Psychotherapeut 2020 · 65:264–271
<https://doi.org/10.1007/s00278-020-00434-w>
 Online publiziert: 3. Juni 2020
 © Der/die Autor(en) 2020

Johannes C. Ehrenthal^{1,2} · Anne Schöckel² · Christoph Nikendei² · Ulrike Dinger² · Henning Schauenburg² · Lena Lambert²

¹ Institut für Medizinische Psychologie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

² Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Gruppentherapie zu Stabilisierung und Selbstregulation bei posttraumatischer Belastungsstörung (STABILI-T)

Eine Machbarkeitsstudie

Menschen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) sind oftmals mit sehr langen Wartezeiten auf eine leitliniengerechte traumafokussierte Therapie konfrontiert. Unabhängig vom eingesetzten Verfahren müssen die Patientinnen¹ dabei eine gewisse Stabilität mitbringen, um sich dem Traumaerlebnis zuwenden zu können. Stabilisierungsorientierte Verfahren bieten die Möglichkeit, ökonomisch im Gruppensetting eingesetzt zu werden und damit entweder eine traumabearbeitende Einzeltherapie vorzubereiten, oder aber auch Symptome direkt zu reduzieren.

Hintergrund und Fragestellung

Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) sind häufige und schwerwiegende psychische Störungen (Kilpatrick et al. 2013; Maercker et al. 2008) mit einem hohen Grad an Komorbidität (Kessler et al. 1995). In der Behandlung ist Psychotherapie das Mittel der Wahl. Für eine einfache PTBS empfiehlt die

deutschsprachige S3-Leitlinie (Schäfer et al. 2019) den Einsatz von Interventionen, bei denen „der Schwerpunkt auf der Verarbeitung der Erinnerung an das Trauma oder/oder seiner Bedeutung liegt“ (Schlüsselempfehlung Nr. 5); in der Forschungsliteratur sind dies fast ausschließlich konfrontationsorientierte Ansätze. Für eine komplexe PTBS soll diese Empfehlung um „Techniken zur Emotionsregulation und zur Verbesserung von Beziehungsstörungen im Sinne der Bearbeitung dysfunktionaler zwischenmenschlicher Muster“ ergänzt werden (Schlüsselempfehlung Nr. 12). Grundlage dieser Empfehlungen sind v. a. publizierte randomisierte kontrollierte Studien (RCT), die in ihrer überwiegenden Mehrzahl im weiteren Sinne expositionsbasierte Verfahren getestet haben.

In der klinischen Praxis gilt jedoch, dass Patientinnen in der Lage sein müssen, sich traumakonfrontativen Verfahren zuzuwenden, sie also eine gewisse Stabilität mitbringen sollten, um zu profitieren (Seidler 2013). Dies lässt sich u. a. mit hohen Drop-out-Raten (Najavits 2015) in RCT und naturalistischen Studien konfrontationsorientierter Therapieverfahren begründen, die eine weniger fordernde Form der Intervention

nahelegen können. Auf der anderen Seite ist die generelle Wirksamkeit von expositionsbasierten Verfahren klar etabliert, und es fehlen qualitativ hochwertige Studien zum Effekt von stabilisierungsorientierten Methoden (Neuner 2008). Zudem wird nach stabilisierenden Interventionen in der Praxis ebenfalls v. a. stabilisierend weitergearbeitet (Rosner et al. 2010), sodass dem Stufenmodell des Stabilisierens, Bearbeitens und Integrierens nicht genügend Rechnung getragen wird. Nochmals komplexer wird die Debatte durch metaanalytische Untersuchungen, die deutliche Hinweise geben, dass die in den Leitlinien beschriebenen expositionsbasierten Verfahren möglicherweise nicht substanziell wirksamer als andere Bona-fide-Therapien sind (Tran und Gregor 2016).

Neben den expositionsbasierten Verfahren in der Einzeltherapie gibt die aktuelle Studienlage jedoch auch Hinweise auf die Wirksamkeit anderer Ansätze in der Traumabehandlung. Dazu gehören z. B. die Interpersonelle Psychotherapie (IPT; Markowitz et al. 2015), aber auch Gruppenbehandlungen (Schwartz et al. 2019). Im deutschsprachigen Raum sind stabilisierungsorientierte Ansätze, die sich oftmals aus der Psychodynamisch-Imaginativen Traumatherapie (PITT;

¹ Im weiteren Text wird das generische Femininum verwendet, auch wenn selbstverständlich alle möglichen Geschlechter gemeint sind.

Tab. 1 Gesamtstruktur des Gruppenangebots

Nummer der Sitzung	Phase	Inhalt der Sitzung
1	Einführung der Übungen	Psychoedukation bezüglich Stabilisierungsübungen, Rahmenbedingungen etablieren Übungen: 5-4-3-2-1, sicherer Ort, innerer Garten, Baumübung
2		
3		
4	Kreativität fördern	Übungen: modifizierter sicherer Ort, Farbe-Form-Distanzierung, Wiederholung innerer Garten und Baumübung
5		
6		
7	Verankerung im Alltag	Übungen: Gepäck ablegen, Lichtstromtechnik, Wiederholung Farbe-Form-Distanzierung und sicherer Ort Aktiv gestalteter Abschied
8		
9		

Reddemann 2020) heraus entwickelt haben, in der Praxis weit verbreitet.

Stabilisierungsorientierte Therapien in der Traumabehandlung

Ansätze zur Stabilisierung von Patientinnen mit Traumafolgestörungen finden sich international z. B. bei Cloitre et al. (2010) oder auch Dorrepaal et al. (2012). Im deutschsprachigen Raum haben in der klinischen Praxis v. a. imaginative Ansätze eine weite Verbreitung gefunden (Sack und Gromes 2013). Diese haben zum Ziel, die emotionale Stabilisierung und Fähigkeiten der Selbstregulation mithilfe erlernbarer Techniken zu fördern, werden oft in Kliniken eingesetzt und sind im Gruppensetting vermittelbar. Für den stationären Kontext geben mehrere Studien Hinweise auf eine mögliche Wirksamkeit von stabilisierungsorientierten Ansätzen (Lampe et al. 2008, 2014; Sachsse et al. 2006; Müller und Sachsse 2009). Steinert et al. (2016) testeten eine Form von stabilisierungsorientierter Therapie („Resource-Oriented Trauma Therapy and Resource Installation combined with Eye Movement Desensitization and Reprocessing Resource Installation“, ROTATE) in einem RCT-Design in Kambodscha. Hier war die stabilisierungsorientierte Therapie signifikant und mit bedeutsamen Effekten der Warteliste überlegen und verzeichnete kaum Nebenwirkungen oder Behandlungsabbrüche, was auf eine hohe Akzeptanz hinweisen kann. Im Bereich der Versorgung von Geflüchteten werden Stabilisierungsübungen erfolgreich

