

Leserbriefe und Replik

Wiederkehr des Mythos der empirischen Überlegenheit von Traumaexposition

Zu P. Herzog, T. Kaiser & A. de Jongh: Wie Mythen der traumafokussierten Psychotherapie eine adäquate Versorgung erschweren: Ein Plädoyer zur Implementierung evidenzbasierter Verfahren in Deutschland, *Psychotherapeutenjournal* 1/2023, S. 30–36.

Als zentrales Argument für Traumaexposition in der Therapie von Traumafolgestörungen nennen Herzog, Kaiser und de Jongh in ihrer Arbeit zu „Mythen der traumafokussierten Therapie“ deren aus ihrer Sicht klar erwiesene „größere Wirksamkeit und Langzeitstabilität“ gegenüber sogenannten „nicht-traumafokussierten Therapien“ (S. 30). Zu diesen nicht-traumafokussierten Therapien scheinen die Autoren alle etablierten Traumatherapien der Regelversorgung zu zählen, die nicht primär mit Traumaexposition arbeiten. Als empirischen Beleg verweisen sie auf eine Metaanalyse (McLean et al., 2022), deren Aussagekraft jedoch aus methodischen Gründen gering ist: Bei vielen der von McLean und Kolleg*innen als „nichttraumafokussiert“ klassifizierten Verfahren – wie beispielsweise Entspannung, Biofeedback, Psychoedukation, stützende Gespräche mit Traumaverbot oder Meditation – handelt es sich nicht um Behandlungsansätze, die Psychotherapeut*innen ernsthaft als (primäre) therapeutische Strategie bei Traumafolgestörungen einsetzen würden. Diese problematische Vermischung von Kontrollbedingungen und echten Psychotherapien in Metaanalysen ist in der Literatur gut beschrieben. Metaanalysen, die eine solche Vermischung vermeiden (z. B. Benish et al., 2008; Gerger et al., 2014), zeigen keine klinisch relevanten Unterschiede zwischen verschiedenen traumatherapeutischen Ansätzen. Für sogenannte traumafokussierte Therapien finden sich zwar in manchen Studien kleine,

klinisch nicht relevante Vorteile in der Symptomreduktion, jedoch nicht in anderen zentralen Veränderungsbereichen (Tran & Gregor, 2016; Wampold et al., 2018). Die empirische Überlegenheit von Traumaexposition gegenüber anderen Traumatherapien erweist sich somit selbst als Mythos.

Thomas Munder, PhD &
Prof. Dr. Christoph Flückiger
Berlin/Kassel

Literatur

- Benish, S. G., Imel, Z. E. & Wampold, B. E. (2008). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review*, 28, 746–758.
- Gerger, H., Munder, T., Gemperli, A., Nüesch, E., Trelle, S., Jüni, P. & Barth, J. (2014). Integrating fragmented evidence by network meta-analysis: Relative effectiveness of psychological interventions for adults with post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 44, 3151–3164.
- 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.
- Tran, U. S. & Gregor, B. (2016). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for post-traumatic stress disorder: a meta-analytical evaluation of randomized controlled trials. *BMC Psychiatry*, 16, 266.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E. & Flückiger, C. (2018). Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht. Bern: Hogrefe.

Eine überfällige Diskussion

Zum selben Beitrag von P. Herzog, T. Kaiser & A. de Jongh im *Psychotherapeutenjournal* 1/2023.

Überfällig und sehr lobenswert ist die Klarstellung der Gruppe um Ad de Jongh, mit den empirisch keinesfalls abgesicherten „Mythen“ um angeblich notwendige Stabilisierung und Schonung von Klienten mit (komplexer) PTBS aufzuräumen. Die Erfinderin der Leitlinienmethode EMDR, Francine Shapiro, schrieb bereits 2003, 85–90 % der Klienten könnten ohne ausführliche Vorbereitung sicher ihre Traumata mit Hilfe von EMDR bearbeiten (1). Und wer sollte es besser wissen als Shapiro, die mit schwersttraumatisierten Vietnam-Veteranen erfolgreich arbeitete? Auch

Liebe Leser*innen,

die Redaktion begrüßt es sehr, wenn sich Leserinnen und Leser in Leserbriefen und Diskussionsbeiträgen zu den Themen der Zeitschrift äußern – ganz herzlichen Dank! Gleichzeitig müssen wir darauf hinweisen, dass wir uns – gerade angesichts der erfreulich zunehmenden Zahl von Zuschriften – vorbehalten, eine Auswahl zu treffen oder gegebenenfalls Zuschriften auch zu kürzen.

Damit Ihr Leserbrief noch in der kommenden Ausgabe gedruckt werden kann, sollte er bis zum 14. Juli 2023 bei der Redaktion (redaktion@psychotherapeutenjournal.de) eingehen.

Als Leser*innen beachten Sie bitte, dass die Diskussionsbeiträge die Meinung der Absender*innen und nicht die der Redaktion wiedergeben.

Frank Neuner, Universität Konstanz, stellte in seinem Aufsatz „Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos?“ (2) die gleiche, nie empirisch abgesicherte Behauptung infrage. „Entgegen der häufig vertretenen Lehrmeinung ist eine Stabilisierungsphase in der Traumatherapie nicht notwendig und negative Effekte der Stabilisierung (!) können nicht ausgeschlossen werden.“ Auch meine Erfahrung nach 25 Jahren Traumatherapie an dem durch Traumatisierungen hervorgerufenen Gefühlsstau, primär durch Angst, Wut und Trauer gekennzeichnet, unterstreicht die Notwendigkeit und Effektivität zügiger fokussierter Arbeit. Traurig stimmt dagegen, wenn Klienten nach wochenlangem stationärem Aufenthalt in Kliniken ohne wirksame Traumakonfrontation zurückkehren – neben dem Kostenfaktor oft ein Leiden verlängerndes Verschleppen bei bereits in der Kindheit erlebten Schädigungen. Gut, dass eine längst notwendige Diskussion nun wieder in Gang kommt.

Dipl.-Psych. Mark Novy
Bonn

Kein rein deutscher Vorbehalt gegenüber der Expositionsbehandlung

Zum selben Beitrag von P. Herzog, T. Kaiser & A. de Jongh im *Psychotherapeutenjournal* 1/2023.

Eine differenzierte und auch wissenschaftstheoretisch fundierte Replik auf den Artikel würde den Rahmen eines Leserbriefs über Gebühr ausdehnen, sodass ich einen spezifischen, mir sehr zentral erscheinenden Punkt fokussieren möchte. Die Autoren insinuierten in ihrer Überschrift, dass es spezifisch deutsche und lt. Autoren hinderliche „Mythen“ in der traumafokussierten Psychotherapie gebe. So formulieren sie gleich zu Beginn: „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“. Dies ist etwa den zitierten NICE-Guidelines von 2018 (dem britischen Äquivalent der deutschen Leitlinien) durchaus zu entnehmen. Jedoch führen die Autoren weiter aus, dass bei der in der ICD-11 konzeptualisierten komplexen PTBS eine die Exposition voranstellende Vorgehensweise indiziert sei und v. a. deutsche Vorbehalte eine solche erschweren. Als von dem britischen Health and Care Professions Council (HCPC) akkreditierte Psychotherapeutin möchte ich hier widersprechen. Den konkreten Handlungsanweisungen (NICE-Guideline 116 von 2018, S. 24 f., im Original einzusehen unter www.nice.org.uk/guidance/ng116) ist folgende Spezifikation des Vorgehens im Falle komplexer PTBS zu entnehmen (eigene Übersetzung):

„Für Menschen mit Mehrbedarf, einschließlich derer mit komplexer PTBS:

- Verwenden Sie zusätzliche Zeit auf den Aufbau von Vertrauen, indem Sie die Dauer oder die Anzahl der Therapiesitzungen gemäß der individuellen Bedürfnislage erhöhen.

