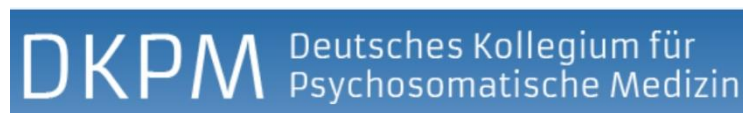


S2k – Leitlinie: Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung

in Abstimmung mit den AWMF – Fachgesellschaften:

- federführend -



Gliederung:

1	Handlungsleitende Empfehlungen	4
2	Einleitung und Definition	6
3	Symptomatik und Verlauf.....	9
3.1	Akute Folgen von psychischer Traumatisierung	9
3.2	Verlauf.....	10
4	Prävalenz und Epidemiologie	10
5	Schutz- und Risikofaktoren.....	12
5.1	Prätraumatische Schutz- und Risikofaktoren	12
5.2	Peritraumatische Schutz- und Risikofaktoren	12
5.3	Posttraumatische Schutz- und Risikofaktoren.....	13
5.4	Besonderheiten des Kindes- und Jugendalters	14
6	Screening und Diagnostik	15
6.1	Frühe Phase.....	15
6.1.1	Psychischer Befund	15
6.1.2	Äußere Sicherheit und Ressourcen.....	16
6.1.3	Besonderheiten des Kindes- und Jugendalters	18
6.2	Spezielle psychotraumatologische Diagnostik	18
7	Psychologische Frühinterventionen	21
7.1	Formen der Prävention	21
7.1.1	Universelle Prävention	22
7.1.2	Selektive Prävention.....	23
7.1.3	Indizierte Prävention	24
7.1.3.1	Supportive Beratung	24
7.1.3.2	Psychoedukation	25
7.1.3.3	Screening bzgl. Schutz- und Risikofaktoren und Monitoring bzgl. Symptomentwicklung („Wachtful waiting“)	26
7.1.3.4	Unterstützung durch soziale Institutionen	26
7.1.3.5	Einbezug Lebenspartner, Angehörige und soziales Umfeld	27
7.2	Indikationsstellung zu weiterführender psychotherapeutischer Versorgung.....	28
7.3	Spezifische Frühinterventionen: Verfahren und Methoden.....	28
7.3.1	Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT).....	28
7.3.2	Internet-gestützte Interventionen.....	29
7.3.3	Eye Movement Desensitization and Reprocessing	29
7.3.4	Spezifische psychodynamisch orientierte Verfahren	30
7.3.5	Pharmakotherapie.....	30
7.3.6	Formen des Debriefings	32
7.4	Besonderheiten des Kindes- und Jugendalters	33
7.4.1	Akute Interventionen.....	33
7.4.2	Spezifische Frühinterventionen.....	34
8	Aufgaben zukünftiger Forschung und Politik.....	35
9	Literaturverzeichnis	37

Die vorliegende Leitlinie ersetzt die S2 Leitlinie „Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung“ von 2011, die unter der Federführung von Priv.-Doz. Guido Flatten (Aachen) erstellt wurde:

Flatten, G., Bär, O., Becker, K., Bengel, J., Frommberger, U., Hofmann, A. et al. (2011). S2 – Leitlinie: Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung. *Trauma und Gewalt*, 5 (3), 214–221.

1 Handlungsleitende Empfehlungen

Alle Empfehlungen wurden im Abstimmungsverfahren einstimmig durch die Mitglieder der Steuerungsgruppe beschlossen (6/6).

1. Nach traumatischen Ereignissen sollen in den ersten Stunden bis Tagen psychologische, psychosoziale und psychotherapeutische Maßnahmen angeboten werden. Dies gilt insbesondere für ein Erleben eines schweren Unfalls, einer akut lebensbedrohenden Erkrankung, körperlicher und/oder sexueller Gewalt, einer Entführung oder Geiselnahme, eines Terroranschlags, eines Kriegereignisses, von Folter oder einer Naturkatastrophe.
2. Bei der psychosozialen Ersteinschätzung sollen der psychische Befund, die äußere Sicherheit, die Risikofaktoren und die verfügbaren Ressourcen erhoben werden. Körperliche Verletzungen und Zustände (z.B. Intoxikation) sind zu berücksichtigen.
3. Bei der Frühdiagnostik soll insbesondere auf die Symptome einer Akuten Belastungsreaktion oder eine Akuten Stressreaktion wie u.a. sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Geschehen, Übererregungssymptome, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Wutausbrüche, gesteigerte Aggressivität, Verzweiflung, Stupor, Konzentrationsstörungen, Verwirrtheit, psychotisches Erleben und verändertes Erleben der Selbst-, Realitäts- und Zeitwahrnehmung (Dissoziation) geachtet werden. Ferner ist auf Rückzugs- und Vermeidungsverhalten und veränderte affektive Reaktionen und/ oder emotionale Taubheit zu achten.
4. Die Selbst- und Fremdgefährdung soll unbedingt beurteilt werden.
5. In einem ersten Schritt sollen Sicherheit und Schutz der Betroffenen sichergestellt werden, dies gilt insbesondere bei körperlicher oder sexueller Gewalt mit anhaltender Bedrohung durch den oder die Täter.
6. Screeninginstrumente können Schutz- und Risikofaktoren und/ oder psychische Symptome erfassen und zur Indikationsstellung für eine Frühintervention eingesetzt werden. Sie sollen in Abhängigkeit vom jeweiligen Ereignis und der Akzeptanz verwendet werden. Symptomorientierte Screeninginstrumente sollen in den ersten Tagen vorsichtig interpretiert werden.
7. Kinder und Jugendliche können die gleichen Symptome wie Erwachsene aufweisen; es können jedoch alters- und entwicklungsabhängig andere/ weitere Symptome (z.B. Sprach- und Verhaltensauffälligkeiten, Verlust bereits erworbener Fertigkeiten) auftreten.
8. Eine spezielle psychotraumatologische Diagnostik sollte nach Abschluss der frühen Versorgung angeboten werden.
9. Zu Risikofaktoren zählen hohe wahrgenommene Bedrohung, Selbstaufgabe und katastrophisierende Bewertung des Ereignisses, fehlende soziale Unterstützung, körperliche Verletzungen und anhaltende Schmerzen sowie eigene Schuldzuweisung und Scham. Vorbestehende psychische Belastungen und frühere Traumatisierungen zählen ebenfalls zu den Risikofaktoren. Zu den Schutzfaktoren gehören soziale Unterstützung, der Schutz vor zusätzlichen Belastungen sowie eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung und ein hohes Kohärenzgefühl.
10. Die Grundhaltungen professioneller Helfer und qualifizierter Fachkräfte für die Frühinterventionen sollen Akzeptanz, Wertschätzung und emotionale Einfühlung sein.

11. Betroffene sollten leicht verständliche Informationen über übliche Reaktionen auf traumatische Erlebnisse erhalten. Diese sollten typische posttraumatische Reaktionen sowie Verlauf und Behandlung bzw. Versorgung beinhalten. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass die Symptomatik als eine häufig auftretende Reaktion auf ein ungewöhnliches Ereignis dargestellt wird, so dass der angenommene entpathologisierende Effekt auch eintreten kann. Betroffene sollen auch darüber informiert werden, dass Symptome zeitverzögert auftreten können.
12. Betroffene sollten über Wege und Möglichkeiten der Frühinterventionen inklusive ihrer Rechte z.B. nach dem Opferentschädigungsgesetz informiert werden. Die Interventionen sollen den Betroffenen nicht aufgedrängt werden, sie basieren auf Freiwilligkeit und werden als Angebot formuliert
13. Die ersten Interventionen sollen den Prinzipien Beruhigen und Entlasten, Steigern von Kontrolle und Selbstwirksamkeit, Fördern von Kontakt und sozialer Anbindung sowie Stärkung von Hoffnung und Zukunftsorientierung folgen.
14. Anschließende Interventionen sollen unter anderem Validierung des erlittenen Leids, Veränderung ungünstiger Einstellungen und Bewertungen (z.B. Schuld), Ressourcenaktivierung, psychoedukative Informationsvermittlung, Stressbewältigung sowie Förderung von Bewältigungs- und Problemlösestrategien umfassen..
15. Allen Betroffenen, insbesondere die mit einer hohen Symptomlast und/oder einem erhöhten Risiko für Traumafolgestörungen, sollen in den ersten Wochen beobachtet, begleitet und ggf. weiter versorgt werden (Screening und Monitoring). Im Verlauf ist mit fluktuierenden Symptomen und symptomarmen Intervallen zu rechnen
16. Sofern eine Einwilligung des Betroffenen gegeben wird, können nahestehende Personen (z.B. Lebenspartner, Freunde) einbezogen werden.
17. Die Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie soll als spezifische Frühintervention der Akuten Belastungsreaktion/-störung eingesetzt werden. Sie umfasst Informationsvermittlung, ggf. Exposition in sensu und in vivo, Stressbewältigung, kognitive Umstrukturierung und Angstmanagement.
18. Für andere Interventionen besteht derzeit noch keine ausreichende Evidenz. Aus diesem Grund kann keine Empfehlung gegeben werden.
19. Mit dem Einsatz von Psychopharmaka sollte zugewartet werden, wenn keine akute Suizidalität vorliegt. Der Einsatz von Psychopharmaka für eine bestimmte Zielsymptomatik kann erwogen werden, wenn die nicht-pharmakologischen Maßnahmen (d.h. inkl. Beachtung der persönlichen Bedürfnisse, Psychoedukation) keine kurzfristige Besserung zeigen.
20. Debriefing als einmalige Intervention mit einem Durcharbeiten der traumatischen Erfahrung soll nicht als Frühintervention für Betroffene angeboten werden.
21. Frühinterventionen für Kinder und Jugendliche mit einem erhöhten Risiko sollen dem Alter und dem Entwicklungsstatus angepasst sein und die Eltern bzw. die Bezugspersonen einbeziehen.

2 Einleitung und Definition

1. Nach traumatischen Ereignissen sollen in den ersten Stunden bis Tagen psychologische, psychosoziale und psychotherapeutische Maßnahmen angeboten werden. Dies gilt insbesondere für ein Erleben eines schweren Unfalls, einer akut lebensbedrohenden Erkrankung, körperlicher und/oder sexueller Gewalt, einer Entführung oder Geiselnahme, eines Terroranschlags, eines Kriegsereignisses, von Folter oder einer Naturkatastrophe.

Die Leitlinie „Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung“ bezieht sich auf die psychologische, psychosoziale, psychotherapeutische und pharmakologische Versorgung nach einem kritischen oder traumatischen Ereignis innerhalb eines nachfolgenden Zeitraums von bis zu drei Monaten.

Als **traumatisch** werden solche Ereignisse bezeichnet, die eine außergewöhnliche Belastung oder extreme Bedrohung darstellen, die den tatsächlichen oder drohenden Tod oder eine ernsthafte Verletzung umfasst. Dies schließt auch die Bedrohung anderer Personen mit ein. Die Definition kann i.d.R. nicht nur nach objektiven Kriterien erfolgen, die subjektive Bewertung durch die betroffene Person ist mitentscheidend (allerdings im DSM-5 nicht). Das Erleben eines schweren Unfalls, einer lebensbedrohlichen Erkrankung, eines körperlichen und/oder sexuellen Missbrauchs, einer Vergewaltigung, einer Gewalterfahrung bzw. eines gewalttätigen Angriffs, einer Entführung oder Geiselnahme, eines Terroranschlags, eines Kriegsereignisses, von Folter oder einer Naturkatastrophe sind (zumeist) eindeutig als traumatische Ereignisse zu klassifizieren. Aber auch bedrohliche Formen von verbaler Gewalt und Bedrohung, Stalking, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, Unfälle, akute und lebensbedrohende medizinische Erkrankungen können als potentiell traumatische Ereignisse gewertet werden. Diese kann auch Beobachter¹ bzw. Augenzeugen, Angehörige oder Hinterbliebene betreffen. Helfer, Rettungskräfte und Personen (Berufsgruppen und Ehrenamt), die im Rahmen ihrer Tätigkeit mit besonderen belastenden Situationen konfrontiert sind, zählen auch zu den potentiell Betroffenen (sekundäre Traumatisierung). Es wird zwischen einmaligen bzw. kurzfristigen Traumata und mehrfachen bzw. langfristigen Traumata unterschieden, auch deshalb, weil unterschiedliche psychische Reaktionen zu erwarten sind. Die Inzidenzen von akuten Traumafolgestörungen sind nach interpersoneller Gewalt höher als die nach akzidenteller Traumatisierung.

Die Abgrenzung zu **kritischen** Ereignissen ist nicht immer eindeutig möglich; kritische Ereignisse sind geringer in ihrem Belastungsmaß. Sie kommen häufiger vor, wiegen für den Betroffenen weniger schwer und sind eher zu erwarten.

Die Reaktionen auf ein **traumatisches** Ereignis können sehr vielfältig sein. Es kann zu psychophysiologischen Reaktionen mit psychosomatischen und psychosozialen Auswirkungen kommen. Sie reichen von kurz andauernden Belastungsreaktionen ohne jeden Störungswert bis hin

¹ Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung wird nur das generische Maskulinum verwendet. Es sind gleichermaßen Personen des männlichen und weiblichen Geschlechts gemeint.

zu akuten Traumafolgestörungen. Allerdings werden nicht alle kritischen oder traumatischen Ereignisse mit intensiven Emotionen erlebt. Nach kritischen oder traumatischen Ereignissen kann es auch ohne initiale Belastungsreaktionen zu einer Symptomentwicklung und zu einer (chronischen) Traumafolgestörung kommen. Traumafolgestörungen können auch ohne vorhergehende klinische (Früh-)Symptome auftreten (Bryant, 2011; O'Donnell et al., 2012).

Die diagnostischen Kriterien in ICD-10 (künftig ICD-11) und DSM-5 zu den akuten Folgen psychischer Traumatisierung sind nicht einheitlich. Unterschiede beziehen sich erstens auf eine unterschiedliche Terminologie, zweitens auf das Zeitkriterium: während bei der *Akuten Belastungsreaktion* nach ICD-10 ein weitgehendes Abklingen innerhalb von 3 Tagen festgelegt ist, wird in der ICD-11, das zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Leitlinien noch nicht veröffentlicht ist, künftig bei der *Akuten Stressreaktion* vermutlich von „einigen Tagen“ gesprochen werden, bei der *Akuten Belastungsstörung* im DSM-5 von einem Zeitraum bis zu einem Monat. Drittens beziehen sich Unterschiede auf die Symptomatologie. In der ICD-11 werden gegenüber der ICD-10 Symptome etwas ausführlicher beschrieben. Es wird von „transienten emotionalen, somatischen, kognitiven und das Verhalten betreffende“ Symptomkategorien gesprochen werden. Das DSM-5 spricht dagegen von den Kategorien „Wiedererleben, negative Stimmung, Dissoziation, Vermeidung und Arousal“. Viertens werden im DSM-5 gegenüber der ICD-10 die auslösenden traumatisierenden Ereignisse dezidiert beschrieben.

Die vorliegende Leitlinie bezieht sich nicht explizit auf eines der beiden existierenden Klassifikationssysteme (ICD-10 oder DSM-5), sondern fasst Erkenntnisse, die auf diesen Systemen basieren, zusammen. Es kann im Text uneinheitlich entweder von Akuter Belastungsreaktion (ABR, ICD-10) oder Akuter Belastungsstörung (ABS, DSM-5) gesprochen werden, je nachdem welches Klassifikationssystem den entsprechenden empirischen Untersuchungen zugrunde lag.

Die diagnostischen Kriterien in ICD-10 (künftig ICD-11) und DSM-5 zu den akuten Folgen psychischer Traumatisierung sind nicht einheitlich. In der ICD-10 steht die *Akute Belastungsreaktion* (ABR, ICD-10 F43.0): bzw. in der ICD-11 künftig die *Akute Stressreaktion* zur Verfügung; im DSM-5 ist die Kategorie *Akute Belastungsstörung* (ABS, Dauer 3 Tage bis 1 Monat) aufgeführt. Die Symptomatik wird durch das Erleben von Lebensbedrohung, Hilflosigkeit, Ohnmacht und Kontrollverlust und das Ausmaß der körperlichen Verletzung mitbestimmt. Die Akute Stressreaktion nach ICD-11 ist eine aufgrund der außergewöhnlichen Belastung erwartbare Reaktion kürzerer Dauer.

Akute Traumafolgesymptome können Ausdruck eines Bewältigungs- und Anpassungsprozesses nach einem traumatischen Ereignis sein. Zur Beurteilung der Krankheitswertigkeit der Symptomatik ist neben der Erfassung der Symptomschwere und Symptomkomplexität eine zeitliche Verlaufsdiagnostik unerlässlich; ihr kommt besondere Bedeutung zu, weil eine verzögerte Symptomentwicklung nicht selten ist (Andrews, Brewin, Philpott & Stewart, 2007; Smid, Mooren, Mast, Gersons & Kleber, 2009; Utzon-Frank et al., 2014). Bei Maßnahmen in den ersten drei Monaten wird häufig von sog. Frühinterventionen gesprochen; in diesem Zeitraum ist die Spontanremission besonders hoch.

Die Empfehlungen dieser Leitlinie wenden sich primär an die Gruppe der approbierten Therapeuten (u.a. Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psy-

chotherapeuten). In der Versorgung akut traumatisierter Menschen sind viele weitere Berufsgruppen und Helfer tätig, für die diese Leitlinie Anwendung finden sollen. Die Gruppe weiterer Notfallhelfer und Fachkräfte ist hinsichtlich ihres Anstellungsverhältnisses (u. a. Rettungsdienst, Technisches Hilfswerk, Polizei, Bundeswehr, Kriseninterventionsdienste, Kirchen, Sozialdienste, Behörden), ihres Primärberufes (u. a. Psychologe, Rettungsassistent und Notfallsanitäter, Arzt, Sozialarbeiter, Theologe, Pädagoge, Laienhelfer) und ihrer Aus- und Fortbildung sehr heterogen (siehe auch Beerlage et al., 2011; BBK, 2012).

