

S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung

Prof. Dr. Christine Knaevelsrud

Freie Universität Berlin
Behandlungszentrum für Folteropfer, Berlin



Gute Praxis psychotherapeutische Versorgung: „Posttraumatische Belastungsstörungen und andere Traumafolgestörungen“

05.06.2013, Berlin

PTBS

- Seit 1980 DSM
- Seit 1990 ICD
- Häufigkeit traumatischer Erfahrungen und der PTBS Studien in Deutschland und Europa (1-Jahres-Prävalenz)
 - Deutschland: 2.3%
 - USA: 5.5%

PTBS: das Störungsbild

Traumakriterium: Erlebnis(se) mit Todes- oder schwerer Verletzungsdrohung

Symptombild:

- Intrusives Wiedererleben in der Gegenwart
- Vermeidung
- Hyperarousal

Typologie traumatischer Ereignisse

	Akkzidentielle Traumata	man-made Traumata (zwischenmenschlich)
Typ 1 Traumata Einmalig, akute Lebensgefahr, unerwartet	<ul style="list-style-type: none">• Verkehrsunfälle• Berufsbedingte Unfälle (z.B. Polizei, Feuerwehr)• Arbeitsunfälle• kurzdauernde Naturkatastrophen (z.B. Wirbelsturm, Blitzeinschlag)	<ul style="list-style-type: none">• kriminelle & körperliche Gewalt• Vergewaltigungen• zivile Gewalterlebnisse (z.B. Banküberfall)
Typ 2 Traumata Wiederholt, langanhaltend, unvorhersehbarer Verlauf	<ul style="list-style-type: none">• langdauernde Naturkatastrophen (Flut, Erdbeben)• technische Katastrophen (z.B. Giftgaskatastrophen)	<ul style="list-style-type: none">• sexuelle & körperliche Misshandlungen in der Kindheit• Geiselhaft• Kriegserlebnisse• Folter & politische Inhaftierung• Massenvernichtung (KZ-/Vernichtungslagerhaft)

ICD-10

F43-Gruppe “Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen”

- Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
- Akute Belastungsreaktion
- Anpassungsstörungen

F62 „andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“

Vorläufige Diagnose-Kandidaten für ICD-11: Trauma- und Stressbedingte Störungen

- Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
- Anpassungsstörung
- Komplexe PTBS
- Prolongierte Trauer-Störung

- Akute Belastungsreaktion (nach Z)

Komplexe PTBS (ICD-11-Konzept)

Traumakriterium: – wie bei PTBS – spezifisch:
langdauernde/wiederholte schwerwiegende traumatische
Situation, aus der Flucht nicht möglich ist, wie KZ-Haft, Folter,
sexueller Kindesmissbrauch

Symptombild: wie bei PTBS

Ergänzend anhaltende Beeinträchtigung bzgl.

- Emotionsregulation: affektive Ausbrüche, dissoziative
Zustände

- Selbstkonzept: Überzeugung beschmutzt, wertlos etc. zu
sein

- Beziehungsgestaltung

S3 – Leitlinie - Hintergrund und Ziel

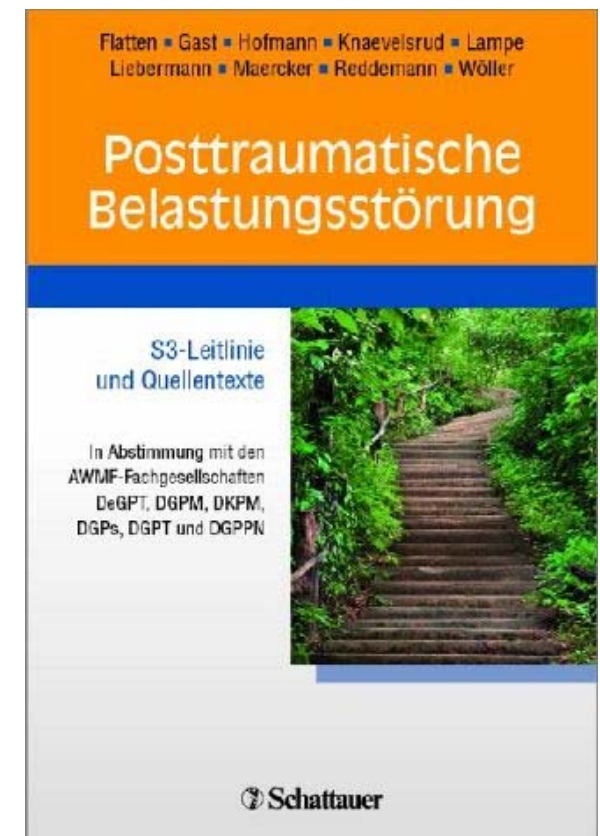
Zunehmendes Wissen hat u.a. zur Entstehung und Strukturierung neuer Versorgungsbereiche (Traumaambulanzen, spezialisierte stationäre Behandlungsangebote) und zur Entwicklung spezialisierter Behandlungsverfahren geführt

