

Zertifizierte Fortbildung

Diagnostik und Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung

Empfehlungen der neuen S3-Leitlinie

Ingo Schäfer¹ · Thomas Ehring² · Christine Knaevelsrud³ · Andreas Maercker⁴ ·
Tanja Michael⁵ · Julia Schellong⁶

¹ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

² Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Ludwig-Maximilians-Universität, München, Deutschland

³ Klinisch-Psychologische Intervention, Freie Universität Berlin, Berlin, Deutschland

⁴ Psychopathologie und Klinische Intervention, Universität Zürich, Zürich, Schweiz

⁵ Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität des Saarlandes, Saarbrücken, Deutschland

⁶ Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden, Dresden, Deutschland



Online teilnehmen unter:
www.springermedizin.de/cme

Für diese Fortbildungseinheit
werden 3 Punkte vergeben.

Kontakt

Springer Medizin Kundenservice
Tel. 0800 77 80 777
(kostenfrei in Deutschland)
E-Mail:
kundenservice@springermedizin.de

Informationen

zur Teilnahme und Zertifizierung finden
Sie im CME-Fragebogen am Ende des
Beitrags.

Zusammenfassung

Die aktualisierte S3-Leitlinie zur posttraumatischen Belastungsstörung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften enthält 15 Empfehlungen zu Diagnostik und Behandlung im Erwachsenenalter. Von zentraler Bedeutung sind die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie oder Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Die Effekte nichttraumafokussierter „stabilisierender“ Verfahren reichen nicht an die traumafokussierter Ansätze heran. Auch eine Pharmakotherapie stellt keine hinreichende Alternative dar. Adjuvante Verfahren, wie Ausdauersport oder Biofeedback, können zusätzlich von Nutzen sein. Bei der neuen ICD-11-Diagnose komplexe PTBS sollen Interventionen zur Verbesserung der Emotionsregulation und von Beziehungsstörungen ergänzt werden. Komorbiditäten wie Substanzstörungen oder psychotische Syndrome sind keine Kontraindikation für ein traumafokussiertes Vorgehen, solange sie nicht zu schwerwiegenden Störungen der Verhaltenskontrolle führen.

Schlüsselwörter

Kognitive Verhaltenstherapie · Eye Movement Desensitization Reprocessing · Pharmakotherapie · Psychotherapie · Leitlinie

Lernziele

Nach Lektüre dieses Beitrags

- kennen Sie wichtige Prinzipien der Diagnostik der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS).
- können Sie benennen, welche psychotherapeutischen Behandlungsansätze bei der klassischen und der komplexen PTBS zum Einsatz kommen sollen.
- kennen Sie den Stellenwert einer pharmakotherapeutischen Behandlung bei PTBS.
- können Sie die wissenschaftliche Evidenz für die Anwendung adjuvanter Verfahren kritisch einordnen.
- können Sie einschätzen, in welchen Fällen komorbide Störungen bei der Indikationsstellung für eine traumafokussierte Behandlung von Bedeutung sind.

Einleitung

Mit einer Einmonatsprävalenz von 1,5% zählt die PTBS zu den häufigen psychischen Erkrankungen (Maercker et al. 2018). Unter Federführung der deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) wird seit 1999 eine Leitlinie zu ihrer Behandlung publiziert, die 2011 auf das S3-Niveau gehoben und 2019 aktualisiert wurde (Schäfer et al. 2019a). Die vorliegende Arbeit gibt einen Überblick über die Empfehlungen der aktuellen Leitlinie zu Diagnostik und Behandlung der PTBS im Erwachsenenalter. Weitere Abschnitte der Leitlinie, auf die hier nicht eingegangen wird, betreffen die Diagnostik und Behandlung der PTBS im Kindes- und Jugendalter sowie eine Darstellung der aktuellen Versorgungsstrukturen.

Diagnostik

Die diagnostischen Kriterien der PTBS umfassen das Erlebnis eines Traumas, unwillkürliche belastende Erinnerungen daran (Wiedererleben/Intrusionen), Vermeidungsverhalten und eine anhaltende physiologische Übererregung. Dementsprechend sind die zentralen Bausteine der Diagnostik die Erfassung der traumatischen Ereignisse selbst sowie ihrer Folgen auf symptomatischer und funktionaler Ebene. Das Prozedere bei der Diagnostik beinhaltet häufig die folgende Sequenz: Erhebung der Traumavorgeschichte sowie der Spontansymptomatik in der Anamnese, Durchführung eines Fragebogentests als Screening der Symptomintensität sowie bei entsprechender Indikation die Durchführung eines diagnostischen Interviews. Bei der Traumaanamnese (Erhebung früherer traumatischer Erfahrungen und Indextrauma) ist es in der Regel zunächst nicht notwendig bzw. indiziert, Details der traumatischen Erfahrung zu explorieren, sondern ausreichend, eine kurze Beschreibung des Erlebten zu erheben. Ein Beharren auf detaillierten Beschreibungen während der ersten Interaktionsphase kann sich potenziell negativ auf die Therapie- und Beziehungsgestaltung auswirken (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health 2013).

Diagnostics and treatment of posttraumatic stress disorder. Recommendations of the new S3 guidelines

The latest revision of the guidelines on posttraumatic stress disorder (PTSD) of the Association of the Scientific Medical Societies in Germany contains 15 recommendations on the diagnostics and treatment in adults. Of central importance are trauma-focused cognitive behavioral therapy and eye movement desensitization and reprocessing. The effects of nontrauma-focused stabilizing procedures are not comparable to those of trauma-focused approaches. Similarly, pharmacotherapy is not an equally effective alternative to trauma-focused psychotherapy. Adjuvant procedures, such as endurance sports or biofeedback, can be of additional benefit. In the new ICD 11 diagnosis complex PTSD, interventions to improve emotional regulation and interpersonal relationships should be added in the treatment of patients. Comorbidities such as substance use disorders or psychotic syndromes are not a contraindication for trauma-focused approaches if they do not compromise patients' behavioral control.

Keywords

Cognitive behavioral therapy · Eye movement desensitization reprocessing · Drug therapy · Psychotherapy · Guidelines

► Merke

Zur Diagnosestellung ist die Erhebung der Traumaanamnese, der spezifischen Symptome der PTBS und ihrer Auswirkungen auf funktionaler Ebene notwendig.

In der Diagnostikphase sind u. a. die folgenden Faktoren von Bedeutung (Knaevelsrud et al. 2019):

- Herstellung einer sicheren, störungsfreien Gesprächsatmosphäre, Berücksichtigung von spezifischen Kontrollbedürfnissen und adäquates Eingehen auf notwendige Rahmenbedingungen (ausreichender körperlicher Abstand zur Untersuchungsperson, ggf. Türen offen lassen, Mitnehmen einer Vertrauensperson, Entfernen von Auslösereizen im Gesprächsraum);
- aktives Erfragen der PTBS-Symptome, da viele Patienten nicht spontan davon berichten;
- Vermittlung eines Erklärungsmodells für die Symptome als menschliche Reaktion auf Extrembelastung (Psychoedukation) und die Benennung der Störung im Sinne einer posttraumatischen Diagnose führen zur Entlastung der Betroffenen;
- bei akuter Traumatisierung ist zudem die vorbeugende Aufklärung über evtl. zu erwartende Symptome wichtig;
- Erfassung und Bekräftigung der individuellen kompensatorischen Strategien als „normale“ Reaktion;
- Erfassung von Risiko- und Schutzfaktoren (z. B. Vortraumatisierungen, vorbestehende psychische Erkrankungen, zusätzliche Stressoren oder soziale Unterstützung).

► Merke

In der Diagnostikphase sollten auch eine normalisierende Aufklärung über die Störung sowie die Erfassung von Risiko- und Schutzfaktoren erfolgen.

