

---

## **Leitlinien Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik**

**Gemeinsame Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische  
Medizin (DGPM),  
der Deutschen Gesellschaft für Psychanalyse, Psychotherapie,  
Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT),  
des Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM),  
der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP) und  
der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)**

<b>AWMF-Leitlinien-Register</b>	<b>Nr. 051/010</b>	<b>Entwicklungsstufe:</b>	<b>2 + IDA</b>
---------------------------------	--------------------	---------------------------	----------------

### **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

---

## **Posttraumatische Belastungsstörung ICD-10: F 43.1**

### **Synonyme:**

**PTBS - Posttraumatische Belastungsstörung**

**PTSD - Post Traumatic Stress Disorder**

### **Verwandte Störungsbilder:**

**Akute Belastungsreaktion ICD-10: F 43.0**

**Anpassungsstörung ICD-10: F 43.2**

**Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung ICD10: F  
62.0**

### **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, Flash-backs, partielle Amnesie*),
- Übererregungssymptome (*Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen*)
- Vermeidungsverhalten (*Vermeidung traumaassoziierter 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 (late-onset PTSD).

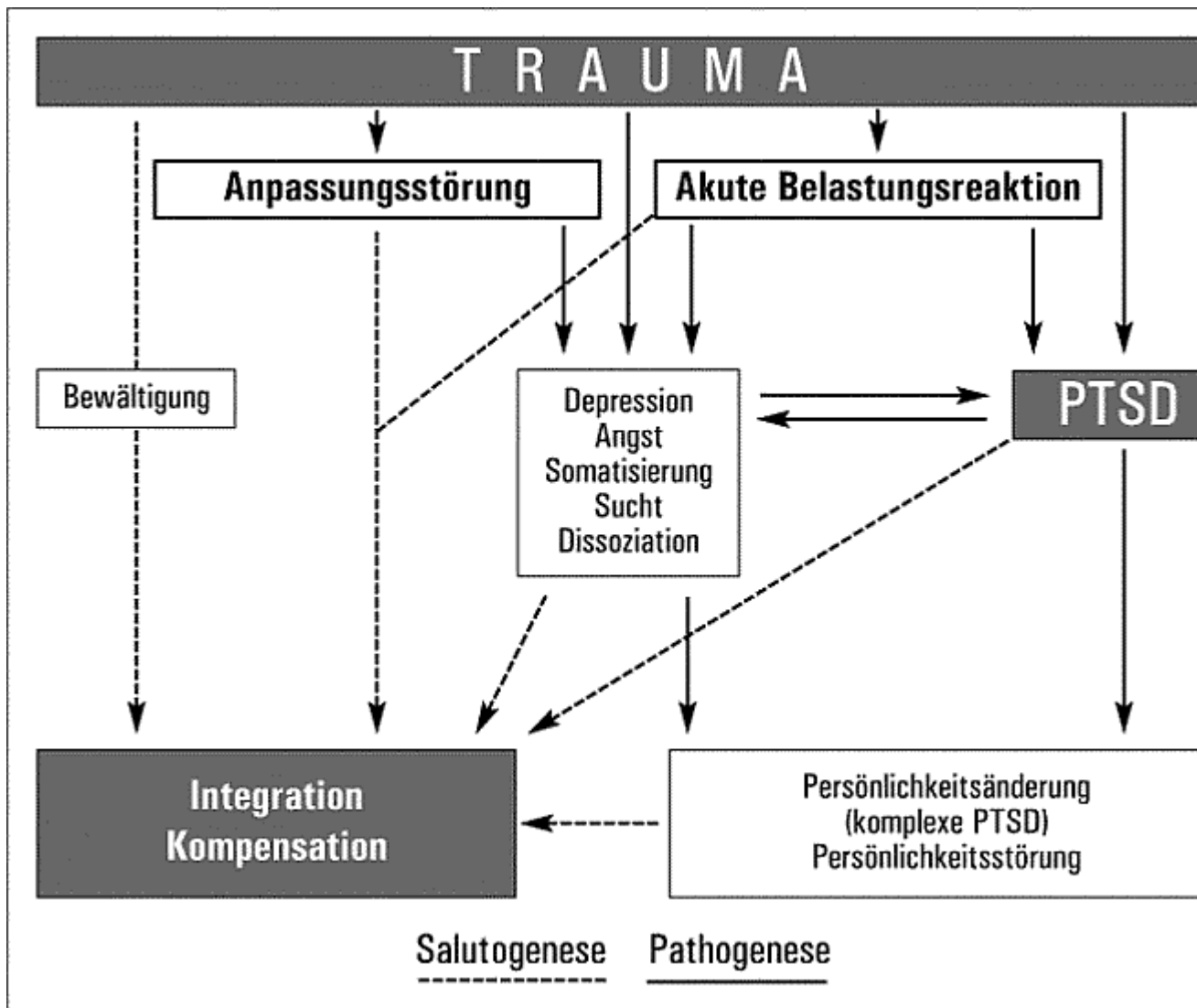
## **Epidemiologie:**

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

- Ca. 50% Prävalenz nach Vergewaltigung
- Ca. 25% Prävalenz nach anderen Gewaltverbrechen
- Ca. 50% bei Kriegs- und Vertreibungsoffer
- Ca. 15% bei Verkehrsunfallopfern
- Ca. 15% bei schweren Organerkrankungen, (Herzinfarkt, Malignome)