angewendet und gehen mit einer signifikanten Symptomreduktion und guten Akzeptanz einher (Zehetmair et al. 2019). Im Rahmen einer weiteren publizierten Studie zu ambulanten stabilisierungsorientierten Gruppeninterventionen (Müller et al. 2007) schätzte die überwiegende Mehrheit der Teilnehmenden die Gruppe als hilfreich ein, allerdings fehlen belastbare Zahlen zur Veränderung der Fähigkeit der Selbstberuhigung.

Unabhängig davon, ob tatsächlich eine im weiteren Sinne expositionsorientierte Herangehensweise die einzig wirksame Form der PTBS-Behandlung ist, lässt sich festhalten, dass die meisten Empfehlungen aus Leitlinien und klinischer Praxis darauf abzielen, dass Patientinnen mit Traumafolgestörung von Therapeutinnen behandelt werden sollten, die eine Expertise in Traumatherapie mitbringen. Dies ist in der Praxis jedoch oft nicht zeitnah möglich. Auf Bundesebene scheitert allgemein für mehr als die Hälfte der Patientinnen mit entsprechender Indikation eine Vermittlung in die ambulante Richtlinienpsychotherapie (BptK 2018). In einer Untersuchung an einer Stichprobe einer Universitätsambulanz hatten 4 Monate nach Indikationsstellung nur 55 % der Patientinnen eine ambulante Richtlinienpsychotherapie tatsächlich begonnen (Nikendei et al. 2020). Die genannten Wartezeiten werden für Patientinnen mit PTBS bei einer deutlich niedrigeren Zahl zertifizierter Traumatherapeutinnen wesentlich höher sein.

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass es eine Vielzahl traumaorientierter Behandlungsverfahren gibt, von denen manche empirisch deutlich häufiger als

andere untersucht sind. Die Wartezeit auf eine traumatherapeutische Fachpsychotherapie ist lang. Neben den expositionsorientierten und ähnlichen traumafokussierten Ansätzen gibt es unter anderem stabilisierungsorientierte Verfahren, die sich durch eine hohe Akzeptanz auszeichnen und prinzipiell im Gruppenformat angewandt werden können. Sie können damit ökonomisch in der Wartezeit auf eine Traumatherapie eingesetzt werden, um die dortige Traumabearbeitung zu erleichtern und die Wartezeit zu reduzieren. Ziel der vorliegenden Untersuchung war daher das Überprüfen der Machbarkeit eines Gruppenangebotes zur Stabilisierung und Selbstregulation bei Patientinnen mit Traumafolgestörungen mithilfe von in der Routineversorgung erhobenen Daten.

Machbarkeitsstudie

Ziel

Im Rahmen der vorgestellten Untersuchung sollte die Machbarkeit eines Gruppenangebots zu Stabilisierung und Selbstregulation bei Patientinnen mit Traumafolgestörungen mithilfe von Daten, die in der Routineversorgung erhoben wurden, überprüft werden.

Studiendesign

Es handelt sich um eine Machbarkeitsstudie mit einem einfachen Prä-post-Design und einer Katamneseuntersuchung. Spezifisches Augenmerk lag auf Aspekten von Akzeptanz, Implementierung, Praktikabilität und ersten Hinweisen zur möglichen Effektivität (Bowen et al. 2009).

Gruppenangebot STABILI-T

Inhalt des Angebots war, Personen mit Traumafolgestörungen in einem Gruppensetting therapeutisch dosiert Übungen zu Stabilisierung und Selbstregulation nahezubringen. Das Angebot hatte folgende 3 Ziele:

- Erlernen des Einsatzes von Stabilisierungsübungen,
- Verbesserung der Selbstregulation sowie des Nutzens von Ressourcen und Fantasien im krankheitsbezo-

genen Umgang mit sich und der Symptomatik,

- Verbesserung der PTBS-Symptomatik und komorbider Belastungen.

Die Gruppe fand in 9 wöchentlichen Sitzungen von jeweils 90 min über einen Zeitraum von 3 Monaten als eines von vielen ambulanten Versorgungsangeboten an einer großen psychosomatischen Universitätsklinik statt. Im Vorgespräch wurden mit jeder Patientin einzeln die Rahmenbedingungen erörtert und später in der Gruppe wiederholt. Dazu gehörten der Verweis auf das Wahre der Grenzen von sich und anderen, z. B. durch den Verzicht, im Detail von eigenen belastenden Traumaerfahrungen zu berichten, ebenso wie das Verschwiegenheitsgebot bezüglich der Gruppe sowie die Einschränkung von persönlichen Kontakten außerhalb der Sitzung auf das, was auch in der Gruppe möglich wäre (d. h., z. B. keine intimen Kontakte einzugehen). Zudem wurden Umgang mit Überforderung sowie Krisen in und außerhalb der Gruppe besprochen.

Neben initialer Psychoedukation über Stabilisierung und dem Etablieren der Rahmenbedingungen hatten 3 Sitzungen im Fokus, einen Einstieg in die Übungen sowie das Üben selbst zu ermöglichen, 3 weitere, einen kreativen Umgang mit den Übungen zu fördern, um in den verbleibenden 3 Sitzungen die Verankerung des Übens im Alltag zu stärken (■ Tab. 1). Bereits zu Beginn wurde eine Übung zum Dissoziationsstopp („5-4-3-2-1-Übung“) eingeführt. Die Übungen basieren auf Interventionstechniken aus der Psychodynamisch-Imaginativen Trauma-Therapie (Firus et al. 2012).

