AWMF-Register-Nr. 051/010

S3 - LEITLINIE
POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG ICD 10: F 43.1

in Abstimmung mit den AWMF – Fachgesellschaften:

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) -federführend

Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin und ärztliche Psychotherapie (DGPM)

Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)

Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)

Zitierbare Quelle:

Flatten G, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud Ch, Lampe A, Liebermann P, Maercker A, Reddemann L, Wöller W (2011): S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Trauma & Gewalt 3: 202-210

Hinweise zur Graduierung der Evidenz- und Empfehlungsstärke

Studienqualität	Evidenz-stärke	Empfehlung	Beschreibung	Symbol
Systematische Übersichtsarbeit (Metaanalyse) oder RCT (Therapie) oder Kohortenstudie (Risikofaktoren, Diagnostik) von hoher Qualität	hoch	„soll“	Starke Empfehlung	▲▲
RCT oder Kohortenstudie von eingeschränkter Qualität	mäßig	„sollte“	Empfehlung	▲
RCT oder Kohortenstudie von schlechter Qualität, alle anderen Studiendesigns, Expertenmeinung	schwach	„kann“	Empfehlung offen	◀▶

Abkürzungsverzeichnis

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
AÄGP	Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie
AFT	Aachener Fragebogen zur Traumaverarbeitung
BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
CAPS	Clinician Administered PTBS Scale
CBT	Kognitiv-behaviorale Therapie (Cognitive Behavioral Therapy)
DDIS	Dissociative Disorder Interview Schedule
DeGPT	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie
DELBI	Deutschen Instrument zur methodischen Leitlinienbewertung
DESNOS	Disorders of Extress Stress Not Otherwise Specified
DFKGT	Deutschen Fachverband für Kunst- u. Gestaltungstherapie
DGPM	Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin und Ärztliche Psychotherapie
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie , Psychotherapie und Nervenheilkunde
DGPT	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie
DIPS	Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen
DKPM	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin
DSM	Diagnostic and Statistical Manual
DVE	Deutschen Verband der Ergotherapeuten e.V.
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
FDS	Fragebogen für Dissoziative Störungen
GPP	Good Practice Points: empfohlene beste Praxis auf der Basis klinischer Erfahrung der Leitlinien-Entwicklungs-Gruppe
ICD	Internationale Klassifikation psychischer Störungen
IES	Impact of Event Scale
IES-R	Impact of Event Scale Revised
iKPTBS	Interview zur Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung
ISTSS	International Society for Traumatic Stress Studies
NICE	National Institute of Clinical Excellence

OEG	Opferentschädigungsgesetz
PSS-SR	PTBS Symptom Scale-Self Report
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder
PTSS-10	Post Traumatic Stress Scale-10
RCT	Randomisiert-kontrollierte Studie (randomized controlled trial)
REM	Rapid Eye Movement
SCID	Structured Clinical Interview for DSM
SCID-D	Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders
SHT	Schädel-Hirn-Trauma
SIT	Stress Inoculation Therapy
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitor
TAU	Psychiatrische Standardversorgung (Treatment as Usual)
TFCBT	Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy

Synonyme: **PTBS - Posttraumatische Belastungsstörung**
PTSD - Post Traumatic Stress Disorder

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist eine spezifische Form einer Traumafolgestörung. Verwandte Störungsbilder sind:

Akute Belastungsreaktion ICD10: F 43.0
Anpassungsstörung ICD10: F 43.2
Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung ICD10: F 62.0

siehe hierzu auch Link: Abkürzungsverzeichnis

Die umfangreichen Folgen, einer durch Traumatisierung gestörten Persönlichkeitsentwicklung, werden aktuell unter den Begriffen „Komplexe Traumafolgestörung“, „Developmental Trauma Disorder“ oder „Komplexe Präsentation einer Posttraumatischen Belastungsstörung“ diskutiert.

Weitere Traumafolgestörung sind:
Dissoziative Störungsbilder F 44
Somatoforme Schmerzstörung F45.4
Emotional Instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline) F 60.3

Weitere Störungen, bei denen traumatische Belastungen maßgeblich mitbedingend sind:
Dissoziale Persönlichkeitsstörung F 60.2
Essstörungen F 50
Affektive Störungen F 32, 33, 34
Substanzabhängigkeit F 1
Somatoforme Störungen F 45

Chronifizierte posttraumatische Belastungen können über die traumaassoziierte Stressaktivierung den Verlauf körperlicher Erkrankungen mitbedingen oder beeinflussen. Insbesondere ist dies belegt für Herz-Kreislauferkrankungen und immunologische Erkrankungen. (siehe hierzu auch Link zu Leitlinienempfehlung 1 und 2)

Definition:

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist eine mögliche Folgereaktion eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse

(wie z.B. Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, auch in der Kindheit (sogenannter sexueller Mißbrauch), Vergewaltigung, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Krieg, Kriegsgefangen-schaft, politische Haft, Folterung, Gefangenschaft in einem Konzentrations-lager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, Unfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit),

die an der eigenen Person, aber auch an fremden Personen erlebt werden können. In vielen Fällen kommt es zum Gefühl von Hilflosigkeit und durch das traumatische Erleben zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses.

Das syndromale Störungsbild ist geprägt durch:

- sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnnerungen an das Trauma *(Intrusionen)* oder Erinnerungslücken *(Bilder, Alpträume, Flashbacks, partielle Amnesie),*
- Übererregungssymptome *(Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen)*
- Vermeidungsverhalten *(Vermeidung traumaassoziierter Stimuli)* und
- emotionale Taubheit *(allgemeiner Rückzug, Interesseverlust, innere Teilnahmslosigkeit)*
- im Kindesalter teilweise veränderte Symptomausprägungen *(z.B. wiederholtes Durchspielen des traumatischen Erlebens, Verhaltensauffälligkeiten, z.T. aggressive Verhaltensmuster)*

Die Symptomatik kann unmittelbar oder auch mit (z.T. mehrjähriger) Verzögerung nach dem traumatischen Geschehen auftreten (verzögerte PTBS).

Epidemiologie:

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

- Ca. 50% Prävalenz nach Vergewaltigung
- Ca. 25% Prävalenz nach anderen Gewaltverbrechen
- Ca. 50% bei Kriegs-, Vertreibungs- und Foltereopfern
- Ca. 10% bei Verkehrsunfallopfern
- Ca. 10% bei schweren Organerkrankungen, (Herzinfarkt, Malignome)

Die Lebenszeitprävalenz für PTBS in der Allgemeinbevölkerung mit länderspezifischen Besonderheiten liegt zwischen 1% und 7% (Deutschland 1,5 – 2 %). Die Prävalenz subsyndromaler Störungsbilder ist wesentlich höher. Es besteht eine hohe Chronifizierungsneigung.

Leitlinienempfehlung 1:

➢ Bei der Diagnostik soll beachtet werden, dass die Posttraumatische Belastungsstörung nur eine, wenngleich spezifische Form der Traumafolgeerkrankungen ist. 28/28 ▲▲

Leitlinienempfehlung 2:

➢ Es soll beachtet werden, dass komorbide Störungen bei der Posttraumatische Belastungsstörung eher die Regel als die Ausnahme sind 27/27 ▲▲

Erläuterungen zu Empfehlung 1 und 2:

Die NICE-Guidelines betonen, dass die Posttraumatische Belastungsstörung nicht die einzige Störung darstellt, die durch ein traumatisches Ereignis hervorgerufen werden kann. Weitere Differentialdiagnosen (insbesondere Depressionen, Soziale Phobie, Anpassungsstörung, Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastungen, Dissoziative Störungen) sollten in Betracht gezogen werden. Die genannten Störungen können auch komorbide auftreten.

Neben der PTBS wird als spezifische Traumareaktion sowohl die Diagnose der andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung als auch die DESNOS-Diagnose und Komplexe PTBS vorgestellt und diskutiert. Aufgrund der bislang unzureichenden Datenlage zu diesen Diagnosen beschränken sich die Guidelines auf Therapieempfehlungen zur PTBS. Dennoch ziehen sie in Betracht, dass die anderen möglichen klinischen Ausprägungen von Traumafolgen berücksichtigt werden müssen (siehe NICE Guidelines 2.3.6.1)

2.3.6.1 Enduring personality changes after catastrophic experience, DESNOS and ‘complex’ PTSD.

The NICE guideline focuses on the treatment of PTBS, as there is as yet little research on the treatment of ‘enduring personality changes after catastrophic experience’. It is, however, recognised that many PTBS sufferers will have at least some of the features of this disorder or the corresponding concept of DESNOS (complex PTBS). The guideline therefore takes into account that these features need to be considered when treating PTBS sufferers. However, the guideline does not apply to individuals whose main problem is a diagnosis of ‘enduring personality changes after catastrophic experience’ rather than PTBS.)

Es wird daher die Frage diskutiert, ob die PTBS-Symptomatik das Hauptproblem darstellt,

dass vorrangig behandelt werden sollte (Pkt 2.3.7) und empfohlen, dies ggf. mit den traumatisierten Menschen zu besprechen („Welche Symptome und Probleme beinträchtigen Sie am meisten? Denken Sie, dass Sie Hilfe und Unterstützung benötigen, wenn Ihre PTBS Symptome nicht mehr da wären? Waren die Probleme bereits vor dem traumatischen Ereignis da? Die Guidelines empfehlen, PatientInnen ausführlich und umfassend zu diagnostizieren, bevor ein Behandlungsplan erstellt wird. Dies wird als sinnvoll erachtet, da möglicherweise vorrangige Probleme wie Suizidalität oder andere mögliche Formen der (Selbst-) Schädigung spezifische Erstinterventionen erforderlich machen.

In den Australian Guidelines (Forbes et al. 2007) und in einer ergänzenden Stellungnahme (Forbes, Bronwyn & Cooper 2009) zu komplexen Formen der PTBS wird festgestellt, dass die PTBS für sich allein selten vorkommt, häufig mit Depression und Suchterkrankungen verbunden ist und diese Erkrankungen ggf. vorrangig oder gleichzeitig mit behandelt werden müssen. Die Guidelines beziehen sich aber dennoch aussschließlich auf die Behandlung von akuter Belastungsstörung und PTBS, für DESNOS werden keine Empfehlungen gegeben. Neben den häufigsten komorbiden Störungen Depression und Substanzmissbrauch werden weitere Merkmale genannt, die im Zusammenhang mit PTBS gehäuft auftreten: Aggression, Schuld, körperliche Gesundheitsprobleme.

Studien zu komorbiden Diagnosen:
Zwei große epidemiologischen Studien, die in den USA und Australien durchgeführt wurden, fanden bei 85–88% der Männer und 78–80% der Frauen mit PTBS komorbide psychiatrische Diagnosen (Kessler et al., 1995; Creamer et al. 2001).

Kessler et al. (1995) bestimmen retrospektiv, wie häufig PTBS als primäre Störungen auftreten, welche dann andere Syndrome oder Erkrankungen nach sich ziehen. Sie schätzten, dass vor allem bei Depressionen und Substanzmissbrauch PTBS in der Mehrzahl der Fälle als primär anzusehen waren, während das Verhältnis bei den Angststörungen umgekehrt zu sein schien.

In einer Studie mit 801 Frauen fanden Breslau et al. (1997) ein gut zweifach erhöhtes Risiko, nach einer PTBS erstmalig an einer Major Depression zu erkranken, und ein dreifaches Risiko, einen Alkoholabusus bzw. eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln.

Gleichzeitig war bei Frauen mit bereits zuvor bestehender Major Depression sowohl die Gefahr, ein traumatisches Ereignis zu erleben, als auch die Wahrscheinlichkeit, in dessen Folge eine PTBS-Symptomatik zu entwickeln, erhöht.

In der deutschen Studie von Perkonigg et al. (2000) wurde bei 87,5 % der PTBS-Patienten mindestens eine weitere psychische Störung diagnostiziert. Die Autoren vermuten, dass in etwa einem Drittel der Fälle zuvor bestehende psychopathologische Faktoren zur Entstehung einer primären Vulnerabilität oder einer bestimmten Risikokonstellation beitragen (z. B. bei bekannter Alkohol- oder Substanzabhängigkeit); auch könne beispielsweise durch phobische oder depressive Störungen die Schwelle für das Auftreten einer Posttraumatischen Belastungsstörung nach einem entsprechenden Ereignis gesenkt werden. Gleichwohl entwickelten sich die komorbiden psychischen Störungen in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle sekundär nach einer PTBS; dies gelte insbesondere für somatoforme Störungen, Agoraphobien, generalisierte Angststörungen und affektive Störungen, wobei nach Ansicht einiger Autoren der Posttraumatischen Belastungsstörung die Rolle eines maßgeblichen Risikofaktors zukommt (McMillen et al. 2002; Breslau et al. 2003).

Auch die Studie von Zlotnick et al. 2006 bestätigt die hohe Prävalnez komorbider Störungen und nennt vor allem affektive Störungen, Angststörungen, Substanzmissbrauch und Somatisierungsstörungen (Zlotnick et al. 2006).

Spinazzola et al. stellten fest, dass bei den 34 Studien, die bei der bisherigen Leitlinie der ISTSS (2000) berücksichtigt wurden, Patienten mit schweren Komorbiditäten systematisch ausgeschlossen wurden. Aufgrund dieser Studienlage bleiben die folgenden Empfehlungen häufig auf dem Niveau von Expertenwissen:

Empfehlungen der NICE-Guidelines (Pkt 2.3.7): Entsprechend den Befunden von Kessler (1995) und Blanchard (2003) wird bei PatientInnen mit PTBS und Depression eine vorrangige Behandlung der PTBS empfohlen, wenn von einer sekundären Komorbidität auszugehen ist. Es wird davon ausgegangen, dass es in vielen Fällen bei den komorbiden sekundären Störungen der PTBS (z.B. bei Depressionen, Angsterkrankungen, Alkohol- und Substanzmißbrauch) durch traumafokussierte Psychotherapie auch zur Besserung der komorbiden Symptome kommt. So zeigten PatientInnen in einer Behandlungsstudie bei erfolgreicher Behandlung der PTBS, dass sie die vorher komorbide Diagnose einer

Major Depression nicht mehr aufwiesen (Blanchard et al. 2003b).
Bei PatientInnen mit einer langen, chronischen PTBS-Anamnese und multiplen traumatischen Erfahrungen und Verlusten gehen die Giudelines allerdings davon aus, dass die Depression und andere komorbide Symptomatik ein so schweres Ausmaß annehmen können, dass die Komorbidität vorrangig behandelt werden muss. Patienten können häufig dann erst im 2. Schritt von einer traumafokussierten Herangehensweise profitieren.

Bei Menschen mit PTBS, bei denen die Diagnostik oder genauere Exploration der Traumatisierungen bereits ein hohes Risiko zu Suizidalität und Schädigung von sich und anderen in sich birgt, wird zunächst Krisenmanagement dieses Risikos empfohlen (siehe auch NICE-Guidelines 2.3.7.2. und 2.3.7.3 sowie These 2 zu Affektregulierung und Stabilisierung)

Auch bei Menschen mit Drogen und Alkoholabhängigkeit sowie schweren dissoziativen Symptomen und Neigung zu Selbstverletzung empfehlen die Guidelines, dass dieses Problem zunächst vorrangig behandelt werden sollte (siehe NICE-Guidelines 2.3.7.4; siehe auch Pkt. 2:Affektregulierung, Stabilisierung)

Am besten untersucht und als erfolgreich bewertet sind integrative Therapieansätze im Bereich des Substanzmissbrauchs (Baschnagel et al. 2006, Morrissey et al. 2005), aber auch bei PTBS und Panikstörung (Hinton et al. 2005). Für die Depression sind die Ergebnisse nicht eindeutig (Dunn et al. 2007). In den meisten Studien zur PTBS-Behandlung, die nicht gezielt auf die Komorbidität eingehen, zählen viele psychischen Störungen, die häufig bei einer PTBS bestehen, als Ausschlusskriterium, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse stark beeinträchtigt (Spinazzola et al. 2005).

Komorbide Störungen werden entsprechend der spezifischen Leitlinienempfehlungen behandelt.

Exkurs zu Komplexer PTBS und BPS

Zum Zusammenhang von Borderline Persönlichkeitsstörung und Komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung
(Borderline Personality Disorder and Childhood Trauma: Evidence for a Causal Relationship. Ball JS et al. Current Psychiatry Reports 2009, 11 :63-68)

In diesem Review wurde die Literatur von 1995 bis 2007 gesichtet und hinsichtlich des kausalen Zusammenhangs zwischen BPS und Traumatisierung in der Kindheit untersucht. Zur Beurteilung kamen folgende Kriterien zur Anwendung: Stärke des Zusammenhangs, zeitlicher Auftreten, Dosis-Wirkungsbeziehung, Spezifität, Folgerichtigkeit, biologische und epidemiologische Plausibilität und Analogien (Hill 1984).

Stärke des Zusammenhangs:
Es wird ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der BPS und sexualisierter Gewalt in der Kindheit beschrieben wobei ein Review von Raten zwischen 40% und 70% bei BPS im Unterschied zu anderen Achse I Diagnosen (CSA: 19%-26%) ausgeht (Zanarini et al. 2000).

Zeitliches Auftreten:
Für den zeitlichen Zusammenhang ist die Evidenz schwieriger zu finden da der Großteil der Studien auf retrospektive Angaben der Betroffenen angewiesen ist. Rogosch und Cicchetti (2005) fanden bei Jugendlichen, bei denen Misshandlungserfahrungen dokumentiert waren, signifikante Prädiktoren für die Entwicklung einer BPS.

Dosis-Wirkungsbeziehung:
Drei Studien konnten den eindeutigen Zusammenhang zwischen der Schwere der erlebten Gewalt (2 Studien CSA) und der Ausprägung der BPS Symptome zeigen.

Spezifität:
Hinsichtlich der Spezifität sind die Ergebnisse weniger eindeutig, da immerhin 20-45% (Sabo et al. 1997) der Patienten mit einer BPS keine traumatischen Erfahrungen berichten. Die Autoren gehen von der multifaktoriellen Genese bei der Entwicklung einer BPS aus.

Folgerichtigkeit:
Bezug nehmend auf die vorher zitierten Studien, scheint die Folgerichtigkeit gegeben, da ein Großteil der Studien über höhere Raten von Traumatisierung in der Kindheit bei BPS berichten als bei anderen Achse I Störungen.

Epidemiologische und biologische Plausibilität:

Bezug nehmend auf die Arbeiten von Nahas et al.(2005), Rinne et al.(2005), Schmahl et al.(2006), die ähnliche Veränderungen in Gehirnen von Patienten mit BPS und Patienten mit PTBS Symptomen fanden sei eine biologische Evidenz gegeben.
Die epidemiologische Evidenz wird an der höheren Raten von Frauen mit BPS und der gleichzeitig höheren Missbrauchsrate von Frauen gegenüber Männern abgeleitet.

Analogien:
Es wurden verschiedene multifaktorielle Modelle in der Entstehung von Persönlichkeitsstörungen untersucht, doch bislang noch keine mit empirischer Evidenz für BPS.

Schlussfolgerung:
Die Ergebnisse des Reviews weisen auf einen kausalen Zusammenhang zwischen kindlicher Traumatisierung und der Entwicklung einer BPS hin, insbesondere dann wenn eine multifaktorielle Genese ätiologisch in Betracht gezogen wird.

Exkurs zum Thema Trauma, PTBS und körperliche Erkrankungen:

Herz-Kreislauf-Krankheiten
Kubansky, Koenen et al. (2007) publizierten eine prospektive Längsschnittsstudie, die ein erhöhtes relatives Risiko von 1.26 für Myokardinfarkt und letale KHK bei PTBS fand. Mindestens 5 gut kontrollierte Studien haben retrospektiv erhöhte Risiken bei PTBS gefunden. Als pathogenetische Verbindungen werden die verlängerte endokrine Stressreaktion sowie Verhaltensveränderungen (z.B. Rauchen, Substanzabhängigkeit) diskutiert (Shalev 2001). Dazu gibt es bisher aber keine prospektiven Studien.

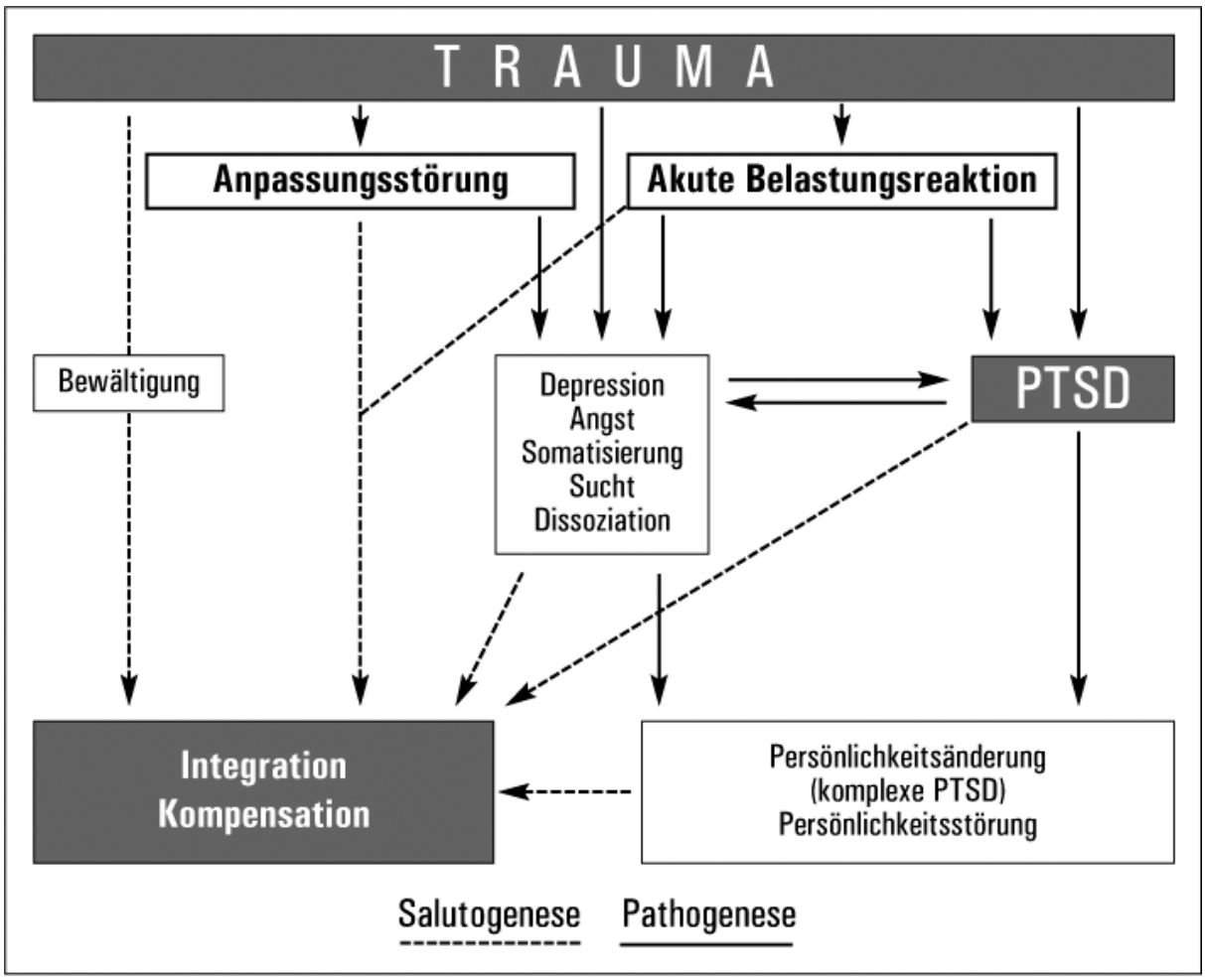
Immunologische Erkrankungen (dermatologisch, Arthritis, Asthma etc.)
Ca. 5 retrospektive Studien liegen vor, die jeweils mehrere Krankheiten untersuchten. Die Befundlage des Zusammenhangs ist recht eindeutig, mit ca. 4/5 der Befunde die einen Zusammenhang belegen und 1/5 der Befunde, die ihn nicht statistisch absichern können. Die Zusammenhänge zwischen PTBS und den Krankheiten war nach dem systematischen Review von Qureshi et al. (2009) wie folgt signifikant: Arthritis ($p = .001$), Asthma ($p = .001$), Ekzem ($p < .05$).

Exkurs zum Zusammenhang von PTBS nach Schädelhirntrauma (SHT)

In Review des Institutes of Medicine wurde die Literatur von 1960 bis 2008 gesichtet und hinsichtlich des kausalen Zusammenhangs zwischen Schädelhirntraumata und Langzeitfolgen untersucht. Eine der Kategorien waren psychiatrische Störungsbilder nach Schädelhirntraumata. Differenziert wurden die Studien nach Folgen bei der Zivilbevölkerung und Militär Zur Beurteilung kamen folgende Kriterien zur Anwendung: Stärke des Zusammenhangs, zeitlicher Auftreten, Dosis-Wirkungsbeziehung, Spezifität, Folgerichtigkeit, biologische und epidemiologische Plausibilität und Analogien (Hill 1984). Als Problem der Studien sehen die Autoren die Überschneidung zwischen dissoziativen Symptomen und Symptomen nach Schädelhirntraumen. In den Studien fand sich bei Vorhandensein von leichtem SHT und PTBS eine intensivere Symptomatik in Bezug auf Konzentrationsstörungen, Kopfschmerzen, Geräuschempfindlichkeit gegenüber Patienten mit leichtem SHT ohne PTBS. Hinsichtlich des Zusammenhang zwischen leichtem SHT und PTBS in der Zivilbevölkerung sehen die Autoren einen unzureichenden Zusammenhang, für Soldaten sehen sie einen begrenzten Zusammenhang zwischen leichtem SHT und PTBS

In einer aktuellen prospektiven australischen Studie (Bryant et al) fanden die Autoren die Entwicklung einer PTBS nach leichtem SHT nach 12 Monaten doppelt so häufig im Vergleich zu der Gruppe ohne SHT.

Übersicht traumareaktiver Entwicklungen



Diagnostik:

- Diagnostik nach klinischen Kriterien *(s.o.)*
- Berücksichtigung traumatischer Auslöser bei der Beschwerdeentwicklung
- Abgrenzung gegenüber akuten Belastungsreaktionen, Anpassungsstörungen und relevanten psychischen Vorerkrankungen
- Berücksichtigung traumaassoziierter und komorbider Störungen *(Angststörungen, Depression, somatoforme Störungen, dissoziative Störungen, Suchterkrankungen, Substanzmißbrauch, Organerkrankungen)*
- Diagnosesicherung am besten durch PTBS-spezifisches Interview/ ergänzende psychometrische Diagnostik *(Wichtig: sensible Exploration)*
- Berücksichtigung subsyndromaler Störungsbilder mit klinischer Relevanz *(z.B. Intrusionen und Übererregungssymptome ohne Vermeidungsverhalten)*

Cave! Übersehen einer PTBS

- bei lange zurückliegender Traumatisierung *(z.B. körperliche und sexualisierte Gewalt bei Kindern, frühere Kriegserfahrungen),*
- bei klinisch auffälliger Komorbidität *(Depression, Angst, Somatisierung, Sucht, Dissoziation)*

- bei unklaren, therapieresistenten Schmerzsyndromen
  (z.B. somatoforme Schmerzstörung),
- bei misstrauischen, feindseligen und emotional-instabilen Verhaltensmustern
  (z.B. insbesondere bei Persönlichkeitsstörungen),
- bei medizinischen Eingriffen und Erkrankungen
  (z.B. Malignome, Patienten nach Intensivbetreuung, Problemgeburten).