Die Lebenszeitprävalenz für PTSD in der Allgemeinbevölkerung liegt zwischen 2% und 7%. Die Prävalenz subsyndromaler Störungsbilder ist wesentlich höher. Es besteht eine hohe Chronifizierungsneigung.

## **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 PTSD-spezifisches Interview/ ergänzende psychometrische Diagnostik (*Cave: Verstärkung der Symptomatik durch unangemessene Exploration*)
- Berücksichtigung subsyndromaler Störungsbilder mit klinischer Relevanz (*z.B. Intrusionen und Übererregungssymptome ohne Vermeidungsverhalten*)

**Cave! Übersehen einer PTSD**

- bei lange zurückliegender Traumatisierung (z.B. körperliche und sexualisierte Gewalt bei Kindern),
- bei klinisch auffälliger Komorbidität (*Depression, Angst, Somatisierung, Sucht, Dissoziation*)
- bei unklaren, therapieresistenten Schmerzsyndromen (z.B. *anhaltende somatoforme Schmerzstörung*)
- bei mißtrauischen, feindseligen und emotional-instabilen Verhaltensmustern (z.B. *insbesondere bei Persönlichkeitsstörungen*)
- bei schweren Organerkrankungen (z.B. *Malignome, Patienten nach Intensivbetreuung*).

## Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung

### Erste Maßnahmen

- Herstellen einer sicheren Umgebung (Schutz vor weiterer Traumaewirkung)
- Organisation des psycho-sozialen Helfersystems
- Frühes Hinzuziehen eines mit PTSD-Behandlung erfahrenen Psychotherapeuten
- Informationsvermittlung und Psychoedukation bzgl. traumatischer Symptome und Verläufe

### Traumaspesifische Stabilisierung E:III

durch entsprechend qualifizierten ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten

- Krisenintervention
- Anbindung zur engmaschigen diagnostischen und therapeutischen Betreuung
- Ressourcenorientierte Interventionen (z.B. *Distanzierungstechniken, Imaginative Verfahren*) E:III
- Pharmakotherapie (*adjuvant, symptomorientiert*) E:I  
Antidepressiva aus der Stoffgruppe der SSRI E:I (*Vorsicht bei Suizidgefährdung, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen*)
- **Cave!** Besondere Suchtgefährdung bei PTSD (besonders Benzodiazepine)

### Traumabearbeitung

nur durch entsprechend qualifizierten Psychotherapeuten (ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, approbierte Kinder- und Jugendtherapeuten)

- dosierte Rekonfrontation mit dem auslösenden Ereignis mit dem Ziel der Durcharbeitung und Integration unter geschützten therapeutischen Bedingungen.
- **Voraussetzung:** Ausreichende Stabilität, keine weitere Traumaewirkung, kein Täterkontakt

- **Traumaadaptierte Methoden im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes:** Kognitiv-behaviorale Therapie E:I, Psychodynamische Therapie E:I, EMDR E:I
- Einbeziehung adjuvanter Verfahren (z.B. *stabilisierende Körpertherapie, künstlerische Therapie*) E:III
- **Setting:** In Abhängigkeit von Schwere der Störung und Stabilisierungsbedarf Ambulant (*Schwerpunktpraxen, Ambulanzen*)
- Stationär (**Schwerpunktstation, Tagesklinik**)
- **Cave! Bei komplexer PTSD** (z.B. nach chronisch kumulativen Traumatisierungen) und/oder hoher Komorbidität ist eine frühzeitige Re-Konfrontation kontraindiziert und kann erst nach ausreichender Stabilisierung durchgeführt werden.

