



# Einführung – Ergebnissen von Metaanalysen

## **Psychotherapie hat insgesamt sehr große Effekte auf PTBS-Symptome**

(Mavranouzouli et al., 2020; Lewis et al., 2020; Morina, Hoppen & Kip, 2021; Hoppen et al., 2023)

Effekte größer als z.B. bei Angststörungen (vgl. Dis et al., 2020)

## **Effekte der Psychotherapie signifikant größer als Effekte der Pharmakotherapie**

(Merz et al., 2019: Psychotherapie (SMD = -.63) sowie Kombinationsbehandlung (SMD = -.96) überlegen ggü. Pharmaka; Kombinationsbehandlung nicht sign. überlegen ggü. Psychotherapie (SMD = -.13)

## **Psychotherapie = Methode der Wahl**

**Besonders effektiv** (Lewis et al., 2020, 114 RCTs; Mavranezouli et al., 2020, 71 RCTs; Morina et al., 2021, 136 RCTs; Hoppen et al., 2023, 157 RCTs):

- **Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT)**  
(SMD = -1.32, Lewis et al., 2020; SMD = -1.46, Mavranezouli et al., 2020;  $g = 1.23$ , Morina et al. 2021; **gegen WL: SMD = 1.14, Hoppen et al., 2023**)  
PE (SMD = -1.59); CPT (SMD = -1.03); CT (SMD = -1.33 ); NET (SMD = -1.06) [Lewis et al., 2020]
- **EMDR** (SMD = -1.23, Lewis et al., 2020; SMD = -2.07, Mavranezouli et al., 2020;  $g = 1.19$ , Morina et al. 2021; **gegen WL: SMD = 1,06, Hoppen et al., 2023**)
- **Nicht traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (non-TF-KVT)** (SMD = -1.06, Lewis et al., 2020; SMD = -1.22, Mavranezouli et al., 2020, **gegen WL: SMD = 0,96, Hoppen et al., 2023**)

**Hoppen et al., 2023: TF-KVT > EMDR > Non-TF-T**

# Pharmakolog. Behandlung - Metaanalysen

Psychopharmaka nur, wenn Psychotherapie nicht wirksam, nicht verfügbar oder bei komorbider schwerer Depression

Substanz	Review und Netzwerk-MA de Moraes-Costa et al. (2020), 58 RCTs	MA Huang et al. (2020), 78 RCTs	MA Hoskins et al. (2021), 115 RCTs	MA Zi-Xin Zhang et al. (2023), 36 RCTs
	<b>Wirksam gegenüber Placebo.... (SMD)</b>			
Quetiapin	-0.59	-0.49	-0.49	-0.49
Risperidon	-0.53	-0.23	-0.24	-0.23
Paroxetin	-0.35	-0.48	-0.41	-0.48
Fluoxetin	-0.28	-0.27	-0.29	-0.27
Venlafaxin	-0.25	-0.29	-0.29	-0.29
Sertralin	-0.21	-0.22	-0.28	-0.23
Topiramamat	0.57	-0.71		

# Langfristige Follow-Up-Ergebnisse für Psychotherapie?

- **liegen vor, wenn auch in geringerem Maße als kurzfristige** (Hoppen et al., 2023: nur 7 von 89 Vergleichen mit inaktiver Kontrollgruppe boten Daten von mehr als 5 Monaten nach Therapieende – nur 1 davon bei EMDR)
- **sind niedriger als die kurzfristigen** (Hoppen et al., 2023)

**Metaanalyse zu Langzeiteffekten (Weber et al., 2021): 22 RCTs, nur eine Studie zu EMDR; 12-24 Monats-Follow Ups**

Prä-Follow Up ESs : Traumafokussierte Therapien (TFT):  $g = 1.44$  ( $k = 25$ ), Non-TFT:  $g = 1.08$  ( $k = 7$ )

TFT vs. TAU:  $g = 0.51$  ( $n = 8$ )

# Vorstellung der wichtigsten etablierten Psychotherapien

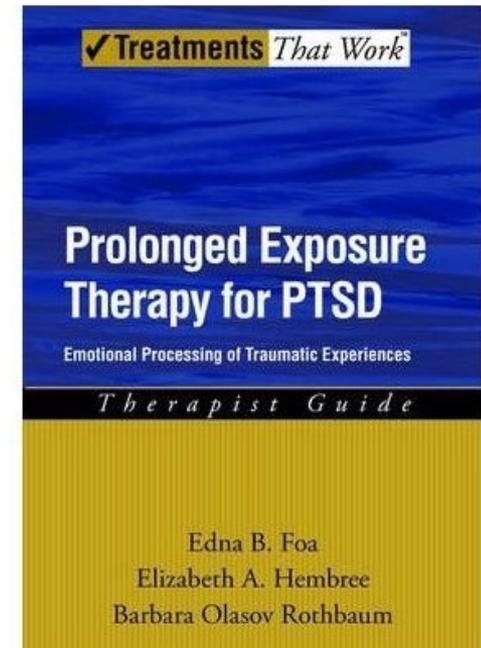


# Prolonged Exposure (PE)

(Foa, Hembree & Rothbaum, 2007)

- **Grundlage:** behaviorales Konzept der PTBS
- Rational: **Habituation** an Intrusionen und damit verbundenen Emotionen

Wiederholte und lang andauernde Konfrontation mit den Gedanken an die belastendsten Erinnerungen; ggfs. Exposition in vivo mit traumarelevanten Dingen / Menschen / Orten



## PE unter Medikation

- **Benzodiazepine** (Rosen et al., 2013): Kein Unterschied in der Effektivität

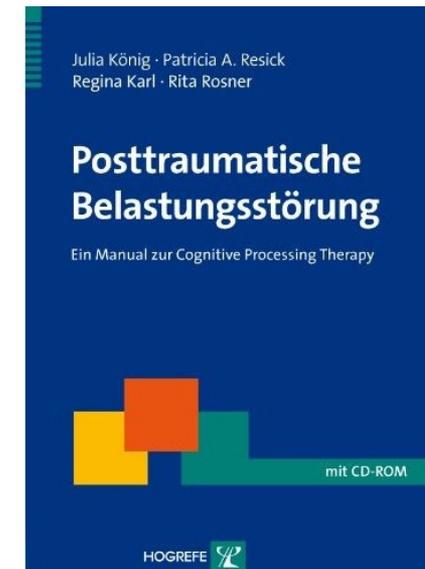
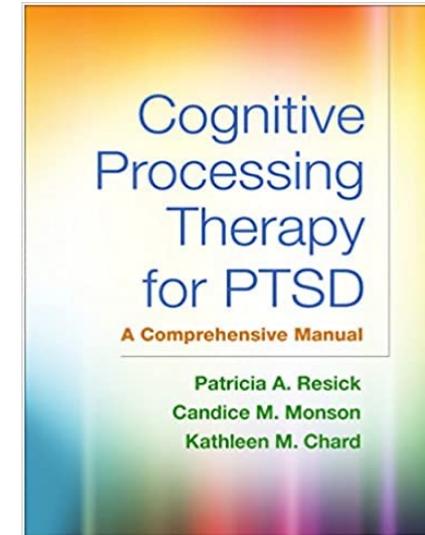
# Prolonged Exposure (PE) (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007)

Vorteile	Nachteile
Leicht erlernbar	Vorbehalte von Therapeuten / Patienten bzgl. der Anwendung!
Schon sehr lange etabliert	Anwendung bei sehr schwerer Komorbidität?
Sehr gute Wirksamkeit über viele Studien nachgewiesen! (z.B. PE vs. Warteliste/TAU: SMD = -1.59, Metaanalyse Lewis et al., 2020)	
Auch als <b>Intensivbehandlung</b> (2 Wochen) überprüft & wirksam (z.B. Foa et al., 2018; Dell et al., 2023) <b>mit geringeren Drop-Out-Quoten als im üblichen Setting</b> (Dell et al., 2023)	

# Cognitive Processing Therapy (CPT)

(Resick & Schnicke, 1993; Resick, Monson & Chard, 2017; dt. Manuale: König, Resick, Karl & Rosner, 2012; Müller-Engelmann et al., 2015; Steil, Resick & Rosner, 2023)

- Betont die Bedeutung von **kognitiven Bewertungen** bzgl. der traumatischen Erfahrungen
- Früher: **kognitive Interventionen + Konfrontation** via **Schreiben über das Erlebte**
- jetzt: **rein kognitive Variante (CPT-C; war genauso wirksam wie die Kombination!)** (Resick et al., 2008)
- Vorgegebene Bearbeitung von Themen zu Sicherheit, Vertrauen, Intimität, Kontrolle mit Hilfe von Arbeitsblättern...



