

LEITLINIE

POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG ICD 10: F 43.1

Leitlinien der AWMF in Abstimmung mit:
 Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)
 Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM)
 Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)
 Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)

Zitierbare Quelle:

Flatten G, Gast U, Hofmann A, Liebermann P, Reddemann L, Siol T, Wöller W, Petzold ER: Posttraumatische Belastungsstörung Leitlinie und Quellentext. 2. Auflage, Schattauer-Verlag, Stuttgart, New York 2004

Kurzfassung

Hinweise zur Graduierung der Evidenz- und Empfehlungsstärke

Studienqualität	Evidenzstärke	Empfehlung	Beschreibung	Symbol
Systematische Übersichtsarbeit (Metaanalyse) oder RCT (Therapie) oder Kohortenstudie (Risikofaktoren, Diagnostik) von hoher Qualität	hoch	„soll“	Starke Empfehlung	▲ ▲
RCT oder Kohortenstudie von eingeschränkter Qualität	mäßig	„sollte“	Empfehlung	▲
RCT oder Kohortenstudie von schlechter Qualität, alle anderen Studiendesigns, Expertenmeinung	schwach	„kann“	Empfehlung offen	◀ ▶

**Synonyme: PTBS - Posttraumatische Belastungsstörung
 PTSD - Post Traumatic Stress Disorder**

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist eine spezifische Form einer Traumafolgestörung. Verwandte Störungsbilder sind:

- Akute Belastungsreaktion ICD10: F 43.0
- Anpassungsstörung ICD10: F 43.2**
- Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung ICD10: F 62.0**

Die umfangreichen Folgen, einer durch Traumatisierung gestörten Persönlichkeitsentwicklung, werden aktuell unter den Begriffen „Komplexe Traumafolgestörung“, „Developmental Trauma Disorder“ oder „Komplexe Präsentation einer Posttraumatischen Belastungsstörung“ diskutiert.

Weitere Traumafolgestörungen sind:

Dissoziative Störungsbilder F 44

Somatoforme Schmerzstörung F45.4

Emotional Instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline) F 60.3

Weitere Störungen, bei denen traumatische Belastungen maßgeblich mitbedingend sind:

Dissoziale Persönlichkeitsstörung F 60.2

Essstörungen F 50

Affektive Störungen F 32, 33, 34

Substanzabhängigkeit F 1

Somatoforme Störungen F 45

Chronifizierte posttraumatische Belastungen können über die traumaassoziierte Stressaktivierung den Verlauf körperlicher Erkrankungen mitbedingen oder beeinflussen. Insbesondere ist dies belegt für Herz-Kreislaufkrankungen und immunologische Erkrankungen. (siehe hierzu auch Link zu Leitlinienempfehlung 1 und 2)

Definition:

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist eine mögliche Folgereaktion eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse

(wie z.B. Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, auch in der Kindheit (sogenannter sexueller Mißbrauch), Vergewaltigung, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Krieg, Kriegsgefangenschaft, politische Haft, Folterung, Gefangenschaft in einem Konzentrations-lager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, Unfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit),

die an der eigenen Person, aber auch an fremden Personen erlebt werden können. In vielen Fällen kommt es zum Gefühl von Hilflosigkeit und durch das traumatische Erleben zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses.

Das syndromale Störungsbild ist geprägt durch:

- ◆ sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma (*Intrusionen*) oder Erinnerungslücken (*Bilder, Alpträume, Flashbacks, partielle Amnesie*),
- ◆ Übererregungssymptome (*Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen*)
- ◆ Vermeidungsverhalten (*Vermeidung traumaassoziiertes Stimuli*) und

- ◆ emotionale Taubheit (*allgemeiner Rückzug, Interesseverlust, innere Teilnahmslosigkeit*)
- ◆ im Kindesalter teilweise veränderte Symptomausprägungen (*z.B. wiederholtes Durchspielen des traumatischen Erlebens, Verhaltensauffälligkeiten, z.T. aggressive Verhaltensmuster*)

Die Symptomatik kann unmittelbar oder auch mit (z.T. mehrjähriger) Verzögerung nach dem traumatischen Geschehen auftreten (verzögerte PTBS).