**Cave!** Zu früher oder alleiniger Einsatz konfrontierender traumatherapeutischer Verfahren

## Kontraindikation für traumabearbeitende Verfahren

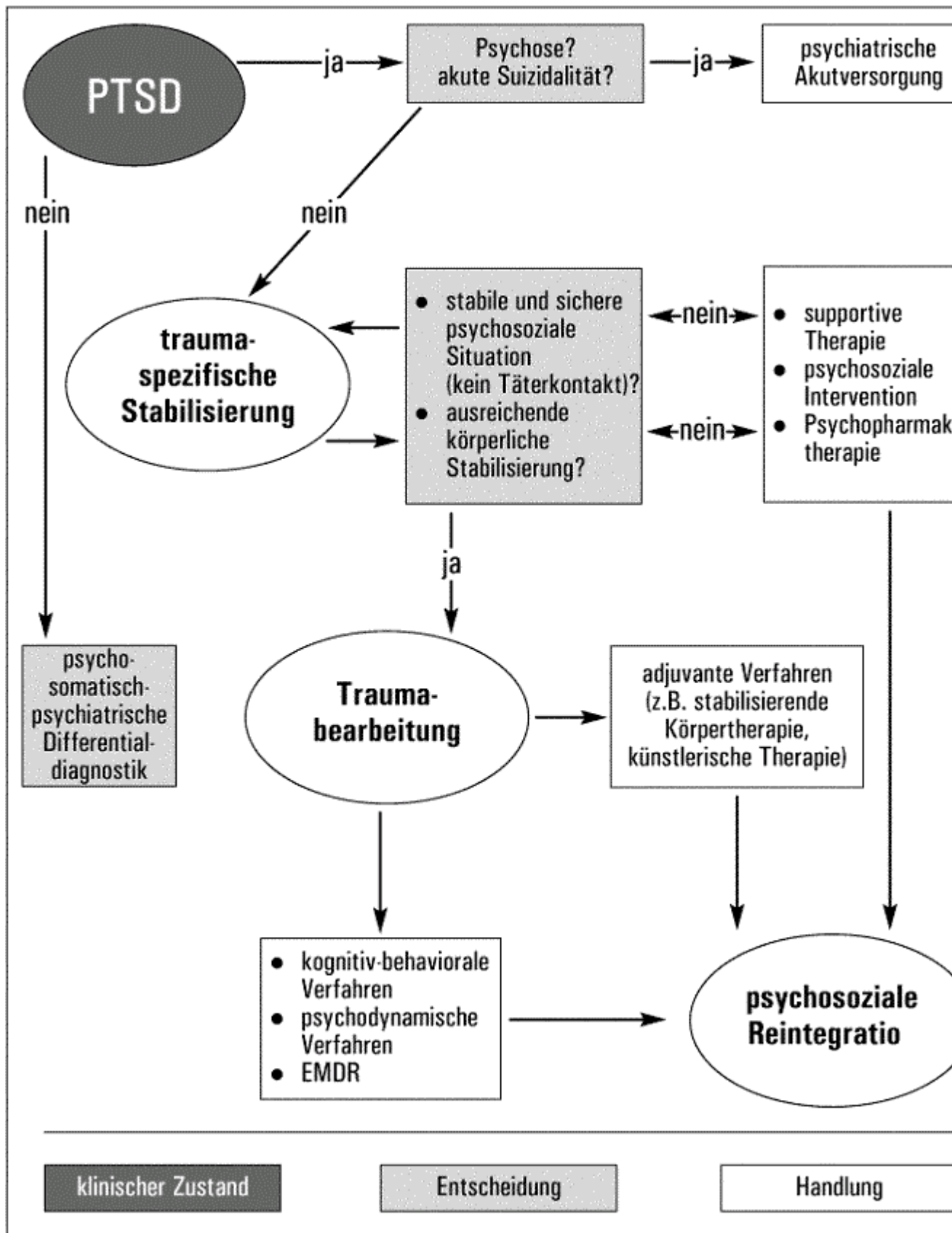
### Trauer und Neuorientierung

- Auseinanderstzung mit traumaspezifischen Verlusten und intrapsychische Neuorientierung
- Entwicklung von Zukunftsperspektiven

### Psychosoziale Reintegration

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

## Übersicht therapeutischer Strategien bei PTSD



### Obsolet!

- Anwendung nicht traumaadaptierter psychodynamischer oder behavioraler Techniken *E:III* (z.B. unmodifiziertes psychoanalytisches Verfahren,

unkontrollierbare Reizüberflutung, unkontrollierte regressionsfördernde Therapien)

- Alleinige Pharmakotherapie *E:II-3*
- Alleinige, unvorbereitete Traumakonfrontation ohne Einbettung in einen Gesamtbehandlungsplan

Die "Evidenz"bewertung E:I-III für die Qualitätsbeurteilung therapeutischer Verfahren folgt Rudolf (1999):

E:I bedeutet:	"Evidenz" aufgrund mindestens einer adäquat randomisierten kontrollierten Studie.
E:II-1 bedeutet:	"Evidenz" aufgrund einer kontrollierten, nicht randomisierten Studie mit adäquatem Design.
E:II-2 bedeutet:	"Evidenz" aufgrund von Kohortenstudien oder Fall-Kontrollstudie mit adäquatem Design, nach Möglichkeit von mehreren Forschungszentren oder Forschungsgruppen durchgeführt.
E:II-3 bedeutet:	"Evidenz" aufgrund von Vergleichsstudien, die Populationen in verschiedenen Zeitabschnitten oder an verschiedenen Orten mit oder ohne Interventionen vergleichen.
E:III bedeutet:	Meinungen von respektierten Experten, gemäß klinischer Erfahrung, beschreibender Studien oder Berichten von Expertengremien.