Zur Diagnostik der PTBS finden sich in der Leitlinie 4 Empfehlungen, die sich auf deren Stellenwert unter den **Traumafolgestörungen**,

Tab. 1 Empfehlungen zur Diagnostik der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). (Schäfer et al. 2019a)		
Nr.	Empfehlung	Empfehlungsgrad (Abstimmungsergebnis)
1	Bei der Diagnostik soll beachtet werden, dass die PTBS nur eine, wenngleich spezifische Form der Traumafolgeerkrankungen ist	KKP ^a (100%)
2	Die Diagnostik der PTBS soll nach klinischen Kriterien der jeweils gültigen Version der ICD erfolgen	KKP (100%)
3	Zur Abbildung der funktionalen Gesundheit und besonderen Kontextfaktoren der PTBS sollte eine strukturierte Klassifikation nach ICF erfolgen	KKP (94%)
4	Zur Unterstützung der Diagnostik sollten psychometrische Tests und PTBS-spezifische strukturierte klinische Interviews eingesetzt werden	KKP (95%)

ICD Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, ICF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
^aKlinischer Konsenspunkt (Expertenempfehlung)

relevante diagnostische Klassifikationssysteme und den Einsatz psychometrischer Instrumente beziehen (Tab. 1).

Auch wenn die PTBS die spezifischste aller Traumafolgeerkrankungen darstellt, ist sie nicht die einzige bzw. die häufigste Störung, die durch ein traumatisches Ereignis hervorgerufen werden kann. Weitere Differenzialdiagnosen (insbesondere Depression, Angststörungen wie z.B. die generalisierte Angststörung oder die Panikstörung) müssen als unmittelbare Traumafolgen in Betracht gezogen werden. Darüber hinaus sind **somatoforme Störungen** und substanzbezogene Störungen häufige Folgen traumatischer Erfahrungen. Die genannten Störungen können auch komorbide auftreten (s. unten).

Entstehung und Aufrechterhaltung einer PTBS sind an **soziale Kontextfaktoren** gebunden. Auch wenn die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) den relevanten Rahmen für die Diagnostik der PTBS vorgibt, erlaubt sie es nicht, die funktionale Gesundheit zu klassifizieren. Diese Lücke wird nach den Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durch die Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) geschlossen. Die ICF erlaubt es, die medizinische Diagnose einer PTBS durch die kategoriale Beschreibung **biopsychosozialer Faktoren** zu ergänzen, die umweltbezogenen Kontextfaktoren als Förder- bzw. Barrierefaktoren zu beurteilen sowie den Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf einer PTBS unter Berücksichtigung des individuellen Teilhabebedarfs berufsgruppenübergreifend darzustellen. Auf diese Weise erlaubt sie die Feststellung der funktionalen Gesundheit einschließlich des individuellen Teilhabebedarfs für sozialmedizinische Fragestellungen. Bei der PTBS kommen spezifische Fragestellungen des **sozialen Entschädigungsrechtes** (z. B. nach dem Opferentschädigungsgesetz) hinzu.

Die Empfehlung zum Einsatz **standardisierter Messinstrumente** wird fast durchgängig auch von anderen international verfügbaren Leitlinien ausgesprochen. Standardisierte Instrumente können die Diagnosestellung bei Verdacht auf eine posttraumatische Störung unterstützen und optimieren, da sie die Untersuchung unabhängiger vom Untersucher machen, feststehende Kriterien zur Beurteilung der Ergebnisse bieten und eine zuverlässigere Diagnosestellung erlauben. Geeignete Messinstrumente sollten generell neben den geforderten dimensional Faktoren

auch biografische Faktoren, Symptomstärke und -verlauf sowie Resilienzfaktoren erfassen. Inzwischen liegt eine Fülle erprobter Messinstrumente vor. Eine Übersicht über wichtige deutschsprachige Instrumente findet sich bei Schellong et al. (2019a).

Psychotherapeutische Behandlung

Zur Behandlung der PTBS liegen verschiedene psychotherapeutische Interventionen vor, die in kontrollierten Therapiestudien untersucht worden sind. Ein zentrales Merkmal zur Einteilung verschiedener psychotherapeutischer Behandlungstechniken ist die Unterscheidung zwischen traumafokussierten und nichttraumafokussierten Interventionen.

Traumafokussierte Interventionen

Bei traumafokussierten Interventionen handelt es sich um Behandlungsansätze, bei denen der Schwerpunkt auf der Verarbeitung der Erinnerung an das traumatische Ereignis und/oder seiner Bedeutung liegt. Dabei wurden in der Literatur v.a. die beiden im Folgenden beschriebenen Varianten untersucht.

Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie. Die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT) basiert auf den Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie und beinhaltet üblicherweise als zentrale traumafokussierte Techniken:

- imaginative Exposition in Bezug auf die Traumaerinnerung,
- narrative Exposition,
- Exposition in vivo und/oder
- kognitive Umstrukturierung in Bezug auf traumabezogene Überzeugungen.

Zu den am besten untersuchten spezifischen Ansätzen innerhalb der TF-KVT gehören u.a. die prolongierte Exposition (Foa et al. 1999), die kognitive Verarbeitungstherapie (Resick et al. 2008; König et al. 2012), die kognitive Therapie nach Ehlers und Clark (Ehlers 1999) sowie die narrative Expositionstherapie (Schauer et al. 2011). Die Ansätze unterscheiden sich u.a. in der Betonung und Umsetzung expositionsorientierter vs. kognitiver Techniken. So setzen etwa die kognitive Verarbeitungstherapie (Resick et al. 2008; König et al. 2012) und die kognitive Therapie nach Ehlers und

Nr.	Empfehlung	Empfehlungsgrad (Abstimmungsergebnis)
5	Bei der PTBS ist Behandlung erster Wahl die traumafokussierte Psychotherapie, bei der der Schwerpunkt auf der Verarbeitung der Erinnerung an das traumatische Ereignis und/oder seiner Bedeutung liegt	A ^a (100%)
6	Eine traumafokussierte Psychotherapie soll jedem Patienten mit PTBS angeboten werden	KKP ^b (100%)
7	Ergänzend zu traumafokussierten Interventionen sollen weitere Problem- und Symptombereiche abgeklärt und in der Behandlung berücksichtigt werden, wie z. B. das Risiko weiterer Viktimisierung bei Opfern von Gewalt, Trauerprozesse, soziale Neuorientierung, Neubewertung, Selbstwertstabilisierung	KKP ^b (92%)

^aStarke Empfehlung, die sich auf Metaanalysen qualitativ hochwertiger doppelblinder randomisierter-kontrollierter Studien stützt
^bKlinischer Konsenspunkt (Expertenempfehlung)

Clark (Ehlers 1999) einen stärkeren Fokus im Bereich kognitiver Techniken.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).

Die Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) ist eine traumafokussierte Intervention, die nach einem strukturierten Fokussierungsprozess in einen **assoziativen Verarbeitungsprozess** mündet. Beide werden von rhythmischen durch den Therapeuten bzw. die Therapeutin mit der Hand **geführten Augenbewegungen** begleitet. Der am besten untersuchte EMDR-Ansatz ist das EMDR-Standardprotokoll, das neben den Erinnerungen in der Vergangenheit auch auf belastende traumaassoziierte Auslöser der Gegenwart und mit der Erinnerung verbundene Zukunftsängste fokussiert (Shapiro 2012).

► Merke

Traumafokussierte Interventionen setzen einen Schwerpunkt auf die Verarbeitung der Erinnerung an das traumatische Ereignis und/oder seiner Bedeutung.

Nichttraumafokussierte Interventionen

Diese sind definiert als Therapieansätze, deren Hauptaugenmerk nicht auf der Verarbeitung der Erinnerung an das traumatische Ereignis und/oder seiner Bedeutung liegt. Stattdessen liegt der Schwerpunkt dieser Ansätze auf der Vermittlung von Fertigkeiten der **Emotionsregulation**, des Umgangs mit posttraumatischen Belastungssymptomen oder der Lösung aktueller Probleme. Varianten dieser Behandlungstechniken, die in randomisierten kontrollierten Therapiestudien untersucht worden sind, sind u. a. das Stressimpfungstraining (Foa et al. 1999), stabilisierende Gruppenprogramme (Dorrepal et al. 2012) und das Programm *Sicherheit finden* (Najavits 2009). Das Stressimpfungstraining (Foa et al. 1999) beinhaltet beispielsweise Techniken zur Entspannung, Gedankenstopp, kognitive Umstrukturierung, Vorbereitung auf einen Stressor und Rollenspiele. Das Programm *Sicherheit finden* ist ein kognitiv-behaviorales Therapieprogramm, das PTBS-Symptome und komorbide substanzbezogene Störungen adressiert.

