

GUIDO FLATTEN
URSULA GAST
ARNE HOFMANN
CHRISTINE KNAEVELSRUD
ASTRID LAMPE
PETER LIEBERMANN
ANDREAS MAERCKER
LUISE REDDEMANN
WOLFGANG WÖLLER

S₃ – LEITLINIE

Posttraumatische Belastungsstörung

ICD-10: F43.1

Synonyme:

PTBS – **P**ost**t**raumatische **B**elastungs**s**törung

PTSD – **P**ost **T**raumatic **S**tress **D**isorder

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

Akute Belastungsreaktion ICD-10: F 43.0

Anpassungsstörung ICD-10: F 43.2

Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung ICD-10: 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 F44

Somatoforme Schmerzstörung F45.4

Emotional Instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline) F60.3

Weitere Störungen, bei denen traumatische Belastungen maßgeblich mitbedingend sind:

Dissoziale Persönlichkeitsstörung F60.2

Essstörungen F50

Affektive Störungen F32, 33, 34

Substanzabhängigkeit F1

Somatoforme Störungen F45

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.

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 Konzentrationslager, 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 traumaassoziierter Stimuli*)
- 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 Folteropfern
- 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 1:¹

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

Leitlinienempfehlung 2:

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

Diagnostik:

- Diagnostik nach klinischen Kriterien (*s. o.*)
- Berücksichtigung traumatischer Auslöser bei der Beschwerdentwicklung
- Abgrenzung gegenüber akuten Belastungsreaktionen, Anpassungsstörungen und relevanten psychischen Vorerkrankungen

¹ Anmerkungen zu den Leitlinienempfehlungen:

Die beiden Zahlen stellen das Abstimmungsergebnis der beratenden Experten bei der Konsensuskonferenz dar.

Zahl 1: Anzahl der Experten, die der Formulierung dieser Leitlinie zugestimmt haben;

Zahl 2: Anzahl der anwesenden Experten.

Die Bedeutung der grünen Dreiecke wird in der Tabelle Hinweise zur Graduierung der Evidenz- und Empfehlungsstärke im Leitlinienreport zur S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung auf S. 201 dieses Heftes erläutert.

