Freiburger Arbeitsunfallstudie (FAUST)

Teil II: Wirksamkeit einer stationären psychologischen Frühintervention

Hintergrund

Psychologische Frühintervention nach akuten Traumen

Psychische Folgestörungen nach Extrembelastungen und Traumen – dazu können auch Arbeitsunfälle mit schweren körperlichen Verletzungen zählen – sind häufig und neigen unbehandelt zur Chronifizierung und sekundären Komplikationen [8, 9]. Psychologische Frühintervention verfolgt das Ziel, bereits kurze Zeit nach einem traumatischen Ereignis

- spezielle psychologische Hilfestellungen für die Betroffenen anzubieten,
- akute psychische Beschwerden zu reduzieren und
- die spätere Entwicklung einer post-traumatischen Belastungsstörung (PTBS) oder anderer psychischer Folgestörungen im Sinne einer sekundären Prävention zu verhindern [12].

Das weltweit am häufigsten eingesetzte Verfahren ist das „critical incident stress debriefing“ (CISD) [10, 11], nach Modifikationen auch als „psychological debriefing“ (PD) bezeichnet. Es erfolgt durch einen ausgebildeten Debriefler im Rahmen einer einzelnen 2- bis 3-stündigen Sitzung innerhalb der ersten 72 h nach dem Ereignis. Es wird entweder in einer Gruppe vom gleichen Ereignis Betroffener oder als Einzelgespräch durchgeführt. Das

Debriefing folgt einem definierten, mehrstufigen Vorgehen und beinhaltet eine detaillierte Beschreibung der faktischen Ereignisse, des subjektiven Erlebens während der traumatischen Situation und eine Aussprache über die emotional am belastendsten Erinnerungen der Betroffenen. Von Seiten der Leiter erfolgt eine Aufklärung über die Häufigkeit und Normalität psychischer Reaktionen nach Traumen und eine Information über weiterführende Hilfestellungen bei einem Fortbestehen der Beschwerden und Symptome.

In einer Cochrane-Metaanalyse [13] wurde keine Evidenz für eine wirksame Prävention einer späteren PTBS nach dem Einzel-Debriefing gefunden. In einzelnen Studien ergaben sich sogar Hinweise auf ein langfristig ungünstigeres Abschneiden [2]. Der Anspruch des Vorgehens und seine weit verbreitete, routinemäßige Anwendung wurden dadurch massiv in Frage gestellt.

Alternativ wurden kognitiv-verhaltenstherapeutische (abgekürzt KVT) Formen der Frühintervention untersucht, die mehrere psychotherapeutische Sitzungen innerhalb der ersten 4 Wochen nach dem Trauma umfassen. Sie enthalten typische Therapieelemente, die in der Behandlung der chronischen PTBS als wirksam nachgewiesen sind. Empirische Studien in kleinen Stichproben wurden für weibliche Opfer von sexueller Gewalt [7] und für Risikopersonen nach Verkehrsunfäl-

len durchgeführt [3]. In beiden Arbeiten war das nur 5 Doppelstunden umfassende, ambulant durchgeführte KVT-Vorgehen den Kontrollbedingungen (psychologische Beratung) in zentralen Ergebnisvariablen, insbesondere dem Anteil von Patienten mit späterer Diagnose einer PTBS, überlegen. Eine weitere Therapiestudie wurde nach Beginn der eigenen Untersuchung von Bisson et al. [2] veröffentlicht und kam in Bezug auf die Verminderung des PTBS-Syndroms ebenfalls zu ermutigenden Ergebnissen.

Generell sind aber viele Fragen zur Indikation und Wirksamkeit der psychologischen Frühintervention nach Traumen empirisch weiterhin ungeklärt:

- Soll eine Frühintervention für alle identifizierten Risikopatienten angeboten werden?
- Wann ist der optimale Zeitpunkt für psychotherapeutische Maßnahmen?
- Welchen Umfang und welche therapeutischen Bestandteile muss das Programm enthalten?
- Sind Maßnahmen der Frühintervention schon ausreichend für eine langfristig gute Traumabewältigung?

Die vorliegende Arbeit versteht sich als empirischer Beitrag zur Klärung des Um-

Vollständige Auflistung der an der Studie beteiligten Institutionen und Personen: siehe Teil I

gangs mit psychischen Gesundheitsstörungen nach schweren Arbeitsunfällen.