Kombinierte Techniken

Einige Therapiekonzepte kombinieren traumafokussierte und nichttraumafokussierte Techniken, häufig in einem **phasenbasier-**

ten Vorgehen. Dazu gehören die Therapieprogramme *Skillstraining zur affektiven und interpersonellen Regulation/narrative Therapie (STAIR/NT)*; Cloitre et al. 2014) und *dialektisch-behaviorale Therapie-PTBS (DBT-PTBS)*; Bohus et al. 2013). Das Therapieprogramm STAIR/NT integriert Interventionen zur Behandlung komplexer Traumafolgestörungen (insbesondere Emotionsdysregulation und **dysfunktionale interpersonelle Schemata**) mit einer traumafokussierten narrativen Exposition. Das modulare DBT-PTBS-Programm kombiniert Methoden der DBT mit traumaspezifischen kognitiven und expositionsbasierten Interventionen.

Die Empfehlungen der aktualisierten Leitlinie (Tab. 2) basieren auf einer systematischen Literaturrecherche von Primärstudien, Metaanalysen von randomisierten kontrollierten Studien und anderen internationalen Leitlinien (Ehring et al. 2019). In den vorliegenden Metaanalysen berichteten etwa Bisson et al. (2007) hohe kontrollierte Effektstärken für traumafokussierte KVT („standardized mean difference“, $SMD = 1,40$) und EMDR ($SMD = 1,51$) und eine Überlegenheit der traumafokussierten KVT gegenüber nichttraumafokussierten Ansätzen in Bezug auf die Reduktion der Primärsymptomatik der PTBS. Auch Cusack et al. (2016) fanden in ihrer Metaanalyse Hinweise für eine hohe Wirksamkeit verschiedener Varianten der TF-KVT ($SMD = 1,27-1,40$) sowie EMDR ($SMD = 1,08$). Lee et al. (2016) berichten höhere Effektstärken für traumafokussierte Psychotherapie ($g = 0,83$) als für nichttraumafokussierte Therapie ($g = 0,45$) und Psychopharmakotherapie ($g = 0,43$).

Die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche bestätigten die breite Evidenz für die individuelle traumafokussierte KVT, insbesondere für expositionsbasierte Interventionen (38 RCT), kognitive Varianten der TF-KVT (24 RCT), Programme mit einer Kombination expositionsorientierter und kognitiver Interventionen (29 RCT) und der narrativen Expositionstherapie (12 RCT). Ebenso besteht eine breite Evidenz für die EMDR (33 RCT) sowie für die **„imagery rehearsal therapy“**, eine Intervention zur Behandlung von Alpträumen, bei der emotional belastende Anteile von Träumen identifiziert und durch nicht als bedrohlich empfundenen Material ersetzt werden (8 RCT).

► Merke

In Bezug auf die Behandlung der PTBS liegt eine breite Evidenz zu Varianten der traumafokussierten KVT, der narrativen Expositionstherapie und zu EMDR vor.

Tab. 3 Empfehlungen zur pharmakotherapeutischen Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). (Schäfer et al. 2019a)		
Nr.	Empfehlung	Empfehlungsgrad (Abstimmungsergebnis)
8	Eine Psychopharmakotherapie soll weder als alleinige noch als primäre Therapie der PTBS eingesetzt werden	A ^a (87%)
9	Falls nach einem informierten und partizipativen Entscheidungsprozess trotz der geringen Effekte eine Medikation bevorzugt wird, so sollte lediglich Sertralin, Paroxetin oder Venlafaxin ^b angeboten werden	A (100%)
10	Benzodiazepine sollen nicht eingesetzt werden	A (100%)

^aStarke Empfehlung, die sich auf Metaanalysen qualitativ hochwertiger doppelblinder randomisierter-kontrollierter Studien stützt
^bBei Venlafaxin würde es sich in Deutschland um einen „off label use“ handeln

Zu anderen traumafokussierten Interventionen sowie phasenbasierten Ansätzen liegt bisher nur eine geringere Anzahl von Studien mit ausreichender methodischer Qualität vor. Auch psychodynamische Ansätze zur Behandlung der PTBS wurden bisher kaum kontrolliert untersucht. Es konnten lediglich 2 RCT identifiziert werden (Brom et al. 1989; Christensen et al. 2013). In der Gruppe der nichttraumafokussierten individuellen Behandlungen wurden verschiedene Therapieansätze in insgesamt 43 RCT untersucht. Es zeigt sich eine große Heterogenität der Therapieansätze und Effektstärken. Auch wenn in einzelnen Studien sehr hohe Effektstärken gefunden wurden, z. B. STAIR als „Stand-alone“-Behandlung (Cloitre et al. 2014) und interpersonelle Psychotherapie (Markowitz et al. 2015), hat bisher keine der nichttraumafokussierten individuellen Therapieansätze in mehreren RCT Effektstärken gezeigt, die an TF-KVT oder EMDR heranreichen. Die Literaturrecherche und -auswertung bestätigt daher die Schlussfolgerungen internationaler Leitlinien und früherer Metaanalysen, die ebenfalls hohe kontrollierte Effektstärken für traumafokussierte KVT berichteten bzw. sich für den Einsatz traumafokussierter Methoden aussprachen.

► Merke

Die Effekte rein „stabilisierender“ nichttraumafokussierter Therapieansätze reichen nicht an die traumafokussierter Ansätze heran.

Pharmakologische Behandlung

Bei der Überarbeitung der S3-Leitlinie wurde entschieden, die Empfehlungen zur Pharmakotherapie auf andere internationale Leitlinien und aktuelle Metaanalysen zur Psychopharmakologie der PTBS zu basieren (Schellong et al. 2019b). Die meisten Leitlinien und Metaanalysen kommen zu dem Schluss, dass eine Pharmakotherapie deutlich geringere Effektstärken zeigt als die traumafokussierte Psychotherapie. Eine Pharmakotherapie wird daher lediglich dann als Alternative zur Psychotherapie empfohlen, wenn die Psychotherapie abgelehnt wird oder nicht zur Verfügung steht (z. B. Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, Tol et al. 2013; Tab. 3).

Die bisherigen Studien legen nahe, dass nicht ganze Substanzklassen wie z. B. selektive Serotonin-Reuptake-Inhibitoren (SSRI) Wirkung zeigen, sondern einzelne Substanzen. Signifikante Belege für deren Wirksamkeit, allerdings mit geringen Effektstärken, die deutlich unter denen einer traumafokussierten Psychotherapie lagen, fanden sich nur für einzelne SSRI und für den selektiven Serotonin-Noradrenalin-Reuptake-Inhibitor (SSNRI) **Venlafaxin** (z. B. Hoskins et al. 2015; Lee et al. 2016). Die meisten Leitlinien empfehlen

daher Pharmakotherapie lediglich als Alternative zur Psychotherapie, wenn die Psychotherapie abgelehnt wird oder nicht zur Verfügung steht (z. B. Australian Centre for Posttraumatic Mental Health 2013; Tol et al. 2013). Eine parallele Behandlung komorbider Symptome, etwa depressiver Syndrome oder schwerer Schlafstörungen, kann hingegen durchaus indiziert sein. Für die Behandlung der Kernsymptomatik der PTBS sind in Deutschland nur **Sertralin** und **Paroxetin** zugelassen. Sollte Venlafaxin nicht für eine komorbide depressive oder Angstsymptomatik, sondern in Bezug auf die PTBS-Symptomatik verschrieben werden, würde es sich um einen „off label use“ handeln.

► Merke

In Bezug auf die Kernsymptome der PTBS liegen nur für einzelne SSRI und SSNRI Belege zu deren Wirksamkeit vor, mit Effektstärken, die deutlich unter denen einer traumafokussierten Psychotherapie lagen.

Von Benzodiazepinen wird bei PTBS generell abgeraten. So zeigte eine umfangreiche Metaanalyse von 18 klinischen und Beobachtungsstudien (Guina et al. 2015), dass Benzodiazepine unwirksam für die Behandlung und Prävention der PTBS sind. Die Risiken, die mit der Einnahme assoziiert sind, überwiegen gegenüber dem potenziellen kurzzeitigen Nutzen. So zeigte sich, dass das Risiko, eine PTBS zu entwickeln, erhöht ist, wenn eine Einnahme von Benzodiazepinen unmittelbar nach dem Trauma erfolgt. Weiterhin wurden ungünstigere Therapieergebnisse, Aggressionen, Depressionen, Substanzgebrauch und ein allgemein höherer Schweregrad der PTBS im Zusammenhang mit der Einnahme von Benzodiazepinen beobachtet.

