

Kurzfristige und langfristige Effekte der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie und ihrer Bestandteile auf Ressourcenaktivierung und Symptomreduktion

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades Doktor der Philosophie
(Dr. phil.)
im Fach Psychologie

der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften
der Universität Bielefeld

vorgelegt von
Anke Bebermeier

Bielefeld, im Juli 2014

Erstgutachter
Prof. Dr. Mark Stemmler (Universität Erlangen-Nürnberg)

Zweitgutachter
Prof. Dr. Frank Neuner (Universität Bielefeld)

Danksagung

Diese Arbeit ist auch durch die Unterstützung vieler Menschen entstanden, die mich durch ihre Ideen, Anregungen, Rückmeldungen und die Begleitung in einer spannenden, schönen, zwischenzeitlich aber auch schwierigen Zeit bereichert haben. Herzlichen Dank an...

...Prof. Mark Stemmler für die fachlich fundierte, einfühlsame, engagierte und ressourcenorientierte Betreuung und die vielen hilfreichen Rückmeldungen.

...Prof. Frank Neuner für die Unterstützung in der Planungsphase dieser Arbeit und interessante und wichtige Anregungen zum Umgang mit Dropouts.

...Dr. Andrea Möllering für das Vertrauen, die Ermutigung und Unterstützung auf allen Ebenen und in jeder Phase dieser Arbeit, die eine Bereicherung nicht nur in dieser Arbeit sondern auch im alltäglichen Miteinander sind.

...dem wundervollen Team der Klinik für psychotherapeutische und psychosomatische Medizin, das eine unbeschreibliche und unerschöpfliche Ressource, ist, die meinen Horizont ständig erweitert und dabei viel Freude, Kreativität, Flexibilität und Energie freisetzt. Danke ganz besonders an Sabine Drebes, Dagmar Heffler und Iris Franzke für die Beruhigung, Fürsorge, Ermutigung und eure immer offenen Ohren.

...Alexandra Günther für die Entwicklung des Ressourcenfragebogens (FER).

...Dr. Ursula Gast für die Ermöglichung der Durchführung des Projekts in der Klinik für psychotherapeutische und psychosomatische Medizin und die Unterstützung in der Anfangsphase dieser Arbeit.

...dem engagierten Förderverein „Traumhaus e.V.“ der Klinik für psychotherapeutische und psychosomatische Medizin sowie der Deutschen Gesellschaft für Trauma und Dissoziation (DGTD, ehemals ISSD) für die Projektförderung in Form einer Übernahme der durch die Studie entstandenen Portokosten.

...meinen Eltern, Ingrid und Eckhard Bebermeier, für die vielfältige Unterstützung.

...meinen Freund(inn)en Doris Christoph, Sabine Drebes, Iris Franzke, Oliver Plöger, Meike Schröder und Nele Wattenberg für das Lesen dieser Arbeit und die wertvollen Anregungen. Ihr seid in allen Lebenslagen ein großes Geschenk – schön, dass es euch gibt!

...Sarah Bebermeier, ohne die diese Arbeit ganz sicher nicht fertiggestellt worden wäre. Danke für Dein Verständnis, Deine Geduld, Geborgenheit, Gelassenheit und Warmherzigkeit, die hilfreichen Auszeiten, Kriseninterventionen und Aufbauphasen. Danke für Dein Vertrauen in mich, dass diese Arbeit neben Weiterbildung und Arbeitsalltag trotzdem zu schaffen ist – es hat mich getragen und mir Zuversicht und Mut gegeben. Danke auch für Deinen zugleich kritischen wie wohlwollenden Blick, die Anregungen und Inspirationen.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1. Theoretische Grundlagen	2
1.1 Traumafolgestörungen – Begriffsdefinitionen, Arten und Häufigkeiten	3
1.1.1 Definition eines traumatischen Ereignisses	3
1.1.2 Arten und Kriterien von Traumafolgestörungen	4
1.1.2.1 Posttraumatische Belastungsstörung	4
1.1.2.2 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung	5
1.1.2.3 Dissoziative Störungen	6
1.1.2.4 Akute Belastungsstörung	7
1.1.2.5 Komorbidität	7
1.1.3 Prävalenz und Risikofaktoren von Traumafolgestörungen	7
1.2 Entwicklung von Traumafolgestörungen	10
1.2.1 Das psychodynamische Modell von Horowitz	10
1.2.2 Das Zwei-Faktoren-Modell der Angst von Mowrer	11
1.2.3 Das Modell der erschütterten Überzeugungen von Janoff-Bulman	11
1.2.4 Die Theorie der Furchtstrukturen nach Foa und Kozak	11
1.2.5 Die duale Repräsentationstheorie von Brewin	12
1.2.6 Das sozial-interpersonelle Modell von Maercker und Horn	12
1.2.7 Das kognitive Modell von Ehlers und Clark zur komplexen PTBS	12
1.2.8 Weitere Überlegungen zur Entwicklung komplexer Traumafolgestörungen	14
1.3 Leitlinien und Schwerpunkte in der Behandlung der PTBS	16
1.3.1 Leitlinien zur Behandlung der PTBS	16
1.3.2 Kontroverse um Stabilisierung und Konfrontation	19
1.3.3 Einbeziehung von Ressourcen in die Therapie	21
1.4 Traumatherapien	22
1.4.1 Expositionstherapie	23
1.4.2 Narrative Expositionstherapie (NET)	24
1.4.3 Kognitive Therapie	25
1.4.4 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)	26
1.4.5 Behandlung komplexer posttraumatischer Belastungsstörungen	27
1.4.6 Behandlung dissoziativer Störungen	29

1.4.7 Psychodynamische Traumatherapien	31
1.5 Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT)	32
1.5.1 Theoretischer Hintergrund	33
1.5.2 Arbeit mit unterschiedlichen Ego-States	34
1.5.3 Ablauf der PITT – ein Phasenmodell	36
1.5.3.1 Stabilisierung	37
1.5.3.2 Konfrontation	39
1.5.3.3 Integration	41
1.5.4 Die PITT als integrativer Ansatz	42
1.5.4.1 Integration verschiedener therapeutischer Schulen in der PITT	42
1.5.4.2 Integration verschiedener Therapieformen in der Arbeit mit PITT	43
1.5.4.2.1 Gruppentherapie	43
1.5.4.2.2 Kunsttherapie	44
1.5.4.2.3 Körpertherapie	45
1.5.5 PITT-Anwendung in der Klinik für Psychotherapeutische Medizin	46
1.5.5.1 Feste Bestandteile	46
1.5.5.2 Variable Bestandteile	49
1.5.6 Empirische Studien zur Wirksamkeit der PITT	49
1.5.7 Stärken und Herausforderungen dieser Arbeit zur PITT-Evaluation	50
1.6 Wirkfaktoren und ihre Implikationen in der Psychotherapie	52
1.7 Wirksamkeit von Therapien der PTBS	54
1.7.1 Empirische Studien zur Wirksamkeit der Einzeltherapie	54
1.7.2 Kritikpunkte empirischer Wirksamkeitsstudien der Einzeltherapie	57
1.7.3 Empirische Studien zur Wirksamkeit der Gruppentherapie	58
2. Hypothesen	60
3. Methode	64
3.1 Studiendesign	64
3.2 Freiwilligkeit der Teilnahme und Erklärung zum Widerruf	66
3.3 Stichprobe	67
3.3.1 Dropouts	67
3.3.2 Hauptstichprobe	69
3.3.3 Abhängige Stichprobe	71
3.4 Fragebögen	72
3.4.1 Kurzversion des Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit (FFA)	72

3.4.2 Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen (FER)	73
3.4.3 Posttraumatische Diagnoseskala (PDS)	75
3.4.4 Kurzversion des Fragebogens zu dissoziativen Symptomen (FDS-20)	75
3.4.5 Beck-Depressions-Inventar (BDI)	76
3.4.6 Screening für somatoforme Störungen (SOMS-7T)	77
3.4.7 Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)	78
3.4.8 Helping Alliance Questionnaire (HAQ)	79
3.4.9 Biographie-Fragebogen (BFB)	80
3.4.10 Einschätzung der Therapieelemente (ETE)	81
3.4.11 Erfassung der eingesetzten Einzeltherapieelemente	81
3.5 Erste statistische Analysen	82
3.5.1 Fehlende Werte	82
3.5.2 Uni- und multivariate Ausreißer	85
3.5.3 Reliabilität	86
3.6 Vorbereitende Analysen	86
3.6.1 Unterschiede zwischen Dropouts und Completers	86
3.6.1.1 Hauptstichprobe	87
3.6.1.2 Abhängige Stichprobe	87
3.6.2 Zusammenhänge der abhängigen Variablen	88
3.6.3 Zusammenhänge der HAQ-Skalen zu unterschiedlichen Zeitpunkten	89
3.6.4 Zusammenhänge der CTQ-Skalen	89
4. Ergebnisse	90
4.1 Erste Analysen	90
4.1.1 Art der erlebten Traumatisierungen	90
4.1.2 Schwere der Traumatisierungen	91
4.1.3 Umfang der eingesetzten Einzeltherapieelemente	92
4.1.4 Bewertung der therapeutischen Beziehung durch die Patientinnen	92
4.1.5 Bewertung der Therapieelemente durch die Patientinnen	93
4.2 Verfahren zur Hypothesentestung: Hauptstichprobe	93
4.3 Verfahren zur Hypothesentestung: abhängige Stichprobe	95
4.4 Testung Hypothese 1: PITT-Wirksamkeit in der Ressourcenaktivierung	96
4.4.1 Wirksamkeitsüberprüfung an der Hauptstichprobe	96
4.4.1.1 Überprüfung der Voraussetzungen	96
4.4.1.2 Analyse anfänglicher Gruppenunterschiede	96
4.4.1.3 Überprüfung der Therapiewirksamkeit: Achtsamkeit (FFA)	96

4.4.1.4	Klinische Signifikanz der Veränderung der Achtsamkeit	98
4.4.1.5	Überprüfung der Therapiewirksamkeit: Ressourcen (FER)	99
4.4.1.6	Klinische Signifikanz der Veränderung der Ressourcen	100
4.4.2	Wirksamkeitsüberprüfung an der abhängigen Stichprobe	101
4.4.2.1	Überprüfung der Voraussetzungen	101
4.4.2.2	Analyse von Unterschieden der Personen während ihrer Zugehörigkeit zu Kontroll- und Treatmentgruppe	101
4.4.2.3	Überprüfung der Therapiewirksamkeit: Achtsamkeit (FFA)	102
4.4.2.4	Klinische Signifikanz der Veränderung der Achtsamkeit	102
4.4.2.5	Überprüfung der Therapiewirksamkeit: Ressourcen (FER)	102
4.4.2.6	Klinische Signifikanz der Veränderung der Ressourcen	103
4.4.3	Zusammenfassung der Ergebnisse zu Hypothese 1	103
4.5	Testung Hypothese 2: PITT-Wirksamkeit in der Symptomreduktion	103
4.5.1	Wirksamkeitsüberprüfung an der Hauptstichprobe	104
4.5.1.1	Überprüfung der Voraussetzungen	104
4.5.1.2	Analyse anfänglicher Gruppenunterschiede	104
4.5.1.3	Überprüfung der Therapiewirksamkeit: PTBS (PDS)	104
4.5.1.4	Klinische Signifikanz der Veränderung der PTBS-Symptome	105
4.5.1.5	Überprüfung der Therapiewirksamkeit: Dissoziation (FDS-20)	106
4.5.1.6	Klinische Signifikanz der Veränderung der Dissoziation	106
4.5.1.7	Überprüfung der Therapiewirksamkeit: Depression (BDI)	107
4.5.1.8	Klinische Signifikanz der Veränderung der Depression	108
4.5.1.9	Überprüfung der Therapiewirksamkeit: Somatisierung (SOMS)	109
4.5.1.10	Klinische Signifikanz der Veränderung der somatoformen Symptome	110
4.5.2	Wirksamkeitsüberprüfung an der abhängigen Stichprobe	111
4.5.2.1	Überprüfung der Voraussetzungen	111
4.5.2.2	Analyse von Unterschieden der Personen während ihrer Zugehörigkeit zu Kontroll- und Treatmentgruppe	111
4.5.2.3	Überprüfung der Therapiewirksamkeit: PTBS (PDS)	111
4.5.2.4	Klinische Signifikanz der Veränderung der PTBS-Symptome	112
4.5.2.5	Überprüfung der Therapiewirksamkeit: Dissoziation (FDS-20)	112
4.5.2.6	Klinische Signifikanz der Veränderung der Dissoziation	112
4.5.2.7	Überprüfung der Therapiewirksamkeit: Depression (BDI)	112
4.5.2.8	Klinische Signifikanz der Veränderung der Depression	113
4.5.2.9	Überprüfung der Therapiewirksamkeit: Somatisierung (SOMS)	113

4.5.2.10 Klinische Signifikanz der Veränderung der somatoformen Symptome	113
4.5.3 Zusammenfassung der Ergebnisse zu Hypothese 2	114
4.6 Vergleich der Ergebnisse der Hauptstichprobe mit den Ergebnissen der Treatmentgruppe 2010 bis 2012	114
4.6.1 Überprüfung der Voraussetzungen	115
4.6.2 Analyse bestehender Gruppenunterschiede	115
4.6.3 Überprüfung der in der Hauptstichprobe gefundenen Effekte	115
4.6.4 Zusammenfassung der Gruppenunterschiede	117
4.7 Testung Hypothese 3: Wirksamkeit der Gruppentherapien	117
4.7.1 Stichprobe	118
4.7.2 Überprüfung der Voraussetzungen	118
4.7.3 Analyse bestehender Gruppenunterschiede	119
4.7.4 Überprüfung der Wirksamkeit der Gruppentherapien	119
4.7.4.1 Gruppentherapiewirksamkeit in der Achtsamkeit (FFA)	119
4.7.4.2 Klinische Signifikanz der Veränderung der Achtsamkeit	121
4.7.4.3 Gruppentherapiewirksamkeit in der Ressourcenaktivierung (FER)	122
4.7.4.4 Klinische Signifikanz der Veränderung der Ressourcen	124
4.7.4.5 Gruppentherapiewirksamkeit in der PTBS (PDS)	124
4.7.4.6 Klinische Signifikanz der Veränderung der PTBS	127
4.7.4.7 Gruppentherapiewirksamkeit in der Dissoziation (FDS-20)	127
4.7.4.8 Klinische Signifikanz der Veränderung der Dissoziation	129
4.7.4.9 Gruppentherapiewirksamkeit in der Depression (BDI)	130
4.7.4.10 Klinische Signifikanz der Veränderung der Depression	132
4.7.4.11 Gruppentherapiewirksamkeit in der somatoformen Symptomatik (SOMS-7T)	132
4.7.4.12 Klinische Signifikanz der Veränderung der somatoformen Symptome	134
4.7.5 Gruppentherapiewirksamkeit in den weiteren abhängigen Variablen	134
4.7.6 Zusammenfassung der Ergebnisse zu Hypothese 3	135
4.8 Testung Hypothese 4: Einfluss der Traumaschwere auf die Therapiewirksamkeit	136
4.8.1 Überprüfung der Voraussetzungen	136
4.8.2 Traumaschwere und Achtsamkeit (FFA)	136
4.8.3 Traumaschwere und allgemeinen Ressourcen (FER)	137
4.8.4 Traumaschwere und PTBS-Symptome (PDS)	138

4.8.5 Traumaschwere und Dissoziation (FDS-20)	139
4.8.6 Traumaschwere und Depression (BDI)	140
4.8.7 Traumaschwere und somatoforme Symptome (SOMS-7T)	141
4.8.8 Zusammenfassung zu Hypothese 4	141
4.9 Testung Hypothese 5: Wirksamkeit von stabilisierenden und konfrontierenden Einzeltherapieelementen	142
4.9.1 Überprüfung der Voraussetzungen	143
4.9.2 Interkorrelationen der stabilisierenden Elemente	143
4.9.3 Interkorrelationen der konfrontierenden Elemente	144
4.9.4 Zusammenhänge von Stabilisierung und Konfrontation mit Ressourcenzunahme und Symptomabnahme	144
4.9.5 Zusammenhänge von Stabilisierung und Konfrontation mit der Verbesserung des Befindens (ETE)	145
4.9.6 Auswirkungen von Stabilisierung und Konfrontation	145
4.9.7 Überprüfung einer Mediation der Wirksamkeit der Therapieelemente durch die Güte der therapeutischen Beziehung	148
4.9.8 Überprüfung einer Moderation der Wirksamkeit der Therapieelemente durch die Güte der therapeutischen Beziehung	149
4.9.8.1 Moderation des Zusammenhangs von stabilisierender Beobachterübung und FFA	149
4.9.8.2 Moderation des Zusammenhangs von Achtsamkeitsübung und FFA	150
4.9.8.3 Moderation des Zusammenhangs von Notfallkoffer und FFA	151
4.9.8.4 Moderation des Zusammenhangs von konfrontierender Beobachterübung und PDS	152
4.9.8.5 Moderation des Zusammenhangs von stabilisierender Beobachterübung und Verbesserung des Befindens (ETE)	152
4.9.8.6 Moderation des Zusammenhangs von Psychoedukation und Verbesserung des Befindens (ETE)	153
4.9.8.7 Zusammenfassung zu Hypothese 5	154
4.10 Explorative Analysen	155
4.10.1 Zusammenhänge der therapeutischen Beziehung mit den Veränderungen während des Therapieverlaufs	155
4.10.2 Zusammenhänge der Erfolgswilligkeit mit den Veränderungen während des Therapieverlaufs	156

4.10.3 Zusammenhänge der Erfolgswufriedenheit mit der Ressourcen- und Symptomausprägung am Behandlungsende	156
4.10.4 Analysen der Zusammenhänge des Umfangs der Einzeltherapie	157
4.10.4.1 Zusammenhänge mit den Prä-Werten der abhängigen Variablen	157
4.10.4.2 Zusammenhänge mit den Differenzwerten der abhängigen Variablen	158
4.10.4.3 Zusammenhänge mit den Patientinnenbewertungen	158
5. Diskussion und Implikationen	159
5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	159
5.2 Wirksamkeit der PITT: Befunde und Einschränkungen	161
5.2.1 Nutzung und Wirksamkeit der stabilisierenden Therapieelemente	167
5.2.2 Nutzung und Wirksamkeit der konfrontierenden Therapieelemente	171
5.2.3 Wirksamkeit der Gruppentherapien im Rahmen der PITT	175
5.2.4 Weitere Faktoren, die die PITT-Wirksamkeit beeinflussen	176
5.3 Einschränkungen der Aussagekraft dieser Studie	178
5.3.1 Einschränkungen der internen und externen Validität der Studie	178
5.3.2 Einschränkungen der Aussagekraft der Studie durch fehlende Werte	180
5.3.3 Schwächen in der Erfassung des Umfangs der eingesetzten Einzeltherapieelemente	181
5.3.4 Fazit bezüglich der Einschränkungen und Einordnung der Studie	183
5.4 Ausblick auf zukünftige Forschung	183
Fazit	188
Literaturverzeichnis	189
Anhang	213
Anhang A: Tabellen	216
Anhang B: Abbildungen	228
Anhang C: Studienmaterial	229

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Das kognitive Modell der komplexen PTBS nach Ehlers und Clark (2000)	14
Abbildung 2	Entwicklung der FFA-Summenwerte der Treatment- und Kontrollgruppe zu allen Testzeitpunkten.	97
Abbildung 3	Klinisch signifikante Verbesserungen und Verschlechterungen der mit dem FFA gemessenen Achtsamkeit vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt (Abbildung links) sowie vom ersten zum dritten Testzeitpunkt (Abbildung rechts).	98
Abbildung 4	Entwicklung der FER-Summenwerte der Treatment- und Kontrollgruppe zu allen Testzeitpunkten.	99
Abbildung 5	Klinisch signifikante Verbesserungen und Verschlechterungen der mit dem FER gemessenen allgemeinen Ressourcen vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt (Abbildung links) sowie vom ersten zum dritten Testzeitpunkt (Abbildung rechts).	101
Abbildung 6	Entwicklung der BDI-Summenwerte der Treatment- und Kontrollgruppe zu allen Testzeitpunkten.	108
Abbildung 7	Klinisch signifikante Verbesserungen und Verschlechterungen der mit dem BDI gemessenen depressiven Symptomatik vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt (Abbildung links) sowie vom ersten zum dritten Testzeitpunkt (Abbildung rechts).	109
Abbildung 8	Visuelle Darstellung der Moderation des Zusammenhangs zwischen dem Umfang des Einsatzes der stabilisierenden Beobachterübung und der Achtsamkeitsentwicklung mit Simple Slopes (links) und Konfidenzbändern (rechts).	150
Abbildung 9	Visuelle Darstellung der Moderation des Zusammenhangs zwischen dem Umfang des Einsatzes der Notfallkofferübung und der Achtsamkeitsentwicklung mit Simple Slopes (links) und Konfidenzbändern (rechts).	151
Abbildung 10	Visuelle Darstellung der Moderation des Zusammenhangs zwischen dem Umfang des Einsatzes der stabilisierenden Beobachterübung und der Verbesserung des Befindens mit Simple Slopes (links) und Konfidenzbändern (rechts).	153
Abbildung 11	Visuelle Darstellung der Moderation des Zusammenhangs zwischen dem Umfang des Einsatzes der Psychoedukation und der Verbesserung des Befindens mit Simple Slopes (links) und Konfidenzbändern (rechts).	154

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Übersicht über die unterschiedlichen Gruppen und Testzeitpunkte der Studie	66
Tabelle 2	Anzahl der Teilnehmerinnen insgesamt sowie der Personen, die alle Fragebogensets der Gruppe ausfüllten (Completers) und im Studienverlauf nach einem bzw. zwei Testzeitpunkten ausschieden (Dropouts).	68
Tabelle 3	Diagnosehäufigkeiten der Treatmentgruppe	71
Tabelle 4	Anteil fehlender Werte beider Stichproben in FER und PDS	83
Tabelle 5	Interkorrelationen der Fragebogen-Summenwerte der abhängigen Variablen zum ersten Testzeitpunkt	88
Tabelle 6	Interkorrelationen der HAQ-Skalenwerte nach 8 und 16 Sitzungen	89
Tabelle 7	Interkorrelationen der unterschiedlichen CTQ-Skalen	90
Tabelle 8	Summenwerte der HAQ-Skalen zu den unterschiedlichen Testzeitpunkten	93
Tabelle 9	Kennwerte der hypothesengeleiteten Kontrastanalysen der Treatmentgruppe 2009, der Treatmentgruppe 2010 bis 2012 sowie der Kontrollgruppe	116
Tabelle 10	FFA-Differenzwerte der Gruppentherapien und Effektstärken im Gruppenvergleich	120
Tabelle 11	FER-Differenzwerte der Gruppentherapien und Effektstärken im Gruppenvergleich	123
Tabelle 12	PDS-Differenzwerte der Gruppentherapien und Effektstärken im Gruppenvergleich	126
Tabelle 13	FDS-20-Differenzwerte der Gruppentherapien und Effektstärken im Gruppenvergleich	128
Tabelle 14	BDI-Differenzwerte der Gruppentherapien und Effektstärken im Gruppenvergleich	131
Tabelle 15	SOMS-7T-Differenzwerte der Gruppentherapien und Effektstärken im Gruppenvergleich	133
Tabelle 16	Einfache lineare Regression des Umfangs des Einsatzes des konfrontierenden Elements EMDR auf die abhängige Variable FFA-Differenzwert	146

Tabelle 17	Einfache lineare Regression des Umfangs des Einsatzes des stabilisierenden Elements Imaginationsübungen auf die abhängige Variable FER-Differenzwert	146
Tabelle 18	Multiple Regression des Umfangs des Einsatzes der stabilisierenden Elemente Notfallkoffer, Innere-Kind-Arbeit und stabilisierende Beobachterübung auf die abhängige Variable FDS-Differenzwert	147
Tabelle 19	Multiple Regression des Umfangs des Einsatzes der stabilisierenden Elemente Psychoedukation und Innere-Kind-Arbeit auf die abhängige Variable ETE-Summenwert	147

Einleitung

Die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT) ist ein spezielles Verfahren zur Behandlung schwerer Traumafolgestörungen, d.h. vor allem von Personen mit komplexen Posttraumatischen Belastungsstörungen und dissoziativen Störungen sowie weiteren Komorbiditäten. Luise Reddemann (2001) entwickelte das Verfahren in der praktischen Arbeit mit schwer traumatisierten Patientinnen¹ und nutzte dabei Elemente verschiedener Therapietraditionen, so dass die PITT als integratives Verfahren einzuordnen ist. Schwerpunkte der Therapie sind die Arbeit mit Imaginationen (Vorstellungsbildern) sowie die Stabilisierung der Patientinnen, die einer Traumakonfrontation immer vorausgeht. Anders als in manualisierten Traumatherapien (z.B. Foa, Hembree & Rothbaum, 2007; Neuner, Schauer & Elbert, 2013) erstellt die Therapeutin in der PITT einen individuellen Therapieplan, der auf die individuellen Bedürfnisse und Beschwerden der Patientin abgestimmt ist und setzt die jeweils passendsten PITT-Elemente in der Therapie ein. Somit ist jede PITT-Therapie einzigartig. Außer in der Zielgruppe der schwer traumatisierten Patientinnen kann die PITT auch bei Patientinnen mit Monotrauma eingesetzt werden, wobei die Traumakonfrontation dann deutlich früher durchgeführt werden kann (Reddemann, 2011).

Obwohl die PITT im deutschen Sprachraum sehr häufig eingesetzt wird, wurde ihre Wirksamkeit erst in zwei Studien analysiert (Bebermeier, 2007; Lampe, Mitmansgruber, Gast, Schüssler & Reddemann, 2008). Somit besteht dringend weiterer Forschungsbedarf. Mit dieser Arbeit wird die Wirksamkeit der PITT deutlich umfassender getestet als in den früheren Untersuchungen: Es wird nicht nur die Wirksamkeit im Hinblick auf Ressourcen und Symptome betrachtet, sondern auch die Effekte des Umfangs der eingesetzten Einzeltherapieelemente und die Effekte der unterschiedlichen Gruppentherapien. Die Ergebnisse dieser Studie sind zudem bedeutsam für die wissenschaftliche Debatte um die Wirksamkeit der Stabilisierung, deren Notwendigkeit von einigen Forschern in Frage gestellt wird (z.B. Neuner, 2008; Priebe et al., 2012). Während das PITT-Vorgehen in der Arbeit mit schwer traumatisierten Patientinnen den deutschen Leitlinien der Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS, Flatten et al., 2011) entspricht, wird in internationalen Leitlinien fast ausschließlich eine konfrontative Traumatherapie empfohlen (z.B. Australian Center for Posttraumatic Mental Health, 2013; National Institute of Clinical

¹ Aufgrund des deutlich höheren Anteils weiblicher Patientinnen in der vorliegenden Stichprobe (siehe Abschnitt 3.3.2) wird im Folgenden bei Patientinnen, Therapeutinnen u.ä. einheitlich jeweils die weibliche Form verwendet, Männer sind jedoch immer mit gemeint. Hingegen wird bei der Beschreibung von Forschungsergebnissen, wenn in der Autorengruppe auch Männer sind, die männliche Form „Autoren“ verwendet.

Excellence, 2005). Diesen Empfehlungen liegt eine Fülle von Studien und Metaanalysen zugrunde, in denen die Wirksamkeit konfrontativer und traumafokussierter verhaltenstherapeutischer Therapien sowie des EMDR klar bestätigt wurde (z.B. Bisson et al., 2007; Watts et al., 2013). Insofern ist die Wirksamkeit der Konfrontation vielfach und klar belegt, während es nur wenige Studien zur Wirksamkeit einer mehrheitlich Stabilisierung beinhaltenden phasenorientierten Traumatherapie gibt (z.B. Cloitre et al., 2010; Cloitre, Koenen, Cohen & Han, 2002). Bei der Bewertung der Studienlage ist zudem zu berücksichtigen, dass Patientinnen mit komplexen Traumafolgestörungen häufig aus Studien ausgeschlossen wurden (z.B. Bradley, Greene, Russ, Dutra & Westen, 2005). Entsprechend gehen einige Forscherinnen davon aus, dass die klaren Befunde zur Wirksamkeit der Konfrontation nicht ohne Weiteres auf die Behandlung von Patientinnen mit komplexen Traumafolgestörungen übertragen werden können (z.B. Spinazzola, Blaustein & van der Kolk, 2005). Courtois, Ford und Cloitre (2011) formulieren vorläufige Behandlungsleitlinien für die Behandlung komplexer Traumafolgestörungen, in denen sie ausdrücklich ein phasenorientiertes, Stabilisierung beinhaltendes Vorgehen empfehlen.

Zusammenfassend ist die vorliegende Arbeit damit nicht nur bedeutsam zur Überprüfung der Wirksamkeit der PITT als speziell für komplex traumatisierte Patientinnen entwickelte Therapieform, sondern erbringt auch Hinweise zur Wirksamkeit eines phasenorientierten (Stabilisierung beinhaltenden) Vorgehens in der Traumatherapie generell. Zu Beginn werden zunächst die theoretischen Grundlagen zu traumatischen Ereignissen, (der Entstehung von) Traumafolgestörungen und deren Behandlung dargestellt (Kapitel 1). Es folgt die Beschreibung der Methode (Kapitel 2) der vorliegenden Arbeit und ihrer Ergebnisse (Kapitel 3), die abschließend diskutiert werden (Kapitel 4). Die Darstellungen orientieren sich an den Richtlinien zur Manuskriptgestaltung der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (2007).

1 Theoretische Grundlagen

Zunächst wird der Begriff „traumatisches Ereignis“ definiert und es werden unterschiedliche Traumafolgestörungen mit ihren Charakteristika sowie Prävalenzen und Risikofaktoren beschrieben (Abschnitt 1.1). In der Folge werden Modelle zur Entstehung der PTBS sowie komplexer PTBS und dissoziativer Störungen dargestellt (Abschnitt 1.2). Anschließend wird ein Überblick über Leitlinien und Schwerpunkte in der Behandlung der PTBS gegeben (Abschnitt 1.3), wobei ausschließlich konfrontierend oder phasenorientiert stabilisierend und konfrontierend vorgegangen werden kann sowie eine Fokussierung auf Symptome oder zusätzlich auf Ressourcen erfolgen kann. Nach diesem eher globalen Blick auf die Behandlung der PTBS werden spezifische Traumatherapien vorgestellt, die

unterschiedliche Behandlungsschwerpunkte setzen (Abschnitt 1.4). Im Besonderen wird auf die in dieser Arbeit evaluierte PITT eingegangen (Abschnitt 1.5), deren theoretischer Hintergrund ebenso wie ihr phasenorientierter Behandlungsablauf, ihre konkrete Anwendung in der Klinik für psychotherapeutische und psychosomatische Medizin sowie bisherige Evaluationsstudien beschrieben werden. Nach der Beschreibung allgemeiner Wirkfaktoren der Psychotherapie (Abschnitt 1.6) wird ein Überblick über Studien zur Wirksamkeit von Therapien der PTBS gegeben (Abschnitt 1.7). Dabei wird auf die Wirksamkeit von Einzel- und Gruppentherapien eingegangen.

1.1 Traumafolgestörungen – Begriffsdefinitionen, Arten und Häufigkeiten

Der Begriff „Trauma“ wird unterschiedlich verwendet, so dass eine Klärung des Begriffes ebenso wie die Vorstellung der Kriterien verschiedener Traumafolgestörungen in diesem Abschnitt erfolgen. Zudem werden Befunde zur Prävalenz von Traumafolgestörungen sowie zu Risiko- und Schutzfaktoren der PTBS, komplexer PTBS und dissoziativer Störungen dargestellt.

1.1.1 Definition eines traumatischen Ereignisses

Aus dem Griechischen übersetzt bedeutet „Trauma“ „Verletzung“ und umfasst damit eine große Anzahl sowohl psychischer wie auch physischer Einflüsse. Umgangssprachlich wird der Begriff „Trauma“ oft sowohl zur Kennzeichnung einer traumatischen Situation als auch für die folgende Symptomatik verwendet. In der vorliegenden Arbeit wird gemäß des psychologischen Sprachgebrauchs (z.B. Reddemann & Dehner-Rau, 2004) zwischen traumatischer Situation und Traumafolgestörungen differenziert. Es gibt eine klare Definition traumatischer Ereignisse, die als ursächlich für Traumafolgestörungen im Sinne der Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen (ICD-10, Weltgesundheitsorganisation, 1994) und des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-V, American Psychiatric Association, 2013) angesehen werden. Nach der ICD-10 wird im Rahmen der Diagnosekriterien der PTBS als ein traumatisches Ereignis definiert, wenn die Betroffene als Zeugin oder Opfer einem Ereignis „von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt“ war, „das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde“ (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2011, S. 127). Im DSM-V wird das traumatische Ereignis als „Exposure to actual or threatened death, serious injury, or sexual violence“ [„Erleben von tatsächlichem oder drohendem Tod, schwerwiegender Verletzung oder sexueller Gewalt“] definiert (American Psychiatric

Association, 2013, S. 271). Darüber hinaus wird die Art, in der die Betroffenen das Ereignis erlebt haben, im DSM-V genau spezifiziert: direktes Erleben, Zeugenschaft, Erfahren, dass traumatische Ereignisse einem nahen Verwandten oder Freund passierten sowie wiederholte oder extreme Konfrontation mit aversiven Details traumatischer Ereignisse (z.B. im beruflichen Kontext als Polizeibeamtin). Das frühere Kriterium der emotionalen Reaktionen auf das traumatische Ereignis (z.B. Angst, Hoffnungslosigkeit), das im DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) noch vorhanden war, wurde in der Neuauflage wegen der sehr unterschiedlichen Reaktionen auf ein Trauma (z.B. auch Dissoziationen) aufgegeben.

Über die Klassifikationssysteme hinaus wurden weitere Einteilungen traumatischer Ereignisse vorgeschlagen. Sehr häufig werden Typ-1- (einmalige) und Typ-2- (mehrfache) Traumata unterschieden (Terr, 1989). Weiterhin werden menschlich verursachte und zufällige Traumata unterschieden und es wird neuerdings eine Kategorie medizinisch verursachter Traumata diskutiert (Maercker, 2013).

1.1.2 Arten und Kriterien von Traumafolgestörungen

Die Häufigkeit traumatischer Ereignisse und anschließender Traumafolgestörungen (siehe Abschnitt 1.1.3) ist international unterschiedlich (z.B. in Kriegsgebieten höher) und muss länderspezifisch betrachtet werden (Maercker, 2013). Während zwischen 20.0 und 54.6 Prozent der Erwachsenen in Deutschland ein traumatisches Ereignis erlebt haben (Hapke, Schumann, Rumpf, John & Meyer, 2006; Kulaschek et al., 2013; Spitzer et al., 2009), ist die Häufigkeit in amerikanischen Studien mit ca. 80 Prozent (Breslau, 2009) deutlich höher. In Folge traumatischer Ereignisse können sich unterschiedliche Traumafolgestörungen wie eine PTBS und vor allem nach Typ-2-Traumatisierungen auch eine komplexe PTBS, dissoziative Störungen sowie weitere Traumafolgestörungen entwickeln, die im Folgenden beschrieben werden.

1.1.2.1 Posttraumatische Belastungsstörung

Kennzeichnende Symptome der PTBS sind das sowohl in der ICD-10 (F43.1, Weltgesundheitsorganisation, 1994) als auch im DSM-V (309.81, American Psychiatric Association, 2013) beschriebene intrusive Wiedererleben, Vermeidungsverhalten und Hyperarousal. In der ICD-10 wird die PTBS-Diagnose aufgrund dieser Kernsymptome gestellt. Allerdings ist das Hyperarousal weniger essentiell für die Diagnosestellung als im DSM-V, da stattdessen auch eine Störung der Erinnerung an das traumatische Ereignis vorliegen kann. Außerdem erleben Patientinnen häufig eine Abflachung ihrer allgemeinen Reaktionsfähigkeit, die dem Vermeidungscluster zugeordnet werden kann, jedoch auch als eigenständige Symptomkategorie diskutiert wird (Maercker, 2013).

Als zusätzliches Kriterium der PTBS kommt im DSM-V die negative Veränderung von Kognitionen und Stimmung in Zusammenhang mit dem traumatischen Ereignis hinzu. Dazu müssen mindestens zwei der folgenden sieben Symptome vorliegen: Erinnerungslücken an das traumatische Ereignis², anhaltende übertriebene negative Überzeugungen oder Erwartungen an bzw. über sich selbst, Andere oder die Welt, verzerrte Gedanken über Ursachen oder Konsequenzen der traumatischen Situation, andauerndes negatives emotionales Befinden, Interessenverlust und verminderte Teilnahme an vorher wichtigen Aktivitäten, Gefühle der Distanziertheit und Entfremdung von Anderen, Unfähigkeit zum Erleben positiver Emotionen. Die PTBS-Symptome müssen gemäß DSM-V länger als einen Monat andauern und klinisches Leid oder deutliche Beeinträchtigungen in Funktionsbereichen auslösen. Die PTBS wird im DSM-V im Kapitel der trauma- und stressbezogenen Störungen (während es im DSM-IV noch im Kapitel Angststörungen zu finden war) eingeordnet. Neu ist auch die mögliche Spezifikation eines dissoziativen Subtyps mit Depersonalisations- und Derealisationserleben.

In der ICD-10 ist die PTBS im Kapitel neurotische Störungen, Belastungsstörungen und somatoforme Störungen eingeordnet und die Symptome beginnen in der Regel bis zu sechs Monate nach dem Ereignis. Für das vermutlich 2015 veröffentlichte ICD-11 ist in der PTBS-Diagnose eine Konzentration auf die Kernsymptome intrusives Wiedererleben und Vermeidungsverhalten sowie ein drittes Kernsymptom „wahrgenommene gegenwärtige Bedrohung“ geplant, das aus Hypervigilanz und erhöhter Schreckhaftigkeit bestehen soll (Maercker et al., 2013). Die Diagnose eines verzögerten Beginns ist in der ICD-10 wie auch im DSM-V möglich.

1.1.2.2 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

Der Begriff der komplexen PTBS wurde von Herman (1992) geprägt, die Belege für deutlich über die Kriterien der PTBS hinausgehende Spätfolgen bei Opfern von lang anhaltenden interpersonellen Traumatisierungen fand. Eine komplexe PTBS kann alleine oder auch zusammen mit der „einfachen PTBS“ vorliegen (Herman, 1992), tritt aber typischerweise zusätzlich zu einer PTBS auf (van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday & Spinazzola, 2005). Nachdem die Aufnahme der komplexen PTBS ins DSM-IV unter dem Synonym Disorder of extreme stress not otherwise specified [nicht näher bezeichnete Störung nach extremer Belastung, DESNOS, van der Kolk et al., 2005] bereits diskutiert

² Die Erinnerungslücken sind im DSM-V von untergeordneter Bedeutung, während sie in der ICD-10 gemeinsam mit dem Hyperarousal ein Hauptsymptom darstellen, von denen für die Diagnosestellung eines vorliegen muss.

worden war, wurde sie jedoch weder ins DSM-IV noch ins DSM-V aufgenommen. Dagegen ist ihre Aufnahme als Diagnose in der ICD-11 geplant (Maercker et al., 2013), so dass sie die ICD-10-Diagnose „andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“ (F62.0) ersetzen könnte. Neben den Kernsymptomen der PTBS soll die Diagnose der komplexen PTBS Probleme in der Emotionsregulation, negative Veränderungen des Selbstkonzepts sowie eine reduzierte Fähigkeit in zwischenmenschlichen Beziehungen (z.B. Nähe zu empfinden) enthalten (Maercker et al., 2013). Zusätzlich werden als Symptome der komplexen PTBS fehlende Selbstberuhigungsmöglichkeiten, dissoziative Symptome, selbstverletzendes Verhalten und Somatisierung genannt (Herman, 1992; van der Kolk et al., 2005).

1.1.2.3 Dissoziative Störungen

Dissoziative Störungen sind typische Traumafolgestörungen, die in ausgeprägten Formen wie der dissoziativen Identitätsstörung als schwere Traumafolgestörungen einzuordnen sind. Es gibt jedoch auch „einfache dissoziative Symptome“ (z.B. Amnesien; Dell, 2001), die als Folge traumatischer Erfahrungen auftreten können. Ganz allgemein wird Dissoziation als Störung „der normalerweise integrativen Funktionen des Bewusstseins“ (Dammann & Overkamp, 2004, S. 3) definiert, die sich auf die Wahrnehmung, das Gedächtnis, das Selbstempfinden und die Identität beziehen kann. Es existieren unterschiedliche Einordnungen dissoziativer Symptome. Das DSM-V unterscheidet neben der dissoziativen Identitätsstörung (DSM-V: 300.14, ICD-10: F44.81) die dissoziative Amnesie (DSM-V: 300.12, ICD-10: F44.0)³, die Depersonalisations- und Derealisationsstörung (DSM-V: 300.6, ICD-10: F48.1), die unspezifische dissoziative Störung (DSM-V: 300.15, ICD-10: F44.89) sowie andere spezifische dissoziative Störungen (DSM-V: 300.15, ICD-10: F44.9). Als Beispiele für andere dissoziative Störungen werden gemischte dissoziative Symptome (z.B. weniger starke Identitätsaufspaltung ohne dissoziative Amnesien), Identitätsstörungen unter Zwangsbeeinflussung, akute weniger als einen Monat andauernde dissoziative Reaktionen auf stressreiche Ereignisse sowie dissoziative Trancezustände genannt. Die ICD-10 beschreibt neben den genannten etliche weitere eigenständige dissoziative Diagnosen und bietet damit spezifischere Diagnosemöglichkeiten wie dissoziative Fugue (F44.1), dissoziativer Stupor (F44.2), dissoziative Trance- und Besessenheitszustände (F44.3), dissoziative Bewegungsstörung (F44.4), dissoziative Krampfanfälle (F44.5), dissoziative

³ Anders als noch im DSM-IV ist die dissoziative Fugue im DSM-V keine eigenständige Diagnose mehr, sondern kann als Spezifizierung der Diagnose dissoziative Amnesie „mit dissoziativer Fugue“ angegeben werden.

Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (F44.6) und gemischte dissoziative Störungen (F44.7).

In Zusammenhang mit dissoziativen Störungen hat sich in der Praxis die Unterteilung in „anscheinend normale Persönlichkeitsanteile“ (ANPs) und „emotionale Persönlichkeitsanteile“ (EPs, Myers, 1940; van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2008) bewährt. ANPs vermeiden die Erinnerung an traumatische Situationen sowie dazugehörige Gefühle und sind auf das Alltagsleben fokussiert, in dem sie (zumindest ein gewisses Ausmaß an) Funktionalität ermöglichen. Demgegenüber tragen EPs die traumatischen Erinnerungen und dazugehörigen Gefühle. Je nach Ausmaß der Spaltung leidet die Patientin an primärer (ein ANP, ein EP, z.B. PTBS), sekundärer (ein ANP, mehrere EPs, z.B. nicht näher bezeichnete dissoziative Störung) oder tertiärer Dissoziation (mehrere ANPs und EPs, d.h. dissoziative Identitätsstörung).

1.1.2.4 Akute Belastungsstörung

Unmittelbar nach einem traumatischen Ereignis können Personen mit einer akuten Belastungsstörung (DSM-V: 308.3, ICD-10: F43.0) in Form von Übererregungssymptomen, intensiven negativen Gefühlen, Rückzugsverhalten, Einengung der Aufmerksamkeit, dissoziativen Symptomen, Intrusionen oder Vermeidung reagieren, die in der ICD-10 und dem DSM-V mit unterschiedlichen Symptomclustern und Zeitkriterien beschrieben werden. Aufgrund der per definitionem maximal 48 Stunden (ICD-10) bzw. einen Monat (DSM-V) andauernden akuten Belastungsstörung und der häufig längeren Wartezeit auf einen Therapieplatz kommen solche Patientinnen in der regulären psychotherapeutischen Versorgung kaum vor.

1.1.2.5 Komorbidität

Es gibt eine sehr hohe Komorbidität der PTBS mit anderen psychischen Störungen, vor allem Depressionen, Suchtmittelkonsum, Angststörungen und somatoformen Störungen (z.B. Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995; Zlotnick et al. 2006). Studien zeigen, dass eine PTBS einen Risikofaktor für die Entwicklung anderer psychischer Störungen darstellt (z.B. Kessler et al., 1995; Perkonig, Kessler, Storz & Wittchen, 2000; Zlotnick et al., 2006). Umgekehrt fanden Perkonig et al. (2000), dass auch primäre psychische Symptome (z.B. depressive oder Angstsymptome, Suchtmittelkonsum) in einem Drittel der Fälle zu einem erhöhten Risiko der Entwicklung von PTBS-Symptomen beitragen.

1.1.3 Prävalenz und Risikofaktoren von Traumafolgestörungen

Im Vergleich zur Häufigkeit von traumatischen Ereignissen (siehe Abschnitt 1.1.2) kommt es vergleichsweise selten zu Traumafolgestörungen. Dennoch ist vor allem die PTBS eine der

häufigsten psychischen Störungen überhaupt: Bei Verwendung der ICD-10 steht sie an achter und im DSM-IV an dritter Stelle der häufigsten Diagnosen (Maercker et al., 2013). In deutschen Studien wurden Lebenszeitprävalenzen von 1.3 bis 2.0 % (Hapke et al., 2006; Kulaschek et al., 2013; Perkonigg et al., 2000; Spitzer et al., 2009) sowie Punktprävalenzen von 0.7 % für 12 Monate (Hapke et al., 2006) und 2.3 % für einen Monat (Maercker, Forstmeier, Wagner, Glaesmer & Brähler, 2008) gefunden. Auffällig ist eine deutlich höhere Einmonatsprävalenz von 3.4 % bei den über 60-Jährigen im Vergleich zu 1.3 % bei den 14- bis 29-Jährigen und 1.9 % bei den 30- bis 59-Jährigen, die Maercker et al. (2008) in Zusammenhang zu den Folgen des Zweiten Weltkrieges bringen. Die Lebenszeitprävalenz der PTBS in den USA liegt zwischen 5 und 10 % und ist damit höher als in Deutschland und anderen europäischen Ländern (Alonso et al., 2004; Hapke et al., 2006; Perkonigg et al., 2000; Wittchen et al., 2011). Dies wurde durch Studien in den USA, die DSM-III-R- (Kessler et al., 1995), DSM-IV- (Breslau et al., 1998; Kessler, Chiu, Demmler, Merikangas & Walters, 2005) und DSM-V-Kriterien (Kilpatrick et al., 2013) verwendeten, bestätigt. Darüber hinaus wurde in den USA zudem eine höhere 12-Monats-Prävalenz der PTBS zwischen 3.5 und 4.7 % (Kessler et al., 2005; Kilpatrick et al., 2013) gefunden. Hapke et al. (2006) sehen die geringe Kriminalitätsrate und strengere Waffengesetze als Ursache für die niedrigeren PTBS-Prävalenzraten in Deutschland an.

Bezüglich der Risiko- und Schutzfaktoren zeigten Metaanalysen einen größeren Einfluss peri- (während des Traumas vorliegender) und posttraumatischer Faktoren als von Faktoren, die einem traumatischen Ereignis vorausgingen: Dissoziation und emotionale Reaktionen während des Traumas (Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2008) sowie Traumaschwere, geringe soziale Unterstützung und zusätzlicher Stress nach dem Trauma (Brewin, Andrews & Valentine, 2000) waren die stärksten Prädiktoren einer PTBS. Brewin et al. (2000) fanden für Faktoren, die dem Trauma vorausgingen, nur eine geringe Vorhersagekraft. Die einheitlichsten Befunde zu vorausgehenden Faktoren zeigten sich für kindlichen Missbrauch sowie eine eigene oder familiäre Belastung durch psychische Erkrankungen. Bezüglich Bildung, früheren Traumatisierungen sowie des kindlichen Leidens im Allgemeinen zeigte sich zwar durchgängig eine Vorhersagekraft, deren Stärke jedoch je nach Stichprobe und Methode unterschiedlich und insgesamt eher gering war (Brewin et al., 2000). Brewin et al. (2000) vermuten, dass der Einfluss der Faktoren vor dem Trauma mit der Traumaschwere und den Reaktionen auf das Trauma interagiert bzw. das Ausmaß des Einflusses durch die Reaktionen auf das Trauma vermittelt werden könnte. Die Autoren raten aufgrund der uneinheitlichen Befunde allerdings von der Entwicklung eines allgemeinen Vulnerabilitätsmodells ab.

Menschlich verursachte und längerfristige (Typ-2)-Traumatisierungen führen bereits in der Kindheit zu den ausgeprägtesten Symptombildungen (Copeland, Keeler, Angold & Castello, 2009; McLaughlin et al., 2013) und werden häufig mit stärkeren Beeinträchtigungen und chronischen Verläufen der PTBS auch im Erwachsenenalter assoziiert (Maercker, 2013). Wie Perkonig et al. (2005) zeigten, ist ein chronischer Verlauf der PTBS häufig: Nach mehr als drei Jahren hatten sich bei 48 % einer Stichprobe von ursprünglich 14- bis 24-jährigen Personen die PTBS-Symptome nicht signifikant verbessert. Darüber hinaus erlebten diese Personen mit höherer Wahrscheinlichkeit erneut traumatische Situationen und litten häufiger unter somatoformen Störungen und Angststörungen. Allerdings ist die Richtung des Zusammenhangs zwischen psychischen Störungen und PTBS nach Breslau (2009) unklar und es ist eventuell von ähnlichen Vulnerabilitätsfaktoren auszugehen. Auffällig und sehr gut belegt ist ein Geschlechtsunterschied in Form einer höheren Prävalenz der PTBS bei Frauen (z.B. Breslau et al, 1998; Kessler et al., 1995), dessen Ursachen noch unklar sind (Breslau, 2009) und weiterer Forschung bedürfen (Tolin & Foa, 2006).

Bei Betrachtung der Prävalenzraten der komplexen PTBS ist zu berücksichtigen, dass diese anders als in Studien zu Prävalenzraten der „einfachen PTBS“ üblich, nicht aus einer Untersuchung der „Normalbevölkerung“, sondern aus einer Stichprobe von PTBS-Patientinnen und somit einer klinischen Risikogruppe stammen. Aufgrund des Befundes, dass eine komplexe PTBS fast ausschließlich beim Vorliegen einer „einfachen PTBS“ auftritt (z.B. van der Kolk et al., 2005) macht dieses Vorgehen Sinn, ist allerdings bei der Interpretation der – im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung entsprechend höheren – Prävalenzraten zu berücksichtigen. In Studien fanden sich hohe Prävalenzraten der komplexen PTBS von über 50 % in PTBS-Risikogruppen nach sexuellem Missbrauch (Roth, Newman, Pelcovitz, van der Kolk & Mandel, 2007), bei Kriegsveteranen (Ford & Kidd, 1998) und Folteropfern (Teegen & Vogt, 2002). Bei ausschließlich körperlicher Gewalt waren die Prävalenzraten geringer (Roth et al., 2007; für einen Überblick siehe Sack, 2004).

Die Prävalenzraten dissoziativer Störungen variieren aufgrund methodischer Probleme (z.B. unterschiedliche Messinstrumente und Stichproben) und kultureller Unterschiede stark (Freyberger & Spitzer, 2010; Gast & Rodewald, 2004). In neueren deutschen Überblicksarbeiten werden Prävalenzraten von 2 bis 7 % (Gast & Drebes, 2010) bzw. 1.4 bis 4.6 % (Freyberger & Spitzer, 2010) in der Allgemeinbevölkerung und 5 bis 15 % (Gast & Drebes, 2010) bzw. bis zu 30 % (Freyberger & Spitzer, 2010) in klinischen Populationen angenommen. Beide Autorengruppen berichten darüber hinaus eine höhere Prävalenz dissoziativer Störungen bei Frauen.

Bezüglich der Risiko- und Schutzfaktoren der komplexen PTBS sowie dissoziativer Störungen gibt es deutlich weniger Forschung als zur PTBS. Ein zentraler Risikofaktor in der

Entwicklung einer komplexen PTBS und dissoziativer Störungen sind frühe interpersonelle sowie lang anhaltende Traumatisierungen (van der Kolk et al., 2005). Weitere Überlegungen zur Entstehung komplexer Traumafolgestörungen werden zusammenfassend in Abschnitt 1.2.8 beschrieben.

1.2 Entwicklung von Traumafolgestörungen

Der Schwerpunkt dieses Abschnitts liegt auf der Vorstellung von Modellen zur Ätiologie der PTBS. Diese entstammen unterschiedlichen theoretischen Schulen. So ist das psychodynamische Modell von Horowitz (1986) der psychodynamischen Psychotherapie zuzuordnen, das Zwei-Faktoren-Modell der Angst von Mowrer (1960) der Lerntheorie, das Modell der erschütterten Überzeugungen von Janoff-Bulmahn (1992) kognitiven Theorien, das Modell der Furchtstrukturen von Foa und Kozak (1986) und die duale Repräsentationstheorie von Brewin, Joseph und Dalgleish (1996) Gedächtnistheorien, Brewins (2001) Erweiterung seines Modells neuropsychologischen Theorien und das sozial-interpersonelle Modell von Maercker und Horn (2012) sozialen Theorien. Allerdings ist die Mehrzahl der vorgestellten Modelle auch von den anderen theoretischen Schulen beeinflusst. Am Ende des Abschnitts wird die Ätiologie komplexer Traumafolgestörungen, d.h. der komplexen PTBS und dissoziativer Störungen, thematisiert: Ein strukturiertes, in sich geschlossenes, kognitives Modell zur Erklärung der komplexen PTBS wurde von Ehlers und Clark (2000) entwickelt (Abschnitt 1.2.7). Abschließend werden weitere Faktoren und Prozesse beschrieben, die in Verbindung mit der Entwicklung komplexer Traumafolgestörungen gebracht werden.

1.2.1 Das psychodynamische Modell von Horowitz

Im psychodynamisch begründeten, auf kognitive Prozesse fokussierenden Modell von Horowitz (1986) sind die psychischen Prozesse einer Vervollständigungstendenz sowie Abwehrmechanismen zentral zur Erklärung der Entwicklung und Aufrechterhaltung einer PTBS: Nach einem traumatischen Ereignis versucht ein Mensch, die neuen Informationen in bestehende kognitive Schemata zu integrieren (Vervollständigungstendenz), was aufgrund der Überforderung durch die traumatische Situation jedoch scheitern und zur Symptombildung (z.B. Intrusionen) führen kann. Um die durch das Ereignis und die PTBS-Symptome ausgelöste Belastung der Person zu mindern, treten Abwehrmechanismen (z.B. Vermeidung, Verdrängung) in Kraft und reduzieren die bewussten Beeinträchtigungen der Person. Die Integrations- und Abwehrprozesse laufen fortwährend ab, beeinflussen sich wechselseitig und werden von einer hohen Anspannung und wechselnden Symptomen wie

Hyperarousal und emotionaler Taubheit begleitet. Eine Bewältigung ist nach Horowitz (1986) durch eine gelungene Integration der traumaassoziierten Informationen in die bestehenden kognitiven Schemata möglich. Diese kann im Falle schwächer ausgeprägter Abwehrmechanismen durch die Person alleine geleistet werden, bedarf bei stabilen Abwehrmechanismen, nicht gelingender Integration und einer damit verbundenen stark ausgeprägten PTBS-Symptomatik jedoch therapeutischer Unterstützung.

1.2.2 Das Zwei-Faktoren-Modell der Angst von Mowrer

In seinem für die Entwicklung späterer Erklärungsmodelle der PTBS sehr wichtigen Zwei-Faktoren-Modell der Angst begründete Mowrer (1960) die Entstehung von Angst durch unterschiedliche Konditionierungsprozesse: Aufgrund einer klassischen Konditionierung sind an die traumatische Situation gekoppelte Reize fortan selbst angstaussendend und ihre Vermeidung wird in einem zweiten Schritt im Sinne einer operanten Konditionierung durch das Ausbleiben der befürchteten Angstsymptome negativ verstärkt.

1.2.3 Das Modell der erschütterten Überzeugungen von Janoff-Bulman

Janoff-Bulman (1992) sah die traumabedingte Veränderung von Grundüberzeugungen der Opfer als bedeutsam in der Entwicklung einer PTBS an. Nach einer Traumatisierung findet eine Veränderung der vorherigen Selbstwahrnehmung als positiv, wertvoll und unverletzbar sowie der vorherigen Wahrnehmung der Welt als sinnhaft und kontrollierbar hin zu einer Wahrnehmung des Selbst als verletzlich, beeinträchtigt und wertlos sowie der Welt als unkontrollierbar, unverständlich und ungerecht statt.

1.2.4 Die Theorie der Furchtstrukturen nach Foa und Kozak

Die emotionale Verarbeitungstheorie von Foa und Kozak (1986) geht davon aus, dass sich aufgrund von Angstgefühlen während einer traumatischen Erfahrung Furchtstrukturen entwickeln, die im Gedächtnis netzwerkartig organisiert sind. Sie entstehen aus der Koppelung der traumatischen Situation mit einer Wahrnehmung von Gefahr und (u.a. physiologischen) Reaktionen. Die Furchtstrukturen bestehen zudem aus den der Situation und den eigenen Reaktionen zugeschriebenen Bedeutungen. Foa und Kozak (1986) unterscheiden „normale“ und pathologische Angststrukturen. Letztere entstehen bei hoher Angstaussprägung und extremen Angstreaktionen (z.B. Vermeidung, physiologische Aktivität) und sind in der Folge schwer zu verändern. Pathologische Angststrukturen beinhalten unrealistische Bewertungen und es gibt fehlerhafte Verbindungen z.B. zwischen harmlosen Reizen und Flucht- und Vermeidungsreaktionen. Neben dem Traumagedächtnis tragen vor

dem Trauma bestehende Schemata sowie Ereignisse nach dem Trauma zur Entwicklung der für chronische Verläufe zentralen negativen Schemata über das Selbst (z.B. „Ich bin total inkompetent“) und der Welt (z.B. „Das Leben ist gefährlich“) bei.

1.2.5 Die duale Repräsentationstheorie von Brewin

Brewin et al. (1996) entwickelten eine duale Repräsentationstheorie, in der unterschiedliche Arten von Gedächtnissystemen definiert und in einem zweiten Schritt in Zusammenhang mit neurobiologischen Prozessen gebracht wurden (Brewin, 2001). Das verbal zugängliche System (VAM) beinhaltet verarbeitete Erinnerungen, die in das autobiographische Gedächtnis der jeweiligen Person eingebunden sind und die bewusst abgerufen und berichtet werden können. Aufgrund der hohen Belastung und Anspannung während des Traumas können jedoch nicht alle Informationen derart systematisch verarbeitet werden. Nicht weitergehend verarbeitete, häufig kurze und vorwiegend sensorische Elemente (z.B. Körperreaktionen, Gerüche) werden im situativ zugänglichen System (SAM) abgelegt. Sie treten in Form von Flashbacks mit vielen sensorischen Qualitäten und deshalb oft auch intensiven Emotionen oder aber auch als dissoziative Symptome unwillkürlich wieder auf. Brewin (2001) ordnete den beiden Systemen neurobiologische Korrelate zu: Er verbindet das VAM mit dem Hippocampus und damit einer Gedächtniskonsolidierung und das SAM mit der Amygdala und damit emotionalen Prozessen und Bewertungen. Da eine Aktivierung der Amygdala die hippocampalen Prozesse hemmt, besteht seiner Ansicht nach bei hoher Aktivität des SAMs kein oder nur eingeschränkter Zugriff auf das VAM.

1.2.6 Das sozial-interpersonelle Modell von Maercker und Horn

Maercker und Horn (2012) stellten interpersonelle Prozesse in den Mittelpunkt ihres Modells zur Entstehung und Aufrechterhaltung der PTBS. Die Entwicklung des Individuums nach einem Trauma wird demnach durch soziale Affekte (Scham, Schuld, Wut, Rachegefühle), die Reaktionen der Familie, Freunde und Bekannten (z.B. soziale Unterstützung als Schutzfaktor, soziale Isolation als Risikofaktor) sowie auch eine gesellschaftliche Komponente (z.B. Wertschätzung von der Gemeinschaft, kollektive Traumata) mitbestimmt. Auch die Folgen der erlebten Traumatisierungen spiegeln sich in den sozialen Kontakten zu Bezugspersonen (z.B. Trennung) und auf gesellschaftlicher Ebene (z.B. soziale Integration oder Konflikte) wieder.

1.2.7 Das kognitive Modell von Ehlers und Clark zur komplexen PTBS

Ein wesentliches Element des kognitiven Modells von Ehlers und Clark (2000, *Abbildung 1*) ist die Wahrnehmung einer gegenwärtigen Bedrohung, die zum Erleben von Hyperarousal, Intrusionen und starken Emotionen führt. Diese fehlerhafte Wahrnehmung traumatisierter Menschen in real sicheren Situationen erklärten Ehlers und Clark (2000) durch ihre spezifische Bewertung des Traumas und seiner Konsequenzen sowie durch Gedächtnisprobleme. Die Bewertungen des traumatischen Ereignisses (z.B. als „immerwährende Gefahr“) und seiner Folgen (z.B. negative Bewertungen wahrgenommener Symptome, der Reaktionen Anderer sowie der Folgen des Traumas) sind bei Menschen mit (komplexer) PTBS häufig negativ und katastrophisierend. Darüber hinaus haben sie Gedächtnisprobleme in Form von Schwierigkeiten beim willentlichen Abruf von Details des traumatischen Ereignisses sowie plötzlich und ungewollt auftretenden Erinnerungen in Form von Intrusionen. Diese Schwierigkeiten entstehen laut Ehlers und Clark (2000) durch eine fehlerhafte Enkodierung und Abspeicherung der traumaassoziierten Gedächtnisinhalte. Dysfunktionale Bewertungen und Gedächtnisspezifika führen zur fehlerhaften Wahrnehmung einer gegenwärtigen Bedrohung, die wiederum dysfunktionale kognitive Strategien (z.B. Gedankenunterdrückung, Grübeln) und dysfunktionale Verhaltensweisen (z.B. Vermeidung, Sicherheitsverhalten) auslöst. Beides trägt zur Aufrechterhaltung der (komplexen) PTBS bei, da eine Veränderung der beschriebenen dysfunktionalen Bewertungen und Gedächtnisprobleme verhindert wird. Die Symptomatik besteht weiter bzw. verschlimmert sich.

Das beschriebene Teufelskreismodell wird durch weitere „background factors“ [Hintergrundfaktoren, Ehlers & Clark 2000, S. 332] beeinflusst, deren Vorliegen für die Entwicklung einer komplexen PTBS aber weder notwendig noch hinreichend ist: Die kognitive Verarbeitung während des Traumas (z.B. der wahrgenommene Verlust jeglicher Autonomie, Dunmore, Clark & Ehlers, 1999), Charakteristika des Traumas (z.B. Dauer, Vorhersagbarkeit), frühere Erfahrungen, Überzeugungen und Bewältigungsstrategien haben Einfluss auf die Entwicklung der PTBS-Symptomatik.

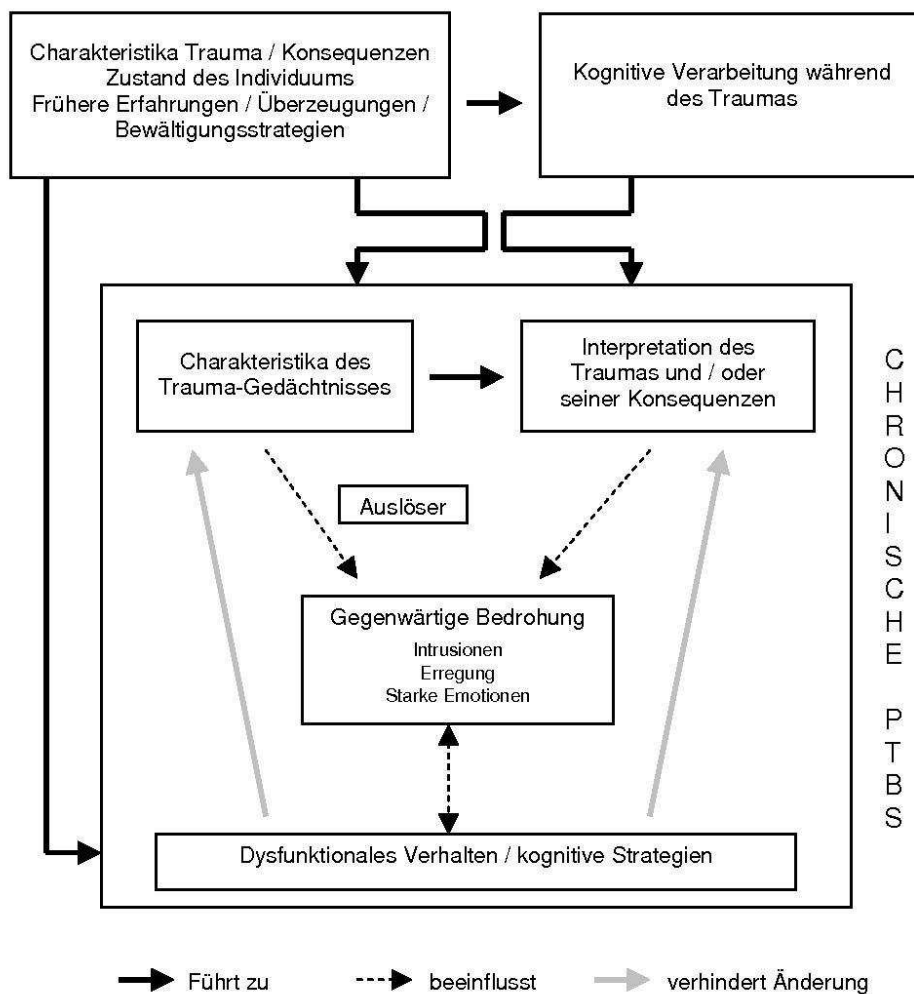


Abbildung 1: Das kognitive Modell der komplexen PTBS nach Ehlers und Clark (2000)

1.2.8 Weitere Überlegungen zur Entstehung komplexer Traumafolgestörungen

Neben dem beschriebenen Modell von Ehlers und Clark (2000) gibt es keine ähnlich umfassenden und strukturierten Modelle zur Erklärung der Entstehung der komplexen PTBS oder dissoziativer Störungen. Deshalb wird an dieser Stelle ein Überblick über aktuelle Erklärungsansätze und Studienergebnisse zur Ätiologie komplexer Traumafolgestörungen gegeben. Als Ursache komplexer Traumafolgestörungen, d.h. der komplexen PTBS (z.B. Briere & Spinazzola, 2005; Cloitre et al., 2009; Ford & Kidd, 1998; Pearlman & Courtois, 2005) und dissoziativer Störungen (z.B. Freyberger & Spitzer, 2010; Gast et al., 2006; Nijenhuis, Spinhoven, van Dyck, van der Hart & Vanlinden, 1998) werden massive traumatische Ereignisse angesehen, die wiederholt und über längere Zeit auftraten und

meistens bereits in der Kindheit begonnen haben. Darüber hinaus tragen Bindungsstörungen zur Entwicklung beider Störungen bei: Courtois und Ford (2011) betonten den negativen Einfluss einer unmittelbaren Schädigung, einer Vernachlässigung oder eines Verlassenwerdens durch eine wichtige Bezugsperson in einem bedeutsamen Entwicklungsstadium für die Entwicklung einer komplexen PTBS. Dadurch werden die Entwicklung eines Integritätsgefühls, der Selbstregulationsfähigkeiten und einer Wahrnehmung und Bewertung zwischenmenschlicher Beziehungen als Ressource häufig schon in der Kindheit gestört. Pasquini, Liotti, Mazzotti, Fassone und Picardi (2008) stellten fest, dass der Verlust der Mutter oder andere schwerwiegende Ereignisse in den ersten zwei Lebensjahren sowie traumatische Ereignisse in der Kindheit das Risiko der Entwicklung dissoziativer Störungen erhöhten. Die Autoren interpretierten die Befunde so, dass die Kleinkinder in Folge der schwerwiegenden Ereignisse einen unsicheren oder desorganisierten Bindungsstil entwickelten, aufgrund dessen die Anfälligkeit für traumatische Situationen und folgende Dissoziation zunahm. Auch Brown (2011) zeigte die Bedeutung einer desorganisierten Bindung sowie eines zusätzlichen Missbrauchs in der Entwicklung einer dissoziativen Störung auf.

Ford (2011) brachte den Einfluss traumatischer Erfahrungen in der Entwicklung komplexer Traumafolgestörungen in Zusammenhang mit der Entwicklung neuronaler Netzwerke (vgl. Lewis, 2005). Sie ging davon aus, dass bei traumatischen Erlebnissen in der Kindheit neuronale Netzwerke, die auf das Erkennen von Gefahr ausgerichtet und damit überlebenswichtig sind, sehr stark entwickelt werden, wohingegen die Entwicklung neuer neuronaler Netzwerke, die mit dem Lernen assoziiert sind, gestört ist.

Van der Hart et al. (2008) beschreiben Dissoziationen in Folge komplexer Traumatisierungen als Spaltungen an „vorbelasteten Sollbruchstellen in der Persönlichkeitsstruktur“ (S. 18) einer Person. Das bedeutet, das traumatische Erleben wird abgetrennt, um sich vor dazugehörigen intensiven Gefühlen und schmerzhaftem Erleben zu schützen (Reddemann & Dehner-Rau, 2004). Nach van der Hart et al. (2008; vgl. Myers, 1940) resultiert eine strukturelle Aufteilung der Persönlichkeit in anscheinend normale Persönlichkeitsanteile (ANPs) sowie emotionale Persönlichkeitsanteile (EPs). Während die ANPs die Alltagsfunktionalität realisieren, tragen die EPs traumatische Erfahrungen und dienen der Gefahrenabwehr. Beide Formen dissoziierter Anteile treten häufig unwillkürlich im Alltag einer Person auf, sind für sie zunächst kaum kontrollierbar und bereiten ihr so Probleme.

1.3 Leitlinien und Schwerpunkte in der Behandlung der PTBS

Bei der Planung und Durchführung einer PTBS-Behandlung können Therapeutinnen auf die deutschen Leitlinien zurückgreifen, die Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie von Patientinnen mit PTBS geben und auf Besonderheiten sowie mögliche Schwierigkeiten hinweisen (Flatten et al., 2011). Die Leitlinien wurden aus den Ergebnissen wissenschaftlicher Studien möglichst hoher Qualität sowie einer Konsensfindung klinischer Experten entwickelt (Flatten et al., 2011a). Sie entsprechen damit den Kriterien evidenzbasierter Medizin (EbM), die in der praktischen Arbeit mit Patientinnen „die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung“ (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 1997, S. 644) fordern. Die drei zentralen EbM-Kriterien, die wissenschaftliche Fundierung eines Verfahrens (möglichst durch die höchste Evidenzklasse, eine randomisierte kontrollierte Studie), die klinische Erfahrung der Therapeutin sowie die Bedürfnisse der Patientin (APA Presidential Task Force on Evidence-Based-Practice, 2006) wurden in den Leitlinien berücksichtigt. Die aktuelle S3-Leitlinie zur PTBS stellt die höchste Leitlinien-Qualitätsstufe dar. Neben den Empfehlungen für Therapeutinnen wurde auch eine Patientinnenleitlinie (Flatten et al., 2011b) zur PTBS erarbeitet, die Informationen zur Symptomatik, Diagnostik und Behandlung für Betroffene enthält.

Die deutschen Leitlinien zur Behandlung der PTBS als Grundlage der Behandlungsplanung werden in diesem Abschnitt vorgestellt (Abschnitt 1.3.1). Sie empfehlen ein traumakonfrontatives⁴ Vorgehen, sehen unter bestimmten Umständen jedoch eine vorausgehende Stabilisierung als wichtig an. Über das Verhältnis des Einsatzes von Stabilisierung und Konfrontation gibt es in Deutschland eine kontroverse Diskussion, über die in Abschnitt 1.3.2 ein Überblick gegeben wird. Zudem kann in der Behandlung der PTBS eine Fokussierung auf Symptome oder zusätzlich auf Ressourcen erfolgen. Aufgrund des Ressourcenschwerpunktes der PITT wird in Abschnitt 1.3.3 ein Überblick über Grundlagen und die therapeutische Nutzung der Ressourcen gegeben.

1.3.1 Leitlinien zur Behandlung der PTBS

In den deutschen Leitlinien (Flatten et al., 2011) wird die Wichtigkeit des Aufbaus einer guten therapeutischen Beziehung zu Beginn der Behandlung betont, da traumatisierte Patientinnen viele Ereignisse und Symptome erst offenbaren wenn sie Vertrauen zur Therapeutin aufgebaut haben. Das erhöhte Kontroll- und Selbstbestimmungsbedürfnis der

⁴ Die Begriffe Traumakonfrontation und Traumaexposition werden synonym verwendet.

Patientinnen ist ebenso wie (Gegen-)Übertragungsprozesse bei der Entwicklung des Arbeitsbündnisses zu beachten. Traumatische Ereignisse werden im Erstgespräch erfragt und der klinische Befund wird durch den Einsatz von Screening-Fragebögen sowie bei Unklarheiten auch durch diagnostische Interviews ergänzt. Komorbide Symptome und Ressourcen werden ebenso erfasst wie die aktuelle Lebenssituation (z.B. bezogen auf äußere Sicherheit). So früh wie möglich werden auch psychoedukative Elemente in die Therapie eingeflochten, da sie häufig zu einer Entlastung der Patientinnen führen. Darüber hinaus wird zu Behandlungsbeginn das psychosoziale Helfersystem organisiert und an der Herstellung einer sicheren Lebensumgebung gearbeitet. Zum Abschluss der Einleitungsphase wird der individuelle Stabilisierungsbedarf abgeklärt. Dazu werden Selbst- und Fremdgefährdungstendenzen erfragt sowie die Möglichkeiten der Patientinnen zur Affektregulation, zum Selbst- und Beziehungsmanagement beurteilt und ihre sozialen Kompetenzen eingeschätzt. Wenn nötig sind Möglichkeiten zur Symptomkontrolle (z.B. Distanzierungstechniken) und Ressourcen zu erarbeiten und es kann auch die Einbeziehung pharmakotherapeutischer, kunst- oder körpertherapeutischer Elemente erwogen werden. Der Pharmakotherapie kommt dabei der Stellenwert einer die Psychotherapie begleitenden Intervention zu. Die kunst- und körpertherapeutischen Elemente haben eine „besondere Bedeutung“ (Flatten et al., 2011, S. 36), da sie eine Annäherung, Bewusstwerdung und nachträgliche Verbalisierung traumatischer Inhalte fördern können. Diese traumatischen Inhalte sollten jedoch vorwiegend im psychotherapeutischen Prozess bearbeitet werden.

Zentrales Element der PTBS-Behandlung in den Leitlinien ist die Konfrontation mittels derer (die Erinnerung an) das traumatische Ereignis integriert werden soll. Flatten et al. (2011) sehen die Hintergründe der Wirksamkeit der Konfrontation als aktuell noch ungeklärt an: „Ob für den Wirkmechanismus das Modell der Habituation (behavioral), das der kognitiven Umbewertung (kognitiv, psychodynamisch) oder das der prozessierten Information (EDMR) das beste Erklärungsmodell liefert, kann zurzeit noch nicht entschieden werden“ (S. 46). Aufgrund der Wirksamkeitsbefunde aus zahlreichen Metaanalysen (siehe Abschnitt 1.7.1) werden sowohl traumafokussierende kognitive und konfrontierende (und damit generell verhaltenstherapeutische) Therapien als auch das EMDR in den Leitlinien mit dem höchsten Evidenzgrad eingestuft. Zu beachten ist jedoch, dass es eine starke Empfehlung zur Stabilisierung von Patientinnen mit unzureichender Affektregulation (z.B. Suizidalität, Selbstverletzungen, Dissoziationen) vor der Durchführung einer Konfrontation gibt. Die Indikation der Stabilisierung bei (schwer) traumatisierten Patientinnen wird in den Leitlinien wie folgt beschrieben:

„Menschen mit wiederholten Traumatisierungen – insbesondere in der Kindheit – zeigen oft eine komplexe Form der PTBS. Es finden sich auf der Basis von RCT-Studien (randomized controlled trials [randomisierte kontrollierte Studie]) verschiedene Hinweise, dass bei dieser Form der PTBS, d.h. bei umfangreicher und/oder schwerer Komorbidität traumabearbeitende Verfahren erst nach ausreichender Stabilität indiziert sind. 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... Interventionen zur Affektregulation sowie weitere Stabilisierungsmaßnahmen... sollten vor einer Traumaexposition durchgeführt werden. Häufig ist bei dieser Patientengruppe nur eine vorsichtige und allmähliche Annäherung an die traumatische Erfahrung möglich“ (Flatten et al., 2011, S. 30-31).

Zudem verweisen die Leitlinien auf mögliche negative Konsequenzen einer zu frühen Traumaexposition: „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“ (Flatten et al., 2011, S. 32).

Insgesamt wird also die Traumakonfrontation zur Integration der Erinnerung an das traumatische Ereignis in der Leitlinie ausdrücklich empfohlen und nicht traumafokussierte Therapien werden aufgrund der Studienlage als weniger wirksam eingeordnet. Die Konfrontation wird in einen Gesamtbehandlungsplan integriert, der vorsieht, dass eine ausreichende Stabilität (d.h. keine Suizidalität, kein psychotisches Erleben, keine schwerwiegende Selbst- oder Fremdschädigung) besteht und es keinen Täterinnenkontakt mit Traumatisierungsrisiko gibt. Als relative Kontraindikationen einer Traumakonfrontation werden mangelnde Affekttoleranz, schwere Dissoziationsneigung, unkontrolliertes autoaggressives Verhalten, mangelnde Distanzierungsfähigkeit zum traumatischen Ereignis sowie akute körperliche oder lebensgeschichtliche Belastungen beschrieben. Nach ausreichender Stabilisierung und Traumakonfrontation sehen die Leitlinien bei entsprechender Indikation eine Unterstützung von Trauer, Neubewertung und sozialer Neuorientierung vor. Das Vorgehen in den deutschen Leitlinien ist damit vergleichbar mit einem phasenorientierten Vorgehen von Stabilisierung, Konfrontation und Integration (Herman, 1992).

Die deutsche Leitlinie bezieht (anders als die internationalen Leitlinien) neben der kognitiv-behavioralen Therapie und dem EMDR explizit auch die psychodynamische

Behandlung mit ein. Diese wird jedoch aufgrund der deutlich weniger vorliegenden Studien, die nach der AHCPR-Einteilung (Agency for Health-Care Research and Policy) noch dazu von geringerer Qualität sind, zwischen Evidenzgrad zwei und drei und damit im Vergleich zu Verhaltenstherapie und EMDR deutlich schlechter eingeordnet (Flatten et al., 2011).

In den internationalen Leitlinien wird übereinstimmend eine traumafokussierte Therapie der PTBS als Therapie der Wahl empfohlen (Forbes et al., 2010). Die Stabilisierung hat eine wesentliche geringere Bedeutung als in den deutschen Leitlinien: Lediglich in einigen internationalen Leitlinien wird zur Behandlung chronisch traumatisierter und multipel beeinträchtigter Patientinnen der Einsatz stabilisierender Elemente in Form zusätzlicher Sitzungen zum Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung und emotionalen Stabilisierung angeregt (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, 2013; National Institute of Clinical Excellence, 2005).

1.3.2 Kontroverse um Stabilisierung und Konfrontation

Die Traumakonfrontation ist das zentrale Element des EMDR und verhaltenstherapeutischer Behandlungen, wobei es in der Expositionstherapie grundlegend ist und in der kognitiven Therapie neben der kognitiven Umstrukturierung genutzt wird (siehe Abschnitt 1.4.3). Dagegen ist in psychodynamischen Therapien (siehe Abschnitt 1.4.7) die Stabilisierung von größerer Bedeutung und es wird erst bei ausreichender Stabilität gegebenenfalls konfrontativ gearbeitet. Während die Wirksamkeit der Konfrontation in zahlreichen Studien und Metaanalysen (siehe Abschnitt 1.7.1) bestätigt wurde und verhaltenstherapeutische Techniken sowie das EMDR von Bisson et al. (2007) entsprechend als Behandlungen erster Wahl bei einer PTBS eingeordnet werden, gibt es deutlich weniger Studien zur Wirksamkeit psychodynamischer Traumatherapien. Ponniah und Hollon (2009, S. 1105) schätzen psychodynamische Therapien als „possibly efficacious“ [möglicherweise wirksam] ein. Die unterschiedlichen Ausrichtungen und Wirksamkeitsbelege der Therapien führten in der Vergangenheit zu einer wissenschaftlichen Diskussion um die Notwendigkeit und die Wirksamkeit des Einsatzes von Stabilisierung und Konfrontation, die im Folgenden dargestellt wird.

Die Evidenzbasierung der Therapie und damit verbunden die Nutzung einer gesichert wirksamen Behandlung stellen Befürworter eines rein konfrontativen Vorgehens in den Vordergrund (z.B. Priebe et al., 2012). Neuner (2008) betont, dass die Rekonstruktion der Lebensgeschichte durch Konfrontation und die Arbeit mit traumatischen Situationen einen zentralen Baustein für die Entwicklung einer persönlichen Identität der traumatisierten Patientinnen darstellt. Kritiker eines rein konfrontativen Vorgehens bewerten die Forschungslage anders: Sie sehen randomisierte kontrollierte Studien (RCT) als praxisfern

(Reddemann & Fischer, 2010) an, da die Randomisierung die in der Praxis elementare Patientinnen-Therapeutinnen-Passung ausklammert (Fischer & Becker-Fischer, 2008). Reddemann und Fischer (2010) fokussieren in ihrer Kritik zudem die positive Bewertung der Gruppenvergleiche manualisierter Therapien in RCTs, die in psychodynamischen Therapien mit obligatorisch individueller Therapieplanung nicht umsetzbar scheinen. Entsprechend fordern Fischer und Becker-Fischer (2008) den zusätzlichen Einsatz naturalistischer Studien und Fallstudien zur angemessenen Evaluation der Wirksamkeit der (auch psychodynamischen) Behandlungen der PTBS.

Während Befürworter eines rein konfrontativen Vorgehens eine Stabilisierung häufig ablehnen, sind Befürworter eines stabilisierenden Vorgehens oft nicht generell gegen eine Konfrontation. Reddemann (2011) fordert eine „flexible, nicht dogmatische Haltung“ (S. 123), nach der bei einer ausreichend stabilen Patientin auch eine zeitnahe Konfrontation möglich ist. Die Nutzung der Stabilisierung bedeutet nach Ansicht ihrer Befürworter die sichere Einhaltung des ärztlichen Prinzips, niemandem zu schaden (Fischer & Becker-Fischer, 2008). Dieses Argument bezieht sich vor allem auf die Behandlung von komplex traumatisierten Patientinnen, bei denen eine zu frühe Konfrontation nach Ansicht von Befürwortern der Stabilisierung negative Konsequenzen haben kann (z.B. Reddemann & Fischer, 2010). Aus diesem Grund wird ein phasenorientiertes Vorgehen (Herman, 1992; Janet, 1889) bestehend aus Stabilisierung, Konfrontation und Integration angewandt (z.B. Reddemann, 2004; Sack 2004; van der Hart et al., 2008). Unterstützung erhält diese Forderung durch die Ergebnisse von Studien, die negative Effekte von Konfrontation fanden (Pitman et al., 1991; Tarrier et al., 1999) als auch aus Studien, die die Wirksamkeit eines phasenorientierten Vorgehens bestätigten (Cloitre et al., 2002; Cloitre et al., 2010; Sachsse, Vogel & Leichsenring, 2006). Neben den beschriebenen Studien basiert die Empfehlung eines auch stabilisierenden phasenorientierten Vorgehens vor allem auf klinischem Expertenwissen, das sich in der langjährigen Arbeit mit komplex traumatisierten Patientinnen entwickelte. Ein phasenorientiertes Vorgehen wird auch in den vorläufigen Leitlinien zur Behandlung der komplexen PTBS von Courtois et al. (2011) empfohlen.

Mit Rückgriff auf die Ergebnisse randomisierter kontrollierter Studien kritisieren Befürworter eines rein konfrontativen Vorgehens den Einsatz stabilisierender Techniken in der Behandlung der PTBS scharf. Neuner (2008) ist der Ansicht, dass eine Stabilisierung nicht notwendig und möglicherweise sogar schädlich ist. Die „unabschätzbaren Risiken“ der Stabilisierung (Neuner, 2008, S. 116) sieht er in der Verstärkung des Vermeidungsverhaltens und der Angst vor Konfrontation bei den Patientinnen sowie dem Vorenthalten eines gesichert wirksamen Therapieverfahrens. Kritisiert wird auch die Indikationsstellung von Stabilisierung speziell für schwer traumatisierte Patientinnen, da sich die Wirksamkeit einer

konfrontativen bzw. traumafokussierten kognitiven Behandlung auch bei komplex traumatisierten Patientinnen bestätigte (vgl. Resick et al., 2008; Resick, Nishith & Griffin, 2003). Allerdings zeigte sich in einer Studie von McDonagh et al. (2005) eine hohe Dropout-Rate (41 %) und damit ein Nachteil der konfrontativen Behandlung, die jedoch zu vergleichbaren Ergebnissen wie ein Problemlösetraining führte, das verschiedene stabilisierende Elemente beinhaltete (McDonagh et al., 2005).

In der Diskussion um die Notwendigkeit der Stabilisierung liefert ein aktuelles Review zum Einsatz zusätzlicher Therapieelemente neben der Exposition bedeutsame Erkenntnisse (Kehle-Forbes et al., 2013). Zusätzliche Elemente neben der Exposition waren dabei kognitive Umstrukturierung, progressive Muskelrelaxation sowie Affekt- und Skilltrainings. In der Analyse von insgesamt acht Studien beobachteten Kehle-Forbes et al. (2013), dass die Einbeziehung weiterer Elemente neben der Exposition zu einer stärkeren Reduktion der von Klinikern eingeschätzten PTBS-Symptome am Therapieende sowie im Sechs-Monats-Follow-Up führte. Insgesamt zeigte sich jedoch keine Überlegenheit der zusätzlichen Therapieelemente, da die Effektstärke der Gruppe mit Exposition und zusätzlichen Therapieelementen der reinen Expositionsgruppe nicht in klinisch bedeutsamer Form überlegen war und sich keine Unterschiede in den berichteten PTBS-Symptomen, in den PTBS-Diagnosen sowie in den depressiven Symptomen zeigten. Kehle-Forbes et al. (2013) empfahlen weitere Forschung zu diesem Thema, die auch auf Kosten-Nutzen-Analysen sowie die Akzeptanz der Exposition bei praktisch arbeitenden Therapeutinnen fokussieren sollte.

1.3.3 Einbeziehung von Ressourcen in die Therapie

Die Berücksichtigung von Ressourcen in der Psychotherapie hat bereits eine längere Tradition (z.B. Erickson & Rossi, 1989; de Shazer, 1985). Ressourcen können als „positives Potenzial“ des Menschen definiert werden, „das ihm zur Befriedigung seiner Bedürfnisse zur Verfügung steht“ (Grawe & Grawe-Gerber, 1999, S. 67). Entsprechende Beispiele sind Bildung, Fähigkeiten, Werte und Interaktionsstile aber auch zwischenmenschliche Beziehungen. Groß, Stemmler und de Zwaan (2012) stellen fest, dass keine einheitliche Definition des Ressourcenbegriffs vorliegt und dieser im deutschen und anglo-amerikanischen Sprachraum unterschiedlich verwendet wird. Sie empfehlen im klinischen Bereich die Nutzung des Ressourcenbegriffs in einer auf die einzelne Patientin und spezifische Situationen (vgl. Nestmann, 1996) bezogenen Form sowie eine Definition durch die Funktionalität und positive Bewertungen der Ressourcen.