Studie

Fragestellungen

Im Interventionsteil der Studie sollten die Hypothesen überprüft werden, dass durch eine strukturierte, kognitiv-behaviorale Kurzzeitintervention bei HR-Patienten noch während der stationären Behandlung

- die PTBS-Symptomatik reduziert und die Entwicklung einer späteren PTBS verhindert werden können und
- Patienten mit einem erhöhtem PTBS-Risiko umso besser auf die Frühintervention ansprechen, je stärker ausgeprägt ihre initiale Psychopathologie ist.

Design und Methodik

Untersuchungsdesign und eingesetzte Erhebungsverfahren sind in dem Beitrag von Südkamp et al. [14] in diesem Heft ausführlich beschrieben. Für den Interventionsteil der Studie wurden nur Risikopatienten, die wenige Tage nach ihrem Arbeitsunfall einen auffälligen Screeningwert (>4) hatten, berücksichtigt. Nach einem Stratifizierungsplan wurden sie weiterführend der Therapie- oder der Kontrollbedingung (nur unfallchirurgische Behandlung) zugeteilt. Beide Untergruppen wurden bezüglich ihrer Heilungsverläufe über 4 Messzeitpunkte bis zur letzten Nachuntersuchung 15 Monate nach Einschluss in die Studie weiter verfolgt.

Psychologische Frühintervention

Sie orientierte sich an einem von der Forschergruppe entwickelten Behandlungsmニュアル, das das therapeutische Vorgehen im Sinne eines verbindlichen Maßnahmenkorridors für 5 60-minütige Sitzungen vorgibt. Es enthält therapeutische Bausteine, die auf die besondere Situation schwer unfallverletzter Patienten und deren anfänglichen psychischen Reaktionen abgestellt sind. Ziel sind

- eine rasche therapeutische Hilfe zur Reduktion von Verunsicherung und Übererregung,

Trauma Berufskrankh 2006 · 8 [Suppl 1]: S74–S79 DOI 10.1007/s10039-006-1113-3
© Springer Medizin Verlag 2006

J. Angenendt · M. Berger · H. Hecht · W. Köstler · U. Nowotny-Behrens · N. Südkamp · B. Stark **Freiburger Arbeitsunfallstudie (FAUST). Teil II: Wirksamkeit einer stationären psychologischen Frühintervention**

Zusammenfassung

Im Rahmen der Freiburger Arbeitsunfallstudie wurden 408 Patienten nach schweren Arbeitsunfällen mit stationärer Behandlungspflicht prospektiv auf ihre unmittelbaren und langfristigen psychischen Reaktionen und Folgestörungen hin untersucht. Hinsichtlich des Untersuchungsdesigns und der Epidemiologie wird auf den Beitrag von Südkamp et al. in diesem Heft verwiesen. Im vorliegenden Interventionsteil wurden die kurz- und die langfristige Wirksamkeit einer psychologischen Kurzzeitbehandlung für Hochrisikopatienten überprüft, die kurz nach der Krankenhausaufnahme peritraumatisch besonders intensive psychische Reaktionen gezeigt hatten. 103 mit einem Screeninginstrument ermittelte Hochrisikopatienten wurden entweder der Therapiebedingung (5 Sitzungen Psychotherapie mit präventiver Zielsetzung noch in der Unfallchirurgie) oder der Kontrollbedingung (unfallchirurgische Behand-

lung ohne spezielle Begleitbehandlung) zugewiesen. Auf Gesamtgruppenebene konnte für die präventive Kurzzeitbehandlung keine Überlegenheit nachgewiesen werden. Nur für Risikopatienten mit anfänglich besonders starken posttraumatischen psychischen Reaktionen ließ sich ein signifikanter Effekt der Therapie im Katamnesezeitraum beobachten. Die Wirksamkeit war spezifisch für das PTBS-Syndrom und nicht generell für andere psychische Beschwerden. Als Schlussfolgerungen werden Fallkonstellationen innerhalb der Risikogruppe diskutiert, für die sich unterschiedlicher (Be)handlungsbedarf ergibt.

