



www.elsevier.de

www.pflegeheute.de

Früherkennung einer Posttraumatischen Belastungsstörung im Akutspital

Autorin: Vanessa Grieb

Betreuer: Kathrin Schindler-Stalder, MME

**Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit
Bern, Schweiz**

Bachelor of Science in Pflege, 2010



© Elsevier GmbH, München. Alle Rechte vorbehalten. Pflege Heute, 6. Auflage 2014. Bachelor-Thesen. Vanessa Grieb.

PFLEGE HEUTE

Wissen pflegen – Pflegewissen

1. Früherkennung einer PTBS

1.1 Einleitung

Eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), ist eine mögliche Folge eines traumatischen Ereignisses. Durch das traumatische Ereignis kann es zu Erschütterungen des Selbst- und Weltverständnisses kommen (Arolt & Kersting, 2010). Die Mehrheit aller Menschen erlebt einmal im Leben ein Trauma. Bei Männern liegt das Risiko ein Trauma zu erleben zwischen 60 und 80 Prozent, bei Frauen zwischen 50 bis 75 Prozent. Einige entwickeln nach einem Trauma eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Wie häufig eine PTBS nach einem Trauma auftritt, ist stark abhängig von der Art des Traumas (Flatten et al., 2011). Das Risiko bei Männern eine PTBS zu entwickeln, liegt bei fünf bis sechs Prozent. Bei Frauen liegt das Risiko zwischen 10 bis 12 Prozent (Schweizerische Gesellschaft für Verhaltens- und Kognitive Therapie, 2008), also doppelt so hoch, wie bei den Männern.

Frauen erleben weniger traumatische Ereignisse als Männer, die Ereignisse haben aber eine höhere traumatisierende Wirkung wie zum Beispiel Vergewaltigung oder Kindsmisshandlung. Auch Kinder und Jugendliche weisen eine höhere Prävalenz auf (Ehlers, 1999). Die Prävalenz, eine PTBS nach einem Verkehrsunfall zu entwickeln, liegt bei fünf bis fünfzehn Prozent (Arolt & Kersting, 2010). Genauso hoch ist die Prävalenz bei schweren Organerkrankungen. Die Prävalenz eine PTBS nach einer Vergewaltigung oder nach Kriegs- und Foltererfahrungen zu entwickeln, liegt hingegen bei fünfzig Prozent (Flatten et al., 2011).

Die Entwicklung psychischer Symptome ist grösstenteils unabhängig von der Stabilität der Persönlichkeit eines Menschen. Auch psychisch stabile Menschen können, ausgelöst durch schreckliche Erlebnisse, psychische Symptome entwickeln (Ehlers, 1999).



Charakteristisch für eine PTBS sind Intrusionen, dies sind wiederkehrende, belastende Gedanken an das Trauma. Diese können in Form von Alpträumen, Flashbacks oder Bilder auftreten und lösen bei den Betroffenen oft starke körperliche Reaktionen aus. Zudem vermeiden Betroffene bestimmte Orte, Menschen oder Situationen, die Erinnerungen an das Trauma auslösen könnten. Solche Auslöser werden Trigger genannt. Dies können Gerüche, Geräusche oder Gefühle sein. Auch bestimmte körperliche Zustände, wie ein erhöhter Puls beim Sport, können ein Auslöser für ein Flashback sein (Reddemann, 2008). Weiter kann es zu Übererregungssymptomen kommen. Darunter werden zum Beispiel Reizbarkeit, Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit oder Konzentrationsstörungen verstanden. Manche Betroffene reagieren auch mit einer emotionalen Taubheit auf das Trauma. Es kann zu einem Rückzug kommen, zum Interesseverlust und zu einer Teilnahmslosigkeit.

