

Wie Mythen der traumafokussierten Psychotherapie eine adäquate Versorgung erschweren

Ein Plädoyer zur Implementierung evidenzbasierter Verfahren in Deutschland

Philipp Herzog¹, Tim Kaiser¹ & Ad de Jongh

Zusammenfassung: Das Ziel des Artikels ist es, die Mythen von traumafokussierter Psychotherapie näher zu beleuchten, die im Zusammenhang mit der mangelnden Implementierung evidenzbasierter Verfahren zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) stehen. Dazu werden im ersten Teil ausgewählte aktuelle Befunde der evidenzbasierten Psychotherapien zur Traumabehandlung vorgestellt sowie Probleme bei der Implementierung dieser Verfahren in Deutschland aufgezeigt. Dabei zeigt sich, dass trotz der immer stärker werdenden Evidenzlage insbesondere für die Prolongierte Expositionstherapie, kognitive Verarbeitungstherapie und EMDR diese zu selten eingesetzt werden. Anschließend werden zugrundeliegende Mythen, die in Zusammenhang mit dem aufgezeigten Versorgungsproblem stehen dürften, dargestellt und in Bezug zu aktuellen Forschungsarbeiten gestellt. Letztlich werden noch Empfehlungen für die Praxis und besseren Implementierung der Leitlinien gegeben und die Zukunft der traumafokussierten Psychotherapie diskutiert.

Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung

Psychotherapie gilt als ein hoch wirksames Verfahren in der Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) entsprechend der Befunde aus Meta-Analysen (Bisson et al., 2013; Cusack et al., 2016; Lewis et al., 2020). Neuere randomisiert-kontrollierte Studien mit großer Fallzahl (Schnurr et al., 2022)² und Evaluationen naturalistischer Daten (Herzog et al., 2020) deuten auf die Robustheit der Therapieerfolge hin. Die breiteste Evidenzbasis haben hierbei die traumafokussierten Psychotherapien wie traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapien (TF-KVT) und expositionsbasierte Ansätze. Darunter fallen die Prolongierte Expositionstherapie (PE; Foa et al., 2014), die kognitive Verarbeitungstherapie – engl.: „Cognitive Processing Therapy“ – (CPT; König et al., 2012), die kognitive Therapie für PTBS (CT-PTSD; Ehlers, 1999), die narrative Expositionstherapie (NET; Schauer et al., 2011) und Eye-Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; Shapiro & Maxfield, 2002; de Jongh et al., 2019). Neuere therapeutische Methoden wie Imagery Rescripting (IR) zeigen zudem vielversprechende Effekte in der Behandlung von PTBS nach Kindheitstraumata in ersten klinischen Studien mit ausreichender methodischer Qualität (Boterhoven De Haan et al., 2020; Raabe et al., 2022). Meta-analytische Vergleiche mit nicht-traumafokussierten Therapien zeigen klar die größere Wirksamkeit und Langzeitstabilität der traumafokussierten und expositionsbasierten Methoden (McLean et al., 2022). Aufgrund der starken Evidenz empfehlen sowohl nationale

(Schäfer et al., 2019) als auch internationale Leitlinien (z. B. National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2018) daher bei Vorliegen einer PTBS die Durchführung einer individuellen traumafokussierten Psychotherapie als Behandlung der ersten Wahl.

Lücke zwischen Forschung und Praxis

Trotz der starken Evidenzbasis für TF-KVT – insbesondere PE, aber auch CPT und CT-PTSD – und EMDR zur Behandlung von PTBS besteht eine große Lücke zwischen den Empfehlungen der Leitlinien und der Umsetzung in der klinischen Praxis in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland. Diese Lücke zwischen Forschung und Praxis wird durch Zahlen im Zusammenhang mit der Verwendung von Expositionstherapie bei PTBS untermauert: die Expositionstherapie ist ein unzureichend genutzter Ansatz von Traumatherapeut*innen und die meisten Fachkräfte sind in dieser Technik nicht ausreichend geschult (Lindauer et al., 2022; Pittig et al., 2019; van Minnen et al., 2010). Faktoren auf Seiten der Patient*innen beeinflussen die Wahl der Therapie durch die Expert*innen: Im Falle einer komorbiden Depression wurde die Expositionstherapie deutlich weniger bevorzugt als eine medikamentöse Behandlung (van Minnen et al., 2010). Außerdem wurde die Expositionstherapie mit höherer Wahrscheinlichkeit angeboten, wenn die Patient*innen eine traumafokussierte Behandlung präferier-

¹ Geteilte Erstautorenschaft.

² Zu den hier kursiv ausgewiesenen Kurztiteln finden Sie ausführliche bibliographische Angaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

ten. Wie vermutlich bei anderen Behandlungsmethoden auch, so zeigte sich hier, dass die Faktoren der Therapeut*innen in einem wichtigen Zusammenhang mit den Behandlungspräferenzen stehen, wobei eine hohe Glaubwürdigkeit der Technik positiv mit der Präferenz der Psychotherapeut*innen für die Expositionstherapie verbunden war. Wahrgenommene Hindernisse für die Expositionstherapie, wie z. B. die Angst vor einer Verschlimmerung der Symptome und vor einem Abbruch, standen in einem negativen Zusammenhang mit der wahrgenommenen Eignung der Behandlung, wenn die Patient*innen in der Kindheit mehrere Traumata erlitten hatten (*van Minnen et al., 2010*).

Eine aktuelle störungsübergreifende Studie mit Psychotherapeut*innen zeigt, dass die Praktikabilität in der ambulanten Versorgung, negative Überzeugungen über Exposition und der hervorgerufene Distress seitens der Therapeut*innen die größten Barrieren zur Dissemination von expositionsbasierten Interventionen im Generellen darstellen, wobei insbesondere die ersten beiden Bereiche signifikant mit der Verwendungsrate zusammenhängen (*Pittig et al., 2019*). In dieser Studie waren die am häufigsten genannten Gründe: ein unvorhersehbares Zeitmanagement, das Risiko der unkompenzierten Abwesenheit sowie Dekompensation der Patient*innen, die oberflächliche Wirksamkeit oder eine für die Therapeut*in sehr anstrengende Exposition (*Pittig et al., 2019*).

Nicht zuletzt wird die weitreichende Implementation in Deutschland auch durch Probleme bei der Dissemination erschwert, beispielsweise dadurch, dass das Handbuch der PE (*Foa et al., 2014*) – der traumafokussierten Psychotherapie mit den meisten Wirksamkeitsnachweisen – beim auflegenden Verlag vergriffen ist und aufgrund der geringen Nachfrage keine Neuauflage geplant ist (Stand: Januar 2023). In anderen Ländern (z. B. Großbritannien) wird hingegen die Dissemination aktiv gefördert: Zum Beispiel findet man kostenlose Ressourcen zur kognitiven Therapie für PTBS auf www.oxcadatresources.com (die Registrierung und unbegrenzte Nutzung ist kostenlos), einschließlich Schulungsvideos für Psychotherapeut*innen. Dieser Aspekt verdeutlicht, dass eine notwendige Bedingung für die Anwendung in der Praxis die kompetenzorientierte Aus-, Fort- und Weiterbildung von Psychotherapeut*innen in diesen Methoden darstellt und daher in diesen Bereichen entsprechende Berücksichtigung finden sollte.

