

Moderne Traumatherapie – Update“,

Apl. Prof. Dr. Regina Steil

Goethe-Universität Frankfurt am Main
Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie
Zentrum für Psychotherapie
Arbeitseinheit Psychotraumatologie



Gliederung

- Einführung & Ergebnisse von Metaanalysen
- Vorstellung gut etablierter Psychotherapien
- Leitlinienempfehlungen
- Spezielle Patientengruppen
- Behandlung der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung
- Innovative Entwicklungen
- Ausblick



Gliederung

- Einführung & Ergebnisse von
Metaanalysen





Einführung

Psychotherapie hat insgesamt große Effekte auf PTBS-Symptome

(z.B. mittlere *Prä-Post-Effektstärke (ES)* = 1.43, Bradley et al., 2005 ; *d* = 1.0, Cusack et al., 2015; *ES Psychotherapie vs. KG* *g* = 1.14, Watts et al., 2013; *Psychotherapie vs. passive KG* *g* = 1.09, vs. *active KG* *g* = 0.47, Morina, Hoppen & Kip, 2021)

Effekte der Psychotherapie signifikant größer als Effekte der Pharmakotherapie

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

Psychotherapie = Methode der Wahl

Besonders effektiv (Lewis et al., 2020, 114 RCTs; Mavranouzouli et al., 2020, 71 RCTs; Morina et al., 2021, 136 RCTs):

- **Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT)**
(SMD = -1.32, Lewis et al., 2020; SMD = -1.46, Mavranouzouli et al., 2020; *g* = 1.23, Morina et al. 2021)
 - PE (SMD = -1.59); CPT (SMD = -1.03); CT (SMD = -1.33); NET (SMD = -1.06) [Lewis et al., 2020]
- **EMDR** (SMD = -1.23, Lewis et al., 2020; SMD = -2.07, Mavranouzouli et al., 2020; *g* = 1.19, Morina et al. 2021)
- **Nicht traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (non-TF-KVT)** (SMD = -1.06, Lewis et al., 2020; SMD = -1.22, Mavranouzouli et al., 2020)

Psychopharmaka

- Psychopharmaka nur, wenn Psychotherapie nicht wirksam, nicht verfügbar oder bei komorbider schwerer Depression (Bernardy & Friedman, 2017)

Review und Netzwerk-Metaanalyse de Moraes-Costa et al. (2020), 58 RCTs	Metaanalyse Huang et al. (2020), 78 RCTs	Metaanalyse Hoskins et al. (2021a), 115 RCTs
Wirksam gegenüber Placebo....		
Quetiapin (SMD = -0.59)	Quetiapin(SMD = -0.49)	Quetiapin(SMD = -0.49)
Risperidon (SMD = -0.53)	Risperidon (SMD = -0.23)	Risperidon (SMD = -0.24) augmentierte Therapie
Paroxetin (SMD = -0.35)	Paroxetin (SMD = -0.48)	Paroxetin (SMD = -0.41)
Fluoxetin (SMD = -0.28)	Fluoxetin (SMD = -0.27)	Fluoxetin (SMD = -0.29)
Venlafaxin (SMD = -0.25)	Venlafaxin (SMD = -0.29)	Venlafaxin (SMD = -0.29)
Sertralin (SMD = -0.21)	Sertralin (SMD = -0.22)	Sertralin (SMD = -0.28)
Topiramamat (SMD=-0.57)	Topiramamat (SMD = -0.71)	

Einführung und Ergebnisse von Metaanalysen

Große Zahl an Metaanalysen zur Behandlung der PTBS bei Erwachsenen!

Konsistente Ergebnisse: **TF-KVT & EMDR** als wirksamste Interventionen benannt; keine sign. Unterschiede zwischen beiden. Nicht-traumafokussierte KVT als Alternative.

Cave:

Unterschiedliche Outcomes (z.B. Mavranouzouli et al., 2020: Selbsteinschätzung der Patienten; oft positiver als klinische Einschätzung)

langfristige Follow-Up-Messungen liegen vor, wenn auch in geringerem Maße als kurzfristige, vor allem für TF-KVT (z.B. Mavranouzouli et al., 2020: 28 von 71 RCTs hatten FU von 1-4 Mon.; Morina et al., 2021)

Metaanalyse zu Langzeiteffekten Weber et al. (2021): 22 RCTs, TF-KVT, nur eine Studie zu EMDR

Within-ESs (pre – FU): TFT: $g = 1.44$ ($k = 25$), Non-TFT: $g = 1.08$ ($k = 7$)

Between ESs: Treatment v. aktive KG $g = 0.42$ ($k = 10$); TFT vs. TAU: $g = 0.51$ ($k = 8$)

Gliederung

Vorstellung gut etablierter Psychotherapien

(vgl. auch Lewis et al., 2020):

- Prolonged Exposure (PE)
- Cognitive Processing Therapy (CPT)
- Kognitive Therapie (KT)
- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Besonders wirksam: CPT (vgl. Jericho et al., 2021)



Prolonged Exposure (PE)

(Foa, Hembree & Rothbaum, 2007)

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

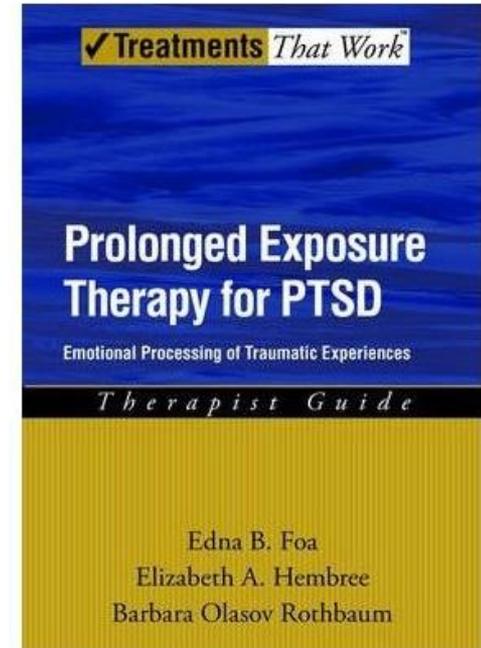
Wiederholte und lang andauernde Konfrontation mit den Gedanken an die belastendsten Erinnerungen; ggfs. Exposition in vivo mit traumarelevanten Dingen / Menschen / Orten

PE unter Medikation / Augmentation:

- **Benzodiazepine** (Rosen et al., 2013): Kein Unterschied in der Effektivität
- **Propranolol** vs. Placebo (Beta-Blocker; Brunet et al. 2018): Effekte kurzer Expos. sign. besser ($d = 1,76$ vs. $d = 1,25$)

Unklare Befunde

- **D-cycloserine** (Abdallah et al., 2018; Baker et al., 2017); **MDMA** (Methylenedioxyamphetamin) (Metaanalysen; Bahji et al.(2020), $n=5$ Studien, pre-post, $SMD = 1.30$; Illingworth et al.(2021); Hoskins et al. (2021b), $n=4$ Studien, vs. Aktiver/inaktiver Placebo-unterstützter Therapie, $SMD = -1.09$)



Ein Trip gegen Trauma?

MDMA erleichtert Verarbeitung traumatischer Erlebnisse

MDMA (Methylenedioxymethamphetamine)

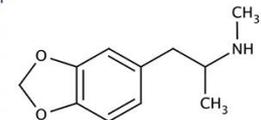
(Feduccia & Mithoefer, 2018; Mitchell et al., 2021)

- löst vor allem Anstieg von Serotonin und Oxytocin aus
- Folgen in der Psychotherapie: Patienten haben weniger Angst, ihre Beziehung zum Therapeuten wird enger
- Positiv emotional-mentaler Zustand, wodurch Konfrontation erleichtert wird
- Erinnerung an traumatische Geschehnisse verbessert sich, vollständigeres Bild



Risiken & Nebenwirkungen

Word cloud containing terms related to PTSD and trauma: PTSD, anxiety, fear, risk, trauma, flashbacks, avoidance, hypervigilance, emotional numbing, traumatic event, helplessness, disorder, trigger, neuroendocrinology, psychological trauma, traumatic experience, nightmares, arousal, hippocampus, guilt, accidents, biochemistry, post-traumatic stress disorder, health problems, frontoventral cortex, coping, validation, cognitive, traumatic, cortisol, stress, illnesses, disorder, treatment, anxious, treatment, avoidance, drug addiction, distressing dreams, disturbance, difficulty concentrating, trauma, flashbacks, anxious, treatment, avoidance, drug addiction, distressing dreams, disturbance, difficulty concentrating.



Prolonged Exposure (PE)

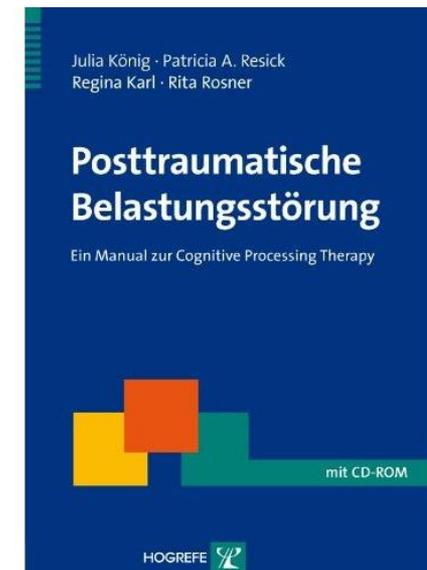
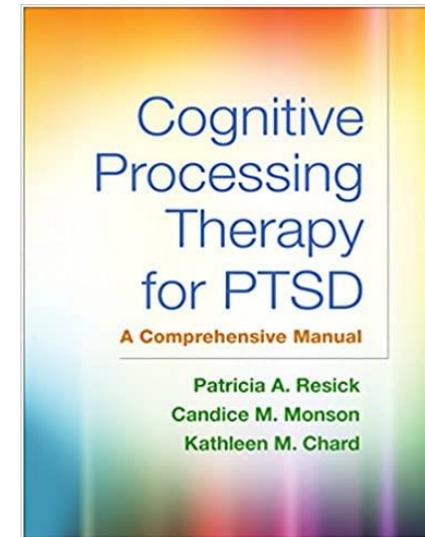
(Foa, Hembree & Rothbaum, 2007)

Vorteile	Nachteile
Leicht erlernbar	Vorbehalte von Therapeuten / Patienten bzgl. der Anwendung!
Schon sehr lange etabliert	Anwendung bei sehr schwerer Komorbidität?
<p>Sehr gute Wirksamkeit über viele Studien nachgewiesen! (Exposition vs. Inaktive Intervention: SMD = -1.27, Cusack et al., 2016; PE vs. Warteliste/TAU: SMD = -1.59, Metaanalyse Lewis et al., 2020; Jericho et al. 2021: SMD = 1.27)</p>	
<p>Auch als Intensivbehandlung (2 Wochen) überprüft & wirksam (z.B. Foa et al., 2018)</p>	