Die Sitzungen folgten einer Struktur, beginnend mit einer 15-minütigen Blitzlichtrunde. Einerseits wurde darin die aktuelle Stimmung erfasst, andererseits wurden mit den Fragen „Was lief in der letzten Woche mit den Übungen gut? Was war herausfordernd?“ der Umgang mit den Übungen, sowie mit der Frage „Was ist in der letzten Woche insgesamt besser gelaufen als erwartet?“ Veränderungsressourcen aktiviert. Im Anschluss an das Blitzlicht wurde/wurden eine oder maximal 2 Übungen eingeführt bzw. wiederholt, gemeinsam ausprobiert

Psychotherapeut 2020 · 65:264–271 <https://doi.org/10.1007/s00278-020-00434-w>
© Der/die Autor(en) 2020

J. C. Ehrenthal · A. Schöckel · C. Nikendei · U. Dinger · H. Schauenburg · L. Lambert

Gruppentherapie zu Stabilisierung und Selbstregulation bei posttraumatischer Belastungsstörung (STABILI-T). Eine Machbarkeitsstudie

Zusammenfassung

Hintergrund. Menschen mit der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) sind oftmals mit sehr langen Wartezeiten zwischen Diagnose und Beginn einer leitliniengerechten traumafokussierten Behandlung konfrontiert. Um dieser Versorgungslücke zu begegnen, wurde eine Gruppenbehandlung mit 9 Sitzungen konzipiert, die den Fokus auf Stabilisierung und Selbstregulation legt, um entweder eine Traumabearbeitung in einer nachfolgenden Einzeltherapie zu erleichtern oder aber für Menschen mit komplexer PTBS eine zusätzliche Hilfe bei der Behandlung entsprechender Symptome zu ermöglichen. **Methodik.** In einer Machbarkeitsstudie mit 5 Patientinnen mit der Diagnose einer PTBS nach DSM-IV wurden die Stimmung vor und nach jeder Sitzung sowie allgemeine und traumaspezifische Symptome vor und nach der Behandlung erfasst. Nach Behandlungsende und in einer Zweimonatskatermessung wurden Daten zu Verlauf und Akzeptanz erhoben.

Ergebnisse. Die Stimmung der Patientinnen hob sich im Verlauf der jeweiligen Sitzungen. Ebenso nahmen die Häufigkeit des selbstberichteten Übens und Anwandens der Übungen zu. Die Methode wurde insgesamt als sehr positiv eingeschätzt. Deskriptiv nahmen die Fähigkeit zur Selbstberuhigung ebenso wie strukturelle Fähigkeiten der Persönlichkeitsfunktion zu sowie Traumasymptomatik, Depressivität, Ängstlichkeit und interpersonelle Probleme ab.

Diskussion. Die Daten geben erste Hinweise auf die Machbarkeit und Akzeptanz einer Gruppenintervention zu Stabilisierung und Selbstregulation bei Frauen mit Traumafolgestörungen. Die Gruppenintervention hat das Potenzial, in der ambulanten Versorgung die Wartezeit auf eine traumafokussierte Einzeltherapie sinnvoll zu nutzen.

Schlüsselwörter

Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie · Behandlungseffektivität · Ressourcen · Stabilisierung · Psychotherapie

Group psychotherapy for stabilization and self-regulation in posttraumatic stress disorder (STABILI-T). A feasibility study

Abstract

Background. Individuals suffering from posttraumatic stress disorder (PTSD) are often confronted with long waiting times between diagnosis and the start of trauma-focused interventions according to treatment guidelines. In order to address this gap in care, a group treatment with nine sessions was developed that focuses on stabilization and self-regulation either to facilitate trauma processing in a subsequent individual therapy or to provide additional help for patients with complex PTSD and treatment of corresponding symptoms.

Method. In a feasibility study with five patients diagnosed with PTSD according to DSM-IV, moods before and after each session as well as general and trauma-specific symptoms were assessed before and after treatment. At the end of treatment and in a 2-month follow-up, data on success and acceptance were collected.

Results. The mood of the patients improved during the sessions. Likewise, the frequency of self-reported practice and making use of the exercises increased in the course of treatment. Overall, the program was evaluated positively. Descriptively, the ability to self-soothe increased as well as structural abilities of personality function, while trauma symptoms, depression, anxiety and interpersonal problems decreased.

Conclusion. The data indicate the feasibility and acceptance of the group intervention for stabilization and self-regulation in women with PTSD. The group intervention has the potential to make good use of the waiting time for trauma-focused individual therapy in outpatient care.

Keywords

Psychodynamic Imaginative Trauma Therapy · Treatment effectiveness · Resources · Stabilization · Psychotherapy

und die diesbezüglichen Erfahrungen der Patientinnen diskutiert. Dieser Abschnitt dauerte jeweils 60 min. Während des 15-minütigen Abschlusses wurden die Sitzung reflektiert, erneut die Stimmung erfragt und die offene Frage gestellt, was die Patientinnen aus der jeweiligen Sitzung mitnehmen. Leitfragen zur Diskussion der Übungen orientierten sich an der Phase der Behandlung (Kennenlernen der Übungen, sich die Übungen kreativ zu eigen machen, die Übungen in den Alltag integrieren). Bei Bedarf konnten weitere Interventionen zur Ressourcenaktivierung spontan eingesetzt werden (Lambert et al. 2016).

Für die Zeit zwischen den Sitzungen wurden den Patientinnen die Texte der Übungen sowohl in ausgedruckter als auch in Form von Audiofiles mitgegeben, eingesprochen sowohl mit männlicher wie auch weiblicher Stimme, um sie möglichst den individuellen Bedürfnissen anzupassen und gleichzeitig die Selbstwirksamkeit durch die Wahlmöglichkeit anzuregen.

Die Sitzungen wurden von einer ärztlichen und einer psychologischen Therapeutin durchgeführt, die beide im fortgeschrittenen Teil ihrer Therapieausbildung waren und über mehrjährige Erfahrung mit Traumabehandlung, Gruppentherapien sowie strukturbezogenen und psychodynamisch-imaginativen Interventionen verfügten. Während das Verständnis der Gruppenprozesse auf der Basis psychodynamischer Modelle erfolgte, waren zentrale Haltungen im Umgang mit den Patientinnen und möglichen Gruppenphänomenen begrenzend, erklärend, lösungsorientiert und ressourcenfördernd. Es fand wöchentlich eine Supervisionssitzung unter Anleitung des Erstautors statt.