Die vorliegende Leitlinie stellt primär Empfehlungen für Frühinterventionen bei Erwachsenen zur Verfügung. Außerdem wird auf klinisch wichtige, empirisch fundierte Besonderheiten für Kinder und Jugendliche hingewiesen. Diese Hinweise erheben jedoch nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, Frühinterventionen nach traumatischen Ereignissen im Kindes- und Jugendalter sollten in einer eigenen Leitlinie dokumentiert werden. Auf einige wichtige Aspekte wird aber hingewiesen, da Kinder und Jugendliche häufig gemeinsam mit Erwachsenen betroffen sind und nicht immer sofort Fachpersonen aus dem Kinder- und Jugendbereich verfügbar sind.

Zur Ergänzung dieser Leitlinie wird spezifische Literatur empfohlen, die sich aufgrund der Erfordernisse und des Bedarfs auf besondere Zielgruppen bezieht, wie z.B. Soldaten, Rettungshelfer, und Betroffenenengruppen, wie z.B. Geflüchtete, Personen nach Missbrauchserfahrung und häuslicher Gewalt, Opfern von Großschadensereignissen oder Naturkatastrophen, und auf den jeweiligen speziellen Ereigniskontext, wie z.B. Massenanfall von Verletzten bei einem schweren Verkehrsunfall, Vergewaltigung, Raubüberfall mit Geiselnahme.

Die empirische Forschung zu psychologischen Frühinterventionen hat sich in den letzten Jahren entwickelt, ist aber immer noch insgesamt von geringem Umfang. Entsprechend sind die meisten Behandlungskonzepte für akut Traumatisierte derzeit nur eingeschränkt evidenzbasiert (vgl. Hobfoll et al., 2007; North & Pfefferbaum, 2013; Tol, Barbui & van Ommeren, 2013). Für viele der vorliegenden Konzepte und vorgeschlagenen Maßnahmen liegen keine empirisch fundierten Indikationskriterien vor und sie sind hinsichtlich ihrer Wirksamkeit nicht ausreichend evaluiert.

Randomisiert-kontrollierte Studien finden sich kaum. Ein Grund hierfür ist, dass eine Zufallszuweisung im Bereich der Frühinterventionen häufig nicht möglich ist. Ferner sind die Maßnahmen vielfach wenig standardisiert bzw. standardisierbar. Die untersuchten Probanden und Gruppen sind heterogen, der Anteil der Patienten, die die Behandlung im Rahmen der Studie abbrechen ist hoch und selektiv. Die Erfolgsparameter unterscheiden sich zwischen den einzelnen Studien, ebenso wie die Definition des traumatischen Ereignisses und die Messzeitpunkte. Vorbestehende Belastungen und zwischenzeitliches Geschehen können häufig nicht kontrolliert werden. Es kommt hinzu, dass die Terminologie für diese Interventionen uneinheitlich ist. Begriffe wie Frühintervention, Notfallpsychotherapie, notfallpsychologische Maßnahme, psychologische Nachsorge, psychologische Nachbereitung, psychosoziale Notfallversorgung, psychosoziale Unterstützung und psychische erste Hilfe werden verwendet (Bengel et al. 2019).

Die vorliegenden Maßnahmenkataloge und Leitlinien lassen sich in Scientific Guidelines und Policy Reports differenzieren. Für Deutschland liegt mit der Konsensus-Konferenz (BBK, 2012) ein Policy Report vor, der hier zitiert wird, jedoch nicht als Grundlage für die vorliegende Leitlinie herangezogen wurde. Relevante internationale Policy Reports wurden beispielsweise durch die International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC, 2016) oder

das Inter-Agency Standing Committee (IASC, 2007) veröffentlicht. Internationale Scientific Guidelines sind u. a. die Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder des Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (ACPMH, 2007), die britische Guideline des National Institute for Health and Care Excellence Posttraumatic stress disorder – the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care (NICE, 2018), die Empfehlungen der NATO (2008, June) und die Clinical Practice Guideline for the Treatment of PTSD (APA, 2017).

3 Symptomatik und Verlauf

3.1 Akute Folgen von psychischer Traumatisierung

Die folgende Auflistung umfasst neben den Kriterien der Akuten Belastungsreaktion und der Akuten Belastungsstörung noch weitere mögliche akute Folgen einer psychischen Traumatisierung, die sich nach Expertenkonsens in der Praxis zeigen:

- Sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Geschehen (Intrusionen in Form von bildhaften Erinnerungen oder anderen sensorischen Fragmenten, Alpträumen (mit Themen, die für das Trauma typisch oder mit diesem verknüpft sind), Flashbacks in Form von Reaktionen bei denen die Person fühlt oder handelt, als ob das oder die Ereignisse sich gerade wieder ereignen) oder Erinnerungslücken (z.B. partielle Amnesien),
- Intensive und anhaltende psychische Belastung bei Konfrontation mit inneren oder äußeren Hinweisreizen/Triggern, die das traumatische Ereignis symbolisieren oder an es erinnern,
- Übererregungssymptome (Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Wutausbrüche, gesteigerte Aggressivität, Konzentrationsstörungen, erhöhte Herzfrequenz in Ruhe, Leistungsabfall),
- Somatoforme Symptome unspezifischer Art (Erschöpfung, Schmerzen unterschiedlicher Lokalisation und Intensität, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen; Übelkeit, Blähungen, Schwerfälligkeit, Brennen im Kopf),
- Anhaltende Unfähigkeit, positive Gefühle (z.B. Glück, Zufriedenheit, Zuneigung) zu empfinden,
- Depressive Reaktionen, Probleme im Sozialkontakt, moralische Verletzung (*moral injury*), Schamerleben, Schuldgefühle, insbesondere auch Überlebensschuld
- Substanzmissbrauch (z.B. Alkohol und Benzodiazepine),
- 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“),
- Psychotisches Erleben,
- Psychosoziale Funktionseinschränkungen,
- Verändertes Erleben der Selbst-, Realitäts- und Zeitwahrnehmung (Derealisation, Depersonalisation und weitere dissoziative Symptome),
- Einengung der psychomotorischen Reaktionsfähigkeit bis zum dissoziativen Stupor.

Bei älteren Kindern und Jugendlichen entspricht die Symptomatik der von Erwachsenen: Vermeidung von Gedanken und Gefühlen, Derealisationserleben, Intrusionen, Vermeidung von Aktivitäten, die an das Trauma erinnern, und starker Stress bei auftretenden Erinnerungen an das Trauma (Kassam-Adams et al., 2012). Die Diagnosekriterien der ABR (ICD-10 F 43.0) können ab dem Schuleintrittsalter angewendet werden.

Je nach Alter und Entwicklungsstand sind darüber hinaus Besonderheiten zu beachten (De Young & Kenardy, 2017; Landolt, 2012).

Kleinkinder:

- erhöhte Trennungsangst,
- regressives Verhalten (wie Daumenlutschen, Bettnässen, Rückfall in Babysprache),
- Verzögerung im Erlernen neuer Fertigkeiten.

Vorschulkinder:

- Fehlerklärungen („Das Unglück ist passiert, weil ich frech war“),
- magisches Denken („Monster tauchen auf, um mich zu entführen“)
- Katastrophisierungen,
- Erhöhte Fantasietätigkeit.

Schulkinder und Jugendliche:

- Ängste vor Ausgrenzung durch die Peergroup,
- Beeinträchtigungen der altersgemäßen Bemühung um Autonomie,
- Störungen des Sozialverhaltens, z.B. aggressives oder dissoziales Verhalten.

3.2 Verlauf

Im Verlauf zeigen sich unterschiedliche und instabile bzw. fluktuierende Beschwerden und Symptome. Die Symptome entstehen innerhalb von Stunden bis Tagen, nehmen in der Regel in der ersten Woche ab und verschwinden häufig innerhalb der ersten Wochen. Die individuelle Abklingphase kann auch fluktuieren und mehrere Wochen betragen.

Die ABR (ICD-10, F43.0) und die ABS können in eine *Posttraumatische Belastungsstörung* (PTBS, ICD-10, F43.1) und/oder eine andere chronische psychische Traumafolgestörung, die sich auch in körperlichen Symptomen zeigen kann, übergehen oder remittieren. Nahezu alle psychischen Störungen können sich als Folge traumatischer Erlebnisse entwickeln.

4 Prävalenz und Epidemiologie

Die Häufigkeit akuter Symptomatik und chronischer Traumafolgestörungen ist unter anderem abhängig von der Art des traumatisierenden Ereignisses. Im deutschsprachigen Raum haben 28% der Frauen und 21% der Männer in ihrem Leben mindestens ein traumatisches Ereignis erlebt (Maercker, Forstmeier, Wagner, Glaesmer & Brähler, 2008). Frauen erleben häufiger Missbrauch und Vergewaltigung, Männer schwere Unfälle und körperliche Gewalt. Die trau-

matischen Ereignisse sind in unterschiedlicher Häufigkeit mit den ersten psychischen Reaktionen, hier der ABS, verknüpft. Nach sexualisierter Gewalt und Missbrauch von Kindern und Jugendlichen muss von einer besonders hohen Prävalenz von Traumafolgestörungen ausgegangen werden. Nach Arbeitsunfällen und Verkehrsunfällen ist das Risiko einer ABS geringer als nach interpersoneller Gewalt.

Das DSM-5 (APA, 2013, dt. Ausgabe Falkai et al., 2015) gibt an, „sowohl innerhalb als auch außerhalb US-amerikanischer Populationen wird die ABS als Folge eines traumatischen Ereignisses ohne zwischenmenschlichen Übergriff in weniger als 20% der Fälle diagnostiziert: 13% bis 21% nach Verkehrsunfällen, 14% nach leichten Gehirnverletzungen, 19% nach körperlichen Angriffen, 10% nach schweren Verbrennungen und 6% bis 12% nach Industrieunfällen.“. Auch im Kontext von intensivmedizinischen Behandlung kann eine ABS auftreten. Von höheren Prävalenzen (d.h. 20% bis 50%) wird infolge eines zwischenmenschlichen traumatischen Ereignisses, einschließlich körperlicher Angriffe, Vergewaltigung und nach Miterleben einer Massenschießerei, berichtet.

Neben dem traumatischen Ereignis ist der Kontext, in dem das Trauma sich ereignet, die vorbestehende Vulnerabilität sowie die nachfolgende psychische Verarbeitung entscheidend für die Entwicklung von psychischen Reaktionen. Vulnerable Personengruppen für die Entwicklung einer Symptomatik sind primäre Betroffene, deren Angehörige bzw. engere Freunde, Flüchtende, Geflüchtete und Asylsuchende (Butollo & Maragkos, 2012; Gäbel, Ruf, Schauer, Odenwald & Neuner, 2006; Kröger, Frantz, Friel & Heinrichs, 2016; Ruf, Schauer & Elbert, 2010) sowie Zuschauer und Zeugen. Zu gefährdeten Personengruppen gehören Rettungs- und Einsatzkräfte, Einsatzkräfte der Feuerwehr, der Rettungsdienste der Hilfsorganisationen und der Polizei sowie Soldaten (Arndt, Beerlage & Hering, 2008; Bengel, Frommberger, Helmerichs & Barth, 2003; Berger et al., 2012; Butollo, Karl & Krüsmann, 2012; Harvey et al., 2016; Heinrichs et al., 2005; Marchand, Nadeau, Beaulieu-Prévost, Boyer & Martin, 2015; Wagner, Heinrichs & Ehlert, 1998; Wittchen et al., 2012; Zhang et al., 2016).

Etwa die Hälfte der Jugendlichen in den Industrienationen hat im Leben wenigstens einmal ein kritisches oder traumatisches Ereignis (Gunaratnam & Alisic, 2017; Landolt, Schnyder, Maier, Schoenbucher & Mohler-Kuo, 2013). Die Verhältnisse in den Entwicklungsländern sind weniger gut untersucht, der Anteil dürfte jedoch höher liegen. Prävalenzraten für Kinder und Jugendliche sind für die PTBS, nicht für die ABS dokumentiert.

5 Schutz- und Risikofaktoren

Die Bewältigung eines kritischen oder traumatischen Ereignisses und der Verlauf bzw. die Symptomatik hängen nicht nur vom Ereignis selbst, sondern auch von der individuellen Balance von Schutz- und Risikofaktoren ab. Die Forschung bezog sich bisher überwiegend auf PTBS und andere Traumafolgestörungen; viele der hier zugrunde liegenden Studien unterscheiden nicht zwischen ABR, ABS und chronischen Traumafolgestörungen (Becker-Nehring, Witschen & Bengel, 2012; Brewin, Fuchkan, Huntley & Scragg, 2010; Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003). Die Studien subsumieren heterogene Betroffenenengruppen (z.B. Kriegsveteranen, Verkehrsunfallopfer, Brandopfer, Kriminalitätsopfer, Opfer von Naturkatastrophen); die Resultate variieren zum Teil erheblich. Nachfolgend wird zwischen prätraumatischen, peritraumatischen und posttraumatischen Schutz- und Risikofaktoren unterschieden. Die dynamische Interaktion der Schutz- und Risikofaktoren ist wichtiger als der Einfluss isolierter Faktoren; die einzelnen Faktoren sind den Reviews und Metaanalysen zufolge nur gering mit Folgestörungen assoziiert.

5.1 Prätraumatische Schutz- und Risikofaktoren

Für die Faktoren weibliches Geschlecht, jüngeres und höheres Lebensalter, Zugehörigkeit zu einer Minderheit sowie geringer sozioökonomischer Status, geringe Bildung und niedrige Intelligenz finden sich Studien, die auf ein höheres Risiko für die Entwicklung einer posttraumatischen Symptomatik verweisen ebenso wie Studien, die keinen diesbezüglichen Zusammenhang finden. Vorbestehende psychische Probleme, Missbrauch in der Kindheit und andere negative Kindheitserfahrungen erhöhen das Risiko einer Symptomatik ebenso wie frühere Traumatisierungen. Letztere erhöhen auch das Risiko einer erneuten Viktimisierung. Selbstabwertung, Neurotizismus und Angstsensitivität hängen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für Symptome einer Traumafolgestörung zusammen. Auf der biologischen Ebene ist eine Glucocorticoid-Rezeptor-Hypersensitivität mit peripherem Hypocortisolismus ungünstig; diese entsteht häufig als Folge chronischer traumainduzierter Stressbelastung als neurobiologische Sensibilisierungsreaktion im Hippokampus. Autonomes Nervensystem (chronische sympathikotone Stimulation mit Aktivierung insbesondere der noradrenergen Stress-Antwort) sowie dopaminerges und serotonerges System (genetische Variationen in den Rezeptorsystemen) sind wichtige Untersuchungsgegenstände (Flatten, 2003; Morris, Compas & Garber, 2012). Genetische und neuroanatomische Studien beziehen sich primär auf PTBS.

5.2 Peritraumatische Schutz- und Risikofaktoren

Ein plötzliches Auftreten des Traumas, sowie bestimmte Merkmale des Ereignisses selbst (z.B. verstümmelte oder abgetrennte Körperteile gesehen zu haben) erschweren die Verarbeitung. Dies gilt auch für das Erleben der Situation und ihre Bewertung durch die Betroffenen; nicht die tatsächliche Gefahr als vielmehr die subjektiv wahrgenommene Bedrohung ist für die Entwicklung einer Symptomatik relevant (z.B. NICE, 2018; Ozer et al., 2003; Trickey, Siddaway, Meiser-Stedman, Serpell & Field, 2012). Weiterhin sind Selbstaufgabe bzw. empfundener Autonomieverlust während des Traumas ungünstig (Kleim, Ehring et al., 2012).

Starke emotionale Reaktionen während oder direkt im Anschluss an ein traumatisches Ereignis (Angst, Hilflosigkeit, Entsetzen, Schuld und Scham) (Ozer et al., 2003) und – auf der kognitiven Ebene – katastrophisierende Bewertungen und die Annahme geringer Bewältigungsmöglichkeiten hängen mit stärkerer Symptomatik zusammen (Bryant, 2003). Grübeln (Rumination) ist ebenfalls ein Risikofaktor für ein späteres Auftreten von Traumafolgestörungen (Ehring, Frank & Ehlers, 2008; Ehring & Ehlers, 2014; Holz, Lass-Hennemann & Michael, 2017; Kleim, Ehlers & Glucksman, 2012; Michael, Halligan, Clark & Ehlers, 2007; Spinhoven, Penninx, Krempeniou, van Hemert & Elzinga, 2015).

Hohe Selbstwirksamkeitserwartung ist hingegen als Schutzfaktor relevant (z.B. Flatten, Wälte & Perlit, 2008; Luszczynska, Benight & Cieslak, 2009). Dabei kann die erfolgreiche Bewältigung eines früheren traumatischen Ereignisses die Selbstwirksamkeitserwartung bei erneutem traumatischen Ereignis positiv beeinflussen (Becker-Nehring et al., 2012).

Peritraumatische Alkoholisierung kann bei Missbrauchsoptionen kurzfristig als Schutzfaktor wirken, langfristig wird Alkoholkonsum jedoch zum Risikofaktor (Kaysen et al., 2010).

In früheren Studien wurde das Auftreten peritraumatischer Dissoziation als ein möglicher Risikofaktor bezeichnet (Ozer et al., 2003). Dissoziation kann aber auch als adaptiver Prozess im Umgang mit einer traumatischen und lebensbedrohlichen Situation betrachtet werden, eine peritraumatische Dissoziation kann eine Distanzierung von einem gefährlichen Reiz ermöglichen (intrapsychischer Schutzfaktor). Langfristig ist eine fortgesetzte Dissoziationsneigung jedoch ein Prädiktor für das spätere Auftreten einer Traumafolgestörung.