Leitlinienempfehlung 3:

➢ Die Diagnostik der PTBS soll nach klinischen Kriterien (ICD 10) erfolgen. 33/36 ▲▲

Leitlinienempfehlung 4:

➢ Zur Unterstützung der Diagnostik können psychometrische Tests und PTBS- spezifische strukturierte klinische Interviews eingesetzt werden. 33/36 ◄►

Erläuterungen zu Leitlinien-Empfehlungen 3 und 4:

Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung

1. Diese Übersicht über die Diagnostik bei PTBS erfolgt unter den Gesichtspunkten

- die grundsätzliche klinische Haltung im diagnostischen Gespräch bei Patienten mit Traumafolgestörungen darzustellen;
- eine Übersicht über die mittlerweile im deutschsprachigen Raum verfügbaren (und sich ständig erweiternden) Möglichkeiten der operationalisierten Diagnostik zu geben;
- die hohe Komorbidität der PTBS-Patienten in die klinische Diagnostik einzubeziehen und einige der bewährteren Diagnostikinstrumente in diesem Bereich mit anzusprechen;
- unter dem Gesichtspunkt der Handlungsempfehlungen für deutsche Diagnostiker, die (überwiegend) deutsche Patienten untersuchen, aber in der überwiegenden Zahl englischsprachige Literatur berücksichtigen müssen, eine gewisse Gewichtung der Instrumente (soweit sie zum Zeitpunkt des Schreibens vorlagen) zu treffen.

Dies bedeutet zwangsläufig eine Eingrenzung der Vielzahl der vor allem in den USA verfügbaren Messinstrumente. Auf der anderen Seite ermöglicht dies eine Übersichtlichkeit unter dem Gesichtspunkt der Patientenversorgung hier in Deutschland, der die Leitlinien dienen sollen. Unter dieser Aufgabenstellung ergeben sich in einigen Bereichen der Diagnostik von PTBS interessante Forschungsfragen, deren Bearbeitung für die Versorgung der heute noch häufig fehldiagnostizierten PTBS-Patienten relevant sein könnte.

2. Das diagnostische Gespräch

Die diagnostische Einschätzung einer traumabedingten Störung erfolgt auf der Basis des klinischen Befundes, der im Rahmen eines diagnostischen Gespräches erhoben und durch eine weiterführende operationalisierte Diagnostik in Form von Interviews und/oder Fragebögen ergänzt wird. Zur umfassenden Diagnostik gehört die Traumadiagnostik mit Erhebung der Spontanabgaben, Symptomatik und Erfassung belastender und traumatischer Ereignisse. Diese spezifische Diagnostik muss in eine Gesamtdiagnostik eingebettet sein, welche die Aus- und Nachwirkungen auf die aktuelle Lebenssituation und komorbide Symptome erfasst, aber auch salutogenetische Faktoren und den prätraumatischen Status erfragt. Bei der Diagnose muss also die Gesamtsituation der Betroffenen erhoben werden – einschließlich der aktuellen Lebenssituation (Familien-, Wohn- und Arbeitssituation, gesundheitlicher Status, Rechts- und Aufenthaltssituation bei Flüchtlingen) und möglicher Belastungen sowie aktuell wirksamer Faktoren, welche die Sicherheit der Betroffenen weiterhin gefährden (Täterkontakte, Gewaltbeziehungen). Posttraumatische Störungen werden vermutlich bislang zu selten diagnostiziert (Zimmermann u. Mattia 1999; Taubmann-Ben-Ari et al. 2001), insbesondere dann, wenn die traumatischen Erfahrungen länger zurückliegen und die Symptomatik nicht dem klassischen Bild der akuten PTBS entspricht. Dies mag teilweise an dem noch unzureichenden Fachwissen in der klinischen und therapeutischen Versorgung liegen (s. z. B. Denis et al. 2000). Es spielen aber auch den Störungsbildern innewohnende Phänomene eine Rolle, die das Erkennen posttraumatischer Symptome und Störungen erschweren (s. auch Hermann 1992a, b; 2003; Steinberg 1994; Maercker 2003a; Schützwohl 2003; Reddemann 2004):

- Patienten schildern verschiedene (nicht ausschließlich traumaassoziierte) Symptome (z. B. Depressionen, Angst, Nervosität), bringen diese jedoch – aus Scham oder (unbewusster) Vermeidung – nicht in Zusammenhang mit zurückliegenden Traumatisierungen.
- Patienten können Schwierigkeiten haben, sich als hilfsbedürftig zu definieren und haben den Anspruch, aus eigener Kraft das Trauma zu bewältigen.
- Patienten mit personalen Traumatisierungen leiden häufig unter einem erschütterten Vertrauen und haben im Erstkontakt erhebliche Schwierigkeiten, sich mit ihren Problemen mitzuteilen. Viele Symptome werden erst offenbart, wenn sich im Laufe einer Therapie ein Vertrauensverhältnis entwickelt hat.
- Patienten schildern nur einen Teil der Beschwerden, weil ihnen die Symptomatik als

solche gar nicht bewusst ist (z.B. bei dissoziativen Symptomen).

Bei dem diagnostischen Vorgehen sind folgende Kriterien zu beachten:

- Voraussetzung für eine genaue Diagnosestellung ist der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung. Diese sollte schon während der Diagnostikphase durch eine sichere, störungsfreie Gesprächs-Atmosphäre und behutsame Fragestellung gefördert werden.
- Dem erhöhten Bedürfnis nach Kontrolle und Selbstbestimmtheit vieler traumatisierter Patienten muss Rechnung getragen werden. Häufig ist ein adäquates Eingehen auf für sie notwendige Rituale (ausreichender körperlicher Abstand zur Untersuchungsperson, Türen offen lassen, Mitnehmen einer Vertrauensperson, Entfernen von Triggern im Gesprächsraum) Voraussetzung dafür, dass sie sich überhaupt mitteilen können.
- Posttraumatische Symptome müssen aktiv erfragt werden, da viele Patienten nicht spontan davon berichten. Die Symptome können vielfältige Ausdrucksformen und Ausprägungsgrade annehmen; dem muss durch flexible Fragetechniken Rechnung getragen werden.
- Die spezifische Dynamik von traumainduzierten Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen muss berücksichtigt werden, um traumatisch erlebte Reinszenierungen und unkontrollierte Gegenübertragungs-Reaktionen zu vermeiden (z. B. durch forcierte Traumaexploration, aber auch durch starre Untersuchungsabläufe, Überforderung der Patienten, abweisende Haltung gegenüber der Mitteilung traumatischen Materials).
- Traumatische Ereignisse sollten im ersten diagnostischen Gespräch ohne Scheu mit der Haltung einer „parteilichen Abstinenz“ (Fischer u. Riedesser 1998) erfragt werden.
- Die Vermittlung eines Erklärungsmodells für die Symptome als menschliche Reaktion auf Extrembelastung (Psychoedukation) und die Benennung der Störung im Sinne einer posttraumatischen Diagnose führen in der Regel zur Entlastung der Betroffenen.
- Bei akuter Traumatisierung ist zudem die vorbeugende Aufklärung über eventuell zu erwartende Symptome wichtig.
- Dem diagnostischen Gespräch kommt somit für die weitere Behandlung der traumabedingten Störungen weichenstellende Bedeutung zu. Hierbei spielt vor allem die Frage eine Rolle, ob es im Erstkontakt gelingt, eine ausreichend vertrauensvolle Beziehung herzustellen, die es dem Patienten oder der Patientin ermöglicht, sich mit den traumatischen Erfahrungen und möglichen Folgesymptomen auseinander zu setzen und mitzuteilen. Felitti et al. (1998) leiten aus ihrer umfangreichen

Querschnittsstudie über Risikofaktoren die Empfehlung ab, Fragen nach traumatischen Kindheitserfahrungen und deren Auswirkungen auf das bisherige Leben der Betroffenen bereits in die Routinediagnostik der Primärversorgung aufzunehmen.

3. Grundsätzliche Möglichkeiten und Schwierigkeiten der Diagnostik bei PTBS

3.1 Schwierigkeiten bei der diagnostischen Zuordnung

Auf der Basis der klinischen Befunde erfolgt eine erste Einschätzung und Zuordnung zu den verschiedenen Traumafolgestörungen. Auf die Problematik der bislang noch unbefriedigenden Kategorisierung im DSM-IV und in der ICD-10 wurde bereits in den Kapiteln 1.3 und 2.1 hingewiesen. Ein erstes diagnostisches Problem zeigt sich bereits bei der Posttraumatischen Belastungsstörung in der Definition der Störung. Es ist manchmal bei einem Patienten schwer zu entscheiden, ob seine Störung durch ein „Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß“ verursacht wurde, das „bei nahezu jedem tief greifende Verzweiflung auslösen würde“. Diese Definition des Kriteriums A ist zwar durch die Einschränkung „nahezu jedem“ etwas breiter gefasst, aber beispielsweise bei Patienten, die das Ereignis im Sinne einer dissoziativen (Teil-)Amnesie nicht mehr erinnern (und dies ist umso häufiger der Fall, je schwer wiegender das Ereignis war), diagnostisch manchmal schwer einzuschätzen. Obwohl über eine große Zahl von Ereignissen, die unter diese Definition des Kriteriums A fallen, Einigkeit bestehen dürfte (wie z. B. Vergewaltigungen, Unfälle, Kriegsereignisse oder Folter), gibt es doch auch Beschreibungen von Fällen, die weniger einschneidende Ereignisse erleben, aber dennoch das in den weiteren Kriterien B, C und D beschriebene Bild einer Posttraumatischen Belastungsstörung entwickeln (Scott u. Stradling 1994). Dieser „individuelle Faktor“, der bei psychisch scheinbar geringeren Traumatisierungen manchmal schon zu einer PTBS-Symptomatik führen kann, bei der Mehrzahl von schwer Traumatisierten aber auch verhindert, dass sich ein Krankheitsbild im Sinne einer PTBS ausbildet, wird möglicherweise auch in naher Zukunft nur schwer in der PTBS-Diagnose erfassbar sein. Kliniker und Gutachter sollten jedoch darauf hingewiesen werden, dass gerade bei PTBS solche individuellen Unterschiede in der Reaktion auf Traumatisierungen nicht ganz untypisch zu sein scheinen. Forschungen in Richtung spezifischer Vulnerabilitäten und Schutzfaktoren scheinen hier viel versprechend.

Sinnvoll scheint der von Kulka et al. (1990) im Rahmen der Studien zur NVVRS (National Vietnam Veterans Readjustment Study) in die Diskussion gebrachte Begriff der partiellen PTBS (an dem neben den 500 000 Veteranen mit dem vollen Bild von PTBS noch 350 000

weitere Vietnam-Veteranen litten). So können auch im Alltag belastende und beeinträchtigende Teilsyndrome erfasst und behandelt werden.
Nicht aufgenommen in das DSM wurde die von Herman (1993) vorgeschlagene Diagnose der chronischen komplexen PTBS. Nichtsdestoweniger erfüllen viele dieser häufig chronisch kranken, meist in der Kindheit in ihren Familien traumatisierten Patienten nicht selten auch alle Kriterien der „klassischen“ PTBS. Aus diesem Grund soll in dieser Übersicht zumindest ein Instrument, das derartige Störungsbilder erfasst, der DESNOS, mit aufgeführt werden.
Die in der ICD-10 aufgeführte Diagnose der andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0) stellt hier eine gewisse Annäherung an das Störungsbild der komplexen Traumastörung dar, die Kategorie erfasst das Störungsbild vieler Extremtraumatisierter jedoch nur unvollständig. Außerdem liegen derzeit keine validierten diagnostischen Instrumente für die Störung vor.
Gerade bei den chronisch erkrankten Traumapatienten, wie die nach traumatischen Ereignissen sozial dekompensierten Erwachsenen (Vietnam-Veteranen oder Folteropfer), aber auch bei in der Kindheit misshandelten Patienten ist der Anteil derer, die gleichzeitig an anderen Störungen leiden (Komorbidität), besonders hoch. Er liegt in der Regel bei PTBS zwischen 60 und 100 % (Helzer et al. 1987; Kulka et al. 1990).

3.2 Operationalisierte Diagnostik

Standardisierte Messinstrumente können die Diagnosestellung bei dem Verdacht auf eine posttraumatische Störung unterstützen und optimieren, da sie die Untersuchung unabhängiger von der Person des Untersuchers machen und feststehende Kriterien zur Beurteilung der Ergebnisse bieten. Seit einigen Jahren liegt insbesondere in der englischen Sprache eine Fülle verschiedenster erprobter Messinstrumente vor. Eine gute Zusammenstellung findet sich in dem Standardwerk von Wilson und Keane (1997). Eine Übersicht über wichtige deutschsprachige Instrumente findet sich bei Schützwohl & Haase (2009). Wie bereits oben erwähnt sollen hier in erster Linie die für die hiesige klinische Versorgung relevanten Instrumente vorgestellt werden.

Grundsätzlich ist zwischen Screening-Skalen und Diagnoseinstrumenten zu unterscheiden. Letztere liegen meist als strukturierte klinische Interviews vor, die systematisch die Symptomatik des Krankheitsbilds gezielt abfragen. Für einen

zuverlässigen Einsatz von Interviews sollte ausreichend klinische Erfahrung mit Traumafolgestörungen vorliegen und die Anwendung der Interviews sollte in einer Schulung erlernt werden.
Die Anwendung von Selbstbeurteilungs-Fragebögen ist meist zeitökonomischer, da sie vom Patienten selbst ausgefüllt werden. Sie können wichtige Informationen über das gesamte Symptomspektrum sowie über Symptomhäufigkeit, Intensität und Beeinträchtigungsgrad geben. Diese Fragebögen eignen sich nach Meinung der meisten Experten zwar nicht zur primären Diagnosestellung, können aber als Screening wertvolle Hinweise auf eine mögliche PTBS-Diagnose geben. Zudem ergänzen und untermauern sie den klinischen Eindruck und dienen der Verlaufskontrolle in Behandlungen.

3.3 Belastung der Patienten durch die Diagnostik

Bei der Übersicht über die diagnostischen Instrumente sollte der Hinweis nicht vergessen werden, dass jede Art von Traumadiagnostik für einen Patienten belastend sein kann. In der Regel werden allein schon durch das Abfragen und Erinnern schmerzhafte Erfahrungen wieder aktiviert und in der Folgezeit, nach der Diagnostik, wieder lebendiger und belastender. Die Diagnostik sollte daher auch vom Gesichtspunkt der Belastung geplant werden. Schon aus dem Grunde sollte vor jeder operationalisierten Diagnostik in der Regel zunächst das klinische Gespräch stehen.

4 Übersicht über die deutschsprachigen Instrumente

4.1 Diagnostische Interviews

Das SCID-PTBS (Structured Clinical Interview for DSM)
Das SCID ist ein von Spitzer und Williams (1986) entwickeltes und häufig eingesetztes Interview zur Erfassung psychischer Störungen, das auch in einer deutschen Übersetzung von Wittchen et al. (1997) vorliegt. Posttraumatische Belastungsreaktionen werden durch ein inzwischen neu in das SCID aufgenommenes PTBS-Modul erfasst, welches ca. 20 Minuten dauert. Es werden Screening-Fragen zu den in der Posttraumatischen Belastungsstörung im DSM-IV definierten Symptomkomplexen gestellt, die durch Nachfragen weiter abklärbar sind. Das SCID hat amerikanischen Studien zufolge eine ausgezeichnete Übereinstimmung mit den Diagnosen erfahrener Kliniker (Kappa-Koeffizient 0,93), sehr gute Reliabilität und Validität. Die einzige Schwachstelle, die es mit den meisten anderen PTBS-Interviews teilt, ist, dass bei der Sensitivität von 81,2 % PTBS-

Diagnosen „übersehen“ werden können. Wenn die anwendenden Kliniker aber darüber informiert sind, dies kritisch würdigen und im Grenzfall die Diagnose mit einem anderen Instrument überprüfen, ist das SCID-PTBS eines der einfachen und guten diagnostischen Interviews. Es wird von vielen Klinikern in den USA als „gold standard“ für eine PTBS-Diagnose angesehen und häufig eingesetzt. Dass die Stellung der Diagnose durch umfangreichere klinische Diffentialdiagnostik abgerundet werden muss, um fundierte Therapieplanungen durchführen zu können, gilt für das SCID-PTBS ebenso wie für die anderen diagnostischen Interviews.

CAPS (Clinician Administered PTBS Scale)

Die CAPS (Clinician Administered PTBS Scale) ist ein strukturiertes Interview zur Messung der Häufigkeit und Intensität von 17 Symptomen der PTBS und orientiert sich sehr eng an den DSM-Kriterien (Blake et al., 1995). Mehrere Studien zeigten, dass die CAPS ein reliables und valides Instrument ist. Zunächst wird dem Probanden eine Liste mit schwerwiegenden Lebensereignissen vorgelegt, dann werden anhand der schwerwiegendsten Ereignisse Häufigkeit und Intensität der auftretenden Symptome auf einer fünfstufigen, verhaltens-verankerten Skala beurteilt. Schließlich werden Beginn und Dauer der Symptome erfasst sowie der Grad der subjektiven Beeinträchtigung in wichtigen Lebensbereichen und Begleitsymptome (in der deutschen Version von Karl, 2000: Schuldgefühle/Ärger). Im Anschluss an das Interview beurteilt der Untersucher die Validität der Aussagen, die Gesamtschwere der Symptomatik und die Verbesserung der Symptomatik bei wiederholter Einschätzung bzw. die Verbesserung der Symptome innerhalb der vergangenen sechs Monate. Die Checkliste für Lebensereignisse, die dem Probanden zu Beginn der Untersuchung vorgelegt wird, umfasst sieben Ereignisse: Erfahrungen im Kriegseinsatz, körperliche Bedrohung oder Verletzung, Vergewaltigung, sexueller Missbrauch in der Kindheit, das Erleben von Naturkatastrophen, schwerwiegenden Unfällen und Gefangenschaft. Zudem wird erhoben, ob der Proband Zeuge eines der o.g. Ereignisse war oder andere schwerwiegende Ereignisse erlebt hat. Der Proband markiert die auf ihn zutreffenden Ereignisse. Für die beiden schwerwiegendsten Ereignisse werden dann wichtige Zusatzinformationen (Alter, Häufigkeit, beteiligte Personen sowie das Kriterium A der PTB) erhoben. Die CAPS kann eingesetzt werden zur Diagnose und Schweregradbeurteilung der PTBS sowie der akuten Belastungsstörung. Sie kann in ca. 45 Minuten durchgeführt werden und erfüllt in der amerikanischen Version die testpsychologischen Kriterien von Sensitivität und Spezifität

gut (Weathers et al. 2001). Neben der Version von Karl (2000) liegen weitere deutsche Übersetzungen von Nyberg und Frommberger (2001), sowie Schnyder und Moergeli (2002) vor.

DIPS (Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen)

Das DIPS, ein übersichtliches Interview (Markgraf et al. 1994; Schneider u. Markgraf, 2006), prüft, ob die 17 Symptome, die zur Diagnostik einer PTBS erforderlich sind, vorhanden sind. Es ist an den Kriterien des DSM-IV ausgerichtet und weist zufrieden stellende Werte für Reliabilität und Validität auf. Das Interview erlaubt bei einer Durchführungszeit von 30 bis 45 Minuten die Erfassung der wichtigsten Störungskategorien einschließlich der akuten Belastungsstörung. Außerdem ermöglicht es eine Überführung der DSM-IV-Diagnosen in ICD-10-Diagnosen.

Das DIA-X-Interview

Das DIA-X-Interview (Wittchen u. Pfister 1997) ist als Weiterentwicklung des CIDI (Composite International Diagnostic Interview) ein moduläres diagnostisches Beurteilungssystem, das die diagnostische Zuordnung nach DSM-IV und ICD-10 ermöglicht. Das Interview wird in zwei Versionen eingesetzt (Lebenszeitversion, letzte zwölf Monate als Querschnittsversion), die Zeitpunkt und Dauer einer Symptomatik erfassen. Ähnlich wie das PTBS-Modul des SCID eignet sich das Interview gut zur klassifikatorischen Diagnostik. Es kann computerisiert gesteuert und ausgewertet werden. Erfasst werden häufige Formen psychischer Störungen des Jugend- und Erwachsenenalters. Die Traumaliste des DIA-X (CIDI) ist Bestandteil des Kapitels zur Diagnostik der PTB und besteht aus einer einfachen Liste von Ereigniskategorien. Diese Liste wird den Probanden in der Regel schriftlich vorgelegt. Diese schriftliche Vorlage soll die Beantwortung der Fragen auch bei heiklen Angelegenheiten (insbesondere bei sexuellem Missbrauch) erleichtern (Breslau, Kessler & Peterson, 1998). Es ist auch möglich, die Traumaliste mündlich zu erfragen. Erfasst werden in Interviewform mit neun Items Erfahrungen im Kriegseinsatz, körperliche Bedrohung, Vergewaltigung, sexueller Missbrauch in der Kindheit, Naturkatastrophen, Unfälle, Geiselhaft/Gefangenschaft sowie weitere Ereignisse. Das Antwortformat ist zweistufig. Es sind im Anschluss zusätzliche Fragen zu erlebter Angst, Hilflosigkeit oder Schrecken (A2 Traumakriterium), Fragen nach dem schlimmsten Ereignis und Alter bei dessen Auftreten vorgesehen. Reliabilität und Validität werden von den Autoren als hoch angegeben. Dennoch beinhaltet die

standardisierte Form des Interviews mögliche Fehlerquellen, wodurch die Validität beeinträchtigt sein kann. Von Nachteil ist auch die fehlende internationale Vergleichbarkeit der Ergebnisse.

4.2 Selbstbeurteilungsverfahren

Zwei Grundprobleme vieler bisher vorliegender Messinstrumente sind bislang noch nicht befriedigend gelöst:

- Die überwiegend im angloamerikanischen Sprachraum validierten und bewährten Messinstrumente sind alle am DSM-III bzw. DSM-IV ausgerichtet. Die in Europa gültige Klassifikation von Erkrankungen ist jedoch die ICD-10, die sich zwar in vielen, aber nicht in allen Diagnosekriterien nach dem DSM richtet.
- Einige Instrumente verwenden ein Zeitfenster, in dem die erfragte Symptomatik aufgetreten sein muss. Diese Zeitfenster können in verschiedenen Varianten des gleichen Instruments unterschiedlich sein (z. B. in der IES; s. u.) und so zu verschiedenen Ergebnissen führen. Auch kann das Instrument überhaupt kein Zeitfenster verwenden (wie z. B. der FDS; s. Kap. 5.5.2). Dieser Umstand führt zu verschiedenen Problemen, z. B. in der Messung von Veränderungen.

Die IES (Impact of Event Scale) und die IES-R

Die IES ist der weitaus geläufigste Test und wurde, im Gegensatz zu anderen der amerikanischen Instrumente, bei vielen verschiedenen Populationen von Traumapatienten angewandt. Er wurde 1979 von Horowitz et al. veröffentlicht und fragt in 15 Items nach Symptomen der Vermeidung/Betäubung und der Intrusion. Die Sensitivität ist mit 0,91 sehr gut, die Spezifität mit 0,61 etwas geringer. In den USA gibt es leider zwei Auswertungssysteme in den Veröffentlichungen, was bei Literaturvergleichen Gewicht haben kann (Green 1991). Die erste deutsche Übersetzung der Skala wurde 1994 von Ferring und Fillip bezüglich ihrer psychometrischen Eigenschaften als zufrieden stellend beschrieben. Eine Übersetzung wurde von Hütter und Fischer an mehr als 850 Patienten (mit einer Kontrolle von Medizinstudenten) validiert und entspricht in ihrer Auswertung etwa den amerikanischen psychometrischen Werten und Schwellenwerten (Hütter u. Fischer 1997). Die vollständige Validierung kann hier lediglich durch Vergleiche mit interviewdiagnostizierten PTBS-Fällen abgerundet werden.

Die um eine Übererregungsskala erweiterte Version der IES-R (R = Revised) hat 22 Items (Weiss u. Marmar 1996) und wurde in Deutschland an 158 politisch Inhaftierten und

Kriminalitätsopfern überprüft und in den bei der Fallzahl sicher noch eingeschränkt verallgemeinerbaren, psychometrischen Werten für gut befunden (Maercker u. Schützwohl 1998). Da die 22 Items der IES-R nicht den 17 DSM-IV Symptomen entsprechen, ist es auch mit der revidierten Version nicht möglich, Patienten zuverlässig differentialdiagnostisch zu klassifizieren – auch nicht von Maercker und Schützwohl (1998) publizierten diagnostischen Formel.

Die PDS (Posttraumatic Diagnostic Scale)

Die PDS (Foa, 1995) ist ein aus 49 Items bestehender Selbstberichtfragebogen. Es erfasst die diagnostischen Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung angelehnt an das DSM IV und setzt sich zusammen aus einem Ereignisteil, in dem das Erleben zwölf verschiedener, potentiell traumatischer Ereignisse (Cluster A) systematisch erfasst wird und einem zweiten Teil, in dem die Symptome in enger Anlehnung an die DSM-IV Kriterien (Cluster B, C und D) ermittelt werden. Mit Hilfe der PDS ist es zusätzlich möglich, das Ausmaß der posttraumatischen Belastungssymptomatik zu quantifizieren, weshalb der Fragebogen auch zu Evaluationszwecken und zur Überwachung der Symptomatik im zeitlichen Verlauf eingesetzt werden kann. Zur Berechnung des Schweregrads wird die Ausprägung der Symptome aus den Symptombereichen Wiedererleben (B), Vermeidung (C) und Arousal (D) (17 Items) auf einer vierstufigen Skala von „überhaupt nicht oder nur ein mal im letzten Monat“ (0) bis „5 mal pro Woche/fast immer“ (3) herangezogen. Aus diesen Angaben berechnet sich bei 17 erfassten Symptomen (DSM-IV Kriterien einer PTBS) ein Gesamtwert (severity score), welcher zwischen 0 und 51 liegen kann. Ein Wert ≤ 10 kennzeichnet eine milde Symptomatik, Werte ≥ 11 und ≤ 20 eine mittlere, ≥ 21 und ≤ 35 eine mittlere bis schwere sowie Werte über 36 eine sehr schwere Symptomatik. Die volle Diagnose einer PTBS liegt vor, wenn mindestens ein traumatisches Erlebnis berichtet wird, für das Cluster B ein Symptom, für das Cluster C drei Symptome und für das Cluster D zwei Symptome bejahrt werden. Ferner müssen die Probleme mindestens über einen Zeitraum von einem Monat bestehen und aus einer Liste neun verschiedener Lebensbereiche sollte mindestens in einem Bereich eine subjektive Beeinträchtigung angeben worden sein (Ja vs. Nein). Die innere Konsistenz für die Gesamtsymptomskala des PDS wird mit Cronbach´s α zwischen .92 und .97 als hoch angegeben (Foa, 1995; Coffey et al., 1998), die Kriteriums- und Konstruktvalidität wurde in mehreren Studien nachgewiesen (e.g. Coffey et al., 1998). Die deutsche Übersetzung eingesetzt weist zufriedenstellende Gütekriterien (Griesel et al., 2006).

Kurze Screening-Skala für PTBS (Breslau-Skala)

Die 7 Items umfassende sog. Breslau-Skala ist die deutsche Fassung (Siegrist & Maercker, 2010) der Kurzen Screening-Skala für Posttraumatische Belastungsstörungen nach DSM-IV (Breslau et al., 1999). Sie sticht im englischsprachigen Raum durch eine hervorragende und mehrfach überprüfte Testgüte und Anwendungsökonomie hervor. Die deutsche Fassung wurde in epidemiologischen Studien bei grossen repräsentativen Stichproben aus der Schweiz und Deutschland eingesetzt und wies gute Anwendungseigenschaften und hohe interne Konsistenzen auf. Erste Validierung der deutschen Fassung an einem Aussenkriterium steht in kleineren Studien zeigten eine hohe Übereinstimmung mit der mittels strukturierter klinischer Diagnostik erhobenen Posttraumatischen Symptombelastung. Eine 9-Item-Version ist verfügbar, in der auch Intrusionen und Flashbacks gemessen werden, die in der 7-Item-Version nicht erfasst werden.