Die Betonung von Ressourcen im Rahmen der Stabilisierungsphase der PITT (siehe Abschnitt 1.5.3.1) bedeutet eine Fokusveränderung der PTBS-Behandlung durch die Einbeziehung der Stärken und Fähigkeiten der Patientin anstelle einer vorwiegend symptom-

und defizitorientierten Betrachtung und Behandlung (Reddemann, 2008). Grawe (1995) forderte bereits vor zwei Jahrzehnten ein Umdenken bezüglich der Defizitorientierung vieler Therapeutinnen und stellte in seiner Forschung zur allgemeinen Wirksamkeit von Psychotherapie fest, dass ressourcenorientiert arbeitende Therapeutinnen bessere Ergebnisse erzielen als defizitorientierte Therapeutinnen. Grawe und Grawe-Gerber (1999) sahen die Ressourcenaktivierung als allgemeinen Wirkfaktor der Psychotherapie und entsprechend als sehr bedeutsam für die Therapiewirksamkeit an. Dabei bedeutet die Ressourcenaktivierung nach Ansicht der Autoren eher eine therapeutische Haltung als eine Technik und sollte in den gesamten Therapieprozess einbezogen werden und zur Erarbeitung von Veränderungsmöglichkeiten sowie deren Umsetzung genutzt werden.

Bereits zu Therapiebeginn ist die Ressourcenaktivierung bedeutsam, um der Patientin in einer für sie ungewohnten (und vielleicht zunächst unangenehmen) Situation eine Erfahrung von Kontrolle und Selbstwerterhöhung zu ermöglichen. Im weiteren Therapieverlauf führen ressourcenaktivierende Interventionen dazu, dass die Patientin positive Gefühle erlebt und sich ihr Wohlbefinden erhöht. Nach Grawe und Grawe-Gerber (1999) besteht darüber hinaus eine positive Wechselbeziehung von Ressourcenaktivierung und Qualität der therapeutischen Beziehung, so dass die Ressourcenaktivierung den Therapieerfolg damit sowohl direkt als auch indirekt beeinflusst. Die Wirksamkeit ressourcenorientierter Arbeit wird nach Groß et al. (2012) zudem durch die aktuelle Forschung bestätigt und die Autoren kommen zu dem Fazit: „Die Arbeit mit und an Ressourcen von Klienten stellt ein wichtiges Element der psychotherapeutischen Arbeit dar“ (S. 438).

1.4 Traumatherapien

In diesem Abschnitt wird ein Überblick über die Behandlungen von Traumafolgestörungen gegeben. Zunächst werden evidenzbasierte Traumatherapien der PTBS dargestellt: Die expositions-fokussierte Therapie (Hembree, Rothbaum & Foa, 2013, Abschnitt 1.4.1), die Narrative Expositionstherapie (Neuner et al., 2013, Abschnitt 1.4.2), die kognitive Therapie (Steil, Ehlers & Clark, 2013, Abschnitt 1.4.3) sowie das Eye Movement Desensitization und Reprocessing ([Desensibilisierung und Neubearbeitung durch Augenbewegungen], EMDR, Shapiro, 1995, Abschnitt 1.4.4). Abschließend werden spezifische Behandlungen für komplexe Traumafolgestörungen, d.h. speziell für Patientinnen mit komplexer PTBS (Abschnitt 1.4.5) und dissoziativen Störungen (Abschnitt 1.4.6) beschrieben, bei denen die Bearbeitung der über die PTBS hinausgehenden Probleme Vorrang vor der Exposition haben kann (Briere & Spinazzola, 2005; Ford, Courtois, Steele, van der Hart & Nijenhuis, 2005; van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2005; van der Kolk, et al.,

2005) und die auf dem Prinzip der Phasenorientierung beruhen (Herman, 1992; Janet 1889). Zum Abschluss des Kapitels wird ein Überblick über Grundlagen psychodynamischer Traumatherapien (Abschnitt 1.4.7) gegeben, zu denen auch die in dieser Arbeit evaluierte PITT gehört, die im folgenden Kapitel ausführlich beschrieben wird (siehe Abschnitt 1.5). Zusätzlich zur traumaspezifischen Psychotherapie kann ergänzend eine Pharmakotherapie eingeleitet werden, deren alleiniger Einsatz von Experten abgelehnt wird (z.B. Flatten et al., 2011) und die hier deshalb nicht ausführlicher beschrieben wird.

1.4.1 Expositionstherapie

Aufbauend auf der Theorie der Furchtstrukturen von Foa und Kozak (1986, siehe Abschnitt 1.2.4) wird während der expositions-fokussierten Behandlung der PTBS die Angst, die während einer traumatischen Erfahrung erlebt wurde, reaktiviert. Durch das erneute Erleben der Angst werden die Voraussetzungen für eine Habituation geschaffen, aufgrund derer die Patientin eine Angstreduktion ohne Flucht- oder Vermeidungsverhalten erlebt und erfährt, dass der befürchtete Kontrollverlust ausbleibt (Foa & Meadows, 1997). Darüber wird die Integration neuer Informationen in die pathologische Furchtstruktur und damit ihre Veränderung ermöglicht (vgl. Foa, Riggs, Massie & Yarczover, 1995). Neben der Angstreduktion kommt es in der Folge auch zu einer Reduktion der Intrusionen und des Vermeidungsverhaltens sowie zu einer Veränderung der Bewertung traumaasoziierte Reize und Reaktionen als gefährlich (Hembree, et al., 2013). In diesem Zusammenhang können sich auch die Selbstwahrnehmung und Selbstwirksamkeit, globale Überzeugungen (z.B. „die Welt ist gefährlich“) und die sozialen Interaktionen der Patientin verändern.

Die Expositionstherapie der PTBS kann imaginative Exposition wie auch in-vivo-Übungen enthalten (Hembree et al., 2013; Maercker, 2005). Bei der häufig verwendeten langanhaltenden Exposition nach Foa et al. (2007) wird in 9 bis 12 wöchentlich oder alle zwei Wochen stattfindenden Einzelsitzungen intensiv mit Exposition gearbeitet. Die Exposition wird mit der Patientin in der Therapie imaginativ zumeist mit geschlossenen Augen durchgeführt und auf Tonband aufgezeichnet. Die Therapeutin leitet die Patientin dabei an, sich die traumatische Situation mit allen Sinnesqualitäten vorzustellen und im Präsens darüber zu berichten. Während das Ausmaß der Details der Beschreibung in der ersten Sitzung der Patientin überlassen wird, achtet die Therapeutin in den folgenden Sitzungen auf eine detaillierte Beschreibung der Patientin. Sie unterstützt diese durch Nachfragen und ermutigende Kommentare. Während der Sitzung sind regelmäßige Einschätzungen des Ausmaßes der Angst möglich, am Ende der Behandlung sollte das Ausmaß der Angst (falls nötig durch Intervention der Therapeutin) abnehmen (Maercker, 2005). Zum Abschluss der Sitzungen werden die Erfahrungen der Patientin mit der Exposition reflektiert. Anschließend

bekommt sie expositionsorientierte Hausaufgaben, bei denen sie sich die Tonbandaufzeichnungen anhört oder in-vivo-Expositionsübungen durchführt (Hembree et al., 2013).

Maercker (2005) sieht eine Indikation von in-vivo-Konfrontation darin, dass ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten der Patientin und damit verbundene Einschränkungen bestehen. Häufig werden in Zusammenhang mit der Expositionstherapie auch kognitive Techniken (siehe Abschnitt 1.4.3) eingesetzt. Darüber hinaus ist – z.B. bei sehr belasteten und dissoziativen Patientinnen - der Einsatz von Angstbewältigungstrainings wie dem Stressimpfungstraining möglich (Meichenbaum, 1974).

1.4.2 Narrative Expositionstherapie (NET)

Aufbauend auf den Modellen einer unvollständigen und dadurch symptomfördernden Abspeicherung der traumatischen Erinnerung im Gedächtnis (Brewin, 2001; Foa & Kozak, 1986) fokussiert die Narrative Expositionstherapie (NET, Neuner et al., 2013) auf eine Rekonstruktion des Gedächtnisses. Durch die Exposition sollen z.B. bei Intrusionen häufig unwillkürlich auftretende sensorisch-perzeptuelle Informationen, das sogenannte „heiße Gedächtnis“, mit grundlegenden Fakten der traumatischen Situation, dem „kalten Gedächtnis“, verknüpft werden, um so eine komplette Integration der traumatischen Erfahrung ins Gedächtnis zu erreichen. Anders als in der Expositionstherapie (siehe Abschnitt 1.4.1) wird jedoch nicht ein einzelnes Ereignis, sondern es werden nacheinander alle von der Patientin genannten traumatischen Ereignisse durchgearbeitet und schriftlich fixiert. Nach Neuner et al. (2013) kann dieses Vorgehen gerade für mehrfach schwer missbrauchte Patientinnen, die nicht benennen können, welches Ereignis das schlimmste war oder denen ein Zugang zu ganzen Lebensphasen fehlt, hilfreich sein. Ursprünglich für den Einsatz in Kriegs- und Krisengebieten entwickelt, ist die NET für Patientinnen mit unterschiedlichsten Traumatisierungen einsetzbar. In Krisengebieten werden Therapeutinnen nach einer speziellen Schulung eingesetzt, d.h. eine Hochschulausbildung ist für sie z.B. in solchen Kontexten nicht zwingend erforderlich.

In der NET werden anhand einer Lebenslinie zunächst aus Sicht der Patientin zentrale positive und negative Ereignisse ihres Lebens ohne Aktivierung des Furchtnetzwerks kurz berichtet und gesammelt. Die entstandene Lebenslinie ist u.a. auch hilfreich für die Behandlungsplanung und hat durch die Berücksichtigung positiver Ereignisse zugleich eine ressourcenaktivierende Wirkung (Schauer, Elbert & Neuner, 2004). In den folgenden Sitzungen werden die traumatischen Situationen in zeitlicher Reihenfolge bearbeitet. Dabei leitet die Therapeutin die Patientin zu einer langsamen und detaillierten Beschreibung des jeweiligen Ereignisses an, die neben Gedanken, Emotionen, Körpererleben und

Verhaltensweisen auch inhaltliche Fakten enthält, um so eine komplette Abspeicherung der Erinnerung zu ermöglichen. Gleichzeitig werden immer wieder Unterschiede zwischen dem Erleben der Patientin in der traumatischen Situation sowie ihrem aktuellen Erleben herausgearbeitet. Erst wenn die für die Patientin schlimmsten Elemente der traumatischen Erfahrung (sogenannte „Hot Spots“) durchgearbeitet wurden und sich bei ihrer Erleichterung einstellt, kann die jeweilige Sitzung beendet werden. Die Therapeutin fasst die Erzählung der Patientin anschließend in einem Protokoll zusammen, das am Anfang der folgenden Sitzung verlesen und falls nötig korrigiert wird. Die Patientin wird bei der Vorlesung angeleitet, sich die traumatische Situation erneut vorzustellen.

Wenn alle traumatischen Ereignisse durchgearbeitet sind und die Lebensgeschichte damit auch schriftlich fixiert ist, wird diese von Patientin und Therapeutin unterschrieben. Dadurch legt die Therapeutin Zeugnis über die schlimmen Erfahrungen der Patientin ab, was einen wichtigen Bestandteil der NET darstellt. Die erstellte Dokumentation kann auch für juristische oder politische Zwecke genutzt werden. Sollten die PTBS-Symptome einige Zeit nach der NET nicht abklingen oder neue symptomauslösende traumatische Lebensereignisse hinzukommen, kann die Therapie ausschnittsweise wiederholt und die zusätzlichen Ereignisse können in die verschriftlichte Lebensgeschichte integriert werden.

1.4.3 Kognitive Therapie

Zentraler Ansatzpunkt der kognitiven Therapie sind die dysfunktionalen Bewertungen des Traumas und seiner Folgen durch die Patientin (Steil et al., 2013). Ihre Veränderung soll zu einer Veränderung der Wahrnehmung einer gegenwärtigen Bedrohung und einer Reduktion der die PTBS aufrechterhaltenden dysfunktionalen kognitiven Strategien und Verhaltensstrategien im Sinne des Teufelskreismodelles führen (siehe Abschnitt 1.2.7). Darüber hinaus soll auch die Erinnerung an die traumatische Situation dahingehend verändert werden, dass die Patientin sie als zur Vergangenheit gehörig einordnen kann, dadurch in der Gegenwart weniger belastet ist und weniger Vermeidung zeigt (Ehlers & Clark, 2000). So wie in der Expositionstherapie häufig kognitive Techniken eingesetzt werden, wird zu Beginn der kognitiven Therapie umgekehrt häufig die imaginative Exposition angewandt, um die Gedanken, Gefühle und folgende Bewertungen der Patientin genau zu erfassen und besonders belastende Momente der traumatischen Situation zu identifizieren (Ehlers & Clark, 2000). Das kognitive Modell (siehe *Abbildung 1*) wird zur Erarbeitung eines individuellen Störungsmodells genutzt. Die dysfunktionalen Bewertungen der Patientin werden mit kognitiven Techniken bearbeitet (z.B. Erarbeitung des Zusammenhangs von Gedanken und Gefühlen, Überprüfen von Überzeugungen, Entwicklung alternativer Überzeugungen, Verhaltensexperimente). Darüber hinaus werden die bisherigen

Bewältigungsstrategien in Form von Selbstbeobachtungen und Protokollen zwischen den Sitzungen erfasst. Patientin und Therapeutin erarbeiten Vor- und Nachteile der bisherigen Strategien, überprüfen ihre Funktionalität und entwickeln Alternativen.

Ein weiteres Ziel ist auch die Aktualisierung des Traumagedächtnisses durch (in der Therapie gewonnene) neue Informationen. Dazu kann die Patientin z.B. neue Informationen in Vorstellungsbilder der traumatischen Situation integrieren oder Handlungen ausführen, die währenddessen nicht möglich waren. Einen ähnlichen Hintergrund hat auch die im Umgang mit Auslösereizen entwickelte „Damals-versus-jetzt“-Diskrimination (Steil, Ehlers & Clark, 2013, S. 254), in der die Patientin Unterschiede zwischen ursprünglichen und jetzigen Auslösereizen und ihrer Lebenssituation herausarbeitet. Die Anwendung der Technik wird – falls möglich und sicher – auch durch einen Besuch des Ortes, an dem die Traumatisierungen stattfanden im Sinne einer in-vivo-Exposition trainiert. Die kognitive Therapie kann zudem auch mit anderen verhaltenstherapeutischen Techniken (z.B. Stimuluskontrolle bei Schlafstörungen, Training zur Emotionsregulation) kombiniert und durch Aktivitäten zur Erhöhung des Aktionsradius der Patientin und verstärkter Teilnahme am Leben ergänzt werden.

1.4.4 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Die rhythmischen Augenbewegungen, die dem EMDR seinen Namen geben, sind zentraler Bestandteil des von Francine Shapiro (1995) entwickelten Verfahrens und wurden von ihr zunächst als zentraler Wirkfaktor angenommen (Eschenröder, 2005). Mittlerweile werden im EMDR neben den visuellen auch akustische und taktile Stimulierungen genutzt. Dazu gibt die Therapeutin visuelle, akustische oder taktile Reize vor, denen die Patientin in der Konfrontationsphase folgt. Ziel des EMDR ist die Reduktion der Belastung durch traumatische Erinnerungen, allerdings gibt es mittlerweile auch rein ressourcenorientierte Einsatzformen des EMDR (Hofmann, 2004).

Shapiro (1995) beschrieb acht Phasen des EMDR zur Traumakonfrontation. Zunächst werden in der Einleitungsphase Symptome, Traumatisierungen und weitere wichtige Daten erhoben. Der Stabilisierungsaspekt spielt eine zentrale Rolle in Phase zwei, der Vorbereitung auf die Traumakonfrontation. Schubbe (2013) betonte die Wichtigkeit der Arbeit an Ressourcen (z.B. Übungen zum sicheren Ort, Notfallkoffer und zur Selbstberuhigung), die auch in der späteren Traumabearbeitung eine zentrale Rolle spielen. Darüber hinaus wird das Vorgehen erläutert und es werden verschiedene Formen der Stimulierung ausprobiert. In der Einschätzungsphase Nummer drei wird von der Patientin ein die traumatische Erinnerung beschreibendes Bild ausgewählt. Dazu beschreibt sie eine negative Kognition und die dazugehörigen Gefühle und Körperempfindungen und schätzt das Ausmaß ihrer Belastung

ein. Darüber hinaus wird eine positive Kognition erarbeitet, die angibt, wie die Patientin künftig über die traumatische Situation denken möchte und ihre Wahrnehmung des Zutreffens der Wunschkognition wird eingeschätzt. Phase vier beinhaltet die Traumakonfrontation. Die Patientin wird angeleitet, sich auf das Bild, die negative Kognition und die Körperempfindungen aus Phase drei zu konzentrieren. Nach dem Abschluss der ca. 30 Sekunden dauernden Stimulierung wird die Patientin gefragt, was sie wahrgenommen hat (Eschenröder, 2005). Die Stimulierung wird solange fortgeführt, bis die Belastung der Patientin auf ein Minimum reduziert ist, danach schließt sich die fünfte Phase an. Dabei wird das ursprüngliche belastende Bild mit der positiven Kognition gekoppelt und es werden solange weitere Stimulierungsserien durchgeführt, bis die positive Kognition als zutreffend eingeschätzt wird.

In Phase sechs, dem Körpertest, werden das belastende Bild und die positive Kognition erneut verbunden und die Patientin soll überprüfen, ob sie in ihrem Körper noch Belastungen spürt, die gegebenenfalls mit einer erneuten Stimulierungsserie bearbeitet werden. Die anschließende Phase sieben stellt den Abschluss der Sitzung dar. Damit die Patientin die Sitzung wie gewünscht in einem stabileren Zustand verlässt als sie sie begann, können falls nötig vertikale Augenbewegungen, Imaginationen, Entspannungs- oder Distanzierungstechniken eingesetzt werden (Schubbe, 2013). In der letzten Phase, der Überprüfung, wird in der folgenden Sitzung die in Zusammenhang mit dem in der Konfrontation bearbeiteten Bild auftretende Belastung eingeschätzt, um zu beurteilen, ob eine weitere Bearbeitung notwendig ist. Ansonsten werden in den folgenden EMDR-Sitzungen neue traumatische Situationen bearbeitet, bis keine belastenden Erinnerungen mehr vorliegen. Schubbe (2013) wies darauf hin, dass zwischen den Expositionen auch Sitzungen zur Stabilisierung oder Integration der traumatischen Erfahrung nötig sein können.

1.4.5 Behandlung komplexer posttraumatischer Belastungsstörungen

Courtois et al. (2011) kritisierten die schlechte Forschungslage zur Behandlung von Patientinnen mit komplexer PTBS und formulierten unter Einbeziehung von Expertenwissen „vorläufige Behandlungsempfehlungen“ (S. 109). Diese berücksichtigen explizit die Einzigartigkeit der Patientin, nach deren individuellen Bedürfnissen die Behandlung geplant wird, und des Behandlungsverlaufs, in dem unterschiedliche Techniken und Methoden einbezogen werden. Neben der Behandlung der Symptome liegt ein Fokus auch auf der Arbeit mit Ressourcen. Die Therapeutin soll den Aufbau einer Arbeitsbeziehung so gestalten, dass die Patientin sich „emotional anerkannt, ‚gesehen‘ und geschätzt“ (Courtois et al., 2011, S. 112) fühlt, um den Folgen der häufigen Bindungstraumatisierungen entgegenzuwirken und ihr eine neue Beziehungserfahrung in einer als sicher erlebten Umgebung zu

ermöglichen. Neben den typischen Therapiezielen in der Behandlung einer PTBS zielt die Behandlung der komplexen PTBS explizit auch auf eine Überwindung der traumatisch bedingten Entwicklungsdefizite, die Entwicklung sicherer Bindungsbeziehungen, die Entwicklung von Strategien im Umgang mit Emotionen, die Reintegration dissoziierter Emotionen und dissozierten Wissens sowie auf eine Erhöhung der Funktionsfähigkeit und eine Wiedereingliederung ins Leben ab. Gerade das alltägliche Funktionsniveau sollte von der Therapeutin die gesamte Behandlung über beobachtet werden, da es durch die Offenbarung traumatischer Erinnerungen reduziert werden kann. In diesem Fall hat die Stabilisierung durch eine Verringerung der Intensität emotionaler Reaktionen sowie die Stärkung der Unterstützungsmöglichkeiten und der Beziehungssicherheit der Patientin Priorität.

Der Ablauf der Behandlung folgt wie bei psychodynamischen Therapien (siehe Abschnitt 1.4.7) einem Phasenmodell (Herman, 1992; Janet, 1889). In der anfänglichen Stabilisierungsphase stehen die Entwicklung von Sicherheit und Fähigkeiten zur Emotionsregulation im Fokus. Courtois et al. (2011) beschrieben ihre Bedeutung für den Therapieerfolg: „Phase eins ist gewöhnlich die längste Behandlungsphase und für den erfolgreichen Abschluss dieser Arbeit die wichtigste“ (S. 118). Die Patientin lernt, Sicherheit in der therapeutischen Beziehung zu empfinden, für äußere Sicherheit zu sorgen, ihr Vermeidungsverhalten zu reduzieren, affektive und körperliche Zustände wahrzunehmen und ebenso wie extreme Arousalzustände zu regulieren sowie mit Intrusionen und Dissoziationen umzugehen. Neben der Psychoedukation ist auch die Arbeit an der Identitätsentwicklung zentral. Die Patientin soll Möglichkeiten entwickeln, sich auf sich selbst und Andere einzulassen, indem an ihrer Selbstwahrnehmung, an interpersonellen Problemen und Ressourcen sowie an ihrer Beziehungsfähigkeit gearbeitet wird. Die Betonung des individuellen, an die Bedürfnisse der Patientin angepassten Behandlungsablaufs bei Courtois et al. (2011) zeigt sich auch in ihrer Beschreibung, dass bei einigen Patientinnen nach der Stabilisierungsphase so starke Verbesserungen auftreten können, dass keine Konfrontation und Integration mehr nötig sind oder andersherum eine so starke Beeinträchtigung vorliegen kann, dass diese nicht erreicht werden.

In der folgenden Konfrontationsphase werden die traumatischen Erfahrungen von der Patientin „so lebendig wie möglich“ (Courtois et al., 2011, S. 123) beschrieben. Dazu sind unterschiedliche Methoden wie die narrative Expositionstherapie, abgestufte oder direkt mit der schlimmsten Traumatisierung arbeitende (flooding-) Verfahren sowie EMDR möglich. Es soll dem angstbedingten Vermeiden der Erinnerung entgegengewirkt und die Entwicklung von Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit der Patientin unterstützt werden. Darüber hinaus wird auch an ihren dysfunktionalen Überzeugungen über sich selbst und Andere gearbeitet. Die abschließende Phase der Reintegration kann nach Courtois et al. (2011) für

die Patientin sehr schwierig sein, da sie an ihren vergangenen Beeinträchtigungen anknüpft, an weiterhin unaufgelösten Entwicklungsdefiziten sowie der für die Patientin oft schwierigen Entwicklung vertrauenswürdiger Beziehungen gearbeitet wird.

Jackson, Nissenson und Cloitre (2011) beschrieben eine Möglichkeit zur Umsetzung des beschriebenen Behandlungsablaufs im Rahmen einer kognitiven Verhaltenstherapie. Dabei stellen die Exploration, Überprüfung und Veränderung der mit psychischen Beeinträchtigungen verbundenen Überzeugungen, Gefühle und Verhaltensweisen den zentralen Ansatzpunkt dar. In der Stabilisierungsphase werden der Patientin in einem Skillstraining strukturiert Möglichkeiten zur Wahrnehmung, Beschreibung, Unterscheidung und Regulation von Gefühlen, zur Selbstberuhigung sowie zum Umgang mit schwierigen Situationen vermittelt. Darüber hinaus wird die häufig desorganisierte Bindung der Patientin berücksichtigt, in dem Beziehungen zu den engsten Bezugspersonen erforscht und interpersonelle Fähigkeiten entwickelt werden. Die Exposition wird auf Tonband aufgenommen, zuerst gemeinsam mit der Therapeutin und anschließend als Hausaufgabe von der Patientin alleine Zuhause angehört. Zum Abschluss der Expositionssitzungen wird darauf fokussiert, wie die Patientin sich bei der Exposition fühlte und welche interpersonellen Schemata, die auch gegenwärtige Verhaltensweisen erklären, wirksam waren. Die in Kapitel 1.5 beschriebene und in dieser Arbeit evaluierte PITT ist ebenfalls eine zur Behandlung der komplexen PTBS entwickelte Therapie.

1.4.6 Behandlung dissoziativer Störungen

Das ursprünglich auf Janet (1889) zurückgehende Phasenmodell mit Stabilisierung, Konfrontation und Integration ist auch die Grundlage der Behandlung dissoziativer Störungen nach van der Hart et al. (2008). Ziel der Behandlung ist eine Erhöhung der Funktionsfähigkeit der Person durch Integration der dissoziierten Anteile soweit möglich. Voraussetzung dafür ist, dass die Patientin die Realität wahrnimmt und sich anpassen kann (Realisation), Gefühle, Gedanken und Handlungen als zu sich gehörig wahrnimmt (Personifikation) und mit ihren Erfahrungen in der Gegenwart präsent ist (Präsentifikation). Die Behandlung und damit auch die Anwendung des Phasenmodells sind auf das Ausmaß der Dissoziation abzustimmen. So ist eine Konfrontation in der Regel die Therapie der Wahl bei primärer Dissoziation (siehe Abschnitt 1.1.2.3), hingegen ist bei sekundärer oder tertiärer Dissoziation eine vorangehende Stabilisierungsphase essentiell, um eine Überforderung und Dekompensation der Patientin zu verhindern (Steele & van der Hart, 2011). Neben den typischen Inhalten der Stabilisierungsphase (z.B. Aufbau einer therapeutischen Beziehung, Psychoedukation, Arbeit an Sicherheit und Alltagsfunktionalität, Skillstraining) ist die Arbeit an störungsspezifischen Phobien, die typischerweise vor allem bei hoch dissoziativen

Patientinnen auftreten, zentral. Auf die Phobie vor Bindung(sverlust) kann die Therapeutin durch Schaffung einer haltgebenden Umgebung und therapeutischen Beziehung reagieren, die es ermöglichen, kognitive Verzerrungen der Patientin zu bearbeiten und dysfunktionale Verhaltensweisen zu verändern. Der Phobie vor Gedanken, Gefühlen und Körperempfindungen kann durch Wahrnehmungsübungen und Elemente des Skilltrainings begegnet werden. Von zentraler Bedeutung ist auch die Phobie vor dissoziierten Anteilen. Nach einer Stärkung des bzw. der ANP(s) gilt es, an einer Akzeptanz, positiven Kommunikation und Koordination der unterschiedlichen Anteile zu arbeiten.

Die Besonderheit der unterschiedlichen Anteile bei einer dissoziativen Patientin ist auch in der folgenden Phase der Traumakonfrontation zu berücksichtigen, da es nach van der Hart et al. (2008) unterschiedliche Zugänge der einzelnen Anteile zu Erinnerungen und verschiedene Möglichkeiten im Umgang mit den Traumatisierungen gibt. Deshalb sollte die Therapeutin vorher klären, welche(r) Anteil(e) an der Traumakonfrontation beteiligt ist bzw. sind und welche(r) in Sicherheit gebracht werden sollte(n). Aufgrund der unterschiedlichen Einstellungen der Anteile zur traumatischen Situation und zur (in den meisten Fällen vorhandenen) Täterin ist es wichtig, im Rahmen der Konfrontation möglichst alle (oft widersprüchlichen) Gefühle und Überzeugungen herauszuarbeiten und auch auf diesem Weg Integrationsarbeit zu leisten. In der abschließenden Integrationsphase liegt der Fokus auf der Entwicklung der Fähigkeit, als (möglichst stark) vereinigte Persönlichkeit zu leben. Damit verbunden sind oft intensive Phasen des Trauerns. Es gilt, sich von dysfunktionalen Verhaltensweisen zu lösen, Alternativen (z.B. auch imaginativ) zu erproben und neue Beziehungen zu entwickeln.

Eine ebenfalls auf dem Phasenmodell aufbauende verhaltenstherapeutische Behandlung dissoziativer Patientinnen ist das kognitive zielorientierte Integrationsmodell von Fine (2004). Zentrale Methoden sind die Bearbeitung der dysfunktionalen Schemata, die in diesem Fall mit den unterschiedlichen Anteilen erfolgt, sowie eine Exposition ohne die „eine weiterreichende Lockerung der amnestischen Barrieren der Teilpersönlichkeiten sowie deren Vereinigung zu einer Einheit nicht möglich ist“ (Fine, 2004, S. 102). Zuvor wird jedoch in der stabilisierenden Phase ein Arbeitsbündnis etabliert. Die Therapeutin lernt die unterschiedlichen dissoziierten Anteile kennen, versucht sie mit der Patientin im Rahmen einer „inneren Landkarte“ zu sortieren und mit den einzelnen Anteilen an dysfunktionalen Kognitionen und Verhaltensweisen zu arbeiten. Dazu gehört es, die Anteile dabei zu unterstützen, die gegenwärtige Situation wahrzunehmen, um so zu erkennen, dass ihre auf traumatischen Erfahrungen beruhenden Verhaltensweisen mittlerweile dysfunktional sind und diese wie auch dysfunktionale Überzeugungen zu verändern. In der folgenden Konfrontationsphase wird an einer Wiederverbindung zuvor abgespaltener Gefühle,

Gedanken, Körperempfindungen und Verhaltensweisen gearbeitet. Dazu kann mit einem dissoziierten Anteil oder aber einer Gruppe von Anteilen gearbeitet und schrittweise vorgegangen werden, so dass zunächst nur ein Teil anstelle der gesamten traumatischen Situation berichtet wird. Zentral ist, dass die Patientin sich ihrem traumaassoziierten Erleben stellt, es in Zusammenhang mit der traumatischen und aktuellen Situation bewertet und so verändern kann. In der abschließenden Integrationsphase werden die veränderten Sicht- und Verhaltensweisen weiter integriert. Die im folgenden Kapitel 1.5 beschriebene und in dieser Arbeit evaluierte PITT ist ebenfalls eine zur Behandlung dissoziativer Störungen entwickelte Therapie.

1.4.7 Psychodynamische Traumatherapien

Die in Deutschland häufigste Form der psychodynamischen Traumatherapie entspricht einem Phasenmodell (Herman, 1992; Janet, 1889) mit Stabilisierung, Konfrontation und Integration (Fischer, 2000; Reddemann & Fischer, 2010; Sachsse & Dulz, 2004). Eine ausführliche Beschreibung der Inhalte der einzelnen Phasen, die in den unterschiedlichen psychodynamischen Therapien ähnlich sind, findet sich im folgenden Kapitel zur PITT (Abschnitt 1.5.3). Generell ist vor allem die Stabilisierung ein grundlegender Bestandteil und die Gemeinsamkeit aller psychodynamischen Traumatherapien. Es gibt Versuche, weitere zentrale gemeinsame Elemente zu identifizieren, um die Wirksamkeit der psychodynamischen Traumatherapie in kontrollierten Studien untersuchen zu können (Schottenbauer, Arnkoff, Glass & Gray, 2006).

Aufgrund der Vielzahl an inhaltlichen Überlappungen wird auf die Darstellung spezifischer psychodynamischer Traumatherapien in diesem Abschnitt verzichtet und es werden stattdessen typische Schwerpunkte psychodynamischer Traumatherapien beschrieben: So kommt der therapeutischen Beziehung in der psychodynamischen Traumatherapie eine elementare Bedeutung zu, um (häufig in Zusammenhang mit Traumatisierungen aufgetretene) internalisierte negative Beziehungserfahrungen der Vergangenheit zu verändern und neue positive Beziehungserfahrungen zu ermöglichen (Reddemann & Fischer, 2010). Darüber hinaus haben die Herausarbeitung und Erweiterung der Ressourcen sowie die Stärkung der Resilienz (d.h. der seelischen Widerstandskraft) einen zentralen Stellenwert. Traumafolgesymptome werden als Selbstheilungsversuche verstanden, die im Rahmen der Therapie durch die Verbindung eines stabilisierenden, konfrontativen und schließlich integrierenden Vorgehens unterstützt werden (Reddemann, 2008). Wesentliche Unterschiede psychodynamischer Traumatherapien bestehen lediglich im Ausmaß und der Art der Nutzung weiterer Elemente wie z.B. Deutungen, der Analyse der (Gegen-)Übertragung und Abwehrmechanismen.

1.5 Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT)

Die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT) wurde von Luise Reddemann und ihren Kolleginnen ab 1985 in der Klinik für psychotherapeutische und psychosomatische Medizin in Bielefeld entwickelt. Neben dem obligatorischen Ziel der Symptomreduktion wurde dabei von Beginn an auch die Ressourcenaktivierung der Patientinnen fokussiert (Reddemann, 2001). Weitere Besonderheiten der PITT bestehen in der intensiven Nutzung imaginativer Elemente vor allem zur Versorgung verletzter Anteile und der damit verbundenen Sicht der Vielfalt eines Menschen im Sinne der Ego-State-Therapie (Federn, 1952; Reddemann, 2011; Watkins & Watkins, 2003; siehe Abschnitt 1.5.2) sowie in der Integration kunst- und körpertherapeutischer Elemente (Engl, 2008; Lücke, 2008; Reddemann, 1998). Die PITT folgt dem Prinzip einer Phasenorientierung: Nach der zentralen Stabilisierungsphase zu Therapiebeginn ist bei entsprechender Indikation eine Traumakonfrontation sowie abschließend eine Phase der Integration vorgesehen. Reddemann (2011) empfiehlt, die Phasen flexibel und prozessorientiert an den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten der Patientin einzusetzen. Die Patientin sollte ausführlich über das therapeutische Vorgehen informiert und bei jedem therapeutischen Schritt neu in die Entscheidungsfindung einbezogen werden.

Von zentraler Bedeutung für das Verständnis und die Einordnung der PITT ist, dass das Patientinnenklientel der Klinik, in der das Verfahren (weiter-)entwickelt wurde, vor allem aus komplex traumatisierten (häufig in bzw. seit der Kindheit vernachlässigten und missbrauchten) Patientinnen besteht. Reddemann (2011) weist ausdrücklich auf die Unterschiede in der Behandlung ein- bzw. mehrfach traumatisierter Patientinnen bezogen auf negative Bindungserfahrungen und Selbstregulationsstörungen (Reddemann, 2013) sowie folgende Implikationen für die Durchführung einer Traumakonfrontation hin (siehe Abschnitt 1.5.3.2).

Im Folgenden werden die theoretischen Grundlagen der PITT (Abschnitt 1.5.1) sowie das zum Verständnis wichtige Ego-State-Modell (Abschnitt 1.5.2) beschrieben, bevor die einzelnen Phasen der Behandlung (Abschnitt 1.5.3) erläutert werden. Anschließend wird bei der Beschreibung des integrativen Prinzips der PITT die Einbeziehung unterschiedlicher Elemente zunächst aus theoretischer Sicht beschrieben (Abschnitt 1.5.4), ehe die praktische tägliche Arbeit mit der PITT in der Klinik für psychotherapeutische und psychosomatische Medizin dargestellt wird (Abschnitt 1.5.5). Ein Überblick über die aktuelle Forschungslage zur PITT (Abschnitt 1.5.6) sowie eine Beschreibung der Stärken und Herausforderungen dieser Arbeit zur Evaluation der PITT (Abschnitt 1.5.7) komplettieren das Kapitel.

1.5.1 Theoretischer Hintergrund

Die Wurzeln der PITT liegen in der psychoanalytischen und psychodynamischen Psychotherapie. Nach der Erfahrung, dass es in psychodynamischen Therapien mehrfach zu einer Zunahme des traumatischen Stresses bzw. zur Regression kam (Fischer, Reddemann, Barwinski-Fäh & Bering, 2003; Reddemann, 2003), wurden Therapieelemente in der PITT nach dem Prinzip „soviel Reform wie nötig, soviel Tradition wie möglich“ (Reddemann & Fischer, 2010, S. 263) abgewandelt. Die zentrale Grundannahme, dass die aktuelle Symptomatik der Patientin mit früheren Prozessen zusammenhängt, ist auch in der PITT handlungsleitend (Reddemann, 2000). Es werden Informationen aus der Beachtung der (Gegen-)Übertragungsprozesse, der Eigenübertragung und aus dem „szenischen Verstehen“ (der Beobachtung durch unbewusste Prozesse herbeigeführter Interaktionsmerkmale) für das therapeutische Verstehen und Arbeiten genutzt.

Ein zentraler Unterschied zu anderen psychodynamischen Therapien besteht darin, dass die Reinszenierung früherer Erfahrungen im therapeutischen Prozess als kontraindiziert angesehen wird, da sie für die Patientin massiv stressauslösend ist (Reddemann, 2008; Reddemann & Fischer, 2010). Dazugehörige Prozesse wie die Regression haben in der PITT durch den Einsatz imaginativer Verfahren dennoch Raum, finden aber nicht in der Beziehung zwischen Patientin und Therapeutin statt, sondern werden auf eine Vorstellungsebene verlagert und als dem „traumatisierten Ich“⁵ zugehörig betrachtet (Reddemann, 2003, 2008, 2011; siehe Abschnitt 1.5.2). Durch dieses Vorgehen soll die Arbeitsbeziehung des „erwachsenen Ichs“ zur Therapeutin geschützt werden. Darauf bezogen sieht Reddemann (2011, S. 86) eine „milde positive Übertragung“ als hilfreich an.

Im Vergleich zu den psychodynamischen Wurzeln ist die Therapeutin in der PITT aktiver und unterstützt die Patientin durch Fragen und Anregungen bei der Entwicklung ihrer Ressourcen und Selbstheilungskräfte. Somit wird nicht mit der Abstinenz im klassischen Sinne gearbeitet (Fischer & Reddemann, 2010; Reddemann, 2011). Der Umgang mit Deutungen und die Kommunikation eigener Wahrnehmungen mit der Patientin ist ebenfalls modifiziert: Während extreme (z.B. die Therapeutin idealisierende oder sehr negative) Übertragungen sofort angesprochen werden, sind Deutungen in der PITT erst im späteren Verlauf zu kommunizieren – wenn die Patientin ausreichend stabil ist – und sollten als Fragen formuliert werden (Reddemann, 2008, 2011).

⁵ Das „traumatisierte Ich“ ist im Sinne des Ego-State-Modells (Abschnitt 1.5.2) als eine Erlebenseite der Persönlichkeit einzuordnen. Im Folgenden werden die Begriffe „Ich“, „Ego-State“ und „(Persönlichkeits-)Anteil“ synonym verwendet.

Passend zu den psychoanalytischen und psychodynamischen Wurzeln der PITT wird die auf den Psychoanalytiker Paul Federn (1952) zurückgehende und von Watkins und Watkins (2003) weiterentwickelte Ego-State-Theorie in der PITT intensiv genutzt und im folgenden Abschnitt 1.5.2 beschrieben.

1.5.2 Arbeit mit unterschiedlichen Ego-States

Ego-States sind innere Erlebensseiten einer Person mit dazugehörigen Gefühlen, Gedanken und Handlungsimpulsen, die an bestimmte (biographische) Situationen (z.B. Kindheit, Job) gebunden sein können und nach Watkins (1993) zusammen eine „family of self“ [„Familie des Selbst“, S. 232] bilden. Bei Patientinnen mit dissoziativer Identitätsstörung werden Ego-States spür- und sichtbarer, die sich in Folge traumatischer Ereignisse als emotionale Zustände und emotionsferne funktionale Anteile herausgebildet haben. Sie sind stärker voneinander abgegrenzt als die Erlebensseiten nicht oder weniger schwer traumatisierter Patientinnen (Reddemann, 2013; van der Hart et al., 2008). Entsprechend kann auch in einem nicht-pathologischen Sinne mit Ego-States gearbeitet werden (Watkins, 1993). Die Ego-State-Theorie findet in der PITT bei der Versorgung verletzter Ego-States, der Arbeit mit blockierenden störenden Anteilen (sogenannten Täterintrojekten) sowie in der Therapie dissoziativer Patientinnen in Kombination mit unterschiedlichen Imaginationsübungen eine breite Anwendung (Reddemann, 2011). Ziele der Ego-State-Arbeit bestehen darin, einen hilfreicherer Umgang mit Belastungen zu finden, Ressourcen zu nutzen, bewusster mit Belastungen und Ressourcen leben zu können sowie sich selbst mit allen Seiten akzeptieren zu können (Reddemann, 2011).

In der PITT bedeutet die Nutzung der Ego-State-Theorie, dass die „innere Vielheit“ (Reddemann, 2011, S. 113) der Patientin gesehen und genutzt wird: Verschiedene Gefühle, Bedürfnisse, Handlungen aber auch Aufgaben können unterschiedlichen Anteilen zugeordnet werden und die (Gegen-)Übertragung ist auf der Ebene der Beziehung der (erwachsenen) Patientin zur Therapeutin sowie der Ebene der Beziehung der Ego States zur Therapeutin zu reflektieren. Zu Therapiebeginn ist es wichtig, dass die Therapeutin darauf achtet und daran arbeitet, dass es ein Einverständnis aller Ego-States zur Therapie gibt (Reddemann, 2008). Grundlage der Arbeit mit unterschiedlichen Anteilen in der PITT ist die „innere Bühne“, die die Patientin in der Vorstellung als Treffpunkt der unterschiedlichen Anteile entwickelt (Reddemann, 2003). Dabei bietet die innere Bühne Raum für alle Gefühle, Gedanken und Bedürfnisse der inneren Anteile und damit auch einen Raum zur Regression, zum Austausch und zur Unterstützung (Reddemann, 2008).

Ihre häufigste Anwendung findet die Ego-State-Arbeit im Rahmen der PITT in der Versorgung innerer verletzter Anteile. Dabei wird daran gearbeitet, dass das erwachsene Ich

ihren Schmerz anerkennt und sie tröstet. Konkret bedeutet das häufig, dass das erwachsene Ich mit Unterstützung der Therapeutin verletzte kindliche Anteile aus einer belastenden Szene rettet und an einen sicheren Ort bringt, wo sie möglicherweise auch mit Unterstützung imaginärer Helferinnen versorgt werden. In der Versorgung kindlicher verletzter Anteile durch das erwachsene Ich wird deutlich (und sollte betont werden), dass die Traumatisierungen vorbei sind und mittlerweile eine andere Zeit ist, in der der innere Anteil in Sicherheit ist und in der das erwachsene Ich in der Gegenwart lebt. Durch die Ego-State-Arbeit werden die Fähigkeiten der Patientin zur Selbstberuhigung und Selbstfürsorge und damit auch ihr Selbstwirksamkeitserleben erhöht (Reddemann, 2008, 2011).

Eine weitere wichtige Indikation für Ego-State-Arbeit im Rahmen der PITT ist die Arbeit mit Täterintrojekten, die nötig ist, wenn der Therapieprozess gestört wird (Reddemann, 2011). Dies passiert häufig in Form von internalen Schuldattributionen der Patientin oder in Form eines „inneren Verbots“ über die erlebten Traumatisierungen zu sprechen. Diese Phänomene sind durch Täterintrojekte zu erklären: Die Patientin verinnerlichte aufgrund von Abwehrmechanismen zum Schutz vor überwältigenden Gefühlen z.B. der Ohnmacht (Reddemann, 2011) und durch Spiegelneurone (Bauer, 2005) im Zeitraum des Erlebens der Traumatisierungen Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen der Täterin und zeigt diese nun selbst (Reddemann, 2011). Um die damit verbundenen Blockaden der Patientin im Therapieprozess aufzulösen, arbeitet die Therapeutin mit dem erwachsenen Ich daran, dass es auf der „inneren Bühne“ Kontakt zu dem täteridentifizierten Anteil aufnimmt, der wie jeder andere Anteil im Sinne der Ego-State-Arbeit als hilfreich angesehen und respektvoll und wertschätzend behandelt wird. Nach der Formulierung von Hypothesen zur Erklärung des Verhaltens des Täterintrojekts geht es auf der inneren Bühne darum, dessen Schutzfunktion zu würdigen und es anzuerkennen. Durch eine Reorientierung und Einbeziehung der aktuellen Lebenszeit des erwachsenen Ichs verdeutlicht dieses anschließend, dass das Verhalten des Täterintrojekts in der alten Form nicht mehr notwendig und hilfreich ist. Schließlich arbeiten das erwachsene Ich und der täteridentifizierte Anteil gemeinsam eine neue Aufgabe für diesen heraus.

Der dritte Einsatzbereich der Ego-State-Arbeit in der PITT liegt in der Therapie mit dissoziativen Patientinnen, in der sie durch direktes Ansprechen einzelner Teile der Patientin noch unmittelbarer genutzt wird. Darüber hinaus sind die Elemente der Wertschätzung aller Anteile, der Realitätsorientierung und Förderung der inneren Kommunikation auch in der Arbeit mit dissoziativen Patientinnen zentral (Reddemann, 2011). Insgesamt zeigt sich, dass die Ego-State-Arbeit sehr gut in die PITT mit ihrer imaginativen Arbeit zu integrieren ist und zur Erreichung wichtiger Therapieziele im Sinne einer Erhöhung der Möglichkeiten der Patientin zur Affektkontrolle, Selbstberuhigung und Selbstfürsorge beiträgt. Einzige

Kontraindikation der Ego-State-Arbeit ist, wenn diese anstelle der intendierten Ganzheitlichkeit der Patientin zu einer Fragmentierung führt (Reddemann, 2011).

Im Folgenden werden nun die einzelnen Phasen der PITT (siehe Abschnitte 1.5.3.1 bis 1.5.3.3) beschrieben, in denen jeweils auch die Ego-State-Arbeit zum Einsatz kommt. Zunächst erfolgt jedoch ein Überblick zum Ablauf der PITT (Abschnitt 1.5.3), in dem auch die Nutzung allgemeiner Therapiebestandteile (z.B. Zielfindung, Diagnostik) beschrieben wird.

1.5.3 Ablauf der PITT – ein Phasenmodell

Die Phasen der Stabilisierung, Konfrontation und Integration im Rahmen der PITT sind chronologisch zu sehen, müssen aber nicht zwangsläufig aufeinander folgen. „Therapie der Wahl ist eine umfassende, auf die Persönlichkeit zugeschnittene und die komorbiden Störungen berücksichtigende Behandlung“, beschreibt Reddemann (2011, S. 200).

Zunächst sind wichtige Voraussetzungen der Patientin für eine PITT zu überprüfen: Sie sollte veränderungsmotiviert sein, Mitgefühl für verletzte innere Anteile aufbringen und im Sinne einer therapeutischen Ich-Spaltung zwischen ihrem beobachtenden erwachsenen Ich und seinen Kompetenzen sowie ihren verletzten Anteilen unterscheiden können (Reddemann, 2011). Sind nicht alle diese Voraussetzungen erfüllt, ist ihre Erarbeitung zunächst das vorrangige Therapieziel. Beim Vorliegen der Voraussetzungen werden mit dem erwachsenen Ich in der PITT individuelle Therapieziele vereinbart. Wichtig ist eine realistische Zielsetzung, die berücksichtigt, dass eine Heilung in Form einer Rückkehr zum (Er-)Leben vor dem Trauma unmöglich ist. Stattdessen sind die Entwicklung von Strategien im Umgang mit den Traumafolgen und damit verbunden eine Reduktion der mit den Traumatisierungen verbundenen Schmerzen und Beeinträchtigungen sowie eine Stärkung der Ressourcen und Resilienz anzustreben (Reddemann, 2011).

Der Schwerpunkt der PITT liegt in der Stabilisierungsphase (Abschnitt 1.5.3.1), in der mit der Entwicklung der therapeutischen Beziehung die „wesentliche Grundlage einer Therapie“ (Reddemann, 2008, S. 24) geschaffen wird, die eine fundamentale Bedeutung für ihre Wirksamkeit hat (Reddemann, 2011). Die therapeutische Beziehung ermöglicht der Patientin eine im Vergleich zu den traumatischen Erlebnissen oft neue Erfahrung der Sicherheit und des Haltes, in dem sie durch die Therapeutin respektiert, verstanden und ermutigt wird. Die Entwicklung und Aufrechterhaltung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses hat in der PITT Priorität. Die Beziehungsgestaltung ist dazu an die Patientin und ihre Störung(en) anzupassen.

Bereits im Rahmen der Anamnese wird in der PITT nicht nur nach Symptomen sondern auch nach Ressourcen gefragt (Reddemann, 2011) und deren weitere Erkundung und Stärkung im Therapieverlauf immer wieder angeregt. Die Verdachtsdiagnose einer

Traumafolgestörung wird zunächst aufgrund des Vorwissens und der Beobachtungen der Therapeutin sowie szenischer Informationen gestellt und im Rahmen der biographischen Anamnese anschließend behutsam weiter validiert (Reddemann, 2011). Auch bei der folgenden psychologischen Diagnostik durch Fragebögen und Interviews soll die Patientin durch die Therapeutin begleitet werden, um eine Überforderung zu verhindern. Unerlässlich sind im Therapieverlauf fortlaufende Erläuterungen zum therapeutischen Vorgehen und das Einholen des Einverständnisses der Patientin, damit diese ein Gefühl der Kontrolle und keine Retraumatisierungen in der Arbeitsbeziehung erlebt (Reddemann, 2011).

Reddemann (2011) betont, dass es keine generelle Pflicht zur Stabilisierung gibt, sondern deren Indikation vor allem in der Behandlung instabiler Patientinnen besteht: Sollte die Patientin ausreichend stabil sein, ist eine Konfrontation (Abschnitt 1.5.3.2) bereits nach kurzer Therapiezeit möglich. Die abschließende Phase der Integration (Abschnitt 1.5.3.3) ist nicht als einzeln und abgegrenzt zu sehen, denn Bestandteile wie z.B. die Trauerarbeit finden auch in den beiden anderen PITT-Phasen statt. Die PITT-spezifischen Inhalte der drei Phasen werden nun beschrieben.

1.5.3.1 Stabilisierung

Zentrale Bestandteile der Stabilisierungsphase im Rahmen der PITT sind die Erarbeitung einer inneren und äußeren Sicherheit und eines Verständnisses der Traumafolgesymptomatik der Patientin, eine Symptomreduktion sowie die Entwicklung von Techniken zur Symptom- und Affektkontrolle, Selbstfürsorge und Selbstberuhigung. Zunächst ist es wichtig, zu klären, ob die Patientin noch Täterinnenkontakt hat. Der einzige therapeutische Fokus bei bestehendem Täterinnenkontakt liegt darin, an der Entwicklung einer äußeren Sicherheit und diesbezüglichen Entscheidung der Patientin zu arbeiten. Neben der äußeren sollte auch eine innere Sicherheit bestehen, d.h. die Patientin sollte mit eigenen Belastungen, emotionalem Erleben und widersprüchlichen Handlungstendenzen umzugehen lernen und ein Gefühl der Kontrolle erleben (Reddemann, 2008). Dazu trägt auch eine ausführliche Psychoedukation zu traumatischen Erlebnissen, Traumafolgen und Coping-Strategien der Patientin bei. Spezifische Symptome der Patientin werden als Selbstheilungsversuche eingeordnet (Reddemann & Fischer, 2010) und wie dysfunktionale Coping-Strategien (z.B. selbstverletzendes Verhalten) gewürdigt, die dysfunktionalen Strategien werden jedoch auch als solche benannt. Unter Beachtung der Würde und Selbstbestimmung der Patientin werden eine Überprüfung der Nützlichkeit ihrer Bewältigungsstrategien im aktuellen Leben sowie die Entwicklung adaptiverer Strategien angeregt. Eine Möglichkeit der Entwicklung und Sammlung hilfreicherer Strategien zur Selbstberuhigung stellt der Notfall- und Ressourcenkoffer dar (Reddemann, 2008).

Ein essentieller Bestandteil der Stabilisierungsphase ist die Arbeit mit Imaginationen. Die Imaginationsübungen sind keine Entspannungstechniken im engeren Sinne, sondern ermöglichen es der Patientin vielmehr, ihren Fokus auf etwas Angenehmes zu richten. Reddemann (2008) bietet vielfältige unterschiedliche Imaginationenübungen wie die Übung des sicheren Ortes, des inneren Gartens, des Gepäck-Ablegens, der inneren Helfer oder des inneren Teams sowie Achtsamkeitsübungen zur Einleitung und Beendigung der Übungen an. Sie betont, dass es einen individualisierten Umgang mit den Übungen geben sollte. Die Patientin kann sich die für sie passendsten Übungen aussuchen und falls sie diese nicht als hilfreich erlebt mit Unterstützung der Therapeutin eigene Vorstellungsbilder entwickeln. Neben diesen ressourcenorientierten Übungen ist die Imagination in der Stabilisierungsphase auch für die Entwicklung von Pendel- und Distanzierungstechniken elementar. So wird bei der Pendeltechnik angeregt, „für eine Balance zwischen Schreckens- und ‚guten‘ Bildern zu sorgen“ (Reddemann, 2008, S. 23). Dadurch soll die Patientin nach dem zuvor häufigen plötzlichen Auftauchen negativer Bilder eine Wahlmöglichkeit haben. Es wird mit ihr somit eine Alternative erarbeitet die negativen Bilder zu unterdrücken. Zur Distanzierung können die Imaginationen der inneren Beobachterin (die Patientin stellt sich eine Person vor, die die traumatische Situation beobachtet und sie nicht selbst erlebt hat) und die Bildschirmtechnik (belastende Situationen werden mit Hilfe einer vorgestellten Fernbedienung so verändert, dass sie weniger belastend sind) genutzt werden.

Ein weiterer ebenfalls imaginativer und zentraler Bestandteil der Stabilisierungsphase ist die Arbeit mit verletzten inneren Anteilen auf der inneren Bühne, die in Abschnitt 1.5.2 beschrieben wurde. Hilfreiche Grundlagen dafür und zur Entwicklung einer verbesserten Affektwahrnehmung und -kontrolle sind weitere Achtsamkeits- und Selbstbeobachtungsübungen, die ebenfalls in der Stabilisierungsphase vermittelt werden. Achtsamkeit im Sinne einer augenblicklichen Wahrnehmung und eines nicht wertenden Umgangs mit sich selbst kann dazu beitragen, die nach Traumatisierungen häufige Vermischung von früheren traumaassoziierten sowie aktuellen Gefühlen zu bemerken und aufzuheben sowie Dissoziationen zu reduzieren (Reddemann, 2008). Übungen zur Wahrnehmung von Achtsamkeit sollten zunächst mit äußeren Elementen beginnen, um einer Überflutung, die beim anfänglichen achtsamen Wahrnehmen von Gefühlen entstehen kann, vorzubeugen. Aus dem gleichen Grund empfiehlt Reddemann (2006), bei Selbstbeobachtungsübungen mit der Wahrnehmung von Handlungen anstelle der Wahrnehmung von Gefühlen zu beginnen. Somit erfolgt eine schrittweise Annäherung an die Kontrolle intensiver und teilweise destruktiver Gefühle (Dehner-Rau & Reddemann, 2010).

Zum Abschluss der Stabilisierungsphase sollte die Patientin über äußere und innere Sicherheit verfügen, Ressourcen entwickelt haben, es sollte ihr möglich sein, belastende

Gefühle auszuhalten und diese zu kontrollieren, sie sollte Möglichkeiten des Umgangs mit verletzten inneren Anteilen - insbesondere der Versorgung und des Trostes - entwickelt haben, über Distanzierungstechniken verfügen und ihre (vor allem auch komorbiden, z.B. depressiven) Symptome sollten reduziert sein.

1.5.3.2 Konfrontation

Reddemann (2008) beschreibt das Vorliegen von Sicherheit der Patientin als zentrale Voraussetzung zur Durchführung einer Traumakonfrontation. Diese Sicherheit bezieht sich auf das Erleben der Patientin in der therapeutischen Beziehung, in den Beziehungen zur Außenwelt sowie im Umgang mit sich selbst. Bei bestehendem Täterinnenkontakt beispielsweise ist Traumakonfrontation kontraindiziert. Bei passivem Täterinnenkontakt (z.B. Kontakt mit einer mittlerweile pflegebedürftigen Täterin) sollte die Patientin sehr stabil sein, wenn eine Traumakonfrontation durchgeführt wird. Weitere Kontraindikationen sind Psychosen, Suizidalität, schwere körperliche Erkrankungen, instabile psychosoziale Situationen, mangelnde Affekttoleranz, anhaltende schwere Dissoziationsneigung, unkontrolliertes, autoaggressives Verhalten und mangelnde Distanzierungsfähigkeit zum traumatischen Ereignis (Reddemann, 2011). In diesen Fällen sind weitere Stabilisierung und gegebenenfalls zusätzlich eine medikamentöse und sozialpsychiatrische Behandlung indiziert. Zudem ist bei Problemen in der Affektregulation, Sucht, einer Impulskontrollstörung oder Somatisierung die Indikation für eine Traumakonfrontation sorgfältig zu prüfen.

Anteile, die im Sinne des Ego-State-Modells (siehe Abschnitt 1.5.2) mit der traumatischen Situation emotional verbunden sind, sollten vor Beginn der Konfrontation an einen imaginären sicheren Ort gebracht werden. Die Konfrontation ist nach Reddemanns Empfehlung mit der Beobachertechnik und damit in einer für die Patientin schonenden Form durchzuführen (Reddemann, 2008, 2011). Dabei berichtet die Patientin in einer distanzierten Form (z.B. spricht sie über „das Kind“ anstelle von „ich“) über die traumatischen Ereignisse. Reddemann (2008) betont, dass die Beobachterübung der Patientin sichtbar macht, dass die traumatische Situation Teil eines größeren Ganzen (z.B. ihrer gesamten Lebensgeschichte) ist. Zudem schätzt sie die Konfrontation mit der Beobachertechnik insgesamt als für die Patientin weniger belastend ein als andere Konfrontationstechniken (Reddemann, 2011). Das behutsame Vorgehen soll das Auftauchen weiterer traumatischer Erinnerungen verhindern und das Selbstwirksamkeitserleben und die Resilienz der Patientin stärken.

Im Verlauf der Traumakonfrontation werden von der Therapeutin mit Hilfe des BASK-Modells (Braun, 1988) das mit der traumatischen Situation verbundene Verhalten (Behavior), die Gefühle (Affect), das Körpererleben (Sensation) und die Gedanken (Kognition) erfragt. Ziel ist es, eine Integration der traumatischen Erfahrung zu erreichen. Zur Vorbereitung

können die Beobachertechnik und das BASK-Modell an einer neutralen oder positiven Situation geübt werden. Reddemann (2011) empfiehlt, Anfang und Ende der traumatischen Situation, die in der Konfrontation bearbeitet wird, sowie die Sitzungszeit im Vorfeld festzulegen und zu überprüfen, ob die in der Stabilisierungsphase entwickelten Selbstberuhigungstechniken für die Patientin nutzbar sind.

In der Konfrontation selber wird zunächst die Anspannung eingeschätzt (Subjective Units of Distress-Skala, SUD, von Null [keine Belastung] bis Zehn [maximale Belastung], Reddemann, 2011) und mittels eines „Bodyscan“ überprüft, in welchem Körperbereich die Belastung spürbar ist. Darüber hinaus gehören das Formulieren einer (zunächst negativen) Kognition sowie einer Wunschkognition und die Einschätzung des Zutreffens der Wunschkognition (Validity of Cognition-Scale, VoC, von Eins [trifft nicht zu] bis Sieben [trifft voll zu], Reddemann 2011) zur Einleitungsphase. Mit der Patientin wird ein Signal vereinbart, mit dem sie die Konfrontation unterbrechen kann, was ihre Kontrollwahrnehmung stärken soll. Während der Konfrontation ist es die Aufgabe der Therapeutin, alle Elemente des BASK-Modells in der Beschreibung der Patientin zu beachten und fehlende Elemente zu erfragen, um beste Voraussetzungen für eine Integration der traumatischen Erfahrung zu schaffen. Droht die Patientin so sehr in das Erleben zu rutschen, dass sie von traumaassoziierten Gefühlen überflutet werden könnte, greift die Therapeutin ein und unterstützt sie in der Distanzierung, indem sie ihr hilft, ihre verletzten Teile an den sicheren Ort zu bringen und wieder die Beobachterinnenposition einzunehmen. In schwierigen Situationen kann zudem die Pendeltechnik (siehe Abschnitt 1.5.3.1) für die Patientin hilfreich sein, um durch einen Wechsel zwischen ihrem belastenden Erleben während der traumatischen Situation und ihrem Erleben in der Gegenwart eine Realitätsorientierung und Zunahme des Sicherheitsgefühls zu erreichen. Außerdem wird die Wahrnehmung traumaverarbeitender Gefühle wie Trauer und Wut, die den beobachtenden Teil mit dem erlebenden Anteil der Patientin verbinden, von der Therapeutin empathisch begleitet und unterstützt.

Am Ende der Traumakonfrontation steht eine Phase des Trostes, in der der traumatisierte Teil imaginativ versorgt wird. Anschließend unterstützt die Therapeutin die Patientin dabei, die traumatische Situation zu verlassen, ihre Aufmerksamkeit wieder auf die Gegenwart zu richten und sich zu reorientieren. Wie zu Beginn wird erneut die Belastung der Patientin (SUD) erfragt, es wird ein Bodyscan angeleitet und die dazugehörige Wahrnehmung erfragt und das Zutreffen ihrer Wunschkognition (VoC) eingeschätzt. Dabei ist zu beachten, dass die Belastung komplex traumatisierter Patientinnen oft weniger abnimmt als bei Patientinnen mit einem Monotrauma. Reddemann (2011) führt das darauf zurück, dass bei komplex traumatisierten Patientinnen durch Konfrontation auch belastendes Material aus anderen traumatischen Situationen auftaucht und empfiehlt, bei häufigen

ähnlichen traumatischen Situationen die erste, die schlimmste und die letzte Situation zu bearbeiten. Hingegen ist ihrer Ansicht nach bei unterschiedlichen Traumatisierungen deutlich mehr Traumakonfrontation nötig. In jedem Fall sollte am Ende der Konfrontationssitzung auf mögliche Belastungen der Patientin in den folgenden Tagen hingewiesen werden, geklärt werden, wie sie sich selbst beruhigen und versorgen kann und eine Kontaktmöglichkeit mit der Therapeutin vereinbart werden. An die Traumakonfrontation schließt sich eine mindestens zweiwöchige Phase der Restabilisierung an, die von zentraler Bedeutung für die Stabilität der Patientin ist (Reddemann, 2011, S. 234):

„Das Wichtigste ist, dass die Patientin sich im Hier und Jetzt sicher fühlt und dass sie ihre Alltagsaufgaben bewältigt. Führt man zu viele traumakonfrontative Sitzungen ohne ausreichende Restabilisierung durch, halten sich die Patientinnen immer mehr in der Vergangenheit auf und verlieren den Kontakt zur Gegenwart. Das ist keinesfalls wünschenswert.“

Neben der Beobachertechnik können nach Reddemann (2008) auch andere Konfrontationsverfahren wie EMDR (Hofmann, 1999; Shapiro, 1995) sowie gestalttherapeutische (Butollo, Hagl & Krüsmann, 1998) und verhaltenstherapeutische Ansätze (z.B. Foa & Rothbaum, 2001) in die PITT integriert und eingesetzt werden.

1.5.3.3 Integration

In der abschließenden Integrationsphase sollen die in der Therapie erarbeiteten Inhalte in den Alltag der Patientin übertragen werden sowie die traumatische Situation und ihre Folgen in die eigene Biographie und Selbstwahrnehmung integriert werden. Die Inhalte der Integrationsphase sind teilweise bereits Bestandteil der Stabilisierungs- und Konfrontationsphase, sind zum Abschluss der Behandlung jedoch noch einmal von besonderer Bedeutung (Reddemann, 2011). Zentrale Elemente sind der Umgang mit Gefühlen vor allem der Trauer und der Schuld, die konkrete Anwendung des in der PITT Erlernten, die Klärung von Sinnfragen sowie der Abschied und Neubeginn. Die Therapeutin unterstützt die Patientin dabei, die am Behandlungsende oft intensiven Gefühle der Trauer zuzulassen und einen liebevollen Umgang mit sich zu pflegen. Darüber hinaus sind häufig eine Klärung der Ursachen von Schuldgefühlen und ein darauf abgestimmter Umgang (z.B. der Täterin die Schuld imaginativ zurückzugeben) nötig. Reddemann (2008) gibt unterschiedliche Anregungen für den Umgang mit Gefühlen. Dabei geht es nicht nur um die Arbeit mit negativen Gefühlen, sondern auch um die Förderung des Wahrnehmens von Freude (Reddemann, 2011). Darüber hinaus gilt es, den veränderten fürsorglicheren

Umgang der Patientin mit sich selbst zu festigen. Dazu kann die Therapeutin ihr z.B. die Aufgabe geben, alles aufzuschreiben, was sie sich von einem geliebten Menschen wünscht, um diese Liste anschließend als Leitlinie in der Erarbeitung eines liebevolleren Umgangs mit sich selbst zu verwenden. Weiterhin können zur Übertragung der im Rahmen der PITT entwickelten Ressourcen und Strategien in den Alltag Handlungsalternativen z.B. in Konfliktsituationen in der Therapie erarbeitet werden und die Patientin kann zum Ausprobieren ermutigt werden. Außerdem können die Klärung von Sinnfragen und die Entwicklung von Zukunftsvisionen wichtig sein. Ein festes Thema der Integrationsphase ist zudem der Abschied. Neben dem Abschied aus der Therapie geht es dabei oft auch um die Auflösung traumaassoziierter negativer Verbindungen und Gefühle zur Täterin beispielsweise in Form von Ritualen (z.B. einen Brief verbrennen oder einen Gegenstand vergraben). Insgesamt kann die Integrationsphase abhängig von den Bedürfnissen, Themen und dem Therapieprozess der Patientin ganz unterschiedliche Formen annehmen.

1.5.4 Die PITT als integrativer Ansatz

Die PITT ist ein in ihrer Entwicklung durch Modifikation psychodynamischer Konzepte, ihre Resilienz- und Ressourcenorientierung und die umfassende Nutzung imaginativer Elemente einzigartiger Ansatz, der im doppelten Sinne integrativ ist: Reddemann (2004, 2011) bezog einerseits Elemente unterschiedlicher Therapierichtungen in die (Weiter-) Entwicklung der PITT mit ein und etablierte außerdem neben der psychotherapeutischen Einzeltherapie auch den Einsatz von Gruppentherapie sowie kunst- und körpertherapeutischer Arbeit. Damit ist die PITT nicht nur in ihrer Entwicklung, sondern auch in ihrer Anwendung integrativ. Im Folgenden wird zunächst ein kurzer Überblick über die Integration verschiedener therapeutischer Schulen in die PITT gegeben (Abschnitt 1.5.4.1) und anschließend die Integration verschiedener Therapieformen wie Gruppentherapie (Abschnitt 1.5.4.2.1) sowie Kunst- (Abschnitt 1.5.4.2.2) und Körpertherapie (Abschnitt 1.5.4.2.3) in die Arbeit mit der PITT erläutert.

1.5.4.1 Integration verschiedener therapeutischer Schulen in der PITT

Neben psychoanalytischen und psychodynamischen Hintergründen finden sich in der PITT Einflüsse aus vielen anderen therapeutischen Schulen wie der Hypnotherapie (z.B. Erickson & Rossi, 1989), der Verhaltenstherapie (z.B. Ellis & Hoellen, 1997), der systemischen Therapie (z.B. Schwartz, 1997), der positiven Psychologie (z.B. Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) sowie der in Abschnitt 1.5.2 beschriebenen Ego-State-Theorie (z.B. Watkins & Watkins, 2003), die Reddemann (2008, 2011) in ihre Therapie zur Behandlung vor allem komplex traumatisierter Patientinnen integrierte. So können im Rahmen der PITT

beispielsweise (un-)bewusste Prozesse zur Unterstützung der Problemlösung angesprochen werden (Hypnotherapie), es werden Methoden der kognitiven Umstrukturierung genutzt (Verhaltenstherapie), im klinischen Kontext gibt es Angebote zu Paar- oder Familiengesprächen (systemische Therapie) und ein Fokus liegt auf der Resilienzorientierung (positive Psychologie). Reddemann (2008, S. 13) selbst betont ihr in der Entwicklung der PITT wesentliches „Interesse, für die verschiedensten Möglichkeiten, Menschen dabei zu begleiten, stabiler zu werden und zu lernen, sich selbst zu trösten.“

1.5.4.2 Integration verschiedener Therapieformen in der Arbeit mit PITT

1.5.4.2.1 Gruppentherapie

Die Gruppentherapie ist für Reddemann (2010) ein wichtiges Element der Traumatherapie, das psychoedukative, ressourcenaktivierende und lösungsfokussierende Elemente enthalten sollte. In der Klinik für psychotherapeutische und psychosomatische Medizin werden drei unterschiedliche Formen der Gruppentherapie angeboten (Schwerpunkt der Gruppentherapie auf Psychoedukation, Schwerpunkt der Gruppentherapie auf Krisenintervention, Schwerpunkt der Gruppentherapie auf interaktionellem, ressourcen- und lösungsorientiertem Vorgehen), in die die Patientinnen entsprechend ihrer Symptomatik und der Indikation zugeordnet werden. In allen Gruppentherapien soll die Patientin ein Gefühl der Kontrolle spüren, damit sie präsent sein und lernen kann (Heffler & Mehler, 2010). Ziele der Gruppentherapie bestehen nach Reddemann (2010, S. 25) darin, dass die „Patientinnen neue Erfahrungen machen, die ihnen ermöglichen, (wieder) Hoffnung zu schöpfen, sich als selbstwirksam zu erleben, Zukunftsperspektiven zu entwickeln und sich im Zusammensein mit Anderen zunächst einigermaßen sicher zu fühlen.“

Insgesamt können viele PITT-Elemente wie die Arbeit mit inneren verletzten Anteilen, die Arbeit an einer verbesserten Affektwahrnehmung und –regulation oder Selbstfürsorge auch Bestandteil der Gruppentherapie sein (Heffler & Mehler, 2010; Reddemann, 2010). Weitere Themen sind die Entwicklung von Selbstberuhigungs-, Problemlöse-, Kriseninterventions- und Coping-Strategien sowie Strategien zur Symptomkontrolle und die Erweiterung der Möglichkeiten der Patientinnen in zwischenmenschlichen Kontakten. Die Bearbeitung dieser Themen, die auch von Patientinnen eingebracht werden können, erfolgt unter Berücksichtigung ihrer Beeinträchtigungen, Möglichkeiten und Fähigkeiten, um eine Überforderung zu vermeiden und die Entwicklung positiver Erfahrungen in der Gruppe zu fördern. Hingegen ist eine „tiefergehende Auseinandersetzung mit den traumatischen Erfahrungen“ (Reddemann 2010, S. 27) in der Gruppentherapie der PITT nicht indiziert. Die klassische Form der psychodynamischen Gruppentherapie wird abgewandelt, indem auf

beziehungs- und konfliktzentrierte sowie deutende Interventionen verzichtet wird, die zu einem überfordernden Wiedererleben traumatischer Erfahrungen sowie einer Überflutung führen könnten (Wöller, 2010).

Die Gruppentherapie mit traumatisierten Patientinnen stellt hohe Anforderungen an die Therapeutin, da diese sehr flexibel und mit fundiertem traumaspezifischen Wissen auf die jeweilige Situation reagieren muss und die Anwendung ihrer möglichst breiten therapeutischen Techniken dazu ständig reflektieren muss (Heftler & Mehler, 2010; Reddemann, 2010). Die therapeutische Haltung sollte authentisch, freundlich, geduldig, zugewandt, würde- und respektvoll sein. Die Therapeutin ist aktiv, sie stellt viele Fragen und bietet Aufgaben und Themen an, damit keine Schweigepausen entstehen, die für die traumatisierten Patientinnen stressauslösend wären (Reddemann, 2010). Sie würdigt das Leid der Patientinnen, ist achtsam und präsent. So werden den Patientinnen auch im Gruppenkontext, der für viele von ihnen aufgrund ihres sozialen Rückzugs eine besondere Herausforderung darstellt, andere Beziehungserfahrungen mit der Therapeutin und den Patientinnen ermöglicht. Bei einer Patientin mit dissoziativer Identitätsstörung wird im Vorfeld geklärt, dass sie mit einem erwachsenen Anteil in der Gruppe präsent sein sollte und „nicht kontrollierbare, deutliche Wechsel der Persönlichkeitsanteile in den Gruppen nicht erwünscht sind“ (Heftler & Mehler, 2010, S. 48).

1.5.4.2.2 Kunsttherapie

Die Kunsttherapie erweitert das therapeutische Angebot der PITT auf wichtige Weise, in dem sie einen anderen, nicht sprachlichen Zugang zum eigenen Erleben ermöglicht. Durch das Gestalten kann die traumatisierte Patientin innere Prozesse ausdrücken, was eine hilfreiche Distanzierung, Strukturierung und einen veränderten Blickwinkel ermöglichen kann und ihr Vertrauen in ihre Handlungskompetenz fördert (Lücke, 2008). Dabei wird sie von einer Therapeutin im Einzel- oder Gruppensetting begleitet. Gerade auch in Zusammenhang mit dem imaginativen Schwerpunkt der PITT hat die Kunsttherapie einen besonderen Stellenwert. Reddemann (2008) bewertet die Kunsttherapie als „wichtigen Beitrag zur Sichtbarmachung von inneren Bildern“ (S. 131) und effektive Ergänzung der Arbeit mit Imaginationen. Lücke (2008) beschreibt eine wechselseitige Verbindung zwischen Imagination und Gestalten, so dass die Imagination den Gestaltungsprozess anregen oder die Gestaltung einen ersten Zugang zur „inneren Bilderwelt“ (S. 132) darstellen und die Arbeit mit Imaginationsübungen voranbringen kann.

Die Kunsttherapie kann die Therapieprozesse der PITT in jeder Phase unterstützen. Ziele können in einer Ressourcenaktivierung, einer Verbesserung der inneren Kommunikation sowie einer Verbesserung der Affekt- und Impulsregulation und der Selbstfürsorge bestehen

(Kastner & Lücke, 2009). Konkret kann beispielsweise die Arbeit mit Kreisbildern (sogenannten Mandalas) in der Stabilisierungsphase bei massiver Anspannung oder dem Gefühl einer Überflutung durch traumatisches Material zu einer Beruhigung führen. Eine Traumakonfrontation ist bei ausreichender Stabilität der Patientin im Einzelsetting gestalterisch in Form eines Triptychons (eines dreigeteilten Bildes) möglich. Dazu wird auf der linken Seite ein Moment vor dem Trauma und auf der rechten Seite eine Vorstellung der eigenen Zukunft nach Bearbeitung des Traumas vergegenwärtigt. In der Mitte wird innerhalb eines sicheren Rahmens ein Schlüsselbild zur traumatischen Situation gestaltet (Lücke, 2008). Zum Abschluss der Therapie wird von Lücke (2008) eine Sortierung und damit verbunden eine Integration der im Rahmen der PITT entstandenen Gestaltungen angeregt.

1.5.4.2.3 Körpertherapie

Ebenso wie die Kunsttherapie ermöglicht auch die Körpertherapie einen anderen, nicht primär sprachlichen Zugang zum eigenen Erleben, der gerade in der Arbeit mit schwer traumatisierten Patientinnen eine herausragende Bedeutung hat: „Der Körper ist der Ort der Traumatisierung, d.h. wir müssen ihn mit einbeziehen. Jede Traumatherapie, die Erfolg zeigen soll, wird Wege finden müssen, den Körper mit einzubeziehen“, betont Reddemann (2008, S. 91-92). Zentrale Inhalte der Körpertherapie im Rahmen der PITT sind die Arbeit an einer veränderten achtsamen Wahrnehmung körperlicher Prozesse und Empfindungen (Reddemann, 2008), an einer angstfreien Nutzung der motorischen und interaktiven Ressourcen der Patientin (Stehlig, 2009), aber auch an den speziell nach Traumatisierungen häufig zentralen Themen Schutz, Nähe, Distanz und Grenzsetzung (Dröge, 2009). Dazu werden unterschiedliche Bewegungsformen (z.B. langsame Bewegungen, Tanzen) sowie Imaginationen oder Geschichten genutzt und es können unterschiedliche Gegenstände (z.B. Bänder, Bälle) in die Arbeit einbezogen werden. Die Ziele bestehen unter anderem in der Stärkung des Vertrauens in den Körper, der Förderung eines liebevollen Umgangs mit sich sowie der Selbstfürsorge, der Unterstützung eines Spürens von Freude und Energie sowie der Nutzung physiologischer Informationen zur Einschätzung des eigenen Wohlbefindens (Reddemann, 2000, 2008).

Die Körpertherapie wird in der PITT in verschiedenen Angeboten realisiert: Bei entsprechender Indikation erhält die Patientin Körpertherapie im Einzel- oder Gruppensetting, die individuell auf ihre Bedürfnisse abgestimmt ist und in der die beschriebenen unterschiedlichen Bewegungsformen, Elemente und Gegenstände zum Einsatz kommen. Alle Patientinnen bekommen zudem regelmäßig Qigong und Selbst-Breema, wobei spezifische Übungen im offenen Gruppensetting durch die Therapeutin angeleitet werden.

Reddemann (2008a) sieht „Qigong als Möglichkeit intensiver Selbstbegegnung und Selbstmanagements“ (S. 10). Ziel des Qigong ist es nach Fischer und Schwarze (2008) „einen Gesundheits- oder Entwicklungsprozess auf körperlicher, emotionaler, geistiger oder auch spiritueller Ebene zu fördern“ (S. 14), der im von Fischer (2009) für traumatisierte Patientinnen adaptierten Vorgehen mittels stabilisierender Körpererfahrungen ermöglicht werden soll. Fischer und Schwarz (2008) postulieren eine Wechselwirkung zwischen Denken und Fühlen einerseits sowie körperlichen Prozessen andererseits. So kann Qigong zu den allgemeinen PITT-Zielen der Stabilisierung, Ressourcenaktivierung und Resilienzförderung durch eine Verbesserung der Selbstwahrnehmung, Selbstberuhigung, Selbstsicherheit, Selbstwirksamkeit und Gelassenheit beitragen (Fischer, 2006; Fischer & Schwarz, 2008).

Dem Selbst-Breema (Schreiber, 1989) liegt die Vorstellung zugrunde, den Körper durch die in den Übungen vermittelten eigenen Berührungen zu nähren (Reddemann, 2008). Dröge (2009) nennt als Ziele des Selbst-Breemas „festgefahrene Strukturen in Körper, Geist und Seele aufzulösen und Möglichkeiten für neue Bewegung und Haltung zu schaffen“ (S. 32). Neben der Stärkung der Standfestigkeit und der achtsamen Wahrnehmung des eigenen Körpers und seiner Grenzen kann das Selbst-Breema für eine traumatisierte Patientin die Möglichkeit eröffnen, im Umgang mit ihrem Körper ein Gefühl der Leichtigkeit zu erleben. Dieses Erleben stellt nach den körperlichen Grenzüberschreitungen im Rahmen der Traumatisierungen eine wichtige neue Erfahrung dar (Dröge, 2009; Reddemann, 2008).

1.5.5 PITT-Anwendung in der Klinik für psychotherapeutische Medizin

In diesem Abschnitt wird die praktische Anwendung der PITT in der Klinik für psychotherapeutische und psychosomatische Medizin beschrieben. Dabei kommen neben den bisher beschriebenen Therapiebestandteilen – vorwiegend bei spezifischer Indikation - auch weitere Bestandteile zum Einsatz. Diese sind Teil des individuellen Behandlungsplanes der Patientinnen, der nach ihren spezifischen Bedürfnissen zusammengestellt wird. Zum Verständnis der in dieser Arbeit evaluierten (teil-)stationären Umsetzung der PITT wird ein Überblick über feste (Abschnitt 1.5.5.1) und variable Bestandteile (Abschnitt 1.5.5.2) der Therapie gegeben.

1.5.5.1 Feste Therapiebestandteile

Feste Bestandteile der PITT in der Klinik für psychotherapeutische und psychosomatische Medizin sind die Einzeltherapie und die Teilnahme an körpertherapeutischen Angeboten (Qigong, Breema) sowie am Stressbewältigungstraining. Bei diesem werden die für die PITT typischen Imaginationsübungen (siehe Abschnitt 1.5.3.1) zur Stärkung der Stressregulationsfähigkeiten und der Fokussierung auf angenehme Bilder im offenen

Gruppensetting angeleitet (Bluhm-Dietsche, 2009; Reddemann, 2008). In der Regel nehmen die Patientinnen täglich an zwei der drei Gruppenangebote teil, wobei Stressbewältigungstraining und Qigong dreimal wöchentlich und Breema viermal wöchentlich angeboten werden. Weiterer fester Therapiebestandteil ist die Teilnahme an der Gruppentherapie, bei der aus drei unterschiedlichen Gruppentherapieangeboten (Schwerpunkt der Gruppentherapie auf Psychoedukation, Schwerpunkt der Gruppentherapie auf Krisenintervention, Schwerpunkt der Gruppentherapie auf interaktionellem, ressourcen- und lösungsorientiertem Vorgehen) das für die jeweilige Patientin passendste ausgewählt wird. Je nachdem welche Gruppentherapie indiziert ist, ist auch Kunst- oder Körpertherapie im Einzel- oder Gruppensetting Bestandteil der Therapie. Patientinnen, die die interaktionelle Gruppentherapie erhalten, nehmen darüber hinaus auch an Körper- oder Kunsttherapie teil und erhalten zweimal wöchentlich insgesamt 75 Minuten Einzeltherapie. Patientinnen, die an der psychoedukativen Gruppentherapie oder der Krisengruppentherapie teilnehmen, nehmen darüber hinaus nicht an Körper- oder Kunsttherapie teil und erhalten ein- bis zweimal wöchentlich insgesamt 50 Minuten Einzeltherapie

Die angebotenen Gruppentherapien unterscheiden sich anhand ihrer Indikation, ihres theoretischen Hintergrundes sowie ihres Strukturierungsgrades. Die Indikation für eine spezielle Gruppentherapie ergibt sich aus dem Behandlungsanlass (aktuelle Krise vs. geplante traumazentrierte Behandlung) sowie der traumatherapeutischen Vorerfahrung der Patientin (gering vs. umfassend). Entsprechend erhält die Patientin entweder die psychoedukative Gruppentherapie, die Krisengruppentherapie oder die interaktionelle, ressourcen- und lösungsorientierte Gruppentherapie.

Die psychoedukative Gruppentherapie hat durch die Schwerpunkte der Psychoedukation und des Skillstrainings sowie durch ihr manualisiertes Vorgehen eine gewisse Ähnlichkeit zu verhaltenstherapeutischen Gruppentherapien, ohne jedoch konfrontative Verfahren zu nutzen. Patientinnen erhalten zwei unterschiedliche Gruppenangebote, die rein psychoedukativ orientierte Gruppe und die sogenannte „Übungsgruppe“. Bei der psychoedukativen Gruppentherapie finden insgesamt 12 Sitzungen für jeweils 45 Minuten zweimal wöchentlich im halboffenen Gruppensetting statt (d.h. neue Patientinnen werden fortlaufend aufgenommen) und es gibt keine Teilnehmerinnenbegrenzung. Inhaltlich werden den Patientinnen Informationen zu Themen wie z.B. traumatischen Erfahrungen, Symptomen und Therapien von Traumafolgestörungen sowie Ressourcen vermittelt (Reddemann & Dehner-Rau, 2004). Das Angebot richtet sich vor allem an Patientinnen, die bisher wenige Erfahrungen mit traumazentrierter Therapie haben, kann bei Bedarf (z.B. bei schweren Konzentrationsstörungen) jedoch auch mehrfach durchlaufen werden (Jakob, 2010; Reddemann, 2010). Bei der Übungsgruppentherapie finden ebenfalls 12 Sitzungen dreimal

wöchentlich für jeweils 45 Minuten im geschlossenen Gruppensetting mit maximal acht Patientinnen statt. Zwei Termine pro Woche werden von einer Therapeutin angeleitet, ein Termin besteht aus einer geplanten Eigenarbeit der Gruppe. Das Vorgehen ist auch hier stark manualisiert. Es werden Ressourcen, Problemlöse- und Kriseninterventionsstrategien sowie imaginative PITT-Übungen wie der sichere Ort oder die Tresorübung erarbeitet.

Ein hohes Maß an Strukturierung weist auch die Krisengruppentherapie auf, bei der es je eine Krisengruppe für Patientinnen mit bzw. ohne traumatische Vorerfahrungen gibt. Es handelt sich jeweils um ein geschlossenes Gruppensetting mit vier Teilnehmerinnen. Die Krisengruppentherapie für nicht traumatisierte Patientinnen dauert drei Wochen und es finden zwei wöchentliche Sitzungen statt, die Krisengruppentherapie für traumatisierte Patientinnen dauert vier Wochen und es finden drei wöchentliche Sitzungen statt. In beiden Gruppentherapien werden in der Arbeit an „inneren Haltungen“ auch kognitive Strategien eingesetzt (z.B. Ellis & Hoellen, 1997) und Ziele sind die Ressourcenaktivierung und die Bewältigung der aktuellen Lebenskrise (Ewald, 2009; Malchus, 2009). Neben den beschriebenen Zielen sind in der Krisengruppentherapie für traumatisierte Patientinnen die Herstellung äußerer Sicherheit und die Stärkung der Ich-Funktionen im Sinne einer Affekt- und Impulskontrolle von fundamentaler Bedeutung. Allgemeine Ausschlusskriterien für eine Behandlung in der Krisengruppentherapie sind akute Suizidalität und eine Suchtmittelproblematik, ausgeprägte dissoziative Symptome und Täterintrojekte, permanentes Hyperarousal, exzessive Wut und maligne Regression.

Die interaktionelle, ressourcen- und lösungsorientierte Gruppentherapie basiert auf den in Abschnitt 1.5.4.2.1 beschriebenen abgewandelten psychodynamischen Prinzipien der Ressourcen-, Zukunfts- und Lösungsorientierung und einer aktiv-flexiblen Haltung der Therapeutin. Sie wird in vier Gruppen in der Klinik angeboten, von denen eine eine reine Frauengruppe ist. Jede der vier Gruppen findet im halboffenen Gruppensetting zweimal wöchentlich für jeweils 100 Minuten statt. Insgesamt ist das Vorgehen nicht manualisiert. Es gibt einen Fundus fester Themen, der auf die Bedürfnisse der jeweiligen Patientinnen abgestimmt wird, die auch selber Themen benennen können (Gast, Mehler & Heffler, 2009; Reddemann, 2010). Ziele sind unter anderem die Ressourcenaktivierung, die Erhöhung der Möglichkeiten zur sozialen Interaktion, Selbstfürsorge, Selbstberuhigung, Abgrenzung und Problemlösung sowie die Symptomreduktion. Anders als in den anderen Gruppentherapien ist die Teilnehmerinnenzahl in der Frauengruppe auf acht (anstatt bis zu zehn) Frauen begrenzt, um auf die Besonderheiten in der Behandlung der oft schwer traumatisierten Frauen (z.B. ausgeprägte dissoziative Symptomatik) eingehen zu können: „Der Erfahrung nach gewährleistet eine gleichgeschlechtliche und überschaubare Gruppe die notwendige

Sicherheit und ein tolerierbares Stressniveau, wodurch das Verarbeiten neuer Erfahrungen möglich ist“ (Gast, Mehler & Heffler, 2009, S. 17).

1.5.5.2 Variable Therapiebestandteile

Neben den beschriebenen festen, gibt es auch variable Therapiebestandteile, die nach den speziellen Bedürfnissen der Patientinnen ausgewählt werden. Dazu gehören systemische Einzel-, Paar- und Familiengespräche (Munz-Becker, 2009), eine Sozialberatung sowie die Teilnahme an der Gruppentherapie zur Bearbeitung berufsbezogener Themen (Malchus, 2009a), an der Aromatherapie, dem Angstexpositionstraining und indikative Kontakte zum Pflegedienst (Morgenroth & Castrup, 2009). Da in der Klinik in der Mehrzahl Frauen behandelt werden, wurde zudem eine Gesprächsgruppe für Männer (Ordyniak, 2009) entwickelt.