5.3 Posttraumatische Schutz- und Risikofaktoren

Die Entwicklung posttraumatischer Störungen hängt davon ab, wie das Ereignis wahrgenommen und bewertet wird (z. B. wahrgenommene Lebensgefahr, erlebte Hilflosigkeit). 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 von Traumafolgestörungen erhöhen.

Als Schutzfaktor ist z.B. die wahrgenommene soziale Unterstützung relevant (Brewin, Andrews & Valentine, 2000), insbesondere das Ausmaß der funktionalen psychosozialen Unterstützung und der Schutz vor zusätzlichen Belastungen (z.B. Becker-Nehring et al., 2012; World Health Organization, 2013). Soziale Unterstützung kann die unmittelbare emotionale Reaktion mildern (Neria, Besser, Kiper & Westphal, 2010). Ein hohes Kohärenzgefühl stellt einen wichtigen Schutzfaktor dar (Frommberger et al., 1999; Schäfer, Becker, King, Horsch & Michael, 2019).

Körperliche Symptome und Verletzungen, chronische Schmerzen und andauernde medizinische Probleme und eine Behandlung auf einer Intensivstation oder in einem Krankenhaus sind Risikofaktoren. Hirnorganische Verletzungen, auch leichte Schädelhirntraumata stellen ein Risiko für die Entwicklung einer PTBS dar (Bryant, Moulds, Guthrie & Nixon, 2003; Bryant, Creamer, O'Donnell, Silove & McFarlane, 2010; Bryant, 2011) ebenso wie langfristige körperliche Einschränkung und Entstellung.

Sekundäre Belastungen nach dem Ereignis wie u. a. Unverständnis, gerichtliche Klärungsprozesse, unverständliche Forderungen im Rahmen laufender Ermittlungen, Nicht-Anerkennung

des persönlichen Schadens (z.B. Nicht-Anerkennung eines Berufsunfalls im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung), Ignoranz anderer gegenüber psychischen und körperlichen Traumafolgen, Konfrontation mit Tätern / Schadensverursachern bilden zusätzliche Risikofaktoren. Ebenso gilt eine länger bestehende Dissoziationsneigung als Risikofaktor (siehe 4.2 *Peritraumatische Schutz- und Risikofaktoren*).

5.4 Besonderheiten des Kindes- und Jugendalters

Potenzielle Prädiktoren für die Entwicklung einer ABR wurden bei unterschiedlichen Traumaarten und bei unterschiedlichen Altersgruppen differenziert überprüft. Untersucht wurde der Einfluss von Merkmalen wie Traumaexposition, Charakteristika der Exposition, demografischen Kennwerten und sozialen Bedingungen sowie kognitiven, emotionsbezogenen, biologischen und behavioralen Aspekten. Evidenzbasiert sind folgende Merkmale als Prädiktoren der ABR bekannt (Überblick bei Gunaratnam & Alisic, 2017):

Mädchen haben ein größeres Risiko für bestimmte Traumaarten, insbesondere hinsichtlich sexueller Gewalt. Je jünger die Kinder sind, desto wahrscheinlicher ist die Entwicklung einer ABR bzw. ABS. Die wahrgenommene Schwere des Traumas (Intentionalität, wahrgenommenes Todesrisiko) führt wie bei Erwachsenen mit größerer Wahrscheinlichkeit zu traumaassoziierten Symptomen als die objektive Traumaschwere. Kinder und Jugendliche, die aufgrund ihrer Lebensbedingungen chronischem Stress ausgesetzt sind, werden häufiger mit traumatischen Ereignissen konfrontiert und entwickeln häufiger Symptome. Dies gilt auch für Kinder und Jugendliche mit Verhaltensproblemen. Kinder, die multiplen traumatischen Ereignissen ausgesetzt waren, haben eine Prädisposition zur Entwicklung von Traumasymptomen und eine größere Wahrscheinlichkeit erneut Opfer zu werden (s. Übersicht bei Gunaratnam & Alisic, 2017). Soziale Unterstützung ist auch bei Kindern und Jugendlichen ein wichtiger Schutzfaktor.

6 Screening und Diagnostik

Ein Screening dient der ersten Orientierung und kann auch direkt vor Ort durchgeführt werden. Diagnostik beinhaltet hingegen ein strukturiertes Vorgehen, bei Bedarf bzw. nach Möglichkeit mit standardisierten Verfahren. Da diese in der Regel nicht explizit auf den Akutzeitraum anwendbar sind und/oder außerdem nur eine bedingte Aussagekraft auf die Entwicklung der Symptomatik haben (s. Abschnitt 3.2 Verlauf), werden in der vorliegenden Leitlinie keine Instrumente aufgeführt. Die Zielsetzung und der Differenzierungsgrad der Diagnostik hängen vom Zeitpunkt, den Rahmenbedingungen (Setting) und der psychodiagnostischen Expertise der Durchführenden ab. Zu unterscheiden ist zwischen der *frühen diagnostischen Phase* und der *Phase der spezifischen psychotraumatologischen Diagnostik*.

6.1 Frühe Phase

- | |
|--|
| 2. Bei der psychosozialen Ersteinschätzung sollen der psychische Befund, die äußere Sicherheit, die Risikofaktoren und die verfügbaren Ressourcen erhoben werden. Körperliche Verletzungen und Zustände (z.B. Intoxikation) sind zu berücksichtigen. |
|--|

Die psychosoziale Ersteinschätzung in den ersten Stunden bzw. Tagen nach einem traumatischen Ereignis erfolgt oft während der medizinischen Primärversorgung, wenn eine körperliche Verletzung vorliegt. Ist dies nicht der Fall, so ist die Wahrscheinlichkeit einer psychologischen Frühdiagnostik deutlich geringer. Nach einem traumatischen Ereignis sollten nach Möglichkeit immer die akuten psychischen und psychovegetativen Symptome und ihre Intensität erfasst werden. Im Rahmen dieser Frühdiagnostik ist zu beurteilen, ob eine akute schwere psychische Dekompensation oder eine Gefährdung vorliegt, die eine rasche Hinzuziehung von Experten zur spezifischen Bedarfsermittlung, Diagnostik oder Behandlung (z.B. Krisenintervention, notfallpsychiatrische Maßnahmen) erfordert. Außerdem ist zu beurteilen, inwieweit körperliche Verletzungsfolgen und/oder deren aktuelle Behandlung (z.B. Sedierung, Schmerzmedikation) das Ausmaß psychischer Reaktionen verstärken oder verringern können. Verletzungen des Gehirns sollten in der Frühdiagnostik besonders beachtet werden. Im Rahmen der psychologischen Frühdiagnostik werden der *psychische Befund*, die *äußere Sicherheit* und die verfügbaren *Ressourcen* erhoben. Die Frage nach vorhandener sozialer Unterstützung im privaten und/oder beruflichen Bereich ist dabei besonders bedeutsam.

Die psychosoziale Ersteinschätzung setzt eine angemessene Schulung voraus und wird u.a. insbesondere für Mitglieder von Kriseninterventionsteams, Notfallpsychologen und weitere Teams für Frühinterventionen empfohlen.

6.1.1 Psychischer Befund

- | |
|--|
| 3. Bei der Frühdiagnostik soll insbesondere auf die Symptome einer Akuten Belastungsreaktion oder eine Akuten Stressreaktion wie u.a. sich aufdrängende, belastende Gedanken |
|--|

und Erinnerungen an das Geschehen, Übererregungssymptome, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Wutausbrüche, gesteigerte Aggressivität, Verzweiflung, Stupor, Konzentrationsstörungen, Verwirrtheit, psychotisches Erleben und verändertes Erleben der Selbst-, Realitäts- und Zeitwahrnehmung (Dissoziation) geachtet werden. Ferner ist auf Rückzugs- und Vermeidungsverhalten und veränderte affektive Reaktionen und/ oder emotionale Taubheit zu achten.

4. Die Selbst- und Fremdgefährdung soll unbedingt beurteilt werden.

- Fähigkeit zur Beziehungsaufnahme: Ist der Betroffene zur Kommunikation mit dem Untersucher in der Lage? Ist ein hilfreicher Kontakt herstellbar?
- Sind gravierende Störungen zentraler psychischer Funktionen vorhanden? Liegen Störungen des Bewusstseins (z.B. Dissoziation), der Orientierung, der Wahrnehmung, der psychovegetativen Reaktionen (z.B. nicht nachlassende starke Erregung), der Psychomotorik (z.B. Stupor), des Affektes (schwerer depressiver Zustand, fehlende emotionale Auslenkbarkeit) und Auffälligkeiten in der Sprache vor?
- Besteht akute Eigen- oder/ und Fremdgefährdung?
- Besteht ein erhöhtes Risiko für selbstschädigendes Verhalten oder Substanzmissbrauch?
- Sind im Verlauf des ersten Untersuchungsgesprächs oder bei Wiedervorstellung nachlassende vegetative Erregung, Dissoziationsneigung und emotionale Entlastung erkennbar?
- Wird die Distanzierungsfähigkeit bzgl. des Traumageschehens im Verlauf des ersten Gesprächs oder bei Wiedervorstellung erkennbar?

6.1.2 Äußere Sicherheit und Ressourcen

5. In einem ersten Schritt sollen Sicherheit und Schutz der Betroffenen sichergestellt werden, dies gilt insbesondere bei körperlicher oder sexueller Gewalt mit anhaltender Bedrohung durch den oder die Täter.

- Vorliegen realer Sicherheit, vor allem bei Gewalt und Beziehungstraumatisierung: Sind polizeiliche Schutzmaßnahmen oder institutionelle Maßnahmen (z.B. bei Gefährdung des Kindeswohls, häuslicher Gewalt) zu erwägen?
- Abschätzung persönlicher Ressourcen und solcher des sozialen Umfeldes: Orientierende Informationen über die aktuellen Lebensbedingungen; Hinweise auf psychosoziale Belastungen und Störungen in der Vorgeschichte, Vorbehandlungen, zeitnahe Erreichbarkeit wichtiger Bezugspersonen oder unterstützender Personen?
- Identifikation von weiteren Problembereichen und Versorgungsnotwendigkeiten (z.B. Beratung in sozialen und/oder juristischen Angelegenheiten, Trauerbegleitung)
- Berücksichtigung alters- und zielgruppenspezifischer Versorgungsnotwendigkeiten (z.B. Kinder, Migranten, Behinderte)

Eine qualifizierte psychotraumatologische Früherkennung und Diagnostik ist möglich, wenn sich die Betroffenen in Folge des Ereignisses von sich aus oder auf Vermittlung im medizini-

schen und/oder psychosozialen Versorgungssystem befinden. Häufig bleiben Belastungsstörungen jedoch unerkannt (Ehlers, Gene-Cos & Perrin, 2009; Solomon & Davidson, 1997); Betroffene suchen nicht selbstverständlich Hilfe auf. Nach sexueller bzw. körperlicher Gewalt suchten beispielsweise nur ca. 20% (Min. = 11%; Max. = 53%) der Opfer professionelle psychosoziale Unterstützung (Schreiber, Renneberg & Maercker, 2009). Niedrigschwellige Angebote und ein gestufter diagnostischer Prozess werden empfohlen.

6. Screeninginstrumente können Schutz- und Risikofaktoren und/ oder psychische Symptome erfassen und zur Indikationsstellung für eine Frühintervention eingesetzt werden. Sie sollen in Abhängigkeit vom jeweiligen Ereignis und der Akzeptanz verwendet werden. Symptom-orientierte Screeninginstrumente sollen in den ersten Tagen vorsichtig interpretiert werden.

Um Personen mit posttraumatischen Symptomen schnell und ökonomisch identifizieren und behandeln zu können, wurde international ein zweistufiges Verfahren, der sog. „Screen-and-treat“ Ansatz, erprobt (O'Donnell et al., 2012). Nach Erfassung von Schutz- und Risikofaktoren oder Symptomen durch ein kurzes Selbstbeurteilungsinstrument in der ersten Stufe (ggf. auch Kurzinterview) wird den auffälligen Personen in der zweiten Stufe eine standardisierte ausführliche Diagnostik und ggf. eine störungsspezifische Behandlung angeboten. Das zweistufige Vorgehen wurde inzwischen nach unterschiedlichen Ereignissen (z.B. nach Verkehrsunfällen, terroristischen Anschlägen) etabliert.

Bei den Selbstbeurteilungsinstrumenten, die als Screeningverfahren eingesetzt werden, handelt es sich um kurze, in der Regel schriftlich von den Betroffenen selbst zu beantwortende und leicht auszuwertende Fragebogen. Die Vorhersagegüte (Sensitivität, Spezifität, positive und negative prädiktive Power, Gesamteffizienz) und ein klinisch relevanter Grenzwert (Cut-off) müssen empirisch überprüft sein. Der Einsatz eines Screenings ist nur dann sinnvoll, wenn dessen Ergebnis weiterführend zu differenzierten und konkreten Maßnahmen führt, deren Vermittlungs- und Zugangswege organisatorisch etabliert sind. Eine frühe psychometrische Testung kann auch Bedeutung haben für Verlaufskontrollen und zur Dokumentation eines Befundes, aus dem sich später vielleicht eine chronifizierte Traumafolgestörung ergeben kann (insbesondere in Begutachtungen bedeutsam).

Ein Screening-Einsatz ist in unterschiedlichen Settings möglich, z.B. in der hausärztlichen Versorgung, in speziellen Behandlungseinrichtungen (z.B. unfallchirurgische Ambulanzen oder Kliniken, in denen unfall- oder gewaltbedingte körperliche Verletzungen erstbehandelt werden, Traumaambulanzen) oder in öffentlichen Institutionen (z.B. Polizei, Jugendamt). Sinnvoll ist auch eine Verwendung in Berufsgruppen mit erhöhtem Traumatisierungsrisiko (z.B. Lokführer, Einsatzkräfte, Soldaten).

Viele der vorliegenden Screening-Instrumente erfassen primär das Vorliegen typischer Symptome einer ABR (ICD-10) oder einer ABS (DSM-5). Die Prädiktion einer späteren PTBS auf der Basis einer initial festgestellten ABR oder ABS ist aber nur eingeschränkt möglich (Bryant, 2011). Weiterhin muss kritisch festgestellt werden, dass symptomorientierte Screening-Instrumente überwiegend bezüglich einer späteren PTBS-Manifestation untersucht wurden und über die mögliche Entwicklung anderer Folgestörungen keine valide Aussage erlauben. Auf der Basis dieser Kritikpunkte wurden Screening-Instrumente entwickelt, die insbesondere empirisch

gewonnene Erkenntnisse über Schutz- und Risikofaktoren – jenseits der initialen Symptome – stärker berücksichtigen.

Zu beachten ist auch, dass sich nicht zwingend eine Behandlung der gefundenen Symptomatik anschließen muss. Nach den terroristischen Anschlägen in London vom 7. Juli 2005 wiesen entgegen der Erwartung beispielsweise nur 51% derjenigen, die ein positives Screening abgaben, auch eine Behandlungsindikation auf (Brewin, Fuchkan, Huntley, Robertson et al., 2010).

Da die Beschwerden unmittelbar nach dem Ereignis keine prognostische Bedeutung besitzen, empfehlen ACPMH (2007) die Erfassung von Schutz- und Risikofaktoren zu einem frühen Zeitpunkt, soweit es die situativen Gegebenheiten möglich machen. Symptom-orientierte Screening-Instrumente können hingegen erst zu einem späteren Zeitpunkt eine gute Spezifität (Rate der identifizierten Personen ohne PTBS) aufweisen (Brewin, Fuchkan, Huntley, Robertson et al., 2010).

6.1.3 Besonderheiten des Kindes- und Jugendalters

7. Kinder und Jugendliche können die gleichen Symptome wie Erwachsene aufweisen; es können jedoch alters- und entwicklungsabhängig andere/ weitere Symptome (z.B. Sprach- und Verhaltensauffälligkeiten, Verlust bereits erworbener Fertigkeiten) auftreten.

Ein Risikoscreening sollte nach Landolt (2012) 5 bis 10 Tage nach dem Trauma erfolgen. Ein Screening-Verfahren umfasst prätraumatische Schutz- und Risikofaktoren, peritraumatische Faktoren, die Symptomschwere der ABS/PTBS sowie Depressivität (Kassam-Adams, Marsac, García-España & Winston, 2015). Wenn nicht auf Instrumente zurückgegriffen bzw. das individuelle Risiko erfasst werden soll, dann gelten ähnliche Kriterien, wie im Erwachsenenbereich: Art des Traumas, aktuelle posttraumatische Symptomatik, psychopathologische Vorbelastung, Einschätzung des familiären und sozialen Umfelds (bes. Belastung der Eltern) sowie subjektive Bewertungen, wie z.B. traumabezogene Schuldgefühle beim Kind (Landolt, 2012).

6.2 Spezielle psychotraumatologische Diagnostik

8. Eine spezielle psychotraumatologische Diagnostik sollte nach Abschluss der frühen Versorgung angeboten werden.

Die spezielle Diagnostik erfolgt in der zweiten Stufe, in der Regel im sekundären oder tertiären Sektor des Versorgungssystems. Ob und zu welchem Zeitpunkt diese erfolgt, hängt vom Ereignis, vom Kontext und der Symptomatik der betroffenen Personen ab. Wegen der erforderlichen fachlichen Qualifikation (Approbationsvorbehalt nach §1 Abs. 2 PsychThG) wird sie durch folgende Berufsgruppen durchgeführt, die eine psychotraumatologische Zusatzqualifikation aufweisen sollten: Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-

Psychotherapeuten. In Österreich und der Schweiz sind die jeweils korrespondierende Qualifikationen zu berücksichtigen.