Der PSS-SR (PTBS Symptom Scale-Self Report)

Der PSS-SR ist ein von Foa et al. (1993a) veröffentlichtes und validiertes, eng am DSM orientiertes Instrument, das 47 traumabezogene Items in vier Gruppen abfragt. Für die amerikanische Version beschreibt Foa eine Tendenz zur Unterschätzung der Diagnose. Eine deutsche Übersetzung wurde von Winter et al. (1992) angefertigt und in ihrer Validität und Spezifität belegt. Eine modifizierte Version der Skala wurde von Steil und Ehlers (1996) vorgelegt und berücksichtigt neben der Häufigkeit der Symptome auch das Ausmaß, in dem die Patientinnen unter den Symptomen leiden.

Die PTSS-10 (Post Traumatic Stress Scale-10)

Die PTSS-10 ist ein aus lediglich zehn Fragen bestehender Fragebogen, der ursprünglich von Holen et al (1983) entwickelt wurde und nach allgemeineren Traumasymptomen wie Schlafstörungen, Albträumen, Stimmungsschwankungen, traumabezogenen Ängsten und Schreckhaftigkeit fragt. Diese nicht rein PTBS-spezifischen Symptome lassen sich (was eines der Probleme spezieller PTBS-Skalen zu sein scheint) nicht ausreichend mit der Diagnose einer PTBS in Zusammenhang bringen. Hinsichtlich interner Konsistenzen und konvergenter und divergenter Validität wurden die PTSS-10 auch in einer deutschen Übersetzung evaluiert (Stoll et al. 1999; Maercker 2003b). Aufgrund der Unspezifität wird diese Skala allerdings nur noch selten verwendet, da sie eine substantielle Anzahl von falsch Positiven produziert

Essener Trauma-Inventar (ETI): Das ETI ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen und erfasst zum einen ein breites Spektrum an traumatischen Ereignissen und zum anderen die beiden posttraumatischen Störungen Akute Belastungsstörung (ASD) und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) nach DSM-IV. In der Validierung an einer Stichprobe von N=952 psychisch und körperlich Kranken sowie gesunden Probanden fanden sich gute Reliabilitätskennwerte, wobei die Gesamtskala (23 Items) ein Chronbachs Alpha von .95 aufwies. Die 4-Faktoren-Struktur (Intrusion, Vermeidung, Hyperarousal und Dissoziation) konnte gut bestätigt werden.

Der AFT (Aachener Fragebogen zur Traumaverarbeitung)
Der AFT umfasst 29 Items (5-Punkt-Likert-Skalen), die den DSM-IV-Kriterien für Posttraumatische Belastungsstörung sowie dem Kriterium B der akuten Belastungsreaktion (dissoziative Reaktion) entsprechen (APA 1994; Flatten et al. 1998). Er wurde als Screening-Bogen für den Einsatz auf chirurgischen Unfallstationen entwickelt. Durch die Einbeziehung der peritraumatisch dissoziativen Reaktionen kann der AFT für die akute Belastungsreaktion und die Posttraumatische Belastungsstörung gleichwertig eingesetzt werden. Er erfasst wesentliche Prädiktoren und eignet sich für Verlaufskontrollen. Die Validierung wurde in der Universität Aachen an überwiegend medizinisch erkrankten Patienten (nach Unfalltrauma) und an Medizinstudenten vorgenommen.

Der DESNOS (Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified)
Am Konzept der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (mit Somatisierungen Dissoziation und Affektregulationsstörungen etc.) im Sinne von Herman (1992a) wurde durch die Arbeitsgruppe von van der Kolk in Boston (van der Kolk 1993) ein 27-Item-Interview und -Fragebogen entwickelt. Eine deutsche Übersetzung ist in der Ambulanz für Unfall- und Gewaltopfer der Universität Köln in Erprobung. Ob die Faktorenstruktur der postulierten sieben Faktoren in weiteren Untersuchungen in dieser Konstellation reproduzierbar ist oder sich andere Cluster der sieben postulierten Symptomkomplexe in weiteren Untersuchungen bei und unter komplex traumatisierten Patientinnen differenzieren, muss abgewartet werden. Die Erfassung der Traumapatienten mit dieser Symptomkonstellation ist vor allem deshalb relevant, weil sie bei chronischen Traumapatienten nicht selten ist und sich mit der systematischen Erfassung der Symptomkonstellation möglicherweise weitere differenzialdiagnostische und therapeutische Möglichkeiten für diese Patientengruppe ergeben können.

Eine Interviewversion ist als SIDES (Structured Interview for Disorders of Extreme Stress) in den USA (Pelcovitz et al. 1997), in den Niederlanden und in Deutschland (Teegen u. Vogt 2002) erprobt worden. Eine deutschsprachige validierte Fassung liegt inzwischen als I-KPTBS vor (Boroske-Leiner et al. 2008).

5 Erfassung relevanter Komorbidität

5.1 Depressive Störungen und Ängste und dissoziative Störungen

Depressionen und Ängste sind sehr häufige, nicht selten zu Beginn der Diagnostik als jeweils alleinige Störung imponierende Komorbiditäten bei PTBS (Mueser et al. 1998). Bewährte Instrumente liegen für beide Störungsbilder vor und werden von vielen Klinikern auch in der Routinediagnostik aller PTBS-Patienten eingesetzt.

Dissoziative Störungen sind sehr häufig in der Komorbidität (Kessler et al 1995; Resick, 2003) und können zu Komplikationen in der Behandlung führen (Gast 2004b). Daher ist gerade bei PTBS in komplexer Form eine Diagnostik oder zumindest ein Screening nach diesen Störungen anzuraten.

Der Fragebogen für Dissoziative Störungen (FDS)

Ein bewährtes Suchinstrument zur Erfassung ist die DES (Dissociative Experience Scale), die von Bernstein und Putnam (1986) entwickelt wurde. Die Skala besteht aus 22 Items und existiert in mehreren Übersetzungen. Die autorisierte Übersetzung wurde von Freyberger et al. (1999) auf 44 Items (vor allem im Bereich der Konversionssymptomatik) erweitert. Sie ist im deutschsprachigen Bereich an über 1 000 Patienten und Probanden validiert. Die deutsche und englische Version erfüllen die Testkriterien gut. An einer deutschen Stichprobe mit hochdissoziativen Patienten zeigt sich, dass sowohl FDS und DES als auch die Kurzversion FDS-20 ein sicheres Screening auf komplexe Dissoziative Störungen ermöglichen. Der Cut-off-Werte liegt beim FDS und FDS-20 bei 13 Punkten, beim DES bei 15 Punkten. Bei diesen Cut-off-Werten konnten mindestens 90 % der hochdissoziativen Patientinnen in der Stichprobe richtig identifiziert werden (Sensitivität), während die Spezifität der Skalen bei spez. = 0,89 - 0,90 lag (Rodewald et al. 2006). Die weitere Diagnose einer dissoziativen Störung sollte daher klinisch, am besten in einem diagnostischen Interview, gestellt werden.

Das SCID-D (Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders)

Das SCID-D gilt als der „gold standard“ diagnostischer Interviews im Bereich dissoziativer Störungen (Steinberg 1994a&b; 1995; 2000). Es ist eng an den Diagnosekriterien des DSM-IV orientiert und wurde als Zusatzmodul zum oben erwähnten SCID entwickelt. In einer Durchführungszeit von bis zu 90 Minuten werden die Bereiche Amnesie, Depersonalisation, Derealisation, Identitätsunsicherheit und -wechsel quantifizierend erfasst. Zusätzliche Ergänzungskapitel liefern vertiefende Informationen über das Vorliegen von Identitätsunsicherheit und -wechseln. In die Auswertung des Interviews gehen neben den verbalen Antworten der Patientinnen auch während des Interviews direkt beobachtbare Anzeichen von Dissoziationen (Amnesien, Trancezustände, auffällige Wechsel in Verhalten und Erleben der Patientin während der Untersuchung) ein. Die fachgerechte Durchführung und Auswertung des Interviews setzt ein Training und klinische Erfahrung voraus. Die Ergebnisse einer Validierungsstudie erbrachten auch für die deutsche Version (Gast et al. 2000) hinsichtlich der Reliabilität und Validität gute Ergebnisse (Sensitivität = .99; Spezifität =.99, Interratereliabilität kappa =.96; Rodewald 2005; Rodewald et al. 2005). Für die deutsche Fassung der Kurzversion (mini-SKID-D; Steinberg et al. 1992, Gast & Rodewald 2004) liegt inzwischen ebenfalls eine Validierung vor (Wabnitz P. 2010)

Das DDIS (Dissociative Disorder Interview Schedule)
Das DDIS (Ross et al. 1989a, Ross 1997) erfasst in 131 Items nicht nur dissoziative Störungen, sondern auch Komorbidität, im Bereich der Persönlichkeitsstörungen, Depression und Somatisierung. Die Reliabilität und Validität sind auch in der deutschsprachigen Version nach einer Untersuchung an 131 Patienten durch Overkamp (2005) gut.

5.3 Andere Störungen

Andere nicht seltene Komorbiditäten bei Posttraumatischen Belastungsstörungen sind Suchterkrankungen, Schmerzsyndrome, Persönlichkeits- und Somatisierungsstörungen. Sie können jeweils mit den in diesem Bereich üblichen Instrumenten erfasst werden.

6. Zusammenfassung zum Stand der Entwicklung diagnostischer Instrumente

Im deutschsprachigen Raum gibt es mittlerweile einige gut validierte diagnostische

Instrumente. Folgende Aspekte sollten bei der Diagnostik posttraumatischer Störungen besondere Berücksichtigung erfahren:

- In der Regel ist die Diagnose einer Traumastörung für den Patienten belastend, da er, damit die Diagnostik korrekt durchgeführt werden kann, nach dem traumatischen Ereignis selbst befragt werden muss. Dies allein kann für viele Patienten die Symptomatik deutlich intensivieren und bei instabilen Patienten zu klinischen Dekompensationen führen. Die Diagnostik sollte daher in der Regel von einer psychotherapeutischen Fachkraft durchgeführt werden.
- Als Procedere bei der Diagnostik wird häufig die folgende Sequenz eingehalten:
  - Erhebung der Traumavorgeschichte sowie der Spontansymptomatik in der Anamnese
  - Durchführung eines Fragebogentests (z. B. IES, PDS) als Screening der Symptomintensität
- wenn die klinische Diagnosesicherung nicht ausreicht: Durchführung eines diagnostischen Interviews, z. B. des CAPS, SCID-PTBS
- Die Einbeziehung der Komorbidität in die Diagnostik erscheint vor allem wegen der hohen Zahl komorbider Störungen und deren häufiger klinischer Relevanz wichtig. Häufigste komorbide Störungen sind (s. Kap. 3.6):
  - weitere Angststörungen
  - depressive Störungen
  - dissoziative Störungen
  - somatoforme Störungen
  - -Suchterkrankungen
- Posttraumatische Störungen sind in vielen Fällen nicht schnell feststellbar. Bei einem Teil der Patienten liegt dies daran, dass diese sich z. B. schämen, über ihre (sexuellen) Traumatisierungen zu sprechen. Schon aus der Definition der PTBS ist eine Vermeidungssymptomatik bei Traumapatienten bekannt, die sich auch auf das Nicht-Ansprechen der Traumatisierung in Behandlungssituationen ausdehnen kann (verschobene C-Symptomatik).

Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung

Erste Maßnahmen

(vergleiche hierzu auch die Empfehlungen der S2-Leitlinie: „Diagnostik und Therapie akuter Folgen psychischer Traumatisierung“)

- Herstellen einer sicheren Umgebung, wenn immer möglich *(Schutz vor weiterer Traumaeinwirkung)*
- Organisation des psycho-sozialen Helfersystems
- Frühes Hinzuziehen eines mit PTBS-Behandlung erfahrenen Psychotherapeuten
- Psychoedukation und Informationsvermittlung bzgl. traumatypischer Symptome und Verläufe

Abklärung des individuellen Stabilisierungsbedarfs: *E:III*

durch entsprechend qualifizierten ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten

- Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung
- Anbindung zur engmaschigen diagnostischen und therapeutischen Betreuung
- Abklärung von Affektregulation, Selbst- und Beziehungsmanagement, soziale Kompetenzen
- Einschätzung und Umgang mit Selbst- und Fremdgefährdungstendenzen
- Aufbau von intra- und interpersonellen Ressourcen (*imaginative Selbstberuhigung, soziales Netzwerk) E:III*
- Unterstützung von Symptomkontrolle *(z.B. Kontrolle intrusiver Phänomene, Distanzierungstechniken)*
- adjuvante Pharmakotherapie *(symptomorientiert) E:I*
- Einbeziehung adjuvanter kunst- und gestaltungs-, ergo- sowie körpertherapeutischer Verfahren E:III
- Antidepressiva aus der Stoffgruppe der SSRI *E:I*
  (Vorsicht bei Suizidgefährdung, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen)

  Cave! Besondere Suchtgefährdung bei PTBS (besonders Benzodiazepine)

Leitlinienempfehlung 5:

➢ Manche PatientInnen mit PTBS haben eine unzureichende Affektregulation (z.B. mangelnde Impulskontrolle, dissoziative Symptome, Substanzmissbrauch, Selbstverletzungen, Suizidalität), die diagnostisch abgeklärt werden muss und intitial in der Behandlungsplanung (individueller Stabilisierungsbedarf) zu berücksichtigen ist. 16/28.

▲▲

Erläuterungen zu Leitlinien-Empfehlungen 5:

Menschen mit wiederholten Traumatisierungen -insbesondere in der Kindheit zeigen oft eine komplexe Form der PTBS. Es finden sich auf der Basis von RCT-Studien

verschiedene Hinweise, dass bei bei dieser Form der PTBS, d.h. bei umfangreicher und/oder schwerer Komorbidität traumabearbeitende Verfahren erst nach ausreichender Stabilität indiziert sind (siehe auch S. 23) Generell ist zwar traumafokussierte Therapie die Methode der Wahl, aber bei Patienten, die es anfangs schwierig und überwältigend finden, Details der traumatischen Ereignisse mitzuteilen, ist Stabilisierung ein erster Schritt. In diesen Fällen soll auf die Herstellung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung und den Aufbau emotionaler Stabilisierungsfähigkeiten besonderes Augenmerk vor der Traumakonfrontation gelegt werden.
Interventionen zur Affektregulation sowie weitere Stabilisierungsmaßnahmen (z.B. Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung) sollten vor einer Traumaexposition durchgeführt werden. Häufig ist bei dieser Patientengruppe nur eine vorsichtige und allmähliche Annäherung an die traumatische Erfahrung möglich.

In den NICE-Guidelines wird folgende Empfehlung zur Stabilisierung gegeben (Evidenzgrad C – Expertenmeinung): Generell ist zwar traumafokussierte Therapie die Methode der Wahl, aber bei Patienten, die es anfangs schwierig und überwältigend finden, Details der traumatischen Ereignisse mitzuteilen, ist diesen Fällen in Betracht zu ziehen, einige Sitzungen für den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung und emotionale Stabilisierung zu verwenden, bevor das traumatische Ereignis angesprochen wird.
Bei PatientInnen mit einer langen, chronischen PTBS-Anamnese und multiplen traumatischen Erfahrungen und Verlusten weichen die NICE-Guidelines von ihrer Empfehlung einer Konfrontation ab und gehen davon aus, dass Depression (Major Depression) und andere komorbide Symptomatik ein so schweres Ausmaß annehmen können, dass die Komorbidität vorrangig behandelt werden muss. Patienten können häufig dann erst im 2. Schritt von einer traumafokussierten Herangehensweise profitieren.
Bei Menschen mit PTBS, bei denen die Diagnostik oder genauere Exploration der Traumatisierungen bereits ein hohes Risiko zu Suizidalität und Schädigung von sich und anderen in sich birgt, wird zunächst Krisenmanagement dieses Risikos empfohlen (siehe auch NICE-Guidelines 2.3.7.2. und 2.3.7.3)
Auch bei Menschen mit Drogen und Alkoholabhängigkeit empfehlen die Guidelines, das dieses Problem zunächst vorrangig behandelt werden sollte (siehe NICE-Guidelines 2.3.7.4)

Die Australian Guidelines gehen auf das Thema der Stabilisierung nicht direkt ein.
In der ergänzenden Richtlinie für Ärzte in der Grundversorgung (Forbes, Wolfgang &

Cooper 2009) wird zu komplexen Formen der PTBS festgestellt, dass diese Fälle zusätzliche Sitzungen erforderlich machen können und spezifische Behandlungsmethoden hinzugezogen werden müssen, um komorbide Probleme therapeutisch zu erreichen. Auch wird erläutert, dass die Behandlungen von PTBS-Fällen, die Ihre Ursache in lang anhaltenden und/oder wiederholten Traumatisierungen haben, mehr Zeit erforderlich machen. Diese ist erforderlich, um zunächst eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung zu etablieren, Fertigkeiten für Affektregulation zu vermitteln und um sich einer Exposition allmählich zu nähern (ebd. S 641)
(It is noted that complex cases may require additional sessions, adopting specific treatments to address associated problems as required. Finally, it is noted that PTBS resulting from exposure to prolonged and/or repeated trauma may require more time to establish a trusting therapeutic alliance, more attention to teaching emotional regulation skills, and a more gradual approach to exposure therapy. Siehe Forbes et al. 2009, S 641)

Die in den beiden Guidelines empfohlenen Maßnahmen entsprechen denen einer vorbereitenden Phase zur Affektregulation, Stabilisierung und Selbstmanagement. Diese wird innerhalb der Traumatherapie im Bezugssystem des 3-Phasen-Modells seit Pierre Janet (Janet 1899, van der Hart 1996, Van der Kolk et al 1996) eine zentrale Bedeutung beigemessen. Es zeigt sich, dass aufgrund klinischer und kasuistischer Evidenz bei bestimmten Patienten eine zu frühe Konfrontationsphase ohne ausreichende Stabilisierung zu Risiken und Nebenwirkungen führen können. Dazu gehören vor allem erhöhte Suizidalität, vermehrtes selbstverletzendes Verhalten, psychosomatische Dekompensationen, vermehrte Dissoziation (Pitman et al. 1991, Ford und Kidd 1998, Hase und Hofmann 2005). Auch im deutschsprachigen Raum findet die dreiphasige Behandlungsstruktur sowohl in der Behandlung von Erwachsenen als auch bei Kinder und Jugendlichen Anwendung (Keller, Riedel & Senft, 2003; Keller R, Klein A & Schüepp R (2007), Steil & Rosner, 2009). In einer Übersichtsarbeit von Neuner (2008) befindet er die Datenlage als unzureichend, um dieses Paradigma aufrechtzuerhalten und zeigt potentielle Nachteile der Stabilisierung auf.

Die Frage eines traumaspezifischen Stabilisierungsbedarfs wird in der aktuellen Forschungsliteratur bislang nicht durch RCT untersucht. Da komplex traumatiserte Patienten mit hohen Komorbiditäten aus den bisherigen Studiendesign häufig ausgeschlossen wurden (vgl. Spinazzola 2005), ist dies als systematische Lücke zu werten.

Folgende Studien gehen auf Stabilisierungsmethoden ein und untersuchen bei Frauen PTBS, die auf Missbrauch in der Kindheit zurückgeht. Sie berichten über Verbesserung der Affektregulation, interpersonaler Probleme und von PTBS-Symptomen, wenn vor die Konfrontation eine Phase der Affektregulierung und Stabilisierung gesetzt wird (Cloitre et al. 2002, Sachsse et al. 2006, Lampe et al. 2008). In einer ähnlichen Untersuchung (Cloitre et al. 2004) scheint dieser Effekt aber vor allem durch die Verbesserung der therapeutischen Beziehung vermittelt.

In einem Consensus Statement (Stein, Cloitre, Nemeroff et al. 2009 Cape Town Consensus on Posttraumatic Stress Disorder) wird die Notwendigkeit auf ein Screening nach Komorbidität und Suizidalität betont. Auch wird auf die Notwendigkeit hingewiesen, Langzeiteffekte der PTBS-Behandlung zu untersuchen und die bisherigen Empfehlungen zur Expositionsbehandlung auf die Anwendbarkeit in der breiten klinischen Versorgung (real –world effectiveness) angesichts hoher drop-out Raten von 30 % in vielen Behandlungsstudien zu prüfen

Leitlinienempfehlung 6:

➢ Psychopharmakotherapie soll nicht als alleinige Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung eingesetzt werden. Adjuvante Psychopharmakotherapie kann zur Unterstützung der Symptomkontrolle indiziert sein, ersetzt aber keine traumaspezifische Psychotherapie. 28/28 ▲▲

Erläuterungen zu Leitlinien-Empfehlung 6:

In den NICE-Guidelines wird Pharmakotherapie nicht als Routinebehandlung oder anstatt traumafokussierter psychologischer Therapie empfohlen, sondern als zusätzliche Behandlungsmöglichkeit (Evidenzgrad A). In der Primärversorgung sollten Paroxetin und Mirtazapin verwendet werden, von Spezialisten kann auch Amitriptylin oder Phenelzin angewendet werden (Evidenzgrad B). Behandlung mit Psychopharmaka wird nur empfohlen, wenn der Patient es vorzieht, keine traumafokussierte Behandlung zu beginnen (Evidenzgrad B), wenn aufgrund drohender weiterer Traumatisierung keine psychologische Therapie begonnen werden kann oder wenn der Patient von einer traumafokussierten Therapie kaum oder gar nicht profitiert hat (Evidenzgrad C). In den

Australian Guidelines wird Folgendes empfohlen: Psychopharmaka nicht als Behandlung der Wahl anstatt traumafokussierter psychologischer Therapie (Evidenzgrad A). Antidepressive Medikation sollte in Betracht gezogen werden, wenn der Patient nicht dazu in der Lage ist oder keine traumafokussierte Therapie in Anspruch nehmen möchte. Ebenso, wenn der Patient nicht ausreichend stabil ist und wenn der Patient von bisherigen traumafokussierten Therapien nicht ausreichend profitiert hat, oder schwere dissoziative Symptome aufweist, die sich in der traumafokussierten Therapie verstärken könnten.

Verschiedenste Psychopharmaka haben sich als wirksam in der Behandlung von PTBS erwiesen. Am eindeutigsten sind die Ergebnisse für SSRIs (Ipser et al. 2006, Stein et al. 2006), sie führen sowohl zur Verbesserung aller PTBS-Symptombereiche als auch zur Verminderung komorbider Depression und zu einer besseren Lebensqualität. Auch andere Medikamentenklassen (Olanzapin und Risperidon) wurden erfolgreich eingesetzt, besonders bei Nichtansprechen auf SSRIs (Pae et al. 2008). Generell scheinen Kriegsveteranen eine Patientengruppe zu sein, die von Medikamenten nur in geringem Ausmaß bzw. gar nicht profitiert (Foa et al. 2007). Bei Patienten mit Traumata in der Kindheit wiederum scheinen SSRIs – anders als bei Patienten mit Traumata im Erwachsenenalter – hingegen zu einer mäßigen Symptomerleichterung zu führen und werden deshalb auch empfohlen (Van der Kolk et al. 2007).
Das Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder 2008 kommt in einer Analyse von 37 randomisiert kontrollierten Pharmakotherapiestudien zu dem Ergebnis, dass die Effektstärken in den Studien klein sind und das die Evidenz für eine Wirksamkeit einer Pharmakotherapie unzureichend ist. Dies gilt für die folgenden Substanzklassen bzw.Substanzen.

- Alpha-adrenerge Blocker (Prazosin),
- Antikonvulsiva
- Neuere Antipsychotika (Olanzapin und Risperidon)
- Benzodiazepine,
- MAO-Hemmer, Phenelzin und Brofaromin,
- SSRI
- andere Antidepressiva, und
- andere Substanzen (Naltrexon, Cycloserin, oder Inositol).

Seit etwa 15 Jahren liegen vergleichende Studien zur Wertigkeit von pharmakologischen

und psychotherapeutischen Behandlungsansätzen bei Patienten mit PTBS vor. Dabei wird das Primat der Psychotherapie vor Pharmakotherapie betont (von Etten 1998). Die NICE-Guidelines empfehlen die traumazentrierte Psychotherapie mit dem höchsten Empfehlungsgrad und betonen, dass Pharmakotherapie nicht Methode der ersten Wahl sein sollte.

Psychopharmakotherapie als erste bzw. alleinige Methode bei der Behandlung der PTBS wird abgelehnt. Der Pharmakotherapie kommt stattdessen eine begleitende Rolle der Psychotherapie zu, wenn einzelne Kernsymptome der PTBS bzw. komorbide Störungen die Möglichkeit, von traumafokussierter Psychotherapie zu profitieren, allzu stark einschränken. Untersuchungen zum direkten Vergleich gibt es nur wenige.

Frommberger et al. (2004) kamen in einer Pilotstudie zum direkten Vergleich von CBT und antidepressiver Medikation zu folgendem Ergebnis: Nach einer 3-monatigen Behandlung kam es in beiden Gruppen zur Verbesserung von PTBS- und depressiver Symptomatik. Bei einem 6-Monats-Follow-up hatten sich die Werte der Psychotherapiegruppe weiter verbessert, während sie sich in der Antidepressiva-Gruppe wieder verschlechtert hatten. Eine randomisierte klinische Untersuchung von van der Kolk et al. (2007) zum direkten Vergleich von Psychotherapie (EMDR) und Psychopharmakotherapie (SSRI) kam zu dem Ergebnis, dass die psychotherapeutische Intervention erfolgreicher war als die psychopharmakologische, indem Reduktionen im Bereich der PTBS- und der depressiven Symptome erreicht wurden. Allerdings trafen diese Verbesserungen verstärkt auf PatientInnen mit Traumata im Erwachsenenalter zu (75% verbesserten sich). Für die meisten PatientInnen mit Kindheitstraumata konnte eine Verbesserung bis zum 6-Monats-Follow-up nicht erreicht werden (nur 33% verbesserten sich). Für die meisten PatientInnen mit Kindheitstrauma konnte keine komplette Remission erreicht werden. In einer Untersuchung bei depressiven PatientInnen mit Trauma in der frühen Kindheit war Psychotherapie allein der Psychopharmakologie allein deutlich überlegen, eine Kombination der beiden Behandlungsformen brachte nur geringe Verbesserungen gegenüber der Psychotherapie allein (Nemeroff et al. 2003).

Vereinzelte Untersuchungen gibt es zur Kombination von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie im allgemeineren Bereich der Angststörungen, an einem Cochrane Review im Bereich der PTBS wird derzeit gearbeitet (Parslow et al. 2008). Die Hoffnung, dass Kombinationsbehandlungen (Psychotherapie und

Psychopharmakotherpie) die Effektivität von Behandlungen von Angststörungen signifikant erhöhen, konnte bisher nicht empirisch belegt werden (Pull 2007, Davis et al. 2006, Black 2006). Auch bei Kindern mit PTBS konnte eine Behandlung mit traumafokussierter CBT durch Begleitmedikation in Form von SSRIs nur minimal verbessert werden. Deshalb wird zuerst eine traumafokussierte Behandlung empfohlen, bevor Medikation hinzugenommen wird. (Cohen et al. 2007).