Schlüsselwörter

Unfall · Psychische Gesundheitsstörungen · Posttraumatische psychische Reaktion · PTBS-Syndrom · Psychologische Kurzzeitbehandlung

Freiburg study on occupational accidents. Part II: Effectiveness of early psychological intervention for surgical in-patients

Abstract

The "Freiburger Arbeitsunfallstudie" examined the immediate and long-term psychological reactions and mental health problems of 408 patients who needed surgical in-patient treatment after serious accidents at their workplaces. The reader is referred to the paper by Südkamp et al. (this issue) for information on the study design and the epidemiological results. The interventional part of the study evaluated the short- and long-term effectiveness of a psychological early intervention program for high-risk patients: 103 high-risk patients were screened for severe peritraumatic symptoms, and each was allocated either to a therapy group (five individual sessions of prophylactic cognitive behavioral therapy while still on the surgical ward) or to a control group that received no specific psychotherapeutic support. Analysis of the group as a whole did not show short-

term prophylactic psychotherapy to be superior in either the short or the long term. Only in high-risk patients who had higher risk scores (>7 on the 10-item screening instrument) and more severe symptoms immediately after their accidents was a significant effect of the therapy ascertained. Positive effects of the early intervention treatment were specific for posttraumatic stress disorder, and other psychopathological complaints were not affected. In conclusion, different subtypes of patients are defined within the high-risk group, for which different treatment strategies might be indicated.

Keywords

Accident · Psychopathological complaints · Psychological reaction after trauma · Posttraumatic stress disorder · Short-term psychotherapy

Abb. 1 ▲ PTBS-Symptom-Verlauf für Risikopatienten [Therapie- (VT) vs. Kontrollgruppe (KG)]

Abb. 2 ▲ Verlauf allgemeiner psychopathologischer Beschwerden bei Risikopatienten [Therapie- (VT) vs. Kontrollgruppe (KG)]

- die Förderung hilfreicher Formen des Umgangs mit auftretenden psychischen Symptomen und Belastungen,
- eine günstige Unfallverarbeitung und
- Förderung der beruflichen Rehabilitation.

Therapeutische Elemente sind:

- Beziehungsaufbau und akute Unterstützung,
- Rekonstruktion des Unfallgeschehens und -erlebens,
- Psychoedukation,
- Exposition in der Vorstellung,
- Atemregulation,
- kognitive Interventionen,
- Angstbewältigungstraining,
- Information über mögliche weiterführende Hilfestellungen.

Je nach Schwerpunkt der individuellen Symptomatik und Problemkonstellation wurden diese Elemente unterschiedlich stark gewichtet.

Die Therapien wurden von einer ärztlichen und 3 psychologischen Psychotherapeutinnen in allen beteiligten Zentren nach einheitlichen Kriterien und unter Supervision des Erstautors (J. Angenendt, Supervisor für Verhaltenstherapie) durchgeführt.

Ergebnisse

Die 103 Risikopatienten verteilten sich auf 50 Patienten der Therapie- und 53 der Kontrollgruppe. Beide wiesen bezüglich ihrer soziodemografischen, unfallbezogenen, der anfänglichen Verletzungsschwere und anderer wichtiger Ausgangsmerkmale keine signifikanten Unterschiede auf (s. auch Tab. 1 aus der

Arbeit von Südkamp et al. [14] in diesem Heft). Die Teilnahme an den weiteren Untersuchungsterminen war in beiden Gruppen vergleichbar hoch (je über 85%), sodass Verzerrungen der Verlaufsergebnisse durch Verluste bei den Nachuntersuchungen ausgeschlossen werden konnten.

Verläufe der Therapie- (HR-VT) vs. Kontrollgruppe (HR-K)

Analysiert man die Verläufe für beide HR-Gruppen über den 15-monatigen Zeitraum, ließ sich *insgesamt* keine Überlegenheit der Therapiegruppe gegenüber der Kontrollgruppe nachweisen. Zwar ergaben sich bezüglich der posttraumatischen, depressiven und allgemeinen psychischen Beschwerden zur letzten Nachuntersuchung tendenziell geringere Schweregrade der therapierten Patienten. Diese Unterschiede erreichten jedoch nicht das geforderte Signifikanzniveau (s. ■ Abb. 1 für den Verlauf des Posttraumatischen Belastungssyndroms). Auf der Gesamtgruppenebene waren die Verläufe für verschiedene psychische Beschwerdebereiche weitgehend parallel. Das gilt auch für allgemeine psychopathologische Beschwerden (■ Abb. 2).