Ein Update zur Effektivität von traumafokussierter kognitiver Verhaltenstherapie

Neben den bereits erwähnten allgemeinen Wirksamkeitsnachweisen sind vor allem Innovationen der traumafokus-

sierten Psychotherapie von großer Relevanz. Hier wären zunächst einmal systematische Untersuchungen der Behandlungsdauer zu nennen. Ursprünglich als 90-minütige Sitzungen konzipiert, konnte eine aktuelle klinische Studie zeigen, dass 60-minütige Sitzungen mit PE der ursprünglich konzipierten Durchführung mit 90-minütigen Sitzungen nicht unterlegen ist (*Foa et al., 2022*). Dieser Befund sollte die Implementierung in der Routineversorgung erleichtern, da wichtige bisherige Barrieren (z. B. Praktikabilität in der ambulanten Versorgung wie Terminplanung und Rechnungsstellung) abgebaut werden können (*Pittig et al., 2019*). Darüber hinaus stellen Kurzzeitinterventionen wie die Writen Exposure Therapy (WET) – eine expositionsbasierte Behandlung in fünf Sitzungen, die sich der CPT nicht unterlegen zeigte und eine geringere Dropoutrate im Gegensatz zu PE und CPT (*Schnurr et al., 2022*) aufwies (Sloan et al., 2018; 2022) –, neue Versorgungsmöglichkeiten in Aussicht.

— Trotz der starken Evidenzbasis für traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie und EMDR zur Behandlung einer PTBS besteht in Deutschland eine große Lücke zwischen den Empfehlungen der Leitlinien und der Umsetzung in der klinischen Praxis. —

Von besonderer versorgungstechnischer Relevanz sind Untersuchungen zur Intensivierung der traumafokussierten Psychotherapie. Aktuelle Befunde zeigen, dass zwei zeitlich komprimierte Formen der ambulanten PE, eine massierte Form der PE mit 15 Sitzungen à 90 Minuten über drei Wochen und ein intensives ambulantes PE-Programm mit 15 ganztägigen Therapiesitzungen über drei Wochen mit acht Behandlungserweiterungen, schnelle und effektive Behandlungsalternativen darstellen (Peterson et al., 2023). Zuvor konnte bereits gezeigt werden, dass eine massierte Form der PE mit zehn Sitzungen über zehn Wochen einer PE mit zehn Sitzungen über acht Wochen nicht unterlegen ist (*Foa et al., 2018*). In den Niederlanden werden für Erwachsene und Jugendliche intensive teilstationäre oder tagesklinische Angebote für schwere und komplexe PTBS angeboten, die EMDR, PE und körperliche Aktivität kombinieren und innerhalb von zwei Wochen zu Remissionsraten von um die 70 % im Hinblick auf den PTBS-Diagnosestatus führen (van Pelt et al., 2021; van Woudenberg et al., 2018; Voorendonk et al., 2020). Van Woudenberg et al. (2018) weisen darauf hin, dass diese Ansätze entwickelt wurden, um die erfahrungsgemäß hohen Therapieabbruchraten zu reduzieren, die bei der Behandlung komplexer PTBS auftreten. Die Abbruchraten bewegten sich entsprechend im einstelligen Prozentbereich. Zum Vergleich: Die durchschnittliche Dauer einer stationären Psychotherapie für PTBS liegt in Deutschland bei $M = 54.3$ Tagen ($SD = 15.5$) (*Herzog et al., 2020*), ambulante Behandlungen komplexer PTBS dürften deutlich länger dauern.

Fortschritte wurden auch bei der Durchführung von Psychotherapie über das Internet gemacht (Kuester et al., 2016). So wurden über Videochat abgehaltene Formate intensiver Therapie der komplexen PTBS evaluiert und zeigten ähnliche Erfolge (Bongaerts et al., 2021; 2022). In diesen Untersuchungen, die unter Bedingungen der Routineversorgung durchgeführt wurden, wiesen 20 % der eingeschlossenen Patient*innen eine Online-Behandlung zurück, weswegen nicht davon auszugehen ist, dass eine solche Behandlung die ambulante Psychotherapie vollständig ersetzen können. Diese neuen Versorgungswege können dennoch eine Chance für die deutsche Traumatherapielandschaft darstellen, welche das Versorgungssystem kurzfristig entlasten und langfristig zu einer verbesserten Allokation von weiterhin anhaltend begrenzten Ressourcen und reduzierten Wartezeiten führen. Gleichzeitig bleibt weiterhin noch offen, wie hoch die Raten zur Therapieverweigerung bzw. -ablehnung („Refusal-Rate“) der PTBS-Patient*innen gegenüber diesen neuen Versorgungswegen ist.

Insgesamt wird klar, dass intensive, traumafokussierte Psychotherapie für Patient*innen schnell, sicher, effektiv und, falls erwünscht, über moderne technische Kommunikationsmittel durchführbar ist. Die Implikationen dieser Ansätze

— Durch die der Exposition vorgeschalteten Stabilisierungsphasen vergehen oft Monate, bis das eigentliche Problem behandelt wird – und das ohne nachweisbaren Zusatznutzen. —

sind weitreichend und stellen den aktuell geltenden Standard wöchentlicher ambulanter Therapiesitzungen infrage, zeigen aber auch bisher ungenutzte Möglichkeiten der Versorgung schwerer Traumafolgestörungen auf. Angesichts der bereits mehrfach festgestellten Unterversorgung insbesondere komplex traumatisierter Patient*innen (Pawils et al., 2017; Sommer, 2016) müsste eigentlich jede Möglichkeit genutzt werden, die derartige Erfolge zeigen können.

Drei Mythen der traumafokussierten Psychotherapie

In Deutschland erhalten etwa 40 % der PTBS-Patient*innen eine Richtlinienpsychotherapie (Bachmann et al., 2021). Davon dürfte, Auswertungen von Krankenkassendaten zufolge, ungefähr die Hälfte eine kognitive Verhaltenstherapie durchlaufen (Epping et al., 2018). In Auswertungen von Fallberichten zeigte sich, dass bei nur ca. 47 % aller PTBS-Patient*innen eine der zuvor genannten traumafokussierten Methoden angewandt wurden (Lindauer et al., 2022). Dies ist im Einklang mit den Ergebnissen der Befragung von Pittig et al. (2019), in der nur etwas mehr als die Hälfte der befragten Verhaltenstherapeut*innen sich selbst Kom-

petenzen zur expositionsbasierten Behandlung der PTBS zuschreiben.