Ziel: Ableitung von Handlungsempfehlung (Empfehlungsgrade) zur Behandlung und Diagnostik anhand vorliegendem evidenzbasiertem Wissen/ Expertenkonsensus

Empfehlungskriterien: zweckmäßige und aussichtsreiche Behandlung
Verschonung von unwirksamen und nachteiligen Interventionen

S3 – Leitlinie - Mitglieder der redaktionellen Leitlinienkommission

- **PD Dr. med. M.A. Guido Flatten**
- **PD Dr. med. Ursula Gast**
- **Dr. med. Arne Hofmann**
- **Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Christine Knaevelsrud**
- **Prof. Dr. med. Astrid Lampe**
- **Peter Liebermann**
- **Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych. Andreas Maercker**
- **Prof. Dr. med. Luise Reddemann**
- **PD Dr. med. Wolfgang Wöller**



**1996 – 1999
S2 – Leitlinie
PTSD**

**Aktualisierungen
im
2 Jahresrhythmus**

**2005 – 2011
Upgrading
S3 – Leitlinie**



Stufen der Leitlinienentwicklung

Stufe 1 Expertengruppe

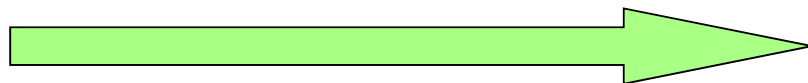
Stufe 2 Formale Konsensusfindung

**Stufe 3 Leitlinie mit allen Elementen
systematischer Entwicklung**

Nationale Versorgungsleitlinie

Nutzungsstatistik der AWMF

Die 25 am häufigsten abgerufenen Leitlinien, Zeitraum November 2008 bis April 2009



Leitlinien-Abrufe		Summe letzte 6 Monate
1	Arterielle Hypertonie	202173
2	Mammakarzinom	147410
3	Behandlung akuter periop./posttraumat. Schmerzen	126065
4	Kolorektales Karzinom	78466
5	Prävention und Therapie der Adipositas	57867
6	Nat. Versorg.-LL COPD - Kurzfassung	40194
7	Päd. Kardiologie: Infektiöse Endokarditis	26999
8	Nat. Versorg.-LL Asthma Kurzfassung	23447
9	Brustkrebs-Früherkennung (Langfassung)	22138
10	Antihyperglykäm. Therapie d. Diabetes mellitus Typ 2	21748
11	NVL Diabetes Fußkomplikationen Kurzfassung	20012
12	Neuropathie bei Diabetes mellitus Typ 1 und 2	15262
13	Dermatologie: Chronischer Pruritus	14008
14	Urologie: Urolithiasis	13142
15	Chronische pulmonale Hypertonie	12987
16	Therapie d. Diabetes mellitus Typ 2 - Kurzfassung	12774
17	Angiologie: Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK)	12619
18	Thromboembolieprophylaxe Chirurgie + periop. Medizin	12537
19	KJPP: Hyperkinetische Störungen	12037
20	PEG: Ambulant erworbene tiefe Atemwegsinfektionen	11776
21	Psychotherapie: Posttraumatische Belastungsstörung	11271
22	Diagnostik und Therapie der Colitis ulcerosa	10596
23	Pneumologie: Patienten mit Asthma	10093
24	NVL Diabetes Fußkomplikationen - Patientenversion	9830
25	Fibromyalgiesyndrom	9684

Anmeldung bei der AWMF

Upgrading zur S3 – Leitlinie

- ab Herbst 2005 (Reg. - Nr.051/010) im Auftrag der DeGPT
- Orientierung am deutschen Instrument zur methodischen Leitlinienentwicklung (Delbi - www.delbi.de)
- Kontinuierliche Beratung durch Frau Prof. Dr. Ina Kopp

Die Leitlinie nimmt insbesondere zu folgenden Fragen Stellung (I):

- Welche Krankheitsbilder sind als Traumafolgestörungen relevant und sollten bei differentialdiagnostischen Überlegungen mit berücksichtigt werden?
- Welche Störungsbilder sind als häufige komorbide Erkrankungen bei der Diagnostik und Behandlungsplanung wichtig? Welche epidemiologischen Daten liegen hierzu vor?
- Welche Standards sollten bei der klinischen Diagnostik von Traumafolgestörungen eingehalten werden?
- Welche frühen Behandlungsmaßnahmen und psychosozialen Interventionen haben sich in der Betreuung traumatisierter Patienten bewährt?