- Bedenken Sie Sicherheit und Stabilität der individuellen Lebensumstände (z. B. der Wohnsituation) und dadurch bedingte mögliche Beeinträchtigungen in der therapeutischen Zusammenarbeit und dem Therapieerfolg.

- Helfen Sie der Person bei der Bewältigung jeglicher Aspekte, die ein Hindernis in der Zusammenarbeit innerhalb traumafokussierter Behandlungen darstellen könnten, wie etwa Substanzmissbrauch, Dissoziation, emotionale Dysregulation, interpersonelle Schwierigkeiten oder negative Selbstwahrnehmung.

- Arbeiten Sie gemeinsam an der Planung jeglicher weiterer benötigter Unterstützung nach Behandlungsende, zum Beispiel im Umgang mit PTBS-bezogener Restsymptomatik oder Komorbiditäten.“

Die Notwendigkeit einer Spezifikation begründen die Autor:innen der britischen Leitlinien wie folgt (NICE Guideline 116 von 2018, S. 47 f.; eigene Übersetzung):

„Die Evidenz für Behandlungen von Menschen mit komplexer PTBS ist eingeschränkt, jedoch ergeben sich Hinweise darauf, dass diese Gruppe ebenfalls von traumafokussierter Behandlung profitieren könnte. Auf Basis *klinischer Erfahrung* (eigene Hervorhebung) empfahl das Komitee notwendig erscheinende Modifikationen traumafokussierter Therapien, um eine Zusammenarbeit mit Menschen mit komplexer PTBS oder denen mit anderem Mehrbedarf zu ermöglichen.“

Entgegen der Darstellung im hier adressierten Artikel beziehen folglich auch britische Leitlinien durchaus klinische Erfahrung in die Behandlung komplexer Traumafolgestörungen ein und empfehlen eine personenzentrierte und angepasste Vorgehensweise, die (etwa belastungsbedingten) Mehrbedarf komplex traumatisierter Patient:innen im Blick behält und stabilisierende vorgehaltene Maßnahmen zum Abbau möglicher Behandlungsbarrieren beinhaltet.

Dr. rer. nat. Carina Contreras
Köln

Mangelnde Trennschärfe

Zum selben Beitrag von P. Herzog, T. Kaiser & A. de Jongh im *Psychotherapeutenjournal* 1/2023.

Vorliegende Studienergebnisse stetig wieder zu zitieren, macht sie nicht richtiger, vor allem, wenn, wie im vorliegenden Fall, selbst in den herangezogenen Studien keine Trennschärfe und Differenzierung bezüglich der Art der zugrunde liegenden Traumatisierung beachtet wird.

Der gesamte Artikel bezieht sich auf die Beforschung der PTBS (klassisch und komplex). Die Ergebnisse werden für alle Arten von Traumafolgestörungen verallgemeinert, auch für die, die keine PTBS-Symptom-Trias aufweisen.

Diese Patient*innen finden sich oft hinter einer Vielzahl anderer Diagnosen wieder: Ängste, Zwänge, Depression, Erschöpfung, Dissoziation, Depersonalisation, psychosomatische Störungen, Schmerzstörungen, Essstörungen, Substanzmissbrauch ...

Kern des Problems: Dort, wo keine Diagnose gegeben ist, ist auch keine Forschung möglich.

Die Komplexität einer Traumafolgestörung hängt nicht ab von einer scheinbar objektivierbaren Schwere eines Traumas, sondern viel mehr davon, in welchem Alter traumatische Erfahrungen gemacht wurden, von welchen Personen diese ausgehen und ob sie sich eher regelhaft durch Kindheit und Jugend ziehen.

Dabei geht es nicht nur um explizite Gewalt (physisch, psychisch, sexualisiert), sondern auch um emotionale und physische Vernachlässigung wie auch um massive Störungen der Primärbindungen.

Schon in den S3-Leitlinien zur Behandlung einer (K)PTBS finden wir:

Potenziell gefährdende Symptome und Verhaltensweisen (z. B. Suizidalität, psychotische Symptome, dissoziative

Symptome, Selbstverletzung, Fremd-aggression, Substanzkonsum), die zu schwerwiegenden Störungen der Verhaltenskontrolle führen, stellen eine relative Kontraindikation für ein traumafokussiertes Vorgehen dar.

Liegen diese Phänomene vor, dann ist es geradezu leitlinienkonform, wenn ich abwägend mit einer Konfrontation vorgehe!

Es wäre wünschenswert, wenn adäquate Studien gemacht würden, gerade für das Feld der komplexen Traumafolgestörungen, über die wir noch zu wenig wissen. Dies verlangt zuallererst ein angemessenes Studiendesign, in das schwersttraumatisierte Patient*innen mit allen Komorbiditäten und Instabilitäten passen.

Dann erst können wir uns über Standards einer „guten“ Behandlungsmöglichkeit für diese Patient*innen unterhalten.

Und dies würde dann auch einschließen, die Festsetzung der Regelvolumina therapeutischer Behandlungen gemäß Psychotherapierichtlinie nicht länger am Verfahren zu bemessen, sondern an der Komplexität des Störungsbildes.

Dipl.-Psych. Martina Hahn
Neuss

Die erlebte „Hölle“ zur Sprache bringen

Zum selben Beitrag von P. Herzog, T. Kaiser & A. de Jongh im *Psychotherapeutenjournal* 1/2023.

Der Artikel spricht mir in weiten Teilen aus der Seele. Eine kontroverse Diskussion steht zu erwarten, weil für viele KollegInnen evidenzbasierten oder gar manualisierten Verfahren der Geschmack von Oberflächlichkeit und Technikorientierung anhaftet, in diesem Kontext gar von Unmenschlichkeit. (...) Frühes traumafokussiertes Vorgehen ist meiner Meinung nach genauso unerlässlich wie Einfühlungsvermögen, Standing auf Seiten des/der Therapie-

tin und Zeit für Neubeelterung sowie Therapie anderer komorbider Störungen und Defizite.

Ich bin DeGPT-zertifizierte und in mehreren Verfahren ausgebildete Traumatherapeutin, arbeite seit 25 Jahren, davon 20 niedergelassen, mit Menschen, die vielfältige und lang andauernde Formen von Gewalt im sozialen Nahraum erlebt haben und unter entsprechenden komplexen Traumafolgestörungen mit und ohne PTSD leiden. Auf dieser Basis möchte ich gerne die Aspekte des Artikels untermauern und um weitere ergänzen.

Betr.: Lücke zwischen Forschung und Praxis, selten eingesetztes Verfahren: Sehr häufig mache ich die Erfahrung, dass PatientInnen zuvor bereits ambulante und stationäre Therapien durchlaufen haben, wo im schlimmsten Fall die Traumafolgestörungen nicht einmal diagnostiziert, geschweige denn behandelt wurden, oder aber ausschließlich mit Stabilisierung und maximal zwei EMDR-Sitzungen. Selten wird das Trauma direkt bearbeitet, schon gar nicht über mehrere Sitzungen, oft nicht einmal näher erfragt/benannt. Nicht selten gleicht das jahrelange Hin- und Herüberweisen zwischen Niedergelassenen und (Trauma-)Kliniken dem Weiterreichen von heißen Kartoffeln. (...)