Eine Erklärung für diesen geringen Anteil evidenzbasierter Techniken könnte sein, dass in der psychotherapeutischen Praxis viele Mythen über traumafokussierte Psychotherapie kursieren, die die Anwendung dieser Techniken verzögern oder sogar verhindern (Murray et al., 2022). Dadurch erhalten viele Patient*innen nicht die Therapieformen, die mit der größten Sicherheit die gewünschten Erfolge bringen können.

Mythos 1: Traumafokussierte Behandlungen sind nicht für komplexe und mehrfache Traumata geeignet.

Pittig et al. (2019) berichten, dass nur eine Minderheit (30,6 %) der befragten Psychotherapeut*innen der Aussage „Expositionstherapie wirkt bei komplexen Fällen schlecht“ widerspricht. Dies steht in deutlichem Kontrast zu empirischen Befunden. Zum Beispiel bleibt die kognitive Therapie für PTBS wirksam, wenn die Patient*innen mehrere Traumata erlebt haben, mit nur einer kleineren Verringerung der Symptomreduktion der PTBS-Kernsymptomatik im Vergleich zu einem einmaligen Trauma (Ehlers et al., 2013). Auch sind traumafokussierte Psychotherapien in der Behandlung von PTBS nach Kindesmissbrauch – häufig als komplexe Fälle eingestuft – hoch wirksam (Ehring et al., 2014) und die Wirksamkeit einer traumafokussierten Behandlung, die auf Traumata in der frühen Kindheit abzielt, scheint sich nicht von der

im Erwachsenenalter zu unterscheiden (Wagenmans et al., 2018). Weitere Untersuchungen zeigen zudem, dass sich durch traumafokussierte Behandlungen nicht nur die PTBS-Kernsymptomatik reduziert, sondern die mit der komplexen PTBS verbundenen Probleme, wie zum Beispiel dissoziative Zustände, negative Grundannahmen oder interpersonelle Probleme, reduzieren (Kolthof et al., 2022; van Vliet et al., 2021; Zoet et al., 2021).

im Erwachsenenalter zu unterscheiden (Wagenmans et al., 2018). Weitere Untersuchungen zeigen zudem, dass sich durch traumafokussierte Behandlungen nicht nur die PTBS-Kernsymptomatik reduziert, sondern die mit der komplexen PTBS verbundenen Probleme, wie zum Beispiel dissoziative Zustände, negative Grundannahmen oder interpersonelle Probleme, reduzieren (Kolthof et al., 2022; van Vliet et al., 2021; Zoet et al., 2021).

Mythos 2: Vor einer traumafokussierten Behandlung ist eine Stabilisierung notwendig.

Insbesondere für multipel und komplex traumatisierte Personen sei, der Meinung einiger Autor*innen zufolge, vor der traumafokussierten Intervention eine stabilisierende Behandlung durchzuführen. Diese dienen der emotionalen Stabilisierung und dem Aufbau interpersoneller Fertigkeiten, die auf eine Verbesserung des Funktionsniveaus abzielen und ein Empfinden von Kontrolle und Kompetenz erwirken sollen (Levitt & Cloitre, 2005). Ein phasenbasierter Ansatz, bei dem Stabilisierung und traumafokussierte Methoden nacheinander durchgeführt werden, hat eine hohe Augenscheinvalidität und liegt wirksamen Behandlungspaketen zugrunde wie die

für PTBS modifizierte Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT-PTSD; Bohus et al., 2020) und Skills-Training zur affektiven und interpersonellen Selbstregulation / Narrative Therapie (STAIR/NT; Cloitre et al., 2002).

Es war jedoch lange unklar, ob Stabilisierungsphasen tatsächlich den vermuteten therapeutischen Nutzen haben. Von Befürworter*innen wurden zunächst Studien angeführt, die entweder stabilisierende Behandlungen als alleinige Intervention oder phasenbasierte Ansätze mit Kontrollbedingungen vergleichen. In einer offen ausgetragenen Debatte um die Notwendigkeit stabilisierender Interventionen (Cloitre, 2016; de Jongh et al., 2016) wurde deutlich, dass die Datenlage zum behaupteten Nutzen der Stabilisierung unbefriedigend ist. Untersuchungen, die eine direkte traumafokussierte Behandlung mit einem phasenbasierten Vorgehen vergleichen, lagen noch nicht vor. Auch die S3-Leitlinien zur PTBS-Behandlung verwiesen zurecht auf die fehlende Evidenz stabilisierender Methoden (Schäfer et al., 2019, S. 42). Mittlerweile liegt gleich eine Reihe solcher Studien vor (Bækkelund et al., 2021; Opriel et al., 2021; Raabe et al., 2022; van Vliet et al., 2021). Es wurde eine traumafokussierte Behandlung (PE, EMDR oder IR) entweder ohne vorherige Stabilisierung eingesetzt oder mit vorgeschalteter STAIR-Intervention kombiniert. Die Wirksamkeit wurde auf einer Reihe verschiedener Messinstrumente verglichen, die ein sehr breites Spektrum klinisch relevanter Phänomene abdeckten. Es zeigten sich durchgehend keine Unterschiede in der akuten Wirksamkeit, der Stabilität der Effekte in Katamneseerhebungen, der Abbruchraten oder unerwünschter Nebenwirkungen. Klinisch interpretiert: es vergingen – ohne nachweisbaren Zusatznutzen – in der Regel mehrere Monate, bis das eigentliche Problem wirksam behandelt wurde. Eine monatelange Verzögerung der wirksamen Behandlung ist keineswegs harmlos. Wie Rosner et al. (2010) zeigten, wird nach einer rein stabilisierenden, stationären Behandlung häufig keine adäquate traumafokussierte Nachbehandlung durchgeführt.

Bemerkenswert ist, dass Befürworter*innen der Stabilisierung mitunter Analogien zur somatischen Medizin aufstellen, in der es schließlich auch unerlässlich sei, dass eine Patient*in vor einem operativen Eingriff „stabil“ sein müsse (Reddemann & Piedfort-Marin, 2017). Der klinische Erfahrungsschatz erfahrener Therapeut*innen wird angeführt, um die Notwendigkeit der Stabilisierung zu begründen. Sicher ist es zulässig, zu klinischen Fragen, für die bislang keine empirische Evidenz vorliegt, auf die klinische Erfahrung zurück zu greifen. Es bedarf jedoch, wie vom erfahrenen Psychoanalytiker und Wissenschaftstheoretiker Meehl (1997) ausgeführt, der wissenschaftlichen Methode, um ihren Wahrheitsgehalt zu prüfen und von Irrtümern zu trennen.