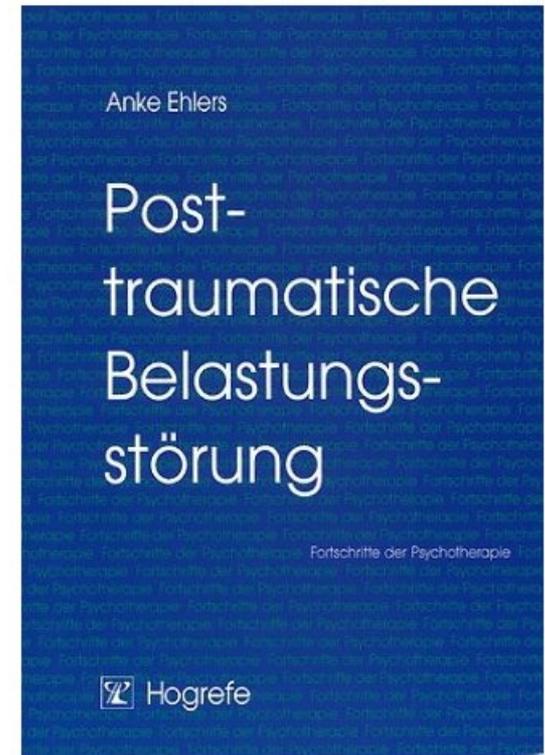
# Cognitive Processing Therapy (CPT)

Vorteile	Nachteile
Sehr gut manualisiert, ohne formale Exposition	Interventionsfolge streng festgelegt, nicht ganz leicht erlernbar
Sehr gute Wirksamkeit (über viele Studien & Populationen gesichert; auch bei schwerer PTBS; <b>Jericho et al., 2021 (82 RCT): besten Effekt erzielt</b>	
Ursprünglich für Gruppensetting entwickelt / dort effektiv / ökonomisch (vgl. Resick et al., 2015)	
Auch bei Patienten (& Therapeuten ;) ) einsetzbar, die formale Exposition ablehnen	
Internetbasierte Schulung in 10 Modulen ( <a href="https://cpt2.musc.edu">https://cpt2.musc.edu</a> )	Im deutschsprachigen Bereich vglw. wenig bekannt, nur wenige Supervisoren / Fortbildungen

# Kognitive Therapie (KT)

(Ehlers, 1999; Ehlers et al., 2005)

- Fokus auf **Bedeutung von Gedächtnisprozessen, Gedankenunterdrückung & kognitiven Bewertungen**
- **Kognitive Interventionen & Verhaltensexperimente** werden mit **imaginativem Nacherleben** kombiniert
- Viel geringere Konfrontations-Dosis als bei Prolonged Exposure



# Kognitive Therapie (CT) (Ehlers, 1999)

Vorteile	Nachteile
Sehr große Effektstärken (ES=2.07 bzw. 1.95 im Clinician Rating, z. B. Ehlers et al., 2005; Ehlers et al., 2014)	aufwändig zu erlernen, längeres Therapeuten-Training nötig
Sehr gute Verträglichkeit, sehr geringe Drop-Out-Quoten (durchschn. 3%, vgl. Ehlers et al., 2005 vs. 18% bei allen Psychotherapie-Verfahren, vgl. Lewis et al., 2020)	Wenige Studien zu komplexer PTBS
Online Manual und Trainingsvideos <a href="https://oxcadatresources.com/">https://oxcadatresources.com/</a>	Wenig Fortbildungs- und Supervisionsmöglichkeiten in deutschspr. Ländern
Auch als Intensivbehandlung (Ehlers et al., 2014) bzw. <b>Therapeuten-assistierte Onlinetherapie</b> sehr erfolgreich (Ehlers et al., 2023; $d = 1,67$ gegen Warteliste)	

# KT als therapeutenassistierte Online-Therapie

(Ehlers et al., 2023)

217 Patienten mit PTBS (24% mit komplexer PTBS)

- 3 Monate Intervention mit Online-Material, kurzen Nachrichten und 20-min. Telefongesprächen mit Therapeut:in pro Woche
- im Schnitt äquivalent zu 5 50-min.-Sitzungen

aufgeteilt (3:3:1) auf

	<b>Effekte 26 Wo.</b>	<b>Remission</b>	<b>Drop Out</b>
<b>Therapeutenass. Online-KT vs.</b>	d = 2,84	85%	15,2%
<b>Therapeutenass. Online-Stressmanagement vs.</b>	d = 2,29	73%	8,6%
<b>WL</b>	-		

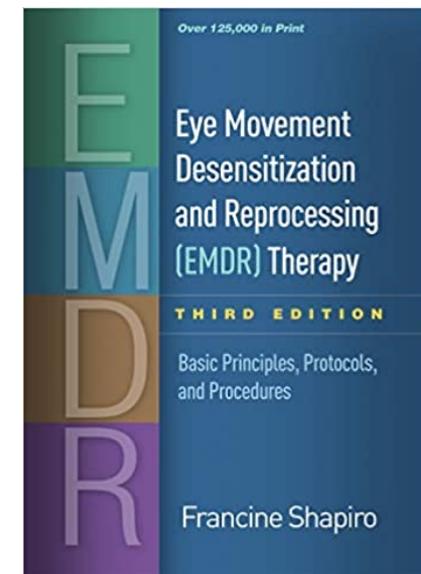
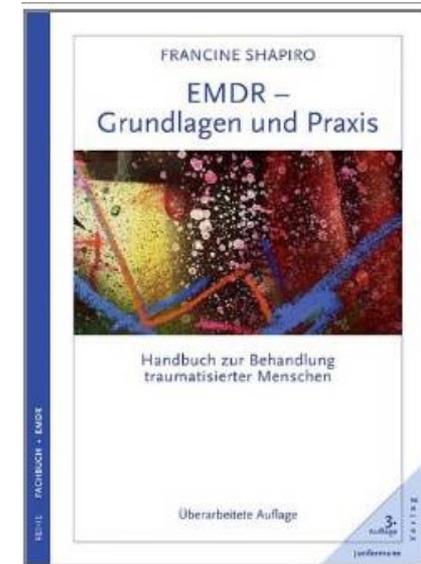
Beide Interventionen sign. besser als Warteliste, mit sehr großen Effekten; KT besser als Stressmanagement

Patienten mit diss. Symptomen und komplexer PTBS profitierten noch mehr von der Online-KT

Limitation: Ausschluss von vielen komorbiden Störungen wie z.B. Borderline-PS, Psychose...

# Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)(Shapiro, 2001; 2018)

- Annahme: während des Traumas wird die **Informationsverarbeitung** durch überwältigende Gefühle o. Dissoziation gestört
- **Bilaterale Stimulation** (z. B. Augenbewegungen) bzw. externaler Fokus während der Konfr. mit der belastenden Erinnerung (vgl. Sack et al., 2016) hilft bei der (zügigeren) **Verarbeitung**;
- additiver Effekt der Augenbewegungen moderat & signifikant ( $d=0.41$ ) (Lee & Cuijpers, 2013, Meta-Analyse; vgl. auch Sack et al., 2016)



# Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

(Shapiro, 2001)

Vorteile	Nachteile
sehr große Akzeptanz im deutschsprachigen Raum!	Darf in Deutschland nur nach intensiver Fortbildung angewandt werden lt. Psychotherapierichtlinien (ähnlich wie Gruppentherapie...)
Vielfältige Fortbildungsmöglichkeiten	Sehr hohe Forderungen an Weiterbildung in deutschsprachigen Ländern durch Fachgesellschaft EMDRIA
Wirksamkeit sehr gut belegt (MA Lewis et al., 2020: SMD= -1.23; Jericho et al., 2021: SMD= 1.19; Mavranezouli et al., 2020; $g = 1.19$ ; Hoppen et al., 2023: 1,06 vs. WL))	

# Ist Traumafokussierung nötig?

- **Ergebnis aller bisherigen Metaanalysen: Ja! Überlegenheit traumafokussierter vs. nicht traumafokussierter Behandlungen**

(Vgl. Lewis et al., 2020, Metaanalyse mit 114 RCTs; Mavranezouli et al., 2020, Metaanalyse mit 71 RCTs; Weber et al., 2021, langfristige Effekte, Metaanalyse mit 22 Studie; Hoppen et al., 2023 )

# Therapieabbrecher (Drop-Outs)

- Durchschn. **Dropoutrate in Studien zur Behandlung der PTBS** = 16% (95% CI 14–18%,  $n=116$ , Lewis et al., 2020), mit signifikanten Unterschieden zwischen den Studien.
- Behandlungen mit Traumafokus weisen höhere Dropout-Quoten auf (18%; 95% CI 15–21%) als Behandlungen ohne Traumafokus (14%; 95% CI 10–18%, Lewis et al., 2020; ähnliches Ergebnis bei Hoppen et al., 2023)

# Einzel- vs. Gruppentherapie?

- **Einzeltherapie > Gruppentherapie** (z.B. TF-KVT Einzel vs. TF-KVT Gruppe SMD = 0.35, Lewis et al., 2020)
- Effekte der **Gruppentherapie** in neueren MAN aber erträglich gut: Lewis et al., 2020; 7 RCTs, SMD = -1.02)
- Für **CPT kein Unterschied** zwischen der Administration in Einzel vs. Gruppe (Asmundson et al., 2018)

# Welche Faktoren beeinflussen Wirkung von Psychotherapie?

Review von Barawi et al. (2020): 126 RCTs

... weniger effektiv bei

- komorbider Depression (vgl. auch Kline et al., 2020)
- schwerer PTBS-Symptomatik zu Beginn (komplexe PTBS!)

... effektiver bei

- Höherem Bildungsgrad (vgl. auch Ergebnisse zur Bedeutung von IQ für den Therapieerfolg)
- Weniger Zeit seit Trauma
- Durchführen der Hausaufgaben

→ Studienlage sehr heterogen, teils widersprüchliche Befunde!

# Gliederung

- Leitlinienempfehlungen



# Leitlinienempfehlungen (z.B. AWMF, NICE, APA, ISTSS)

*Alle Leitlinien (England, Deutschland, USA, Australien)* empfehlen eine **traumafokussierte Psychotherapie** als Methode der ersten Wahl

Aufgrund der großen Evidenzen werden insbesondere TF-KVT (Prolonged Exposure, KT, CPT) und EMDR empfohlen, von einigen Guidelines auch Present Centered Therapy (Shea et al., 2020; vgl. Hamblen et al., 2019; A guide to guidelines.....)

*S3-Leitlinie PTBS der AWMF (Schäfer et al., 2019)*

Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung ist Behandlung erster Wahl die **traumafokussierte Psychotherapie**, bei der der Schwerpunkt auf der **Verarbeitung der Erinnerung an das traumatische Erlebnis und/oder seiner Bedeutung** liegt.

## *S3-Leitlinie PTBS der AWMF (Schäfer et al., 2019)*

- In Überarbeitung –

Eine **traumafokussierte Psychotherapie soll jedem Patienten** mit PTBS angeboten werden (TF-KVT oder EMDR).

Eine Psychopharmakotherapie soll weder als alleinige noch als primäre Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung eingesetzt werden.

Falls nach einem informierten und partizipativen Entscheidungsprozess trotz der geringen Effekte eine Medikation bevorzugt wird, so sollte lediglich Sertralin, Paroxetin oder Venlafaxin angeboten werden.

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 **sowie auf Techniken zur Emotionsregulation und zur Verbesserung von Beziehungsstörungen** im Sinne der Bearbeitung dysfunktionaler zwischenmenschlicher Muster.