Epidemiologie:

Die Häufigkeit von PTBS ist abhängig von der Art des Traumas.

- ◆ Ca. 50% Prävalenz nach Vergewaltigung
- ◆ Ca. 25% Prävalenz nach anderen Gewaltverbrechen
- ◆ Ca. 50% bei Kriegs-, Vertreibungs- und Folttereopfern
- ◆ Ca. 10% bei Verkehrsunfallopfern
- ◆ Ca. 10% bei schweren Organerkrankungen, (Herzinfarkt, Malignome)

Die Lebenszeitprävalenz für PTBS in der Allgemeinbevölkerung mit länderspezifischen Besonderheiten liegt zwischen 1% und 7% (Deutschland 1,5 – 2 %). Die Prävalenz subsyndromaler Störungsbilder ist wesentlich höher. Es besteht eine hohe Chronifizierungsneigung.

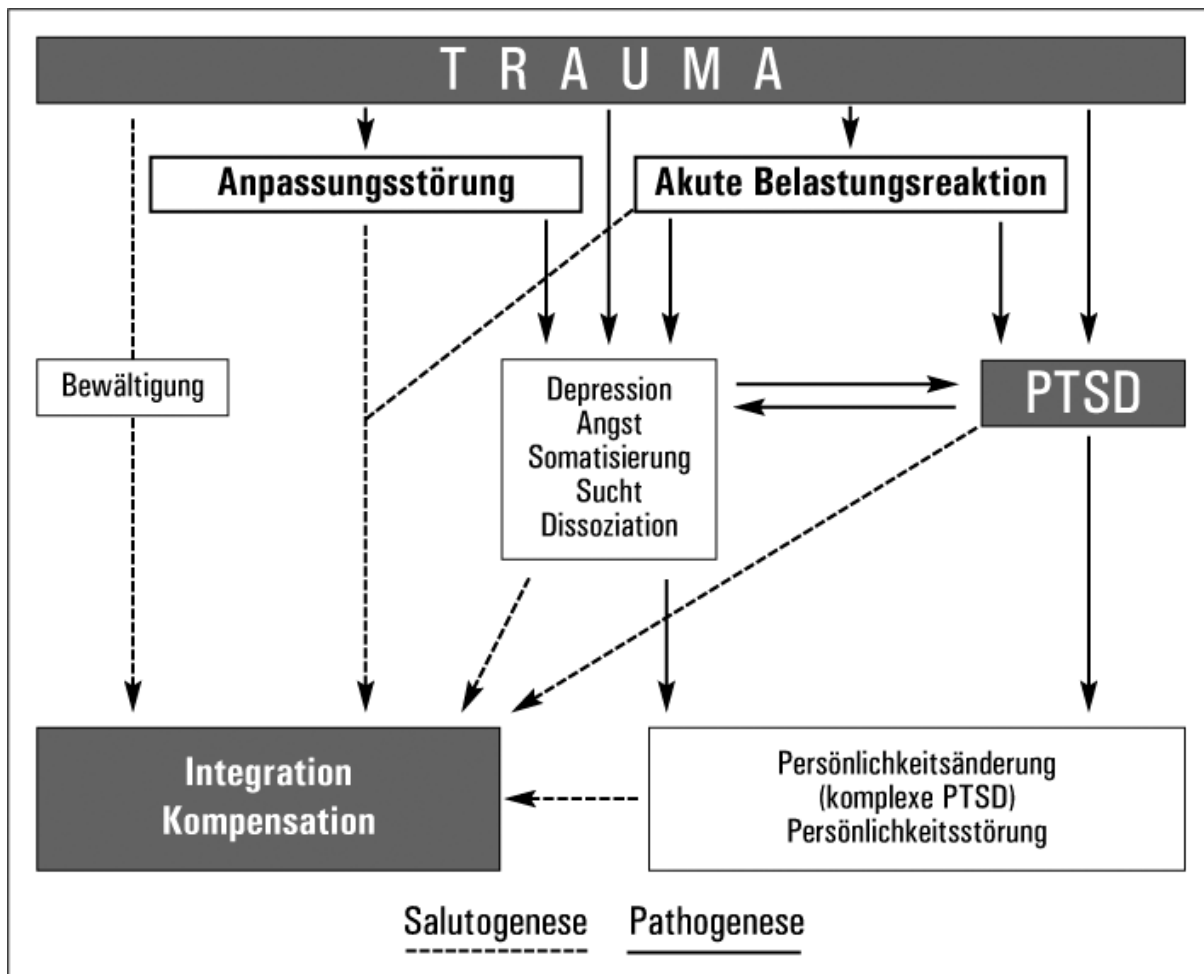
Leitlinienempfehlung 1:

➤ Bei der Diagnostik soll beachtet werden, dass die Posttraumatische Belastungsstörung nur eine, wenngleich spezifische Form der Traumafolgeerkrankungen ist. 28/28 ▲▲

Leitlinienempfehlung 2:

➤ Es soll beachtet werden, dass komorbide Störungen bei der Posttraumatische Belastungsstörung eher die Regel als die Ausnahme sind 27/27 ▲▲

Übersicht traumareaktiver Entwicklungen



Diagnostik:

- ◆ Diagnostik nach klinischen Kriterien (s.o.)
- ◆ Berücksichtigung traumatischer Auslöser bei der Beschwerdeentwicklung
- ◆ Abgrenzung gegenüber akuten Belastungsreaktionen, Anpassungsstörungen und relevanten psychischen Vorerkrankungen
- ◆ Berücksichtigung traumaassoziierter und komorbider Störungen (*Angststörungen, Depression, somatoforme Störungen, dissoziative Störungen, Suchterkrankungen, Substanzmißbrauch, Organerkrankungen*)
- ◆ Diagnosesicherung am besten durch PTBS-spezifisches Interview/ ergänzende psychometrische Diagnostik (*Wichtig: sensible Exploration*)
- ◆ Berücksichtigung subsyndromaler Störungsbilder mit klinischer Relevanz (*z.B. Intrusionen und Übererregungssymptome ohne Vermeidungsverhalten*)

Cave! Übersehen einer PTBS

- ◆ bei lange zurückliegender Traumatisierung (z.B. *körperliche und sexualisierte Gewalt bei Kindern, frühere Kriegserfahrungen*),
- ◆ bei klinisch auffälliger Komorbidität (*Depression, Angst, Somatisierung, Sucht, Dissoziation*)
- ◆ bei unklaren, therapieresistenten Schmerzsyndromen (*z.B. somatoforme Schmerzstörung*),
- ◆ bei misstrauischen, feindseligen und emotional-instabilen Verhaltensmustern (*z.B. insbesondere bei Persönlichkeitsstörungen*),
- ◆ bei medizinischen Eingriffen und Erkrankungen (*z.B. Malignome, Patienten nach Intensivbetreuung, Problemgeburten*).

Leitlinienempfehlung 3:

- Die Diagnostik der PTBS soll nach klinischen Kriterien (ICD 10) erfolgen. 33/36 ▲ ▲

Leitlinienempfehlung 4:

- Zur Unterstützung der Diagnostik können psychometrische Tests und PTBS- spezifische strukturierte klinische Interviews eingesetzt werden. 33/36 ◀ ▶

Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung

Erste Maßnahmen

(vergleiche hierzu auch die Empfehlungen der S2-Leitlinie: „Diagnostik und Therapie akuter Folgen psychischer Traumatisierung“)

- ◆ Herstellen einer sicheren Umgebung, wenn immer möglich (*Schutz vor weiterer Traumaeinwirkung*)
- ◆ Organisation des psycho-sozialen Helfersystems
- ◆ Frühes Hinzuziehen eines mit PTBS-Behandlung erfahrenen Psychotherapeuten
- ◆ Psychoedukation und Informationsvermittlung bzgl. traumatischer Symptome und Verläufe

Abklärung des individuellen Stabilisierungsbedarfs: E:III

durch entsprechend qualifizierten ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten

- ◆ Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung
- ◆ Anbindung zur engmaschigen diagnostischen und therapeutischen Betreuung