Mythos 3: Expositionsbasierte Behandlungen sind potenziell „retraumatisierend“

Ein weiterer häufiger Mythos besagt, dass das Sprechen über Traumaerinnerungen „retraumatisierend“ sei, insbe-

sondere wenn keine Stabilisierung durchgeführt wurde. Diese Behauptung wird unseres Wissens nach, meist ohne weitere Belege anzuführen, aufgestellt (Fischer et al., 2003; Kahn, 2008; Reddemann, 2003) und es ist davon auszugehen, dass die Basis dieser Behauptung anekdotisch ist. Dort, wo sie empirisch geprüft wurde, zeigte sich das Gegenteil: nur sehr wenige Patient*innen, die in der klinischen Routineversorgung behandelt wurden, zeigen im Laufe einer TF-KVT eine Verschlechterung (1.2 % bei Ehlers et al., 2013; 0 % bei Gillespie et al., 2002). Tatsächlich zeigen mehr Patient*innen unter den Bedingungen der Warteliste eine Verschlechterung der Symptome als unter traumafokussierten Behandlungen (Ehlers et al., 2014; Jayawickreme et al., 2014). Auch Patient*innen, die nach dem Wiedererleben im Rahmen der TF-KVT befragt wurden, berichteten in einer qualitativen Studie, dass es „die Schmerzen wert“ gewesen sei (Shearing et al., 2011). Eng verbunden hält sich die Annahme, dass Dissoziationen die Arbeit an Traumaerinnerungen ausschließen. Obwohl diese Annahme empirisch untersucht wurde, fanden sich bisher keine Hinweise darauf, dass die Dissoziation vor der Behandlung die Wirksamkeit von traumafokussierten Behandlungen moderiert (Halvorsen et al., 2014; Hoeboer et al., 2020). Selbst die zuvor aufgeführten Untersuchungen zu hoch intensiven Konfrontationstherapien, die explizit ohne Stabilisierung durchgeführt wurden, berichteten weder negative Auswirkungen noch vorzeitige Therapieabbrüche wegen aversiver Erfahrungen, zudem zeigte sich eine starke Reduktion dissoziativer Erfahrungen (van Vliet et al., 2021; Zoet et al., 2021). Fallberichte demonstrieren die Machbarkeit einer leicht modifizierten traumafokussierten Behandlung von PTBS mit komorbider Dissoziativer Identitätsstörung (van Minnen & Tibben, 2021). Obwohl diese ersten Untersuchungen Anlass für Optimismus bieten, sind weitere Studien nötig, die die Rolle der Dissoziation in der traumafokussierten Therapie genauer betrachten.

Somit ist davon auszugehen, dass Retraumatisierungen in der traumafokussierten Psychotherapie nicht auf die verwendete Methode zurückgehen. Aus unserer Sicht wird der Begriff der „Retraumatisierung“ zu locker gehandhabt, obwohl er recht unscharf definiert ist. Autor*innen, die Versuche einer begrifflichen Bestimmung des Phänomens unternommen haben (z. B. Schock et al., 2010) weisen darauf hin, dass therapeutische Traumakonfrontation begrifflich klar von einer Retraumatisierung zu trennen ist. Zudem sei der Begriff nur bei einer langfristigen Verschlechterung der auf das Ursprungstrauma bezogenen intrusiven Symptomatik angemessen. Wie bereits erwähnt, fehlen empirische Belege dafür, dass dies in der traumafokussierten Psychotherapie in nennenswerter Häufigkeit auftritt.

All diese Mythen lassen auf den zuvor beschriebenen „Research-Practice-Gap“ schließen, der zulasten von Patient*innen geht, da im Zweifel keine evidenzbasierten Therapien angeboten werden, sondern lange Stabilisierungsphasen stattfinden und stattdessen vermeintlich schonende Verfahren eingesetzt werden. Hierdurch lässt sich womöglich

auch die weite Verbreitung von Methoden wie der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT; Lampe et al., 2008) im deutschsprachigen Bereich erklären, für die keine überzeugende Evidenz vorliegt. Die Darstellung dieser Methoden legt großen Wert darauf, dass es sich um besonders „schonende“ Interventionen handelt (bei PITT: z. B. Gahleitner, 2020), mittlerweile liegen Monographien zur „schonenden Traumatherapie“ vor (Sack, 2020). Die vorgeschlagenen Modifikationen der konfrontativen Traumabearbeitung – wie zum Beispiel Ressourcenmobilisierung vor der Konfrontation, Techniken zur Distanzierung vom Trauma Inhalt oder die Veränderung des traumatischen Narrativs – wären zunächst in Dismantling-Studien auf ihren zusätzlichen Beitrag zur Verträglichkeit und Wirksamkeit zu prüfen, was ebenso die Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy (IRRT; Smucker et al., 2008) betrifft. Auf der anderen Seite können, wie bereits Rosner et al. (2010) zeigten, auf lange Stabilisierung bedachte Ansätze eine wirksame Traumabehandlung deutlich verzögern.

Empfehlungen für die Praxis und Zukunft der traumafokussierten Psychotherapie

Nach unserer Einschätzung wird der Zugang zu nachweislich wirksamer, traumafokussierter Psychotherapie für Patient*innen erschwert. Diese erfolgt in Deutschland häufig nicht auf der Basis der besten Evidenz, was zumindest zum Teil auf Fehlannahmen über traumafokussierte Methoden zurückgeht, aber auch die Versorgungsplanung betrifft. Aus

— Nach unserer Einschätzung wird in Deutschland der Zugang zu nachweislich wirksamer, traumafokussierter Psychotherapie auch aufgrund von nach wie vor einflussreichen Fehlannahmen erschwert.

unserer Sicht lassen sich aus den empirischen Befunden und Behandlungsleitlinien klare nächste Schritte ableiten, die die Verbesserung der Versorgung von PTBS-Patient*innen zur Folge hätten.

Erstens: die Behandlungsleitlinien der PTBS sollten hinsichtlich der Bewertung der Rolle von Stabilisierung aktualisiert und konsequenter in der Praxis umgesetzt werden. Dabei sollten insbesondere die negativen Überzeugungen gegenüber expositionsbasierter Traumatherapie (z. B. PE) auf Seiten der Therapeut*innen (Pittig et al., 2019) gezielter in der Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeut*innen adressiert werden, um die Glaubwürdigkeit sowie Verwendung zu erhöhen (van Minnen et al., 2010). Der Umstand, dass erwiesenermaßen effektive traumafokussierte Behandlungen nur von der Hälfte der Psychotherapeut*innen eingesetzt wer-

den, ist angesichts der schwierigen Versorgungslage nicht hinzunehmen.

Zweitens: es muss eine deutliche Flexibilisierung der Traumabehandlung erwirkt werden. Die Zukunft wird auch aufgrund von begrenzten Ressourcen und damit verbundenen langen Wartezeiten neue Versorgungsmodelle der psychischen Gesundheit mitdenken müssen. Die hier vorgestellten intensiven Kurzzeitinterventionen sind hoch effektiv, über das Internet durchführbar und weisen eine verringerte Abbruchrate auf – ein häufiges Problem bei PE und CPT insbesondere in Populationen mit starkem Hang zur Stigmatisierung (z. B. Veteranen; Schnurr et al., 2022). Wie in anderen Bereichen gehört das, was in Deutschland noch als „Innovation“ angepriesen werden muss, in anderen Ländern zum Versorgungsalltag. Bei der Umsetzung einer ausschließlichen Fernbehandlungen wäre jedoch berufspolitisch darauf zu achten, dass internetbasiert durchgeführte Psychotherapie nicht zu Einbußen bei der Vergütung führt. Weitere Studien dazu, für welche Patient*innen dieses Therapieformat in Frage kommt, dürften bei der Indikationsstellung helfen.