In einer oder mehreren Sitzungen erfolgt eine systematische psychiatrisch-psychotherapeutische Exploration unter besonderer Berücksichtigung traumaspezifischer Gesichtspunkte. Neben der klinischen Exploration ist eine multimethodische Diagnostik unter Einsatz klinisch-diagnostischer Interviews sowie psychometrischer Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente sinnvoll. Eine solche umfassende Diagnostik außerhalb des wissenschaftlichen und gutachterlichen Kontextes kann durch den hohen zeitlichen Aufwand und die Verfügbarkeit dieser Instrumente eingeschränkt sein.

Neben dem aktuellen psychischen Befund und dem bisherigen Verlauf sind therapierelevante Informationen zu spezifischen Schutz- und Risikofaktoren und Vorbehandlungen zu erheben. Die spezifische Diagnostik soll ein umfassendes Bild der Persönlichkeit, der biographischen und aktuellen Lebensbedingungen sowie der aktuellen und zukünftigen Anforderungen erstellen und bildet die Grundlage einer qualifizierten traumadiagnostischen Gesamtbeurteilung, Fallkonzeptualisierung und Indikationsklärung für Behandlungsmaßnahmen (s. auch AWMF-Leitlinie S-3 „Posttraumatische Belastungsstörungen“ <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-010.html>).

- Aktueller psychischer Befund zur Diagnostik und Differenzialdiagnostik von Art, Schwere und Komplexität des Spektrums möglicher psychischer Traumafolgestörungen inkl. Komorbidität, Evaluation des posttraumatischen Verlaufs und der Vorbehandlungen.
- Erstauftreten der psychischen Symptome (innerhalb der ersten 4 Wochen oder später)
- Bisheriger Verlauf (gleichbleibend, abnehmend oder zunehmend)
- Bisherige förderliche oder dysfunktionale Bewältigungsversuche
- Art, Umfang und Effekte von Vorbehandlungen
- Körperliche Beschwerden und Erkrankungen, insbesondere auch hirnorganische Symptome, körperliche Vorerkrankungen und Vorbehandlungen
- Risikofaktoren (siehe auch Abschnitt 5):
 - **Prätraumatische** Risikofaktoren:
 - Frühere Traumatisierungen
 - Frühere traumatische und kritische Lebensereignisse
 - Frühere und aktuelle psychische Erkrankungen
 - Selbstabwertungstendenzen
 - Unsichere soziale und finanzielle Lebensbedingungen
 - **Peritraumatische** Risikofaktoren:
 - Schwere des Traumas und der erlebten Lebensbedrohung
 - Schwere emotionale und psychophysiologische Reaktionen
 - Vorliegen eines Schädelhirntraumas
 - **Posttraumatische** Risikofaktoren:
 - Anhaltende Symptome einer ABS
 - Depressive Symptome
 - Fortgesetzte Dissoziationsneigung

- Negative Kognitionen zum traumatischen Ereignis, zu sich selbst und zur Welt
- Kognitive Vermeidung und Vermeidungsverhalten
- Geringe Selbstwirksamkeitserwartung
- Fehlen sozialer Unterstützung

9. Zu Risikofaktoren zählen hohe wahrgenommene Bedrohung, Selbstaufgabe und katastrophisierende Bewertung des Ereignisses, fehlende soziale Unterstützung, körperliche Verletzungen und anhaltende Schmerzen sowie eigene Schuldzuweisung und Scham. Vorbestehende psychische Belastungen und frühere Traumatisierungen zählen ebenfalls zu den Risikofaktoren. Zu den Schutzfaktoren gehören soziale Unterstützung, der Schutz vor zusätzlichen Belastungen sowie eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung und ein hohes Kohärenzgefühl.

Als weitere Faktoren mit möglichen negativen Auswirkungen auf den Symptomverlauf sollten beachtet werden:

- Kontakt mit Täter oder Schadensverursacher
- Anstehende oder laufende juristische Klärung bzw. Gerichtsverhandlung

Eine systematische Verlaufsbeobachtung dient auch einer Indikationsstellung für spezifische frühe Therapiemaßnahmen. Dies gilt auch, um zu verhindern, dass Maßnahmen angeboten werden, wenn initiale und vorübergehende Beschwerden sich ohne Intervention bessern.

Cave! Die Symptome können fluktuieren und sich erst nach einem intermittierend symptomarmen Intervall entwickeln. Dies gilt besonders bei Menschen mit größeren körperlichen Verletzungen, wenn die medizinischen Behandlungen hinsichtlich Intensität und Frequenz abnehmen bzw. ein Heilungsprozess einsetzt, und bei Geflüchteten nach der Flucht oder nach Inhaftierungen, wenn sie sich in Sicherheit befinden. Die Folge kann eine PTBS mit verzögerten Beginn, d.h. einer Latenz von Wochen bis Monaten oder Jahren sein (siehe auch „delayed-onset“, Andrews et al., 2007). Da Schutz- und Risikofaktoren in einem dynamischen Verhältnis zueinanderstehen, kann sich das symptomfreie Intervall auch durch den Wegfall von Schutzfaktoren oder Zunahme von Stressoren zeitlich bzw. durch die Erschöpfung von Bewältigungsbemühungen definieren.

7 Psychologische Frühinterventionen

10. Die Grundhaltungen professioneller Helfer und qualifizierter Fachkräfte für die Frühinterventionen sollen Akzeptanz, Wertschätzung und emotionale Einfühlung sein.

Basis jeder psychologischen Intervention ist eine Grundhaltung der Akzeptanz, der Wertschätzung und der emotionalen Einfühlung. Der Betroffene muss soweit es die Situation zulässt, über die Diagnose aufgeklärt werden und es muss Einvernehmen hinsichtlich der zu erreichenden Ziele und der anzuwendenden Behandlungsmaßnahmen hergestellt werden (partizipative Entscheidungsfindung). Es wird angenommen, dass gerade für traumatisierte Personen die Herstellung einer sicheren interpersonellen Basis Grundlage jeder therapeutischen Intervention sein muss (Bordin, 1979; Mander et al., 2015) (s.a. Tab. 1. Prinzipien der psychosozialen Notfallversorgung). Der Betroffene sollte so weit wie möglich Kontrolle über die Situation und die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bekommen. Auch Hinweise zu den Maßnahmen, Risiken und Nebenwirkungen, Prognose, Verfügbarkeit von Therapie und Kosten sollten nach Möglichkeit gegeben werden.

Neben den spezifischen Wirkfaktoren unterschiedlichster Interventions-Techniken hängt der Erfolg der Intervention auch von Variablen ab, die unabhängig von der gewählten Methode sind. Die Psychotherapie-Outcome-Forschung spricht hier von sogenannten allgemeinen oder gemeinsamen Wirkfaktoren, den „Common Factors“ (Miller, Duncan & Hubble, 2000), die Patienten- und Therapeutenmerkmale, extratherapeutische Faktoren sowie Beziehungsaspekte und Erwartungseffekte an die Intervention umfassen; sie hängen mit dem Therapieerfolg zusammen (Wampold, Imel & Flückiger, 2018). Insbesondere der Aspekt der therapeutischen Beziehung wurde hinlänglich auf Validität untersucht (Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011). Gerade zu Beginn kommt bei subjektiv empfundener Ohnmacht durch Kontrollverlust als führendem Symptom der Sicherheit der therapeutischen Beziehung und des Settings als Common Factor eine besondere Bedeutung zu. Da der Forschungsstand gerade auch in Hinblick auf Risiken und Nebenwirkungen von Frühinterventionen noch gering ist, kommt einer Fortbildung und Schulung aller Fachpersonen große Bedeutung zu.

7.1 Formen der Prävention

Ausgehend von den unterschiedlichen Bedürfnissen der Zielgruppen und deren Bedarfe können Maßnahmen der psychosozialen Notfallversorgung (PSNV; BBK, 2012) auf den Ebenen der universellen, selektiven, indizierten und sekundären Prävention zugeordnet werden (vgl. Muñoz, Mrazek & Haggerty, 1996). Maßnahmen zur Verhinderung von Traumafolgestörungen während und nach traumatischen Ereignissen sind alle per definitionem sekundärpräventiv, da die betroffenen Personen durch solche Ereignisse ein prinzipielles Risiko tragen; sie werden daher hier nicht gesondert behandelt. Universelle Prävention bezieht sich auf die gesamte Bevölkerung, selektive Prävention auf eine Teilgruppe mit erhöhtem Risiko und indizierte Prävention auf Teilgruppen mit gescreenten Risikofaktoren, die eine frühe Maßnahme erfordern.

7.1.1 Universelle Prävention

11. Betroffene sollten leicht verständliche Informationen über übliche Reaktionen auf traumatische Erlebnisse erhalten. Diese sollten typische posttraumatische Reaktionen sowie Verlauf und Behandlung bzw. Versorgung beinhalten. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass die Symptomatik als eine häufig auftretende Reaktion auf ein ungewöhnliches Ereignis dargestellt wird, so dass der angenommene entpathologisierende Effekt auch eintreten kann. Betroffene sollen auch darüber informiert werden, dass Symptome zeitverzögert auftreten können.
12. Betroffene sollten über Wege und Möglichkeiten der Frühinterventionen inklusive ihrer Rechte z.B. nach dem Opferentschädigungsgesetz informiert werden. Die Interventionen sollen den Betroffenen nicht aufgedrängt werden, sie basieren auf Freiwilligkeit und werden als Angebot formuliert.
13. Die ersten Interventionen sollen den Prinzipien Beruhigen und Entlasten, Steigern von Kontrolle und Selbstwirksamkeit, Fördern von Kontakt und sozialer Anbindung sowie Stärkung von Hoffnung und Zukunftsorientierung folgen.

Ein großer Teil der Betroffenen schafft es nach einem traumatischen Ereignis, sich selbst zu regulieren, und benötigt daher keine Maßnahmen einer spezifischen psychosozialen Unterstützung. Die meisten Menschen beurteilen jedoch schriftliche Informationen über typische Erlebnisprozesse, Bewältigungsstrategien und Betreuungsangebote als sehr hilfreich (deWolfe, 2000). Daher sollten leicht zugängliche und verständliche Informationen für verschiedene Zielgruppen in der Allgemeinbevölkerung (z.B. Betroffene, Angehörige, Multiplikatoren), angepasst an den kognitiven Leistungsstand und das Lebensalter der Betroffenen, zur Verfügung gestellt werden; Menschen mit kognitiven Einschränkungen (Intelligenzminderung) haben ein erhöhtes Risiko, Opfer von Gewalt zu werden.

Bei der Umsetzung von psychosozialen Maßnahmen unmittelbar nach einem traumatischen Ereignis werden fünf Prinzipien von einer internationalen Expertengruppe empfohlen (Hobfoll et al., 2007, s. Tab.1). Diese Maßnahmen kommen auch in der PSNV zur Anwendung.

Tabelle 1. *Prinzipien der psychosozialen Notfallversorgung*

Prinzipien	Beispiele
1. Sicherheit, soweit es real möglich ist, fördern	An einen sicheren Ort bringen, den Fokus der Wahrnehmung auf Sicherheit und Bewältigung lenken, Ereignisbezogenen Medienkonsum und das Gespräch über traumaassoziierte Inhalte begrenzen, angemessene Berichterstattung initiieren.
2. Beruhigen und entlasten	Aktiv Probleme am Einsatzort angehen, Information über Angehörige und Freunde direkt geben, Medien zur Informationsvermittlung über mögliche altersangemessene Reaktionen und Bewältigungsschritte nutzen.

3. Selbstwirksamkeit und Kontrolle der Einzelpersonen bzw. in der Gruppe fördern	In Entscheidungen einbinden, nicht-betroffene Personen und deren psychosoziale und materielle Unterstützung nutzen, gemeinsame Aktivitäten in der Gemeinde initiieren und fördern, altersangemessene Aufgaben Kindern und Jugendlichen geben.
4. Kontakt und Anbindung fördern	Kontakt zu nahestehenden Personen wiederherstellen, Kinder ihren Eltern bzw. anderen nahe stehenden Personen zuführen, Gruppen von Betroffenen bilden lassen.
5. Hoffnung und Zukunftsorientierung stärken	Unterstützung bei der Organisation des Alltags, Psychosoziale Beratungsstellen kontaktieren, rechtliche Vertretungen organisieren, Politiker, Leitende und gesellschaftlich anerkannte Personen einbinden.

Diese Prinzipien dienen der Handlungsorientierung im direkten Kontakt mit den Betroffenen und im Umgang mit der betroffenen Gemeinde bzw. Bevölkerungsgruppe. Sie lassen sich bei unterschiedlichen Zielgruppen, Rahmenbedingungen und Szenarien flexibel umsetzen. Sie finden breite Zustimmung unter Experten, jedoch gibt es bislang keine Studien zur Wirksamkeit dieser Intervention, so dass nur von einer Evidenz-informierten Intervention gesprochen wird (Allen et al., 2010; Forbes et al., 2011). Bei Opfern von Gewalterfahrungen ist grundsätzlich zu prüfen, ob eine anhaltende Bedrohung durch den bzw. die Täter die äußere Sicherheit einschränkt (z.B. bei sexueller Traumatisierung). Die Inanspruchnahme einer frühen Intervention sollte freiwillig und an die Bedürfnisse der Betroffenen angepasst sein. Betroffene sollen insbesondere nicht gedrängt werden, direkt nach dem traumatischen Ereignis über emotionale Reaktionen zu reden. Die meisten der internationalen Leitlinien empfehlen trotz fehlender empirischer Evaluationsstudien in diesem Bereich PSNV als unmittelbare Maßnahme nach traumatischen Ereignissen (Forbes et al., 2011; Kröger, 2013; NATO, 2008, June). Die Informationsmaterialien des National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) und des National Center for Posttraumatic Stress Disorder (NCPTSD) stehen beispielsweise im Internet kostenfrei zur Verfügung (<https://www.pknds.de/index.php?id=139>). Die Materialien sind didaktisch aufgearbeitet und liegen in verschiedenen Sprachen vor (deutsch, englisch, türkisch, russisch, italienisch, arabisch, persisch). Hervorzuheben sind die altersspezifischen Hilfestellungen für Eltern.

7.1.2 Selektive Prävention

Bei Personengruppen, die häufig im Rahmen ihres Berufes mit traumatischen Ereignissen direkt oder als Zeugen konfrontiert werden (u.a. Polizei, Feuerwehr, Rettungspersonal, Soldaten) sind spezifischere berufsgruppenbezogene Maßnahmen indiziert. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung dürfte zwar die psychische Belastbarkeit dieser Gruppen durch Selektionsprozesse und Training höher ausfallen. Allerdings gibt es auch während der Ausübung der beruflichen Tätigkeit Ereignisse, die als besonders belastend bewertet werden (z.B. Bergung von toten Kindern, Suizid eines Kollegen; vgl. Teegen, 2003, für eine Übersicht). Daher benötigen diese Personen während der Aus-, Fort- und Weiterbildung detaillierte

Informationen über Stressreaktionen, psychische Störungen sowie formelle Abläufe nach einem Einsatz (z.B. Meldepflicht, Versorgungsansprüche).

In Einsatzorganisationen und in den Streitkräften werden Präventionskonzepte verfolgt, die sich positiv auf die psychische Gesundheit der Mitarbeiter auswirken sollen. Zu nennen wären hier die bei der Polizei etablierten „Sozialen Ansprechpartner“ (z.B. Soziale Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner (SAP) oder Peerkonzepte in den Feuerwehren, beim Technischen Hilfswerk und in den Hilfsorganisationen als Träger der Rettungsdienste und Unterstützungssysteme für Krankenhauspersonal (z.B. Hausmann, 2016).

Auch die mittlerweile in den Einsatzorganisationen vermittelten Ausbildungsinhalte und die Informationsschriften (z.B. Helmerichs & Karutz, 2016) zu den psychischen Belastungen im Einsatzdienst stellen primärpräventive Maßnahmen dar. Auf digitaler Ebene können Apps und Websites eine Unterstützungsmöglichkeit für Betroffene und deren Angehörige darstellen (z.B. „PTSD Coach“ der Bundeswehr; Kuhn et al., 2014). Psychoedukation (Gould, Greenberg & Hetherington, 2007) und soziale Unterstützung (Beerlage, 2015; Regehr, Hill & Glancy, 2000) sind die zentralen Elemente. Sie sind auch bei CISM oder der deutschen Variante „Stressbewältigung bei belastenden Einsätzen (SbE)“ enthalten. Die erlebte soziale Unterstützung führt zu höherem Selbstwirksamkeitsgefühl und dazu, dass Einsatzkräfte sich wertgeschätzt fühlen und eher bereit sind, Hilfe anzunehmen (Gould et al., 2007; Heinrichs et al., 2005; Hering, Schulze, Sonnenberg & Beerlage, 2005). Andere Konzepte verfolgen neben der psychischen Entlastung auch das Ziel, Einsatzkräfte mit einer Traumafolgestörung möglichst zeitnah nach einem Einsatz zu identifizieren. Beispielhaft sei das „Trauma Risk Management“ genannt, das erstmals von den britischen Streitkräften angewendet wurde (Hunt, Jones, Hastings & Greenberg, 2013; Whybrow, Jones & Greenberg, 2015).

7.1.3 Indizierte Prävention

14. Anschließende Interventionen sollen unter anderem Validierung des erlittenen Leids, Veränderung ungünstiger Einstellungen und Bewertungen (z.B. Schuld), Ressourcenaktivierung, psychoedukative Informationsvermittlung, Stressbewältigung sowie Förderung von Bewältigungs- und Problemlösestrategien umfassen.

Zur indizierten Prävention zählen unspezifische Frühinterventionen wie Beratung, Psychoedukation, Screening bzgl. Schutz- und Risikofaktoren und Monitoring bzgl. Symptomentwicklung und soziale Vernetzung.