- ◆ Abklärung von Affektregulation, Selbst- und Beziehungsmanagement, soziale Kompetenzen
- ◆ Einschätzung und Umgang mit Selbst- und Fremdgefährdungstendenzen
- ◆ Aufbau von intra- und interpersonellen Ressourcen (*imaginative Selbstberuhigung, soziales Netzwerk*) E:III
- ◆ Unterstützung von Symptomkontrolle (*z.B. Kontrolle intrusiver Phänomene, Distanzierungstechniken*)
- ◆ adjuvante Pharmakotherapie (*symptomorientiert*) E:I
- ◆ Einbeziehung adjuvanter kunst- und gestaltungs-, ergo- sowie körpertherapeutischer Verfahren E:III
- ◆ Antidepressiva aus der Stoffgruppe der SSRI E:I
(*Vorsicht bei Suizidgefährdung, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen*)

Cave! Besondere Suchtgefährdung bei PTBS (besonders Benzodiazepine)

Leitlinienempfehlung 5:

➤ Manche PatientInnen mit PTBS haben eine unzureichende Affektregulation (z.B. mangelnde Impulskontrolle, dissoziative Symptome, Substanzmissbrauch, Selbstverletzungen, Suizidalität), die diagnostisch abgeklärt werden muss und initial in der Behandlungsplanung (individueller Stabilisierungsbedarf) zu berücksichtigen ist. 16/28.



Leitlinienempfehlung 6:

➤ Psychopharmakotherapie soll nicht als alleinige Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung eingesetzt werden. Adjuvante Psychopharmakotherapie kann zur Unterstützung der Symptomkontrolle indiziert sein, ersetzt aber keine traumaspezifische Psychotherapie. 28/28