1.5.6 Empirische Studien zur Wirksamkeit der PITT

Die Forschungslage zur PITT ist schlecht: Es gibt bisher erst zwei Studien zur Wirksamkeit der PITT, von denen nur eine veröffentlicht wurde. Dabei fanden Lampe et al. (2008) Belege für die Wirksamkeit der PITT. Sie zeigten, dass in einer stationär mit der PITT behandelten Patientinnengruppe die depressiven Symptome signifikant stärker abnahmen und die Fähigkeit zur Selbstberuhigung signifikant stärker zunahm als in einer Wartelistengruppe mit ambulanter psychotherapeutischer und bzw. oder psychiatrischer Anbindung. Außerdem untersuchten sie die Wirksamkeit der PITT speziell in der Behandlung chronisch traumatisierter Patientinnen. Als chronisch traumatisiert definierten Lampe et al. (2008) Patientinnen, die nach Selbsteinschätzungen im Childhood-Trauma-Questionnaire schweren emotionalen Missbrauch erlebt hatten und deren Traumatisierungen auch in einer der weiteren CTQ-Skalen physischer Missbrauch, sexueller Missbrauch, emotionale Vernachlässigung, physische Vernachlässigung und Inkonsistenzerfahrung als schwer einzuordnen war. Die Wirksamkeit der PITT war bei chronisch traumatisierten Patientinnen stärker als im Gesamtvergleich: Bei diesen zeigte sich neben der Reduktion der depressiven Symptomatik und der Zunahme der Fähigkeit zur Selbstberuhigung auch eine Abnahme der mit der Symptom-Checkliste (SCL-90-R) erfassten Somatisierung und Ängstlichkeit und eine tendenziell geringere mit der Impact of Event-Scale erfasste Vermeidungssymptomatik. Lampe et al. (2008) bilanzieren, dass eine stationäre traumazentrierte Therapie vor allem für schwer traumatisierte Patientinnen wichtig ist, während bei weniger schweren Traumatisierungen auch eine ambulante nicht traumaspezifische Behandlung ausreichend sein könnte.

Bebermeier (2007) untersuchte im Rahmen ihrer Diplomarbeit die Wirksamkeit der Konfrontation im Rahmen der PITT. Dazu verglich sie eine Stichprobe von 66 Patientinnen, die im Rahmen der PITT eine Traumakonfrontation bekommen hatte, mit einer gematchten Stichprobe, die keine Konfrontation bekommen hatte, und fand, dass sich die PTBS-Symptomatik der Gruppe, die Konfrontation erhalten hatte, signifikant stärker reduzierte als die PTBS-Symptomatik der nicht konfrontativ behandelten Gruppe. Darüber hinaus wurde auch die allgemeine Wirksamkeit der PITT in Form einer Zunahme der Fähigkeiten zur Selbstberuhigung und einer Reduktion der depressiven, dissoziativen sowie der PTBS-Symptomatik untersucht. Dabei zeigten sich nur schwache Belege für die Wirksamkeit der PITT in der Reduktion der PTBS-Symptomatik. Zudem gab es keine Belege für die Wirksamkeit der PITT in der Reduktion der depressiven und dissoziativen Symptomatik oder der Zunahme der Selbstberuhigung. Das Fazit von Bebermeier (2007) lautete, dass eine Überarbeitung des Drei-Phasen-Modells mit früherer und häufigerer Konfrontation zur Erhöhung der PITT-Wirksamkeit in Erwägung gezogen werden sollte.

1.5.7 Stärken und Herausforderungen dieser Arbeit zur PITT-Evaluation

Die PITT ist ein Verfahren, das in der praktischen Arbeit mit schwer traumatisierten Patientinnen (weiter-)entwickelt wurde und das sich in der Praxis bewährt hat. Allerdings gibt es kaum Studien zur Evaluation der PITT (siehe Abschnitt 1.5.6), so dass weder ihre Wirksamkeit noch ihre spezifische Indikation in der Behandlung schwer traumatisierter Patientinnen evidenzbasiert sind. Die Ergebnisse dieser Arbeit haben entsprechend eine hohe wissenschaftliche wie auch praktische Relevanz. Zudem wird ein überwiegend multipel (86.8 % der Treatmentgruppe) und häufig durch Täterinnen aus dem Familien- und Bekanntenkreis schwer traumatisiertes Klientel untersucht (siehe Abschnitte 4.1.1 und 4.1.2), das aufgrund der hohen Komorbidität und Komplexität in vielen früheren Evaluationsstudien ausgeschlossen wurde (z.B. Bradley et al., 2005; Cloitre, 2009). Darüber hinaus wird die Evaluation wie von vielen Forschern (z.B. Cloitre, 2009; Spinazzola et al., 2005) gefordert, unter Praxisbedingungen durchgeführt. Untersucht werden zudem Patientinnen aus der praktischen Versorgungslandschaft (der Klinik für psychotherapeutische und psychosomatische Medizin) und nicht wie in anderen Studien Patientinnen, die sich eigenmotiviert zur Teilnahme an einer Studie anmelden, und sich damit vermutlich in einigen Charakteristika von diesen chronisch traumatisierten Patientinnen unterscheiden.

Die vorliegende Arbeit kann also einen wichtigen Beitrag in der aktuellen Diskussion um die Entwicklung und Evaluation wirksamer Behandlungen der komplexen PTBS liefern (siehe Courtois et al., 2011). Dabei ist zu beachten, dass die komplexe PTBS zwar eine unter praktisch arbeitenden Therapeutinnen verbreitete Beschreibung einer massiven Symptomatik

ist, aber noch keinen Eingang in die Diagnosesysteme gefunden hat. Dennoch findet sie in der Wissenschaft wie auch in der praktischen Arbeit eine breite Beachtung (z.B. Cloitre et al., 2010; Sack, 2004) und es wird von vielen Seiten die Entwicklung wirksamer Therapieverfahren der komplexen PTBS gefordert (z.B. Courtois et al., 2011; Najavits, 2009). Mit der PITT liegt bereits seit vielen Jahren ein auf die Behandlung komplexer Traumafolgestörungen spezialisiertes integratives Verfahren vor, dessen Wirksamkeit in dieser Arbeit untersucht wird, wobei erstmals versucht wird, das individuelle patientinnenzentrierte Vorgehen zu operationalisieren und zu evaluieren. Damit bietet diese Arbeit die große Chance, spezifischere Aussagen bezüglich der PITT-Wirksamkeit zu treffen und weitere Forschung anzuregen.

Darüber hinaus berücksichtigt die vorliegende Arbeit die Besonderheiten der PITT (Ressourcenstärkung, Betonung der Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung, individuelle Behandlungsplanung und -durchführung) auch in den Ergebnismaßen und der Evaluationsform: Die obligatorische psychologische Diagnostik zu Beginn und am Ende der Behandlung in der Klinik wurde um ressourcenorientierte Fragebögen (FFA, FER) erweitert und als weitere Quelle der Ergebnisevaluation wurden auch Einschätzungen der Patientinnen zur Wirksamkeit einzelner Therapieelemente und zu Veränderungen ihres Befindens eingeholt. Geiser et al. (2002) fanden diesbezüglich einen höheren Zusammenhang der Erfolgswilligkeit der Patientinnen mit der Gesamtsymptomausprägung u.a. am Behandlungsende als mit der Symptomveränderung (Veränderung vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt). Die Autoren gingen daher davon aus, dass für die Erfolgsbewertung der Patientinnen das Erreichen eines „gesünderen Bereichs“ (Gesamtsymptomausprägung am Behandlungsende) und damit die klinische Signifikanz eine größere Bedeutsamkeit hatte als die tatsächliche Veränderung (Veränderung der Symptome vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt) und damit die „statistische Signifikanz“. Sie bewerteten die Erfolgswilligkeit der Patientinnen als „wichtiges und valides Erfolgskriterium, das mehr berücksichtigt werden, aber nicht einzig ausschlaggebend sein sollte“ (Geiser et al., 2002, S. 64).

Außerdem wurde neben der beschriebenen Ergebnisevaluation auch eine Prozessevaluation mit Rückmeldungen der Patientinnen zur Güte der therapeutischen Beziehung (HAQ, siehe Abschnitt 3.4.8) durchgeführt. Die vorliegende Arbeit untersucht also erstmals die Wirksamkeit der PITT im Rahmen einer naturalistischen Studie im quasi-experimentellen Design mit unterschiedlichen Evaluationsformen sowie umfangreichen, auch Patientinneneinschätzungen berücksichtigenden Ergebnisvariablen.

Allerdings stellten das Patientinnenklientel und die beschriebene Form der Evaluation der PITT eine große Herausforderung in der Studienplanung dar: Bei Patientinnen mit komplexen

Traumafolgestörungen sollten Anamnese und Erhebung traumatischer Situationen behutsam erfolgen (Reddemann, 2011) und es ist zu beachten, dass diese sowie auch die Symptome von Patientinnen häufig erst bei bestehendem Vertrauen und tragfähiger therapeutischer Beziehung offenbart werden (Flatten et al., 2011). Entsprechend verweigern Patientinnen in der praktischen Versorgungssituation aufgrund ihrer Belastung häufig das Fragebogenausfüllen (vgl. Bebermeier, 2007). Aufgrund klinischer Erfahrungen und der teilweise auch in anderen Studien hohen Anzahl an Dropouts (vgl. Cloitre, 2009) wurde in dieser Studie auf hohe Qualitätsstandards geachtet, indem Analyseverfahren (Mehrebenenmodelle) eingesetzt wurden, die alle vorhandenen Daten der Dropouts einbeziehen (vgl. Bradley et al., 2005; Cloitre, 2009; Najavits, 2003; Priebe, et al., 2012; Schottenbauer, Glass, Arnkoff, Tendick & Gray 2008).

Da die Patientinnen der Kontrollgruppe keine therapeutische Anbindung in der Klinik hatten, war es besonders bei ihnen wichtig, über ausführliche Informationen und die Benennung einer Ansprechpartnerin in einem Begleitschreiben (siehe *Abbildung 1*, Anhang C) Voraussetzungen für ein ausreichendes Vertrauen z.B. bezüglich der anonymisierten Auswertung und damit die Grundlage zur Teilnahme an der Studie zu schaffen.

Die Besonderheiten des komplex traumatisierten Klientels werden in der PITT durch ein individuelles, auf die Bedürfnisse der Patientinnen abgestimmtes Vorgehen berücksichtigt. Anders als in anderen Therapien wird somit nicht manualisiert vorgegangen (vgl. Foa et al., 2007; Neuner et al., 2013; Steil, 2010). Dies stellte ebenfalls eine Herausforderung in der Studienplanung dar, da die Einzeltherapie jeder Patientin anders verläuft. Um das breite inhaltliche Spektrum der PITT erstmals in einer Evaluationsstudie zu erfassen, wurden neben den Prä-, Post- und Follow-Up-Vergleichen der Treatment- und Kontrollgruppe auch speziell die Einzeltherapieinhalte der Treatmentgruppe betrachtet. Zu ihrer Operationalisierung wurde eine Einzeltherapieübersicht entwickelt, die von den Therapeutinnen der Klinik auszufüllen war (siehe Abschnitt 3.4.11).

1.6 Wirkfaktoren und ihre Implikationen in der Psychotherapie

Vor der Evaluation der Wirksamkeit eines spezifischen therapeutischen Verfahrens wie der PITT, ist es wichtig, sich zunächst ganz allgemein mit den Wirkfaktoren der Psychotherapie zu beschäftigen. In diesem Bereich sind die Arbeiten von Klaus Grawe (2005) von zentraler Bedeutung, der für eine allgemeine, schulenübergreifende Psychotherapie plädierte und zugrundeliegende Wirkfaktoren isolierte. Dagegen fokussiert aktuelle Forschung zur Therapie der PTBS vor allem die spezifischen Wirkfaktoren der jeweiligen Therapieverfahren (z.B. Ehlers et al., 2013; Foa, Keane, Friedman & Cohen, 2008; siehe

Abschnitt 1.7.1). In diesem Kapitel wird somit zunächst ein Blick auf die allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie geworfen und es erfolgt eine Einordnung der vorliegenden Studie bezüglich ihrer Erfassung (un)spezifischer Wirkfaktoren.

Aufbauend auf einer Sichtung der Ergebnisse empirischer Studien fand Grawe (1995) vier Wirkfaktoren der Psychotherapie, die er in seine „empirisch fundierte psychotherapeutische Veränderungstheorie“ (S. 130) integrierte: Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, aktive Hilfe zur Problembewältigung und motivationale Klärung. Im weiteren Verlauf postulierte Grawe (2005) als fünften Wirkfaktor die therapeutische Beziehung (vgl. Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004). Damit der Wirkfaktor der Ressourcenaktivierung, d.h. die Nutzung der Möglichkeiten und Fähigkeiten der Patientin, eine positive Veränderung im Therapieprozess bewirken kann, ist eine individualisierte und flexible Vorgehensweise der Therapeutin zentral (Grawe, 1995, S. 136):

„Eine optimale Nutzung des Wirkfaktors der Ressourcenaktivierung verlangt, dass der Therapeut sein therapeutisches Angebot ganz auf die Möglichkeiten und Eigenarten des Patienten abstellt. Dafür ist eine möglichst große Flexibilität und Variabilität im therapeutischen Prozess erforderlich. Therapeuten, die ihr therapeutisches Angebot nur innerhalb der Grenzen einer bestimmten Therapieschule variieren können, sind in den Möglichkeiten zur Nutzung dieses Wirkfaktors stark eingeschränkt.“

Auch bezüglich der weiteren Wirkfaktoren bestehen nach Grawe (1995) optimale Bedingungen, wenn die Therapeutin möglichst breit gefächerte, schulenübergreifende Methoden gemäß der individuellen Bedürfnisse der Patientin einsetzt. Für den Wirkfaktor der Problemaktualisierung ist es wichtig, dass die Patientin ihre Probleme sowie in der Folge auch veränderte Bedeutungen im Therapieprozess selbst erlebt. Der Wirkfaktor der aktiven Hilfe zur Problembewältigung bedeutet, dass die Therapeutin die Patientin im Veränderungsprozess unterstützt, unter Umständen auch, in dem sie direkte Anweisungen gibt. Dem vierten Wirkfaktor, der motivationalen Klärung, liegt ein weniger aktives Vorgehen der Therapeutin zugrunde, in dem sie die Patientin dabei begleitet, die Bedeutungen ihres Erlebens und Verhaltens im Hinblick auf ihre impliziten und expliziten Ziele zu klären. Das bedeutet, die Probleme werden als motivationale Schwierigkeiten und nicht als Fertigkeitenprobleme verstanden. Beim fünften Wirkfaktor, der therapeutischen Beziehung, wird von der Erkenntnis ausgegangen, dass eine gute Arbeitsbeziehung zwischen Patientin und Therapeutin das Therapieergebnis positiv beeinflusst (Grawe, 2005).

In dieser Arbeit wird mit der PITT schwerpunktmäßig die Wirksamkeit eines spezifischen integrativ arbeitenden Therapieverfahrens evaluiert. Die Ableitung (un)spezifischer

Wirkfaktoren ist zwar kein primäres Ziel, jedoch werden mit der Überprüfung der Wirksamkeit stabilisierender und konfrontierender Elemente spezifisch wirksame Elemente betrachtet. Gleichzeitig wird mit der Güte der therapeutischen Beziehung, die in der PITT eine zentrale Rolle spielt, die Bedeutung eines allgemeinen Wirkfaktors untersucht.

1.7 Wirksamkeit von Therapien der PTBS

Im diesem Kapitel werden zunächst die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien und Metaanalysen zur Wirksamkeit der Einzelbehandlungen der PTBS (Abschnitt 1.7.1) und in diesem Zusammenhang von Forscherinnen diskutierte Besonderheiten der Studien beschrieben (Abschnitt 1.7.2). Anschließend wird die aktuelle Forschungslage zur Wirksamkeit von Gruppentherapien in der Behandlung der PTBS beschrieben, zu der deutlich weniger Studien vorliegen als zur Einzeltherapie und die insgesamt uneindeutig ist (Abschnitt 1.7.3).

1.7.1 Empirische Studien zur Wirksamkeit der Einzeltherapie

Die Forschungslage bezüglich der Wirksamkeit von Behandlungen der PTBS im Einzelsetting ist eindeutig: Nahezu alle veröffentlichten Metaanalysen bestätigten die Wirksamkeit kognitiver und konfrontativer Behandlungen der PTBS (und damit des verhaltenstherapeutischen Ansatzes) sowie die Wirksamkeit des EMDR in der Reduktion von PTBS-Symptomen (Bisson & Andrew, 2007; Bisson et al., 2007; Bradley et al., 2005; Ponniah & Hollon, 2009; Seidler & Wagner, 2006; van Etten & Taylor, 1998; Watts et al., 2013). Es fanden sich keine Unterschiede in der Wirksamkeit der verhaltenstherapeutischen PTBS-Therapien und des EMDR (Rothbaum, Astin & Marsteller, 2005; Seidler & Wagner, 2006) wie auch zwischen den verhaltenstherapeutischen kognitiven und konfrontativen Ansätzen (Foa & Rauch, 2004; Marks, Lovell, Noshirvani, Livanou & Trasher, 1998; Paunovic & Öst, 2000; Tarrier et al., 1999). Ebenso einheitlich ist der Befund, dass das EMDR wirksam ist, die ursprünglich als elementar angenommenen Augenbewegungen dafür jedoch nicht erforderlich sind (Cahill, Carrigan & Frueh, 1999; Davidson und Parker, 2001). Aufgrund der gefundenen Effektstärken und der großen Anzahl an Studien ist der Befund, dass die kognitive und konfrontative Behandlung sowie das EMDR wirksame Therapien der PTBS darstellen als sehr belastbar einzuschätzen.

Hingegen ist die Studienlage zur psychodynamischen Therapie der PTBS deutlich schlechter und es kann zum aktuellen Zeitpunkt (noch) nicht von einer Evidenzbasierung ausgegangen werden: Es gibt nur eine veröffentlichte randomisierte kontrollierte Studie zur Wirksamkeit der psychodynamischen (Kurzzeit-)Therapie der PTBS, in der auch eine

hypnotherapeutische und eine desensibilisierende Behandlung untersucht wurden und sich Wirksamkeitsbelege aller drei Behandlungen in der Reduktion von PTBS-Symptomen zeigten (Brom, Kleber & Defares, 1989). Verschiedene Autoren (Cloitre, 2009; Ponniah & Hollon, 2009; Solomon & Johnson, 2002) gehen dennoch von einer (in weiteren Studien zu bestätigenden) Wirksamkeit der psychodynamischen Therapie aus. Zum aktuellen Zeitpunkt ist noch keine abschließende Wirksamkeitsbewertung der psychodynamischen Therapie möglich (Bisson et al., 2007; Ehlers et al., 2010). Anders als bei verhaltenstherapeutischen Therapien und dem EMDR (z.B. Davidson & Parker, 2001; Seidler & Wagner, 2006) liegen aufgrund der geringen Studienanzahl auch keine Metaanalysen zur Wirksamkeit der psychodynamischen Therapie der PTBS vor. Somit können als erster Hinweis zur Einschätzung der Wirksamkeit lediglich Metaanalysen zur allgemeinen Wirksamkeit psychodynamischer Verfahren in der Behandlung unterschiedlicher psychischer Störungen zu Rate gezogen werden. Diese bestätigten die Wirksamkeit psychodynamischer Kurz- (Leichsenring, Rabung & Leibing, 2004) und Langzeittherapie (Leichsenring & Rabung, 2008). Zudem zeigte eine weitere Metaanalyse die Wirksamkeit der psychoanalytischen Therapie (De Maat et al., 2013). Nach Kosten-Nutzen-Analysen sahen Leichsenring und Rabung (2008) die psychodynamische Langzeittherapie aufgrund des Behandlungserfolgs, des abschließenden Funktionsniveaus und der Erreichung der zuvor definierten Ziele als der psychodynamischen Kurzzeittherapie überlegen an.

Die aktuellste Metaanalyse zur Wirksamkeit der PTBS-Behandlung bestätigt die beschriebenen Ergebnisse: Watts et al. (2013) fanden starke Wirksamkeitsbelege verhaltenstherapeutischer Methoden und des EMDR sowie moderate Effekte der psychodynamischen Therapie, für die erneut nur wenige Studien vorlagen, so dass dieses Ergebnis mit Vorsicht zu interpretieren ist. Insgesamt wurden die Daten aus 112 Evaluationsstudien über Behandlungen von Patientinnen mit PTBS-Symptomatik, die zwischen 1980 und 2012 veröffentlicht wurden, analysiert. Neben psychotherapeutischen Behandlungen wurden auch pharmakologische und somatische Therapien untersucht. Die Autorinnen fanden Belege für die Wirksamkeit der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer Paroxetin, Sertralin und Fluoxetin, des Antipsychotikums Risperidon, des selektiven Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmers Venlafaxin und des Antikonvulsivums Topiramat. Bezüglich der somatischen Behandlungen zeigte sich ein großer Effekt der Akupunktur, die jedoch nur in einer Studie untersucht worden war. Hingegen gab es keine überzeugenden Belege für die Wirksamkeit von Selbsthilfensätzen und Biofeedback. Zudem wurde ein Vergleich der Wirksamkeit der Behandlungsansätze durchgeführt. Dabei zeigte sich eine Überlegenheit der psychotherapeutischen im Vergleich zu den pharmakologischen Behandlungen, wobei die Autoren auf die Möglichkeit eines

zugrunde liegenden „Publikationsbias“ mit mehr veröffentlichten Psychotherapiestudien mit positiven Ergebnissen hinweisen. Hingegen gab es keine signifikanten Unterschiede der somatischen Behandlungen zu den psychotherapeutischen und medizinischen Behandlungen.

Nur eine Metaanalyse (Benish, Imel & Wampold, 2008) widerspricht den bisher beschriebenen Befunden der ausschließlichen Evidenzbasierung verhaltenstherapeutischer Behandlungen und des EMDR insoweit als dass sie eine vergleichbare Wirksamkeit aller Psychotherapien in der Behandlung der PTBS postuliert. Benish et al. (2008) kommen zu dem Ergebnis, dass alle „bona-fide-Psychotherapien⁶“ gleich wirksam sind und spezifische Bestandteile einzelner Therapien nicht zentral für den Behandlungserfolg sind. Stattdessen sehen sie Faktoren, die in allen Therapien enthalten sind, als zentral für den Behandlungserfolg an (z.B. Erarbeitung einer realistischeren Bewertung des Traumas, vgl. Sherman, 1998). Sie fordern, dass Patientinnen Zugang zu möglichst vielen „bona-fide-Psychotherapien“ bekommen und dass auf eine gute Passung zwischen Patientin und Verfahren geachtet wird. Ehlers et al. (2010) kritisieren an der Metaanalyse von Benish et al. (2008) die ihrer Ansicht nach selektive Studienauswahl und fehlende Berücksichtigung der Tatsache, dass wirksame Behandlungen der PTBS besser sein müssen als die natürliche Besserungsrate. Unter Rückgriff auf die Ergebnisse anderer Metaanalysen sehen sie eine Veränderung des Traumagedächtnisses und der Bedeutung des traumatischen Ereignisses und damit die verhaltenstherapeutischen Zielbereiche als zentral für die Therapiewirksamkeit an. Weitere Forschung auch bezüglich unspezifischer Wirkfaktoren ist nach Ansicht von Ehlers et al. (2010) wichtig.

Im Vergleich zur Forschungslage zur Wirksamkeit der Psychotherapie gibt es deutlich weniger Forschung zur Wirksamkeit von Pharmakotherapie, die jedoch im vergangenen Jahrzehnt deutlich zugenommen hat (Leopold, Priebe & Bauer, 2013). Da die Pharmakotherapie in dieser Studie nicht von Bedeutung ist, wird auf Metaanalysen verwiesen, die in erster Linie konsistent eine Wirksamkeit der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer zeigen (Ipser, Seedat & Stein, 2006; Ipser & Stein, 2012). In Vergleichsstudien zur Psychotherapie zeigte sich eine Überlegenheit der kognitiven Therapie (Frommberger et al., 2004) sowie des EMDR (van der Kolk et al., 2007) gegenüber der Pharmakotherapie mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (Paroxetin bzw. Fluoxetin).

⁶ „Bona fide-Psychotherapien“ sind nach Benish et al. (2007) Therapien mit psychologischem Hintergrund, direktem Austausch, einer Beziehung zwischen Therapeutin und Patientin sowie einer durch eine kompetente Therapeutin auf die Bedürfnisse der Patientin abgestimmten Behandlung.

1.7.2 Kritikpunkte empirischer Wirksamkeitsstudien der Einzeltherapie

Zwar zeigt die Forschungslage eindeutige und belastbare Belege für die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Therapien und des EMDR (siehe Abschnitt 1.7.1), jedoch ist zu beachten, dass die Aussagekraft und Generalisierbarkeit der Studienergebnisse von einigen Forscherinnen aufgrund der schwerpunktmäßigen Verwendung der PTBS-Symptomatik als Ergebnisvariable, der Ausschlusskriterien, Dropout- und Nonresponders-Raten sowie der unterschiedlichen Bewertung von RCTs und naturalistischen Studien als eingeschränkt betrachtet wird. Im Folgenden wird ein Überblick über die Kritik gegeben.

Cloitre (2009) schätzt die in den Metaanalysen häufig ausschließlich verwendete Ergebnisvariable der PTBS-Symptomatik als zu eng und dem Ausmaß der Beeinträchtigungen von Patientinnen nicht angemessen ein. Sie fordert, dass auch die Veränderungen der typischen emotionalen, körperlichen und sozialen Beeinträchtigungen im Verlauf der Therapie als Ergebnisvariablen einbezogen werden.

Darüber hinaus sind die Ausschlusskriterien von Studien ein weiterer wesentlicher Kritikpunkt. Einige Forscherinnen betonen, dass keine Aussagen zur Wirksamkeit von Therapien zur Behandlung komplex traumatisierter Patientinnen getroffen werden können, da Patientinnen mit hohen Beeinträchtigungen häufig aus Studien ausgeschlossen wurden (Blaustein & van der Kolk, 2005; Cloitre, 2009; Spinazzola, et al., 2005). Bradley et al. (2005) empfehlen, die Ausschlusskriterien von Studien den praktischen Gegebenheiten anzugleichen, d.h. dass die Wirksamkeit von Behandlungen der PTBS gerade auch an Patientinnen mit hohen Komorbiditäten untersucht werden sollte. Aus den Daten ihrer Metaanalyse, dass der Anteil an Patientinnen, die die Kriterien einer PTBS am Behandlungsende nicht mehr erfüllten, bei den Personen, die bis zum Ende an der Behandlung teilnahmen (Completers) bei 67 % lag, während die generelle Besserungsrate von Personen, die die Behandlung begonnen hatten nur bei 56 % lag (Dropouts), und die Completers-Rate negativ mit der Symptomschwere korrelierte, leiteten Bradley et al. (2005) die Forderung ab, in Evaluationsstudien alle verfügbaren Angaben der untersuchten Patientinnen zu analysieren und zu berichten (d.h. Completers und Dropouts).

Ein weiterer Kritikpunkt an den Ergebnissen zur Wirksamkeit vor allem der konfrontativen verhaltenstherapeutischen Verfahren und weniger des EMDR und der kognitiven Therapie liegt in den hohen Dropout- und Nonresponse-Raten (Cloitre, 2009; Schottenbauer et al., 2008). Cloitre (2009) sieht diesbezüglich Vorteile einer phasenorientierten Therapie mit einem der Exposition vorgeschalteten Skillstraining, das im Vergleich zu einem rein konfrontativen Vorgehen zu geringeren Dropout-Raten führte (Cloitre et al., 2010). Es gibt jedoch auch Studien, die keine Unterschiede in den Dropoutraten der Expositionstherapie im

Vergleich zu anderen Therapien fanden (Hembree et al., 2003). Darüber hinaus werden von Kritikerinnen der Konfrontationsbehandlung mögliche Nebenwirkungen in Form von Symptomzunahmen (Pitman et al., 1991; Tarrier et al., 1999) benannt, die bei der Wirksamkeitsbeurteilung berücksichtigt werden sollten. Bisson und Andrew (2007) stellten diesbezüglich fest, dass allgemein weitere Forschung zu den Risiken und Nebenwirkungen von Therapien der PTBS nötig ist. Einigkeit besteht zudem darin, dass generell zur Bewertung der Wirksamkeit von Behandlungen der komplexeren Symptomatik der PTBS weitere kontrollierte Therapiestudien nötig sind (z.B. Cloitre, 2009; Najavits, 2009; Neuner, 2008).

Für zukünftige Wirksamkeitsstudien wird überdies gefordert, dass nach der umfangreich belegten Wirksamkeit konfrontativer und kognitiver verhaltenstherapeutischer Verfahren und des EMDR im Laborkontext (Efficacy) nun vermehrt Studien unter Praxisbedingungen (Effectiveness) durchgeführt werden sollten, um die praktische Nutzung der Therapien weiter zu überprüfen und die Generalisierbarkeit der Befunde zu erhöhen (z.B. Cloitre, 2009; Spinazzola et al., 2005). Es wurden bereits einige Studien im Praxiskontext durchgeführt. So bestätigten Ehlers et al. (2013) die Wirksamkeit der kognitiven Therapie: Ihre Anwendung führte in einer auf die Behandlung von Angststörungen spezialisierten Klinik zu einer statistisch wie auch klinisch signifikanten Reduktion der PTBS-Symptome, der depressiven Symptome und der Angstsymptome. In Zusammenhang mit der Therapieevaluation im praktischen Versorgungskontext ist auch die Diskussion um die Bewertung unterschiedlicher Forschungsmethoden von Bedeutung: Während viele Forscher RCTs als Goldstandard ansehen (z.B. Neuner, 2008; Schmacke, 2006) und ihre Vorteile betonen (u.a. interne Validität durch Randomisierung und damit verbundene Kontrolle von Störgrößen), kritisieren andere, dass die Ergebnisse nicht auf die praktische psychotherapeutische Arbeit übertragbar seien (Fydrich & Schneider, 2006; Tschuschke, 2005) und sehen naturalistische Studien als gleichwertig an (Leichsenring & Rüger, 2004).

1.7.3 Empirische Studien zur Wirksamkeit der Gruppentherapie

Der Forschungsstand bezüglich der Wirksamkeit der Gruppentherapie in der Behandlung der PTBS ist deutlich schlechter als bezüglich der Einzeltherapie und es wurden insgesamt deutlich weniger Studien durchgeführt (Sloan, Feinstein, Gallagher, Beck & Keane, 2013). In der ersten Metaanalyse, die sich ausschließlich mit der Wirksamkeit der Gruppentherapie bei PTBS beschäftigte, wurden aufgrund der geringen Studienanzahl von nur 16 für die Metaanalyse geeigneten kontrollierten Studien auch solche einbezogen, in denen nicht alle Patientinnen eine PTBS hatten (Sloan et al., 2013). Aufgrund der insgesamt wenigen veröffentlichten Studien, der häufigen Vergleiche der evaluierten Gruppentherapien mit

Kontrollgruppen und wenigen vorliegenden Evaluationsstudien mit einem direkten Vergleich verschiedener Gruppentherapien sowie der Fokussierung auf die Reduktion der PTBS-Symptome und seltenen Untersuchung anderer Outputvariablen ist die Generalisierbarkeit der Befunde zur Wirksamkeit der Gruppentherapie insgesamt eingeschränkt (Sloan et al., 2013).

In ihrer Metaanalyse kamen Sloan et al. (2013) zu dem Schluss, dass eine Gruppentherapie besser als keine Behandlung ist, dieser Wirksamkeit jedoch vermutlich unspezifische Wirkfaktoren zugrunde liegen. Überdies moderierten Geschlecht und Traumaart die Therapiewirksamkeit: Gruppentherapie war bei Männern weniger wirksam als bei Frauen und Gruppentherapie war bei in der Kindheit sexuell missbrauchten Patientinnen und Kriegspatientinnen weniger wirksam als bei Patientinnen mit gemischten Traumatisierungen (Sloan et al., 2013).

Watts et al. (2013) fanden in ihrer Metaanalyse keine überzeugenden Belege für die Wirksamkeit der Gruppentherapie bei der PTBS, allerdings ist die Generalisierbarkeit der Befunde aufgrund der wenigen eingeschlossenen Studien ebenfalls eingeschränkt. Im direkten Vergleich verschiedener Formen der Gruppentherapie zeigte sich eine Überlegenheit der interpersonellen Gruppentherapie mit moderaten Effektstärken im Vergleich zur kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie mit nur kleinen Effekten. Shea, McDevitt-Murphy, Ready und Schnurr (2009) beschrieben in ihrem Review ebenfalls Unterschiede in der Wirksamkeit spezifischer Gruppentherapieformen: Im Vergleich zu einer Wartelistengruppe waren verhaltenstherapeutische und interpersonelle, nicht aber die (allerdings auch nur in einer Studie untersuchte) psychodynamische Gruppentherapie wirksam. Hingegen fanden die Autoren eines früheren Reviews (Foy et al., 2000), dass keine Unterschiede zwischen einer rein unterstützenden Gruppentherapie sowie verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Gruppentherapien bestanden. Dies stimmt mit den Ergebnissen der aktuellen Metaanalyse von Sloan et al. (2013) aber auch den Ergebnissen der nach Meinung der Autoren sorgfältigsten Studie zur Wirksamkeit der Gruppentherapie von Schnurr et al. (2003) überein. Dabei zeigten sich keine Unterschiede zwischen einer traumafokussierten konfrontativen Gruppentherapie sowie einer gegenwartsorientierten Gruppentherapie in der Reduktion der PTBS-Symptome. In spezifischeren Analysen beschrieben Schnurr et al. (2003) jedoch, dass es bei Patientinnen, die eine höhere Dosis an Traumakonfrontation bekommen hatten, zu einer Reduktion der Vermeidungs- und Taubheitssymptome im Sinne der PTBS kam. Sie vermuteten deshalb, dass die Patientinnen vermutlich zu wenig Traumakonfrontation bekommen hatten und die Gruppentherapie der gegenwartsorientierten Gruppentherapie aus diesem Grund nicht überlegen gewesen war.

Insgesamt gibt es bei Betrachtung der aktuellen Forschungslage keine klaren und überzeugenden Wirksamkeitsbelege für eine spezifische Form der Gruppentherapie. Passend dazu lautet das Fazit der aktuellen Metaanalyse zur Wirksamkeit der Gruppentherapie: „Additional work is needed to identify effective group treatments for PTSD, especially for patients with repeated or chronic traumatization“ [„Es ist zusätzliche Arbeit nötig, um effektive Gruppenbehandlungen der PTBS, gerade auch für Patientinnen mit wiederholter oder chronischer Traumatisierung zu identifizieren“, Sloan, et al., 2013, S.176].

2 Hypothesen

Ziel dieser Arbeit ist es, die Wirksamkeit der PITT zu überprüfen. Neben der in Evaluationsstudien typischerweise gemessenen Veränderung der Symptomatik (Hypothese 2) ist es aufgrund des Ressourcenschwerpunktes der PITT von zentraler Bedeutung, auch die Veränderung der Ressourcen der Patientinnen zu betrachten, wenn Aussagen über die Wirksamkeit der PITT getroffen werden sollen (Hypothese 1). Nach dieser Überprüfung der allgemeinen Wirksamkeit werden die unterschiedlichen Gruppentherapien bezüglich ihrer Wirksamkeit zur Ressourcenaktivierung und Symptomreduktion verglichen (Hypothese 3). In den Gruppentherapien wird der integrative Ansatz der PITT besonders deutlich, da diese in unterschiedlichem Ausmaß sowohl psychodynamische als auch verhaltenstherapeutische Elemente enthalten. Inwiefern möglicherweise die Wirksamkeit der PITT durch die Traumata moderiert wird und somit Aussagen über die Anwendung der PITT in der Behandlung komplex traumatisierter Patientinnen, für die sie entwickelt wurde, getroffen werden können, wird ebenfalls überprüft (Hypothese 4). Zudem wird in dieser Arbeit versucht, die Wirksamkeit stabilisierender und konfrontierender Einzeltherapieelemente im Rahmen der PITT noch spezifischer in ihrer Auswirkung auf die Ressourcen und Symptome zu untersuchen (Hypothese 5).

Hypothese 1: Die PITT ist ein wirkungsvoller Ansatz zur Ressourcenaktivierung der Patientinnen.

In der bisher einzigen veröffentlichten Studie zur Evaluation der PITT fanden Lampe et al. (2008), dass die Therapie zu einer signifikanten Zunahme der Fähigkeit zur Selbstberuhigung einer stationären Treatmentgruppe im Vergleich zu einer Wartelisten-Kontrollgruppe führte. Der PITT-Schwerpunkt der Ressourcenaktivierung wird in dieser Studie durch ein breiteres Ressourcenspektrum operationalisiert: Mit dem Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (FFA, Walach et al., 2004) wird das Konstrukt Achtsamkeit erhoben und mit Hilfe des speziell zur Evaluation der PITT entwickelten Fragebogens zur Erfassung von Ressourcen (FER, Günther, 2009) werden die Ressourcenbereiche des

positiven Selbsterlebens, positiven interpersonalen Erlebens, des Bewältigungsverhaltens sowie des Wohlbefindens und der Selbstfürsorge untersucht.

Es wird erwartet, dass die mit dem FFA erhobene Fähigkeit zur Achtsamkeit sowie die mit dem FER gemessenen unterschiedlichen Ressourcen in der Treatmentgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant zunehmen. Zudem sollen die Unterschiede auch im Sechs-Monats-Follow-Up stabil sein.

Hypothese 2: Die PITT ist ein wirkungsvoller Ansatz zur Behandlung psychischer Störungen.

Nachdem Lampe et al. (2008) eine signifikant stärkere Reduktion der depressiven Symptome einer stationären Treatmentgruppe, die mit PITT behandelt wurde, im Vergleich zu einer Wartelisten-Kontrollgruppe fanden, soll die PITT-Wirksamkeit in dieser Studie bezüglich der Symptome der in der Klinik häufigsten ICD-10-Diagnosen der PTBS, der dissoziativen Störungen, der Depression und der somatoformen Störungen überprüft werden. Diese Diagnosen beschreiben zudem eine typische Symptomatik von Patientinnen mit komplexen Traumafolgestörungen. Zur Überprüfung dieser Hypothese werden die störungsspezifischen Fragebögen der Posttraumatischen Diagnoseskala (PDS, Ehlers, Steil, Winter & Foa, 1996), die Kurzform des Fragebogens zu dissoziativen Symptomen (FDS-20, Spitzer, Stieglitz & Freyberger, 2005), das Beck-Depressions-Inventar (BDI, Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1995) und die veränderungssensitive Form des Screenings für Somatoforme Störungen (SOMS-7T, Rief, Hiller & Heuser, 1997) eingesetzt.

Es wird erwartet, dass die mit den störungsspezifischen Fragebögen gemessene Symptombelastung der Treatmentgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe in allen Störungsbereichen signifikant stärker abnimmt und diese Unterschiede auch im Sechs-Monats-Follow-Up stabil sind.

Hypothese 3: Patientinnen, die mit einer manualisierten psychoedukativen Gruppentherapie behandelt werden, profitieren ebenso wie Patientinnen, die an einer Krisengruppentherapie teilnehmen und Patientinnen, die mit interaktioneller Gruppentherapie behandelt werden, von der PITT.

In den drei unterschiedlichen in der PITT eingesetzten Formen der Gruppentherapie (psychoedukative Gruppentherapie, Krisengruppentherapie, interaktionelle Gruppentherapie) werden Elemente aus unterschiedlichen theoretischen Traditionen eingesetzt und die Gruppentherapien sind in unterschiedlichem Ausmaß strukturiert und manualisiert und damit beispielhaft für das integrative und individualisierte Prinzip der PITT. Mit dem Vergleich der Wirksamkeit der unterschiedlichen Gruppentherapien in der Ressourcenaktivierung und

Symptomreduktion kann ein wichtiger Beitrag zur Überprüfung der Wirksamkeit von Gruppentherapien geleistet werden (siehe Abschnitt 1.7.3). Bislang gibt es keine klaren Wirksamkeitsbelege für ein bestimmtes theoretisches Verfahren in der Gruppentherapie der PTBS (Sloan, Bovin & Schnurr, 2012).

Es wird erwartet, dass sich die Effekte der (viele verhaltenstherapeutische Merkmale beinhaltenden, jedoch nicht konfrontativen) psychoedukativen Gruppentherapie, der (sowohl psychodynamisch wie auch verhaltenstherapeutisch arbeitenden) Krisengruppentherapie sowie der (schwerpunktmäßig psychodynamisch ausgerichteten) interaktionellen Gruppentherapie nicht unterscheiden.

Hypothese 4: Die PITT ist besonders wirkungsvoll in der Behandlung von Patientinnen mit schweren Traumatisierungen in ihrer Lebensgeschichte.

Da die PITT speziell zur Behandlung komplex traumatisierter Patientinnen entwickelt wurde, ist die Frage, ob sie bei diesem Patientinnenklientel besonders wirksam ist, von besonderer Bedeutung. Patientinnen mit komplexen Traumafolgestörungen wurden in der Vergangenheit häufig aus Studien ausgeschlossen (z.B. Bradley et al., 2005), so dass gerade auch bezüglich der Therapiewirksamkeit bei diesem Klientel weiterer Forschungsbedarf besteht (z.B. Courtois et al., 2011). Es gibt Studien, die zeigen, dass Patientinnen mit komplexen Traumafolgestörungen am Therapieende eine höhere Restsymptomatik aufweisen als weniger komplex beeinträchtigte Patientinnen (Van Minnen, Arntz & Keijsers, 2002), allerdings ist die Befundlage insgesamt uneinheitlich (für einen Überblick siehe Ehlers et al., 2013).

Bezüglich der Wirksamkeit der PITT zeigt sich ein anderes Bild: Lampe et al. (2008) fanden, dass die PITT vor allem in der Behandlung chronisch traumatisierter Patientinnen wirksam war und zu einer Reduktion der depressiven Symptome, der Somatisierung, Ängstlichkeit und tendenziell auch der Vermeidungssymptome im Sinne der PTBS sowie zu einer Zunahme der Fähigkeit zur Selbstberuhigung führte. Dieser Befund und damit auch die spezifische Wirksamkeit der PITT in ihrem primären Indikationsbereich sollen in dieser Studie repliziert werden. Die Unterscheidung nicht chronisch traumatisierter versus chronisch traumatisierter Patientinnen erfolgt dabei wie in der Studie von Lampe et al. (2008) mit Hilfe des Childhood-Trauma-Questionnaire (CTQ, Bernstein & Putnam, 1998, deutsche Übersetzung, Driessen, Gast, Hill & Wulff, 2000).

Es gibt unterschiedliche Ansätze zur Definition schwerer und chronischer Traumatisierung⁷ anhand der CTQ-Skalen (vgl. Lampe et al., 2008; Bernstein & Putnam, 1998). In dieser Studie wird anstelle einer Einordnung einzelner Skalenwerte (Lampe et al., 2008) der CTQ-Gesamtwert als Index für die Schwere der Traumatisierung verwendet, da dieser das Gesamtmaß der Traumatisierungen am genauesten abbildet. Dabei ist zu beachten, dass die drei Items der Skala „Bagatellisierung“ nicht in die Berechnung des CTQ-Gesamtwerts einbezogen wurden, da sie nicht direkt frühere traumatische Erfahrungen beschreiben.

Es wird erwartet, dass die mit FFA und FER gemessenen Ressourcen der chronisch traumatisierten Patientinnen der Treatmentgruppe im Vergleich mit den chronisch traumatisierten Personen der Kontrollgruppe signifikant stärker ansteigen als bei den nicht chronisch traumatisierten Patientinnen der Treatmentgruppe im Vergleich zu den nicht chronisch traumatisierten Personen der Kontrollgruppe. Außerdem wird erwartet, dass die mit PDS, FDS-20, BDI und SOMS-7T gemessene Symptomatik von Patientinnen der Treatmentgruppe mit chronischen Traumatisierungen im Vergleich zu Personen der Kontrollgruppe mit chronischen Traumatisierungen signifikant stärker abnimmt als die Symptomatik nicht chronisch traumatisierter Patientinnen der Treatmentgruppe im Vergleich zu nicht chronisch traumatisierten Personen der Kontrollgruppe. Zudem sollen diese Unterschiede auch im Sechs-Monats-Follow-Up stabil sein.

Hypothese 5: Stabilisierende und konfrontierende Elemente der PITT sind wirksame Therapiebestandteile.

Im Rahmen der Phasenbehandlung der PITT kommen zunächst stabilisierende und anschließend konfrontierende Techniken zum Einsatz (Reddemann, 2011). Die Wirksamkeit eines phasenorientierten Vorgehens wurde in zwei kontrollierten Studien bestätigt (Cloitre et al., 2010; Cloitre et al., 2002). Hingegen liegen keine Studien zur Wirksamkeit eines ausschließlich stabilisierenden Vorgehens vor, auf deren mögliche Bedeutsamkeit Cloitre et al. (2010) hinweisen. In Deutschland gibt es eine wissenschaftliche Diskussion über die Notwendigkeit und Wirksamkeit der Stabilisierung (siehe Abschnitt 1.3.2), deren Kritiker sich vor allem auf die nachgewiesene Wirksamkeit der Konfrontation berufen (z.B. Neuner, 2008). Diese wird durch die Ergebnisse vieler Metaanalysen bestätigt (z.B. Bisson et al.,

⁷ Die Begriffe „Chronizität“ und „Schwere“ der Traumatisierung werden in dieser Studie synonym verwendet. Bei Lampe et al. (2008), die die skalenspezifische Belastung im CTQ betrachteten, hatten die Schwere (hohe Belastung in einer Skala) und Chronizität (hohe Belastung in der Skala „emotionaler Missbrauch“ sowie einer weiteren Skala) jedoch eine unterschiedliche Bedeutung.

2007; van Etten & Taylor, 1998; Watts et al., 2013). Cloitre (2009) argumentiert, dass trotz der gefundenen positiven Effekte der Konfrontationsbehandlung und von Vorteilen einer Kombination aus kognitivem und konfrontativem Vorgehen noch kein endgültiges Wirksamkeitsfazit unterschiedlicher Traumatherapien gezogen werden kann, da die Anzahl aussagekräftiger Studien begrenzt ist.

In dieser Arbeit wird die spezifische Wirksamkeit stabilisierender und konfrontierender Elemente der PITT-Einzeltherapie untersucht. Dazu wird in einer von den Therapeutinnen ausgefüllten Einzeltherapieübersicht erfasst, in welchem Umfang die stabilisierenden und konfrontierenden Therapieelemente in der Therapie eingesetzt werden, um so ihre spezifische Wirksamkeit zu überprüfen. Es wird erwartet, dass sowohl die stabilisierenden PITT-Elemente (Psychoedukation, Imaginationsübungen, Notfallkoffer, Innere-Kind-Arbeit, Ressourcenaktivierung, Achtsamkeitsübungen, stabilisierende Beobachterübung und sonstige Stabilisierung) als auch die konfrontativen Elemente (EMDR, CIPOS, konfrontierende Beobachterübung, sonstige Konfrontation) signifikant zur Ressourcenaktivierung und Symptomreduktion beitragen.

Da in mehreren Metaanalysen ein moderater Zusammenhang zwischen der Güte der therapeutischen Beziehung und der Therapiewirksamkeit gefunden wurde (für einen Überblick siehe Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds & Horvath, 2012) wird in einem zweiten Schritt überprüft, ob die Wirksamkeit der Einzeltherapieelemente durch die Güte der therapeutischen Beziehung moderiert oder mediiert wird (Cloitre, Chase Stovall-McClough, Miranda & Chetomb, 2004). So soll sichergestellt werden, dass die Bedeutsamkeit der Güte der therapeutischen Beziehung in der Therapie berücksichtigt wird.

3 Methode

Ursprünglich war geplant, die Evaluation als Multi-Center-Studie durchzuführen, dies war aufgrund von Absagen kontaktierter Kliniken jedoch nicht zu realisieren⁸. Die Studie wurde daher im quasiexperimentellen Design mit einem Treatment-Wartelistenkontrollgruppen-Vergleich zu drei Testzeitpunkten durchgeführt.

3.1 Studiendesign

Die Studie wurde in der Klinik für psychotherapeutische und psychosomatische Medizin in Bielefeld von Januar 2009 bis Dezember 2012 durchgeführt. Die Patientinnen der Klinik

⁸ Die Absagen erfolgten aufgrund mehrerer bereits begonnener Forschungsprojekte oder einer nötigen Angleichung der Fragebogensets.

bekamen zu Behandlungsbeginn (erster Testzeitpunkt) und am Behandlungsende (ca. zehn Wochen später, zweiter Testzeitpunkt) in der Klinik sowie sechs Monate nach der Entlassung (dritter Testzeitpunkt) ein Fragebogenset übermittelt (*Tabelle 1*). Die Treatmentgruppe umfasste alle Personen, die in der Klinik behandelt wurden, und mindestens ein Fragebogenset ausgefüllt hatten. Die Kontrollgruppe wurde durch die Warteliste der Klinik rekrutiert. Alle Personen, die sich für eine Aufnahme in der Klinik anmeldeten, bekamen Informationen über die Studie sowie das erste Fragebogenset zugeschickt. Sie wurden auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen und gebeten, bei Zustimmung die Fragebögen auszufüllen und zurückzuschicken. Personen, die das erste Fragebogenset ausgefüllt zurückschickten, bekamen zehn Wochen⁹ sowie sechs Monate später erneut ein zweites und drittes Set zugeschickt¹⁰. Die Wartelistenkontrollgruppe umfasste alle Personen, die sich für eine Behandlung in der Klinik anmeldeten und mindestens ein Fragebogenset ausgefüllt zurückschickten.

Dieses Design führte zu einigen Einschränkungen: Die von der Studie unabhängige Aufnahmesteuerung erfolgte durch die Klinik und aufgrund von Schwankungen der durchschnittlichen Wartezeit wurden oftmals Wartelistenkontrollgruppen-Patientinnen zur Behandlung aufgenommen, bevor diese alle drei Fragebogensets ausgefüllt hatten. Dadurch gab es am zunächst geplanten Studienende im Dezember 2009 zwar eine ausreichend große Treatmentgruppe ($N = 212$), jedoch befanden sich nicht genügend Personen in der Kontrollgruppe ($N < 50$). Deshalb wurde entschieden, die Erhebung der Kontrollgruppe mit drei Testzeitpunkten fortzuführen, bis Datensätze von mindestens 100 Personen in der Kontrollgruppe vorlagen. Die festgelegte Stichprobengröße von $N > 100$ war im Dezember 2012 erfüllt, so dass die Studie zu diesem Zeitpunkt beendet wurde. Um Validitätsgefährdungen (z.B. Zeiteffekte) zu kontrollieren, wurde auch die Erhebung der Treatmentgruppe fortgesetzt, allerdings wurden aufgrund begrenzter finanzieller Mittel nur noch die zwei Testzeitpunkte in der Klinik erfasst und keine Fragebogensets zum dritten Testzeitpunkt mehr versandt. So konnten die Daten der ersten beiden Testzeitpunkte von Personen, die drei Testzeitpunkte ausgefüllt hatten (Treatmentgruppe 2009 und Kontrollgruppe 2009 bis 2012) zum Ausschluss von Zeiteffekten mit denen der Treatmentgruppe 2010 bis 2012 verglichen werden (siehe Abschnitt 4.6).

⁹ Die Behandlungsdauer in der Klinik betrug in der Regel zwischen 6 und 12 Wochen, wobei die meisten Patientinnen durchschnittlich 8 bis 10 Wochen in der Klinik blieben.

¹⁰ Durch die Beigabe frankierter Rückumschläge wurde sichergestellt, dass den Patientinnen keine durch die Studie bedingten Kosten entstanden.

Darüber hinaus ermöglichte die lange Studiendauer eine zusätzliche Option zur Überprüfung der Therapiewirksamkeit: Personen, die zunächst auf der Warteliste standen, an der Studie teilnahmen und somit zur Kontrollgruppe gehörten, wurden noch während der Studie als Patientin in die Klinik aufgenommen. Für diese Personen lagen somit auch Daten in der Treatmentgruppe 2010 bis 2012 vor. Anhand dieser Stichprobe ($N = 87$) konnte die Therapiewirksamkeit durch Innersubjektvergleiche überprüft werden. Diese Stichprobe war jedoch aufgrund der fehlenden Follow-Up-Erhebung der Treatmentgruppe 2010 bis 2012 auf zwei Testzeitpunkte begrenzt.

Tabelle 1

Übersicht über die unterschiedlichen Gruppen und Testzeitpunkte der Studie

	Testzeitpunkt 1	Testzeitpunkt 2	Testzeitpunkt 3	Testzeitpunkt 4
Kontrollgruppe	Anmeldung in der Klinik	ca. 10 Wochen nach Anmeldung	ca. 9 Monate nach Anmeldung	-
Treatmentgruppe 2009	Therapiebeginn Klinik	Therapieende Klinik	ca. 6 Monate nach Entlassung	-
Treatmentgruppe 2010-2012	Therapiebeginn Klinik	Therapieende Klinik	-	-
Abhängige Stichprobe	Anmeldung in der Klinik	ca. 10 Wochen nach Anmeldung	Therapiebeginn Klinik	Therapieende Klinik

Während die Fragebögen zur Erfassung der Achtsamkeit (FFA), der depressiven Symptomatik (BDI), der Traumafolgesymptome (PDS, FDS-20) sowie der somatoformen Symptome (SOMS-7T) seit Studienbeginn zum erhobenen Testset gehörten, wurde der Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen (FER) erst vier Monate später hinzugefügt. Aufgrund des Ressourcenschwerpunktes der PITT stellte der FER einen wichtigen Bestandteil der Überprüfung der Therapiewirksamkeit dar und war speziell zu diesem Zweck von Günther (2009) entwickelt worden. Die 50-Item-Version lag im April 2009 vor und wurde sofort ins Fragebogenset der Studie aufgenommen.

3.2 Freiwilligkeit der Teilnahme und Erklärung zum Widerruf

Die Studienteilnehmerinnen wurden vor Beginn der Studie über den Zweck der Datenerhebung zur Evaluation der PITT sowie die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme und jederzeitige Möglichkeit des Widerrufs aufgeklärt. Diese Informationen wurden in einem Anschreiben übermittelt, das am Anfang jeden Fragebogens der Kontroll- und Treatmentgruppe stand (*Abbildungen 1 und 2, Anhang C*). Darüber hinaus wurde die

Möglichkeit geboten, sich bei Fragen an die Studienleiterin zu wenden. Auch den Fragebögen zum zweiten und dritten Testzeitpunkt lag in beiden Gruppen jeweils ein kurzes Informationsschreiben mit Hinweisen zum Ausfüllen, zur Rückgabe der Fragebögen sowie den Kontaktdaten der Studienleiterin bei Nachfragen bei. Schickten die Studienteilnehmerinnen einen Fragebogen nicht innerhalb von vier Wochen zurück, wurden sie mit einem Schreiben an das Ausfüllen erinnert (*Abbildung 3*, Anhang C) und um Rücksendung des Fragebogens gebeten. Erfolgte auch danach keine Rücksendung des Fragebogens, wurden sie als Abbrecherinnen (Dropouts) registriert.

3.3 Stichprobe

3.3.1 Dropouts

Es gab in der Treatmentgruppe 2009 und der Wartelisten-Kontrollgruppe eine hohe Anzahl an Personen, die nicht alle drei Fragebogensets der Studie ausgefüllt hatten (Dropouts, *Tabelle 2*). Die Anzahl an Dropouts der Treatmentgruppe 2009 unterschied sich sowohl von der Kontrollgruppe 2009, $\chi^2(1) = 34.86$, $p < .01$, als auch von der Kontrollgruppe insgesamt, 2009 bis 2012, $\chi^2(1) = 45.92$, $p < .01$.

Problematisch war vor allem der sehr hohe Anteil (80 %) an Dropouts in der Kontrollgruppe. Am Studienende bestand die Kontrollgruppen-Stichprobe aus insgesamt 550 Personen, von denen 110 die Fragebögen zu allen drei Testzeitpunkten ausgefüllt hatten und die Kontrollgruppe bildeten, mit der die Hypothesen 1, 2 und 4 getestet wurden. 440 Personen schieden im Studienverlauf aus, 281 von ihnen hatten einen Fragebogen, 159 Personen hatten zwei Fragebögen ausgefüllt. Ursache der Dropouts in der Kontrollgruppe war in der Mehrzahl (60 %) der Fälle eine vorzeitige Aufnahme (152 Personen nach dem ersten und 111 Personen nach dem zweiten Testzeitpunkt der Kontrollgruppe). Dies hing mit den schwankenden und zeitweise deutlich unter neun Monaten liegenden Wartezeiten auf eine Klinikbehandlung und der externen Aufnahmesteuerung durch die Klinik zusammen. Weitere Gründe bestanden darin, dass die Personen das Fragebogenset nicht zurückschickten (24.7 %, 79 Personen nach dem ersten und 30 Personen nach dem zweiten Testzeitpunkt der Kontrollgruppe) oder in sonstigen Gründen (15.3 %) wie z.B. dass den Personen nach einem Vorgespräch in der Klinik eine andere Behandlung empfohlen wurde, sie Auflagen für eine Behandlung in der Klinik nicht erfüllten, sich selbst von der Warteliste streichen ließen oder ihre Adresse nicht mehr gültig war (50 Personen nach dem ersten und 18 Personen nach dem zweiten Testzeitpunkt der Kontrollgruppe).

Auch in der Treatmentgruppe 2009 gab es mit 170 Personen (42.9 %) einen hohen Anteil an Dropouts. Davon hatten 92 Personen (54.1 %) nur einen Fragebogen ausgefüllt.

Die Ursachen dafür waren, dass Personen nach dem ersten Testzeitpunkt zu Behandlungsbeginn z.B. aufgrund einer Überforderung durch die Behandlung, körperlicher Erkrankungen oder Regelverstöße frühzeitig wieder entlassen wurden, zu belastet für das Ausfüllen des Fragebogens am Behandlungsende waren oder dieses verweigerten (82 Personen). Zehn Personen hatten darüber hinaus nur den Fragebogen am Behandlungsende ausgefüllt. 78 Personen (45.9 %) der Dropouts der Treatmentgruppe hatten zwei Fragebögen ausgefüllt, schickten jedoch den Follow-Up-Fragebogen nicht zurück.

In der Treatmentgruppe 2010 bis 2012 war der Anteil an Dropouts mit 30.0 % am geringsten, wobei dies auch mit der Verkürzung der Studie auf zwei Testzeitpunkte zusammenhängen dürfte. Lediglich 352 (von 1175) Personen hatten in dieser Gruppe nur den Fragebogen zu Behandlungsbeginn ausgefüllt und zählten somit zu den Dropouts.

Tabelle 2

Anzahl der Teilnehmerinnen insgesamt sowie der Personen, die alle Fragebogensets der Gruppe ausfüllten (Completers) und im Studienverlauf nach einem bzw. zwei Testzeitpunkten ausschieden (Dropouts)

	Kontrollgruppe 2009 bis 2012	Treatmentgruppe 2009	Treatmentgruppe 2010 bis 2012
Gesamt	550	396	1175
Completers	110	224	823
Dropouts	440	170	352
1 TZP ausgefüllt	281	92	352
2 TZP ausgefüllt	159	78	

Zusammenfassend ist der Anteil an Dropouts in dieser Studie sehr hoch. Neben den beschriebenen Gründen ist zu berücksichtigen, dass die Studie in die „normalen Klinikabläufe integriert“ wurde (z.B. wurden die Fragebögen nicht von der Studienleiterin sondern den Einzeltherapeutinnen ausgehändigt). Hohe Anteile an Dropouts sind in Studien mit PTBS-Patientinnen häufig und möglicherweise auch in der Symptomatik (Cloitre, 2009; Schottenbauer et al., 2008) begründet. Deshalb forderten Schottenbauer et al. (2008) in den von ihnen formulierten Leitlinien unter anderem, neben den Ergebnissen der Analysen an vollständigen Datensätzen (Completers) alle verfügbaren Angaben in die Analysen einzubeziehen und auch die Ergebnisse der Analysen der gesamten, auch Dropouts beinhaltenden Stichprobe anzugeben (siehe auch Bradley et al., 2005; Najavits, 2003). Pribe et al. (2012) wiesen auf die Gefahr der Überschätzung des Erfolgs von Behandlungen

der PTBS hin, wenn ausschließlich die Ergebnisse aus Completers-Analysen berichtet werden. Cloitre (2009) stellte fest, dass nur die Ergebnisse von Analysen, die die verfügbaren Angaben von Dropouts beinhalten, eine angemessene Bewertung und Verallgemeinerung rechtfertigen.

In früheren Studien (z.B. Chard, 2005; Foa et al., 1999) wurde für die Berücksichtigung der Dropouts in den Analysen (Intention-to-treat-Analysen) oft die konservative last-observation-carried-forward-Methode verwendet, bei der fehlende Werte durch den jeweils letzten beobachteten Wert der Person ersetzt werden. Dies führt bei gleicher Anzahl an Dropouts in der Treatment- und Kontrollgruppe zu einer Unterschätzung der Behandlungseffekte bzw. bei unterschiedlicher Anzahl von Dropouts in der Treatment- und Kontrollgruppe möglicherweise zu einer deutlich größeren Unter- oder Überschätzung der Behandlungseffekte (z.B. Lane, 2008). In neueren Studien (z.B. Ehlers et al., 2013) ist es üblich, fehlende Angaben von Personen, die zu irgendeinem Zeitpunkt aus der Studie ausgefallen sind (Dropouts), nicht durch einen fixen Wert zu ersetzen, sondern Analysen durchzuführen, die alle verfügbaren Angaben berücksichtigen. Dies ist möglich, indem zur Analyse der längsschnittlichen Daten Mehrebenenmodelle (Hox, 2002; Singer & Willet, 2003) genutzt werden (z.B. Neuner et al., 2010). Dieses Vorgehen entspricht der Empfehlung von Lane (2008), der zeigte, dass die Verwendung von Mehrebenenmodellen zu reliableren Ergebnissen führte als der Einsatz der last-observation-carried-forward-Methode. Er schätzt zudem Mehrebenenmodelle als statistisch fundierter ein. Zudem sind Mehrebenenmodelle multiplen Imputationsverfahren vorzuziehen (Fong, Rai & Lam, 2006) und werden entsprechend auch in dieser Studie gerechnet.

Die Analyse der Hypothesen erfolgt zum einen mit Hilfe von Varianz- und Regressionsanalysen (die sich jeweils nur auf die Angaben der Completers beziehen) und zum anderen mit Hilfe von Mehrebenenmodellen (die alle verfügbaren Angaben in die Analysen einbeziehen). Die berichteten deskriptiven Statistiken, Tabellen und Abbildungen beziehen sich jeweils auf die Analysen mit vollständigen Datensätzen (Completers). Zuvor wurde überprüft, ob es zum ersten Testzeitpunkt signifikante Unterschiede in den Ressourcen und der Symptomatik zwischen den Dropouts und den Completers in der Treatment- und Kontrollgruppe gab, um systematische Ursachen der Dropouts auszuschließen.

3.3.2 Hauptstichprobe

Die Hauptstichprobe, mit der die Wirksamkeit der PITT in den Completers-Analysen überprüft wurde, und die für deskriptive Statistiken, Abbildungen und Tabellen herangezogen

wurde, umfasste alle Personen, die die Fragebogensets zu allen drei Testzeitpunkten ausgefüllt hatten.

Die Kontrollgruppe (Erhebungszeitraum Januar 2009 bis Dezember 2012) bestand aus $N = 110$ Personen (88 Frauen, 22 Männer) mit einem Durchschnittsalter von $M = 41.31$, $SD = 9.99$ Jahren. Von diesen Personen hatten 3.6 % keinen Bildungsabschluss, 30.9 % hatten Abitur oder einen höheren Bildungsabschluss erworben. 53.6 % der Personen aus der Kontrollgruppe lebten zu Studienbeginn in einer Partnerschaft. 94.4 % hatten nach Selbsteinschätzung in ihrem Leben mindestens eine Traumatisierung erlebt, 84.3 % hatten mehrere Traumatisierungen erlebt, die durchschnittlich mit $M = 6.99$, $SD = 6.37$ Jahren begonnen und $M = 83.45$, $SD = 73.22$ Monate gedauert hatten. Zum Aufnahmezeitpunkt nahmen die Personen durchschnittlich $M = 2.31$, $SD = 1.78$ verschreibungspflichtige Medikamente ein. Weitere Charakteristika der Kontrollgruppe sowie der Treatmentgruppe finden sich in den *Tabellen* 1 und 2 in Anhang A.

Die Treatmentgruppe (Erhebungszeitraum Januar 2009 bis Dezember 2009) bestand aus $N = 216$ Personen¹¹ (181 Frauen, 35 Männer) mit einem Durchschnittsalter von $M = 41.36$, $SD = 10.60$ Jahren. Von diesen Personen hatten 5.3 % keinen Bildungsabschluss, 38.3 % hatten Abitur oder einen höheren Bildungsabschluss erworben. 54.3 % der Personen aus der Treatmentgruppe lebten zu Studienbeginn in einer Partnerschaft. 90.4 % hatten nach eigener Einschätzung in ihrem Leben mindestens eine Traumatisierung erlebt, 87.0 % hatten mehrere Traumatisierungen erlebt, die durchschnittlich im Alter von $M = 7.16$, $SD = 7.63$ Jahren begonnen hatten und $M = 75.97$, $SD = 82.43$ Monate gedauert hatten. Zum Aufnahmezeitpunkt nahmen die Personen durchschnittlich $M = 2.31$, $SD = 2.11$ verschreibungspflichtige Medikamente ein.

Die Personen in der Treatmentgruppe hatten durchschnittlich $M = 3.27$, $SD = 1.64$ psychische Diagnosen. Die häufigsten Diagnosen waren die (komplexe) PTBS (73.6 %), affektive Störungen (78.1 %) und dissoziative Störungen (42.9 %)¹². Eine Übersicht über die Diagnosehäufigkeiten gibt *Tabelle* 3. Für die Kontrollgruppe liegen keine Daten zu den Diagnosehäufigkeiten vor.

¹¹ Im Vergleich zu *Tabelle* 2 reduzierte sich die Stichprobengröße der Treatmentgruppe aufgrund von drei oder mehr nicht ausgefüllten Fragebögen innerhalb des Fragebogensets auf 216 Personen (siehe Abschnitt 3.5.1).

¹² Details zu spezifischen Diagnosen der häufigen Störungskategorien befinden sich in *Tabelle* 3 in Anhang A.

Tabelle 3

Diagnosehäufigkeiten der Treatmentgruppe

Diagnose	Häufigkeit
Affektive Störungen	78.8%
Reaktionen auf schwere Belastungen ¹³	73.6%
Dissoziative Störungen	42.9%
Somatoforme Störungen	23.1%
Essstörungen	20.3%
Persönlichkeitsstörungen	16.0%
Schlafstörungen	14.7%
Panikstörung	14.2%
Phobische Störungen	12.3%
Störungen durch psychotrope Substanzen	9.9%
Generalisierte Angststörung	9.4%
Zwangsstörungen	9.0%

3.3.3 Abhängige Stichprobe

Die abhängige Stichprobe, mit der ebenfalls die unter Punkt 2 genannten PITT-Wirksamkeitshypothesen (Hypothesen 1 und 2) überprüft wurden, umfasste Personen, die (mindestens) die ersten beiden Fragebogensets der Kontrollgruppe sowie anschließend nach Reduktion der Testzeitpunkte in der Treatmentgruppe (siehe Abschnitt 3.1.) zwei Fragebogensets ausgefüllt hatten.

Die abhängige Stichprobe bestand aus $N = 90$ Personen (71 Frauen, 19 Männer), die zu Beginn der Kontrollgruppenzugehörigkeit im Durchschnitt $M = 41.24$, $SD = 9.71$ Jahre alt waren und zu Beginn der Treatmentgruppenzugehörigkeit im Durchschnitt $M = 42.23$, $SD = 9.69$ Jahre alt waren. Von diesen Personen hatten 3.9 % keinen Bildungsabschluss, 26.1 % hatten das Abitur oder einen höheren Bildungsabschluss erworben. 59.1 % der Personen lebten zu Studienbeginn in einer Partnerschaft, bei der Aufnahme in die Klinik waren es 54.7 %. Hinsichtlich der therapiebezogenen Daten hatten durchschnittlich 97.1 % nach eigener Einschätzung in ihrem Leben mindestens eine Traumatisierung erlebt, durchschnittlich 81.4 % hatten mehrere Traumatisierungen erlebt, die durchschnittlich im Alter von $M = 7.22$, $SD = 4.97$ Jahren begonnen und $M = 94.91$, $SD = 66.96$ Monate gedauert hatten.

¹³ Zu den Reaktionen auf schwere Belastungen gehören die PTBS und die komplexe PTBS.

3.4 Fragebögen

In dieser Studie wurden folgende Fragebögen eingesetzt: Zwei Ressourcenfragebögen (Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit [FFA], Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen [FER]) und vier störungsspezifische Fragebögen (Posttraumatische Diagnoseskala [PDS], Kurzversion des Fragebogens zu dissoziativen Störungen [FDS-20], Beck-Depressions-Inventar [BDI], die veränderungssensitive Version des Screenings für somatoforme Störungen [SOMS-7T]) wurden zur Therapieevaluation verwendet. Daneben wurden mit einem Biographie-Fragebogen (BFB) relevante soziodemographische Informationen erhoben. Mit dem Childhood-Trauma-Questionnaire (CTQ) wurden detaillierte Informationen zur Art und Schwere der Traumatisierungen in der Kindheit erfasst. Diese Fragebögen wurden sowohl in der Treatment- als auch in der Kontrollgruppe erhoben.

Darüber hinaus wurde in der Treatmentgruppe der Helping-Alliance Questionnaire (HAQ) zur Erfassung der Qualität der therapeutischen Beziehung und subjektiven Erfolgsszufriedenheit der Patientinnen als wichtige weitere Informationsquelle der Therapieevaluation (Geiser et al., 2002) eingesetzt. So konnte die Erfolgsszufriedenheit (HAQ-Skala) der Patientinnen bezüglich der PITT betrachtet werden und es konnte zusätzlich überprüft werden, ob ihre Zufriedenheit mit der therapeutischen Beziehung (HAQ-Skala) die Wirkung der Einzeltherapieelemente auf Ressourcen und Symptome mediierte bzw. moderierte (Cloitre et al., 2004). Außerdem wurde ein Fragebogen zur Einschätzung der Therapieelemente (ETE) genutzt, in dem die Personen der Treatmentgruppe am Therapieende angaben, wie häufig sie an einem Therapieangebot teilgenommen hatten und wie sie es bewerteten. Schließlich wurde der Umfang der Einzeltherapie und der eingesetzten Elemente erfasst, in dem die Therapeutinnen der Treatmentgruppe nach jeder Sitzung Angaben über die Inhalte machten.

3.4.1 Kurzversion des Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit (FFA)

Die in dieser Studie verwendete Kurzversion des Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit (FFA) ist ein 14 Items umfassender Fragebogen, mit dem die Achtsamkeit durch eine Selbstbeurteilung erfasst wird. Das Zutreffen der Aussagen zur Achtsamkeit in den vergangenen sieben Tagen wird auf einer vierstufigen Likert-Skala von Eins („fast nie“) bis Vier („fast immer“) bewertet. Die Kurzversion wurde von Walach et al. (2004) mittels statistischer Analysen aus der 30-Item-Langversion generiert, da die Langversion sich nur beim Einsatz in einer Stichprobe von Meditations-Teilnehmerinnen bewährt hatte. Grundlage der ursprünglichen 30-Item-Version waren systematische Literaturstudien, darüber hinaus wurden Items aus der deutschen Übersetzung des „Experiences Questionnaire“ von

Teasdale, Segal und Williams (1997) übernommen. Die Eignung der 73 Items des so entstandenen Itempools wurde durch Expertenratings überprüft. Es wurden etliche Items entfernt, andere wurden umformuliert. Mit einer aus 38 Items bestehenden Vorversion wurde eine Testung an einer Stichprobe von Meditations-Teilnehmerinnen durchgeführt und aufgrund der statistischen Analysen weitere acht Items ausgeschlossen. Die 30-Item-Langversion hatte mit Cronbachs Alpha von $\alpha = .93$ eine sehr gute Reliabilität. Die weiteren Validierungs- und Replikationsstudien (Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht & Schmidt, 2006; Walach et al., 2004) wurden an unterschiedlichen Stichproben (85 Meditations-Teilnehmerinnen, 86 Personen aus der Normalbevölkerung ohne Verbindungen zu Meditationskonzepten, 117 Personen in ambulanter und stationärer psychotherapeutischer Behandlung) durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass die 30-Item-Langversion für Personen, die keine Meditationserfahrung hatten, viele sehr schwierige Items aufwies. Wallach et al. (2004) entschlossen sich, alle Items mit unzureichender Trennschärfe zu entfernen und eine FFA-Kurzversion mit 14 Items zu generieren, die auch von Personen ohne Achtsamkeits- oder Meditationserfahrung problemlos ausgefüllt werden konnte. Die Kurzversion korrelierte mit $r = .95$ sehr hoch mit der 30-Item-Version. Walach et al. (2006) fanden in einer Hauptkomponentenanalyse, dass alle Items hoch auf einem Generalfaktor luden, der ihrer Einschätzung nach die Facetten einer gegenwärtigen nicht-identifizierten Aufmerksamkeit, einer akzeptierenden nicht urteilenden Haltung, eines ganzheitlichen Annehmens und prozesshaften einsichtsvollen Verstehens vereint.

Die Kurzversion des FFA wies in der Stichprobe aus der Normalbevölkerung (Cronbachs Alpha, $\alpha = .79$), in der klinischen Stichprobe (Cronbachs Alpha, $\alpha = .86$) wie auch bei Betrachtung der Daten aus den drei Stichproben insgesamt (Cronbachs Alpha, $\alpha = .86$) akzeptable bis gute Reliabilitätswerte auf. Betrachtungen der Zusammenhänge des FFA mit Fragebögen zu psychischen Störungen (FDS, SCL-90-R) und Skalen eines Fragebogens zur Selbstaufmerksamkeit sowie die Tatsache, dass anhand des Fragebogens Personen mit niedriger vs. hoher Meditationspraxis unterschieden werden konnten, erbrachten Hinweise auf eine vorliegende Validität. In der vorliegenden Studie wurden mit einem Cronbachs Alpha von $\alpha = .78$ bis $\alpha = .85$ akzeptable bis gute interne Konsistenzen erreicht, auch die Retestreliabilität war mit einem Cronbachs Alpha von $\alpha = .81$ akzeptabel (*Tabelle 4*, Anhang A).

3.4.2 Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen (FER)

Es wurde eine 50-Item-Version des Fragebogens zur Erfassung von Ressourcen (FER) verwendet, die Günther (2009) speziell zum Einsatz in der Wirksamkeitsüberprüfung dieser Traumatherapie entwickelt hatte. Diese stellte eine Vorversion dar, die anhand der während

des Verlaufs der vorliegenden Studie im Zeitraum von April bis September 2009 gesammelten Daten weiterentwickelt wurde. Da die 50-Item-Vorversion erst im April 2009 vorlag, wurde das bereits bestehende Fragebogenset der Studie um den Fragebogen ergänzt. Zur Entwicklung der 50-Item-Version des FER waren zunächst 404 Items aus bestehenden Instrumenten gesammelt und umformuliert worden. Darüber hinaus wurden weitere 20 Items aus einem Patientinneninterview mit Fokus auf Ressourcenpotenzialen nach Willutzki, Koban und Neumann (2005) entwickelt. Nach einer inhaltlichen Analyse, in der ähnliche Items ausgeschlossen wurden, verblieben 96 Items, die den Therapeutinnen der Klinik für psychotherapeutische und psychosomatische Medizin vorgelegt wurden. Aufgrund der Einschätzungen der Therapeutinnen, ob die Items zum Ressourcenkonstrukt und in den Therapiekontext passten, entstand die vorliegende 50-Item-Version. Nach weiteren Überprüfungen des sprachlichen und inhaltlichen Itemverständnisses konnte der Fragebogen ab April 2009 zur Therapieevaluation genutzt werden.

Im FER bewerten die Patientinnen das Zutreffen von 50 Aussagen zu Ressourcen auf einer sechsstufigen Likert-Skala von Eins („Diese Aussage trifft überhaupt nicht zu“) bis Sechs („Diese Aussage trifft sehr zu“). Anhand einer in der Klinik behandelten Stichprobe ($N = 113$) sowie einer nichtklinischen Stichprobe ($N = 154$) wurden statistische Analysen zur Fragebogenkonstruktion durchgeführt und erste Hinweise zu psychometrischen Gütekriterien gesammelt. Aufgrund der Ergebnisse einer Faktorenanalyse, der Trennschärfen und inhaltlicher Gesichtspunkte (Passung in die Skala, Redundanzen) wurden vier Skalen gebildet: positives Selbsterleben, positives interpersonales Erleben, Bewältigungsverhalten sowie Wohlbefinden und Selbstfürsorge. Die Skalen wiesen gute (Cronbachs Alpha, $\alpha = .80$) bis sehr gute (Cronbachs Alpha, $\alpha = .91$) interne Konsistenzen auf. Günther reduzierte die Itemanzahl des FER nach den statistischen Analysen auf 32 Items und gab als Auswertungsoptionen neben den Skalenwerten auch die Bildung eines Gesamtwertes an, für den sie ebenfalls eine sehr gute Reliabilität (Cronbachs Alpha, $\alpha = .95$) fand.

Von Günther (2009) wurden erste Hinweise auf die Validität des Fragebogens erbracht. In dieser Studie wurde die ursprüngliche 50-Item-Version des FER genutzt, deren Validität sich in Form einer hohen Korrelation zur Kurzversion des Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit (FFA, $r = .68$) sowie moderater negativer Korrelationen zu den Symptomfragebögen ($r = -.29$ bis $-.64$) bestätigte. Darüber hinaus zeigte sich eine sehr gute interne Konsistenz des Fragebogen-Gesamtwerts der 50 Items (Cronbachs Alpha von $\alpha = .97$ bis $\alpha = .98$) sowie eine Retest-Reliabilität von Cronbachs Alpha, $\alpha = .86$ (Tabelle 4, Anhang A).

3.4.3 Posttraumatische Diagnoseskala (PDS)

Die Posttraumatische Diagnoseskala (PDS) ist eine von Ehlers et al. (1996) erarbeitete Übersetzung der Posttraumatic Stress Diagnostic Scale von Foa (1995). Die Ursprungsversion des Fragebogens war von Foa (1995) mit dem Ziel entwickelt worden, ein Selbstbeurteilungsinstrument zum Screening auf eine PTBS wie auch zur Einschätzung der Höhe der Symptomausprägung zu schaffen. Die PDS besteht aus vier Teilen, in denen die Art des Traumas (Teil eins), der Zeitpunkt und die Bedingungen der traumatischen Situation (A-Kriterium, Teil zwei), die Symptome (Teil drei) sowie folgende Beeinträchtigungen in unterschiedlichen Lebensbereichen (Teil vier) erfasst werden. Die Items zur Erfassung der Symptome sind aus den Kriterien B bis D des DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) generiert worden. Ihr Vorliegen wird von den Patientinnen auf einer vierstufigen Likert-Skala von Null („nicht vorhanden“) bis Drei („fast immer vorhanden, fünf Mal oder öfter pro Woche“) für den Zeitraum des vergangenen Monats bewertet.

Mit dem Fragebogen kann das Vorliegen einer PTBS auch nach ICD-10-Kriterien (Dilling et al., 2011) überprüft werden. Dazu muss bei Items, die die Kriterien A bis D erfassen (Ereignis außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes, Intrusionen, Vermeidung, dissoziative Amnesie oder Übererregung), bei mindestens einem Item eine Belastung angegeben sein und zusätzlich muss das Zeitkriterium (Symptombeginn bis sechs Monate nach dem Ereignis) erfüllt sein. Es können Skalenwerte für die Symptomcluster Intrusion, Vermeidung und Übererregung berechnet werden. Dazu kann über den Gesamtscore der Symptomitems die Schwere der Belastung durch die PTBS erfasst werden.

Steil (2000) beschreibt eine sehr gute Reliabilität (Cronbachs Alpha, $\alpha = .95$) des Gesamtscores der Symptomitems und erbrachte darüber hinaus Belege für die Validität des Fragebogens. Auch Griesel, Wessa und Flor (2006) bestätigten die sehr gute Reliabilität (Cronbachs Alpha, $\alpha = .94$) und die Validität des Fragebogens. Auch in dieser Studie zeigte sich eine gute bis sehr gute Reliabilität der PDS (Cronbachs Alpha von $\alpha = .89$ bis $\alpha = .93$, *Tabelle 4, Anhang A*).

3.4.4 Kurzversion des Fragebogens zu dissoziativen Symptomen (FDS-20)

Der FDS-20 ist eine Kurzversion des Fragebogens zu dissoziativen Symptomen (Spitzer et al., 2005), in die die 20 trennschärfsten Items der ursprünglichen deutschsprachigen Übersetzung (Freyberger, Spitzer & Stieglitz, 1999) der Dissociative Experience Scale (DES, Bernstein & Putnam, 1986) aufgenommen wurden. Für jedes Item bewerten die Patientinnen auf einer elfstufigen Likert-Skala von 0 („nie“) bis 100 % („immer“), wie sehr die jeweilige Aussage auf sie zutrifft. Erfahrungen unter dem Einfluss von Alkohol, Drogen und

Medikamenten werden dabei explizit von der Beurteilung ausgeschlossen. Neu ist in der Kurzversion die Einführung eines Zeitfensters („Wir sind daran interessiert, zu erfahren, in welchem Ausmaß Sie derartige Erlebnisse in den letzten zwei Wochen gehabt haben“). Da mit der Einführung eines Zeitfensters bei den Fragen im FDS-20 Grundlagen für eine Änderungssensitivität geschaffen wurden, aus ökonomischen Gründen und da die Annahme eines mehrfaktoriellen Dissoziationsfaktors in der Langversion anstelle eines Generalfaktors der Dissoziation umstritten ist (Fischer & Elnitzky, 1990; Marmar et al., 1994) wurde in dieser Studie die Kurzversion (FDS-20) verwendet.

Zur Konstruktion des FDS-20 hatten die Autoren die trennschärfsten Items der Ursprungsversion mit einer Trennschärfe $> .50$ in absteigender Reihenfolge aufgelistet und Items bis zum Erreichen einer geschätzten Reliabilität mit Cronbachs Alpha von $\alpha > .90$ für den FDS-20 ausgewählt. Die Evaluation an einer Stichprobe von $N = 1289$ Patientinnen in stationärer Therapie erbrachte eine sehr gute Reliabilität (Cronbachs Alpha, $\alpha = .93$) sowie erste Validitätshinweise.

Die internen Konsistenzen des FDS-20 waren in der vorliegenden Stichprobe zu allen Testzeitpunkten sehr gut (Cronbachs Alpha zwischen $\alpha = .92$ und $\alpha = .94$, *Tabelle 4*, Anhang A), die Retest-Reliabilität war mit Cronbachs Alpha von $\alpha = .94$ sehr gut. Insgesamt bleiben die Ergebnisse weiterer Studien zur testpsychologischen Güte des FDS-20 für eine umfassendere Beurteilung seiner Vor- und Nachteile gegenüber der Langversion abzuwarten. Spitzer et al. (2005) schätzen den FDS-20 als zeitökonomische Alternative zur Langversion ein. Insgesamt ist die englischsprachige Originalversion, die DES (Bernstein & Putnam, 1986), im Bereich der Selbstbeurteilungsfragebögen zu dissoziativen Symptomen nach Spitzer (2004) als Goldstandard anzusehen. Bereits die als Übersetzung veröffentlichte deutschsprachige Langversion (Freyberger et al., 1999) stellte eine Modifikation der englischen Version dar, die an die Diagnosekriterien des ICD-10 angepasst, und in die eine zusätzliche Skala Konversion aufgenommen wurde. Mit dem FDS-20 steht eine noch umfassendere Modifikation der Ursprungsversion zur Verfügung.

3.4.5 Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Die deutsche Übersetzung des Beck-Depressions-Inventars (BDI, Hautzinger et al., 1992) erfasst die Beeinträchtigung durch die depressive Symptomatik anhand von 21 Items. Die Items der Originalversion des Fragebogens waren von Beck, Ward, Mendelson, Mock und Erbaugh (1961) aus Beobachtungen der Symptome depressiver Patientinnen entwickelt worden. Jedes Item besteht aus vier Aussagen, von denen die Aussage angekreuzt werden soll, die „am besten beschreibt, wie Sie sich in dieser Woche einschließlich heute gefühlt haben“. Gleichzeitig heißt es in der Anleitung, dass die Patientinnen mehrere Aussagen

ankreuzen dürfen, wenn diese gleichermaßen zutreffen. Die Aussagen sind mit Null (keine depressive Beeinträchtigung) bis Drei (höchste depressive Beeinträchtigung) gekennzeichnet. In die Auswertung wird zur Berechnung des Summenwerts depressiver Symptomatik beim Ankreuzen mehrerer Alternativen diejenige mit dem höchsten Wert aufgenommen. Laut Manual sind Summenwerte von 0 bis 9 als leichte, Summenwerte von 10 bis 18 als mittlere und Summenwerte ab 19 als schwere depressive Beeinträchtigung einzuordnen.

Hautzinger et al. (1992) fanden akzeptable bis sehr gute interne Konsistenzen (Cronbachs Alpha, $\alpha = .74$ bis $\alpha = .92$, insgesamt $\alpha = .88$) und bestätigten die Validität des Fragebogens. Diese Gütekriterien des BDI zeigten sich auch in der vorliegenden Studie: Mit Cronbachs Alpha von $\alpha = .86$ bis $\alpha = .91$ lagen gute bis sehr gute interne Konsistenzen vor, die Retest-Reliabilität war mit Cronbachs Alpha, $\alpha = .89$, ebenfalls gut (Tabelle 4, Anhang A). Der Fragebogen ist das weltweit am meisten eingesetzte Selbstbeurteilungsinstrument der Depression (Richter, Werner, Heerlein, Kraus & Sauer, 1998). Richter et al. (1998) beschreiben in ihrer Metaanalyse zu Studien zu den psychometrischen Eigenschaften des BDI, dass die Reliabilitäten durchschnittlich größer als Cronbachs Alpha, $\alpha = .75$, sind. Sie bewerten die international verbreitete Nutzung, gute interne Konsistenz, Inhaltsvalidität, Differenzierung zwischen nicht klinischen und depressiven Personen sowie die Änderungssensitivität als Vorteile des Fragebogens. Demgegenüber sehen sie im Fehlen repräsentativer Normen, der hohen Itemschwierigkeit, unterschiedlichen Befunden zur Faktorenstruktur, starken Schwankungen der Summenwerte in kurzen Zeitintervallen sowie der fehlenden Diskriminationsfähigkeit gegenüber Angststörungen Nachteile.

3.4.6 Screening für somatoforme Störungen (SOMS-7T)

Das Screening für somatoforme Störungen (SOMS) wurde ursprünglich zur Klassifikation von Somatisierungspatientinnen entwickelt (Rief, Schäfer & Fichter, 1992), in dem das Vorliegen entsprechender Symptome in einem Zeitraum von zwei Jahren erfragt wurde. Während die ursprünglichen Fragebogenitems aus den körperlichen Symptomen einer Somatisierungsstörung nach DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) entstanden waren, wurden die Items in der Überarbeitung an die Symptome einer Somatisierungsstörung und somatoformen autonomen Funktionsstörung nach DSM-IV bzw. ICD-10 angepasst. Mit dem in dieser Studie verwendeten SOMS-7T (Rief et al., 1997) wurde von den Autoren anschließend aus der Ursprungsversion ein Fragebogen zur Veränderungsmessung erarbeitet. Das Vorliegen von 53 somatoformen Symptomen in den vergangenen sieben Tagen wird von den Patientinnen auf einer fünfstufigen Likert-Skala von Null („gar nicht“) bis Vier („sehr stark“) bewertet. Es gibt 47 allgemeine Symptomitems sowie weitere geschlechtsspezifische Items. In fünf Items für Frauen werden Fragen zu

ungewöhnlichen Regelblutungen, verstärktem Ausfluss und Erbrechen gestellt, bei Männern wird in nur einem geschlechtsspezifischen Item nach Impotenz und Störungen des Samenergusses gefragt.