7.1.3.1 Supportive Beratung

Beschreibung: Realisierung allgemeiner Wirkfaktoren (u.a. empathisches Verstehen, Ressourcenaktivierung), psychoedukative Informationsvermittlung, Stressbewältigung, Anregung unspezifischer Bewältigungs- und Problemlösestrategien.

Ziele: Emotionale Entlastung, Entspannung, soziale Unterstützung, Bewältigung.

Formen: Einzelberatung

Evidenz: Bei der Evaluation der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie (TF-KVT) wurde als Kontrollbedingung mehrfach supportive Beratung genutzt. TF-KVT zeigte im Vergleich einen kleinen Effekt, der allerdings auch auf die natürliche Remissionsrate der posttraumatischen Symptomatik zurückgeführt werden kann (Kliem & Kröger, 2013; Kröger, 2013).

7.1.3.2 Psychoedukation

Beschreibung: Psychoedukative Maßnahmen (z.B. Broschüren, Informationsgespräche, Vorträge, Bücher) beinhalten Informationen für Betroffene. Inhalte sind die Stressreaktion, posttraumatische Symptome, Verlauf und Hinweise zum Umgang mit Beschwerden und zu Behandlungsansätzen (NICE, 2018; Wessely et al., 2008). Psychoedukation soll helfen, dass auftretende Beschwerden als weniger störend erlebt werden, die Symptome als ereignisbezogen angemessen angesehen werden, und ggf. Hilfsmöglichkeiten wahrgenommen werden. Psychoedukation kann zudem korrigierend auf die Wahrnehmung und Bewertung des Betroffenen bezüglich des Ereignisses, seiner eigenen Person sowie der Zukunft dienen und ihn insgesamt stärken. Hinweise zur Nachversorgung und zu spezifischen Hilfsangeboten (z.B. auch anlassbezogene Koordinierungsstellen oder Angebote der Opferhilfen im Justizsystem) zählen ebenfalls zur Psychoedukation (Gray & Litz, 2005). Materialien, die ausführlich die Symptomatik und die potentiellen negativen Folgen darlegen, können hingegen zu einer zusätzlichen depressiven Symptomatik beitragen (Turpin, Downs & Mason, 2005).

Ziele: Im Rahmen der Akutversorgung dient die Psychoedukation der Normalisierung, Stressreduktion und Hilfestellung bei der Distanzierung von einem traumatischen Ereignis. Im Verlauf kann sie auch eine Information über den normalen Verlauf der Reaktion, positive Bewältigungsstrategien und mögliche Hilfsangebote beinhalten.

Formen: Psychoedukation kann erfolgen in Form von Vorträgen, Foldern, Handzetteln, Postern, Internetseiten mit Informationsmaterial und anderem. In der Regel wird Psychoedukation im Rahmen komplexer, häufig auch mehrstufig ausgerichteter Interventionsansätze verwandt.

Evidenz: Die alleinige Psychoedukation stellt keine effektive Maßnahme in der Reduktion von posttraumatischen Stresssyndromen dar. Hinsichtlich der Reduktion von Symptomen ist die Studienlage inkonsistent, so dass insgesamt noch kein ausreichender Nachweis für die Effektivität von alleiniger Psychoedukation besteht (Cox, Kenardy & Hendrikz, 2010; Marsac et al., 2013; NICE, 2018). Wurde die Informationsvermittlung durch therapeutisches Schreiben (20 min) ergänzt, zeigten sich keine zusätzlichen Effekte auf die posttraumatische und depressive Symptomatik (Bugg, Turpin, Mason & Scholes, 2009). Den präventiven Effekt von Psychoedukation konnten Okanoya et al. (2015) bei freiwilligen Katastrophenhelfern nachweisen. Kritisch diskutieren Wessely et al. (2008), dass psychoedukative Maßnahmen auch schaden können, etwa indem die Erwartung geweckt wird, das Erleben des Traumas führe zwangsläufig zu psychischen Symptomen; allein die Klassifikation des Erlebten als traumatisches Ereignis könne zu einer sich selbst erfüllenden Wahrnehmung führen.

7.1.3.3 Screening bzgl. Schutz- und Risikofaktoren und Monitoring bzgl. Symptomentwicklung („Wachful waiting“)

15. Allen Betroffenen, insbesondere die mit einer hohen Symptomlast und/oder einem erhöhten Risiko für Traumafolgestörungen, sollen in den ersten Wochen beobachtet, begleitet und ggf. weiter versorgt werden (Screening und Monitoring). Im Verlauf ist mit fluktuierenden Symptomen und symptomarmen Intervallen zu rechnen.

Beschreibung: Die bekannten Schutz- und Risikofaktoren werden ebenso wie posttraumatische Symptome über Exploration, Beobachtung und/oder eine Selbstbeurteilung erfasst. Betroffene werden vor dem Screening bzgl. Schutz- und Risikofaktoren informiert, wie und warum diese Maßnahmen durchgeführt werden. Betroffene, die zögern, die gewünschten Informationen zu geben, werden nicht zur Beantwortung gedrängt (Gray & Litz, 2005).

Ziele: Die Erfassung der Schutz- und Risikofaktoren wie frühere traumatische Erlebnisse, vorbestehende psychische Probleme, besondere Aspekte des Traumas, Dissoziation und soziale Unterstützung ermöglichen zusammen mit den aktuellen Symptomen eine Einschätzung der Bewältigungsmöglichkeiten und des Verlaufs. Ein Monitoring der Symptome zeigt, ob die ABR abklingt. Lässt die Symptomatik nicht nach oder verstärkt sich, so sind weitere Frühmaßnahmen indiziert.

Evidenz: Ein Screening und ein Monitoring alleine stellt keine effektive Maßnahme in der Reduktion von posttraumatischen Stresssyndromen dar. Eine valide Abklärung der Symptome erfolgt erst dann, wenn die erste, schwere Belastung durch das traumatische Ereignis nachgelassen hat. Deutliche Belastung in den ersten Wochen nach dem Trauma ist ein Prädiktor für später länger andauernde Belastung. Die Erfassung von Symptomen unmittelbar nach dem Ereignis führt zu vielen falsch positiv gewerteten Fällen (Brewin, 2005) und kann von Betroffenen als aufdringlich erlebt werden (Foa, Zoellner & Feeny, 2006; Gray & Litz, 2005).

Gemäß NICE (2018) wird ein aktives Monitoring im 1. Monat empfohlen, wenn subsyndromale Beschwerdebilder einer PTBS vorliegen. In kurzen Kontakten per Telefon oder e-Post können während einer Beobachtungsphase die Ausprägung der Symptomatik eingeschätzt und Hilfestellungen zur Tagesgestaltung gegeben werden. Bei inkonsistenter Datenlage bezüglich der Effektivität von Frühinterventionen bestand im NICE 2018-Komitee Konsens, dass aktives Monitoring im ersten Monat hilfreich ist, um auch bei Betroffenen ohne schwere Symptome diejenigen zu identifizieren, die weitere Interventionen benötigen. Wenn innerhalb des ersten Monats wichtige klinische Symptome vorliegen, sollte bei Kindern und Jugendliche bis 18 Jahren eine CBT erwogen werden, Erwachsenen kann diese zur Prävention angeboten werden (NICE, 2018). Für die Risikogruppe der Gewaltopfer wurden in Deutschland Opferentschädigungsgesetz (OEG-) Ambulanzen eingerichtet, um diese frühen Interventionen sicher zu stellen.

7.1.3.4 Unterstützung durch soziale Institutionen

Beschreibung: Die Gruppe der primären Behandler (u.a. Notärzte, Polizeiärzte, Hausärzte, Fachärzte, Psychotherapeuten, Psychologen) gibt Hinweise über den Zugang zu Angeboten sozialer Institutionen, die die medizinisch-psychologische Versorgung ergänzen. Das Spektrum möglicher Ansprechpartner ist lokal unterschiedlich: Angebote der Gesundheits- und

Jugendämter (inkl. sozialpsychiatrischer Sprechstunden), Weißer Ring, Opferentschädigungsgesetz (OEG-) Ambulanzen, Vereine, Beratungsstellen, Kirchen, Vereine und Selbsthilfegruppen.

Ziele: Soziale Unterstützung soll Sicherheit und Schutz bieten, die Belastungsreaktion mildern und ein Monitoring des Verlaufs ermöglichen.

Evidenz: Soziale Unterstützung ist ein gut untersuchter Schutzfaktor im posttraumatischen Verlauf. Sie kann den Effekt der unmittelbaren emotionalen Reaktion moderieren und den Betroffenen helfen, die negativen Emotionen besser zu bewältigen (Charuvastra & Cloitre, 2008; Neria et al., 2010). Sie fördert hilfreiche Copingstrategien und

hilft, sozialen Rückzug, Gedankenunterdrückung und Vermeidungsverhalten der Betroffenen zu reduzieren (Becker-Nehring et al., 2012; Trickey et al., 2012). Wahrgenommene soziale Unterstützung reduziert auch langfristig den Einfluss von PTBS-Symptomen auf suizidales Verhalten (Panagioti, Gooding, Taylor & Tarrier, 2014). Die rasche Förderung der sozialen Unterstützung (bzw. ihrer Wahrnehmung durch die Betroffenen) hat damit sowohl unmittelbare wie auch langfristige positive Effekte.

7.1.3.5 Einbezug Lebenspartner, Angehörige und soziales Umfeld

16. Sofern eine Einwilligung des Betroffenen gegeben wird, können nahestehende Personen (z.B. Lebenspartner, Freunde) einbezogen werden.

Beschreibung: Psychoedukative Informationsvermittlung, Motivierende Gesprächsführung, Anregung der Selbstöffnung im Gespräch mit einer anderen, nahestehenden Person.

Ziele: Prävention von Traumafolgestörungen, Minderung von Partnerschaftsproblemen, familiären Konflikten und Substanzmissbrauch.

Formen: Geleitete Paargespräche

Evidenz: In einer randomisierten, kontrollierten Studie wurde eine zwei Sitzungen umfassende Paarberatung durch Krankenschwestern in der Notaufnahme nach traumatischen Ereignissen mit einer unbehandelten Kontrollgruppe verglichen (Brunet, Des Groseilliers, Cordova & Ruzek, 2013). Die nahestehenden Personen waren überwiegend die Lebenspartner bzw. ansonsten Familienangehörige oder Freunde. Nach der Intervention ergab sich ein kleiner Effekt hinsichtlich der posttraumatischen Symptomatik und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung zu Gunsten der Interventionsgruppen; die Abbruchrate betrug 20% in beiden Behandlungsbedingungen.

Fehlende soziale Unterstützung wiederum ist der wichtigste Risikofaktor für die Ausprägung von PTBS (Brewin et al., 2000). Auch Konflikte innerhalb der Familie, mangelnde Rücksichtnahme und Schuldvorwürfe beeinflussen die Bewältigung negativ (Glynn et al., 2007; Trickey et al., 2012). Interventionen, die die soziale Unterstützung fördern und den Angehörigen, Freunden und Kollegen Empfehlungen für den Umgang mit den Betroffenen bieten, wirken dem negativen Trend entgegen und stärken die Selbstwirksamkeit aller Beteiligten (Hobfoll et al., 2007).

7.2 **Indikationsstellung zu weiterführender psychotherapeutischer Versorgung**

Schwere dissoziative Symptome, Angstsymptome und andere starke Symptome sind neben dem Verlauf in den ersten Stunden und Tagen wichtige Kriterien für die Indikation zu spezifischen psychotherapeutischen Frühinterventionen (s. auch Monitoring). Diese unterscheiden sich von den vorgenannten präventiven Interventionen dahingehend, dass die Teilnehmer an einer manifesten psychischen Erkrankung leiden und die Interventionen leitlinienkonform sind. Da ABR und ABS insbesondere bei guter sozialer Einbindung häufig günstig verlaufen, ist dennoch immer auch zu bedenken, dass eine Versorgung negative Auswirkungen haben kann (z.B. Pathologisierung, Stigmatisierung, Irritation natürlicher Bewältigungsprozesse).

Die medizinische und psychotherapeutische Versorgung erfolgt auf mehreren Ebenen: Hausärzte, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten; Traumaambulanzen. Eine fachpsychotherapeutische Versorgung durch ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, die in spezieller Psychotraumatherapie (z.B. DeGPT) weitergebildet sind, erfolgt bedarfsorientiert (siehe auch Traumapädagogik).

7.3 **Spezifische Frühinterventionen: Verfahren und Methoden**

- | |
|--|
| 17. Die Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie soll als spezifische Frühintervention der Akuten Belastungsreaktion/-störung eingesetzt werden. Sie umfasst Informationsvermittlung, ggf. Exposition in sensu und in vivo, Stressbewältigung, kognitive Umstrukturierung und Angstmanagement. |
| 18. Für andere Interventionen besteht derzeit noch keine ausreichende Evidenz. Aus diesem Grund kann keine Empfehlung gegeben werden. |

Es gibt spezifische bzw. manualorientierte Verfahren und Methoden, die über die in Abschnitt 7.1 dargestellten Maßnahmen hinausgehen und in der Frühintervention zum Einsatz kommen.

7.3.1 **Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT)**

Beschreibung: Die TF-KVT umfasst folgende Interventionen: psychoedukative Informationsvermittlung, Erläuterung und Vereinbarung systematischer Expositionsübungen in sensu und in vivo, Exposition in sensu und in vivo sowie Hausaufgaben. Hinzukommen können Entspannungsübungen, Atemkontrolle, Kognitive Umstrukturierung und Angstmanagement.

Ziele: Akute Symptomreduktion und Verhinderung einer Chronifizierung von Traumafolgestörungen.

Formen: Einzeltherapie

Evidenz: In einem Cochrane-Review (Roberts, Kitchiner, Kenardy & Bisson, 2010) erwies sich die TF-KVT wirksamer als Wartelisten-Kontrollgruppen und supportive Beratung. In einer neueren Meta-Analyse von Kliem und Kröger (2013) wurden ausschließlich randomisierte, kontrollierte Studien in die Analyse eingeschlossen. Die Effektstärken wurden für die PTBS-

Diagnose sowie für posttraumatische und depressive Symptome ermittelt. Die Berechnung der Prä-Follow-Up-Effektstärke basierte auf 10 Studien. Die Patienten waren überwiegend Opfer von Unfällen und körperlicher Gewalt. Die Behandlung begann im Durchschnitt 22 Tage ($SD = 10$) nach dem traumatischen Ereignis. Im Mittel wurden 5 Therapiesitzungen (Range: 3-12) durchgeführt. Hinsichtlich der PTBS-Diagnose fand sich ein moderater Effekt ($ES = 0.54$), wohingegen die Effekte für einzelne posttraumatische Symptome überwiegend klein ausfielen ($ES = 0.27-0.45$). Die Effektstärke für die PTBS-Diagnose reduzierte sich zwischen der ersten Follow-Up-Erhebung und späteren Follow-Up-Erhebungen (>12 Monate; $ES = 0.34$). Die durchschnittliche Abbruchrate während der Behandlung lag bei 16.7%. Es lagen Hinweise darauf vor, dass Moderatoren einen Einfluss auf einzelne Symptombereiche hatten (z.B. die Anzahl der Sitzungen zur PTBS-Symptomatik). Der zusätzliche Einsatz von Angstmanagement, Hypnose und kognitiver Umstrukturierung erbrachte keinen zusätzlichen Effekt.

Die TF-KVT wurde im Vergleich zu anderen Interventionsmöglichkeiten am häufigsten in hochwertigen Studien von verschiedenen Arbeitsgruppen untersucht. Derzeit ist die TF-KVT die Frühintervention, die eine wirksame Behandlung der ABS erwarten lässt.

7.3.2 Internet-gestützte Interventionen

Beschreibung: Die Internet-gestützten Maßnahmen umfassen in der Regel psychoedukative Informationsvermittlung, Exposition in vivo und Stressmanagement.

Ziele: Akute Symptomreduktion und Verhinderung einer Chronifizierung von Traumafolgestörungen.

Formen: Internet, ohne und mit therapeutischer Begleitung (Support)

Evidenz: Es liegt bisher keine ausreichende Evidenz vor; internet-gestützte Frühinterventionen insbesondere solche auf kognitiv-behavioraler Grundlage werden derzeit intensiv erprobt. In der bisher einzigen randomisierten, kontrollierten Studie zu einem TF-KVT-basierten Programm (Mouthaan et al., 2013) ergaben sich keine Unterschiede zwischen Intervention- und Kontrollgruppe. In einer Subgruppenanalyse zeigte sich bei den Teilnehmern mit besonders ausgeprägter Symptomatik eine Symptomreduktion. Zwei Drittel der Teilnehmer in der Interventionsgruppe haben sich gar nicht oder nur einmal eingeloggt.

7.3.3 Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Beschreibung: Die Elemente der EMDR-Methode als Frühintervention unterscheiden sich nicht prinzipiell von denen der EMDR bei PTBS. 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 erfolgt eine bilaterale Stimulierung über optische, akustische oder taktile Reize; diese Prozedur wird mehrmals wiederholt. Darüber hinaus wurden für den Bereich der Frühintervention Gruppeninterventionsansätze entwickelt, für die der Standardablauf modifiziert wurde.

Ziele: Akute Symptomreduktion und Verhinderung einer Chronifizierung von Traumafolgestörungen.