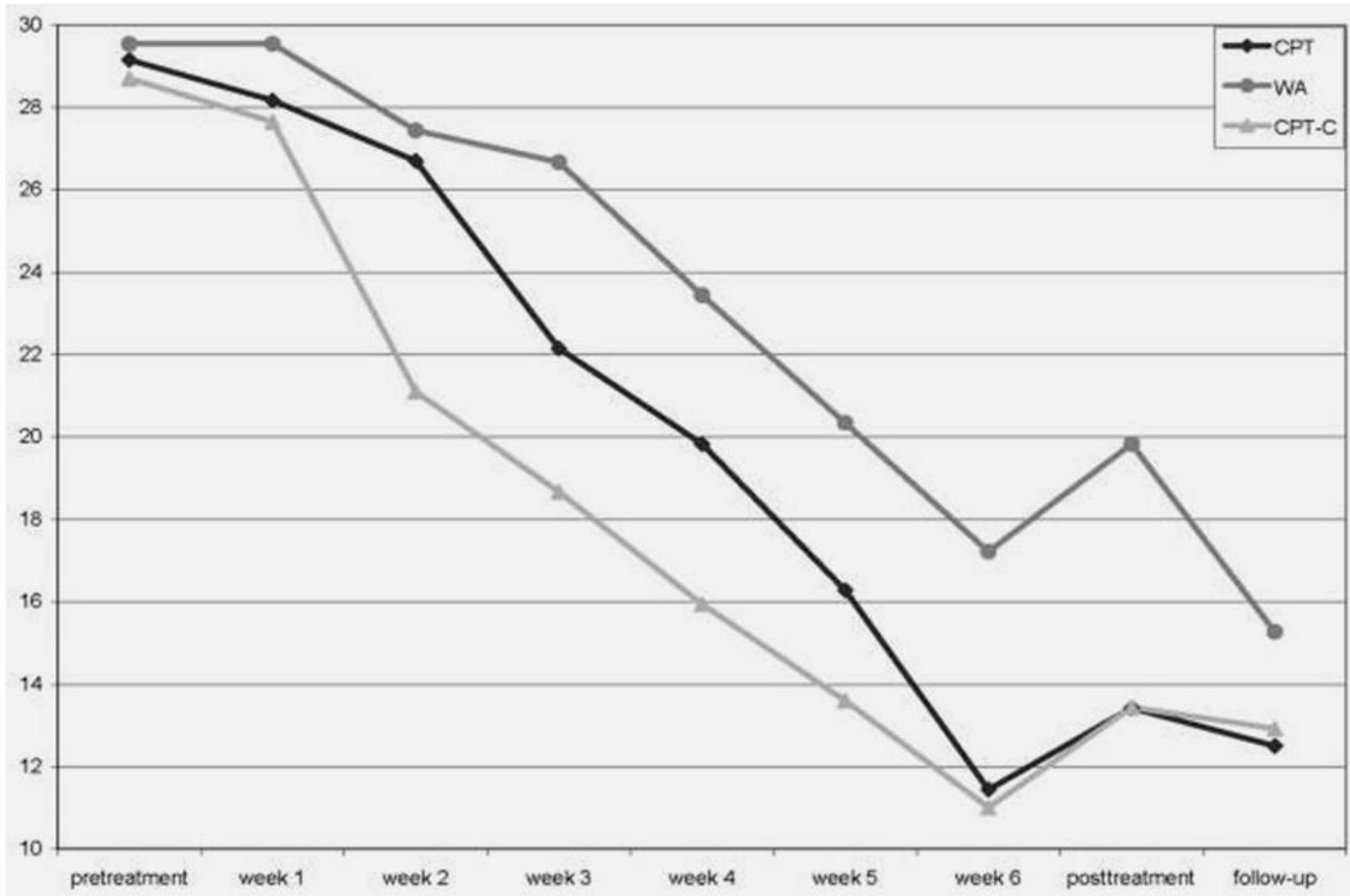
Cognitive Processing Therapy (CPT)

(Resick & Schnicke, 1993; Resick, Monson & Chard, 2017; dt. Manual: König, Resick, Karl & Rosner, 2012)

- Betont die Bedeutung von **kognitiven Bewertungen** bzgl. der traumatischen Erfahrungen
- Kombinierte **kognitive Interventionen** mit **Konfrontation** via **Schreiben** über das Erlebte
- jetzt: **rein kognitive Variante ohne Exposition (CPT-C; war genauso wirksam wie die Kombination!)** (Resick et al., 2008)
- **Neue Forschungsfragen:** Was sind die besten Methoden des Trainings und der Implementation? (Monson et al., 2018: regelm. Fallkonsultation verbessert Behandlungserfolg!)



Verlauf der PDS-Werte bei CPT, Schreiben über Trauma (WA) und CPT-C (Resick et al., 2008)



Cognitive Processing Therapy (CPT) – Beispiel-Arbeitsblatt

(cognitive only, dt. Müller-Engelmann et al., 2015)

ABC-Arbeitsblatt: 4. Beispiel

Auslösendes Ereignis A	Bewertung/Denkfalle (Stuck Point) B	Konsequenz C
„etwas passiert“	„ich sage mir etwas“	„ich fühle und/oder tue etwas“
„Ich wurde von einem Kollegen vergewaltigt.“	„Ich hätte wissen müssen, dass es nicht gut ist, mit ihm alleine zu sein.“	„Ich fühle mich niedergeschlagen und schäme mich, weil ich glaube, dass es meine Schuld war. Ich hinterfrage alle meine Entscheidungen.“

Sind meine Gedanken in B realistisch?

„Meistens glaube ich, dass meine Gedanken zutreffen, aber manchmal zweifle ich auch daran.“

Was könnte ich mir in so einer Situation zukünftig sagen?

„Vielleicht, dass ich es vorher nicht wissen konnte? Ich kannte ihn schon eine Weile und es ist vorher nie etwas passiert.“

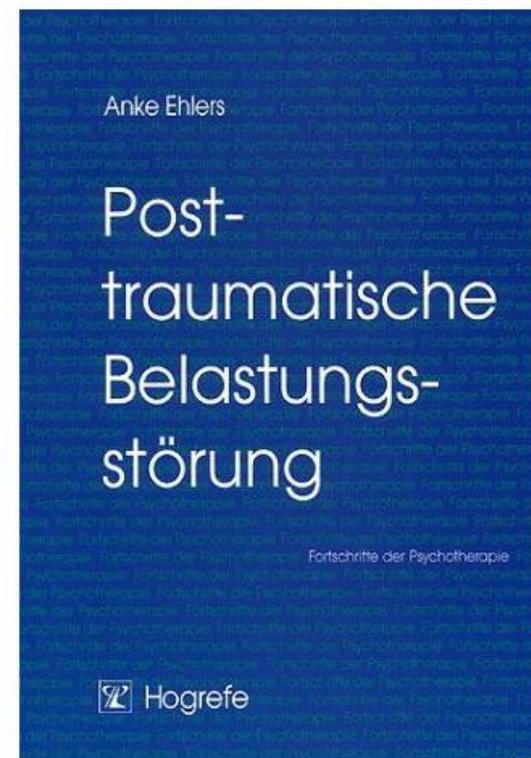
Cognitive Processing Therapy (CPT)

Vorteile	Nachteile
Sehr gut manualisiert, ohne formale Exposition	Interventionsfolge streng festgelegt, nicht ganz leicht erlernbar
Sehr gute Wirksamkeit (über viele Studien und an unterschiedlichen Populationen gesichert; Asmundson et al., 2019; 11 RCTs; bei Jericho et al., 2021 (82 RCTS) den besten Effekt erzielt!)	Anwendung bei schwerer Komorbidität?
Ursprünglich für Gruppensetting entwickelt / einsetzbar; ökonomisch (vgl. Resick et al., 2015)	
Auch bei Patienten (und Therapeuten ;)) einsetzbar, die formale Exposition ablehnen	
Kostenfreie internetbasierte Schulung in 10 UEn (https://cpt2.musc.edu)	Im deutschsprachigen Bereich wenig bekannt, nur wenige Supervisoren / Fortbildungen

Kognitive Therapie (KT)

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

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



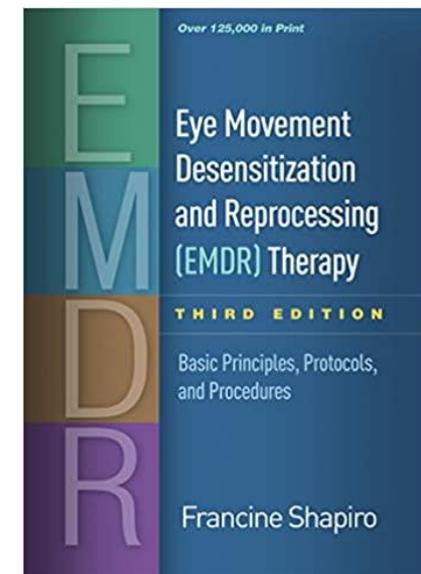
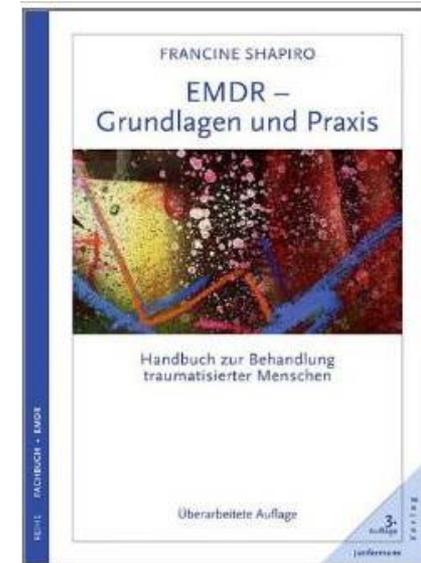
Kognitive Therapie (CT)

(Ehlers, 1999)

Vorteile	Nachteile
<p>Sehr große Effektstärken (ES=2.07 bzw. 1.95 im Clinician Rating, z. B. Ehlers et al., 2005; Ehlers et al., 2014)</p>	<p>aufwändig zu erlernen, längeres Therapeuten-Training nötig</p>
<p>Sehr gute Verträglichkeit, sehr geringe Drop-Out-Quoten (durchschn. 3%, vgl. Ehlers et al., 2005 vs. 18% bei allen Psychotherapie-Verfahren, vgl. auch Lewis et al., 2020)</p>	<p>Wenige Studien zu komplexer PTBS</p>
<p>Online Manual und Trainingsvideos https://oxcadatresources.com/ptsd-training-videos/</p>	<p>Wenig Fortbildungs- und Supervisionsmöglichkeiten in deutschspr. Ländern</p>
<p>Auch als Intensivbehandlung überprüft (Ehlers et al., 2014)!</p>	

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

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



Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

(Shapiro, 2001)

Vorteile	Nachteile
sehr große Akzeptanz im deutschsprachigen Raum!	Weniger Akzeptanz in anderen Ländern (z.B. USA)
Vielfältige Fortbildungsmöglichkeiten im deutschen Sprachraum	Darf in Deutschland nur nach intensiver Fortbildung angewandt werden lt. Psychotherapierichtlinien (ähnlich wie Gruppentherapie...)
Wirksamkeit sehr gut belegt, aber nicht besser oder schneller als andere Verfahren (MA Cuijpers et al., 2020: $g = 0.93$; Cusack et al., 2015: $d = 1.08$ im Vgl. mit inaktiver Intervention; Lewis et al., 2020: $SMD = -1.23$; Mavranezouli et al., 2020: $SMD = -2.07$; Jericho et al., 2021: $SMD = 1.19$)	Sehr hohe Forderungen an Weiterbildung in deutschsprachigen Ländern durch Fachgesellschaft EMDRIA

Ist Traumafokussierung nötig?