Als Auswertungsindizes stehen die Beschwerdenanzahl (alle Symptome, bei denen eine Beeinträchtigung angegeben wurde) sowie der Intensitätsindex (Mittelwert über alle Items) zur Verfügung. Die Autoren schätzen den Intensitätsindex als für die Veränderungsmessung geeignetere Auswertungsform ein, da sich ihrer Erfahrung nach eher die Symptomintensität als die Symptomanzahl der häufig seit mehreren Jahren an somatoformen Symptomen leidenden Patientinnen verändert.

In einer Validierungsstudie mit $N = 142$ Patientinnen aus einer psychosomatischen Behandlung ergaben sich Hinweise auf eine Validität des Screenings (Rief et al., 1997). Rief und Hiller (2003) fanden mit einer internen Konsistenz von Cronbachs Alpha, $\alpha = .92$, eine sehr gute Reliabilität des Gesamttests, die Retest-Reliabilität lag bei Cronbachs Alpha, $\alpha = .71$ (Intensitätsindex), und $\alpha = .76$ (Beschwerdenanzahl). Darüber hinaus erbrachten die Autoren Belege für die konvergente und diskriminante Validität des SOMS-7T. In dieser Studie ergaben sich zu den unterschiedlichen Testzeitpunkten sehr gute Reliabilitätswerte sowohl für den Gesamttest (Cronbachs Alpha von $\alpha = .92$ bis $\alpha = .94$) als auch bei geschlechtsspezifischer Auswertung (Cronbachs Alpha von $\alpha = .92$ bis $\alpha = .95$, siehe *Tabelle 4*, Anhang A). Die Retest-Reliabilität war mit Cronbachs Alpha von $\alpha = .89$ gut.

3.4.7 Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

Der Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) wurde von Bernstein et al. (1994) auf Basis von Literaturrecherchen zunächst als 70 Items umfassender Fragebogen zur retrospektiven Einschätzung eines in der Kindheit und Jugend erlebten Missbrauchs und erlebter Vernachlässigung entwickelt. Anschließend wurde eine 28 Items umfassende Kurzform veröffentlicht (Bernstein & Fink, 1998), die von verschiedenen Forschergruppen (Bader, Nissen, Hänny & Schäfer, 2000; Driessen et al., 2001) ins Deutsche übersetzt wurde. Die in dieser Studie verwendete CTQ-Übersetzung von Driessen et al. (2001) enthält zusätzlich zu den 28 Ursprungsitems der Skalen emotionaler Missbrauch, körperlicher Missbrauch, sexueller Missbrauch, emotionale Vernachlässigung, körperliche Vernachlässigung (je fünf Items) und Bagatellisierung (drei Items) sechs Items zu Inkonsistenzerfahrungen in der Kindheit und Jugend.

Mit jedem CTQ-Item wird auf einer fünfstufigen Likert-Skala das Erleben traumatischer Erfahrungen in der Kindheit und Jugend von den Patientinnen retrospektiv von Eins („trifft auf mich überhaupt nicht zu“) bis Fünf („trifft auf mich sehr häufig zu“) bewertet. Studien zur Überprüfung der Gütekriterien zeigten mit Ausnahme der Skala „Körperliche

Vernachlässigung“ (Cronbachs Alpha, $\alpha = 0.66$) gute Reliabilitäten (Werte bis Cronbachs Alpha, $\alpha = 0.92$, für die Skala „sexueller Missbrauch“), belegten eine konvergente und diskriminante Validität und bestätigten die Fünf-Faktoren-Struktur (Bernstein et al., 2003; Bernstein & Fink, 1998). Die Skala Bagatellisierung bietet zusätzliche Informationen zu den Folgen der Traumatisierungen, ist aber für die Berechnung der Art und Schwere der in der Kindheit erlebten Traumatisierungen in der vorliegenden Studie irrelevant.

Überprüfungen der deutschsprachigen CTQ-Versionen mit 28 Items wie die von Bader, Hänny, Schäfer, Neuckel und Kuhl (2009) bestätigten die insgesamt guten Reliabilitäten mit internen Konsistenzen von Cronbachs Alpha, $\alpha = .82$ bis $\alpha = .90$, jedoch auch die Probleme mit der Skala „Körperliche Vernachlässigung“ (Cronbachs Alpha, $\alpha = .49$). Bader et al. (2001) begründen die Schwierigkeiten damit, dass vermutlich nicht alle Items das gleiche Konstrukt messen und es eine inhaltliche Nähe zur Skala „Emotionale Vernachlässigung“ gibt. Die Retest-Reliabilitäten in der Studie von Bader et al. (2009) waren hoch, darüber hinaus wurden Belege für eine Konstruktvalidität erbracht. Während Wulff (2006) die Skalen „Emotionale Vernachlässigung“ und „Körperliche Vernachlässigung“ zu einem Faktor aggregierte und eine Vier-Faktoren-Lösung favorisierte, bestätigten Klinitzke, Romppel, Häuser, Brähler und Glaesmer (2012) das Fünf-Faktoren-Modell des CTQ wenn auch mit einer nur ausreichenden Modellpassung. In ihrer Studie an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe fanden sie mit Ausnahme der Skala „Körperliche Vernachlässigung“ (Cronbachs Alpha, $\alpha = .55$) hohe interne Konsistenzen der anderen Skalen (Cronbachs Alpha, $\alpha = .80$ bis $\alpha = .89$) und belegten die Konstruktvalidität. In dieser Studie ist die Reliabilität der Skala „Körperliche Vernachlässigung“ gut (Cronbachs Alpha, $\alpha = .73$), hat jedoch gemeinsam mit der zusätzlichen Skala „Inkonsistenz Erfahrung“ (Cronbachs Alpha, $\alpha = .78$) insgesamt die geringste Reliabilität der CTQ-Skalen. Die internen Konsistenzen der Skalen „Emotionaler Missbrauch“ ($\alpha = .87$), „Körperlicher Missbrauch“ ($\alpha = .89$), „Sexueller Missbrauch“ ($\alpha = .96$) und „Emotionale Vernachlässigung“ ($\alpha = .87$) sind gut bis sehr gut. Die CTQ-Gesamtskala in der hier verwendeten Form zur Traumaschwere (ohne die Items der Skala Bagatellisierung) wies eine sehr gute Reliabilität (Cronbachs Alpha, $\alpha = .96$) auf.

3.4.8 Helping Alliance Questionnaire (HAQ)

Der Helping-Alliance-Questionnaire (HAQ) wurde von Alexander und Luborsky (1986) zur Erfassung der therapeutischen Beziehung entwickelt und von Bassler, Potratz und Krauthauser (1995) ins Deutsche übersetzt. Er enthält zwölf Aussagen, die die Zufriedenheit der Patientinnen mit dem Therapieverlauf und der therapeutischen Beziehung erfassen. Die Aussagen können sowohl von den Patientinnen selbst als auch von den Therapeutinnen auf

einer sechsstufigen Likert-Skala von Eins („sehr unzutreffend“) bis Sechs („sehr zutreffend“) bewertet werden. In dieser Studie wurde der HAQ nach jeweils acht Einzeltherapiesitzungen und ausschließlich von den Patientinnen ausgefüllt.

Anders als Alexander und Luborsky (1986), die einen Gesamtwert berechnet hatten, bevorzugen Bassler et al. (1995) eine Skalenlösung zur getrennten Erfassung der „Beziehungszufriedenheit“ und „Erfolgszufriedenheit“. Sie halten bei ebenfalls guter Reliabilität einer Gesamtskala (Cronbachs Alpha, $\alpha = .89$) jedoch auch die Berechnung des Summenwertes für angemessen. Da in dieser Studie mögliche Moderations- und Mediationseffekte der Güte der therapeutischen Beziehung (HAQ-Skala Beziehungszufriedenheit) überprüft und der Zusammenhang der HAQ-Skala Erfolgszufriedenheit mit der Gesamtsymptomatik und Symptomveränderung aus der Studie von Geiser et al. (2002) repliziert werden sollte, wurde die von Bassler et al. (1995) bevorzugte Zwei-Skalen-Lösung genutzt. Diese erschien aufgrund der von den Autoren der deutschen HAQ-Version berichteten Ergebnisse guter Reliabilitätswerte der Einzelskalen Beziehungszufriedenheit (Cronbachs Alpha, $\alpha = .89$) und Erfolgszufriedenheit (Cronbachs Alpha, $\alpha = .84$) geeignet.

Die Reliabilitätswerte der Skala Beziehungszufriedenheit zum ersten Testzeitpunkt nach 8 Sitzungen (Cronbachs Alpha, $\alpha = .87$) und zum zweiten Testzeitpunkt nach 16 Sitzungen (Cronbachs Alpha, $\alpha = .88$) sowie der Skala Erfolgszufriedenheit zum ersten Testzeitpunkt nach 8 Sitzungen (Cronbachs Alpha, $\alpha = .79$) und zum zweiten Testzeitpunkt nach 16 Sitzungen (Cronbachs Alpha, $\alpha = .80$) lagen in der vorliegenden Studie im zufriedenstellenden bis guten Bereich.

3.4.9 Biographie-Fragebogen (BFB)

Im Biographie-Fragebogen (BFB) der Klinik werden zentrale soziodemographische Variablen (z.B. Geschlecht, Bildung, beruflicher Status, soziale Kontakte, Partnerschaft, Arbeitsunfähigkeitsdauer) erhoben. Dazu wählen die Patientinnen aus unterschiedlichen vorgegebenen Antwortalternativen die für sie zutreffendste aus und kreuzen sie an. Ein weiterer Fokus besteht in der Erhebung der ambulanten und (teil-)stationären psychotherapeutischen und psychiatrischen Vorbehandlungen, die in neun Items sehr detailliert mit Nachfragen zur Dauer erfasst werden. Aufgrund des Klinikschwerpunktes in der Behandlung von Traumafolgestörungen werden das Vorliegen traumatischer Erfahrungen, ihr Beginn und ihre Dauer sehr genau erfragt. Darüber hinaus gibt es weitere Items, die unter anderem erfassen, ob die Patientinnen Todesangst empfinden und wie viele Medikamente sie einnehmen.

3.4.10 Einschätzung der Therapieelemente (ETE)

Nur am Ende des Aufenthalts in der Klinik für psychotherapeutische und psychosomatische Medizin füllen die Patientinnen einen in der Klinik entwickelten Fragebogen zur Einschätzung der Therapieelemente (ETE) aus. Dieser besteht aus 20 Items, in denen die unterschiedlichen Therapieangebote und weitere Elemente (z.B. geschützte Atmosphäre in der Klinik) bewertet werden. Dazu steht eine elfstufige Likert-Skala zur Verfügung, auf der die Patientinnen ihre Bewertungen („Wie sehr haben Sie von ... profitiert“) von Null („gar nicht“) bis Zehn („sehr“) vornehmen. Darüber hinaus wird die Häufigkeit erfragt, mit der die Patientinnen an den Therapieangeboten teilgenommen haben. Dazu stehen vier Kategorien (weniger als 3 Mal, 3-8 Mal, 8-15 Mal, mehr als 15 Mal) zur Verfügung. Neben der Bewertung der Einzel- und Gruppentherapie geben die Patientinnen an, wie sehr sie von den Kreativtherapien (Kunst- und Körpertherapie), den regelmäßigen Angeboten für alle Patientinnen (z.B. Stressbewältigung) sowie indikativen Angeboten (u.a. Familientherapie, Sozialberatung, Männergruppe) profitiert haben. In weiteren Items wird erfragt, wie sehr die Patientinnen vom Kontakt mit Mitpatientinnen und dem Pflegepersonal profitiert haben und wie sie die Verbesserung ihrer Beschwerden, ihrer Fähigkeit zur Selbstberuhigung und ihres Sicherheitsgefühls einschätzen.

3.4.11 Erfassung der eingesetzten Einzeltherapieelemente

In der Phase der Studienplanung wurden zunächst zentrale PITT-Bestandteile (z.B. Stabilisierung, Ressourcenaktivierung, Konfrontation) und PITT-Methoden (z.B. Imaginationsübungen, Innere-Kind-Arbeit, Psychoedukation) sowie weitere häufig eingesetzte Therapiemethoden (z.B. systemische Beziehungsarbeit) identifiziert. Diese wurden mit PITT arbeitenden psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen vorgelegt und aufgrund ihrer Anregungen überarbeitet (beispielsweise wurden einzelne Imaginationsübungen in einer Gesamtkategorie zusammengefasst) sowie anschließend in eine von den Einzeltherapeutinnen auszufüllende Übersicht integriert (*Abbildung 4*, Anhang C). Die Einzeltherapeutinnen trugen nach jeder Sitzung deren Dauer ein und wählten bis zu drei Elemente aus, mit denen sie während der Sitzung gearbeitet hatten. Jedes Element ging in die Auswertung mit demselben Faktor der Gesamtdauer der Sitzung ein. So sollte die therapeutische Situation, in der häufig mit mehreren PITT-Elementen (z.B. Psychoedukation, Erarbeitung des psychodynamischen Hintergrundes, Innere-Kind-Arbeit) an einem Thema (z.B. plötzliches und unerklärliches Empfinden von Todesangst der Patientin) gearbeitet wird, möglichst realistisch erfasst werden. Darüber hinaus sind vor allem die stabilisierenden Elemente teilweise überlappend (z.B. Innere-Kind-Arbeit und Kommunikation zwischen

inneren Anteilen), so dass die therapeutische Realität in der Arbeit mit der PITT durch die mögliche Mehrfachnennung und gleiche Gewichtung von bis zu drei Elementen entsprechend abgebildet werden konnte. Aufgrund des Schwerpunktes der PITT in der Stabilisierung gab es insgesamt mehr stabilisierende als konfrontierende Kategorien in der Einzeltherapieübersicht. Diese Erfassung der Einzeltherapieelemente diente primär der Informationsgewinnung über Inhalte der Einzeltherapie im Rahmen der individualisierten PITT-Behandlung sowie der Überprüfung der Wirksamkeit stabilisierender und konfrontierender Therapieelemente im Rahmen der PITT (Hypothese 5)

3.5 Erste statistische Analysen

3.5.1 Fehlende Werte

Es wurde festgesetzt, dass maximal 15 % der Itemwerte einer Person pro Fragebogen fehlen durften. Wies eine Person mehr fehlende Itemwerte auf, wurde sie aus der Analyse des entsprechenden Fragebogens ausgeschlossen (listenweiser Fallausschluss). Fehlten weniger als 15 % der Itemwerte einer Person, wurden fehlende Items durch den Itemmittelwert der Person im entsprechenden Fragebogen ersetzt. Auf Skalenebene wurde eine Grenze von maximal drei fehlenden Fragebogen-Gesamtwerten pro Testzeitpunkt festgelegt, andernfalls wurde die Person aus der Analyse ausgeschlossen und als Dropout behandelt¹⁴.

Auf der Ebene der Gesamtscores zeigten sich neben der beim Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen (FER) wegen der späteren Einführung zu erwartenden hohen Anzahl fehlender Gesamtscores, dass auch bei der Posttraumatischen Diagnoseskala (PDS) im Vergleich zu den Gesamtwerten des Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit (FFA), des Beck-Depressions-Inventars (BDI), des Fragebogens zu dissoziativen Störungen (FDS-20) und des Screenings für somatoforme Störungen (SOMS-7T, jeweils maximal 5.8 % fehlender Werte) auffällig viele Gesamtscores fehlten (*Tabelle 4*). Dabei ist zu erkennen, dass sich die

¹⁴ Dabei wurde jedoch ein Fehlen des FERs nicht berücksichtigt, da nicht sicher zu unterscheiden war, ob die Personen das Ausfüllen verweigert hatten oder der Fragebogen wegen der späteren Einführung nicht im Testset enthalten war. Aufgrund von drei oder mehr nicht ausgefüllten Fragebogen wurden in der Hauptstichprobe zum ersten Testzeitpunkt sieben Personen (sechs aus der Treatment- [TG] und eine aus der Kontrollgruppe [KG]) und zum dritten Testzeitpunkt eine Person (TG) als Dropout behandelt. In der abhängigen Stichprobe wurden zum ersten Testzeitpunkt zwei Personen (KG) und zum zweiten Testzeitpunkt eine Person (KG) als Dropout behandelt. Zum dritten Testzeitpunkt wurde eine Person (TG) als Dropout behandelt, zum vierten Testzeitpunkt waren es drei Personen (TG).

Anzahl fehlender Werte im FER nach der verspäteten Einführung zu den späteren Testzeitpunkten relativierte.

Tabelle 4

Anteil fehlender Werte beider Stichproben in FER und PDS

Stichprobe	Fragebogen	1. TZP	2. TZP	3. TZP	4. TZP
Hauptstichprobe	FER	37.4%	31.3%	4.6%	-
Abhängige Stichprobe	FER	25.6%	6.7%	8.9%	2.2%
Hauptstichprobe	PDS	10.7%	11.0%	6.7%	-
Abhängige Stichprobe	PDS	6.7%	8.9%	5.6%	7.8%

Bei näherer Betrachtung zeigte sich, dass die fehlenden Gesamtscores der PDS nicht auf das komplette Verweigern des Fragebogenausfüllens zurückzuführen waren, sondern auf das häufige Fehlen von mehr als zwei Items (was der zuvor festgelegten 15 % -Grenze fehlender Werte auf Itemebene entsprach).¹⁵ Daraufhin wurden die fehlenden Werte auf Itemebene betrachtet. Es zeigte sich, dass die PDS-Items Nummer 8 („Konnten/können Sie sich an einen wichtigen Bestandteil des Ereignisses nicht erinnern?“) und Nummer 9 („Hatten Sie deutlich weniger Interesse an Aktivitäten, die vor dem Ereignis wichtig für Sie waren oder haben Sie sie deutlich seltener unternommen?“) zwei- bis dreimal so oft fehlten als die anderen PDS-Items. Dies liegt möglicherweise daran, dass viele Personen in ihrer Kindheit traumatisiert wurden (Durchschnittsalter bei der ersten Traumatisierung, $M = 7.10$, $SD = 7.21$) und nun viele Jahre danach zu diesem Ereignis (Item 8) und zu ihrem Interesse an Aktivitäten in der Kindheit (Item 9) befragt werden. Die insgesamt weniger verfügbaren autobiographischen Erinnerungen aus der Kindheit (vgl. „Erinnerungskurve“ von Conway & Pleydell-Pearce, 2000) könnten dazu geführt haben, dass die PDS-Items Nummer 8 und 9 schwer zu beantworten sind. Darüber hinaus könnten die weniger verfügbaren Erinnerungen vor allem die Bewertung der in Item 8 erfragten traumaspezifischen Gedächtnisstörung erschwert haben: Die Tatsache, dass insgesamt weniger autobiographische Erinnerungen an die Kindheit verfügbar sind, könnte von den Fragebogenausfüllerinnen bereits als Gedächtniseinschränkung bewertet werden, und die Einschätzung, ob eine zusätzliche traumaspezifische Einschränkung vorliegt oder diese „normal“ ist, erschwert haben. Darüber hinaus ist gerade in Zusammenhang mit der in Item 8 erfragten Erinnerung an das

¹⁵ In der Hauptstichprobe gab es zum zweiten Testzeitpunkt ($N = 9$) und dritten Testzeitpunkt ($N = 1$) komplett nicht ausgefüllte PDS-Fragebögen. In der abhängigen Stichprobe gab es zum ersten ($N = 1$) und vierten Testzeitpunkt ($N = 2$) komplett nicht ausgefüllte PDS-Fragebögen.

traumatische Ereignis zu bedenken, dass es eine vermutlich in der unvollständigen Enkodierung (Ehlers & Clark, 2000) begründete gestörte Erinnerung gibt bzw. oft vor allem sensorische Empfindungen anstelle von Fakten beinhaltenden Erinnerungen an das traumatische Ereignis auftreten (Brewin, 2001; Brewin et al., 1996; Foa & Riggs, 1993; Foa & Kozak, 1986). Somit liegt eine erhöhte Schwierigkeit der PDS-Items Nummer 8 und Nummer 9 vor, die die erhöhte Ausfallquote erklären kann.

Zur Beurteilung des Anteils fehlender Werte im Biographie-Fragebogen (BFB) wurde die für Fragebögen der abhängigen Variablen festgelegte 15 %-Marke als Referenzwert verwendet. Bei den kategorialen BFB-Items, die zentrale soziodemographische Faktoren wie das Geschlecht, die soziale Eingebundenheit, Bildung und die erlebten Traumatisierungen erfassen, gab es relativ wenige fehlende Werte (meistens weniger als 10 % fehlender Werte). Einzige Ausnahme waren die Items zur aktuellen psychotherapeutischen (22.8 % fehlende Items) und psychiatrischen Versorgung (23.4 % fehlender Werte) in der abhängigen Stichprobe, wobei in der Hauptstichprobe bei diesen Items weniger als 10 % der Werte fehlten und der höhere Anteil in der abhängigen Stichprobe zu vernachlässigen war. Somit konnten alle kategorialen Items zur Identifikation möglicher Störgrößen für die weiteren Analysen genutzt werden.

Bei den auf einer metrischen Skala erfassten Items war der Anteil fehlender Werte insgesamt deutlich höher. Items mit zentralen Informationen (z.B. Alter, Todesangst) wiesen jedoch weniger als 15 % fehlender Werte auf und konnten damit für die statistischen Analysen verwendet werden. Lediglich beim Item zur Erfragung der Medikamentenanzahl in der abhängigen Stichprobe fehlten mit 21.6 % der Antworten mehr Itemwerte wobei in der Hauptstichprobe bei diesem Item nur 12.6 % der Werte fehlten. Da die Medikamentenanzahl eine wichtige zu kontrollierende Störgröße darstellte, wurde das Item dennoch in die Analysen aufgenommen. Einige andere metrische Items wurden hingegen von den weiteren Analysen ausgeschlossen: Bei den metrischen Items zur Dauer der Traumatisierungen (68.1 % fehlende Werte in der Hauptstichprobe, 63.3 % in der abhängigen Stichprobe) sowie der Dauer der Krankschreibung (61.3 % fehlende Werte in der Hauptstichprobe, 55.0 % in der abhängigen Stichprobe) fehlten mehr als die Hälfte der Antworten, auch bei detaillierten Fragen zur Dauer der Vorbehandlungen gab es sehr viele fehlende Werte (21.5 bis 54.0 % in der Hauptstichprobe, 18.9 bis 57.8 % in der abhängigen Stichprobe). Ursachen für den hohen Anteil fehlender Werte könnten die mit der Itembeantwortung verbundenen höheren kognitiven Anforderungen (Berechnen von Zeiträumen) gerade auch in Zusammenhang mit den typischen Konzentrations- und Gedächtnisproblemen bei Depressionen und Traumafolgestörungen oder auch ein Vermeidungsverhalten sein

(Berechnung der Traumatisierungsdauer aufgrund der befürchteten Zunahme des traumatischen Wiedererlebens vermeiden).

Nach einer früheren Studie (Bebermeier, 2007) war eine insgesamt hohe Anzahl fehlender Werte erwartet und in den Studienplanungen berücksichtigt worden, in dem grundlegende Informationen in einem einfach auszufüllenden nominalskalierten Antwortformat erfragt und darüber hinaus mit metrischen Items detailliertere für die Durchführung der Analysen jedoch nicht zwingend notwendige Informationen erfasst wurden. So konnte sichergestellt werden, dass alle für die Analysen notwendigen Informationen vorlagen.

3.5.2 Uni- und multivariate Ausreißer

Zunächst wurde die Anzahl der univariaten Ausreißer in den Fragebögen ermittelt. Angaben, die mehr als zwei Standardabweichungen vom Mittelwert entfernt lagen ($z \leq -3.29$, $z \geq 3.29$) wurden als Ausreißer identifiziert (Field, 2009). Ausreißer in den abhängigen Variablen traten in der Hauptstichprobe im FFA (ein Ausreißer zum zweiten Testzeitpunkt, ein Ausreißer zum dritten Testzeitpunkt) und im FDS-20 (ein Ausreißer zum dritten Testzeitpunkt) auf. In der abhängigen Stichprobe gab es lediglich zwei Ausreißer im FFA (vierter Testzeitpunkt). Beim CTQ-Gesamtwert (Hypothese 4) sowie der in den Moderatoranalysen eingesetzten HAQ-Skala Beziehungszufriedenheit (nach acht Sitzungen, Hypothese 5) gab es keine univariaten Ausreißer. Hingegen gab es bei dem als unabhängige Variable eingesetzten Umfang des Einsatzes der stabilisierenden und konfrontierenden Einzeltherapieelemente (Hypothese 5) pro Element drei bis fünf univariate Ausreißer, was in deren Verteilung begründet war: Häufig hatten Patientinnen Einzeltherapieelemente überhaupt nicht bzw. vereinzelt in sehr großem Umfang bekommen, es gab wenige „mittlere Werte“ und eine hohe Streuung. Da bei den univariaten Ausreißern keine Systematik zu erkennen war, wurden diese wie von Hair, Black, Barbin und Anderson (2010) empfohlen im Datensatz belassen.

Zur Identifikation multivariater Ausreißer wurden die Mahalanobis-Distanzen bei allen durchgeführten Berechnungen betrachtet. Als Grenzwert der Mahalanobis-Distanzen wurde unter Berücksichtigung der Anzahl analysierter Variablen (als Freiheitsgrade) der Chi-Quadrat-Wert beim Signifikanzniveau $p < .001$ gewählt (Tabachnick & Fidell, 2013). Traten multivariate Ausreißer auf, wurden diese genau inspiziert, um auszuschließen, dass eine fehlerhafte Dateneingabe zugrunde lag und die Zugehörigkeit des jeweiligen Wertes zur untersuchten Population sicherzustellen. Bei Betrachtung der Hypothesen 1 und 2 gab es keine multivariaten Ausreißer. Bei den Berechnungen zu Hypothese 3 fanden sich je neun multivariate Ausreißer bei den Differenzwerten des Fragebogens zur Erfassung von

Ressourcen (FER) im Hinblick auf die drei Gruppentherapien, die nach genauer visueller Inspektion der untersuchten Population angehörten. Die Ausreißer wurden deshalb wie von Hair et al. (2010) empfohlen im Datensatz belassen, um die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse zu erhöhen.

Die meisten uni- und multivariaten Ausreißer gab es in Hypothese 5. Dies war in der sehr schiefen Verteilung des Umfangs des Einsatzes der Einzeltherapieelemente sowie der Verteilung der Güte der therapeutischen Beziehung, in der es kaum negative und sehr viele positive Bewertungen gab, begründet. Da dies jedoch dem individualisierten patientinnen- und bedarfsorientierten Einsatz der Einzeltherapieelemente und damit der therapeutischen Realität entsprach sowie gleichzeitig auch in den positiven Patientinnenbewertungen der therapeutischen Beziehung begründet war, und die multivariaten Ausreißer zur untersuchten Population gehörten, wurden auch diese Werte im Datensatz belassen.

Mit Ausnahme der Analysen, in die Einzeltherapieelemente einbezogen wurden, gab es somit nur wenige uni- und multivariate Ausreißer, so dass insgesamt von einer Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse zu den Hypothesen 1 bis 4 auszugehen ist. Hingegen sind die Ergebnisse aus Hypothese 5 aufgrund der schiefen Verteilung vorsichtig zu interpretieren (siehe Diskussion, Abschnitt 5.3.3).

3.5.3 Reliabilität

Die Reliabilitäten wurden anhand der Hauptstichprobe für jeden Fragebogen zu jedem Testzeitpunkt sowie als Retest-Reliabilitäten berechnet, angegeben wird jeweils Cronbachs Alpha (α). Die Reliabilitäten der Fragebögen zur Erfassung von Ressourcen (FFA, FER) und Symptomen (PDS, FDS-20, BDI, SOMS-7T), deren Gesamtscores als abhängige Variablen verwendet wurden, lagen zwischen $\alpha = .78$ und $\alpha = .98$ (Tabelle 4, Anhang A) und waren damit im akzeptablen bis sehr guten Bereich (vgl. Schnell, Hill & Esser, 2008). Die Reliabilitäten des Childhood Trauma-Questionnaire (CTQ) und des Helping Alliance Questionnaire (HAQ) waren akzeptabel bis gut (Cronbachs Alpha von $\alpha = .80$ bis $\alpha = .96$). Die Retest-Reliabilitäten der Fragebögen zur Erfassung von Ressourcen (FFA, FER) und Symptomen (PDS, FDS-20, BDI, SOMS-7T) waren gut bis sehr gut (Cronbachs Alpha von $\alpha = .81$ bis $\alpha = .93$).

3.6 Vorbereitende Analysen

3.6.1 Unterschiede zwischen Dropouts und Completers

Um zu überprüfen, ob den Dropouts eine Systematik zugrunde lag (z.B. könnten vor allem Personen mit sehr leichter oder starker Beeinträchtigung das Ausfüllen von Fragebögen

verweigert haben), wurden die soziodemographischen Variablen, die CTQ-Werte sowie die Ausgangswerte in den Ressourcen- und Symptomfragebögen der Personen mit unvollständigen Datensets (Dropouts) mit denen der Personen mit vollständigen Datensets (Completers) für alle untersuchten Stichproben verglichen. Als Signifikanzniveau wird wie in allen Analysen dieser Arbeit – wenn nicht anders angegeben – ein Grenzwert von $p < .05$ verwendet.

3.6.1.1 Hauptstichprobe

Varianzanalysen mit den Zwischensubjektfaktoren Gruppe (Treatmentgruppe vs. Kontrollgruppe) und Vollständigkeit des Datensets (vollständig vs. nicht vollständig) zeigten keine signifikanten Unterschiede in den abhängigen Variablen FFA, FER, PDS, FDS-20, BDI und SOMS-7T zum ersten Testzeitpunkt, alle $F_s < 1.75$, $p_s > .19$, und auch keine Unterschiede in der über den CTQ-Summenwert operationalisierten Traumaschwere, alle $F_s < 1.34$, $p_s > .25$. Bezüglich relevanter soziodemographischer Daten unterschieden sich Dropouts, $M = 39.01$, $SD = 10.32$, und Completers, $M = 41.19$, $SD = 10.79$, in der Treatmentgruppe im Alter, $t(384) = -2.00$, $p < .05$, und durch eine häufigere ambulante psychiatrische Anbindung der Completers, $\chi^2(1) = 4.89$, $p < .05$. Dropouts, $M = 38.45$, $SD = 11.57$, und Completers, $M = 41.08$, $SD = 9.75$, der Kontrollgruppe unterschieden sich ebenfalls im Alter, $t(436.10) = -2.78$, $p < .01$. Darüber hinaus gab es keine signifikanten Unterschiede in relevanten soziodemographischen Variablen.

3.6.1.2 Abhängige Stichprobe

Varianzanalysen mit den Zwischensubjektfaktoren Gruppe (Treatmentgruppenzugehörigkeit vs. Kontrollgruppenzugehörigkeit) und Vollständigkeit des Datensets (vollständig vs. nicht vollständig) zeigten keine signifikanten Unterschiede in den abhängigen Variablen FFA, FER, PDS, FDS-20, BDI und SOMS-7T zum jeweils ersten Testzeitpunkt, alle $F_s < 1.76$, $p_s > .17$. Bezüglich relevanter soziodemographischer Daten unterschieden sich Completers und Dropouts bei Treatmentgruppenzugehörigkeit im Bildungsniveau, $\chi^2(5) = 14.51$, $p < .05$, wobei die Completers ein tendenziell schlechteres Bildungsniveau aufwiesen. Bei Kontrollgruppenzugehörigkeit unterschieden sich Dropouts, $M = 38.47$, $SD = 11.57$, und Completers, $M = 40.95$, $SD = 9.77$, im Alter, $t(276.94) = -2.36$, $p < .05$ sowie durch eine seltenere ambulante psychotherapeutische Versorgung der Completers, $\chi^2(1) = 5.01$, $p < .05$.

3.6.2 Zusammenhänge der abhängigen Variablen

Vor Beginn der Berechnungen wurden die Interkorrelationen der Fragebogensummenwerte der verwendeten Fragebögen zur Erfassung von Ressourcen (FFA, FER) und Symptomen (PDS, FDS-20, BDI, SOMS-7T) in der Hauptstichprobe zum ersten Testzeitpunkt betrachtet. Es zeigten sich signifikante Zusammenhänge aller Summenwerte (*Tabelle 5*). Erwartungsgemäß korrelierten die beiden Ressourcenfragebögen FFA und FER hoch und es zeigten sich moderate bis hohe negative Korrelationen zu allen Symptomfragebögen, was für die Validität der eingesetzten Ressourcenfragebögen sprach. Die Interkorrelationen der Summenwerte der Symptomfragebögen waren moderat bis hoch. Erwartungsgemäß korrelierten die PDS und der FDS-20 hoch, und auch der Zusammenhang zwischen BDI und PDS war überraschend hoch und vermutlich auf die hohe Komorbidität zwischen den Diagnosen der PTBS und der Depression in der Stichprobe zurückzuführen (*Tabelle 3, Anhang A*). Insgesamt erbrachten die Interkorrelationen der Ressourcen- und Symptomfragebögen zum ersten Testzeitpunkt Hinweise für das Vorliegen konvergenter und diskriminanter Validität. Aufgrund der vorwiegend moderaten Korrelationen erschien es sinnvoll, die zwei Ressourcen- und vier Symptomfragebögen einzeln zu analysieren und auf multivariate Analysen zu verzichten.

Tabelle 5

Interkorrelationen der Fragebogen-Summenwerte der abhängigen Variablen zum ersten Testzeitpunkt

	FFA	FER	BDI	PDS	FDS	SOMS
FFA	1					
FER	$r = .68$	1				
BDI	$r = -.59$	$r = -.64$	1			
PDS	$r = -.38$	$r = -.44$	$r = .57$	1		
FDS	$r = -.28$	$r = -.29$	$r = .44$	$r = .55$	1	
SOMS	$r = -.28$	$r = -.36$	$r = .46$	$r = .39$	$r = .49$	1

Anmerkungen: Alle Korrelationen sind signifikant ($p < .01$). Die jeweilige Stichprobengröße liegt zwischen $N = 179$ und $N = 321$.

3.6.3 Zusammenhänge der HAQ-Skalen zu unterschiedlichen Zeitpunkten

Die Summenwerte der Skala Beziehungszufriedenheit der Treatmentgruppe der Hauptstichprobe nach 8 und 16 Sitzungen, $r(70) = .70$, $p < .01^{16}$, sowie der Skala Erfolgsmzufriedenheit nach 8 und 16 Sitzungen, $r(65) = .55$, $p < .01$, korrelierten hoch. Die Zusammenhänge der Skalen Beziehungs- und Erfolgsmzufriedenheit nach acht Sitzungen, $r(144) = .41$, $p < .01$, und nach 16 Sitzungen, $r(70) = .47$, $p < .01$, deuten darauf hin, dass beide Skalen nicht unabhängig voneinander sind (*Tabelle 6*). Da jede Skala für die Studie wichtige Informationen erfasste und die Korrelationen moderat waren, gingen beide Skalen getrennt in die Analysen ein.

Tabelle 6

Interkorrelationen der HAQ-Skalenwerte nach 8 und 16 Sitzungen

	Beziehung	Erfolg	Beziehung	Erfolg
	8. Sitzung	8. Sitzung	16. Sitzung	16. Sitzung
Beziehung, 8. Sitzung	1			
Erfolg, 8. Sitzung	$r = .41^{**}$	1		
Beziehung, 16. Sitzung	$r = .70^{**}$	$r = .18$	1	
Erfolg, 16. Sitzung	$r = .36^{**}$	$r = .55^{**}$	$r = .47^{**}$	1

Anmerkungen: $^{**}p < .01$. Die jeweilige Stichprobengröße liegt zwischen $N = 67$ und $N = 146$.

3.6.4 Zusammenhänge der CTQ-Skalen

Alle Skalen des CTQ korrelierten signifikant miteinander. Erwartungsgemäß waren die Zusammenhänge zwischen den Skalen emotionaler Missbrauch und emotionale Vernachlässigung, $r(301) = .70$, $p < .01$, sowie körperlicher Missbrauch und körperliche Vernachlässigung, $r(309) = .64$, $p < .01$, im mittleren bis hohen Bereich. Die beiden Vernachlässigungsskalen, $r(306) = .66$, $p < .01$, korrelierten ebenso wie die beiden Missbrauchsskalen mittelmäßig bis hoch, $r(300) = .59$, $p < .01$. Darüber hinaus korrelierte die Skala emotionaler Missbrauch mittelmäßig mit der Skala körperliche Vernachlässigung, $r(304) = .56$, $p < .01$, und die Skala körperlicher Missbrauch ebenso mit der Skala emotionale Vernachlässigung, $r(303) = .55$, $p < .01$. Die Korrelationen der Skala sexueller Missbrauch mit den weiteren Skalen lagen im moderaten Bereich ($r < .50$, *Tabelle 7*).

¹⁶ Im Folgenden wird bei marginal signifikanten Effekten (bis $p \leq .10$) das Signifikanzniveau angegeben, während nicht signifikante Effekte ($p > .10$) mit *ns* gekennzeichnet werden.

Erwähnenswert sind die hohen Zusammenhänge der Skala Inkonsistenzerfahrung mit den Skalen emotionaler Missbrauch, $r(300) = .70$, $p < .01$, und emotionale Vernachlässigung, $r(299) = .64$, $p < .01$.

Tabelle 7

Interkorrelationen der unterschiedlichen CTQ-Skalen

	Emo. M.	Kör. M.	Sex. M.	Emo V.	Kör. V.	Inkons.
Emo. M.	1					
Kör. M.	$r = .59$	1				
Sex M.	$r = .47$	$r = .35$	1			
Emo. V.	$r = .70$	$r = .55$	$r = .38$	1		
Kör. V.	$r = .56$	$r = .64$	$r = .36$	$r = .66$	1	
Inkons.	$r = .70$	$r = .49$	$r = .42$	$r = .64$	$r = .52$	1

Anmerkungen: Alle Korrelationen waren signifikant ($p < .01$). Die jeweilige Stichprobengröße liegt zwischen $N = 288$ und $N = 311$.

Abkürzungen: Emo. M. = emotionaler Missbrauch, Kör. M. = körperlicher Missbrauch, Sex. M. = sexueller Missbrauch, Emo. V. = emotionale Vernachlässigung, Kör. V. = körperliche Vernachlässigung, Inkons. = Inkonsistenzerfahrung.

4 Ergebnisse

4.1 Erste Analysen

4.1.1 Art der erlebten Traumatisierungen

Anhand der Liste traumatischer Ereignisse in Teil eins der Posttraumatischen Diagnoseskala (PDS) wurden die Häufigkeiten spezifischer traumatischer Ereignisse der Hauptstichprobe ermittelt. Da sich die Treatment- und die Kontrollgruppe in der Häufigkeit spezifischer traumatischer Ereignisse nicht unterschieden, alle $\chi^2 < 3.53$, alle $p > .10$, werden die Häufigkeiten der traumatischen Ereignisse in der gesamten Hauptstichprobe berichtet. Am häufigsten waren dabei sexuelle (71.5 %) und körperliche Angriffe (65.0 %): Sexuelle Angriffe durch Personen aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (62.5 %) waren deutlich häufiger als durch fremde Personen (36.1 %). Ebenso waren körperliche Angriffe durch bekannte Personen (59.9 %) deutlich häufiger als durch fremde Personen (30.3 %). Darüber hinaus fanden sich viele traumatische Ereignisse in Form eines schweren Unfalls, Feuers oder einer Explosion (36.0 %) sowie einer lebensbedrohlichen Krankheit (22.3 %). Hingegen hatten deutlich weniger Personen Folter (6.3 %), Naturkatastrophen (4.9 %),

Gefangenschaft (2.9 %) sowie einen Aufenthalt oder Kampfeinsatz im Kriegsgebiet (2.3 %) erlebt. Die Mehrzahl der Personen (73.3 %) gab an, weitere, nicht in die genannten Kategorien einzuordnende traumatische Ereignisse erlebt zu haben.

Neben der Art der traumatischen Ereignisse wird in der PDS nach dem schlimmsten Ereignis gefragt. Auffällig war der hohe Anteil (27.6 %) fehlender Werte bei diesem Item. Da Patientinnen teilweise jeweils nur einzelne traumatische Ereignisse erlebt hatten, war die Bewertung des schlimmsten Ereignisses selektiv und eine Interpretation nicht möglich. Deshalb wurde entschieden, neben der Patientinneneinschätzung auch ein Expertenrating der Schwere der traumatischen Ereignisse durchzuführen. Dazu wurden die Therapeutinnen der Klinik gebeten, die Schwere der Traumatisierungen in eine Reihenfolge von 1 (schlimmstes Ereignis) bis 11 (am wenigsten schlimmstes Ereignis) zu bringen, wobei jeder Rang nur einmal vergeben werden durfte. Im Expertenrating zeigte sich, dass Folter, $M = 1.57$, $SD = 0.76$, und sexuelle Angriffe durch Personen aus dem Familien- und Bekanntenkreis, $M = 1.79$, $SD = 0.89$, als schlimmste Ereignisse bewertet wurden. Körperliche Angriffe aus dem Familien- und Bekanntenkreis, $M = 4.36$, $SD = 1.45$, und sexuelle Angriffe durch fremde Personen, $M = 4.57$, $SD = 1.91$, wurden ebenfalls als sehr belastend eingeschätzt. Die Bewertungen der Patientinnen zum schlimmsten traumatischen Ereignis deckten sich weitgehend mit dem Expertenrating: Sexuelle Angriffe (36.4 %) und körperliche Angriffe jeweils aus dem Familien- und Bekanntenkreis (14.0 %) sowie sexuelle Übergriffe durch fremde Personen (5.1 %) wurden als schlimmste Ereignisse bewertet.

Die Betrachtung der berichteten Häufigkeiten und Einschätzungen des schlimmsten Ereignisses zeigt somit, dass ein erheblicher Anteil von Personen aus dieser Stichprobe sexuelle (62.5 %) und körperliche Angriffe (59.9 %) von Personen aus dem Familien- und Bekanntenkreis und damit die am schlimmsten bewerteten Ereignisse erlebt hat.

4.1.2 Schwere der Traumatisierungen

Die Schwere der erlebten Traumatisierungen in der Hauptstichprobe wurde durch die CTQ-Summenwerte operationalisiert. Da es auch hier keine Unterschiede zwischen der Treatment- und der Kontrollgruppe gab (alle t s < 1.40 , alle p s $> .16$), wird die Schwere der traumatischen Ereignisse für die gesamte Hauptstichprobe angegeben. Zur Einordnung der Schwere der Traumatisierungen wurden die Grenzwerte von Bernstein und Fink (1998) verwendet. In der Hauptstichprobe waren die von den Personen retrospektiv eingeschätzten Traumatisierungen durch emotionalen Missbrauch in ihrer Kindheit, $M = 17.54$, $SD = 5.72$, sexuellen Missbrauch, $M = 13.76$, $SD = 7.47$, und emotionale Vernachlässigung, $M = 18.69$, $SD = 5.03$, am ausgeprägtesten. Nach Bernstein und Fink (1998) entsprachen die Durchschnittswerte in diesen drei Skalen einer schweren bis extremen Traumatisierung. Die

Belastungen durch körperlichen Missbrauch, $M = 11.57$, $SD = 5.98$, und körperliche Vernachlässigung, $M = 11.57$, $SD = 4.46$, waren als mäßige bis schwere Traumatisierungen einzuordnen. Für den Durchschnittswert der erst in der deutschen Übersetzung (Driessen et al., 2001) enthaltenen Skala Inkonsistenzerfahrung, $M = 18.57$, $SD = 5.52$, lagen keine Vergleichswerte vor. Dieser Wert ist als durchschnittliche bis leicht überdurchschnittliche Belastung einzuordnen.

4.1.3 Umfang der eingesetzten Einzeltherapieelemente

Es lagen Daten von $N = 174$ ¹⁷ (147 Frauen, 27 Männer) Patientinnenbehandlungen der Klinik vor. Das durchschnittliche Alter, $M = 42.02$, $SD = 10.82$, und andere soziodemographische Daten waren mit denen der Hauptstichprobe (siehe Abschnitt 3.3.2) vergleichbar. Die Personen bekamen im Durchschnitt $M = 10.49$, $SD = 5.47$ Stunden¹⁸ Einzeltherapie. Sehr umfassend wurde an den Themen Aktuelles und Beschwerden, $M = 4.75$, $SD = 3.72$, sowie Kontaktaufnahme, $M = 2.37$, $SD = 1.99$, gearbeitet. Es wurde darüber hinaus häufig mit den stabilisierenden PITT-Methoden der Psychoedukation, $M = 2.40$, $SD = 2.40$, der Ressourcensuche und -verankerung, $M = 1.91$, $SD = 2.42$, der Inneren-Kind-Arbeit, $M = 1.17$, $SD = 1.69$, der Vermittlung positiver Erfahrungen, $M = 1.14$, $SD = 2.03$, und der Imaginationsübungen, $M = 0.82$, $SD = 1.34$, gearbeitet. Die konfrontativen Verfahren Beobachterübung, $M = 0.06$, $SD = 0.33$, EMDR, $M = 0.29$, $SD = 0.95$, CIPOS, $M = 0.16$, $SD = 0.49$, sowie sonstige konfrontierende Verfahren, $M = 0.15$, $SD = 0.51$, wurden deutlich weniger verwendet. Eine Übersicht über den Umfang aller eingesetzten Einzeltherapieelemente findet sich in *Tabelle 5* im Anhang A.

4.1.4 Bewertung der therapeutischen Beziehung durch die Patientinnen

Die mit dem HAQ erfasste Qualität der therapeutischen Beziehung wurde zu allen Testzeitpunkten als hoch eingeschätzt. Dabei waren die Bewertungen auf der Skala „Beziehungszufriedenheit“ durchgängig besser als die Bewertungen auf der Skala „Erfolgswilligkeit“ (*Tabelle 8*).

¹⁷ Von den 216 Personen der Treatmentgruppe der Hauptstichprobe fehlte bei 42 Personen die von den Therapeutinnen angefertigte Übersicht über die Einzeltherapieelemente.

¹⁸ Nur die Einzeltherapiedauer gibt die exakte Dauer aller Sitzungen zusammen wieder. Hingegen ist der Umfang des Einsatzes der weiteren Elemente jeweils in Relation zu den anderen Elementen zu sehen, da die von den Therapeutinnen angegebenen eingesetzten Elemente pro Therapiesitzung mit der Dauer der jeweiligen Sitzung in die Analysen eingingen.

Tabelle 8

Summenwerte der HAQ-Skalen zu den unterschiedlichen Testzeitpunkten

	Beziehungszufriedenheit			Erfolgswufriedenheit		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
8. Sitzung	31.50	3.34	151	25.83	4.61	146
16. Sitzung	31.93	2.99	74	26.54	4.09	74
24. Sitzung	31.69	3.22	16	25.53	3.53	16
32. Sitzung	34.33	0.57	3	22.60	3.50	3

4.1.5 Bewertung der Therapieelemente durch die Patientinnen

Es zeigte sich, dass die Patientinnen die Einzeltherapie, $M = 8.36$, $SD = 1.71$, sowie die Gruppentherapie, $M = 7.21$, $SD = 2.30$, sehr gut bewerten. Auch die indikativen PITT-Angebote der Körper- und Kunsttherapie im Einzel- und Gruppensetting wurden sehr gut bewertet (*Tabelle 6*, Anhang A). Die Mittelwerte und Standardabweichungen zur Bewertung der weiteren Therapieangebote in der Klinik befinden sich in *Tabelle 7* im Anhang A. Die Bewertung des Stressbewältigungstrainings, $M = 6.15$, $SD = 2.48$, sowie der regelmäßigen körperorientierten Verfahren Qigong, $M = 6.70$, $SD = 2.64$, und Breema, $M = 5.78$, $SD = 2.92$, waren mittelmäßig bis gut.

4.2 Verfahren zur Hypothesentestung: Hauptstichprobe

Wenn nicht anders angegeben, wurden Varianzanalysen mit Messwiederholung gerechnet, in die ggf. Kovariaten aufgenommen wurden. Ergab der Mauchly-Test, dass die Annahme der Sphärizität verletzt war, erfolgte eine Greenhouse-Geisser-Korrektur der Freiheitsgrade. In den anfänglichen Analysen zur Überprüfung der Voraussetzungen zur Anwendung einer Varianzanalyse wurde die Normalverteilungsannahme mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test überprüft. Da bei großen Stichproben eine Signifikanz des Kolmogorov-Smirnov-Tests jedoch häufig ist und nicht zwangsläufig eine Verletzung der Normalverteilungsannahme bedeutet (Bortz & Döring, 2006; Field, 2009), erfolgte außerdem eine Betrachtung der Schiefe und Kurtosis sowie eine sorgfältige visuelle Inspektion der Histogramme und Boxplots der Daten (Field, 2009). Deutete auch die visuelle Inspektion auf eine Verletzung der Normalverteilungsannahme hin, wurden nichtparametrische Verfahren eingesetzt. Stimmten die Ergebnisse und Signifikanzen der nichtparametrischen Verfahren mit den Ergebnissen der ebenfalls berechneten parametrischen Verfahren überein, werden

aufgrund des höheren Informationsgehalts und zur besseren Vergleichbarkeit die Ergebnisse der parametrischen Verfahren berichtet.

Als Effektstärke wurde in den Analysen Cohens d nach Lösel (2006) berechnet, das dem in den Analysen der abhängigen Stichprobe verwendeten Pearson-Korrelationskoeffizienten r unter anderem aufgrund der ungleichen Stichprobengrößen in Kontroll- und Treatmentgruppe vorzuziehen war (McGrath & Meyer, 2006).

Gruppenunterschiede zwischen Treatment- und Kontrollgruppe in den Ressourcen- und Symptomfragebögen und den soziodemographischen Variablen zum ersten Testzeitpunkt wurden mit Hilfe von t-, U- und Chi-Quadrat-Tests überprüft, um diese Unterschiede in den Analysen und bei den anschließenden Interpretationen zu berücksichtigen. Zudem wurde bei der Betrachtung von Kovariaten sichergestellt, dass die Voraussetzungen für Kovarianzanalysen erfüllt waren.

Neben der statistischen Signifikanz wurde die klinische Signifikanz als weiteres zentrales Maß der Therapieevaluation überprüft (Caspar & Jacobi, 2004). Schottenbauer et al. (2008, S. 140) heben die Bedeutung der Betrachtung der klinischen Veränderung hervor: „it is the basic aim of psychotherapy, therefore it is essential for studies to assess clinical improvement that is meaningful in the life of the patient“ [„Es ist das grundlegende Ziel der Psychotherapie, deshalb ist es wesentlich, in Studien die klinische Verbesserung zu erheben, die bedeutsam im Leben des Patienten ist“]. Jacobi (2001) sieht die Betrachtung klinisch signifikanter Veränderungen als Möglichkeit, auch therapeutische Misserfolge zu erkennen. Da die aktuelle Studie unter Praxisbedingungen durchgeführt wurde, ist die Betrachtung von Verbesserungen und Schädigungen durch die Therapie von herausragender Bedeutung.

Nach Jacobson, Follette und Revenstorf (1984) bedeutet klinische Signifikanz eine Veränderung in Richtung des früheren Funktionsniveaus. Jacobson und Truax (1991) beschrieben unterschiedliche Möglichkeiten zur Operationalisierung einer klinisch signifikanten Veränderung. In dieser Studie wurde gemäß Jacobson und Truax (1991) „ c “ berechnet, das als eine Veränderung der Person nach der Therapie in Richtung des Mittelwerts der funktionalen anstelle der dysfunktionalen Population definiert wird. Die klinische Signifikanz c wurde analog zu Neuner et al. (2010) berechnet und für die Bestimmung von klinisch signifikanten Verbesserungen aber auch Schädigungen durch die Therapie verwendet. Wie von Jacobson und Truax (1991) beschrieben, wurden für die Berechnung des Grenzwerts – wenn verfügbar – Daten aus normativen Stichproben¹⁹ verwendet. Waren wie beim FER keine normativen Daten verfügbar, wurden die nötigen

¹⁹ *Tabelle 8* in Anhang A gibt eine Übersicht über die Studien und normative Daten zur Berechnung des Grenzwerts c der klinisch signifikanten Veränderungen.

statistischen Kennwerte zur Berechnung des Grenzwerts c aus dieser Studie verwendet. Aus Gründen der Nachvollziehbarkeit und Vereinheitlichung des Vorgehens wurde somit ausschließlich der Grenzwert c als Indikator für die klinische Signifikanz verwendet. Die klinische Signifikanz der Veränderungen wurde analog zur statistischen Signifikanz für die Veränderung vom ersten zum zweiten sowie vom ersten zum dritten Testzeitpunkt betrachtet. Es wurden die klinisch signifikanten Verbesserungen und Verschlechterungen in Treatment- und Kontrollgruppe verglichen.

Neben den beschriebenen Analysen vollständiger Datensets (Completers), wurden die Effekte auch mit Hilfe längsschnittlicher Mehrebenenmodelle getestet. Diese berücksichtigen alle verfügbaren Angaben (d.h. sie beziehen neben den Completers auch die verfügbaren Angaben von Personen, die zu irgendeinem Zeitpunkt aus der Studie herausgefallen sind [Dropouts] mit ein).

4.3 Verfahren zur Hypothesentestung: abhängige Stichprobe

Da es sich bei der abhängigen Stichprobe um Personen handelte, die zunächst für (mindestens) zwei Testzeitpunkte in der Kontrollgruppe und anschließend für zwei Testzeitpunkte in der Treatmentgruppe waren, wurden die Gruppenunterschiede der Differenzwerte²⁰ der ersten beiden Testzeitpunkte (Kontrollgruppenzugehörigkeit) und der Differenzwerte der letzten beiden Testzeitpunkte (Treatmentgruppenzugehörigkeit) auf Signifikanz überprüft. Dazu wurden t-Tests bzw. bei einer Verletzung der Normalverteilungsannahme Wilcoxon-Tests berechnet. Erbrachte bei Verletzung der Normalverteilungsannahme das parametrische Verfahren das gleiche Ergebnis wie das nichtparametrische Verfahren, wird das parametrische Verfahren berichtet. Als Effektstärke wurde wie von Field (2009) empfohlen der Pearson-Korrelationskoeffizient r berechnet.

Mögliche relevante Einflussgrößen wie zum Beispiel eine unterschiedliche Ressourcenausprägung und Symptombeeinträchtigung sowie eine Veränderung der Güte des sozialen Netzes, der Todesangst oder der Medikamentenanzahl bei der Kontrollgruppen- und Treatmentgruppenzugehörigkeit der Personen wurden mit Hilfe von t- und Wilcoxon-Tests analysiert, um mögliche Unterschiede (beispielsweise in Form einer Symptomzunahme während der Wartezeit auf die Behandlung in der Klinik) aufzudecken.

Neben der statistischen Signifikanz wurde auch die klinische Signifikanz als weiteres zentrales Maß der Therapieevaluation überprüft. Dazu wurden die in der Hauptstichprobe

²⁰ Die Differenzwerte wurden berechnet, indem der Summenwert des früheren Testzeitpunktes vom Summenwert des späteren Testzeitpunktes subtrahiert wurde.

berichteten Grenzwerte verwendet. Die Effekte wurden ebenfalls mit Hilfe von Mehrebenenmodellen getestet.

4.4 Testung Hypothese 1: PITT-Wirksamkeit in Form einer Ressourcenaktivierung

Mit dem Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (FFA, Walach et al., 2004) und dem Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen (FER, Günther, 2009) standen zwei Messinstrumente zur Überprüfung der für die PITT wesentlichen Ressourcenaktivierung zur Verfügung.

4.4.1 Wirksamkeitsüberprüfung an der Hauptstichprobe

4.4.1.1 Überprüfung der Voraussetzungen

Signifikanztests²¹, die Betrachtung von Schiefe und Kurtosis und visuelle Inspektionen zeigten, dass FFA und FER normalverteilt waren, so dass parametrische Verfahren gerechnet werden konnten. Der Levene-Test zeigte, dass Varianzhomogenität in den Verteilungen der FFA- und FER-Werte in Treatment- und Kontrollgruppe zum ersten Testzeitpunkt bestand.

4.4.1.2 Analyse anfänglicher Gruppenunterschiede

Die Treatmentgruppe verfügte zu Behandlungsbeginn über signifikant mehr Achtsamkeit ($M = 30.08$, $SD = 5.83$) und allgemeine Ressourcen ($M = 161.32$, $SD = 43.91$) als die Kontrollgruppe (Achtsamkeit: $M = 28.18$, $SD = 5.65$; $t(319) = 2.79$, $p < .01$; Allgemeine Ressourcen: $M = 141.98$, $SD = 44.26$; $t(202) = 2.97$, $p < .01$). Darüber hinaus zeigten sich signifikante Gruppenunterschiede in der Qualität des sozialen Netzes, $\chi^2(2) = 13.10$, $p < .01$, so dass diese Variable als Kovariate in die Varianzanalyse aufgenommen wurde (siehe *Tabelle 10*, Anhang A).

4.4.1.3 Überprüfung der Therapiewirksamkeit: Achtsamkeit (FFA)

Eine Varianzanalyse mit Messwiederholung mit dem Innersubjektfaktor Zeit, dem Zwischensubjektfaktor Gruppe und der Kovariate soziale Kontakte zeigte signifikante Haupteffekte der Gruppe, $F(1, 291) = 24.15$, $p < .01$, der Zeit, $F(1.96, 569.58) = 13.64$, $p < .01$, und der Güte des sozialen Netzes, $F(1, 291) = 23.05$, $p < .01$. Darüber hinaus wurde

²¹ Die p -Werte der Voraussetzungsprüfungen auf Normalverteilung und Varianzhomogenität befinden sich in *Tabelle 9* in Anhang A.

der Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit signifikant, $F(1.96, 569.58) = 16.84, p < .01$. Die Achtsamkeit der Treatmentgruppe, $M = 30.21, SD = 5.79$, nahm im Behandlungsverlauf zunächst zu, $M = 34.48, SD = 5.91$, jedoch in den folgenden sechs Monaten bis zur Follow-Up-Erhebung wieder ab, $M = 32.47, SD = 6.17$. Dennoch war die Achtsamkeit der Treatmentgruppe zum dritten Testzeitpunkt im Vergleich zum Ausgangswert zu Behandlungsbeginn weiterhin erhöht und auch höher als in der Kontrollgruppe (*Abbildung 2*). In dieser blieb die anfängliche Achtsamkeit, $M = 28.33, SD = 5.81$, zunächst nahezu konstant, $M = 28.82, SD = 5.37$, und nahm anschließend leicht zu, $M = 29.57, SD = 6.18$. Es zeigte sich, dass der Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt, $F(1, 298) = 32.21, p < .01$, nicht jedoch vom ersten zum dritten Testzeitpunkt, $F(1, 293) = 1.92, ns$, signifikant war.

Die Effektstärke des Effekts vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt, *Cohens d* = 1.48, war nach Cohen (1988) als großer Effekt zu Gunsten der Treatmentgruppe einzuordnen, die Effektstärke des Effekts vom ersten zum dritten Testzeitpunkt lag mit *Cohens d* = 0.40 im Bereich eines kleinen bis mittleren Effekts zu Gunsten der Treatmentgruppe.

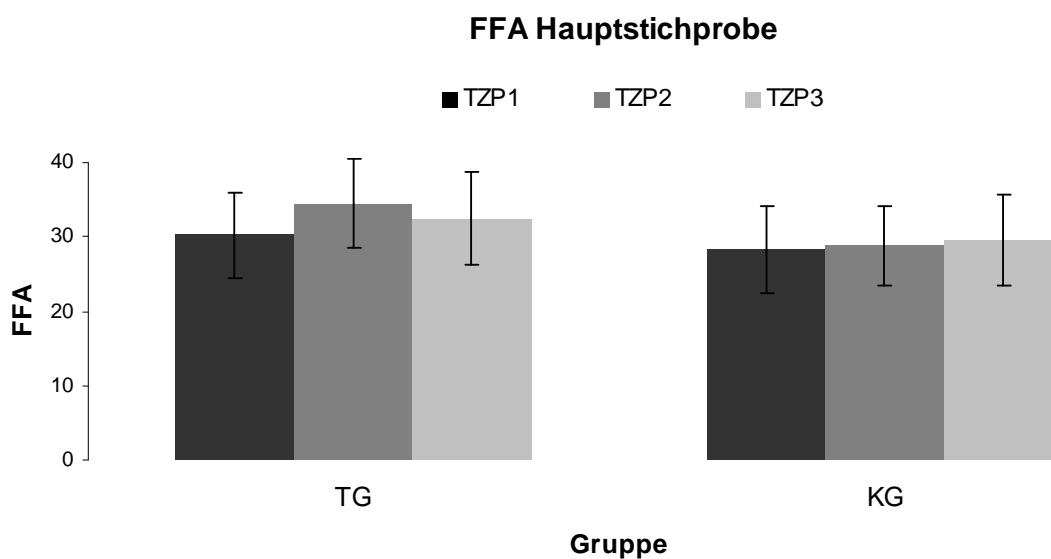


Abbildung 2: Entwicklung der FFA-Summenwerte der Treatment- und Kontrollgruppe zu allen drei Testzeitpunkten.

Ein Mehrebenenmodell mit FFA als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Zeit, Gruppe, Güte des sozialen Netzes und der Interaktion von Gruppe und Zeit als festen Faktoren bestätigte die Analysen der vollständigen Datensätze weitestgehend [Haupteffekt Gruppe, $F(1, 1091.32) = 22.90, p < .01$, Haupteffekt Zeit, $F(1, 968.61) = 9.47, p < .01$, Haupteffekt soziales Netz, $F(1, 808.56) = 34.94, p < .01$,

Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt, $F(1, 577.33) = 60.35, p < .01$]. Hingegen wurde der Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit über alle Testzeitpunkte, $F(1, 1021.13) = 2.32, ns$, nicht signifikant, während der Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit vom ersten zum dritten Testzeitpunkt signifikant wurde, $F(1, 448.77) = 5.12, p < .05$.

4.4.1.4 Klinische Signifikanz der Veränderung in der Achtsamkeit

Analog zu den Berechnungen von Jacobson und Truax (1991) sowie Neuner et al. (2010, siehe Abschnitt 4.2.) ergab sich $c = 5.69$ als Grenzwert für eine klinisch signifikante Veränderung. Vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt kam es bei 80 Personen (37.4 %) aus der Treatmentgruppe und 12 Personen (12.4 %) aus der Kontrollgruppe zu einer klinisch signifikanten Verbesserung der Achtsamkeit, $\chi^2(1) = 14.51, p < .01$. Bei sechs Personen (2.8 %) aus der Treatmentgruppe und neun Personen (8.3 %) aus der Kontrollgruppe verschlechterte sich die Achtsamkeit in klinisch signifikanter Weise, $\chi^2(1) = 4.85, p < .05$.

Bei Betrachtung der Veränderung vom ersten zum dritten Testzeitpunkt gab es bei 60 Personen (29 %) aus der Treatmentgruppe sowie 19 Personen (18 %) aus der Kontrollgruppe klinisch signifikante Verbesserungen der Achtsamkeit, $\chi^2(1) = 4.55, p < .05$. Bei 16 Personen (7.7 %) aus der Treatmentgruppe und 8 Personen (7.5 %) aus der Kontrollgruppe verschlechterte sich die Achtsamkeit in klinisch signifikanter Weise $\chi^2(1) = 0.00, ns$ (Abbildung 3).

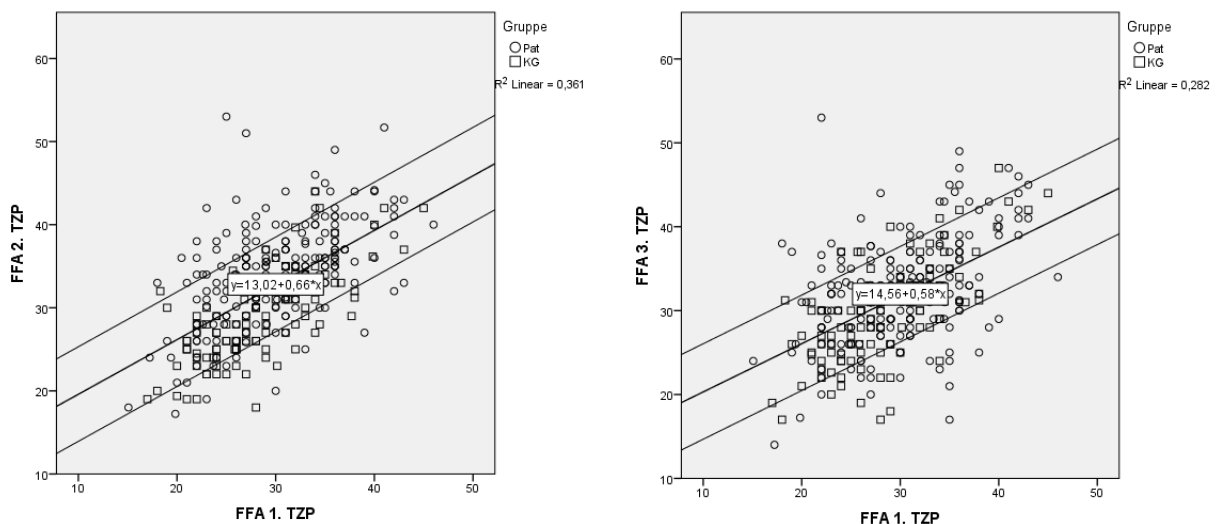


Abbildung 3: Klinisch signifikante Verbesserungen und Verschlechterungen der mit dem FFA gemessenen Achtsamkeit vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt (Abbildung links) sowie vom ersten zum dritten Testzeitpunkt (Abbildung rechts).

4.4.1.5 Überprüfung der Therapiewirksamkeit: Ressourcen (FER)

Die Varianzanalyse mit dem Innersubjektfaktor Zeit, dem Zwischensubjektfaktor Gruppe und der Kovariate soziale Kontakte zeigte signifikante Haupteffekte der Gruppe, $F(1, 182) = 35.08, p < .01$, der Zeit, $F(2, 364) = 8.60, p < .01$, des sozialen Netzes, $F(1, 182) = 12.96, p < .01$, und einen signifikanten Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit, $F(2, 364) = 27.30, p < .01$. Die Ressourcen der Treatmentgruppe, $M = 161.37, SD = 43.64$, nahmen im Behandlungsverlauf zunächst stark zu, $M = 196.80, SD = 43.10$, reduzierten sich jedoch in den folgenden sechs Monaten bis zur Follow-Up-Erhebung wieder deutlich, $M = 168.85, SD = 47.69$. Dennoch war der Ressourcenwert der Treatmentgruppe zum dritten Testzeitpunkt im Vergleich zum Ausgangswert zu Behandlungsbeginn weiterhin deutlich erhöht und auch höher als in der Kontrollgruppe (*Abbildung 4*). In dieser zeigte sich eine gegenläufige Entwicklung: Die Ressourcen, $M = 139.89, SD = 43.87$, nahmen zunächst ab, $M = 132.43, SD = 47.34$, und in den folgenden sechs Monaten deutlich zu, $M = 140.14, SD = 53.73$. Damit lagen die Ressourcen der Kontrollgruppe zum dritten Testzeitpunkt knapp über dem Ressourcenwert vom Behandlungsbeginn. Es zeigte sich, dass der Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt, $F(1, 186) = 56.77, p < .01$, nicht jedoch vom ersten zum dritten Testzeitpunkt, $F(1, 189) = 1.07, ns$, signifikant war.

Die Effektstärke des Effekts vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt, *Cohens d* = 0.77, war nach Cohen (1988) als großer Effekt zu Gunsten der Treatmentgruppe einzuordnen, jedoch war die Effektstärke des Effekts vom ersten zum dritten Testzeitpunkt, *Cohens d* = 0.13, nur noch gering.

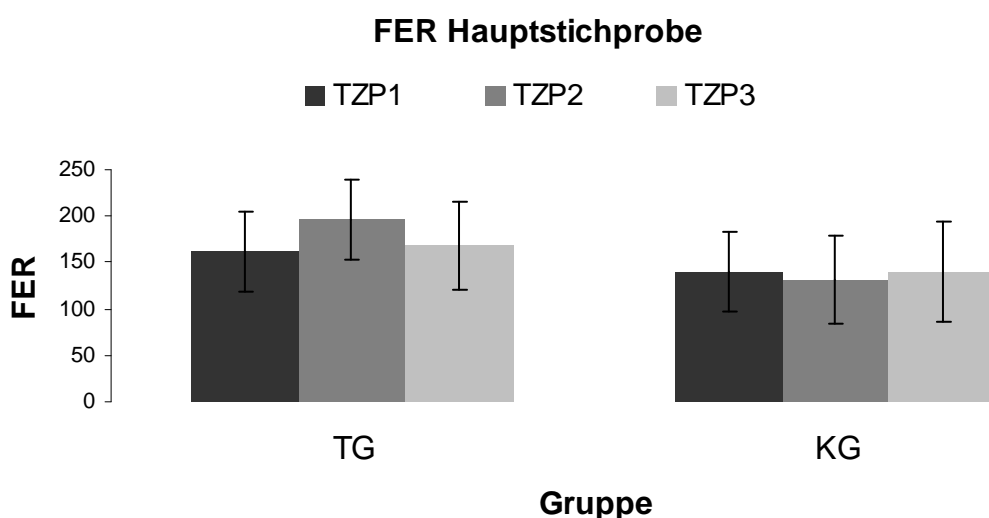


Abbildung 4: Entwicklung der FER-Summenwerte der Treatment- und Kontrollgruppe zu allen Testzeitpunkten.

Ein Mehrebenenmodell mit FER als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Zeit, Gruppe, Güte des sozialen Netzes und der Interaktion von Gruppe und Zeit als festen Faktoren bestätigte die Analysen der vollständigen Datensätze weitestgehend [Haupteffekt Gruppe, $F(1, 1003.71) = 26.49, p < .01$, Haupteffekt Zeit, $F(1, 820.27) = 1.77, p < .01$, Haupteffekt soziales Netz, $F(1, 701.87) = 22.10, p < .01$, Interaktionseffekte von Gruppe und Zeit vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt, $F(1, 412.01) = 121.78, p < .01$, und vom ersten zum dritten Testzeitpunkt, $F(1, 410.81) = 3.28, p = .07$]. Hingegen wurde der Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit über alle Testzeitpunkte nicht signifikant, $F(1, 863.27) = 1.19, ns$.

4.4.1.6 Klinische Signifikanz der Veränderung in den Ressourcen

Analog zu den Berechnungen von Jacobson und Truax (1991) sowie Neuner et al. (2010) ergab sich $c = 38.87$ als Grenzwert für eine klinisch signifikante Veränderung. Vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt kam es bei 55 Personen (42.6 %) aus der Treatmentgruppe und 2 Personen (3 %) aus der Kontrollgruppe zu einer klinisch signifikanten Verbesserung der allgemeinen Ressourcen, $\chi^2(1) = 33.62, p < .01$. Bei drei Personen aus der Treatmentgruppe (2.3 %) und acht Personen (11.8 %) aus der Kontrollgruppe verschlechterten sich die Ressourcen in klinisch signifikanter Weise, $\chi^2(1) = 7.70, p < .01$.²²

Bei Betrachtung der Veränderung vom ersten zum dritten Testzeitpunkt gab es bei 28 Personen (21.4 %) aus der Treatmentgruppe sowie 7 Personen (10.1 %) aus der Kontrollgruppe klinisch signifikante Verbesserungen der allgemeinen Ressourcen, $\chi^2(1) = 3.95, p < .05$. Bei 18 Personen (13.7 %) aus der Treatmentgruppe und 6 Personen (8.7 %) aus der Kontrollgruppe verschlechterten sich die Ressourcen in klinisch signifikanter Weise, $\chi^2(1) = 1.09, ns$ (Abbildung 5).

²² Bei Zellengrößen < 5 in den Häufigkeiten klinisch signifikanter Verbesserungen oder Verschlechterungen wurde zunächst der exakte Test nach Fisher berechnet. Führt dieser zum gleichen Ergebnis wie der Chi-Quadrat-Test wird für eine Vereinheitlichung und bessere Vergleichbarkeit der Chi-Quadrat-Test berichtet.

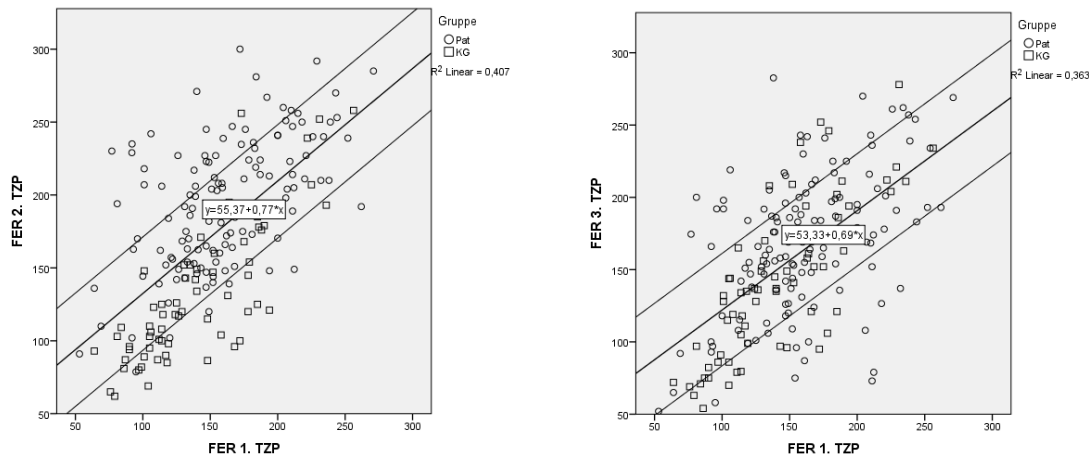


Abbildung 5: Klinisch signifikante Verbesserungen und Verschlechterungen der mit dem FER gemessenen allgemeinen Ressourcen vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt (Abbildung links) sowie vom ersten zum dritten Testzeitpunkt (Abbildung rechts).

4.4.2 Wirksamkeitsüberprüfung an der abhängigen Stichprobe

4.4.2.1 Überprüfung der Voraussetzungen

Signifikanztests²³, die Betrachtung von Schiefe und Kurtosis und visuelle Inspektionen zeigten, dass der FER, nicht jedoch der FFA normalverteilt war.

4.4.2.2 Analyse von Unterschieden der Personen während ihrer Zugehörigkeit zu Kontroll- und Treatmentgruppe

Es gab keine Unterschiede im Ausmaß der mit dem FFA erhobenen Achtsamkeit, $t(88) = 1.70$, $p = .09$, sowie der mit dem FER erhobenen allgemeinen Ressourcen, $t(60) = -0.74$, ns , zu Beginn der Kontroll- und Treatmentgruppenzugehörigkeit der Personen. Für die Analysen wurden Achtsamkeits- bzw. Ressourcen-Differenzwerte als Maß für die Veränderung gebildet. Dafür wurde der Summenwert des früheren Testzeitpunkts vom Summenwert des späteren Testzeitpunkts subtrahiert und zwar jeweils für die Treatment- und für die Kontrollgruppenzugehörigkeit. Diese Differenzwerte wurden anschließend mit t-Tests verglichen.

²³ Die p -Werte der Voraussetzungsprüfungen auf Normalverteilung befinden sich in *Tabelle 11* in Anhang A.

4.4.2.3 Überprüfung der Therapiewirksamkeit: Achtsamkeit (FFA)

Ein t-Test der Differenzwerte, zeigte, dass die Achtsamkeit der Personen während ihrer Treatmentgruppenzugehörigkeit signifikant stärker zunahm als während ihrer Kontrollgruppenzugehörigkeit, $t(85) = -4.54$, $p < .01$. Während sich die Achtsamkeit der Personen während ihrer Kontrollgruppenzugehörigkeit nicht veränderte, $M = -0.01$, $SD = 4.07$, nahm sie während ihrer Treatmentgruppenzugehörigkeit deutlich zu, $M = 4.93$, $SD = 8.63$. Die Effektstärke des Pearson-Korrelationskoeffizienten war mit $r(83) = 0.44$ nach Cohen (1988) als mittlerer bis großer Effekt der Behandlung einzuordnen. Ein Mehrebenenmodell mit FFA-Differenzwert als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Gruppenzugehörigkeit als festem Faktor bestätigte die Analysen der vollständigen Datensätze durch einen signifikanten Haupteffekt der Gruppenzugehörigkeit, $F(1, 229.00) = 31.06$, $p < .01$.

4.4.2.4 Klinische Signifikanz der Veränderung der Achtsamkeit

Während der Treatmentgruppenzugehörigkeit verbesserte sich die Achtsamkeit bei 32 Personen (36 %) und während der Kontrollgruppenzugehörigkeit bei 8 Personen (9.2 %) in klinisch signifikanter Weise, $\chi^2(1) = 17.94$, $p < .01$. Während der Treatmentgruppenzugehörigkeit verschlechterte sich die Achtsamkeit bei zwei Personen (2.2 %) und während der Kontrollgruppenzugehörigkeit bei sechs Personen (6.9 %) in klinisch signifikanter Weise, $\chi^2(1) = 2.19$, *ns*.

4.4.2.5 Überprüfung der Therapiewirksamkeit: Ressourcen (FER)

Ein t-Test der Differenzwerte zeigte, dass die allgemeinen Ressourcen während der Treatmentgruppenzugehörigkeit der Personen signifikant stärker zunahm als während ihrer Kontrollgruppenzugehörigkeit, $t(58) = -6.08$, $p < .01$. Während der Kontrollgruppenzugehörigkeit der Personen nahmen die Ressourcen durchschnittlich ab, $M = -2.94$, $SD = 28.87$, und während ihrer Treatmentgruppenzugehörigkeit durchschnittlich zu, $M = 45.50$, $SD = 45.92$. Die Effektstärke des Pearson-Korrelationskoeffizienten $r(56) = 0.62$ war nach Cohen (1988) als großer Effekt zu Gunsten der Behandlung einzuordnen. Ein Mehrebenenmodell mit FER-Differenzwert als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Gruppenzugehörigkeit als festem Faktor bestätigte die Analysen der vollständigen Datensätze durch einen signifikanten Effekt der Gruppenzugehörigkeit, $F(1, 182.00) = 77.51$, $p < .01$.

4.4.2.6 Klinische Signifikanz der Veränderung in den Ressourcen

Während der Treatmentgruppenzugehörigkeit verbesserten sich die allgemeinen Ressourcen bei 42 Personen (51.9 %) und während der Kontrollgruppenzugehörigkeit bei 5 Personen (7.6 %) in klinisch signifikanter Weise, $\chi^2(1) = 32.78$, $p < .01$. Während der Treatmentgruppenzugehörigkeit verschlechterten sich die allgemeinen Ressourcen bei keiner Person und während der Kontrollgruppenzugehörigkeit bei acht Personen (12.1 %) in klinisch signifikanter Weise, $\chi^2(1) = 9.26$, $p < .01$.

4.4.3 Zusammenfassung der Ergebnisse zu Hypothese 1

Die Überprüfung der Hypothese zur Wirksamkeit der PITT in Form einer Ressourcenaktivierung erbrachte in der Hauptstichprobe sowie der abhängigen Stichprobe vergleichbare Ergebnisse. Die Entwicklung der Ressourcen in der Kontroll- und Treatmentgruppe(nzugehörigkeit) war signifikant unterschiedlich: In der Treatmentgruppe(nzugehörigkeit) kam es im Vergleich zur Kontrollgruppe(nzugehörigkeit) von Therapiebeginn bis Therapieende zu einer signifikanten Zunahme der mit dem FFA erfassten Achtsamkeit sowie der mit dem FER erfassten allgemeinen Ressourcen, die im Bereich eines mittleren bis großen Effekts lag. Bei Betrachtung der Ressourcenentwicklung zum Follow-Up-Zeitpunkt im Vergleich zum Therapiebeginn (9-Monats-Entwicklung in der Hauptstichprobe) lag die Effektgröße im Bereich eines kleinen bis mittleren (Achtsamkeit) bzw. eines kleinen Effekts (allgemeine Ressourcen).

Die Betrachtung der klinisch signifikanten Veränderungen bestätigte diese Befunde: Die Achtsamkeit und allgemeinen Ressourcen verbesserten sich in der Treatmentgruppe(nzugehörigkeit) signifikant häufiger in klinisch bedeutsamer Weise als in der Kontrollgruppe(nzugehörigkeit). Klinisch signifikante Verschlechterungen kamen in der Treatment- im Vergleich zur Kontrollgruppe(nzugehörigkeit) in der Entwicklung der allgemeinen Ressourcen (nicht aber der Achtsamkeit) seltener vor.

Die Mehrebenenmodelle bestätigten die Completers-Analysen im Wesentlichen. Allerdings zeigten sich in der Hauptstichprobe keine Unterschiede in den Gesamtentwicklungen der Achtsamkeit und der allgemeinen Ressourcen zwischen Treatment- und der Kontrollgruppe.

4.5 Testung Hypothese 2: PITT-Wirksamkeit in der Symptomreduktion

Die PITT-Wirksamkeit zur Reduktion der Symptome psychischer Störungen wurde in den Bereichen Posttraumatische Belastungsstörung (PDS, Ehlers et al., 1996), dissoziative

Störungen (FDS-20, Spitzer et al., 2005), Depression (BDI, Hautzinger et al., 1995) und somatoforme Störungen (SOMS-7T, Rief et al., 1997) überprüft.

4.5.1 Wirksamkeitsüberprüfung an der Hauptstichprobe

4.5.1.1 Überprüfung der Voraussetzungen

Signifikanztests²⁴, die Betrachtung von Schiefe und Kurtosis und visuelle Inspektionen zeigten, dass PDS, BDI und SOMS-7T normalverteilt waren, so dass parametrische Verfahren gerechnet werden konnten. Beim FDS-20 war zu keinem Zeitpunkt von einer Normalverteilung auszugehen. Bei der PDS und dem FDS-20 bestand Varianzhomogenität, demgegenüber bestand beim BDI und dem SOMS-7T keine Varianzhomogenität.

4.5.1.2 Analyse anfänglicher Gruppenunterschiede

T-Tests zeigten keine signifikanten Gruppenunterschiede im Ausmaß der dissoziativen Symptomatik (FDS-20) zu Therapiebeginn, $t(320) = -0.44$, *ns*. Hingegen unterschieden sich die Gruppen in den PDS, BDI- und SOMS-7T-Werten zu Therapiebeginn: Die Treatmentgruppe, $M = 30.24$, $SD = 10.97$, hatte zum ersten Testzeitpunkt signifikant weniger PTBS-Symptome als die Kontrollgruppe, $M = 32.93$, $SD = 11.02$; $t(289) = -1.99$, $p < .05$. Darüber hinaus wies die Treatmentgruppe, $M = 27.39$, $SD = 10.62$, zu Beginn signifikant weniger depressive Symptome auf als die Kontrollgruppe, $M = 31.11$, $SD = 10.08$; $t(227.82) = -3.91$, $p < .01$. Ebenso zeigte sich eine signifikant geringere somatoforme Symptomatik der Treatmentgruppe, $M = 33.36$, $SD = 20.43$, im Vergleich zur Kontrollgruppe, $M = 38.57$, $SD = 18.30$; $t(219.89) = -2.25$, $p < .05$. Die unterschiedliche Ausprägung des sozialen Netzes ging gemäß den Analysen aus Abschnitt 4.4.1.2 erneut als Kovariate in die Varianzanalysen mit Messwiederholung ein.

4.5.1.3 Überprüfung der Therapiewirksamkeit: PTBS (PDS)

Eine Varianzanalyse mit Messwiederholung mit dem Innersubjektfaktor Zeit, dem Zwischensubjektfaktor Gruppe und der Kovariate soziale Kontakte zeigte einen signifikanten Haupteffekt der Zeit, $F(2, 486) = 5.75$, $p < .05$, und der Güte des sozialen Netzes, $F(1, 243) = 15.64$, $p < .01$, nicht jedoch der Gruppe, $F(1, 243) = 3.28$, $p = .07$. Es gab keinen signifikanten Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit, $F(2, 486) = 0.87$, *ns*. Die Treatmentgruppe unterschied sich damit im Verlauf nicht signifikant von der Kontrollgruppe.

²⁴ Die p -Werte der Voraussetzungsprüfungen auf Normalverteilung und Varianzhomogenität befinden sich in *Tabelle 9* in Anhang A.

Die Entwicklungen der mit der PDS über die drei Testzeitpunkte gemessenen Symptomatik der PTBS waren in der Treatment- und Kontrollgruppe deskriptiv vergleichbar. Die Symptomatik der Treatmentgruppe, $M = 30.21$, $SD = 10.80$, nahm sowohl im Behandlungsverlauf, $M = 28.23$, $SD = 10.37$, wie auch in den folgenden sechs Monaten leicht ab, $M = 27.78$, $SD = 11.86$. Die PDS-Werte der Kontrollgruppe, $M = 34.37$, $SD = 10.27$, nahmen zunächst ab, $M = 30.97$, $SD = 10.55$, und in den folgenden sechs Monaten minimal wieder zu, $M = 31.13$, $SD = 11.53$. Der Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit war weder vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt, $F(1, 251) = 0.72$, *ns*, noch vom ersten zum dritten Testzeitpunkt signifikant, $F(1, 260) = 0.47$, *ns*²⁵. Die Effektstärken des Effekts von Testzeitpunkt eins zu Testzeitpunkt zwei zeigte mit *Cohens d* = 0.27 nach Cohen (1988) einen kleinen Effekt zu Gunsten der Kontrollgruppe. Die Effektstärke des Effekts vom ersten zum dritten Testzeitpunkt zu Gunsten der Kontrollgruppe war mit *Cohens d* = 0.15 minimal.

Ein Mehrebenenmodell mit PDS als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Zeit, Gruppe, Güte des sozialen Netzes und der Interaktion von Gruppe und Zeit als festen Faktoren bestätigte die Analysen der vollständigen Datensätze weitestgehend [Haupteffekt Zeit, $F(1, 811.30) = 3.12$, $p < .01$, Haupteffekt soziales Netz, $F(1, 789.80) = 29.93$, $p < .01$, Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit über alle Testzeitpunkte, $F(1, 832.82) = 0.02$, *ns*, und Interaktionseffekte von Gruppe und Zeit vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt $F(1, 494.11) = 0.22$, *ns*, und vom ersten zum dritten Testzeitpunkt, $F(1, 353.83) = 0.00$, *ns*]. Hingegen wurde der Haupteffekt der Gruppe signifikant, $F(1, 938.33) = 8.39$, $p < .01$.

4.5.1.4 Klinische Signifikanz der Veränderung der PTBS-Symptome

Analog zu den Berechnungen von Jacobson und Truax (1991) sowie Neuner et al. (2010) ergab sich $c = 10.10$ als Grenzwert für eine klinisch signifikante Veränderung. Vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt kam es bei 25 Personen (14.5 %) aus der Treatmentgruppe und 10 Personen (10.5 %) aus der Kontrollgruppe zu einer klinisch signifikanten Verbesserung der der PTBS-Symptomatik, $\chi^2(1) = 0.86$, *ns*. Bei acht Personen (4.8 %) aus der Treatmentgruppe und drei Personen (3.3 %) aus der Kontrollgruppe verschlechterten sich die PTBS-Symptome in klinisch signifikanter Weise, $\chi^2(1) 0.35$, *ns*.

Bei Betrachtung der Veränderung vom ersten zum dritten Testzeitpunkt gab es bei 30 Personen (16.6 %) aus der Treatmentgruppe sowie 13 Personen (13.5 %) aus der

²⁵ Bei Betrachtung der PDS-Skalen Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal zeigten Varianzanalysen ebenfalls keine signifikanten Unterschiede in der Entwicklung dieser PDS-Symptome über alle Testzeitpunkte zwischen der Treatment- und der Kontrollgruppe, alle $F_s < 0.77$, alle $p_s > .46$.