## Komplexe PTBS (kPTBS)

Patienten mit komplexer PTBS (KPTBS) sind in bisherigen RCTs unterrepräsentiert (z.B. Lewis et al., 2020: 55 der 114 Studien schlossen suizidale Gedanken aus...!)

# Internat. Classification of Diseases der Weltgesundheitsorganisation (WHO); ICD-11 PTBS Kriterien

## PTBS

### Wiedererleben

1 ●

- Intrusive Erinnerungen und sogenannte Flashbacks
- Alpträume

### Vermeidung

2 ●

- Vermeidung von Gedanken
- Vermeidung von Aktivitäten

### Übererregung

3 ●

- extreme Wachsamkeit, erhöhte Risikowahrnehmung
- Schreckhaftigkeit

## kPTBS (komplexe PTBS)

### PTBS



### Schwierigkeiten der Emotionsregulation

4 ●

- Reizbarkeit und Wut
- Verminderte Emotionalität

### Negatives Selbstbild

5 ●

- Schuld, Selbsthass
- Gefühl der Wertlosigkeit

### Gestörte Beziehungsfähigkeit

6 ●

- Sich anderen nicht nahe fühlen können
- Schwierigkeiten, Beziehungen aufrechtzuhalten



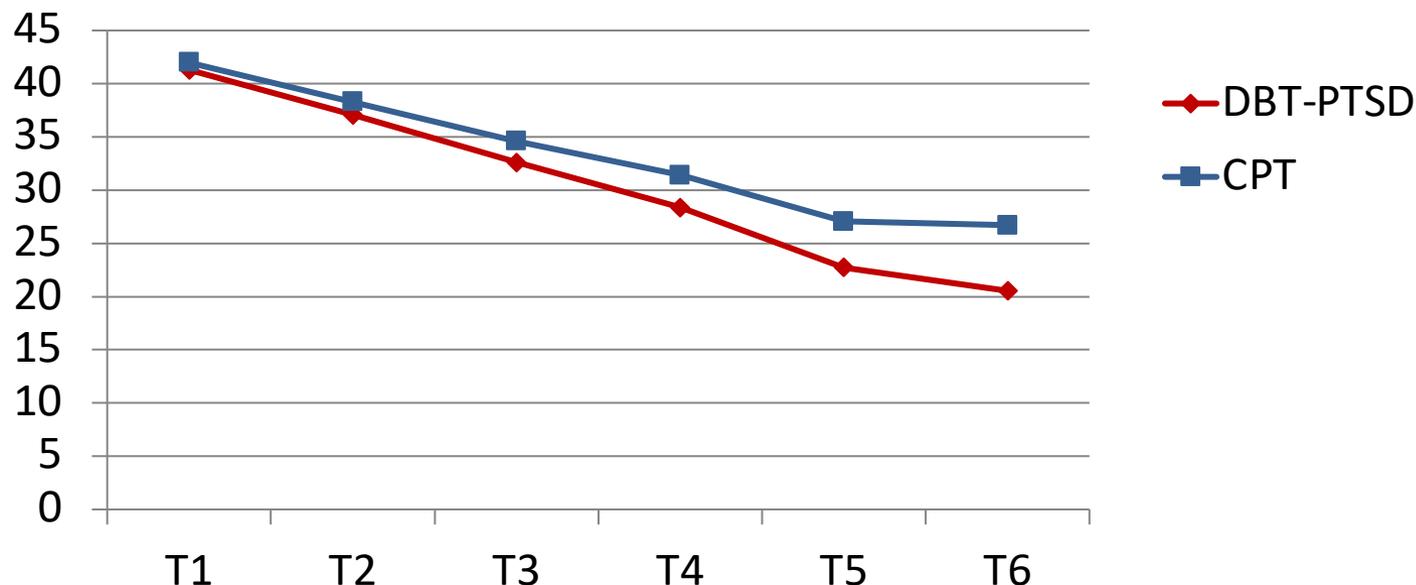
# Dialektisch-behaviorale Behandlung der PTBS (DBT-PTSD) für Pat. mit komplexer Symptomatik

(Steil et al., 2011; Bohus et al., 2013; Steil et al., 2018; Bohus et al., 2020)

## Besonderheiten:

- Dialektisch-behaviorale & KVT- & innovative Strategien für Patienten mit komplexer Symptomatik nach Gewalt in der Kindheit
- Vorschalten eines Moduls zum Erlernen von **Emotionsregulation**, um die problematischen Verhaltensweisen reduzieren zu können
- Stärkere Berücksichtigung der für diese Patienten **typischen Emotionen** von Scham, Ekel, Selbstverachtung
- Nachschalten eines Moduls zu Partnerschaft, Erwerbstätigkeit etc.

# Bohus et al, 2020; DBT-PTSD vs. CPT, PTBS plus min. 3 Borderline-Symptome nach Gewalt in Kindheit, Ergebnisse CAPS



T1: Prä, T5: Post; T6: 6 Wochen nach  
Therapieende  
98 vs. 95 Patientinnen

### Effekstärke ITT:

CPT:  $d=0.98$

DBT-PTSD:  $d=1.35$

Zwischengruppen-ES:  
 $d=0.33, p<0.02$

Sign. geringere Drop-Out-Rate (25,5% vs. 39%) und höhere Remissionsrate (58,4% vs. 40,7%) in DBT-PTSD; überlegen auch bzgl. Borderline-Symptomen & Dissoziation

# Gliederung

- Innovative Entwicklungen



# Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy / Imagery Rescripting

(Smucker & Dancu, 1999 / Arntz & Weertman, 1999)

ImRs; Arntz & Weertman (1999):

Man führt den Patienten in der Vorstellung an den Beginn der belastenden Szene („Was sehen Sie, hören Sie, fühlen Sie?“)

Der Patient kann das Geschehen in der Vorstellung verändern, so, wie er möchte. Der Therapeut kann für ihn eingreifen, der Patient als Erwachsener kann eingreifen.

Rekursiver Prozess

# ImRs vs. EMDR bei schwer belasteten Patient\*innen (IREM-Studie, Boterhoven de Haan et al., 2020)



Internationale Studie (Australien, Deutschland, Niederlande)

$N = 155$  Patient\*innen mit PTBS nach traumatischen Erlebnissen in der Kindheit

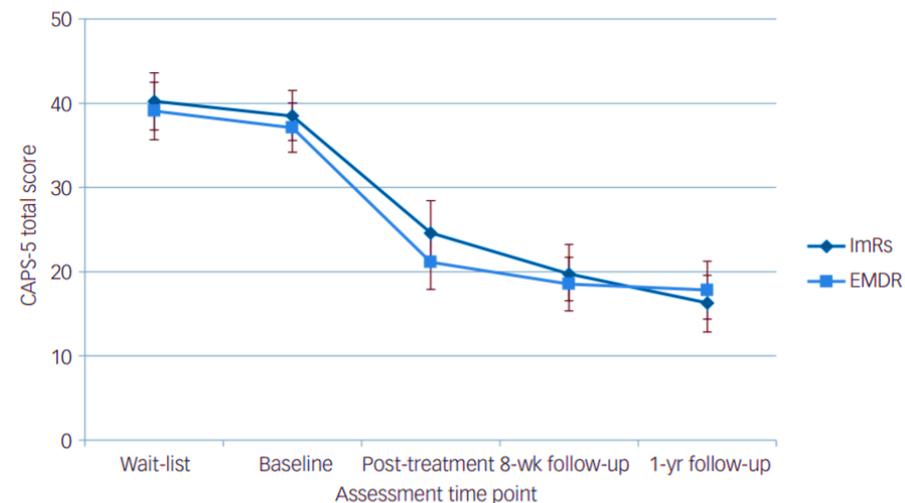
Erhielten 12 Sitzungen (90 min) ImRs oder EMDR, 2 Sitzungen pro W.

- Vergleichbare positive Effekte u.a. hinsichtlich depressiver Symptome, Dissoziation, Schuld, Scham, Ärger, Funktionseinschränkungen



**Große Effekte im 1-Jahres-FU:**  
**ImRs ( $d = 2,26$ ), EMDR ( $d = 1,88$ ),  
Keine Gruppenunterschiede**

Geringe Drop-Out-Rate (7,7%), sehr hohe Remissionsrate (81%)



# ImRs vs. Emotionsregulation plus ImRs vs. Warteliste (Raabe et al., 2022)



- $N = 61$  Patient\*innen; PTBS nach Kindesmissbrauch; RCT
  - ImRs: 16 Sitzungen
  - STAIR / ImRs: 8+16 Sitzungen
  - WL: 8 WochenBis zu 12 Wochen Follow Up



- **Intervention** im Rahmen bestehender supportiver Therapie
- 5-wöchige Explorationsphase
- 10-wöchige ImRs Phase mit 2 bis 3 ImRs-Durchgängen pro Sitzung

## Ergebnisse

- ImRs ist STAIR & WL überlegen
- Gleiche Ergebnisse bei ImRs vs. STAIR + ImRS **bei weniger Sitzungen**
- Remission bei 70% in ImRs und 86% in STAIR+ImRs
- Prä-Post-Effekte, Cohen's d:  
**Stair: 0.75; ImRs: 2.07; WL: 0.43**



- ! ImRS führt mit vglw. wenigen Sitzungen zu sehr guten Erfolgen;
- Emotionsregulationsphase nicht notwendig; ImRs verbesserte auch Emotionsregulation!

- Große Auswahl an effektiven Psychotherapien
- Imagery Rescripting wird sich wahrscheinlich als weitere sehr wirkungsvolle und einfach zu erlernende Intervention etablieren

## Aufgaben für die Forschung & Versorgung:

- Frühzeitige Behandlung der PTBS!
- Dissemination bewährter Interventionen in die Versorgung: Einfache Zugänge zu Behandlung für Patienten & zu Training und Supervision für Psychotherapeuten
- Studien zur Behandlung der komplexen PTBS & deren Auswirkungen auf die langfr. phys. Gesundheit der Betroffenen

# Entwicklungsangepasste Kognitive Verhaltenstherapie der (komplexen) Posttraumatischen Belastungsstörung für Opfer von Gewalt

# Folgen schwerer Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend....

- Denken Sie an Ihre Patient:innen....
- Welche Beschwerden berichten Patient:innen, die physische oder sexuelle Gewalt in Kindheit und Jugend erlebt haben?
- Was sind die langfristigen Folgen der Gewalt früh im Leben?
- Wann erhalten die Patienten i.d.R. das erste mal traumafokussierte Behandlung?
- Was erschwert eine frühzeitige Behandlung?