- Ergebnis aller Metaanalyse: Überlegenheit traumafokussierter vs. nicht traumafokussierter Behandlungen

(Vgl. Bisson et al., 2013, Review mit 70 RCTs; Diehle et al., 2014, Metaanalyse mit 16 RCTs; Tran & Gregor, 2016, Metaanalyse mit 22 RCTs; Lewis et al., 2020, Metaanalyse mit 114 RCTs; Mavranouzouli et al., 2020, Metaanalyse mit 71 RCTs)

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

Therapieabbrecher (Drop-Outs)

- durchschnittliche **Dropoutrate in Studien zur Behandlung der PTBS** = 16% (95% CI 14–18%, $n= 116$, Lewis et al., 2020), mit signifikanten Unterschieden zwischen den Studien.
- Behandlungen mit Traumafokus weisen höhere Dropout-Quoten auf (18%; 95% CI 15–21%) als Behandlungen ohne Traumafokus (14%; 95% CI 10–18%, Lewis et al., 2020)
- Keine Hinweise auf höhere Dropouts bei: Gruppentherapien; Studien mit ausschließlich sexuell traumatisierten Teilnehmern; Studien mit einem geringeren Anteil von Teilnehmern mit Universitätsabschluss

Einzel- vs. Gruppentherapie?

- **Einzeltherapie > Gruppentherapie** ($g=1.11-1.19$ vs $g=0.32-0.34$, Taylor & Harvey, 2009; TF-KVT Einzel vs. TF-KVT Gruppe SMD = 0.35, Lewis et al., 2020)
- Effekte der **Gruppentherapie** in neueren MAn gut: Schwartze et al., 2019; 13 RCTs; $g = 0.70$; Lewis et al., 2020; 7 RCTs, SMD = -1.02)
- Für CPT kein Unterschied zwischen der Administration in Einzel vs. Gruppe (Asmundson et al., 2018)

Welche Faktoren beeinflussen Wirkung von Psychotherapie?

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

...Mit **geringer Symptomreduktion** nach Behandlung assoziiert sind:

- Komorbide Depression
- Schwere der PTBS-Symptomatik zu Beginn der Behandlung (komplexe PTBS!)

...Mit **besserem Outcome** assoziiert sind:

- Höherer Bildungsgrad (vgl. auch Ergebnisse zur Bedeutung von IQ für den Therapieerfolg, Kleindienst et al., in Vorbereitung)
- Befolgen der Hausaufgaben
- Trauma liegt kürzer zurück

→ Studienlage sehr heterogen, teils widersprüchliche Befunde!

Gliederung

- Leitlinienempfehlungen



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

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

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

Aktuelle S3-Leitlinie PTBS der AWMF

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

Aktuelle S3-Leitlinie PTBS der AWMF

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

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

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

Für eine **kPTBS** nach ICD-11 sollte die psychotherapeutische Behandlung mit einer Kombination traumafokussierter Techniken erfolgen, bei denen Schwerpunkte auf der Verarbeitung der Erinnerung an die traumatischen Erlebnisse und/oder ihrer Bedeutung liegen **sowie auf Techniken zur Emotionsregulation und zur Verbesserung von Beziehungsstörungen** im Sinne der Bearbeitung dysfunktionaler zwischenmenschlicher Muster.

Gliederung

- Spezielle Patientengruppen



Traumafokussiert behandeln bei komorbider Sucht? Ja!

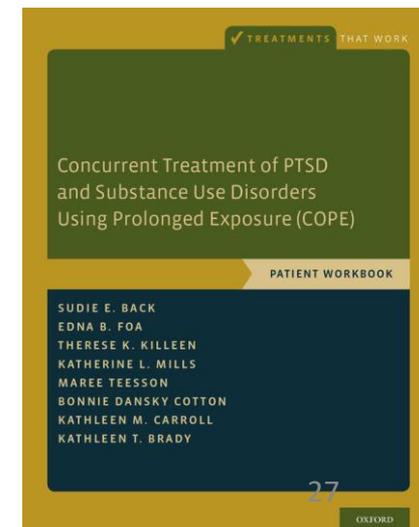
Gute Befunde für

- **CPT**: keine Interaktion zw. aktuellem Substanzmissbrauch und Behandlungsergebnis! (Kaysen et al., 2014, Hien et al., 2018)
- **EMDR**: (Perez-Dandieu & Tapia, 2014)
- **COPE** (Concurrent Treatment of PTSD and Substance Abuse Disorder; Back et al., 2015): positive Befunde im Vergleich zu TAU (Back et al., 2019)

Vgl. auch

(Roberts et al., 2016; Meta-Analyse mit 14 RCTs) vgl. auch Simpson et al., 2017

.



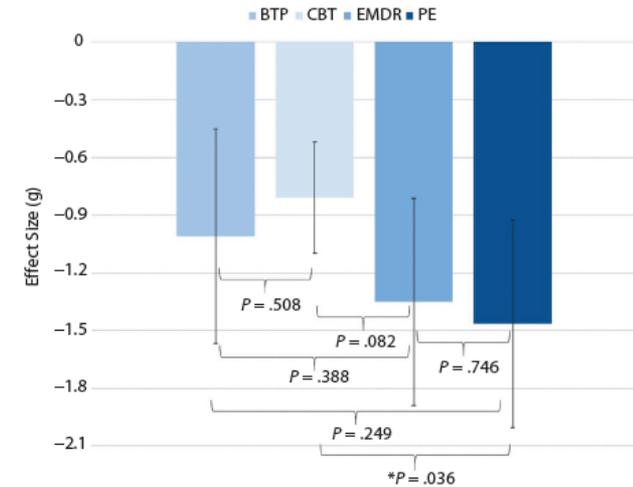
Traumabasiert behandeln bei komorbider Psychose? Ja!

Metaanalyse Grubaugh et al. (2021)

- PTBS-Patienten mit schwerer komorbider Störung (Schizophrenie, Bipolare Störung, Major Depression)
 - 14 Studien (davon 5 RCTs), Altersmittel: 36-48 Jahre
 - Prä-Post Effekt für PTBS-Symptome: $g = -1.01$
 - Prolongierte Exposition: $g = -1.35$
 - EMDR: $g = -1.35$
 - Brief Treatment: $g = -1.009$
 - CBT: $g = -0.807$
 - PE > CBT
 - Expositionsbasierte Behandlungen (PE, EMDR) sign. über
- Interventionen haben nicht nur große Effekte auf PTBS-Symptomatik
→ sondern beeinflussen auch generelle Psychopathologie ($g = -0.499$)
und psychotische Symptomatik ($g = -0.290$) positiv

vgl. auch Review von Swan et al., 2017; MA von Brand et al., 2017);

Figure 3. Pairwise Comparisons of Individual PTSD Treatment Effect Sizes on PTSD Outcomes^a



^aPairwise comparisons calculated using Tukey method.

*Statistically significant ($P < .05$).

Abbreviations: BTP=brief treatment program, CBT=cognitive behavioral therapy, EMDR=eye movement desensitization and reprocessing, PE=prolonged exposure, PTSD=posttraumatic stress disorder.

Gliederung

- Behandlung der komplexen PTBS



Jugendliche und junge Erwachsene



Behandlungserfolge bei Kindern & Jugendlichen kleiner als bei Erwachsenen (MA $d = .89$ (Gutermann et al., 2016) bzw. $g = .83$ (Morina et al., 2016) für Vergleich mit inaktiver KG); vgl. auch Bastien et al., 2020

Entwicklungsangepasste Kognitive Verhaltenstherapie

für Jugendliche und junge Erwachsene, die Opfer von Gewalt in der Kindheit wurden

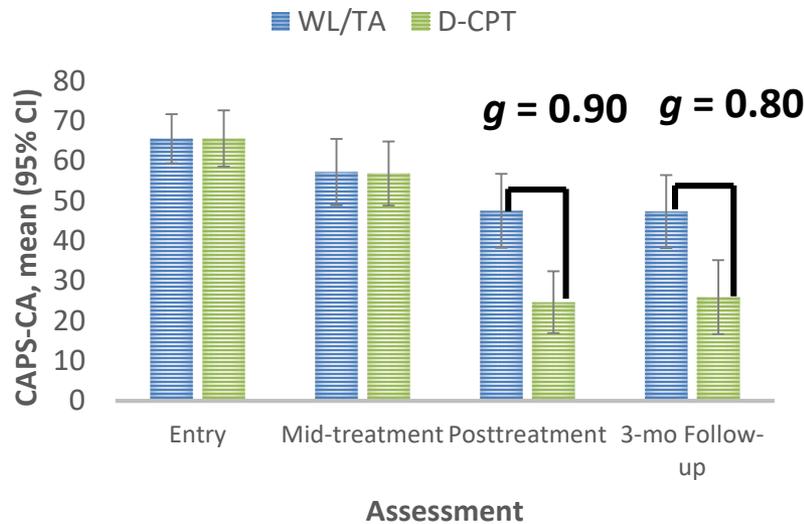


Matulis, Resick, Rosner, & Steil (2014)