Kontrollgruppe klinisch signifikante Verbesserungen der PTBS-Symptome, $\chi^2(1) = 0.44$, *ns*. Bei 12 Personen (6.6 %) aus der Treatmentgruppe und 4 Personen (4.2 %) aus der Kontrollgruppe verschlechterten sich die PTBS-Symptome in klinisch signifikanter Weise, $\chi^2(1) = 0.70$, *ns*.

4.5.1.5 Überprüfung der Therapiewirksamkeit: Dissoziation (FDS-20)

Eine Varianzanalyse mit Messwiederholung mit dem Innersubjektfaktor Zeit, dem Zwischensubjektfaktor Gruppe und der Kovariate soziale Kontakte zeigte einen signifikanten Haupteffekt der Güte des sozialen Netzes, $F(1, 292) = 10.88$, $p < .01$, aber keine signifikanten Haupteffekte der Zeit, $F(2, 584) = 0.18$, *ns*, oder der Gruppe, $F(1, 292) = 0.28$, $p = .06$. Es gab ebenfalls keinen signifikanten Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit, $F(2, 584) = .61$, *ns*. Die Treatmentgruppe unterschied sich im Verlauf nicht signifikant von der Kontrollgruppe. Die dissoziative Symptomatik der Treatmentgruppe, $M = 26.50$, $SD = 28.85$, blieb im Behandlungsverlauf nahezu konstant, $M = 26.52$, $SD = 21.18$, und nahm in den folgenden sechs Monaten minimal ab, $M = 25.89$, $SD = 20.23$. Die dissoziative Symptomatik der Kontrollgruppe, $M = 26.75$, $SD = 17.66$, nahm zunächst leicht ab, $M = 25.83$, $SD = 18.70$, und in den folgenden sechs Monaten wieder zu, $M = 26.48$, $SD = 19.08$. Der Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit war weder vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt, $F(1, 293) = 0.60$, *ns*, noch vom ersten zum dritten Testzeitpunkt signifikant, $F(1, 299) = 0.00$, *ns*.

Die Effektstärke des Effekts vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt war mit *Cohens d* = 0.12 ebenso wie die Effektstärke vom ersten zum dritten Testzeitpunkt mit *Cohens d* = 0.04 - jeweils zu Gunsten der Kontrollgruppe - minimal.

Ein Mehrebenenmodell mit FDS-20 als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Zeit, Gruppe, Güte des sozialen Netzes und der Interaktion von Gruppe und Zeit als festen Faktoren bestätigte die Analysen der vollständigen Datensätze [Haupteffekt Gruppe, $F(1, 947.83) = 0.72$, *ns*, Haupteffekt Zeit, $(1, 884.56) = 0.05$, *ns*, Haupteffekt soziales Netz, $F(1, 866.25) = 6.30$, $p < .05$, Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit über alle Testzeitpunkte, $F(1, 902.13) = 0.03$, *ns*, und Interaktionseffekte von Gruppe und Zeit vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt, $F(1, 553.17) = 0.03$, *ns*, und vom ersten zum dritten Testzeitpunkt, $F(1, 369.75) = 0.00$, *ns*].

4.5.1.6 Klinische Signifikanz der Veränderung der Dissoziation

Analog zu den Berechnungen von Jacobson und Truax (1991) sowie Neuner et al. (2010) ergab sich $c = 19.73$ als Grenzwert für eine klinisch signifikante Veränderung. Vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt kam es bei sechs Personen (2.9 %) aus der Treatmentgruppe

und fünf Personen (4.9 %) aus der Kontrollgruppe zu einer klinisch signifikanten Verbesserung der dissoziativen Symptomatik, $\chi^2(1) = 0.66$, *ns*. Bei zehn Personen (4.8 %) aus der Treatmentgruppe und sechs Personen (5.6 %) aus der Kontrollgruppe verschlechterten sich die dissoziativen Symptome in klinisch signifikanter Weise, $\chi^2(1) = 0.09$, *ns*.

Bei Betrachtung der Veränderung vom ersten zum dritten Testzeitpunkt gab es bei neun Personen (4.2 %) aus der Treatmentgruppe sowie vier Personen (3.7 %) aus der Kontrollgruppe klinisch signifikante Verbesserungen der dissoziativen Symptomatik, $\chi^2(1) = 0.04$, *ns*. Bei zehn Personen (4.7 %) aus der Treatmentgruppe und vier Personen (3.7 %) aus der Kontrollgruppe verschlechterten sich die dissoziativen Symptome in klinisch signifikanter Weise, $\chi^2(1) = 0.16$, *ns*.

4.5.1.7 Überprüfung der Therapiewirksamkeit: Depression (BDI)

Eine Varianzanalyse mit Messwiederholung mit dem Innersubjektfaktor Zeit, dem Zwischensubjektfaktor Gruppe und der Kovariate soziale Kontakte zeigte einen signifikanten Haupteffekt der Gruppe, $F(1, 293) = 26.15$, $p < .01$, der Zeit, $F(1.95, 571.25) = 16.41$, $p < .01$, der Qualität des sozialen Netzes, $F(1, 293) = 19.63$, $p < .01$, sowie einen signifikanten Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit, $F(1.95, 571.25) = 13.18$, $p < .01$. Die Depressivität der Treatmentgruppe, $M = 27.12$, $SD = 10.60$, nahm im Behandlungsverlauf zunächst deutlich ab, $M = 20.36$, $SD = 11.03$, stieg jedoch in den folgenden sechs Monaten wieder an, $M = 23.44$, $SD = 12.37$ (Abbildung 6). Die Follow-Up-Werte des BDI lagen jedoch weiterhin deutlich unter den Ausgangswerten und den Werten der Kontrollgruppe. In der Kontrollgruppe, $M = 31.91$, $SD = 10.19$, zeigte sich zunächst ebenfalls eine geringe Symptomreduktion, $M = 30.45$, $SD = 11.75$, die in den folgenden sechs Monaten nahezu konstant blieb, $M = 30.47$, $SD = 11.96$. Es zeigte sich, dass der Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt signifikant, $F(1, 297.00) = 28.46$, $p < .01$, und vom ersten zum dritten Testzeitpunkt, $F(1, 297.00) = 3.03$, $p = .08$, marginal signifikant war.

Die Effektstärke des Effekts vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt, *Cohens d* = -1.16, war nach Cohen (1988) als großer Effekt zu Gunsten der Treatmentgruppe einzuordnen, die Effektstärke des Effekts vom ersten zum dritten Zeitpunkt, *Cohens d* = -0.49, war als mittlerer Effekt zu Gunsten der Treatmentgruppe anzusehen.

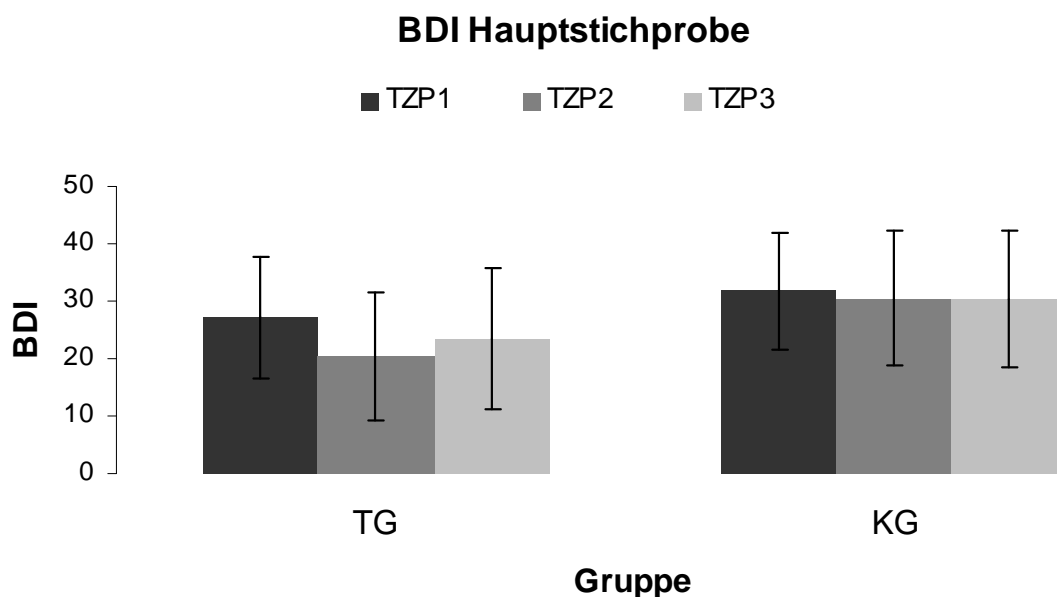


Abbildung 6: Entwicklung der BDI-Summenwerte der Treatment- und Kontrollgruppe zu allen Testzeitpunkten.

Ein Mehrebenenmodell mit BDI als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Zeit, Gruppe, Güte des sozialen Netzes und der Interaktion von Gruppe und Zeit als festen Faktoren bestätigte die Analysen der vollständigen Datensätze weitestgehend [Haupteffekt Gruppe, $F(1, 1691.85) = 7.22, p < .01$, Haupteffekt Zeit, $F(1, 954.52) = 32.59, p < .01$, Haupteffekt soziales Netz, $F(1, 860.40) = 44.29, p < .01$, Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit über alle Testzeitpunkte, $F(1, 990.99) = 11.91, p < .01$, Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt, $F(1, 579.05) = 8.39, p < .01$]. Hingegen wurde der Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit vom ersten zum dritten Testzeitpunkt signifikant, $F(1, 439.42) = 6.23, p < .05$.

4.5.1.8 Klinische Signifikanz der Veränderung der Depression

Analog zu den Berechnungen von Jacobson und Truax (1991) sowie Neuner et al. (2010) ergab sich $c = 6.03$ als Grenzwert für eine klinisch signifikante Veränderung. Vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt kam es bei 108 Personen (48.6 %) aus der Treatmentgruppe und 18 Personen (16.8 %) aus der Kontrollgruppe zu einer klinisch signifikanten Verbesserung der depressiven Symptomatik, $\chi^2(1) = 30.47, p < .01$. Bei 9 Personen (4.2 %) aus der Treatmentgruppe und 11 Personen (10.3 %) aus der Kontrollgruppe verschlechterten sich die depressiven Symptome in klinisch signifikanter Weise, $\chi^2(1) = 4.41, p < .05$.

Bei Betrachtung der Veränderung vom ersten zum dritten Testzeitpunkt gab es bei 84 Personen (40.2 %) aus der Treatmentgruppe sowie 27 Personen (24.8 %) aus der Kontrollgruppe klinisch signifikante Verbesserungen der depressiven Symptomatik, $\chi^2(1) = 7.50$, $p < .01$. Bei 26 Personen (12.4 %) aus der Treatmentgruppe und 11 Personen (10.1 %) aus der Kontrollgruppe verschlechterten sich die depressiven Symptome in klinisch signifikanter Weise, $\chi^2(1) = 9.26$, $p = .05$ (Abbildung 7).

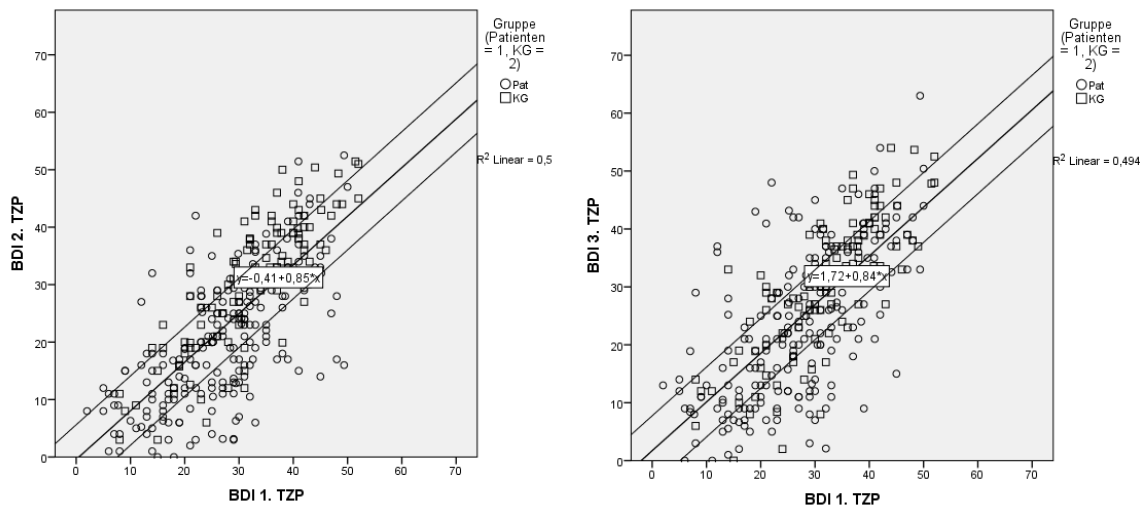


Abbildung 7: Klinisch signifikante Verbesserungen und Verschlechterungen der mit dem BDI gemessenen depressiven Symptomatik vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt (Abbildung links) sowie vom ersten zum dritten Testzeitpunkt (Abbildung rechts).

4.5.1.9 Überprüfung der Therapiewirksamkeit: Somatisierung (SOMS-7T)

Eine Varianzanalyse mit Messwiederholung mit dem Innersubjektfaktor Zeit, dem Zwischensubjektfaktor Gruppe und der Kovariate soziale Kontakte zeigte einen signifikanten Haupteffekt der der Güte des sozialen Netzes $F(1, 274) = 4.78$, $p < .05$. Die Haupteffekte der Zeit, $F(1.88, 515.38) = 2.05$, ns , und der Gruppe, $F(1, 274) = 0.58$, ns , sowie der Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit, $F(1.88, 515.38) = 0.98$, ns , waren nicht signifikant. Die Treatmentgruppe unterschied sich im Verlauf nicht signifikant von der Kontrollgruppe. Die somatoforme Symptomatik der Treatmentgruppe, $M = 33.06$, $SD = 20.35$, nahm im Behandlungsverlauf leicht ab, $M = 31.79$, $SD = 20.90$, und nahm in den folgenden sechs Monaten wieder zu, $M = 34.40$, $SD = 23.05$. Die SOMS-7T-Werte der Kontrollgruppe, $M = 37.20$, $SD = 18.20$, nahmen zunächst ab, $M = 34.21$, $SD = 19.42$, und in den folgenden sechs Monaten wieder zu, $M = 35.82$, $SD = 22.91$, lagen jedoch weiterhin unter dem Ausgangswert. Der Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit war weder vom ersten zum

zweiten Testzeitpunkt, $F(1, 279.00) = 1.09$, *ns*, noch vom ersten zum dritten Testzeitpunkt signifikant, $F(1, 280.00) = 1.82$, *ns*.

Die Effektstärke des Effekts von Testzeitpunkt eins zu Testzeitpunkt zwei zeigte mit *Cohens d* = 0.18 nach Cohen (1988) einen kleinen Effekt zu Gunsten der Kontrollgruppe. Die Effektstärke des Effekts vom ersten zum dritten Testzeitpunkt zu Gunsten der Treatmentgruppe war mit *Cohens d* = -0.03 minimal.

Ein Mehrebenenmodell mit SOMS-7T als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Zeit, Gruppe, Güte des sozialen Netzes und der Interaktion von Gruppe und Zeit als festen Faktoren bestätigte die Analysen der vollständigen Datensätze weitestgehend [Haupteffekt Zeit, $F(1, 874.43) = 1.58$, *ns*, Haupteffekt soziales Netz, $F(1, 832.36) = 10.49$, $p < .01$, Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit über alle Testzeitpunkte, $F(1, 902.86) = 0.73$, *ns*, und Interaktionseffekte von Gruppe und Zeit vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt, $F(1, 537.39) = 0.57$, *ns*, und vom ersten zum dritten Testzeitpunkt, $F(1, 389.83) = 0.85$, *ns*]. Hingegen wurde der Haupteffekt der Gruppe signifikant, $F(1, 961.23) = 9.29$, $p < .01$.

4.5.1.10 Klinische Signifikanz der Veränderung der somatoformen Symptome

Analog zu den Berechnungen von Jacobson und Truax (1991) sowie Neuner et al. (2010) ergab sich $c = 6.83$ als Grenzwert für eine klinisch signifikante Veränderung. Vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt kam es bei 61 Personen (30.5 %) aus der Treatmentgruppe und 40 Personen (41.2 %) aus der Kontrollgruppe zu einer klinisch signifikanten Verbesserung der somatoformen Symptomatik, $\chi^2(1) = 3.60$, $p = .06$. Bei 56 Personen (28 %) aus der Treatmentgruppe und 24 Personen (25 %) aus der Kontrollgruppe verschlechterten sich die somatoformen Symptome in klinisch signifikanter Weise, $\chi^2(1) = 0.30$, *ns*.

Bei Betrachtung der Veränderung vom ersten zum dritten Testzeitpunkt gab es bei 61 Personen (30.3 %) aus der Treatmentgruppe sowie 37 Personen (37.4 %) aus der Kontrollgruppe klinisch signifikante Verbesserungen der somatoformen Symptomatik, $\chi^2(1) = 1.49$, *ns*. Bei 66 Personen (32.8 %) aus der Treatmentgruppe und 25 Personen (25.3 %) aus der Kontrollgruppe verschlechterten sich die somatoformen Symptome in klinisch signifikanter Weise, $\chi^2(1) = 1.81$, *ns*.

4.5.2 Wirksamkeitsüberprüfung an der abhängigen Stichprobe

4.5.2.1 Überprüfung der Voraussetzungen

Signifikanztests²⁶, die Betrachtung von Schiefe und Kurtosis und visuelle Inspektionen zeigten, dass bei PDS, BDI und SOMS-7T von einer Normalverteilung auszugehen war, während der FDS-20 nicht normalverteilt war.

4.5.2.2 Analyse von Unterschieden der Personen während ihrer Zugehörigkeit zu Kontroll- und Treatmentgruppe

Personen wiesen zum ersten Testzeitpunkt ihrer Kontrollgruppenzugehörigkeit signifikant mehr Symptome einer PTBS, $t(81) = 2.34, p < .05$, Depression, $t(87) = 4.20, p < .01$, und somatoformen Störung, $t(78) = 2.14, p < .05$, auf als zum ersten Testzeitpunkt ihrer Treatmentgruppenzugehörigkeit. Lediglich im Ausmaß der dissoziativen Symptomatik zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Kontroll- und Treatmentgruppenzugehörigkeit der Personen, $t(89) = -0.72, ns$. Für die Analysen wurden erneut Differenzwerte als Maß für die Veränderung gebildet. Dafür wurde der Summenwert des früheren Testzeitpunkts vom Summenwert des späteren Testzeitpunkts subtrahiert und zwar jeweils für die Treatment- und die Kontrollgruppenzugehörigkeit. Die Differenzwerte wurden mit Hilfe von t-Tests verglichen.

4.5.2.3 Überprüfung der Therapiewirksamkeit: PTBS (PDS)

Ein t-Test der Differenzwerte zeigte keinen signifikanten Unterschied zwischen der Entwicklung der PTBS-Symptomatik während der Kontroll- und Treatmentgruppenzugehörigkeit der Personen, $t(72) = -1.90, ns$. Während der Kontrollgruppenzugehörigkeit, $M = -3.16, SD = 7.60$, nahm die PTBS-Symptomatik deskriptiv deutlicher ab als während der Treatmentgruppenzugehörigkeit, $M = -0.74, SD = 9.03$. Die Effektstärke des Pearson-Korrelationskoeffizienten $r(70) = 0.22$ zeigte nach Cohen (1988) einen kleinen bis mittleren Effekt zu Gunsten der Kontrollgruppenzugehörigkeit. Ein Mehrebenenmodell mit PDS-Differenzwert als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Gruppenzugehörigkeit als festem Faktor bestätigte die Analysen der vollständigen Datensätze durch einen nicht signifikanten Effekt der Gruppenzugehörigkeit, $F(1, 96.34) = 0.46, ns$.

²⁶ Die p -Werte der Voraussetzungsprüfungen auf Normalverteilung befinden sich in *Tabelle 11* in Anhang A.

4.5.2.4 Klinische Signifikanz der Veränderung der PTBS-Symptome

Während der Treatmentgruppenzugehörigkeit verbesserten sich die PTBS-Symptome bei 12 Personen (13.3 %) und während der Kontrollgruppenzugehörigkeit bei 14 Personen (15.6 %) in klinisch signifikanter Weise, $\chi^2(1) = 0.18$, *ns*. Während der Treatmentgruppenzugehörigkeit verschlechterten sich die PTBS-Symptome bei drei Personen (1.8 %) und während der Kontrollgruppenzugehörigkeit bei neun Personen (11.3 %) in klinisch signifikanter Weise, $\chi^2(1) = 3.24$, $p = .07$.

4.5.2.5 Überprüfung der Therapiewirksamkeit: Dissoziation (FDS-20)

Ein t-Test der Differenzwerte zeigte keinen signifikanten Unterschied zwischen der Entwicklung der dissoziativen Symptomatik während der Kontroll- und Treatmentgruppenzugehörigkeit der Personen, $t(87) = .45$, *ns*. Während der Kontrollgruppenzugehörigkeit betrug die Abnahme der dissoziativen Symptomatik durchschnittlich $M = -0.46$, $SD = 10.22$ und während der Treatmentgruppenzugehörigkeit durchschnittlich $M = -1.28$, $SD = 11.23$. Die Effektstärke, der Pearson-Korrelationskoeffizient, $r(85) = 0.05$ zu Gunsten der Treatmentgruppe war minimal. Ein Mehrebenenmodell mit FDS-20-Differenzwert als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Gruppenzugehörigkeit als festem Faktor bestätigte die Analysen der vollständigen Datensätze durch einen nicht signifikanten Effekt der Gruppenzugehörigkeit, $F(1, 227.00) = 2.41$, *ns*.

4.5.2.6 Klinische Signifikanz der Veränderung der Dissoziation

Während der Treatmentgruppenzugehörigkeit verbesserten sich die dissoziativen Symptome bei vier Personen (4.5 %) und während der Kontrollgruppenzugehörigkeit ebenfalls bei vier Personen (4.5 %) in klinisch signifikanter Weise, $\chi^2(1) = 0.00$, *ns*. Während der Treatmentgruppenzugehörigkeit verschlechterten sich die dissoziativen Symptome bei vier Personen (4.5 %) und während der Kontrollgruppenzugehörigkeit ebenso bei 4 Personen (4.5 %) in klinisch signifikanter Weise, $\chi^2(1) = 0.00$, *ns*.

4.5.2.7 Überprüfung der Therapiewirksamkeit: Depression (BDI)

Ein t-Test der Differenzwerte zeigte, dass die Depressivität während der Treatmentgruppenzugehörigkeit der Personen signifikant stärker abnahm als während ihrer Kontrollgruppenzugehörigkeit, $t(87) = 3.81$, $p < .01$. Während der Kontrollgruppenzugehörigkeit betrug die Abnahme der Depressivität durchschnittlich $M = -1.28$, $SD = 7.03$ und während der Treatmentgruppenzugehörigkeit durchschnittlich $M = -5.92$, $SD = 9.16$. Die Effektstärke des Pearson-Korrelationskoeffizienten, $r(85) = 0.38$, zeigte

einen mittleren bis großen Effekt der Behandlung (Cohen, 1988). Ein Mehrebenenmodell mit BDI-Differenzwert als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Gruppenzugehörigkeit als festem Faktor bestätigte die Analysen der vollständigen Datensätze durch einen signifikanten Effekt der Gruppenzugehörigkeit, $F(1, 113.43) = 16.09, p < .01$.

4.5.2.8 Klinische Signifikanz der Veränderung der Depression

Während der Treatmentgruppenzugehörigkeit verbesserten sich die depressiven Symptome bei 39 Personen (43.3 %) und während der Kontrollgruppenzugehörigkeit bei 18 Personen (20.5 %) in klinisch signifikanter Weise, $\chi^2(1) = 10.70, p < .01$. Während der Treatmentgruppenzugehörigkeit verschlechterten sich die depressiven Symptome bei 6 Personen (6.7 %) und während der Kontrollgruppenzugehörigkeit bei 13 Personen (14.8 %) in klinisch signifikanter Weise, $\chi^2(1) = 3.07, p = .08$.

4.5.2.9 Überprüfung der Therapiewirksamkeit: Somatisierung (SOMS-7T)

Ein t-Test der Differenzwerte zeigte keinen signifikanten Unterschied in der Entwicklung der somatoformen Symptome während der Kontroll- und Treatmentgruppenzugehörigkeit der Personen, $t(74) = -0.94, ns$. Während der Kontrollgruppenzugehörigkeit, $M = -2.19, SD = 14.34$, nahmen die somatoformen Symptome deskriptiv deutlicher ab als während der Treatmentgruppenzugehörigkeit, $M = -0.02, SD = 14.40$. Der Person-Korrelationskoeffizient $r(72) = 0.11$ zeigte einen kleinen Effekt zu Gunsten der Kontrollgruppe (Cohen, 1988). Ein Mehrebenenmodell mit SOMS-7T-Differenzwert als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Gruppenzugehörigkeit als festem Faktor bestätigte die Analysen der vollständigen Datensätze durch einen nicht signifikanten Effekt der Gruppenzugehörigkeit, $F(1, 114.46) = 0.66, ns$.

4.5.2.10 Klinische Signifikanz der Veränderung der somatoformen Symptome

Während der Treatmentgruppenzugehörigkeit verbesserten sich die somatoformen Symptome bei 23 Personen (29.1 %) und während der Kontrollgruppenzugehörigkeit bei 33 Personen (40.2 %) in klinisch signifikanter Weise, $\chi^2(1) = 2.20, ns$. Während der Treatmentgruppenzugehörigkeit verschlechterten sich die somatoformen Symptome bei 25 Personen (31.6 %) und während der Kontrollgruppenzugehörigkeit bei 21 Personen (25.6 %) in klinisch signifikanter Weise, $\chi^2(1) = 0.72, ns$.

4.5.3 Zusammenfassung der Ergebnisse zu Hypothese 2

Die Überprüfung der Hypothese zur Wirksamkeit der PITT in Form einer Symptomreduktion erbrachte in der Hauptstichprobe sowie der abhängigen Stichprobe

vergleichbare Ergebnisse. Lediglich in der mit dem BDI erfassten Entwicklung der depressiven Symptomatik gab es signifikante Unterschiede zwischen der Kontrollgruppe(nzugehörigkeit) und der Treatmentgruppe(nzugehörigkeit): In der Treatmentgruppe(nzugehörigkeit) kam es im Vergleich zur Kontrollgruppe(nzugehörigkeit) zu einer Reduktion der depressiven Symptomatik, die im Bereich eines mittleren bis großen Effekts lag. Auch bei Betrachtung der Entwicklung der depressiven Symptomatik zum Follow-Up-Zeitpunkt im Vergleich zum Therapiebeginn (9-Monats-Entwicklung in der Hauptstichprobe) lag die Effektstärke im mittleren Bereich. Hingegen gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen Kontroll- und Treatmentgruppe(nzugehörigkeit) in der Entwicklung der Symptomatik der PTBS (PDS), der dissoziativen Störung (FDS-20) und der somatoformen Störung (SOMS-7T).

Die Betrachtung der klinisch signifikanten Veränderungen bestätigte diese Ergebnisse. Es gab bezüglich der depressiven Symptomatik signifikant mehr klinisch bedeutsame Verbesserungen und (marginal) signifikant weniger klinisch bedeutsame Verschlechterungen in der Treatmentgruppe(nzugehörigkeit) als in der Kontrollgruppe(nzugehörigkeit). Hingegen gab es keine signifikanten Unterschiede in den klinisch bedeutsamen Verbesserungen und Verschlechterungen hinsichtlich der PTBS-Symptomatik, der dissoziativen sowie der somatoformen Symptomatik. Die Ergebnisse dieser Completers-Analysen wurden durch Mehrebenenmodelle bestätigt.

4.6 Vergleich der Ergebnisse der Hauptstichprobe mit den Ergebnissen der Treatmentgruppe 2010 bis 2012

Zur Vermeidung von Validitätsgefährdungen z.B. durch Zeiteffekte (siehe Abschnitt 3.1.) wurde die Treatmentgruppe 2009 mit der Treatmentgruppe der Jahre 2010 bis 2012 verglichen. Es wurde angenommen, dass sich die Gruppen nicht unterscheiden. Dementsprechend sollten beim Vergleich der Treatmentgruppe 2010 bis 2012 mit der Kontrollgruppe dieselben signifikanten Unterschiede in FFA, FER und BDI auftreten wie im Vergleich der Treatmentgruppe 2009 mit der Kontrollgruppe (siehe Abschnitte 4.4.1 und 4.5.1). Da es aufgrund der Reduktion der Testzeitpunkte in der Treatmentgruppe 2010 bis 2012 nur zwei Testzeitpunkte gab und die Berechnung der hypothesengeleiteten Kontraste der drei Gruppen (Treatmentgruppe 2009, Treatmentgruppe 2010 bis 2012, Kontrollgruppe)

wesentlich war, wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse der Differenzwerte der abhängigen Variablen vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt²⁷ als Berechnungsverfahren gewählt.

4.6.1 Überprüfung der Voraussetzungen

Bei FFA, FER, PDS und BDI war von einer Normalverteilung auszugehen. Beim FDS-20 und SOMS-7T war nicht von einer Normalverteilung auszugehen. Der Levene-Test auf Varianzhomogenität wurde beim FFA, FER und BDI signifikant, jedoch tendiert dieser Test bei großen Stichproben zur Signifikanz ohne dass eine Heterogenität der Varianzen vorliegen muss (Field, 2009). Aus diesem Grund wurde wie von Stevens (2007) vorgeschlagen, das Signifikanzniveau zur Identifikation eines signifikanten Gruppenunterschiedes beim FFA, FER und BDI auf $p < .01$ reduziert. Bei der PDS, dem FDS-20 und dem SOMS-7T waren die Varianzen homogen.

4.6.2 Analyse bestehender Gruppenunterschiede

Kontrollgruppe, Treatmentgruppe 2009 und Treatmentgruppe 2010 bis 2012 unterschieden sich signifikant in der Güte des sozialen Netzes, die entsprechend als Kovariate mit in die Berechnungen aufgenommen wurde, $\chi^2(3) = 18.17, p < .01$.

4.6.3 Überprüfung der in der Hauptstichprobe gefundenen Effekte

Die in der Hauptstichprobe gefundenen Effekte wurden bestätigt: Die Varianzanalysen der Differenzwerte des FFA, FER und BDI mit dem Zwischensubjektfaktor Gruppe und der Kovariaten soziale Kontakte zeigten einen Haupteffekt der Gruppe. Die Varianzanalysen der Differenzwerte der PDS und des SOMS-7T mit dem Zwischensubjektfaktor Gruppe und der Kovariaten soziale Kontakte zeigten keinen signifikanten Haupteffekt der Gruppe. F-Tests und weitere Kennwerte zur Signifikanz der Gruppenunterschiede sind der *Tabelle* 12 in Anhang A zu entnehmen.

Ein Unterschied zeigte sich jedoch bei der Entwicklung der FDS-20-Werte vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt im Vergleich der Treatmentgruppe 2010 bis 2012 und der Treatmentgruppe 2009: Die Varianzanalyse der Differenzwerte des FDS-20 mit dem Zwischensubjektfaktor Gruppe und der Kovariaten soziale Kontakte zeigte einen Haupteffekt der Gruppe, $F(2, 1029) = 5.51, p < .05$. Die dissoziative Symptomatik nahm in der Treatmentgruppe 2010 bis 2012, $M = -2.68, SD = 10.76$, stärker ab als in der Kontrollgruppe, $M = -0.72, SD = 11.49$, während die dissoziative Symptomatik der

²⁷ Die Differenzwerte wurden berechnet, indem der Summenwert des früheren Testzeitpunktes vom Summenwert des späteren Testzeitpunktes subtrahiert wurde.

Treatmentgruppe 2009 nahezu konstant blieb, $M = 0.01$, $SD = 10.54$. Die Kontrastanalysen zeigten einen signifikanten Unterschied zwischen der Treatmentgruppe 2010 bis 2012 und der Treatmentgruppe 2009, $t(1080) = -2.90$, $p < .01$, hingegen gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen der Treatmentgruppe 2010 bis 2012 und der Kontrollgruppe, $t(1080) = -1.63$, $p = .10$.

Die hypothesengeleiteten Kontrastanalysen zeigten erwartungsgemäß, dass sich die Treatmentgruppe 2010 bis 2012 bei der Betrachtung der Differenzwerte in den abhängigen Variablen FFA, FER und BDI signifikant von der Kontrollgruppe aber nicht von der Treatmentgruppe 2009 unterschied (*Tabelle 9*). In der PDS und dem SOMS-7T zeigten sich wie erwartet keine signifikanten Unterschiede zwischen der Treatmentgruppe 2010 bis 2012, der Treatmentgruppe 2009 und der Kontrollgruppe.

Tabelle 9

Kennwerte der hypothesengeleiteten Kontrastanalysen der Treatmentgruppe 2009, der Treatmentgruppe 2010 bis 2012 sowie der Kontrollgruppe

AV	Gruppe 1	Gruppe 2	t	df	Signifikanz
FFA	TG 2009	TG 2010-2012	-0.09	330.09	$p = .93$
FFA	KG	TG 2010-2012	7.56	162.45	$p < .01$
FER	TG 2009	TG 2010-2012	1.06	180.20	$p = .29$
FER	KG	TG 2010-2012	12.04	94.23	$p < .01$
PDS	TG 2009	TG 2010-2012	-0.82	892	$p = .42$
PDS	KG	TG 2010-2012	0.74	892	$p = .94$
FDS	TG 2009	TG 2010-2012	-2.90	1080	$p < .01$
FDS	KG	TG 2010-2012	-1.63	1080	$p = .10$
BDI	TG 2009	TG 2010-2012	0.00	342.75	$p = .99$
BDI	KG	TG 2010-2012	-7.28	168.39	$p < .01$
SOMS	TG 2009	TG 2010-2012	1.45	1014	$p = .15$
SOMS	KG	TG 2010-2012	1.95	1014	$p = .05$

Mehrebenenmodelle bestätigten diese Ergebnisse (*Tabellen 13 und 14, Anhang A*). Das einzige abweichende Ergebnis im Vergleich mit den Completers-Analysen war ein signifikanter Unterschied zwischen der Treatmentgruppe 2010 bis 2012 und der Kontrollgruppe in der abhängigen Variable FDS-20, $F(1, 1082.82) = 7.46$, $p < .01$. Allerdings war der Effekt einer deutlicheren Reduktion der dissoziativen Symptome in der Treatmentgruppe 2010 bis 2012 im Vergleich zur Kontrollgruppe bereits in den Completers-

Analysen marginal signifikant geworden. Das bedeutet, dass die dissoziativen Symptome der Treatmentgruppe 2010 bis 2012 sich im Behandlungsverlauf stärker reduzieren als bei der Treatmentgruppe 2009 sowie (gemäß den Ergebnissen der Mehrebenenmodelle) auch stärker reduzieren als bei der Kontrollgruppe.

4.6.4 Zusammenfassung der Gruppenunterschiede

Die Ergebnisse der ersten und zweiten Hypothese wurden durch den Vergleich von Treatmentgruppe 2009, Treatmentgruppe 2010 bis 2012 und Kontrollgruppe bestätigt. Wie die Treatmentgruppe 2009 unterschied sich auch die Treatmentgruppe 2010 bis 2012 in der Entwicklung von FFA, FER und BDI von der Kontrollgruppe. Hingegen war die Entwicklung beider Gruppen in der PDS und dem SOMS-7T vergleichbar. Bezüglich des FDS-20 gab es Hinweise auf eine (im Vergleich zu beiden anderen Gruppen) stärkere Reduktion der dissoziativen Symptome in der Treatmentgruppe 2010 bis 2012. Insgesamt wurden diese Ergebnisse der Completers-Analysen durch Mehrebenenanalysen bestätigt. Damit wurde sichergestellt, dass keine Zeiteffekte vorlagen und der in den Hypothesen 1 und 2 durchgeführte Vergleich der Treatmentgruppe 2009 mit den Daten der von 2009 bis 2012 erhobenen Kontrollgruppe gerechtfertigt war.

4.7 Testung Hypothese 3: Wirksamkeit der Gruppentherapien

Es wurden univariate Varianzanalysen der Differenzwerte der abhängigen Variablen (erster bis zweiter Testzeitpunkt und erster bis dritter Testzeitpunkt) und dem Zwischensubjektfaktor Gruppentherapie (psychoedukative Gruppentherapie, Krisengruppentherapie, interaktionelle Gruppentherapie) berechnet²⁸. Zudem wurden univariate Varianzanalysen der Beurteilungen der Personen zur Verbesserung ihres Befindens durch die Therapie und dem Zwischensubjektfaktor Gruppentherapie berechnet. Die Skala zur Verbesserung des Befindens bestand aus den ETE-Items zur Verbesserung der Beschwerden, der Fähigkeiten zur Selbstberuhigung und des Gefühls der Sicherheit ($M = 16.24$, $SD = 6.14$). Sie wies mit einem Cronbachs Alpha von $\alpha = .83$ eine gute Reliabilität auf.

Mit Hilfe von Kontrastanalysen wurde anschließend die psychoedukative Gruppentherapie, die durch das manualisierte Vorgehen sowie die Inhalte der Psychoedukation und des Skillstrainings verhaltenstherapeutische Merkmale aufweist, mit der Krisengruppentherapie und der interaktionellen Gruppentherapie verglichen, die einen

²⁸ Die Differenzwerte der abhängigen Variablen wurden berechnet, indem jeweils der Summenwert des früheren Testzeitpunktes vom Summenwert des späteren Testzeitpunktes subtrahiert wurde.

insgesamt eher psychodynamischen Schwerpunkt haben. Anschließend wurde die für die PITT typische interaktionelle Gruppentherapie gegen die strukturiertere Krisengruppentherapie getestet. In die Mehrebenenanalysen gingen anders als in die Completers-Analysen nicht die Differenzwerte, sondern die Gesamtscores der abhängigen Variablen der drei Testzeitpunkte ein.

4.7.1 Stichprobe

Die betrachtete Stichprobe war die Treatmentgruppe der Hauptstichprobe (siehe Abschnitt 3.3.2). Da bei acht Patientinnen die Gruppentherapiezugehörigkeit nicht angegeben war, wurden sie aus dem Datensatz entfernt, was zu keinen wesentlichen Veränderungen in den soziodemographischen Variablen führte (siehe *Tabellen* 1 und 2, Anhang A). Die betrachtete Stichprobe bestand aus $N = 208$ Personen (175 Frauen, 33 Männer) mit einem Durchschnittsalter von $M = 41.12$, $SD = 10.46$.

87 Personen nahmen während ihres Klinikaufenthalts (zunächst) an der psychoedukativen Gruppe teil, für 17 von ihnen war der Aufenthalt danach beendet, 70 nahmen anschließend noch für einen kürzeren Zeitraum an der interaktionellen Gruppentherapie teil. 90 Personen nahmen ausschließlich an einer interaktionellen Gruppentherapie teil, 31 Personen nahmen an der Krisengruppentherapie teil. Für die Analyse der Wirksamkeit der Gruppentherapien erfolgte die Zuordnung der Patientinnen zu den Gruppentherapiekategorien gemäß der ersten und vollständigen Gruppentherapie. Dabei wurde überprüft ob sich die Charakteristika von Patientinnen, die ausschließlich an der psychoedukativen Gruppentherapie teilnahmen und von Patientinnen, die nach der psychoedukativen Gruppentherapie an einer weiteren interaktionellen Gruppentherapie teilnahmen, unterschieden. Da sich keine Unterschiede zeigten (*Tabellen* 15 und 16, Anhang A), erschien die Zuordnung gerechtfertigt.

4.7.2 Überprüfung der Voraussetzungen

Bei FER, PDS, FDS-20, BDI und SOMS-7T nicht jedoch beim FFA und der zusätzlichen abhängigen Variable zur Beurteilung der Verbesserung der Befindens (ETE-Skala) war aufgrund der Signifikanztests²⁹, der Betrachtung von Schiefe und Kurtosis und visueller Inspektionen von einer Normalverteilung der Differenzwerte auszugehen. Bei den FFA-, PDS, FDS-20-, BDI- und SOMS-7T-Differenzwerten sowie der ETE-Skala waren die Varianzen

²⁹ Die p -Werte der Voraussetzungsprüfungen der Differenzwerte auf Normalverteilung befinden sich in *Tabelle* 17 in Anhang A.

homogen. Lediglich bei den FER-Differenzwerten bestand keine Varianzhomogenität, deshalb wurde hier das Signifikanzniveau nach Stevens (2007) auf $p < .01$ angepasst.

4.7.3 Analyse bestehender Gruppenunterschiede

Die Patientinnen in der psychoedukativen Gruppentherapie, der interaktionellen Gruppentherapie und der Krisengruppentherapie unterschieden sich in der Ausprägung der allgemeinen Ressourcen, $F(2, 129) = 6.16, p < .01$, der PTBS-Symptomatik, $F(2, 179) = 4.20, p < .05$, der dissoziativen Symptomatik, $F(2, 203) = 5.36, p < .01$, sowie der depressiven Symptomatik, $F(2, 203) = 3.83, p < .05$, zu Behandlungsbeginn (erster Testzeitpunkt, Einzelvergleiche siehe *Tabelle 18*, Anhang A). Darüber hinaus unterschieden sich die Gruppentherapien im Bildungsniveau, $\chi^2(10) = 35.84, p < .01$, der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, $\chi^2(2) = 14.74, p < .01$, und der Selbsteinschätzung, ob sie in ihrem Leben Traumatisierungen erfahren hatten, $\chi^2(2) = 38.71, p < .01$ (*Tabellen 19, 20 und 21*, Anhang A). Diese Variablen wurden daraufhin als Kovariaten in die Analysen aufgenommen.

4.7.4 Überprüfung der Wirksamkeit der Gruppentherapien³⁰

4.7.4.1 Gruppentherapiewirksamkeit in der Achtsamkeit (FFA)

Eine Varianzanalyse des FFA-Differenzwerts für den Verlauf vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt erbrachte keinen signifikanten Haupteffekt des Zwischensubjektfaktors Gruppentherapie, $F(2, 178) = 0.91, ns$. Die Achtsamkeit nahm im Behandlungsverlauf bei allen drei Gruppen vergleichbar zu. Den höchsten Anstieg gab es deskriptiv bei der interaktionellen Gruppentherapie. Die Kontrastanalysen zeigten keine signifikanten Unterschiede, weder im Vergleich der psychoedukativen Gruppentherapie mit der interaktionellen Gruppentherapie und der Krisengruppentherapie, $t(203) = -0.35, ns$, noch im Vergleich der interaktionellen Gruppentherapie mit der Krisengruppentherapie, $t(203) = 0.48, ns$. Die Effektstärkenberechnungen zeigten zwei kleine Effekte (Cohen, 1988) der interaktionellen Gruppentherapie im Vergleich zu beiden anderen Gruppentherapien.

³⁰ Zunächst wurde die Wirksamkeit der Gruppentherapien im Vergleich zu keiner Gruppentherapie (Kontrollgruppe) überprüft. Dabei zeigte sich wie erwartet eine signifikante Überlegenheit aller drei Gruppentherapien gegenüber der Kontrollgruppe (ohne Gruppentherapie) bezüglich der Zunahme der Achtsamkeit und der allgemeinen Ressourcen (jeweils erster bis zweiter Testzeitpunkt) sowie bezüglich der Reduktion der depressiven Symptomatik (erster bis zweiter und erster bis dritter Testzeitpunkt). Zur Klärung der Hypothese 3 werden im Folgenden nur die Vergleiche der Gruppentherapien berichtet.

Eine Varianzanalyse des FFA-Differenzwerts für den Verlauf vom ersten zum dritten Testzeitpunkt erbrachte ebenfalls keinen signifikanten Haupteffekt des Zwischensubjektfaktors Gruppentherapie, $F(2, 172) = 1.11, ns$. Die Achtsamkeit von Patientinnen aus allen Gruppentherapien nahm bis zum Follow Up deskriptiv zu, den höchsten Anstieg gab es in der Krisengruppentherapie. Eine Kontrastanalyse zeigte einen signifikanten Unterschied beim Vergleich der psychoedukativen Gruppentherapie mit der interaktionellen Gruppentherapie und der Krisengruppentherapie, $t(196) = 2.06, p < .05$. Bei der psychoedukativen Gruppentherapie war der Zuwachs der Achtsamkeit geringer als bei beiden anderen Gruppentherapien. Hingegen gab keinen signifikanten Unterschied beim Vergleich der interaktionellen Gruppentherapie mit der Krisengruppentherapie, $t(196) = 0.85, ns$. Die Effektstärkenberechnungen zeigten einen mittleren Effekt (Cohen, 1988) der Krisengruppentherapie im Vergleich zur psychoedukativen Gruppentherapie. Darüber hinaus gab es einen kleinen bis mittleren Effekt der interaktionellen Gruppentherapie im Vergleich zur psychoedukativen Gruppentherapie und einen kleinen Effekt der Krisengruppentherapie im Vergleich zur interaktionellen Gruppentherapie. Eine Zusammenfassung der deskriptiven Statistiken und der Effektstärken zeigt *Tabelle 10*.

Hinsichtlich der Haupteffekte der Kovariaten zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt der Kovariate Bildung auf die Achtsamkeitsentwicklung vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt, $F(1, 178) = 4.68, p < .05$, alle anderen Haupteffekte der Kovariaten waren nicht signifikant [Haupteffekt Bildung 1. bis 3. TZP, $F(1, 172) = 0.50, ns$; Haupteffekte erlebte Traumatisierung 1. bis 2. TZP, $F(1, 178) = 2.65, ns$, 1. bis 3. TZP, $F(1, 172) = 0.01, ns$; Haupteffekte ambulante Psychotherapie 1. bis 2. TZP, $F(1, 178) = 0.02, ns$, 1. bis 3. TZP, $F(1, 172) = 0.04, ns$].

Tabelle 10

FFA-Differenzwerte der Gruppentherapien und Effektstärken im Gruppenvergleich

	Deskriptiv	Effektstärken (Cohens <i>d</i>)		
	<i>M (SD)</i>	P-I	I-K	P-K
Differenz	P: 3.76 (5.68)	-0.30	0.24	0.01
1. bis 2. TZP	I: 4.72 (6.04)			
	K: 3.72 (5.88)			
Differenz	P: 1.53 (6.14)	-0.38	-0.27	-0.57
1. bis 3. TZP	I: 2.77 (6.58)			
	K: 3.94 (6.63)			

Abkürzungen: P = Psychoedukative Gruppentherapie, I = Interaktionelle Gruppentherapie, K = Krisengruppentherapie.

Ein Mehrebenenmodell mit FFA als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Gruppentherapie, Zeit, Bildung, ambulanter Psychotherapie, erlebter Traumatisierung und den Interaktionen Bildung und Zeit, ambulanter Psychotherapie und Zeit, erlebter Traumatisierung und Zeit und Gruppentherapie und Zeit als festen Faktoren bestätigte die Analysen der vollständigen Datensätze für den Verlauf vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt [Interaktionseffekt von Bildung und Zeit, $F(1, 240.54) = 6.12, p < .05$, Interaktionseffekt von erlebter Traumatisierung und Zeit, $F(1, 239.08) = 1.90, ns$, Interaktionseffekt von ambulanter Psychotherapie und Zeit, $F(1, 242.63) = 0.82, ns$, Interaktionseffekt von Gruppentherapie³¹ und Zeit, $F(1, 241.53) = 0.98, ns$, Kontrastanalyse psychoedukative GT vs. interaktionelle GT und Krisen-GT, $F(1, 241.34) = 0.37, ns$, Kontrastanalyse interaktionelle GT vs. Krisen-GT, $F(1, 135.48) = 1.12, ns$].

Für den Verlauf vom ersten zum dritten Testzeitpunkt bestätigte ein Mehrebenenmodell mit FFA als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Gruppentherapie, Zeit, Bildung, ambulanter Psychotherapie, erlebter Traumatisierung und den Interaktionen von Bildung und Zeit, ambulanter Psychotherapie und Zeit, erlebter Traumatisierung und Zeit und Gruppentherapie und Zeit als festen Faktoren die Analysen der vollständigen Datensätze weitgehend [Interaktionseffekt von Bildung und Zeit, $F(1, 205.45) = 0.51, ns$, Interaktionseffekt von erlebter Traumatisierung und Zeit, $F(1, 188.79) = 0.18, ns$, Interaktionseffekt von ambulanter Psychotherapie und Zeit, $F(1, 214.07) = 0.02, ns$, Interaktionseffekt von GT und Zeit, $F(1, 224.07) = 1.96, ns$, Kontrastanalyse interaktionelle GT vs. Krisen-GT, $F(1, 133.53) = 1.28, ns$]. Hingegen gab es keinen signifikanten Unterschied beim Vergleich der psychoedukativen GT mit der interaktionellen GT und der Krisen-GT, $F(1, 215.08) = 1.16, ns$.

4.7.4.2 Klinische Signifikanz der Veränderung der Achtsamkeit

Vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt kam es bei 34 Personen (39.1 %) mit psychoedukativer Gruppentherapie, 35 Personen (39.3 %) mit interaktioneller Gruppentherapie sowie 10 Personen (33.3 %) mit Krisengruppentherapie zu klinisch signifikanten Verbesserungen der Achtsamkeit, $\chi^2(2) = 0.38, ns$. Bei jeweils zwei Personen mit psychoedukativer (2.3 %) und mit interaktioneller Gruppentherapie (2.2 %) sowie mit Krisengruppentherapie (6.7 %) verschlechterte sich die Achtsamkeit in klinisch signifikanter Weise, $\chi^2(2) = 1.75, ns$.

³¹ In den Zusammenfassungen der Mehrebenenmodelle wird der Begriff Gruppentherapie im Folgenden mit GT abgekürzt.

Bei Betrachtung der Veränderung vom ersten zum dritten Testzeitpunkt kam es bei 22 Personen (26.2 %) mit psychoedukativer Gruppentherapie, 25 Personen (28.7 %) mit interaktioneller Gruppentherapie sowie 12 Personen (42.9 %) mit Krisengruppentherapie zu klinisch signifikanten Verbesserungen der Achtsamkeit, $\chi^2(2) = 2.86$, *ns*. Bei neun Personen (10.7 %) mit psychoedukativer Gruppentherapie, vier Personen (4.6 %) mit interaktioneller Gruppentherapie sowie zwei Personen (7.1 %) mit Krisengruppentherapie verschlechterte sich die Achtsamkeit in klinisch signifikanter Weise, $\chi^2(2) = 2.30$, *ns*.

4.7.4.3 Gruppentherapiewirksamkeit in der Ressourcenaktivierung (FER)

Eine Varianzanalyse des FER-Differenzwerts für den Verlauf vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt erbrachte keinen signifikanten Haupteffekt des Zwischensubjektfaktors Gruppentherapie, $F(2, 105) = 0.86$, *ns*. Die allgemeinen Ressourcen nahmen bei allen Gruppentherapien zu, deskriptiv am stärksten in der interaktionellen Gruppentherapie. Eine Kontrastanalyse zeigte einen signifikanten Unterschied in der Entwicklung der Ressourcen beim Vergleich der interaktionellen Gruppentherapie mit der Krisengruppentherapie, $t(54.94) = -2.67$, $p < .05$. Die Ressourcen nahmen bei der interaktionellen Gruppentherapie signifikant stärker zu als in der Krisengruppentherapie. Hingegen zeigte sich beim Vergleich der psychoedukativen Gruppentherapie mit der interaktionellen Gruppentherapie und der Krisengruppentherapie kein signifikanter Unterschied $t(80.47) = -0.79$, *ns*. Die Effektstärkenberechnungen zeigten kleine Effekte (Cohen, 1988) der interaktionellen Gruppentherapie sowie der psychoedukativen Gruppentherapie (jeweils im Vergleich zur Krisengruppentherapie).

Eine Varianzanalyse des FER-Differenzwerts für den Verlauf vom ersten zum dritten Testzeitpunkt zeigte keinen signifikanten Haupteffekt des Zwischensubjektfaktors Gruppentherapie $F(2, 107) = 1.56$, *ns*. Die allgemeinen Ressourcen nahmen bis zum Follow Up bei allen Gruppentherapien zu: Deskriptiv zeigte sich die größte Ressourcenzunahme bei der Krisengruppentherapie, während die Ressourcenzunahme bei der interaktionellen Gruppentherapie etwas geringer und bei der psychoedukativen Gruppentherapie lediglich minimal ausgeprägt war. Die Kontrastanalysen zeigte keine signifikanten Unterschiede in der Entwicklung der allgemeinen Ressourcen, weder beim Vergleich der psychoedukativen Gruppentherapie mit der interaktionellen Gruppentherapie und der Krisengruppentherapie, $t(78.05) = 1.59$, *ns*, noch beim Vergleich der interaktionellen Gruppentherapie mit der Krisengruppentherapie, $t(23.84) = -0.84$, *ns*. Die Effektstärkenberechnungen zeigten zwei kleine Effekte (Cohen, 1988) der Krisengruppentherapie und der interaktionellen Gruppentherapie (jeweils im Vergleich zur psychoedukativen Gruppentherapie). Eine Zusammenfassung der deskriptiven Statistik und der Effektstärken zeigt *Tabelle 11*.

Hinsichtlich der Haupteffekte der Kovariaten zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt der Kovariate Bildung auf die Ressourcenentwicklung vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt, $F(1, 105) = 4.99, p < .05$, alle anderen Haupteffekte der Kovariaten waren nicht signifikant [Haupteffekt Bildung 1. bis 3. TZP, $F(1, 107) = 0.48, ns$; Haupteffekte erlebte Traumatisierung 1. bis 2. TZP, $F(1, 105) = 0.03, ns$, 1. bis 3. TZP, $F(1, 107) = 1.25, ns$; Haupteffekte ambulante Psychotherapie 1. bis 2. TZP, $F(1, 105) = 0.18, ns$, 1. bis 3. TZP, $F(1, 107) = 0.01, ns$].

Tabelle 11

FER-Differenzwerte der Gruppentherapien und Effektstärken im Gruppenvergleich

	Deskriptiv	Effektstärken (Cohens <i>d</i>)		
	<i>M (SD)</i>	P-I	I-K	P-K
Differenz	P: 36.49(47.52)	-0.04	0.21	0.19
1. bis 2. TZP	I: 39.20 (37.47) K: 20.44 (19.83)			
Differenz	P: 0.37 (55.20)	-0.21	-0.01	-0.16
1. bis 3. TZP	I: 15.10 (39.19) K: 16.17 (33.26)			

Abkürzungen: P = Psychoedukative Gruppentherapie, I = Interaktionelle Gruppentherapie, K = Krisengruppentherapie.

Ein Mehrebenenmodell mit FER als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Gruppentherapie, Zeit, Bildung, ambulanter Psychotherapie, erlebter Traumatisierung und den Interaktionen von Bildung und Zeit, ambulanter Psychotherapie und Zeit, erlebter Traumatisierung und Zeit und Gruppentherapie und Zeit als festen Faktoren bestätigte die Analysen der vollständigen Datensätze für den Verlauf vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt weitgehend [Interaktionseffekt von Bildung und Zeit, $F(1, 146.84) = 4.44, p < .05$, Interaktionseffekt von erlebter Traumatisierung und Zeit, $F(1, 162.97) = 1.02, ns$, Interaktionseffekt von ambulanter Psychotherapie und Zeit, $F(1, 148.44) = 2.82, p = .10$, Interaktionseffekt von GT und Zeit, $F(1, 147.94) = 0.74, ns$, Kontrastanalyse psychoedukative GT vs. interaktionelle GT und Krisen-GT, $F(1, 146.96) = 0.42, ns$]. Der signifikante Unterschied zwischen interaktioneller GT und Krisen-GT konnte allerdings nicht bestätigt werden, $F(1, 82.70) = 0.48, ns$.

Für den Verlauf vom ersten zum dritten Testzeitpunkt bestätigte ein Mehrebenenmodell mit FER als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Gruppentherapie, Zeit, Bildung, ambulanter Psychotherapie, erlebter Traumatisierung und

den Interaktionen von Bildung und Zeit, ambulanter Psychotherapie und Zeit, erlebter Traumatisierung und Zeit und Gruppentherapie und Zeit als festen Faktoren die Analysen der vollständigen Datensätze [Interaktionseffekt von Bildung und Zeit, $F(1, 172.10) = 0.13$, *ns*, Interaktionseffekt von erlebter Traumatisierung und Zeit, $F(1, 149.29) = 1.32$, *ns*, Interaktionseffekt von ambulanter Psychotherapie und Zeit, $F(1, 166.74) = 0.64$, *ns*, Interaktionseffekt von GT und Zeit, $F(1, 180.27) = 1.88$, *ns*, Kontrastanalyse psychoedukative GT vs. interaktionelle GT und Krisen-GT, $F(1, 164.23) = 0.89$, *ns*, Kontrastanalyse interaktionelle GT vs. Krisen-GT, $F(1, 95.71) = 1.57$, *ns*].

4.7.4.4 Klinische Signifikanz der Veränderung der Ressourcen

Vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt kam es bei 25 Personen (47.2 %) mit psychoedukativer Gruppentherapie, 27 Personen (46.6 %) mit interaktioneller Gruppentherapie sowie 3 Personen (18.8 %) mit Krisengruppentherapie zu klinisch signifikanten Verbesserungen der allgemeinen Ressourcen, $\chi^2(2) = 4.50$, *ns*. Bei zwei Personen (3.8 %) mit psychoedukativer Gruppentherapie und keiner Person der beiden anderen Gruppentherapien verschlechterten sich die allgemeinen Ressourcen in klinisch signifikanter Weise³².

Bei Betrachtung der Veränderung vom ersten zum dritten Testzeitpunkt kam es bei 10 Personen (17.9 %) mit psychoedukativer Gruppentherapie, 15 Personen (26.3 %) mit interaktioneller Gruppentherapie sowie 2 Personen (13.3 %) mit Krisengruppentherapie zu klinisch signifikanten Verbesserungen der allgemeinen Ressourcen, $\chi^2(2) = 1.83$, *ns*. Bei 12 Personen (21.4 %) mit psychoedukativer Gruppentherapie, 3 Personen (5.3 %) mit interaktioneller Gruppentherapie sowie 2 Personen (13.3 %) mit Krisengruppentherapie verschlechterten sich die allgemeinen Ressourcen in klinisch signifikanter Weise, $\chi^2(2) = 6.41$, $p < .05$.

4.7.4.5 Gruppentherapiewirksamkeit in der PTBS (PDS)

Eine Varianzanalyse des PDS-Differenzwerts für den Verlauf vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt erbrachte keinen signifikanten Haupteffekt des Zwischensubjektfaktors Gruppentherapie, $F(2, 140) = 0.24$, *ns*. Die PDS-Symptome nahmen bei allen drei Gruppentherapien während der Klinikbehandlung deskriptiv im vergleichbaren Ausmaß ab. Die Kontrastanalysen zeigten weder in der Entwicklung der PTBS-Symptomatik beim

³² Da es sowohl bei interaktioneller Gruppentherapie als auch bei Krisengruppentherapie keine Verschlechterungen gab (Zellhäufigkeit = 0), war keine statistische Testung der Gruppenunterschiede möglich.

Vergleich der psychoedukativen Gruppentherapie mit der interaktionellen Gruppentherapie und der Krisengruppentherapie, $t(162) = -0.83$, *ns*, noch beim Vergleich der interaktionellen Gruppentherapie mit der Krisengruppentherapie, $t(162) = -0.48$, *ns*, signifikante Unterschiede. Die Effektstärkenberechnungen zeigten jeweils nur minimale Effekte.

Eine Varianzanalyse des PDS-Differenzwerts für den Verlauf vom ersten zum dritten Testzeitpunkt zeigte einen signifikanten Haupteffekt des Zwischensubjektfaktors Gruppentherapie, $F(2, 154) = 6.54$, $p < .01$. Die PTBS-Symptomatik nahm bis zum Follow Up in allen Gruppentherapien ab: Die größte Symptomreduktion zeigte sich bei der Krisengruppentherapie, während die Symptomreduktion bei der interaktionellen Gruppentherapie geringer und bei der psychoedukativen Gruppentherapie lediglich minimal war. Eine Kontrastanalyse zeigte eine signifikant unterschiedliche Entwicklung der PTBS-Symptomatik beim Vergleich der psychoedukativen Gruppentherapie mit der interaktionellen Gruppentherapie und der Krisengruppentherapie, $t(171) = -3.25$, $p < .01$. Hingegen zeigte eine Kontrastanalyse zum Vergleich der interaktionellen Gruppentherapie mit der Krisengruppentherapie einen marginalen Effekt, $t(171) = -1.96$, $p = .05$. Die Effektstärkenberechnungen zeigten einen großen Effekt der Krisengruppentherapie (im Vergleich zur psychoedukativen Gruppentherapie). Darüber hinaus gab es einen mittleren Effekt der Krisengruppentherapie (im Vergleich zur interaktionellen Gruppentherapie) und einen kleinen Effekt der interaktionellen Gruppentherapie (im Vergleich zur psychoedukativen Gruppentherapie). Eine Zusammenfassung der deskriptiven Statistik und der Effektstärken zeigt *Tabelle 12*.

Hinsichtlich der Kovariaten zeigte sich kein signifikanter Haupteffekt auf die Entwicklung der PTBS-Symptomatik [Haupteffekte Bildung 1. bis 2. TZP, $F(1, 147) = 0.53$, *ns*, 1. bis 3. TZP, $F(1, 154) = 0.07$, *ns*; Haupteffekte erlebte Traumatisierung 1. bis 2. TZP, $F(1, 147) = 0.38$, *ns*, 1. bis 3. TZP, $F(1, 154) = 3.08$, $p = .08$; Haupteffekte ambulante Psychotherapie 1. bis 2. TZP, $F(1, 147) = 0.04$, *ns*, 1. bis 3. TZP, $F(1, 154) = 0.06$, *ns*].

Tabelle 12

PDS-Differenzwerte der Gruppentherapien und Effektstärken im Gruppenvergleich

	Deskriptiv	Effektstärken (Cohens d)		
	M (SD)	P-I	I-K	P-K
Differenz	P: -1.54 (8.83)	0.06	0.05	0.11
1. bis 2. TZP	I: -1.90 (7.46)			
	K: -2.39 (9.41)			
Differenz	P: -0.62 (8.63)	0.30	0.49	0.80
1. bis 3. TZP	I: -2.54 (7.31)			
	K: -7.03(9.13)			

Abkürzungen: P = Psychoedukative Gruppentherapie, I = Interaktionelle Gruppentherapie, K = Krisengruppentherapie.

Ein Mehrebenenmodell mit PDS als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Gruppentherapie, Zeit, Bildung, ambulanter Psychotherapie, erlebter Traumatisierung und den Interaktionen von Bildung und Zeit, ambulanter Psychotherapie und Zeit, erlebter Traumatisierung und Zeit und Gruppentherapie und Zeit als festen Faktoren bestätigte die Analysen der vollständigen Datensätze für den Verlauf vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt [Interaktionseffekt von Bildung und Zeit, $F(1, 213.20) = 0.08$, *ns*, Interaktionseffekt von erlebter Traumatisierung und Zeit, $F(1, 219.42) = 0.82$, *ns*, Interaktionseffekt von ambulanter Psychotherapie und Zeit, $F(1, 211.99) = 1.47$, *ns*, Interaktionseffekt von GT und Zeit, $F(1, 214.56) = 0.13$, *ns*, Kontrastanalyse psychoedukative GT vs. interaktionelle GT und Krisen-GT, $F(1, 212.79) = 0.08$, *ns*, Kontrastanalyse interaktionelle GT vs. Krisen-GT, $F(1, 116.62) = 0.09$, *ns*].

Für den Verlauf vom ersten zum dritten Testzeitpunkt bestätigte ein Mehrebenenmodell mit PDS als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Gruppentherapie, Zeit, Bildung, ambulanter Psychotherapie, erlebter Traumatisierung und den Interaktionen von Bildung und Zeit, ambulanter Psychotherapie und Zeit, erlebter Traumatisierung und Zeit und Gruppentherapie und Zeit als festen Faktoren die Analysen der vollständigen Datensätze weitgehend [Interaktionseffekt von Bildung und Zeit, $F(1, 178.30) = 0.02$, *ns*, Interaktionseffekt von erlebter Traumatisierung und Zeit, $F(1, 178.12) = 2.30$, *ns*, Interaktionseffekt von ambulanter Psychotherapie und Zeit, $F(1, 182.34) = 0.00$, *ns*, Interaktionseffekt von GT und Zeit, $F(1, 188.34) = 10.74$, $p < .01$, Kontrastanalyse psychoedukative GT vs. interaktionelle GT und Krisen-GT, $F(1, 182.46) = 5.86$, $p < .05$]. Hingegen zeigte sich ein signifikanter Unterschied beim Vergleich der interaktionellen GT mit der Krisen-GT, $F(1, 106.90) = 5.01$, $p < .05$.

4.7.4.6 Klinische Signifikanz der Veränderung der PTBS

Vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt kam es bei 10 Personen (14.1 %) mit psychoedukativer Gruppentherapie, 11 Personen (15.1 %) mit interaktioneller Gruppentherapie sowie 3 Personen mit Krisen-GT (14.3 %) zu klinisch signifikanten Verbesserungen der PTBS-Symptome, $\chi^2(2) = 0.06$, *ns*. Bei fünf Personen (7 %) mit psychoedukativer Gruppentherapie, zwei Personen (2.7 %) mit interaktioneller Gruppentherapie sowie einer Person (5 %) mit Krisengruppentherapie verschlechterten sich die PTBS-Symptome in klinisch signifikanter Weise, $\chi^2(2) = 1.45$, *ns*.

Bei Betrachtung der Veränderung vom ersten zum dritten Testzeitpunkt kam es bei 10 Personen (13 %) mit psychoedukativer Gruppentherapie, 12 Personen (16.2 %) mit interaktioneller Gruppentherapie sowie 7 Personen (43.8 %) mit Krisengruppentherapie zu klinisch signifikanten Verbesserungen der PTBS-Symptome, $\chi^2(2) = 3.90$, *ns*. Bei neun Personen (11.7 %) mit psychoedukativer Gruppentherapie, einer Person (1.4 %) mit interaktioneller Gruppentherapie sowie einer Person (4.3 %) mit Krisengruppentherapie verschlechterten sich die PTBS-Symptome in klinisch signifikanter Weise, $\chi^2(2) = 6.98$, $p < .05$.

4.7.4.7 Gruppentherapiewirksamkeit in der Dissoziation (FDS-20)

Eine Varianzanalyse des FDS-20-Differenzwerts für den Verlauf vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt erbrachte keinen signifikanten Haupteffekt des Zwischensubjektfaktors Gruppentherapie, $F(2, 171) = 0.57$, *ns*. Die dissoziative Symptomatik nahm deskriptiv bei der psychoedukativen Gruppentherapie sowie bei der interaktionellen Gruppentherapie leicht zu, bei der Krisengruppentherapie hingegen leicht ab. Die Kontrastanalysen zeigten weder in der Entwicklung der dissoziativen Symptomatik beim Vergleich der psychoedukativen Gruppentherapie mit der interaktionellen Gruppentherapie und der Krisengruppentherapie, $t(196) = -0.35$, *ns*, noch beim Vergleich der interaktionellen Gruppentherapie mit der Krisengruppentherapie, $t(196) = -0.21$, *ns*, signifikante Unterschiede. Die Effektstärkenberechnungen zeigten jeweils minimale Effekte.

Eine Varianzanalyse des FDS-20-Differenzwerts für den Verlauf vom ersten zum dritten Testzeitpunkt erbrachte einen signifikanten Haupteffekt des Zwischensubjektfaktors Gruppentherapie, $F(2, 177) = 4.29$, $p < .05$. Die Entwicklung der dissoziativen Symptomatik bis zum Follow Up war unterschiedlich: Bei der Krisengruppentherapie kam es zu einer deutlichen und bei der interaktionellen Gruppentherapie zu einer geringen Symptomreduktion, hingegen verstärkten sich die Symptome bei der psychoedukativen Gruppentherapie. Entsprechend zeigte eine Kontrastanalyse einen signifikanten Unterschied in der Entwicklung der dissoziativen Symptomatik beim Vergleich der psychoedukativen

Gruppentherapie mit der interaktionellen Gruppentherapie und der Krisengruppentherapie, $t(202) = -2.06$, $p < .05$. Hingegen gab es keinen signifikanten Unterschied beim Vergleich der interaktionellen Gruppentherapie mit der Krisengruppentherapie, $t(202) = -0.63$, *ns*. Die Effektstärkenberechnungen zeigten einen großen Effekt der Krisengruppentherapie (im Vergleich zur psychoedukativen Gruppentherapie). Darüber hinaus gab es einen kleinen Effekt der Krisengruppentherapie (im Vergleich zur interaktionellen Gruppentherapie) und einen kleinen Effekt der interaktionellen Gruppentherapie (im Vergleich zur psychoedukativen Gruppentherapie). Eine Zusammenfassung der deskriptiven Statistik und der Effektstärken zeigt *Tabelle 13*.

Hinsichtlich der Kovariaten zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt der erlebten Traumatisierung vom ersten zum dritten Testzeitpunkt auf die Entwicklung der dissoziativen Symptomatik, $F(1, 177) = 6.43$, $p < .05$, darüber hinaus zeigten sich keine signifikanten Haupteffekte [Haupteffekte Bildung 1. bis 2. TZP, $F(1, 171) = 0.07$, *ns*, 1. bis 3. TZP, $F(1, 177) = 0.03$, *ns*; Haupteffekt erlebte Traumatisierung 1. bis 2. TZP, $F(1, 171) = 0.95$, *ns*; Haupteffekte ambulante Psychotherapie 1. bis 2. TZP, $F(1, 171) = 0.01$, *ns*, 1. bis 3. TZP, $F(1, 177) = 0.05$, *ns*].

Tabelle 13

FDS-20-Differenzwerte der Gruppentherapien und Effektstärken im Gruppenvergleich

	Deskriptiv	Effektstärken (Cohens <i>d</i>)		
	<i>M (SD)</i>	P-I	I-K	P-K
Differenz	P: 0.92 (12.23)	0.09	0.07	0.10
1. bis 2. TZP	I: 0.02 (9.94) K: -0.68 (8.10)			
Differenz	P: 2.22 (13.51)	0.27	0.16	0.71
1. bis 3. TZP	I: -0.64 (11.43) K: -2.90 (7.54)			

Abkürzungen: P = Psychoedukative Gruppentherapie, I = Interaktionelle Gruppentherapie, K = Krisengruppentherapie.

Ein Mehrebenenmodell mit FDS-20 als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Gruppentherapie, Zeit, Bildung, ambulanter Psychotherapie, erlebter Traumatisierung und den Interaktionen von Bildung und Zeit, ambulanter Psychotherapie und Zeit, erlebter Traumatisierung und Zeit und Gruppentherapie und Zeit als festen Faktoren bestätigte die Analysen der vollständigen Datensätze für den Verlauf vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt [Interaktionseffekt von Bildung und Zeit, $F(1, 237.40) = 0.26$, *ns*,

Interaktionseffekt von erlebter Traumatisierung und Zeit, $F(1, 237.11) = 0.86, ns$, Interaktionseffekt von ambulanter Psychotherapie und Zeit, $F(1, 238.35) = 0.01, ns$, Interaktionseffekt von GT und Zeit, $F(1, 239.15) = 0.37, ns$, Kontrastanalyse psychoedukative GT vs. interaktionelle GT und Krisen-GT, $F(1, 238.11) = -0.47, ns$, Kontrastanalyse interaktionelle GT vs. Krisen-GT, $F(1, 134.08) = 0.14, ns$].

Für den Verlauf vom ersten zum dritten Testzeitpunkt bestätigte ein Mehrebenenmodell mit FDS-20 als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Gruppentherapie, Zeit, Bildung, ambulanter Psychotherapie, erlebter Traumatisierung und den Interaktionen von Bildung und Zeit, ambulanter Psychotherapie und Zeit, erlebter Traumatisierung und Zeit und GT und Zeit als festen Faktoren die Analysen der vollständigen Datensätze [Interaktionseffekt von Bildung und Zeit, $F(1, 195.76) = 0.11, ns$, Interaktionseffekt von erlebter Traumatisierung und Zeit, $F(1, 191.26) = 5.71, p < .05$, Interaktionseffekt von ambulanter Psychotherapie und Zeit, $F(1, 197.26) = 0.04, ns$, Interaktionseffekt von Gruppentherapie und Zeit, $F(1, 201.23) = 7.62, p < .01$, Kontrastanalyse psychoedukative GT vs. interaktionelle GT und Krisen-GT, $F(1, 198.37) = 4.81, p < .05$, Kontrastanalyse interaktionelle GT vs. Krisen-GT, $F(1, 116.85) = 1.84, ns$].

4.7.4.8 Klinische Signifikanz der Veränderung der Dissoziation

Vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt kam es bei fünf Personen (5.9 %) mit psychoedukativer, einer Person (1.2 %) mit interaktioneller Gruppentherapie und keiner Person mit Krisengruppentherapie zu klinisch signifikanten Verbesserungen der dissoziativen Symptome, $\chi^2(2) = 4.27, ns$. Bei sechs Personen (7.1 %) mit psychoedukativer Gruppentherapie, drei Personen (3.5 %) mit interaktioneller Gruppentherapie und einer Person (3.4 %) mit Krisengruppentherapie verschlechterten sich die dissoziativen Symptome in klinisch signifikanter Weise, $\chi^2(2) = 1.29, ns$.

Bei Betrachtung der Veränderung vom ersten zum dritten Testzeitpunkt kam es bei drei Personen (3.4 %) mit psychoedukativer Gruppentherapie und sechs Personen (6.8 %) mit interaktioneller Gruppentherapie sowie keiner Person mit Krisengruppentherapie zu klinisch signifikanten Verbesserungen der dissoziativen Symptome, $\chi^2(2) = 2.80, ns$. Bei sieben Personen (8 %) mit psychoedukativer Gruppentherapie, drei Personen (3.4 %) mit interaktioneller Gruppentherapie sowie keiner Person mit Krisengruppentherapie verschlechterten sich die dissoziativen Symptome in klinisch signifikanter Weise, $\chi^2(2) = 3.83, ns$.

4.7.4.9 Gruppentherapiewirksamkeit in der Depression (BDI)

Eine Varianzanalyse des BDI-Differenzwerts für den Verlauf vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt erbrachte keinen signifikanten Haupteffekt des Zwischensubjektfaktors Gruppentherapie, $F(2, 176) = 0.21, ns$. Bei allen drei Gruppentherapien nahmen die BDI-Differenzwerte nahezu identisch stark ab. Die Kontrastanalysen zeigten weder beim Vergleich der psychoedukativen Gruppentherapie mit der interaktionellen Gruppentherapie und der Krisengruppentherapie $t(202) = 0.19, ns$, noch beim Vergleich der interaktionellen Gruppentherapie mit der Krisengruppentherapie, $t(202) = -0.81, ns$, signifikante Unterschiede. Die Effektstärkenberechnungen zeigten nur minimale Effekte.

Eine Varianzanalyse des BDI-Differenzwerts für den Verlauf vom ersten zum dritten Testzeitpunkt zeigte keinen signifikanten Haupteffekt des Zwischensubjektfaktors Gruppentherapie, $F(2, 174) = 3.01, p = .05$. Die depressiven Symptome nahmen bei allen Gruppentherapien bis zum Follow Up ab, am deutlichsten war die Reduktion in der Krisengruppentherapie. Die Kontrastanalysen zeigten eine signifikant unterschiedliche Entwicklung der depressiven Symptomatik sowohl beim Vergleich der psychoedukativen Gruppentherapie mit der interaktionellen Gruppentherapie und der Krisengruppentherapie, $t(199) = -2.13, p < .05$, als auch beim Vergleich der interaktionellen Gruppentherapie mit der Krisengruppentherapie, $t(199) = -2.46, p < .05$. Die Reduktion der depressiven Symptome war in der psychoedukativen Gruppentherapie geringer ausgeprägt als in den beiden anderen Gruppentherapien und in der interaktionellen Gruppentherapie geringer ausgeprägt als in der Krisengruppentherapie. Die Effektstärkenberechnungen zeigten zwei große Effekte (Cohen, 1988) der Krisengruppentherapie im Vergleich zu den beiden anderen Gruppentherapien. Eine Zusammenfassung der deskriptiven Statistik und der Effektstärken zeigt *Tabelle 14*.

Hinsichtlich der der Kovariaten zeigte sich kein signifikanter Haupteffekt auf die Entwicklung der depressiven Symptome [Haupteffekte Bildung 1. bis 2. TZP $F(1, 176) = 0.12, ns$, 1. bis 3. TZP, $F(1, 174) = 0.00, ns$, Haupteffekte erlebte Traumatisierung 1. bis 2. TZP, $F(1, 176) = 0.20, ns$, 1. bis 3. TZP, $F(1, 174) = 0.51, ns$, Haupteffekte ambulante Psychotherapie 1. bis 2. TZP, $F(1, 176) = 0.07, ns$, 1. bis 3. TZP, $F(1, 174) = 0.10, ns$].

Tabelle 14

BDI-Differenzwerte der Gruppentherapien und Effektstärken im Gruppenvergleich

	Deskriptiv	Effektstärken (Cohens d)		
	M (SD)	P-I	I-K	P-K
Differenz	P: -7.05 (8.73)	-0.16	0.12	-0.01
1. bis 2. TZP	I: -6.12 (8.70)			
	K: -6.97 (7.76)			
Differenz	P: -3.15 (9.55)	-0.02	0.83	0.88
1. bis 3. TZP	I: -3.03 (9.72)			
	K: -8.81 (8.84)			

Abkürzungen: P = Psychoedukative Gruppentherapie, I = Interaktionelle Gruppentherapie, K = Krisengruppentherapie.

Ein Mehrebenenmodell mit BDI als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Gruppentherapie, Zeit, Bildung, ambulanter Psychotherapie, erlebter Traumatisierung und den Interaktionen von Bildung und Zeit, ambulanter Psychotherapie und Zeit, erlebter Traumatisierung und Zeit und Gruppentherapie und Zeit als festen Faktoren bestätigte die Analysen der vollständigen Datensätze für den Verlauf vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt [Interaktionseffekt von Bildung und Zeit, $F(1, 238.88) = 0.22$, *ns*, Interaktionseffekt von erlebter Traumatisierung und Zeit, $F(1, 237.62) = 0.20$, *ns*, Interaktionseffekt von ambulanter Psychotherapie und Zeit, $F(1, 239.16) = 0.08$, *ns*, Interaktionseffekt von GT und Zeit, $F(1, 237.98) = 0.61$, *ns*, Kontrastanalyse psychoedukative GT vs. interaktionelle GT und Krisen-GT, $F(1, 239.01) = 1.07$, *ns*, Kontrastanalyse interaktionelle GT vs. Krisen-GT, $F(1, 131.47) = 0.02$, *ns*].

Für den Verlauf vom ersten zum dritten Testzeitpunkt bestätigte ein Mehrebenenmodell mit BDI als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Gruppentherapie, Zeit, Bildung, ambulanter Psychotherapie, erlebter Traumatisierung und den Interaktionen von Bildung und Zeit, ambulanter Psychotherapie und Zeit, erlebter Traumatisierung und Zeit und Gruppentherapie und Zeit als festen Faktoren die Analysen der Stichprobe mit vollständigen Datensätzen weitgehend [Interaktionseffekt von Bildung und Zeit, $F(1, 206.73) = 0.06$, *ns*, Interaktionseffekt von erlebter Traumatisierung und Zeit, $F(1, 196.89) = 0.03$, *ns*, Interaktionseffekt von ambulanter Psychotherapie und Zeit, $F(1, 209.89) = 0.11$, *ns*, Interaktionseffekt von GT und Zeit, $F(1, 215.30) = 3.21$, $p = .08$]. Hingegen konnten die signifikanten Unterschiede im Vergleich der psychoedukativen GT mit der interaktionellen GT und der Krisen-GT, $F(1, 212.20) = 0.56$, *ns*, sowie im Vergleich der interaktionellen GT mit der Krisen-GT $F(1, 122.46) = 3.22$, $p = .08$, nicht bestätigt werden.

4.7.4.10 Klinische Signifikanz der Veränderung der Depression

Vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt kam es bei 46 Personen (52.9 %) mit psychoedukativer Gruppentherapie, 41 Personen (47.1 %) mit interaktioneller Gruppentherapie und 14 Personen (45.2 %) mit Krisengruppentherapie zu klinisch signifikanten Verbesserungen der depressiven Symptome, $\chi^2(2) = 0.82$, *ns*. Bei fünf Personen (5.7 %) mit psychoedukativer und vier Personen (4.6 %) mit interaktioneller Gruppentherapie sowie keiner Person mit Krisengruppentherapie verschlechterten sich die depressiven Symptome in klinisch signifikanter Weise, $\chi^2(2) = 1.79$, *ns*.

Bei Betrachtung der Veränderung vom ersten zum dritten Testzeitpunkt kam es bei 33 Personen (38.4 %) mit psychoedukativer Gruppentherapie, 31 Personen (36.5 %) mit interaktioneller Gruppentherapie sowie 19 Personen (61.3 %) mit Krisengruppentherapie zu klinisch signifikanten Verbesserungen der depressiven Symptome, $\chi^2(2) = 6.24$, $p < .05$. Bei 14 Personen (16.3 %) mit psychoedukativer Gruppentherapie und 10 Personen (11.8 %) mit interaktioneller Gruppentherapie sowie einer Person mit Krisengruppentherapie (3.2 %) verschlechterten sich die depressiven Symptome in klinisch signifikanter Weise, $\chi^2(2) = 3.78$, *ns*.

4.7.4.11 Gruppentherapiewirksamkeit in der somatoformen Symptomatik (SOMS-7T)

Eine Varianzanalyse des SOMS-7T-Differenzwerts für den Verlauf vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt erbrachte keinen signifikanten Haupteffekt des Zwischensubjektfaktors Gruppentherapie, $F(2, 166) = 0.26$, *ns*. Der SOMS-7T-Intensitätsindex reduzierte sich deskriptiv bei allen drei Gruppentherapien während der Klinikbehandlung, am deutlichsten war die Abnahme der somatoformen Symptome nach der Krisengruppentherapie. Die Kontrastanalysen zeigten weder in der Entwicklung der somatoformen Symptomatik beim Vergleich der psychoedukativen Gruppentherapie mit der interaktionellen Gruppentherapie und der Krisengruppentherapie, $t(190) = 0.01$, *ns*, noch beim Vergleich der interaktionellen Gruppentherapie mit der Krisengruppentherapie, $t(190) = -1.04$, *ns*, signifikante Unterschiede. Die Effektstärkenberechnungen zeigten jeweils nur minimale Effekte.

Die Varianzanalyse des SOMS-7T-Differenzwerts für den Verlauf vom ersten zum dritten Testzeitpunkt erbrachte ebenfalls keinen signifikanten Haupteffekt des Zwischensubjektfaktors Gruppentherapie, $F(2, 166) = 0.45$, *ns*. Deskriptiv zeigte sich eine unterschiedliche Entwicklung der SOMS-7T-Intensitätsindexe bis zum Follow Up: Bei der Krisengruppentherapie kam es zu einer Symptomreduktion, während die Symptome sowohl bei der psychoedukativen Gruppentherapie als auch bei der interaktionellen Gruppentherapie zunahmen. Die Kontrastanalysen zeigten weder in der Entwicklung der somatoformen

Symptomatik beim Vergleich der psychoedukativen Gruppentherapie mit der interaktionellen Gruppentherapie und der Krisengruppentherapie, $t(191) = 1.91$, $p = .08$, noch beim Vergleich der interaktionellen Gruppentherapie mit der Krisengruppentherapie, $t(191) = -1.60$, ns , signifikante Unterschiede. Die Effektstärkenberechnungen zeigten zwei kleine bis mittlere Effekte der Krisengruppentherapie (im Vergleich zu beiden anderen Gruppentherapien). Eine Zusammenfassung der deskriptiven Statistik und der Effektstärken zeigt *Tabelle 15*.

Hinsichtlich der Kovariaten zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt der Bildung vom ersten zum dritten Testzeitpunkt auf die Entwicklung der somatoformen Symptomatik, $F(1, 166) = 4.99$, $p < .05$, darüber hinaus zeigten sich keine signifikanten Haupteffekte [Haupteffekt Bildung 1. bis 2. TZP, $F(1, 166) = 1.37$, ns ; Haupteffekte erlebte Traumatisierung 1. bis 2. TZP, $F(1, 166) = 0.01$, ns , 1. bis 3. TZP, $F(1, 166) = 0.49$, ns ; Haupteffekte ambulante Psychotherapie 1. bis 2. TZP, $F(1, 166) = 0.54$, ns , 1. bis 3. TZP, $F(1, 166) = 0.26$, ns].

Tabelle 15

SOMS-7-Differenzwerte der Gruppentherapien und Effektstärken im Gruppenvergleich

	Deskriptiv	Effektstärken (Cohens d)		
	M (SD)	P-I	I-K	P-K
Differenz	P: -1.74 (17.36)	0.06	0.10	0.04
1. bis 2. TZP	I: -0.72 (16.58)			
	K: -2.45 (17.59)			
Differenz	P: 4.47 (21.26)	0.09	0.35	0.41
1. bis 3. TZP	I: 3.00 (20.79)			
	K: -3.11 (19.33)			

Abkürzungen: P = Psychoedukative Gruppentherapie, I = Interaktionelle Gruppentherapie, K = Krisengruppentherapie.

Ein Mehrebenenmodell mit SOMS-7T als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Gruppentherapie, Zeit, Bildung, ambulanter Psychotherapie, erlebter Traumatisierung und den Interaktionen von Bildung und Zeit, ambulanter Psychotherapie und Zeit, erlebter Traumatisierung und Zeit und Gruppentherapie und Zeit als festen Faktoren bestätigte die Analysen der vollständigen Datensätze für den Verlauf vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt [Interaktionseffekt von Bildung und Zeit, $F(1, 227.58) = 0.10$, ns , Interaktionseffekt von erlebter Traumatisierung und Zeit, $F(1, 225.70) = 0.02$, ns , Interaktionseffekt von ambulanter Psychotherapie und Zeit, $F(1, 227.44) = 0.22$, ns , Interaktionseffekt von GT und Zeit, $F(1, 227.87) = 0.03$, ns , Kontrastanalyse

psychoedukative GT vs. interaktionelle GT und Krisen-GT, $F(1, 227.95) = 0.01$, *ns*, Kontrastanalyse interaktionelle GT vs. Krisen-GT, $F(1, 129.23) = 0.34$, *ns*].

Für den Verlauf vom ersten zum dritten Testzeitpunkt bestätigte ein Mehrebenenmodell mit SOMS-7T als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Gruppentherapie, Zeit, Bildung, ambulanter Psychotherapie, erlebter Traumatisierung und den Interaktionen von Bildung und Zeit, ambulanter Psychotherapie und Zeit, erlebter Traumatisierung und Zeit und Gruppentherapie und Zeit als festen Faktoren die Analysen der Stichprobe mit vollständigen Datensätzen weitgehend [Interaktionseffekt von erlebter Traumatisierung und Zeit, $F(1, 176.74) = 0.90$, *ns*, Interaktionseffekt von ambulanter Psychotherapie und Zeit, $F(1, 188.50) = 1.22$, *ns*, Interaktionseffekt von GT und Zeit, $F(1, 194.58) = 0.32$, *ns*, Kontrastanalyse psychoedukative GT vs. interaktionelle GT und Krisen-GT, $F(1, 190.61) = 0.04$, *ns*, Kontrastanalyse interaktionelle GT vs. Krisen-GT, $F(1, 113.37) = 0.92$, *ns*]. Hingegen wurde der Interaktionseffekt von Bildung und Zeit, $F(1, 184.23) = 3.07$, $p = .08$, nicht signifikant.