# Folgen von **Gewalterfahrungen** in Kindheit und Jugend

Erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen

- Posttr. Belastungsstörung, Depression, weitere Angststörungen, substanzassoziierte Störungen, Schlafstörungen (Metaanalyse von Chen et al., 2010); Borderline-Persönlichkeitsstörung; (vgl. Fergusson et al., 2008); Schizophrenie, sexuelle Funktionsstörungen / Probleme (Bornefeld & Steil, 2017)

Erhöhtes Risiko von Problemen wie...

- dissoziative Symptome, geringer Selbstwert, suizidale Gedanken, Suizidversuche, selbstverletzendes Verhalten, mangelnde Emotionsregulation, Beeinträchtigung bei Schul- und Bildungsabschlüssen, frühe Schwangerschaft, erneute Viktimisierung, toxische Partnerschaften

# Folgen von Gewalterfahrung in Kindheit und Jugend

## ABER AUCH

Erhöhtes Risiko der Entwicklung von chronischen körperlichen Erkrankungen im Erwachsenenalter (vgl. z.B. Clemens et al., 2018; Hughes et al., 2017)

- Autoimmunerkrankungen wie Rheuma, kardiovaskuläre Erkrankungen wie Bluthochdruck oder Herzinfarkt, Adipositas, Diabetes, Krebserkrankungen (!), Schlaganfälle (vgl. Perkins, 2021)
- Gemeinsame Ursache: Wahrscheinlich chronische Entzündungsprozesse aufgrund der dauerhaften Stressbelastung durch die PTBS (vgl. z.B. Kim et al., 2021)
- Eine erfolgreich Behandlung der PTBS kann Risikos für Diabetes Typ II um ca. 50% senken!! (Scherrer et al., 2019)!

# Folgen von Gewalterfahrung in Kindheit und Jugend

- Erhöhtes Risiko erneuter Traumatisierung (z.B. Kessler et al., 2017)

⇒ Teufelskreis....

• **Achtung:** Weitergabe vieler Probleme an die Kinder über psychologische aber auch biologische Mechanismen (bis hin zur Beeinträchtigung der Hirnentwicklung des Kindes in Schwangerschaft von Patientin mit chron. Stressbelastung; vgl. Moog et al., 2018!)

# Plädoyer für möglichst frühzeitige Behandlung der PTBS nach Gewalt in Kindheit und Jugend

Erwachsene Patientinnen mit PTBS nach Kindesmissbrauch kommen im Durchschnitt mit 37 Jahren zum ersten Mal zu einer traumafokussierten Psychotherapie (vgl. z. B. Steil et al., 2011; Bohus, Dyer et al., 2013).

Eine möglichst *frühe* wirksame Psychotherapie der PTBS kann

- 1) die Ausbildung von sekundärer schweren **psychischen und körperlichen Erkrankungen verhindern** und so die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Nachkommen verbessern,
- 2) das Erreichen eines **Schul- oder Ausbildungsabschlusses wahrscheinlicher machen**, ermöglichen, dass die Betroffenen einer Erwerbstätigkeit nachgehen, welche das Gefühl der Zugehörigkeit zur Gesellschaft und den Selbstwert stärkt und das Risiko späterer Armut reduziert und
- 3) **das Risiko erneuter Viktimisierung** später im Leben (z.B. in einer toxischen Partnerschaft) **senken**.

# Entwicklungsangepasste Kognitive Verhaltenstherapie für Jugendliche und junge Erwachsene mit PTBS nach Kindesmissbrauch (Steil, Resick & Rosner, 2023)



# Behandlungshierarchie (angelehnt an DBT-PTSD; Steil et al., 2011)

Behandlungsfokus	Beispiele
Lebensbedrohliches Verhalten	Suizidalität, schweres SVV, schweres Hochrisikoverhalten
Therapie zerstörendes Verhalten	Verstoß gegen Therapievertrag, mangelndes Commitment
Krisen generierendes Verhalten	anhaltende Gewalterfahrungen, strafbares Verhalten
Therapiefortschritt behinderndes Verhalten	Dissoziation, motivationale Probleme, Substanzmissbrauch
Schwere psychosoziale Probleme	schwere finanzielle Probleme, drohende Obdachlosigkeit
<b>PTBS aufrechterhaltendes Verhalten</b>	Dysfunktionale Kognitionen, Meidungs- und Escapestrategien
Entwicklungsaufgaben, Prophylaxe	Beziehung Eltern, Peer-Beziehungen, Schul-/Berufsbildung, Reviktimisierung

# E-KVT

Motivationsphase

# Inhalte

- Beziehungsaufbau
- Therapievertrag
- Anamnese (Lebenslinie)
- Therapieziele
- Psychoedukation

# Ungünstige Schemata beeinflussen auch die Beziehung zur Therapeut\*in

- Ungünstige Beziehungserfahrungen →
- ungünstige Schemata:
  - „Ich bin unwichtig, niemand interessiert sich für mich.“
  - „Vertrau Dich niemandem an!“ „Nimm Dich in Acht!“
  - „Mir glaubt eh keiner!“
  - „Ich kann mich eh auf niemanden verlassen.“
  - „Ich bin es nicht wert, gut behandelt zu werden.“
  - „Wenn meine Therapeutin weiß was ich wirklich gemacht habe, verachtet sie mich...“

# Therapeutische Haltung

Misstrauen, Scham, Ambivalenz, Hoffnungslosigkeit, Reaktanz, hohe Reizbarkeit, kein Lob annehmen können, Widerstand gegenüber Hilfe/Besserung

Günstige Beziehungserfahrungen ermöglichen:

- „Ich höre Dir zu.“
- „Ich interessiere mich für Dich.“
- „Du kannst Dich auf mich verlassen“.
- „Ich stehe Dir in Krisen bei.“
- „Ich verurteile Dich für Deine Probleme nicht.“

# Therapeutische Haltung

- Sicheres und zuverlässiges Setting (Planung aller Termine von Beginn an!)
- Maximale Transparenz
- Patient Kontrolle überlassen „Es geschieht nichts, was Du nicht möchtest.“ „Du kannst entscheiden.“

# Therapievertrag

- Termine, Absagen, nicht wahrgenommene Stunden
- Kein Suizidversuch, kein lebensbedrohliches Verhalten
- Notfallplan

Ich, \_\_\_\_\_ (Name einfügen) verspreche folgendes:

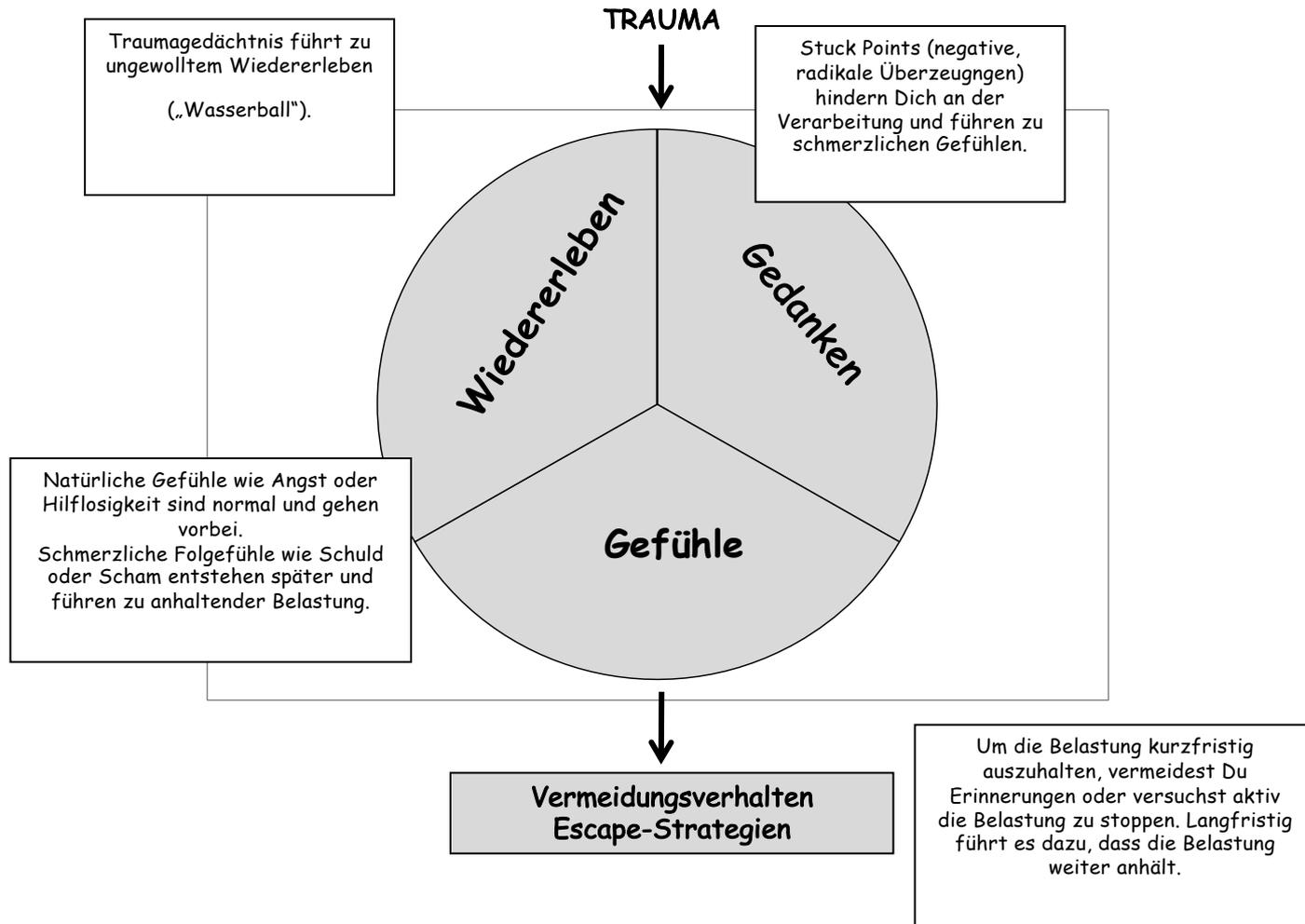
- Ich werde pünktlich zu jedem vereinbarten Termin erscheinen. Falls ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, verspreche ich, ihn mindestens 24 h vorher abzusagen.  
Falls ich in den ersten 5 Therapiesitzungen mehr als zwei Mal fehlen sollte (egal aus welchem Grund), werde ich in einem Gespräch mit meiner Therapeutin besprechen, ob eine Weiterbehandlung im Moment sinnvoll ist. Auch in jeder weiteren Therapiephase darfst Du ebenfalls maximal zwei Mal fehlen.
- Ich verspreche, vor den Therapiesitzungen und während der Erledigung von Therapieaufgaben keinen Alkohol und keine Drogen zu mir zu nehmen.
- Ich verspreche, während der gesamten Therapie keinen Suizidversuch zu begehen und mich/andere nicht lebensbedrohlich zu verletzen. Falls ich dies nicht schaffen sollte, werde ich mit meiner Therapeutin besprechen, ob eine ambulante Therapie im Moment für mich möglich ist.
- Ich versuche, einen Psychriaufenthalt während der Therapie zu vermeiden. Falls dies doch nötig sein sollte, werde ich meine Therapeutin vorher darüber sprechen. Nach Entlassung werde ich mit meiner Therapeutin besprechen, ob eine Fortführung der ambulanten Behandlung möglich ist.
- Falls ich in eine Krise geraten sollte, verspreche ich, mich an den Notfallplan zu halten (siehe nächste Seite).