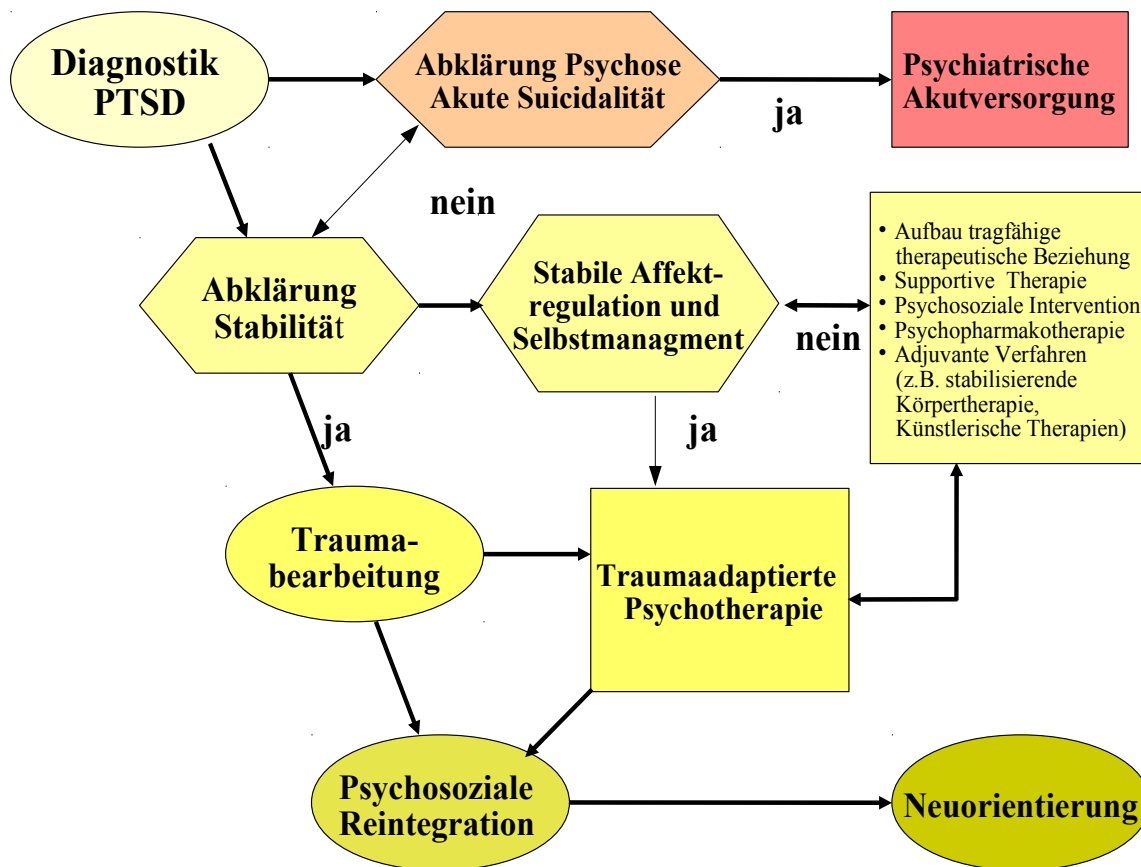


Leitlinienempfehlung 7:

➤ Adjuvante Verfahren wie Ergotherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie, Körper- und Bewegungstherapie, Physiotherapie können in einem traumaspezifischen Gesamtbehandlungsplan berücksichtigt werden. 36/36



Übersicht therapeutischer Strategien bei PTBS



Traumabearbeitung

nur durch entsprechend qualifizierten Psychotherapeutinnen (ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen, approbierte Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen)

- ◆ dosierte Konfrontation mit dem auslösenden Ereignis mit dem Ziel der Durcharbeitung und Integration unter geschützten therapeutischen Bedingungen.
- ◆ **Voraussetzung:** Ausreichende Stabilität, kein Täterkontakt mit Traumatisierungsrisiko.
- ◆ **Traumadaptierte Methoden im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes**

Leitlinienempfehlung 8:

➤ Bei der Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung soll mittels Konfrontation mit der Erinnerung an das auslösende Trauma das Ziel der Integration unter geschützten therapeutischen Bedingungen erreicht werden 27/28 ▲▲

Leitlinienempfehlung 9:

➤ Die Bearbeitung traumatisch fixierter Erinnerungen und sensorischer Fragmente ist ein zentraler Bestandteil der Behandlung. 26/27 ▲▲

Leitlinienempfehlung 10:

➤ Dazu sollen traumadaptierte Behandlungsmethoden eingesetzt werden. 19/19 ▲▲

Leitlinienempfehlung 11:

➤ Bei der Indikationsstellung zur Traumabearbeitung sind klinische Komorbidität und Stabilität in einem Gesamtbehandlungsplan mit „partizipativer Entscheidungsfindung“ zu berücksichtigen. 17/17 ▲

Setting: In Abhängigkeit von Schwere der Störung und Stabilisierungsbedarf ist eine Vernetzung ambulanter und stationärer Behandlungsangebote geboten.

- Ambulant (*Schwerpunktpraxen, Ambulanzen*)
- Stationär (*Schwerpunktstation, Tagesklinik*)

Kontraindikation für traumabearbeitende Verfahren

Relative Kontraindikation:

- Mangelnde Affekttoleranz
- Anhaltende schwere Dissoziationsneigung
- Unkontrolliert autoaggressives Verhalten
- Mangelnde Distanzierungsfähigkeit zum traumatischen Ereignis
- Hohe akute psychosoziale und körperliche Belastung

Absolute Kontraindikation:

- akutes psychotisches Erleben
- Akute Suizidalität
- Täterkontakt mit Traumatisierungsrisiko

Leitlinienempfehlung 12:

➤ Mangelnde Affekttoleranz, akuter Substanzkonsum, instabile psychosoziale und körperliche Situation, komorbide dissoziative Störung, unkontrolliert autoaggressives Verhalten sind als relative Kontraindikation zur Traumakonfrontation anzusehen. 28/28



Leitlinienempfehlung 13:

➤ Akute Psychose, schwerwiegende Störungen der Verhaltenskontrolle (in letzten 4 Monaten: lebensgefährlicher Suizidversuch, schwerwiegende Selbstverletzung, Hochrisikoverhalten, schwerwiegende Probleme mit Fremdaggressivität) und akute Suizidalität sind als absolute Kontraindikation für ein traumabearbeitendes Vorgehen zu werten. 34/36



Leitlinienempfehlung 14:

➤ Bei Vorliegen von Kontraindikationen ist eine konfrontative Traumabearbeitung erst indiziert, wenn äußere Sicherheit und eine hinreichend gute Emotionsregulierung ('ausreichende Stabilisierung') vorhanden sind. 31/36