Leitlinienempfehlung 7:

➢ Adjuvante Verfahren wie Ergotherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie, Körper- und Bewegungstherapie, Physiotherapie können in einem traumaspezifischen Gesamtbehandlungsplan berücksichtigt werden. 36/36 ◄►

Erläuterungen zu Leitlinien-Empfehlung 7:

Adjuvante Therapieverfahren haben in der stationären psychotherapeutischen Behandlung ihren festen Platz als Teil eines multimethodalen Behandlungsansatzes. In der Therapie posttraumatischer Störungen haben sie eine besondere Bedeutung, insofern davon auszugehen ist, dass Erinnerungen an schwere und biographisch frühe Traumatisierungen zu wesentlichen Teilen im impliziten Gedächtnis und über Körpererinnerungen abgespeichert vorliegen können. Die Bewusstwerdung verdrängter oder abgespaltener traumatischer Erinnerungen kann ein wichtiger Teilschritt in der Überwindung traumatischer Erfahrungen sein. Die adjuvanten Therapieverfahren ermöglichen zunächst auf einer präverbalen Ebene die Annäherung und Bewusstwerdung solcher Inhalte und unterstützen so eine nachträgliche Verbalisierung. In Einzelfällen kann der Prozess der Traumabearbeitung mit dem jeweiligen Therapieverfahren fortgesetzt werden. Unbedingt sollte jedoch die Integration und Bearbeitung der sekundär bewusst gewordenen Inhalte im psychotherapeutischen Prozess angestrebt werden. Neben der traumaaufdeckenden Wirksamkeit haben die adjuvanten Therapieverfahren auch in der stabilisierenden Arbeit und zur Ressourcenorientierung eine hohe klinische Bedeutsamkeit. Adjuvante Therapieverfahren sind grundsätzlich als Teil eines Gesamtbehandlungsplanes in der Traumatherapie anzusehen.

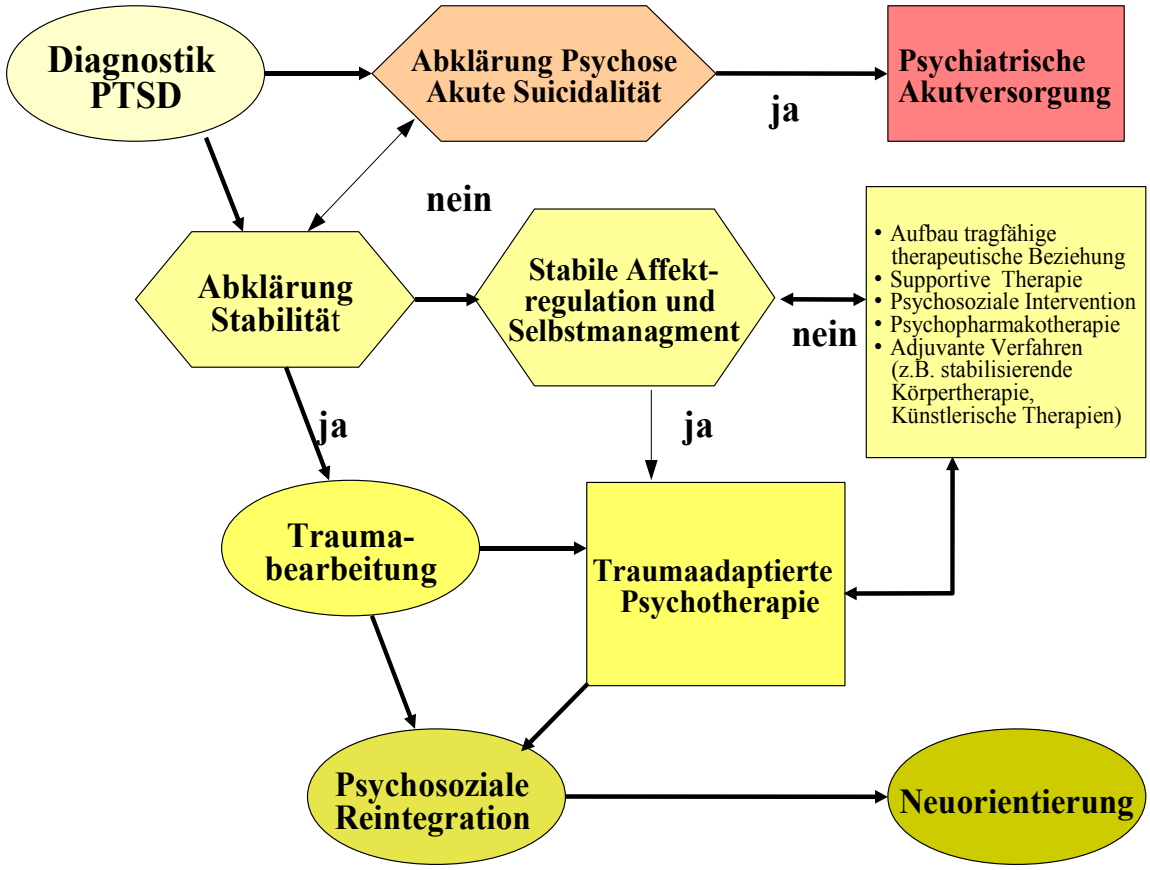
Es liegen kaum hochwertige empirische Studien zu dieser Fragestellung vor, die Datenlage beschränkt sich großteils auf Kasuistiken und Expertenmeinungen. Man geht einhellig davon aus, dass Kreativtherapien eine unterstützende Funktion in der

Behandlung von PTBS haben, sie finden vor allem im stationären Bereich schon länger breite Anwendung.

In den NICE-Guidelines findet sich keine gesonderte Fragestellung zu adjuvanten Verfahren. In den Australian Guidelines wird eine Forschungsfrage in diese Richtung zwar gestellt („For adults with ASD or PTBS, do physical interventions or exercise confer an advantage over psychological or pharmacological interventions?“), allerdings konnten keine Studien gefunden werden, die den Einschlusskriterien entsprachen. Ein Cochrane Review zu einem ähnlichen Thema ist in Arbeit (Lawrence et al. 2008). In der Literatur herrscht Einigkeit darüber, dass adjuvante, körpertherapeutische oder kreative Therapieansätze hilfreich sind in der Behandlung der PTBS. Sowohl körperorientierte Methoden (z.B. Tanz- und Bewegungstherapie) als auch Kreativtherapien (z.B. Musiktherapie, Kunsttherapie, Gestaltungstherapie, Bibliotherapie) sind im stationären Setting lange schon etabliert (Johnson in Foa et al., 2000; Melbeck et al. in Frommberger & Keller, 2007; van Keuk in Maercker & Rosner, 2006; Zakaria et al., 2006).

Dem Leitliniereport angehängt sind wissenschaftliche Übersichten zur Wirksamkeit von Ergotherapie und künstlerischer Therapie, die durch die jeweiligen Fachgesellschaften zur Verfügung erarbeitet wurden. Die Leitlinienkommission stellt die Fachinformationen der Verbände als Link über die Online-Publikation der Leitlinie zur Verfügung ohne inhaltliche und wissenschaftliche Verantwortung zu übernehmen.

Übersicht therapeutischer Strategien bei PTBS



Traumabearbeitung

nur durch entsprechend qualifizierten Psychotherapeutinnen (ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen, approbierte Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen)

- dosierte Konfrontation mit dem auslösenden Ereignis mit dem Ziel der Durcharbeitung und Integration unter geschützten therapeutischen Bedingungen.
- **Voraussetzung:** Ausreichende Stabilität, kein Täterkontakt mit Traumatisierungsrisiko.
- **Traumaadaptierte Methoden im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes**

Leitlinienempfehlung 8:

➢ Bei der Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung soll mittels Konfrontation mit der Erinnerung an das auslösende Trauma das Ziel der Integration unter geschützten therapeutischen Bedingungen erreicht werden 27/28 ▲▲

Erläuterungen zu Leitlinien-Empfehlung 8:

Die Empfehlung entspricht der Empfehlung der NICE-Guidelines (National Institute of Clinical Excellence 2005), der Australian Guidelines (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health 2007) und der Kapstadt-Konsensuskonferenz zur Behandlung der PTBS (Stein et al. 2009). In den NICE-Guidelines wird empfohlen, allen Patienten mit PTBS eine traumafokussierte Psychotherapie anzubieten (CBT oder EMDR), im Allgemeinen in einem ambulanten Einzelsetting (Evidenzgrad 1). Nicht-traumafokussierte Therapieverfahren wie Entspannungsverfahren oder non-direktive Verfahren, die sich nicht mit traumatischen Erinnerungen auseinandersetzen, sollten nicht routinemäßig angeboten werden (Evidenzgrad 2). Die Australian Guidelines empfehlen ebenfalls CBT und EMDR im Einzelsetting (Evidenzgrad 1). Nicht-traumafokussierte Verfahren wie supportive Verfahren oder Entspannung sollten nicht statt traumafokussierter Verfahren angeboten werden (Evidenzgrad 2). Eine ähnliche Empfehlung gibt die Kapstadt-Konsensuskonferenz.

Die Empfehlung ist durch die neueren Metaanalysen (Bisson und Andrew 2007, Bisson et al. 2007, Bradley et al. 2005) und systematischen Reviews (Cloitre 2009, Ponniah und Hollon 2009) belegt. Als traumafokussierte Therapieverfahren werden kognitiv-behaviorale Therapie und EMDR als Therapieformen der Wahl identifiziert. Auch wenn nicht-traumafokussierte Therapieformen die PTBS-Symptome ebenfalls abschwächen können, so ist die Wirkung doch deutlich geringer (Bisson und Andrew 2007, Bisson et al. 2007, Cottraux et al. 2008, McDonagh et al. 2005, Schnurr et al. 2007).

Bezüglich der traumafokussierten psychodynamischen Therapie wird die Datenlage in den genannten Metaanalysen und Reviews als nicht ausreichend angesehen, um die Wirksamkeit beurteilen zu können. Ponniah und Hollon (2009) bezeichnen die psychodynamische Therapie in ihrem systematischen Review – ebenso wie Stress Inoculation Training, Hypnotherapy und interpersonelle Psychotherapie – als möglicherweise wirksam.

Die Ergebnisse der systematische Reviews und Metaanalysen im Einzelnen:

Solomon et al. (1992) fanden auf der Basis von 11 kontrollierten Studien, die eine systematische Diagnostik der PTBS-Symptomatik zugrunde legten, dass Pharmakotherapie bei PTBS moderate und symptombezogene Besserungseffekte, verhaltenstherapeutische Techniken (Reizüberflutung und Desensibilisierung) hingegen

gute Effektivität bei der Reduktion intrusiver Symptome zeigen.

Ebbighaus et al. (1996) legten eine Übersicht zur PTBS-Behandlung und therapeutischen Effizienz vor. Auf der Basis von 11 kontrollierten Studien ergab sich die beste therapeutische Wirksamkeit für verhaltenstherapeutische Techniken bei intrusiver PTBS-Symptomatik. Psychodynamische Therapie scheint hilfreich bei Vermeidungssymptomen, andere therapeutische Techniken können bezüglich ihrer Effektivität noch nicht beurteilt werden. Pharmakotherapie zeigt positive Effekte auf einzelne PTBS-Symptome.

Shalev et al. (1996a) identifizierten 81 Artikel zur biologischen oder psychologischen PTBS-Behandlung. Ergebnisse: Die meisten Studien untersuchen eine einzelne Behandlungsmodalität. Verschiedene Therapieansätze scheinen demnach klinisch hilfreich, PTBS-Symptome zu reduzieren und die Lebensqualität der betroffenen Patienten zu verbessern. Mit Blick auf die Gesamtsymptomatik findet sich jedoch nur eine begrenzte Wirksamkeit, eine komplette Remission wird selten erreicht. Schlussfolgerung: Angemessen ist eine Kombination biologischer, psychologischer und psychosozialer Behandlungsstrategien zur Behandlung von PTBS. Ferner sollte bei chronischer PTBS-Symptomatik das therapeutische Bemühen um rehabilitative Ziele ergänzt werden. Die Indikationsstellung zu den einzelnen Behandlungsverfahren ist bislang nur im Sinne einer symptomatischen Behandlung begründet.

Gerrity und Solomon (1996) kamen auf der Basis von 11 RCT-Studien mit strengeren Einschlusskriterien (Trauma, PTBS-Diagnostik) zu der Schlussfolgerung, dass pharmakotherapeutische Studien zwar die Wirksamkeit verschiedener Antidepressiva belegen, jedoch mit Einschränkung auf Teilsymptome und zeitlich begrenzte Studienverläufe. Verhaltenstherapeutische Techniken sind in ihrer Wirksamkeit am besten belegt, vor allem in Hinblick auf den intrusiven Symptomkomplex.

Foa und Meadows (1997) formulierten nach Sichtung der vorliegenden PTBS-Literatur „gold standards“ für die weitere Therapieforschung und verglichen die vorliegenden Studien mit diesem Idealtyp. Ergebnisse: Akute Kriseninterventionen bei PTBS sind in ihrer Wirksamkeit nicht ausreichend dokumentiert. Hypnotherapie und psychodynamisches Vorgehen scheinen hilfreich; ihre Effizienz ist aber im Vergleich zu anderen Behandlungsstrategien nicht differenzierbar. Kognitive und verhaltenstherapeutische Techniken zeigen mit Reizüberflutung und Desensibilisierung

eine gute Effektivität. EMDR zeigt fallbezogene, subjektive Wirksamkeit; methodische Mängel der bislang vorliegenden Studien erlauben zurzeit noch keine Beurteilung der klinischen Effizienz. Angstmanagement-Strategien (SIT und PE) scheinen wirksam, die vorliegenden Studien beschränken sich jedoch auf eine eingeschränkte Traumagruppe.

Sherman (1998) untersucht anhand der vorliegenden Literatur zu kontrollierten Studien die empirische Evidenz für die Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlung bei PTBS. Einbeziehen konnte er 11 Studien zu Kriegstraumatisierungen und 6 Studien zu Nicht-Kriegs-Traumata, insgesamt 690 Patientenbehandlungen aus 17 Studien. Ergebnisse: Sherman fand eine signifikante Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen bei PTBS, die auch bei Nachuntersuchungen stabil blieb. Schlussfolgerung: Obwohl die meisten Studien zu kognitiv-behavioralen Verfahren vorliegen, kann daraus nicht auf eine Überlegenheit einer Behandlungsmethode geschlossen werden. Vielmehr ist davon auszugehen, dass alle Behandlungsansätze gemeinsame und wirksame Behandlungselemente enthalten. Die Wirksamkeit von psychotherapeutischer Behandlung bei posttraumatischen Störungen kann bestätigt werden.

Van Etten und Taylor (1998) bewerteten 61 englischsprachige Therapiestudien zur PTBS. Die formulierten Einschlusskriterien erlaubten eine Berechnung von Effektstärken und einen Vergleich der therapeutischen Wirksamkeit auf den unterschiedlichen Symptomebenen in der Fremd- und Selbstbeurteilung. Ergebnisse: Psychologische Therapien zeigen eine größere Wirksamkeit als Pharmakotherapie bei PTBS. Verhaltenstherapeutische Techniken und EMDR zeigen vergleichbar gute Effektstärken auf das Gesamt-PTBS-Symptombild, trotz Unterschieden in der Fremd- und Selbstbeurteilung. Selektive Serotonin-Reuptake-Hemmer zeigen die beste pharmakotherapeutische Wirksamkeit. Intrusionen werden mehr gebessert als Vermeidungssymptome. Schlussfolgerung: Trotz guter klinischer Wirksamkeit von EMDR und VT bestehen wenig Kenntnisse über die therapeutisch aktiven Wirkungsfaktoren. Weiterer Untersuchungsbedarf besteht auch für Kombinationen unterschiedlicher Verfahren sowie die therapeutische Wirksamkeit an subklinischen PTBS-Bildern und in der Behandlung von Kindern.

Eine Metaanalyse der publizierten Therapiestudien zu EMDR (Sack et al. 2001) zeigte, dass methodisch sorgfältig geplante Studien mit Behandlung durch gut ausgebildete und erfahrene Therapeuten und mit einer ausreichend hohen Zahl an Behandlungssitzungen

deutlich bessere Behandlungsergebnisse erzielen, als Studien, die mit niedrigeren methodischen Standards durchgeführt werden.

Solomon und Johnson (2002) kommen in ihrem Review zu dem Ergebnis, dass die generelle Wirksamkeit psychosozialer Interventionen zwar zuverlässig nachgewiesen ist und die zunehmenden Behandlungsangebote zu einer messbaren Verkürzung der Erkrankungszeit bei vielen PTBS-Patienten geführt haben. Der Wissensstand zu speziellen Fragen der Wirksamkeit wird jedoch als defizitär beschrieben. Die beste wissenschaftliche Evidenz liegt für kognitiv-behaviorale Therapieangebote vor, jedoch ist die Wirksamkeit auch für psychodynamische und hypnotherapeutische Techniken nachgewiesen. Expositions- und Hypnosetechniken scheinen die beste Wirksamkeit bei intrusiver Symptomatik zu zeigen, während kognitive und psychodynamische Ansätze mehr beim Symptomenkomplex der emotionalen Abstumpfung und Vermeidung wirksam sind. Beim derzeitigen Wissensstand kann nicht erwartet werden, dass ein einzelnes Therapieverfahren bei allen Symptombereichen der PTBS effektiv wirksam ist.

Bradley et al. (2005) präsentieren eine multidimensionale Metaanalyse von Studien zur Psychotherapie der PTBS. Die Ergebnisse zeigen, dass Psychotherapie für PTBS zu einer ausgeprägten initialen Besserung führt. Mehr als die Hälfte der Patienten, die die Therapie mit verschiedenen Formen von CBT oder EMDR beendeten, bessern sich. Allerdings stellen die Ausschlusskriterien der Studien ein großes Problem dar, vor allem der Ausschluss von polysymptomatischen Bildern macht die Generalisierbarkeit auf die Gesamtpopulation von PTBS fraglich. Die Mehrzahl der Patienten haben weiterhin substantielle Residualsymptome. Längerfristige Follow-up-Daten fehlen. Künftige Forschung sollte nur diejenigen Ausschlusskriterien zulassen, die auch ein Kliniker in der Praxis gelten lassen würden (z.B. Schizophrenie).

Seidler und Wagner (2006) präsentieren eine Meta-Analyse von 7 RCT-Vergleichsstudien von psychologischen Behandlungen zu PTBS bei Erwachsenen. Sie finden, dass psychotherapeutische Behandlungen, die das Trauma fokussieren (trauma-fokussierte CBT und EMDR) PTBS-Symptome im Vergleich zu Warteliste und usual care stärker verbessern. Es gibt einige Hinweise, dass trauma-fokussierte CBT und EMDR effektiver sind als andere Typen psychotherapeutischer Behandlung.

Bisson und Andrew (2007, Bisson et al. 2007) legen ein systematisches Review aller RCT-Studien zu psychotherapeutischen Behandlungen der PTBS nach den Guidelines der Cochrane Collaboration vor. Die untersuchten Interventionen sind: trauma-fokussierte kognitiv-behaviorale Therapie/Expositionsbehandlung (TFCBT); Stress Management (SM); andere Therapien (supportive Therapie, nicht-direktives Counselling, psychodynamische Therapie, Hypnotherapie); kognitiv-behaviorale Therapie im Gruppensetting (group CBT); EMDR. 33 Studien wurden in das Review eingeschlossen. Hinsichtlich der Expertenratings traumabezogener Stresssymptome erweist sich TFCBT wirksamer besser als Warteliste/usual care. Es findet sich kein signifikanter Unterschied zwischen TFCBT und SM. TFCBT ist signifikant wirksamer als andere Therapien. Stress Management ist signifikant wirksamer als Warteliste/usual care und als andere Therapien. Es ergibt sich kein signifikanter Unterschied zwischen anderen Therapien und Warteliste/usual care. Gruppen-TFCBT ist signifikant wirksamer als Warteliste/usual care. EMDR erweist sich als signifikant wirksamer als Warteliste/usual care. Es findet sich jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen EMDR und TFCBT. Es liegt nicht genügend Evidenz vor, um zu bestimmen, ob eine der untersuchten psychotherapeutischen Behandlung schädlich ist. Darüber hinaus findet sich eine gewisse Evidenz für eine höhere Drop-out-Rate in den aktiven Behandlungsgruppen.

Benish, Imel und Wampold (2008) legen eine Meta-Analyse von 15 Vergleichsstudien zur PTBS vor. Das besondere Anliegen der Studie war es, die Hypothese zu testen, dass Therapien, die „bona fide“ durchgeführt werden und nicht lediglich als Kontrollbedingung zur Anwendung kommen, sich untereinander in ihrer Wirksamkeit nicht unterscheiden. „Bona fide“ heißt in diesem Zusammenhang, dass diejenigen, die die Studie konzipieren und diejenigen, die die Therapie durchführen, tatsächlich von ihrer Wirksamkeit überzeugt sind. Entsprechend der Hypothese finden die Autoren keine Unterschiede zwischen den untersuchten Psychotherapien. Obwohl die Therapien eine starke Effizienz gegenüber Nichttherapie zeigen, liefern verschiedene „bona-fide“-Therapien äquivalente Effekte für Patienten mit PTBS. Die Diskrepanz des Ergebnisses der Metaanalyse von Benish et al. (2008) zu den Ergebnissen aller anderen Metaanalysen und kritischen Reviews veranlasste Ehlers, Bisson, Clark et al. (2010) zu einer kritischen Auseinandersetzung mit dieser Metanalyse. Sie legen dar, dass zum einen die Art der Selektion der einbezogenen Studien für die diskrepante Schlussfolgerung verantwortlich ist. So sind verschiedene Studien nicht in die Metaanalyse einbezogen worden, die eine Überlegenheit

traumaspezifischer gegenüber supportiven Therapien gezeigt haben. Zum anderen stellen Ehlers et al. fest, dass aus dem Fehlen des Nachweises einer unterschiedlichen Wirksamkeit nicht der positive Schluss der Wirksamkeit eines Verfahrens gezogen werden kann. Die Einwände von Ehlers et al. relativieren die Aussagekraft der Metaanalyse von Benish et al. in erheblichem Maße.

Cloitre (2009) kommt in einer kritischen Übersicht über psychotherapeutische Behandlungen zu PTBS zu dem Schluss, dass diese das Störungsbild deutlich bessern können. Über 24 RCT-Studien zur kognitiven Verhaltenstherapie, 12 RCT-Studien zu EMDR und sehr wenige oder gar keine Studien zu anderen psychotherapeutischen Interventionen liegen vor. Kognitiv-behaviorale Behandlungen haben im Vergleich zu Warteliste, supportivem Couselling, unspezifischen Therapien und treatment-as-usual eine größere Wirksamkeit. Expositionsbehandlung wurde am breitesten untersucht und zeigt konsistent positive Effekte. Kognitive Therapie ist mit den größten Effektstärken verbunden, aber die begrenzte Zahl an Studien erlaubt noch keine endgültigen Schlüsse. Kombinationen von Exposition und kognitiver Therapie zeigen kleine, aber konsistente Vorteile gegenüber beiden Therapieformen allein. EMDR ist ebenfalls effektiv, und die bisherige Evidenz erlaubt noch keine Bevorzugung von EMDR oder kognitiv-behavioralen Therapien. Die Drop-out-Raten sind insgesamt mit 30 % hoch. Die Tatsache der hohen Drop-out-Raten erfordere eine „real-world effectiveness“. Die Autorin plädiert für eine Herabsetzung der Einschlusskriterien der Studien, um die Generalisierbarkeit der Ergebnisse zu erhöhen. Eine Stichprobengröße von 20-50 pro Gruppe sei erforderlich, um mögliche Unterschiede zwischen Gruppen zu entdecken. Sie plädiert weiterhin für phasenorientierte oder sequenzielle Ansätze, um das Drop-out-Risiko zu senken.

Ponniah und Hollon (2009) geben ein Review über die RCT-Studien zur psychotherapeutischen Behandlung der Akuten Belastungsstörung und der Posttraumatischer Belastungsstörung, wobei Studien berücksichtigt wurden, die bis Ende 2008 publiziert wurden. Sie finden hinreichende Evidenz dafür, dass traumakofussierte kognitiv-behaviorale Therapie und EMDR bei PTBS wirksam sind. Stress Incoulation Training, Hypnotherapie und Interpersonelle Psychotherapie werden als möglicherweise wirksam bezeichnet. Die Autoren weisen darauf hin, dass keine dieser Behandlungen für alle Gruppen von PTBS-Patienten untersucht wurden. Allerdings gibt es Evidenz, dass traumafokussierte Therapie bei Verkehrsunfällen und gewaltsamen Übergriffen als gesichert wirksam gelten kann.

Stein (2009) weist in seiner Zusammenfassung der Ergebnisse der Kapstadt-Konsensuskonferenz zur Diagnostik und Behandlung der PTBS darauf hin, dass genügend RCT-Studien zur kognitiv-behavioralen Psychotherapie und zu EMDR vorliegen, aber nur sehr wenige oder keine zu anderen psychotherapeutischen Interventionen. Es sei wenig über die Anwendung von CBT in verschiedenen Settings, z.B. bei Flüchtlingen, bekannt. Mehr Forschung sei zur Langzeit-Wirksamkeit der traumafokussierenden Therapien notwendig.

Leitlinienempfehlung 9:

- Die Bearbeitung traumatisch fixierter Erinnerungen und sensorischer Fragmente ist ein zentraler Bestandteil der Behandlung. 26/27 ▲▲

Leitlinienempfehlung 10:

- Dazu sollen traumadaptierte Behandlungsmethoden eingesetzt werden. 19/19 ▲▲

Erläuterungen zu Leitlinien-Empfehlungen 9 und 10:
Die Empfehlung, die Bearbeitung traumatisch fixierter Erinnerungen und sensorischer Fragmente zum zentralen Gegenstand der Behandlung zu machen,
steht im Einklang mit den Empfehlungen der NICE-Guidelines (National Institute of Clinical Excellence 2005), der Australian Guidelines (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health 2007) und der Kapstadt-Konsensuskonferenz zur Behandlung der PTBS (Stein et al. 2009). Sie stützt sich auf die Ergebnisse der neueren Metaanalysen (Bradley et al. 2005, Seidler u. Wagner 2006, Bisson u. Andrew 2007, Bisson et al. 2007) und systematischen Reviews (Cloitre 2009, Ponniah und Hollon 2009, Stein et al. 2009), die übereinstimmend eine höhere Wirksamkeit für traumafokussierende Verfahren fanden.

Gemeinsames hypothetisches Wirkprinzip aller traumabearbeitenden Therapien ist die „Traumasynthese durch Traumaexposition“. Traumasynthese bedeutet hier eine Defragmentierung vormals dissoziierter Erlebensinhalte und eine Integration des traumatischen Erlebens in die individuelle Biografie als „die Erfahrung, das Trauma überlebt zu haben“ (Eßlinger 1998). Fokus der therapeutischen Bearbeitung sind die als traumareaktiv definierten Zustände von intrusivem Wiedererleben und affektiver

Überflutung sowie die häufig daraus resultierenden Verhaltensänderungen.

Ob für den Wirkmechanismus das Modell der Habituation (behavioral), das der kognitiven Umbewertung (kognitiv, psychodynamisch) oder das der prozessierten Information (EMDR) das beste Erklärungsmodell liefert, kann zurzeit noch nicht entschieden werden. Insgesamt ist festzustellen, dass die Forschungslage noch keine sicheren Schlüsse zu therapeutischen Wirkfaktoren zulässt. Insofern können bisher keine sicheren Aussagen darüber gemacht werden, wie weit die von Vertretern der verschiedenen therapeutischen Ansätze postulierten Erklärungsmodelle als zutreffend anzusehen sind. Hinzuweisen ist jedoch darauf, dass vielfältige aktuelle schulenspezifische Techniken im Rahmen der Traumatherapie historisch Anleihen gemacht haben in humanistischen Psychotherapieverfahren (z.B. Gestalt -, Gesprächs-, Hypnotherapie).

Die Empfehlung, traumaadaptierte Behandlungsmethoden einzusetzen, steht ebenfalls im Einklang mit den Empfehlungen der NICE-Guidelines (National Institute of Clinical Excellence 2005), der Australian Guidelines (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health 2007) und der Kapstadt-Konsensuskonferenz zur Behandlung der PTBS (Stein et al. 2009). Sie stützt sich auf die vorliegenden Metaanalysen und systematischen Reviews. Während die genannten Guidelines ihre Empfehlung auf kognitiv-behaviorale Therapie und EMDR beschränken, bezieht die hier vorgelegte Leitlinie traumaadaptierte psychodynamische Verfahren mit ein.