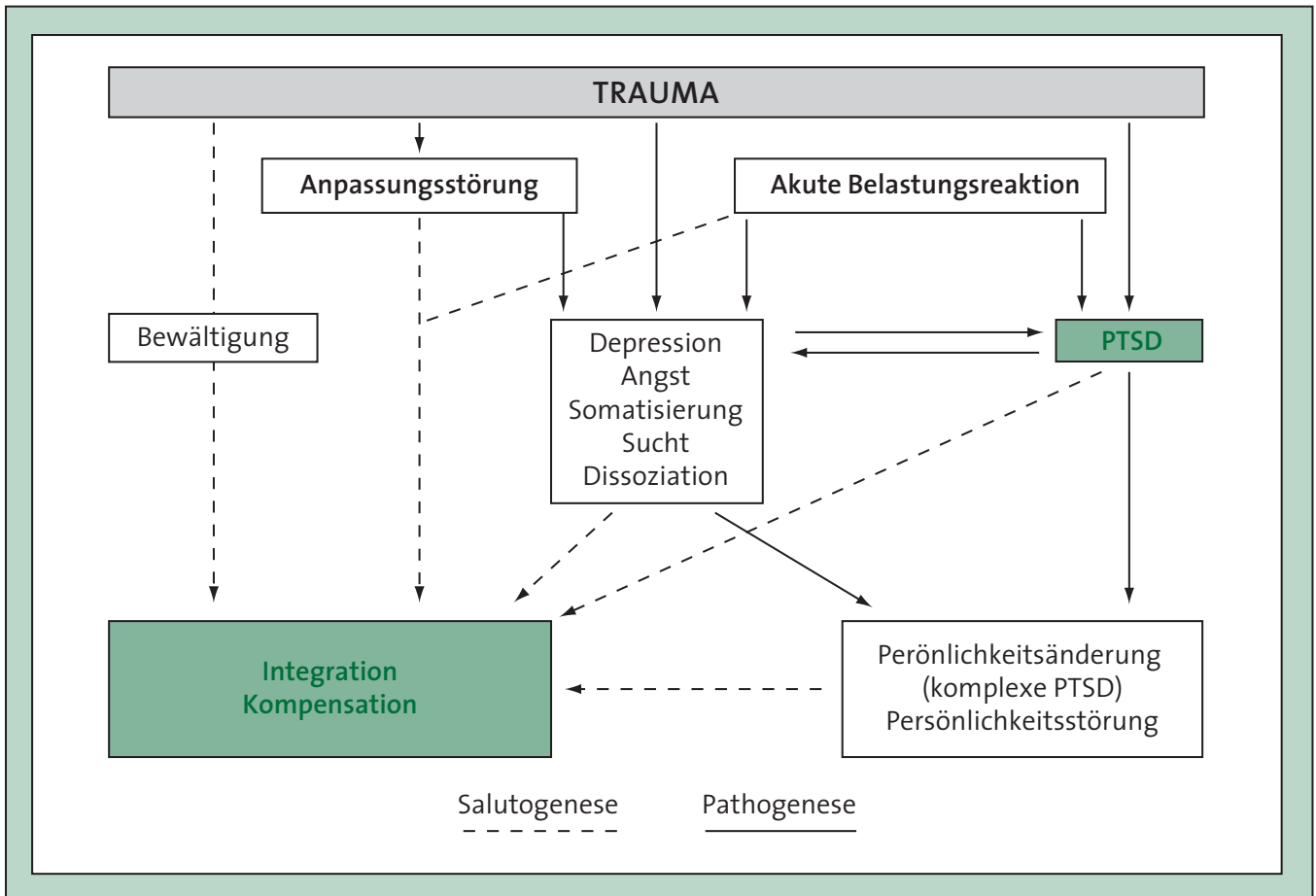


Abbildung 1: Übersicht traumareaktiver Entwicklungen

- 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 ◀▶

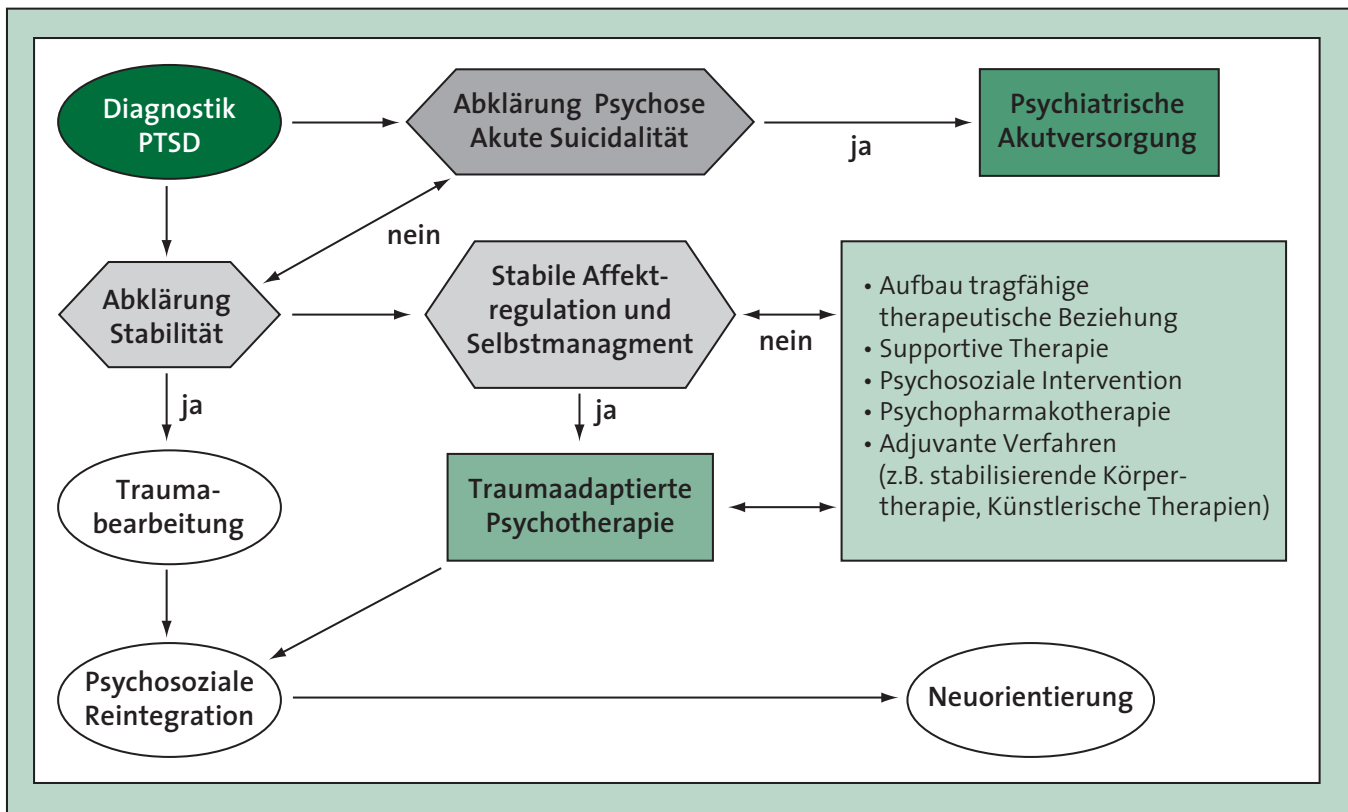


Abbildung 2: Übersicht therapeutischer Strategien bei PTBS

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 irgend 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 einen 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 ◀▶

Traumabearbeitung

nur durch entsprechend qualifizierte 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.
- **Traumaadaptierte 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

Leitlinienempfehlung 12:

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

Leitlinienempfehlung 13:

- Akute Psychose, schwerwiegende Störungen der Verhaltenskontrolle (in den 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 ▲▲

Absolute Kontraindikation:

- akutes psychotisches Erleben
- Akute Suizidalität
- Täterkontakt mit Traumatisierungsrisiko

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 ▲▲

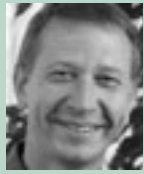
Leitlinienempfehlung 17:

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

Zur Person



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

Kontaktadresse

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

Zur Person



PD Dr. med. Ursula Gast ist Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalytikerin und habilitierte über die Diagnostik Dissoziativer Störungen. Von 2004 – 2009 war sie Chefärztin der Klinik für psychotherapeutische und psychosomatische Medizin des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld, seit 2010 ist sie in eigener Praxis tätig. (Gründungs-)Mitglied der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT). Mitglied der Leitlinienkommission zur Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen. Publikationen und Mitarbeit an verschiedenen Buchprojekten zum Thema Posttraumatische und Dissoziative Störungen.

Zur Person



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

Zur Person