Betr.: nicht bei komplexer PTSD/vorher Stabilisieren: Ich erlebe wiederholt, dass PatientInnen sagen: Ich möchte endlich über mein Trauma reden, oder wahlweise erstaunt sind, dass ich bereits im Erstgespräch oder sogar in der Telefonsprechstunde konkret nachfrage und das Angedeutete näher eruiere und benennen lasse. Mit steter Regelmäßigkeit und bereits zu diesem frühen Zeitpunkt bringen sie zum Ausdruck, dass sie erleichtert und dankbar sind, dass die erlebte Hölle zur Sprache kommen darf. (...) Dabei ist es notwendig, die Dinge beim Namen zu nennen und auch zu bewerten (...). Durchgängig mache ich die Erfahrung, dass die PatientInnen danach erleichtert sind – auch, wenn sie in der ersten Zeit trauriger und erschöpfter sind und mehr hochkommt (...).

Betr.: Gefahr von Retraumatisierung: Meiner Erfahrung nach (auch meiner persönlichen) ist es genau umgekehrt: es ist retraumatisierend, wenn NICHT hingeschaut und NICHT ausgesprochen wird, wenn der/die PatientIn Angst haben muss, das Gegenüber bzw. den/die TherapeutIn damit zu sehr zu belasten, wenn die Befürchtung im Raum steht, dass einem nicht geglaubt wird, und weiterhin damit alleine zu bleiben und immer noch nicht zu wissen, ob es wirklich so schlimm war, oder ob man sich alles nur eingebildet hat (was eines der Schemata/Grundüberzeugungen vieler Traumatisierter ist) (...). Wenn wir PsychotherapeutInnen nicht mit den PatientInnen über das Erlebte sprechen oder nur andeuten, dann sind wir zwar unfreiwillig, aber letztlich Teil des Trauma(folge)systems, selber (Mit-)TäterInnen (...).

Betr.: Dismantling-Studien zur Wirksamkeit von Modifikationen der konfrontativen Traumabehandlung: Ich möchte gerne auf meine inzwischen 25-jährige Erfahrung (...) mit der *Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy (IRRT)* mit ihren drei Phasen (1. Exposition in sensu; 2. imaginative Konfrontation und Entmachtung des/der TäterIn; 3. Entwickeln von Bildern des Trosts) verweisen, weil diese für mich ebenfalls die genannten Mythen widerlegt. (...) In diesem Zusammenhang ist etwa erwiesen, dass Imagination in sensu die gleichen körperlichen, emotionalen und kognitiven Veränderungen bewirkt wie eine In-vivo-Situation. Als heutige Erwachsene den/die TäterIn zu stoppen und das Kind zu beruhigen und zu trösten, ist keine Modifikation, sondern ein *zusätzliches eigenständiges* Element neben der Exposition. Und es ist in sich ein Quantensprung im Sinne einer vollzogenen Verhaltensänderung (auf Schema-, Glaubens-, Bindungs- und Verhaltenesebene), weil der/die PatientIn nur macht, was er/sie kann/will.

Betr.: mögliche Gründe für die hohe Bereitschaft, dem direkten Zugang zum Trauma auszuweichen und dafür wohlfeile Argumente zu suchen: Allem voran und verständlich: Wer will schon gerne in Abgründe schauen und Schmerzhaft-

tes erleben? Meines Erachtens spielen auch bei den PsychotherapeutInnen selbst noch drei andere Aspekte eine Rolle:

- der eigene *Umgang mit Sinn, Gerechtigkeit, unerträglichem Leid* und der Frage nach dem *Warum*,
- auf *Ängsten* beruhendes *Vermeidungsverhalten* auch bei der Arbeit mit PatientInnen,
- mangelnde *Sensibilisierung* für die verschiedenen Spielarten von zwischenmenschlicher Gewalt und deren Schwere und Not (gesamtgesellschaftlich, aber auch unter PsychotherapeutInnen) und damit einhergehend Unterschätzung von Ausmaß und Häufigkeit.

Fazit: Ich plädiere

- für eine *umfassendere und kompetenzorientiertere Aus- und Weiterbildung*, für *Seminare zu Sinnfragen und Auseinandersetzung mit Leid, Schicksal, Tod und Schuld*,
- für die *Erweiterung der Praxis der Selbsterfahrung und Eigenanalyse* in dieser Hinsicht sowie um *Angstbewältigung*,
- für *Sensibilisierung von Gewaltformen in Bild und Ton*, damit entspr. Traumatisierungen nicht abstrakt und „weit weg“ bleiben.

Wissend, dass dies ein schöner Traum ist, der mangels Motivation (die eigene Ausbildungspraxis/das eigene Verfahren zu hinterfragen), Geld und geeignetem Fachpersonal wahrscheinlich niemals umgesetzt wird, wünsche ich dennoch allen KollegInnen Mut und Motivation, mit betroffenen PatientInnen frühestmöglich die „Hölle“ zu durchschreiten. Am Ende wird es Licht (davor nicht)!

Dipl.-Psych. Ursula Gangl
Tübingen

Traumatherapeutische Perspektiven jenseits der Verhaltenstherapie

Zum selben Beitrag von P. Herzog, T. Kaiser & A. de Jongh im *Psychotherapeutenjournal* 1/2023.

Um es vorweg deutlich zu sagen, was noch begründet wird: Der von primär akademisch tätigen Hochschullehrern, also nicht täglich klinisch praktizierenden ambulant tätigen PsychotherapeutInnen geschriebene Beitrag zeichnet sich durch eine erheblich vereinfachende, verkürzende, weil eine *a priori explizit nur auf verhaltenstherapeutisches Denken und Handeln* bezogene Sichtweise aus, sodass auch die von den Autoren postulierten sogenannten „Mythen“ im Grunde keine genuinen Phänomene, sondern wesentlicher Ausdruck von verdeckten elementaren Ausbildungsdefiziten als Folge einer extremen VT-Dominanz in der BRD sind. Schon im Titel des Beitrages müsste man statt von der „traumafokussierten Psychotherapie“ korrekterweise eigentlich von einer „traumafokussierten Verhaltenstherapie“ sprechen, denn die Wortfolge suggeriert z. B. bei weniger erfahrenen PatientInnen (vielleicht auch AusbildungskandidatInnen), dass „Psychotherapie“ praktisch identisch mit Verhaltenstherapie ist! (...) Wenn (...) vor allem jüngere PsychotherapeutInnen *nur* die PT-Ausbildung in *einem* Richtlinien-Verfahren – VT – haben (und sich dabei auch noch auf einen bestimmten Therapieaspekt – Behandlung von komplexen und prolongierten PTBS – konzentrieren), dann fehlen ihnen zwangsläufig wesentliche inhaltliche professionelle Möglichkeiten der Nutzung z. B. psychodynamischer bzw. tiefenpsychologisch fundierter Therapieansätze oder spezifischer Interventionstechniken. Und u. a. erst auf *dieser* Basis entstehen bei kritisch wahrgenommener und zurückgemeldeter Unzufriedenheit mit den sehr unbefriedigenden Therapie-Erfolgen, bei denen eben Katamnesen von leider nur sechs bis zwölf Monate nicht ausreichen (wie sie bei fast allen VT-Studien nur vorliegen!!) relativ schnell solche vermeintlichen „Mythen“, wie sie die Autoren vereinfachend postulieren. Es gibt mindestens in den letzten 20 Jahren überzeugend gute und umfangreiche Arbeiten gerade zu diesem vermeintlich mythenbelasteten Therapiespektrum, die ein sehr erfolgreiches und evidenzbasiertes tiefenpsychologisch- bzw. mentalisierungsbasiertes psychodyna-

misches Vorgehen, ohne solche vermeintlichen Mythenbildungen, belegen (vgl. zusammenfassend hier nur Wöller & Kruse, 2015, Kapitel „Spezielle psychotherapeutische Techniken“ und „Opfer traumatischer Gewalt“; Fonagy et al., 2010; Kernberg, 1999; Reddemann, 2019; Reddemann & Sachsse, 1997, 1998; Flatten et al., 2016; Peichl, 2013; Rudolf, 2021; Sachsse, 2013; Sack, 2013 ; Sack et al., 2018; Hirsch, 2022 u. v. a. m.). Auch in der Zeitschrift „PTT – Persönlichkeitsstörungen: Theorie + Therapie“ gibt es in den Heften der letzten zehn Jahre viele relevante Einzelarbeiten zur traumafokussierten Psychotherapie, ja es gibt sogar ganz aktuell aus sehr *profunder verhaltenstherapeutischer* Sicht des Psychotherapeuten Prof. Dr. Dr. S. K. D. Sulz, der neben seiner VT-Ausrichtung eben auch tiefenpsychologisch-psychodynamische Ansätze vertritt, zwei umfangreiche Bücher (2021, 2022), die sich mit einem explizit „mentalisierungsfördernden“ Herangehen u. a. auch bei solchen Störungen beschäftigen, dabei vielleicht sogar eine Brücke zwischen der VT und TfP schlagen könnten?