Auf das Gruppenangebot wurde mithilfe eines Flyers bei niedergelassenen Therapeutinnen, in der Traumaambulanz des Universitätsklinikums sowie in stationären Behandlungseinrichtungen hingewiesen. Interessierte Personen konnten sich über eine Telefonnummer oder E-Mail-Adresse direkt melden. In einem orientierenden Telefonat wurde zunächst die Indikation vorgeprüft. Bei entsprechender Eignung wurden das Vorliegen einer Traumafolgestörung

nach Kriterien des DSM-IV im Gespräch mit einer Ärztin festgestellt, die Indikation gestellt sowie eine mündliche und schriftliche Aufklärung über die Behandlung und das Erheben von Daten im Rahmen von Routinediagnostik und Qualitätssicherung vorgenommen.

Einschlusskriterien waren Volljährigkeit und das Vorliegen einer Traumafolgestörung im Sinne einer PTBS nach DSM-IV. Ausschlusskriterien waren:

- akute Suizidalität,
- mehr als 2 Selbstverletzungen in den letzten 8 Wochen vor der Erstvorstellung,
- eine Substanzabhängigkeit oder der regelmäßige Gebrauch von Tranquilizern,
- akute wahnhaft oder demenzielle Erkrankungen,
- schwere somatische Erkrankungen mit akutem Behandlungsbedarf,
- ein nichtausreichendes Verständnis der deutschen Sprache,
- starke Schwerhörigkeit,
- anhaltende Gefährdung durch z. B. regelmäßigen Täterkontakt,
- eine stationäre oder teilstationäre Psychotherapie in den letzten 2 Monaten vor Behandlungsbeginn oder
- eine zu Beginn der Intervention bestehende ambulante Psychotherapie im Sinne regelmäßiger Sitzungen, die bereits über die Probatorik hinausgegangen war.

Instrumente

Demografische Daten. Zu Beginn der Behandlung wurden zentrale demografische Daten erfasst.

Einsatz von Stabilisierungsübungen.

Vor der Behandlung wurde erfragt, ob die Teilnehmerinnen bereits Vorerfahrungen mit Stabilisierungsübungen hatten. Um den Einsatz von Stabilisierungsübungen zu erfassen, wurden die Patientinnen zum Behandlungsende befragt, ob sie die gelernten Übungen im Vergleich zum Zeitpunkt vor der Gruppenintervention häufiger einsetzen. Die Antwortoptionen reichten von 1 („trifft nicht zu“) bis 7 („trifft zu“).

Stimmung vor und nach der Sitzung. Jeweils vor und nach jeder Gruppensitzung wurde die aktuelle Stimmung aufsteigend positiv von 0 „schlechtmöglichste Stimmung“ bis 10 „bestmögliche Stimmung“ mündlich erfragt und dokumentiert.

Selbstberuhigungsfähigkeit. Zur Erfassung der Fähigkeit zur Selbstberuhigung wurde die Selbstberuhigungsskala (SBS; Beck et al. 2017) eingesetzt. Diese misst mithilfe von 8 Items, die auf einer Skala von 0 bis 10 eingeschätzt werden, allgemeine Fähigkeiten zur Selbstberuhigung und Impulskontrolle. Die SBS ist spezifisch für den Einsatz bei Interventionen im Kontext von stabilisierungsorientierten und imaginativen Verfahren in der Traumatherapie entwickelt worden (Lampe et al. 2008).

Traumabelastung. Die Belastung durch ein oder mehrere traumatische Ereignisse wurde mithilfe der Impact of Event Scale (IES) gemessen, die Intrusions- und Vermeidungssymptome anhand von 15 Items zu einer Gesamtskala zusammenfasst (Sundin und Horowitz 2002).

Dissoziationen. Dissoziative Beschwerden wurden mit dem Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS; Spitzer et al. 2004) gemessen.

Generelle Symptombelastung. Zur Beschreibung der allgemeinen psychischen Symptombelastung wurde die Gesamtskala der deutschen Version des Outcome Questionnaire (OQ-45; Haug et al. 2004) eingesetzt. Der OQ-45 ist ein in der Psychotherapieforschung weltweit genutztes Instrument mit guten psychometrischen Kennwerten (Blodworth et al. 2010). Der OQ-45 wurde einmalig vor Beginn der Gruppenbehandlung ausgefüllt.

Depression und Angst. Depressivität und Ängstlichkeit wurden mithilfe des Patient Health Questionnaire (PHQ-9; Levis et al. 2019) und der Generalized Anxiety Disorder Scale 7 (GAD-7; Löwe et al. 2008) erhoben, beide gebräuchliche Kurzskalen zum Erfassen von spezifischer Symptomatik.

Kindheitserfahrungen. Das Ausmaß aversiver Kindheitserfahrungen und protektiver Erlebnisse wurde mithilfe des Fragebogens zu Aversiven und Protektiven Kindheitserfahrungen (APK; Ehrenthal et al. 2020) erhoben. Der APK erfasst mit 40 Items aversive Erfahrungen in den Bereichen von emotionaler Vernachlässigung und Missbrauch, körperlicher Vernachlässigung und Missbrauch, sexuellem Missbrauch, sonstigen traumatischen Ereignissen, Trennungserfahrungen sowie dysfunktionaler Familiensituation und fehlenden oder dysfunktionalen Peergroup-Einflüssen. Zudem werden potenziell protektive Kindheitserfahrungen abgebildet. Der APK verfügt über gute bis sehr gute psychometrische Kennwerte und korreliert in Bezug auf aversive Erfahrungen zu $r = 0,93$ mit dem Childhood Trauma Questionnaire. Der APK wurde einmalig vor Beginn der Gruppenbehandlung ausgefüllt.

Persönlichkeitsfunktion. Das Ausmaß struktureller Beeinträchtigungen der Persönlichkeit wurde mithilfe des OPD-Strukturfragebogens (OPD-SF; Ehrenthal et al. 2012; OPD: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik) abgebildet. Dieser erfasst anhand von 95 Items auf einer Skala von 0 bis 4 das Strukturniveau der Persönlichkeit im Sinne der OPD-2 und korreliert zu $r = 0,62$ mit dem Expertinnen-Rating der Strukturachse (Dinger et al. 2014).

Interpersonelle Probleme. Das Ausmaß der selbstberichteten interpersonellen Schwierigkeiten wurde mithilfe einer Kurzversion des Inventars Interpersonaler Probleme erhoben (IIP-32; Thomas et al. 2011).