In ■ Abb. 1 fallen die bei den Arbeitsunfallopfern anfänglich im Durchschnitt nur moderat ausgeprägten Ausgangswerte auf der Messskala für das PTBS-Syndrom auf. Im Vergleich zu den eingangs referierten Studien mit Verkehrsunfall- und Vergewaltigungsoffern [3, 5, 7] lag in der eigenen Studie die anfängliche PTBS-Symptom-Schwere weit unter dem PDS-Wert von 20, ab dem von einer „schwer ausgeprägten PTBS“ gesprochen wird. Es wurde deshalb überprüft, ob sich positive Therapieeffekte (ausgedrückt als Effektstärke zwischen Therapie- und Kontrollgruppe) in Abhängigkeit von der Stärke der initialen Symptomatik ergaben. Dazu wurde sukzessive das ursprüngliche, bei einem Screeningwert von 4 liegende Eingangskriterium um jeweils 1 weiteren Beschwerdebereich erhöht. Danach zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen initialer Symptomschwere und Gruppenzugehörigkeit. Je schwerer die Ausgangssymptomatik war, desto ausgeprägter unterschieden sich behandelte und unbehandelte Hochrisikopatienten,

wobei sich dieser positive Therapieeffekt (mit Ausnahme der initial schwer Beeinträchtigten) zeitverzögert einstellte. **Abb. 3 und 4** zeigen die Verläufe für 2 Extremgruppen von HR-Patienten: die Untergruppe mit einem Screeningwert von genau 4, d. h. gerade über dem definierten Eingangswert für HR (**Abb. 3**), bzw. Patienten mit besonders hohem Risikoindex (>7). Es wird deutlich, dass die Gruppe mit besonders hohen Ausgangswerten (**Abb. 4**) der unbehandelten Kontrollgruppe im Verlauf deutlich überlegen war und gut von der Psychotherapie profitierte. Im Gegensatz dazu waren die Verläufe bei dem geringeren Risikoindex annähernd parallel.

Diese überlegene Wirksamkeit der Frühintervention war aber spezifisch für die Reduktion des posttraumatischen Belastungssyndroms. Für andere Beschwerden, wie das depressive Syndrom bzw. die allgemeine psychische Belastung, war ein vergleichbarer differenzieller Effekt nicht zu beobachten.

Auftreten psychischer Störungen im Langzeitverlauf

Auf der Ebene festgestellter Diagnosen zum Zeitpunkt der 15-Monats-Nachuntersuchungen wurde in der HR-Gruppe bei insgesamt 22 Patienten (23%) das Vollbild einer psychischen Störung festgestellt. Die Quote mit zwischenzeitlichem Auftreten, aber späterer Remission war höher. Es war eine starke Tendenz zu komplexeren Störungsbildern zu erkennen, d. h. etwa 60% wiesen mehr als eine Diagnose auf. Am häufigsten wurde bei 18 (19%) HR-Patienten die Diagnose einer anhaltenden PTBS gestellt. Angststörungen (13%) und depressive Störungen (13%) waren die nächstwichtigsten Diagnosen. Der Anteil von Patienten mit mindestens einer psychischen Diagnose war in der behandelten Gruppe leicht höher als in der Kontrollgruppe [13 (27%) vs. 9 (20%)].

Die stationäre Frühintervention in Form von 5 Sitzungen allein bewirkte nicht, dass auf der Ebene psychischer Diagnosen eine geringere Inzidenz erreicht wurde. Das bedeutet auch, dass die deutliche Reduktion der PTBS-Symptomatik in der Gruppe mit hohem Risikoindex bzw. bei den Patienten mit anfänglich bereits schwerer PTBS-Symptomatik nicht

Abb. 3 ▲ PTBS-Symptom-Verlauf für Patienten mit niedrigem Risikoindex (Screeningwert 4) [Therapie- (VT) vs. Kontrollgruppe (KG)]

Abb. 4 ▲ PTBS-Symptom-Verlauf für Patienten mit hohem Risikoindex (Screeningwert >7) [Therapie- (VT) vs. Kontrollgruppe (KG)]

ausreichte, um diese Symptomatik nachhaltig bis unterhalb der Diagnoseschwelle zu verbessern. Es fanden sich 10 (20%) Patienten mit anhaltender PTBS in der HR-VT und 8 (17%) in der HR-K.