Die Leitlinie nimmt insbesondere zu folgenden Fragen Stellung (II):

- Welche Therapieschritte sollten prinzipiell bei der Behandlungsplanung für Traumafolgestörungen berücksichtigt werden?
- Welche Kriterien sind bei der Überprüfung der Stabilität zu berücksichtigen?
- Welche traumaadaptierten Therapieverfahren sind unter Berücksichtigung von Evidenzbasierung und klinischen Erfahrung in der Behandlung erfolgreich anzuwenden?
- Welche Kontraindikationen sind bei der Entscheidung zur Traumabearbeitung zu beachten?

- Zur Erstellung der AWMF Leitlinie PTSD wurde eine systematische, thesengeleitete Literaturrecherche durchgeführt, die alle gelisteten Publikationen bis 10/2008 einbezieht.
- Darüber hinaus wurden aktuelle Publikationen bis 10/2009 berücksichtigt, soweit sie für die Leitlinienempfehlungen relevante Inhalte aufwiesen.



Der Empfehlungsgrad wird bestimmt durch die durch Studien gesicherte Evidenz sowie die „best clinical practice“.



Im Vergleich zur Evidenzbasierung kann sich so ein up- oder downgrading der Leitlinienempfehlung ergeben !

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	◄►

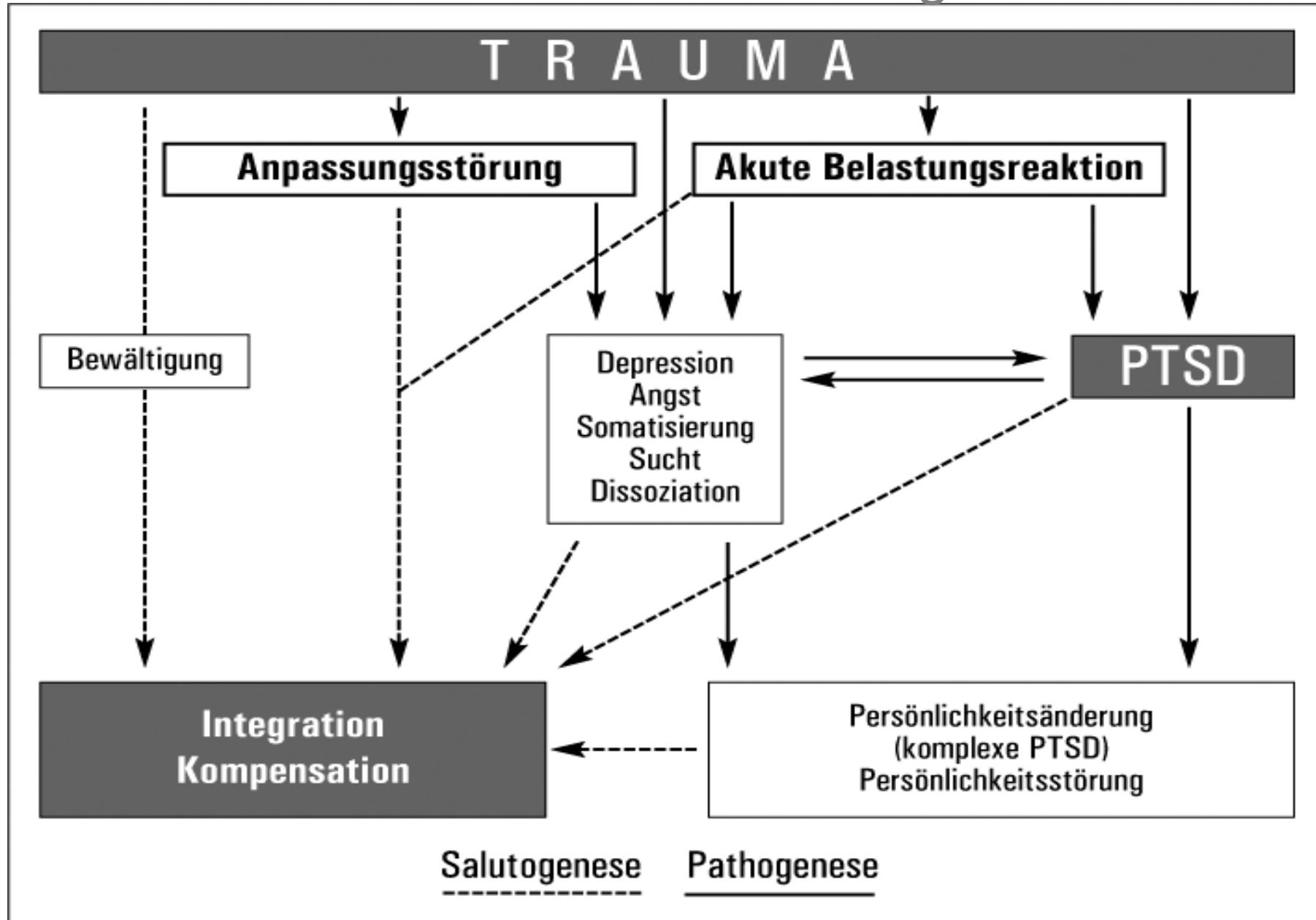
Der Leitlinienreport formuliert gemäß den Delbi-Kriterien 11, 19, 20, 22, 23, 28 Aussagen zu den Themen:

- Gesundheitlicher Nutzen, Nebenwirkungen und Risiken (Delbi 11)
- Barrierenanalyse (DELBI 19)
- durch die Leitlinienanwendung entstehende Kosten (DELBI 20)
- Finanzierung und redaktionelle Unabhängigkeit (DELBI 22, 23)
- Konzept der Leitlinien-Implementierung (DELBI 28)

Empfehlung 1 und 2:

- Bei der Diagnostik soll beachtet werden, dass die Posttraumatische Belastungsstörung nur eine, wenngleich spezifische Form der Traumafolgeerkrankungen ist. 28/28 ▲▲
- Es soll beachtet werden, dass komorbide Störungen bei der Posttraumatische Belastungsstörung eher die Regel als die Ausnahme sind 27/27 ▲▲

Übersicht traumareaktiver Entwicklungen:



Empfehlung 3 und 4:

- Die Diagnostik der PTBS soll nach klinischen Kriterien (ICD 10) erfolgen. 33/36 ▲▲
- Zur Unterstützung der Diagnostik können psychometrische Tests und PTBS- spezifische strukturierte klinische Interviews eingesetzt werden. 33/36 ◀▶

Empfehlung 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



Empfehlung 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



Empfehlung 7 und 8:

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

36/36



- 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



Empfehlung 9 und 10:

- Die Bearbeitung traumatisch fixierter Erinnerungen und sensorischer Fragmente ist ein zentraler Bestandteil der Behandlung.