Um eine Diagnose zu stellen, wird das Störungsbild auf vier Ebenen erfasst. Es muss ein auslösendes Ereignis, also ein Trauma gegeben haben. Es wird von Intrusionen, vermeidenden Verhaltensmustern und von einem vegetativen Übererregungszustand berichtet. Nach „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition“ (DSM-IV) ist für die Diagnose einer PTBS aus jeder der vier diagnostischen Kategorien, Trauma, Intrusionen, Vermeidung und Übererregung, eine Mindestanzahl von Symptomen nötig. Die Person muss ein Trauma miterlebt oder beobachtet haben, das sehr furchteinflößend war. Sie muss auf mindestens eine Art Intrusionen erleben, sie zeigt mindestens drei Symptome von Vermeidungsverhalten und mindestens zwei Symptome von Übererregung, wie zum Beispiel Schlafprobleme oder Wutausbrüche. Zudem müssen die Symptome während mindestens drei Monaten auftreten (Arolt & Kersting, 2010).

In der Literatur werden verschiedene Therapieansätze diskutiert. Posttraumatische Störungsbilder können zum Beispiel mit einem dreistufigen Behandlungskonzept therapiert



werden. Verschiedene traumaadaptierte Behandlungstechniken werden in ein Gesamtkonzept integriert. Die drei Phasen bestehen aus Stabilisierung, Traumabearbeitung und Neuorientierung/psychosoziale Reintegration. Die Umsetzung muss individuell an den Fall angepasst werden (Arolt & Kersting, 2010). Man ist sich jedoch einig, dass direkt nach dem Trauma, eine Krisenintervention stattfinden sollte, bevor sich eine PTBS entwickeln kann. Weitere Therapieansätze sind die Rekonstruktion des Ereignisses, Exposition oder die Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), zu Deutsch, Augenbewegungs-Desensibilisierung. Durch gezielte Augenbewegungen und Gedanken an das Trauma, soll eine Desensibilisierung erzielt werden. Weiter kann die PTBS auch pharmakologisch behandelt werden. Häufig werden komorbide Erkrankungen, wie zum Beispiel Depressionen pharmakologisch behandelt, was sich wiederum positiv auf die Therapie der PTBS auswirken soll (Davidson, Neale, Hautzinger, 2007).

Zusammenfassend kann man sagen, dass es bei der Behandlung einer PTBS darum geht, sich mit Gedanken und Erinnerungen an das Trauma zu befassen. Die Exposition soll den Betroffenen bewusst machen, dass sie sich an das Trauma erinnern können, ohne es noch einmal zu erleben. Die soziale Unterstützung kann entscheidend sein, unabhängig von der Therapieform, die gewählt wird (Davidson et al., 2007).

Gerade nach einem Unfall werden Patientinnen und Patienten als erstes in einem Akutspital behandelt. Viele Akutstationen, bei denen der Schwerpunkt nicht auf der Pflege von Unfallpatientinnen und Unfallpatienten liegt, sind nicht auf dieses Thema sensibilisiert. Es ist entscheidend, Anzeichen einer PTBS im Akutspital frühzeitig zu erkennen und erste Massnahmen zur Bewältigung einzuleiten, denn meistens treten die Symptome direkt nach dem Trauma auf. Ein verzögerter Beginn tritt nur bei 11 Prozent der Fälle auf (Ehlers, 1999). Eine PTBS kann chronisch werden und es besteht ein erhöhtes Risiko an weiteren psychischen Erkrankungen, wie zum Beispiel Angststörungen oder Depressionen zu erkranken. Auch das Risiko für Suchterkrankung steigt durch eine PTBS an (Reddemann,

2008). Bei 50 Prozent der Betroffenen kommt es innerhalb von einem Jahr zu einer Spontanremission der Symptome, bei den anderen 50 Prozent kann die PTBS chronisch werden, wenn sie nicht behandelt wird. Ein chronischer Verlauf einer PTBS hat für die Betroffenen schreckliche Folgen. Oft kommt es zu Arbeitsunfähigkeit, Rückzug aus dem sozialen Umfeld und zu komorbiden Erkrankungen (Christoph-Dornier-Klinik für Psychotherapie, 2013).

Aus all diesen Gründen ist eine frühzeitige Erkennung und Behandlung essentiell. Die Heilungschancen können vergrößert, weitere Erkrankungen verhindert und somit auch die Kosten im Gesundheitswesen gesenkt werden.