► Merke

Benzodiazepine werden mit ungünstigeren Therapieergebnissen und einem erhöhten Risiko der PTBS-Entwicklung bei Gabe nach akuter Traumatisierung assoziiert.

Adjuvante Verfahren

Im Rahmen eines **multimodalen Therapiekonzepts** werden besonders im stationären und teilstationären Bereich zur Behandlung der PTBS neben traumafokussierter Psychotherapie häufig zusätzliche Therapieverfahren eingesetzt (adjuvante Verfahren). Zur Überprüfung der wissenschaftlichen Evidenz für oder gegen einen additiven Effekt adjuvanter Verfahren zusätzlich zu traumafokussierter Psychotherapie wurde im Rahmen der Leitlinienerstellung eine

Tab. 4 Empfehlung zu adjuvanten Verfahren in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. (Schäfer et al. 2019a)		
Nr.	Empfehlung	Empfehlungsgrad (Abstimmungsergebnis)
11	Aufgrund der positiven klinischen Erfahrung im stationären Setting auch hinsichtlich der Wirkung auf komorbide Störungen können adjuvante Verfahren wie Ergotherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie, Körper- und Bewegungstherapie oder Physiotherapie in einem traumaspezifischen, multimodalen Behandlungsplan angeboten werden	KKP ^a (100%)

^aKlinischer Konsenspunkt (Expertenempfehlung)

Tab. 5 Empfehlung zur komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (KPTBS). (Schäfer et al. 2019a)		
Nr.	Empfehlung	Empfehlungsgrad (Abstimmungsergebnis)
12	Für eine KPTBS nach ICD-11 sollte die psychotherapeutische Behandlung mit einer Kombination traumafokussierter Techniken erfolgen, bei denen Schwerpunkte auf der Verarbeitung der Erinnerung an die traumatischen Erlebnisse und/oder ihrer Bedeutung liegen (s. Empfehlung Nr. 5; Tab. 2) sowie auf Techniken zur Emotionsregulation und zur Verbesserung von Beziehungsstörungen im Sinne der Bearbeitung dysfunktionaler zwischenmenschlicher Muster	B ^a (87%)

^aSchwache Empfehlung, die sich daraus ergibt, dass mehrere gut geplante RCT vorliegen, diese aber nur eine mäßige Passung zur Formulierung der KPTBS-Diagnose in der ICD-11 hatten

systematische Literaturrecherche durchgeführt. Dabei fanden sich insgesamt 13 randomisierte kontrollierte Studien zu den additiven Effekten von Ausdauersport, Biofeedback (Atemfeedback), Cortisol (Gabe von Hydrocortison), D-Cycloserin (DCS), Familientherapie, Hypnose (schlafbezogen), Kunsttherapie, Methylenblau, Oxytocin und Yohimbin (Michael et al. 2019). In allen Studien wurde geprüft, ob eine traumafokussierte Psychotherapie plus einem adjuvanten Verfahren zu einer stärkeren Reduktion von PTBS-Symptomen führt als eine alleinige traumafokussierte Psychotherapie. In allen Studien kamen Varianten der TF-KVT zum Einsatz; bislang liegt keine Studie zu additiven Effekten adjuvanter Interventionen bei EMDR vor.

► Merke

Adjuvante Verfahren stellen keine Alternative zur traumafokussierten Behandlung der PTBS dar, ihre zusätzliche Anwendung hat aber möglicherweise das Potenzial zur Erzeugung additiver Effekte.

Vielversprechende Befunde zeigten sich für den adjuvanten Einsatz von Cortisol, Ausdauersport und Biofeedback. Bei der Interpretation der Befunde ist jedoch zu beachten, dass die meisten Studien lediglich auf kleinen Stichproben beruhten und keine ausreichende Teststärke aufwiesen, dies es möglich machen würde zu beurteilen, ob die untersuchten Hypothesen durch die Ergebnisse entkräftet oder bestätigt sind. Mit Ausnahme von DCS gab es zudem keine Intervention, die mehrfach getestet wurde, weshalb die Replizierbarkeit und Generalisierbarkeit der Befunde unklar bleiben. D-Cycloserin (DCS) ist eine antibiotisch wirksame Substanz, deren Derivat Terizidon zur Behandlung der Tuberkulose eingesetzt wird. In der Amygdala soll es den Effekt der expositionsbasierten Psychotherapie fördern, was insbesondere in Tierstudien gezeigt werden konnte. Bei Patientenstichproben sind die Befunde zu DCS bislang widersprüchlich, sodass bislang keine Empfehlung für seinen Einsatz ausgesprochen werden kann, zumal es in dieser Indikation in Deutschland bislang nicht zugelassen ist.

Beachtenswert ist zudem, dass randomisierte kontrollierte Studien zum adjuvanten Einsatz der in Deutschland im stationären Setting sehr häufig angewandten Verfahren Ergotherapie, Musiktherapie, Physiotherapie und Qi-Gong bei der Behandlung der PTBS bislang fehlen. Dies liegt evtl. daran, dass in vielen Ländern die PTBS hauptsächlich ambulant behandelt wird und die genannten Verfahren nicht für die Behandlung der Kernsymptomatik entwickelt wurden. Aufgrund der positiven klinischen Erfahrung im stationären Setting, insbesondere auch hinsichtlich der Wirkung auf **komorbide Störungen**, wurde seitens der Konsensusgruppe dennoch die Empfehlung ausgesprochen, dass adjuvante Verfahren wie Ergotherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie, Körper- und Bewegungstherapie, Physiotherapie, in einem **traumaspezifischen Gesamtbehandlungsplan** berücksichtigt werden können (Tab. 4).

Komplexe posttraumatische Belastungsstörung

Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS) wird mit der Einführung der ICD-11 zu einer im Versorgungssystem anerkannten Diagnose. Sie entwickelt sich nach Belastungen, die extrem bzw. lang dauernd sind und aus denen eine Flucht schwierig oder unmöglich ist. Häufige Beispiele sind:

- sexuelle oder körperliche Gewalt in der Kindheit,
- sexuelle Ausbeutung und
- kriegerische Auseinandersetzungen,

Folter oder andere Formen schwerer politischer oder organisierter Gewalt kommen als Auslöser infrage.

► Merke

Die Diagnose der KPTBS orientiert sich an der Symptomatik, nicht an spezifischen erlebten Traumata. Es kommen sowohl Erlebnisse in der Kindheit als auch im Erwachsenenalter infrage.

Die Diagnose umfasst alle Kernsymptome der klassischen PTBS (Wiedererinnerung im Hier und Jetzt, Vermeidung, Gefühl anhalten-

Tab. 6 Empfehlung zur komorbiden Störungen (PTBS). (Schäfer et al. 2019a)		
Nr.	Empfehlung	Empfehlungsgrad (Abstimmungsergebnis)
13	Es soll in Diagnostik und Behandlungsplanung berücksichtigt werden, dass komorbide Störungen bei der PTBS eher die Regel als die Ausnahme sind	KKP ^a (100%)
14	Bei der Indikationsstellung zur Traumabearbeitung sind klinische Komorbidität und Stabilität in einem Gesamtbehandlungsplan mit „partizipativer Entscheidungsfindung“ zu berücksichtigen	KKP ^a (100%)
15	Potenziell gefährdende Symptome und Verhaltensweisen (z. B. Suizidalität, psychotische Symptome, dissoziative Symptome, Selbstverletzung, Fremdaggression, Substanzkonsum), die zu schwerwiegenden Störungen der Verhaltenskontrolle führen, stellen eine relative Kontraindikation für ein traumafokussiertes Vorgehen dar	KKP ^a (81%)
^a Klinischer Konsenspunkt (Expertenempfehlung)		

der Gefährdung). Zusätzlich kommen 3 weitere Symptomgruppen hinzu:

- anhaltende und tiefgreifende Probleme der Emotionsregulation (verstärkte emotionale Reaktivität, Affektverflachung, gewalttätige Durchbrüche),
- ein negatives Selbstkonzept (beeinträchtigte Selbstwahrnehmung wie die Überzeugung, minderwertig, unterlegen oder wertlos zu sein, Schuldgefühle, Schamgefühle) sowie
- Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen (Schwierigkeiten, nahe Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten).