Unter den traumaadaptierten Behandlungsmethoden sind durch die Metaanalysen und systematischen Reviews die kognitiv-behaviorale Therapie und EMDR in hinreichendem Maße als wirksam belegt. Allerdings sind folgende Einschränkungen anzuführen:

1. Die Non-Response Raten liegen für KVT und EMDR zwischen 20-30 %. Aufgrund der vorliegenden Studien kann die Non-Response-Rate für PDI nicht abgeschätzt werden (Schottenbauer 2008b).
2. In den RCTs finden sich insgesamt hohe Dropout-Raten, deren Ursachen nicht geklärt sind (Bisson u. Andrew 2007).
3. Es fehlt eine systematische Forschung zur Frage der Risiken und Nebenwirkungen der als wirksam identifizierten Therapien (Bisson u. Andrew 2007).
4. Trotz der hohen Komorbiditätsraten bei PTBS ist die Forschungslage zur Wirksamkeit therapeutischer Verfahren bei PTBS mit Komorbidität äußerst

lückenhaft (Najavits 2009). In der aktuellen Studienlage sind manche Komorbiditäten, wie Angststörungen und Depression deutlich besser untersucht als andere wie z.B. Somatisierungsstörungen oder Psychosen. Während ein Teil der Studien Komorbiditäten ausgeschlossen hat, haben andere Studien schwerst komorbide Patienten mit aufgenommen. Derzeit liegen keine Studien zur PDI vor, die die Frage der Komorbidität systematisch berücksichtigen“. Immer wieder wird die Frage aufgeworfen, ob Daten aus Studien mit randomisiertem Design (randomized clinical trial – RCT) auf den Kontext der Routineversorgung generalisierbar sind (Cloitre 2009, Stein 2009). Diese Frage kann nur mit Studien mit naturalistischen Design untersucht werden, die ergänzend zu den in RCTs evaluierten Interventionen durchgeführt werden. Hierzu liegen derzeit nur positive Ergebnisse für die KVT und EMDR vor. Für die PDI liegen derzeit nur naturalistische Studien vor, so dass die allgemeine Wirksamkeit und auch die Größe des Behandlungseffektes noch nicht nachgewiesen ist.

5. Patienten mit PTBS weisen in der Regel neben der Kernsymptomatik auch bedeutsame traumabedingte Veränderungen im Bereich des Sozialverhaltens, der Beziehungsgestaltung und der Selbstwertkonstruktion auf (Okey et al. 2000). Der Einfluss der als wirksam identifizierten therapeutischen Maßnahmen auf diese Bereiche wurde in den aufgeführten Studien im Allgemeinen nicht systematisch untersucht.

Die erwähnten Metaanalysen und Reviews stellen fest, dass beim aktuellen Forschungsstand der Nachweis der Wirksamkeit der traumaadaptierten psychodynamischen Psychotherapie nicht ausreichend gegeben ist, während die Studienlage zur traumafokussierten VT und zum EMDR dies bereits ausreichend belegt. Gleichwohl ist die psychodynamischen Therapie in der psychotherapeutischen Versorgung traumatisierter Patienten in Deutschland breit verankert und wesentlicher Bestandteil der Richtlinienpsychotherapie. Aus diesem Grunde und wegen der oben genannten Einschränkungen des Geltungsbereichs der als wirksam identifizierten Therapien wurden für den Bereich der traumaadaptierten psychodynamischen Psychotherapie auch Studien unterhalb des RCT-Niveaus bei der Empfehlung berücksichtigt.
Zu den traumaadaptierten Methoden im Rahmen der anerkannten psychotherapeutischen Verfahren liegen unterschiedliche Evidenzstärken vor: KVT - E I, EMDR - E I, Psychodynamische Psychotherapie - E II-III. Für die Evidenzbewertung der psychodynamischen Psychotherapiestudien zwischen II und III ist anzumerken, dass

verschiedene methodische Bewertungen in Bezug auf die Gewichtung der empirischen Studien zu unterschiedlichen Einordnungen der Evidenzstärke führen.

Kognitiv-behaviorale Therapieverfahren:

Kognitiv-behaviorale Therapieprogramme haben zum Ziel, kombiniert mit optimaler Informationsvermittlung einen autonomeren Umgang mit traumainduzierten Veränderungen zu unterstützen und die Entscheidungs- bzw. Handlungskompetenz der Betroffenen zu erhöhen. Sie integrieren auf lerntheoretischer Grundlage verschiedene therapeutische Vorgehensweisen mit dem Schwerpunkt einer Behandlung von vermeidenden und angstbetonten Verhaltensmustern sowie kognitiver Umstrukturierung. Verschiedene Expositionstechniken bemühen sich, über eine gestufte oder überflutende (Flooding) Reizkonfrontation (in vivo oder in sensu) eine psychische und körperliche Adaptation an das traumatische Erleben und Wiedererleben zu ermöglichen. Hauptindikation ist unangemessenes Vermeidungsverhalten, deren therapeutische Behandlung auf eine Aktivierung und Modifikation der Angststrukturen abzielt (Foa et al. 1989).

Die Indikation für ergänzende Verfahren zur Angstbewältigung ist gegeben, wenn die Angst das alltägliche Leben beherrscht. Ziel ist es, den Patienten Strategien zur Angstkontrolle an die Hand zu geben und damit das Angstniveau zu reduzieren, z.B. Atemtraining und Ablenkungstechniken sowie Gedankenstopp. Neuere Methoden einer Schreib- bzw. narrativen Exposition haben Lange et al. (2003) sowie Neuner et al. (2004, 2008) entwickelt.

Kognitive Techniken arbeiten mit dem Ziel einer Neubewertung an traumaabhängigen dysfunktionalen Kognitionen der Selbst- und Fremdwahrnehmung (Ehlers & Clark, 2000). Weitere kognitive Therapiemethoden und -programme zielen auf PTBS-bezogen veränderte Selbst-, Fremd- und Weltkonzepte ab (vgl. Resick u. Schnicke 1992; Rothbaum u. Foa 1995).

Eine Reihe von Studien, die die Wirksamkeit von Exposition auf die posttraumatische Symptomatik testeten (Cooper u. Clum 1989; Keane et al. 1989; Boudewyns et al. 1990; Pitman et al. 1991; Solomon et al. 1992), bestätigen eine Verbesserung intrusiver Symptome (Cooper u. Clum 1989; Keane et al. 1989), teilweise begleitet von einer Zunahme von Ängstlichkeit und Depressivität (Cooper u. Clum 1989; Pitman et al. 1991). In diesem Zusammenhang müssen auch die zum Teil hohen Abbruchquoten der „exposure therapy“ diskutiert werden.

Kognitiv-Behaviorale Verfahren ermöglichen je nach Technik (Exposition in sensu, in vivo, Schreib- oder narrative Exposition) eine in der Intensität gestufte Reizkonfrontation. Damit wird eine gestufte Distanzierungs- und Kontrollfähigkeit erreicht, um die Abbruchraten zu vermindern. Ein ähnlicher Effekt ist auch bei der projektiv vorgehenden Bildschirm- bzw. Screen-Technik gegeben. Eine störungs- oder traumaspezifische Indikation der einzelnen Expositions-/Konfrontationsformen ist von der Kenntnis der Verfahren zurzeit jedoch nicht ableitbar.
Tendenziell wird bei Überwiegen eines vermeidungsbetonten, traumabezogenen Verhaltens die Anwendung traumakonfrontierender Verfahren empfohlen, bei Überwiegen angstbetonter Komponenten ist die Indikation zur Kombination mit kognitiven Techniken gegeben. Bewährt hat sich bei einzelnen Traumagruppen auch die Kombination von traumabearbeitenden Verfahren mit psychoedukativen Programmen. Die Entwicklung der EMDR-Methode wird aus kognitiv-behavioraler Sicht als Beleg für die grundsätzliche Wirksamkeit von Expositions- und kognitiven Umstrukturierungstechniken gewertet.
Aus den kognitiv-behavioralen Techniken haben sich internet-basierte Therapieverfahren entwickelt (Benight et al., 2008, Lange et al., 2003), für die bereits mehrere erfolgreiche randomisierte Kontrollgruppenstudien unter anderem auch in deutscher Sprache vorliegen (Knaevelsrud u. Maercker, 2007, 2009). Diese internet-basierten Verfahren erreichen insbesondere auch Patienten in unterversorgten Regionen des In- und Auslands (Knaevelsrud et al., 2007, Knaevelsrud u. Wagner, 2009)
Die neueren Metaanalysen und Reviews (Bradley et al. 2005, Seidler u. Wagner 2006, Bisson u. Andrew 2007, Bisson et al. 2007, Cloitre 2009, Stein et al. 2009) sind sich darin einig, dass Kognitiv-behaviorale Behandlungen im Vergleich zu Warteliste, supportivem Couselling, unspezifischen Therapien und treatment-as-usual eine größere Wirksamkeit haben. Expositionsbehandlung wurde am breitesten untersucht und zeigte konsistent positive Effekte. Kognitive Therapie ist mit den grössten Effektstärken verbunden, aber die begrenzte Zahl an Studien erlaubt noch keine endgültigen Schlüsse. Kombinationen von Exposition und kognitiver Therapie zeigt kleine aber konsistente Vorteile gegenüber beiden Therapiefomen allein.

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

EMDR wurde als neue Behandlungstechnik für Traumastörungen erstmals 1989 von Shapiro (1989) beschrieben und mittlerweile zu einem manualisierten Behandlungsverfahren weiterentwickelt. Basierend auf der Erfahrung, dass belastende

(traumatische) Erinnerungen mit Unterstützung von sakkadischen Augenbewegungen (oder Seiten-alternierenden akustischen oder taktilen Reizen) einem entlastenden Veränderungsprozess unterliegen, entstand die Hypothese einer durch bilaterale Reize begünstigten, adaptiven Informationsverarbeitung (Model der adaptiven Informationsverarbeitung, Shapiro 2001). Diskutiert wird in diesem Zusammenhang eine Verwandtschaft zu physiologischen informationsverarbeitenden Prozessen, wie sie auch für den REM-Schlaf vermutet werden (Stickgold 2002). Nachgewiesen werden konnte auch, dass mit den sakkadischen Augenbewegungen von EMDR eine physiologische Entspannungsinduktion verbunden ist und dass unter bilateralen Augenbewegungen das Aufrufen von Erinnerungen erleichtert zu sein scheint (Sack 2008, Christmann 2003). Als Hintergrund dient ein Netzwerkmodell der Informationsverarbeitung in traumadominierten und ressourcenorientierten neuronalen Netzen. Neuere Forschungen scheinen eine mögliche Blockierung neurobiologischer Funktionsabläufe als Ausdruck einer traumatischen Fixierung zu bestätigen, die gegebenenfalls unter EMDR-Behandlung reversibel wird (van der Kolk 1996). Als komplexe Behandlungsmethode integriert EMDR eine Reihe der zuvor genannten psychodynamischen, imaginativen und kognitiv-behavioralen Behandlungselemente (Hofmann 1996; 1999; Hofmann et al. 1997; Eschenroeder 1997).

Die neueren Metaanalysen und Reviews (Bradley et al. 2005, Seidler u. Wagner 2006, Bisson u. Andrew 2007, Bisson et al. 2007, Cloitre 2009, Stein et al. 2009) sind sich darin einig, dass EMDR im Vergleich zu Warteliste, supportivem Counseling, unspezifischen Therapien und treatment-as-usual eine grössere Wirksamkeit hat.
Die bisherige Evidenz erlaubt es nicht, hinsichtlich der Wirksamkeit bei PTBS entweder EMDR oder die kognitiv-behavioralen Therapien zu bevorzugen. In der Metaanalyse von van Etten wurde festgestellt, dass die untersuchten EMDR Behandlungen signifikant weniger Behandlungsstunden benötigten als dies bei anderen effektiven Behandlungen der Fall war (van Etten 1998).

Psychodynamische Verfahren

Das Grundprinzip psychodynamischer Ansätze zur Behandlung der PTBS basiert auf einem Verständnis der Symptomatik vor dem Hintergrund aktueller und früher interpersoneller Beziehungen und auf der Nutzung der therapeutischen Beziehung unter Beachtung von Übertragung und Gegenübertragung. Psychodynamisches Arbeiten zielt

nicht nur auf die Modifikation der PTBS-Symptomatik, sondern zusätzlich auf die Veränderung der die Symptomatik unterhaltenden intrapsychischen Strukturen und interpersonellen Beziehungsmuster.

Angesichts der Bedeutung der interpersonellen Beziehungsdimension besonders bei Patienten mit PTBS nach personaler Gewalterfahrung (Okey et al. 2000), der empirisch belegten Zusammenhänge zwischen Bindungssicherheit, Reviktimisierungstendenz und Krankheitsverlauf (Classen, Field et al. 2001, Mikulincer et al. 1993, 1999, Dieperink et al. 2001) und der Bedeutung von Übertragung und Gegenübertragung für die Behandlung traumatisierter Patienten (Lindy 1989) bemüht sich das psychodynamische Vorgehen um eine Modifikation der äußeren und verinnerlichten Beziehungsmuster und um eine Erhöhung der Bindungssicherheit (Schottenbauer et al. 2008a).

Anders als die unmodifizierten Formen psychodynamischer Therapie richtet traumaadaptierte psychodynamische Therapie den Fokus nicht nur auf die Beziehungsdynamik, sondern auch auf die Traumafolgesymptomatik. Im Sinne eines störungsorientierten Vorgehens verfolgt sie auch das Ziel einer direkten Beeinflussung der PTBS-Symptome.

Horowitz (1974) legte eine erste Modifikation der psychodynamischen Standardtechnik im Sinne einer traumaorientierten Kurzzeittherapie vor. In seiner jüngsten Überarbeitung seines Ansatzes (Horowitz 1998) empfiehlt er eine differenzierte Analyse des individuellen Symptommusters und die Kombination verschiedener symptombezogener Behandlungsstrategien (Horowitz 1998).

Als Modifikation psychoanalytischen Vorgehens entwickelte Fischer (2000) das manualisierte Verfahren der Mehrdimensionalen Psychodynamischen Traumatherapie (MPTT). Am Modell des traumakompensatorischen Schemas wird mithilfe dieses Ansatzes ein Verständnis der traumareaktiven Abwehr- und Schutzprozesse erarbeitet, die im therapeutischen Prozess wahrgenommen und unterstützt werden müssen.
Als weitere bedeutsame traumaspezifische Modifikationen seien die im deutschsprachigen Raum verbreiteten psychodynamisch-imaginativen Ansätze genannt. Sie verbinden die psychodynamische Beziehungsorientierung mit der Anwendung imaginativer Verfahren, deren Ursprünge in der Hypnotherapie (Erickson u. Rossi 1981) liegen. In der klinischen Praxis bewährte traumaadaptierte psychodynamische Ansätze sind die

„Psychodynamisch-imaginative Traumatherapie (PITT; Reddemann 2004) und die „Traumazentrierte Psychotherapie“ (Sachsse 2004). Die Ansätze, die für Patienten mit sog. Komplexer posttraumatischer Belastungsstörung (Herman 1969) entwickelt wurden, folgen dem auf Janet (1889) zurückgehenden Grundsatz der phasenorientierten Behandlung. Das Phasenmodell der Traumatherapie fordert in einer ersten Phase der Behandlung eine umfassende Stabilisierung und Ich-Stärkung, bevor in einer zweiten Phase der Traumabearbeitung („Traumaexposition“ oder „Traumakonfrontation“) die traumatischen Erinnerungen unter geschützten therapeutischen Bedingungen wiederbelebt werden, um dann als erinnerte Tatsache in der Kontinuität des biographischen Zusammenhangs eingefügt werden zu können. Die dritte und letzte Phase der Reintegration soll dann ein Abtrauern der vielfaltigen Verluste und eine neue Sinnfindung ermöglichen. Imaginative Techniken werden sowohl in der Stabilisierungsphase als auch in der späteren traumabearbeitenden Phase der Behandlung eingesetzt (Reddemann 1996; 1998; 2004).

Hinsichtlich des Wirkungsnachweises der traumaadaptierten psychodynamischen Therapie bei PTBS ist festzustellen, dass diese auf RCT-Ebene unzureichend abgesichert ist. So konnten die Metaanalysen und systematischen Reviews, die sich auf RCT-Studien konzentrierten, nur eine RCT-Studie zur Wirksamkeit der psychodynamischen Therapie bei PTBS identifizieren (Brom et al. 1989). Eine weitere RCT-Studie (Classen, Butler, Koopman et al. 2001) evaluierte psychodynamische Gruppenpsychotherapie bei Patienten mit traumatischen Stresssymptomen bei metastasierendem Brustkrebs, allerdings ohne dass formal eine PTBS-Diagnose gestellt wurde.

Wegen der breiten Verankerung der traumaadaptierten psychodynamischen Therapie in der psychotherapeutischen Versorgung traumatisierter Patienten in Deutschland, insbesondere in der Richtlinienpsychotherapie, und wegen der oben aufgeführten Einschränkungen des Geltungsbereiches der vorliegenden RCT-Studien wurden in die Evidenztabelle zur Wirksamkeit psychodynamischer Therapie bei PTBS auch Studien unterhalb des RCT-Niveaus aufgenommen, sofern sie naturalistisch konzipiert sind, die tatsächliche Behandlungssituation einschließlich der Breite der Komorbidität angemessen abbilden und gerade diejenigen Patienten einbeziehen – wie z.B. Patienten mit schwerer dissoziativer Komorbidität, Borderline-Symptomatik und selbstverletzendem Verhalten –, die in RCT-Studien zumeist ausgeschlossen werden. Dabei zeigt sich, dass 5 kontrollierte, nicht randomisierte Studien zur Behandlung der PTBS auf die Wirksamkeit

psychodynamischer Einzel- und Gruppenpsychotherapie im ambulanten und stationären Setting hinweisen (Drozdek 1997, Grothe et al. 2003, Kruse et al. 2009, Lampe et al. 2008, Sachsse et al. 2006). Hinzu kommen 3 unkontrollierte naturalistische Studien (Bering et al. 2003, Bering 2005 und Ottomeyer et al. 2006), die im Prä-Post-Vergleich vergleichbare Ergebnisse liefern.

Leitlinienempfehlung 11:

➢ Bei der Indikationsstellung zur Traumabearbeitung sind klinische Komorbidität und Stabilität in einem Gesamtbehandlungsplan mit „partizipativer Entscheidungsfindung“ zu berücksichtigen. 17/17 ▲

Erläuterungen zu Leitlinien-Empfehlung 11:

Die Empfehlung trägt zunächst der Tatsache Rechnung, dass komorbide Störungen bei PTBS eher die Regel als die Ausnahme sind.

Allerdings ist die Forschungslage zur Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen bei den unterschiedlichen komorbiden Bedingungen sehr lückenhaft. Eine Übersicht über die Behandlung der PTBS mit komorbiden Störungen (Najavits et al. 2009) weist nur wenige RCT-Studien und auch nur wenige nicht randomisierte kontrollierte Studien aus, in denen die Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungen von PTBS bei verschiedenen komorbiden Störungsbildern explizit untersucht wurde. So werden zur Komorbidität von PTBS und Generalisierter Angsterkrankung/Major Depressive Disorder 2 RCT-Studien (Blanchard et al. 2003, Najavits 2002) und zur Komorbidität von PTBS und Substanzmissbrach 3 RCT-Studien (Najavits 2002, Hien et al. 2004, Najavits et al. 2006) aufgeführt. Zur Behandlung der Komorbidität von PTBS und Borderline-Persönlichkeitsstörung werden zwei kontrollierte, nicht randomisierte Studien genannt, von denen die eine ein kognitiv-behaviorales Behandlungskonzept (Feeny et al. 2002) und die andere eine traumadaptierte Therapie auf psychodynamischer Grundlage (Sachsse et al. 2006) als wirksam evaluierte. Eine vergleichbare Patientenpopulation mit Borderline- und dissoziativer Komorbidität wurde auch in der kontrollierten naturalistischen Studie von Lampe et al. (2006) untersucht, die ebenfalls Besserungen mit dem Konzept der Psychodynamisch-imaginativen Psychotherapie (Reddemann 2004) belegen konnten.

Die Empfehlung der Berücksichtigung der Stabilität stützt sich auf die klinische

Beobachtung, dass es bei Patienten, die vor einer traumakonfrontativen Behandlung unzureichend stabilisiert worden waren, zur Exazerbation von Depressionen, zum Rückfall in Alkoholabusus und zum Ausbruch von Panikstörungen kam (Pitman et al. 1991). Hier besteht noch ein erheblicher Forschungsbedarf. Als gravierendes Forschungsdefizit beklagen Bisson und Andrew (2007) in ihrer Cochran-Metaanalyse, dass negative Effekte der untersuchten Therapien in keiner der einbezogenen Studien systematisch erfasst wurden. Ebenso wenig wurde versucht, das Phänomen der mit durchschnittlich 30 % relativ hohen Dropout-Raten in den RCT-Studien zur Wirksamkeit von Expositionsverfahren in der Behandlung von PTBS (Bisson u. Andrew 2007) systematisch zu erforschen, um mögliche symptomatische Verschlechterungen als Grund für die vorzeitige Beendigung der Teilnahme an der Studie zu erfassen. Ein Überblick über 55 Studien empirisch gestützter Behandlungen von PTBS (Schottenbauer 2008b) zeigt neben einer hohen Variabilität eine Abhängigkeit der Dropout-Raten von der untersuchten Population.

Die klinische Erfahrung zeigt, dass die genannten Probleme nur dann eine Traumakonfrontation erlauben, wenn die BehandlerIn sehr erfahren ist, und /oder wenn stationäre Behandlung – ggf. oder andere schützende Bedingungen – möglich sind. Es gibt ausreichend klinische Evidenz, dass PatientInnen in Zeiten als Kontraindikationen von traumabearbeitenden Verfahren noch nicht oder zu wenig bekannt waren, psychotisch, suizidal oder psychosomatisch so schwer dekompensierten, dass sich dies auf Leib und Leben der PatientInnen gravierend schädlich auswirkte.

Eine Risiken-Nutzenabwägung aufgrund klinischer Erfahrung muss zu dem Schluss kommen, dass die Risiken den Nutzen bei weitem überwiegen, insbesondere dann, wenn kein klinischer Schutzraum gewährleistet ist und die BehandlerInnen unerfahren sind. Forschungen zu dieser Thematik i.S. von RCTs sind aus ethischen Gründen nicht möglich.

Empirische Studien zur Gestaltung des Gesamtbehandlungsplans liegen nur sehr begrenzt vor. Tatsächlich konnte die von Cloitre et al. (2002) entwickelte Kombinationsbehandlung aus Affektmanagement-Training und anschließender Expositionsbehandlung in einer randomisiert-kontrollierten Studie gegenüber einer Warteliste signifikante Verbesserungen der affektiven Regulationsprobleme, der interpersonellen Fähigkeiten und der PTBS-Symptome erreichen. Die Verbesserungen waren auch bei Follow-up-Untersuchungen nach 3 und 9 Monaten nachweisbar.

Das Konsensusmodell der phasenorientierten Traumatherapie (Chu, 1988; Courtois, 1999; Gil, 1988; Flatten et al., 2004; Ford et al., 2005, Reddemann 2004), das auf das Phasenkonzept der Traumatherapie von Janet (1989) zurückgeht und auf das auch Cloitre (2009) Bezug nimmt, sieht Therapiephasen in der Abfolge „Stabilisierung – Traumakonfrontation – Reintegration“ vor. Es fordert, dass die Herstellung von Stabilität Vorrang vor traumakonfrontativem Vorgehen haben muss.

In Lehrbüchern oder Behandlungsmanualen werden häufiger umfassendere Ansätze verfolgt, die verschiedene Methoden miteinander kombinieren und mehrstufig vorgehen (Pieper u. Bengel 2008, Reddemann 2004, Sachsse 2004, Wöller 2006). Vor allem im stationären Bereich gibt es umfassende phasenorientierte Behandlungskonzepte (Jacob et al. 2007, Sturz 2006, Najavits et al. 2008). Allerdings besteht hierzu noch erheblicher Forschungsbedarf.

Setting: In Abhängigkeit von Schwere der Störung und Stabilisierungsbedarf ist eine Vernetzung ambulanter und stationärer Behandlungsangebote geboten.

- Ambulant *(Schwerpunktpraxen, Ambulanzen)*
- Stationär *(Schwerpunktstation, Tagesklinik)*

Kontraindikation für traumabearbeitende Verfahren

Relative Kontraindikation:

- Mangelnde Affekttoleranz
- Anhaltende schwere Dissoziationsneigung
- Unkontrolliert autoagressives Verhalten
- Mangelnde Distanzierungsfähigkeit zum traumatischen Ereignis
- Hohe akute psychosoziale und körperliche Belastung

Absolute Kontraindikation:

- akutes psychotisches Erleben
- Akute Suizidalität
- Täterkontakt mit Traumatisierungsrisiko

Leitlinienempfehlung 12:

➢ Mangelnde Affekttoleranz, akuter Substanzkonsum, instabile psychosoziale und körperliche Situation, komorbide dissoziative Störung, unkontrolliert autoaggressives Verhalten sind als relative Kontraindikation zur Traumakonfrontation anzusehen. 28/28 ▲▲

Erläuterungen zu Leitlinien-Empfehlung 12:

Hier zeigt die klinische Erfahrung, dass die genannten Probleme nur dann eine Traumakonfrontation erlauben, wenn die Behandler sehr erfahren sind, und /oder wenn stationäre Behandlung – ggf. oder andere schützende Bedingungen - möglich sind. Es gibt ausreichend klinische Evidenz, dass PatientInnen in Zeiten als Kontraindikationen von traumabearbeitenden Verfahren noch nicht oder zu wenig bekannt waren, psychotisch, suizidal oder psychosomatisch so schwer dekompensierten, dass sich dies auf Leib und Leben der PatientInnen gravierend schädlich auswirkte.

Eine Risiken-Nutzenabwägung aufgrund klinischer Erfahrung muss zu dem Schluss kommen, dass die Risiken den Nutzen bei weitem überwiegen, insbesondere dann, wenn kein klinischer Schutzraum gewährleistet ist und die BehandlerInnen unerfahren sind. Forschungen zu dieser Thematik i.S. von RCTs sind aus ethischen Gründen nicht möglich.

Leitlinienempfehlung 13:

➢ Akute Psychose, schwerwiegende Störungen der Verhaltenskontrolle (in letzten 4 Monaten: lebensgefährlicher Suizidversuch, schwerwiegende Selbstverletzung, Hochrisikoverhalten, schwerwiegende Probleme mit Fremdagressivität) und akute Suizidalität sind als absolute Kontraindikation für ein traumabearbeitendes Vorgehen zu werten. 34/36 ▲▲

Erläuterungen zu Leitlinien-Empfehlung 13:

Es finden sich auf der Basis von RCT-Studien verschiedene Hinweise, dass bei komplexer Präsentation der PTBS, d.h. bei umfangreicher und/oder schwerer Komorbidität traumabearbeitende Verfahren erst nach ausreichender Vorbereitung indiziert sind.