Kurzum: Wenn man in Deutschland nicht endlich von der einseitigen, streng schulenbezogenen Psychotherapieausbildung wekommt – davon ist leider auch die 2020 mit viel berufspolitischem Wind in Kraft getretene Novellierung der Psychotherapeuten-Ausbildung meilenweit entfernt (!) – und die jungen KollegInnen eben nur den *einen* Grundansatz der VT-Richtlinien-Psychotherapie kennen, können sie niemals „über den Tellerrand“ hinausschauen und z. B. interessante *multimodale* Vorgehensweisen in der Nutzung *wenigstens von zwei* grundlegenden Verfahrens- und Interventionsansätzen (TfP und VT) bei der langfristigen Therapie von komplexen PTBS und ähnlichen Traumafolgestörungen realisieren. Es ist – weitgehend anders als die Autoren einfach plakativ behaupten – durchaus professionell sinnvoll, bei ausgeprägten komplexen PTBS *anfangs erst* eine z. B. primär verhaltenstherapeutisch orientierte „Stabilisierungsphase“ voranzustellen, *um dann* – wenn man die entsprechende Ausbildung und benö-

tigten TFP-Kompetenzen besitzt – eine vertiefende, an der psychodynamisch verständlichen (!) störungserhaltenden Konflikt- und Strukturpathologie als ätiopathogenetischem Hintergrund arbeitende, beide Seiten mehr belastende Vorgehensweise anzuwenden. Ich selbst habe in den mehr als fünf Jahrzehnten klinisch psychotherapeutischer ambulanter Tätigkeit besonders in den vergangenen drei Jahrzehnten meiner Praxisniederlassung dieses kombinierende Herangehen bei solchen komplexen Störungsbildern mit auch katamnestisch (3-Jahres-Zeitraum) belegten relativ guten Erfolgen und Abbruchquoten unter 25 % realisiert. (...)

Zum Schluss: Es sollte also besser nicht weiter über vermeintliche „Mythen“ sinniert werden, sondern besser über die *realen* Ursachen der potentiellen professionellen Unzufriedenheiten mit ausschließlich VT-bezogenem Vorgehen (als vermeintlichem „Gold-Standard“) und der daraus real resultierenden, von den Autoren beklagten „Zurückhaltung“ gegenüber evidenzbasierten Verfahren wie der „Prolongierten Expositionstherapie“ reflektieren. An der beklagten fehlenden „Neuaufgabe“ des nicht verfügbaren Manuals des Lichtenauer Probst-Verlages wird es mit Sicherheit nicht liegen, wenn ehrliches professionelles Interesse bei den anwendenden PsychotherapeutInnen und erlebte Erfolgschancen gegeben wären!

Dipl.-Psych. PD Dr. phil. habil.
Wolfram Zimmermann
Bernau bei Berlin

Literatur

- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P. et al. (2016). Posttraumatische Belastungsstörung-S3-Leitlinie und Quellentexte. Stuttgart: Schattauer.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2010). Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Hirsch, M. (2022). Traumatische Realität und psychische Struktur-Zur Psychodynamik schwerer Persönlichkeitsstörungen. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Kernberg, O. F. (1999) Persönlichkeitsentwicklung und Trauma. PTT-Persönlichkeitsstörungen, 1, 5-15.
- Peichl, J. (2018). Die inneren Traumalandschaften. Borderline * Ego-State * Täter-Introjekt. Stuttgart: Schattauer.

Reddemann, I. & Sachsse, U. (1997). Traumazentrierte Psychotherapie, Teil 1: Stabilisierung. PTT – Persönlichkeitsstörungen: Theorie + Therapie, 2, 113–147.

Reddemann, I. & Sachsse, U. (1998). Reddemann, I. & Sachsse, U. (1998). Traumazentrierte Psychotherapie, Teil 2: Traumaexposition. PTT – Persönlichkeitsstörungen: Theorie + Therapie, 3, 77–82.

Reddemann, I. (2008). Psychodynamisch-Imaginative Traumatherapie, PITT – Das Manual. Stuttgart: Klett-Cotta.

Sachsse, U. (2013). Traumazentrierte Psychotherapie – Theorie, Klinik und Praxis (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.

Sack, M. (2014). Schonende Traumatherapie. Stuttgart: Schattauer.

Sack, M., Sachsse, U. & Schellong, J. (Hrsg.). (2015). Komplexe Traumafolgestörungen. Stuttgart: Schattauer.

Sulz, S.K.D. (2021). Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Sulz, S.K.D. (2022). Praxisleitfaden Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Wöller, W. & Kruse, J. (Hrsg.). (2015). Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie – Basisbuch und Leitfaden (4. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Auf der Suche nach dem Mythos

Zum selben Beitrag von P. Herzog, T. Kaiser & A. de Jongh im Psychotherapeutenjournal 1/2023.

Wenn in einem Text von „Mythos“ die Rede ist, werde ich aufmerksam, denn ich habe vor (ich kann es selbst kaum glauben) 50 Jahren über *Mythos und Psychologie* promoviert. In dem Fall, zu dem ich hier Stellung nehme, wurde ein in erster Linie an dem Aufbau einer haltgebenden Beziehung und einem Verstehen der speziellen Situation des Opfers einer traumatischen Erfahrung orientiertes Vorgehen als „Mythos“ bezeichnet. Es verzögere die als richtig und wirksam konnotierte „evidenzbasierte“ Behandlung, die nach Meinung der Autoren zu selten und zu spät angewendet werde.

Mythos ist ursprünglich als Gegensatz zum Logos entworfen worden. Er meint das ohne kritische Nachfrage gültige Wort und wurde in Griechenland vor allem erzählt, um Verbindungen von Orten und Genealogien mit der Götterwelt zu knüpfen. Im Lauf der Jahrhunderte hat sich die Bedeutung trivialisiert; wir gebrauchen das Wort vor allem, um ein Denken zu charakterisieren, das so von

sich selbst überzeugt ist, dass es Differenzierungen abweist.

Je länger ich nun versucht habe, in dem angesprochenen Text den Mythos aufzufinden, desto mehr wuchs meine Überzeugung, dass nicht die vielen Kolleginnen, die sich angesichts einer traumatisierten Patientin je nach Lage der Dinge in unterschiedlicher Weise mit dem Aufbau einer haltgebenden Beziehung beschäftigen, sozusagen im Mythos leben. Nein, es sind die Autoren, die ihren eigenen Mythos der einzig seligmachenden Evidenzbasis um jeden Preis durchsetzen wollen, als ob es möglich wäre, das Unbewusste, das Geheimnis und die Tragödie durch Tools aus der Welt zu schaffen.

Dr. Dipl.-Psych. Wolfgang Schmidbauer
München

Mythenentlarvung als Farce

Zum selben Beitrag von P. Herzog, T. Kaiser & A. de Jongh im Psychotherapeutenjournal 1/2023.