2. Forschungsfrage

Aufgrund der oben beschriebenen Problematik und der Prävalenz einer PTBS hat sich folgende Fragestellung ergeben:

Wie können Anzeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung, bei erwachsenen Patientinnen und Patienten nach einem Unfall in einem Akutspital, frühzeitig erkannt werden?

3. Methode

Die Beantwortung der Fragestellung wurde mit Hilfe einer systematischen Literaturrecherche durchgeführt. Die Literaturrecherche fand auf den Datenbanken PubMed, Cinahl, Cochrane, PsycInfo, Psynindex und PILOT statt. Die folgenden Ergebnisse basieren auf acht Studien, die mit Hilfe von zuvor festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählt wurden. Die Erscheinungsdaten der Studien liegen zwischen 2003 und 2013.

4. Ergebnisse

Durch die systematische Literaturrecherche auf den Datenbanken wurde ersichtlich, dass eine Früherkennung einer PTBS vor allem mit Hilfe von Screeninginstrumenten erfolgen kann. Acht Studien die den Ein- und Ausschlusskriterien entsprachen, wurden bearbeitet. Einige Studien beschäftigten sich mit nur einem Screeninginstrument, andere verglichen mehrere Screeninginstrumente und zwei weitere Studien beschäftigten sich mit der Erarbeitung eines gesamten Modelles zur Früherkennung. Alle Screeninginstrumente wurden auf ihre statistischen Daten, sowie ihre Anwendbarkeit in der Praxis überprüft.

Eines der Instrumente ist der „Freiburger Screeningfragebogen“. Er besteht aus 10 dichotomen Items. Die ersten zwei Fragen beschäftigen sich mit dem Unfall selbst. Die Patientin, der Patient wird mit der Frage konfrontiert, ob er während des Unfalles oder kurz danach starke Angst hatte und ob er sich während des Unfalles hilflos gefühlt hat. Danach wird nach Gefühlen, Schlafproblemen, Flashbacks, Alpträumen oder Vermeidungsverhalten gefragt. Zum Abschluss wird der Patient gefragt, ob er schlimme Folgen für seine Gesundheit befürchtet.

Die Studie kam zum Schluss, dass der Screeningfragebogen verwendbar ist, um bei Unfallpatientinnen und -patienten die Entwicklung von allgemeinen psychischen Folgeerkrankungen, für bis zu sechs Monate nach einem Unfall, vorherzusagen. Daher wird auch ein Folgescreening nach 6 Monaten empfohlen. Die Sensitivität des Instrumentes lag bei 87, während die Spezifität bei 69 Prozent lag. Das bedeutet, dass das Instrument zu 87 Prozent fähig ist, Risikopatienten zu erkennen und zu 69 Prozent risikofreie Patienten als solche zu erkennen (Schneider, Lefering & Neugebauer, 2011).

Weiter wurden das Instrument „Short PTSD Rating Interview“ (SPRINT) und die „Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civil Version“ (PCL-C) überprüft. Das SPRINT besteht aus 11 Items, die PCL-C aus 17 Items. Die Fragen sind vergleichbar mit denjenigen des „Freiburger Screeningfragebogens“. Sie sind jedoch nicht dichotom. Der Patient hat bei beiden Instrumenten die Möglichkeit mit Zahlen von 1-5 zu antworten, wobei 1 beispielweise bedeutet, dass er keine Alpträume hat und 5 würde bedeuten, dass er sehr viele, sehr beängstigende Alpträume hat.

Die Instrumente schließen nur die notwendigsten Items ein und sind somit einfach und kurz in der Anwendung. Sie sind für Patientinnen und Patienten einfach zu verstehen und auszufüllen. Das Spitalpersonal hat mit diesen zwei Instrumenten keinen großen Aufwand und muss nicht spezialisiert sein. Die Sensitivität der SPRINT liegt bei 83.3 und die Spezifität bei 87.2 Prozent ($p=0.003$). Die Sensitivität liegt bei 66.7 und die Spezifität bei 87.2 Prozent bei der PCL-C ($p=0.013$) (Herta et al., 2013).