So wird berichtet, dass es bei unzureichender Abklärung der Stabilität vor traumakonfrontativer Behandlung zur Exazerbation von Depressionen, Rückfall in

Alkoholabusus und zum Ausbruch von Panikstörungen gekommen ist (Pitman et al. 1991). Es ist speziell diese Patientengruppe, die kontrollierte Studien abbricht (Scott u. Strandling 1997, Bradley 2005). Es werden bei prolongierter Exposition Drop-out-Raten bis zu 35 % (Bradley et al., 2005) bzw. 41 % (McDonagh et al. 2005) angegeben. Es muss davon ausgegangen werden, dass bei dieser Gruppe von Patienten eine Traumakonfrontationsbehandlung zur Überflutung durch traumatische Erinnerungen führen kann, wenn keine hinreichende vorbereitende Behandlung vorgeschaltet wurde. Diese umfasst z. B. die Herstellung äußerer Sicherheit, die Herstellung eines tragfähigen therapeutischen Arbeitsbündnisses und die notwendigen Maßnahmen zur Erreichung einer ausreichenden Affektregulation.
Patienten mit Instabilität und schwerer Psychopathologie werden häufig aus Studien zur Wirksamkeit traumabearbeitender Verfahren ausgeschlossen. Die Metaanalyse von Bradley et al (2005) von 26 RCTs an PTBS-Patienten fand, dass 46% der Studien Patienten mit Suizidideen ausschließen, 60% schließen Patienten mit schwerer Komorbidität aus. Insofern kann über die Wirksamkeit der untersuchten Verfahren bei schwerer Komorbidität keine Aussage gemacht werden.

Eine RCT-Studie (Schnurr et al. 2003) untersuchte eine traumakonfrontative kognitiv-behaviorale Gruppentherapie mit 360 männlichen Vietnam-Veteranen im Vergleich zu einer supportiven („present-centered“) Kontrollgruppe ohne Traumafokus. Die Therapiedauer betrug 30 Wochen mit 1 Wochenstunde und einer Booster-Sitzung nach 5 Monaten. Eine Katamnese wurde nach 1 Jahr durchgeführt. Obwohl die PTBS-Symptom-Schwere und andere Maße sich signifikant gebessert hatten, zeigte die Intention-to-Treat-Analyse keine Unterschiede der Gruppen in allen Maßen und nur eine mäßige Besserung. Bemerkenswert ist, dass die Drop-out-Rate in der Expositionsgruppe doppelt so hoch war wie in der Kontrollgruppe. Eine zweite RCT-Studie zu einer kognitiv-behavioralen Einzeltherapie mit Traumaexposition, die teilweise von Mitgliedern des gleichen Forschungsteams durchgeführt wurde (Schnurr et al. 2007) lieferte einen Wirksamkeitsnachweis, jedoch nur bei eingeschränkten Ein- und Ausschlusskriterien. So war als Einschlusskriterium u.a. eine Stabilität der Medikation während der letzten zwei Monate und als Ausschlusskriterium u.a. das Fehlen von Selbstverletzungshandlungen während der letzten 6 Monate festgelegt worden – Kriterien, die nur von einem Teil der Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen erfüllt werden.
Die begrenzten Erfolge in der ersten Gruppentherapie-Studie und die besseren Therapieerfolge in der zweiten Einzeltherapie-Studie sind ein Hinweis darauf, dass es

relative Kontraindikationen bei der routinemässigen Durchführung traumakonfrontativer Verfahren gibt.

In den NICE-Guidelines werden folgende Umstände als Kontraindikationen gegen eine traumafokussierte Behandlung angesehen, allerdings nicht als belegt, sondern als Grundannahmen, deren Überprüfung an ethische Grenzen stößt. Wenn die traumatische Erfahrung noch andauert (z.B. Täterkontakt), bzw. die traumatische Situation sich zu wiederholen droht, oder Überlegungen im Rahmen spezieller Behandlungssituationen: wenn z.B. Patienten nicht ausreichend distanziert vom traumatischen Erleben sind. In diesen Fällen ist eine emotionale Stabilisierung primär. Es werden allerdings aus diesen Annahmen keine direkten Empfehlungen abgeleitet. In den Australian Guidelines wird davon ausgegangen, dass dann, wenn die Schwere einer Depression oder akute Suizidalität die Traumabehandlung unmöglich machen, zuerst diese behandelt werden müssen. Wenn es sich um komorbiden Substanzmissbrauch handelt, so sollten beide Störungsbilder gleichzeitig behandelt werden. Die PTBS-Behandlung soll erst dann stattfinden, wenn die Patienten ausreichend mit Belastungen umgehen können, ohne auf Alkohol oder Drogen zurückgreifen zu müssen bzw. es schaffen, von Drogen und Alkohol unbeeinflusst die Behandlung zu absolvieren. Unzureichende Stabilität oder starke dissoziative Symptome, die sich verstärken könnten, sprechen ebenfalls gegen eine sofortige traumafokussierte Behandlung.

Spinazzola et al. (2005) kritisieren allerdings genau diese Vorgehensweise, nämlich dass in vielen Behandlungs-Studien zahlreiche komorbide Störungen, die typisch sind für das klinische Bild der PTBS, als Ausschlusskriterien herangezogen werden, wie z.B. psychotisches Erleben, Substanzmissbrauch, organisch bedingte psychische Störungen, Suizidgedanken, dissoziative Störung, Aggression. Es ergebe sich so nur eine geringe Generalisierbarkeit der Studienergebnisse.
In den ISTSS Guidlines wird die akute Suicidalität als absolute Kontraindikation zur Traumabearbeitung angesehen und eine im Zusammenhang mit Suicidalität stehende depressive Erkrankung oder Abhängigkeitserkrankung ebenfalls als vorrangig vor der PTBS Behandlung betrachtet („If suicidality is secondary to depression and /or substance abuse, clinical attention must focus on either or both of these conditions before initiating treatment for PTBS“ S.10). Bezüglich einer bestehenden Abhängigkeitserkrankung empfiehlt die ISTSS ähnlich wie die Australischen Guidlines eine gleichzeitige Behandlung beider Erkrankungen, wobei das diesbezüglich best untersuchte Therapiekonzept

„Seeking Safety“ von Najavits 2002, Najavits et al (2008) eine ausgedehnte Stabilisierungsphase vor einer Traumabearbeitung vorsieht.
Bezüglich körperlicher Erkrankung geben die ISTSS Guidlines keine ausgesprochene Empfehlung ab, da keine Studien vorliegen, die die Effekte der Behandlung einer PTBS bei körperlich Kranken untersuchen. Für Patienten mit einer chronischen PTBS, die unter einer psychiatrischen Erkrankung mit therapieresistenter Symptomatik leiden, die berufsunfähig sind und unter sozialen und familiären Einschränkungen leiden, (psychosoziale Instabilität) ist eine Form von Case management und psychosoziale Rehabilitation eher indiziert als eine PTBS Behandlung (ISTSS, 2009). Jedoch fehlen auch zu dieser Empfehlung der ISTSS empirische Studien, die psychosoziale Reintegrationsmodelle mit der konfrontativer Traumabearbeitung hinsichtlich ihres Therapieerfolges und der Kosten Nutzen Effektivität vergleichen (Glynn, Drebing, Penk, 2009). Darüber hinaus räumen die Autoren ein, dass für manche Patienten das tägliche Funktionieren im Alltag und eine bessere Bewältigung von Alltagsaufgaben wichtiger sein kann als eine Traumabearbeitung (ISTSS 2009).

Leitlinienempfehlung 14:

- Bei Vorliegen von Kontraindikationen ist eine konfrontative Traumabearbeitung erst indiziert, wenn äußere Sicherheit und eine hinreichend gute Emotionsregulierung ('ausreichende Stabilisierung') vorhanden sind. 31/36 ▲▲

Erläuterungen zu Leitlinien-Empfehlung 14:

Ausgehend von den Arbeiten von Kluft und van der Hart publizierte Suzette Boon 1997 fünf Punkte, die sie als Vorraussetzung für eine Traumabearbeitung ansieht:
1.) Aktuelles persönliches und professionelles Funktionieren:
umfasst (1) die Fähigkeit des Patienten/der Patientin einer sinnvolle Betätigung untertags nachzugehen, (2) eine unterstützende Beziehung mit wesentlichen Anderen auf zu bauen, (3) Therapievereinbarungen einzuhalten, (4) Impulse kontrollieren zu können und (5) die eigene Fähigkeit zur Selbstfürsorge zu verbessern.
2.) Schwere Achse II Störung. Bei PatientInnen, die ein anhaltendes selbstdestrukitves Selbstberuhigungsverhalten zeigen, wenig Urteilsvermögen in Bezug auf persönliche Beziehungen haben und dazu neigen traumatische Bindungsstile zu reinszenieren sollte man von einer Traumakonfrontation absehen.

3.) Persönliche Lebensumstände oder Lebensphasen. Die Autorin betont insbesondere vorsichtiges therapeutisches Vorgehen bei älteren Menschen. Bei Schwangerschaft, terminaler Erkrankung oder anderer schwerer körperlicher Beeinträchtigung der Betroffen oder naher Angehörige sollte der weiteren Stabilisierung einer Traumabearbeitung der Vorzug gegeben werden.
4.) Substanzmissbrauch. Die Autorin betont (ähnlich wie in den Australischen Guidlines), dass alternative Copingmechanismen gelernt werden sollten bevor eine Traumbearbeitung eingeleitet wird, da sonst das Risiko eines gesteigerten schädlichen Konsums von Substanzen um Gefühle besser zu ertragen eher zunimmt.
5.) Anhaltender Missbrauch
Zumeist wird die Entscheidung für bzw. gegen ein traumakonfrontatives Vorgehen nicht auf Grund eines einzelnen angeführten Punktes sondern vielmehr aus einer Kombination der einzelnen Faktoren getroffen.
Empirische Studien zur Untermauerung der klinischen Beobachtungen fehlen nahezu vollständig. Pitman et al. (1991) liefern Hinweise auf den geringen Nutzen einer zu frühen Traumakonfrontation.
Bei unzureichender Stabilisierung vor traumakonfrontativer Behandlung kann es zur Exazerbation von Depressionen, Rückfall in Alkoholabusus und zum Ausbruch von Panikstörungen kommen (Pitman et al. 1991). Es ist speziell diese Patientengruppe, die kontrollierte Studien abbricht (Scott u. Strandling 1997, Bradley 2005). Es werden bei prolongierter Exposition Drop-out-Raten bis zu 35 % (Bradley et al., 2005) bzw. 41 % (McDonagh et al. 2005) angegeben.
Patienten mit Instabilität und schwerer Psychopathologie werden häufig aus Studien zur Wirksamkeit traumabearbeitender Verfahren ausgeschlossen. Die Metaanalyse von Bradley et al (2005) von 26 RCTs an PTBS-Patienten fand, dass 46% der Studien Patienten mit Suizidideen ausschließen, 60% Patienten mit schwerer Komorbidität . Insofern kann über die Wirksamkeit der untersuchten Verfahren bei schwerer Komorbidität nur begrenzt Aussage gemacht werden.
Cloitre et al. 2002 konnten die klinischen Beobachtungen von Suzette Boon in einer empirischen Untersuchung indirekt bestätigen. Frauen, die in ihrer Kindheit Mißbrauchserfahrungen ausgesetzt waren, wurden zuerst einer Behandlung, die der Affektstabilisierung und der interpersonellen Funktionsverbesserung diente, unterzogen und erst in zweiter Linie mit dem Trauma konfrontiert. Die Ergebnisse zeigten signifikante Verbesserungen gegenüber einer Wartekontrollgruppe, die auch in der Follow up Untersuchung nach 3- und 9 Monaten aufrecht erhalten werden konnten. Die Studie zeigte

darüber hinaus, dass die positive therapeutische Beziehung und die deutliche Verbesserung der Impulskontolle während der ersten Phase der Behandlung (Stabilisierungsphase) signifikante Prädiktoren für die Reduktion der PTBS Symptomatik in Phase 2 darstellten.
In einem 2009 veröffentlichen Review kommt die Autorin zu dem Schluss, dass - obwohl einige Guidelines Expositionsbehandlung als primäre Intervention für Opfer von Kindesmissbrauch vorschlagen (z.B. Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder 2008)- diese Aussage nicht als evidenzbasiert angesehen werden kann.
Patienten mit Kindheitstraumatisierungen können besonders von einem Training der Emotionsregulierung vor Beginn einer Expositionsbehandlung profitieren.

Die therapeutische Begleitung in den Behandlungsphasen der psychosozialen Reintegration und Neuorientierung nach psychischer Traumatisierung sollte allgemeine und spezifische Aspekte und Hilfsmöglichkeiten berücksichtigen, z.B.:

Phasenbegleitende Aspekte der psychosozialen Reintegration

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

Phasenbegleitende Aspekte der Neuorientierung

- Auseinandersetzung mit traumaspezifischen Verlusten und Einbußen
- Intrapsychische Neuorientierung
- Rückfallprophylaxe (Erarbeitung von Hilfen bei erneuter schwerer Belastung)
- Entwicklung von Zukunftsperspektiven

Leitlinienempfehlung 15:

➢ Traumatherapie endet in der Regel nicht mit der Traumabearbeitung. Wenn indiziert, sollte der psychotherapeutische Prozess zur Unterstützung von Trauer, Neubewertung und sozialer Neuorientierung fortgeführt werden. 17/18 ▲

Erläuterungen zu Leitlinien-Empfehlung 15:

Traumatische Ereignisse gehen häufig mit dem Verlust von Selbst- und Weltvertrauen einher. Darüber hinaus stehen traumatische Ereignisse oft mit Verlusten nahe stehender Personen im Zusammenhang (Jenkins et al., 2009; Zinzow et al., 2009). Die damit verbundene Trauer ist als wichtiger Verarbeitungsschritt nach einer Traumabearbeitung in den meisten Fällen sinnvoll. Dieses Vorgehen wird in vielen klinischen Berichten erwähnt, ist bislang aber kein eigenständiges Forschungsthema.

Zum ersten Teil: Unterstützung von Trauer:

Es finden sich keine Empfehlungen dazu in den Guidelines. Das Thema Trauer wird in der Literatur als eigener Problemkomplex untersucht. Traumatische bzw, komplizierte Trauer wird diskutiert als eine mögliche eigenständige diagnostische Kategorie (Bonanno et al., 2007; Kersting et al., 2001; Shear, 2004). Trauerreaktionen aufgrund von Verlusten nach traumatischen Ereignissen spielen im Störungsbild PTBS jedoch eine große Rolle (Anderson et al., 2008; Kersting et al., 2007; Simon et al., 2007).

Shalev betont, dass traumatische Ereignisse mit realen und symbolischen Verlusten verbunden sind, die im therapeutischen Prozess wahrgenommen und bearbeitet werden müssen (Shalev, 2001). Nach Brown (2006) sind Verlust und Trauer nicht nur relevant in Bezug auf den Tod nahe stehender Personen. Auch Opfer von Überfällen oder sexueller Gewalt trauern um Verlorenes, beispielsweise den subjektiven Verlust von Lebensjahren bzw. um ihre Fähigkeit anderen zu vertrauen.

Zum zweiten Teil: Neuorientierung und psychosoziale Integration:

Auch wenn die Datenlage zu dieser Frage sehr schlecht ist, wird generell von der Wichtigkeit und Sinnhaftigkeit der psychosozialen Integration ausgegangen.

In den NICE-Guidelines findet sich folgende Empfehlungen: Behandler sollten sich dessen bewusst sein, dass lebenspraktische und soziale Unterstützung eine wichtige Rolle bei der Besserung der PTBS spielen – besonders direkt nach dem Trauma – und dafür sorgen, dass die Betroffenen Zugang zu diesbezüglich wichtigen Informationen bekommen $ (Evidenzgrad GPP). Ein dreistufiger Behandlungsplan findet Erwähnung, der nach Stabilisierung, symptomorientierter und traumafokussierter Behandlung als dritte Stufe die Integration des Geschehenen in die Persönlichkeit und Rehabilitation zum Ziel hat. Auch im deutschsprachigen Raum findet die dreiphasige Behandlungsstruktur sowohl in der Behandlung von Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen Anwendung

(Keller, Riedel & Senft, 2003; Steil & Rosner, 2009).
In den Australian Guidelines wurde die Frage nach der psychosozialen Reintegration zwar gestellt („For adults with PTBS, does psychosocial rehabilitation improve outcomes compared to no intervention?“; „For adults with PTBS, does psychosocial rehabiliation confer an advantage over any other psychological or pharmacological interventions?“), es konnten aber keine Untersuchungen gefunden werden, die den Einschlusskriterien der Guidelines genügten. Die Empfehlung – basierend auf Expertenkonsens (Evidenzgrad GPP) – lautet folgendermaßen: berufliche, familiäre und soziale Rehabilitations-Maßnahmen sollen von Beginn an Bestandteil der Behandlung von PTBS sein. Wenn die PTBS-Symptome länger als 3 Monate andauern, soll psychosoziale Rehabilitation als eine Intervention durchgeführt werden, die Einschränkungen durch die Erkrankung verhindert oder vermindert. Psychosoziale Rehabilitationsmaßnahmen reduzieren möglicherweise die Einschränkungen durch die Erkrankung, auch wenn die PTBS-Symptome auf evidenz-basierte Behandlung nicht angesprochen haben.

Im Rahmen eines biopsychosozialen Störungsmodells von PTBS scheint der Einbezug sozialer Faktoren notwendig (Wheeler & Bragin, 2007). Insbesondere bei sehr vulnerablen Gruppen wie traumatisierten Flüchtlingen ist im Rahmen der Behandlung der PTBS eine soziale Integration, insbesondere die Klärung der aufenthaltsrechtlichen Situation essentiell (Mollica, et al. 2005; Simich et al., 2005; Tuepker & Chi, 2009).

Lehrbücher sind sich darin einig, dass soziale und berufliche Integration eine wichtige Rolle in der Besserung der PTBS spielt bzw. der Aufrechterhaltung eines stationären Therapieerfolgs und dem Transfer in den Alltag dient (Jacob & Keller in Frommberger & Keller 2007, Penk & Flannery in Foa et al. 2000), so kann beispielsweise soziale Unterstützung einer Fortsetzung und Verstärkung der Traumatisierung entgegenwirken und auf diese Weise ein integrativer Bestandteil von Traumatherapie sein (Soyer in Maercker & Rosner 2006).

Leitlinienempfehlung 16:

- Eine traumaadaptierte Psychotherapie soll jedem Patienten mit PTBS angeboten werden. 18/18 ▲▲

Erläuterungen zu Leitlinien-Empfehlung 16:

Nach den NICE-Guidelines haben trauma-fokussierte Behandlungsansätze wie KVT mit Expositionstechniken und EMDR einen klaren Wirksamkeitsvorteil gegenüber nicht traumaadaptierten Ansätzen, wie aus dem Bereich der KVT dem Angstmanagement und Stress-Inokulations-Training (SIT).
Auch die australischen Guidelines kommen zu dem Ergebnis: Erwachsene mit einer PTBS sollten eine traumafokussierte Intervention erhalten. Nicht-traumafokussierte Interventionen wie Supportive Counseling oder Entspannungsverfahren sollten nicht zur Behandlung der PTBS angeboten werden, sondern vorrangig traumafokussierte Interventionen.
Behandlungsansätze nicht trauma-fokussierter Psychotherapie, die auf gegenwärtige oder andere frühere Aspekte des Lebens des Patienten und nicht auf das Trauma zentrieren, zeigen sich in der Metananalyse von Bisson als nicht so effektiv bezüglich der PTBS-Symptomatik, der Ängste oder der depressiven Komorbidität (Bisson, 2007, Marcus et al. 1997). Weitere Untersuchungen zeigen, das Behandler, die nicht in einer traumspezifischen Methode ausgebildet wurden, nicht die erfolgreichen Behandlungsergebnisse von Behandlern erreichen, die in traumaspezifischen Behandlungsmethoden ausgebildet wurden (Jenssen, 1994). So entwickelte die International Society for Traumatic Stress Studies in einem Konsensusprozess Trainings-Guidelines (Weine 2002), um den Mangel an qualifizierten Ausbildungsangeboten zu überwinden.
Die Möglichkeit eines Angebots traumaadaptierter Psychotherapie für Patienten hängt auch mit den Barrieren der Inanspruchnahme von Seiten der Patienten zusammen. Schreiber et al. (2009) identifizierten mehrere Stufen des Inanspruchnahme-Verhaltens von traumatisierten Personen mit Behandlungsbedarf: Erkennen der Trauma-Einwirkung durch die Patienten, Wahrnehmen der resultierenden psychischen Probleme, Behandlungswunsch, Behandlungsintention sowie reales Hilfesuchen. Auf jeder dieser Stufen können erleichternde bzw. erschwerende Faktoren lokalisiert werden. Schreiber et al. (2010) fanden heraus, dass die größten Barrieren des Hilfesuch-Verhaltens die mit der PTB-Symptomatik einhergehende geringe zwischenmenschliche Vertrauensfähigkeit, die fehlende Problemwahrnehmung des Umfelds (familiär bzw. soziale), die von den Betroffenen wahrgenommenen strukturellen Barrieren (z.B. folgenloses Nachfragen bei Hausärzten nach weitergehender Behandlungsnotwendigkeit) sowie das Fehlen proaktiver Hilfe (keine spontanen Angebote) sind. Insgesamt wird deshalb nur ein Anteil aller derjenigen, die traumaadaptierte Psychotherapie benötigen würden, damit versorgt.

Leitlinienempfehlung 17:

- Die behandelnden PsychotherapeutInnen sollen über eine traumatherapeutische Qualifikation verfügen. 16/16 ▲▲

Erläuterungen zu Leitlinien-Empfehlung 17:

Behandlungsansätze nicht traumafokussierter Psychotherapie, die auf gegenwärtige oder andere frühere Aspekte des Lebens des Patienten und nicht auf das Trauma zentrieren, zeigen sich in der Metananalyse von Bisson als nicht so effektiv bezüglich der PTBS Symptomatik, der Ängste oder der depressiven Komorbidität (Bisson, 2007, Marcus et al. 1997).

Untersuchungen zeigen, das Behandler, die nicht in einer traumspezifischen Methode ausgebildet wurden, nicht die erfolgreichen Behandlungsergebnisse von Behandlern erreichen, die in traumaspezifischen Behandlungsmethoden ausgebildet wurden (Jenssen, 1994).

Aus diesen Gründen entwickelte die International Society for Traumatic Stress Studies in einem Konsensusprozess Trainingguidelines. (Weine 2002), wobei Courtois (2009) immer noch einen Mangel an qualifizierten Ausbildungsangeboten konstatiert.

Sprang (2008) untersuchte bei TherapeutInnen inwieweit in der täglichen Praxis nach evidenzbasierten Ansätzen gearbeitet wird. Dabei zeigte sich, dass mit zunehmender beruflicher Tätigkeit das Interesse an und der Erwerb von traumaspeziifschen Qualifikationen anstiegen. Hierfür dürfte sicher auch bedeutsam sein, dass in traumaspezifisch arbeitenden Einrichtungen, sich häufig Patientinnen finden, die sich mit einer über die PTBS hinausgehende komplexerer Symptomatik präsentieren (Lab 2008).

Ein Curriculum für spezielle Psychotraumatherapie liegt seit 2004 durch die Deutschsprachige Fachgesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) für die Therapie von Erwachsenen und seit 2007 für die Therapie von Kinder und Jugendlichen auch in Deutschland vor.

Ein analoger Zertifizierungsprogress auf europäischer Ebene wurde kürzlich durch die European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS) initiiert.

Obsolet!

- Anwendung nicht traumaadaptierter kognitiv-behavioraler oder psychodynamischer Techniken *E:III* (z.B. unmodifiziertes psychoanalytisches Verfahren, unkontrollierbare Reizüberflutung, unkontrollierte regressionsfördernde Therapien)
- Alleinige Pharmakotherapie *E:II-3*
- Traumatherapie ohne Gesamtbehandlungsplan

Gesamtverzeichnis der zur Leitlinienentwicklung berücksichtigten Literatur:

Anderson W G, Arnold R M, Angus D C & Bryce C L (2008). Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care units. Journal of General Internal Medicine, 23(11), 1871-1876.

Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (2007). Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. http://www.acpmh.unimelb.edu.au.

Baschnagel J S, Coffey S F & Rash C J (2006). The Treatment of Co-Occurring PTBS and Substance Use Disorders Using Trauma-Focused Exposure Therapy. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy 2 (4), 498-507.

Basoglu M, Salcioglu E & Livanou M (2007). A randomized controlled study of single-session behavioural treatment of earthquake-related post-traumatic tress disorder using an earthquake simulator. Psychological Medicine 37, 203-213.

Basoglu M, Salcioglu E, Livanou M, Kalender D & Acar G (2005). Single-session behavioral treatment of earthquake-related posttraumatic stress disorder: A randomized waiting list controlled trial. Journal of Traumatic Stress 18, 1-11.

Benight CC, Ruzek JI, Waldrep E.Internet interventions for traumatic stress: a review and theoretically based example. J Trauma Stress. 2008 Dec;21(6):513-20.

Benish S G, Imel Z E & Wampold B E (2008). The relative efficacy of bona fide therapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. Clinical Psychology Review 28, 746-758.

Berger, M., (2008), Psychische Erkrankungen, Klinik und Therapie, 3. Auflage, Urban & Fischer, München

Bering, R. (2005). Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung. Grundlagen-forschung, Prävention, Behandlung. Shaker Verlag: Aachen.

Bering, R., Horn, A., Spieß, R. & Fischer, G (2003). Forschungsergebnisse zur Mehrdimensionalen Psychodynami-schen Traumatherapie (MPTT) im multiprofessionellen Setting. Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin, 4, 45-59.

Beschlussprotokoll des 107. Deutschen Ärztetages vom 18.-21. Mai 2004 in Bremen http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/beschluesse107.pdf

Bichescu D, Neuner F, Schauer M & Elbert T (2007). Narrative exposure therapy for political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression. Behavior Research and Therapy 45, 2212-2220.

Bisson J & Andrew M (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTBS). Cochrane Database of Systematic Reviews , Issue 2. Art. No.: CD003388. DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub3

Bisson J I, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D & Turner S (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. British Journal of Psychiatry 190, 97-104.

Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTBS) [Cochrane review]. Cochrane Database Syst Rev 2005;(2):CD003388

Black D W (2006). Efficacy of Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy Versus Monotherapy in the Treatment of Anxiety Disorders. CNS Spectr 11 (10, Suppl 12), 29-33.

Blake R (1994). Vietnam Veterans with Post Traumatic Stress Disorder: Findings From a Music and Imagery Project. Journal of the Association of Music and Imagery 3, 5-17.

Blake R & Bishop S R (1994). The Bonny Method of Guided Imagery and Music (GIM) in the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder (PTBS) with Adults in the Psychiatric Setting. Music Therapy Perspectives (?) 12 (2), 125-129.

Blanchard, E B, Hickling, E J, Devineni, T, et al (2003). A controlled evaluation of cognitive behavioural therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors. Behaviour Research and Therapy, 41, 79–96.

Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Malta, L. S., et al (2003b) Prediction of response to psychologicaltreatment among motor vehicle accident survivors with PTBS. Behavior Therapy, 34, 351–363.

Bonanno G A, Neria Y, Mancini A, Coifman K G, Litz B & Insel B (2007). Is there more to complicated grief than depression and posttraumatic stress disorder? A test of incremental validity. Journal of Abnormal Psychology, 116(2), 342-351.

Boon S (1997) The treatment of traumatic memories: Indications and contraindications. Dissociation 10 (2).

Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D (2005). A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTBS. American Journal of Psychiatry 162, 214-227.

Brain Injury, Ishibe N et al., The Journal of Head Trauma Rehabilitation 2009, 24:424-9

Boroske-Leiner, K., Hofmann, A., Sack, M. (2008). Ergebnisse zur internen und externen Validität des Interviews zur komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 58: 192-199.

Breslau, N., Peterson, E. L., Kessler, R. C., & Schultz, L. R. (1999). Short screening scale for DSM-IV posttraumatic stress disorder. American Journal of Psychiatry, 156, 908-911.

Brom, D, Kleber, R J & Defares, P B (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, 607–612.

Brown S L (2006). Counseling victims of violence: A handbook for helping professionals. Alameda: Hunter House.