Der Artikel von Herzog, Kaiser und de Jongh behauptet mit dem Titel, dass die adäquate Versorgung von Menschen mit Traumafolgestörungen an Mythen scheitere, denen Psychotherapeut:innen anhängen. Einen Beleg für diesen Vorwurf bleiben die Autoren schuldig, wenn man denn die berichtete Zustimmung mancher Psychotherapeut:innen zu Aussagen wie jener, dass Exposition bei komplexen Fällen schlecht wirke, nicht gleich zum häretischen Abfall vom Glauben an die Leitlinie hochstilisieren möchte. Im Gegenteil enthält der Literaturüberblick einige Hinweise auf die tatsächlichen Gründe, die leitliniengerechte Psychotherapie insbesondere bei komplexen Traumafolgestörungen mit zahlreichen Komorbiditäten erschweren, etwa die Herausforderungen für das Zeitmanagement durch die Notwendigkeit prolongierter Sitzungen zur Exposition.

Die Erkenntnis, dass Traumafolgestörungen mit Exposition behandelt werden sollen, findet sich schon zur Geburtsstunde unserer Profession (Freud

& Breuer, 1895). Jede Meta-Analyse, jede Leitlinie betont heute die Bedeutung einer Verarbeitung traumatischer Erinnerungen. Wer widerspräche? War Frank Neuners Artikel zu Mythen in der Traumatherapie bei seinem Erscheinen noch erfrischend (Neuner, 2008), so wiederholt sich die Geschichte der Mythen hier als Farce. Die Psychotraumatologie steht heute vor ganz anderen Herausforderungen als vor 15 Jahren – zum Beispiel den Fragen nach Staging, Personalisierung, Shared Decision-Making, Optimierung allgemeiner Wirkfaktoren, Monitoring und Feedback, der Frage, wie die Behandlung lange vernachlässigter Komorbiditäten, wie sexueller Symptome und Störungen, sich stimmig in ein traumafokussiertes therapeutisches Vorgehen einfügen lassen können, und nicht zuletzt auch der Frage, wie Lebensqualität und Funktionsniveau Betroffener langfristig verbessert werden können (Cloitre et al., 2020; Karatzias & Cloitre, 2019; Nijdam et al., 2023; Norman, 2022). Einen Mythos zu entlarven, dem niemand anhängt, entspricht dagegen einem Taschenspielertrick.

Dem idealistischen Blick, man müsse zum Zwecke der Verbesserung der Versorgung die verkehrten Gedanken der Psychotherapeut:innen geradebiegen, möchte ich darüber hinaus eine materialistische Sichtweise entgegenhalten: Curricula, Zertifizierungen, Supervision, ständige telefonische Erreichbarkeit, organisatorische Herausforderungen durch prolongierte Sitzungen, all das erfordert Zeit und Mühe, wird aber nicht vergütet. Intensive stationäre Therapie durch gut geschultes Personal ist weniger lukrativ als möglichst gesunde Patient:innen durch PiA behandeln zu lassen. Kein Wunder, dass es immer mehr psychosomatische Betten gibt, aber psychotraumatologische Abteilungen schließen. So überrascht auch nicht, dass insbesondere Traumatisierte aus gesellschaftlich stigmatisierten Gruppen wie Sexarbeiter:innen, Suchtmittelkonsument:innen, Wohnungs- oder Arbeitslose, rassifizierte Gruppen, LGBTQIA+ oder Menschen mit psychotischen Symptomen mit ihren Bedarfen immer wieder auf der

Strecke bleiben und statt einer Leitlinienbehandlung stationär-psychiatrische und psychopharmakologische Behandlung erhalten. Diese systematische soziale Ungerechtigkeit ist der Skandal, und darüber zu sprechen, täte Not. Ermahnungen hingegen, um Peter Hacks zu zitieren, verhärten nur.

Dr. Leonhard Kratzer
Prien am Chiemsee

Literatur

- Black, D. W., Pfohl, B., Blum, N., McCormick, B., Allen, J., North, C. S. et al. (2011). Attitudes Toward Borderline Personality Disorder: A Survey of 706 Mental Health Clinicians. *CNS Spectrums*, 16 (3), 67–74.
- Cloitre, M., Cohen, Z. & Schnyder, U. (2020). Building a Science of personalized Interventions for PTSD. In D. Forbes, J. I. Bisson, & C. M. Monson (Eds.), *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 451–468). New York: The Guilford Press.
- Freud, S., & Breuer, J. (1895). *Studien über Hysterie*. Wien: Deuticke.
- Jobst, A., Hörz, S., Birkhofer, A., Martius, P. & Rentrop, M. (2010). Einstellung von Psychotherapeuten gegenüber der Behandlung von Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung. *PPmP: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 60 (3–4), 126–131.
- Karatzias, T. & Cloitre, M. (2019). Treating Adults With Complex Posttraumatic Stress Disorder Using a Modular Approach to Treatment: Rationale, Evidence, and Directions for Future Research. *Journal of Traumatic Stress*, 32 (6), 870–876.
- Neuner, F. (2008). Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie - Grundregel oder Mythos? *Verhaltenstherapie*, 18 (2), 109–118.
- Nijdam, M. J., Vermetten, E. & McFarlane, A. C. (2023). Toward staging differentiation for posttraumatic stress disorder treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 147 (1), 65–80.
- Norman, S. B. (2022). Effectiveness of currently available psychotherapies for post-traumatic stress disorder and future directions. *World Psychiatry*, 21 (2), 309–310.

Von Rückschritten zu Fortschritten in der Psycho-traumatologie: Eine Replik, warum nur Unterschiede einen Unterschied machen

Replik der Autoren auf die vorausgehend aufgeführten Leserbriefe zu ihrem Beitrag im *Psychotherapeutenjournal* 1/2023.

„Wenn wir Unterschiede herunterspielen, Dissens dämpfen und Kritik einschränken, werden wir keinen Schritt

voranmachen. In der Tat sind es Unterschiede, die den Unterschied ausmachen. Unterschiede sind es, die die Wissenschaft inspirieren, die das Fachgebiet voranbringen und letztlich den traumatisierten Patient:innen helfen.“ (freie und abgewandelte eigene Übersetzung: McNally, 2007)

Wir danken zunächst einmal der Redaktion des *Psychotherapeutenjournal*s für die Möglichkeit einer Reaktion auf die zahlreichen Leserbriefe, die zu unserem Artikel Stellung genommen haben. Ebenso danken wir den vielen Leser:innen, die uns neben positivem Feedback (z.B. Leserbrief von Dipl.-Psych. Mark Novy) und vertiefenden Ausführungen (z.B. Leserbrief von Dipl.-Psych. Ursula Gangl) auch kritische Kommentare (z.B. Leserbrief von Dr. Thomas Munder & Prof. Dr. Christoph Flückiger sowie von Dr. Leonhard Kratzer) gesendet haben.

Insgesamt waren wir von den unzähligen Rückmeldungen aus dialektischer Sicht überrascht: positiv überrascht zum einen von dem uns auf unterschiedlichen Wegen eingegangenen überwiegend befürwortendem Zuspruch, bei dem wir aufgrund der Brisanz des Artikels (fast) mit noch mehr Gegenwind gerechnet haben. Wir scheinen hier im positiven Sinne einen Nerv getroffen zu haben und interpretieren das als einen guten Schritt vorwärts zur Verbesserung der Behandlung von Menschen mit (komplexen) posttraumatischen Belastungsstörungen.