Unter anderem wurden auch die „PTSD Symptom Scale-Self Report“ (PSS-SR) und die „Impact of Event Scale“ (IES) überprüft. Die Sensitivität lag bei beiden Instrumenten bei 91% (Coffey et al., 2006). Die PSS-SR besteht aus 17 Items. Die Fragen drehen sich auch hier um den Unfall, Alpträume, Gefühle und Schlafproblematiken. Die Antworten erfolgen mit Hilfe einer Zahlenskala. 0 bedeutet dass die Patientin, der Patient keine Probleme hat und 3 bedeutet, dass das Problem sehr oft auftritt, bis zu 5 Mal pro Woche. Die IES besteht aus 15 Fragen und es kann mit Hilfe einer Buchstabenskala geantwortet werden. A bis D, wobei A bedeutet, dass keine Probleme auftreten und D bedeutet, dass das Problem sehr oft auftritt.

Die Studie von Silove et al. 2003 kam zum Ergebnis, dass die besten Werte erzielt wurden, wenn man die „Impact of Event Scale“ (IES) mit dem „Beck-Depressions-Inventar“ (BDI)





kombinierte. Das BDI besteht aus insgesamt 21 Fragen, die auch mit einer Skala von 0-3 beantwortet werden können. Durch die Kombination der beiden Instrumente, lag die Sensitivität bei 81% und die Spezifität bei 95%. Weiter fand man in dieser Studie heraus, dass allein durch festgelegte Risikofaktoren oder durch festgelegte, spezifische psychische Erkrankungen, Risikopatientinnen und -patienten nicht identifiziert werden konnten (Silove et al., 2003).

In einer anderen Studie verglich man verschiedene Instrumente, die auf verschiedenen Symptomkombinationen basierten. Daraus entstand die Erkenntnis, dass Instrumente, die auf allen 17 Symptomen einer PTBS nach dem Klassifizierungssystem DSM-4 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) basieren, deutlich besser abschnitten als diejenigen, die nur einzelne Symptome berücksichtigten (Ehring et al. 2007).

Zwei Studien beschäftigten sich damit, ein ganzes Modell zur Früherkennung einer PTDS zu entwickeln. Dies bedeutet, dass die Patientinnen und Patienten nicht nur einmal mit Hilfe von einem Screeninginstrument befragt wurden, sondern über längere Zeit begleitet und mit mindestens zwei verschiedenen Instrumenten befragt wurden.

In dem erarbeiteten Modell von Mason et al. 2009 wird die Patientin, der Patient nach „Neurotischen Charakterzügen“, „vorangegangenen psychischen Problemen“ und „Symptome einer PTBS“ befragt, dies mit Hilfe von Screeninginstrumenten, dem „EPQ-Neuroticism Score“ und der „Impact of Event Scale“ (IES). Der „EPQ-Neuroticism Score“ besteht aus 23 Items. Das Modell erkennt signifikant Patientinnen und Patienten, die keine PTBS oder andere psychologische Folgeprobleme wie Depressionen oder Angststörungen, bis zu drei Monate nach dem Unfall entwickeln werden (Mason et al., 2009).





In einem systematischen Review wurden Informationen zur Früherkennung einer PTBS gesammelt. Aufgrund dieser Informationen wurde ein Modell entwickelt. Das Modell besteht aus drei Schritten. Im ersten Schritt werden alle Unfallpatientinnen und -patienten mit dem „Beck-Depressions-Inventar“ (BDI) oder dem „Trauma-Screening-Questionnaire“ (TSQ) gescreent. Der TSQ besteht aus 10 dichotomen Items. Alle Patientinnen und Patienten, die darauf als Risikopatientinnen und -patienten identifiziert wurden, erhielten in einem 2. und 3. Schritt ein weiteres Screening per Telefon. Galten sie danach immer noch als Risikopatientinnen und -patienten, erhielten sie erste psychologische Interventionen (O'Donnell et al., 2007).