Bryant R.A., Moulds, M.L., Guthrie R.M. et al. (2008). A randomized controlled trial of exposure therapy and cognitive restructuring for posttraumatic stress disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76, 695-703

Bryant, R A, Moulds, M L, Guthrie, R M, et al (2003). Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71, 706–712.

Bulletin of the Menninger Clinic, Vol. 70, No. 2 (Spring 2006)

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), 2008. http://www.bbk.bund.de/cln_007/nn_405604/DE/02__Themen/05__Krisenmanagement/02__PsychosozialeNotfallversorgung/01__NOAH/04__Seebeben/Seebeben__node.html__nnn=true#doc401628bodyText10

Carlson, J G, Chemtob, C M, Rusnak, K, Hedlund, N L & Muraoka, M Y (1998). Eye movement desensitization and reprocessing (EDMR) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress, Vol 11(1), 3-24.

Chard KM. (2005). An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. Journal of Consulting and Clinical Psychology; 73:965-971.

Christman, S. D., Garvey, K. J., Propper, R. E., & Phaneuf, K. A. (2003). Bilateral eye movements enhance the retrieval of episodic memories. *Neuropsychology, 17,* 221–229.

Chu, J A (1998). Rebuilding shattered lives: Treating complex post-traumatic and dissociative disorders . New York: John Wiley & Sons.

Classen C, Butler L D, Koopman C, Miller E, DiMiceli S, Giese-Davis J, Fobair P, Carlson R W, Kraemer H C, Spiegel D (2001). Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: a randomized clinical intervention trial. Archive General Psychiatry, 58, 494–501.

Classen, C., Field, N. P., Koopman, C., Nevill–Manning, K., & Spiegel, D. (2001). Interpersonal problems and their relationship to sexual revictimization among women sexually abused in childhood. Journal of Interpersonal Violence, 16, 495–509.

Cloitre M (2009). Effective Psychotherapies for Posttraumatic Stress Disorder: A Review and Critique. CNS Spectr. 2009;14:1(Suppl 1):32-43.

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 PTBS Related to Childhood Abuse. Journal of Consulting and Clinical Psychology 70 (5), 1067-1074.

Cloitre M, Stovall-McClough K C & Chemtob C M (2004). Therapeutic Alliance, Negative Mood Regulation, and Treatment Outcome in Child Abuse-Related Posttraumatic Stress Disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72 (3), 411-416.

Cohen J A, Mannarino A P, Perel J M & Staron F (2007). A pilot randomized controlled trial of combined trauma-focused CBT and sertraline for childhood PTBS symptoms. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 46 (7), 811-819.

Committee on Treatment of Posttraumatic StressDisorder (2008). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence. Washington, DC: The National Academies Press.

Cooper, N A & Clum, G A (1989). Imaginal flooding as as supplementary treatment for PTBS and in combat veteran: A controlled study. Behavior Therapy, 20, 381-391.

Cottraux J, Note I, Yao S N, de Mey-Guillard C, Bonasse F et al. (2008). Randomized Controlled Comparison of Cognitive Behavior Therapy with Rogerian Supportive Therapy in Chronic Post-Traumatic Stress Disorder: A 2-year Follow-up. Psychotherapy and Psychosomatics, 77, 101-110.

Courtois, C A, Gold, SN. (2009). The need for inclusion of psychological trauma in the professional curriculum: A call to action. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 1: 3-23,

Courtois, C. A. (1999). Recollections of sexual abuse: Treatment principles and guidelines .New York: W. W. Norton.

Creamer, M., Burgess, P. & McFarlane, A. C. (2001) Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. Psychological Medicine, 31,1237–1247.

Davis L L, Davidson J R T, Ward C L, Bartolucci A, Bowden C L & Petty F (2008). Divalproex in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial in a Veteran Population. Journal of Clinical Psychopharmacology 28 (1), 84-88.

Davis M, Barad M, Otto M & Southwick S (2006). Combining Pharmacotherapy With Cognitive Behavioral Therapy: Traditional and New Approaches. Journal of Traumatic Stress 19 (5), 571-581.

Deutsche Gemeinde Unfall Versicherung (Hrsg.) (2008). Empfehlungen der Gesetzlichen Unfallversicherung zur Prävention und Rehabilitation von psychischen Störungen nach Arbeitsunfällen". Anhang 4 "Modellverfahren". Berlin: DGUV, S. 28-37.

Deutsches Ärzteblatt, 2002. Psychologische Gutachten - Wissen über Traumata mangelhaft. www.aerzteblatt.de/V4/archiv/artikel.asp?id=32587

Deutsches Ärzteblatt, 2006, Ärztetag. Entschließungen zum Tagesordnungspunkt II: Behandlung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Deutscher Ärztetag, Magdeburg.

Deutsches Ärzteblatt, 2007 Mitteilungen des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie: Annerkennung der EMDR Methode als wissenschaftliches Verfahren, Seite 2417-2420

Devilly, G J & Spence, S H (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. Journal of Anxiety Disorders, 13, 131–157.

Devilly, G. J., Spence, S. H. & Rapee, R. M. (1998). Statistical and reliable change with eye movement desensiti-zation and reprocessing: Treating trauma within a veteran population. Behavior Therapy, 29, 435-455

Dieperink, M., Leskela, J., Thuras, P., Engdahl, B. (2001). Attachment style classification and posttraumatic stress disorder in former prisoners of war. American Journal of Orthopsychiatry, 71, 374–378.

Difede J, Malta L S, Best S, Henn-Haase C, Metzler T, Bryant R & Marmar C (2007). A Randomized Controlled Clinical Treatment Trial for World Trade Center Attack-Related PTBS in Disaster Workers. The Journal of Nervous and Mental Disease, 195, 10, 861-865.

Dorahy M J, Corry M, Shannon M, MacSherry A, Hamilton G, McRobert G, Elder R & Hanna D (2008). Complex PTBS, interpersonal trauma and relational consequences: Findings from a treatment-receiving Northern Irish sample. Journal of Affective Disorders, doi:10.1016/j.jad.2008.04.003

Drodzek, B. (1997). Follow-up study of concentration camp survivors from Bosnia-Herzegovina: three years later. Journal of Nervous and Mental Diseases, 185, 690–694.

Duffy M, Gillespie K, Clark DM. (2007). Post-traumatic stress disorder in the context of terrorism and other civil conflict in Northern Ireland: randomised controlled trial. British Medical Journal 334, 1147–1150

Dunn N J, Rehm L P, Schillaci J, Souchek J, Mehta P, Ashton C M, Yanasak E & Hamilton J D (2007). A Randomized Trial of Self-Management and Psychoeducational Group Therapies for Comorbid Chronic Posttraumatic Stress Disorder and Depressive Disorder. Journal of Traumatic Stress 20 (3), 221-237.

Ebbighaus R, Bauer M, Priebe S (1996). Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. Fortschr Neurol Psychiat; 64: 433–443.

Echeburua, E, de Corral, P, Zubizarreta, I, et al (1997). Psychological treatment of chronic posttraumatic stress disorder in victims of sexual aggression. Behavior Modification, 21, 433 –456.

Ehlers A, Bisson J, Clark DM, Creamer M, Pilling S, Richards D, Schnurr PP, Turner S, Yule W (2010). Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder? Clinical Psychology Review 30, 269–276

Ehlers, A, Clark, D M, Hackmann, A, et al. (2003). A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. Archives of General Psychiatry, 60, 1024–1032.

Ehlers, A.,Clark, D.,Hackmann, A., et al. (2005). Cognitive therapy for posttraumatic stress disorder: development and evaluation.Behaviour Research and Therapy, 43, 413-431.

Erickson, M. H., Rossi, E. L. (1981). Hypnotherapie. Aufbau - Beispiele - Forschungen. München: Pfeiffer. (Original: Hypnotherapy: An exploratory casebook. New York: Irvington, 1979)

Eßlinger K (1998). Traumaexposition zur Traumasynthese. PTT; 2: 59–76.

Fecteau, G & Nicki, R (1999). Cognitive behavioural treatment of post traumatic stress disorder after motor vehicle accident. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 27, 201–214.

Feeny NC, Zoellner LA, Foa EB (2002). Treatment outcome for chronic PTBS among female assault victims with borderline personality characteristics : A preliminary examination. Journal of Personality Disorders, 16, 30-40.

Feske U. (2008). Treating low-income and minority women with posttraumatic stress disorder: a pilot study comparing prolonged exposure and treatment as usual conducted by community therapists. Journal of Interpersonal Violence, 23, 1027–1040.

Fischer G (2000). Das Kölner Dokumentations- und Planungssystem für Dialektische Psychotherapie, Psychoanalyse und Traumabehandlung (KÖDOPS). Köln-Much: Deutsches Institut für Psychotraumatologie.

Fischer G, Becker-Fischer M (2008). Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? Kommentar zum Beitrag von Frank Neuner (2008), in: Verhaltenstherapie, 18 (2), 109-118. ZPPM Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin 6: 85-94

Fischer-Homberger E., 1975; Die Traumatische Neurose. Bern, Stuttgart.

Fischer, G., Reddemann, L., Barwinski-Fäh R., Bering R (2003) Traumaadaptierte

Flatten G., Hofmann A., Liebermann P., Siol T., Wöller W., Petzold E.R. (1999). Posttraumatische Belastungsstörung, Quellentext und Leitlinie. Stuttgart, Schattauer

Foa E B, Hembree E A, Cahill S P, Rauch S A M, Riggs D, Feeny N C & Yadin E (2005). Randomized Prologned Trial of Prolonged Exposure for Posttraumatic Stress Disorder With and Without Cognitive Restructuring: Outcome at Academic and Community Clinics. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73 (5), 953-964.

Foa E B, Meadows E A (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder. A critical review. Annu Rev Psychol; 48: 449 – 80.

Foa E, Keane TM, Friedman JM, Cohen J (2009) Effective treatments for PTBS. Practice Guidlines from the International Society for Traumatic Stress Studies The Guildford Press New York, London.

Foa EB, Meadows EA (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder. A critical review. Annu Rev Psychol; 48: 449–480.

Foa, E B, Ehlers, A, Clark, D M, et al (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): development and validation. Psychological Assessment, 11, 303–314.

Foa, E B, Rothbaum, B O, Riggs, D S, et al (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive–behavioral procedures and counseling. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 715–723.

Foa, E. B., Dancu, C.V.,Hembree, E. A., et al (1999) . A comparison of exposure therapy, stress inoculation train-ing, and their combination in reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67,194-200.

Foa, E.B., Rothbaum, B.O., Riggs,D. S., et al (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 715-723.

Forbes D, Bronwyn W, John Cooper J (2009). Post-traumatic stress disorder. What are some of the issues in managing more complex presentations? Australian Family Physician Vol. 38, No. 3, March 2009 Seite 106 – 111

Forbes D, Creamer M, Phelps A, Bryant R, McFarlane A, Devilly G J, Matthews L, Raphael B, Doran C, Merlin T & Newton S (2007). Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 41, 637-648.

Ford JD, Kidd P (1998). Early childhood trauma and disorders of extreme stress as predictors of treatment outcome with chronic posttraumatic stress disorder. J Trauma Stress; 11: 43 – 61.

Ford, J. D., Courtois, C.A. Steele, K., van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S. (2005). Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. Journal of Traumatic Stress, 18, 5, 437-447.

Friedman M J, Marmar C R, Baker D G, Sikes C R & Farfel G M (2007). Randomized, Double-Blind Comparison of Sertraline and Placebo for Posttraumatic Stress Disorder in a Department of Veteran Affairs Setting. Journal of Clinical Psychiatry 68, 711-720.

Frommberger U, Stieglitz R-D, Nyberg E, et al. (2004) Comparison between paroxetine and behavior therapy in patients with posttraumatic stress disorder (PTBS): a pilot study. Internationl Journal of Psychiatry in Clinical Practice 8, 19–23.

Gast U, Osswald T & Zündorf F. (2000) Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV Dissoziative Störungen (SKID-D). Deutsche Fassung. Göttingen: Hogrefe

Gast, U. & Rodewald, F. (2004). Das strukturierte Klinische Interview für DSM-IV Dissoziative Störungen. In: A. Eckhardt-Henn & S.O. Hoffmann (Hrsg.); Dissoziative Bewusstseinsstörungen – Theorie, Symptomatik, Therapie (S. 276 – 294). Stuttgart: Schattauer.

Gast, U. & Rodewald, F. (2005). Das strukturierte Klinische Interview für DSM-IV Dissoziative Störungen. In B. Strauß & J. Schumacher (Hrsg.); Klinische Interviews und Ratingskalen. Göttingen: Hogrefe.

Gerrity E T, Solomon S D (1996). The treatment of PTBS and related stress disorders. Current research and clinical knowledge. In: Marsella A J, Friedman M, Spain B, Huland E (eds). Ethnocultural Aspects of Posttraumatic Stress Disorder. Washington, DC: American Psychological Association; 87 – 102.

Gersons, B P, Carlier, I V, Lamberts, R D, et al (2000). Randomized clinical trial of brief eclectic psychotherapy for police officers with posttraumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress, 13, 333–347.

Gil, E. (1988). Treatment of adult survivors of childhood abuse . Walnut Creek, CA: Launch Press.

Glynn S M, Eth S, Randolph E T, Foy D W, Urbaitis M, Boxer L, Paz G G, Leong G B, Firman G, Salk J D, Katzman J W, Crothers J (1999). A test of behavioral family therapy to augment exposure for combatrelated posttraumatic stress disorder. Journal of Consulting

and Clinical Psychology, 67, 243–251.

GRADE Working Group. (2004). Grading quality of evidence and strength of recommendations. British Medical Journal 328, 1490-1497.

Grothe, C., Bering, R., Spieß, R., Lueneburg, E., Fischer, G. (2003). Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie (MPTT): Forschungsergebnisse zur Standardversion. Zeitschrift für Psychotrau-matologie und Psycho-logische Medizin, 1 (2), 27-43.

Guba B (2008). Systematische Literatursuche. Wiener Medizinische Wochenschrift 158, 1-2, 62-69.

Hase M, Hofmann A (2005). Risiken und Nebenwirkungen beim Einsatz der EMDR-Methode. Persönlichkeitsstörungen 2005; 9: 16–21

Herman JL (1992a). Complex PSTD: a syndrome of survivors of prolonged and repeated trauma. J Trauma Stress; 5: 377–391.

Hesdorffer DC et al. (2009). Long-term psychiatric outcomes following traumatic brain injury: a review of the literature,The Journal of Head Trauma Rehabilitation, 24:452-9

Hien DA, Cohen LR, Miele GM, Litt LC, Capstick C (2004). Promising treatments for women with comorbid PTBS and substance use disorders. American Journal of Psychiatry, 161, 1426-1432.

Hinton D E, Chhean D, Pich V, Safren S A, Hofmann S G & Pollack M H (2005). A Randomized Controlled Trial of Cognitive-Behavior Therapy for Cambodian Refugees With Treatment-Resistant PTBS and Panic Attacks: A Cross-Over Design. Journal of Traumatic Stress 18 (6), 617-629.

Hofman S G & Smits J A J (2008). Cognitive-Behavioral Therapy for Adult Anxiety Disorders: A Meta-Analysis of Randomized Placebo-Controlled Trials. Journal of Clinical Psychiatry, 69, 621-632.

Hogberg G, Pagani M, Sundin O, et al. (2007). On treatment with eye movement desensitization and reprocessing of chronic posttraumatic stress disorder in public transportation workers - a randomized controlled trial. Nordic Journal of Psychiatry, 61, 54–61.

Horowitz M (1998). Cognitive Psychodynamics: From Conflict to Character. New York: Wiley.

Horowitz MJ (1974). Stress response syndromes. Character style and dynamic psychotherapy. Arch Gen Psychiatry; 31: 768–781.

Ipser J, Seedat S & Stein D J (2006). Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder – a systematic review and meta-analysis. South African Medical Journal, 96 (10), 1088-1096.

Ironson, G, Freund, B, Strauss, J L & Williams, J (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress: a community-based study of EMDR and prolonged exposure. Journal of Clinical Psychology, 58(1), 113-128.

Jacob V & Keller R (2007). Soziale und berufliche Reintegration. In Frommberger & Keller (Hrsg.), Empfehlungen von Qualitätsstandards für stationäre Traumatherapie. Indikation,

Methoden und Evaluation stationärer Traumatherapie in Rehabilitation, Akutspychosomatik und Psychiatrie (S. 103-105). Pabst: Lengerich.

Jacob V, Dilcher K, Klein A & Schüepp R (2007). Strukturmerkmale des Behandlungssettings. In Frommberger & Keller (Hrsg.), Empfehlungen von Qualitätsstandards für stationäre Traumatherapie. Indikation, Methoden und Evaluation stationärer Traumatherapie in Rehabilitation, Akutspychosomatik und Psychiatrie (S. 29-35). Pabst: Lengerich.

Janet, P. (1889). L´ automatisme psychologique. Paris: Félix Alcan, 1889. Reprint: Société Pierre Janet, Paris, 1973.

Jenkins E J, Wang E & Turner L (2009). Traumatic events involving friends and familiy members in a sample of African American early adolescents. The American Journal of Orthopsychiatry, 79(3), 398-406.

Jensen JA. An investigation of eye movement desensitisation and reprocessing as a treatment for posttraumatic stress disorder symptoms of vietnam combat veterans. Behavior Therapy 1994; 25:311–325.

Johnson D M & Zlotnick C (2006). A Cognitive-Behavioral Treatment for Battered Women With PTBS in Shelters: Findings From a Pilot Study. Journal of Traumatic Stress 19 (4), 559-564.

Johnson D M, Zlotnick C & Perez S (2008). The Relative Contribution of Abuse Severity and PTBS Severity on the Psychiatric and Social Morbidity of Battered Women in Shelters. Behavior Therapy, 39, 232-241.

Johnson D M, Zlotnick C & Zimmerman M (2003). The Clinical Relevance of a Partial Remission Specifier for Posttraumatic Stress Disorder. Journal of Traumatic Stress, 16 (5), 515-518.

Johnson D R (2000). Creative Therapies. In Foa, Keane & Friedman (Eds.), Effective Treatments for PTBS. Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (pp. 302-314). New York London: The Guilford Press.

Johnson D R (2000). Creative Therapies. In Foa, Keane & Friedman (Eds.), Effective Treatments for PTBS. Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (pp. 302-314). The Guilford Press: New York London.

Kamolz S, Reif A & Wiesbeck G A (2003). Die Posttraumatische Belastungsstörung – Teil 2: Kosten, Komorbiditäten und Therapie. Krankenhauspsychiatrie 14, 149-155.

Keane TM, Fairbank JA, Caddell JM, Zimering RT (1989). Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTBS in Vietnam combat veterans. Behav Ther 1989;20:245–260.

Keller R, Klein A & Schüepp R (2007). Stabilisierungsphase. In Frommberger & Keller (Hrsg.), Empfehlungen von Qualitätsstandards für stationäre Traumatherapie. Indikation, Methoden und Evaluation stationärer Traumatherapie in Rehabilitation, Akutspychosomatik und Psychiatrie (S.45-50). Pabst: Lengerich.

Keller R, Riedel, H & Senft, W (2003). Stationäre Traumatherapie in der Gruppe im Rahmen eines verhaltensmedizinischen Behandlungskonzeptes für posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS). In Zielke, Meermann & Heckhausen (Hrsg.), Das Ende der Geborgenheit? Die Bedeutung von traumatischen Erfahrungen in verschiedenen Lebens-

und Ereignisbereichen: Epidemiologie, Prävention, Behandlungskonzepte und klinische Erfahrungen (S. 512-549). Pabst: Lengerich.

Kersting A, Kroker K, Steinhard J, Lüdorff K, Wesselmann U, Ohrmann P, Arolt V & Suslow T (2007). Complicated grief after traumatic loss: A 14-month follow up study. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 257 (8), 437-443.

Kersting, A, Reutemann M, Ohrmann P, Schütt K, Wesselmann U, Rothermundt M, Suslow T & Arolt V (2001). Traumatische Trauer- ein eigenständiges Krankheitsbild?. Psychotherapeut, 46 (5), 301-308.

Kessler R C, Sonnega A, Bromet E, Hughes M & Nelson C B (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry 52 (12), 1048-1060.

Kibler JL. J Trauma Dissociation. 2009;10(2):135-50

Knaevelsrud C, Maercker A. (2009). Long-Term Effects of an Internet-Based Treatment for Posttraumatic Stress. Cogn Behav Ther. Aug 12:1. [Epub ahead of print].

Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTBS reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: a randomized controlled trial. BMC Psychiatry, 7:13.

Knaevelsrud, C. & Wagner, B. (2009). Humanitäre Hilfe im Internet: Onlinepsychotherapie im Irak. E-beratungsjournal 5 (2), 1-10.

Knaevelsrud, C. Maercker, A. (2010). Long-Term Effects of an Internet-Based Treatment for Posttraumatic Stress. Cognitive Behaviour Therapy, http://www.informaworld.com/smpp/title~db=all~content=t713926011~tab=issueslist~branches=39 - v3939, 72 - 77

Knaevelsrud, C., Karl, A. , Wagner, B. & Müller, J. (2007). New treatment

Knaevelsrud, C., Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTBS reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: A randomized controlled trial. BMC Psychiatry, 7:13.

Koenen K C, Fu Q J, Ertel K, Lyons M J, Eisen S A, True W R, Goldberg J & Tsuang M T (2008). Common genetic liability to major depression and posttraumatic stress disorder in men. Journal of Affective Disorders, 105, 109-115.

Krakow, B., Hollifield, M., Johnston, L., et al. (2001). Imagery rehearsal therapy for chronic nightmares in sexual assault survivors with post-traumatic stress disorder: a randomized controlled trial. Journal of the American Medical Association, 286, 537-545.

Krauseneck T, Rothenhäusler H-B, Schelling G & Kapfhammer H-P (2004). Posttraumtische Belastungsstörungen bei somatischen Erkrankungen. Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie, 73, 206-217.

Krupnick JL, Green BL, Stockton P, et al. (2008) Group interpersonal psychotherapy for low-income women with posttraumatic stress disorder. Psychotherapy Research, 18: 497–507.

Kruse, J., Joksimovic, L., Cavka, M., Wöller, W., Schmitz, N. (2009). Effects of trauma-

focused psychotherapy upon war refugees. Journal of Traumatic Stress, 22, 585 – 592

Kubany E, Hill EE, Owens JA. Cognitive trauma therapy for battered women with PTBS: preliminary findings. J Trauma Stress 2003;16:81–91.

Kubany, E S, Hill, E E & Owens, J A (2004). Cognitive trauma therapy for battered women with PTBS (CTT–BW). Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72, 3–18.

Kubzansky LD, Koenen KC. Cleve Clin J Med. 2009 Apr;76 Suppl 2:S60-5

KVNO Aktuell (2008), Mindestquote für Kinder und Jugendtherapeuten. Nr.2.
Seite 13.

Lampe, A, Mitmansgruber H, Gast U, Schüssler G und Reddemann L (2008): Therapieevaluation der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) im stationären Setting. Neuropsychiatrie. Bd. 22. Nr. 3/2008. S. 189-197.

Lange A, Rietdijk D, Hudcovicova M, van de Ven JP, Schrieken B, Emmelkamp PM. Interapy: a controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the internet. J Consult Clin Psychol. 2003 Oct;71(5):901-9.

Lawrence S, De Silva M & Henley R (2008). Sports, games and play-based interventions for traumatic stress disorder (PTBS) (Protocol). Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2.

Lee, C, Gavriel, H, Drummond, P, Richards, J & Greenwald, R (2002). Treatment of PTBS: Stress Inoculation Training with Prolonged Exposure Compared to EMDR. Journal of Clinical Psychology, 58(9), 1071-1089.

Leichsenring F (2004). Randomized controlled versus naturalistic studies: A new research agenda. Bulletin of the Menninger Clinic 68, 137-151.

Leichsenring F, Vogel C, Sachsse U (2004). Ergebnisse einer traumazentrierten stationären Psychotherapie für Patientinnen mit komplexer PTBS. In: Sachsse U (Hg). Traumazentrierte Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer; 334-58.

Leichsenring F. Wirksamkeitsnachweise für Langzeittherapien bei Persönlichkeits-störungen aus psychodynamischer Sicht. PTT - Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie 2008; 12: 31-37

Lindauer R J L, Gersons B P R, Mejel E P M, Blom K, Carlier I V E , Vrijlandt I & Olff M (2005). Effects of Brief Eclectic Psychotherapy in Patients With Posttraumatic Stress Disorder: Randomized Clinical Trial. Journal of Traumatic Stress, 18 (3), 205-212.

Linden, Hautzinger, (2001). Manual der Verhaltenstherapie. Springer, New York

Lindy JD (1989).Transference and post traumatic stress disorder. J Am Acad Psychoanal; 17: 397–413.

Lindy, J. D., Green, B. L., Grace, M. C, MacLeod, J. A., Spitz, L (1988) Vietnam: A casebook. Philadelphia: Brunner/ Mazel.

Lipschitz D S, Rasmusson A M, Anyan W, Gueorguieva R, Bilingslea E M, Cromwell P F & Southwick S M (2003). Posttraumatic Stress Disorder and Substance Abuse in Inner-City Adolescent Girls. Journal of Nervous and Mental Disease, 191 (11), 714-721.

Maercker A, Forstmeier S, Wagner B, Glaesmer H & Brähler E (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. Nervenarzt, 79, 577-586.

Maercker A, Zoellner T, Menning H, Rabe S, Karl A. (2006). Dresden PTBS treatment study: Randomized controlled trial of motor vehicle accident survivors. BMC Psychiatry, 6: e29, 1-8

Maercker A, Zöllner T, Menning H, Rabe S & Karl A (2006). Dresden PTBS treatment study: randomized controlled trial of motor vehicle accident survivors. BioMed Central Psychiatry, 6, 29.

Marcus SV, Marquis P, Sakai C. Controlled study of treatment of PTBS using EMDR in an HMO setting. Psychotherapy 1997;34: 307–315.

Marcus, S V, Marquis, P & Sakai, C (2003). Three and Six Month Follow Up of EMDR Treatment of PTBS in an HMO Setting. Paper presented at the EMDRIA-Congress in Denver.

Marcus, S. V., Marquis, P., Sakai, C. (2004) Three and six month follow up of EMDR treatment of PTBS in an HMO setting. International Journal of Stress Management 11, 3, 195–208

Marks, I, Lovell, K, Noshirvani, H, et al (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: a controlled study. Archives of General Psychiatry, 55, 317–325.

McDonagh A, Friedman M, McHugo G, Ford J, Sengupta A, Mueser K et al. (2005). Randomized Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Adult Female Survivors of Childhood Sexual Abuse. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73 (3), 515-524.

McGoldrick, T, Brown, K, et al (2002). A controlled comparison of eye movement desensitisation and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder. Clinical Psychology and Psychotherapy, 9, 299–318.

McIvor R J, Turner S W (1995). Assessment and treatment approaches for survivors of torture. British Journal of Psychiatry, 166, 705 – 711.

Mehnert A & Koch U (2007). Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care. Psycho-Oncology, 16, 181-188.

Melbeck H-H, Schurig & Keller (2007). Körperorientierte Verfahren. In Frommberger & Keller (Hrsg.), Empfehlungen von Qualitätsstandards für stationäre Traumatherapie. Indikation, Methoden und Evaluation stationärer Traumatherapie in Rehabilitation, Akutspychosomatik und Psychiatrie (S. 97-102). Lengerich: Pabst.

Mikulincer, M., Florian, V., Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel. Journal of Personality and Social Psychology, 64, 817–826.

Mollica R F, Xingja Cui M A R, Mcinnes K, Massagli M P (2005). Science-Based Policy for Psychosocial Interventions in Refugee Camps. A Cambodian Example. The Journal of

Nervous and Mental Disease, 190 (3), 158-166.