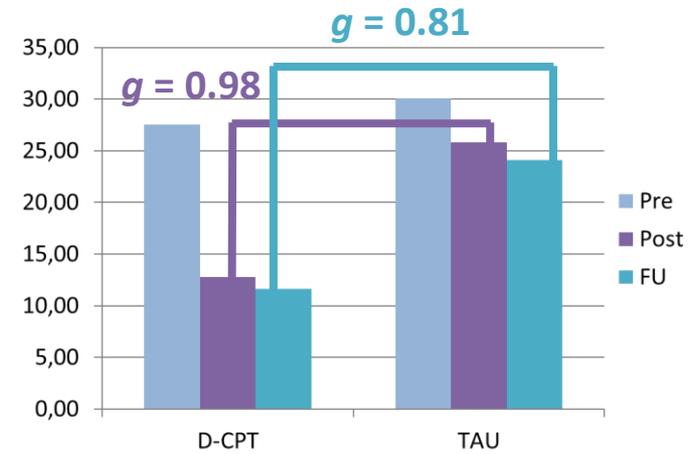
RCT Rosner et al., 2019; E-KVT vs. Warteliste & Behandlungsempfehlung, mittleres Alter 18

Ergebnisse Prä-Follow-up

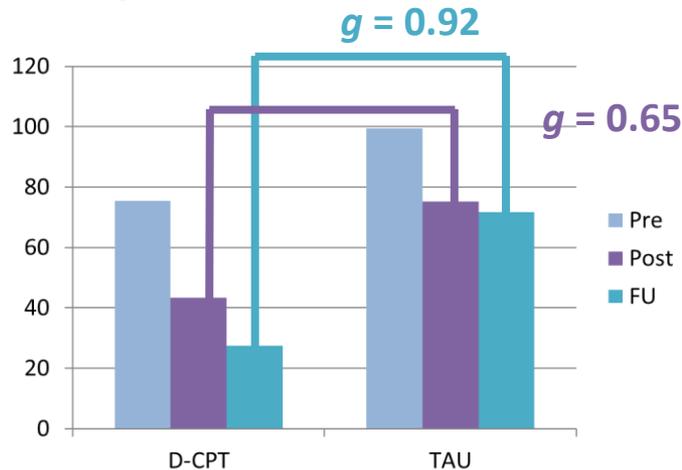
CAPS-CA Total score (N = 88)



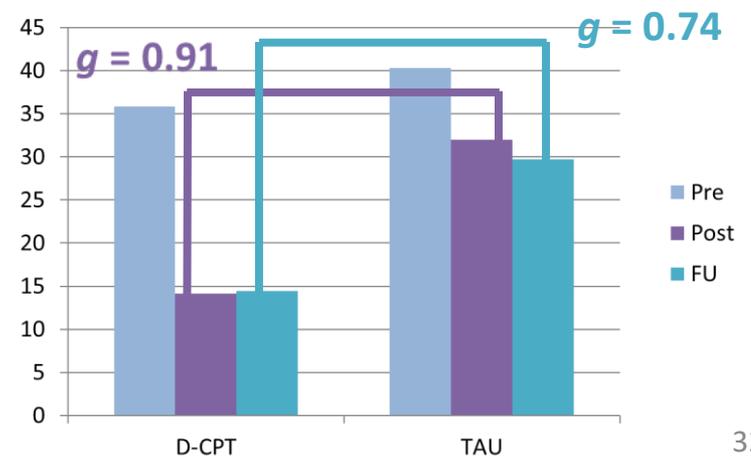
BDI-II



A-DES



BSL-23

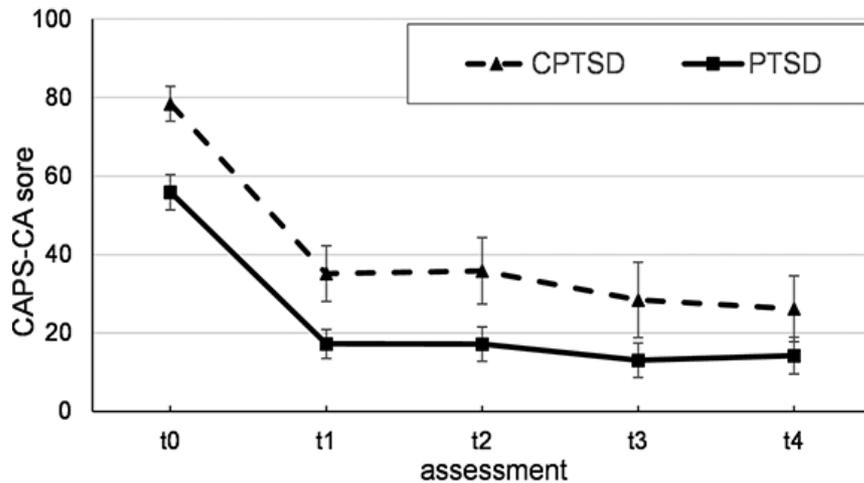


Wirksamkeit von E-KVT bei einer Subgruppe der Patienten mit wahrscheinlicher Diagnose der kPTBS (Eilers et al., 2021)

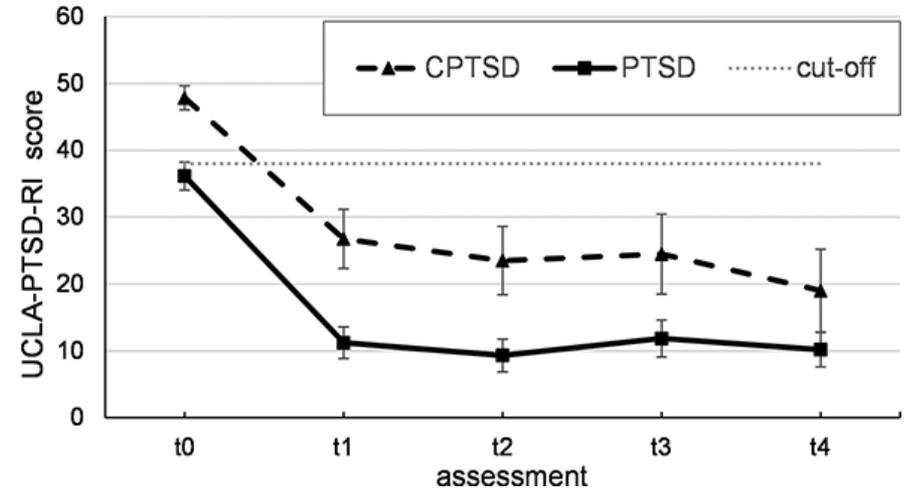
Effektstärken t0 vs. t4: CAPS: CPTBS: $d= 2.16$, PTBS: $d= 1.39$

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

(a) Interviewer-rated PTSS



(b) Self-rated PTSS



Vergleichbare Ergebnisse bei **Hoeboer et al. (2021)** bzgl. Prolonged Exposure bei Erwachsenen mit PTBS / kPTBS nach Kindesmissbrauch

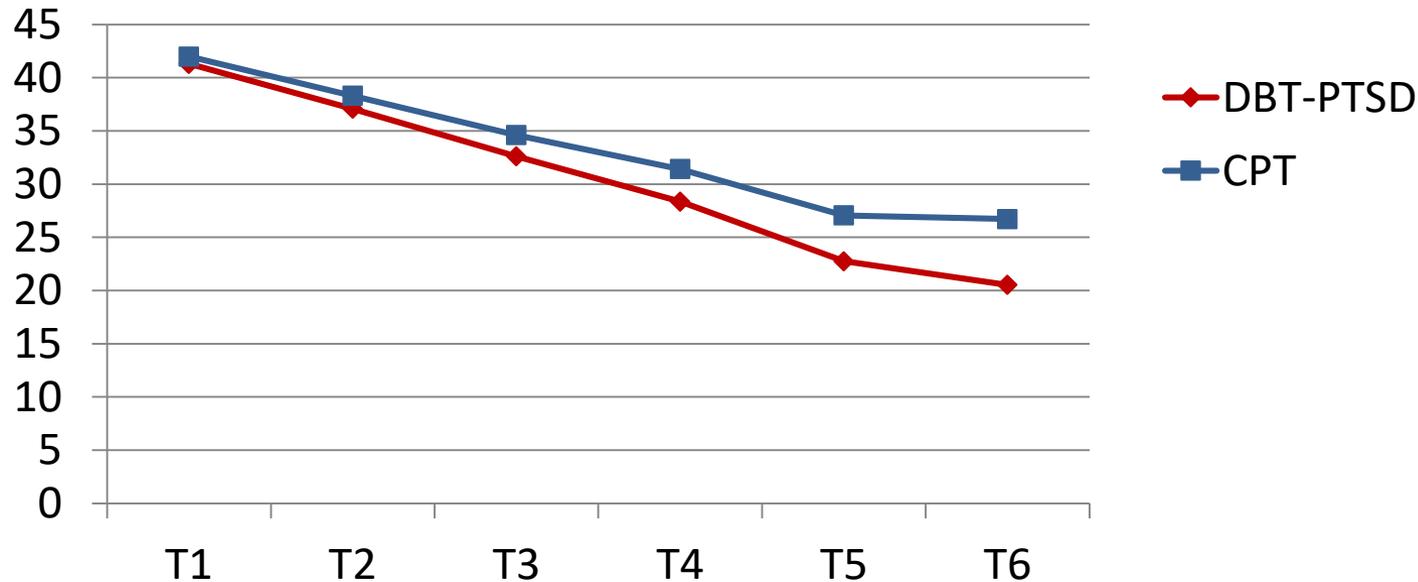
Dialektisch-behaviorale Behandlung der PTBS (DBT-PTSD) für Pat. mit komplexer Symptomatik

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

Besonderheiten:

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

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



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

Effekstärke ITT:

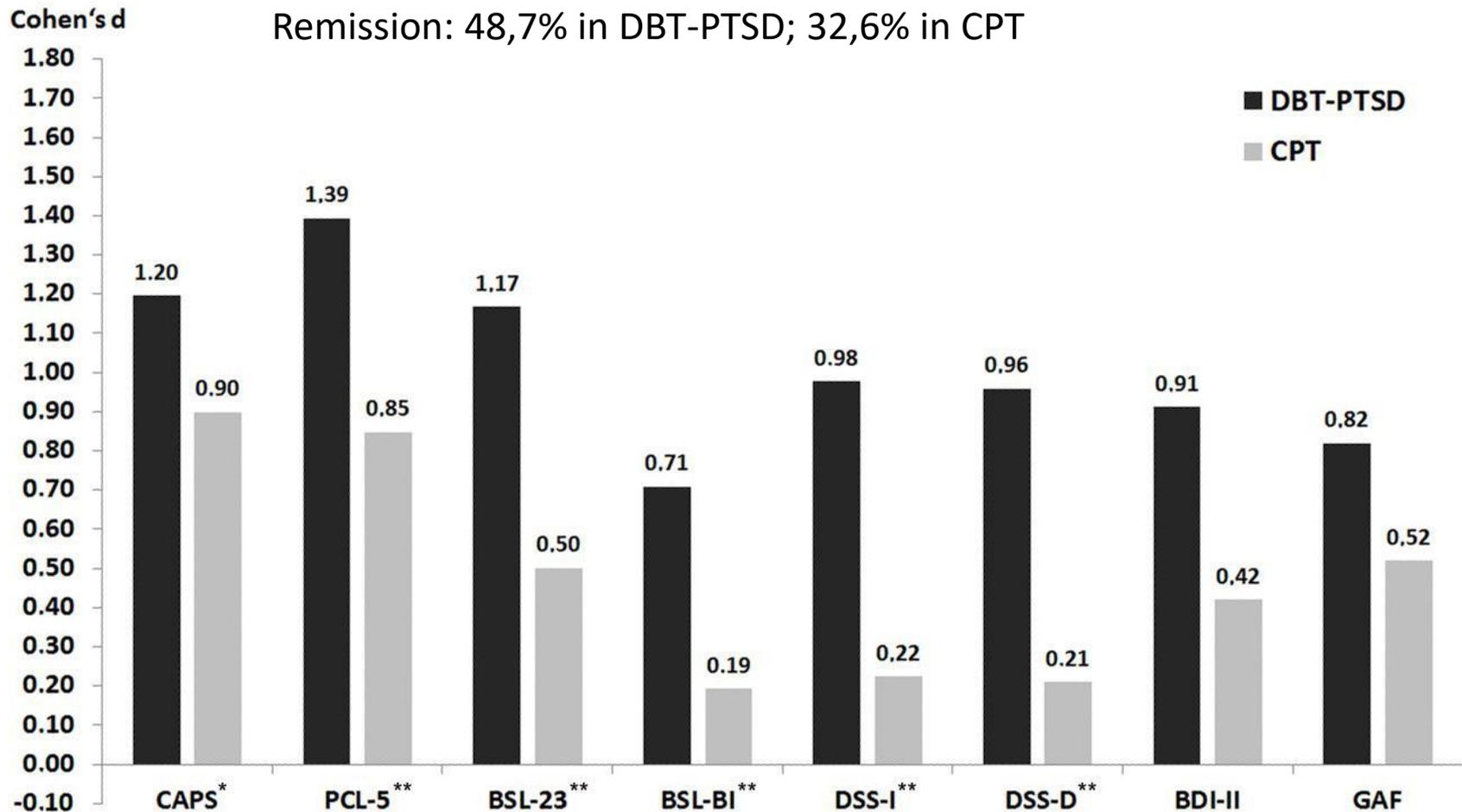
CPT: $d=0.98$

DBT-PTSD: $d=1.35$

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

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

Wirksamkeit bei dualer Diagnose PTBS und Borderline-Persönlichkeitsstörung (n= 93; Kleindienst et al., in press)



Gliederung

- Innovative Entwicklungen



Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy (IRRT) / Imagery Rescripting

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

Arntz & Weertman (1999):

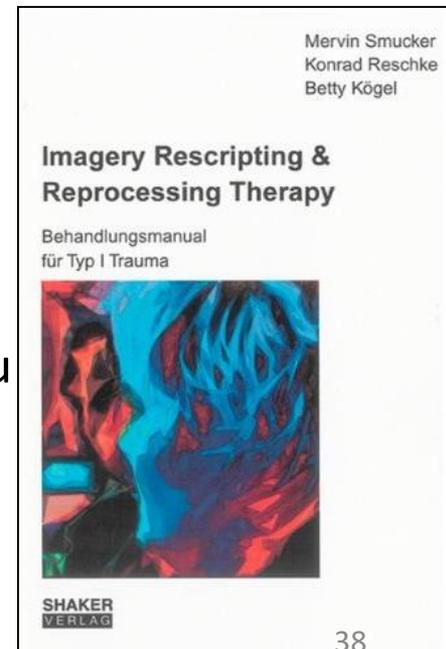
Man führt den Patienten in der Vorstellung an den Beginn der belastenden Szene („Was sehen Sie, hören Sie, fühlen Sie?“)

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

Rekursiver Prozess

vgl. MA von Morina et al. (2017): 8 Studien zu PTBS; $g = 1,48$; wenige Sitzungen!

vgl. auch Jung & Steil, 2013; 3 Sitzungen; $d = 0.93$ im Vergleich zu Wartegruppe



Imagery Rescripting

IREM-Studie, de Haan et al. (2020): ImRs vs. EMDR bei Patienten mit PTBS nach Kindheitstrauma

- Multinational: Deutschland, Australien, Niederlande
- N = 155
- Durchschnittsalter= 38,54 Jahre (SD= 11.17),w 76,8%
- EMDR oder ImRs: 12 x 90-min. Sitzungen, 2x pro Woche

Sehr gute Wirksamkeit bei schwer belasteten Patient*innen!! (IREM-Studie)

ImRs vs. EMDR (Boterhoven de Haan et al., 2020)



- Internationale Studie (Australien, Deutschland, Niederlande)
- $N = 155$ Patient*innen mit PTBS nach traumatischen Erlebnissen in der Kindheit
- Erhielten 12 Sitzungen (90 min) ImRs oder EMDR



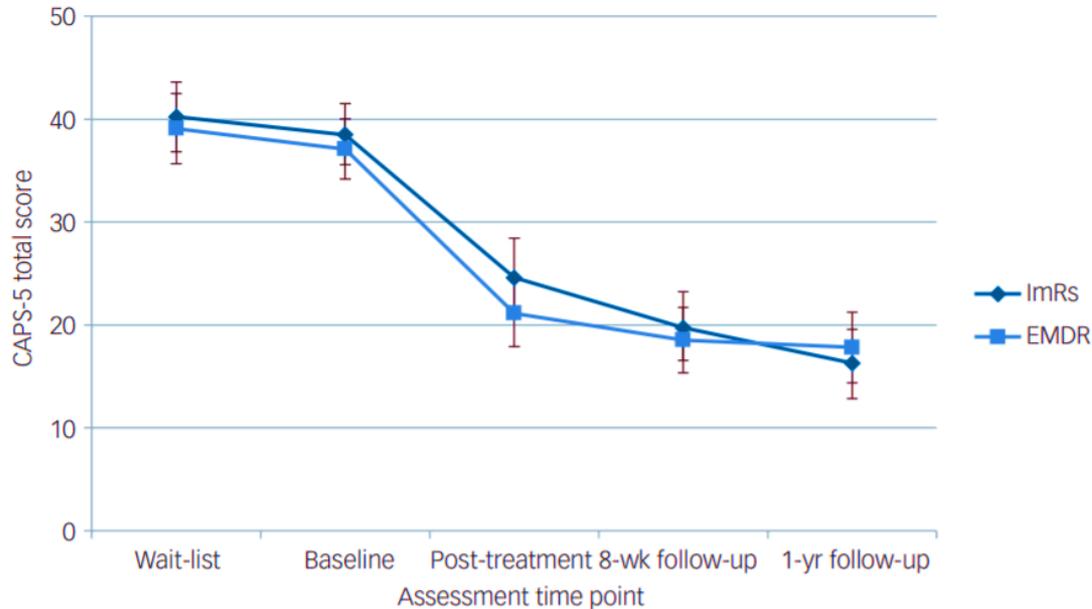
- **81%** der Patient*innen erfüllten ein Jahr später die Kriterien der PTBS nicht mehr
- **Große Effekte** (ImRs: **2.26**, EMDR: 1.88) und **geringe Abbruchquote** (7.7%)



- Vergleichbare positive Effekte u.a. hinsichtlich depressiver Symptome, Dissoziation, Schuld, Scham, Ärger, Funktionseinschränkungen
- Keine Unterschiede in der Effektivität zwischen den Behandlungsgruppen

Imagery Rescripting vs. EMDR

de Haan et al. (2020):



Baseline vs. 1-Jahres-FU: **ImRs ($d = 2,26$)**, **EMDR ($d = 1,88$)**; kein signifikanter Unterschied zw. den Behandlungen

Große Effekte auch für Depression

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

Present-Centered-Therapy (Schnurr et al., 2001; Shea et al., 2020)

- Inhalte: Psychoedukation, Veränderung maladaptiver Beziehungsmuster und Verhaltensweisen, Erlernen von Problemlösestrategien
- **Keine Traumafokussierung, keine Exposition**

Wirksamkeit:

- PCT überlegen ggü. WL (Metaanalyse Belsher et al., 2019; 12 Studien)
- Etwas weniger effektiv als gängige tf-Interventionen (z.B. TF-KVT) (vgl. Lewis et al., 2020, SMD= -0.97; Shea et al. 2020: SMD = -0.84; Mavranouzouli et al., 2020: SMD = -1.42)

=> Sehr gute Alternative für kurze Behandlungsdauern
(Krisenintervention, Rehammaßnahme)

- Imagery Rescripting wird sich wahrscheinlich als weitere sehr wirkungsvolle und einfach zu erlernende Intervention etablieren

Aufgaben für die Forschung & Versorgung:

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

Interessenskonflikte: ich erhalte Honorare für Workshops, Vorträge und Supervision zu CPT, ImRs, DBT-PTSD.

Imagery Rescripting (ImRs)

Einführung

- Bedeutung mentaler Bilder
- Mentale Bilder sind bei der Beeinflussung von Gefühlen der verbalen Verarbeitung überlegen (Holmes, Arntz & Schmucker, 2007)
- Sie ähneln einer realen Erfahrung (Arntz, 2012; Saulsman, Ji & McEvoy, 2019)
- “seeing with the mind's eye, hearing with the mind's ear...”
- Sie verändern implizite Verbindungen und dysfunktionale Überzeugungen bei emotionalen Störungen (Arntz, 2012)
- Kombination imaginativer und kognitiver Behandlungsmethoden hat sich für verschiedene Störungsbilder als sehr wirkungsvoll erwiesen: z.B. der Depression (Renner et al., 2019; Wheatley et al., 2007, Yamada et al., 2018), der sozialen Phobie (Ahn & Kwon, 2018; Wild et al., 2007)

Einführung

- Wirksamkeit imaginativer Verfahren
- mentale Bilder wirksam in der Behandlung traumabezogener Erinnerungen bei Posttraumatischer Belastungsstörung (PTSD) (Grunert, Weis, Smucker & Christianson, 2007; Raabe et al., 2015)

- Meta-Analyse (Morina, Lancee & Arntz, 2017):
- Meta-Analyse über 19 Studien, die imaginative Interventionen zur Veränderung aversiver Erinnerungen nutzen (davon 8 Studien mit PTBS-Patienten)
 - $n = 363$
 - PTSD, soziale Phobie, Körperdysmorphie Störung, Depression, Bulimia Nervosa, Zwang
 - **durchschnittlich 4,5 Sitzungen** (Range: 1-16)

