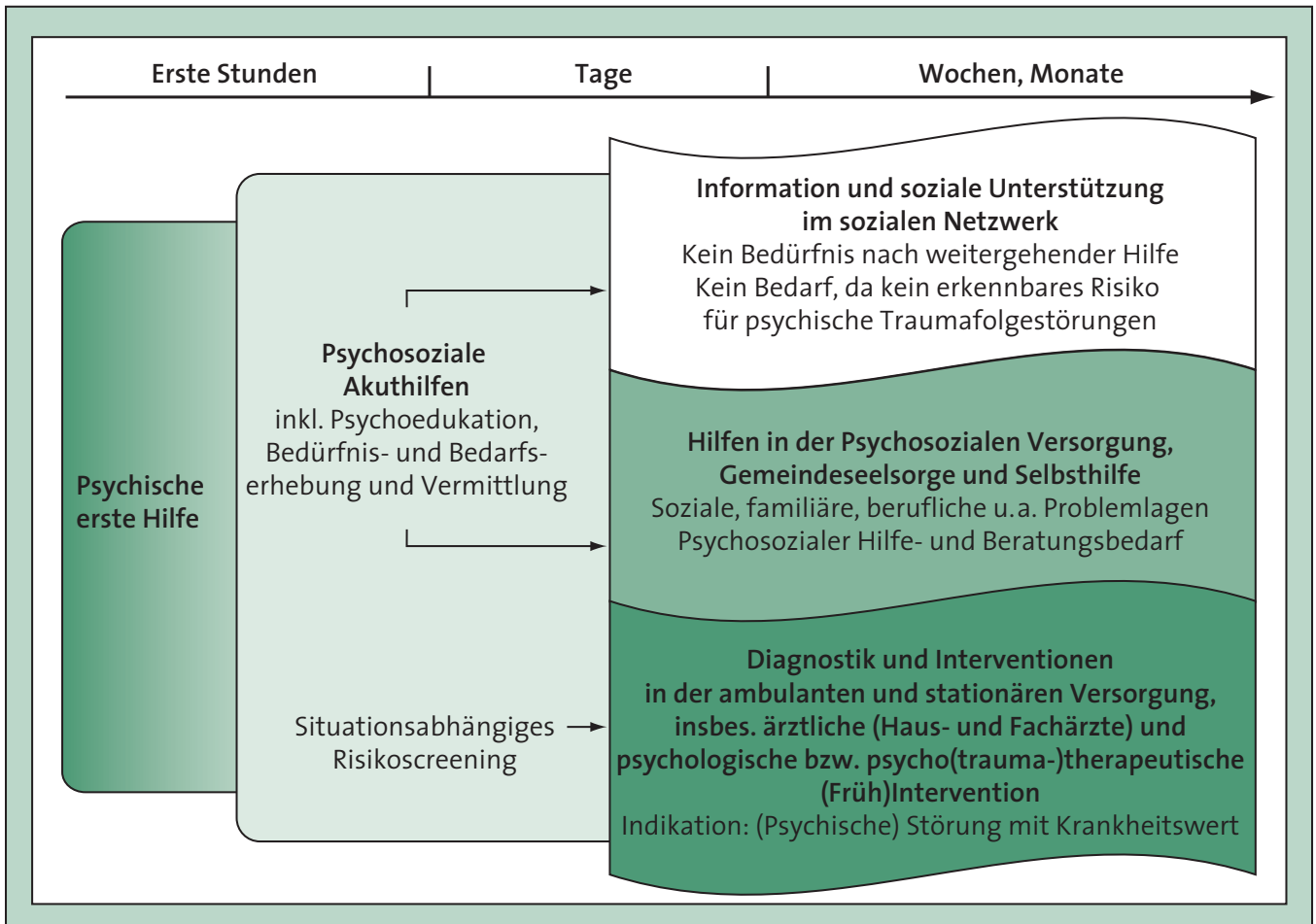


Abbildung 2: Die psychosoziale Versorgungskette bei akuten Traumatisierungen

Die Finanzierung der psychotraumatologischen Fachversorgung ist durch die jeweilig zuständigen Kostenträger (u. a. Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, gemäß Opferentschädigungsgesetz OEG) auch außerhalb der genehmigungspflichtigen Richtlinienpsychotherapie sicherzustellen. Zurzeit 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 (s. Link).