Medizinische Behandlung und berufliche Wiedereingliederung

Ein ähnliches Bild fand sich bezüglich anderer Indikatoren des Heilungsverlaufs. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, die Quote der erfolgten Rückkehr in den Unfallbetrieb oder an den bisherigen Arbeitsplatz, die Minderung der Erwerbsfähigkeit und die globale Einschätzung des Heilverlaufs durch die BG waren in der Gruppe der HR-Patienten unabhängig von der Frühintervention während der chirurgischen Akutbehandlung. Deshalb wurde auf eine differenzierte Darstellung der Ergebnisse für beide HR-Grup-

pen verzichtet und die Gesamtgruppe der HR mit der Gruppe der NR verglichen (s. Tab. 3 in Südkamp et al. [14] in diesem Heft). Für die Frühintervention mit der primären Zielsetzung einer Prävention der PTBS und anderer psychischer Störungen und dem sekundären Ziel einer Förderung der beruflichen Wiedereingliederung konnte in Bezug auf diese Faktoren keine Überlegenheit nachgewiesen werden.

Diskussion

In der Gesamtgruppe der identifizierten Hochrisikopatienten waren die Verlaufsunterschiede für Patienten mit bzw. ohne spezielle Frühintervention weder für die PTBS noch für die allgemeine Psychopathologie oder andere zentrale Ergebnisvariablen statistisch signifikant. Insofern

kann die frühe Bereitstellung eines auf die PTBS-Symptomatik abzielenden Therapieprogramms noch während der unfallchirurgischen Behandlung – die allein aufgrund des erhöhten Screeningwerts kurz nach dem Unfall erfolgt – nicht als obligate Maßnahme empfohlen werden. Der Leitsatz einer „möglichst frühen psychologischen Intervention für alle identifizierten Risikopatienten“ noch in der Unfallchirurgie lässt sich empirisch nicht untermauern. Ein entscheidender Grund ist in dem insgesamt nur leichten bis mittleren Ausgangsniveau der anfänglichen psychischen Symptomatik bei den Arbeitsunfallopfern zu sehen. Nur etwa 20% der Hochrisikopatienten nach Arbeitsunfällen überschritten die für Patienten mit manifesten PTBS-Diagnosen (nach anderen traumatischen Ereignissen) typischen Cut-off-Werte ($PDS > 20$) auf der entsprechenden Selbstbeurteilungsskala.

Die Verlaufsanalyse nur derjenigen Patienten, die *anfänglich besonders starke psychische Reaktionen* aufwiesen, erbrachte konsequenterweise andere Resultate: Bei *hohem Risikoindex und schwerer Ausgangssymptomatik* zeigte die eingesetzte Frühintervention eine *überlegene Wirksamkeit* in der Reduktion des PTBS-Syndroms. Das Ausmaß der Veränderung bis zur letzten Nachuntersuchung war in der Behandlungsgruppe umso größer, je stärker die anfänglichen PTBS-Symptome ausgeprägt waren. Signifikante Unterschiede zugunsten der Frühintervention waren 7 Monate und im Trend auch 15 Monate nach dem Unfall nachweisbar. In der KG verblieb die Symptomatik dagegen unverändert auf etwa dem gleichen Ausgangsniveau. Diese Effekte blieben aber primär auf das PTBS-Syndrom begrenzt. Bezüglich der anderen psychischen Beschwerdebereiche führte die Frühintervention zu keinen nachhaltigen Veränderungen.

Auf der Ebene langfristiger diagnostizierter Störungen unterschieden sich die Gruppen nicht. Die KVT-Frühintervention reduzierte zwar für Patienten mit hoher initialer Symptomatik die Ausprägung des PTBS-Syndroms deutlich und nachhaltig. Diese Reduktion war jedoch nicht ausreichend, diese Symptomatik bis unterhalb der kritischen Diagnoseschwelle zu vermindern. Hierfür könnte die insge-

samt geringe Dosis und Dauer der Therapie von Bedeutung sein. Insbesondere für Patienten, die bereits in der Lebensspanne vor dem Unfall psychische Störungen aufgewiesen hatten und nach dem Unfall ein posttraumatisches Syndrom entwickelten, verminderte die Frühintervention zwar dessen Ausprägungsgrad, nicht aber dessen Persistenz bis zur 15-Monats-Nachuntersuchung. Die Patienten sprachen zwar auf die kurze Frühintervention an, die aber ohne entsprechende weiterführende Maßnahmen alleine nicht ausreichend war.