Monson CM, Schnurr PP, Resick PA, et al. (2006). Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology 74, 898-907

Morrissey J P, Jackson E W, Ellis A R, Amaro H, Brown V B & Najavits L M (2005). Twelve-Month Outcomes of Trauma-Informed Interventions for Women With Co-occurring Disorders. Psychiatric Services 56, 1213-1222.

Mueser KT, Rosenberg SD, Xie H, et al. (2006). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in severe mental illness. Journal of Consultant and Clinical Psychology ;76, 259–271.

Müller C, Teschner M, Assaloni H, Kraemer B, Schnyder U & Rufer M (2007). Eine ambulante Stabilisierungsgruppe zur Verbesserung der Emotionsregulation bei komplexen posttraumatischen Störungen. Psychotherapie Psychosomatik Psychologische Medizin 57, 364-372.

Najavits L, Schäfer I, Stubenvoll M, Dilling A (2008). Posttraumatische Belastungstörung und Substanzmissbrauch: Das Therapieprogramm „Sicherheit finden“. Hogrefe Verlag

Najavits LM (2002). Seeking safety: A treatment manual for PTBS and substance abuse. New York: Guilford Press.

Najavits LM, Gallop RJ, Weiss RD (2006). Seeking safety therapy for adolescent girls with PTBS and substance use disorder: A randomized controlled trial. Journal of Behavioral Health Services and Research, 33, 453-463

Najavits LM, Ryngala D, Back SE, Bolton E, Mueser KT, Brady KT (2009). Treatment of PTBS and comorbid disorders. In: Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA (Hrsg.). Effective treatment for PTBS: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. 2. Auflage. New York: Guilford Press.

Najavits LM. 2000. Seeking Safety: Cognitive behavioral Treatment for Substance Abuse and PTBS. New York: Guilford

National Collaborating Centre for Mental Health (2005). Post-traumatic stress disorder. The management of PTBS in adults and children in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline Number 26. Gaskell and the British Psychological Society.

National Institute of Clinical Excellence (2005). Clinical guideline 26: Posttraumatic stress disorder: The management of PTBS in adults and children in primary and secondary care. London, UK: National Collaborating Centre for Mental Health. http://guidance.NICE.org/CG26.

Nemeroff C B, Heim C M, Thase M E, Klein D N, Rush A J, Schatzberg A F, Ninan P T, McCullough J P Jr., Weiss P M, Dunner D L, Rothbaum B O, Kornstein S, Keitner F & Keller M B (2003). Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. Proceedings of the National Academy of Sciences 100 (24), 14293-14296.

Neuner A (2008). Stabilisierung oder Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? Verhaltenstherapie 18, 109-118.

Neuner F, Onyut PL, Ertl V, et al. (2008). Treatment of posttraumatic stress disorder by trained lay counselors in an African refugee settlement: a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol; 76, 686–694.

Neuner F, Schauer M, Klaschik C, et al. (2004). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement.J Consult Clin Psychol. 2004 Aug;72(4):579-87.

Okey, J. L., McWhirter, J. J., Delaney, M. K. (2000). The central relationship patterns of male veterans with posttraumatic stress disorder: A descriptive study. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 37, 171–179.

Otto M W, Hinton D, Korbly N B, Chea A, Ba P, Gershuny B S & Pollack M H (2003). Treatment of pharmacotherapy-refractory posttraumatic stress disorder among Cambodian refugees: a pilot study of combination treatment with cognitive-behavior therapy vs. sertraline alone. Behaviour Research and Therapy, 41, (11), 1271-1276.

Ottomeyer K., Lind M., Renner W. (2006). Die Wirksamkeit psychodrama-tischer Gruppentherapie bei traumatisierten Migrantinnen – eine Pilotstudie. Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin, 4, 75-92

Overkamp, B. (2005). Differentialdiagnostik der Dissoziativen Identitätsstörung in Deutschland- Validierung der Dissociative Disorder Interview Schedule (DDIS). Dissertation Universität München.

Pae C-U, Lim H-K, Peindl K, Ajwani N, Serretti, Patkar A A & Lee C (2008). The atypical antipsychotics olanzpine and risperidone in the treatment of posttraumatic stress disorder: a meta-analysis of randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trials. International Clinical Psychopharmacology 23, 1-8.

Parslow R, Purcell R, Garner B & Hetrick S (2008). Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTBS). Cochrane Systematic Reviews, Issue 3.

Paunovic, N & Ost, L G (2001). Cognitive-behaviour therapy vs exposure therapy in the treatment of PTBS in refugees. Behaviour Research and Therapy, 39, 1183–1197.

Peniston, E G & Kulkosky, P J (1991). Alpha-theta brainwave neuro-feedback therapy for Vietnam veterans with combat-related post-traumatic stress disorder. Medical Psychotherapy, 4, 47–60.

Penk W & Flannery R B jr. (2000). Psychosocial Rehabilitation. In Foa, Keane & Friedman (Eds.). Effecitve Treatments for PTBS. Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. The Guilford Press: New York London.

Perkonigg A, Kessler R C, Storz S & Wittchen H-U (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. Acta Psychiatrica Scandinavica, 101, 46-59.

Pieper G, Bengel J (2008). Traumatherapie in sieben Stufen. Ein kognitiv-behaviorales Behandlungsmanual (SBK). Verlag Hans Huber: Bern.

Pitman, R, Altman, B, Greenwald, E, Longre, R E, Macklin, M L, Poire, R E, Steketee, G (1991). Psychiatric complications during flooding therapy for Post Traumatic Stress Disorder, Journal of Clinical Psychiatry, 52, 17-20.

Ponniah K, Hollon SD (2009). Empirially supported psychological treatments for adult acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A review. Depression and Anxiety 26: 1086-1109.

Power, K., McGoldrick, Th., Brown, K., Buchanan, R., Sharp, D., Swanson, V. & Karatzias, A. (2002). A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder. Clinical Psychology and Psychotherapy, 9, 299-318

Pull C B (2007). Combined pharmacotherapy and cognitive-behavioural therapy for anxiety disorders. Current Opinion in Psychiatry 20, 30-35.

Qureshi SU, Pyne JM, Magruder KM, Schulz PE, Kunik ME. Psychiatr Q. (2009). The link between post-traumatic stress disorder and physical comorbidities: a systematic review. Jun;80(2):87-97

Reddemann L (1996). Ressourcenorientierte Behandlung von real traumatisierten Patientinnen und Patienten. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis; 28: 415–419.

Reddemann L (1998). Psychotherapie auf der inneren Bühne. Persönlichkeitsstörungen; 2: 88–96.

Reddemann L (2004). Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT). Das Manual. Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Reddemann, L., Dehner-Rau, C. (2004): Traumafolgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen. Stuttgart: TRIAS.

Resick, P A, Nishith, P, Weaver, T L, et al (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70, 867–879.

Richards DA, Lovell K, Marks IM. Post-traumatic stress disorder: evaluation of a behavioral treatment program. J Trauma Stress 1994;7:669–680.

Rodewald, F., Gast, G., Reddemann, L., Engl. V., & Emrich, H.M. (2005) Studie zur Validierung des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV Dissoziative Störungen. DFG-Forschungsprojekt zur Diagnostik Dissoziativer Störungen. Abschlussbericht (DFG-Geschäftszeichen EM 18 / 16 – 2).

Rogers S, Silver SM, Goss J, et al. (1999). A single session, group study of exposure and eye movement desensitization and reprocessing in treating posttraumatic stress disorder among Vietnam war veterans: preliminary data. J Anxiety Disord, 13:119–130.

Rose S, Bisson J, Churchill R & Wessely S (2001). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTBS). Cochrane Database of Systematic Reviews 4.

Rothbaum, B O (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disordered sexual assault victims. Bulletin of the Menninger Clinic, 61(3), 317-334.

Rothbaum, B O, Astin, M & Marsteller, F (2005). Prolonged exposure versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTBS rape victims. Journal of Traumatic Stress, 18(6), 607-616.

Rudolf G & Eich W (1999). Die Entwicklung wissenschaftlich begründeter Leitlinien. Psychotherapeut 44, 124-126.

Sachsse U (2004). Traumazentrierte Psychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer

Sachsse U, Vogel C & Leichsenring F (2006). Results of psychodynamically oriented trauma-focused inpatient treatment for women with complex posttraumatic stress disorder (PTBS) and borderline personality disorder (BPS). Bulletin of the Menninger Clinic 70 (2), 125-144.

Sachsse U, Vogel C, Leichsenring F (2006). Results of psychodynamically oriented trauma-focused inpatient treatment for women with complex posttraumatic stress disorder (PTBS) and borderline personality disorder (BPS). Bull Menninger Clinic 2006; 70:125-44

Sachsse U. Traumazentrierte Psychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 2004.

Sack M., Lempa M., Steinmetz A., Lamprecht F., Hofmann A. (2008) Alterations in autonomic tone during trauma exposure using Eye Movement Desensitization and Reprocessing. (EMDR). Journal of Anxiety Disorders. 22, 1264-1271

Sack M, Lempa W, Lamprecht F (2001). Metaanalyse der Studien zur EMDR-Behandlung von Patienten mit posttraumatischen Belastungsstorungen. Der Einfluss der Studienqualität auf die Effektstärken. Psychother Psychosom med Psychol; 51: 350-355

Scheck, M M, Schaeffer, J A & Gillette, C (1998). Brief psychological intervention with trawumatized young women: The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. Journal of Traumatic Stress, 11(1), 25-44.

Schnurr P P, Friedman M J, Engel C C, Foa E B, Shea M T, Chow B K et al. (2007). Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: A randomized controlled trial. JAMA , 297, 820-830.

Schnurr PP, Friedman MJ, Foy DW, Shea MT, Hsieh FY, Lavori PW, et al.. (2003). Randomized trial of trauma-focused group therapy for posttraumatic stress disorder: results from a Department of Veterans affairs cooperative study. Randomized trial of trauma-focused group therapy for posttraumatic stress disorder: results from a Department of Veterans affairs cooperative study. Archives of General Psychiatry, 60, 481-489

Schnurr, P.P., Friedman, M.J. Engel, C.C., Foa, E.B. Shea, M.C., Chow, B.K., Resick, P.A., Thurston, V., Orsillo, S.M., Haug, R., Turner, C., Bernardy, N. (2007). Cognitive Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Women. Journal of the American Medical Association, 297, 820-830.

Schottenbauer M A, Glass C R, Arnkoff D B & Hafter Gray S (2008). Contributions of Psychodynamic Approaches to Treatment of PTBS and Trauma: A Review of the Empirical Literature and Psychopathology Literature. Psychiatry, 71 (1), 13-34.

Schottenbauer M A, Glass C R, Arnkoff D B, Tendick V & Hafter Gray S (2008). Nonresponse and Dropout Rates in Outcome Studies on PTBS: Review and Methodological Considerations. Psychiatry 71 (2), 134-168.

Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Tendick, V. & Gray, S. H. (2008). Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTBS: Review and methodological considerations. Psychiatry, 71(2), 134–168.

Schreiber, V., Renneberg, B. & Maercker, A. (2009). Seeking psychosocial care after trauma: An integrative model. Violence and Victims, 24, 322-336.

Schreiber, V., Renneberg, B. & Maercker, A. (2010). Help-seeking behavior in a traumatized sample: Testing an integrative model of seeking psychosocial care. BMC Public Health (in press).

Scott, M J, Stradling, S G (1997). Client compliance with exposure treatments for Posttraumatic Stress Disorder. Journal of Traumatic Stress, 10, 523-526.

Seidler G H & Wagner F E (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTBS: a meta-analytical study. Psychological Medicine 36, 1515-1522.

Shalev A Y (2001). Posttraumatic Stress Disorder. Primary Psychiatry, 8 (10), 41-46.

Shalev A Y, Bonne O, Eth S P (1996). Treatment of posttraumatic stress disorder: a review. Psychosomatic Medicine, 58, 165 – 182.

Shalev A. (2000). Traumatischer Stress, Körperrreaktionen und Posttraumatische Belastungsstörungen.. In A. Maercker & U. Ehlert (Hrsg). Psychotraumatologie – Jahrbuch der Medizinischen Psychologie Hogrefe: Göttingen

Shalev AY (2001). Posttraumatic Stress Disorder. Primary Psychiatry, 8(10), 41-46.

Shapiro, F. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures (2nd ed.). New York: Guilford.

Shear K, Frank E, Houck P R & Reynolds C F (2005). Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. The Journal of the American Medical Association, 293(21), 2601-2608.

Sherman J J (1998). Effects of psychotherapeutic treatments for PTBS: a meta-analysis of controlled clinical trials. Journal of Traumatic Stress, 11, 413 – 435.

Siegrist, P. & Maercker, A. (2010). Deutsche Fassung der Short Screening Scale for Posttraumatic Stress Disorder (Breslau Kurz-Skala): Aktueller Stand der Validierung. Trauma & Gewalt, im Druck.

Simich L, Beiser M, Stewart & Mwakarimba E (2005). Providing social support for immigrants and refugees in Canada: Challenges and directions. Journal of Immigrant Health, 7(4), 259-268.

Simon N M, Shear K M, Thompson E H, Zalta A K, Perlman C, Reynolds C F, Frank E, Melhem N M & Silowash R (2007). The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. Comprehensive Psychiatry, 48(5), 395-399.

Solomon S D & Johnson D M (2002). Psychosocial Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Practice-Friendly Review of Outcome Research. International Journal of Clinical Psychology, 58, 947-959.

Solomon S D, Gerrity E T, Muff A M (1992). Efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. An empirical review. JAMA, 268, 633 – 638.

Soyer J (2006). Sozialarbeiterische Begleitung von traumatisierten Menschen. In Maercker & Rosner (Hrsg.), Psychotherapie der posttraumatischen Behandlungsstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend (S. 228-240). Thieme: Stuttgart New York.

Spinazzola J, Blaustein M & van der Kolk B (2005). Posttraumatic Stress Disorder Treatment Outcome Research: The Study of Unrepresentative Samples? Journal of Traumatic Stress 18 (5), 425-436.

Spitzer R L, First M B & Wakefield J C (2007). Saving PTBS from itself in DSM-V. Journal of Anxiety Disorders 21, 233-241.

Sprang G, Craig CD, Clark JJ. Factors impacting trauma treatment practice patterns: the convergence/divergence of science and practice.Journal of Anxiety Disorders, 2008, 22:162-174.

Steil R & Rosner R (2009). Posttraumatische Belastungsstörung. Kapitel 2: Leitlinien (S. 36-95). Göttingen: Hogrefe.

Stein D J, Ipser J C & Seedat S (2006). Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTBS). Cochrane Systematic Reviews, Issue 4.

Stein DJ, Cloitre M, Nemeroff CB, Nutt DJ, Seedat S, Shalev AY, Wittchen HU, Zohar J (2009). Cape Town Consensus on Posttraumatic Stress Disorder. CNS Spectr. 2009;14:1(Suppl 1):52-58.

Stickgold, R. (2002). EMDR a putative neurobiological mechanism of action. J Clin Psychol 58: 61–75,

Sturz K (2006). Integratives psychodynamisches stationäres Therapiekonzept zur Behandlung von Traumafolgestörungen. In Maercker & Rosner (Hrsg.), Psychotherapie der posttraumatischen Behandlungsstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend (S. 192-207). Thieme: Stuttgart New York.

Tagay S., Erim Y., Stoelk B., Möllering A., Mewes R., Senf W. Das Essener Trauma-Inventar (ETI) - Ein Screeninginstrument zur Identifikation traumatischer Ereignisse und posttraumatischer Störungen. Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin 2007, 1: 75-89

Tarrier N, Sommerfield C (2004). Treatment of chronic PTBS by cognitive therapy and exposure: 5-year follow-up. Behavior Ther, 35, 231-246

Tarrier N, Sommerfield C, Pilgrim H, Humphreys L (1999). Cognitive therapy or imaginal exposure in the treatment of post-traumatic stress disorder. Twelve-month follow-up. Br J Psychiatry, 175:571–575.

Tarrier, N, Pilgrim, H, Sommerfield, C, et al (1999). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67, 13–18.

Taylor S, Thordarson DS, Maxfield L, Fedoroff IC, Lovell K, Ogrodniczuk J (2003) Comparative Efficacy, Speed, and Adverse Effects of Three PTBS Treatments: Exposure Therapy, EMDR, and Relaxation Training. J Consult Clin Psychology Copyright 2003 by the American Psychological Association, Inc. Vol. 71, No. 2, 330–338

The Psychiatric Sequelae of Traumatic Injury, Bryant RA et al., American Journal of Psychiatry AJP in Advance. Published January 4, 2010 (doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09050617)

Tuepker A & Chi C (2009). Evaluating integrated healthcare for refugees and hosts in an African context. Health Economics, Policy, and Law, 4(2), 159-178.

Uexküll, T., (2002), Psychosomatische Medizin. 6 Auflage, Urban & Fischer, München

Van der Kolk B A, Spinazzola J, Blaustein M E, Hopper J W, Hopper E K et al. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing [EMDR], fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: Treatment effects and long-term maintenance. Journal of Clinical Psychiatry 68, 37-46.

Van der Kolk BA, McFarlane AC, van der Hart O (1996). A general approach to treatment of posttraumatic stress disorder. In: Van der Kolk BA, Mc Farlane AC, Weisaeth L (eds). Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society. New York, London: Guilford; 417 – 40.

van der Kolk, B., McFarlane A., Weisaeth L (1996). Traumatic Stress, New York, Norton

Van Emmerik A A P, Kamphuis J H & Emmelkamp P M G (2008). Treating Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder with Cognitive Behavioral Therapy or Structured Writing Therapy: A Randomized Controlled Trial. Psychotherapy and Psychosomatics, 77, 93-100.

Van Etten M L, Taylor S (1998). Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. Clinical Psychology and Psychotherapy, 5, 126 – 44.

Van Keuk (2006). Tanz- und Bewegungstherapie bei Posttraumatischer Belastungsstörung am Beispiel traumatisierter Flüchtlinge. In Maercker & Rosner (Hrsg.), Psychotherapie der posttraumatischen Behandlungsstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend (S. 174-191). Stuttgart New York: Thieme.

Vaughan, K, Armstrong, M S, Gold, R, et al (1994). A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in post-traumatic stress disorder. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 25, 283–291.

Wagner FE, Seidler GH (2005): Die Wirksamkeit von EMDR im direkten Vergleich zur kognitiv-behavioralen Therapie in der Behandlung von PTBS – eine metaanalytische Betrachtung. Z Psychotraumatol Psychol Med, 3(2), 61-72.

Weine SM, Danieli Y, Silove DM, Van Ommeren MH, Fairbank JA, Saul JM, International Society for Traumatic Stress Studies PTBS Task Force on International Trauma Training Guidelines for international training in mental health and psychosocial interventions for trauma exposed populations in clinical and community settings.Psychiatry, 2002, 65, 156-164.

Wheeler D P & Bragin M (2007). Bringing it all back home: Social Work and the challenge of returning veterans. Health and Social Work, 32(4), 297-300.

Wilson, S A, Becker, L A & Tinker, R H (1995). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 63(6), 928-937.

Wilson, S A, Becker, L A & Tinker, R H (1997). Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for posttraumatic stress disorder and psychological trauma. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 65(6), 1047-1056.

Wittmann L, Moergeli H, Martin-Soelch C, Znoj H & Schnyder U (2008). Comorbidity in posttraumatic stress disorder: a structural equation modelling approach. Comprehensive Psychiatry, 49, 430-440.

Wolfsdorf B A & Zlotnick C (2001). Affect Management in Group Therapy for Women with Posttraumatic Stress Disorder and Histories of Childhood Sexual Abuse. Journal Clinical Psychology 57, 169-181.

Wöller W (2006). Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Schattauer

Wöller, W., Kruse, J. (2001). Lehrbuch der Tiefenpsychologie. Schattauer, Stuttgart

www.delbi.de

www.NICE.org.uk/NICEmedia/pdf/CG026fullguideline.pdf

Yen S, Shea M T, Battle C L, Johnson D M, Zlotnick C et al. (2002). Traumatic Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in Borderline, Schizotypal, Avoidant, and Obsessive-Compulsive Personality Disorders: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. Journal of Nervous and Mental Disease, 190, 510-518.

Zakaria B, Gerstberger G & Martius P. (2006). Kunsttherapie – ein wichtiger integrativer Beitrag bei Behandlung einer Borderline-Patientin mit Posttraumatischer Belastungsstörung. Eine Kasuistik. Persönlichkeitsstörungen, 10, 67-74.

Zinzow H M, Rheingold A A, Hawkins A O, Saunders B E & Kilpatrick (2009). Losing a loved one to homicide: prevalence and mental health correlates in a national sample of young adults. Journal of Traumatic Stress, 22(1), 20-27.

Zlotnick C, Bruce S E, Weisberg R B, Shea M T, Machan J T & Keller M B (2003). Social and Health Functioning in Female Primary Care Patients With Post-traumatic Stress Disorder With and Without Comorbid Substance Abuse. Comprehensive Psychiatry, 44 (3), 177-183.

Zlotnick C, Franklin C L & Zimmerman M (2002). Is Comorbidity of Posttraumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder Related to Greater Pathology and Impairment? American Journal of Psychiatry, 159 (11), 1940-1943.

Zlotnick C, Johnson D M, Yen S, Battle C L, Sanislow C A et al. (2003). Clinical Features and Impairment in Women with Borderline Personality Disorder (BPS) with Posttraumatic Stress Disorder (PTBS), BPS Without PTBS, and Other Personality Disorders with PTBS. Journal of Nervous and Mental Disease, 191 (11), 706-714.

Zlotnick C, Johnson J, Kohn R, Vicente B, Rioseco P & Saldivia S (2006). Epidemiology of trauma, post-traumatic stress disorder (PTBS) and co-morbid disorders in Chile. Psychological Medicine 36, 1523-1533.

Zlotnick C, Johnson J, Kohn R, Vicente B, Rioseco P & Saldivia S (2008). Childhood trauma, trauma in adulthood, and psychiatric diagnoses: results from a community sample. Comprehensive Psychiatry, 49, 163-169.

Zlotnick C, Najavits L M, Rohsenow D J & Johnson D M (2003). A cognitive-behavioral treatment for incarcerated women with substance abuse disorder and posttraumatic stress disorder: findings from a pilot study. Journal of Substance Abuse Treatment, 25, 99-105.

Zlotnick C, Shea T M, Rosen K, Simpson E, Mulrenin K, Begin A & Pearlstein T (1997). An Affect-Management Group for Women with Posttraumatic Stress Disorder and Histories of Childhood Sexual Abuse. Journal of Traumatic Stress 10 (3), 425-436.

Erstellung der Leitlinie

Aufbauend auf der seit 1999 publizierten S2- Leitlinie zur Posttraumatischen Belastungsstörung erfolgte die Weiterentwicklung zur S3-Leitlinie in einem bei der AWMF angemeldeten Upgradingprozess seit Dezember 2005.

Mitglieder der redaktionellen Leitlinienkommission waren:

PD Dr. med. M.A. Guido Flatten/Aachen
PD Dr. med. Ursula Gast/Dammholm Havetoftloit
Dr. med. Arne Hofmann/Bergisch-Gladbach
Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Christine Knaevelsrud/Berlin
Prof. Dr. med. Astrid Lampe/Innsbruck
Peter Liebermann/Köln
Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych. Andreas Maercker/ Zürich
Prof. Dr. med. Luise Reddemann/Köln
PD Dr. med. Wolfgang Wöller/Bad Honnef

Unter Moderation von Frau Prof. Dr. med. Ina Kopp/Leitlinienbeauftragte der AWMF/Marburg fand am 17.11.2009 in Köln die interdisziplinäre Konsensuskonferenz statt.

Teilnehmer der Konsensuskonferenz am 17.11.2009 waren:

(ausgewiesen sind zudem die vom Vorstand der beteiligten AWMF-Fachgesellschaften benannten Vertreter für den Konsensusprozess)

PD Dr. med. Robert Bering/ Krefeld
Dr. med. Karl-Heinz Biesold/ Hamburg
Prof. Dr. med. Martin Bohus/ Mannheim
Prof. Dr. med. Martin Driessen/ Bielefeld DGPPN
Prof. Dr. med. Gottfried Fischer/ Köln
PD Dr. med. Dipl.-Biol. Ulrich Frommberger/ Freiburg DGPPN
Prof. Dr. med. Harald Gündel/ Hannover (vertreten durch Dr. Stefan Henninger)
Dr. med. Ferdinand Hänel/ Berlin
Prof. Dr. med. Gereon Heuft/ Münster (vertreten durch Dr. Marco Wrenger)
Prof. Dr. med. Johannes Kruse/ Giessen DKPM, DGPM
Prof. Dr. Dipl.-Psych. Frank Neuner/ Bielefeld DGPs
Prof. Dr. med. Friedhelm Lamprecht/ Heidelberg
Prof. Dr. med. Klaus Ottomeyer/ Klagenfurt (vertreten durch Fr. Dipl.-Psych. Eva v Keuk))
Prof. Dr. med. Chrstian Pross/ Berlin DGPT
Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Rita Rosner/ München DGPs
Prof. Dr. med. Ulrich Sachsse/ Göttingen
Dr. med. Ingo Schäfer/ Hamburg DeGPT
Prof. Dr. med. Stefan Zipfel/ Tübingen (vertreten durch Frau PD Dr. Isa Sammet)
PD Dr. Rolf Manz/ München
Jürgen Matzat/ Gießen Patientenvertreter

Eine ergänzende schriftliche Kosentierung der Leitlinienempfehlungen (Delphi-Verfahren) fand im Frühjahr 2010 statt. Die ergänzend zum Quellentext eingehenden inhaltlichen Voten wurden in der redaktionellen Arbeitsgruppe gewichtet und eingearbeitet.

Teilnehmer der Delphi-Konferenz im Frühjahr 2010 waren:

PD. Dr. med. Robert Behring/ Krefeld
Dr. med. Karl-Heinz Biesold/ Hamburg
Prof. Dr. med. Martin Bohus/ Mannheim
Prof. Dr. med. Willi Butollo/ München
Prof. Dr. med. Martin Driessen/ Bielefeld
Prof. Dr. med. Gottfried Fischer/ Köln
PD. Dr. med. Dipl.-Biol. Ulrich Frommberger/ Freiburg
Prof. Dr. med. Harald Freyberger/ Greifswald
Prof. Dr. med. Harald Gündel/ Hannover
Dr. med. Ferdinand Hänel/ Berlin
Prof. Dr. med. Gereon Heuft/ Münster
Prof. Dr. med. Wolfgang Herzog/ Heidelberg
Prof. Dr. med. Johannes Kruse/ Giessen
Prof. Dr. Dipl.-Psych. Frank Neuner/ Bielefeld
Prof. Dr. med. Friedhelm Lamprecht/ Heidelberg
Prof. Dr. med. Klaus Ottomeyer/ Klagenfurt
Prof. Dr. med. Ernst Petzold/ Tübingen
Prof. Dr. med. Chrstian Pross/ Berlin
Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Rita Rosner/ München
PD Dr. med. Martin Sack/ München
Prof. Dr. med. Ulrich Sachsse/ Göttingen
Dr. med. Ingo Schäfer/ Hamburg
Prof. Dr. med. Gerhard Schüßler/ Innsbruck
Prof. Dr. med. Wolfgang Senf/ Essen
Prof. Dr. med. Günter Seidler/ Heidelberg
PD. Dr. med. Annette Streeck-Fischer/ Göttingen
Dr. phil. Dipl.-Psych. Regina Steil/ Mannheim
Prof. Dr. med. Stefan Zipfel/ Tübingen
PD Dr. Rolf Manz/ München

Rückmeldungen an die Autoren über e-mail: gflatten@euripp.org

oder schriftlich an:

PD Dr. med. M.A. Guido Flatten
Euregio-Institut für Psychosomatik und Psychotraumatologie
Annastr. 58-60
52062 Aachen

Erstellungsdatum:

August 2011