Ergebnisse

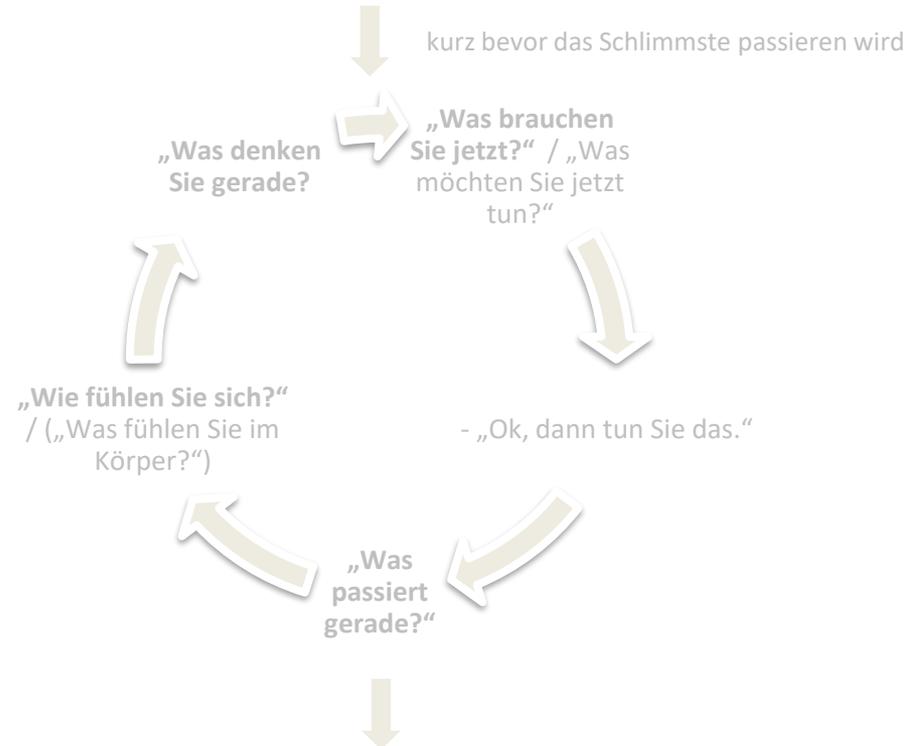
- Prä /Post: $g = 1,22$; Prä /Follow-up: $g = 1,79$
- Reduktion der PTBS-Symptome (6 Studien): $g = 1.48$!
- Soziale Phobie (6 Studien) $g = 1.25$
- Je mehr Sitzungen, umso effektiver
- z.T. ohne formale Exposition (vgl. Jung & Steil, 2013)!

Imagery Rescripting als innovative Behandlung der PTBS

- Der/die Patient*in wird gebeten, sich den Beginn traumatischer Ereignisse vorzustellen und dann die Ereignisse in der Vorstellung so zu verändern, dass es für ihn/sie erträglicher wird.
- Die traumatischen Erinnerungen werden auf diese Weise in eine weniger belastende Geschichte überführt. Diese wird wiederholt, bis der/die Patient*in beim Auslösen der Erinnerungen deutlich weniger Belastung empfindet.

Smucker & Dancu, 2008; Arntz et al., 2012

- „Was passiert gerade?“
- „Wie fühlen Sie sich?“/„Was spüren Sie körperlich?“
- „Was denken Sie gerade?“



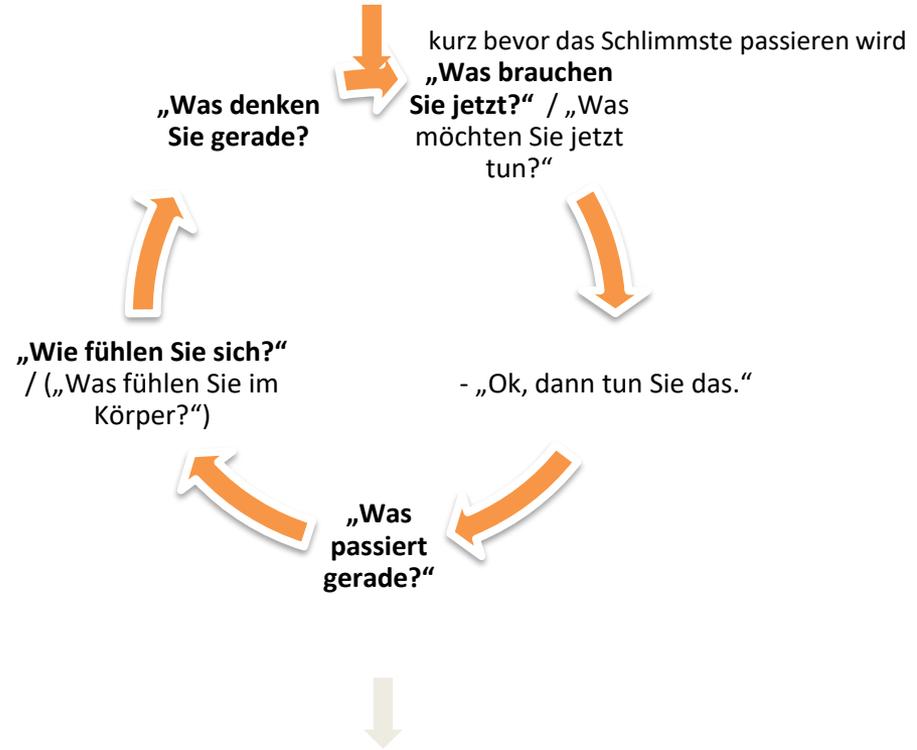
- beenden, wenn alle Bedürfnisse erfüllt sind

1

Patient*innen werden angeleitet, sich den Beginn des traumatischen Ereignisses vorzustellen – inklusive sensorischer Eindrücke, Gefühle, Gedanken, und körperlicher Empfindungen.

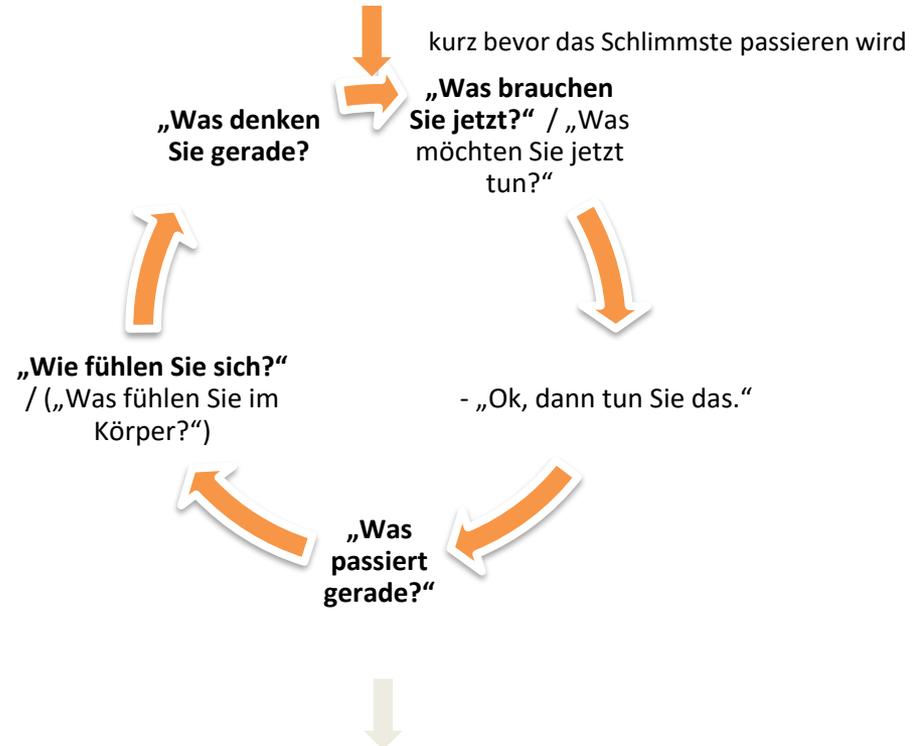
- „Was passiert gerade?“
- „Wie fühlen Sie sich?“ / „Was spüren Sie körperlich?“
- „Was denken Sie gerade?“

2 Wenn die Erinnerung lebhaft aktiviert ist und kurz bevor es zum schlimmsten Moment kommt, werden Patient*innen gebeten, die Situation in der Vorstellung so zu verändern, dass sie einen anderen Ausgang nimmt.



- beenden, wenn alle Bedürfnisse erfüllt sind

- „Was passiert gerade?“
- „Wie fühlen Sie sich?“/„Was spüren Sie körperlich?“
- „Was denken Sie gerade?“

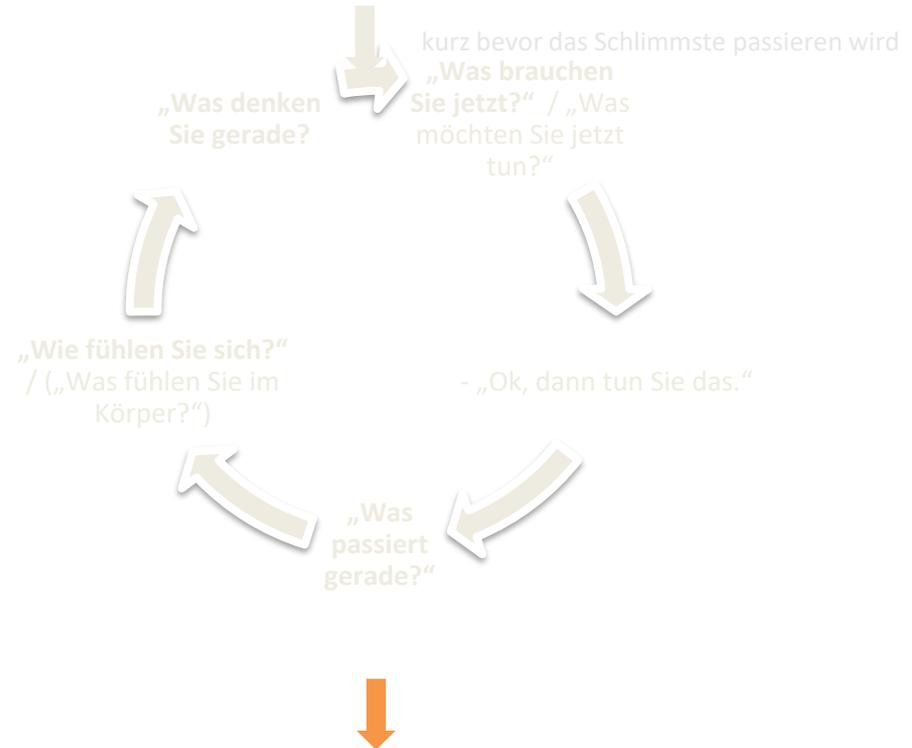


- beenden, wenn alle Bedürfnisse erfüllt sind

2

- Kontrolle gewinnen
- Täter entmachten
- Täter mit Schuld konfrontieren
- Täter verschwinden lassen
- der Situation entkommen
- ...
- mithilfe Dritter, der Therapeutin, Magie, übermenschlicher Stärke, ...