Evidenz: EMDR wird klinisch auch bei Personen mit ABS eingesetzt, wobei nun auch erste

Studien EMDR als wirksame Frühintervention benennen. In einem kontrollierten Design konnte das bei Helfern und Hinterbliebenen der terroristischen Anschläge vom 11.09.2001 gezeigt werden (Silver, Rogers, Knipe & Colelli, 2005). Fallberichte bei Armeeangehörigen im Einzelsetting (Wesson & Gould, 2009), Pilotstudien im Gruppensetting (Jarero & Artigas, 2010), Vergleichsstudien (Brennstuhl et al., 2013; Tarquinio et al., 2016) und eine unkontrollierte Studie mit zivilen Opfern von terroristischen Anschlägen (Kutz, Resnik & Dekel, 2008) finden auch positive Effekte. In den meisten Studiendesigns und den laufenden Studien können nur verkürzte Interventionsprotokolle durchgeführt werden (Blenkinsop et al., 2018). Derzeit liegt keine ausreichende wissenschaftliche Evidenz für den Bereich der Frühintervention vor.

7.3.4 Spezifische psychodynamisch orientierte Verfahren

Beschreibung: Im Bereich der psychodynamischen Psychotherapie gibt es keine gesonderten Ansätze für den Bereich der Frühintervention. Es wird angenommen, dass psychodynamische Prinzipien der Behandlung von Traumafolgestörungen auch auf die frühe posttraumatische Phase übertragbar sind. Es handelt sich dabei um stabilisierende, ich-stärkende und -stützende Interventionen zur Förderung der Selbstheilung sowie zur Herstellung einer verlässlichen, auf Sicherheit basierenden Arbeitsbeziehung. Spezifische Konzeptualisierungen für die Behandlung von Traumata finden sich in der Psychodynamisch Imaginativen Trauma Therapie (PITT, Reddemann, 2004) und in der Mehrdimensionalen Psychodynamischen Traumatherapie (MPTT, Fischer, 2000). Die psychodynamischen Techniken können gemäß Psychotherapie-Richtlinie mit EMDR verbunden werden.

Ziele: Akute Symptomreduktion und Verhinderung einer Chronifizierung von Traumafolgestörungen.

Evidenz: Kontrollierte Wirksamkeitsstudien im Bereich Frühintervention sind nicht verfügbar.

7.3.5 Pharmakotherapie

19. Mit dem Einsatz von Psychopharmaka sollte zugewartet werden, wenn keine akute Suizidalität vorliegt. Der Einsatz von Psychopharmaka für eine bestimmte Zielsymptomatik kann erwogen werden, wenn die nicht-pharmakologischen Maßnahmen (d.h. inkl. Beachtung der persönlichen Bedürfnisse, Psychoedukation) keine kurzfristige Besserung zeigen.

Beim Einsatz von Psychopharmaka kann unterschieden werden zwischen dem Ziel einer Kontrolle akuter Symptome und dem Ziel einer Prävention bzw. frühzeitige Behandlung zur Verhinderung einer Chronifizierung von Traumafolgestörungen.

Ziele: Akute Symptomkontrolle, u.a. bei akuter Suizidalität, schweren Angstzuständen, anhaltenden Schlafstörungen, anhaltender Übererregbarkeit, psychomotorischer Verlangsamung und Rückzug, akutem Erregungszustand oder psychotischer Dekompensation.

Mit dem Einsatz von Psychopharmaka sollte zugewartet werden, wenn keine akute Suizidalität vorliegt. Der Einsatz von Psychopharmaka für eine bestimmte Zielsymptomatik kann erwogen werden, wenn die nicht-pharmakologischen Maßnahmen (d.h. inkl. Beachtung der persönlichen Bedürfnisse, Psychoedukation) keine kurzfristige Besserung zeigen.

Antidepressiva: Die für die Behandlung der PTBS zugelassenen SSRI Sertralin (D, USA) und Paroxetin (D, USA) sind weder bei der Prävention von Traumafolgestörungen noch bei der Behandlung der ABS systematisch untersucht. Andere SSRIs (Shalev et al., 2012; Suliman et al., 2015) erwiesen sich als nicht wirksam in der Verhinderung einer PTBS im Vergleich zu Placebo. Positive Hinweise wurden aus einer Studie mit Imipramin bei Kindern nach Verbrennungstrauma berichtet (Robert, Blakeney, Villarreal, Rosenberg & Meyer, 1999).

Benzodiazepine: Der Einsatz von Benzodiazepinen ist sehr kritisch abzuwägen. Sie dienen nicht der Prävention einer Traumafolgestörung. Sie können bei längerer Einnahme die normalen Prozesse der zerebralen Informationsverarbeitung hemmen und können somit eine Chronifizierung einer Traumafolgestörung begünstigen. Sie sind Mittel der ersten Wahl bei akuter Suizidalität und zunehmenden Suizidgedanken bei beginnender Therapie mit Antidepressiva. Als Mittel der zweiten Wahl können sie z.B. bei massiver Angst, Rückzug oder Schlafstörungen kurzfristig, bis zu einer Woche, gegeben werden. Vom längeren Einsatz von Benzodiazepinen ist abzuraten, da längerfristig eine Verschlechterung der Symptomatik einer PTBS oder eine Depression auftreten können. Benzodiazepine können auch bei Kombinationsbehandlung die Effekte einer Psychotherapie reduzieren, es wurde aber auch von additiven Effekten berichtet. Eine schwere komorbide Depression mit akuter Suizidalität erfordert eine kombinierte Therapie mit Antidepressiva und Benzodiazepinen.

Antipsychotika: Für die Behandlung einer eher seltenen akuten psychotischen Dekompensation nach traumatischem Erlebnis liegen keine Studien vor. Hilfsweise kann von Einzelfallberichten und den Studien bei PTBS bzw. chronifizierter psychotischer Symptomatik auf Behandlungsmöglichkeiten in der Akutintervention, vorzugsweise durch atypische Antipsychotika, geschlossen werden.

Die Evidenz für Psychopharmaka in der Frühintervention ist insgesamt unzureichend; aufgrund des klinischen Bildes können Psychopharmaka zur Reduktion schwerer Symptome indiziert sein.

Ziele: Akute Symptomreduktion und Verhinderung einer Chronifizierung von Traumafolgestörungen.

Der Einfluss von Psychopharmaka auf andere akute posttraumatische Folgestörungen als die der PTBS wurde bisher nicht systematisch untersucht (Birur, Math & Fargason, 2017). Auch die pharmakologische Wirkverstärkung bei expositionsbasierter Behandlung (Kleine, Rothbaum & Minnen, 2013) wurde in der Frühintervention unseres Wissens nach bisher nicht versucht. Die Datenlage mit den strengen Kriterien von RCTs und metanalytischer Methodik zeigt nur für eine Substanz, Hydrocortison, positive Befunde (Amos, Stein & Ipser, 2014; Birk et al., 2019; Birur et al., 2017; Sijbrandij, Kleiboer, Bisson, Barbui & Cuijpers, 2015). Die Indikationen/Kontraindikationen für Hydrocortison schränken aber den generellen und breiten Einsatz sehr ein. Daher sind diese Studien an Verletzten nach Katastrophen (Birur et al., 2017) und lebensbedrohlichen medizinischen Ereignissen (Birk et al., 2019) durchgeführt worden. Bei Verletzten zeigten auch Opioidagonisten wie Morphine einen präventiven Effekt auf die PTSD-Symptomatik (Birur et al., 2017). Weitere Substanzen wie Oxytocin oder Omega-3-Fettsäuren befinden sich noch in einem Stadium der Untersuchung, die eine klinische Wertung oder gar Empfehlung zur Verwendung in der Frühintervention nicht zulässt. Die Datenlage zu Substanzen wie Propranolol ist insgesamt heterogen (Birur et al., 2017).

In der Drei-Jahres-Nachuntersuchung der o.g. Studie finden Shalev et al. (2016) werden verschiedene Interventionen bzw. Gruppen verglichen: Prolonged Exposure, Kognitive Therapie, Placebo, Escitalopram, keine Intervention. Trotz beschleunigter Erholung der Patienten mit stabilem Effekt über die drei Jahre bei Prolonged Exposure und Kognitiver Therapie, erreichten auch die anderen Gruppen einen ähnlichen Endpunkt, wenn auch langsamer (Symptomintensität, Prävalenz von PTBS und Major Depression, sekundäre Outcomes: globale Funktionsfähigkeit, Beschäftigungsstatus). Ein Drittel der Patienten wiesen weiterhin eine PTBS auf.

Sowohl Expertenbefragungen (Foa, Davidson & Frances, 1999), Reviews (Amos et al., 2014; Kearns, Ressler, Zatzick & Rothbaum, 2012; Morgan, Krystal & Southwick, 2003; Pitman et al., 2002; Pitman & Delahanty, 2005; Qi, Gevonden & Shalev, 2016) wie auch verschiedene Leitlinien (ACPMH, 2007; APA, 2004, 2017; WFSBP, Bandelow, Zohar, Hollander, Kasper & Möller, 2008; Katzman et al., 2014; NICE, 2018) gehen davon aus, dass bisher keine Substanz zur Verhinderung der Entstehung posttraumatischer Symptomatik zuverlässig eingesetzt werden kann und seine Wirksamkeit in kontrollierten Studien belegt hat.

7.3.6 Formen des Debriefings

20. Debriefing als einmalige Intervention mit einem Durcharbeiten der traumatischen Erfahrung soll nicht als Frühintervention für Betroffene angeboten werden.

Beschreibung: Unter „Debriefing“ werden unterschiedliche Formen einer Nachbesprechung für Einsatzkräfte u.a. der Rettungs- und Katastrophenschutzdienste, Feuerwehren, der Polizei und anderen Behörden mit Sicherheitsauftrag sowie der Bundeswehr gefasst. Besonders bekannt ist das Critical Incident Stress Management (CISM) geworden, das aus verschiedenen Einzel- und Gruppengesprächen besteht und nach belastenden, potentiell traumatischen Einsätzen angewendet werden kann. Zentrales Element dieser Maßnahmen ist die kognitive und emotionale Bearbeitung des traumatischen Ereignisses zu einem möglichst frühen Zeitpunkt.

Ziele: Akute Symptomreduktion und Verhinderung einer Chronifizierung von Traumafolgestörungen.

Evidenz: Randomisierte Studien und Meta-Analysen können nicht zeigen, dass ein unmittelbar nach dem traumatischen Ereignis durchgeführtes Debriefing (einmalig bzw. eine Sitzung, Einzel oder Gruppe) akute posttraumatische Symptome reduziert und / oder das Risiko für Traumafolgestörungen verringert. Dies gilt für den standardisierten und strukturierten Ablauf eines Debriefings, indem der Teilnehmer in einer Sitzung nach einer Einführung über das traumatische Ereignis und die Reaktion berichten. Vermutet wird, dass der frühzeitige und forcierte Bericht über das erlebte traumatische Ereignis die Symptomatik aufrechterhält und / oder es zu anderen unerwünschten Verhaltensweisen kommt (u.a. erhöhter Alkoholkonsum, Adler et al., 2008). Die Heterogenität der untersuchten Zielgruppen, Selektionseffekte der untersuchten Stichproben, die Varianz der eingesetzten Messinstrumente sowie des methodischen Vorgehens erschweren eine Bewertung der Effekte (Roberts, Kitchiner, Kenardy & Bisson, 2009, 2010; Rose, Bisson, Churchill & Wessely, 2002).

Das Debriefing als einmalige Intervention mit einem Durcharbeiten der traumatischen Erfahrung kann nicht als Frühintervention empfohlen werden; seine Wirksamkeit ist nicht belegt,

negative Effekte können nicht ausgeschlossen werden. Die Reduktion psychosozialer Folgen wie u.a. Krankenstand, Fluktuation am Arbeitsplatz, Suchtprobleme und familiäre Konflikte wurde in den bisherigen Untersuchungen nur am Rande berücksichtigt. Debriefing wird im Sinne einer Einsatznachbesprechung ohne Ziel einer Prävention eingesetzt. Einsatznachbesprechungen fokussieren das kognitive Debriefing ohne dass auf emotionale Inhalte eingegangen wird. Bei Einsatzkräften können sich unspezifische Effekte im Aufbau sozialer Unterstützung im Team sowie in der Ermutigung zu mehr Hilfesuchverhalten zeigen (Butollo et al., 2012; Tuckey & Scott, 2014).

7.4 Besonderheiten des Kindes- und Jugendalters

21. Frühinterventionen für Kinder und Jugendliche mit einem erhöhten Risiko sollen dem Alter und dem Entwicklungsstatus angepasst sein und die Eltern bzw. die Bezugspersonen einbeziehen.

Der mentale und emotionale Entwicklungsstand eines Kindes oder eines Jugendlichen hat auf die Art der Verarbeitung und Integration traumatischer Erfahrungen großen Einfluss. Interventionen müssen an das Alter und den Entwicklungsstand angepasst werden (Landolt, 2012). Wie im Erwachsenenbereich ist zwischen akuten Interventionen („Notfallinterventionen“) und spezifischen Frühinterventionen zu unterscheiden (Zehnder, Hornung & Landolt, 2006).

7.4.1 Akute Interventionen

Studien zur Wirksamkeit von Interventionen in den ersten Stunden bis Tagen sind kaum vorhanden, da sie aus methodischen und ethischen Gründen bei Kindern kaum durchführbar sind. Wichtige Grundsätze der Interventionen und das akute Vorgehen vor Ort entsprechen dem Vorgehen bei Erwachsenen und sind im Verfahren der „Psychological First Aid PFA“ (National Child Traumatic Stress Network, 2006; Pynoos & Nader, 1988) beschrieben:

- Unverzüglichkeit,
- Kontakt- und Beziehungsaufnahme,
- Vermittlung von Sicherheit,
- Orientierung und Information,
- Vermittlung weitergehender Hilfsangebote,
- Schutz der Persönlichkeitsrechte vor Medien (Landolt, 2012).

Kinder und Jugendliche dürfen sich nicht selbst überlassen bleiben, besonders wenn eine größere Zahl betroffen ist (z.B. bei traumatischen Ereignissen in der Schule). Ein ruhiges Auftreten der Helfer ist entscheidend, da Kinder und Jugendliche auf Hektik besonders verunsichert reagieren. Sie sollten durch die Beobachtung von Rettungsmaßnahmen nicht weiter traumatisiert werden, weswegen sie evtl. vom Ort des Geschehens wegzuführen sind (Karutz & Plagge, 2018; Karutz, Fegert & Blank-Gorki, 2018). Die Versorgung mit Essen, Trinken, warmer Decke, evtl. situationsangemessener Körperkontakt (z.B. Hand auf der Schulter) sowie bei jüngeren Kindern Ablenkung (z.B. Versorgung mit Stift und Zeichenpapier) sind situationsangemessen abzuwägen.

Ggf. ist altersgerecht darüber zu informieren, was geschehen ist, ob ein Arzt oder ein Krankenwagen kommen wird, wann eine Zusammenführung mit den Eltern erfolgen wird. Fragen der

Betroffenen sind altersgemäß und wahrheitsgetreu zu beantworten. Falsche Beschwichtigungen und Bagatellisierungen („das ist nicht so schlimm“) sind zu vermeiden. Kinder und Jugendliche sollen über das Erlebte sprechen können, entweder mit Bezugspersonen oder Helfern, was mit positiven Auswirkungen verknüpft ist (Keppel-Benson, Ollendick & Benson, 2002; Salmon & Bryant, 2002; Stallard, Velleman & Baldwin, 2001), während Vermeidung eher die Entwicklung von PTBS begünstigt (Aaron, Zaglul & Emery, 1999).

7.4.2 Spezifische Frühinterventionen

Nach der Wiederherstellung von Sicherheit durch „akute Interventionen“ fokussieren Frühinterventionen in den ersten Tagen bis 3 Monaten nach dem Trauma, das Geschehene begreiflich zu machen. Ziel ist die Entwicklung von Traumafolgestörungen zu verhindern und gefährdete Kinder und Jugendliche einer Behandlung zuzuführen. Wegen der hohen Spontanerholungsrate benötigen nur Betroffene mit erhöhtem Risiko spezifische Frühinterventionen, ein Screening ist zunächst erforderlich (vgl. Abschnitt 6). Kinder mit einem erhöhten Risiko erhalten gemeinsam mit mindestens einem Elternteil ein Stufenprogramm mit zwei bis drei Sitzungen. Für dessen Durchführung existieren konzeptuelle Modelle, die auch helfen, den Zeitpunkt und die Zielsetzung der Frühinterventionen festzusetzen (De Young & Kenardy, 2017; Landolt, 2012). Für Kinder und Jugendliche ohne erhöhtes Risiko sind schriftliche oder web-basierte Informationen sowie die Aushändigung einer Kontaktadresse für den Fall einer Symptomentwicklung indiziert. Die Studienlage ist allerdings sehr heterogen in Bezug auf die Traumaursachen und die Altersgruppen (De Young & Kenardy, 2017; Landolt, 2012; Müller et al., 2018).

Frühinterventionen helfen am wahrscheinlichsten, wenn sie:

- altersgerechte Psychoedukation beinhalten,
- individuelle Bewältigungsstrategien herausarbeiten und Ressourcen stärken,
- eventuell eine (meist narrative) Traumaexposition beinhalten.

Interventionen müssen an das Alter und den Entwicklungsstatus angepasst sein und während des gesamten Prozesses die Eltern bzw. die Bezugspersonen einbeziehen. Debriefing und pharmakologische Behandlung von Traumasymptomen werden aufgrund der Studienlage nicht empfohlen (De Young & Kenardy, 2017).

8 Aufgaben zukünftiger Forschung und Politik

Die Prävalenz von Traumafolgestörungen bei Notfall-, Gewalt- und Katastrophenopfern, die Erfahrungen bei Großschadensereignissen sowie das zunehmende Wissen über die Risikofaktoren einer Traumafolgestörung und ihren Verlauf haben die Erwartungen an früh einsetzenden psychologische Versorgungsangebote bei potenziell traumatischen Ereignissen verstärkt. Beim Angebot von Frühinterventionen wird davon ausgegangen, dass psychologische Hilfeleistungen die langfristigen psychischen Folgen einer Traumatisierung mildern oder verhindern. Es besteht hoher Konsens unter Experten, dass eine psychologische Frühintervention vorzuziehen ist. Die grundlegende Frage, ob es überhaupt eine effektive Frühintervention gibt, ist jedoch noch unbeantwortet. Die vorliegenden Studien lassen sich nur schwer vergleichen, es bestehen Unterschiede hinsichtlich der Art traumatischer Ereignisse, Störungsdefinition, Symptomatik, Zeitfenster, Evaluationsmaße und Art der Intervention.