Die Empfehlung zur KPTBS (Tab. 5) beruht auf 14 randomisierten kontrollierten Studien, die in einer systematischen Literaturrecherche zur Leitlinie ermittelt wurden. Dabei mussten aufgrund der Neuheit der Diagnose näherungsweise Studien herangezogen werden, die z. B. die Kriterien einer „disorder of extreme stress not otherwise specified“, die geplanten ICD-11-Kriterien, oder die Kriterien für eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach **Extrembelastung** zugrunde gelegt hatten (Maercker et al. 2019).

Die Ergebnisse der vorliegenden Studien weisen darauf hin, dass sich die verwendeten therapeutischen Ansätze gegenüber den jeweiligen Kontrollgruppen, auch bezogen auf die zusätzlichen Symptom-Cluster der KPTBS, effektiv zeigten. Auf Basis einzelner methodisch überzeugender Studien können (1) die Dialektisch-Behaviorale Therapie-PTBS (DBT-PTBS) (Bohus et al. 2013), (2) das STAIR (Cloitre et al. 2010) und (3) kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze (McDonagh et al. 2005), einschließlich der kognitive Verarbeitungstherapie (Resick et al. 2008; König et al. 2012), als vielversprechende Ansätze zur Behandlung komplexer Ausprägungen der PTBS betrachtet werden. Insgesamt reicht die aktuelle Literatur noch nicht aus, um spezifischere Empfehlungen zu geben. Darüber hinaus liegen aufgrund der Neuheit des Konzepts der KPTBS bislang keine Studien vor, bei denen Patienten mit diagnostizierter KPTBS eingeschlossen und mit Patienten mit PTBS direkt verglichen worden sind.

Komorbide Störungen

Bei den meisten Patienten mit PTBS liegen weitere psychische Störungen vor, am häufigsten affektive Störungen, Angststörungen, somatoforme Störungen und **Substanzstörungen**. Weiter können PTBS-Patienten zusätzliche Symptome wie Dissoziation und **psychotische Symptome** bzw. potenziell gefährdende Ver-

haltensweisen wie suizidale Handlungen oder Selbstverletzung aufweisen.

Häufig wird eine integrierte oder parallele Behandlung beider Störungen empfohlen (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health 2013; Department of Veterans Affairs and Department of Defense 2017). Bei leichter bis mittelgradiger Depression und leichteren Substanzstörungen kann eine vorrangige Behandlung der PTBS sinnvoll sei (Department of Veterans Affairs and Department of Defense 2017). Allerdings sollten auch in diesen Fällen die Symptome komorbider Störungen sorgfältig überwacht werden und sie sollten bei einer ausbleibenden Besserung gezielter behandelt werden. Eine vorrangige Behandlung der **Komorbidität** wird als indiziert angesehen, wenn diese, wie es etwa bei **schweren Depressionen** der Fall sein kann, verhindert, dass Patientinnen und Patienten von der PTBS-Behandlung ausreichend profitieren oder sie angemessen in Anspruch nehmen können (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health 2013; Department of Veterans Affairs and Department of Defense 2017).

► Merke

Häufig ist eine integrierte oder parallele Behandlung von komorbiden Störungen sinnvoll, seltener eine sequenzielle Behandlung.

Aufgrund der Befürchtung, dass komorbide Syndrome zu einer erhöhten Zahl unerwünschter Ereignisse bei der Behandlung der PTBS führen, wurden betroffene Patientinnen und Patienten früher häufig von Studien ausgeschlossen. Inzwischen liegt auch zur Wirksamkeit von traumatherapeutischen Ansätzen bei komorbiden Patienten eine größere Zahl von randomisierten kontrollierten Studien vor. In einer systematischen Literaturrecherche zur Leitlinie konnten 22 Studien ermittelt werden, zumeist bei Patientinnen und Patienten mit komorbiden Substanzstörungen, aber auch bei Patienten mit psychotischen Störungen, depressiven Störungen und Stichproben mit unterschiedlichen psychischen Störungen. Jeweils die Hälfte davon untersuchte traumafokussierte bzw. nichttraumafokussierte Behandlungsansätze (Schäfer et al. 2019b).

Während bei Patientinnen und Patienten mit Substanzstörungen in den meisten Studien nichttraumafokussierte Interventionen keine besseren Effekte in Bezug auf die PTBS-Symptomatik zeigten als andere manualisierte Behandlungsansätze, z. B. Rückfallpräventionstraining, waren traumafokussierte Interventionen in einem Teil der Studien den jeweiligen Kontrollbehandlungen überlegen (z. B. Coffey et al. 2006, 2016; Mills et al. 2012; van Dam et al. 2013).

Auch bei psychotischen Störungen fanden sich gute Ergebnisse für traumafokussierte Interventionen. So fanden sich in der Studie von Van den Berg et al. (2018) hohe Effektstärken für prolongierte Exposition und EMDR gegenüber einer Wartelistenbedingung in Bezug auf die PTBS-Symptomatik 6 und 12 Monate nach Therapieende. Auch in Bezug auf die psychotische Symptomatik, etwa **paranoides Denken**, zeigten sich in den beiden Interventionsgruppen signifikante Reduktionen (De Bont et al. 2016). Zudem traten in den beiden Interventionsgruppen signifikant weniger unerwünschte Ereignisse oder Symptomexazerbationen als in der Kontrollgruppe auf (Van den Berg et al. 2016).

Zu komorbiden Störungen finden sich in der Leitlinie 3 Empfehlungen, die sich auf die Beachtung von Komorbiditäten, die Indikationsstellung zur Traumabearbeitung sowie potenziell gefährdende Symptome und Verhaltensweisen beziehen (Tab. 6).

Auf die letzte Empfehlung in Tab. 6 hatten auch die oben genannten Studien Einfluss, die zeigen konnten, dass Patientinnen und Patienten mit komorbiden psychotischen und Substanzstörungen trotz der entsprechenden Symptomatik erfolgreich behandelt werden konnten und es zu keinen erhöhten Raten unerwünschter Ereignisse im Rahmen der Therapie kam. Entscheidend ist also nicht die Komorbidität an sich, sondern deren möglicher Einfluss auf die **Verhaltenskontrolle**. Bei (z. B. Substanzkonsum, der nicht hinreichend gesteuert werden kann, sodass mit schwerwiegenden Komplikationen gerechnet werden muss).

Fazit für die Praxis

- Die Diagnostik der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) soll mithilfe strukturierter Instrumente erfolgen und umfasst sowohl die Traumaanamnese als auch störungsspezifische Symptome. Bei der Traumaanamnese ist es zunächst nicht notwendig bzw. indiziert, Details der traumatischen Erfahrung zu explorieren.
- Traumafokussierte Psychotherapie ist die Behandlung erster Wahl bei der PTBS. Die Effekte rein „stabilisierender“, nichttraumafokussierter Therapieansätze sind deutlich geringer, sodass allen Patientinnen und Patienten eine traumafokussierte Behandlung angeboten werden soll.
- Eine pharmakotherapeutische Behandlung stellt keine hinreichende Alternative zu einer traumafokussierten Psychotherapie dar; Benzodiazepine sollen nicht eingesetzt werden.
- Trotz mangelnder wissenschaftlicher Evidenz sprechen praktische Erfahrungen für die Nützlichkeit von adjuvanten Verfahren. Sie können ergänzend zu traumafokussierter Therapie angeboten werden.
- Bei der komplexen PTBS sollen zusätzlich zu einer traumafokussierten Behandlung Techniken zur Emotionsregulation und zur Verbesserung von Beziehungsstörungen eingesetzt werden.
- Komorbiditäten sind nicht per se eine Kontraindikation für ein traumafokussiertes Vorgehen. Entscheidend ist, ob sie die Verhaltenskontrolle beeinflussen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Ingo Schäfer

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52, 20246 Hamburg, Deutschland
i.schaefer@uke.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. Gemäß den Richtlinien des Springer Medizin Verlags werden Autoren und Wissenschaftliche Leitung im Rahmen der Manuskripterstellung und Manuskriptfreigabe aufgefordert, eine vollständige Erklärung zu ihren finanziellen und nichtfinanziellen Interessen abzugeben.