## **Verfahren zur Konsensbildung:**

### **Erstellung der Leitlinie**

Die Leitlinie wurde unter Moderation von E.R. Petzold/ Aachen, von einer redaktionellen Arbeitsgruppe (G. Flatten/Aachen (Schriftführer), Hofmann/Köln, P. Liebermann/Leverkusen, T. Siol/Köln, W. Wöller/Düsseldorf) erarbeitet. Ab 2003 wurde die Arbeitsgruppe durch U. Gast/Bielefeld, L. Reddemann/Köln/Much ergänzt.

In einer interdisziplinären Expertenkonferenz im November 1998 und einer schriftlichen Expertenbefragung (Delphi-Verfahren) von Januar bis Mai 1999 (Teilnehmer s. u.) wurden diese Entwürfe vorgelegt und diskutiert. Die eingehenden Voten wurden in der redaktionellen Arbeitsgruppe gewichtet und ergänzend eingearbeitet. Die Leitlinien wurden den Fachgesellschaften DGPM, DKPM, DGPT, AÄGP und DeGPT vorgelegt und durch die zuständigen Fachvertreter bestätigt.

### **Teilnehmer der Experten-Konsensuskonferenz in Gengenbach am 14.11.1998**

Prof.Dr. Freyberger sen., Hannover  
PD Dr. Frommberger, Offenburg  
Frau PD Dr. Gast, Bielefeld  
Dr. Haenel, Berlin  
Prof. Dr. Dr. Maercker, Dresden  
Prof.Dr. Köhle, Köln  
Frau Dr.Dipl.-Psych. Krüsmann, München  
Prof.Dr. Lamprecht, Hannover  
Prof. Dr. Schüffel, Marburg  
PD Dr. Spitzer, Stralsund  
Frau Dr. Reddemann, Bielefeld  
Frau Prof. Dr.Dipl.-Psych. Rossner, München

## **Die schriftliche Überarbeitung der Leitlinie im Delphi-Verfahren im Mai 1999 erfolgte durch**

PD Dr.Dipl.-Psych. Damman, Basel  
Prof. Dr. Egle, Mainz  
Frau Prof. Dr. Fikentscher, Halle  
Prof. Dr. Freyberger sen., Hannover  
Prof. Dr. Freyberger jun., Greifswald  
Prof. Dr.Heuft, Münster  
Dr. Hirsch, Düsseldorf  
Prof. Dr. Küchenhoff, Basel  
Prof. Dr. Priebe, London  
Frau Dr. Reddemann, Bielefeld  
Prof. Dr. Sachsse, Göttingen  
Prof. Dr. Senf, Essen  
Prof. Dr. Schnyder, Zürich  
PD Dr. Spitzer, Greifswald  
Frau Dr.Dipl.-Psych. Steil, Mannheim  
Prof. Dr. Stoffels, Berlin  
Frau Dr. Streeck-Fischer, Göttingen  
Frau Dr. Teegen, Hamburg  
Prof.Dr. Dr. Tress, Düsseldorf

Die Leitlinie wurde in Abstimmung mit den deutschen psychosomatisch-psychotherapeutischen Fachgesellschaften DGPM, DKPM, AÄGP, DGPT und DeGPT erstellt:

Im Dezember 2005 wurde ein neuer Leitlinienprozess zum [Upgrading als S3- Leitlinie](#) eingeleitet.

Rückmeldungen an die Autoren über e-mail: [gflatten@euripp.org](mailto:gflatten@euripp.org)

**Für die Leitlinie wurde keine finanzielle Unterstützung in Anspruch genommen; sie wurde redaktionell unabhängig erstellt.**

### **Erstellungsdatum:**

Sommer 1999

### **Letzte Überarbeitung:**

Januar 2006

### **Nächste Überprüfung geplant:**

---

Zurück zum [Index Leitlinien der Dt. Ges. f. Psychotherapeutische Medizin](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

---



**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 haftungsbe gründende noch haftungsbefreiende Wirkung.**

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - **insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung** übernehmen.

---

*Stand der letzten Aktualisierung: Januar 2006*

©: Dt. Ges. f. Psychotherapeutische Medizin (DGPM), Dt. Ges. f. Psychanalyse,  
Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), Dt. Kollegium f.  
Psychosomatische Medizin (DKPM), Allgem. Ärztliche Ges. f. Psychotherapie (AÄGP)

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code optimiert: 16.02.2006; 13:27:24