Die Quote von Patienten, die nach der Akutbehandlung eine weiterführende ambulante Psychotherapie durchgeführt hatten, war mit 3% sehr gering. Angesichts der Inzidenz psychischer Störungen von mindestens 17% ergibt sich somit ein deutlich höherer Bedarf für adäquate weiterführende Hilfestellungen im ambulanten Heilverfahren.

Fazit für die Praxis

Die Freiburger Studie hat die hohe klinische Bedeutung einer frühzeitigen Identifizierung von Hochrisikopatienten klar aufzeigen können. Diese ist auch mit Hilfe eines kurzen und einfachen Screeningbogens möglich. Die im Sinne eines „Bringe-Modus“ durchgeführte psychologische Frühintervention „noch am Krankenbett“ hat aber insgesamt nicht die Effekte erzielt, die allen Beschwerdekongstellationen der Hochrisikopatienten gerecht werden konnten. Deutlich ist, dass innerhalb der Hochrisikogruppe weitere Subgruppen zu unterscheiden sind, für die sich unterschiedlicher (Be)Handlungsbedarf ergibt. Unter zusätzlicher Berücksichtigung klinischer Beobachtungen lassen sich 3 Fallkonstellationen beschreiben:

1. Bei HR-Patienten mit geringer initialer psychopathologischer Belastung ist primär eine weitere Verlaufsbeobachtung angezeigt. Die anfänglich mit der Kliniksituation und Ungewissheit über die weitere körperliche Heilung verbundenen psychischen Reaktionen sind noch diffus und kurzfristigen Veränderungen und Schwankungen unterworfen. Sie lassen sich deshalb nicht als stabile psychopa-

thologische Beschwerden begreifen, für die auf ein umschriebenes Symptombild abgestimmte Behandlungsmaßnahmen wirksam sind. Die stationäre Frühintervention ist offensichtlich für diese Patienten nicht notwendig. Ergibt die weitere Verlaufsbeobachtung, dass es zu keiner psychischen Stabilisierung kommt oder sich manifeste Störungen entwickeln, wären spezifische Maßnahmen in der ambulanten Phase einzuleiten.

2. Frühintervention ist primär angezeigt bei denjenigen Hochrisikopatienten, die bereits initial eine stark ausgeprägte PTBS-Symptomatik zeigen. Das waren in der Untersuchungsstichprobe nur etwa 20% der Hochrisikopatienten. Bei ihnen zeigte die Frühintervention eine deutliche Wirksamkeit in der Reduktion der posttraumatischen Symptomatik, die aber allein unzureichend war, um langfristig die Diagnosekriterien der PTBS-Störung nicht mehr zu erfüllen. Für solche Patienten ist die vergleichsweise kurze und auf die Dauer der stationären Behandlung beschränkte Psychotherapie mit nur 5 Sitzungen unterhalb der notwendigen „Dosis“ an psychotherapeutischer Hilfe. Sie sprechen insgesamt zwar positiv auf die Maßnahmen an, die jedoch wegen des frühen Zeitfensters thematisch eng auf die anfänglichen psychischen Reaktionen und die unmittelbaren Folgen des Unfalls bezogen bleiben. Auch hier wäre es notwendig, im Rahmen einer weiteren ambulanten Verlaufsbeobachtung gemeinsam mit den Patienten zu verfolgen, ob sich eine ausreichende Unfallbewältigung und psychische Neuanpassung an Veränderungen nach dem Unfall einstellen. Solche Fragen stellen sich verstärkt im Rahmen der realen Alltagsanforderungen. Ergeben sich bei der medizinischen, beruflichen und/oder sozialen Rehabilitation Belastungen und Probleme, scheinen sich diese bei den Risikopatienten mit hoher psychischer Initialbelastung negativ auf die psychische Anpassung auswirken. Sie können so zu langfristig Symptom aufrechterhaltenden Faktoren werden. Diese Patienten sollten beim Ein-

treten solcher Komplikationen im ambulanten Heilverfahren rasch und zuverlässig an eine adäquate ambulante Therapie vermittelt werden. Dies ist in der untersuchten Stichprobe aber praktisch nicht geschehen.