Die besonderen Probleme im Bereich der Forschung zu Frühinterventionen – meist heterogene Betroffenengruppen, fehlende Kontrollgruppen und fehlende Randomisierung – schlagen sich in einer methodisch problematischen und insgesamt noch unzureichenden wissenschaftlichen Studienlage nieder. Offene Forschungsfragen betreffen die differentielle Zuweisung von Zielgruppen und Personen zu Methoden und Techniken. Weitere Wirksamkeitsnachweise und Evaluationen von Frühinterventionen sind daher nötig, insbesondere auch solche, die die Wirksamkeit in Abhängigkeit von der Zielgruppe und dem Setting zeigen.

Die psychobiologische Fundierung der frühen Belastungsreaktion würde helfen, die Risiko- und Schutzfaktoren weiter zu analysieren und gezielte Interventionen abzuleiten. Insbesondere Interaktionen zwischen den Schutz- und Risikofaktoren sowie der posttraumatischen Symptomentwicklung und dem zeitlichen Verlauf sind hoch relevant.

Negative Effekte einer Frühintervention sollten ebenfalls dokumentiert werden. Noch konsequenter muss untersucht werden, ob Interventionen, die bei chronischen Belastungsfolgen eingesetzt werden, auch für die Frühintervention geeignet sind. Einmalige Interventionen sind bei Personen mit Risikofaktoren und ausgeprägten Symptomen sehr wahrscheinlich nicht ausreichend. Der Forschungsstand zu Intensität bzw. Häufigkeit einer Frühintervention sowie dem Zeitpunkt ist noch nicht hinreichend.

Neben den Forschungsfragen sind versorgungspolitische und rechtliche Fragen zu diskutieren: Welche Akteure sollen und dürfen in der Frühintervention tätig werden? Wie wird eine Qualitätssicherung von wem durchgeführt? Wie sind sozialrechtlich psychische Traumafolgestörungen zu bewerten? Welche auch rechtlichen Konsequenzen ergeben sich aus diesen Leitlinien? Welche Konsequenzen ergeben sich für die Prävention von Traumafolgestörungen, z.B. für das betriebliche Gesundheitsmanagement (u.a. Akuttraumatisierung von Mitarbeitern), für Frühinterventionen in Institutionen wie u.a. Firmen, Ämtern, Kirchen, Allgemeinkrankenhäusern und psychiatrische Kliniken? Wie sind die Aus-, Fort- und Weiterbildungskonzepte für psychologische, psychiatrische und psychosomatische Experten und Ersthelfer wie Polizei, Rettungsdienst, Technisches Hilfswerk und Feuerwehr zu verbessern? Lassen sich wirksame Maßnahmen der universellen Prävention auf der Ebene der Bevölkerung entwickeln, um die psychosozialen Selbsthilfe- und sozial unterstützenden Notfallkompetenzen analog zur Ersten-Hilfe-Ausbildung zu stärken?

Erstellung der Leitlinie und Verfahren zur Konsensusbildung:

AWMF-Anmeldung des Leitlinienprojektes am 23.07.2014

im Auftrag der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie DeGPT

Die Leitlinie wurde im Zeitraum Februar 2015 bis Juli 2019 von der nachfolgenden redaktionellen Arbeitsgruppe erstellt:

Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel / Freiburg (*federführend*)

Dr. Birgit Albs / Trier

Prof. Dr. Martin Driessen / Bielefeld

Prof. Dr. Christoph Kröger / Hildesheim

Peter Schüssler / Koblenz

Prof. Dr. Christiane Waller / Nürnberg

Prof. Dr. Peer Abilgaard / Duisburg

Priv.-Doz. Dr. Ulrich Frommberger / Offenburg

Dr. Jennifer Hillebrecht / Freiburg

Prof. PMU Dr. Isa Sammet / Salzburg / Göppingen

Priv.-Doz. Dr. Regina Steil / Frankfurt

Weitere beteiligte Autorinnen und Autoren bzw. Beiträge und Hinweise von:

Dr. Jörg Angenendt / Freiburg

Dr. Katharina Becker-Nehring / Freiburg

Prof. Dr. Markus Landolt / Zürich

Prof. Dr. Gudrun Sartory / Wuppertal (+)

Prof. Dr. Irmtraud Beerlage / Magdeburg

Prof. Dr. Christine Knaevelsrud / Berlin

Peter Liebermann / Leverkusen

Die schriftliche Überarbeitung der Leitlinie im Begutachtungs-Verfahren erfolgte im Zeitraum Januar bis Februar 2019 durch die nachfolgenden Experten:

Dr. Jörg Angenendt / Freiburg,

Prof. Dr. Irmtraud Beerlage / Magdeburg

Dr. Doris Denis / Berlin

Dr. Clemens Hausmann / Schwarzach

Mag. Dietmar Kratzer, / Innsbruck

Peter Liebermann / Leverkusen

Prof. Dr. Tanja Michael / Saarbrücken

Prof. Dr. Christoph Nikendei / Heidelberg

PD Dr. Peter Zimmermann / Berlin

Dr. Katharina Becker-Nehring / Freiburg

Dr. Karl-Heinz Biesold / Hamburg

PD Dr. Guido Flatten / Aachen

Prof. Dr. Barbara Juen / Innsbruck

Dipl.-Psych. Silvia Langer / Tübingen

Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster

Dr. Andrea Möllering / Bethel/Münster

Prof. Dr. Günter H. Seidler / Heidelberg

Kontaktadresse:

Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel

Institut für Psychologie

Universität Freiburg

79085 Freiburg

bengel@psychologie.uni-freiburg.de

9 Literaturverzeichnis

- Aaron, J., Zaglul, H. & Emery, R. E. (1999). Posttraumatic stress in children following acute physical injury. *Journal of Pediatric Psychology*, 24(4), 335–343.
- ACPMH. (2007). *Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Melbourne: Australian Centre for Posttraumatic Mental Health.
- Adler, A. B., Litz, B. T., Castro, C. A., Suvak, M., Thomas, J. L., Burrell, L. et al. (2008). A group randomized trial of critical incident stress debriefing provided to US peacekeepers. *Journal of Traumatic Stress*, 21(3), 253–263.
- Allen, B., Brymer, M. J., Steinberg, A. M., Vernberg, E. M., Jacobs, A., Speier, A. H. et al. (2010). Perceptions of psychological first aid among providers responding to Hurricanes Gustav and Ike. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 509–513. <https://doi.org/10.1002/jts.20539>
- Amos, T., Stein, D. J. & Ipser, J. C. (2014). Pharmacological interventions for preventing post-traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), CD006239. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006239.pub2>.
- Andrews, B., Brewin, C. R., Philpott, R. & Stewart, L. (2007). Delayed-onset posttraumatic stress disorder: A systematic review of the evidence. *The American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1319–1326. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06091491>
- APA (American Psychiatric Association, Hrsg.). (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. Zugriff am 04.07.2017. Verfügbar unter http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/acutestressdisorderptsd.pdf
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5* (5. Aufl.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- APA (American Psychological Association Guideline Development Panel for the Treatment of PTSD in Adults, Hrsg.). (2017). *Clinical practice guideline for the treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)*. Zugriff am 18.09.2018. Verfügbar unter <http://www.apa.org/ptsd-guideline/>
- Arndt, D., Beerlage, I. & Hering, T. (2008). Arbeitsbelastungen, Burnout und PTBS in der Bundespolizei. *Trauma und Gewalt*, 2(3), 204–219.
- Bandelow, B., Zohar, J., Hollander, E., Kasper, S. & Möller, H.-J. (2008). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders - first revision. *World Journal of Biological Psychiatry*, 9(4), 248–312.
- BBK. (2012). *Psychosoziale Notfallversorgung: Qualitätsstandards und Leitlinien Teil I und II* (Praxis im Bevölkerungsschutz, Bd. 7, 2. Aufl.). Bonn: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe.
- Becker-Nehring, K., Witschen, I. & Bengel, J. (2012). Schutz- und Risikofaktoren für Traumafolgestörungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 41(3), 148–165. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000150>
- Beerlage, I. (2015). Psychosoziales Belastungs- und Handlungsverständnis für Interventionen nach Notfallereignissen und für belastende Einsatzsituationen. In G. Perren-Klingler (Hrsg.), *Psychische Gesundheit und Katastrophe* (S. 1–35). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-45595-1_1
- Beerlage, I., Helmerichs, J., Arndt, D., Blank-Gorki, V., Hering, T. & Springer, S. (2011). Bundeseinheitliche Qualitätsstandards und Leitlinien in der -Psychosozialen Notfallversorgung. *Trauma und Gewalt*, 5(3), 222–235. Verfügbar unter https://www.traumaundgewalt.de/article/tg_2011_03_0222-0235_0222_01.pdf
- Bengel, J., Frommberger, U., Helmerichs, J. & Barth, J. (2003). Belastungsreaktionen bei Einsatzkräften der Zugkatastrophe von Eschede. *Notfall & Rettungsmedizin*, 6(5), 318–325. <https://doi.org/10.1007/s10049-003-0562-5>
- Bengel, J., Becker-Nehring, K. & Hillebrecht, J. (2019). Psychologische Frühinterventionen. In A. Maercker (Hrsg.), *Traumafolgestörungen* (S. 189–216). Berlin Springer.
- Berger, W., Coutinho, Evandro Silva Freire, Figueira, I., Marques-Portella, C., Luz, M. P., Neylan, T. C. et al. (2012). Rescuers at risk: A systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(6), 1001–1011. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0408-2>
- Birk, J. L., Sumner, J. A., Haerizadeh, M., Heyman-Kantor, R., Falzon, L., Gonzalez, C. et al. (2019). Early interventions to prevent posttraumatic stress disorder symptoms in survivors of life-threatening medical events: A systematic review. *Journal of Anxiety Disorders*, 64, 34–39.
- Birur, B., Math, S. B. & Fargason, R. E. (2017). A review of psychopharmacological interventions post-disaster to prevent psychiatric sequelae. *Psychopharmacology Bulletin*, 47(1), 8.
- Blenkinsop, C., Carriere, R., Farrell, D., Luber, M., Maxfield, L., Nickerson, M. et al. (2018, 9. April). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing Early Intervention* (Conference Organizing Committee of the EMDR Early Intervention and Crisis Response Summit, Hrsg.).

- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 16(3), 252.
- Brennstuhl, M.-J., Tarquinio, C., Strub, L., Montel, S., Rydberg, J. A. & Kapoula, Z. (2013). Benefits of immediate EMDR vs. eclectic therapy intervention for victims of physical violence and accidents at the workplace: A pilot study. *Issues in mental health nursing*, 34(6), 425–434.
- Brewin, C. R. (2005). Systematic review of screening instruments for adults at risk of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 18(1), 53–62. <https://doi.org/10.1002/jts.20007>
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748–766.
- Brewin, C. R., Fuchkan, N., Huntley, Z., Robertson, M., Thompson, M., Scragg, P. et al. (2010). Outreach and screening following the 2005 London bombings: Usage and outcomes. *Psychological Medicine*, 40(12), 2049–2057. <https://doi.org/10.1017/S0033291710000206>
- Brewin, C. R., Fuchkan, N., Huntley, Z. & Scragg, P. (2010). Diagnostic accuracy of the Trauma Screening Questionnaire after the 2005 London bombings. *Journal of Traumatic Stress*, 23(3), 393–398. <https://doi.org/10.1002/jts.20529>
- Brunet, A., Des Groseilliers, I. B., Cordova, M. J. & Ruzek, J. I. (2013). Randomized controlled trial of a brief dyadic cognitive-behavioral intervention designed to prevent PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 4. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21572>
- Bryant, R. A. (Hrsg.). (2003). *Early predictors of posttraumatic stress disorder* (Bd. 53). Netherlands.
- Bryant, R. A. (2011). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(2), 233–239. <https://doi.org/10.4088/JCP.09r05072blu>
- Bryant, R. A., Creamer, M., O'Donnell, M., Silove, D. & McFarlane, A. C. (2010). Sleep disturbance immediately prior to trauma predicts subsequent psychiatric disorder. *Sleep*, 33(1), 69–74.
- Bryant, R. A., Moulds, M., Guthrie, R. M. & Nixon, R. D. V. (2003). Treating acute stress disorder following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry*, 160(3), 585–587.
- Bugg, A., Turpin, G., Mason, S. & Scholes, C. (2009). A randomised controlled trial of the effectiveness of writing as a self-help intervention for traumatic injury patients at risk of developing post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 47(1), 6–12. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.10.006>
- Butollo, W., Karl, R. & Krüsmann, M. (2012). *Sekundäre Prävention einsatzbedingter Belastungsreaktionen und -störungen*: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe Bonn.
- Butollo, W. & Maragos, M. (2012). *Gutachterstelle zur Erkennung psychischer Störungen bei Asylbewerbern. Abschlussbericht*. München: Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Charuvastra, A. & Cloitre, M. (2008). Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology*, 59, 301–328. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085650>
- Cox, C. M., Kenardy, J. A. & Hendrikz, J. K. (2010). A randomized controlled trial of a web-based early intervention for children and their parents following unintentional injury. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(6), 581–592. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp095>
- De Young, A. C. & Kenardy, J. A. (2017). Preventative early intervention for children and adolescents exposed to trauma. In M. A. Landolt, M. Cloitre & U. Schnyder (Hrsg.), *Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents* (S. 121–143). Cham: Springer International Publishing.
- DeWolfe, D. J. (2000). *Training manual for mental health and human service workers in major disasters* (U.S. Department of Health and Human Services, Hrsg.). Washington, DC.
- Ehlers, A., Gene-Cos, N. & Perrin, S. (2009). Low recognition of post-traumatic stress disorder in primary care. *London Journal of Primary Care*, 2(1), 36–42.
- Ehring, T. & Ehlers, A. (2014). Does rumination mediate the relationship between emotion regulation ability and posttraumatic stress disorder? *European Journal of Psychotraumatology*, 5. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.23547>
- Ehring, T., Frank, S. & Ehlers, A. (2008). The role of rumination and reduced concreteness in the maintenance of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Cognitive Therapy and Research*, 32(4), 488–506. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9089-7>
- Falkai, P., Wittchen, H.-U., Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W. et al. (Hrsg.). (2015). *Diagnostische Kriterien DSM-5®*. Göttingen: Hogrefe.
- Fischer, G. (2000). *Mehrdimensionale psychodynamische Traumatherapie (MPTT). Manual zur Behandlung psychotraumatischer Störungen*. Heidelberg: Asanger.
- Flatten, G. (2003). Posttraumatische Belastungsreaktion aus neurobiologischer und synergetischer Perspektive. In G. Schiepek (Hrsg.), *Neurobiologie der Psychotherapie* (S. 404–422). Schattauer Stuttgart.
- Flatten, G., Wälte, D. & Perlitz, V. (2008). Self-efficacy in acutely traumatized patients and the risk of developing a posttraumatic stress syndrome. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 5, 1–8.
- Foa, E. B., Davidson, J. R. T. & Frances, A. J. (1999). Treatment of posttraumatic stress disorder (Expert consensus guideline series). *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, Supplement 16.
- Foa, E. B., Zoellner, L. A. & Feeny, N. C. (2006). An evaluation of three brief programs for facilitating recovery after assault. *Journal of Traumatic Stress*, 19(1), 29–43. <https://doi.org/10.1002/jts.20096>