Autoren. I. Schäfer: A. Finanzielle Interessen: Forschungsförderung zur persönlichen Verfügung: BMBF, BMG, EKD, Techniker Krankenkasse, AOK Bundesverband. – Referentenhonorar oder Kostenerstattung als passiver Teilnehmer: Div. Fachtagungen. – Geschäftsführer, Zentrum für Psychotraumatologie Hamburg. – B. Nichtfinanzielle Interessen: Oberarzt, Leiter Traumaambulanz, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf | Mitgliedschaften: Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT, Past-Präsident), European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS, Past-Präsident). T. Ehring: A. Finanzielle Interessen: Forschungsförderung zur persönlichen Verfügung: BMBF, Innovationsfond, EU (Horizon 2020). – Regelmäßige Einladung von Universitäten und Forschungsinstituten für Vorträge, Keynote-Speaker auf wissenschaftlichen Konferenzen (u.a. WCBCT, BABCP, VGCT). – Mitglied des Scientific Board der Oberbergklinien. – Gesellschafter des IPP Münster GmbH (Ausbildungsinstitut für Psychologische Psychotherapeuten). – B. Nichtfinanzielle Interessen: Universitätsprofessor, LMU München, Leiter der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz der LMU München, wissenschaftlicher Leiter des Universitären Ausbildungsinstituts MUNIP an der Universität München, Dozent in der Aus- und Weiterbildung zu klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Themen, Autor wissenschaftlicher Artikel sowie klinischer Fachartikel, Bücher und Buchkapitel | Mitglied in verschiedenen wissenschaftlichen Fachgesellschaften (u.a. DGPs, DeGPT, ESTSS). C. Knaevelsrud: A. Finanzielle Interessen: Forschungsförderung zur persönlichen Verfügung: BMBF, BMVG, Horizon 2020. – Referentenhonorar oder Kostenerstattung als passive Teilnehmerin: verschiedene Kliniken. – Bezahlte Beraterin/interne Schulungsreferentin/Gehaltsempfängerin o.ä.: Schulung im Rahmen Psychotherapeutische Weiterbildungsinstitute. – B. Nichtfinanzielle Interessen: Professorin für Klinisch-Psychologische Intervention, Freie Universität Berlin | Mitgliedschaften: DGPs, DeGPT. A. Maercker: A. Finanzielle Interessen: Referentenhonorar oder Kostenerstattung als passiver Teilnehmer: Deutschsprachige und internationale Kongresse zur Psychotherapie, Psychosomatik, Psychiatrie oder Psychotraumatologie, mehrfach jährlich. – Wissenschaftlicher Beirat der Klinik Aadorf (Schweiz). – B. Nichtfinanzielle Interessen: Ord. Professor, Psychologisches Institut der Universität Zürich. T. Michael: A. Finanzielle Interessen: Aktuell mehrere Forschungsprojekte zu PTBS, die nicht im direkten Zusammenhang mit dem Artikel stehen: Forschungsfonds der Universität des Saarlandes: Deutsche Übersetzung und erste Evaluation eines umfassenden WHO Instruments zur Erfassung von Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen in der Kindheit (2020–2021), Deutsche Forschungsgemeinschaft (Monika Equit, Tanja Michael, Tim Meyer, DFG 42631032): „Ausdauersport als adjuvantes Verfahren zu traumafokussierter Psychotherapie bei traumatisierten Flüchtlingen“ (2019–2022), Deutsche Forschungsgemeinschaft (Roxanne M. Sopp, Tanja Michael, DFG 407402496): „Kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie als adjuvante Behandlungsstrategie bei Posttraumatischer Belastungsstörung“ (2019–2021). – Regelmäßiger Besuch von wissenschaftlichen Kongressen, die sich mit Traumatisierung und PTBS beschäftigen, Erstattung der Reisekosten zu diesen Kongressen: Universität des Saarlandes, keine Vorträge gehalten, die im direkten Zusammenhang mit dem Fortbildungstitel stehen. – Teilhaberin des Weiterbildungsinstituts für Psychotherapie Saarbrücken GmbH an der Universität des Saarlandes, Durchführung von Workshops zu PTBS. – B. Nichtfinanzielle Interessen: W-3 Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität des Saarlandes, Leitung des Weiterbildungsinstituts für Psychotherapie Saarbrücken, Universität des Saarlandes (WIPS GmbH) | Mitgliedschaften: Association for Psychological Science, European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT), European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS), Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs), Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT), International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS), Psychotraumazentrum der Bundeswehr (wissenschaftlicher Beirat), AG der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) S-3 Leitliniengrup-

pe Posttraumatische Belastungsstörung. **J. Schellong**: A. Finanzielle Interessen: Forschungsförderung zur persönlichen Verfügung: 2020–2023: Behandlungspräferenzen und -barrieren bei Depression, Angststörungen sowie Traumafolgestörungen und das Erleben von Partnerschaftsgewalt bis zu einem Jahr nach Entbindung (IN-VITE DFG/SCHÉ 1986/6-1); 2019–2023: Smart Living Homes – whole interventions demonstrator for people at health and social risk (GATEKEEPEREU Horizon 2020 / Nr. 857223); 2019–2022: Objektive Indikatoren der posttraumatischen Dissoziation (OBID DFG/SCHÉ 1986/3-1); 2019–2021: BMBF ENHANCE: Enhancing understanding and treatment of post-traumatic stress disorder related to child maltreatment (PTSD-CM); 2017–2020: EFRE Telemedizinisches Netzwerk Psychotraumatologie Sachsen; 2018–2022: Kompetenzzentrum Traumaambulanzen im Freistaat Sachsen (Landesdirektion Sachsen / C22.1-5013/29/4); 2015–2017: Sanitätsakademie der Bundeswehr bzw. Universität der Bundeswehr München: App PTBS-Coach. – Referentenhonorar oder Kostenerstattung als passive Teilnehmerin oder bezahlte Beraterin/interne Schulungsreferentin/Gehaltsempfängerin o.ä.: DGPPN Akademie Vortrag über PTBS, diverse Vorträge über PTBS und häusliche Stress/Partnerschaftsgewalt bei Justiz, Kliniken und sozialen Institutionen. – B. Nichtfinanzielle Interessen: Leitende Oberärztin, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden, Bereichsleiterin Psychotraumatologie | Mitgliedschaften: Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM), Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT, Past-Präsidentin), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und Neurologie (DGPPN, Leiterin Referat Psychotraumatologie), International Society of Stress Studies (ISTSS), European Society of Stress Studies ESTSS, Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse (DGPT), EMDRIA Deutschland, Sächsische Wissenschaftliche Gesellschaft für Nervenheilkunde (SWGNG), Förderverein Traumanetz Seelische Gesundheit (Vorstandsvorsitzende).

Wissenschaftliche Leitung. Die vollständige Erklärung zum Interessenkonflikt der Wissenschaftlichen Leitung finden Sie am Kurs der zertifizierten Fortbildung auf www.springermedizin.de/cme.

Der Verlag erklärt, dass für die Publikation dieser CME-Fortbildung keine Sponsorengelder an den Verlag fließen.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

- Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (2013) Australian guidelines for the treatment of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, Melbourne
- van den Berg D, de Bont PAJM, van der Vleugel BM, de Roos C, de Jongh A, van Minnen A et al (2018) Long-term outcomes of trauma-focused treatment in psychosis. *Br J Psychiatry* 212(03):180–182
- van den Berg DPG, de Bont PAJM, van der Vleugel BM, de Roos C, de Jongh A, van Minnen A et al (2016) Trauma-focused treatment in PTSD patients with psychosis: Symptom exacerbation, adverse events, and revictimization. *Schizophr Bull* 42(3):693–702
- Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S (2007) Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 190(2):97–104
- Bohus M, Dyer AS, Priebe K, Krüger A, Kleindienst N, Schmahl C et al (2013) Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: a randomised controlled trial. *Psychother Psychosom* 82(4):221–233
- de Bont PAJM, van den Berg DPG, van der Vleugel BM, de Roos C, de Jongh A, van der Gaag M et al (2016) Prolonged exposure and EMDR for PTSD v. a PTSD waiting-list condition: effects on symptoms of psychosis, depression and social functioning in patients with chronic psychotic disorders. *Psychol Med* 46(11):2411–2421
- Brom D, Kleber RJ, Defares PB (1989) Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *J Consult Clin Psychol* 57(5):607–612
- Christensen C, Barabasz A, Barabasz M (2013) Efficacy of abreactive ego state therapy for PTSD: trauma resolution, depression, and anxiety. *Int J Clin Exp Hypn* 61(1):20–37
- Cloitre M, Stovall-McClough KC, Nooner K, Zorbas P, Cherry S, Jackson CL, Gan W, Petkova E (2010) Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *Amer J Psychiatry* 167(8):915–924
- Cloitre MK, Koenen C, Cohen LR (2014) Sexueller Missbrauch und Misshandlung in der Kindheit. Ein Therapieprogramm zur Behandlung komplexer Traumafolgen. Hogrefe, Göttingen
- Coffey SF, Schumacher JA, Nosen E, Littlefield AK, Henslee AM, Lappen A et al (2016) Trauma-focused exposure therapy for chronic posttraumatic stress disorder in alcohol and drug dependent patients: a randomized controlled trial. *Psychol Addict Behav* 30(7):778–790
- Coffey SF, Stasiewicz PR, Hughes PM, Brimo ML (2006) Trauma-focused imaginal exposure for individuals with comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: Revealing mechanisms of alcohol craving in a cue reactivity paradigm. *Psychol Addict Behav* 20(4):425–435
- Cusack K, Jonas DE, Forneris CA, Wines C, Sonis J, Middleton JC et al (2016) Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 43:128–141
- Department of Veterans Affairs and Department of Defense (2017) Clinical practice guideline for the management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder. Washington D.C.: Department of Veterans Affairs
- Dorrepal E, Thomae K, Smit JH, van Balkom AJLM, Veltman DJ, Hoogendoorn AW et al (2012) Stabilizing group treatment for complex posttraumatic stress disorder related to child abuse based on psychoeducation and cognitive behavioural therapy: a multisite randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 81(4):217–225
- Ehlers A (1999) Posttraumatische Belastungsstörung. Hogrefe, Göttingen
- Ehring T, Hofmann A, Kleim B, Liebermann P, Lotzin A, Maercker A, Neuner F, Reddemann O, Schäfer I, Schellong J (2019) Psychotherapeutische Behandlung. In: Schäfer I, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud C, Lampe A, Liebermann P, Lotzin A, Maercker A, Rosner R, Wöller W (Hrsg) S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Springer, Berlin, S 23–29
- Foa EB, Dancu CV, Hembree EA, Jaycox LH, Meadows EA, Street GP (1999) A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *J Consult Clin Psychol* 67(2):194–200
- Guina J, Rossetter SR, DeRhodes BJ, Nahhas RW, Welton RS (2015) Benzodiazepines for PTSD: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Pract* 21(4):281–303
- Hoskins M, Pearce J, Bethell A, Dankova L, Barbu C, TolWA et al (2015) Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 206(02):93–100
- Knaevelsrud C, Bering R, Rau H (2019) Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung. In: Schäfer I, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud C, Lampe A, Liebermann P, Lotzin A, Maercker A, Rosner R, Wöller W (Hrsg) S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Springer, Berlin, S 41–48
- König J, Resick PA, Karl R, Rosner R (2012) Posttraumatische Belastungsstörung: Ein Manual zur Cognitive Processing Therapy. Hogrefe, Göttingen
- Lee DJ, Schnitzlein CW, Wolf JP, Vythilingam M, Rasmusson AM, Hoge CW (2016) Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: systematic review and meta-analyses to determine first-line treatments. *Depress Anxiety* 33(9):792–806
- Maercker A, Augsburger M, Böttche M, Gast U, Hecker T, Lotzin A, Mattheß H, Sachse U, Schäfer I, Schellong J, Wöller W (2019) Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung. In: Schäfer I, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud C, Lampe A, Liebermann P, Lotzin A, Maercker A, Rosner R, Wöller W (Hrsg) S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Springer, Berlin, S 41–48
- Maercker A, Hecker T, Augsburger M, Kliem S (2018) ICD-11 prevalence rates of posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in a German nationwide sample. *J Nerv Ment Dis* 206(4):270–276
- Markowitz JC, Petkova E, Neria Y, Van Meter PE, Zhao Y, Hembree E et al (2015) Is exposure necessary? A randomized clinical trial of interpersonal psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry* 172(5):430–440
- McDonagh A, Friedman M, McHugo G, Ford J, Sengupta A, Mueser K et al (2005) Randomized trial of cognitive-behavioral therapy for chronic posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. *J Consult Clin Psychol* 73(3):515–524
- Michael T, Köllner V, Frommberger U (2019) Adjunkte Verfahren. In: Schäfer I, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud C, Lampe A, Liebermann P, Lotzin A, Maercker A, Rosner R, Wöller W (Hrsg) S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Springer, Berlin, S 41–48
- Mills KL, Teesson M, Back SE, Brady KT, Baker AL, Hopwood S et al (2012) Integrated exposure-based therapy for co-occurring posttraumatic stress disorder and substance dependence: A randomized controlled trial. *JAMA* 308(7):690–699. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.9071>
- Najavits LM (2009) Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch: das Therapieprogramm „Sicherheit finden“. Therapeutische Praxis. Hogrefe, Göttingen
- Resick PA, Galovski TE, Uhlmansiek MO, Scher CD, Clum GA, Young-Xu Y (2008) A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *J Consult Clin Psychol* 76(2):243–258

- Schäfer I, Frommberger U, Gast U, Kruse J, Lampe A, Lotzin A, Reddemann O (2019b) Komorbide psychische Störungen. In: Schäfer I, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud C, Lampe A, Liebermann P, Lotzin A, Maercker A, Rosner R, Wöller W (Hrsg) S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Springer, Berlin Heidelberg, S 41–48
- Schäfer I, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud C, Lampe A, Liebermann P, Lotzin A, Maercker A, Rosner R, Wöller W (Hrsg) (2019a) S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Springer, Berlin Heidelberg
- Schauer M, Elbert T, Neuner F (2011) Narrative exposure therapy: a short-term treatment for traumatic stress disorders, 2. Aufl. Hogrefe, Cambridge
- Schellong J, Frommberger U, Liebermann P, Bering R, Schäfer I (2019b) Pharmakologische Behandlung. In: Schäfer I, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud C, Lampe A, Liebermann P, Lotzin A, Maercker A, Rosner R, Wöller W (Hrsg) S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Springer, Berlin Heidelberg, S 29–35
- Schellong J, Schützwohl M, Lorenz P, Trautmann S (2019a) Diagnostik und Differenzialdiagnostik. In: Maercker A (Hrsg) Traumafolgestörungen, 5. Aufl. Springer, Heidelberg, S 129–156
- Shapiro F (2012) EMDR – Grundlagen und Praxis: Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Junfermann, Paderborn
- Tol WA, Barbui C, van Ommeren M (2013) Management of acute stress, PTSD, and bereavement: WHO recommendations. *JAMA* 310(5):477
- van Dam D, Ehring T, Vedel E, Emmelkamp PM (2013) Trauma-focused treatment for posttraumatic stress disorder combined with CBT for severe substance use disorder: A randomized controlled trial. *Bmc Psychiatry* 13:172. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-172>



Diagnostik und Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung

Zu den Kursen dieser Zeitschrift: Scannen Sie den QR-Code oder gehen Sie auf www.springermedizin.de/kurse-psychotherapeut

? Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) umfasst eine Reihe von typischen Symptomen, die für die Stellung der Diagnose nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10/-11) vorliegen müssen. Welche typische Symptomtrias liegt bei Patienten in der Regel vor?

- Intrusion/Vermeidung/Dissoziation
- Intrusion/negative Veränderung der Kognition und Stimmung/Hyperarousal
- Intrusion/Vermeidung/Hyperarousal
- Intrusion/Alpträume/Vermeidung
- Dissoziation/Intrusionen/Hyperarousal

? Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist nur eine mögliche psychische Folgeerkrankung von Traumatisierungen. Welche weiteren Diagnosen müssen als unmittelbare Traumafolgen primär in Betracht gezogen werden?

- Vor allem generalisierte Angststörungen
- Vor allem Depression und Angststörungen
- Vor allem dissoziative Störungen und Störungen der Impulskontrolle
- Vor allem Anpassungsstörungen
- Vor allem Persönlichkeitsstörungen

? Für die Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) existiert eine Reihe von evaluierten Behandlungsmöglichkeiten, unter denen die traumafokussierte Therapie die wirksamste ist. Was versteht man unter traumafokussierter Psychotherapie?