4.7.4.12 Klinische Signifikanz der Veränderung der somatoformen Symptome

Vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt kam es bei 31 Personen (39.2 %) mit psychoedukativer, 22 Personen (25.9 %) mit interaktioneller Gruppentherapie sowie 11 Personen (37.9 %) mit Krisengruppentherapie zu klinisch signifikanten Verbesserungen der somatoformen Symptome, $\chi^2(2) = 3.65$, *ns*. Bei 24 Personen (30.4 %) mit psychoedukativer Gruppentherapie, 28 Personen (32.9 %) mit interaktioneller Gruppentherapie und 7 Personen (24.1 %) mit Krisengruppentherapie verschlechterten sich die somatoformen Symptome in klinisch signifikanter Weise, $\chi^2(2) = 0.79$, *ns*.

Bei Betrachtung der Veränderung vom ersten zum dritten Testzeitpunkt kam es bei 25 Personen (31.6 %) mit psychoedukativer Gruppentherapie, 24 Personen (27.9 %) mit interaktioneller Gruppentherapie sowie 14 Personen (48.3 %) mit Krisengruppentherapie zu klinisch signifikanten Verbesserungen der somatoformen Symptome, $\chi^2(2) = 4.15$, *ns*. Bei 33 Personen (41.8 %) mit psychoedukativer, 28 Personen (32.6 %) mit interaktioneller Gruppentherapie sowie 9 Personen (45 %) mit Krisengruppentherapie verschlechterten sich die somatoformen Symptome in klinisch signifikanter Weise, $\chi^2(2) = 1.89$, *ns*.

4.7.5 Gruppentherapiewirksamkeit in den weiteren abhängigen Variablen

Eine Varianzanalyse zur Einschätzung der Verbesserung des Befindens erbrachte keinen signifikanten Haupteffekt der Gruppentherapie $F(2, 175) = 0.02$, *ns*. Die Patientinnen beurteilten die Verbesserung ihres Befindens sowohl nach der psychoedukativen Gruppentherapie, $M = 15.97$, $SD = 6.9$, als auch nach der interaktionellen Gruppentherapie,

$M = 16.30$, $SD = 5.30$, sowie der Krisengruppentherapie, $M = 16.85$, $SD = 6.31$, ähnlich. Die Kontrastanalysen zeigten keine signifikanten Unterschiede in der Beurteilung der Verbesserung des Befindens, weder beim Vergleich der psychoedukativen Gruppentherapie mit der interaktionellen Gruppentherapie und der Krisengruppentherapie, $t(201) = 0.78$, *ns*, noch beim Vergleich der interaktionellen Gruppentherapie mit der Krisengruppentherapie, $t(201) = 0.85$, *ns*.

4.7.6 Zusammenfassung der Ergebnisse zu Hypothese 3

Die Teilnahme an der psychoedukativen Gruppentherapie, der interaktionellen Gruppentherapie sowie der Krisengruppentherapie führte insgesamt zu ähnlichen Entwicklungen der Ressourcen, der Symptomatik und der Patientinnenbewertung der Verbesserung des Befindens. Es gab keine signifikanten Gruppenunterschiede im Verlauf vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt. Darüber hinaus war die langfristige Entwicklung der Ressourcen auch bis zum Follow Up (erster bis dritter Testzeitpunkt) ähnlich. Hingegen zeigten sich langfristig (bis zum Follow Up) signifikante Effekte der Gruppentherapien bezüglich der Symptomatik der PTBS sowie der dissoziativen Störung: Dabei war die Krisengruppentherapie der interaktionellen Gruppentherapie sowie der psychoedukativen Gruppentherapie in Form einer Reduktion der PTBS-Symptome sowie der dissoziativen Symptome überlegen.

Eine höhere Wirksamkeit der Krisengruppentherapie in der langfristigen Symptomreduktion zeigte sich auch in den Effektstärkenberechnungen: Es gab große Effektstärken der Krisengruppentherapie in der Reduktion der depressiven Symptomatik, eine mittlere und große Effektstärke in der Reduktion der PTBS-Symptomatik sowie eine kleine bis mittlere Effektstärke in der Reduktion der somatoformen Symptomatik im Vergleich zur interaktionellen Gruppentherapie sowie der psychoedukativen Gruppentherapie. Zudem gab es eine große Effektstärke der Krisengruppentherapie in der Reduktion der dissoziativen Symptomatik im Vergleich zur psychoedukativen Gruppentherapie. Darüber hinaus zeigten die Effektstärkenberechnungen bis zum Follow Up ebenfalls kleine Vorteile der interaktionellen Gruppentherapie in der Erhöhung der allgemeinen Ressourcen sowie der Reduktion der PTBS- und der dissoziativen Symptomatik im Vergleich zur psychoedukativen Gruppentherapie. Die Ergebnisse der Completers-Analysen wurden durch die Ergebnisse der Mehrebenenmodelle bestätigt.

Bezüglich der klinisch signifikanten Verbesserungen und Verschlechterungen in der Entwicklung der Ressourcen und der Symptomatik war die Entwicklung in den unterschiedlichen Gruppentherapien ähnlich. Unterschiede zeigten sich in den langfristigen Verschlechterungen der allgemeinen Ressourcen und PTBS-Symptome (am häufigsten in der

psychoedukativen Gruppentherapie) und der langfristigen Verbesserung der depressiven Symptome (am häufigsten in der Krisengruppentherapie).

4.8 Testung Hypothese 4: Einfluss der Traumaschwere auf die Therapiewirksamkeit

Mit Hilfe linearer Regressionen wurde überprüft, ob die Wirksamkeit der Therapie (d.h. der Zusammenhang zwischen Gruppenzugehörigkeit zu Treatment- vs. Kontrollgruppe und den abhängigen Variablen FFA, FER, PDS, FDS-20, BDI, SOMS-7T) durch die Traumaschwere moderiert wurde. Die Traumaschwere wurde durch den Summenwert des Childhood-Trauma-Questionnaire (CTQ) operationalisiert. Die Stichprobe entsprach der in Abschnitt 3.3.2 beschriebenen der Hauptstichprobe.

4.8.1 Überprüfung der Voraussetzungen

Die Voraussetzungen, dass Linearität der untersuchten Variablen, Normalverteilung der Residuen, Varianzhomogenität der Residuen sowie keine Multikollinearität vorlagen, wurden durch den Durbin-Watson-Test, die Kollinearitätsstatistik sowie visuelle Inspektionen der Histogramme und Streudiagramme überprüft. Die Voraussetzungen waren weitestgehend erfüllt: Lediglich die Voraussetzung der Varianzhomogenität war an einigen Stellen verletzt, was nach Tabachnick und Fidell (2013) jedoch zu tolerieren ist. Für die Berechnungen wurden alle Variablen zentriert.

4.8.2 Traumaschwere und Achtsamkeit (FFA)

Eine multiple lineare Regressionsanalyse mit den Prädiktoren CTQ-Summenwert und Gruppe (Treatmentgruppe vs. Kontrollgruppe) und der abhängigen Variable FFA-Differenzwert (für den Verlauf vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt) zeigte einen signifikanten Effekt für den Prädiktor Gruppe, $\beta = 0.33$, $t(296) = 5.89$, $p < .01$, aber nicht für den Prädiktor CTQ-Summenwert, $\beta = -0.03$, $t(296) = -0.52$, ns , $F(2, 294) = 17.60$, $p < .01$, $R^2 = .11$, und im zweiten Schritt einen nicht signifikanten Interaktionseffekt, $\beta = -0.08$, $t(296) = -1.34$, ns , $F(3, 293) = 12.36$, $p < .01$, $R^2 = .11$.

Ebenso zeigte eine multiple lineare Regressionsanalyse mit den Prädiktoren CTQ-Summenwert und Gruppe (Treatmentgruppe vs. Kontrollgruppe) und der abhängigen Variable FFA-Differenzwert (für den Verlauf vom ersten zum dritten Testzeitpunkt) keine signifikanten Effekte für den Prädiktor Gruppe, $\beta = 0.09$, $t(286) = 1.58$, ns , und den Prädiktor CTQ-Summenwert, $\beta = 0.03$, $t(286) = 0.49$, ns , $F(2, 284) = 1.34$, ns , $R^2 = .01$,

und im zweiten Schritt einen nicht signifikanten Interaktionseffekt, $\beta = 0.05$, $t(286) = 0.74$, *ns*, $F(3, 283) = 1.07$, *ns*, $R^2 = .01$.

Ein Mehrebenenmodell mit FFA als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Gruppe, Zeit, Traumaschwere und den Interaktionen von Gruppe und Zeit, Traumaschwere und Zeit sowie Traumaschwere, Gruppe und Zeit als festen Faktoren bestätigte die Analysen der vollständigen Datensätze für den Verlauf vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt nur teilweise [Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit, $F(1, 541.17) = 65.20$, $p < .01$, Interaktionseffekt von Traumaschwere und Zeit, $F(1, 551.20) = 0.11$, *ns*]. Der Interaktionseffekt von Traumaschwere, Gruppe und Zeit war signifikant, $F(1, 1226.62) = 4.19$, $p < .05$.

Für den Verlauf vom ersten zum dritten Testzeitpunkt bestätigte ein Mehrebenenmodell mit FFA als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Gruppe, Zeit, Traumaschwere und den Interaktionen von Gruppe und Zeit, Traumaschwere und Zeit sowie Traumaschwere, Gruppe und Zeit als festen Faktoren die Analysen der vollständigen Datensätze weitgehend [Interaktionseffekt von Traumaschwere und Zeit, $F(1, 435.44) = 0.08$, *ns*, Interaktionseffekt von Traumaschwere, Gruppe und Zeit, $F(1, 1120.94) = 0.23$, *ns*]. Hingegen war der Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit signifikant, $F(1, 424.73) = 6.06$, $p < .05$.

4.8.3 Traumaschwere und allgemeine Ressourcen (FER)

Eine multiple lineare Regressionsanalyse mit den Prädiktoren CTQ-Summenwert und Gruppe (Treatmentgruppe vs. Kontrollgruppe) und der abhängigen Variable FER-Differenzwert (für den Verlauf vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt) zeigte einen signifikanten Effekt für den Prädiktor Gruppe, $\beta = 0.47$, $t(179) = 6.99$, $p < .01$, aber nicht für den Prädiktor CTQ-Summenwert, $\beta = 0.01$, $t(179) = 0.18$, *ns*, $F(2, 177) = 24.40$, $p < .01$, $R^2 = .22$, und im zweiten Schritt einen nicht signifikanten Interaktionseffekt, $\beta = 0.07$, $t(179) = 0.87$, *ns*, $F(3, 176) = 16.50$, $p < .01$, $R^2 = .22$.

Ebenso zeigte eine multiple lineare Regressionsanalyse mit den Prädiktoren CTQ-Summenwert und Gruppe (Treatmentgruppe vs. Kontrollgruppe) und der abhängigen Variable FER-Differenzwert (für den Verlauf vom ersten zum dritten Testzeitpunkt) keine signifikanten Effekte für den Prädiktor Gruppe, $\beta = 0.07$, $t(183) = 0.90$, *ns*, und den Prädiktor CTQ-Summenwert, $\beta = 0.11$, $t(183) = 1.53$, *ns*, $F(2, 181) = 1.57$, *ns*, $R^2 = .02$, und im zweiten Schritt einen nicht signifikanten Interaktionseffekt, $\beta = 0.14$, $t(183) = 1.72$, $p = .09$, $F(3, 180) = 2.04$, *ns*, $R^2 = .03$.

Ein Mehrebenenmodell mit FER als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Gruppe, Zeit, Traumaschwere und den Interaktionen von Gruppe und

Zeit, Traumaschwere und Zeit sowie Traumaschwere, Gruppe und Zeit als festen Faktoren bestätigte die Analysen der vollständigen Datensätze für den Verlauf vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt [Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit, $F(1, 369.41) = 95.31, p < .01$, Interaktionseffekt von Traumaschwere und Zeit, $F(1, 393.25) = 0.19, ns$, Interaktionseffekt von Traumaschwere, Gruppe und Zeit, $F(1, 889.75) = 0.40, ns$].

Für den Verlauf vom ersten zum dritten Testzeitpunkt bestätigte ein Mehrebenenmodell mit FER als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Gruppe, Zeit, Traumaschwere und den Interaktionen von Gruppe und Zeit, Traumaschwere und Zeit sowie Traumaschwere, Gruppe und Zeit als festen Faktoren die Analysen der vollständigen Datensätze [Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit, $F(1, 363.07) = 2.00, ns$, Interaktionseffekt von Traumaschwere und Zeit, $F(1, 365.18) = 0.66, ns$, Interaktionseffekt von Traumaschwere, Gruppe und Zeit, $F(1, 844.76) = 0.34, ns$].

4.8.4 Traumaschwere und PTBS-Symptome (PDS)

Eine multiple lineare Regressionsanalyse mit den Prädiktoren CTQ-Summenwert und Gruppe (Treatmentgruppe vs. Kontrollgruppe) und der abhängigen Variable PDS-Differenzwert (für den Verlauf vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt) zeigte keine signifikanten Effekte für den Prädiktor Gruppe, $\beta = 0.03, t(249) = 0.45, ns$, und den Prädiktor CTQ-Summenwert, $\beta = -0.05, t(249) = -0.81, ns, F(2, 247) = 0.44, ns, R^2 = .00$, und im zweiten Schritt einen nicht signifikanten Interaktionseffekt, $\beta = 0.06, t(249) = 0.80, ns, F(3, 246) = 0.50, ns, R^2 = .01$.

Ebenso zeigte eine multiple lineare Regressionsanalyse mit den Prädiktoren CTQ-Summenwert und Gruppe (Treatmentgruppe vs. Kontrollgruppe) und der abhängigen Variable PDS-Differenzwert (für den Verlauf vom ersten zum dritten Testzeitpunkt) keine signifikanten Effekte für den Prädiktor Gruppe, $\beta = 0.03, t(258) = 0.46, ns$, und den Prädiktor CTQ-Summenwert, $\beta = -0.08, t(258) = -1.26, ns, F(2, 256) = 0.93, ns, R^2 = .01$, und im zweiten Schritt einen nicht signifikanten Interaktionseffekt, $\beta = 0.04, t(258) = 0.63, ns, F(3, 255) = 0.75, ns, R^2 = .01$.

Ein Mehrebenenmodell mit PDS als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Gruppe, Zeit, Traumaschwere und den Interaktionen von Gruppe und Zeit, Traumaschwere und Zeit sowie Traumaschwere, Gruppe und Zeit als festen Faktoren bestätigte die Analysen der vollständigen Datensätze für den Verlauf vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt nur teilweise [Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit, $F(1, 484.19) = 0.37, ns$, Interaktionseffekt von Traumaschwere und Zeit, $F(1, 491.35) = 2.08, ns$]. Der Interaktionseffekt von Traumaschwere, Gruppe und Zeit war signifikant, $F(1, 1168.05) = 6.83, p < .01$.

Für den Verlauf vom ersten zum dritten Testzeitpunkt bestätigte ein Mehrebenenmodell mit PDS als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Gruppe, Zeit, Traumaschwere und den Interaktionen von Gruppe und Zeit, Traumaschwere und Zeit sowie Traumaschwere, Gruppe und Zeit als festen Faktoren die Analysen der vollständigen Datensätzen nur teilweise [Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit, $F(1, 342.64) = 0.00, ns$]. Der Interaktionseffekt von Traumaschwere und Zeit, $F(1, 351.83) = 4.75, p < .05$, sowie der Interaktionseffekt von Traumaschwere, Gruppe und Zeit waren signifikant, $F(1, 884.15) = 4.18, p < .05$.

4.8.5 Traumaschwere und Dissoziation (FDS-20)

Eine multiple lineare Regressionsanalyse mit den Prädiktoren CTQ-Summenwert und Gruppe (Treatmentgruppe vs. Kontrollgruppe) und der abhängigen Variable FDS-20-Differenzwert (für den Verlauf vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt) zeigte keine signifikanten Effekte für den Prädiktor Gruppe, $\beta = 0.03, t(288) = 0.57, ns$, und den Prädiktor CTQ-Summenwert, $\beta = 0.10, t(288) = 1.72, p = .09, F(2, 286) = 1.61, ns, R^2 = .01$, und im zweiten Schritt einen nicht signifikanten Interaktionseffekt, $\beta = -0.05, t(288) = -0.69, ns, F(3, 285) = 1.23, ns, R^2 = .01$.

Ebenso zeigte eine multiple lineare Regressionsanalyse mit den Prädiktoren CTQ-Summenwert und Gruppe (Treatmentgruppe vs. Kontrollgruppe) und der abhängigen Variable FDS-20-Differenzwert (für den Verlauf vom ersten zum dritten Testzeitpunkt) keine signifikanten Effekte für den Prädiktor Gruppe, $\beta = -0.00, t(294) = -0.05, ns$, und den Prädiktor CTQ-Summenwert, $\beta = -0.04, t(294) = -0.61, ns, F(2, 292) = 0.22, ns, R^2 = .00$, und im zweiten Schritt einen nicht signifikanten Interaktionseffekt, $\beta = -0.10, t(294) = -1.55, ns, F(3, 291) = 0.95, ns, R^2 = .01$.

Ein Mehrebenenmodell mit FDS-20 als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Gruppe, Zeit, Traumaschwere und den Interaktionen von Gruppe und Zeit, Traumaschwere und Zeit sowie Traumaschwere, Gruppe und Zeit als festen Faktoren bestätigte die Analysen der vollständigen Datensätze für den Verlauf vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt nur teilweise [Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit, $F(1, 524.90) = 0.04, ns$, Interaktionseffekt von Traumaschwere und Zeit, $F(1, 532.02) = 1.75, ns$]. Der Interaktionseffekt von Traumaschwere, Gruppe und Zeit war signifikant, $F(1, 1306.10) = 13.51, p < .01$.

Für den Verlauf vom ersten zum dritten Testzeitpunkt bestätigte ein Mehrebenenmodell mit FDS-20 als abhängiger Variablen, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Gruppe, Zeit, Traumaschwere und den Interaktionen von Gruppe und Zeit, Traumaschwere und Zeit sowie Traumaschwere, Gruppe und Zeit als festen Faktoren die Analysen der Stichprobe mit

vollständigen Datensätzen [Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit, $F(1, 349.61) = 0.00$, *ns*, Interaktionseffekt von Traumaschwere und Zeit, $F(1, 365.18) = 2.54$, *ns*, Interaktionseffekt von Traumaschwere, Gruppe und Zeit, $F(1, 804.33) = 1.03$, *ns*].

4.8.6 Traumaschwere und Depression (BDI)

Eine multiple lineare Regressionsanalyse mit den Prädiktoren CTQ-Summenwert und Gruppe (Treatmentgruppe vs. Kontrollgruppe) und der abhängigen Variable BDI-Differenzwert (für den Verlauf vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt) zeigte einen signifikanten Effekt für den Prädiktor Gruppe, $\beta = -0.29$, $t(293) = -5.19$, $p < .01$, aber nicht für den Prädiktor CTQ-Summenwert, $\beta = -0.02$, $t(293) = -0.30$, *ns*, $F(2, 291) = 13.45$, $p < .01$, $R^2 = .09$, und im zweiten Schritt einen nicht signifikanten Interaktionseffekt, $\beta = -0.07$, $t(293) = -1.14$, *ns*, $F(3, 290) = 9.41$, $p < .01$, $R^2 = .09$.

Ebenso zeigte eine multiple lineare Regressionsanalyse mit den Prädiktoren CTQ-Summenwert und Gruppe (Treatmentgruppe vs. Kontrollgruppe) und der abhängigen Variable BDI-Differenzwert (für den Verlauf vom ersten zum dritten Testzeitpunkt) keine signifikanten Effekte für den Prädiktor Gruppe, $\beta = -0.11$, $t(293) = 1.82$, $p = .07$, und den Prädiktor CTQ-Summenwert, $\beta = -0.03$, $t(293) = -0.59$, *ns*, $F(2, 291) = 1.78$, *ns*, $R^2 = .01$, und im zweiten Schritt einen nicht signifikanten Interaktionseffekt, $\beta = -0.08$, $t(293) = -1.20$, *ns*, $F(3, 290) = 1.67$, *ns*, $R^2 = .02$.

Ein Mehrebenenmodell mit BDI als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Gruppe, Zeit, Traumaschwere und den Interaktionen von Gruppe und Zeit, Traumaschwere und Zeit sowie Traumaschwere, Gruppe und Zeit als festen Faktoren bestätigte die Analysen der vollständigen Datensätze für den Verlauf vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt [Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit, $F(1, 544.08) = 41.76$, $p < .01$, Interaktionseffekt von Traumaschwere und Zeit, $F(1, 554.39) = 3.24$, $p = .07$, Interaktionseffekt von Traumaschwere, Gruppe und Zeit, $F(1, 1293.90) = 0.29$, *ns*].

Für den Verlauf vom ersten zum dritten Testzeitpunkt bestätigte ein Mehrebenenmodell mit BDI als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Gruppe, Zeit, Traumaschwere und den Interaktionen von Gruppe und Zeit, Traumaschwere und Zeit sowie Traumaschwere, Gruppe und Zeit als festen Faktoren die Analysen der vollständigen Datensätze [Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit, $F(1, 394.68) = 2.10$, *ns*, Interaktionseffekt von Traumaschwere und Zeit, $F(1, 409.68) = 1.79$, *ns*, Interaktionseffekt von Traumaschwere, Gruppe und Zeit, $F(1, 1046.33) = 0.11$, *ns*].

4.8.7 Traumaschwere und somatoforme Symptome (SOMS-7T)

Eine multiple lineare Regressionsanalyse mit den Prädiktoren CTQ-Summenwert und Gruppe (Treatmentgruppe vs. Kontrollgruppe) und der abhängigen Variable SOMS-7T-Differenzwert (für den Verlauf vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt) zeigte keine signifikanten Effekte für den Prädiktor Gruppe, $\beta = 0.03$, $t(273) = 0.48$, *ns*, und den Prädiktor CTQ-Summenwert, $\beta = -0.05$, $t(273) = -0.74$, *ns*, $F(2, 271) = 0.42$, *ns*, $R^2 = .00$, und im zweiten Schritt einen nicht signifikanten Interaktionseffekt, $\beta = 0.09$, $t(273) = 1.34$, *ns*, $F(3, 270) = 0.88$, *ns*, $R^2 = .01$.

Ebenso zeigte eine multiple lineare Regressionsanalyse mit den Prädiktoren CTQ-Summenwert und Gruppe (Treatmentgruppe vs. Kontrollgruppe) und der abhängigen Variable SOMS-7T-Differenzwert (für den Verlauf vom ersten zum dritten Testzeitpunkt) keine signifikanten Effekte für den Prädiktor Gruppe, $\beta = 0.06$, $t(274) = 0.99$, *ns*, und den Prädiktor CTQ-Summenwert, $\beta = 0.06$, $t(274) = 0.91$, *ns*, $F(2, 272) = 0.86$, *ns*, $R^2 = .01$, und im zweiten Schritt einen nicht signifikanten Interaktionseffekt, $\beta = 0.13$, $t(274) = 1.96$, $p = .05$, $F(3, 271) = 1.86$, *ns*, $R^2 = .02$.

Ein Mehrebenenmodell mit SOMS-7T als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Gruppe, Zeit, Traumaschwere und den Interaktionen von Gruppe und Zeit, Traumaschwere und Zeit sowie Traumaschwere, Gruppe und Zeit als festen Faktoren bestätigte die Analysen der vollständigen Datensätze für den Verlauf vom ersten zum zweiten Zeitpunkt [Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit, $F(1, 513.64) = 0.47$, *ns*, Interaktionseffekt von Traumaschwere und Zeit, $F(1, 518.05) = 2.11$, *ns*, Interaktionseffekt von Traumaschwere, Gruppe und Zeit, $F(1, 1262.05) = 2.27$, *ns*].

Für den Verlauf vom ersten zum dritten Testzeitpunkt bestätigte ein Mehrebenenmodell mit SOMS-7T als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin als zufälligem Faktor und Gruppe, Zeit, Traumaschwere und den Interaktionen von Gruppe und Zeit, Traumaschwere und Zeit sowie Traumaschwere, Gruppe und Zeit als festen Faktoren die Analysen der vollständigen Datensätze nur teilweise [Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit, $F(1, 370.62) = 0.37$, *ns*, Interaktionseffekt von Traumaschwere und Zeit, $F(1, 374.16) = 0.84$, *ns*]. Der Interaktionseffekt von Traumaschwere, Gruppe und Zeit war signifikant, $F(1, 987.81) = 7.66$, $p < .01$.

4.8.8 Zusammenfassung zu Hypothese 4

Die Analysen der Completers und die Mehrebenenmodelle erbrachten unterschiedliche Ergebnisse bezüglich der Moderation der Therapiewirksamkeit durch die Traumaschwere: In den multiplen linearen Regressionen (Completers-Analysen) zeigten sich keine Hinweise auf

eine Moderation des Zusammenhangs von Gruppe und Ressourcenzunahme bzw. Symptomreduktion durch die Traumaschwere. Die Resultate der Mehrebenenanalysen (Completers und Dropouts) zeigten jedoch Hinweise für eine Moderation des Zusammenhangs von Gruppe und FFA-Differenzwert (für den Verlauf vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt), PDS-Differenzwert (für den Verlauf vom ersten zum zweiten und den Verlauf vom ersten zum dritten Testzeitpunkt), dem FDS-20-Differenzwert (für den Verlauf vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt) und dem SOMS-7T-Differenzwert (für den Verlauf vom ersten zum dritten Testzeitpunkt) durch die Traumaschwere. Auf diesen Punkt wird in der Diskussion eingegangen (siehe Abschnitt 5.2.4).

4.9 Testung Hypothese 5: Wirksamkeit von stabilisierenden und konfrontierenden Einzeltherapieelementen

Zur Überprüfung der Wirksamkeit stabilisierender und konfrontierender Therapieelemente und –methoden wurde zunächst geprüft ob eine Zusammenfassung der stabilisierenden und konfrontierenden Elemente und Methoden (siehe Einzeltherapieübersicht, *Abbildung 4*, Anhang C) zu einem Summenwert Stabilisierung bzw. einem Summenwert Konfrontation gerechtfertigt war. Anschließend wurden die Zusammenhänge von stabilisierenden und konfrontierenden Elementen mit der Ressourcenzunahme und der Symptomabnahme (operationalisiert durch den Differenzwert für den Verlauf vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt³³) sowie mit der Einschätzung der Verbesserung des Befindens (operationalisiert durch die Einschätzung auf der ETE-Skala) bestimmt. Bei signifikanten Zusammenhängen wurde die Vorhersagekraft der Einzeltherapieelemente für die abhängigen Variablen mittels einer Regressionsanalyse getestet. Dabei zeigten sich häufige multivariate Ausreißer. Zur Vermeidung möglicher Verzerrungen wurden die Analysen anschließend ein zweites Mal ohne Ausreißer gerechnet, was, wenn nicht anders angegeben, zu den gleichen Ergebnissen führte. Korrelierten zwei Einzeltherapieelemente mit derselben abhängigen Variablen, wurde ihre Vorhersagekraft in einem gemeinsamen Modell überprüft, ansonsten wurde die Vorhersagekraft der Einzeltherapieelemente einzeln überprüft. Für Einzeltherapieelemente mit Vorhersagekraft

³³ Der Differenzwert wurde berechnet, indem der Summenwert des früheren Testzeitpunktes vom Summenwert des späteren Testzeitpunktes subtrahiert wurde. Es zeigten sich kaum belastbare Ergebnisse in der Analyse der Effekte auf die abhängigen Variablen vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt, so dass auf die Analysen des Zeitraumes vom ersten zum dritten Zeitpunkt verzichtet wurde.

für eine abhängige Variable wurde überprüft, ob dieser Zusammenhang durch die therapeutische Beziehung vermittelt (d.h. mediiert) wurde. Außerdem wurde für alle Einzeltherapieelemente untersucht, ob Zusammenhänge mit den relevanten abhängigen Variablen durch die therapeutische Beziehung gelenkt (d.h. moderiert) wurden. So sollte sichergestellt werden, dass die Bedeutsamkeit der Güte der therapeutischen Beziehung in der Therapie für die gefundenen Effekte berücksichtigt wird. Die betrachtete Stichprobe entsprach der Treatmentgruppe der Hauptstichprobe.

4.9.1 Überprüfung der Voraussetzungen

Die Voraussetzungen, dass Linearität der untersuchten Variablen, Normalverteilung der Residuen, Varianzhomogenität der Residuen sowie keine Multikollinearität (bei multiplen Regressionen) vorlagen, wurden durch den Durbin-Watson-Test, die Kollinearitätsstatistik sowie visuelle Inspektionen der Histogramme und Streudiagramme überprüft. Die Voraussetzungen waren weitestgehend erfüllt: Lediglich die Voraussetzung der Varianzhomogenität war an einigen Stellen verletzt, was nach Tabachnick und Fidell (2013) jedoch zu tolerieren ist. Allerdings sei an dieser Stelle bereits darauf hingewiesen, dass die Belastbarkeit und die Generalisierbarkeit der Ergebnisse aufgrund der schiefen Verteilungen des Umfangs einzelner eingesetzter Einzeltherapieelemente eingeschränkt sind (siehe Abschnitt 5.3.3).

4.9.2 Interkorrelationen der stabilisierenden Elemente

Psychoedukation, Achtsamkeitsübung, Ressourcenaktivierung sowie die Methoden Verankerung positiver Erfahrungen, Imaginationsübungen, Innere-Kind-Arbeit, Notfallkoffer und stabilisierende Beobachterübung sind theoriegemäß stabilisierende Therapieelemente, deren Einsatz und Umfang im Rahmen der Einzeltherapie mittelgroß korrelierte, d.h. Therapeutinnen setzten i.d.R. diese stabilisierenden Elemente im ähnlichen Umfang im Therapieprozess ein. Vor allem das durchschnittliche Ausmaß der Ressourcenverankerung korrelierte signifikant mit dem Ausmaß vieler anderer stabilisierender Therapieelemente. Am ausgeprägtesten waren die Korrelationen von Ressourcenverankerung und Verankerung positiver Erfahrungen, $r(172) = .62, p < .01$, Psychoedukation, $r(172) = .47, p < .01$, Achtsamkeitsübung, $r(172) = .35, p < .01$, Imaginationsübungen, $r(172) = .31, p < .01$ und Innerer-Kind-Arbeit, $r(172) = .30, p < .01$. Auch der Umfang der Psychoedukation korrelierte signifikant mit dem Umfang anderer stabilisierender Elemente wie der Verankerung positiver Erfahrungen, $r(172) = .42, p < .01$, der stabilisierenden Beobachterübung, $r(172) = .28, p < .01$, der Achtsamkeitsübung, $r(172) = .22, p < .01$, und den Imaginationsübungen, $r(172) = .20, p < .01$. Der Umfang der Inneren-Kind-Arbeit korrelierte mit dem Umfang der

Imaginationsübungen, $r(172) = .31, p < .01$, sowie mit dem Umfang der ebenfalls imaginativ durchgeführten Beobachterübung, $r(172) = .30, p < .01$. Aufgrund der hohen Interkorrelationen wurde ein Stabilisierungs-Summenwert gebildet, der den Umfang des Einsatzes aller Therapieelemente und –methoden mit stabilisierenden Inhalten abbildete: Patientinnen erhielten durchschnittlich $M = 8.75, SD = 7.50$ Stunden³⁴ stabilisierende Therapieelemente pro Einzeltherapie. Eine Reliabilitätsanalyse zeigte eine akzeptable interne Konsistenz der Gesamtskala Stabilisierung (Cronbachs Alpha, $\alpha = .68$). Entsprechend wurden die weiteren Berechnungen (auch) mit dem Gesamtwert durchgeführt.

4.9.3 Interkorrelationen der konfrontierenden Elemente

Die Therapieelemente konfrontierende Beobachterübung, CIPOS, EMDR sowie sonstige Konfrontationsverfahren als Formen der Exposition mit den traumatischen Inhalten sind theoriegemäß konfrontierende Elemente, deren Einsatz und Umfang im Rahmen der Einzeltherapie jedoch nur gering korreliert, d.h. die Therapeutinnen setzten einzelne spezifische konfrontierende Elemente ein. Der Umfang des Einsatzes von CIPOS korrelierte signifikant mit dem Umfang des Einsatzes des EMDR, $r(172) = .19, p < .01$, sowie dem Umfang der Konfrontation mit sonstigen Verfahren, $r(172) = .24, p < .01$, die wiederum mit dem Umfang der konfrontierenden Beobachterübung signifikant korrelierten, $r(172) = .16, p < .01$. Die gefundenen Interkorrelationen lagen im kleinen bis moderaten Bereich. Eine Zusammenfassung des Umfangs der einzelnen Elemente zu einem Konfrontations-Gesamtwert war somit ungerechtfertigt und es wurde weiter mit den einzelnen konfrontierenden Elementen gerechnet.³⁵

4.9.4 Zusammenhänge von Stabilisierung und Konfrontation mit Ressourcenzunahme und Symptomabnahme

Es gab keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Umfang des Stabilisierungs-Gesamtwerts und den Differenzwerten (für den Verlauf von ersten zum zweiten Testzeitpunkt) der abhängigen Variablen (FFA, FER, PDS, FDS-20, BDI, SOMS-7T). Allerdings zeigten sich einige signifikante Zusammenhänge zwischen dem Umfang einzelner

³⁴ Es ist zu beachten, dass der Umfang aufgrund der Erfassungsform der Einzeltherapieelemente nicht exakt ist (die von den Therapeutinnen angegebenen Elemente pro Therapiesitzung gingen mit der Dauer der jeweiligen Sitzung in die Analysen ein, siehe Abschnitt 3.4.11). Vielmehr ist der Umfang nur mit dem Umfang der anderen Elemente vergleichbar (siehe *Tabelle 5*, Anhang A)

³⁵ In welchem Umfang konfrontierende Elemente in der Therapie eingesetzt wurden, ist in *Tabelle 5* im Anhang beschrieben.

stabilisierender Elemente und den Differenzwerten der abhängigen Variablen. Ein größerer Umfang des Einsatzes von Imaginationsübungen ging mit einem höheren FER-Differenzwert, d.h. einer Zunahme der allgemeinen Ressourcen, einher, $r(101) = .22, p < .05$. Zudem ging ein größerer Umfang des Einsatzes des Notfallkoffers, $r(165) = .20, p < .05$, der Inneren-Kind-Arbeit, $r(165) = .17, p < .05$, und der stabilisierenden Beobachterübung, $r(165) = .15, p < .05$, mit einem höheren FDS-20-Differenzwert, d.h. einem geringeren Rückgang oder einer Zunahme der dissoziativen Symptome einher.

Hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen dem Umfang der einzelnen konfrontierenden Elemente mit den Differenzwerten der abhängigen Variablen (FFA, FER, PDS, FDS-20, BDI, SOMS-7T) ging ein größerer Umfang des Einsatzes von EMDR mit einem geringen FFA-Differenzwert, d.h. einer geringeren Zunahme oder einem Rückgang der Achtsamkeit einher, $r(171) = -.17, p < .05$.

4.9.5 Zusammenhänge von Stabilisierung und Konfrontation mit der Verbesserung des Befindens (ETE)

Bei der Betrachtung der Zusammenhänge zwischen den einzelnen stabilisierenden Elementen und der Verbesserung des Befindens zeigten sich zwei signifikante Korrelationen: Ein höherer Umfang des Einsatzes der Inneren-Kind-Arbeit ging mit einer positiven Einschätzung der Verbesserung des Befindens einher, $r(167) = .17, p < .05$, demgegenüber ging ein höherer Umfang des Einsatzes der Psychoedukation mit einer weniger positiven Einschätzung der Verbesserung des Befindens einher, $r(167) = -.17, p < .05$.

4.9.6 Auswirkungen von Stabilisierung und Konfrontation

In einfachen linearen Regressionsanalysen zeigte sich, dass der Umfang des Einsatzes von EMDR ein signifikanter Prädiktor des FFA-Differenzwertes war, $F(1, 171) = 4.85, p < 0.05, R^2 = .03, p < .05$ (Tabelle 16), und der Umfang des Einsatzes von Imaginationsübungen ein signifikanter Prädiktor des FER-Differenzwertes war, $F(1, 101) = 5.33, p < .05, R^2 = .05, p < .05$ (Tabelle 17).

Tabelle 16

Einfache lineare Regression des Umfangs des Einsatzes des konfrontierenden Elements EMDR auf die abhängige Variable FFA-Differenzwert

Prädiktor	β	<i>df</i>	<i>t-Wert</i>	<i>p</i>
EMDR	-.17	172	-2.20	.03*

Anmerkungen: * $p < .05$

Tabelle 17

Einfache lineare Regression des Umfangs des Einsatzes des stabilisierenden Elements Imaginationsübungen auf die abhängige Variable FER-Differenzwert

Prädiktor	β	<i>df</i>	<i>t-Wert</i>	<i>p</i>
Imaginationsübungen	.22	102	2.31	.02*

Anmerkungen: * $p < .05$

Ein Mehrebenenmodell mit FFA als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin aus der Treatmentgruppe als zufälligem Faktor und Zeit, EMDR und der Interaktion von EMDR und Zeit als festen Faktoren bestätigte die Analysen der vollständigen Datensätze nicht [Interaktionseffekt von EMDR und Zeit, $F(1, 222.70) = 1.80, ns$]. Ein Mehrebenenmodell mit FER als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin aus der Treatmentgruppe als zufälligem Faktor und Zeit, Imaginationsübungen und der Interaktion von Imaginationsübungen und Zeit als festen Faktoren bestätigte die Analysen der vollständigen Datensätze ebenfalls nicht [Interaktionseffekt von Imaginationsübungen und Zeit, $F(1, 146.38) = 2.65, ns$].

In einer multiplen Regressionsanalyse zeigte sich zudem, dass der Umfang des Einsatzes der Elemente Notfallkoffer, Innere-Kind-Arbeit und stabilisierende Beobachterübung im gemeinsamen Modell den FDS-20-Differenzwert signifikant vorhersagte, $F(3, 163) = 3.86, p < .05, R^2 = .07$. Allerdings waren die Regressionskoeffizienten der Prädiktoren Notfallkoffer und Innere-Kind-Arbeit nur marginal signifikant und der Regressionskoeffizient der stabilisierenden Beobachterübung war nicht signifikant (*Tabelle 18*)³⁶.

³⁶ In einer multiplen Regressionsanalyse der Daten ohne die sieben multivariaten Ausreißer sagte der Umfang des Einsatzes der Elemente Notfallkoffer, Innere-Kind-Arbeit und stabilisierende Beobachterübung den FDS-20-Differenzwert nicht mehr signifikant vorher.

Tabelle 18

Multiple Regression des Umfangs des Einsatzes der stabilisierenden Elemente Notfallkoffer, Innere-Kind-Arbeit und stabilisierende Beobachterübung auf die abhängige Variable FDS-20-Differenzwert

Prädiktor	β	<i>df</i>	<i>t-Wert</i>	<i>p</i>
Notfallkoffer	.16	166	1.95	.05
Innere-Kind-Arbeit	.15	166	1.93	.06
Stabilisierende Beobachterübung	.06	166	0.73	.47

Ein Mehrebenenmodell mit FDS-20 als abhängiger Variable, Studienteilnehmerin aus der Treatmentgruppe als zufälligem Faktor und Zeit, Innere-Kind-Arbeit, stabilisierender Beobachterübung, Notfallkoffer und den Interaktionen von Innerer-Kind-Arbeit und Zeit, stabilisierender Beobachterübung und Zeit sowie Notfallkoffer und Zeit als festen Faktoren bestätigte die Analysen der vollständigen Datensätze [Interaktionseffekt von Innerer Kind-Arbeit und Zeit, $F(1, 212.86) = 3.59$, $p = .06$, Interaktionseffekt von Notfallkoffer und Zeit, $F(1, 213.45) = 2.89$, $p = .09$, und Interaktionseffekt von stabilisierender Beobachterübung und Zeit, $F(1, 212.18) = 1.24$, *ns*].

Bezüglich der Vorhersage der Verbesserung des Befindens (ETE) zeigte sich in einer multiplen Regressionsanalyse, dass der Umfang des Einsatzes der Elemente Innere-Kind-Arbeit und Psychoedukation im gemeinsamen Modell die Einschätzung der Verbesserung des Befindens signifikant vorhersagte, $F(2, 166) = 5.93$, $p < 0.01$, $R^2 = .07$. Die Regressionskoeffizienten der Prädiktoren Innere-Kind-Arbeit und Psychoedukation waren signifikant (Tabelle 19).

Tabelle 19

Multiple Regression des Umfangs des Einsatzes der stabilisierenden Elemente Psychoedukation und Innere-Kind-Arbeit auf die abhängige Variable ETE-Summenwert

Prädiktor	β	<i>df</i>	<i>t-Wert</i>	<i>p</i>
Psychoedukation	-.20	168	-2.63	.01**
Innere-Kind-Arbeit	.20	168	2.65	.01**

Anmerkungen: ** $p < .01$,

4.9.7 Überprüfung einer Mediation der Wirksamkeit der Therapieelemente durch die Güte der therapeutischen Beziehung

Mit Hilfe von schrittweisen Regressionsanalysen wurden mögliche Mediationen der signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Umfang des Einsatzes der stabilisierenden und konfrontierenden Einzeltherapieelemente und den abhängigen Variablen (FFA, FER, PDS, FDS-20, BDI, SOMS-7T, ETE-Skala zur Verbesserung des Befindens) durch die Güte der therapeutischen Beziehung überprüft. Die Güte der therapeutischen Beziehung wurde dabei durch die HAQ-Skala Beziehungszufriedenheit nach acht Sitzungen operationalisiert.

Es zeigte sich, dass die Zusammenhänge der stabilisierenden und konfrontierenden Therapieelemente mit der Ressourcenzunahme und der Symptomabnahme (Differenzwerte vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt) nicht durch die Güte der therapeutischen Beziehung mediiert wurden. Hingegen waren die Bedingungen der Mediation nach Baron und Kenny (1986) im Modell des Zusammenhangs zwischen Umfang der Inneren-Kind-Arbeit, Güte der therapeutischen Beziehung und Verbesserung des Befindens erfüllt. (1) Der Umfang der *Inneren-Kind-Arbeit* hatte einen signifikanten Effekt auf die abhängige Variable *Einschätzung der Verbesserung des Befindens* [$\beta = .17$, $t(168) = 2.19$, $p < .05$] und (2) auf den Mediator *Güte der therapeutischen Beziehung* [$\beta = .24$, $t(129) = 2.73$, $p < .01$]. (3) Die *Güte der therapeutischen Beziehung* sagte außerdem die *Einschätzung der Verbesserung des Befindens* vorher [$\beta = .25$, $t(146) = 3.11$, $p < .01$]. (4) In einer multiplen Regressionsanalyse mit Umfang der *Inneren-Kind-Arbeit* und *Güte der therapeutischen Beziehung* als gemeinsamen Prädiktoren wurde der Einfluss der *Inneren-Kind-Arbeit* nicht signifikant [$\beta = .16$, $t(126) = 1.80$, $p = .08$], während der Einfluss der *Güte der therapeutischen Beziehung* bestehen blieb [$\beta = .25$, $t(126) = 2.91$, $p < .01$]. Die anschließende Testung des indirekten Effekts mit dem Sobel-Test (Sobel, 1982) [$z = 1.95$, $p = .05$] und dem Bootstrapping-Test (Preacher & Hayes, 2004) [95 %-Konfidenzintervall von .0006 bis .0071 um den indirekten Effekt, $ab = .0032$] zeigte, dass dieser signifikant, aber nur sehr klein war. Das Mediationsmodell mit den Regressionsgewichten wird in *Abbildung 1* im Anhang B dargestellt.

Die Bedingungen der Mediation nach Baron und Kenny (1986) waren auch bei der Analyse des Zusammenhangs zwischen Umfang der Psychoedukation, Güte der therapeutischen Beziehung und der Einschätzung der Verbesserung des Befindens erfüllt. (1) Der Umfang der *Psychoedukation* hatte einen signifikanten Effekt auf die abhängige Variable *Einschätzung der Verbesserung des Befindens* [$\beta = -.17$, $t(167) = -2.16$, $p < .05$] und (2) auf den Mediator *Güte der therapeutischen Beziehung* [$\beta = -.25$, $t(129) = -2.93$, $p < .01$]. (3) Die *Güte der therapeutischen Beziehung* sagte außerdem die *Einschätzung der*

Verbesserung des Befindens vorher [$\beta = .25$, $t(146) = 3.11$, $p < .01$]. (4) In einer multiplen Regressionsanalyse mit Umfang der *Psychoedukation* und *Güte der therapeutischen Beziehung* als gemeinsamen Prädiktoren verschwand der Einfluss der *Psychoedukation* [$\beta = -.13$, $t(126) = -1.53$, $p = .13$], während der Einfluss der *Güte der therapeutischen Beziehung* bestehen blieb [$\beta = .26$, $t(126) = 2.98$, $p < .01$]. Die anschließende Testung des indirekten Effekts mit dem Sobel-Test [$z = 1.95$, $p = .05$] und dem Bootstrapping-Test [95 %-Konfidenzintervall von $-.0051$ bis $-.0003$ um den indirekten Effekt, $ab = -.0023$] zeigte, dass dieser signifikant, aber nur sehr klein war. Das Mediationsmodell mit den Regressionsgewichten wird in *Abbildung 2* in Anhang B dargestellt.

4.9.8 Überprüfung einer Moderation der Wirksamkeit der Therapieelemente durch die Güte der therapeutischen Beziehung

Mit Hilfe linearer Regressionen wurde überprüft, ob die Güte der therapeutischen Beziehung den Zusammenhang zwischen dem Umfang des Einsatzes der stabilisierenden und konfrontierenden Therapieelemente und den abhängigen Variablen (FFA, FER, PDS, FDS-20, BDI, SOMS-7T, ETE-Skala zur Verbesserung des Befindens)³⁷ moderierte. Die Güte der therapeutischen Beziehung wurde durch die HAQ-Skala Beziehungszufriedenheit nach acht Sitzungen operationalisiert. Im Folgenden werden nur signifikante Moderationen berichtet, die zudem mit Hilfe von simple slopes Analysen, in denen die bedingten Regressionskoeffizienten für den Moderator Güte der therapeutischen Beziehung geschätzt wurden, und mit Hilfe einer visuellen Inspektion der Konfidenzbänder genauer analysiert wurden. Für die Berechnungen wurden alle Variablen zentriert.

4.9.8.1 Moderation des Zusammenhangs von stabilisierender Beobachterübung und FFA

Eine multiple Regressionsanalyse der unabhängigen Variablen Umfang des Einsatzes der *stabilisierenden Beobachterübung* und *Güte der therapeutischen Beziehung* auf die abhängige Variable FFA-Differenzwert zeigte eine signifikante Moderation, $t(129) = 2.29$, $p < .05$. Simple slopes Analysen zeigten, dass bei unterdurchschnittlicher Ausprägung des Moderators Güte der therapeutischen Beziehung, $\beta = -0.32$, $t(129) = -2.22$, $p < .01$, der Umfang des Einsatzes der stabilisierenden Beobachterübung ein signifikanter Prädiktor für den FFA-Differenzwert war. Bei durchschnittlicher Ausprägung, $\beta = -0.11$, $t(129) = -1.44$, *ns*, und überdurchschnittlicher Ausprägung der Güte der therapeutischen Beziehung, $\beta = 0.01$,

³⁷ Bezüglich der Ausprägung der abhängigen Variablen (FFA, FER, PDS, FDS-20, BDI, SOMS-7T) wird jeweils der Differenzwert vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt genutzt.

$t(129) = 1.09$, ns , war der Umfang des Einsatzes der stabilisierenden Beobachterübung hingegen kein signifikanter Prädiktor für den FFA-Differenzwert (*Abbildung 8*). Das bedeutet, bei unterdurchschnittlicher Güte der therapeutischen Beziehung wirkte sich der Umfang des Einsatzes der stabilisierenden Beobachterübung negativ auf den FFA-Differenzwert aus, d.h. ein großer Umfang des Einsatzes der stabilisierenden Beobachterübung ging mit einer geringeren Zunahme oder einer Abnahme der Achtsamkeit einher.

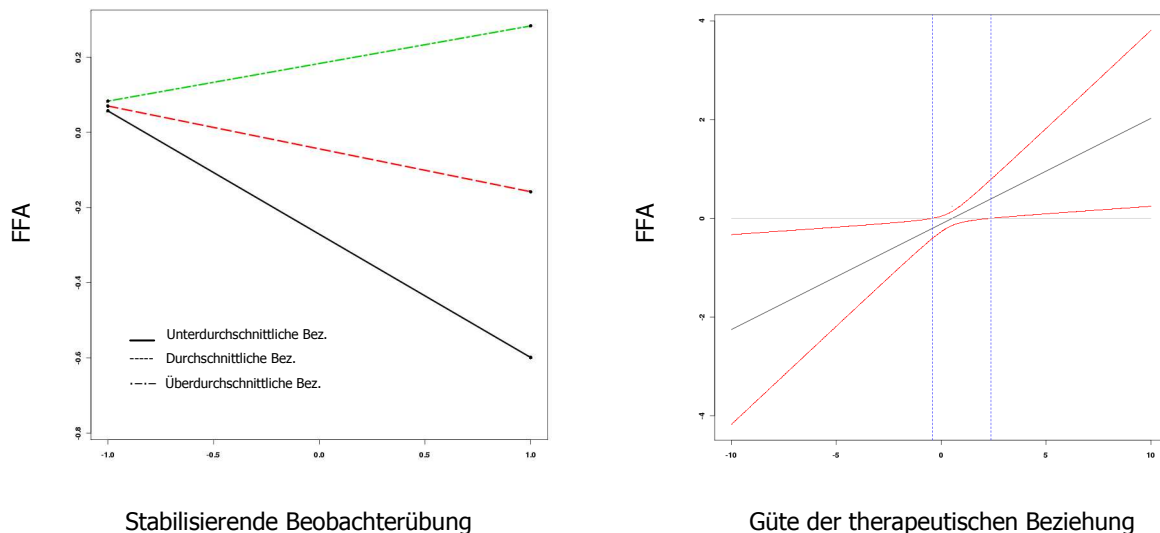


Abbildung 8: Visuelle Darstellung der Moderation des Zusammenhangs zwischen dem Umfang des Einsatzes der stabilisierenden Beobachterübung und der Achtsamkeitsentwicklung mit Simple Slopes (links) und Konfidenzbändern (rechts).

4.9.8.2 Moderation des Zusammenhangs von Achtsamkeitsübung und FFA

Eine multiple Regressionsanalyse der unabhängigen Variablen Umfang des Einsatzes der *Achtsamkeitsübung* und *Güte der therapeutischen Beziehung* auf die abhängige Variable FFA-Differenzwert zeigte eine signifikante Moderation, $t(129) = 2.03$, $p < .05$. Simple slopes Analysen zeigten jedoch, dass weder bei unterdurchschnittlicher Ausprägung des Moderators Güte der therapeutischen Beziehung, $\beta = -0.10$, $t(129) = -0.94$, ns , noch bei durchschnittlicher Ausprägung, $\beta = 0.03$, $t(129) = 0.38$, ns , oder überdurchschnittlicher Ausprägung, $\beta = 0.16$, $t(129) = 1.92$, $p = .06$, der Umfang des Einsatzes der Achtsamkeitsübung ein signifikanter Prädiktor für den FFA-Differenzwert war. Erst bei extrem überdurchschnittlicher Ausprägung des Moderators Güte der therapeutischen Beziehung war der bedingte Regressionskoeffizient des Umfangs des Einsatzes des Einzeltherapieelements Achtsamkeitsübung auf den FFA-Differenzwert signifikant.

4.9.8.3 Moderation des Zusammenhangs von Notfallkoffer und FFA

Eine multiple Regressionsanalyse der unabhängigen Variablen Umfang des Einsatzes der *Notfallkoffer-Übung* und *Güte der therapeutischen Beziehung* auf die abhängige Variable FFA-Differenzwert zeigte eine signifikante Moderation, $t(129) = 3.53, p < .01$. Simple slopes Analysen zeigten, dass bei unterdurchschnittlicher, $\beta = -0.38, t(129) = -2.71, p < .01$, und bei überdurchschnittlicher Ausprägung des Moderators Güte der therapeutischen Beziehung, $\beta = 0.21, t(129) = 2.47, p < .05$, der Umfang des Einsatzes der Notfallkoffer-Übung ein signifikanter Prädiktor für den FFA-Differenzwert war. Bei durchschnittlicher Ausprägung, $\beta = -0.09, t(129) = -1.05, ns$, war der Umfang des Einsatzes der Notfallkoffer-Übung hingegen kein signifikanter Prädiktor für den FFA-Differenzwert (*Abbildung 9*). Das bedeutet, bei unterdurchschnittlicher Güte der therapeutischen Beziehung wirkte sich der Umfang des Einsatzes der Notfallkofferübung negativ auf den FFA-Differenzwert aus, d.h. ein großer Umfang des Einsatzes der der Notfallkofferübung ging mit einer geringeren Zunahme oder einer Abnahme der Achtsamkeit einher. Demgegenüber wirkte sich bei überdurchschnittlicher Güte der therapeutischen Beziehung der Umfang des Einsatzes der Notfallkoffer-Übung positiv auf den FFA-Differenzwert aus, d.h. ein großer Umfang des Einsatzes der Notfallkoffer-Übung ging mit einer größeren Zunahme der Achtsamkeit einher.

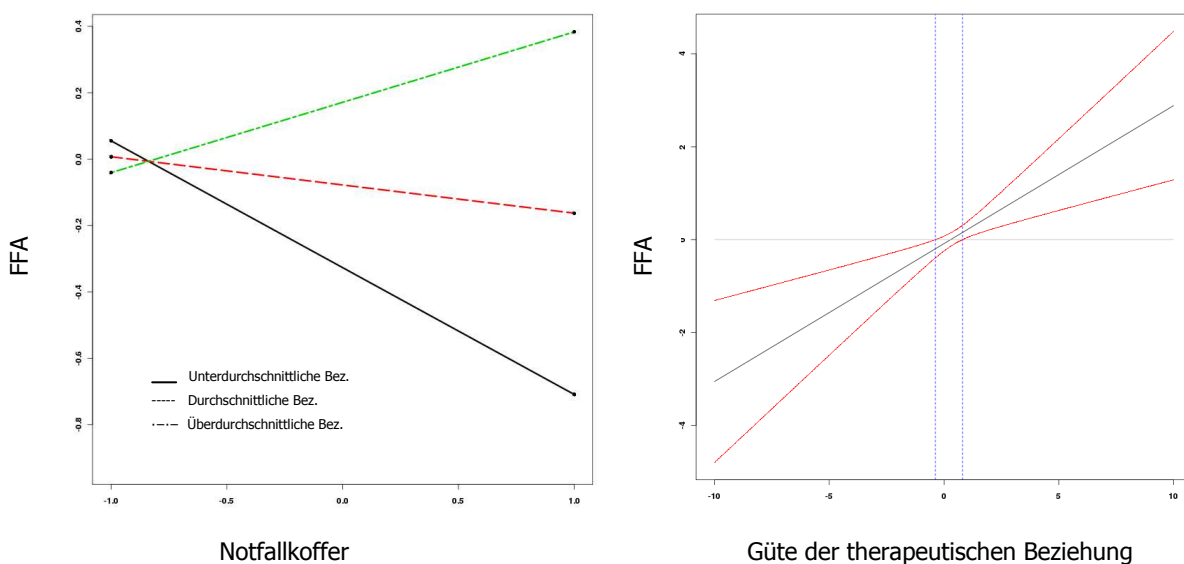


Abbildung 9: Visuelle Darstellung der Moderation des Zusammenhangs zwischen dem Umfang des Einsatzes der Notfallkofferübung und der Achtsamkeitsentwicklung mit Simple Slopes (links) und Konfidenzbändern (rechts).

4.9.8.4 Moderation des Zusammenhangs von konfrontierender Beobachterübung und PDS

Eine multiple Regressionsanalyse der unabhängigen Variablen Umfang des Einsatzes der *konfrontierenden Beobachterübung* und *Güte der therapeutischen Beziehung* auf die abhängige Variable PDS-Differenzwert zeigte eine signifikante Moderation, $t(106) = 2.07$, $p < .05$. Simple slopes Analysen zeigten jedoch, dass weder bei unterdurchschnittlicher, $\beta = -0.26$, $t(106) = -1.78$, $p = .08$, noch bei durchschnittlicher, $\beta = -0.10$, $t(106) = -1.06$, ns , oder überdurchschnittlicher Ausprägung des Moderators Güte der therapeutischen Beziehung, $\beta = 0.07$, $t(106) = 0.78$, ns , der Umfang des Einsatzes der konfrontierenden Beobachterübung ein signifikanter Prädiktor für den PDS-Differenzwert war. Erst bei extrem überdurchschnittlicher Ausprägung des Moderators Güte der therapeutischen Beziehung war der Regressionskoeffizient des Umfangs des Einsatzes der konfrontierenden Beobachterübung auf den PDS-Differenzwert signifikant.

4.9.8.5 Moderation des Zusammenhangs von stabilisierender Beobachterübung und Verbesserung des Befindens (ETE)

Eine multiple Regressionsanalyse der unabhängigen Variablen Umfang des Einsatzes der *stabilisierenden Beobachterübung* und *Güte der therapeutischen Beziehung* auf die abhängige Variable Einschätzung der Verbesserung des Befindens zeigte eine signifikante Moderation, $t(127) = 3.32$, $p < .01$. Simple slopes Analysen zeigten, dass sowohl bei unterdurchschnittlicher, $\beta = -0.46$, $t(127) = -3.27$, $p < .01$, als auch bei durchschnittlicher Ausprägung des Moderators Güte der therapeutischen Beziehung, $\beta = -0.16$, $t(127) = -2.16$, $p < .05$, der Umfang des Einsatzes der stabilisierenden Beobachterübung ein signifikanter Prädiktor für die Einschätzung der Verbesserung des Befindens war. Bei überdurchschnittlicher Ausprägung des Moderators Güte der therapeutischen Beziehung, $\beta = 0.13$, $t(127) = 1.52$, ns , war der Umfang des Einsatzes der stabilisierenden Beobachterübung hingegen kein signifikanter Prädiktor für die Einschätzung der Verbesserung des Befindens (*Abbildung 10*). Das bedeutet, bei unterdurchschnittlicher und durchschnittlicher Güte der therapeutischen Beziehung wirkte sich der Umfang des Einsatzes der stabilisierenden Beobachterübung negativ auf die Einschätzung der Verbesserung des Befindens aus, d.h. ein großer Umfang des Einsatzes der stabilisierenden Beobachterübung ging mit einer weniger positiven Einschätzung der Verbesserung des Befindens einher.

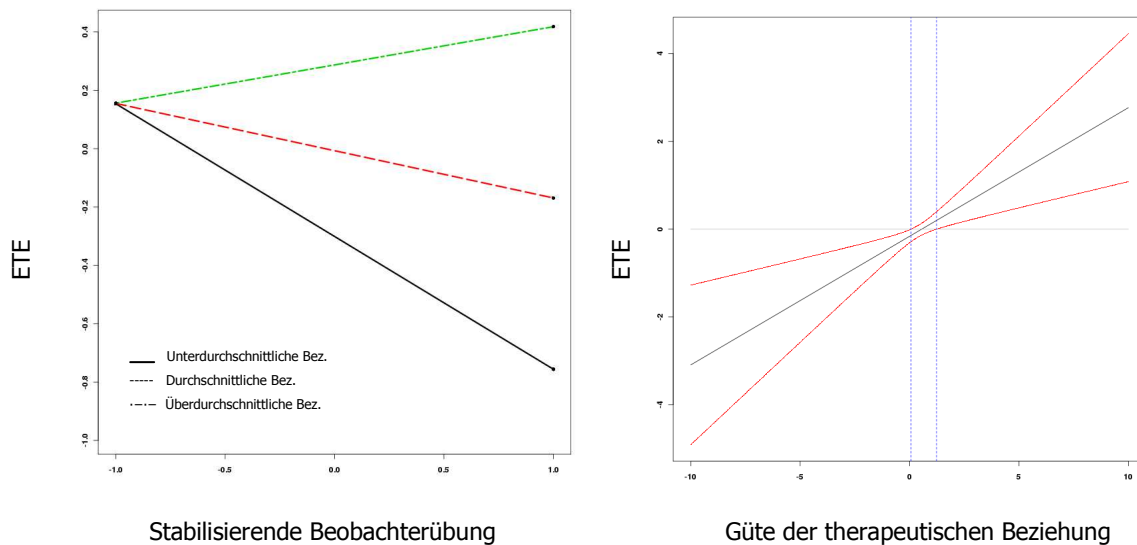


Abbildung 10: Visuelle Darstellung der Moderation des Zusammenhangs zwischen dem Umfang des Einsatzes der stabilisierenden Beobachterübung und der Verbesserung des Befindens mit Simple Slopes (links) und Konfidenzbändern (rechts).

4.9.8.6 Moderation des Zusammenhangs von Psychoedukation und Verbesserung des Befindens (ETE)

Eine multiple Regressionsanalyse der unabhängigen Variablen Umfang des Einsatzes der *Psychoedukation* und *Güte der therapeutischen Beziehung* auf die abhängige Variable der Einschätzung der Verbesserung des Befindens zeigte eine signifikante Moderation, $t(127) = 2.67, p < .01$. Simple slopes Analysen zeigten, dass bei unterdurchschnittlicher Ausprägung des Moderators Güte der therapeutischen Beziehung, $\beta = -0.24, t(127) = -2.77, p < .01$, der Umfang des Einsatzes der Psychoedukation ein signifikanter Prädiktor für die Einschätzung der Verbesserung des Befindens war. Bei durchschnittlicher, $\beta = -0.02, t(127) = -0.26, ns$, und überdurchschnittlicher Ausprägung des Moderators therapeutische Beziehung, $\beta = 0.42, t(127) = 1.98, p = .05$, war der Umfang des Einsatzes der Psychoedukation hingegen kein signifikanter Prädiktor für die Einschätzung der Verbesserung des Befindens (*Abbildung 11*). Das bedeutet, bei unterdurchschnittlicher Güte der therapeutischen Beziehung wirkte sich der Umfang des Einsatzes der Psychoedukation negativ auf die Verbesserung des Befindens aus, d.h. ein großer Umfang des Einsatzes der Psychoedukation ging mit einer weniger positiven Einschätzung der Verbesserung des Befindens einher.

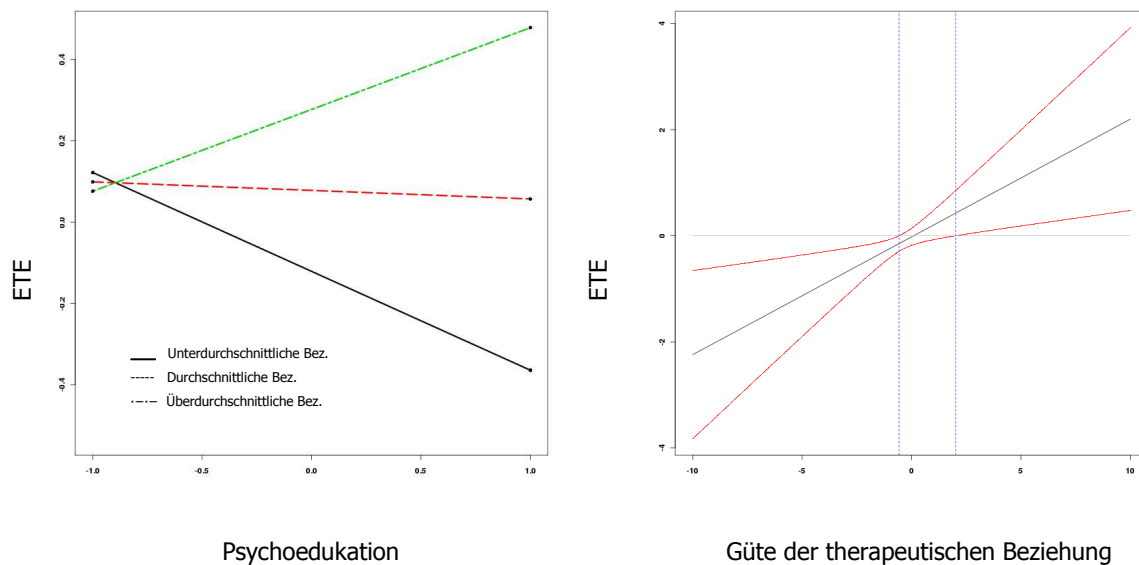


Abbildung 11: Visuelle Darstellung der Moderation des Zusammenhangs zwischen dem Umfang des Einsatzes der Psychoedukation und der Verbesserung des Befindens mit Simple Slopes (links) und Konfidenzbändern (rechts).

4.9.8.7 Zusammenfassung zu Hypothese 5

In den Completers-Analysen zeigten sich nur wenige Auswirkungen des Einsatzes stabilisierender und konfrontierender Einzeltherapieelemente auf die Ressourcenaktivierung und Symptomreduktion vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt sowie die Einschätzungen zur Verbesserung des Befindens. Zudem konnten die Mehrebenenanalysen die Ergebnisse der Analysen vollständiger Datensets nicht bestätigen, so dass es keine (eindeutigen) Belege für Effekte der Einzeltherapieelemente auf die abhängigen Variablen gibt. Auch hinsichtlich der Überprüfung ob gefundene Zusammenhänge durch die Güte der therapeutischen Beziehung vermittelt (d.h. mediiert) wurden bzw. ob die Wirksamkeit der stabilisierenden und konfrontierenden Elemente durch die Güte der therapeutischen Beziehung gelenkt (d.h. moderiert) wurde, waren die Ergebnisse nicht immer eindeutig: So zeigte sich, dass die indirekten Effekte der Inneren Kind-Arbeit beziehungsweise der Psychoedukation auf die Verbesserung des Befindens (ETE) über die therapeutische Beziehung extrem klein waren, so dass die Mediation zwar statistisch signifikant war, jedoch nicht von einer klinisch bedeutsamen Vermittlung des Effekts auszugehen ist. Desweiteren moderierte unter bestimmten Voraussetzungen die Güte der therapeutischen Beziehung den Zusammenhang von Umfang des Einsatzes der stabilisierenden und konfrontierenden Einzeltherapieelemente

auf die Ressourcenaktivierung, Symptomreduktion und die Einschätzung der Verbesserung des Befindens (ETE). Da die Ergebnisse u.a. aufgrund der sehr einseitigen Verteilungen nicht robust sind und ihre Generalisierbarkeit entsprechend eingeschränkt ist, erscheint es nicht angemessen, Implikationen spezifischer Befunde zu diskutieren, bevor neue Daten erhoben wurden. In der Diskussion wird darum vor allem auf Einschränkungen der Aussagekraft sowie Überlegungen zu einer anderen, präziseren Erfassung der Effekte einzelner Elemente fokussiert (siehe Abschnitte 5.3.3 und 5.4).

4.10 Explorative Analysen

Die Güte der therapeutischen Beziehung ist in der PITT von zentraler Bedeutung (siehe Abschnitt 1.5.3), so dass es wahrscheinlich erscheint, dass sie im Sinne eines generellen Wirkfaktors (Grawe, 2005) mit der Entwicklung von Ressourcen und Symptomen in Zusammenhang steht. Entsprechend wird der Zusammenhang zwischen der Patientinneneinschätzung der Güte der therapeutischen Beziehung und den Differenzwerten der relevanten abhängigen Variablen (FFA, FER, PDS, FDS-20, BDI, SOMS-7T, jeweils erster bis zweiter Testzeitpunkt) und damit die unmittelbare Bedeutsamkeit der Güte der therapeutischen Beziehung für die Therapiewirksamkeit untersucht (Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011; Abschnitt 4.10.1).

Anschließend wird die „subjektive Patientinnenbewertung“ als weitere Evaluationsquelle (Geiser et al., 2002; siehe Abschnitt 1.5.7) neben den Ressourcen- und Symptomfragebögen weiter analysiert. Entsprechend des Vorgehens von Geiser et al. (2002) werden die Zusammenhänge zwischen der Erfolgswilligkeit und den Differenzwerten (für den Verlauf vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt; Abschnitt 4.10.2) sowie mit den Summenwerten (des zweiten Testzeitpunktes, Abschnitt 4.10.3) der relevanten abhängigen Variablen analysiert.

Darüber hinaus wird der Umfang der Einzeltherapie näher untersucht (Abschnitt 4.10.4): Es wird überprüft, inwiefern schwer belastete Patientinnen mehr Einzeltherapie bekommen, d.h. die Behandlungsplanung der PITT an den Bedürfnissen der Patientinnen ausgerichtet ist. Weiterhin werden die Auswirkungen des Umfangs der Einzeltherapie auf die abhängigen Variablen überprüft. Abschließend werden mögliche Zusammenhänge des Umfangs der Einzeltherapie zu den Patientinnenbewertungen zur Verbesserung ihres Befindens, zur Beziehungs- und Erfolgswilligkeit sowie zur Einzeltherapie untersucht.

4.10.1 Zusammenhänge der therapeutischen Beziehung mit den Veränderungen während des Therapieverlaufs

In diesem Abschnitt werden die Zusammenhänge zwischen der Güte der therapeutischen Beziehung (HAQ-Skala) und der Entwicklung der Ressourcen (FFA, FER) und Symptome (PDS, FDS-20, BDI, SOMS-7T) im Behandlungsverlauf (erster bis zweiter Testzeitpunkt) betrachtet. Es zeigten sich signifikante Korrelationen der HAQ-Skala Beziehungszufriedenheit nach 8 Sitzungen und dem FFA-Differenzwert, $r(145) = .26, p < .01$, dem FER-Differenzwert, $r(86) = .23, p < .05$, dem PDS-Differenzwert, $r(123) = -.19, p < .05$, und dem BDI-Differenzwert, $r(144) = -.21, p < .05$. Eine hohe Beziehungszufriedenheit (Güte der therapeutischen Beziehung) ging damit mit einer Zunahme der Achtsamkeit und allgemeinen Ressourcen sowie einer Abnahme oder geringeren Zunahme der PTBS-Symptome und der depressiven Symptome einher.

4.10.2 Zusammenhänge der Erfolgswufriedenheit mit den Veränderungen während des Therapieverlaufs

Wie in der Studie von Geiser et al. (2002) wurde der Zusammenhang von Erfolgswufriedenheit (HAQ-Skala) in der Treatmentgruppe und Zunahme der Ressourcen (FFA, FER) bzw. Abnahme der Symptome (PDS, FDS-20, BDI, SOMS-7T) analysiert. Dafür wurde der Differenzwert der jeweiligen abhängigen Variable für den Verlauf vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt mit dem Summenwert der HAQ-Skala Erfolgswufriedenheit nach 8 und nach 16 Sitzungen korreliert: Es zeigten sich signifikante Zusammenhänge der HAQ-Skala Erfolgswufriedenheit (nach acht Sitzungen) und dem FFA-Differenzwert, $r(140) = .20, p < .05$, sowie dem PDS-Differenzwert, $r(119) = -.23, p < .05$. Ebenso zeigten sich signifikante Zusammenhänge der HAQ-Skala Erfolgswufriedenheit (nach 16 Sitzungen) und dem FFA-Differenzwert, $r(69) = .39, p < .01$, sowie dem PDS-Differenzwert, $r(56) = -.27, p < .05$. Eine hohe Erfolgswufriedenheit ging somit mit einer Zunahme der Achtsamkeit sowie einer Abnahme oder geringeren Zunahme der PTBS-Symptomatik einher. Die Zusammenhänge zwischen der HAQ-Skala Erfolgswufriedenheit (nach 16 Sitzungen) und dem FER-Differenzwert, $r(38) = .27, p = .09$, und dem BDI-Differenzwert, $r(65) = -.20, p = .10$, wurden marginal signifikant. Eine hohe Erfolgswufriedenheit ging somit tendenziell mit einer Zunahme der allgemeinen Ressourcen sowie einer geringeren Zunahme oder Abnahme der depressiven Symptomatik einher. Alle weiteren Korrelationen waren nicht signifikant.

4.10.3 Zusammenhänge der Erfolgswufriedenheit mit der Ressourcen- und Symptomausprägung am Behandlungsende

Wie in der Studie von Geiser et al. (2002) wurde der Zusammenhang von Erfolgswufriedenheit (HAQ-Skala) mit den Summenwerten der abhängigen Variablen am Behandlungsende (FFA, FER, PDS, FDS-20, BDI, SOMS-7T) analysiert. Es zeigten sich signifikante Zusammenhänge von Erfolgswufriedenheit und folgenden Summenwerten: Die Korrelationen von Erfolgswufriedenheit (nach acht Sitzungen) und dem FFA-Summenwert, $r(143) = .44, p < .01$, dem FER-Summenwert, $r(83) = .44, p < .01$, dem PDS-Summenwert, $r(133) = -.20, p < .05$, dem BDI-Summenwert, $r(142) = -.43, p < .01$, dem SOMS-7T-Intensitätsindex, $r(140) = -.23, p < .05$, sowie der Einschätzung der Verbesserung des Befindens (ETE-Skala), $r(141) = .52, p < .01$, wurden signifikant. Die Korrelation von Erfolgswufriedenheit (nach acht Sitzungen) und dem FDS-20-Mittelwert, $r(139) = -.14, p = .09$, wurde marginal signifikant. Die Korrelationen von Erfolgswufriedenheit (nach 16 Sitzungen) und dem FFA-Summenwert, $r(70) = .39, p < .01$, dem BDI-Summenwert, $r(67) = -.49, p < .01$, sowie der Einschätzung zur Verbesserung des Befindens, $r(68) = .39, p < .01$, wurden signifikant. Die Korrelationen von Erfolgswufriedenheit (nach 16 Sitzungen) mit dem FER-Gesamtwert, $r(38) = .25, p = .12$, sowie dem FDS-20-Mittelwert, $r(68) = -.22, p = .07$, wurden marginal signifikant. Eine hohe Erfolgswufriedenheit ging somit mit hohen Ressourcen (FFA, FER) und geringeren Symptomen (PDS, BDI, SOMS-7T) am Behandlungsende, einer positiven Einschätzung der Verbesserung des Befindens sowie tendenziell auch mit geringeren dissoziativen Symptomen am Behandlungsende einher.

4.10.4 Analysen der Zusammenhänge des Umfangs der Einzeltherapie

Es wurden die Zusammenhänge des Umfangs der Einzeltherapie zu den Ressourcen (FFA, FER) und der Symptomatik zu Therapiebeginn (PDS, FDS-20, BDI, SOMS-7T) überprüft, um zu analysieren, inwieweit schwer belastete Patientinnen mehr Einzeltherapie erhielten, es also eine „bedarfsgerechte Versorgung“ (der Patientinnen mit einem ihren Ressourcen und ihrer Symptomatik entsprechenden niedrigeren oder höheren Umfang an Einzeltherapie) gab. Anschließend wurden analog zum Vorgehen beim Umfang des Einsatzes der stabilisierenden und konfrontierenden Therapieelemente in Hypothese 5 die Zusammenhänge des Gesamtumfangs der Einzeltherapie mit den Differenzwerten der berichteten Ressourcen- (FFA, FER) und Symptomfragebögen (PDS, FDS-20, BDI, SOMS-7T) für den Verlauf vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt betrachtet. Abschließend wurden die Zusammenhänge des Gesamtumfangs der Einzeltherapie zu den Patientinnenbewertungen

der Beziehungszufriedenheit und der Erfolgswufriedenheit (HAQ-Skalen) sowie der Einzeltherapie (ETE-Item) und der Verbesserung des Befindens (ETE-Skala) überprüft.

4.10.4.1 Zusammenhänge mit den Prä-Werten der abhängigen Variablen

Es gab vier signifikante Zusammenhänge des Einzeltherapieumfangs und der Summenwerte der abhängigen Variablen zu Therapiebeginn. Der Einzeltherapieumfang korrelierte mit dem FER-Summenwert, $r(106) = -.21, p < .05$, dem PDS-Summenwert, $r(149) = .24, p < .01$, dem FDS-20-Mittelwert, $r(170) = .25, p < .01$, und dem BDI-Summenwert, $r(170) = .22, p < .01$. Darüber hinaus zeigte sich eine marginal signifikante Korrelation des Einzeltherapieumfangs mit dem SOMS-7T-Intensitätsindex, $r(164) = .14, p = .08$. Ein großer Umfang an Einzeltherapie ging somit mit einer hohen Beeinträchtigung durch die PTBS, die dissoziative, depressive und somatoforme Symptomatik und geringen allgemeinen Ressourcen zu Therapiebeginn einher. Dieses Ergebnis steht in Einklang mit einer an den individuellen Beeinträchtigungen und Bedürfnissen der Patientinnen ausgerichteten bedarfsgerechten Therapieplanung mit mehr Einzeltherapie für schwer(er) beeinträchtigte Patientinnen.

4.10.4.2 Zusammenhänge mit den Differenzwerten der abhängigen Variablen

Der Umfang der Einzeltherapie korrelierte signifikant mit dem FER-Differenzwert (für den Verlauf vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt), $r(101) = .24, p < .05$. Darüber hinaus zeigten sich keine signifikanten Zusammenhänge. Daraufhin wurde analog zum Vorgehen in Hypothese 5 (siehe Abschnitt 4.9) die Vorhersagekraft der Einzeltherapiedauer für den FER mittels einer Regressionsanalyse getestet. In einer einfachen linearen Regression zeigte sich, dass der Einzeltherapieumfang ein signifikanter Prädiktor des FER-Differenzwerts war, $F(1, 101) = 5.91, p < .05, R^2 = .06, \beta = .24, t(102) = 2.43, p < .05$. Eine multiple lineare Regression zeigte außerdem, dass der Zusammenhang von Einzeltherapieumfang und FER-Differenzwert nicht durch die Güte der therapeutischen Beziehung mediiert wurde $\beta = -0.09, t(76) = -0.71, ns$.

Darüber hinaus wurde wie in Hypothese 5 (siehe Abschnitt 4.9.8) mit Hilfe linearer Regressionen überprüft, ob die Güte der therapeutischen Beziehung den Zusammenhang zwischen Umfang der Einzeltherapie und den abhängigen Variablen (FFA, FER, PDS, FDS-20, BDI, SOMS-7T, ETE-Skala zur Verbesserung des Befindens) moderierte. Es fanden sich keine signifikanten Moderationen des Zusammenhangs zwischen Umfang der Einzeltherapie und den abhängigen Variablen durch die Güte der therapeutischen Beziehung, alle $\beta < .15$, alle $t < 1.55$, alle $p > .12$.

4.10.4.3 Zusammenhänge mit den Patientinnenbewertungen

Es gab keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Einzeltherapieumfang und den Patientinnenbewertungen der Beziehungszufriedenheit oder Erfolgswufriedenheit (HAQ-Skalen), der Einzeltherapie (ETE-Item) oder der Verbesserung des Befindens (ETE-Skala). Das bedeutet, der Einzeltherapieumfang beeinflusste die Patientinnenbewertungen nicht und liefert somit einen Hinweis auf die Angemessenheit der Bewertungen, die nicht vom Umfang der Einzeltherapie abhängen.

5 Diskussion und Implikationen

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse dieser Arbeit zunächst zusammengefasst (Abschnitt 5.1) und anschließend diskutiert (Abschnitt 5.2). Besondere Aufmerksamkeit wird auf die Diskussion zur Wirksamkeit stabilisierender (Abschnitt 5.2.1) und konfrontierender Therapieelemente (Abschnitt 5.2.2) gelegt. Die Ergebnisse zur Wirksamkeit von Gruppentherapie (Abschnitt 5.2.3) sowie zur Lenkung der Therapiewirksamkeit durch die Schwere der Traumatisierungen und zur Lenkung und Vermittlung durch die Güte der therapeutischen Beziehung werden diskutiert (Abschnitt 5.2.4) bevor Schwachstellen und damit verbundene Einschränkungen der Generalisierbarkeit der Ergebnisse dieser Arbeit beschrieben werden (Abschnitt 5.3). Abschließend werden Schlussfolgerungen und Ideen für die zukünftige Forschung zur PITT abgeleitet (Abschnitt 5.4).

5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die vorliegende Studie konnte die Hypothesen 1 und 2 und damit die Wirksamkeit der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) teilweise bestätigen: Bei Personen, die PITT erhielten, zeigte sich im Vergleich zur Kontrollgruppe eine signifikant stärkere Ressourcenaktivierung in Form einer Zunahme der Achtsamkeit und der allgemeinen Ressourcen sowie eine signifikant stärkere Reduktion der depressiven Symptomatik. Die Zunahme der Ressourcen zeigte sich vor allem im Behandlungsverlauf vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt, in den folgenden sechs Monaten nahmen die Achtsamkeit und die allgemeinen Ressourcen jedoch wieder ab. Hingegen blieb die Reduktion der depressiven Symptome auch langfristig stabil. Diese Befunde zeigten sich sowohl bei der Analyse vollständiger Datensätze (Completers) als auch in den (Mehrebenen-)Analysen aller verfügbaren Angaben (Completers und Dropouts). Allerdings waren hierbei die Belege für die Wirksamkeit der PITT in der Ressourcenaktivierung bei Berücksichtigung der Angaben von Dropouts etwas schwächer und die Belege für die Wirksamkeit der PITT in der Reduktion der depressiven Symptome etwas stärker ausgeprägt. Hinsichtlich der klinischen Bedeutsamkeit

der beschriebenen Veränderungen zeigte sich, dass sich signifikant mehr Personen der Treatmentgruppe in ihren Ressourcen- und Depressivitätswerten in klinisch bedeutsamer Weise verbesserten als Personen der Kontrollgruppe. Dieser signifikant höhere Anteil klinisch bedeutsamer Verbesserungen zeigte sich sowohl direkt nach Therapieende als auch langfristig, d.h. im Zeitraum bis zur Follow-Up-Erhebung. Darüber hinaus gab es in der Treatmentgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe im Behandlungsverlauf signifikant weniger Personen, die sich in klinisch bedeutsamer Weise in ihren Ressourcen und ihrer depressiven Symptomatik verschlechterten. Dieser signifikant höhere Anteil klinisch bedeutsamer Verschlechterungen zeigte sich allerdings nicht langfristig. Die Effektstärken lagen für den direkten Effekt der Therapie auf die Ressourcenaktivierung und Depressivitätsreduktion (d.h. die Entwicklung vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt) im mittleren bis großen Bereich, der langfristige Effekt der Therapie (d.h. die Entwicklung vom ersten zum dritten Testzeitpunkt) lag jedoch nur für die Depressivitätsreduktion im mittleren Bereich, während er für die Ressourcenaktivierung gering war. Die in Hypothese 2 angenommene PITT-Wirksamkeit in Form einer Symptomreduktion zeigte sich allerdings ausschließlich im beschriebenen Rückgang der depressiven Symptomatik. Hingegen zeigten sich weder in der PTBS-, noch in der dissoziativen oder somatoformen Symptomatik statistisch oder klinisch signifikante Veränderungen bzw. direkte oder langfristige Effekte der Therapie. Die Hypothese einer Wirksamkeit der PITT in der Reduktion der PTBS- sowie der dissoziativen und somatoformen Symptome konnte damit nicht bestätigt werden.

Die Hypothese 3 konnte ebenfalls teilweise bestätigt werden: Bezüglich der Ressourcenaktivierung und kurzfristigen Symptomreduktion war keine Gruppentherapie den anderen überlegen. In den langfristigen Effekten zeigte sich allerdings eine Überlegenheit der Krisengruppentherapie im Vergleich zur psychoedukativen Gruppentherapie sowie zur interaktionellen Gruppentherapie in der Reduktion der PTBS-Symptome und der dissoziativen Symptome sowie tendenziell auch in der Reduktion der depressiven Symptome.

Die Hypothese 4 konnte nicht eindeutig bestätigt werden. Bezüglich der Bedeutsamkeit der Traumaschwere zeigten sich unterschiedliche Ergebnisse: Während die Traumaschwere nach den Ergebnissen der Analysen vollständiger Datensätze die gefundenen Effekte nicht beeinflusst, was gegen eine Bestätigung der Hypothese 4 spricht, erbrachten die (Mehrebenen-)Analysen aller verfügbaren Angaben Hinweise auf eine Moderation der Therapiewirksamkeit durch die Traumaschwere, was für eine Bestätigung der Hypothese 4 spricht. Eine Diskussion dieser Befunde erfolgt in Abschnitt 5.2.4.

Die Hypothese 5 konnte nicht bestätigt werden, da keine eindeutigen Belege für Effekte der stabilisierenden und konfrontierenden Einzeltherapieelemente gefunden wurden. In den Completers-Analysen zeigten sich lediglich für den Umfang des Einsatzes von

Imaginationsübungen und Innerer-Kind-Arbeit positive Effekte auf die Ressourcenaktivierung und die Verbesserung des Befindens, was für eine teilweise Bestätigung der Hypothese 5 spricht. Dagegen zeigten sich für den Umfang des Einsatzes von Notfallkoffer, EMDR, Psychoedukation sowie tendenziell auch Innerer-Kind-Arbeit negative Effekte auf die Ressourcenaktivierung, die Symptomreduktion und die Verbesserung des Befindens, was gegen eine Bestätigung der Hypothese 5 spricht. Darüber hinaus gab es nur in den Completers-Analysen Effekte für den Umfang des Einsatzes einzelner Therapieelemente, während die (Mehrebenen-)Analysen aller verfügbaren Angaben mehrheitlich keine Hinweise auf derartige Effekte erbrachten. Im Hinblick auf diese Befunde ist jedoch zu berücksichtigen, dass sich die erhobenen Daten zur Überprüfung der Hypothese 5 als problematisch erwiesen: Die 12 betrachteten Therapieelemente (8 stabilisierende, 4 konfrontative) wurden oft gar nicht oder nur sehr wenig, vereinzelt aber auch sehr umfassend eingesetzt, was zu sehr schiefen Verteilungen führte und die Interpretation und Generalisierbarkeit der Ergebnisse stark einschränkt. Auch die Operationalisierung mit bis zu drei Einzeltherapieelementen pro Sitzung, die mit der jeweiligen Sitzungsdauer gewichtet wurden, erwies sich als nicht optimal. Diese Kritikpunkte werden in Abschnitt 5.3.3 noch ausführlicher diskutiert.

Trotz der dargestellten Schwierigkeiten bei der Überprüfung der Hypothese 5 wurde abschließend explorativ überprüft, welche Rolle die Güte der therapeutischen Beziehung für Effekte der stabilisierenden und konfrontierenden Einzeltherapieelemente spielt. Es zeigte sich, dass die Güte der therapeutischen Beziehung den Zusammenhang zwischen dem Umfang des Einsatzes wirksamer Einzeltherapieelemente und der Beurteilung der Verbesserung des Befindens in geringem Umfang vermittelte und darüber hinaus in einigen Fällen die Richtung des Zusammenhangs zwischen Umfang des Einsatzes der Einzeltherapieelemente und Ressourcen, Symptomen und der Einschätzung der Verbesserung des Befindens lenkte. Mögliche Implikationen dieser Befunde werden in Abschnitt 5.2.4 diskutiert.