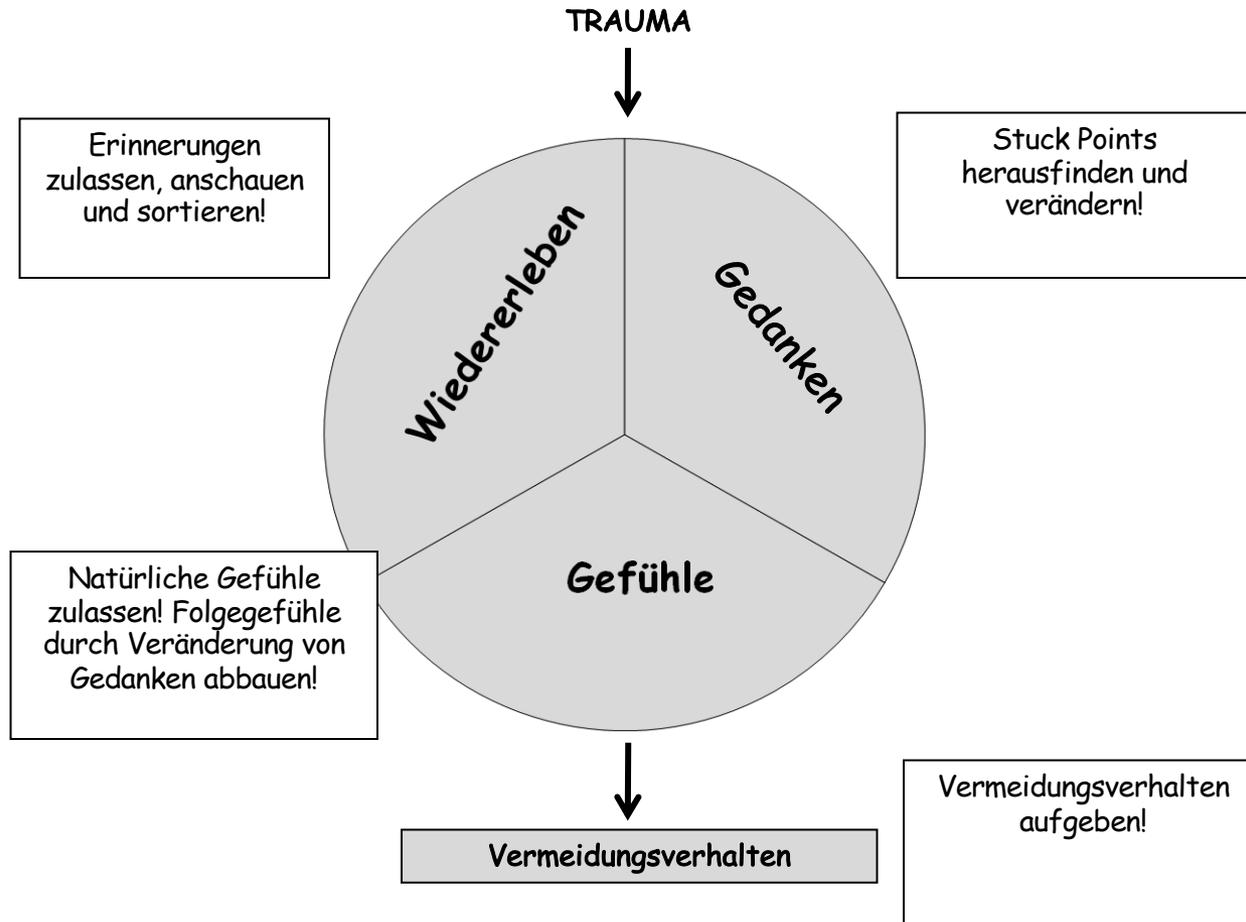
\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Therapeutin/Therapeut

# Notfallplan

- Was kann ich selbst versuchen, um die Krise zu lösen?
  - Mit Hund spazieren gehen, Musik hören, ins Kissen hauen, Zigarette rauchen
- An wen kann ich mich wenden?
  - Freunde, Eltern, Betreuer
- Therapeuten kontaktieren
  - Individuell festlegen, ob Notfallhandy, welche Erreichbarkeiten, was tun, wenn nicht erreichbar.  
**Ermutigung: als Therapeut\*in erreichbar sein!**
- Psychiatrie kontaktieren (Nummern im Handy einspeichern...)





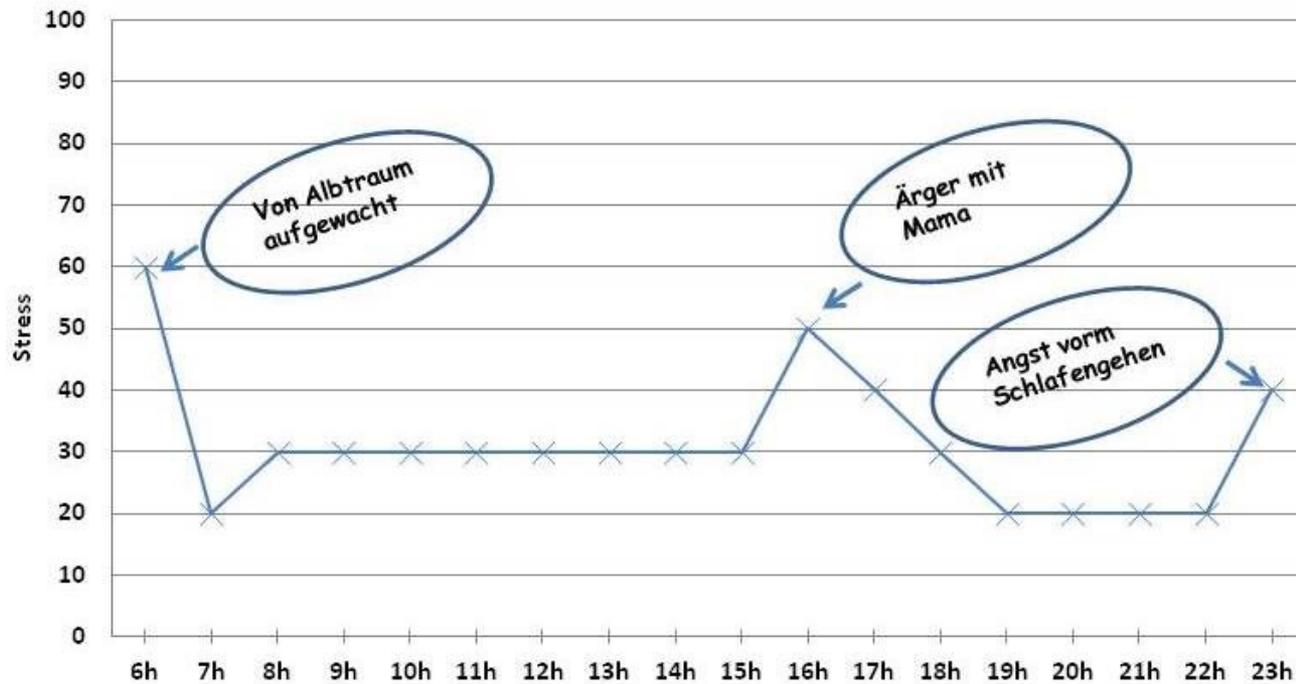
# E-KVT

Emotionsregulationsphase

# Emotionsregulationstraining

- Ungünstige Verhaltensweisen wie Substanzkonsum, Selbstverletzung, suizidale Ideation werden als Fluchtstrategien in Bezug auf belastende Intrusionen / Gefühle erklärt (Steil et al., 2011; Bohus et al., 2011)
- Ziel: Verbesserung der Gefühlsregulation mit Hilfe von **Skills**; Psychoedukation zu Emotionen
- Tagebuch zur Erfassung der Impulse zu schädlichem Verhalten / Fluchtstrategien
- Motivationsstärkung zur Aufgabe von Selbstverletzungen