Die „EXPRESS“-Behandlungen der PSYTREC-Behandlungszentren³ können hier ein Vorbild sein. Von den Patient*innen der PSYTREC-Kliniken wird bei 65 % eine komplexe PTBS diagnostiziert und bei 25 % eine komplexe PTBS mit dissoziativen Symptomen. Je nach Indikation erhalten sie eine vollständig internetbasierte Behandlung an zwei Tagen oder eine kombinierte Behandlung (zwei Tage Klinikaufenthalt und zwei Tage internetbasierte Therapie). Bei der Behandlung handelt es sich um eine Kombination von Psychoedukation, PE, EMDR und einem Sport- und Bewegungsprogramm, das die Effekte der Psychotherapie durch eine Förderung der Rekonsolidierungsprozesse im Gedächtnis verstärken soll. Die Kliniken zeichnen aus, dass die therapeutische Praxis durch kontinuierliche Forschung begleitet und weiterentwickelt wird. Dazu gehört eine psychometrische Qualitätssi-

cherung, mit der sich die hohen Remissionsraten (über 70 % bei PTBS, 85 % bei komplexer PTBS, 75 % bei PTBS vom dissoziativen Subtyp) reliabel und valide abbilden lassen. Weniger als 5 % der Patient*innen brechen ihre Behandlung ab, was beträchtlich unterhalb der üblichen Abbruchraten ambulanter Behandlungen liegt. Die Kliniken werden von Psycholog*innen geleitet und die Therapeut*innen vor Ort laufend fortgebildet. Dieses kurze und intensive Behandlungsprogramm zeigt auf vielfältige Art und Weise, wie Forschung und Praxis ineinandergreifen, um den Patient*innen bestmöglich zu helfen. Solche Angebote könnten in Deutschland aufzeigen, wie vielfältig Psychotherapie jenseits der üblichen Aufteilung in ambulante und (teil-)stationäre Formate auch bei schweren psychischen Störungen helfen kann, und somit den Berufsstand stärken.

³ <https://www.psyrtrec.nl/>

Drittens: die Methoden der datengestützten, personalisierten Auswahl der besten Psychotherapie für individuelle Patient*innen sollten auch in Deutschland besser exploriert werden. Internationale Studien demonstrierten bereits eine personalisierte Behandlungszuweisung von evidenzbasierten traumafokussierten Psychotherapien. Da Patient*innen auch auf die verfügbaren evidenzbasierten Methoden unterschiedlich ansprechen (Herzog & Kaiser, 2022), ist davon auszugehen, dass eine optimierte Auswahl die Erfolge noch weiter steigern kann. Erste Befunde zeigen hier vielversprechende Ergebnisse im Hinblick auf einen besseren Therapieerfolg bei personalisierter Zuweisung zu EMDR vs. TF-KVT (Deisenhofer et al., 2018), PE vs. nicht-traumafokussierter Therapie (Stirman et al., 2021) oder PE vs. Pharmakotherapie (Bredemeier et al., 2022) für PTBS. Solche Methoden lassen sich durchaus auch in der Routineversorgung umsetzen, erfordern jedoch eine gewissenhafte Erfassung prognostischer Variablen und psychometrischer Daten zum Therapieergebnis. Dass dies nicht unmöglich ist, konnten unlängst Schwartz et al. (2020) zeigen, indem Sie eine datengestützte personalisierte Auswahl von kognitiver Verhaltenstherapie oder psychodynamischer Therapie in der ambulanten Versorgung durchführten. Bevor jedoch nicht die evidenzbasierten Verfahren implementiert sind und somit zuverlässig zur Auswahl stehen, sodass Patient*innen Zugang dazu erhalten, scheitern solche wichtigen Forschungsbemühungen noch an der Versorgungsrealität.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl – das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

- Bachmann, C. J., Czwikla, J., Jacobs, H., Fegert, J. M. & Hoffmann, F. (2021). Prävalenz und Versorgung der Posttraumatischen Belastungsstörung in Deutschland: Eine bundesweite Auswertung von Krankenkassendaten aus den Jahren 2008 und 2017. *Psychiatrische Praxis*, 48 (6), 316–323.
- Bongaerts, H., Voorendonk, E. M., Van Minnen, A., Rozendaal, L., Telkamp, B. S. D. & de Jongh, A. (2022). Fully remote intensive trauma-focused treatment for PTSD and Complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 13 (2), 2103287.
- de Jongh, A., Resick, P. A., Zoellner, L. A., van Minnen, A., Lee, C. W., Monson, C. M. et al. (2016). Critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults. *Depression and Anxiety*, 33 (5), 359–369.
- Foa, E. B., Bredemeier, K., Acierno, R., Rosenfield, D., Muzzy, W., Tuerk, P. W. et al. (2022). The efficacy of 90-min versus 60-min sessions of prolonged exposure for PTSD: A randomized controlled trial in active-duty military personnel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90 (6), 503–512.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Rothbaum, B. O., Kierdorf, T. & Höhr, H. (2014). *Handbuch der Prolongierten Exposition: Basiskonzepte und Anwendung – eine Anleitung für Therapeuten*. Lichtenau: G. P. Probst Verlag.
- Foa, E. B., McLean, C. P., Zang, Y., Rosenfield, D., Yadin, E., Yarvis, J. S. et al. (2018). Effect of Prolonged Exposure Therapy Delivered Over 2 Weeks vs 8 Weeks vs Present-Centered Therapy on PTSD Symptom Severity in Military Personnel A Randomized Clinical Trial. *JAMA – Journal of the American Medical Association*, 319 (4), 354–364.
- Herzog, P. & Kaiser, T. (2022). Is it worth it to personalize the treatment of PTSD? – A variance-ratio meta-analysis and estimation of treatment effect heterogeneity in RCTs of PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 102611.
- Herzog, P., Voderholzer, U., Gärtner, T., Osen, B., Svitak, M., Doerr, R. et al. (2020). Predictors of outcome during inpatient psychotherapy for posttraumatic stress disorder: A single-treatment, multi-site, practice-based study. *Psychotherapy Research*, 31 (4), 468–482.
- Lindauer, M., Linden, M. & Muschalla, B. (2022). Verständnis ambulanter Verhaltenstherapeuten von Belastungsreaktionen und PTBS. *Verhaltenstherapie*, 32 (4), 186–195.
- McLean, C. P., Levy, H. C., Miller, M. L. & Tolin, D. F. (2022). Exposure therapy for PTSD: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 91, 102115.
- Murray, H., Grey, N., Warnock-Parkes, E., Kerr, A., Wild, J., Clark, D. M. & Ehlers, A. (2022). Ten misconceptions about trauma-focused CBT for PTSD. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 15, e33.
- Pittig, A., Kotter, R. & Hoyer, J. (2019). The Struggle of Behavioral Therapists With Exposure: Self-Reported Practicability, Negative Beliefs, and Therapist Distress About Exposure-Based Interventions. *Behavior Therapy*, 50 (2), 353–366.
- Schnurr, P. P., Chard, K. M., Ruzek, J. I., Chow, B. K., Resick, P. A., Foa, E. B. et al. (2022). Comparison of Prolonged Exposure vs Cognitive Processing Therapy for Treatment of Posttraumatic Stress Disorder Among US Veterans. *JAMA Network Open*, 5 (1), e2136921.
- van Minnen, A., Hendriks, L. & Olff, M. (2010). When do trauma experts choose exposure therapy for PTSD patients? A controlled study of therapist and patient factors. *Behaviour Research and Therapy*, 48 (4), 312–320.