5.2 Wirksamkeit der PITT: Befunde und Einschränkungen

In diesem Abschnitt werden die Studienergebnisse zur Wirksamkeit der PITT und ihre Implikationen diskutiert. Die Ressourcenaktivierung als Ziel der PITT wird nach den vorliegenden Ergebnissen in Form einer kurzfristigen Zunahme der Achtsamkeit und der allgemeinen Ressourcen erreicht, allerdings ist der langfristige Effekt auf die Ressourcen nur gering. Auch Lampe et al. (2008) hatten in ihrer PITT-Evaluation in der Ressourcen-Entwicklung der Fähigkeit zur Selbstberuhigung einen signifikanten Gruppenunterschied zwischen Treatment- und Kontrollgruppe gefunden. Die Autoren gaben jedoch keine

Effektstärken oder weitergehenden Analysen an, so dass ein Vergleich bezüglich der Entwicklungen der Ressourcen in ihrer Studie mit der vorliegenden Studie schwierig ist. Da Ressourcen in anderen Studien nur selten als Outputvariable genutzt wurden, gibt es auch darüber hinaus kaum Vergleichsmöglichkeiten zur Einordnung der in dieser Studie gefundenen Veränderungen der Ressourcen. Insgesamt gibt es zwar zunehmend mehr Forschung zu Ressourcen (Groß et al., 2012), jedoch liegt der Fokus passend zu Grawes (1999) Benennung der Ressourcenaktivierung als allgemeinem Wirkfaktor der Psychotherapie auf anderen Themen und Evaluationsformen: Häufig wird der (in)direkte Einfluss der Ressourcen auf den Therapieerfolg untersucht oder ihr Zusammenspiel mit anderen Wirkmechanismen wie der Problemaktualisierung (z.B. Flückiger & Grosse Holforth, 2008; Smith & Grawe, 2005; für einen Überblick siehe Groß et al., 2012). Hingegen betrachteten Deppe-Schmitz, Deubner-Böhme, Lindenmeyer und Schulz (2009) die Ressourcenentwicklung im Prä-Post-Vergleich als abhängige Variable und fanden eine Zunahme der Ressourcen in der Behandlung alkoholabhängiger Patientinnen. Im Follow Up berichteten sie jedoch nicht die weitere Ressourcenentwicklung sondern ausschließlich ihre Vorhersagekraft bezüglich der Abstinenz der Patientinnen. Somit kann zum jetzigen Zeitpunkt der Vergleich mit anderen Studien keinen Aufschluss darüber geben, ob die Ressourcenentwicklung mit einer kurzfristigen mittleren Zunahme und langfristig geringen Zunahme aufgrund der Behandlung eine typische Entwicklung darstellt. Zudem könnte die fehlende Konstanz der Ressourcenaktivierung in der Kontextabhängigkeit (vgl. Nestmann, 1996) der Ressourcen begründet sein: Möglicherweise gelingt es den Patientinnen zwar während der Behandlung in der Klinik Ressourcen zu entwickeln und zu nutzen, sie können diese aber nach ihrer Entlassung nicht in den Alltag übertragen.

Bezüglich der Symptomreduktion zeigen sich die stärksten Wirksamkeitsbelege der vorliegenden Studie in Form einer langfristigen Reduktion der depressiven Symptome. Gleichzeitig zeigt sich keine Wirksamkeit in der Reduktion der PTBS-, der dissoziativen sowie der somatoformen Symptomatik und damit für die typischen Symptome von Traumafolgestörungen. Mit der langfristigen Wirksamkeit in der Reduktion depressiver Symptome ist die PITT jedoch bei genau der Störung hilfreich, an der die meisten Patientinnen der Treatmentgruppe leiden (siehe Abschnitt 3.3.2). Ein großer Teil von ihnen profitiert durch eine klinisch bedeutsame Reduktion der depressiven Symptome langfristig von der PITT (siehe Abschnitt 4.5.1.8).

Zusammen entsprechen die in der vorliegenden Studie gefundenen Wirksamkeitsbelege der PITT in Form einer kurzfristigen Ressourcenaktivierung und einer Reduktion der depressiven Symptome den Zielen der Stabilisierungsphase (siehe Abschnitt 1.5.3.1). Allerdings ist die Reduktion der PTBS-Symptome ebenfalls ein Ziel der Stabilisierungsphase,

wenn auch nicht das primäre. Daher ist die fehlende Wirksamkeit der PITT im Bereich der PTBS-Symptome enttäuschend, denn Ziel einer traumazentrierten Therapie muss es (auch) sein, Traumafolgesymptome zu reduzieren. Angesichts der schweren Beeinträchtigungen der komplex traumatisierten Treatmentgruppe (siehe Abschnitte 4.1.1 und 4.1.2) könnte jedoch in der Mehrzahl der Behandlungen theoriekonform (siehe Abschnitte 1.5.3.1 und 1.5.3.2) eine so umfassende erste Phase der Stabilisierung der Patientinnen notwendig gewesen sein, dass die Phase der Konfrontation in der Behandlung gar nicht erreicht wurde. Da das evidenzbasierte Therapieelement der Konfrontation jedoch in der Regel zentral zur Reduktion der PTBS-Symptome beiträgt (z.B. Bradley et al., 2005; Ponniah & Hollon, 2009; Watts et al., 2013), ist der vergleichsweise geringe Anteil konfrontierender Therapieelemente in der Behandlung demnach möglicherweise ein Grund für die fehlenden Wirksamkeitsbelege der PITT im Hinblick auf die Reduktion der PTBS-Symptomatik. Anders als verhaltenstherapeutische Therapien (z.B. Ehlers & Clark, 2000; Foa et al., 2007; Neuner et al., 2013) und das EMDR (Shapiro, 1995), für deren Wirksamkeit Belege aus zahlreichen Metaanalysen (z.B. Watts et al., 2013) und Studien (z.B. Ehlers et al., 2013) vorliegen, ist die PITT damit nach den vorliegenden Ergebnissen im Bereich der Behandlung der PTBS weiterhin nicht evidenzbasiert. Darüber hinaus liegt auch keine Evidenz der PITT für die Behandlung dissoziativer Störungen vor, bezüglich derer die Forschungslage und Evidenzbasierung von Therapien insgesamt noch deutlich schlechter ist als bei der PTBS.

Allerdings sollte bei der Bewertung der vorliegenden Evaluationsergebnisse auch die Zielsetzung der PITT im Vergleich zu Therapien der PTBS berücksichtigt werden: Während das zentrale, auch in allen Metaanalysen verwendete Erfolgskriterium vor allem verhaltenstherapeutischer Therapien die Reduktion der PTBS-Symptome ist, ist die Zielsetzung der PITT und anderer psychodynamischer Therapien breiter und fokussiert zunächst auf die Sicherstellung und Erweiterung der Alltagsfunktionalität, eine Zunahme der Ressourcen sowie der Möglichkeiten zur Selbstberuhigung und Affektkontrolle (vgl. Foa et al., 2008; Reddemann, 2011; Rosner, Henkel, Ginkel & Mestel, 2010). Je nach Zieldefinition sind die vorliegenden Befunde entsprechend zu interpretieren: Bei einer engen, ausschließlich auf den Rückgang der PTBS-Symptome fokussierten Zielsetzung kann nicht von einer Wirksamkeit der PITT ausgegangen werden. Hingegen kann bei Zugrundelegung der breiteren Zieldefinition durchaus von einer Wirksamkeit der PITT (für die Ressourcenaktivierung und die Reduktion der depressiven Symptome) ausgegangen werden und die fehlende Wirksamkeit in der Reduktion der Traumafolgesymptome hat dadurch insgesamt eine geringere Bedeutung als wenn ausschließlich auf diese fokussiert wird.

In diesem Zusammenhang könnten auch die individuelle Therapieplanung und Besonderheiten des (teil-)stationären Settings fehlende Wirksamkeitsbelege in der Reduktion

der Traumafolgesymptome erklären: In der PITT wird jede Patientin mit ihren eigenen Bedürfnissen und Problemen betrachtet, es werden individuelle Therapieziele formuliert und anschließend wird ein individueller Therapieplan erstellt, in dem die Reduktion der PTBS-Symptome – je nach Beeinträchtigung der Patientin – nicht zwangsläufig die höchste Priorität hat (Reddemann, 2008, 2011). Entsprechend werden im Therapieverlauf unterschiedliche für die Patientin mit ihrer Symptomatik relevante Themen fokussiert, anstatt wie in verhaltenstherapeutischen Therapien vorwiegend manualisiert an einer Reduktion der PTBS-Symptome zu arbeiten. Zudem sind anders in ambulanten Therapien die Patientinnen während der Behandlung ausnahmslos arbeitsunfähig und die (teil-)stationäre Behandlung schafft eine Distanz zur typischen Alltagssituation. Sie wird von vielen Patientinnen genutzt, um diesbezüglich spezifische Themen (z.B. berufliche Schwierigkeiten, Partnerschaftskonflikte) anzusprechen, für die es in der Klinik auch entsprechende Angebote gibt (siehe Abschnitt 1.5.5.2). Da diese Themen oft unmittelbar mit der Stabilität und Alltagsfunktionalität der Patientinnen zusammenhängen (z.B. drohende Erwerbsminderung), werden sie – falls frühzeitig bekannt – bereits in der individuellen Therapieplanung berücksichtigt. Tauchen aktuelle Themen aber plötzlich auf, wird ihre Bearbeitung häufig spontan in die Therapie integriert, um die allgemeine Stabilität und Funktionalität der Patientinnen zu sichern und zu fördern. Entsprechend wurde in der Treatmentgruppe mit dem größten zeitlichen Umfang aller Einzeltherapieelemente an aktuellen Themen und Beschwerden gearbeitet (siehe Abschnitt 4.1.3). Solche individuellen Bedürfnisse – und entsprechend variable Therapieverläufe – sind nicht nur schwer zu operationalisieren, sie wurden in dieser Studie vielmehr gar nicht berücksichtigt. Ebenso wurde auf die Erfassung weiterer spezifischer Ergebnisvariablen (z.B. Alltagsfunktionalität, Verbesserung weiterer komorbider Symptome), die Veränderungen im Therapieprozess und damit auch die Wirksamkeit der Therapie noch genauer hätten erfassen können, verzichtet. Eine umfassendere Operationalisierung der unabhängigen und abhängigen Variablen hätte also möglicherweise mehr Wirksamkeitsbelege erbringen können.

Gleichzeitig könnte allerdings die umfangreiche Bearbeitung aktueller Themen und Beschwerden auch eine Form der Vermeidung von traumafokussierter Arbeit in der Therapie darstellen, die für die fehlende Reduktion von PTBS-, dissoziativen und somatoformen Symptomen verantwortlich sein kann. Die Vermeidung traumaassoziierter Reize ist ein typisches Symptom der PTBS (Dilling et al., 2011) und stellt im Rahmen der PITT mit ihrem individualisierten, an den Bedürfnissen der Patientinnen orientierten Vorgehen vermutlich ein größeres Problem dar, als in einer manualisierten konfrontativen Therapie, bei der die Inhalte strukturiert vorgegeben sind und weniger Freiheitsgrade für Patientinnen und Therapeutinnen bestehen. Vermeidungsverhalten kann also einerseits von Patientinnen

ausgehen, andererseits jedoch auch von Therapeutinnen. Neuner (2008) geht sogar davon aus, dass das Vermeidungsverhalten der Patientinnen durch eine Stabilisierungsphase verstärkt wird, in der sie dazu angeleitet werden, „ausgefeilte Vermeidungstechniken einzuüben“ (S.116). Hinweise auf das Vermeidungsverhalten der Patientinnen gibt in der vorliegenden Studie die Vermeidungsskala der PDS, die allerdings keinen Anstieg des Vermeidungsverhaltens der Treatmentgruppe im Therapieverlauf zeigte (siehe Abschnitt 4.5.1.3). Darüber hinaus ist die Expertise der Therapeutin zur Abklärung und Verhinderung eines möglichen Vermeidungsverhaltens der Patientin und zur angemessenen individuellen Therapieplanung sowie zum (auch eigenen nicht vermeidenden und) angemessenen Umgang mit dem Trauma maßgeblich. Diese wurde zwar nicht erfasst, da die Therapeutinnen jedoch traumaspezifisch ausgebildet sind und ihr Vorgehen in der Inter- und Supervision reflektieren, ist davon auszugehen, dass sie Vermeidungssymptome der Patientinnen erkennen, in der Therapie aufgreifen und bearbeiten sowie auch angemessen mit eigenen Vermeidungsimpulsen umgehen.

Eine weitere Erklärung für fehlende Wirksamkeitsbelege könnten die – bereits in Zusammenhang mit der Notwendigkeit einer umfangreichen Stabilisierung beschriebenen – Beeinträchtigungen der Treatmentgruppe und die Schwere der erlebten Traumatisierungen sein. Spitzer, Barnow, Freyberger und Grabe (2007) zeigten, dass sich dissoziative Symptome negativ auf die Therapieergebnisse – operationalisiert über den globalen Beeinträchtigungsindex der Symptomcheckliste 90-R – einer psychodynamischen Kurzzeittherapie auswirkten. Sie vermuteten einen direkten sowie einen indirekten, über die Ausprägung eines dysfunktionalen Bindungsstils vermittelten Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Dissoziation und dem Therapieergebnis. Auch die vorliegende Studie umfasst viele Patientinnen mit dissoziativen Störungen (siehe Abschnitt 3.3.2) sowie vermutlich auch Bindungsstörungen, was ebenfalls dazu beigetragen haben könnte, dass die Therapie nicht zu einer Reduktion der traumaspezifischen Symptome führte. Darüber hinaus können auch die Art und die Schwere der Traumatisierungen das Therapieergebnis negativ beeinflussen: Van Minnen et al. (2002) fanden, dass Patientinnen, die wiederholte Traumatisierungen, Traumatisierungen in der Kindheit und Traumatisierungen durch Menschen erlebt hatten – also ein mit der Treatmentgruppe dieser Arbeit vergleichbares Klientel – am Behandlungsende mehr Symptome aufwiesen. Zudem beschreiben Duffy, Gillespie und Clark (2007) geringere Effekte der Therapie bei hoher Depressivität zu Therapiebeginn und wenn das Trauma bereits längere Zeit zurücklag. Dass auch die überwiegende Zahl der Patientinnen in der Treatmentgruppe an einer depressiven Störung leidet (siehe Abschnitt 3.3.2) und häufig bereits in der (länger zurückliegenden) Kindheit traumatisiert wurde (siehe

Abschnitte 4.1.1 und 4.1.2), könnte also möglicherweise ebenfalls dazu beigetragen haben, dass die PITT-Behandlung nicht zu einer Reduktion der traumaspezifischen Symptome führte.

Insgesamt ist die Befundlage bezüglich der Zusammenhänge von Charakteristika und Schwere der Beeinträchtigungen und Traumatisierungen mit schlechteren Therapieergebnissen jedoch nicht einheitlich (für einen Überblick siehe Ehlers et al., 2013). In anderen Therapieevaluationsstudien zeigten sich nämlich auch bei komplex traumatisierten und beeinträchtigten Patientinnen deutliche Wirksamkeitsbelege in Form einer Reduktion der PTBS-Symptome: McDonagh et al. (2005) fanden, dass eine verhaltenstherapeutische (konfrontative und kognitive) sowie eine gegenwartsbezogene Therapie für sexuell missbrauchte Frauen zu einer Reduktion der PTBS-Symptome und der Ängste, nicht aber zu einer Reduktion der depressiven und dissoziativen Symptome, des Ärgers, der Feindseligkeit und zudem auch nicht zu einer Erhöhung der allgemeinen Lebensqualität führte. Dagegen bestätigte sich die Wirksamkeit von Verhaltenstherapie (kognitive und konfrontative Therapie) in allen abhängigen Variablen und auch zum Follow-Up-Zeitpunkt (nach neun Monaten bzw. einem Jahr) in den Studien von Resick et al. (2003, [komplexe] PTBS und Depression) sowie Chard (2005, PTBS, Dissoziation, Depression). Zudem hatten Lampe et al. (2008) gezeigt, dass auch die PITT wirksam in der Behandlung chronisch traumatisierter Patientinnen ist (siehe Abschnitt 1.5.6). Allerdings hatte sich in ihrer Studie die Wirksamkeit durch eine Zunahme der Fähigkeit zur Selbstberuhigung und eine Reduktion der depressiven und somatoformen Symptome sowie der Ängstlichkeit gezeigt, aber ebenfalls nicht in Form einer Reduktion der PTBS- oder dissoziativen Symptomatik. Lediglich ein marginal signifikanter Effekt auf die Reduktion des PTBS-Symptoms der Vermeidung deutete auf eine mögliche spezifische PITT-Wirksamkeit in der Reduktion der Traumafolgesymptome komplex traumatisierter Patientinnen hin. Eine Reduktion der PTBS-Symptome ist also auch bei komplex beeinträchtigten und schwer traumatisierten Patientinnen möglich und die fehlenden Wirksamkeitsbelege der PITT sind insofern ein großer Schwachpunkt.

Allerdings zeigen sich in der vorliegenden Arbeit auch Belege für Effekte der Therapie im Hinblick auf spezifische PITT-Ziele: Mit der – nach Einschätzung der Patientinnen – hohen Güte der therapeutischen Beziehung (siehe Abschnitt 4.1.4) wird ein wichtiges Therapieziel der PITT erreicht (Reddemann, 2008). Und da sowohl die therapeutische Beziehung als auch die Ressourcenaktivierung zudem zu den allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie nach Grawe (1995; 2005) zählen, kann diesbezüglich von einer Wirksamkeit der PITT ausgegangen werden. Wie die Beurteilung der Güte der therapeutischen Beziehung ist auch die Erfolgswilligkeit der Patientinnen überdurchschnittlich ausgeprägt (siehe Abschnitt 4.1.4), die eng mit dem Ausmaß der Symptomatik am Behandlungsende (klinische

Signifikanz) und weniger mit der Symptomreduktion im Rahmen der Behandlung (statistische Signifikanz) zusammenhängt und bei einigen Forschern als wichtige Evaluationsquelle gilt (Geiser et al., 2002). Subjektive Einschätzungen der Patientinnen wurden auch bei der Beurteilung der Behandlungsangebote (siehe Abschnitt 4.1.5) sowie im Hinblick auf die Veränderungen bezüglich ihrer Beschwerden, ihrer Fähigkeiten zur Selbstberuhigung und ihres Sicherheitsgefühls berücksichtigt, die insgesamt überdurchschnittlich positiv ausfielen (siehe Abschnitt 4.7). Insgesamt schätzten die mit PITT behandelten Patientinnen die Behandlung also als hilfreich und effektiv ein.

Da die vorliegenden Ergebnisse wie beschrieben unterschiedlich bewertet werden können, soll die PITT abschließend mit Hilfe der Kriterien der evidenzbasierten Medizin (ebM, siehe Abschnitt 1.3) eingeordnet werden: Die ebM-Kriterien der Berücksichtigung der klinischen Erfahrung sowie der Bedürfnisse der Patientinnen können in der PITT als erfüllt angesehen werden. So spielen die klinischen Erfahrungen der Therapeutin bei der Erstellung des individuellen Behandlungsplanes eine wichtige Rolle und die spezifischen Symptome und Bedürfnisse der Patientin werden ständig berücksichtigt. Zudem werden in der PITT mit Konfrontation und Skillstraining Elemente eingesetzt, für die eine Evidenzbasierung (drittes ebM-Kriterium) vorliegt. Hingegen kann über die Evidenzbasierung der PITT insgesamt noch keine abschließende Aussage getroffen werden, da noch zu wenige Studien vorliegen. Die vorliegende Studie erbringt diesbezüglich lediglich Hinweise auf eine Evidenzbasierung der PITT in der Behandlung depressiver Störungen sowie kurzfristig auch in der Ressourcenaktivierung, allerdings nicht in der Behandlung der PTBS sowie dissoziativer und somatoformer Symptome.

Im Hinblick auf schwer belastete Patientinnen (wie in der vorliegenden Studie) ist zudem bedeutsam, dass es aufgrund der wenigen Studien aktuell keine Therapie zur Behandlung komplexer Traumafolgestörungen gibt, die den ebM-Kriterien vollständig entspricht (vgl. Courtois et al., 2011). Entsprechend kommt der klinischen Erfahrung bei der Behandlung komplexer Traumafolgestörungen eine noch größere Bedeutung zu. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass das Phasenmodell der PITT insgesamt den Empfehlungen internationaler Experten (Cloitre, 2009; Courtois et al., 2011; Sack, 2004; van der Hart et al., 2008) und den deutschen Leitlinien (Flatten et al., 2011) entspricht: Das evidenzbasierte Element der Konfrontation wird in der PITT bei ausreichender Stabilität der Patientin eingesetzt. Dabei erfolgt die Einschätzung, wann eine Patientin hinreichend stabil ist, aufgrund klinischer Erfahrung und anhand spezifischer Kriterien hinsichtlich Alltagsfunktionalität, Suizidalität, selbstverletzendem Verhalten sowie der Möglichkeiten der Patientin zur Affektkontrolle und Selbstberuhigung. Daher scheint die PITT (vorerst) zur Behandlung komplex traumatisierter Patientinnen geeignet.

5.2.1 Nutzung und Wirksamkeit der stabilisierenden Therapieelemente

Die Phase der Stabilisierung ist zentraler Bestandteil der PITT, was sich auch in den vorliegenden Ergebnissen zeigt: Pro Behandlung wurden stabilisierende Therapieelemente in einem größeren Umfang eingesetzt als konfrontierende Therapieelemente (Abschnitt 4.1.3). Die vorliegenden Ergebnisse zeigen allerdings keine (eindeutigen und belastbaren) Befunde für Zusammenhänge zwischen dem Umfang des Einsatzes stabilisierender Einzeltherapieelemente im Rahmen der PITT und einer Ressourcenzu- oder einer Symptomabnahme. Implikationen und mögliche Ursachen dieser Ergebnisse werden in diesem Abschnitt diskutiert.

Aufgrund des Stabilisierungsschwerpunktes der PITT sind die fehlenden (eindeutigen und belastbaren) Wirksamkeitsbelege enttäuschend. Allerdings sind bei der Diskussion der Befunde erneut das individualisierte Behandlungsvorgehen der PITT sowie Schwächen und Probleme in der Erfassung und Auswertung der erhobenen Einzeltherapiedaten zu berücksichtigen (siehe auch Abschnitt 5.3.3): Zwar wurde versucht, den Einsatz stabilisierender, konfrontierender und weiterer Einzeltherapieinhalte angemessen zu erfassen, durch die vorgelegte Einzeltherapieübersicht konnte letztendlich aber die Breite der in der Praxis eingesetzten Elemente der PITT nicht annähernd abgebildet werden. So zeigten Rückmeldungen der Therapeutinnen, dass diese auch mit vielen anderen als den dort vorgegebenen Elementen arbeiten (z.B. kognitive Umstrukturierung) und gerade in längeren Sitzungen mehr als drei Elemente einsetzen, die aufgrund der Vorgaben zum Ausfüllen der Einzeltherapieübersicht (siehe Abbildung 4, Anhang C) allerdings nicht angegeben werden konnten und daher in der vorliegenden Studie nicht berücksichtigt wurden. Somit könnte ein Grund für die fehlenden Zusammenhänge zwischen dem Umfang des Einsatzes der Elemente und der Ressourcenzu- bzw. der Symptomabnahme sein, dass die Auswahl von genau drei in einer Sitzung eingesetzten Therapieelementen die praktische PITT-Arbeit nicht angemessen abbildet. Auch ist denkbar, dass mit Hilfe der Einzeltherapieelemente möglicherweise erreichte kurzfristige Veränderungen (z.B. allgemeine Stabilität und Funktionalität der Patientinnen) durch Befragungen am Behandlungsende und sechs Monate später nicht abgebildet werden (können), möglicherweise aber (besser) in einer Prozessevaluation nachweisbar gewesen wären.

Trotz der beschriebenen Probleme stellt die Erfassung des Umfangs der eingesetzten (stabilisierenden und konfrontierenden) Einzeltherapieelemente durch Angaben der Therapeutin nach jeder Sitzung eine Besonderheit und Stärke dieser Studie dar. In anderen Untersuchungen wird Stabilisierung häufig nur als Bestandteil eines phasenorientierten Vorgehens evaluiert (Cloitre et al., 2002; Cloitre et al., 2010). Dabei wird die Wirksamkeit

der Stabilisierung(sphase) durch eine Zwischenmessung nach einer gewissen Anzahl stabilisierender Sitzungen erfasst. In anderen Studien werden stabilisierende (z.B. Stressimpfungstraining) und konfrontierende (z.B. Exposition) sowie manchmal auch gemischte Behandlungsverfahren (z.B. Stressimpfungstraining und Exposition) mit gleicher Stundenzahl manualisiert durchgeführt und anschließend die Wirksamkeit verglichen (z.B. Foa et al., 1999). Eine solche Evaluation ist jedoch in der PITT nicht möglich, da der Einsatz grundlegender Techniken auf die individuellen Bedürfnisse der jeweiligen Patientin abzustimmen ist und darum in unterschiedlichem Ausmaß erfolgt (Reddemann, 2011). Demnach stellen Angaben der Therapeutinnen zum Umfang der eingesetzten Einzeltherapieelemente die einzige durchführbare und ansatzweise valide Möglichkeit zur Erfassung der individuell unterschiedlichen Einzeltherapieinhalte dar.

Neben den beschriebenen methodischen Problemen ist eine mögliche Ursache für fehlende (eindeutige und belastbare) Wirksamkeitsbelege stabilisierender Therapieelemente, dass diese tatsächlich nicht wirksam bei der Behandlung von Traumafolgestörungen sind. Neuner (2008) ist der Ansicht, dass Patientinnen während der Stabilisierungsphase durch das Fehlen einer Konfrontation eine „nachweislich effektive, evidenzbasierte Therapie verwehrt“ (S. 116) wird.

So ist die Bedeutsamkeit stabilisierender Therapieelemente für den Therapieerfolg bisher nur in wenigen Studien gezeigt worden: Effekte einer (überwiegend) stabilisierenden Behandlung traumatisierter Patientinnen finden sich allerdings bei Cloitre et al. (2010). Patientinnen erhielten entweder eine phasenorientierte PTBS-Behandlung mit einem Skillstraining zur Stabilisierung und anschließender Konfrontation, eine (zunächst unterstützende, jedoch) schwerpunktmäßig konfrontative Behandlung oder eine rein stabilisierende Behandlung ohne Konfrontation. Insgesamt zeigten die Ergebnisse eine Überlegenheit der phasenorientierten PTBS-Behandlung vor allem gegenüber der schwerpunktmäßig konfrontativen Behandlung in der Reduktion der PTBS-Symptomatik, der interpersonellen Probleme und der Angst der Patientinnen sowie einer Erhöhung ihrer Möglichkeiten Ärger auszudrücken und soziale Kontakte zu nutzen. Darüber hinaus war die rein stabilisierende Behandlung deskriptiv wirksamer als die Behandlung, die schwerpunktmäßig Konfrontation beinhaltet. Weitere Studien der Forschergruppe um Cloitre bestätigten die Wirksamkeit eines phasenorientierten Vorgehens in der Reduktion der PTBS-Symptome und von Ängsten sowie weiterer traumaassoziierter Ergebnisvariablen (Cloitre et al., 2002; Cloitre et al., 2004). Allerdings stellten Rosner et al. (2010) fest, dass sich die allgemeine Belastung von Patientinnen nach einer überwiegend stabilisierenden traumazentrierten Behandlung deutlich stärker reduzierte als die dissoziativen und PTBS-

Symptome. Dieser Befund unterstreicht die Bedeutung der Hinzunahme weiterer abhängiger Variablen in der PITT-Evaluation (siehe Abschnitt 5.4).

Des Weiteren zeigte eine Metaanalyse von Kehle-Forbes et al. (2013) zur Wirksamkeit zusätzlicher (u.a. stabilisierender) Elemente in Kombination mit Konfrontation (z.B. kognitive Umstrukturierung, Affekt- und Skillstraining) kleine Effekte der „Exposition-Plus“-Bedingung, die aufgrund der insgesamt kleinen Effektstärke jedoch praktisch nicht bedeutsam waren. Demgegenüber beobachteten andere Autoren eine Unterlegenheit stabilisierender Therapieelemente gegenüber konfrontativen Verfahren: So zeigten Foa et al. (1999), dass die alleinige Exposition einem Stressimpfungstraining sowie einem Stressimpfungstraining mit Exposition hinsichtlich der Reduktion der PTBS-, der depressiven und der Angstsymptomatik überlegen war. Und Studien zur narrativen Expositionstherapie (NET) zeigten eine Überlegenheit des konfrontativen Therapieansatzes gegenüber einem Stressimpfungstraining (Hensel-Dittmann et al., 2011) sowie gegenüber einem rein psychoedukativen Vorgehen (Bichescu, Neuner, Schauer & Elbert, 2007). Insofern bedeuten die fehlenden Wirksamkeitsbelege stabilisierender Einzeltherapieelemente möglicherweise reale Schwächen dieser Therapieform in der Behandlung komplex traumatisierter Patientinnen, die ernst zu nehmen und in weiteren Studien zu evaluieren sind.

Im Hinblick auf die Kriterien der evidenzbasierten Medizin kann der Einsatz stabilisierender Elemente wie folgt eingeordnet werden: Viele Therapeutinnen (z.B. Courtois et al., 2011; Reddemann, 2011; van der Hart et al., 2008) gehen aufgrund ihrer klinischen Erfahrungen von einer Wirksamkeit und Notwendigkeit stabilisierender Techniken aus. Rosner et al. (2010) fanden in einer Katamneseuntersuchung, in der sie sexuell missbrauchte Frauen vier Jahre nach einer traumaspezifischen stationären Therapie erneut befragten, dass etwa 28 Prozent in der Zwischenzeit eine weitere stabilisierende und 13 Prozent eine konfrontative Behandlung bekommen hatte. Dies belegt, dass die Stabilisierung im deutschen Versorgungssystem, welches ebenfalls in gewisser Hinsicht auf klinischer Erfahrung beruht, eine bedeutsame Rolle spielt. Darüber hinaus wird auch das ebM-Kriterium der Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Patientin beim Einsatz der Stabilisierung erfüllt: Die Patientin wird solange stabilisierend behandelt wie nötig, d.h. bis eine ausreichende Stabilität vorliegt, um konfrontativ mit ihr zu arbeiten. Das Kriterium der Evidenzbasierung des Einsatzes stabilisierender Therapieelemente kann aufgrund der aktuellen Forschungslage (noch) nicht als erfüllt angesehen werden: Aktuell gibt es keine Belege kontrollierter wissenschaftlicher Studien für die alleinige Wirksamkeit stabilisierender Therapieelemente, sondern ausschließlich für ein phasenorientiertes Vorgehen (Cloitre et al., 2002; Cloitre et al., 2010). Aufgrund der wenigen randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) zur Wirksamkeit von Stabilisierung wird ihre Notwendigkeit zudem von vielen

Forscherinnen in Frage gestellt und ihr Einsatz teilweise kritisiert (siehe Abschnitt 1.3.2). Für die abschließende Bewertung der Evidenzbasierung des Einsatzes stabilisierender Therapieelemente ist es also unbedingt nötig weiterhin die Wirksamkeit stabilisierender Therapieelemente (der PITT) bzw. die Wirksamkeit von Stabilisierung insgesamt zu prüfen. Dabei sind insbesondere auch die in Abschnitt 1.7.2 beschriebenen Überlegungen zum Einsatz von RCTs und naturalistischen Studien in der empirischen (Evaluations-)Forschung von Bedeutung.

Zusammenfassend geben die Ergebnisse der vorliegenden Studie zwar Hinweise auf die Wirksamkeit der (überwiegend) stabilisierenden Gesamtbehandlung in der kurzfristigen Ressourcenaktivierung und der Reduktion der depressiven Symptome, allerdings nicht in der Reduktion der Traumafolgesymptome und damit einem zentralen Indikationsbereich. Ebenso wurden keine eindeutigen und belastbaren Effekte gefunden, die auf den Einsatz spezifischer stabilisierender wie auch (im folgenden Abschnitt diskutierter) konfrontierender Einzeltherapieelemente zurückgingen.

5.2.2 Nutzung und Wirksamkeit der konfrontierenden Therapieelemente

Konfrontierende Therapieelemente als zweiter Teil der PITT-Phasenbehandlung werden in der Einzeltherapie in deutlich geringerem Umfang eingesetzt als stabilisierende Therapieelemente (siehe Abschnitt 4.1.3). Allerdings zeigen sich auch hier keine (eindeutigen und belastbaren) Zusammenhänge zwischen dem Umfang des Einsatzes konfrontierender Einzeltherapieelemente im Rahmen der PITT und einer Ressourcenzunahme oder einer Symptomreduktion. Implikationen und mögliche Ursachen dieser Ergebnisse werden in diesem Abschnitt diskutiert.

Fehlende Zusammenhänge zwischen dem Umfang des Einsatzes konfrontierender Therapieelemente und der Ressourcenzu- bzw. Symptomabnahme stehen im Gegensatz zur klaren Evidenzbasierung von Konfrontation und Befunden aus vielen Studien und Metaanalysen (siehe Abschnitt 1.7.1). Schließlich wurde bei einem Großteil der Personen, die in dieser Studie mittels konfrontierender Elemente behandelt wurden, mit EMDR ein erwiesenermaßen wirksames Verfahren eingesetzt (z.B. Cahill et al., 1999; Davidson & Parker, 2001; Watts et al., 2013) und in einer früheren Studie zur PITT-Evaluation hatte sich eine Überlegenheit des (stabilisierenden und) konfrontierenden Vorgehens gegenüber einem rein stabilisierenden Vorgehen gezeigt (Bebermeier, 2007).

Warum also kann die Ressourcenzu- und Symptomabnahme in der vorliegenden Studie nicht auf konfrontierende und damit evidenzbasierte Therapieelemente zur Behandlung der PTBS zurückgeführt werden? Eine Erklärung könnte darin bestehen, dass die konfrontierenden Elemente in zu geringem Umfang eingesetzt wurden (siehe Schnurr et al.,

2003). Im Vergleich zu evidenzbasierten konfrontativen (z.B. Neuner et al., 2013) aber auch phasenorientierten Therapien (Cloitre et al., 2002) werden konfrontierende Therapieelemente in der vorliegenden Studie nicht nur seltener sondern auch in zeitlich geringerem Umfang genutzt (siehe Abschnitt 4.1.3). Der geringe Umfang konfrontierender Elemente war bereits als mögliche Ursache für die fehlenden Wirksamkeitsbelege der PITT im Hinblick auf die Reduktion der PTBS-Symptomatik in der Treatmentgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe in Betracht gezogen worden (siehe Abschnitt 5.2).

Insgesamt ist jedoch zu beachten, dass nicht nur in der PITT, sondern auch ganz allgemein konfrontierende Therapieelemente von praktisch arbeitenden Therapeutinnen selten eingesetzt werden (z.B. Becker, Zayfert & Anderson, 2004; Foa, Gillihan & Bryant, 2013). Als Hauptgründe nannten Therapeutinnen in einer Studie von Becker et al. (2004) mangelnde Routine im Einsatz, die Bevorzugung eines individualisierten Behandlungsvorgehens sowie eine befürchtete Dekompensation der Patientinnen in Folge der Konfrontation. Der seltene Einsatz konfrontierender Elemente im Rahmen der PITT wird ebenfalls so begründet: In der PITT ist das Behandlungsvorgehen ausschließlich individualisiert. Aufgrund ihrer klinischen Erfahrung von Symptomzunahmen und Retraumatisierungen bei zu früher oder nicht indizierter Konfrontation prägte Reddemann (2001) in der Entwicklung der PITT die auch heute noch zentrale Grundhaltung, dass konfrontierende Therapieelemente erst bei ausreichender und gesicherter Stabilität der Patientin eingesetzt werden. Mittlerweile definierte Reddemann (2011, siehe auch Abschnitt 1.5.3.2) zwar Kontraindikationen einer Traumakonfrontation, allerdings mangelt es an eindeutigen Kriterien für eine ausreichende Stabilität als Voraussetzung des Einsatzes konfrontierender Therapieelemente. So bleibt Raum für Unsicherheit und Befürchtungen der Therapeutinnen, wann konfrontierende Elemente in der PITT eingesetzt werden sollten, was den geringen Umfang ihres Einsatzes erklären kann. Allerdings sollten durch das klinische Behandlungssetting mit multiprofessionellem Team und Supervision fehlerhafte Indikationsstellungen und Unsicherheiten bezüglich der Nutzung konfrontierender Elemente reduziert werden können. Daher ist eher davon auszugehen, dass der geringe Umfang des Einsatzes konfrontierender Therapieelemente in der ausgeprägten Instabilität der Patientinnen begründet ist und die Phase der Stabilisierung (noch) im Fokus der individuellen Therapie steht (siehe Abschnitt 1.5.3). Diese Annahme kann durch Ergebnisse einer früheren Studie gestützt werden: Franzke (2012) zeigte, dass rund ein Drittel der in der Klinik für psychotherapeutische und psychosomatische Medizin behandelten Patientinnen bereits einen Suizidversuch unternommen hatte und sich rund die Hälfte selbst verletzte. Es ist daher möglich, dass der geringe Umfang des Einsatzes konfrontierender Therapieelemente mit vorliegenden Kontraindikationen bei den Patientinnen zusammenhängt. Diesbezüglich ist

allerdings zu beachten, dass Reddemanns (2008, 2011) Definition von Kontraindikationen zum Einsatz konfrontierender Therapieelemente nicht von allen Forscherinnen geteilt wird. So nehmen Foa, Zoellner, Feeny, Hembree und Alvarez-Conrad (2002) potenzielle negative Folgen einer Konfrontation lediglich bei Patientinnen an, die noch Täterinnenkontakt haben, an einer hirnrnorganischen Störung, Schizophrenie, bipolaren Störung oder Substanzmittelabhängigkeit leiden und definieren damit deutlich weniger Kontraindikationen (vgl. auch Neuner, Schauer, Klaschick, Karunakara & Elbert, 2004).

Auch bezüglich der von Therapeutinnen befürchteten Dekompensation von Patientinnen (siehe Becker et al., 2004) gibt es uneinheitliche Befunde: In Folge der Konfrontation gab es in einigen Fällen eine Symptomzunahme (Pitman et al., 1991; Tarrier et al., 1999) oder eine größere Anzahl an Therapieabbrüchen (McDonagh et al., 2005; siehe Abschnitt 1.7.2). Hembree et al. (2003) zeigten dagegen, dass der Anteil an Therapieabbrüchen in konfrontativen Traumatherapien nicht erhöht war. Zudem zeigten Foa et al. (2002), dass Konfrontation zwar bei einigen Patientinnen mit komplexer PTBS zwischenzeitlich mit einer Symptomzunahme einherging, diese jedoch keine Auswirkungen auf die Wirksamkeit der Therapie bezüglich der Reduktion der PTBS-, der Angst- sowie der depressiven Symptome insgesamt hatte. Allerdings hatte in dieser Studie von Foa et al. (2002) nur ein geringer Anteil der Patientinnen sexuellen Missbrauch erlebt, während die Patientinnen in der vorliegenden Studie im Durchschnitt schwere bis extreme sexuelle und emotionale Traumatisierungen sowie mäßige bis schwere körperliche Traumatisierungen erlebt haben (siehe Abschnitt 4.1.2). Befunde, dass der Einsatz konfrontativer Therapieelemente nicht mit dauerhaften Nachteilen verbunden ist, können also nicht uneingeschränkt auf die in der vorliegenden Studie untersuchte Patientinnengruppe übertragen werden. Zusammengefasst gibt es nach aktuellem Forschungsstand zwar keine eindeutigen Belege für negative Effekte der Konfrontation, der geringe Umfang des Einsatzes konfrontierender Therapieelemente in der vorliegenden Studie scheint aber dennoch mit den von Reddemann (2011) sowie auch in den deutschen Leitlinien (Flatten et al., 2011) beschriebenen Kontraindikationen zusammenzuhängen, die schwerpunktmäßig auf klinischer Erfahrung und einzelnen Studien beruhen.

Eine weitere mögliche Erklärung für den geringen Einsatz konfrontierender Therapieelemente kann Vermeidungsverhalten von Patientinnen (oder Therapeutinnen) sein (siehe Abschnitt 5.2). Jaeger, Echiverri, Zoellner, Post und Feeny (2009) fanden Hinweise, dass die Überzeugungen der Patientinnen über die Notwendigkeit über das Trauma zu sprechen und die Wirksamkeit der Behandlung sowie ihre wahrgenommene Hilfsbedürftigkeit, jedoch nicht ihre Angst vor der Konfrontation, ihre Einstellung zu konfrontierenden Therapieelementen beeinflussten. Anders als in konfrontativen (Foa et al.,

2007; Neuner et al., 2013) und traumafokussierten kognitiven Therapien (Ehlers & Clark, 2000) – jedoch übereinstimmend mit den vorläufigen Leitlinien zur Behandlung der komplexen PTBS (Courtois et al., 2011) – muss jedoch in der PITT eine Konfrontation mit dem traumatischen Ereignis nicht zwangsläufig erfolgen (z.B. Reddemann, 2003). Reddemann (2011) empfiehlt vielmehr, die Patientin in die – auch von den zentralen Therapiezielen abhängige – Entscheidung zum Einsatz konfrontierender Therapieelemente einzubeziehen, was nach Jaeger et al. (2007) insofern problematisch sein könnte, als dass Patientinnen die Konfrontation als nicht notwendig ansehen, die Wirksamkeit konfrontierender Therapieelemente anzweifeln und ihre Anwendung ablehnen könnten. Auch könnte sich im Zusammenspiel von Patientin und (einer möglicherweise selbst Traumakonfrontation vermeidenden) Therapeutin eine Dynamik entwickeln, die das Vermeidungsverhalten der Patientin verstärkt (vgl. Neuner, 2008) und dazu führt, dass konfrontierende Therapieelemente in geringerem Umfang eingesetzt werden. Allerdings zeigte sich während der Behandlung keine Zunahme des Vermeidungsverhaltens der Treatmentgruppe (siehe Abschnitt 4.5.1.3). Inwiefern außerdem weitere Charakteristika der Therapeutin zum geringen Umfang des Einsatzes konfrontativer Therapieelemente beitragen, kann aus den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit nicht abgeleitet werden. Zudem ist zu berücksichtigen, dass konfrontierende Therapieelemente während der PITT-Behandlung in der Klinik nur in der Einzeltherapie eingesetzt werden, während stabilisierende Therapieelemente auch im Rahmen anderer Behandlungsangebote (z.B. Gruppentherapie) genutzt werden (siehe Abschnitt 1.5.5): Alle Patientinnen haben also mehrheitlich stabilisierende Behandlungsangebote erhalten.

Im Hinblick auf die ebM-Kriterien kann der Einsatz konfrontierender Elemente wie folgt eingeordnet werden: Befürworter eines konfrontativen Vorgehens raten unter anderem aufgrund klinischer Erfahrungen zur zeitnahen Konfrontation ohne Stabilisierung (z.B. Beutel & Subic-Wrana, 2012; Neuner, 2008). Auch das ebM-Kriterium der Bedürfnisse der Patientin wird erfüllt, da das Ausmaß eingesetzter kognitiver sowie konfrontativer – je nach Grundhaltung aber auch ressourcenorientierter stabilisierender – Elemente variiert werden kann. Insbesondere ist aber beim Einsatz konfrontierender Elemente das ebM-Kriterium der Evidenzbasierung erfüllt: Für die Behandlung der „einfachen PTBS“ stützen die Ergebnisse vieler Studien mit höchster Qualität (RCT) und Metaanalysen den Einsatz konfrontierender Elemente. Aber auch bezüglich der Behandlung von Patientinnen mit komplexer PTBS sind im Hinblick auf die Evidenzbasierung konfrontierende Therapieelemente stabilisierenden Elementen überlegen. Im Sinne der Kriterien evidenzbasierter Medizin sind die konfrontierenden Therapieelemente damit als Therapie(bestandteile) erster Wahl einzuschätzen.

Zusammenfassend ist für die Beurteilung der Wirksamkeit konfrontierender Therapieelemente im Rahmen der PITT – gerade in Bezug auf die fehlenden Hinweise der Wirksamkeit der (überwiegend) stabilisierenden Gesamtbehandlung in der Reduktion der Traumafolgesymptome – dringend weitere Forschung nötig (siehe Abschnitt 5.4). Dabei sollte auch die spezifische Wirksamkeit der verschiedenen im Rahmen der PITT eingesetzten Konfrontationsmethoden (z.B. EMDR, imaginative Verfahren aber auch anhaltende Exposition) überprüft werden. Insgesamt zeigten sich in der vorliegenden Studie keine eindeutigen und belastbaren Effekte, die auf den Einsatz konfrontierender Einzeltherapieelemente zurückgingen und keine Überlegenheit der konfrontierenden gegenüber den stabilisierenden Therapieelementen.

5.2.3 Wirksamkeit der Gruppentherapien im Rahmen der PITT

Anhand der Ergebnisse der vorliegenden Studie kann die Entwicklung von Ressourcen und Symptomen der Patientinnen in den verschiedenen Gruppentherapieangeboten der Klinik verglichen werden. Es können jedoch nur in geringem Umfang Aussagen zur Wirksamkeit der einzelnen Gruppentherapieangebote gemacht werden: Zwar zeigte sich in der Treatmentgruppe mit Gruppentherapie im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne Gruppentherapie eine kurzfristige Zunahme der allgemeinen Ressourcen und der Achtsamkeit sowie eine langfristige Reduktion der depressiven Symptome, jedoch sind diese Effekte nicht eindeutig auf die Gruppentherapie zurückzuführen. Im Hinblick auf die Ressourcenaktivierung und die kurzfristige Symptomreduktion (erster bis zweiter Testzeitpunkt) unterschieden sich Personen in den drei Gruppentherapien nicht. Langfristig reduzierten sich allerdings die PTBS- und dissoziativen Symptome sowie tendenziell auch die depressiven Symptome bei Personen mit Krisengruppentherapie stärker als bei Personen mit den anderen Gruppentherapien. Diese Ergebnisse werden im Folgenden im Hinblick auf die Forschungslage eingeordnet und diskutiert.

Die vorliegenden Ergebnisse der untersuchten Effekte von Gruppentherapien im Rahmen der Behandlung in der Klinik (erster bis zweiter Testzeitpunkt) passen zur allgemeinen Forschungslage, in der sich keine eindeutige Überlegenheit einer spezifischen Form der Gruppentherapie fand (Foy et al., 2000; Schnurr et al., 2003; Sloan et al., 2013). Bezüglich der vorliegenden Ergebnisse ist vor allem die stärkere langfristige Reduktion (erster bis dritter Testzeitpunkt) der PTBS- und dissoziativen Symptome sowie tendenziell auch der depressiven Symptome bei Personen mit Krisengruppentherapie im Vergleich zu Personen mit psychoedukativer und interaktioneller Gruppentherapie zu diskutieren: Während in den sechs Monaten nach der Behandlung die zuvor reduzierten depressiven, dissoziativen und PTBS-Symptome bei den Patientinnen aus der psychoedukativen und interaktionellen

Gruppentherapie wieder zunahmen, blieben sie bei den Patientinnen aus der Krisengruppentherapie relativ konstant bzw. nahmen weiter ab. Diese Effekte sind möglicherweise auf das Klientel der verschiedenen Gruppentherapien zurückzuführen: Personen, die ohnehin weniger schwer belastet sind (siehe Abschnitt 4.7.3), sich in einer akuten Krise befinden und im Rahmen der Krisengruppentherapie stabilisiert werden, überwinden die Krise im Rahmen der Behandlung (nahezu) vollständig und ihre Symptome entwickeln sich langfristig positiv. Hingegen sind Patientinnen in den psychoedukativen und interaktionellen Gruppentherapien eher komplex traumatisiert und beeinträchtigt (Maercker, 2013; van Minnen et al., 2002) und nicht nur akut sondern vermutlich auch dauerhaft schwer(er) belastet (vgl. *Tabelle 18*, Anhang A). Durch die Behandlung in der Klinik kann die schwere „Problematik“ möglicherweise nicht vollständig überwunden werden, so dass es durch die Stabilisierung während des Klinikaufenthalts zwar zu einer Zunahme der Ressourcen und einer Abnahme der (depressiven) Symptomatik kommt, diese positiven Effekte jedoch langfristig nicht aufrecht erhalten werden können (z.B. weil den schwer beeinträchtigten und traumatisierten Patientinnen im Alltag neue Probleme begegnen und sie ihren Therapieerfolg nicht in die Alltagssituation übertragen können).

Während die insgesamt nicht vorhandene Überlegenheit einer spezifischen Gruppentherapie im Behandlungsverlauf mit der allgemeinen Forschungslage übereinstimmt, kann der Vergleich von Treatmentgruppe (mit Gruppentherapie) und Kontrollgruppe (ohne Gruppentherapie) frühere Studienergebnisse zu den generellen Effekten von Gruppentherapie nicht bestätigen: Anders als in der Metaanalyse von Sloan et al. (2013) und dem Review von Shea et al. (2009) zeigte sich keine Überlegenheit der Treatmentgruppe (mit Gruppentherapie) im Vergleich zur Kontrollgruppe in der Reduktion der PTBS-Symptomatik (siehe Abschnitt 4.7.4).

Im Hinblick auf die Interpretation und Bewertung der Ergebnisse der vorliegenden Studie ist allerdings auch zu berücksichtigen, dass ein Gesamtbehandlungskonzept evaluiert wurde und alle Patientinnen der Treatmentgruppe neben der Gruppentherapie weitere Behandlungen (u.a. Einzeltherapie, körperorientierte Verfahren) erhielten und die untersuchten Effekte somit ohnehin nicht eindeutig auf die Gruppentherapie zurückgeführt werden können. Künftige Studien sollten daher vor allem versuchen, Effekte aufzudecken, die (eindeutig) auf die Gruppentherapie zurückzuführen sind. Ein Vorteil der vorliegenden Arbeit gegenüber anderen Studien besteht allerdings darin, dass im Hinblick auf die Effekte der Gruppentherapien neben der PTBS-Symptomatik auch andere Ergebnisvariablen (Ressourcenaktivierung, Depressivität, dissoziative und somatoforme Symptome) untersucht wurden (vgl. Sloan et al., 2013). Die zentrale Erkenntnis der vorliegenden Studie ist somit der nachhaltige Effekt der (Gruppen-)Therapie für Menschen in akuten Krisen. Wie von Sloan

et al. (2013) bereits gefordert, bedarf es jedoch weiterer Studien, um den Befund zu bestätigen und (langfristig) wirksame Gruppentherapien für schwer traumatisierte Patientinnen zu identifizieren.

5.2.4 Weitere Faktoren, die die PITT-Wirksamkeit beeinflussen

Mit der Schwere der Traumatisierungen sowie der Güte der therapeutischen Beziehung untersuchte die vorliegende Arbeit zwei weitere Faktoren, die die Wirksamkeit der Therapie(elemente) beeinflussen können. Einzelne Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Wirksamkeit der PITT durch die Schwere der Traumatisierungen und die Effekte des Umfangs einzelner Therapieelemente durch die Güte der therapeutischen Beziehung gelenkt werden, jedoch sind die Befunde nicht einheitlich. Entsprechende Implikationen werden in diesem Abschnitt diskutiert.

In bisherigen Forschungsarbeiten ergaben sich unterschiedliche Hinweise auf eine Moderation der Therapiewirksamkeit durch die Traumaschwere: Lampe et al. (2008) zeigten die Wirksamkeit der PITT speziell für ein schwer traumatisiertes Klientel, hingegen gibt es Studien, die schwere Traumatisierungen bzw. das Vorliegen komorbider Störungen in Zusammenhang mit schlechteren Therapieergebnissen bringen (Duffy et al., 2007; Spitzer et al., 2007; van Minnen et al., 2002; siehe Abschnitt 5.2). Die Moderation der Wirksamkeit der PITT durch die Traumaschwere lässt sich durch die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit nicht klar beantworten: Während in den Completers-Analysen keine Hinweise auf eine Moderation der Therapiewirksamkeit durch die Traumaschwere gefunden wurden, erbrachten die (Mehrebenen)Analysen aller verfügbaren Daten (zwar vorsichtige und uneindeutige, aber dennoch) nicht zu vernachlässigende Hinweise auf eine mögliche Moderation der Therapiewirksamkeit durch die Traumaschwere. Da ausgeschlossen werden kann, dass vor allem nicht traumatisierte bzw. vor allem schwer traumatisierte Patientinnen aus der Studie ausfallen (Dropouts, siehe Abschnitt 3.6.1), ergeben sich aus der vorliegenden Studie keine Erklärungsansätze für diese unterschiedlichen Ergebnisse. In jedem Fall bedarf es dringend weiterer Forschung: Die Frage, ob die PITT in der Behandlung eines komplex traumatisierten Patientinnenklientels, für das sie entwickelt wurde, besonders wirksam ist, ist vor allem aus praktischer Sicht – beispielsweise für Indikationsentscheidungen in der Behandlung schwer traumatisierter und beeinträchtigter Patientinnen – von zentraler Bedeutung.

Bezüglich der Moderation des Zusammenhangs zwischen Umfang des Einsatzes von Therapieelementen und Ressourcenzu- bzw. Symptomabnahme durch die Güte der therapeutischen Beziehung zeigten sich ebenfalls vereinzelte Effekte, die jedoch aufgrund der beschriebenen Probleme in der Erfassung des Umfangs der eingesetzten Therapieelemente mit Vorsicht zu interpretieren sind (siehe Abschnitt 5.1). Hingegen sind die

Ergebnisse der explorativen Analysen zur Bedeutsamkeit der Güte der therapeutischen Beziehung für die Therapiewirksamkeit belastbarer (siehe Abschnitt 4.10.1). Es zeigten sich moderate Zusammenhänge zwischen der Güte der therapeutischen Beziehung und der Entwicklung der Ressourcen sowie der Symptomatik im Behandlungsverlauf. Dieser Befund ist konform zu den Ergebnissen der Metaanalyse von Horvath et al. (2011), die einen moderaten Zusammenhang zwischen der therapeutischen Beziehung und der Therapiewirksamkeit fanden, der sich in vergleichbarem Ausmaß auch in anderen Studien zeigte (z.B. Martin, Garske & Davis, 2000). Zudem beobachteten Cloitre et al. (2004) einen Zusammenhang zwischen der therapeutischen Beziehung und der Wirksamkeit einer phasenorientierten Traumatherapie, während Flückiger et al. (2012) feststellten, dass sich der Zusammenhang zwischen der therapeutischen Beziehung und der Wirksamkeit der Therapie unabhängig vom eingesetzten therapeutischen Verfahren, anderen Studienaspekten und der Art der abhängigen Variablen zeigte. Die Berücksichtigung der therapeutischen Beziehung als Variable, die Effekte der Therapie(elemente) potenziell vermittelt oder lenkt, ist somit auch für künftige Studien bedeutsam. Um schlussfolgern zu können, dass die Therapie(elemente) direkt Einfluss auf die Ressourcenzu- und Symptomabnahme nimmt bzw. nehmen, sollte ausgeschlossen werden können, dass die Effekte der Therapie(elemente) über die Entwicklung einer guten therapeutischen Beziehung vermittelt werden. Ebenso sollte berücksichtigt werden, inwiefern die Güte der therapeutischen Beziehung Effekte von Therapie(elementen) lenkt, d.h. der Einfluss der Therapie(elemente) stärker (vs. schwächer) ist bei hoher (vs. geringer) Güte der therapeutischen Beziehung. Solche lenkenden Einflüsse der Güte der therapeutischen Beziehung könnten dann in der Therapie berücksichtigt werden, z.B. durch den häufigeren (vs. selteneren) Einsatz bestimmter Therapieelemente bei hoher (vs. geringer) Güte der therapeutischen Beziehung.

5.3 Einschränkungen der Aussagekraft dieser Studie

Bezüglich der Interpretation der Ergebnisse der vorliegenden Studie sind verschiedene Einschränkungen der Aussagekraft zu berücksichtigen, die im Folgenden diskutiert werden. Einige Schwierigkeiten waren bereits im Vorfeld bekannt und wurden in der Studienplanung berücksichtigt, um die Aussagekraft der Studie zu erhöhen. Andere Schwierigkeiten ergaben sich erst im Studienverlauf und wurden nachträglich aufgegriffen. Einschränkungen der internen und externen Validität werden in Abschnitt 5.3.1 beschrieben und diskutiert. Danach wird auf Einschränkungen der Aussagekraft aufgrund des hohen Anteils fehlender Werte eingegangen (Abschnitt 5.3.2), bevor zuletzt die Diskussion der Schwächen in der

Operationalisierung der eingesetzten Einzeltherapieelemente erfolgt (Abschnitt 5.3.3) und ein Fazit zur Aussagekraft der Befunde gezogen wird (Abschnitt 5.3.4).

5.3.1 Einschränkungen der internen und externen Validität der Studie

Da die Durchführung einer Multi-Center-Studie sich nicht realisieren ließ, musste die vorliegende Studie im quasiexperimentellen Design und damit in naturalistischer Form durchgeführt werden. Neben dem Vorteil der Erhöhung der externen Validität und Aussagekraft im Sinne einer „Effectiveness“ besteht ein Nachteil naturalistischer Studien in der resultierenden Beeinträchtigung der internen Validität und Aussagekraft im Sinne einer „Efficacy“ und die Möglichkeiten zur Kontrolle von Störfaktoren sind vergleichsweise geringer. Nach der den Leitlinien zugrunde liegenden AHCPR-Einteilung (Agency for Health-Care Research and Policy) zur Bewertung von Studien ist die Qualität der vorliegenden Studie damit geringer als die von RCTs. Hingegen gehen Leichsenring und Rüger (2004) davon aus, dass aus hochqualitativen naturalistischen Studien vergleichbare Aussagen getroffen werden können wie aus RCTs. Mit dem quasi-experimentellen Design, einer vorliegenden Vergleichsgruppe, klaren Einschlusskriterien, einer relativ großen Stichprobe, den klar beschriebenen statistischen Methoden sowie den unternommenen Versuchen zur Sicherung der internen Validität erfüllt die vorliegende Arbeit wichtige Kriterien der von Leichsenring und Rüger (2004) als „Level 1-Effectiveness-Studies“ definierten naturalistischen Studien höchster Qualität.

Potenzielle Validitätseinschränkungen sollten durch eine sorgfältige Studienplanung bereits im Vorfeld der vorliegenden Studie soweit wie möglich ausgeschlossen werden. Mögliche soziodemographische Störvariablen (z.B. Bildung, soziales Netz, Therapieerfahrung), Moderatoren und Mediatoren (Traumaschwere, Güte der therapeutischen Beziehung) wurden identifiziert und in den Analysen berücksichtigt. Das Risiko einer Verzerrung der Ergebnisse durch soziodemographische Unterschiede in den Gruppen wurde damit minimiert und der Einfluss von Drittvariablen wurde erfasst, analysiert und beschrieben. Der mögliche Einfluss weiterer personenspezifischer Störvariablen (z.B. Antworten im Sinne einer sozialen Erwünschtheit) wurde diskutiert und es wurde versucht, ihnen vorzubeugen. Bezüglich möglicher Antworten im Sinne der sozialen Erwünschtheit wurden die Patientinnen darauf hingewiesen, dass es keine „richtigen oder falschen Antworten“ gibt und sie ihr momentanes Befinden einschätzen sollten (siehe *Abbildungen 1 und 2*, Anhang C).

Dennoch liegen in der vorliegenden Studie Validitätseinschränkungen vor. Die bedeutsamste Einschränkung der Validität besteht in der durch die Klinik getroffenen Entscheidung, wann welche Patientin aufgenommen wurde und die dadurch vorgegebene

Zuordnung der Personen in Treatment- (zur Behandlung aufgenommene Patientinnen) und Kontrollgruppe (weiter auf der Warteliste verbleibende Personen). Eine randomisierte Zuordnung der Personen war unmöglich, so dass aus der Studie keine kausalen Aussagen getroffen werden können (Eid, Gollwitzer & Schmitt, 2011) und die interne Validität gemindert ist (Bortz, 2005; Hussy, Schreier & Echterhoff, 2010). Eine weitere Validitätsgefährdung durch mögliche Zeiteffekte ergab sich erst im Studienverlauf: Die Erhebung konnte ab 2010 aufgrund der finanziellen Mittel nur in der Kontrollgruppe mit drei Testzeitpunkten fortgesetzt werden, während sie in der Treatmentgruppe ab 2010 mit nur zwei Testzeitpunkten fortgesetzt wurde (siehe Abschnitt 3.1). Die Gruppenvergleiche zeigten allerdings, dass keine Zeiteffekte vorlagen (siehe Abschnitt 4.6) und die interne Validität daher wohl nicht durch Zeiteffekte beeinträchtigt ist. Vielmehr ergab sich durch die Verlängerung des Erhebungszeitraumes die Möglichkeit, die Wirksamkeit der Therapie auch an einer abhängigen Stichprobe zu überprüfen (siehe Abschnitte 4.4.2 und 4.5.2). Eine weitere Validitätsgefährdung besteht in der hohen Anzahl an Dropouts. Zur Sicherung einer möglichst hohen internen Validität wurden die Gründe der Ausfälle dokumentiert und reflektiert. Statistische Analysen ergaben keine Hinweise auf systematische Ausfalleffekte (siehe Abschnitt 3.6.1). Zudem wurden die statistischen Analysen wie von vielen Forschern gefordert (z.B. Cloitre, 2009; Priebe et al., 2012) sowohl an ausschließlich vollständigen Datensätzen (Completers) als auch mit allen verfügbaren Angaben (Completers und Dropouts) gerechnet und unterschiedliche Ergebnisse diskutiert (siehe Abschnitt 5.2.4).

Von zentraler Bedeutung für die Beurteilung der Validität ist zudem, dass die meisten Personen (siehe Abschnitt 3.3.1) während der Zeit ihrer Kontrollgruppenzugehörigkeit nicht ohne Behandlung waren, sondern sich in ambulanter Therapie bzw. einer anderen (teil)stationären Behandlung befanden (siehe *Abbildung 5*, Anhang C). Entsprechend ist diese Kontrollgruppe also eher als eine Gruppe mit „Treatment as usual“, d.h. einer Routinebehandlung einzuordnen, was Auswirkungen auf die Höhe der zu erwarteten Effektstärken (die entsprechend geringer ausfallen sollten) und die externe Validität hat: Verallgemeinerungen der vorliegenden Studienergebnisse sind nur eingeschränkt auf (teil)stationäre PITT vs. „treatment as usual“-Gruppen möglich, wobei Letztere nicht klar definierbar sind, da die Personen sich überwiegend in ambulanter Therapie, teilweise jedoch auch in (teil)stationären Behandlungen, d.h. in einem vergleichbaren Setting, befanden. Dass die Studienteilnehmerinnen in unterschiedlichem Ausmaß therapeutisch angebunden sind (z.B. Hausärztin, Fachärztin, ambulante Psychotherapeutin, (teil)stationäre Behandlung), war bereits im Vorfeld erwartet worden, aufgrund des naturalistischen Studiendesigns im regulären Versorgungskontext wurde jedoch entschieden, die Patientinnen unabhängig von ihrer ambulanten psychotherapeutischen Anbindung in die Kontrollgruppe aufzunehmen.

5.3.2 Einschränkungen der Aussagekraft der Studie durch fehlende Werte

Eine Einschränkung der Aussagekraft der vorliegenden Studie ergibt sich auch durch die späte Einführung des Fragebogens zur Erfassung von Ressourcen (FER), die bereits in Abschnitt 3.5.1 diskutiert wurde. Aufgrund der Bedeutsamkeit des Fragebogens im Rahmen der Untersuchung der Auswirkungen von PITT auf die Ressourcen von Patientinnen stellte der FER allerdings einen unverzichtbaren Bestandteil der Therapieevaluation dar. Insgesamt hatte eine ausreichend große Anzahl an Personen den Fragebogen ausgefüllt, so dass dieser trotz vieler fehlender Werte in die Analysen aufgenommen wurde. Auch die vielen fehlenden Werte im Biographie-Fragebogen wurden bereits in Abschnitt 3.5.1 diskutiert. Da alle für die Berechnungen notwendigen Informationen wie Geschlecht, Alter, Partnerschaft, soziales Netz, Bildung, beruflicher Status, einzelne oder mehrfache Traumatisierung, ambulante Psychotherapie und ambulante psychiatrische Anbindung in die Analysen einbezogen werden konnten, ist die Aussagekraft der vorliegenden Studie also dennoch gesichert. In künftigen Studien sollten derartige Probleme jedoch idealerweise bereits in der Studienplanung antizipiert und entsprechend berücksichtigt werden, um Validitätseinschränkungen durch fehlende Werte zu vermeiden: Alle Fragebögen sollten von Beginn an vorliegen und es sollte (z.B. durch Erfassung in Form eines Interviews) sichergestellt werden, dass auch spezifischere biographische Details z.B. zu traumatischen Erfahrungen und Vorbehandlungen vorliegen.

Darüber hinaus wurden in der vorliegenden Studie im Vergleich zu einer früheren Studie (Bebermeier, 2007) zwei weitere Maßnahmen umgesetzt, um Validitätseinschränkungen durch fehlende Werte zu vermeiden und damit die Aussagekraft der Studie zu erhöhen: Erstens erhielten Patientinnen ein Informationsschreiben (siehe *Abbildungen* 1 und 2, Anhang C), in dem auch eine Ansprechpartnerin genannt wurde, die z.B. bei Rückfragen oder auftretenden Problemen kontaktiert werden konnte und das Schreiben enthielt Ausfüllanweisungen sowie Hinweise zur anonymisierten Auswertung der Daten. So sollten Motivation und Möglichkeiten der Patientinnen zur Teilnahme an der Studie sowie ihr Vertrauen in die anonymisierte Auswertung erhöht und fehlende Werte bzw. Dropouts reduziert werden. Zweitens wurden Mehrebenenmodelle gerechnet, die alle verfügbaren Angaben in die Analysen einbezogen und diese Analysen mit den Completers-Analysen verglichen, um die Belastbarkeit der Befunde beurteilen zu können.

5.3.3 Schwächen in der Erfassung des Umfangs der eingesetzten Einzeltherapieelemente

Da die PITT eine individualisierte und nicht manualisierte Behandlung ist, enthält jede Therapie für die Patientin individuell zusammengestellte Elemente. Daher ist es von großer Bedeutung, zu untersuchen, inwiefern eine Ressourcenzu- und Symptomabnahme auf den Einsatz einzelner Therapieelemente zurückgeführt werden kann. Aus diesem Grund sollte erfasst werden, in welchem Umfang einzelne Therapieelemente in den jeweils individuellen Behandlungen eingesetzt wurden (siehe Abschnitt 3.4.11).

Offensichtliche Nachteile dieser Form der Erfassung des Umfangs der eingesetzten Einzeltherapieelemente waren von Beginn an klar, wurden aber aufgrund der praktischen Bedeutsamkeit der Fragestellung akzeptiert: Durch die einmalige Angabe der Dauer der Sitzung und die Auswahl von bis zu drei eingesetzten Einzeltherapieelementen wurden diese gleich gewichtet, obwohl sich die Dauer ihres Einsatzes in der jeweiligen Sitzung in der Praxis vermutlich unterschied. Eine genauere Erfassung des Umfangs der eingesetzten Einzeltherapieelemente war allerdings nicht möglich, da eine exakte Angabe, in welchem Umfang spezifische Elemente eingesetzt wurden, die therapeutische Situation verändert und die Aufmerksamkeit der Therapeutin von der Therapie abgelenkt hätte. Darüber hinaus sind exakte Angaben nicht nur mit einem deutlich höheren (für die Therapeutin unzumutbaren) Aufwand verbunden, sondern würden zudem möglicherweise durch Erinnerungsfehler verzerrt.

Ein weiterer, bereits im Vorfeld bekannter, jedoch tolerierter Nachteil bestand darin, dass einige der in der Übersicht aufgeführten Einzeltherapieelemente unverzichtbare Therapiebestandteile darstellen (z.B. Diagnostik), während andere im Bedarfsfall eingesetzt werden. Zudem überlappen sich einige Elemente inhaltlich (z.B. Kommunikation zwischen inneren Anteilen und Innere-Kind-Arbeit) oder sind unterschiedlich umfassend. Es muss daher damit gerechnet werden, dass fundamentale und umfassendere Elemente (z.B. Ressourcen) von den Therapeutinnen wahrscheinlicher, häufiger und überdauernder eingesetzt werden als engere, nur bei entsprechender Indikation einzusetzende Elemente (z.B. konfrontierende Beobachterübung). Zudem führt die Beschränkung auf drei anzugebende Einzeltherapieelemente dazu, dass selten oder kurz eingesetzte Elemente nicht angegeben werden und somit in der Auswertung so behandelt werden, als wären sie gar nicht eingesetzt worden.

Neben diesen bereits frühzeitig bekannten Nachteilen der Erfassung der eingesetzten Einzeltherapieelemente zeigte sich ein weiteres Problem im Rahmen der statistischen Analysen: Die Verteilung des Einsatzes der untersuchten (stabilisierenden und

konfrontierenden) Therapieelemente war sehr einseitig, d.h. oft wurden sie überhaupt nicht, vereinzelt jedoch in großem Umfang eingesetzt. Dies entspricht vermutlich der therapeutischen Realität der PITT, in der Therapeutinnen mit unterschiedlichen Therapieausbildungen aus einer Vielzahl an Einzeltherapieelementen die aus ihrer Sicht und für die individuellen Bedürfnisse und Probleme der Patientin passendsten einsetzen. Zudem ist zu berücksichtigen, dass mit 28 Einzeltherapieelementen eine große (aber mitnichten hinreichende) Bandbreite möglicher Therapieelemente in der Einzeltherapieübersicht abgebildet wird, von denen aber bei weitem nicht alle in jeder Therapie eingesetzt werden (können). Methodische Unzulänglichkeiten bestehen also vor allem in der Gewichtung der eingesetzten Elemente pro Sitzung und einer einseitigen Verteilung, was insgesamt Zweifel an der Belastbarkeit der gefundenen Ergebnisse aufkommen lässt und ihre Generalisierbarkeit stark einschränkt.

Insgesamt schien die gewählte Form der Erfassung des Umfangs der eingesetzten Einzeltherapieelemente zunächst eine vielversprechende Möglichkeit im Rahmen der Evaluation (insbesondere stabilisierender und konfrontierender Elemente) der PITT zu sein. Diese Einschätzung muss nachträglich revidiert werden. Die einzig valide Erkenntnis ist, dass die verschiedenen Einzeltherapieelemente in sehr unterschiedlichem Umfang in der Therapie eingesetzt werden – stabilisierende in größerem Umfang und konfrontierende Einzeltherapieelemente in geringerem Umfang – was der praktischen Realität der PITT insgesamt entspricht. Aufgrund der beschriebenen Probleme sind Aussagen inwiefern Ressourcenzu- und Symptomabnahme auf den Einsatz einzelner Therapieelemente zurückgeführt werden können, wenig belastbar. In zukünftiger Forschung sollten daher andere Möglichkeiten zur Erfassung und Untersuchung der Effekte von stabilisierenden und konfrontierenden Therapieelementen gewählt werden (siehe Abschnitt 5.4).

5.3.4 Fazit bezüglich der Einschränkungen und Einordnung der Studie

Zusammenfassend ist die vorliegende Arbeit als naturalistische Studie mit hoher Qualität einzuschätzen, bei der vermutete Gefährdungen der internen und externen Validität bereits in die Studienplanung einbezogen wurden bzw. im Verlauf der Studie und in den statistischen Analysen berücksichtigt wurden. Zudem verfügt die Studie über viele Vorteile einer Effectiveness-Erhebung und ist somit – mit Ausnahme der Befunde zum Umfang der eingesetzten Einzeltherapieelemente – insgesamt als valide und aussagekräftig anzusehen.

5.4 Ausblick auf zukünftige Forschung

Diese Arbeit leistet einen wichtigen Beitrag zur Evaluation der PITT, es bedarf jedoch dringend weiterer Forschung. Von zentraler Bedeutung ist vor allem die weitere Untersuchung der Wirksamkeit der PITT in der Reduktion von Traumafolgesymptomen, die weder in dieser Arbeit noch in der Studie von Lampe et al. (2008) bestätigt werden konnte. Da die PITT aber gerade für die Therapie von Patientinnen mit (komplexen) Traumafolgestörungen entwickelt wurde, ist es elementar, ihre Wirksamkeit im typischen Symptombereich dieser Patientinnen, d.h. bezüglich der PTBS-Symptome sowie dissoziativer Symptome, weiter zu überprüfen. So wäre es beispielsweise sinnvoll, differentielle Effekte eines rein stabilisierenden und eines kombiniert stabilisierenden und konfrontierenden Vorgehens im Rahmen der PITT auf die Reduktion von Traumafolgesymptomen zu untersuchen. Möglichst auch unter Hinzunahme einer unbehandelten Kontrollgruppe (und falls möglich einer Gruppe, die im Rahmen einer Therapie ausschließlich bzw. überwiegend mit einem konfrontierenden Vorgehen behandelt wurde) könnte durch Gruppenvergleiche anschließend die Wirksamkeit der PITT überprüft werden und so könnten wichtige Erkenntnisse bezüglich der Effekte stabilisierender (vs. kombinierter) PITT auf die Reduktion von Traumafolgesymptomen gewonnen werden. Eine solche Studie wäre allerdings aufgrund der nach Indikationsstellung erfolgenden Gruppenzuteilung nicht im randomisiert-kontrollierten, sondern ausschließlich im quasiexperimentellen Design zu realisieren.

Bei der Betrachtung der Wirksamkeit stabilisierender und konfrontierender Therapieelemente sollte zunächst deren Erfassung überdacht werden: Eine Erfassung, in welchem exakten Umfang einzelne Therapieelemente eingesetzt werden, scheint nicht umsetzbar, so dass die Untersuchung spezifischer Effekte einzelner Therapieelemente problematisch erscheint (siehe Abschnitt 5.3.3). Denkbar wäre stattdessen, das Ausmaß des Einsatzes stabilisierender und konfrontierender Therapieelemente globaler zu erfassen: So könnte registriert werden, in wie vielen der Einzeltherapiesitzungen à 25 Minuten (überwiegend) stabilisierende und in wie vielen der Sitzungen (überwiegend bzw. auch) konfrontierende Elemente eingesetzt wurden, so dass überprüft werden kann, ob der häufigere Einsatz konfrontierender Therapieelemente mit einer größeren Ressourcenzu- und Symptomabnahme in Zusammenhang steht. Darüber hinaus könnte für jede Patientin die Anzahl der Einzeltherapiesitzungen bis zu einer hinreichend umfassenden Stabilisierung (gemäß der Einschätzung der Therapeutin) registriert und jeder Patientin nach ihrem individuellen Abschluss der Stabilisierungsphase das Fragebogenset zur Entwicklung von Ressourcen und Symptomen vorgelegt werden. Entsprechend sollte anschließend für jede Patientin die Anzahl der Einzeltherapiesitzungen zur Konfrontation und zur Integration

registriert und nach Abschluss jeder Phase das Fragebogenset erneut vorgelegt werden. So könnten aussagekräftige Befunde zur Symptomentwicklung in der Stabilisierungsphase, der Konfrontationsphase und der Integrationsphase resultieren. Aufgrund des individuellen Umfangs der Phasen sind allerdings vergleichbare Zwischenmessungen bei einer Kontrollgruppe schwierig. Bei künftigen Studien dieser Art muss zu dem individualisierten Vorgehen in der Behandlung und naturalistischen Design der Evaluation (mit fehlender Möglichkeit zur Randomisierung) berücksichtigt werden, dass eine überwiegend stabilisierende PITT möglicherweise bei deutlich beeinträchtigteren Patientinnen eingesetzt wird, als eine PITT, in der stabilisierende und konfrontierende Therapieelemente kombiniert werden. Potenziell geringere Effekte einer überwiegend stabilisierenden PITT könnten somit auch auf die höhere Belastung der Patientinnen (Maercker, 2013; Spitzer et al., 2007) zurückzuführen sein. Die Traumaschwere von Patientinnen sollte daher unbedingt in den Analysen berücksichtigt werden.

Passend dazu sollte die Überprüfung der spezifischen Indikation der PITT in der Behandlung komplex traumatisierter Patientinnen ebenfalls ein wichtiger Fokus künftiger Forschung sein: Bei der Studienplanung zur Wirksamkeit der PITT bei komplexer PTBS ist zu klären, ob die Traumaschwere bzw. -komplexität – wie in der vorliegenden Studie – über einen retrospektiven Fragebogen (hier: CTQ) erfasst werden soll oder ob auch (aktuelle) Beeinträchtigungen der Patientinnen (z.B. Schwere der PTBS-Symptomatik, Komorbidität) berücksichtigt werden sollten. Die Hinzunahme aktueller Beeinträchtigungen erscheint insofern bedeutsam, als dass Indikationsentscheidungen (der PITT) in der praktischen Arbeit (u.a. bezüglich der Durchführung einer Konfrontation) auch von der aktuellen (In-)Stabilität der Patientinnen abhängen, die mit dem Ausmaß ihrer aktuellen Beeinträchtigungen und Symptome in Zusammenhang steht. Zudem sollte zwischen schwer traumatisierten Patientinnen und Patientinnen mit komplexer Symptomatik unterschieden werden: Schwer traumatisierte Patientinnen haben zwar oft, aber nicht immer, auch eine komplexe Symptomatik. Durch die Differenzierung wären somit präzisere Vorhersagen im Hinblick auf die Entwicklung von Ressourcen und Symptomen und damit verbundene exaktere Indikationsentscheidungen möglich.

Zudem sind einige generelle Aspekte bei der Planung künftiger Studien mit schwer traumatisierten Patientinnen zu beachten: Erstens stellt die Evaluation einer Therapie für ein schwer traumatisiertes Klientel eine große Herausforderung dar: Die Patientinnen werden teilweise durch das Ausfüllen der Fragebögen überfordert und belastet. Reddemann (2011) empfiehlt daher, schwer traumatisierte Patientinnen beim Ausfüllen zu begleiten. Insofern wäre in künftigen Studien auch der Einsatz diagnostischer Interviews denkbar. Zweitens gab es zwar in der vorliegenden Studie keinen Zusammenhang zwischen der Schwere der

Traumatisierungen und der Anzahl an Dropouts (siehe Abschnitt 3.3.1), jedoch sollten aufgrund der großen Anzahl an Dropouts in anderen Studien mit schwer traumatisierten Patientinnen (Bebermeier, 2007; McDonagh et al., 2005) sowie zur Erhöhung der Studienqualität insgesamt in den statistischen Analysen (auch) Intention-to-Treat-Analysen berücksichtigt werden, damit sich die Stichprobe nicht selektiv verkleinert oder falsche Rückschlüsse eine Gefahr darstellen (Hollis & Campbell, 1999).

Bezüglich der praktischen Arbeit mit der PITT ist es zudem von großer Wichtigkeit, eine klare Definition zu erarbeiten, wann eine Patientin ausreichend stabil ist, um eine konfrontative Behandlung zu erhalten (siehe Abschnitte 1.5.3.1 und 1.5.3.2). Entsprechende Kriterien könnten durch Befragungen von Therapeutinnen gesammelt und zu Handlungsanweisungen weiterentwickelt werden, so dass die vermutete Unsicherheit bezüglich des Einsatzes konfrontierender Therapieelemente reduziert wird und diese häufiger eingesetzt werden.

Schwerpunkte künftiger Forschung sollten weiterhin auch in der Bestätigung der gefundenen Wirksamkeit der PITT in der Ressourcenaktivierung und Reduktion depressiver Symptome sowie in der Einbeziehung weiterer Ergebnisvariablen für eine umfassende Überprüfung der Wirksamkeit der PITT bestehen. Aufgrund der Bedeutsamkeit der therapeutischen Beziehung als Grundlage der Therapie in der PITT (Reddemann, 2008) könnte neben der Güte der therapeutischen Beziehung auch die Veränderung der vor allem bei schwer traumatisierten Patientinnen häufigen Bindungsstörung (Brown, 2011) erfasst werden. So ist davon auszugehen, dass die positive Beziehungserfahrung, die eine Patientin im Rahmen der PITT macht, Auswirkungen auf ihre Bindungsmöglichkeiten hat und möglicherweise sogar zu einer Veränderung ihres Bindungsstils führt. Konkret könnte das Bindungsverhalten mit der deutschen Übersetzung der Adult Attachment Scale über die Erfassung von Einstellungen zu Bindung (Schmidt, Strauß, Höger & Brähler, 2004) oder detaillierter über das Adult Attachment Interview (Gloger-Tippelt, 2012; Reiner, Fremmer-Bombik, Beutel, Steele & Steele, 2013) erfasst werden. Zudem könnten Variablen, die im Rahmen von Kosten-Nutzen-Analysen der Gesundheitsversorgung eine Rolle spielen, in künftigen Studien betrachtet werden: So könnte untersucht werden, ob eine Behandlung mit PITT (verglichen mit einer unbehandelten Kontrollgruppe oder sogar mit einer Gruppe, die eine vergleichbar kostenintensive andere (teil-)stationäre Psychotherapie erhält) zu einer höheren Alltagsfunktionalität (z.B. Probleme selbstständig lösen, keine ambulante Betreuung mehr) sowie zu einer Reduktion psychiatrischer Kriseninterventionen und somatischer Konsultationen beiträgt und dies möglicherweise auf die Ressourcenaktivierung, die Erhöhung des Selbstwirksamkeitserlebens, die dauerhafte Reduktion der Suizidalität und der Selbstverletzungen oder die Erhöhung des psychosomatischen Verständnisses und der

Schmerzreduktion im Rahmen der Therapie zurückgeführt werden kann. Die Inanspruchnahme des Versorgungssystems nach der Behandlung könnte in Form jährlicher Befragungen zur Anzahl stationärer psychiatrischer Behandlungstage und ambulanter Arztkonsultationen in Zusammenhang mit psychischen Symptomen erfasst werden. Die beschriebenen Überlegungen müssen jedoch auch unter dem Aspekt der (personellen und finanziellen) Möglichkeiten und der Integration in den Versorgungsalltag betrachtet werden. So wäre z.B. die Durchführung des 50- bis 210-minütigen Adult Attachment Interviews (Reiner et al., 2013) nur mit Hilfe umfassender finanzieller und personeller Ressourcen zu realisieren. Hingegen wäre eine jährliche telefonische Befragung zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems weniger aufwändig.

Ein weiterer – auch im Hinblick auf Kosten-Nutzen-Analysen relevanter – Schwerpunkt künftiger Forschung könnte zudem darin bestehen, zu untersuchen, welche Patientinnen von der PITT (nicht) besonders profitieren. Die methodische Vielfalt in der Traumatherapie (u.a. verhaltenstherapeutische Ansätze, EMDR, psychodynamische Ansätze, PITT) hat nämlich zweifelsfrei einen großen Nutzen: Patientinnen erhalten die Möglichkeit, eine ihren Bedürfnissen entsprechende Therapie zu finden, was im Praxiskontext von fundamentaler Bedeutung und ganz im Sinne der evidenzbasierten Medizin ist. Der Vergleich von Personen, die (nicht) besonders von einer bestimmten Therapie profitieren, könnte daher wichtige Erkenntnisse darüber liefern, für wen bestimmte Therapien (nicht) besonders geeignet sind und Therapieempfehlungen lenken und würde zudem helfen, Fehlentscheidungen in der praktischen Versorgung zu verhindern und Kosten zu reduzieren. So wäre beispielsweise denkbar, dass die PITT für Patientinnen mit ausgeprägten Vermeidungssymptomen weniger geeignet ist, da das individualisierte Behandlungsvorgehen mehr Möglichkeiten zur Vermeidung traumaassoziierter belastender Themen bietet (siehe Abschnitt 5.2). Auf der anderen Seite ist davon auszugehen, dass vor allem schwer beeinträchtigte Typ-2-Trauma-Patientinnen von der PITT profitieren können.

Darüber hinaus bietet sich im Rahmen der vielfältigen Möglichkeiten zur Evaluation der PITT auch die Fokussierung neuer Forschungsperspektiven an: So ist beispielsweise auch eine Evaluation der PITT im ambulanten Kontext wünschenswert: Bisher wurden nämlich ausschließlich Patientinnen im Rahmen einer (teil-)stationären Therapie untersucht, die im Rahmen der PITT unterschiedliche Angebote (Einzel- und Gruppentherapie, körperorientierte Verfahren, zusätzliche indikative Angebote) erhalten haben, so dass es kaum möglich war, die Effekte von Einzel- und Gruppenangeboten zu differenzieren. Eine weitere, aus methodischer Sicht innovative, jedoch in bisherigen Studien wenig beachtete Option künftiger Forschung könnte zudem in sorgfältig geplanten Innersubjektvergleichen bestehen. So könnten Personen während der Wartezeit auf den Therapiebeginn und während der

folgenden Behandlung befragt werden oder auch während der Stabilisierungs- und während der Konfrontationsphase oder während der Erst- und während der Folgebehandlung in der Klinik. Da eine Randomisierung in der regulären PITT-Versorgung nicht zu realisieren ist, kann durch Innersubjektvergleiche der Einfluss von Störgrößen besser kontrolliert und so die Generalisierbarkeit der Befunde erhöht werden.

Unter bestimmten Umständen könnten zudem auch Fallstudien (Fischer & Becker-Fischer, 2008) eine vielversprechende Möglichkeit sein, weitere Informationen zur Wirksamkeit der PITT z.B. bezüglich der Kriterien einer ausreichenden Stabilität oder bezüglich verschiedener Ergebnismaße zu gewinnen. Bei der Planung einer Studie zur Evaluation der PITT ist allerdings insgesamt zu berücksichtigen, dass die PITT ein in der klinischen Praxis entwickeltes und eingesetztes Verfahren ist, das aufgrund der bekannten Kritik einer fehlenden Übertragbarkeit der Ergebnisse randomisierter kontrollierter Studien auf die praktische Versorgungssituation (Fydrich & Schneider, 2006; Tschuschke, 2005) auch in dieser evaluiert werden sollte.

Fazit

Die PITT ist ein in der Praxis verbreitetes Verfahren zur Behandlung (komplex) traumatisierter Patientinnen, dessen Wirksamkeit bisher kaum erforscht wurde. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen eine Wirksamkeit der PITT in Form einer kurzfristigen Ressourcenaktivierung sowie einer dauerhaften Reduktion der depressiven Symptomatik, jedoch nicht in der Reduktion der PTBS-Symptome sowie der dissoziativen und somatoformen Symptome. Es ist dringend weitere Forschung – gerade auch bezüglich der spezifischen Indikation der PITT in der Behandlung komplex traumatisierter Patientinnen – nötig. Zukünftige Forschung sollte die Zielbereiche der PITT zudem vollständiger erfassen und weitere Ergebnisvariablen einbeziehen.

Literaturverzeichnis

- Alexander, L. B. & Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. In L. S. Greenberg & W. Pinsof (Eds.), *In the psychotherapeutic process: a research handbook* (S. 325-366). New York: Guilford Press.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Brayson, H. et al. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 21–27. doi: 10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington: American Psychiatric Publication.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington: American Psychiatric Publication.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington: American Psychiatric Publication.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based-Practice (2006). Evidence-based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. doi: 0.1037/0003-066X.61.4.271
- Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (2013). *Australian Guideline for the treatment of Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. Melbourne: ACPMH. Verfügbar unter: <http://www.acpmh.unimelb.edu.au/resources/resources-guidelines.html> [27.06.2014]
- Bader, K., Hänny, C., Schäfer, V., Neuckel, A. & Kuhl, C. (2009). Childhood Trauma Questionnaire – Psychometrische Eigenschaften einer deutschsprachigen Version. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38(4), 223-230. doi: 10.1026/1616-3443.38.4.223
- Bader, K., Nissen, L., Hänny, C. & Schäfer, V. (2000). *Childhood Trauma Questionnaire – Eine deutsche Übersetzung*. Unveröffentlichter Fragebogen. Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel.
- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in socialpsychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Bassler, M., Potratz, B. & Krauthauser, H. (1995). Der Helping Alliance Questionnaire (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut*, 40, 23-32.
- Bauer, J. (2005). *Warum ich fühle was du fühlst*. Hamburg: Hoffmann & Campe.