wäre ich lieber nicht <sup>geboren.</sup>

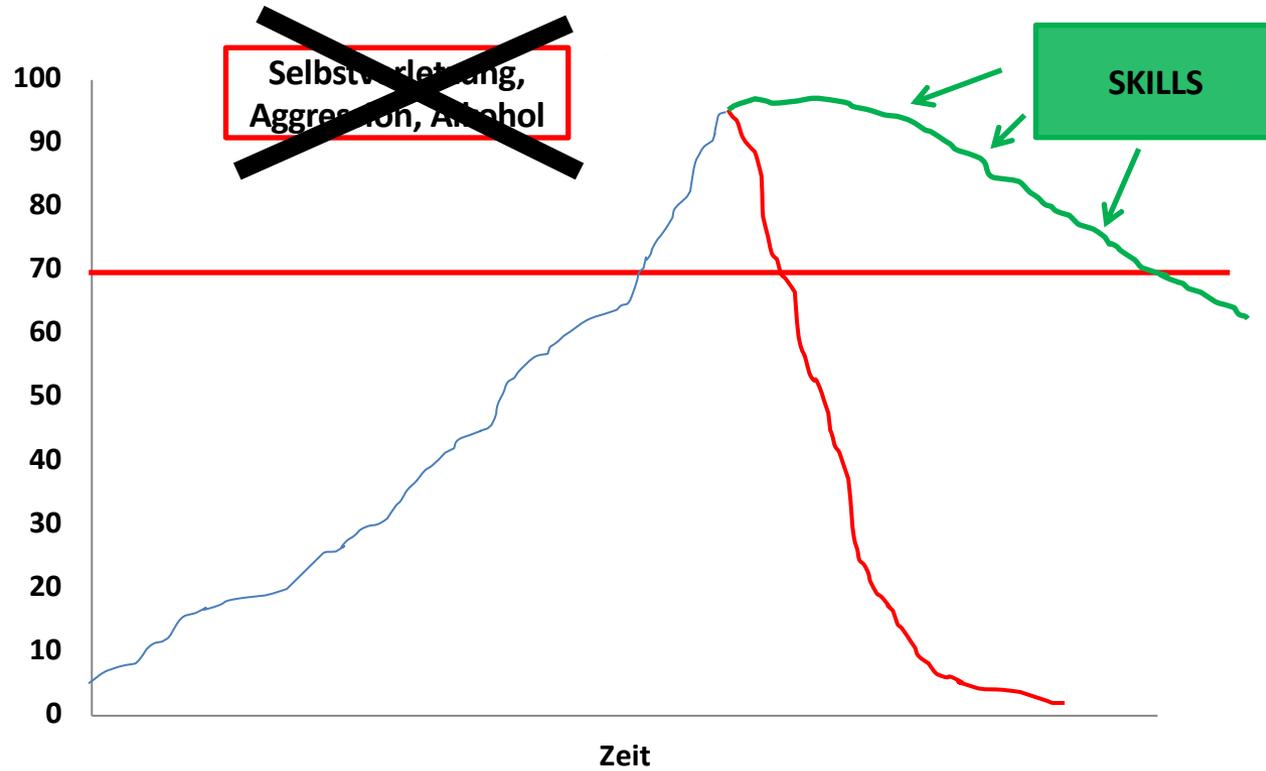
Ged. : Ich will alleine sein, ich will meine Ruhe,  
weiß nicht was ich machen soll  
mit Freundin streiten über ihre Fehler

Gefühle: wütend, hilflos die Gedanken das  
sie links ist oder  
mich auch nur  
ausnutzt.

Körper: unruhe in mir

Verhalten: <sup>Selbstmord</sup> Ich suche Streit  
Rauchen  
Alkohol trinken

Hess! - - -  
ausrufen  
Rauschen



# Notfallkoffer

Der Notfallkoffer sollte für mögliche Krisensituationen **immer dabei** sein (auch in der Therapie)! Daher sollte er möglichst **klein und handlich** sein.

Der Notfallkoffer enthält 3-4 Skills,...

- die besonders **hilfreich** sind.
- die **schnell verfügbar** sind.
- die fast **immer anwendbar** sind.  
z.B. Ammoniak, Tigerbalsam, Chili-Schoten, Pfefferkörner, Notfalltelefonnummern, Igelball, Pro-Contra-Liste, Eisspray, Center-Shocks, Fishermans, Legosteine, Musik



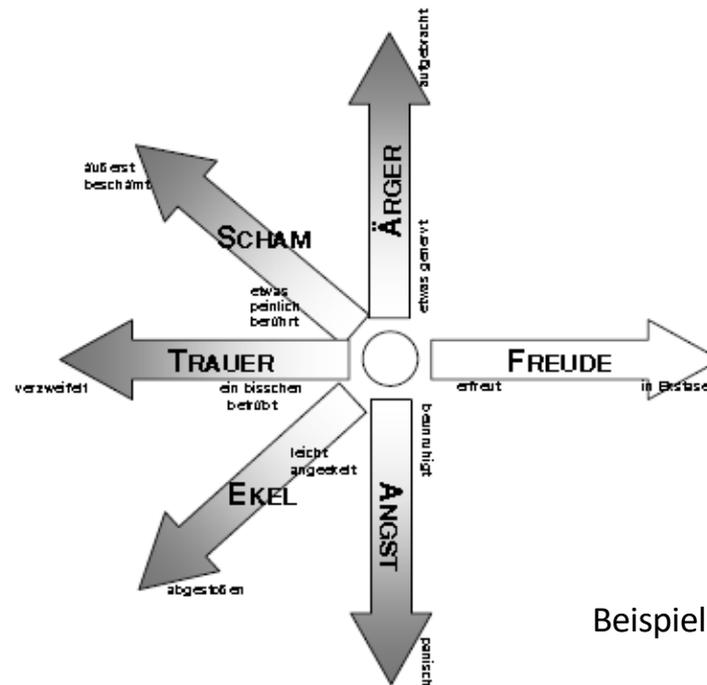
Maximalskill: **Kopf unter leitungskaltes Wasser**

# Psychoedukation zu Emotionen

- Wozu sind Gefühle gut?
  - Informieren uns
  - Teilen anderen etwas mit
  - Treiben uns zu Handlungen
- Gefühlsnetzwerk
  - Auslöser
  - Körperempfindungen
  - Handlungsimpulse

## Wie kann ich gegensteuern?

- Anders denken
- Anders Handeln



Beispiel: Scham

# Umgang mit Dissoziation

- Psychoeduktion zu Dissoziation:
  - Ist gelernt
  - Verhindert lernen
  - Macht handlungsunfähig
  - Vulnerabilitätsfaktoren (wenig trinken, wenig schlafen, keine Bewegung, Stress,..)
  - Kann sehr beeinträchtigend sein, wenn sehr schwer als eigene Störung diagnostizierbar
- Frühwarnzeichen erarbeiten (z.B. Kribbeln im Körper, nicht mehr gut hören, verschwommen sehen,...)
- Anti-Dissoziationsskills (z.B. kaltes Wasser, Ammoniak, Steinchen in Schuhen, Bewegung,...)
- Dissoziationsmanagement (z.B. Psychotherapie im Stehen oder Umhergehen), evtl. Einbezug von Betreuern, Lehrern etc..., vgl. Priebe, Müller-Engelmann & Steil, 2011)

- Intensivphase der Behandlung sehr genau planen!  
Wann genau? Krankschreibung? Wer holt ab?  
Belohnung nach anstrengenden Sitzungen?

# E-KVT

Intensive Traumabearbeitung

# Warum Intensivphase

- Maximale therapeutische Unterstützung bei traumaspezifischen Elementen
- Vermeidung wird reduziert
- Aussagen der Patienten:
  - „Falls es Probleme mit Hausgaben gegeben hätte, wusste ich, dass ich meine Therapeutin am nächsten Tag wieder sehe. Da habe ich mich mehr getraut.“
  - „Ich habe mir gedacht: so wird es zwar heftig, aber geht auch schneller wieder vorbei.“
  - „Ich habe die Aufgaben immer gleich gemacht. Wenn wir uns nur einmal wöchentlich gesehen hätten, hätte ich es wieder aufgeschoben.“

# Intensive Traumabearbeitung

- Erfassung ungünstiger Überzeugungen und Bewertungen zum Trauma und seinen Folgen
- Schriftliche Traumakonfrontation
- Veränderung ungünstiger Gedankenmuster zu
  - Sicherheit
  - Vertrauen
  - Kontrolle
  - Wertvoll sein
  - Nahe sein

# Stuck Points identifizieren & mit Hilfe kognitiver Methoden auflösen

- Stuck Points = Widersprüchliche oder stark negative Überzeugungen, die zu unangenehmen Gefühlen, Leid oder Problemverhalten führen

# Beispiele Stuck Points

## Vergangenheitsbezogen

Ziel: Aufrechterhaltung bestehender Schemata

„Die Welt ist gerecht.“

„Es passiert alles aus einem bestimmten Grund.“



- „Es liegt an mir.“
- „Ich habe es verdient.“
- „Ich hätte mich wehren müssen.“
- „Ich habe es zugelassen.“
- „Es ist passiert, weil ich zu schwach, zu dumm war.“
- „Es ist nicht wirklich passiert.“
- „Andere habe es verschuldet.“

## Zukunftsbezogen

Ziel: Verhinderung neuer Übergriffe / schlimmer Ereignisse

Extreme Änderung von Einstellungen in den Bereichen Sicherheit, Vertrauen, Kontrolle, Intimität, Wertschätzung



- „Ich darf niemanden vertrauen.“
- „Ich muss immer auf der Hut sein.“
- „Wenn ich nicht immer die Kontrolle habe, wird es wieder geschehen.“
- „Andere Menschen sind gefährlich, lasse Dich auf niemanden ein.“
- „Andere Menschen sind verachtenswert.“ „Ich bin wertlos.“

## Stuck Points - Liste

Hier kannst Du aufschreiben, welche Gedanken in Bezug auf Dich selbst, das Trauma, andere Menschen oder Deiner Umwelt Dich an der Verarbeitung Deines Traumas hindern. Diese Gedanken werden wir im Verlauf der Therapie durcharbeiten.