Erleben des Angebots. Das Gruppenangebot wurde bei Behandlungsende in Bezug auf verschiedene Inhalte auf 2 Arten von Skalen eingeschätzt. 1) Wenn es um die Frage ging, wie hilfreich eine Komponente wahrgenommen wurde, schätzten die Patientinnen dies auf einer Skala von 1 (nichthilfreich) bis 7 (sehr hilfreich) ein. 2) Wenn es um die Frage ging, wie die Zeitdauer von Komponenten zu bewerten sei, wurde eine Skale vorgelegt, die

von -3 bis +3 reichte, mit den Ankerwerten -3 („zu wenig“), 0 („genau richtig“) und +3 („zu viel“).

Fragen bezogen sich auf Informationen zu den Übungen, das gemeinsame Üben und Rückmeldungen durch Therapeutinnen und Mitpatientinnen. Ebenso erfolgte eine Einschätzung, inwiefern die jeweilige Teilnehmerin mehr als vor der Gruppenintervention übte, zudem eine Einschätzung zur Zufriedenheit mit der Zahl der Sitzungen sowie die Beantwortung der Frage, inwiefern Patientinnen ein Gruppenangebot dieser Art weiterempfehlen würden.

Katamnesefragen. Zwei Monate nach Behandlungsende wurde auf einer Skala von 0 („nichthilfreich“) bis 10 („sehr hilfreich“) gefragt, wie hilfreich die Patientinnen die Teilnahme an der Gruppe einschätzen, ob sie die Stabilisierungsübungen im Vergleich zur Zeit vor der Gruppenintervention häufiger einsetzen (auf einer Skala von 0 „trifft nicht zu“ bis 10 „trifft zu“). Zudem wurde mithilfe von Ja-nein-Fragen erfasst, ob die Teilnehmerinnen aktuell in ihrem Alltag das Gelernte üben, ob sie die Übungen in ihrem Alltag nutzen, ob sie im Vergleich zu Zeit vor der Gruppenintervention Handlungen und Tätigkeiten zur Selbstfürsorge neu begonnen oder alte wiederaufgenommen haben. Zudem wurde erfragt, ob sich die Patientinnen aktuell in einer Psychotherapie befinden oder sich an ihrem Behandlungsstatus etwas geändert hat, ebenso eine mögliche Medikation, Krankschreibung und Erwerbstätigkeit. Abschließend wurde gefragt, ob es ihnen im Vergleich zur Zeit vor der Behandlung besser, gleich oder schlechter gehe.

Auswertung

Primäres Ergebnismaß waren Veränderungen in der Häufigkeit des Übens vor und nach der Behandlung. Sekundäre Ergebnismaße waren Veränderungen in den Fragebogen sowie die Einschätzung der Erfahrung mit der Gruppe. Für die Auswertung werden absolute Häufigkeiten, Mittelwerte und Standardabweichungen deskriptiv dargestellt sowie Effektstärken für abhängige Stichproben (im Sinne einer Veränderung

der Mittelwerte unter Berücksichtigung der gepoolten Standardabweichung der Anfangswerte und der Korrelation der Anfangs- mit den Endwerten; Morris und DeShon 2002).

Open Science. Es werden der komplette auswertbare Datensatz und alle verfügbaren Daten, mit Ausnahme von qualitativen Ergänzungen zu den Fragen, berichtet. Aus Gründen der Gewährleistung der Anonymität können die Rohdaten nicht hinterlegt werden. Bei Bedarf können alle Instrumente, Daten und Auswertungssyntaxen beim Erstautor eingesehen werden.

Ergebnisse

Alle Patientinnen litten unter einer nach DSM-IV-Kriterien diagnostizierten PTBS; alle Gruppenteilnehmerinnen identifizierten sich als weiblich. Eine Patientin brach die Behandlung ab, sodass die Auswertungen nur über die restlichen 5 Teilnehmerinnen durchgeführt werden konnten. Vier der Personen hatten die mittlere Reife, eine das Abitur bzw. die Fachhochschulreife. Eine Patientin war vollzeit-, zwei waren teilzeitbeschäftigt, eine arbeitslos und eine weitere nichterwerbstätig. Zwei befanden sich in fester Partnerschaft. Vier der Patientinnen hatten bereits in Vorbehandlungen Stabilisierungsübungen kennengelernt, eine in einer ambulanten, 3 in stationären Psychotherapien.

Primäres Ergebnismaß: Häufigkeit des Übens

Insgesamt gaben die Teilnehmerinnen nach der Therapie an, die gelernten *Übungen im Vergleich zum Zeitpunkt vor der Gruppenintervention häufiger* einzusetzen (Skala von 1 „trifft nicht zu“ bis 7 „trifft zu“, $M = 5,80$, $SD \pm 1,64$, Minimum–Maximum = 3–7). Katamnestisch wurde die Frage, ob die Teilnehmerinnen 2 Monate nach Behandlungsende die *Übungen häufiger einsetzten*, beurteilt auf einer Skala von 0 („trifft nicht zu“) bis 10 („trifft zu“), ebenfalls insgesamt eher positiv beantwortet ($M = 5,80$, $SD \pm 3,35$, Minimum–Maximum = 0–8, Median = 7,00).

Tab. 2 Kennwerte und Fragebogendaten

	Zeitpunkt	M ± SD	d	95 %-CI _d
OQ-45-Gesamtwert	Prä	70,38 ± 10,60	–	–
APK				
Aversive Kindheitserfahrungen	Prä	86,40 ± 40,28	–	–
Protektive Kindheitserfahrungen	Prä	16,50 ± 7,86		
Alter (Jahre)	Prä	42,00 ± 7,28	–	–
SBS	Prä	5,73 ± 1,13	1,24	–0,10–2,61
	Post	7,44 ± 0,55		
PHQ-9, Depressivität	Prä	16,20 ± 5,54	1,10	–0,10–2,61
	Post	12,00 ± 4,53		
GAD-7, Ängstlichkeit	Prä	11,40 ± 5,32	0,93	–0,38–2,23
	Post	8,60 ± 3,44		
IES-15	Prä	47,00 ± 1,63	3,65	1,62–5,67
	Post	40,71 ± 11,19		
FDS	Prä	27,38 ± 12,77	1,83	0,18–3,48
	Post	15,47 ± 9,82		
OPD-SF, Gesamtwert	Prä	2,44 ± 0,39	1,15	–0,19–2,49
	Post	2,05 ± 0,24		
IIP-32, Gesamtwert	Prä	1,99 ± 0,58	0,57	–0,70–1,83
	Post	1,81 ± 0,39		