- Bebermeier, A. (2007). *Evaluation der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie. Die Wirksamkeit verschiedener Elemente*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Bielefeld.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, D., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Becker, C. B., Zayfert, C. & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42(3), 277-292. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00138-4
- 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. doi: 10.1016/j.cpr.2007.10.005
- Bernstein, D. P., Ahluvalia, T., Pogge, D. & Handelsman, L. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 340-348.
- Bernstein, D. P. & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report questionnaire and manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsmann, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K. et al. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American Journal of Psychiatry*, 151, 1132-1136.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T. et al. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27, 169-190. doi: 10.1016/S0145-2134(02)00541-0
- Bernstein, E. M. & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 491-497.
- Beutel, M. E. & Subic-Wrana, C. (2012). Stabilisierung bei komplexer posttraumatischer Belastungsstörung. *Psychotherapeut*, 57(1), 55-57. doi: 10.1007/s00278-011-0881-9
- Bichescu, D., Neuner, F., Schauer, M. & Elbert, T. (2007). Narrative exposure therapy for political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression. *Behaviour research and therapy*, 45(9), 2212-2220. doi: 10.1016/j.brat.2006.12.006
- Bisson, J. & Andrew, M. (2007). *Psychological Treatment of Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) (Review)*. New York: Wiley.
- Bisson, J., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D. & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic

- review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry*, 190(2), 97-104. doi: 10.1192/bjp.bp.106.021402
- Bluhm-Dietsche, U. (2009). *Stressbewältigung*. In: Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT): Handout zum Workshop. 11. Jahrestagung der deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (S. 30). Verfügbar unter: <http://www.traumhaus-bielefeld.de/wp-content/uploads/Handout-PITT.pdf> [27.06.2014]
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6. Auflage). Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Auflage). Berlin: Springer.
- Bradley, R., Green, J., Russ, E., Dutra, L. & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-244. doi: 10.1176/appi.ajp.162.2.214
- Braun, B. (1988). The BASK model of dissociation: Clinical applications. *Dissociation*, 1, 4-23.
- Breslau, N. (2009). The Epidemiology of Trauma, PTSD and other Posttrauma disorders. *Trauma, Violence, Abuse*, 10, 198-210. doi: 10.1177/1524838009334448
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C. & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit area survey of trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632. doi: 10.1001/archpsyc.55.7.626
- Brewin, C. R. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 373-393. doi: 10.1016/S0005-7967(00)00087-5
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766. doi: 10.1037//0022-006X.68.5.748
- Brewin, C. R., Joseph, S. & Dalgleish, T. (1996). A Dual representation Theory of Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological Review*, 4, 670-686.
- Briere, J. & Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 401-412. doi: 10.1002/jts.20048
- Brom, D., Kleber, R. J. & Defares, P. B. (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57(5), 607-612. doi: 10.1037/0022-006X.57.5.607
- Brown, D. (2011). Einschätzung der Bindungs- und Missbrauchsgeschichte sowie des Bindungsstils von Erwachsenen. In C. A. Courtois & J. D. Ford (Hrsg.), *Komplexe*

- Posttraumatische Belastungsstörungen und ihre Behandlung* (S. 149-169). Paderborn: Junfermann.
- Butollo, W., Hagl, M. & Krüsmann, M. (1999). *Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung: Forschungsergebnisse und Thesen zum Leben nach dem Trauma*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Cahill, S. P., Carrigan, M. H. & Frueh, B. C. (1999). Does EMDR work? And if so, why?: a critical review of controlled outcome and dismantling research. *Journal of anxiety disorders, 13*(1), 5-33. doi: 10.1016/S0887-6185(98)00039-5
- Caspar, F. & Jacobi, F. (2004). Psychotherapieforschung. In W. Hiller, E. Leibing, F. Leichsenring & S. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie, Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie* (Band 1, S. 395-410). München: CIP-Verlag.
- Chard, K. M. (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*(5), 965-971. doi: 10.1037/0022-006X.73.5.965
- Cloitre, M. (2009). Effective Psychotherapies for Posttraumatic Stress Disorder: A Review and Critique. *CNS Spectrum, 14*(1), 32-43.
- Cloitre, M., Chase Stovall-McClough, K., Miranda, R. & 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. doi: 10.1037/0022-006X.72.3.411
- Cloitre, M., Chase-Stovall-McClough, K., Nooner, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C. et al. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry, 167*, 915-924. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09081247
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R. & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of consulting and clinical psychology, 70*(5), 1067-1074. doi: 10.1037//0022-006X.70.5.1067
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J. et al. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of traumatic stress, 22*(5), 399-408. doi: 10.1002/jts.20444
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for behavioural science* (2nd ed.). Mahwah: Lawrence Erlbaum.

- Conway, M. A. & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, *107*, 261-288. doi: 10.1037//0033-295X.107.2.261
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A. & Costello, E. J. (2007). Traumatic Events and Posttraumatic Stress in Childhood. *Archives of General Psychiatry*, *64*, 577-584.
- Courtois, C. A., Ford, J. M. & Cloitre, M. (2011). Optimale Behandlungsverfahren für die psychotherapeutische Arbeit mit Erwachsenen. In C. A. Courtois & J. D. Ford (Hrsg.), *Komplexe Posttraumatische Belastungsstörungen und ihre Behandlung* (S. 107-131). Junfermann: Paderborn.
- Dammann, G. & Overkamp, B. (2004). Diagnose, Differentialdiagnose und Komorbidität dissoziativer Störungen des Bewusstseins. In L. Reddemann, A. Hoffmann & U. Gast (Hrsg.), *Psychotherapie der dissoziativen Störungen* (S. 3-25). Stuttgart: Thieme.
- Davidson, P. R. & Parker, K. C. H. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*, 305-316. doi: 1037//0022-006X.69.2.305
- Dehner-Rau, C. & Reddemann, L. (2010). *Gefühle besser verstehen: Wie sie entstehen. Was sie uns sagen. Wie sie uns stärken*. Stuttgart: Thieme.
- Dell, P. F. (2001). Why the diagnostic criteria for dissociative identity disorder should be changed. *Journal of Trauma and Dissociation*, *2*(1), 7-37.
- de Maat, S., de Jonghe, F., de Kraker, R., Leichsenring, F., Abbass, A., Luyten, P. et al. (2013). The current state of the empirical evidence for psychoanalysis: a meta-analytic approach. *Harvard review of psychiatry*, *21*(3), 107-137. doi: 10.1097/HRP.0b013e318294f5fd
- Deppe-Schmitz, U., Deubner-Böhme, M., Lindenmeyer, J. & Schulz, W. (2009). Ressourcenrealisierung und Therapieerfolg von alkoholabhängigen Patienten. Bericht über eine katamnestiche Studie. *Sucht*, *55*(3), 155-163.
- De Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. Norton: New York
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie (2007). *Richtlinien zur Manuskriptgestaltung* (3. überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E. (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis* (5. überarbeitete Auflage). Bern: Huber.
- Driessen, M., Gast, U., Hill, A. & Wulff, H. (2000). *Deutsche Version des Childhood-Trauma-Questionnaire (CTQ)*. Unveröffentlichter Fragebogen.
- Dröge, P. (2009). *Selbst-Breema*. In: Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT): Handout zum Workshop. 11. Jahrestagung der deutschsprachigen Gesellschaft für

- Psychotraumatologie (S. 32-33). Verfügbar unter: <http://www.traumhaus-bielefeld.de/wp-content/uploads/Handout-PITT.pdf> [27.06.2014]
- Duffy, M., Gillespie, K. & Clark, D. M. (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. doi: 10.1136/bmj.39021.846852
- Dunmore, E., Clark, D. M. & Ehlers, A. (1999). Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 809-829. doi: 10.1016/S0005-7967(98)00181-8
- Ehlers, A., Bisson, J., Clark, D. M., Creamer, M., Pilling, S., Richards, D. et al. (2010). Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder? *Clinical Psychology Review*, 30, 269–276. doi: 10.1016/j.cpr.2009.12.001
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345. doi: 10.1016/s0005-7967(99)00123-0
- Ehlers, A., Grey, N., Wild, J., Stott, R., Liness, S., Deale, A. et al. (2013). Implementation of Cognitive Therapy for PTSD in routine clinical care: Effectiveness and moderators of outcome in a consecutive sample. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 742-752. doi: 10.1016/j.brat.2013.08.006
- Ehlers, A., Steil, R., Winter, H. & Foa, E. B. (1996). *Deutschsprachige Übersetzung der Posttraumatic Diagnostic Scale von Foa (1995)*. Unveröffentlichtes Manuskript, Abteilung für Psychologie, Warneford Hospital, Oxford, England.
- Eid, M., Gollwitzer, M. & Schmitt, M. (2011). *Statistik und Forschungsmethoden*. Weinheim: Beltz.
- Ellis, A. & Hoellen, B. (1997). *Die Rational-Emotive Verhaltenstherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Engl, V. (2001). Qigong. In L. Reddemann (Hrsg.), *Imagination als heilsame Kraft* (S. 91-102). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Erickson, M. H. & Rossi, E. L. (1989). *Hypnotherapie. Aufbau, Beispiele, Forschungen*. München: Pfeiffer.
- Eschenschröder, C. T. (2005). Eye Movement Desensitization and Reprocessing. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (S. 163-167). Heidelberg: Springer.
- Ewald, R. (2009). *Traumatisierte in der Krise: Die Gruppe Gelb*. In: Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT): Handout zum Workshop. 11. Jahrestagung der deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (S. 15-16). Verfügbar unter: <http://www.traumhaus-bielefeld.de/wp-content/uploads/Handout-PITT.pdf> [27.06.2014]
- Federn, P. (1952). *Ego Psychology and Psychosis*. New York: Basic Books.

- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS* (3rd ed.). London: Sage Publications.
- Fine, C. G. (2004). Zielorientiertes Integrationsmodell – ein kognitives Therapiemodell für die Behandlung der dissoziativen Identitätsstörung und ihr verwandter Störungen. In L. Reddemann, A. Hoffmann & U. Gast (Hrsg.), *Psychotherapie der dissoziativen Störungen* (S. 100-123). Thieme: Stuttgart.
- Fischer, C. (2009). *Qigong*. In: Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT): Handout zum Workshop. 11. Jahrestagung der deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (S.30-31). Verfügbar unter: <http://www.traumhaus-bielefeld.de/wp-content/uploads/Handout-PITT.pdf> [27.06.2014]
- Fischer, C. (2006). Subjektive Veränderungen beim Üben von Qigong Yangsheng. *Zeitschrift für Qigong Yangsheng*, 101-108.
- Fischer, C. & Schwarze, M. (2008). *Qigong in Psychotherapie und Selbstmanagement*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fischer, D. & Elnitzky, S. (1990). A factor analytic study of two scales measuring dissociation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32, 201-207.
- Fischer, G. (2000). *Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie MPTT. Manual zur Behandlung psychotraumatischer Störungen*. Heidelberg: Asanger.
- Fischer, G. & Becker-Fischer, M. (2008). Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? Kommentar zum Beitrag von Frank Neuner (2008). *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin*, 6(3), 85-95.
- Fischer, G., Reddemann, L., Barwinski-Fäh, R. & Bering, R. (2003). Traumaadaptierte tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 48(3), 199-209. doi: 10.1007/s00278-003-0302-9
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P. et al. (2011). *S3 – Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung*. Verfügbar unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-010l_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2012-03.pdf [27.06.2014].
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P. et al. (2011a). *Leitlinienreport zur S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung*. Verfügbar unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051010m_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung2012-3.pdf [27.06.2014]
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P. et al. (2011b). *Patientenversion S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung*. Verfügbar unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-010p_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_Patientenversion.pdf [27.06.2014]

- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D. & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 59*(1), 10-17. doi: 10.1037/a0025749
- Flückiger, C. & Grosse Holtforth, M. (2008). Focusing the Therapist's Attention on the Patient's strengths: A Preliminary Study to Foster a Mechanism of Change in Outpatient Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 64*(7), 876–890. doi: 10.1002/jclp.20493
- Foa, E. B. (1995). *Post-traumatic Stress Diagnostic Scale (PDS)*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A., & Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of consulting and clinical psychology, 67*(2), 194-200. doi: 10.1037/0022-006X.67.2.194
- Foa, E. B., Gillihan, S. J. & Bryant, R. A. (2013). Challenges and Successes in Dissemination of Evidence-Based Treatments for Posttraumatic Stress: Lessons Learned From Prolonged Exposure Therapy for PTSD. *Psychological Science in the Public Interest, 14*(2), 65-111. doi: 10.1177/1529100612468841
- Foa, E. B., Hembree, E. A. & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences*. New York: Oxford University Press.
- Foa, E. B., Keane, T. M. & Friedman, M. J. (2000). Guidelines for treatment of PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 13*(4), 539-588.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J. & Cohen, J. A. (2008). *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press.
- Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1986). Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information. *Psychological Bulletin, 99*, 20-35.
- Foa, E. B. & Meadows, E. A. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual review of psychology, 48*(1), 449-480. doi: 10.1146/annurev.psych.48.1.449
- Foa, E. B. & Rauch, S. A. (2004). Cognitive changes during prolonged exposure versus prolonged exposure plus cognitive restructuring in female assault survivors with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(5), 879-884. doi: 10.1037/0022-006X.72.5.879

- Foa, E. B. & Riggs, D. S. (1993). Posttraumatic stress disorder in rape victims. In J. Oldham, M. B. Riba & A. Tasman (Eds.), *American Psychiatric Press review of psychiatry* (pp. 273-303). Washington: American Psychiatric Press.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Massie, E. D. & Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy, 26*(3), 487-499. doi: 10.1016/S0005-7894(05)80096-6
- Foa, E. B. & Rothbaum, B. O. (2001). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., Zoellner, L. A., Feeny, N. C., Hembree, E. A. & Alvarez-Conrad, J. (2002). Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(4), 1022-1028. doi: 10.1037/0022-006X.70.4.1022
- Forbes, D., Creamer, M., Bisson, J. I., Cohen, J. A., Crow, B. E., Foa, E. B. et al. (2010). A guide to guidelines for the treatment of PTSD and related conditions. *Journal of traumatic stress, 23*(5), 537-552. doi: 10.1002/jts.20565
- Ford, J. D. (2011). Neurobiologische und entwicklungspsychologische Forschung und ihre klinischen Implikationen. In C. A. Courtois & J. D. Ford (Hrsg.), *Komplexe Posttraumatische Belastungsstörungen und ihre Behandlung* (S. 32-50). Junfermann: Paderborn.
- Ford, J. D., Courtois, C. A., Steele, K., van der Hart, O. & Nijenhuis, E. R. (2005). Treatment of complex posttraumatic selfdysregulation. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 437-447. doi: 10.1002/jts.2005 1
- Foy, D. W., Glynn, S. M., Schnurr, P. P., Jankowski, M. K., Wattenberg, M. S., Weiss, D. S. et al. (2000). Group therapy. *Journal of Traumatic Stress, 13*(4), 571-572.
- Franzke, I. (2012). *Selbstverletzendes Verhalten im Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen in der Kindheit sowie dissoziativer, posttraumatischer und depressiver Symptomatik*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Bielefeld.
- Freyberger, H. J. & Spitzer, C. (2010). Dissoziative Störungen. In E. Leibing, W. Hiller & S. K. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie – Verhaltenstherapie* (S. 317-324). München: CIP-Medien.
- Freyberger, H. J., Spitzer, C. & Stieglitz, R. D. (1999). *Fragebogen zu dissoziativen Symptomen - FDS*. Bern: Huber.
- Frommberger, U., Stieglitz, R. D., Nyberg, E., Richter, H., Novelli-Fischer, U., Angenendt, J. et al. (2004). Comparison between paroxetine and behavior therapy in patients with posttraumatic stress disorder (PTSD): A pilot study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 8*, 19-23. doi: 10.1080/13651500310004803

- Fydrich, T. & Schneider, S. (2007). Evidenzbasierte Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 52(1), 55-68. doi: 10.1007/s00278-006-0522-x
- Gast, U. & Drebes, S. (2010). Dissoziative Störungen. In V. Arolt & A. Kersting (Hrsg.), *Psychotherapie in der Psychiatrie* (S. 313-334). Berlin: Springer.
- Gast, U., Mehler, S. & Heftler, D. (2009). *Interaktionelle Gruppen: Die Gruppen Grün, Blau und Orange*. In: Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT): Handout zum Workshop. 11. Jahrestagung der deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (S. 17-20). Verfügbar unter: <http://www.traumhaus-bielefeld.de/wp-content/uploads/Handout-PITT.pdf> [27.06.2014]
- Gast, U. & Rodewald, F. (2004). Prävalenz dissoziativer Störungen. In L. Reddemann, A. Hofmann & U. Gast (Hrsg.), *Psychotherapie der dissoziativen Störungen* (S. 37-46). Stuttgart: Thieme.
- Gast, U., Rodewald, F., Hofmann, A., Mattheß, H., Nijenhuis, E., Reddemann, L. et al. (2006). Die dissoziative Identitätsstörung – häufig fehldiagnostiziert. *Deutsches Ärzteblatt*, 103(47), 193-200.
- Geiser, F., Bassler, M., Bents, H., Carls, W., Joraschky, P., Michelitsch, B. et al. (2002). Bewertung des Therapieerfolgs durch den Patienten. *Der Nervenarzt*, 73, 59-64.
- Gloger-Tippelt, G. (2012). Das Adult Attachment Interview: Durchführung und Auswertung. In G. Gloger-Tippelt (Hrsg.), *Bindung im Erwachsenenalter: Ein Handbuch für Forschung und Praxis* (S. 93-111). Bern: Huber.
- Graham, J. W. & Donaldson, S. I. (1993). Evaluating interventions with differential attrition: The importance of nonresponse mechanisms and use of follow up data. *Journal of Applied Psychology*, 78, 119–128. doi: 10.1037/0021-9010.78.1.119
- Grawe, K. (1995). Grundriß einer allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40(3), 130-145.
- Grawe, K. (2005). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden. *Psychotherapeutenjournal*, 4, 4-11.
- Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung. *Psychotherapeut*, 44(2), 63-73.
- Griesel, D., Wessa, M. & Flor, H. (2006). Psychometric Qualities of the German version of the Posttraumatic Diagnostic Scale (PTDS). *Psychological Assessment*, 18(3), 262-268. doi: 10.1037/1040-3590.18.3.262
- Groß, L. J., Stemmler, M. & de Zwaan, M. (2012). Ressourcenaktivierung in der klinischen Psychologie und Psychotherapie: Überblick über theoretische Hintergründe und aktuelle Forschungsansätze. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 80(08), 431-440. doi: 10.1055/s-0031-1281810

- Günther, A. (2009). *Konstruktion eines Fragebogens zur Ressourcendiagnostik für die Evaluation einer Therapie von Traumafolgestörungen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Bielefeld.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate Data Analysis* (7th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Hapke U., Schumann A., Rumpf H. J., John, U. & Meyer, C. (2006). Post-traumatic stress disorder: the role of trauma, pre-existing psychiatric disorders, and gender. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 299–306. doi: 10.1009/s00406-006-0654-6
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995). *Das Beck Depressionsinventar – BDI*. Testhandbuch (2. überarbeitete Auflage). Bern: Huber.
- Heffler, D. & Mehler, S. (2010). Gruppentherapie mit komplex traumatisierten Patientinnen im stationären Setting. *Zeitschrift für Gruppenpsychotherapie und Psychodynamik*, 46, 41-54. doi: 10.13109/grup.2010.46.1.41
- Hembree, E. A., Foa, E. B., Dorfan, N. M., Street, G. P., Kowalski, J. & Tu, X. (2003). Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD?. *Journal of Traumatic Stress*, 16(6), 555-562. doi: 10.1023/B:JOTS.0000004078.93012.7d
- Hembree, E. A., Rothbaum, B. O. & Foa, E. D. (2013). Expositionsfokussierte Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4. Auflage, S. 223-237). Springer: Berlin.
- Hensel-Dittmann, D., Schauer, M., Ruf, M., Catani, C., Odenwald, M., Elbert, T. et al. (2011). Treatment of traumatized victims of war and torture: A randomized controlled comparison of narrative exposure therapy and stress inoculation training. *Psychotherapy and psychosomatics*, 80(6), 345-352. doi: 10.1159/000327253
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377–391.
- Hofmann, A. (1999). *EMDR in der Behandlung psychotraumatischer Belastungssyndrome*. Stuttgart: Thieme.
- Hofmann, A. (2004). Die Absorptionstechnik, eine einfache Möglichkeit zur Ressourcenaktivierung. *EMDRIA Rundbrief*, 4, 33-34.
- Hollis, S., & Campbell, F. (1999). What is meant by intention to treat analysis? Survey of published randomised controlled trials. *British medical journal*, 319(7211), 670-674.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes*. Northvale: Aronson.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. doi: 10.1037/a0022186
- Hox, J. (2002). *Multilevel Analysis*. New Jersey: Erlbaum.

- Hussy, W., Schreier, M. & Echterhoff, G. (2010). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Springer: Berlin.
- Ipser J. C., Seedat, S. & Stein, D. J., (2006). Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane database of systematic reviews*, Issue 1, Art.-No. CD002795. doi: 10.1002/14651858.CD002795.pub2.
- Ipser, J. C. & Stein, D. J. (2012). Evidence-based pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder (PTSD). *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 15, 825-840. doi: 10.1017/S1461145711001209
- Jackson, C., Nissenson, K. & Cloitre, M. (2011). Kognitive Verhaltenstherapie. In C. A. Courtois & J. D. Ford (Hrsg.), *Komplexe Posttraumatische Belastungsstörungen und ihre Behandlung* (S. 281-304). Junfermann: Paderborn.
- Jacobi, F. (2001). Misserfolgsvorschung in der Verhaltenstherapie. In R. Dohrenbusch & F. Kaspers (Hrsg.), *Fortschritte der Klinischen Psychologie und Verhaltensmedizin* (S. 323-346). Lengerich: Pabst.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C. & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 17, 308-311.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19. doi: 10.1037/0022-006X.59.1.12
- Jaeger, J. A., Echiverri, A., Zoellner, L. A., Post, L. & Feeny, N. C. (2009). Factors associated with choice of exposure therapy for PTSD. *International journal of behavioral and consultation therapy*, 5(3-4), 294-310.
- Jakob, J. (2009). *Stabilisierungsgruppe: Die Gruppe lila*. In: Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT): Handout zum Workshop. 11. Jahrestagung der deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (S. 6-14). Verfügbar unter: <http://www.traumhaus-bielefeld.de/wp-content/uploads/Handout-PITT.pdf> [27.06.2014]
- Janet, P. (1889). *Psychological healing*. New York: Macmillan.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free press.
- Kastner, B. & Lücke, S. (2009). *Kunstpsychotherapie*. In: Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT): Handout zum Workshop. 11. Jahrestagung der deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie, (S.28-29). Verfügbar unter: <http://www.traumhaus-bielefeld.de/wp-content/uploads/Handout-PITT.pdf> [27.06.2014]

- Kehle-Forbes, S. M., Polusny, M. A., MacDonald, R., Murdoch, M., Meis, L. A. & Wilt, T. J. (2013). A systematic review of the efficacy of adding nonexposure components to exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(4), 317-322. doi: 10.1037/a0030040
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demmler, O., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627. doi: 0.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091444
- 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, 1048-1060.
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M. & Friedman, M. J. (2013). National Estimates of Exposure to Traumatic Events and PTSD Prevalence using DSM-IV and DSM-5 Criteria. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 537-547. doi: 10.1002/jts.21848
- Klinitzke, G., Romppel, M., Häuser, W., Brähler, M. & Glaesmer, H. (2012). Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) – psychometrische Eigenschaften einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 62(02), 47-51. doi: 10.1055/s-0031-1295495
- Kulaschek, K., Kruse, J., Thwing Emeny, R., Lacruz, M. E., von Eisenhart Rothe, A. & Ladwig, K.-H. (2013). Lifetime traumatic experiences and their impact on PTSD: a general population study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 525-532. doi: 10.1007/s00127-012-0585-7
- Lampe, A., Mitmansgruber, H., Gast, U., Schüssler, G. & Reddemann, L. (2008). Therapieevaluation der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) im stationären Setting. *Neuropsychiatrie*, 22, 189-197. doi: 10.5414/NEPBand22189
- Lane, P. (2008). Handling dropout in longitudinal clinical trials: a comparison of the LOCF and MMRM approaches. *Pharmaceutical Statistics*, 7(2), 93-106. doi: 10.1002/pst.267
- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 300(13), 1551-1565. doi: 10.1001/jama.300.13.1551
- Leichsenring, F., Rabung, S. & Leibling, E. (2004). The Efficacy of Short-term Psychodynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders: A Meta-analysis. *Archives of general psychiatry*, 61(12), 1208-1216. doi: 10.1001/archpsyc.61.12.1208
- Leichsenring, F. & Rüger, U. (2004). Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidence Based Medicine (EBM). Randomisierte kontrollierte Studien vs.

- naturalistische Studien – gibt es nur einen Goldstandard?. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 50(2), 203-217.
- Leopold, K., Priebe, S. & Bauer, M. (2013). Psychopharmakotherapie der Posttraumatischen Belastungsstörungen. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (S. 298-305). Springer: Berlin.
- Lewis, M. D. (2005). Self-organizing individual differences in brain development. *Developmental Review*, 25(3), 252-277. doi: 10.1016/j.dr.2005.10.006
- Lösel, F. (2006). *Bestandsaufnahme und Evaluation von Angeboten im Elternkindbereich – Abschlussbericht*. Friedrich-Alexander-Universität, Erlangen-Nürnberg. Verfügbar unter: http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/elternbildungsbereich/pdf/abschlussbericht_2006.pdf [27.06.2014]
- Lücke, S. (2008). *Kunst- und Gestaltungstherapie im Prozess der Traumaheilung*. In L. Reddemann (Hrsg.), *Imagination als heilsame Kraft* (S. 125-157). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Malchus, G. (2009). *Lebenskrisen: Die Gruppe Rot*. In: Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT): Handout zum Workshop. 11. Jahrestagung der deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie, (S. 16-17). Verfügbar unter: <http://www.traumhaus-bielefeld.de/wp-content/uploads/Handout-PITT.pdf> [27.06.2014]
- Malchus, G. (2009a). *Thema Arbeitsplatz: Die Gruppe Beruf*. In: Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT): Handout zum Workshop. 11. Jahrestagung der deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (S. 21-22). Verfügbar unter: <http://www.traumhaus-bielefeld.de/wp-content/uploads/Handout-PITT.pdf> [27.06.2014]
- Maercker, A. (2005). Posttraumatische Belastungsstörung. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie-Manual* (S. 511-519). Springer: Heidelberg.
- Maercker, A. (2013). *Posttraumatische Belastungsstörungen*. Springer: Berlin.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M. et al. (2013). Diagnoses and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12, 198-206. doi: 10.1002/wps.20057
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Nervenarzt*, 79, 577-586. doi: 10.1007/s00115-008-2467-5

- Maercker, A. & Horn, A. B. (2012). A socio-interpersonal perspective on PTSD: The case for environments and interpersonal processes. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20(6), 465-481. doi: 10.1002/cpp.1805
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M. & Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Archives of general psychiatry*, 55(4), 317-325.
- Marmar, C. R., Wiess, D. F., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Jordan, B. K., Kulka, R. A. et al. (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *American Journal of Psychiatry*, 151, 902-907.
- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, K. M. (2000). Relation of the Therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta analytic review. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 68, 438–450. doi: 10.1037//0022-006X.68.3.438
- 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. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.515
- McGrath R. E. & Meyer, G. J. (2006). When effect sizes disagree: The case of r and d. *Psychological Methods*, 11(4), 386-401. doi: 10.1037/1082-989X.11.4.38
- McLaughlin, K. A., Koenen, C. K., Hill, E. D., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. et al. (2013). Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in a National Sample of Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(8), 815-830. doi: 10.1016/j.jaac.2013.05.011
- Meichenbaum, D. (1974). *Cognitive behavior modification*. Morristown: General Learning Press.
- Morgenroth, C. & Castrup, I. (2009). *Das Pflegekonzept*. In: Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT): Handout zum Workshop. 11. Jahrestagung der deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (S. 36-38). Verfügbar unter: <http://www.traumhaus-bielefeld.de/wp-content/uploads/Handout-PITT.pdf> [27.06.2014]
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behaviour*. New York: Wiley.
- Munz-Becker, R. (2009). *Familientherapie*. In: Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT): Handout zum Workshop. 11. Jahrestagung der deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (S.33-35). Verfügbar unter: <http://www.traumhaus-bielefeld.de/wp-content/uploads/Handout-PITT.pdf> [27.06.2014]

- Myers, C. S. (1940). *Shell shock in France 1914-1918*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Najavits, L. M. (2003). How to design an effective treatment outcome study. *Journal of Gambling Studies*, 19(3), 317-337. doi: 1050-5350/03/0900-0317/0
- National Institute of Clinical Excellence (2005). *Clinical guideline 26. Posttraumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. Trowbridge: Cromwell Press Limited. Verfügbar unter: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10966/29769/29769.pdf> [27.06.2014]
- Nestmann F. (1996). Psychosoziale Beratung – ein ressourcentheoretischer Entwurf. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 28, 359–376.
- Neuner, F. (2008). Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos?. *Verhaltenstherapie*, 18(2), 109-118. doi: 10.1159/000134006
- Neuner, F., Kurreck, S., Ruf, M., Odenwald, M., Elbert, T. & Schauer, M. (2010). Can Asylum-Seekers with Posttraumatic Stress Disorder be successfully treated? A randomized controlled pilot study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(29), 81-91. doi: 10.1080.16506070903121042
- Neuner, F., Schauer, M. & Elbert, T. (2013). Narrative Exposition. In Maercker, A. (Hrsg.): *Posttraumatische Belastungsstörungen* (S. 327-347). Springer: Berlin
- Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U. & Elbert, T. (2004). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(4), 579-587. doi: 10.1037/0022-006X.72.4.579
- Nijenhuis, E. R., Spinhoven, P., van Dyck, R., van der Hart, O. & Vanderlinden, J. (1998). Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma. *Journal of traumatic stress*, 11(4), 711-730. doi: 10.1023/A:1024493332751
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5, 307-389.
- Ozer, E. J., Best, R. S., Lipsey, T. L. & Weiss, D. (2008). Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Symptoms in Adults: A Meta-Analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 3-36. doi: 10.1037/1942-9681.5.1.3
- Pasquini, P., Liotti, G., Mazzotti, E., Fassone, G. & Picardi, A. (2002). Risk factors in the early family life of patients suffering from dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(2), 110-116. doi: 10.1034/j.1600-0447.2002.01062.x

- Paunovic, N. & Öst, L. G. (2001). Cognitive-behavior therapy vs. exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour research and therapy*, 39(10), 1183-1197.
- Pearlman, L. A. & Courtois, C. A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 449-459. doi: 10.1002/jts.20052
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S. & Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 46-59. doi: 10.1034/j.1600-0447.2000.101001046
- Perkonig, A., Pfister, H., Stein, M. B., Höfler, M., Lieb, R., Maercker, A. et al. (2005). Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and young adults. *American Journal of Psychiatry*, 162(7), 1320-1327. doi: 10.1176/appi.ajp.162.7.1320
- Pitman, R. K., Altman, B., Greenwald, E., Longpre, R. E., Macklin, M. L., Poire, R. E. et al. (1991). Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52(1), 17-20.
- Ponniah, K. & Hollon, S. D. (2009). Empirically supported psychological treatments for adult acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a review. *Depression and anxiety*, 26(12), 1086-1109. doi: 10.1002/da.20635
- Preacher, K. J. & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments & Computers*, 36, 717-731.
- Priebe, K., Steil, R., Kleindienst, N., Dyer, A. S., Krüger, A., & Bohus, M. (2012). Psychotherapie der Posttraumatischen Belastungsstörung nach sexuellem Missbrauch. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 62(01), 5-17. doi: 10.1055/s-0031-1295482
- Reddemann, L. (1998). Zur Psychotherapie von Vergewaltigungsopfern – ein Ressourcen orientierter tiefenpsychologisch fundierter Ansatz. *Psychotherapie*, 3, 146-150.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren* (1. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2003). Die psychodynamisch imaginative Traumatherapie. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin*, 1(2), 1-8.
- Reddemann, L. (2004). *Dem inneren Kind begegnen: Hör-CD mit ressourcenorientierten Übungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Reddemann, L. & Dehner-Rau, C. (2004). *Trauma – Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen*. Stuttgart: Trias.
- Reddemann, L. (2006). Achtsamkeit in der tiefenpsychologisch fundierten Traumatherapie. *Psychotherapie im Dialog*, 7(3), 297-301.
- Reddemann, L. (2008). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren* (14. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2008a). Vorwort. In C. Fischer & M. Schwarze (Hrsg.), *Qigong in Psychotherapie und Selbstmanagement* (S. 9-11). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2010). Ressourcenorientierte psychodynamische Gruppenpsychotherapie in der Behandlung komplexer Traumafolgestörungen. *Zeitschrift für Gruppenpsychotherapie und Psychodynamik*, 46, 22-40. doi: 10.13109/grup.2010.46.1.22
- Reddemann, L. (2011). *Psychodynamisch-Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual* (6. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2013). Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT). In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4. Auflage, S.281-296). Heidelberg: Springer.
- Reddemann, L. & Fischer, G. (2010). Worauf es ankommt: Psychodynamische Traumatherapien. *Psychotherapie*, 15, 263-278.
- Reddemann, L. & Dehner-Rau, C. (2004). *Trauma: Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen; ein Übungsbuch für Körper und Seele*. Stuttgart: Thieme.
- Reiner, I. C., Fremmer-Bombik, E., Beutel, M., Steele, M. & Steele, H. (2013). Das Adult Attachment Interview – Grundlagen, Anwendung und Einsatzmöglichkeiten im klinischen Alltag. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 69, 231-246. doi: 10.13109/zptm.2013.59.3.231
- Resick, P. A., Galovski, T. E., Uhlmansiek, M. O. B., Scher, C. D., Clum, G. A. & Young-Xu, Y. (2008). A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(2), 243-258. doi: 10.1037/0022-006X.76.2.243
- Resick, P. A., Nishith, P. & Griffin, M. G. (2003). How well does cognitive-behavioral therapy treat symptoms of complex PTSD? An examination of child sexual abuse survivors within a clinical trial. *CNS spectrums*, 8(5), 340-355.
- Richter, P., Werner, J., Heerlein, A., Kraus, A. & Sauer, H. (1998) On the Validity of the Beck Depression Inventory. A review. *Psychopathology*, 31, 160-168. doi: 10.1159/000066239

- Rief, W. & Hiller, W. (2003). A new approach to the assessment of treatment effects of somatoform disorders. *Psychosomatics*, 44, 492-498. doi: 10.1176/appi.psy.44.6.492.
- Rief, W., Hiller, W. & Heuser, J. (1997). *SOMS. Das Screening für Somatoforme Störungen*. Bern: Huber.
- Rief, W., Schäfer, S. & Fichter, M. M. (1992). SOMS. Ein Screening-Verfahren zur Identifizierung von Personen mit somatoformen Störungen. *Diagnostica*, 38, 228-241.
- Rosner, R., Henkel, C., Ginkel, K. & Mestel, R. (2010). Was passiert nach der stationären Stabilisierung mit komplex traumatisierten PTB-Patientinnen? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58(2), 127-135. doi: 10.1024/1661-4747/a000017
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der Kolk, B. & Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*, 10(4), 539-555. doi: 10.1002/jts.2490100403
- Rothbaum, B. O., Astin, M. C. & Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of traumatic stress*, 18(6), 607-616. doi: 10.1002/jts.20069
- Sachsse, U. & Dulz, B. (2004). *Traumazentrierte Psychotherapie: Theorie, Klinik und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Sachsse, U., Vogel, C. & Leichenring, F. (2006). Results of psychodynamically oriented trauma-focused inpatient treatment for women with complex posttraumatic stress disorder (PTSD) and borderline personality disorder (BPD). *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70(2), 125-144. doi: 10.1521/bumc.2006.70.2.125
- Sack, M. (2004). Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. *Der Nervenarzt*, 75(5), 451-459. doi: 10.1007/s00115-003-1612-4
- Sackett, D. F., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B. & Richardson, W. S. (1997). Was ist evidenzbasierte Medizin und was nicht? *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 139(44), 644-645.
- Schauer, M., Elbert, T. & Neuner, F. (2007). Interaktion von neurowissenschaftlichen Erkenntnissen und psychotherapeutischen Einsichten am Beispiel von traumatischem Stress und dessen Behandlung mittels narrativer Expositionstherapie. In R. Becker & H. P. Wunderlich (Hrsg.), *Wie wirkt Psychotherapie?: Forschungsgrundlagen für die Praxis*. (S. 87-108). Stuttgart: Thieme.
- Schmacke, N. (2006). Evidenzbasierte Medizin und Psychotherapie: die Frage nach den angemessenen Erkenntnismethoden. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 56(05), 202-209. doi: 10.1055/s-2006-932609

- Schmidt, S., Strauß, B., Höger, D. & Brähler, E. (2004). Die Adult Attachment Scale (AAS)-Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Version. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 54(09/10), 375-382. doi: 10.1055/s-2003-815000
- Schnell, R., Hill, P. & Esser, E. (2008). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (8. Auflage). München: Oldenbourg.
- Schottenbauer, M. A., Arnkoff, D. B., Glass, C. R. & Gray, S. H. (2006). Psychotherapists in the community: Reported prototypical psychodynamic treatments of trauma. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54(4), 1347-1353. doi: 10.1177/00030651060540040111
- Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Tendick, V. & Gray, S. H. (2008). Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: review and methodological considerations. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 71(2), 134-168. doi: 10.1521/psyc.2008.71.2.134
- Schreiber, J. (1989). *Touching the mountain*. Oakland: California Health Publications.
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Foy, D. W., Shea, M. T., Hsieh, F. Y., Lavori, P. W. et al. (2003). 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(5), 481-489.
- Schubbe, O. (2013). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4. Auflage, S. 310-322). Springer: Berlin.
- Schwartz, R. (1997). *Systemische Arbeit mit der inneren Familie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Seidler, G. H. & Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 11, 1515-1522. doi: 10.1017/S0033291706007963
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14. doi: 10.1037//0003-66x-55.15
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing, Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press.
- Shea, M. T., McDevitt-Murphy, M., Ready, D. J. & Schnurr, P. P. (2009). Group therapy. In E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman & J. A. Cohen (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2nd ed., pp. 306–326). New York: Guilford Press.

- Sherman, J. J. (1998). Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Traumatic Stress, 11*(3), 413-435. doi: 0894-9867/98/0700-0413\$15.0
- Singer, J. & Willet, B. (2003). *Modelling change and event occurrence*. Oxford: University Press.
- Sloan, D. M., Bovin, M. J. & Schnurr, P. P. (2012). Review of group treatment for PTSD. *Journal of Rehabilitation Research & Development, 49*(5), 689-702. doi: 10.1682/JRRD.2011.07.0123
- Sloan, D. M., Feinstein, B. A., Gallagher, M. W., Beck, J. G. & Keane, T. M. (2013). Efficacy of group treatment for posttraumatic stress disorder symptoms: A meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5*(2), 176-183. doi: 10.1037/a0026291
- Smith, E. C. & Grawe, K. (2005). Which therapeutic mechanisms work when? A step towards the formulation of empirically validated guidelines for therapists' session-to-session decisions. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 12*(2), 112-123. doi: 10.1002/cpp.427
- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equation models. In S. Leinhardt (Ed.), *Sociological Methodology 1982* (pp. 290-312). Washington: American Sociological Association.
- 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. doi: 10.1002/jclp.10069
- 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. doi: 10.1002/jts.20050
- Spitzer, C. (2004). Psychometrische Diagnostik dissoziativer Symptome und Störungen. In A. Eckhardt-Henn & S. O. Hoffmann (Hrsg.), *Dissoziative Störungen des Bewusstseins* (S. 311-320). Stuttgart: Schattauer.
- Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H. J. & Grabe, H. J. (2007). Dissociation predicts symptom-related treatment outcome in short-term inpatient psychotherapy. *Australian and New Zealand journal of psychiatry, 41*(8), 682-687. doi: 10.1080/00048670701449146
- Spitzer, C., Barnow, S., Volzke, H., John, U., Freyberger, H. J. & Grabe, H. J. (2009). Trauma, posttraumatic stress disorder, and physical illness: findings from the general population. *Psychosomatische Medizin 71*(9), 1012-1017. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181bc76b5

- Spitzer, C., Stieglitz, R. D. & Freyberger H. J. (2005). *Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen* (2. überarbeitete Auflage). Bern: Huber.
- Steele, K. & van der Hart, O. (2011). Behandlung von Dissoziation. In C. A. Courtois & J. D. Ford, *Komplexe Posttraumatische Belastungsstörungen und ihre Behandlung* (S. 170-192). Junfermann: Paderborn.
- Stehlig, C. (2009). *Bewegungstherapie*. In: Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT): Handout zum Workshop. 11. Jahrestagung der deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (S. 23-25). Verfügbar unter: <http://www.traumhaus-bielefeld.de/wp-content/uploads/Handout-PITT.pdf> [27.06.2014]
- Steil, R. (2000). *Die Posttraumatische Diagnose Skala (PDS)*. Unveröffentlichtes Manuskript. Universität Jena.
- Steil, R. (2010). Posttraumatische und Akute Belastungsstörung. In E. Leibing, W. Hiller & S. K. Sulz, *Lehrbuch der Psychotherapie – Verhaltenstherapie* (S. 285-298). München: CIP-Medien.
- Steil, R., Ehlers, A. & Clark, D. (2013). Kognitionsfokussierte Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung. In A. Maercker, *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4. Auflage, S. 240-256). Springer: Berlin.
- Stevens, J. P. (2007). *Intermediate statistics: a modern approach* (3. ed). New York Erlbaum.
- Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faragher, B., Reynolds, M., Graham, E. 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(1), 13-18. doi: 13. 0022-006X/99/S3.00
- Teegen, F. & Vogt, S. (2002). Überlebende von Folter. Eine Studie zu komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmodifikation*, 23, 91-106.
- Terr, L. C. (1989). Treating psychic trauma in children. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 3–20.
- Tolin, D. F. & Foa, E. B. (2006). Sex differences in Trauma and Posttraumatic Stress Disorder: A Quantitative Review of 25 Years of Research. *Psychological Bulletin*, 132(6), 959-992. doi: 10.1037/0033-2909.132.6.959
- Tschuschke, V. (2005). Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. Fehlentwicklungen und Korrekturvorschläge. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 106-115.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., & Steele, K. (2005). Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 413-423.

- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. & Steele, K. (2008). *Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung*. Paderborn: Junfermann.
- Van der Kolk, B. & Courtois, C. A. (2005). Editorial Comments: Complex Developmental Trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 385-388. doi: 10.1002/jts.20046
- Van der Kolk, B., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S. & Spinazzola, J. (2005). Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 389-399. doi: 10.1002/jts.20047
- Van der Kolk, B., Spinazzola, J., Blaustein, M. E., Hopper, J. W., Hopper, E. K., Korn, D. L. et al. (2007). 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 Etten, M. L. V. & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 5*, 126-144. doi: 10.1002/(SICI)1099-0879(199809)5:3<126::AID-CPP153>3.0.CO;2-H
- Van Minnen, A., Arntz, A. & Keijsers, G. P. J. (2002). Prolonged exposure in patients with chronic PTSD: Predictors of treatment outcome and dropout. *Behaviour Research and Therapy, 40*(4), 439-457. doi: 10.1016/S0005-7967(01)00024-9
- Walach, H., Buchheld, N., Butenmüller, V., Kleinknecht, N., Grossmann, P. & Schmidt, S. (2004). Empirische Erfassung der Achtsamkeit – die Konstruktion des Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit (FFA) und weitere Validierungsstudien. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie* (S. 727-765). Tübingen: dgvt.
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N. & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness – the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences, 40*, 1543–1555. doi: 10.1016/j.paid.2005.11.025
- Watkins, H. H. (1993). Ego-state therapy: An overview. *American Journal of Clinical Hypnosis, 35*(4), 232-240.
- Watkins, J. G. & Watkins, H. (2003). *Ego states, Theorie und Therapie*. Heidelberg: Carl Auer.
- Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B. & Friedman, M. J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *The Journal of clinical psychiatry, 74*(6), 541-550. doi: 10.4088/JCP.12r08225
- Weltgesundheitsorganisation (1994). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)*. Huber: Bern.

- Willutzki, U., Koban, C. & Neumann, B. (2005). Zur Diagnostik von Ressourcen. In J. Kosfelder, J. Michalak, S. Vocks & U. Willutzki (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (S. 37-53). Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B. et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679. doi: 10.1016/j
- Wöller, W. (2010). Gruppenpsychotherapie bei traumatisierten Patientinnen. Konzepte und Stand der Forschung. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 46, 4-21. doi: 10.13109/grup.2010.46.1.4
- Wulff, H. (2006). Childhood Trauma Questionnaire. *Entwicklung einer deutschsprachigen Version und Überprüfung bei psychiatrisch-psychotherapeutischen Patienten*. Dissertation. Universität Lübeck. Verfügbar unter: <http://www.students.informatik.uni-luebeck.de/zhb/ediss318.pdf> [27.06.2014]
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed). New Jersey: Pearson.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V. & Williams, J. M. G. (1997). *Experiences Questionnaire*. Unveröffentlichter Fragebogen.
- Zlotnick, C., Johnson, J., Kohn, R., Vicente, B., Rioseco, P. & Saldivia, S. (2006). Epidemiology of trauma, posttraumatic stress disorder (PTSD) and co-morbid disorders in Chile. *Psychological Medline*, 36, 1523-1533. doi: 10.1017/S0033291706008282

ANHANG

Anhang A	Tabellen	216
Anhang B	Abbildungen von Ergebnissen	228
Anhang C	Studienmaterial	229

Abbildungsverzeichnis - Anhang

Anhang B Ergebnisse

Abbildung 1	Therapeutische Beziehung als Mediator des Einflusses von Innere Kind Arbeit auf die Patientinnenbewertung der Veränderung ihres Befindens.	228
Abbildung 2	Therapeutische Beziehung als Mediator des Einflusses von Psychoedukation auf die Patientinnenbewertung der Veränderung ihres Befindens.	228

Anhang C Studienmaterial

Abbildung 1	Informationsschreiben, das dem Fragebogenset der Kontrollgruppe zum ersten Testzeitpunkt beilag.	229
Abbildung 2	Informationsschreiben, das dem Fragebogenset der Treatmentgruppe zum ersten Testzeitpunkt beilag.	231
Abbildung 3	Erinnerungsschreiben, das den Patientinnen der Kontrollgruppe sowie der Treatmentgruppe (dritter Testzeitpunkt) zugeschickt wurde, wenn diese das Fragebogenset nach ca. vier Wochen nicht zurückgeschickt hatten	233
Abbildung 4	Einzeltherapieübersicht, in der die Therapeutinnen die Dauer der jeweiligen Sitzung angeben und maximal drei inhaltliche Elemente angeben, die sie in der jeweiligen Sitzung eingesetzt haben.	234
Abbildung 5	Erhebung der ambulanten Versorgungssituation in der Kontrollgruppe.	235

Tabellenverzeichnis – Anhang A

Tabelle 1	Merkmale der Hauptstichprobe in Kontroll- und Treatmentgruppe	216
Tabelle 2	Bildung und aktuelle berufliche Stellung der Hauptstichprobe	217
Tabelle 3	Übersicht über die Häufigkeiten spezifischer Diagnosen in der Untersuchungsgruppe zur Überprüfung der Wirksamkeit der Klinikgruppen	218
Tabelle 4	Reliabilitäten und Retest-Reliabilitäten der eingesetzten Fragebögen	219
Tabelle 5	Übersicht über den durchschnittlichen Umfang der einzelnen Therapieelemente der Treatmentgruppe 2009 in Stunden	220
Tabelle 6	Bewertung der Kreativangebote durch die Treatmentgruppe	221
Tabelle 7	Bewertung der zusätzlichen Therapieangebote durch die Treatmentgruppe	221
Tabelle 8	p -Werte bei der Prüfung der abhängigen Variablen der Hauptstichprobe auf Normalverteilung und Varianzhomogenität	221
Tabelle 9	Güte des sozialen Netzes in der Kontroll- und Treatmentgruppe	222
Tabelle 10	p -Werte bei der Prüfung der abhängigen Variablen der abhängigen Stichprobe auf Normalverteilung	222
Tabelle 11	Übersicht über die zur Berechnung der klinisch signifikanten Veränderungen herangezogenen Werte und Literaturquellen	222
Tabelle 12	Kennwerte der Varianzanalysen zum Vergleich der Differenzwerte zwischen den Treatmentgruppen und der Kontrollgruppe	223
Tabelle 13	Kennwerte der Analysen mit Mehrebenenmodellen auf Gruppenunterschiede zwischen Treatmentgruppe 2010 bis 2012, Treatmentgruppe 2009 und Kontrollgruppe	224
Tabelle 14	Kennwerte der hypothesengeleiteten Kontrastanalysen mit Mehrebenenmodellen zu Einzelvergleichen von Treatmentgruppe 2010 bis 2012, Treatmentgruppe 2009 und Kontrollgruppe	224
Tabelle 15	Kennwerte der Überprüfung möglicher Unterschiede in metrischen Variablen zwischen Teilnehmerinnen, die ausschließlich psychoedukative Gruppentherapie erhielten und denen, die anschließend noch interaktionelle Gruppentherapie erhielten	225
Tabelle 16	Kennwerte der Überprüfung möglicher Unterschiede in kategorialen soziodemographischen Variablen zwischen Teilnehmerinnen, die ausschließlich psychoedukative Gruppentherapie erhielten und denen, die anschließend noch interaktionelle Gruppentherapie erhielten	225

Tabelle 17	p -Werte bei der Prüfung der Differenzwerte der Stichprobe aus Hypothese 3 auf Normalverteilung mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test	225
Tabelle 18	Kennwerte der Einzelvergleiche von psychoedukativer Gruppentherapie, interaktioneller Gruppentherapie und Krisengruppentherapie im Hinblick auf Unterschiede in den abhängigen Variablen zum ersten Testzeitpunkt	226
Tabelle 19	Häufigkeiten des Bildungsniveaus von Personen in der psychoedukativen Gruppentherapie, der interaktionellen Gruppentherapie sowie der Krisengruppentherapie	227
Tabelle 20	Anzahl der Personen in der psychoedukativen Gruppentherapie, der interaktionellen Gruppentherapie sowie der Krisengruppentherapie, die sich zum Aufnahmezeitpunkt in ambulanter Psychotherapie befanden	227
Tabelle 21	Anzahl der Personen in der psychoedukativen Gruppentherapie, der interaktionellen Gruppentherapie sowie der Krisengruppentherapie, die angaben (k)eine Traumatisierung erlebt zu haben	227

Anhang A: Tabellen

Tabelle 1

Merkmale der Hauptstichprobe in Kontroll- und Treatmentgruppe

Variablen	Treatmentgruppe		Kontrollgruppe	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Alter	41.35	10.60	41.31	9.99
Alter 1. Trauma	7.16	7.63	6.99	6.37
Dauer Trauma (Monate)	75.97	82.43	83.45	73.22
AU-Dauer	20.78	32.43	20.68	29.30
Ambulante PT (Monate)	40.62	43.31	32.61	36.99
Ambulante psychia. Anbindung (Monate)	30.60	40.14	30.34	48.68
Monate (teil)stationäre psycho. Vorbehandlung	4.56	4.98	4.19	4.45
Monate psychia. Vorbehandlung	4.00	6.74	4.15	6.88
Todesangst	3.70	3.20	3.92	3.10
Medikamente	2.31	2.11	2.31	1.78
	Ja	Nein	Ja	Nein
Mind. 1 Trauma	90.7%	9.3%	95.1%	4.9%
Multiple Traumatisierung	86.8%	13.2%	82,7%	17.3%
Partnerschaft	58.3%	41.7%	56.6%	43.4%
Ambulante PT	62.2%	37.8%	65.1%	34.9%
Ambulant FA psychia. Anbindung	37.3%	62.7%	43.4%	56.5%

Tabelle 2

Bildung und aktuelle berufliche Stellung der Hauptstichprobe

	Treatmentgruppe	Kontrollgruppe
Bildung		
Kein Abschluss	5.3%	3.6%
Hauptschule	26.3%	32.7%
Realschule	30.1%	32.7%
Abitur	16.3%	15.5%
Fachhochschule	10.5%	9.1%
Universität	11.5%	6.4%
Aktuelle berufliche Stellung		
Auszubildende	0.9%	1.1%
Studentin	6.7%	2.1%
Ungelernte Arbeiterin	6.1%	9.5%
Facharbeiterin	9.4%	12.6%
Mittlere Angestellte	25.6%	20.0%
Höhere Angestellte	3.9%	4.2%
Führungskraft	2.2%	2.1%
Selbstständige	5.0%	7.4%
Sonstiges	40.0%	41.1%

Tabelle 3

Übersicht über die Häufigkeiten spezifischer Diagnosen in der Untersuchungsgruppe zur Überprüfung der Wirksamkeit der Klinikgruppen

Diagnose	ICD-10	Häufigkeit
Posttraumatische Belastungsstörung	F43.1	30.2%
Sonstige Reaktion auf schwere Belastung ³⁸	F43.8	43.2%
Leichte depressive Episode	F32.0/F33.0	11.3%
Mittelgradige depressive Episode	F32.1/F33.1	63.2%
Schwere depressive Episode	F32.2/F33.2	3.3%
Bipolare Störung	F31	0.9%
Dissoziative Identitätsstörung	F44.88	16.5%
Nicht näher bezeichnete dissoziative Störung	F44.9	9.0%
Gemischte dissoziative Störung	F44.7	7.5%
Dissoziative Amnesie	F44.0	2.4%
Dissoziative Bewegungsstörungen	F44.4	0.9%
Depersonalisations- und Derealisationssyndrom	F48.1	2.4%
Mehrere (einfache) dissoziative Diagnosen		4.2%
Somatisierungsstörung	F45.0	5.2%
Somatoforme Schmerzstörung	F45.4	10.4%
Somatoforme autonome Funktionsstörung	F45.3	3.8%
Mehrere somatoforme Diagnosen		3.8%
Anorexie	F50.1	2.8%
Bulimie	F50.2	2.8%
Sonstige Essstörungen	F50.4/F50.8/F50.9	14.6%

³⁸ Bei der „sonstige Reaktion auf schwere Belastung“ handelt es sich zumeist um eine komplexe PTBS, die keinen eigenen Diagnosecode hat und die in der Klinik in dieser Form diagnostiziert wird.

Tabelle 4

Reliabilitäten und Retest-Reliabilitäten der eingesetzten Fragebögen

Fragebogen	1. Testzeitpunkt	2. Testzeitpunkt	3. Testzeitpunkt	Retest-Reliabilität
FFA	0.78	0.85	0.85	0.81
FER	0.97	0.98	0.97	0.86
PDS	0.89	0.90	0.93	0.89
FDS-20	0.92	0.95	0.95	0.94
BDI	0.86	0.90	0.91	0.89
SOMS Frauen ³⁹	0.92	0.92	0.93	0.88
SOMS Männer ⁴⁰	0.92	0.95	0.95	0.92
SOMS gesamt ⁴¹	0.91	0.93	0.94	0.89
HAQ-Beziehung	0.87	0.88		
HAQ-Erfolgszuf.	0.80	0.80		
CTQ	0.96			

³⁹ SOMS-Items Nr. 1 bis Nr. 52, die von Frauen auszufüllen sind

⁴⁰ SOMS-Items Nr. 1 bis Nr. 47 und Nr. 53, die von Männern auszufüllen sind

⁴¹ SOMS-Items Nr. 1 bis Nr. 47, die von allen Personen auszufüllen sind.

Tabelle 5

Übersicht über den durchschnittlichen Umfang der einzelnen Therapieelemente der Treatmentgruppe 2009 in Stunden

Einzeltherapieelement	M	SD
Sitzungsdauer	10.49	5.47
Kontaktaufnahme	2.37	1.99
Diagnostik	1.41	1.20
Therapieplanung	2.02	1.35
Biographie	1.95	1.79
Psychoedukation	2.40	2.40
Aktuelles/Beschwerden	4.75	3.72
Tagesstrukturierung	1.19	1.81
Krisenintervention	0.67	1.21
Biographischer/psychodynamischer Zusammenhang	1.95	2.24
Achtsamkeitsübung	0.50	0.79
Ressourcensuche/-verankerung	1.91	2.42
Selbstkontakt/Körperwahrnehmung	1.41	2.06
Vermittlung positiver Erfahrungen	1.14	2.03
Affektregulation	1.54	2.07
Imaginationsübungen	0.82	1.37
Innere-Kind-Arbeit	1.17	1.69
Notfallkoffer	0.32	0.69
Innere Kommunikation	1.35	2.69
Systemische Beziehungsarbeit	0.33	0.80
Stabilisierende Beobachterübung	0.10	0.29
Stabilisierung (sonstige)	0.36	0.93
Konfrontierende Beobachterübung	0.06	0.33
Konfrontation (CIPOS)	0.16	0.49
Konfrontation (EMDR)	0.29	0.95
Konfrontation (sonstige)	0.15	0.51
Vorbereitung der Entlassung	0.68	0.88
Bilanzgespräch	1.57	1.99

Anmerkung: Lediglich die Sitzungsdauer spiegelt die reale Durchschnittsdauer aller Sitzungen wieder. Hingegen ist der Umfang der weiteren Elemente jeweils in Relation zu den anderen Elementen zu sehen, da die von den Therapeutinnen angegebenen eingesetzten Elemente pro Therapiesitzung mit der Dauer der jeweiligen Sitzung registriert wurden. Entsprechend ist bei der Interpretation Vorsicht geboten.

Tabelle 6

Bewertung der Kreativangebote durch die Treatmentgruppe

	Einzelsetting			Gruppensetting		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
Kunsttherapie	8.24	1.89	33	7.92	1.96	65
Konzentrierte Körpertherapie	7.68	2.21	63	7.19	2.04	39
Körper- und Tanztherapie	8.00	0.91	13	6.36	1.86	11

Tabelle 7

Bewertung der zusätzlichen Therapieangebote durch die Treatmentgruppe

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
Systemisches Gespräch	6.22	3.41	97
Sozialberatung	8.36	1.60	13
Gruppe Beruf	7.92	1.55	13
Männergruppe	4.47	2.93	19
Aromatherapie	8.35	1.81	37
Singen als Stressbewältigung	8.08	1.60	49

Tabelle 8

Übersicht über die zur Berechnung der klinisch signifikanten Veränderungen herangezogenen Werte und Literaturquellen

	<i>SD</i>	<i>rr</i>	<i>c</i>	Literatur
FFA	5.63	.81	5.69	Walach et al. (2006)
FER	44.79	.86	38.81	Aktuelle Studie (Hauptstichprobe)
PDS	10.53	.83	10.10	Foa, Cashman, Jaycox & Perry (1997)
FDS-20	15.80	.71	19.73	Spitzer et al. (2005)
BDI	5.20	.76	6.03	Hautzinger et al. (1995)
SOMS	15.50	.71	6.83	Rief & Hiller (2003)

Abkürzungen: SD = Standardabweichung, rr = Retestrelabilität, c = Grenzwert klinisch sign. Veränderung

Tabelle 9

p-Werte bei der Prüfung der abhängigen Variablen der Hauptstichprobe auf Normalverteilung und Varianzhomogenität

Fragebogen	1. Testzeitpunkt		2. Testzeitpunkt		3. Testzeitpunkt	
	KS-Test	Levene-Test	KS-Test	Levene-Test	KS-Test	Levene-Test
FFA	$p = .00$	$p = .89$	$p = .20$	$p = .47$	$p = .00$	$p = .42$
FER	$p = .20$	$p = .13$	$p = .10$	$p = .00$	$p = .20$	$p = .19$
PDS	$p = .00$	$p = .23$	$p = .00$	$p = .08$	$p = .00$	$p = .02$
FDS	$p = .00$	$p = .20$	$p = .00$	$p = .01$	$p = .00$	$p = .16$
BDI	$p = .02$	$p = .02$	$p = .02$	$p = .00$	$p = .00$	$p = .00$
SOMS	$p = .01$	$p = .01$	$p = .00$	$p = .25$	$p = .00$	$p = .11$

Tabelle 10

Güte des sozialen Netzes in der Kontroll- und Treatmentgruppe

	gut	ausreichend	ausbaufähig	schlecht	<i>N</i>
Kontrollgruppe	14	13	38	38	99
Treatmentgruppe	43	46	75	41	205

Tabelle 11

p-Werte bei der Prüfung der abhängigen Variablen der abhängigen Stichprobe auf Normalverteilung

	FFA	PDS	FDS	BDI	SOMS	FER
Differenz KG (TZP 1 bis 2)	$p = .20$	$p = .10$	$p = .00$	$p = .20$	$p = .09$	$p = .20$
Differenz TG (TZP 3 bis 4)	$p = .00$	$p = .20$	$p = .00$	$p = .02$	$p = .20$	$p = .05$

Tabelle 12

Kennwerte der Varianzanalysen zum Vergleich der Differenzwerte zwischen den Treatmentgruppen und der Kontrollgruppe

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	Signifikanz
FFA					
Kontrollgruppe	0.53	4.33	2	21.35	$p < .01$
Treatmentgruppe 2009	4.17	5.71			
Treatmentgruppe 2010-2012	4.11	5.50			
FER					
Kontrollgruppe	-7.46	28.91	2	38.63	$p < .01$
Treatmentgruppe 2009	35.77	41.61			
Treatmentgruppe 2010-2012	38.52	41.79			
PDS					
Kontrollgruppe	-3.25	0.93	2	0.43	$p = .65$
Treatmentgruppe 2009	-2.26	0.68			
Treatmentgruppe 2010-2012	-2.82	0.36			
FDS					
Kontrollgruppe	-0.72	11.49	2	5.50	$p < .01$
Treatmentgruppe 2009	0.01	10.54			
Treatmentgruppe 2010-2012	-2.68	10.76			
BDI					
Kontrollgruppe	-1.54	6.26	2	16.34	$p < .01$
Treatmentgruppe 2009	-6.76	8.96			
Treatmentgruppe 2010-2012	-6.57	8.91			
SOMS					
Kontrollgruppe	-0.02	0.16	2	2.41	$p = .09$
Treatmentgruppe 2009	-0.01	0.16			
Treatmentgruppe 2010-2012	0.01	0.15			

Tabelle 13

Kennwerte der Analysen mit Mehrebenenmodellen auf Gruppenunterschiede zwischen Treatmentgruppe 2010 bis 2012, Treatmentgruppe 2009 und Kontrollgruppe

AV	F	df	Signifikanz
FFA	52.21	1448.42	$p < .01$
FER	113.90	1333.88	$p < .01$
PDS	0.15	1211.80	$p = .69$
FDS	0.10	1353.12	$p = .74$
BDI	57.98	1469.32	$p < .01$
SOMS	0.28	1313.20	$p = .60$

Tabelle 14

Kennwerte der hypothesengeleiteten Kontrastanalysen mit Mehrebenenmodellen zu Einzelvergleichen von Treatmentgruppe 2010 bis 2012, Treatmentgruppe 2009 und Kontrollgruppe

AV	Gruppe 1	Gruppe 2	F	df	Signifikanz
FFA	TG 2009	TG 2010-2012	0.02	1098.25	$p = .88$
FFA	KG	TG 2010-2012	92.13	1165.35	$p < .01$
FER	TG 2009	TG 2010-2012	0.02	984.27	$p = .90$
FER	KG	TG 2010-2012	189.17	1195.77	$p < .01$
PDS	TG 2009	TG 2010-2012	0.11	916.16	$p = .75$
PDS	KG	TG 2010-2012	0.73	984.93	$p = .40$
FDS	TG 2009	TG 2010-2012	9.50	1053.06	$p < .01$
FDS	KG	TG 2010-2012	7.46	1082.82	$p < .01$
BDI	TG 2009	TG 2010-2012	0.92	1133.54	$p = .34$
BDI	KG	TG 2010-2012	77.95	1183.46	$p < .01$
SOMS	TG 2009	TG 2010-2012	0.06	1017.20	$p = .80$
SOMS	KG	TG 2010-2012	0.25	1049.69	$p = .62$

Tabelle 15

Kennwerte der Überprüfung möglicher Unterschiede in metrischen Variablen zwischen Teilnehmerinnen, die ausschließlich psychoedukative Gruppentherapie erhielten und denen, die anschließend noch interaktionelle Gruppentherapie erhielten

AV	t	df	Signifikanz
FFA-Differenzwert	0.74	84	$p = .46$
FER-Differenzwert	-0.49	50	$p = .62$
PDS-Differenzwert	-0.32	68	$p = .75$
FDS-Differenzwert	0.01	82	$p = .99$
BDI-Differenzwert	-1.06	84	$p = .29$
SOMS-Differenzwert	-0.16	76	$p = .87$
Alter	1.11	84	$p = .27$
Todesangst	-0.67	77	$p = .51$
Medikamentenanzahl	1.20	74	$p = .24$

Tabelle 16

Kennwerte der Überprüfung möglicher Unterschiede in kategorialen soziodemographischen Variablen zwischen Teilnehmerinnen, die ausschließlich psychoedukative Gruppentherapie erhielten und denen, die anschließend noch interaktionelle Gruppentherapie erhielten

Variable	χ^2	df	Signifikanz
Soziales Netz	4.79	6	$p = .57$
Partnerschaft	-3.40	4	$p = .49$
Bildung	7.65	10	$p = .66$
Beruflicher Status	3.25	12	$p = .99$
Amb. Psychotherapie	1.32	2	$p = .53$

Tabelle 17

p-Werte bei der Prüfung der Differenzwerte der Stichprobe aus Hypothese 3 auf Normalverteilung mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test

	FFA	FER	PDS	FDS	BDI	SOMS
Differenzwert (TZP 1 bis 2)	$p = .01$	$p = .20$	$p = .08$	$p = .00$	$p = .02$	$p = .00$
Differenzwert (TZP 2 bis 3)	$p = .00$	$p = .20$	$p = .20$	$p = .00$	$p = .10$	$p = .00$

Tabelle 18

Kennwerte der Einzelvergleiche von psychoedukativer Gruppentherapie, interaktioneller Gruppentherapie und Krisengruppentherapie im Hinblick auf Unterschiede in den abhängigen Variablen zum ersten Testzeitpunkt

AV	Gruppe 1	Gruppe 2	Mittelwertsdifferenz	Signifikanz
FFA	Psychoedukative GT	Krisen-GT	-2.15	$p = .08$
FFA	Interaktionelle GT	Krisen-GT	-2.37	$p = .05$
FFA	Psychoedukative GT	Interaktionelle GT	0.23	$p = .80$
FER	Psychoedukative GT	Krisen-GT	-33.67	$p < .01$
FER	Interaktionelle GT	Krisen-GT	-40.97	$p < .01$
FER	Psychoedukative GT	Interaktionelle GT	7.30	$p = .36$
PDS	Psychoedukative GT	Krisen-GT	6.62	$p = .99$
PDS	Interaktionelle GT	Krisen-GT	6.96	$p = .09$
PDS	Psychoedukative GT	Interaktionelle GT	-0.34	$p = .08$
FDS	Psychoedukative GT	Krisen-GT	11.72	$p < .01$
FDS	Interaktionelle GT	Krisen-GT	12.11	$p < .01$
FDS	Psychoedukative GT	Interaktionelle GT	-0.39	$p = .99$
BDI	Psychoedukative GT	Krisen-GT	5.98	$p < .01$
BDI	Interaktionelle GT	Krisen-GT	4.98	$p < .05$
BDI	Psychoedukative GT	Interaktionelle GT	1.01	$p = .52$
SOMS	Psychoedukative GT	Krisen-GT	8.13	$p = .12$
SOMS	Interaktionelle GT	Krisen-GT	8.91	$p = .08$
SOMS	Psychoedukative GT	Interaktionelle GT	-0.77	$p = .83$

Tabelle 19

Häufigkeiten des Bildungsniveaus von Personen in der psychoedukativen Gruppentherapie, der interaktionellen Gruppentherapie sowie der Krisengruppentherapie

	Psychoedukative Gruppentherapie	Interaktionelle Gruppentherapie	Krisengruppentherapie
Kein Abschluss	5	5	1
Hauptschule	29	16	8
Realschule	25	29	9
Abitur	9	20	2
Fachhochschule	10	2	10
Universität	6	15	1

Tabelle 20

Anzahl der Personen in der psychoedukativen Gruppentherapie, der interaktionellen Gruppentherapie sowie der Krisengruppentherapie, die sich zum Aufnahmezeitpunkt in ambulanter Psychotherapie befanden

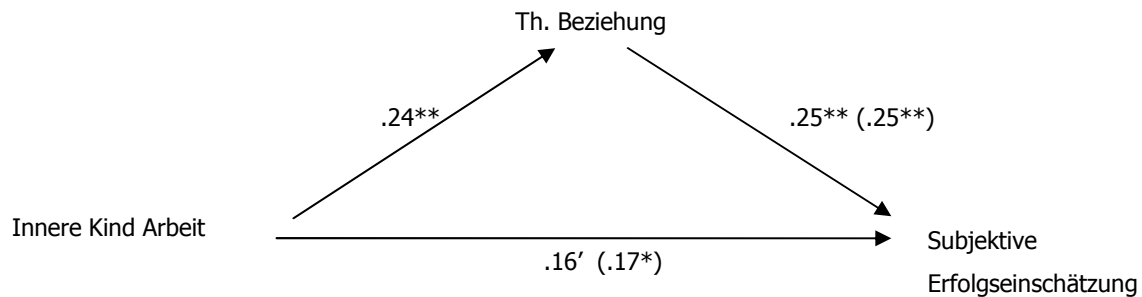
	Psychoedukative Gruppentherapie	Interaktionelle Gruppentherapie	Krisengruppentherapie
Ambulante Therapie	44	68	13
Keine ambulante Therapie	39	19	14

Tabelle 21

Anzahl der Personen in der psychoedukativen Gruppentherapie, der interaktionellen Gruppentherapie sowie der Krisengruppentherapie, die angaben (k)eine Traumatisierung erlebt zu haben

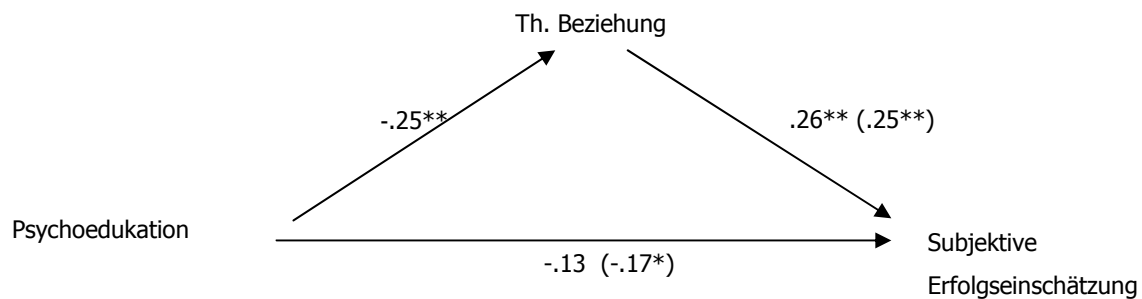
	Psychoedukative Gruppentherapie	Interaktionelle Gruppentherapie	Krisengruppentherapie
Traumatisierung	80	83	18
Keine Traumatisierung	2	5	12

Anhang B: Abbildungen von Ergebnissen



Anmerkungen: ** $p < .01$, * $p < .05$, $p < .10$. Die Pfadkoeffizienten sind die standardisierten β -Koeffizienten aus der multiplen Regressionsanalyse (in Klammern stehen die bivariaten β -Koeffizienten, die die direkten Effekte abbilden)

Abbildung 1: Therapeutische Beziehung als Mediator des Einflusses von Innere Kind Arbeit auf die Patient(inn)enbewertung der Veränderung ihres Befindens.



Anmerkungen: ** $p < .01$, * $p < .05$. Die Pfadkoeffizienten sind die standardisierten β -Koeffizienten aus der multiplen Regressionsanalyse (in Klammern stehen die bivariaten β -Koeffizienten, die die direkten Effekte abbilden)

Abbildung 2: Therapeutische Beziehung als Mediator des Einflusses von Psychoedukation auf die Patient(inn)enbewertung der Veränderung ihres Befindens.

Anhang C: Studienmaterial



**Klinik für Psychotherapeutische
und Psychosomatische Medizin
mit Tagesklinik**
Leitende Ärztin
Frau Dr. A. Möllering
Schildescher Str. 103 p
D-33611 Bielefeld

Telefon 0521 | 772-75903
Telefax 0521 | 772-75902
E-Mail psychosomatik@evkb.de
Internet www.evkb.de

Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Münster

Sitz der Gesellschaft
Kantensiek 11 | 33617 Bielefeld

Sparkasse Bielefeld
BLZ 480 501 61 | Kto. 6429858
Amtsgericht Bielefeld HRB 30169

Geschäftsführer
Dr. Heiner Meyer zu Lösebeck

Vorsitzender des Aufsichtsrates
Thomas Oelkers

Ev. Krankenhaus Bielefeld gGmbH
Postfach 101573 | D-33515 Bielefeld

Fragebogen-Set zur Teilnahme an einer Studie zur Evaluation der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT)

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank für Ihr Interesse an einer Behandlung in der Klinik für Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin in Bielefeld. Um Ihnen ein wirksames Therapieprogramm zusammenstellen zu können, überprüfen wir regelmäßig die Qualität unserer Angebote. Deshalb haben wir eine kontrollierte Behandlungsstudie gestartet, deren Ergebnisse dazu beitragen sollen, unser Konzept noch genauer auf die Bedürfnisse unserer Patient(inn)en sowie die aktuellen Erfordernisse abzustimmen. Dabei werden verschiedene Fragebögen zu verschiedenen Zeitpunkten an Patient(inn)en der Klinik für Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin und Patient(inn)en, die auf der Warteliste stehen, ausgegeben, und die Ergebnisse anschließend verglichen. Es geht somit nicht um Ihre (oder andere) individuelle Antworten, sondern die Rückmeldungen einer großen Gruppe von Patient(inn)en - Aussagen über einzelne Personen werden zu keinem Zeitpunkt gemacht.

Um die Wirksamkeit unserer Angebote überprüfen zu können und diese auf Sie zuschneiden zu können, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Wir möchten Sie bitten, das beiliegende Fragebogenset auszufüllen und zusammen mit Ihren Anmeldeunterlagen an uns zurück zu schicken.

Für die zwei folgenden Fragebogen-Erhebungen in ca. drei bzw. neun Monaten werden dem an sie adressierten Set jeweils vorfrankierte Rückumschläge beiliegen. Uns ist wichtig, dass Ihnen durch Ihre Teilnahme keine Kosten entstehen. Selbstverständlich werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt und nur in anonymisierter Form verwendet, die keine Rückschlüsse auf Ihre Person zulässt.

Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst spontan. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten, es geht alleine um Ihr Befinden bzw. Ihre momentane Einschätzung dieses Befindens. Falls Sie während der Beantwortung der verschiedenen Fragebogen eine Pause benötigen, können Sie sich diese jederzeit

nehmen und später mit der Beantwortung fortfahren. Genaues zum Ausfüllen der einzelnen Fragebogen entnehmen Sie bitte den jeweiligen Instruktionen.

Schicken Sie uns die Fragebogen bitte spätestens zwei Wochen nach Erhalt der Fragebogensammlung ausgefüllt zurück. Sie werden in drei (sowie noch einmal in neun) Monaten erneut ein ähnliches Fragebogenset von uns erhalten, dessen Bearbeitung etwas weniger Zeit erfordert. Wir möchten Sie bitten, auch diese Fragebögen zu bearbeiten und an uns zurück zu schicken. Frankierte Rückumschläge werden unserer Post selbstverständlich jeweils beiliegen.

Sollten Sie noch Fragen haben oder falls beim Ausfüllen der Fragebogen Probleme auftreten, wenden Sie sich gerne an die Studienleiterin der Klinik für Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin in Bielefeld:
Frau Dipl.-Psych. Anke Bebermeier
Tel. 0521-772 75930
Mail: anke.bebermeier@evkb.de

Ich wurde über Inhalt, Zweck und Bedeutung dieses Fragebogensets aufgeklärt. Ich habe den Aufklärungstext gelesen und weiß, dass meine Antworten streng vertraulich behandelt und in anonymisierter Form zur Überprüfung der Wirksamkeit der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie verwendet werden.

Ich wurde auf die Möglichkeit hingewiesen, Fragen an die Studienleiterin der Klinik für Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin in Bielefeld zu stellen, und habe mich für eine Teilnahme entschieden. Ich weiß, dass die Teilnahme an der kontrollierten Behandlungsstudie freiwillig ist, und ich mein Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen kann ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen.

(Ort /Datum)

(Name Patient /-in)

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. A. Möllering
Chefärztin

Dipl.-Psych. Anke Bebermeier
Studienleiterin

Abbildung 1: Informationsschreiben, das dem Fragebogenset der Kontrollgruppe zum ersten Testzeitpunkt beilag.



**Klinik für Psychotherapeutische
und Psychosomatische Medizin
mit Tagesklinik**
Leitende Ärztin
Frau Dr. A. Möllering

Schildescher Str. 103 p
D-33611 Bielefeld

Telefon 0521 | 772-75903
Telefax 0521 | 772-75902
E-Mail psychosomatik@evkb.de
Internet www.evkb.de

Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Münster

Sitz der Gesellschaft
Kantensiek 11 | 33617 Bielefeld

Sparkasse Bielefeld
BLZ 480 501 61 | Kto. 6429658
Amtsgericht Bielefeld HRB 30169

Geschäftsführer
Dr. Heiner Meyer zu Lösebeck

Vorsitzender des Aufsichtsrates
Thomas Oelkers

Ev. Krankenhaus Bielefeld gGmbH
Postfach 101573 | D-33515 Bielefeld

Fragebogen-Set zur Diagnostik, Therapieplanung und Evaluation der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT)

Liebe Patientin, lieber Patient,

für eine möglichst genaue Diagnostik und die Planung Ihrer Behandlung in unserer Klinik benötigen wir viele Informationen von Ihnen, die im Erstgespräch aus Zeitgründen nicht komplett abgefragt werden können. Deshalb möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragebogen auszufüllen. Selbstverständlich ist das Ausfüllen freiwillig und Ihre Angaben werden von uns streng vertraulich behandelt. Die Ergebnisse der gesamten Testung (und nicht einzelner Items) werden Ihrem Einzeltherapeuten zurückgemeldet und sind wichtiger Bestandteil der Diagnosestellung. Wenn Sie möchten, können Sie die Ergebnisse bei Ihrem Einzeltherapeuten erfragen, außer ihm hat niemand Zugriff auf Ihre Daten.

Neben Ihrer individuellen Diagnostik und Therapieplanung werden Ihre Angaben (selbstverständlich in anonymisierter Form, so dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind) zur Überprüfung der Wirksamkeit der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) genutzt. Uns ist es sehr wichtig, eine Rückmeldung über die Veränderung(en) Ihres Befindens während und nach der Therapie zu bekommen und zu den erhaltenen Therapieangeboten in Zusammenhang zu setzen. Auf diese Weise möchten wir unser Konzept ständig weiterentwickeln und sicherstellen, dass wir Ihnen auch in Zukunft ein wirksames und effizientes Therapieprogramm bieten werden.

Um dieses Ziel zu erreichen, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen: Neben dem Fragebogen-Set zu Therapiebeginn werden Sie am Ende Ihrer Behandlung in unserer Klinik (in der Einzeltherapie) sowie sechs Monate später (per Post) ein weiteres Fragebogen-Set bekommen, dessen Bearbeitungszeit kürzer als die dieser Fragebogen-Sammlung ist. Wir möchten Sie bitten, alle Fragebogen zu bearbeiten und uns ausgefüllt zurückzugeben bzw. zurückzusenden. Für unsere Qualitätskontrolle ist es enorm wichtig, dass wir nicht nur das aktuelle, sondern auch die beiden folgenden bearbeiteten Fragebogensets von Ihnen bekommen. Bei



Evangelisches
Johanneswerk



Verband Evangelischer Krankenhäuser in Westf. gGmbH

2

der letzten postalischen Befragung legen wir selbstverständlich einen frankierten Rückumschlag bei, so dass Ihnen keine Kosten entstehen.

Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst spontan. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten, es geht alleine um Ihr Befinden bzw. Ihre momentane Einschätzung dieses Befindens. Falls Sie während der Beantwortung der Fragebogen eine Pause benötigen, können Sie sich diese jederzeit nehmen und später mit der Beantwortung fortfahren. Genauer zum Ausfüllen der einzelnen Fragebogen entnehmen Sie bitte den jeweiligen Instruktionen. Falls möglich bringen Sie das Set bitte ausgefüllt zum nächsten Einzelgespräch mit, lassen es aber bitte spätestens nach einer Woche Ihrem Einzeltherapeuten zukommen.

Falls Sie Fragen haben oder beim Ausfüllen der Fragebogen Probleme auftreten, wenden Sie sich bitte an Ihre/n Einzeltherapeutin/en oder an die Studienleiterin Frau Dipl.-Psych. Anke Bebermeier (Raum 2.17).

Ich wurde von meiner/-m Einzeltherapeutin/-en über Inhalt, Zweck und Bedeutung dieses Fragebogensets aufgeklärt. Ich habe den Aufklärungstext gelesen und weiß, dass meine Antworten zur Diagnostik, Therapieplanung sowie in anonymisierter Form zur Untersuchung der Therapiewirksamkeit der PITT verwendet werden.

Ich hatte genügend Zeit, um Fragen zu stellen und mich für eine Teilnahme zu entscheiden. Ferner weiß ich, dass die Teilnahme freiwillig ist und ich mein Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen kann ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen.

(Ort/Datum)

(Name Patient/-in)

(Name Einzeltherapeut/-in)

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Mit freundlichen Grüßen

Dr. A. Möllering
Chefärztin

Dipl.-Psych. Anke Bebermeier
Studienleiterin

Abbildung 2: Informationsschreiben, das dem Fragebogenset der Treatmentgruppe zum ersten Testzeitpunkt beilag.

Ev. Krankenhaus Bielefeld gGmbH
Postfach 101573 | D-33515 Bielefeld



Klinik für Psychotherapeutische
und Psychosomatische Medizin
mit Tagesklinik
Leitende Ärztin
Frau Dr. A. Möllering
Schildescher Str. 103 p
D-33611 Bielefeld

Telefon 0521 | 772-75903
Telefax 0521 | 772-75902
E-Mail psychosomatik@evkb.de
Internet www.evkb.de

Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Münster

Sitz der Gesellschaft
Kantensiek 11 | 33617 Bielefeld

Sparkasse Bielefeld
BLZ 480 501 61 | Kto. 6429658
Amtsgericht Bielefeld HRB 30169

Geschäftsführer
Dr. Heiner Meyer zu Lösebeck

Vorsitzender des Aufsichtsrates
Thomas Oelkers

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir hatten Ihnen vor einigen Tagen die zweite bzw. dritte Fragebogensammlung zur Evaluation der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie zugeschickt. Bisher haben wir noch keine Antwortpost von Ihnen erhalten - sollten Sie das Set bereits an uns zurückgeschickt haben, betrachten Sie dieses Erinnerungsschreiben bitte als gegenstandslos.

Falls Sie das Fragebogenset noch nicht ausgefüllt haben, möchten wir Sie auf diesem Weg noch einmal um Ihre Mitarbeit und Unterstützung bitten. Wir sind sehr daran interessiert, die Qualität unserer Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie zu erhalten und unser Konzept weiterzuentwickeln. Deshalb haben wir zusätzlich zur ständigen Qualitätskontrolle innerhalb der Klinik im Januar 2009 eine kontrollierte Behandlungsstudie gestartet, in deren Auswertung Ihre Angaben in anonymisierter Form einfließen.

Die Angaben von Ihnen und anderen Patient(inn)en, die auf der Warteliste zur Aufnahme in die Klinik für Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin stehen, werden gesammelt und „als Ganzes“ mit den Daten der Patientinnen verglichen, die im gleichen Zeitraum in der Klinik behandelt wurden. Dadurch wird eine Qualitätskontrolle möglich, d.h. wir können die Qualität unserer Angebote überprüfen und unser Konzept noch besser auf Ihre Bedürfnisse abstimmen. Bei diesem wichtigen Prozess bitten wir Sie um Ihre Unterstützung, in dem Sie die insgesamt drei Fragebogensets ausfüllen und an uns zurückschicken.

Sollten beim Ausfüllen der Fragebogen Probleme aufgetreten sein oder falls sich Fragen ergeben haben, möchten wir Sie daran erinnern, dass jederzeit die Möglichkeit besteht, Kontakt zu unserer Studienleiterin, Frau Dipl.-Psych. Anke Bebermeier, Tel. 0521-772 75930, Mail: anke.bebermeier@evkb.de, aufzunehmen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Mit freundlichen Grüßen,

Anke Bebermeier
(Studienleiterin)



Abbildung 3: Erinnerungsschreiben, das den Patientinnen der Kontrollgruppe sowie der Treatmentgruppe (dritter Testzeitpunkt) zugeschickt wurde, wenn diese das Fragebogenset nach ca. vier Wochen nicht zurückgeschickt hatten.

Klinik für psychotherapeutische und psychosomatische Medizin: Einzeltherapieüberblick

Bitte nehmen Sie sich nach jedem Einzelkontakt kurz Zeit, um die **Dauer** (in min) und **Schwerpunkthemen** (max. 3 pro Kontakt) der Sitzung zu notieren. Die Angaben beziehen sich auf **jede inhaltliche Einzelsitzung, die nicht rein organisatorischen Gesichtspunkten dient** (d.h. z.B. auch Kriseninterventionen). Bitte geben Sie die tatsächliche Sitzungsdauer an und geben in den mit 0 markierten Sitzungen den HAQ aus.

Sitzungsnummer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Dauer (in min)																				
Kontaktaufnahme/Beziehungsarbeit																				
Diagnostik																				
Therapieplanung/-ziele festlegen																				
Biographie																				
Psychoedukation																				
Aktuelles (Problem/Beschwerden)																				
Selbst- und Tagesstrukturierung																				
Krisenintervention																				
Psychodynamischer Hintergrund																				
Achtsamkeit																				
Ressourcen (Suche und Verankerung)																				
Selbstkontakt/Körperwahrnehmung																				
Korrigierende (positive) Erfahrung																				
Affektregulation																				
Imaginationsübungen																				
Innere-Kind-Arbeit																				
Notfallkoffer																				
Kommunikation zwischen inneren Anteilen																				
Systemische (Beziehungs-)Arbeit																				
Beobachterübung (Stabilisierung)																				
Beobachterübung (Konfrontation)																				
CIPOS																				
EMDR																				
Sonstige Konfrontation (Stichwort)																				
Sonstige Stabilisierung (Stichwort)																				
Vorbereitung der Entlassung																				
Bilanz																				
Organisatorisches																				
Berentungs-Antrag läuft (bei „Ja“ ankreuzen)																				
Tagegeldversicherung (bei „Ja“ ankreuzen)																				

Abbildung 4: Einzeltherapieübersicht, in der die Therapeutinnen die Dauer der jeweiligen Sitzung angeben und maximal drei inhaltliche Elemente angeben, die sie in der jeweiligen Sitzung eingesetzt haben.

Ev. Krankenhaus Bielefeld gGmbH
Postfach 101573 | D-33515 Bielefeld



Klinik für Psychotherapeutische
und Psychosomatische Medizin
mit Tagesklinik
Leitende Ärztin
Frau Dr. A. Möllering
Schildescher Str. 103 p
D-33611 Bielefeld

Telefon 0521 | 772-75903
Telefax 0521 | 772-75902
E-Mail psychosomatik@evkb.de
Internet www.evkb.de

Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Münster

Sitz der Gesellschaft
Kantensiek 11 | 33617 Bielefeld

Sparkasse Bielefeld
BLZ 480 501 61 | Kto. 6429658
Amtsgericht Bielefeld HRB 30169

Geschäftsführer
Dr. Heiner Meyer zu Lösebeck

Vorsitzender des Aufsichtsrates
Thomas Oelkers

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte geben Sie uns zusätzlich zum Ausfüllen des Fragebogensets noch kurz Auskunft über Ihre aktuelle psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung. Für uns ist wichtig, zu wissen, ob sich seit der letzten Zusendung eines Fragebogensets Änderungen ergeben haben.

1. Befinden Sie sich zurzeit in **ambulanter psychotherapeutischer Behandlung**?
 Nein Ja

2. Wie häufig finden **ambulante therapeutische** Gespräche in der Regel statt?

- mehrmals wöchentlich
- einmal wöchentlich
- alle 2 Wochen
- einmal monatlich
- einmal vierteljährlich
- seltener

3. Befinden Sie sich zurzeit in ambulanter **psychiatrischer** Behandlung?
 Nein Ja

4. Wie häufig finden **ambulante psychiatrische Termine** in der Regel statt?

- wöchentlich
- alle 2 Wochen
- einmal monatlich
- einmal vierteljährlich
- seltener

5. Waren Sie seit der letzten Zusendung eines Fragebogensets in **(teil-)stationärer psychotherapeutischer, psychosomatischer oder psychiatrischer Behandlung** (d.h. gab es einen Klinikaufenthalt)?
 Nein Ja

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!



Abbildung 5: Erhebung der ambulanten Versorgungssituation in der Kontrollgruppe.