Falls Dir im weiteren Verlauf der Behandlung ein neuer Gedanke auffällt, der Dir schmerzliche Gefühle bereitet, kannst Du die Liste immer weiter ergänzen.

ich habe mir viel zu viel gefallen lassen, ~~ich~~

ich hätte mich trennen sollen.

Wenn ich nicht zu viel vertraut hätte, hätte er es nicht machen können.

alles läuft schief weil ich denke das meine Mutter mich verflucht.

Strafe für meine Taten

Wenn ich jemanden vertraue werde ich verraten.

nicht zu Menschen nett sein können weil die mir dann weh tun.

wenn mir jemand nah kommt will er mich ausnutzen.

# Ziel der E-KVT Intensivphase

- Veränderung ungünstiger Annahmen und Bewertungen  
zum Trauma („Ich habe das verdient!“),  
bzgl. der Welt (z.B. „Nichts ist kontrollierbar.“),  
anderer Menschen („Ich kann niemandem trauen.“)  
und der eigenen Person („Ich bin  
verabscheuungswürdig.“)

- Warum ist mir das passiert? Auswirkungen heute?

#### Bericht über die Auswirkungen des Traumas

Bitte schreibe mindestens eine Seite darüber, was du denkst, warum deine traumatischen Ereignisse eingetreten sind. Beziehe dich dabei auf die Situation, die du heute am belastendsten erlebst. Du brauchst dabei keine Details über das traumatische Ereignis aufzuschreiben. Schreibe darüber, was du über die Ursache für das schlimmste Ereignis denkst. Verwende keinen Computer, schreibe mit der Hand.

Schreibe auch darüber, welche Auswirkungen die Ereignisse auf dich haben sich  
deine Überzeugungen über dich selbst verändert  
Wie haben sich deine Überzeugungen über

Gehe dabei auf die folgenden Bereiche

Wie haben sich Deine Erlebnisse dar

- ✓ Sicherheit
- ✓ Vertrauen
- ✓ Kontrolle
- ✓ Dich selbst und andere Menschen
- ✓ Intimität

denkst.

„Ich habe mich nicht genug gewehrt.“  
„Ich bin selbst daran schuld, weil ich  
immer wieder hingegangen bin.“  
„Ich bin schuld an dem Mord, weil ich  
ihn nicht zu einem besseren Menschen  
gemacht habe.“  
„Es war keine Vergewaltigung.“

**ABC-Arbeitsblatt**

Auslösendes Ereignis A	Bewertung B	Konsequenz C
„etwas passiert“	„ich sage mir etwas“	„ich fühle und/oder tue etwas“
Ich denke an die Vergewaltigung	„Ich hätte nicht zu ihm gehen sollen.“	Schuldig, minderwertig

Sind meine Gedanken in B realistisch?

---



---

Was könnte ich mir stattdessen sagen?

---



---

# Erinnerungen bewältigen

- Patient liest Traumbericht in der Stunde vor.
- Therapeut unternimmt nichts! Hört aufmerksam zu. Stellt Fragen. Benennt Gefühle. Stellt Fragen zu Selbstbeschuldigungen und beobachtet, an welchen Stellen Patient mit heutiger Sicht argumentiert.

# Bearbeitung der Stuck Points mit Hilfe von Arbeitsblättern

- Genaue Exploration (Zu welcher Zeit ist dieser Gedanke entstanden?)
- Balance zwischen Validierung und Irritation  
*ACHTUNG: Je stärker die Irritation, desto intensiver die Validierung!*
- Zeit lassen! Oft entfalten Irritationen ihre Wirkung später.
- Keine Machtkämpfe, kein „JA, ABER“
- Wie fühlt sich bisherige Sichtweise an, wie würde sich andere Sichtweise anfühlen?
- „Was war heute das wichtigste für Dich?“

„Wenn ich bloß nicht xx, dann wäre es nicht passiert.“

- Warum hast Du Dich so und nicht anders verhalten?
- Gab es damals Alternativen?
- Welche Folgen hätten die einzelnen Alternativmöglichkeiten gehabt?
- Wie viel Einfluss hattest Du tatsächlich auf die Situation?
- Du begründest mit Deinem Wissen von heute, nicht mit den Möglichkeiten von damals. Das ist unfair.
- Du bereust, dass Du Dich damals so verhalten hast. Das kann ich nachvollziehen. Trägst Du deshalb auch die Schuld?
- Was wäre normalerweise passiert, wenn Du xx getan hättest?

# E-KVT

Entwicklungsaufgaben  
„Blick nach vorn“

# Prophylaxe - Entwicklungsaufgaben

- Schul-/ Berufsausbildung / Berufstätigkeit
- Reviktimisierung – z.B.: Woran erkenne ich einen Partner der mir schaden könnte?
- Beziehungen – Verbesserung sozialer Kompetenzen, Problemlösetraining

# Verhinderung von Reviktimisierung (20 red flags)

(Kubany & Raltston, 2008)

- Woran erkenne ich einen schädlichen Partner / eine schädliche Partnerin?

- ✓ Behandelt mich als Eigentum
- ✓ Eifersucht
- ✓ Mag meine Familie und Freunde nicht
- ✓ Bedrängt mich
- ✓ Lügen, Verschwiegenheit
- ✓ Drückt mir seine Meinung auf
- ✓ Belächelt meine Meinung
- ✓ Schlechte Laune
- ✓ Körperliche Aggressivität gegenüber anderen
- ✓ Beleidigungen anderer
- ✓ Beschuldigen anderer für seine Probleme und Fehler
- ✓ „Spielerischer“ Gebrauch von Kraft beim Sex
- ✓ Starker Gebrauch von Alkohol oder Drogen
- ✓ Ruf eines Weiberhelden
- ✓ Unzuverlässigkeit
- ✓ Handelt anders, wenn ich mit ihm alleine bin als in Gegenwart anderer
- ✓ Eingriff in meine Privatsphäre
- ✓ Grausamkeit gegenüber Tieren und Kindern
- ✓ Charme oder Charisma

# Ergebnisse zur Wirksamkeit der E-KVT

# BMBF-geförderte multizentrische Studie

JAMA Psychiatry | [Original Investigation](#)

## Effect of Developmentally Adapted Cognitive Processing Therapy for Youth With Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder After Childhood Sexual and Physical Abuse A Randomized Clinical Trial

Rita Rosner, DPhil; Eline Rimane, Dipl.-Psych; Ulrich Frick, Dr Rer Biol-Hum; Jana Gutermann, Dr Rer Nat; Maria Hagl, DPhil; Babette Renneberg, Dr Rer Nat; Franziska Schreiber, Dr Phil Nat; Anna Vogel, Dipl.-Psych; Regina Steil, Dr Rer Nat

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium  
für Bildung  
und Forschung

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Physische oder sexuelle Gewalt ab 3. Lebensjahr	Psychotische Störung
PTBS (nach DSM-IV) als Hauptdiagnose	Organische oder substanzinduzierte psychische Störungen
Alter zwischen 14 und 21 Jahren	Mentale Retardierung (IQ < 75)
Stabile Lebenssituation	Akute Suizidalität
Ausreichende Deutschkenntnisse	Schwere Selbstverletzung liegt weniger als 6 Monate zurück
Falls < 18 Jahre: Einverständnis der Sorgeberechtigten	Tiefgreifende Entwicklungsstörung
Ausreichende Sicherheit (kein akuter Missbrauch oder Gefahr)	Bipolare Störung
	Substanzabhängigkeit

## Stichprobenbeschreibung

### E-KVT vs. Warteliste mit Behandlungsempfehlung

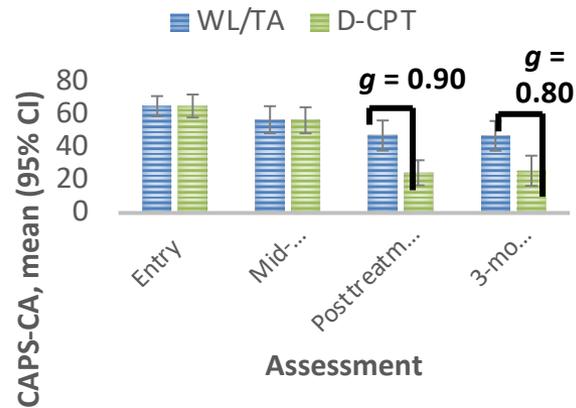
- N = 88 (75 [85%] weiblich)
- Alter M = 18.1 (95% CI 17.6-18.6)

Komorbide Störungen	D-CPT	WL/TA
<b>keine, No. (%)</b>	10 (23)	8 (18)
<b>1 od. 2, No. (%)</b>	23 (52)	18 (41)
<b>3 ≤, No. (%)</b>	11 (25)	18 (41)

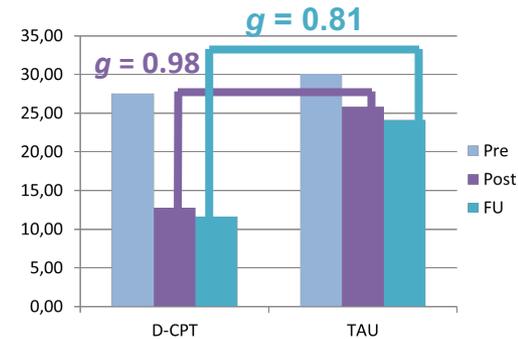


# RCT Rosner et al., 2019; Ergebnisse

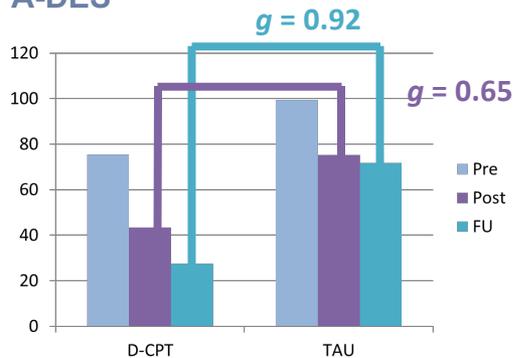
CAPS-CA Total score (N = 88)