- „Was passiert gerade?“
- „Wie fühlen Sie sich?“ / „Was spüren Sie körperlich?“
- „Was denken Sie gerade?“



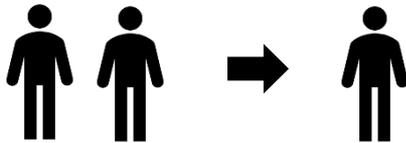
3

Sicherheit, Trost, Zuwendung,
Selbstwirksamkeit, soziale
Zugehörigkeit...

- beenden, wenn alle Bedürfnisse erfüllt sind

Vorgehen: Möglichkeiten

Zu Beginn kann
Therapeut*in das
Resctiping übernehmen,
später übernimmt
Patient*in selbst



Bei traumatischen
Erlebnissen aus der Kindheit
kommt Therapeut*in oder
Patient*in als Erwachsenes
Ich dem Kind zu Hilfe



Fallbeispiel

Patientin

- Ava F., 23 Jahre alt
- vor 4 Jahren aus Afghanistan nach Deutschland geflüchtet
- lebt mit Eltern und 2 jüngeren Brüdern in einer Gemeinschaftsunterkunft
- Eine Ausbildung abgebrochen (konnte sich aufgrund der Symptomatik nicht konzentrieren)

Trauma:

- Wiederholte sexuelle & körperliche Gewalt durch Onkel und unbekannte Männer
- Alter: 13 – 15 Jahre

•Diagnose:

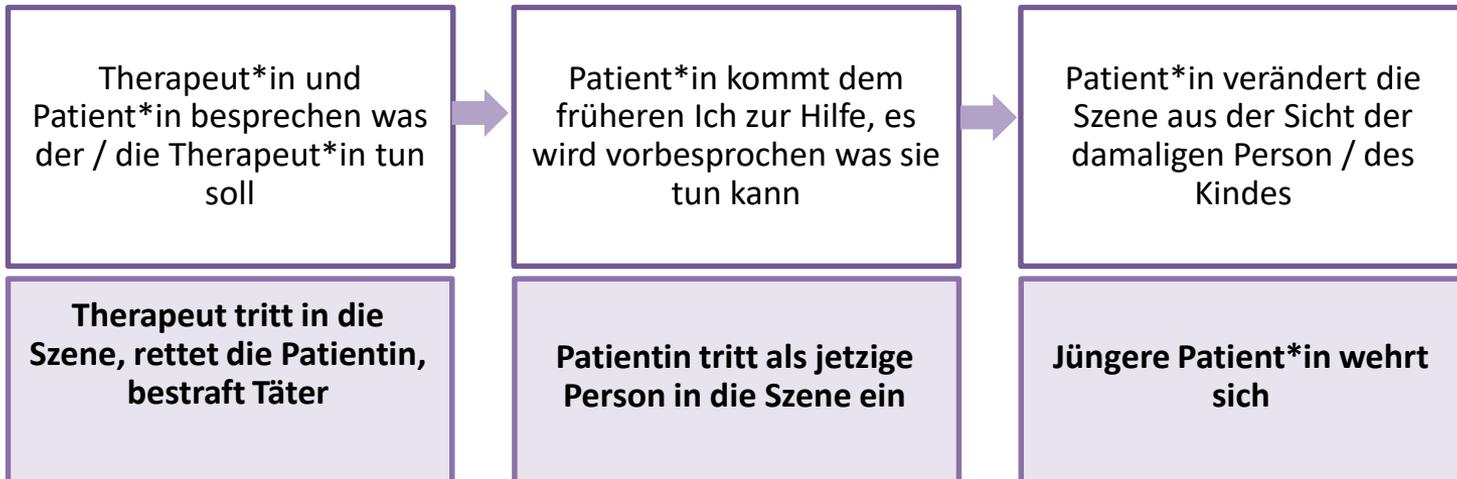
- PTBS

•Zusätzliche Problembereiche:

- Starke Kopfschmerzen

Fallbeispiel

3-Stufiges Vorgehen beim Rescripten:

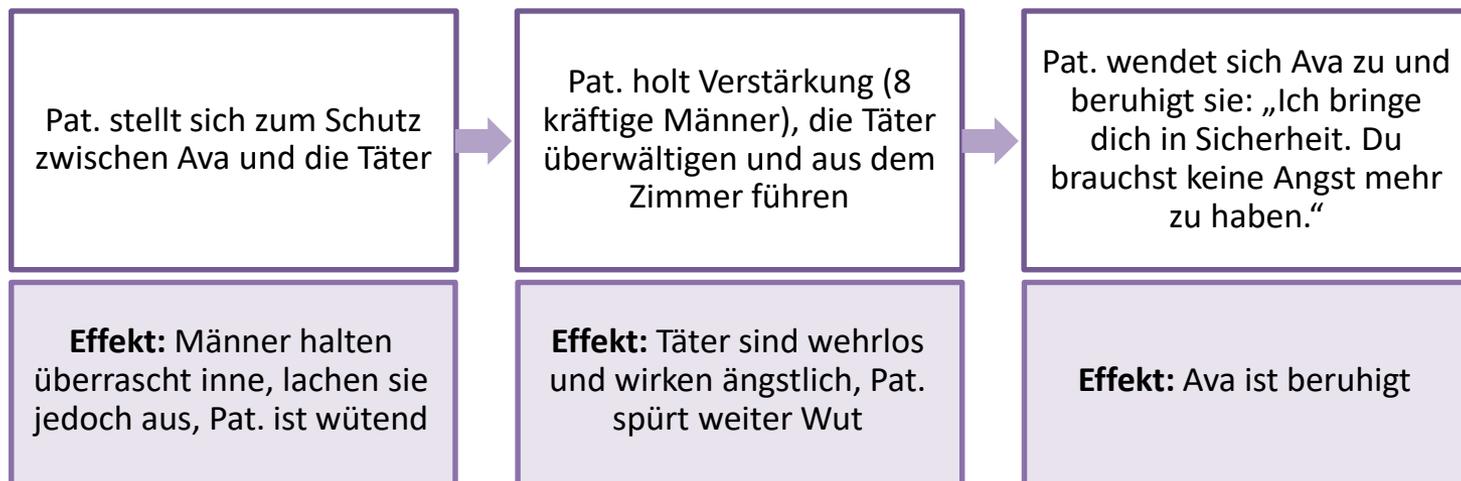


Fallbeispiel

Therapeutin leitet Pat. an, die Szene als heutige Erwachsene zu betreten

Pat. beschreibt Szene: Ava liegt verängstigt im Bett, Männer kommen auf sie zu

Einstieg in das Rescripting: „Was möchten Sie jetzt tun?“



Fallbeispiel

- Pat. wendet sich Tätern zu & bringt diese ins Gefängnis, sperrt sie in einer für sie geschaffenen Hochsicherheitszelle ein
- Pat. konfrontiert Täter: „Was ihr getan habt, ist Unrecht! Man darf Kinder nicht einsperren und schlagen. Es gibt Gesetze, die das verbieten. Weil ihr das getan habt, müsst ihr für den Rest eures Lebens im Gefängnis bleiben.“



- Pat wendet sich wieder Ava zu und bringt sie zu ihren Eltern und Geschwistern.
- Pat versichert Ava: „Was passiert ist, war nicht deine Schuld. Die Männer haben etwas Unrechtes getan.“

Effekt: Täter sind erschrocken und protestieren, sind jedoch nicht mehr hörbar. Pat. fühlt sich sicher und stark

Effekt: Ava ist erleichtert und fröhlich

Hilfreich bei Traumatisierung in Kindheit: UN-Kinderrechte lesen

Beispielhafter Ablauf der Behandlung

- Lebenslinie erarbeiten mit positiven und negativen Erfahrungen bislang; Bestimmung eines Indextraumas (das Trauma, das heute am meisten Leid verursacht)
- Psychoedukation über PTBS / komplexe PTBS
- Erfassung von Dissoziation / Suizidalität / Fremdgefährdung – optionale Sitzungen zum Erlernen von Emotionsregulation / zum Dissoziationsmanagement
- Üben von Imagery Rescripting anhand einer vglw. wenig belastenden negativen Erfahrung
- Durchführung von Imagery Rescripting anhand des Indextraumas und weiterer schwerer Traumata
- Bearbeitung von Krisensituationen mit Rescripting
- Therapiegeschichte schreiben lassen, Abschied
- Hilfreich: Doppelsitzungen!

Gute Wirksamkeit auch bei geflüchteten Patient*innen

Imagery Rescripting bei komplexer PTSD bei Geflüchteten (Arnzt et al., 2013)



- $N = 10$ Patient*innen
- Schwer belastet durch PTBS-Symptome und bereits in Behandlung
- zudem geringe soziale Integration, komplizierte Asylverfahren, geringe Sprachkenntnisse



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



- **Ergebnisse**
 - Große Effekte auf PTBS-Symptome und sowie depressive Symptome
 - PTBS bei 9 Patient*innen remittiert



Erste Evidenz für die Effektivität von ImRs in der Behandlung schwere PTBS bei geflüchteten Patient*innen

ReScript-Studie: Brief Imagery Rescripting vs. Treatment as Usual in Refugees with Posttraumatic Stress Disorder (gefördert durch Bundesminist. f. Bildung und Forschung)

- Ziel: Überprüfung der Wirksamkeit von Imagery Rescripting bei Geflüchteten
- ImRs: kurze traumafokussierte Intervention zur Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS) vs. Wartekontrollgruppe
- Frankfurt, München, Marburg, Münster
 - Umfang: zehn 100-minütige Sitzungen innerhalb von 10 Wochen
 - Therapie bei Bedarf mit Unterstützung eines Sprachmittlers
- <https://project-recap.de/unser-angebot/rescript>



Gute Wirksamkeit auch bei Patient*innen mit komorb. Essstörung

Imagery Rescripting bei Anorexie und PTSD (ten Napel et al., 2021)



- $N = 10$ stationär behandelte Patient*innen
- Multiple Baseline Design



- **Intervention:** Stationäre Behandlung der Essstörung; 12 ImRs-Sitzungen, 90-Minuten, 6 Wochen



Ergebnisse

- signifikante Verringerung der Schwere der PTSD-Symptome im Follow Up (PSS-SR; $d = 1.53$)
- Sign. Abnahme der Symptome der Essstörung im Follow Up (EDEQ; $d = 1.45$)
- BMI sign. erhöht ($d = -2.52 / -3.80$)
- deutlicher Rückgang negativer Emotionen & Überzeugungen über sich Selbst (Wut, Scham, Schuld, Ekel)
- Sign. Reduktion v. traumabezogenen Überzeugungen (PTCI) & Emotionsregulationsstörungen (DERS)

Besonderheiten von Imagery Rescripting



- ImRs ist sehr flexibel
 - basiert auf Bedürfnissen und Präferenzen der Patient*innen
 - kann somit vor jedem kulturellen & religiösen Hintergrund individuell angepasst werden



- ImRs ist sehr leicht zu erlernen für die Behandler und kann innerhalb weniger Behandlungsstunden durchgeführt werden



- ImRs kommt ohne Konfrontation mit allen Details der traumatischen Erinnerungen aus

Forschungsfragen für die Zukunft

- Wirksamkeit von ImRs bei komplexer PTBS?
- Differentielle Wirksamkeit verschiedener Arten des ImRs
- Welche Art des Umschreibens ist besonders wirksam?