- Jede Form der Psychotherapie, die zur Behandlung von Traumafolgestörungen eingesetzt wird
- Jede Form der kognitiven Verhaltenstherapie, die bei Patienten mit einer Traumafolgestörung zum Einsatz kommt
- Jede Psychotherapie, deren Schwerpunkt auf der Verarbeitung der Erinnerung an ein traumatisches Ereignis und/oder seiner Bedeutung liegt
- Jede Psychotherapie, deren Schwerpunkt auf Stabilisierung und Bewältigung von Traumafolgesymptomen liegt
- Jeder Form der Therapie von Traumafolgestörungen, die imaginative Interventionen nutzt

? Nicht für jeden Patienten mit Z. n. einem traumatischen Erlebnis ist jede Therapieform geeignet. Welchen Patient*innen sollte traumafokussierte Psychotherapie angeboten werden?

- Allen Patient*innen mit traumatischen Erlebnissen
- Allen Patient*innen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

- Allen Patient*innen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), die keine Komorbiditäten aufweisen
- Allen Patient*innen, die ein einmaliges Trauma im Erwachsenenalter erlebt haben
- Allen Patient*innen, die bereits eine Stabilisierungsphase durchlaufen haben

? Bei vielen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapieansätze sind Expositionsübungen ein Bestandteil der Therapie. Welche Rolle spielen expositionsorientierte Techniken in der traumafokussierten Therapie?

- Viele, aber nicht alle traumafokussierte Therapieansätze beinhalten eine imaginative Konfrontation mit der Traumaeinprägung.
- Kognitive Therapieansätze sind bei der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) grundsätzlich weniger wirksam als expositionsorientierte Therapieansätze.
- Prolongierte Exposition ist in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) allen anderen Therapieansätzen überlegen.
- Expositionsorientierte Techniken sind veraltet und sollten in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nicht mehr eingesetzt werden.

Informationen zur zertifizierten Fortbildung

Diese Fortbildung wurde von der Ärztekammer Nordrhein für das „Fortbildungszertifikat der Ärztekammer“ gemäß § 5 ihrer Fortbildungsordnung mit **3 Punkten** (Kategorie D) anerkannt und ist damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig. Diese Fortbildung wurde akkreditiert von der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg gemäß Kategorie D und ist damit auch für andere Psychotherapeutenkammern

anerkennungsfähig. Für das Fortbildungszertifikat ist diese Fortbildung mit **3 Punkten** anrechenbar.

Anerkennung in Österreich: Für das Diplom-Fortbildungs-Programm (DFP) werden die von deutschen Landesärztekammern anerkannten Fortbildungspunkte aufgrund der Gleichwertigkeit im gleichen Umfang als DFP-Punkte anerkannt (§ 14, Abschnitt 1, Verordnung über ärztliche Fortbildung, Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) 2013).

Hinweise zur Teilnahme:

- Die Teilnahme an dem zertifizierten Kurs ist nur online auf www.springermedizin.de/cme möglich.
- Der Teilnahmezeitraum beträgt 12 Monate. Den Teilnahmeschluss finden Sie online beim Kurs.
- Die Fragen und ihre zugehörigen Antwortmöglichkeiten werden online in zufälliger Reihenfolge zusammengestellt.

- Pro Frage ist jeweils nur eine Antwort zutreffend.
- Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70% der Fragen richtig beantwortet werden.
- Teilnehmen können Abonnenten dieser Fachzeitschrift und e.Med-Abonnenten.

- Eine Kombination von expositionsorientierten Techniken mit anderen Techniken (z. B. kognitive Interventionen, Skills-Training) ist für die Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) kontraindiziert.

? Für viele psychische Erkrankungen kann eine Kombination zwischen psychotherapeutischen und medikamentösen Strategien der Behandlung einen Nutzen erbringen. Welche Aussage zum Einsatz von Medikation in der Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) ist richtig?

- β -Rezeptoren-Blocker sind die Psychopharmaka der ersten Wahl in der Behandlung von Traumafolgestörungen.
- Zur medikamentösen Behandlung von Traumafolgestörungen werden primär trizyklische Antidepressiva und niedrigpotente Neuroleptika empfohlen.
- Als störungsspezifische Medikation werden lediglich zwei selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) und ein selektiver Noradrenalin-Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI) empfohlen.
- Die psychopharmakologische Behandlung stützt sich auf eine individuell abgestimmte Kombination von Antidepressiva, Neuroleptika und Antiepileptika.
- Zur Reduktion der Symptome einer Traumafolgestörung werden Lithium und irreversible Monoaminoxidase(MAO)-Hemmer eingesetzt.

? Benzodiazepine können bei verschiedenen psychischen Erkrankungen positive Effekte haben. Welche Aussage zum Einsatz von Benzodiazepinen bei posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) ist am ehesten korrekt?

- Benzodiazepine erhöhen die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von PTBS-Symptomen nach akutem Trauma.
- Benzodiazepine sollten bei PTBS mit schweren Schlafstörungen eingesetzt werden.
- Benzodiazepine sind auch bei PTBS unbedenklich, wenn sie nur vorübergehend verordnet werden.

- Benzodiazepine sollen nicht nur bei Suizidalität eingesetzt werden, sondern auch zur Unterstützung der Affektkontrolle.
- Insbesondere dissoziative Symptome können mit Benzodiazepinen gut behandelt werden.

? Eine 26-jährige aus Eritrea stammende Patientin kommt in Ihre ambulante Praxis. Sie berichtet, in ihrem Heimatland körperliche und sexuelle Gewalt erlebt zu haben. Sie erfüllt die Symptomkriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Welche Aussage zu adjuvanten Behandlungsangeboten ist am ehesten zutreffend?

- Wenn die Patientin Befürchtungen bezüglich der traumafokussierten Behandlung äußert, stellen adjuvante Verfahren eine gleichwertige Alternativbehandlung dar.
- Um das Vermeidungsverhalten der Patientin nicht zu verstärken, sollten neben einer traumafokussierten Psychotherapie keine weiteren Maßnahmen angeboten werden.
- Da evidenzbasierte adjuvante Therapien insbesondere im stationären Setting angeboten werden können, empfehlen Sie der Patientin einen stationären Klinikaufenthalt.
- Zusätzlich zu einer traumafokussierten Psychotherapie kann die Anwendung adjuvanter Interventionen hilfreich sein.
- Die gegenwärtige wissenschaftliche Evidenz spricht gegen die Ergänzung traumafokussierter Therapien durch Hypnose und Kunsttherapie.

? Menschen mit schweren Traumatisierungen können eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) entwickeln. Welches zusätzliche Merkmal muss für die Diagnosestellung einer komplexen PTBS erfüllt sein?

- Vorliegen von sexualisierter Gewalt in der Kindheit
- Vegetative Übererregung
- Grübelneigung
- Ausgeprägte Dissoziation unter Belastung
- Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen

? Ein 45-jähriger Marinetaucher stellt sich mit einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei Ihnen vor, nachdem er den Unfalltod eines Kollegen, für den er verantwortlich war, miterleben musste. In den letzten Monaten hat sich sein Alkoholkonsum als Versuch der „Selbstmedikation“ seiner PTBS-Symptome so weit gesteigert, dass er zudem die Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit erfüllt. Welche Aussage zur Behandlungsplanung ist am ehesten zutreffend?

- Eine traumafokussierte Behandlung der PTBS darf erst dann erfolgen, wenn die Alkoholabhängigkeit vollständig behandelt wurde.
- In jedem Fall sollte zunächst eine traumafokussierte Behandlung der PTBS erfolgen, um das Muster der „Selbstmedikation“ zu durchbrechen.
- Von einer traumafokussierten Behandlung ist bei Patienten mit schweren Komorbiditäten abzusehen, da sie weniger erfolgversprechend ist.
- Substanzkonsum ist nur dann eine (relative) Kontraindikation für eine traumafokussierte Behandlung, wenn er die Verhaltenskontrolle beeinflusst.
- Bei PTBS mit komorbiden Störungen sollte zunächst eine medikamentöse Behandlung im Vordergrund stehen.