Wir fühlen uns durch den positiven Zuspruch u.a. durch die Briefe von Novy und Gangl bestätigt darin, den Diskurs in Deutschland wieder aufgenommen zu haben. Sie erinnern uns an die gute Nachricht, dass wir bereits viele Patient:innen mit (komplexer) PTBS mit traumafokussierter Psychotherapie effektiv behandeln können. Ergänzend zu den Ausführungen von Novy ist zudem eine häufige unerwünschte Folge von ineffektiven Behandlungen, die bisher nur wenig untersucht wurde, die negativen Therapieerwartungen, die auf Seiten der Patient:innen entwickelt werden und zukünftige Behandlungsversuche

verhindern oder zumindest erschweren können (Herzog, Kaiser et al., 2022): In der Tat stellen Erwartungen der Patient:innen an eine Psychotherapie einen wichtigen Prädiktor für deren Erfolg dar (Constantino et al., 2011, 2018; Glass et al., 2001; Greenberg et al., 2006; Price et al., 2008; Price & Anderson, 2012). Weiterhin verdeutlichen die Ausführungen von Gangl spannende klinische Phänomene, die zunehmend stärker erforscht werden: Hier sind insbesondere die gravierenden Auswirkungen von Kindesmisshandlung in Form von emotionalem Missbrauch auf ähnlich komplexe und schwere psychische Störungen wie Borderline-Persönlichkeitsstörung zu nennen (Herzog, Kube et al., 2022), aber auch die Motive von Patient:innen, den erlebten Traumata einen Sinn zu geben. Letzteres steht wiederum im Zusammenhang mit dem sog. „Self-triggering“ – einem Phänomen, bei dem eine Untergruppe von Patient:innen explizit Erinnerungen an ihre traumatischen Erlebnissen außerhalb des therapeutischen Kontextes aufsuchen (Bellet et al., 2020; McGhie et al., 2022; Musicaro et al., 2021).

In der Tradition der Psychotraumatologie haben wir insbesondere auch die kritischen Kommentare und Briefe von Leser:innen des Psychotherapeutenjournals erwartet. Gleichzeitig waren wir jedoch auch negativ überrascht von den Aussagen einzelner „sehr lauter“ kritischer Stimmen, die die Debatte in Deutschland aus unserer Sicht eher wieder einen Schritt zurückwerfen könnten. Sie verkennen zum Teil die Intention unseres Artikels, weswegen wir nun auf die zentralen Bedenken näher eingehen möchten.

Zuallererst möchten wir festhalten, dass der Fokus unseres Artikels auf der *Forschungs-Praxis-Lücke sowie deren Gründen* und weniger auf der Schulenorientierung sowie Präferenz für ein Verfahren per se liegt, auch wenn wir anerkennen, dass der Artikel aufgrund unseres Hintergrunds und der ausgewählten Literatur so gelesen werden kann. Wir räumen in diesem Zusammenhang ein, dass wir als wissenschaftlich tätige klinische Psychologen

nur Methoden präsentieren, zu denen es (belastbare) Daten gab. Dieser Aspekt kann uns zwar als Einseitigkeit ausgelegt werden, in der Tat teilen wir jedoch den aus unserer Sicht positiven Trend zur kompetenz- statt schulenorientierten Aus-, Fort- und Weiterbildung von Psychotherapeut:innen (S. 31). Wir waren und sind der Überzeugung, dass eine strikte Verfahrensorientierung auch in dieser Diskussion nicht hilfreich ist: Neben klassischen verhaltenstherapeutisch-orientierten Methoden haben wir daher zum Beispiel auch neue Methoden wie Imagery Rescripting (S. 30) und über die Verfahren hinweg eingesetzte Methoden wie EMDR in die Debatte miteinbezogen. Die (fehlende) Evidenz zur Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (S. 34) diskutieren wir ebenfalls – es hätte uns sehr gefreut, hier positive Wirksamkeitsnachweise anführen zu können. Die von Herrn Dr. Zimmermann angeführten Verweise auf „evidenzbasiertes tiefenpsychologisches Vorgehen“ enthalten sie jedenfalls nicht, sondern sind eher Ausdruck von Eminenzbasierung. Dass es gut ausgearbeitete therapeutische Strategien in diesem Bereich gibt, stellen wir gar nicht in Abrede, aber auch diese haben ihre Wirksamkeit in methodisch gut durchgeführten klinischen Studien zu demonstrieren, bevor sie als zusätzliche Optionen empfohlen werden können. Den Vorwurf von Zimmermann, eine „erheblich vereinfachende, verkürzende, weil eine a priori explizit nur auf verhaltenstherapeutisches Denken und Handeln bezogene Sichtweise“ zu präsentieren, weisen wir daher zurück. Wie Zimmermann selbst richtig anmerkt, ist es vor allem die streng schulenbezogene Psychotherapieausbildung, die uns vor viele Probleme stellt. Dazu dürfte auch die weitere Verbreitung konfrontativer Methoden zählen. Die Reduktion der Debatte auf die alten Fronten des „Schulenstreits“ möchten wir ungern zulassen, da sie keinen Schritt vorwärts erlaubt. Auch das hervorgebrachte Argument des Alters und der Erfahrung ist eine steile Hypothese und steht auf wackligem Fundament: Ein robuster Nachweis des Zusammenhangs zwischen Erfahrung und besseren Therapieergebnissen ist

bislang nicht gelungen (Germer et al., 2022). Eine alte Frage erscheint im Lichte dieses Leserbriefes daher weiterhin hochaktuell: „Should the advocacy tail wag the scientific dog?“ (McNally, 2007).

Wir sind überzeugt, dass eine kritische Auseinandersetzung mit Studien und Daten bei verfahrensoffener Haltung essentiell ist, auch wenn sie uns auf Unterschiede zwischen Forschung und Praxis, aber auch zwischen Methoden – unabhängig von der starren Schulenorientierung – hindeuten. Wie eingangs erwähnt: Nur Unterschiede können einen Unterschied machen. Zwar scheint das auf den ersten Blick Gräben zu schüren, auf den zweiten Blick wird jedoch hoffentlich auch deutlich, dass wir neben kritischen Daten zur Nutzung von verhaltenstherapeutisch orientierten Methoden (Lindauer et al., 2022; Pittig et al., 2019), auf die sich unsere Argumentation stützt, ebenso die Probleme, wie z. B. hohe Non-Response- und Dropout-Raten bei diesen Methoden (z. B. S. 34), aufführen, was verdeutlicht, dass wir uns der Grenzen des „eigenen Verfahrens“ durchaus bewusst sind und es zukünftig wichtig ist, die Patient:innen zu erreichen, die bisher noch nicht erfolgreich behandelt wurden.

Besonders spannend fanden wir die methodische Kritik von Munder & Flückiger, welche abschließend anmerken, dass die „empirische Überlegenheit von Traumaexposition gegenüber anderen Traumatherapien ... sich somit selbst als Mythos“ erweist. Sie stützen diese Aussage darauf, dass die als „nicht traumafokussiert“ klassifizierten Vergleichsbedingungen keinesfalls der Routineversorgung entsprechen.

Munder und Flückiger führen ältere „Meta-Analysen, die eine solche Vermischung [verschiedener Kontrollbedingungen] vermeiden“ als Argument an. Hierzu sind zwei Dinge anzumerken. Da wir es für wichtig halten, solche Fragen auf dem aktuellen Stand der Evidenz zu diskutieren, verweisen wir auf die gerade erschienene Netzwerk-Meta-Analyse von Yunitri et al. (2023). Im Vergleich

zu Gerger et al. (2014) enthält sie 32 neue Studien mit 1.377 Patient:innen: Hier zeigten sich in der Ranganalyse die von uns aufgeführten traumafokussierten Methoden als überlegen. Für die Auswahl der geeignetsten Behandlungsmethode sollte die Frage im Vordergrund stehen, welche Methode mit der größten Sicherheit die größten Erfolge erzielt.