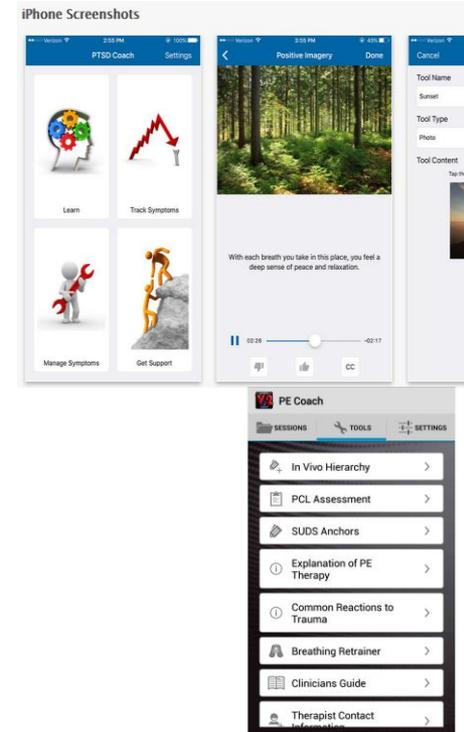
Vielen Dank für Ihr Interesse und
Ihre Aufmerksamkeit!



Weiterführende Ansätze: Apps

Goreis et al. (2020): Metaanalyse zu Self-Management Apps für PTBS

- $n = 6$ Studien, davon 2 RCTs
- Positiver prä-post Effekt auf PTBS-Symptome: $g = 0.55$
- In RCT Studien jedoch kein sign. Unterschied zur WL!
- PTSD Coach
 - Entwickelt durch US Dept. of Veterans Affairs
 - Inhalte: Self-Assessment von Symptomen, Copingfähigkeiten und Unterstützung bei Symptomen, Psychoedukation zu Symptomen und Therapien
 - Zufriedenheit der Patienten evaluiert, moderat bis sehr hilfreich bei Symptomen empfunden
- PE Coach
 - Entwickelt durch US Dept. of Veterans Affairs
 - Kliniker und Patienten während PE unterstützen: Aufnahme der Sitzungen, Symptomassessments nach jeder Sitzung, Atemtraining, Hierarchie (von Vermeidung?)



Körper- und Bewegungsorientierte Interventionen

z.B. **Yoga** (Van der Kolk et al., 2014)

Häufigkeit der Yoga-Praxis bei gesunden Pbn hängt zusammen mit positiven psychologischen Einstellungen, Vitalität, Gesundheit, Entspannung, anti-inflammatorischen Hormonen & reduziertem Stress, Mischung aus körperlichen Positionen, Atemübungen, Meditation und Entspannung:

Wirkmechanismen:

(Banks, Newman & Saleem, 2015; van der Kolk et al., 2014; Taylor et al., 2020)

- Verbesserte Emotionsregulation
- Verringerte Stressreaktion

Yoga

- ✓ **Metaanalyse (Cramer et al., 2018):** $n = 7$ RCTs, SMD = -1.10 (vs. No treatment KGs)
- ✓ **Review (Nguyen-Feng et al., 2018):** $n = 8$ RCTs, $d = 0.76$ (vs. WL KGs)
- ✓ **Metaanalyse (Bisson et al., 2020):** $n = 5$ RCTs, SMD = -0.37 (vs. TAU/WL KGs)
- ✓ **Review/Metaanalyse (Taylor et al., 2020):** gepoolte ES, $n = 10$ Studien, $g = 0.46$

- Spezielle Yoga-Treatments für Traumapatienten wurden entwickelt: z.B. Trauma Center Trauma-Sensitive Yoga (TCTS) (Kelly et al., 2021; Price et al., 2017)
- Dauer und Häufigkeit der Yoga-Übungen
 - Häufigkeit von Yoga hängt mit mentaler und physischer Gesundheit zusammen
 - Häufigkeit der Yoga-Praxis bei gesunden Pbn hängt zusammen mit positiven psychologischen Einstellungen, Vitalität, Gesundheit, Entspannung, anti-inflammatorischen Hormonen und mit reduziertem Stress, inflammatorischen Hormonen..
- Methode
 - 9 Frauen nahmen teil mit DSM-IV Kriterien einer PTBS
 - 20-wöchiges traumainformiertes Programm mit Hatha-Yoga
 - Wöchentliche Yoga-Stunde mit zertifiziertem Lehrer und Hausaufgaben mit DVD oder CD
- Ergebnisse
 - Rückgang der PTBS-Symptome (=30% Rückgang des mittleren CAPS-Score)
- In einer Follow-up Studie zeigt sich auch 1,5 Jahre nach Beendigung eines RCTs ein Zusammenhang zwischen fortgesetzten Yoga-Übungen und geringeren PTBS-Symptomen (Rhodes et al., 2016)

Mind-Body Interventionen

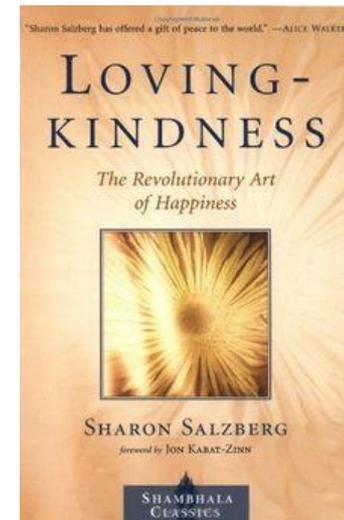
- **Review Banks et al. (2015)** über 12 Studien (hauptsächlich **MBSR**) weist auf überwiegend positive Befunde hin, v.a. Vermeidung scheint sich zu reduzieren
- **Metaanalyse Gallegos et al. (2017)**: 19 RCTs, Gesamteffektstärke $g = .39$
Mindfulness (10); Meditation (5); Yoga (4)
- **Review Niles et al. (2018)**: 22 RCTs
 - Mindfulness (9): kontrollierte ES zwischen klein/ ns. und groß
 - Yoga (6): 4 Studien moderate bis große kontrollierte ES, 2 Studien klein/ns. ES
 - Entspannung (7): in Studien immer als KG, große unkontrollierte ES in 4 Studien
- **Review/ Metaanalyse Sun et al. (2021)**: 19 RCTs, Mindfulness Meditation, Militär
 - MBSR (7), Yoga (3), aber auch mindfulness basierte Exposition (1) und weitere Verfahren
 - Kleine bis mittlere kontrollierte ES (SMD = -0.33; vs. Inaktive KG, SMD = - 0.49)

!Methodisch sehr unterschiedliche Studien

Mind-Body Interventionen – Liebende Güte Meditation (Metta)

Metta (pali *mettā*; sanskrit *maitrī* ‚Freundschaft‘; engl. *loving kindness*)

- eine freundlich-wohlwollende Haltung gegenüber allen fühlenden Wesen
- Wiederholung von Phrasen/Affirmationen, die Wohlwollen mit sich selbst und anderen hervorrufen
 - „Mögest du sicher sein“
 - „Mögest du glücklich sein“
 - „Mögest du gesund sein“
- Auch jene einschließen, mit denen man Schwierigkeiten hat oder die einem Schaden zugefügt haben
- Haltung der Freundlichkeit, Neugier und Unvoreingenommenheit ggü Gedanken und Gefühlen



Loving-Kindness Meditation vs Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder Among Veterans

A Randomized Clinical Trial

David J. Kearney, MD; Carol A. Malte, MSW; Meghan Storms, MSW; Tracy L. Simpson, PhD

Stichprobe:

- 184 Veteranen ($n = 91$ LKM; $n = 93$ CPT)
- Altersmittel: 57.1 [13.1] Jahre; 83.2% männlich
- 12 wöchentliche Gruppensitzungen, 90-Minuten

Table 2. Estimated Outcome Measures by Condition and Time Point^a

Outcome measure	Patient No.	Estimated mean (95% CI)			
		Baseline	End of treatment	3-mo follow-up	6-mo follow-up
ITT					
CAPS-5 score ^b	183				
CPT	93	35.18 (32.94-37.42)	29.47 (26.77-32.17)	29.09 (26.16-32.01)	28.02 (24.72-31.32)
LKM	90	34.99 (32.72-37.26)	29.35 (26.70-31.99)	28.12 (25.20-31.04)	25.92 (22.62-29.23)
PROMIS depression T-score ^c	184				
CPT	93	60.43 (59.08-61.79)	61.25 (59.58-62.93)	62.06 (60.27-63.86)	61.22 (59.21-63.23)
LKM	91	61.27 (59.89-62.64)	58.46 (56.84-60.07)	59.1 (57.33-60.88)	58.88 (56.86-60.91)

- ✓ Verringerung der PTBS-Symptome durch LKM, war CPT nicht unterlegen
- ✓ CAPS-5 (ITT): 6 Mon. nach Behandlung mittlere Effekte für beide Gruppen (LKM: $d = 0.66$; CPT: $d = 0.52$)
- ✓ Depression (ITT): 6 Mon. nach Behandlung (LKM: $d = 0.28$; CPT: $d = 0.09$)
- ✓ LKM: Verbesserung depressiver Symptomatik größer als bei CPT

Achtsamkeit

Review

A meta-analytic investigation of the impact of mindfulness-based interventions on post traumatic stress

Tanya L. Hopwood, Nicola S. Schutte*

Hopwood et al. (2017):

Kontrollierte Effektstärke: $g = -0.44$

- MBI vs. WL KGs: $g = -0.59$
- MBI vs. aktive KGs: $g = -0.38$
- Studien mit Militärveteranen $g = -0.40$
- Studien ohne Militärveteranen $g = -0.51$

Metaanalyse Goldberg et al. (2020):

Achtsamkeitsbasierte (MBI) Interventionen für Militärveteranen

- 20 RCTs (MBSR, MBCT sowie Mischformen)
- MBI vs. unspezifische KGs: $g = 0.64$; Follow-up $g = 0.31$
- MBI vs. aktive KGs: $g = 0.25$