26/27

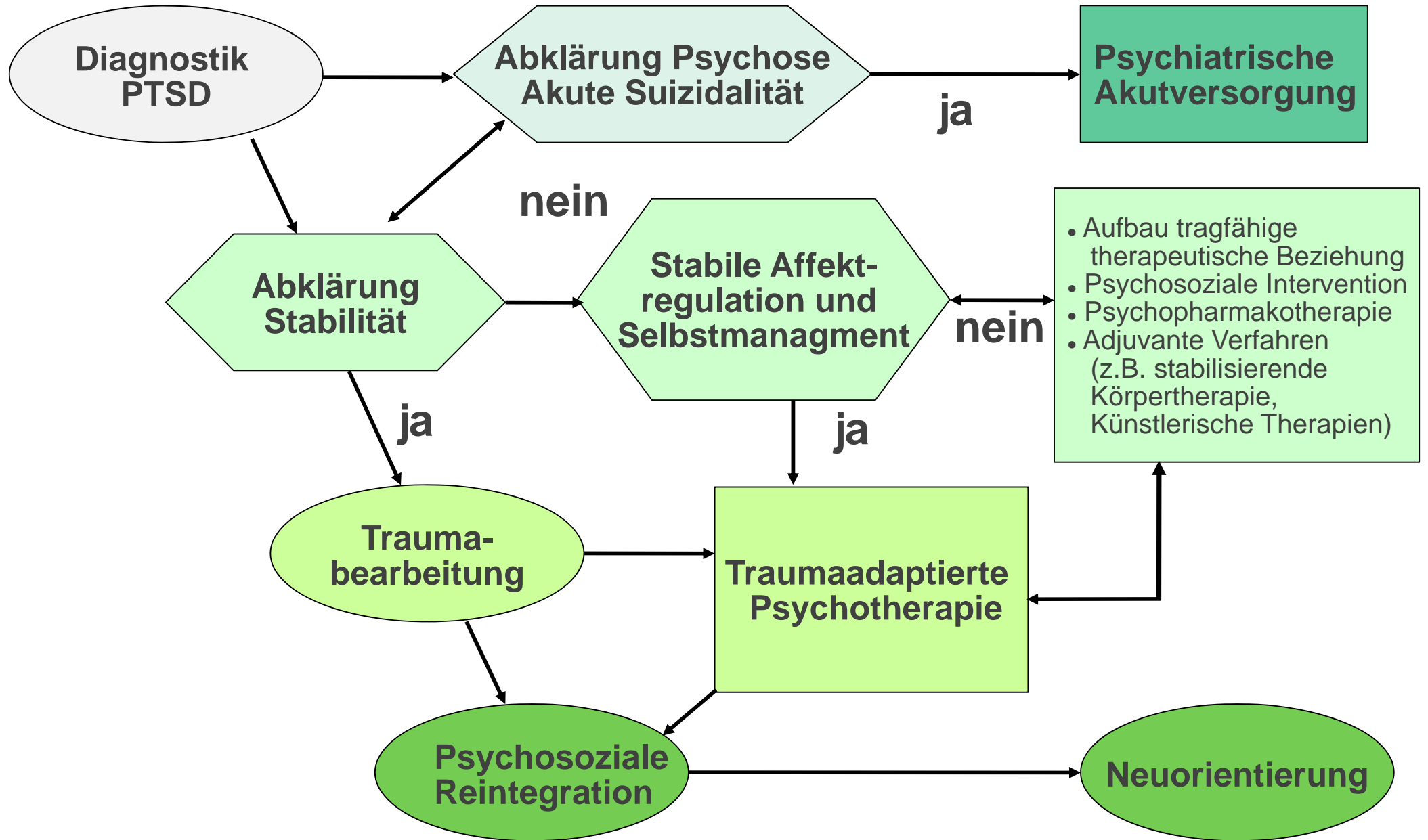


- Dazu sollen traumadaptierte Behandlungsmethoden eingesetzt werden.

19/19



Übersicht therapeutischer Strategien bei PTBS:



Empfehlung 11 und 12:

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

17/17



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

28/28



Empfehlung 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



Empfehlung 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



Empfehlung 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



Empfehlung 16 und 17:

•Eine traumaadaptierte Psychotherapie soll jedem Patienten mit PTBS angeboten werden.

18/18



•Die behandelnden PsychotherapeutInnen sollen über eine traumatherapeutische Qualifikation verfügen.

16/16



Zertifizierte Fachgesellschaften:

The logo for DeGPT consists of the letters 'DeGPT' in a bold, blue, sans-serif font. The 'D' and 'G' are significantly larger than the other letters.

Deutschsprachige Gesellschaft
für Psychotraumatologie



The logo for DGPs is set against a light blue background. It features the letters 'DGPs' in a dark blue font, with a vertical line to the right of the 's'. To the right of the line, the text 'Deutsche Gesellschaft für Psychologie' is written in a smaller, dark blue font.

The logo for DKPM features the letters 'DKPM' in a bold, white, sans-serif font, set against a blue background.

Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse,
Psychotherapie,
Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.



Bilanz und Ausblick:

- Entwicklung störungsspezifischer Behandlungsplanung
- Entwicklung von diagnostischen und therapeutischen Standards
- Förderung der Methodenintegration traumaspezifischer Techniken
- Verbesserte Wahrnehmung und Behandlungsrelevanz durch Kostenträger

Defizite / Desiderate:

- Implementierung in der Weiterbildung
- Evidenzbasierung psychodynamischer Verfahren
- Evidenzbasierung des Stabilisierungskonzept
- Integration in die Richtlinienverfahren
- Implementierung in die Versorgungsforschung

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!
christine.knaevelsrud@fu-berlin.de