5. Schlussfolgerung

Auf Grund der Ergebnisse wird ersichtlich, dass alle Patientinnen und Patienten nach einem Unfall ein Screening erhalten sollten. Dieses sollte so schnell als möglich statt finden. Bei der Auswahl eines Screeninginstrumentes sollte darauf geachtet werden, dass es gute Gütekriterien aufweist, mit wenig Zeitaufwand durchgeführt werden kann, einfach in der Anwendung ist und durch nicht spezialisiertes Personal angewendet und ausgewertet werden kann. Dichotome Instrumente, wie beispielsweise der „Freiburger Screeningfragebogen“ sind einfacher in der Anwendung und Auswertung. Hat man nur knappe Zeitressourcen zur Verfügung, sind diese sicherlich eine gute Alternative zu den anderen Screeninginstrumenten. Der „Freiburger Screeningfragebogen“ besteht zudem aus nur 10 Items, die jedoch alle wichtigen Fragen einschließen. Falls ein Screening positiv ausfällt, muss klar festgelegt sein, wie die weitere Betreuung aussieht. Weitere Forschung auf dem Gebiet ist essentiell. Instrumente müssen auf ihre Verwendbarkeit im deutschen Sprachraum überprüft werden. Es sollten Modelle entwickelt werden, die zur



Implementierung in einem Schweizer Akutspital geeignet sind. Wird ein ganzes Modell zur Früherkennung einer PTBS verwendet, ist das weitere Vorgehen gesichert, falls eine Patientin, ein Patient als Risikopatientin, als Risikopatient identifiziert wird.

6. Ausgewertete Studien

Beck, J. G., Grant, D. M., Read, J. P., Clapp, J.D., Coffey, S. F., Miller, L. M. & Palyo, S. A. (2008). The Impact of Event Scale-Revised: Psychometric properties in a sample of motor vehicle accident survivors. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(2), 187-198. Retrieved from <http://www.journals.elsevier.com/journal-of-anxiety-disorders/>

Coffey, S. F., Gudmundsdottir, B., Beck, G., Palyo, A. & Miller, L. (2006). Screening for PTSD in motor vehicle accident survivors using the PSS-SR and IES. *Journal of Traumatic Stress*, 19(1), 119-128. Retrieved from

[http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/\(ISSN\)1573-6598](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/(ISSN)1573-6598)

Ehring, T., Kleim, B., Clark, D. M., Foa, E. B. & Ehlers, A. (2007). Screening for Posttraumatic Stress Disorder – What Combination of Symptoms Predicts Best? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(12), 1004-1012. doi: 10.1097/NMD.0b013e31815c1999



Herta, D-C., Nemes, B. & Cozman, D. (2013). Screening methodology for posttraumatic stress disorder through self-assessment scales. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 13(1), 89-100. Retrieved from <http://jcbp.psychotherapy.ro/>

Mason, S., Farrow, T. F. D., Fawbert, D., Smith, R., Bath, P. A., Hunter, M., Woodruff, P. W. & Turpin, G. (2009). The development of a clinically useful tool for predicting the development of psychological disorder following injury. *British Journal of Clinical Psychology*, 48, 31-45. doi: 10.1348/014466508X344799

O'Donnell, M. L., Bryant, R. A., Creamer, M. & Carty, J. (2007). Mental health following traumatic injury: Toward a health system model of early psychological intervention. *Clinical Psychology Review*, 28(2008), 387-406. doi: 10.1016/j.cpr.2007.07008

Schneider, A., Lefering, R. & Neugebauer, E. (2011). Überprüfung der Gütekriterien des Freiburger Screeningfragebogens zur Identifizierung von Risikopatienten für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung an der Gruppe schwerverletzter Unfallpatienten. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 59(3), 241-250. doi: 10.1024/1661-4747/a000076

Silove, D., Blaszczyński, A., Manicavasager, V., Tyndall, K., Petridis, A. & Hillman, K. (2003). Capacity of Screening Questionnaires to Predict Psychiatric Morbidity 18 Months after Motor Vehicle Accidents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(9), 604-610. doi: 10.1097/01.nmd.0000087187.13408.e1