Die therapeutische Begleitung in den Behandlungsphasen der psychosozialen Reintegration und Neuorientierung nach psychischer Traumatisierung sollte allgemeine und spezifische Aspekte und Hilfsmöglichkeiten berücksichtigen, z.B.:

Phasenbegleitende Aspekte der psychosozialen Reintegration

- ◆ Soziale Unterstützung
- ◆ Einbeziehung von Angehörigen
- ◆ Opferhilfsorganisationen
- ◆ Berufliche Rehabilitation
- ◆ Opferentschädigungsgesetz

Phasenbegleitende Aspekte der Neuorientierung

- ◆ Auseinandersetzung mit traumaspezifischen Verlusten und Einbußen
- ◆ Intrapsychische Neuorientierung
- ◆ Rückfallprophylaxe (Erarbeitung von Hilfen bei erneuter schwerer Belastung)
- ◆ Entwicklung von Zukunftsperspektiven

Leitlinienempfehlung 15:

➤ Traumatherapie endet in der Regel nicht mit der Traumabearbeitung. Wenn indiziert, sollte der psychotherapeutische Prozess zur Unterstützung von Trauer, Neubewertung und sozialer Neuorientierung fortgeführt werden. 17/18 ▲

Leitlinienempfehlung 16:

➤ Eine traumaadaptierte Psychotherapie soll jedem Patienten mit PTBS angeboten werden. 18/18 ▲▲

Leitlinienempfehlung 17:

➤ Die behandelnden PsychotherapeutInnen sollen über eine traumatherapeutische Qualifikation verfügen. 16/16 ▲▲

Obsolet!

- ◆ Anwendung nicht traumaadaptierter kognitiv-behavioraler oder psychodynamischer Techniken *E:III* (z.B. unmodifiziertes psychoanalytisches Verfahren, unkontrollierbare Reizüberflutung, unkontrollierte regressionsfördernde Therapien)
- ◆ Alleinige Pharmakotherapie *E:II-3*
- ◆ Traumatherapie ohne Gesamtbehandlungsplan

Erstellung der Leitlinie

Aufbauend auf der seit 1999 publizierten S2- Leitlinie zur Posttraumatischen Belastungsstörung erfolgte die Weiterentwicklung zur S3-Leitlinie in einem bei der AWMF angemeldeten Upgradingprozess seit Dezember 2005.

Mitglieder der redaktionellen Leitlinienkommission waren:

PD Dr. med. M.A. Guido Flatten/Aachen
PD Dr. med. Ursula Gast/Dammholm Havetoftloft
Dr. med. Arne Hofmann/Bergisch-Gladbach
Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Christine Knaevelsrud/Berlin
Prof. Dr. med. Astrid Lampe/Innsbruck
Peter Liebermann/Köln
Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych. Andreas Maercker/ Zürich
Prof. Dr. med. Luise Reddemann/Köln
PD Dr. med. Wolfgang Wöller/Bad Honnef

Unter Moderation von Frau Prof. Dr. med. Ina Kopp/Leitlinienbeauftragte der AWMF/Marburg fand am 17.11.2009 in Köln die interdisziplinäre Konsensuskonferenz statt. Eine ergänzende schriftliche Konsentierung der Leitlinienempfehlungen (Delphi-Verfahren) fand im Frühjahr 2010 statt. Die ergänzend zum Quellentext eingehenden inhaltlichen Voten wurden in der redaktionellen Arbeitsgruppe gewichtet und eingearbeitet. Weitere Informationen sowie eine Auflistung aller beteiligten Experten sind im Leitlinienreport zur S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung dokumentiert.

Die Leitlinie wurden den Fachgesellschaften DeGPT, DGPM, DKPM, DGPT vorgelegt und durch die zuständigen Fachvertreter bestätigt.

Rückmeldungen an die Autoren über e-mail: gflatten@euripp.org

oder schriftlich an:

PD Dr. med. M.A. Guido Flatten
Euregio-Institut für Psychosomatik und Psychotraumatologie
Annastr. 58-60
52062 Aachen

Erstellungsdatum:

Januar 2011

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

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 für Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!