Prof. Dr. Christine Knaevelsrud ist psychologische Psychotherapeutin, Juniorprofessorin für klinische Intervention an der Freien Universität Berlin und leitet die wissenschaftliche Abteilung des Behandlungszentrums für Folteropfer, Berlin. Seit 2009 ist sie Vorstandsmitglied der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT).

Zur Person



Prof. Dr. Astrid Lampe, Psychiaterin und Psychotherapeutin, ist Stv. Direktorin der Univ. Klinik für Medizinische Psychologie, Medizinische Universität Innsbruck. Sie leitet die psychosomatische psychotherapeutische Frauenambulanz mit dem Schwerpunkt Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung von Frauen. Ihre Forschungsschwerpunkte sind chronische Traumatisierung, Psychosomatik in der Gynäkologie.

Zur Person



Peter Liebermann ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, EMDR-Trainer (EMDRIA). Seit 1996 ist er Mitglied der Leitlinienkommission, niedergelassen in Leverkusen, Co-Leiter des Westfälischen Instituts für Psychotraumatologie.

Zur Person



Andreas Maercker ist Professor für Psychopathologie und Klinische Intervention an der Universität Zürich. Er ist Mitherausgeber der Zeitschrift Trauma & Gewalt. Seit 2009 ist er Mitglied der Leitlinienkommission Posttraumatische Belastungsstörung.

Zur Person



Prof. Dr. med. Luise Reddemann, Nervenärztin, Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytikerin, langjährige Leiterin einer psychosomatischen Klinik. Honorarprofessorin für Psychotraumatologie und medizinische Psychologie an der Universität Klagenfurt. Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der Lindauer Psychotherapiewochen. Zahlreiche Veröffentlichungen auf dem Gebiet der Psychotraumatologie. Zuletzt: »Psychodynamisch-imaginative Traumatherapie- PITT, das Manual. Vollständig überarbeitete Neuauflage 2011.

Zur Person



Priv.-Doz. Dr. med. Wolfgang Wölfler ist Facharzt für Neurologie und Psychiatrie sowie für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Psychoanalytiker und Lehranalytiker, EMDR-Supervisor. Er lehrt als Dozent an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Seit 2004 ist er Leitender Abteilungsarzt und seit Anfang 2011 Ärztlicher Direktor der Rhein-Klinik, Krankenhaus für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, in Bad Honnef. Seit 1996 ist er Mitglied der Leitlinienkommission.