M Mittelwert, SD Standardabweichung, OQ Outcome Questionnaire, APK Fragebogen zu aversiven und protektiven Kindheitserfahrungen, SBS Selbstberuhigungsskala, PHQ Patient Health Questionnaire, GAD Generalized Anxiety Disorder, IES Impact of Event Scale, FDS Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen, OPD-SF OPD-Strukturfragebogen, IIP Inventar Interpersoneller Probleme, CI Konfidenzintervall

Sekundäre Ergebnismaße: Veränderung der Stimmung im Lauf der Sitzungen

Die Stimmung verbesserte sich im Schnitt während der Sitzungen (Prä: M = 6,24, SD ± 1,00; Post: M = 6,97, SD ± 0,65; d = 1,10, 95 %-CI_d = –0,23–2,43).

Veränderungen von Fragebogenwerten während der Intervention

Von vor zu nach der Behandlung nahm die Fähigkeit zur Selbstberuhigung (SBS) im Mittel zu. Intrusionen und Vermeidungssymptome (IES-15), Dissoziation (FDS), Depressivität (PHQ-9), generalisierte Ängstlichkeit (GAD-7) sowie selbst eingeschätzte strukturelle Defizite der Persönlichkeitsstruktur nahmen ab, jeweils im Schnitt mit großen Effekten. Interpersonelle Probleme (IIP-32) verringerten sich deskriptiv² mit mittleren Effekten (■ Tab. 2).

² Der Begriff „deskriptiv“ wird verwendet, um deutlich zu machen, dass in Abgrenzung zur Signifikanztestung Richtung und Ausmaß einer möglichen Veränderung beschrieben werden.

Weitere Einschätzung des Gruppenangebots bei Behandlungsende

Der *Inhalt* der allgemeinen Informationen zu den Übungen durch die Therapeutinnen wurde insgesamt sehr positiv gewertet (M = 6,40, SD ± 0,89, Minimum–Maximum = 5–7). Die Menge der allgemeinen Informationen zu den Übungen wurde von allen Patientinnen als „genau richtig“ eingeschätzt.

Das *gemeinsame Üben* in der Gruppe wurde im Mittel wieder als sehr positiv erlebt (M = 6,60, SD ± 0,89, Minimum–Maximum = 5–7). Die Zeitdauer des gemeinsamen Übens in der Gruppe empfanden 2 Personen als genau richtig; zwei Personen fanden sie etwas zu kurz (–1), eine Person in einem mittleren Ausmaß zu kurz (–2).

Die speziellen *Rückmeldungen der Therapeutinnen* zur Gruppendiskussion wurde insgesamt positiv bewertet (M = 6,60, SD ± 0,89, Minimum–Maximum = 5–7). Alle Teilnehmerinnen schätzen die Menge der speziellen Rückmeldungen der Therapeutinnen zur

Gruppendiskussion als „genau richtig“ (0) ein.

Im Schnitt wurden die *Rückmeldungen der Teilnehmerinnen* positiv bewertet (M = 6,20, SD ± 1,89, Minimum–Maximum = 3–7). Die Menge der Rückmeldungen der Teilnehmerinnen wurden von 3 Personen als „genau richtig“ (0) eingeschätzt, eine Person hätte gern etwas mehr (–1), eine etwas weniger (+1) Rückmeldungen der Teilnehmerinnen gehabt.

Die Gesamtzahl der Sitzungen empfanden 3 Teilnehmerinnen als „genau richtig“ (0), eine Teilnehmerin fand die Anzahl merklich (–2), eine weitere deutlich zu gering (–3). Der Aussage, das Gruppenangebot *weiterempfehlen* zu würden, wurde insgesamt deutlich zugestimmt (M = 6,60, SD ± 0,89, Minimum–Maximum = 5–7).

Katamnestiche Einschätzung 2 Monate nach Behandlungsende

Von allen 5 Teilnehmerinnen konnte eine telefonische Katamnese erhoben werden. Die Frage, wie die Teilnehmerinnen 2 Monate nach Behandlungsende ihre *Teilnahme* auf einer Skala von 0 („nicht-hilfreich“) bis 10 („sehr hilfreich“) einschätzten, wurde insgesamt sehr positiv beantwortet (M = 8,80, SD ± 1,25, Minimum–Maximum = 6,50–9).

Drei von 5 Teilnehmerinnen bejahten, aktuell im Alltag Stabilisierungsübungen *durchzuführen*, 4 von 5, sie *im Alltag zu nutzen*, im Sinne einer Anwendung bei spezifischen Problemen und Herausforderungen. Wiederum 3 von 5 Personen gaben an, aktuell *selbstfürsorglicher* als vorher zu sein, ebenso 3 von 5, aktuell in *ambulanter Psychotherapie* behandelt zu werden. Nur eine Person nahm *Psychopharmaka* ein. Drei Patientinnen waren aktuell *krankgeschrieben*, nur eine aktuell *arbeitend*. Eine Patientin berichtete von einer größeren *Lebensveränderung* seit der Gruppe. Auf die Frage, *wie es ihnen ginge*, antworteten 4 Patientinnen, dass es ihnen im Vergleich zu Zeit vor der Gruppenintervention besser ginge; eine Person antwortete, dass es ihr „gleich“ ginge, und keine, dass es ihr schlechter ginge.

Diskussion

Hinweise auf die Machbarkeit des Angebots

In einer Studie in der Routineversorgung zu einem Gruppenverfahren zur Stabilisierung und Selbstregulation für Frauen mit PTBS wurde Hinweise auf die Machbarkeit des Angebots gefunden. Dies bezieht sich insbesondere auf die hohe Akzeptanz durch die Teilnehmerinnen, aber auch darauf, dass Gruppentherapie, Interventionen und die Qualitätssicherung wie geplant in einem Routinesetting durchgeführt werden konnten. Die positive Einschätzung bezüglich der Durchführbarkeit wurde auch seitens der Therapeutinnen geteilt. Die Fragebogendaten geben erste Hinweise auf mögliche Effekte der Behandlung. Diese können bei aller Vorsicht durch den Machbarkeitscharakter und die zugehörige kleine *Stichprobe* deskriptiv als groß für eine Zunahme der Selbstberuhigung und der strukturellen Fähigkeiten sowie eine Abnahme von Depressivität, Ängstlichkeit und Belastung durch das Trauma und die Dissoziation charakterisiert werden. In Bezug auf die Abnahme interpersoneller Probleme kann von mittelgroßen Effekten ausgegangen werden. Insbesondere ist die durchweg positive bis sehr positive Einschätzung der Behandlungserfahrung und der Komponenten des Angebots hervorzuheben.