Dr. Philipp Herzog

Rheinland-Pfälzische Technische
Universität Kaiserslautern-Landau
Klinische Psychologie und
Psychotherapie
Ostbahnstraße 10
76829 Landau
philipp.herzog@rptu.de

Dr. Philipp Herzog, Dipl.-Psych., PP (VT), ist wissenschaftlicher Mitarbeiter der AE Klinische Psychologie und Psychotherapie des Erwachsenenalters der Rheinland-Pfälzischen Technischen Universität Kaiserslautern-Landau (RPTU) und Gastwissenschaftler an der Harvard University. Nach mehrjähriger praktischer Tätigkeit in verschiedenen Ambulanzen und Kliniken liegen seine wissenschaftlichen Arbeitsschwerpunkte vor allem in der Psychopathologie und Psychotherapie von Posttraumatischen Belastungsstörungen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen.



Prof. Dr. Ad de Jongh

Prof. Dr. Ad de Jongh ist klinischer Psychologe und Professor für Angst- und Verhaltensstörungen an der Universität Amsterdam, sowie Honorarprofessor an der School of Health Sciences der Salford University, Manchester, der University of Worcester und der Queen's University in Belfast. Er ist spezialisiert auf die Behandlung von Traumafolgestörungen und führte 1993 die Behandlungsmethode EMDR in den Niederlanden ein. Auch sein wissenschaftlicher Schwerpunkt liegt auf der Entwicklung neuer evidenzbasierte Behandlungen für Angststörungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen. Er ist zudem Mitbegründer der PSYTREC-Kliniken und dort Leiter für das wissenschaftliche Forschungsprogramm.



Dr. Tim Kaiser

Universität Greifswald
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Franz-Mehring-Straße 47
17489 Greifswald
tim.kaiser@uni-greifswald.de

Dr. Tim Kaiser, M. Sc. Psych., ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Greifswald. Als wissenschaftlicher Leiter der psychotherapeutischen Hochschulambulanz betreut er das integrierte Forschungsprogramm zu Prozessen und Ergebnissen von kognitiver Verhaltenstherapie unter Routinebedingungen. Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte liegen im Bereich der Evaluation und psychometrischen Qualitätssicherung, bei internetbasierten Interventionen und Forschungsmethoden.

Wie Mythen der traumafokussierten Psychotherapie eine adäquate Versorgung erschweren

Ein Plädoyer zur Implementierung evidenzbasierter Verfahren in Deutschland

Philipp Herzog, Tim Kaiser & Ad de Jongh

Literatur

- Bachmann, C. J., Czwikla, J., Jacobs, H., Fegert, J. M., & Hoffmann, F. (2021). Prävalenz und Versorgung der Posttraumatischen Belastungsstörung in Deutschland: Eine bundesweite Auswertung von Krankenkassendaten aus den Jahren 2008 und 2017. *Psychiatrische Praxis*, 48 (6), 316–323. <https://doi.org/10.1055/a-1347-5410>
- Bækkelund, H., Karlsruud, I., Hoffart, A., & Arnevik, E. A. (2021). Stabilizing group treatment for childhood-abuse related PTSD: A randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12 (1), 1859079. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1859079>
- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub4>
- Bohus, M., Kleindienst, N., Hahn, C., Müller-Engelmann, M., Ludäscher, P., Steil, R., Fydrich, T., Kuehner, C., Resick, P. A., Stiglmayr, C., Schmahl, C., & Priebe, K. (2020). Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (DBT-PTSD) Compared with Cognitive Processing Therapy (CPT) in Complex Presentations of PTSD in Women Survivors of Childhood Abuse: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 77 (12), 1235–1245. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2148>
- Bongaerts, H., Voorendonk, E. M., van Minnen, A., & de Jongh, A. (2021). Safety and effectiveness of intensive treatment for complex PTSD delivered via home-based telehealth. *European Journal of Psychotraumatology*, 12 (1), 1860346. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1860346>
- Bongaerts, H., Voorendonk, E. M., Van Minnen, A., Rozendaal, L., Telkamp, B. S. D., & de Jongh, A. (2022). Fully remote intensive trauma-focused treatment for PTSD and Complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 13 (2), 2103287. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2103287>
- Boterhoven De Haan, K. L., Lee, C. W., Fassbinder, E., Van Es, S. M., Menninga, S., Meewisse, M. L. et al. (2020). Imagery rescripting and eye movement desensitisation and reprocessing as treatment for adults with post-traumatic stress disorder from childhood trauma: Randomised clinical trial. *British Journal of Psychiatry*, 217 (5), 609–615. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.158>
- Bredemeier, K., Larsen, S., Shivakumar, G., Grubbs, K., McLean, C., Tress, C. et al. (2022). A comparison of prolonged exposure therapy, pharmacotherapy, and their combination for PTSD: What works best and for whom; study protocol for a randomized trial. *Contemporary Clinical Trials*, 119, 106850. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2022.106850>
- Cloitre, M. (2016). Commentary on De Jongh Et Al. (2016) Critique of Istss Complex Ptsd Guidelines: Finding the Way Forward. *Depression and Anxiety*, 33 (5), 355–356. <https://doi.org/10.1002/da.22493>
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (5), 1067–1074. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.70.5.1067>

- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C. et al. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43 (290), 128–141. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.003>
- De Jongh, A., Resick, P. A., Zoellner, L. A., van Minnen, A., Lee, C. W., Monson, C. M. et al. (2016). Critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults. *Depression and Anxiety*, 33 (5), 359–369. <https://doi.org/10.1002/da.22469>
- Deisenhofer, A.-K., Delgadillo, J., Rubel, J. A., Böhnke, J. R., Zimmermann, D., Schwartz, B., & Lutz, W. (2018). Individual treatment selection for patients with posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 35 (6), 541–550. <https://doi.org/10.1002/da.22755>
- Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Ehlers, A., Grey, N., Wild, J., Stott, R., Liness, S., Deale, A. et al. (2013). Implementation of Cognitive Therapy for PTSD in routine clinical care: Effectiveness and moderators of outcome in a consecutive sample. *Behaviour Research and Therapy*, 51 (11), 742–752. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.08.006>
- Ehlers, A., Hackmann, A., Grey, N., Wild, J., Liness, S., Albert, I. et al. (2014). A randomized controlled trial of 7-day intensive and standard weekly cognitive therapy for PTSD and emotion-focused supportive therapy. *American Journal of Psychiatry*, 171 (3), 294–304. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13040552>
- Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J. M., Freitag, J., & Emmelkamp, P. M. G. (2014). Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. *Clinical Psychology Review*, 34 (8), 645–657. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.10.004>
- Epping, J., Zwaan, M. de, & Geyer, S. (2018). Gesünder nach der Psychotherapie? Sekundärdatenanalyse der Arbeitsunfähigkeitszeiten vor und nach ambulanter Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 68 (8), 337–345. <https://doi.org/10.1055/s-0043-120346>
- Fischer, G., Reddemann, L., Barwinski-Fäh, R., & Bering, R. (2003). Traumaadaptierte tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 48 (3), 199–209. <https://doi.org/10.1007/s00278-003-0302-9>
- Foa, E. B., Bredemeier, K., Acierno, R., Rosenfield, D., Muzzy, W., Tuerk, P. W., Zandberg, L. J. et al. (2022). The efficacy of 90-min versus 60-min sessions of prolonged exposure for PTSD: A randomized controlled trial in active-duty military personnel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90 (6), 503–512. <https://doi.org/10.1037/ccp0000739>
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Rothbaum, B. O., Kierdorf, T., & Höhr, H. (2014). *Handbuch der Prolongierten Exposition: Basiskonzepte und Anwendung - eine Anleitung für Therapeuten*. Lichtenau: G.P. Probst Verlag.
- Foa, E. B., McLean, C. P., Zang, Y., Rosenfield, D., Yadin, E., Yarvis, J. S. et al. (2018). Effect of Prolonged Exposure Therapy Delivered Over 2 Weeks vs 8 Weeks vs Present-Centered Therapy on PTSD Symptom Severity in Military Personnel A Randomized Clinical Trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 319 (4), 354–364. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.21242>
- Gahleitner, S. B. (2020). »Ich gehe heute so weit, zu meinen, dass wir unsere Worte auf die Goldwaage des Mitgefühls legen sollten«: Ein Interview mit Luise Reddemann, geführt von Silke Birgitta Gahleitner. *Trauma & Gewalt*, 14 (3), 244–247. <https://doi.org/10.21706/tg-14-3-244>

- Gillespie, K., Duffy, M., Hackmann, A., & Clark, D. M. (2002). Community based cognitive therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder following the Omagh bomb. *Behaviour Research and Therapy*, 40 (4), 345–357. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00004-9](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00004-9)
- Halvorsen, J. Ø., Stenmark, H., Neuner, F., & Nordahl, H. M. (2014). Does dissociation moderate treatment outcomes of narrative exposure therapy for PTSD? A secondary analysis from a randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 57 (1), 21–28. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.03.010>
- Herzog, P., & Kaiser, T. (2022). Is it worth it to personalize the treatment of PTSD? – A variance-ratio meta-analysis and estimation of treatment effect heterogeneity in RCTs of PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 102611. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102611>
- Herzog, P., Voderholzer, U., Gärtner, T., Osen, B., Svitak, M., Doerr, R. et al. (2020). Predictors of outcome during inpatient psychotherapy for posttraumatic stress disorder: A single-treatment, multi-site, practice-based study. *Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1802081>
- Hoeboer, C. M., De Kleine, R. A., Molendijk, M. L., Schoorl, M., Oprel, D. a. C., Mouthaan, J. et al. (2020). Impact of dissociation on the effectiveness of psychotherapy for post-traumatic stress disorder: Meta-analysis. *BJPsych Open*, 6 (3), e53. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.30>
- Jayawickreme, N., Cahill, S. P., Riggs, D. S., Rauch, S. A. M., Resick, P. A., Rothbaum, B. O., & Foa, E. B. (2014). Primum non nocere (first do no harm): Symptom worsening and improvement in female assault victims after prolonged exposure for PTSD. *Depression and Anxiety*, 31 (5), 412–419. <https://doi.org/10.1002/da.22225>
- Kahn, G. (2008). Das Innere-Kinder-Retten – eine Methode der imaginativen Traumatherapie. *Trauma & Gewalt*, 2 (1), 48–52.
- Kolthof, K. A., Voorendonk, E. M., Van Minnen, A., & De Jongh, A. (2022). Effects of intensive trauma-focused treatment of individuals with both post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 13 (2), 2143076. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2143076>
- König, J., Resick, P. A., Karl, R., & Rosner, R. (2012). Posttraumatische Belastungsstörung: Ein Manual zur Cognitive Processing Therapy (12012th ed.). Göttingen: Hogrefe.
- Kuester, A., Niemeyer, H., & Knaevelsrud, C. (2016). Internet-based interventions for posttraumatic stress: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 43, 1–16. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.004>
- Lampe, A., Mitmansgruber, H., Gast, U., Schüßler, G., & Reddemann, L. (2008). Therapieevaluation der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) im stationären Setting. *Neuropsychiatrie*. <https://doi.org/10.5414/NEPBand22189>
- Levitt, J. T., & Cloitre, M. (2005). A Clinician's Guide to STAIR/MPE: Treatment for PTSD Related to Childhood Abuse. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 40–52. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(05\)80038-0](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(05)80038-0)
- Lewis, C., Roberts, N. P., Andrew, M., Starling, E., & Bisson, J. I. (2020). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 11 (1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1729633>
- Lindauer, M., Linden, M., & Muschalla, B. (2022). Verständnis ambulanter Verhaltenstherapeuten von Belastungsreaktionen und PTBS. *Verhaltenstherapie*, 32 (4), 186–195. <https://doi.org/10.1159/000526482>