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: durch Hausärzte,

DIAGNOSTIK UND BEHANDLUNG VON AKUTEN FOLGEN PSYCHISCHER TRAUMATISIERUNG

psychiatrische und psychotherapeutische Fachärzte sowie 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 stattfinden, z. B. in Fachpraxen, MVZs, Traumaambulanzen, spezialisierten (teil-)stationären Einrichtungen (*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

Zur Person



PD Dr. med. Guido Flatten M. A. ist Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Facharzt für Allgemeinmedizin und Psychotherapie, systemischer Familientherapeut, EMDR-Supervisor. Seit 1996 ist er Mitglied der Leitlinienkommission. Forschungsschwerpunkte in den Bereichen Akuttraumatisierung und Neurobiologie der Traumafolgestörungen. Aufbau und Leitung der Aachener Traumaambulanz. Ärztl. Leiter des Euregio-Instituts für Psychosomatik und Psychotraumatologie in Aachen.

Kontaktadresse

*PD Dr. med. Guido Flatten M. A.
Euregio-Institut für Psychosomatik
und Psychotraumatologie
Annastr. 58–60
52062 Aachen
Tel.: 0241-40 02 90 44
gflatten@euripp.org*

Zur Person



Katharina Becker ist Diplom-Psychologin. Sie ist wissenschaftlich und therapeutisch in der Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie an der Universität Freiburg tätig. Forschungsschwerpunkte im Bereich Akuttraumatisierung sowie Schutz- und Risikofaktoren für Traumafolgestörungen.

Zur Person



Dr. med. Olaf Bär ist Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Facharzt für Neurologie. Forschungsschwerpunkt im Bereich der Akuttraumatisierung. Aufbau der Traumaambulanz Münster. Niedergelassen in psychotherapeutischer Praxis in Wuppertal.

Zur Person



Prof. Dr. phil., Dr. med. Jürgen Bengel ist Diplompsychologe, Arzt und Psychologischer Psychotherapeut. Ordinarius für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie am Institut für Psychologie der Universität Freiburg. Forschungsschwerpunkte im Bereich chronischer Erkrankungen und Behinderungen sowie Psychotraumatologie. Leitung eines Ausbildungsinstituts für Psychotherapie sowie der Ambulanz des Instituts für Psychologie.

Zur Person



*PD Dr. med. Dipl.-Biol. Ulrich Frommberger ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Psychosomatik. Traumatherapeut »Spezielle Psychotraumathe-
rapie (DeGPT)«. Gründungsmitglied der DeGPT, deren 1. Vorsitzender und lange Jahre im Vorstand. Ehem. Vorstandsmitglied der ESTSS. Leiter des Referates Psychotraumatologie der DGPPN. Chefarzt der Akutklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Offenburg.*

S 2 – LEITLINIE
DIAGNOSTIK UND BEHANDLUNG VON AKUTEN FOLGEN
PSYCHISCHER TRAUMATISIERUNG

Zur Person



Dr. med. Arne Hofmann ist Facharzt für Psychotherapeutische und Innere Medizin. Leiter des EMDR-Instituts Deutschland. Mitentwicklung des Nachsorgeprogramms für die Opfer des Zugunglücks in Eschede 1998 und Supervisor und Berater für die Behandlung der Trauernden nach den Morden im Gutenberg Gymnasium 2002 in Erfurt. Forschung und Publikationen im Bereich der Behandlung psychischer Traumafolgen, internationale Lehrtätigkeit. Derzeit Gastprofessor an der Xihua Universität in Sichuan (China).

Zur Person

Am 5. 5. 2011 ist Dr. biol. hum. Wolfgang Lempa nach schwerer Krankheit verstorben. Wir verlieren mit seinem Tod ein wichtiges und engagiertes Mitglied der Leitlinienkommission. Wolfgang Lempa gehört zu den Pionieren der Traumatherapie in Deutschland und zu den Gründungsmitgliedern der DeGPT. Er war zuletzt tätig an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum rechts der Isar der TU-München.

Zur Person



Dr. med. Andrea Möllering ist Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalytikerin sowie Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Seit August 2009 leitet sie die Klinik für Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin am Evangelischen Krankenhaus Bielefeld.