- Forbes, D., Lewis, V., Varker, T., Phelps, A., O'Donnell, M., Wade, D. J. et al. (2011). Psychological first aid following trauma: Implementation and evaluation framework for high-risk organizations. *Psychiatry*, 74(3), 224–239. <https://doi.org/10.1521/psyc.2011.74.3.224>
- Frommberger, U., Stieglitz, R. D., Straub, S., Nyberg, E., Schlickewei, W., Kuner, E. et al. (1999). The concept of "sense of coherence" and the development of posttraumatic stress disorder in traffic accident victims. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(4), 343–348.
- Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M. & Neuner, F. (2006). Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(1), 12–20. <https://doi.org/10.1026/1616-3443.35.1.12>
- Glynn, S. M., Shetty, V., Elliot-Brown, K., Leathers, R., Belin, T. R. & Wang, J. (2007). Chronic posttraumatic stress disorder after facial injury: A 1-year prospective cohort study. *Journal of Trauma Injury Infection & Critical Care*, 62(2), 410–418.
- Gould, M., Greenberg, N. & Hetherington, J. (2007). Stigma and the military: Evaluation of a PTSD psychoeducational program. *Journal of Traumatic Stress*, 20(4), 505–515. <https://doi.org/10.1002/jts.20233>
- Gray, M. J. & Litz, B. T. (2005). Behavioral interventions for recent trauma: Empirically informed practice guidelines. *Behavior Modification*, 29, 189–215.
- Gunaratnam, S. & Alisic, E. (2017). Epidemiology of trauma and trauma-related disorders in children and adolescents. In M. A. Landolt, M. Cloitre & U. Schnyder (Hrsg.), *Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents* (S. 29–47). Cham: Springer International Publishing.
- Harvey, S. B., Milligan-Saville, J. S., Paterson, H. M., Harkness, E. L., Marsh, A. M., Dobson, M. et al. (2016). The mental health of fire-fighters: An examination of the impact of repeated trauma exposure. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(7), 649–658. <https://doi.org/10.1177/0004867415615217>
- Hausmann, C. (2016). *Interventionen der Notfallpsychologie. Was man tun kann, wenn das Schlimmste passiert*. Wien: facultas.
- Heinrichs, M., Wagner, D., Schoch, W., Soravia, L. M., Hellhammer, D. H. & Ehler, U. (2005). Predicting posttraumatic stress symptoms from pretraumatic risk factors: A 2-year prospective follow-up study in firefighters. *The American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2276–2286. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.12.2276>
- Helmerichs, J. & Karutz, H. (2016). *Psychosoziale Herausforderungen im Feuerwehrdienst. Belastungen senken - Schutz stärken* (Stand: 02.2016). Bonn: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK); Deutscher Feuerwehrverband (DFV).
- Hering, T., Schulze, D., Sonnenberg, D. & Beerlage, I. (2005). Was belastet in der Feuerwehr? Primärprävention gesundheitlicher Beeinträchtigungen aus einer arbeitsorganisatorischen Perspektive. *Notfall & Rettungsmedizin*, 8(6), 412–421. <https://doi.org/10.1007/s10049-005-0758-y>
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J. et al. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, 70(4), 283–315. <https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283>
- Holz, E., Lass-Hennemann, J. & Michael, T. (2017). Analogue PTSD symptoms are best predicted by state rumination. *Journal of Experimental Psychopathology*, 8(2), jep.050915. <https://doi.org/10.5127/jep.050915>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9.
- Hunt, E., Jones, N., Hastings, V. & Greenberg, N. (2013). TRiM: An organizational response to traumatic events in Cumbria Constabulary. *Occupational Medicine*, 63(8), 549–555. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqt113>
- IASC. (2007). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings* (Inter-Agency Standing Committee, Hrsg.).
- IFRC. (2016). *World Disaster Report. Resilience: saving lives today, investing for tomorrow* (Sanderson, D. & Sharma, A., Hrsg.). Lyon: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.
- Jarero, I. & Artigas, L. (2010). The EMDR integrative group treatment protocol: Application with adults during ongoing geopolitical crisis. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(4), 148–155. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.4.4.148>
- Karutz, H., Fegert, A.-K. & Blank-Gorki, V. (2018). Psychosoziale Akuthilfen bei einem Massenanfall direkt oder indirekt betroffener Kinder. *Der Notarzt*, 34(4), 178–187.
- Karutz, H. & Plagge, G. (2018). Handlungsempfehlungen für die Psychosoziale Notfallversorgung von Kindern in Naturkatastrophen. *Trauma. Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen*, 16(4), 76–88.
- Kassam-Adams, N., Marsac, M. L., García-España, J. F. & Winston, F. K. (2015). Evaluating predictive screening for children's post-injury mental health: New data and a replication. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 29313.
- Kassam-Adams, N., Palmieri, P. A., Rork, K., Delahanty, D. L., Kenardy, J. A., Kohser, K. L. et al. (2012). Acute stress symptoms in children: Results from an international data archive. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(8), 812–820. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.05.013>
- Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K. & van Ameringen, M. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders.

- BMC Psychiatry*, 14(1), S1. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>
- Kaysen, D. L., Lindgren, K. P., Lee, C. M., Lewis, M. A., Fossos, N. & Atkins, D. C. (2010). Alcohol-involved assault and the course of PTSD in female crime victims. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 523–527. <https://doi.org/10.1002/jts.20542>
- Kearns, M. C., Ressler, K. J., Zatzick, D. & Rothbaum, B. O. (2012). Early interventions for PTSD: A review. *Depression and Anxiety*, 29(10), 833–842. <https://doi.org/10.1002/da.21997>
- Keppel-Benson, J. M., Ollendick, T. H. & Benson, M. J. (2002). Post-traumatic stress in children following motor vehicle accidents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(2), 203–212. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00013>
- Kleim, B., Ehlers, A. & Glucksman, E. (2012). Investigating cognitive pathways to psychopathology: Predicting depression and posttraumatic stress disorder from early responses after assault. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(5), 527–537. <https://doi.org/10.1037/a0027006>
- Kleim, B., Ehring, T., Scheel, C., Becker-Asano, C., Nebel, B. & Tuschen-Caffier, B. (2012). Bewältigungsverhalten in Notfallsituationen aus klinisch-psychologischer Perspektive. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 41(3), 166–179. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000155>
- Kleine, R. A. de, Rothbaum, B. O. & Minnen, A. van. (2013). Pharmacological enhancement of exposure-based treatment in PTSD: a qualitative review. *European Journal of Psychotraumatology*, 4. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21626>
- Kliem, S. & Kröger, C. (2013). Prevention of chronic PTSD with early cognitive behavioral therapy. A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Behaviour Research and Therapy*, 51(11), 753–761. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.08.005>
- Kröger, C. (2013). *Psychologische Erste Hilfe* (Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 51). Göttingen: Hogrefe.
- Kröger, C., Frantz, I., Friel, P. & Heinrichs, N. (2016). Posttraumatische und depressive Symptomatik bei Asylsuchenden. *Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 66(09/10), 377–384.
- Kuhn, E., Greene, C., Hoffman, J., Nguyen, T., Wald, L., Schmidt, J. et al. (2014). Preliminary evaluation of PTSD Coach, a smartphone app for post-traumatic stress symptoms. *Military Medicine*, 179(1), 12–18. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-13-00271>
- Kutz, I., Resnik, V. & Dekel, R. (2008). The effect of single-session modified EMDR on acute stress syndromes. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(3), 190–200. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.3.190>
- Landolt, M. A. (2012). *Psychotraumatologie des Kindesalters. Grundlagen, Diagnostik und Interventionen* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Landolt, M. A., Schnyder, U., Maier, T., Schoenbucher, V. & Mohler - Kuo, M. (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adolescents: A national survey in Switzerland. *Journal of Traumatic Stress*, 26(2), 209–216.
- Luszczynska, A., Benight, C. C. & Cieslak, R. (2009). Self-efficacy and health-related outcomes of collective trauma: A systematic review. *European Psychologist*, 14(1), 51–62.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Der Nervenarzt*, 79(5), 577–586. <https://doi.org/10.1007/s00115-008-2467-5>
- Mander, J., Schlarb, A., Teufel, M., Keller, F., Hautzinger, M., Zipfel, S. et al. (2015). The individual therapy process questionnaire: development and validation of a revised measure to evaluate general change mechanisms in psychotherapy. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(4), 328–345.
- Marchand, A., Nadeau, C., Beaulieu-Prévost, D., Boyer, R. & Martin, M. (2015). Predictors of posttraumatic stress disorder among police officers: A prospective study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(3), 212.
- Marsac, M. L., Kohser, K. L., Winston, F. K., Kenardy, J. A., March, S. & Kassam-Adams, N. (2013). Using a web-based game to prevent posttraumatic stress in children following medical events: Design of a randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 21311.
- Michael, T., Halligan, S. L., Clark, D. M. & Ehlers, A. (2007). Rumination in posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 24(5), 307–317. <https://doi.org/10.1002/da.20228>
- Miller, S. D., Duncan, B. L. & Hubble, M. A. (2000). *Jenseits von Babel. Wege zu einer gemeinsamen Sprache in der Psychotherapie*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Morgan, C. A., Krystal, J. H. & Southwick, S. M. (2003). Toward early pharmacological posttraumatic stress intervention. *Biological Psychiatry*, 53(9), 834–843. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00116-1](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00116-1)
- Morris, M. C., Compas, B. E. & Garber, J. (2012). Relations among posttraumatic stress disorder, comorbid major depression, and HPA function: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 301–315.
- Mouthaan, J., Sijbrandij, M., Vries, G.-J. de, Reitsma, J. B., van de Schoot, R., Goslings, J. C. et al. (2013). Internet-based early intervention to prevent posttraumatic stress disorder in injury patients: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15(8), e165. <https://doi.org/10.2196/jmir.2460>
- Müller, M., Klewer, J. & Karutz, H. (2018). Traumatherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen

- nach Großschadensereignissen. *Trauma und Gewalt*, (12), 124–133.
- Muñoz, R. F., Mrazek, P. J. & Haggerty, R. J. (1996). Institute of Medicine report on prevention of mental disorders. Summary and commentary. *The American Psychologist*, 51(11), 1116–1122.
- National Child Traumatic Stress Network. (2006). *Psychological first aid field operations guide*. Zugriff am 10.02.2012.
- NATO. (2008, June). *Psychosocial care for people affected by disaster and major incidents. A model for designing, delivering and managing psychosocial services for people involved in major Incidents, conflict, disaster and terrorism* (North Atlantic Treaty Organisation, Hrsg.). Bucharest, Romania: Euro-Atlantic Partnership Council.
- Neria, Y., Besser, A., Kiper, D. & Westphal, M. (2010). A longitudinal study of posttraumatic stress disorder, depression, and generalized anxiety disorder in Israeli civilians exposed to war trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 23(3), 322–330. <https://doi.org/10.1002/jts.20522>
- NICE. (2018). *Post-traumatic stress disorder. NICE guideline (NG116)*. London: Gaskell and the British Psychological Society.
- North, C. S. & Pfefferbaum, B. (2013). Mental health response to community disasters: A systematic review. *JAMA*, 310(5), 507–518. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.107799>.
- O'Donnell, M. L., Lau, W., Tipping, S., Holmes, A. C. N., Ellen, S., Judson, R. et al. (2012). Stepped early psychological intervention for posttraumatic stress disorder, other anxiety disorders, and depression following serious injury. *Journal of Traumatic Stress*, 25(2), 125–133. <https://doi.org/10.1002/jts.21677>
- Okanoya, J., Kimura, R., Mori, M., Nakamura, S., Somemura, H., Sasaki, N. et al. (2015). Psychoeducational intervention to prevent critical incident stress among disaster volunteers. *The Kitasato Medical Journal*, 45(1), 62–68.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52–73.
- Panagioti, M., Gooding, P. A., Taylor, P. J. & Tarrier, N. (2014). Perceived social support buffers the impact of PTSD symptoms on suicidal behavior: Implications into suicide resilience research. *Comprehensive psychiatry*, 55(1), 104–112.
- Pitman, R. K. & Delahanty, D. L. (2005). Conceptually driven pharmacologic approaches to acute trauma. *CNS Spectrums*, 10(2), 99–106.
- Pitman, R. K., Sanders, K. M., Zusman, R. M., Healy, A. R., Cheema, F., Lasko, N. B. et al. (2002). Pilot study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol. *Biological Psychiatry*, 51(2), 189–192.
- Pynoos, R. S. & Nader, K. (1988). Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence: Research implications. *Journal of Traumatic Stress*, 1(4), 445–473.
- Qi, W., Gevonden, M. & Shalev, A. Y. (2016). Prevention of post-traumatic stress disorder after trauma: Current evidence and future directions. *Current Psychiatry Reports*, 18(2), 20. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0655-0>
- Reddemann, L. (2004). *Psychodynamisch imaginative Traumatherapie (PITT) - Das Manual*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Regehr, C., Hill, J. & Glancy, G. D. (2000). Individual predictors of traumatic reactions in firefighters. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(6), 333–339.
- Robert, R., Blakeney, P. E., Villarreal, C., Rosenberg, L. & Meyer, W. J. (1999). Imipramine treatment in pediatric burn patients with symptoms of acute stress disorder: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(7), 873–882. <https://doi.org/10.1097/00004583-199907000-00018>
- Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J. A. & Bisson, J. I. (2009). Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD006869. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006869.pub2>
- Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J. A. & Bisson, J. I. (2010). Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD007944. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007944.pub2>
- Rose, S. C., Bisson, J., Churchill, R. & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane database of systematic reviews*, (2).
- Ruf, M., Schauer, M. & Elbert, T. (2010). Prävalenz von traumatischen Stresserfahrungen und seelischen Erkrankungen bei in Deutschland lebenden Kindern von Asylbewerbern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39(3), 151–160. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000029>
- Salmon, K. & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder in children: The influence of developmental factors. *Clinical Psychology Review*, 22(2), 163–188. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00086-1](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00086-1)
- Schäfer, S. K., Becker, N., King, L., Horsch, A. & Michael, T. (2019). The relationship between sense of coherence and post-traumatic stress: a meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1562839. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1562839>
- Schreiber, V., Renneberg, B. & Maercker, A. (2009). Seeking psychosocial care after interpersonal violence: An

- integrative model. *Violence and Victims*, 24(3), 322–336. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.24.3.322>
- Shalev, A. Y., Ankri, Y., Gilad, M., Israeli-Shalev, Y., Adessky, R., Qian, M. et al. (2016). Long-term outcome of early interventions to prevent posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77(5), 580–587. <https://doi.org/10.4088/JCP.15m09932>
- Shalev, A. Y., Ankri, Y., Israeli-Shalev, Y., Peleg, T., Adessky, R. & Freedman, S. (2012). Prevention of posttraumatic stress disorder by early treatment: Results from the Jerusalem trauma outreach and prevention study. *Archives of General Psychiatry*, 69(2), 166–176. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.127>
- Sijbrandij, M., Kleiboer, A., Bisson, J. I., Barbui, C. & Cuijpers, P. (2015). Pharmacological prevention of post-traumatic stress disorder and acute stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 2(5), 413–421. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00121-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00121-7)
- Silver, S. M., Rogers, S., Knipe, J. & Colelli, G. (2005). EMDR therapy following the 9/11 terrorist attacks: A community-based intervention project in New York City. *International Journal of Stress Management*, 12(1), 29–42. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.12.1.29>
- Smid, G. E., Mooren, T. T. M., Mast, R. C. van der, Gersons, B. P. R. & Kleber, R. J. (2009). Delayed posttraumatic stress disorder: Systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis of prospective studies. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(11), 1572–1582.
- Solomon, S. D. & Davidson, J. R. (1997). Trauma: prevalence, impairment, service use, and cost. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 Suppl 9, 5–11.
- Spinhoven, P., Penninx, B. W., Krempeniou, A., van Hemert, A. M. & Elzinga, B. (2015). Trait rumination predicts onset of post-traumatic stress disorder through trauma-related cognitive appraisals: A 4-year longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, 71, 101–109. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.06.004>
- Stallard, P., Velleman, R. & Baldwin, S. (2001). Recovery from post - traumatic stress disorder in children following road traffic accidents: The role of talking and feeling understood. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 11(1), 37–41.
- Suliman, S., Seedat, S., Pingo, J., Sutherland, T., Zohar, J. & Stein, D. J. (2015). Escitalopram in the prevention of posttraumatic stress disorder: A pilot randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 15, 24. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0391-3>
- Tarquinio, C., Rotonda, C., Houllé, W. A., Montel, S., Rydberg, J. A., Minary, L. et al. (2016). Early psychological preventive intervention for workplace violence: a randomized controlled explorative and comparative study between EMDR-recent event and critical incident stress debriefing. *Issues in mental health nursing*, 37(11), 787–799.
- Teegen, F. (2003). *Posttraumatische Belastungsstörungen bei gefährdeten Berufsgruppen. Prävalenz - Prävention - Behandlung*. Bern: Huber.
- Tol, W. A., Barbui, C. & van Ommeren, M. (2013). Management of acute stress, PTSD, and bereavement: WHO recommendations. *JAMA*, 310(5), 477–478.
- Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L. & Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 32(2), 122–138. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.12.001>
- Tuckey, M. R. & Scott, J. E. (2014). Group critical incident stress debriefing with emergency services personnel: A randomized controlled trial. *Anxiety, Stress and Coping*, 27(1), 38–54. <https://doi.org/10.1080/10615806.2013.809421>
- Turpin, G., Downs, M. & Mason, S. (2005). Effectiveness of providing self-help information following acute traumatic injury: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 187, 76–82. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.1.76>
- Utzon-Frank, N., Breinegaard, N., Bertelsen, M., Borritz, M., Eller, N. H., Nordentott, M. et al. (2014). Occurrence of delayed-onset post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 215–229.
- Wagner, D., Heinrichs, M. & Ehlert, U. (1998). Prevalence of symptoms of posttraumatic stress disorder in German professional firefighters. *The American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1727–1732. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.12.1727>
- Wampold, B. E., Imel, Z. E. & Flückiger, C. (2018). *Die Psychotherapiedebatte. Was Psychotherapie wirksam macht*. Göttingen: Hogrefe.
- Wessely, S., Bryant, R. A., Greenberg, N., Earnshaw, M., Sharpley, J. & Hughes, J. H. (2008). Does psychoeducation help prevent post traumatic psychological distress? *Psychiatry*, 71(4), 287–302. <https://doi.org/10.1521/psyc.2008.71.4.287>
- Wesson, M. & Gould, M. (2009). Intervening early with EMDR on military operations. A Case Study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(2), 91–97. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.3.2.91>
- Whybrow, D., Jones, N. & Greenberg, N. (2015). Promoting organizational well-being: A comprehensive review of trauma risk management. *Occupational Medicine*, 65(4), 331–336. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqv024>
- Wittchen, H.-U., Schönfeld, S., Kirschbaum, C., Thurau, C., Trautmann, S., Steudte, S. et al. (2012). Traumatic

experiences and posttraumatic stress disorder in soldiers following deployment abroad: How big is the hidden problem? *Deutsches Arzteblatt International*, 109(35-36), 559–568.

<https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0559>

World Health Organization. (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. Geneva: WHO.

Zehnder, D., Hornung, R. & Landolt, M. A. (2006). Notfallpsychologische Interventionen im Kindesalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 55(9), 675–692.

Zhang, G., Pfefferbaum, B., Narayanan, P., Lee, S., Thielman, S. & North, C. S. (2016). Psychiatric disorders after terrorist bombings among rescue workers and bombing survivors in Nairobi and rescue workers in Oklahoma City. *Annals of Clinical Psychiatry*, 28(1), 22–30.

Erstveröffentlichung: 05/2008

Überarbeitung von: 08/2019

Nächste Überprüfung geplant: 08/2024

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online