Häufig entsprechen die nichttraumafokussierten Methoden tatsächlich teilweise dem, was in der Praxis angeboten wird. Eine schnelle Recherche zeigt, dass (fast) alles, was die Autor:innen als „nicht-traumafokussierte“ klassifizierte Methoden (z.B. Entspannung, Biofeedback, Psychoedukation oder Meditation) aufführen, auf verschiedenen Homepages von Traumatherapeut:innen im Behandlungsangebot zu finden ist. Die meisten nichttraumafokussierten Methoden, die in Studien teilweise als Kontrollbedingung gewählt wurden, scheinen daher in der Praxis eingesetzt zu werden. Spitze Zungen würden behaupten, dass die „Present-centered therapy ohne Trauma-bezug“ als Kontrollbedingung die in der Praxis häufig anzutreffende Vermeidung von Trauma-bezug bzw. Langzeit-Stabilisierung durch Praktiker:innen abbildet.

Mehrere Briefe widmen sich explizit der Behandlung von komplexer PTBS (z.B. die Briefe von Dipl.-Psych. Martina Hahn und Dr. Carina Contreras). Wir stimmen zu, dass die Anerkennung der Komplexität und Heterogenität von psychischen Problemen nach traumatischen Erfahrungen extrem wichtig ist. Nach der Definition des DSM-5 gibt es 636.120 (rechnerisch) potenzielle klinische Erscheinungsbilder der PTBS (Galatzer-Levy & Bryant, 2013), wobei 55,1 % aller PTBS-Patient:innen ein einzigartiges Symptommuster aufweisen (Bryant et al., 2022). Der Aussage von Hahn zum „Kern des Problems: dort, wo keine Diagnose gegeben ist, ist auch keine Forschung möglich“ ist auf den ersten Blick kaum zu widersprechen, allerdings wurden traumafokussierte Methoden bereits bei vielen anderen Störungsbildern erfolgreich eingesetzt – so zum Beispiel bei depressiven Störungen und Persönlich-

keitsstörungen (Dominguez et al., 2021; Hafkemeijer et al., 2020). Dass auch bei anderen diagnostischen Gruppen traumatische Erlebnisse vorzufinden sind, haben wir nicht bezweifelt. Tatsächlich sind wir überzeugt, dass auch in vielen dieser Fälle ein traumafokussiertes Vorgehen wünschenswert wäre.

Aktuell gibt es in der Forschung interessanterweise viele Bemühungen, die Komplexität psychischer Probleme unabhängig von strikten Diagnosen nach ICD-11 oder DSM-5 näher zu untersuchen. Eines der prominentesten Beispiele – die Netzwerktheorie (McNally et al., 2015) – gründet in dem stärkeren Fokus auf idiographische (d.h. personenspezifische) Ansätze: dem Verständnis von psychischen Problemen als komplexen Systemen kontextualisierter dynamischer Prozesse, die aus biologischen, psychologischen und sozialen Elementen bestehen (Fried, 2022). Kurzum: Es existiert „diagnose-unabhängige“ Forschung in der Psychotraumatologie, die uns hoffentlich Schritte vorwärts ermöglichen wird.

Die Aussage „Vorliegende Studienergebnisse stetig wieder zu zitieren, macht sie nicht richtiger“ sowie den Vorwurf, wir würden verallgemeinern und die Art der Traumatisierung nicht beachten, können wir nicht ganz nachvollziehen. Die von uns zitierten Studien enthalten sowohl die geforderte „Differenzierung bezüglich der Art der Traumatisierung“, als auch sehr differenziert erhobene Beschwerden jenseits der PTBS-Kernsymptomatik. Hier sind noch einmal die positiven Effekte bei komplexen und mehrfach traumatisierten Patient:innen hervorzuheben (Kolthof et al., 2022; van den Berg et al., 2015; van Pelt et al., 2021; Voorendonk et al., 2020) – aus unserer Sicht alles „adäquate Studien“ mit „angemessenem Studiendesign, in das schwersttraumatisierte Patient*innen mit allen Komorbiditäten und Instabilitäten“ einbezogen wurden.

Als weiteres Argument werden Zitate aus der S-3 Leitlinie aus 2019 (Hahn) als auch den NICE-Guidelines von 2018 (Contreras) hinzugezogen, die wir zwar

mit Interesse gelesen haben und deren Aussagen wir grundsätzlich nicht widersprechen können, für deren Überarbeitung wir jedoch gerade im Hinblick auf diesen Aspekt aufgrund aktueller Studien im letzten Abschnitt plädieren, die nach der Publikation beider Leitlinien veröffentlicht wurden (S. 34). Bei genauerer Betrachtung findet sich zudem bspw. in den S-3-Leitlinien neben dem zitierten Statement von Hahn der Empfehlungsgrad: Er ist auf der untersten Stufe des Empfehlungsgrades – dem klinischen Konsenspunkt (KKP) angesiedelt – und hat dort wiederum mit 81 % keinen sonderlich starken Konsens erhalten (starker Konsens: >95 % der Stimmberechtigten). Die stärkere Gewichtung von Expert:innenurteilen gegenüber empirischen Studien und ihrer kritischen Zusammenfassung in Meta-Analysen halten wir für problematisch. Ein kritischer Diskurs zu Leitlinien wurde dazu auf internationaler Ebene geführt (Cloitre, 2016; de Jongh et al., 2016).

Wir stimmen der Feststellung von Kratzer zu, dass es zahlreiche Herausforderungen im Bereich der Psychotraumatologie jenseits von der therapeutischen Technik gibt und würden uns sogar einigen aufgeführten Beispielen anschließen. Angesichts unserer früheren Publikationen stehen wir wohl kaum im Verdacht, die Bedeutung von Feedback-Systemen in der Psychotherapie oder das Potenzial personalisierter Psychotherapie kleinzureden. Zudem finden wir es auch wichtig, den Zugang für gesellschaftlich stigmatisierte Gruppen zu verbessern – wohlgerneht den Zugang zu nachweislich wirksamen Behandlungsangeboten, deren Verfügbarkeit jedoch weiterhin aufgrund von mangelnder Dissemination und Implementierung limitiert ist. Der Vorwurf von Kratzer, wir würden einen Pappkameraden erschaffen, da die Praxis ohnehin längst „auf Linie“ sei, ist daher aus unserer Sicht schnell ausgeräumt. Immerhin führen wir ja nicht nur eine Befragung von Psychotherapeut:innen an, sondern auch eine Auswertung von Routinedaten, in der sich klar zeigte, dass viele Patient:innen eben keine konfrontative Behandlung erhielten (Rosner

et al., 2010). Zudem zeigten Lindauer et al. (2022), dass die Anwendung trauma-fokussierter Methoden längst nicht so verbreitet ist, wie es die stärkere Verbreitung von Leitlinien und Zertifizierungen vermuten lässt. Ob sich im Zeitraum nach diesen Studien etwas verändert hat, bleibt unklar. Klar ist aber, dass einige der von uns aufgeführten Mythen noch vor wenigen Jahren Gegenstand lebhafter Diskussionen in der Psychotraumatologie waren (de Jongh et al., 2016). Auch verweisen wir auf eine im deutschsprachigen Bereich sehr verbreitete Methode, die die Notwendigkeit einer Konfrontation grundsätzlich in Frage stellt. Dass ausgerechnet Freud als Kronzeuge der Konfrontation angeführt wird, entbehrt nicht einer gewissen Ironie – handelt es sich bei der explizit nicht konfrontativen Technik doch um eine psychoanalytisch begründete Therapiemethode.