- McLean, C. P., Levy, H. C., Miller, M. L., & Tolin, D. F. (2022). Exposure therapy for PTSD: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 91, 102115. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102115>
- Meehl, P. E. (1997). Credentialed persons, credentialed knowledge. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(2), 91–98. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1997.tb00103.x>
- Murray, H., Grey, N., Warnock-Parkes, E., Kerr, A., Wild, J., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2022). Ten misconceptions about trauma-focused CBT for PTSD. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 15, e33. <https://doi.org/10.1017/S1754470X22000307>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2018). Post-Traumatic Stress Disorder (National Institute for Clinical Excellence (UK) & National Collaborating Centre for Mental Health (UK), Ed.; Issue 26). Published by Gaskell and the British Psychological Society. <https://doi.org/10.1192/pb.30.9.357-a>
- Oprel, D. A. C., Hoeboer, C. M., Schoorl, M., de Kleine, R. A., Cloitre, M., Wigard, I. G. et al. (2021). Effect of Prolonged Exposure, intensified Prolonged Exposure and STAIR+Prolonged Exposure in patients with PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12 (1), 1851511. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1851511>
- Pawils, S., Nick, S., Metzner, F., Lotzin, A., & Schäfer, I. (2017). Versorgungssituation von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit sexuellen Gewalterfahrungen in Deutschland: Ein kritischer Überblick. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 60 (9), 1046–1054. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2601-2>
- Peterson, A. L., Blount, T. H., Foa, E. B., Brown, L. A., McLean, C. P., Mintz, J. et al. (Consortium to Alleviate PTSD). (2023). Massed vs Intensive Outpatient Prolonged Exposure for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 6 (1), e2249422. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.49422>
- Pittig, A., Kotter, R., & Hoyer, J. (2019). The Struggle of Behavioral Therapists With Exposure: Self-Reported Practicability, Negative Beliefs, and Therapist Distress About Exposure-Based Interventions. *Behavior Therapy*, 50 (2), 353–366. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.07.003>
- Raabe, S., Ehring, T., Marquenie, L., Arntz, A., & Kindt, M. (2022). Imagery Rescripting as a stand-alone treatment for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 77, 101769. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2022.101769>
- Reddemann, L. (2003). Psychotherapie von Suchterkrankungen als Traumafolgestörungen. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 4 (2), 136–139. <https://doi.org/10.1055/s-2003-39521>
- Reddemann, L., & Piedfort-Marin, O. (2017). Stabilization in the treatment of complex post-traumatic stress disorders: Concepts and principles. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 1 (1), 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2017.01.009>
- Rosner, R., Henkel, C., Ginkel, K., & Mestel, R. (2010). Was passiert nach der stationären Stabilisierung mit komplex traumatisierten PTB-Patientinnen? *Zeitschrift Für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58 (2), 127–135. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000017>
- Sack, M. (2020). *Schonende Traumatherapie: Ressourcenorientierte Behandlung von Traumafolgestörungen* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Schäfer, I., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P. et al. (2019). *S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Schauer, M., Elbert, T., & Neuner, F. (2011). *Narrative exposure therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders*. Göttingen: Hogrefe.

- Schnurr, P. P., Chard, K. M., Ruzek, J. I., Chow, B. K., Resick, P. A., Foa, E. B. et al. (2022). Comparison of Prolonged Exposure vs Cognitive Processing Therapy for Treatment of Posttraumatic Stress Disorder Among US Veterans. *JAMA Network Open*, 5 (1), e2136921. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.36921>
- Schock, K., Rosner, R., Wenk-Ansohn, M., & Knaevelsrud, C. (2010). Retraumatisierung – Annäherung an eine Begriffsbestimmung. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 60 (07), 243–249. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1248268>
- Schwartz, B., Cohen, Z. D., Rubel, J. A., Zimmermann, D., Wittmann, W. W., & Lutz, W. (2020). Personalized treatment selection in routine care: Integrating machine learning and statistical algorithms to recommend cognitive behavioral or psychodynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 31 (1), 33–51. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1769219>
- Shapiro, F., & Maxfield, L. (2002). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (8), 933–946. <https://doi.org/10.1002/jclp.10068>
- Shearing, V., Lee, D., & Clohessy, S. (2011). How do clients experience reliving as part of trauma-focused cognitive behavioural therapy for posttraumatic stress disorder? *Psychology and Psychotherapy*, 84 (4), 458–475. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2010.02012.x>
- Sloan, D. M., Marx, B. P., Lee, D. J., & Resick, P. A. (2018). A brief exposure-based treatment vs cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder: A randomized noninferiority clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 75 (3), 233–239. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4249>
- Sloan, D. M., Marx, B. P., Resick, P. A., Young-McCaughan, S., Dondanville, K. A., Straud, C. L. et al. (2022). Effect of Written Exposure Therapy vs Cognitive Processing Therapy on Increasing Treatment Efficiency Among Military Service Members With Posttraumatic Stress Disorder. *JAMA Network Open*, 5 (1), e2140911. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.40911>
- Smucker, Mervin., Reschke, Konrad., & Kögel, Betty. (2008). Imagery rescripting & reprocessing therapy: Behandlungsmanual für Typ I Trauma. Düren: Shaker.
- Sommer, J. (2016). Die psychotherapeutische Versorgungsrealität komplex traumatisierter Menschen in Deutschland. *Trauma & Gewalt*, 10 (4), 308–319. <https://doi.org/10.21706/tg-10-4-308>
- Stirman, S. W., Cohen, Z. D., Lunney, C. A., DeRubeis, R. J., Wiley, J. F., & Schnurr, P. P. (2021). A personalized index to inform selection of a trauma-focused or non-trauma-focused treatment for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 142, 103872. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103872>
- van Minnen, A., Hendriks, L., & Olff, M. (2010). When do trauma experts choose exposure therapy for PTSD patients? A controlled study of therapist and patient factors. *Behaviour Research and Therapy*, 48 (4), 312–320. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.12.003>
- van Pelt, Y., Fokkema, P., de Roos, C., & de Jongh, A. (2021). Effectiveness of an intensive treatment programme combining prolonged exposure and EMDR therapy for adolescents suffering from severe post-traumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 12 (1), 1917876. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1917876>
- van Vliet, N. I., Huntjens, R. J. C., van Dijk, M. K., Bachrach, N., Meewisse, M.-L., & de Jongh, A. (2021a). Phase-based treatment versus immediate trauma-focused treatment for post-traumatic stress disorder due to childhood abuse: Randomised clinical trial. *BJPsych Open*, 7 (6), e211. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1057>
- van Vliet, N. I., Huntjens, R. J. C., van Dijk, M. K., Bachrach, N., Meewisse, M.-L., & de Jongh, A. (2021b). Phase-based treatment versus immediate trauma-focused treatment for post-traumatic

- stress disorder due to childhood abuse: Randomised clinical trial. *BJPsych Open*, 7 (6), e211. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1057>
- van Woudenberg, C., Voorendonk, E. M., Bongaerts, H., Zoet, H. A., Verhagen, M., Lee, C. W. et al. (2018). Effectiveness of an intensive treatment programme combining prolonged exposure and eye movement desensitization and reprocessing for severe post-traumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 9 (1), 1487225. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1487225>
- Voorendonk, E.M., De Jongh, A., Roozendaal, L. & Van Minnen, A. (2020). Trauma-focused treatment outcome for Complex PTSD patients: Results of an intensive treatment programme. *European Journal of Psychotraumatology*. 11 (1), 1783955. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1783955>
- Wagenmans, A., Van Minnen, A., Sleijpen, M. & De Jongh, A. (2018). The Impact of childhood sexual abuse on the outcome of intensive trauma-focused Treatment for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 9 (1), 1430962. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1430962>
- Zoet, H. A., De Jongh, A. & van Minnen, A. (2021). Somatoform dissociative symptoms have no impact on the outcome of trauma-focused treatment for severe PTSD. *Journal of Clinical Medicine*, 10, 1553. <https://doi.org/10.3390/jcm10081553>