3. Bei Risikopatienten mit vor dem Unfall bereits aufgetretenen psychischen Störungen und gleichzeitig hoher anfänglicher Symptomausprägung ist neben der stationären Frühintervention die Indikation für eine anschließende psychiatrisch-psychotherapeutische Betreuung und Anbindung zu stellen. Dabei ist es wichtig, auch andere psychische Folgestörungen als die PTBS zu berücksichtigen und diese – wo erforderlich – in die Therapieplanung einfließen zu lassen. Die PTBS ist im Rahmen der Studie zwar als die häufigste psychische Störung aufgefallen, steht jedoch gerade bei den schwierigen Verläufen auch mit Angststörungen, affektiven Störungen und Schmerzstörungen in Interaktion. Psychotherapie nach Arbeitsunfällen hat hier die individuellen Bedingungen der Entstehung, Auslösung und Aufrechterhaltung der psychischen Beschwerden und ihre Wechselwirkungen mit den medizinischen und rehabilitativen Prozessen zu berücksichtigen. Sie kann damit nicht einem einheitlichen Vorgehen folgen, sondern hat den individuellen Konstellationen psychischer Störungen im Kontext der medizinischen und psychosozialen Rehabilitation gerecht zu werden. Für die störungsspezifische Psychotherapie sollte aber – wo immer möglich – auf die empirisch als wirksam nachgewiesenen Verfahren z. B. für Angst- und depressive Störungen zurückgegriffen werden. Gegebenenfalls ist hier auch eine zusätzliche psychopharmakologische Behandlung entsprechend den störungsspezifischen Leitlinien indiziert.

Korrespondierender Autor

Dr. J. Angenendt

Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie,
Universitätsklinikum Freiburg
Hauptstraße 5, 79104 Freiburg im Breisgau
joerg_angenendt@psyallg.ukl.uni-freiburg.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor weist auf eine Verbindung mit folgender Firma/Firmen hin: Die Studie wurde mit wissenschaftlichen Fördermitteln des HUBG St. Augustin unterstützt.

Literatur

1. Bisson J, Jenkins PL, Alexander J et al. (1997) Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *Br J Psychiatry* 171: 78–81
2. Bisson JI, Shepherd JP, Joy D et al. (2004) Early cognitive behavioural therapy for post-traumatic symptoms after physical injury. Randomized controlled trial. *Br J Psychiatry* 184: 63–67
3. Bryant RA, Harvey AG, Dang ST et al. (1998) Treatment of acute stress disorder: a comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *J Consult Clin Psychol* 66: 862–866
4. Drechsel-Schlund C, Joho F, Radek E (2005) Modellverfahren der Landesverbände der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Einbindung von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren bei psychischen Gesundheitsschäden – Daten, Fakten und eine erste Bilanz. *Trauma Berufskrankh* 7: 134–140
5. Ehlers A, Clark DM, Hackmann A et al. (2003) A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessment as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry* 60: 1024–1032
6. Everly GS, Mitchell JT (2000) The debriefing „controversy“ and crisis intervention: a review of lexical and substantive issues. *Int J Emerg Mental Health* 2: 211–225
7. Foa EB, Rothbaum BO, Riggs DS et al. (1991) Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *J Consult Clin Psychol* 59: 715–723
8. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E et al. (1995) Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 52: 1048–1060
9. Lecrubier Y (2004) Posttraumatic stress disorders in primary care: a hidden diagnosis. *J Clin Psychiatry [Suppl 1]* 65: 4954
10. Mitchell JT, Dyregrov A (1993) Traumatic stress in disaster workers and emergency personnel: prevention and intervention. In: Wilson JP, Raphael B (eds) *International handbook of traumatic stress*. Plenum Press, New York, pp 905–914
11. Mitchell JT, Everly GS (1995) Critical incident stress debriefing: an operation manual for the prevention of traumatic stress among emergency services and disasters workers, 2nd edn. Chevron Publishing Corporation, Ellicott City
12. Orner R, Schnyder U (eds) (2003) *Reconstructing early intervention after trauma. Innovations in the care of survivors*. Oxford University Press, Oxford
13. Rose S, Bisson J, Wessely S (2002) Psychological debriefing for preventing posttraumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Library Issue 3*. Update Software, Oxford
14. Südkamp N, Angenendt J, Hecht H et al. (2006) Freiburger Arbeitsunfallstudie (FAUST). Teil I: Epidemiologie und Verlauf psychischer Folgestörungen nach Arbeitsunfällen. *Trauma Berufskrankh* 8 [Suppl]. DOI 10.1007/s10039-006-1112-4