Gangl steigt letztlich damit ein, dass eine kontroverse Debatte zu erwarten sein wird, „weil für viele KollegInnen evidenzbasierten oder gar manualisierten Verfahren der Geschmack von Oberflächlichkeit und Technikorientierung anhaftet, in diesem Kontext gar von Unmenschlichkeit“. Auch damit haben wir uns in unserer praktischen und wissenschaftlichen Arbeit häufig konfrontiert gesehen und spannenderweise beim Lesen der Briefe einige Parallelen zu vergangenen Diskussionen im Feld der Psychotraumatologie erkannt, die auch auf internationaler Ebene geführt wurden (Kilpatrick, 2006; McNally, 2007): Häufig wurde und wird – wie aus den vielen Rückmeldungen deutlich wird – in der Geschichte der Psychotraumatologie gemahnt, die traumatisierten Patient:innen nicht aus den Augen zu verlieren, denn sie sind die eigentlichen Nutznießer:innen unserer klinischen und wissenschaftlichen Arbeit. Kilpatrick (2006) wies vor über 15 Jahren daraufhin, dass traumatisierte Patient:innen wahrscheinlich „lieber sehen würden, dass wir zusammenarbeiten, als dass wir uns zanken und streiten“, da Streitigkeiten in der Psychotraumatologie oft in persönliche Angriffe ausarten. Daher sind wir letztlich skeptisch, ob polemisch

anmutende Spekulationen über unsere Motive (Schmidbauer: „Nein, es sind die Autoren, die ihren eigenen Mythos als einzig seligmachende Evidenzbasis um jeden Preis durchsetzen wollen“; Kratzer: „Einen Mythos zu entlarven, dem niemand anhängt, entspricht dagegen einem Taschenspielertrick“ und „Dem idealistischen Blick, man müsse zum Zwecke der Verbesserung der Versorgung die verkehrten Gedanken der Psychotherapeut:innen geradebiegen“) angesichts einer Öffentlichkeit, die zu recht vom Berufsstand erwartet, das eigene Handeln wissenschaftlich abzusichern, zielführend oder doch letztlich besser als Argumentum ad hominem zu werten sind. Über Sinn und Unsinn der Verwendung des sehr uneinheitlich verwendeten Begriffs „Mythos“ (z. B. Leserbrief von Dr. Wolfgang Schmidbauer) lässt sich trefflich diskutieren – wir halten seine Verwendung aber für gerechtfertigt. Im Artikel werden drei weit verbreitete, das therapeutische Handeln häufig bestimmende Überzeugungen aufgegriffen, die durch wenig mehr als den kollektiven Glauben an sie aufrechterhalten werden und letztlich Schritte vorwärts verhindern, denen zu helfen, denen wir verpflichtet sind: schwer traumatisierten Patient:innen.

Philipp Herzog, Tim Kaiser &
Ad de Jongh
Harvard/Berlin/Amsterdam

Literatur

- Bellet, B. W., Jones, P. J. & McNally, R. J. (2020). Self-Triggering? An Exploration of Individuals Who Seek Reminders of Trauma. *Clinical Psychological Science*, 8(4), 739–755.
- Bryant, R. A., Galatzer-Levy, I. & Hadzi-Pavlovic, D. (2022). The Heterogeneity of Posttraumatic Stress Disorder in DSM-5. *JAMA Psychiatry*. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.4092> (30.04.2023).
- 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.
- Constantino, M. J., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Ametrano, R. M. & Smith, J. A. Z. (2011). Expectations. *Journal of Clinical Psychology*, 67 (2), 184–192.
- Constantino, M. J., Visla, A., Coyne, A. E. & Boswell, J. F. (2018). A Meta-Analysis of the Association between Patients' Early Treatment Outcome Expectation and Their Posttreatment Outcomes. *Psychotherapy*, 55 (4), 473–485.
- 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.
- Dominguez, S. K., Matthijssen, S. J. M. A. & Lee, C. W. (2021). Trauma-focused treatments for depression. A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 16 (7), e0254778.
- Fried, E. I. (2022). Studying Mental Health Problems as Systems, Not Syndromes. *Current Directions in Psychological Science*, 31 (6), 500–508.
- Galatzer-Levy, I. R. & Bryant, R. A. (2013). 636,120 Ways to Have Posttraumatic Stress Disorder. *Perspectives on Psychological Science*, 8 (6), 651–662.
- Germer, S., Weyrich, V., Bräscher, A.-K., Mütze, K. & Witthöft, M. (2022). Does practice really make perfect? A longitudinal analysis of the relationship between therapist experience and therapy outcome: A replication of Goldberg, Rousmaniere, et al. (2016). *Journal of Counseling Psychology*, 69, 745–754.
- Glass, C. R., Arnkoff, D. B. & Shapiro, S. J. (2001). Expectations and preferences. *Psychotherapy*, 38 (4), 455–461.
- Greenberg, R. P., Constantino, M. J. & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review*, 26 (6), 657–678.
- Hafkemeijer, L., de Jongh, A., van der Palen, J. & Starrenburg, A. (2020). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in patients with a personality disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 11 (1), 1838777.
- Herzog, P., Kaiser, T., Rief, W., Brakemeier, E.-L. & Kube, T. (2022). Assessing Dysfunctional Expectations in Posttraumatic Stress Disorder: Development and Validation of the Posttraumatic Expectations Scale (PTES). *Assessment*, 10731911221089038.
- Herzog, P., Kube, T. & Fassbinder, E. (2022). How childhood maltreatment alters perception and cognition – the predictive processing account of borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 52 (14), 1–18.
- Kilpatrick, D. (2006). Our common bonds. *Traumatic Stress Points*, 20 (2), 2.
- 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.
- Lindauer, M., Linden, M. & Muschalla, B. (2022). Verständnis ambulanter Verhaltenstherapeuten von Belastungsreaktionen und PTBS. *Verhaltenstherapie*, 32 (4), 186–195.
- McGhie, S. F., Bellet, B. W., Mellen, E. J. & McNally, R. J. (2022). Self-triggering: Does function determine pathogenesis? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1037/tra0001195> (30.04.2023).
- McNally, R. J. (2007). Revisiting Dohrenwend et al.'s revisit of the National Vietnam Veterans Readjustment Study. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (4), 481–486.
- McNally, R. J., Robinaugh, D. J., Wu, G. W. Y., Wang, L., Deserno, M. K. & Borsboom, D. (2015). Mental Disorders as Causal Systems: A Network Approach to Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical Psychological Science*, 3 (6), 836–849.

- Musicaro, R., Bellet, B.W. & McNally, R.J. (2021). Is avoidance the only issue? A case study of „self-triggering“ in combat-related posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1037/tra0001172> (30.04.2023).
- 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.
- Price, M., Anderson, P., Henrich, C.C. & Rothbaum, B.O. (2008). Greater Expectations: Using Hierarchical Linear Modeling to Examine Expectancy for Treatment Outcome as a Predictor of Treatment Response. *Behavior Therapy*, 39 (4), 398–405.
- Price, M. & Anderson, P.L. (2012). Outcome expectancy as a predictor of treatment response in cognitive behavioral therapy for public speaking fears within social anxiety disorder. *Psychotherapy*, 49 (2), 173–179.
- van den Berg, D.P.G., de Bont, P.A.J.M., van der Vleugel, B.M., de Roos, C., de Jongh, A., Van Minnen, A. & van der Gaag, M. (2015). Prolonged Exposure vs Eye Movement Desensitization and Reprocessing vs Waiting List for Posttraumatic Stress Disorder in Patients with a Psychotic Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 72 (3), 259–267.
- 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.
- Voorendonk, E.M., De Jongh, A., Rozendaal, 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.
- Yunitri, N., Chu, H., Kang, X.L., Wiratama, B.S., Lee, T.-Y., Chang, L.-F. et al. (2023). Comparative effectiveness of psychotherapies in adults with posttraumatic stress disorder: A network meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychological Medicine*, 1–13.