Aus der Perspektive der Behandlerinnen war es wichtig, eine konsequent ressourcenorientierte, strukturbezogene Haltung einzunehmen. Die interpersonellen Angebote der Teilnehmerinnen sollten zwar durchaus psychodynamisch verstanden, aber aus einer beelternden Perspektive (Ehrenthal und Dinger 2019; Ehrenthal und Grande 2014) heraus beantwortet werden. Dies kann für die Behandlung und Verbreitung wichtig sein, da zumindest psychodynamisch ausgebildete Therapeutinnen kein explizit neues Grundmodell lernen müssen, sondern ihr bestehendes v.a. zu erweitern brauchen: Traumafolgestörungen können so neben anderen Modellen unter dem Gesichtspunkt des zumindest temporären Verlusts struktureller Fähigkeiten

der Persönlichkeit betrachtet werden. Ebenso ist es möglich, stabilisierungsorientierte Interventionen im Sinne von strukturbezogenen Interventionen zu verstehen (Rudolf 2014).

Limitationen der Studie

Einschränkungen der Studie bestehen einerseits in der mit einer Machbarkeitsstudie einhergehenden kleinen Fallzahl. Insofern kann aus den Daten nicht auf die Wirksamkeit des Angebots geschlossen werden, sondern wie initial geplant nur auf die „feasibility“. In Bezug auf Indizes zur Machbarkeit wurden jedoch aufgrund der Durchführung als Versorgungsangebot z. B. Kennzahlen zur Teilnahmebereitschaft in der Zielpopulation nicht erfasst, was für eine Folgestudie wichtig wäre. Ebenso konnte der Abbruch einer Patientin nicht so nachverfolgt werden, wie es in einer regulären Therapiestudie möglich und nötig wäre. Auch wenn die Veränderungen in den Kennwerten der Fragebogen und der subjektiven Einschätzung der Patientinnen Mut machen, braucht es größere Untersuchungen, um Behandlungseffekte präzise schätzen zu können und somit den Weg zu einer randomisierten Studie zu ebnen.

Fazit für die Praxis

- **Insgesamt haben ambulante Interventionen wie das Gruppenangebot zur Stabilisierung und Selbstregulation bei Frauen mit Traumafolgestörungen STABILI-T das Potenzial, ein wichtiges Bindeglied zwischen der Versorgungsrealität mit langen Wartezeiten auf der einen und einer hochspezialisierten traumaspezifischen Fachpsychotherapie auf der anderen Seite zu werden.**
- **Im nächsten Schritt bedarf es weiterer Untersuchungen, um die generelle Wirksamkeit im Vergleich zu z. B. einer Wartelistenbedingung oder auch einer aktiven Vergleichsgruppe zu überprüfen.**

Korrespondenzadresse

Dr. Johannes C. Ehrenthal

Institut für Medizinische Psychologie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universität Heidelberg
Bergheimer Str. 20, 69115 Heidelberg, Deutschland
johannes.ehrenthal@med.uni-heidelberg.de

Funding. Open Access funding provided by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. J.C. Ehrenthal, A. Schöckel, C. Nikendei, U. Dinger, H. Schauenburg und L. Lambert geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Aufgrund der Routinedatenerhebung in einem Versorgungsangebot verneinte die zuständige Ethikkommission des Universitätsklinikums Heidelberg die Notwendigkeit eines formalen Votums. Alle beschriebenen Untersuchungen am Menschen wurden im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Von allen beteiligten Patientinnen liegt eine Einverständniserklärung vor.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Beck T, Riedl D, Schöckel A, Reddemann L, Exenberger S, Lampe A (2017) Measuring self-soothing ability in patients with childhood trauma—psychometric evaluation of the self-soothing scale in a clinical sample. *Z Psychosom Med Psychother* 63:405–416
- Bludworth JL, Tracey JTG, Glidden-Tracey C (2010) The bilevel structure of the Outcome Questionnaire–45. *Psychol Assess* 22(2):350–355. <https://psycnet.apa.org/record/2010-10892-015>
- Bowen DJ, Kreuter M, Spring B, Cofta-Woerpel L, Linnan L, Weiner D, Bakken S, Kaplan CP,