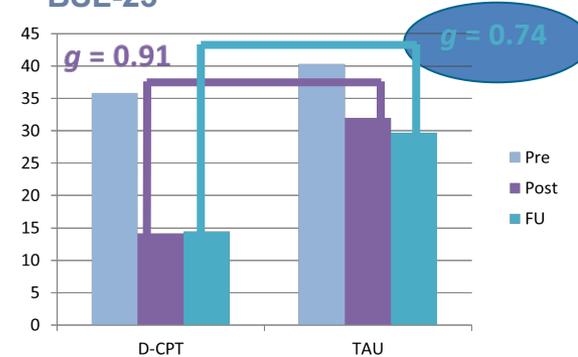
BDI-II



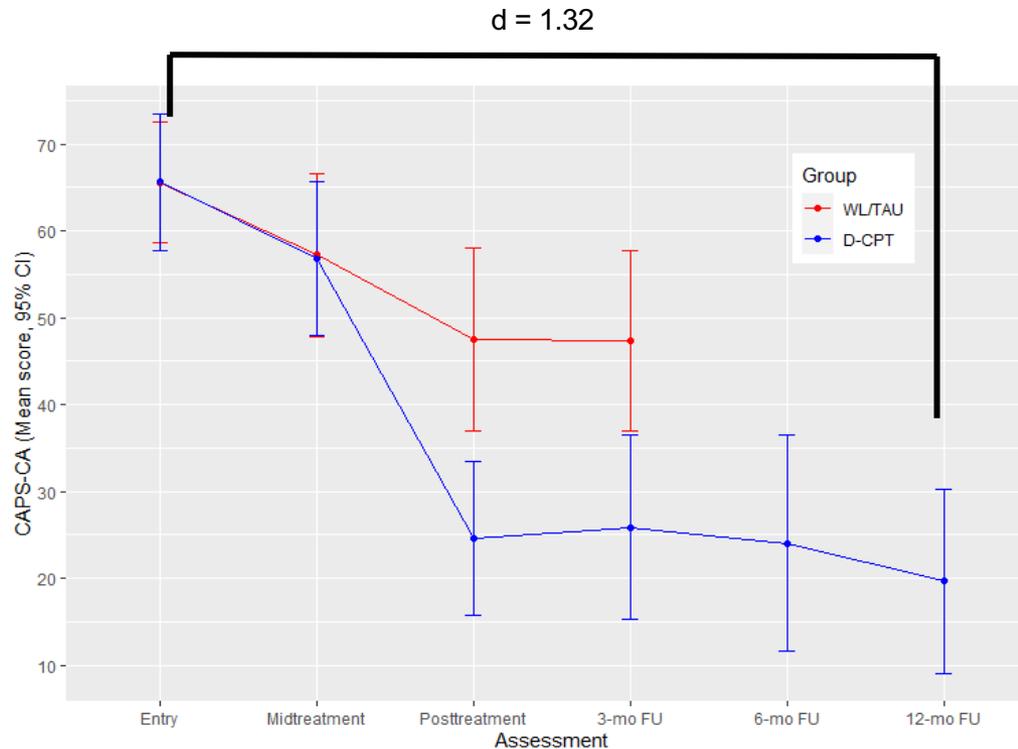
A-DES



BSL-23



# Langzeiteffekte der E-KVT (Steil et al., 2022) 6 Monate (63% der Pat.) und 12 Monate (50% der Pat) nach Therapieende



Große Effektstärken von Baseline zu 6- und 12-Monat-Follow Up auch für alle sekundären Maße außer BSL (hier mittlerer Effekt)

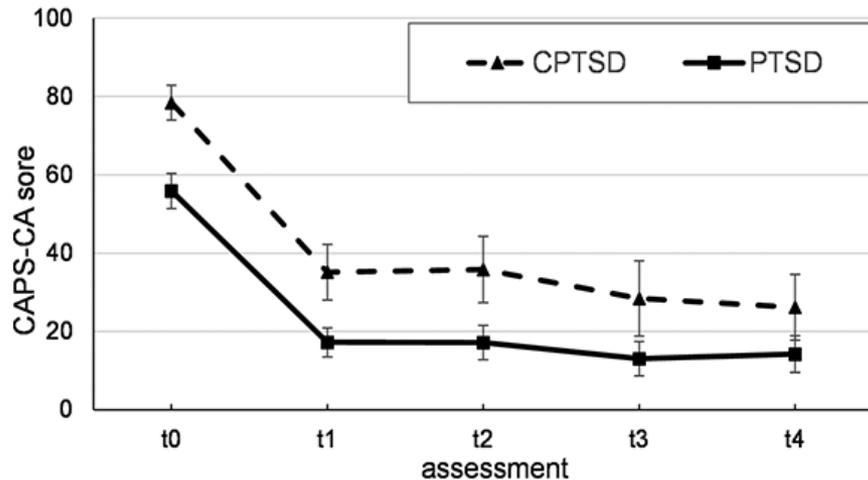
# Wirksamkeit von E-KVT bei einer Subgruppe der Patienten mit wahrscheinlicher Diagnose der kPTBS (Eilers et al., 2021)

N = 19 (kPTBS) vs. 25 (PTBS)

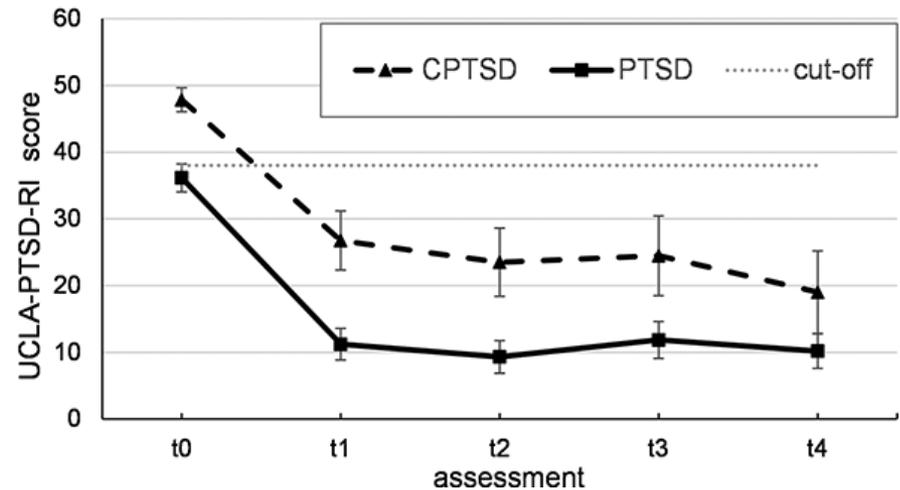
Effektstärken t0 vs. t4: CAPS: CPTBS:  $d= 2.16$ , PTBS:  $d= 1.39$

Die Gruppenzugehörigkeit sagte die Symptomreduktion nicht vorher – die Intervention wirkt gleich gut in beiden Gruppen.

(a) Interviewer-rated PTSS



(b) Self-rated PTSS

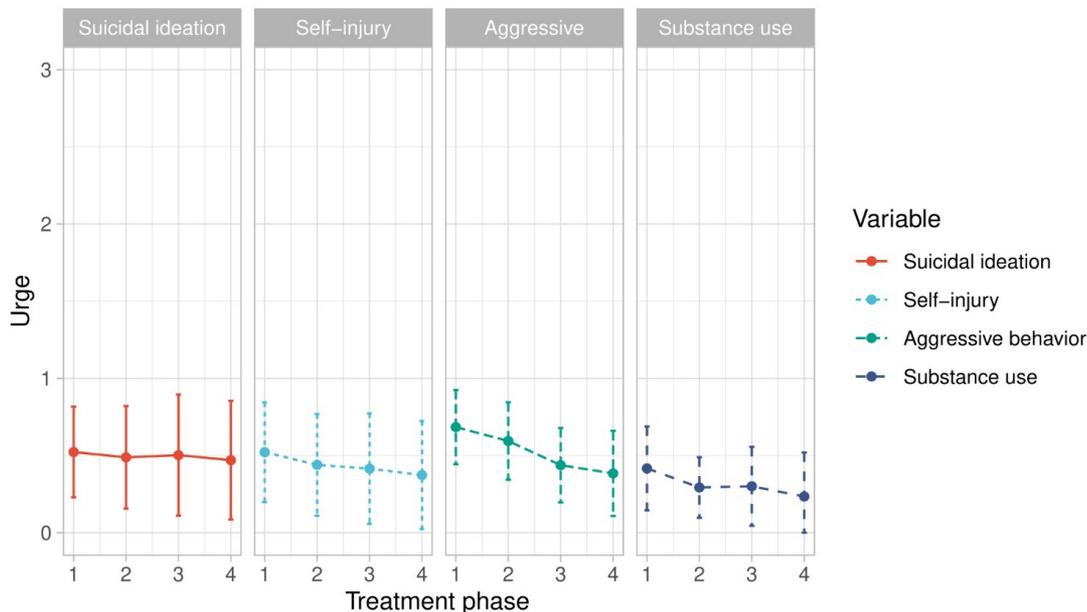


# Kommt es bei den Patient\*innen zu einer Zunahme von Problemverhalten während der E-KVT? Fischer, Rosner, Renneberg & Steil 2022



Auswertung von  $n = 4044$  Tagebuchkarten (diary cards)  
Multilevel Modelle (random slope x random intercept)

## Unterschiede zwischen den Therapiephasen?



**Fig 1** Course of the fixed effects from multilevel modeling. Scores range from 0 to 5 with higher scores indicating greater urge to engage in the dysfunctional behaviors. Error bars represent standard errors of the estimates.

### Keine signifikanten Unterschiede:

- Suizidalität
- Substanzkonsum
- **Signifikante Reduktion (Phase 1 vs. 4)**
- Selbstverletzung
- Aggressives Verhalten

→ Während E-KVT zeigen Jugendliche **keine** Zunahme an problematischen Verhaltensweisen

→ Sign. Zunahme an Freude & Reduktion der Belastung durch das Trauma im Verlauf der Therapie

GEFÖRDERT VOM



Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!



**HÄNSEL+GRETEL**  
DEUTSCHE KINDERSCHUTZSTIFTUNG