- Squiers L, Fabrizio C, Fernandez M (2009) How we design feasibility studies. *Am J Prev Med* 36:452–457
- BPTK (2018) Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie.; Wartezeiten 2018. https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf. Zugegriffen: 11. Apr. 2020
- Cloitre M, Stovall-McClough KC, Noonan K, Zorbas P, Cherry S, Jackson CL, Gan W, Petkova E (2010) Treatment for PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 167:915–924
- Dinger U, Schauenburg H, Hörz S, Rentrop M, Komo-Lang M, Klinkerfuß M, Köhling J, Grande T, Ehrenthal JC (2014) Self-report and observer ratings of personality functioning: a study of the OPD system. *J Pers Assess* 96:220–225
- Dorrepal E, Thomaes K, Smit JH, Van Balkom AJ, Veltman DJ, Hoogendoorn AW, Draijer N (2012) Stabilizing group treatment for complex posttraumatic stress disorder related to child abuse based on psychoeducation and cognitive behavioural therapy: a multisite randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 81:217–225
- Ehrenthal JC, Dinger U (2019) Strukturdiagnostik in der Praxis – Von der Indikation zur Therapieplanung. *Ärztl Psychother* 14:32–40
- Ehrenthal JC, Grande T (2014) Fokusorientierte Beziehungsgestaltung in der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. *PiD – Psychotherapie im Dialog* 15:80–85
- Ehrenthal JC, Dinger U, Horsch L, Komo-Lang M, Klinkerfuß M, Grande T, Schauenburg H (2012) Der OPD-Strukturfragebogen (OPD-SF): Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität. *Psychother Psychosom Med Psychol* 62:25–32
- Ehrenthal JC, Schauenburg H, Wagner FF, Dinger U, Volz M (2020) Entwicklung und Evaluation des Fragebogens zur Erfassung Aversiver und Protektiver Kindheitserfahrungen (APK). *Psychiatr Prax* 47:1–7
- Firus C, Schleier C, Geigges W, Reddemann L (2012) Traumatherapie in der Gruppe; Grundlagen, Gruppenarbeitsbesuch und Therapie bei Komplextrauma. Klett-Cotta, Stuttgart
- Haug S, Puschner B, Lambert MJ, Kordy H (2004) Veränderungsmessung in der Psychotherapie mit dem Ergebnisfragebogen (EB-45). *Z Differ Diagn Psych* 25:141–151
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB (1995) Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 52:1048–1060
- Kilpatrick DG, Resnick HS, Milanak ME, Miller MW, Keyes KM, Friedman MJ (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
- Lambert L, Schöckel A, Ehrenthal JC (2016). Gruppenbehandlung zur Stabilisierung und Selbstregulation bei ambulanten Patientinnen mit Posttraumatischer Belastungsstörung (STABILIT). Unveröffentlichtes Manual.
- Lampe A, Hofmann P, Gast U, Reddemann L, Schüssler G (2014) Long-term course in female survivors of childhood abuse after psychodynamically oriented, trauma-specific inpatient treatment: a naturalistic two-year follow-up. *Z Psychosom Med Psychother* 60:267–282
- Lampe A, Mitmansgruber H, Gast U, Schüssler G, Reddemann L (2008) Therapieevaluation der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) im stationären Setting. *Neuropsychiatrie* 22:189–197
- Levis B, Benedetti A, Thombs BD (2019) Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. *BMJ* 365:11476
- Löwe B, Decker O, Müller S, Brähler E, Schellberg D, Herzog W, Herzberg PY (2008) Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Med Care* 46:266–274
- Maercker A, Forstmeier S, Wagner B, Glaesmer H, Brähler E (2008) Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Nervenarzt* 79:577–586
- Markowitz JC, Petkova E, Neria Y, van Meter PE, Zhao Y, Hembree E, Lovell K, Biyanova T, Marshall RD (2015) Is Exposure Necessary? A Randomized Clinical Trial of Interpersonal Psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry* 172:430–440
- Morris SB, DeShon RP (2002) Combining effect size estimates in meta-analysis with repeated measures and independent-groups designs. *Psychol Methods* 7:105–125
- Müller S, Sachsse U (2009) Langfristige Chancen und Grenzen in der Traumatherapie. Beobachtungen zum Langzeitverlauf der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (kPTBS). In: Jacobs S (Hrsg) *Neurowissenschaften und Traumatherapie*. Universitätsverlag, Göttingen, 583–106
- Müller C, Teschner M, Assaloni H, Kraemer B, Schnyder U, Rufer M (2007) Eine ambulante Stabilisierungsgruppe zur Verbesserung der Emotionsregulation bei komplexen posttraumatischen Störungen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 57:364–372
- Najavits LM (2015) The problem of dropout from “gold standard” PTSD therapies. *F1000Prime Rep* 7:43
- Neuner F (2008) Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? *Verhaltenstherapie* 18:109–118
- Nikendei C, Mölle C, Fischer K, Granov M, Huber J, Dinger U, Herzog W, Schauenburg H, Ehrenthal JC (2020) Persönlichkeitsstruktur und Bindungsstil als Prädiktoren für die erfolgreiche Aufnahme einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung. *Z Psychosom Med Psychother* 66:180–194
- Reddemann L (2020) Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie: PITT®-Das Manual. Ein resiliensorientierter Ansatz in der Psychotraumatologie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Rosner R, Henkel C, Ginkel K, Mestel R (2010) Was passiert nach der stationären Stabilisierung mit komplex traumatisierten PTB-Patientinnen? *Z Psychiatr Psychol Psychother* 58:127–135
- Rudolf G (2014) Psychodynamische Psychotherapie. Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma. Schattauer, Stuttgart
- Sachsse U, Vogel C, Leichsenring F (2006) Results of psychodynamically oriented trauma-focused inpatient treatment for women with complex posttraumatic stress disorder (PTSD) and borderline personality disorder (BPD). *Bull Menninger Clin* 70:125–144
- Sack M, Gromes B (2013) Schonende Traumatherapie; Ressourcenorientierte Behandlung von Traumafolgestörungen. Schattauer, Stuttgart
- Schäfer I, Gast U, Hofmann A (2019) S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Springer, Berlin Heidelberg
- Schwartz D, Barkowski S, Strauss B, Knaevelsrud C, Rosendahl J (2019) Efficacy of group psychotherapy for posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychother Res* 29:415–431
- Seidler GH (2013) Psychotraumatologie; Das Lehrbuch. Kohlhammer, Stuttgart
- Spitzer C, Mestel R, Klingelhöfer J, Gansicke M, Freyberger HJ (2004) Screening und Veränderungsmessung dissoziativer Psychopathologie: Psychometrische Charakteristika der Kurzform des Fragebogens zu dissoziativen Symptomen (FDS-20). *Psychother Psychosom Med Psychol* 54:165–172
- Steinert C, Bumke PJ, Hollekamp RL, Larisch A, Leichsenring F, Mattheß H, Sisokhom S, Sodemann U, Stingl M, Thearom R, Vojtová H, Wöller W, Kruse J (2016) Treating post-traumatic stress disorder by resource activation in Cambodia. *World Psychiatry* 15:183–185
- Sundin EC, Horowitz MJ (2002) Impact of event scale: psychometric properties. *Br J Psychiatry* 180:205–209
- Thomas A, Brähler E, Strauß B (2011) IIP-32: Entwicklung, Validierung und Normierung einer Kurzform des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme. *Diagnostica* 57:68–83
- Tran US, Gregor B (2016) The relative efficacy of bona fide psychotherapies for post-traumatic stress disorder: a meta-analytical evaluation of randomized controlled trials. *Bmc Psychiatry* 16:266
- Zehetmair C, Tegeler I, Kaufmann C, Klippel A, Reddemann L, Junne F, Herpertz SC, Friederich H-C, Nikendei C (2019) Stabilizing techniques and guided imagery for traumatized male refugees in a German state reception center: a qualitative study on a psychotherapeutic group intervention. *J Clin Med* 22(8):6–E894