

# 10 Ambulante traumaspezifische Behandlung

Julia Schellong

## 10.1 Einleitung

Traumaspezifische Psychotherapie ist die Methode der Wahl bei Traumafolgestörungen. Insbesondere bei der klassischen PTBS (S.62) finden sich sehr gute Behandlungserfolge. Der Einstieg in eine traumaspezifische Psychotherapie kann über viele Wege erfolgen. Viel zu selten wird direkt spezialisierte Therapie aufgenommen. Oft führen körperliche Beschwerden zum Hausarzt oder soziale Probleme zu Beratungsstellen. Von der traumainformierten Grundversorgung (s. Kapitel 4 (S.43)) bei diesen Erstversorgern kann in Abhängigkeit von der Symptomlast oder Verfügbarkeit entsprechender Angebote zu ambulanter oder zu stationärer Psychotherapie (S.133) weiterverwiesen werden.

## 10.2 Zugangswege zur Versorgung

Je nach Art und Ort der stattgehabten Traumatisierung sind verschiedene Zugänge in eine ambulante Behandlung möglich. Eine Übersicht bietet ► Abb. 10.1.

### 10.2.1 Traumaambulanzen für Opfer von Gewalttaten nach Opferentschädigungsgesetz

Opfer von vorsätzlich ausgeführten Gewalttaten können relativ niedrigschwellig und insbesondere zeitnah in Traumaambulanzen nach dem OEG (Opferentschädigungsgesetz) behandelt werden. Diese Traumaambulanzen werden mittlerweile in nahezu allen Bundesländern vorgehalten. Die Terminvergabe erfolgt nach Kontaktaufnahme in der Regel innerhalb einer Woche. Nach Kurzantragstellung (Mitteilung von Name, Art der Gewalttat und Kontaktdaten) an die Versorgungsverwaltung können 5 erste Sitzungen in Anspruch genommen werden. Bei weiter bestehendem Bedarf können nach Stellung eines Langantrags weitere 10 Sitzungen durchgeführt werden [243]. Informationen dazu finden sich bei den jeweiligen Landesversorgungsbehörden und bei lokalen Netzwerkinitiativen wie beispielsweise der Behandlungsinitiative Opferschutz BIOS e. V. ([www.bios-bw.com](http://www.bios-bw.com)).

### 10.2.2 Ambulante Psychotherapie als Krankenkassenleistung

In Deutschland ist Psychotherapie eine Krankenkassenleistung nach der Psychotherapierichtlinie. Allerdings muss mit langen Wartezeiten auf einen Platz für eine traumaspezifische Psychotherapie gerechnet werden. Verbesserung soll dafür seit dem 01.04.2017 eine neu von allen Psychotherapeuten anzubietende sog. psychotherapeutische Sprechstunde bringen [247]. Ob diese Umstellung zu einer tatsächlichen Entlastung in der Versorgung insbesondere für spezialisierten Therapiebedarf führt, ist noch nicht zu beurteilen. In dieser Sprechstunde soll eine erste diagnostische Abklärung in für Erwachsene bis zu 6 25-minütigen Gesprächen stattfinden. Für Kinder und Jugendliche sind es bis zu 10 Gespräche. Ab April 2018 ist das Aufsuchen einer solchen Sprechstunde Zugangsvoraussetzung zur weiteren ambulanten psychotherapeutischen Versorgung.

Die weitere Versorgung findet bei Bedarf als sog. Akutbehandlung somit als schnelle Intervention bei akuten Krisen bzw. als Vorbereitung auf Psychotherapie statt. Dafür sind bis zu 12 Sitzungen à 50 min oder 24 Sitzungen à 25 min vorgesehen. Daran kann sich eine Kurz- oder auch eine Langzeittherapie anschließen. Einzel- und Gruppentherapie ist dabei kombinierbar. Als Rezidivprophylaxe können Patienten bis zu 2 Jahre nach Therapieende je nach vorheriger Behandlungsdauer zwischen 8 und 16 Behandlungen zur Rezidivprophylaxe in Anspruch nehmen.

Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung vermitteln seit April 2017 Termine für Sprechstunden und Akutbehandlung, wenn ein Therapeut diese empfohlen hat. Kann die Terminservicestelle den Termin nicht in einem Zeitrahmen von 4 Wochen anbieten, muss sie innerhalb einer weiteren Woche für eine ambulante Versorgung in einem Krankenhaus sorgen. Eine Überweisung ist nicht erforderlich. Bei dieser Vermittlung gibt es kein Recht auf Wunschtermine bei Wunschtherapeuten. Das heißt, auch der Wunsch nach beispielsweise einer traumaspezifischen Expertise kann bei dieser Terminvermittlung nicht berücksichtigt werden. In diesem Fall ist es in der Regel zielführender, wenn Patienten sich direkt an

**Private Unfälle/Überfälle/Gewalt/Katastrophen**

- (akute) Gewaltopfer

**Opferentschädigungsgesetz (OEG)**

- akute (oder Aufflackern einer biografischen) Gewalttat: Behandlung in Traumaambulanzen nach OEG:
  - 5 Sitzungen Akutbehandlung nach Kurzantragstellung bei der zuständigen Versorgungsverwaltung
  - bei Bedarf weitere 10 Sitzungen Kurzzeittherapie nach Stellung des OEG-Langantrags

**weitere Angebote:**  
**Beratung/Begleitung/**  
**Betreuung/Schutz:**
**Straftaten:**

Opferhilfe,  
WEISSER RING,  
spezifische Beratungs-  
angebote

**gesetzliche/private Krankenversicherung (je nach Vertrag)**

- ambulante Psychotherapie durch psychologische oder ärztliche Psychotherapeuten
- Kontaktaufnahme über telefonische Sprechzeiten  
→ Nutzung der (offenen oder Bestell-) Sprechstunden (bis zu 6 Gespräche à 25 min); bei Bedarf Überleitung in:
  - Akutbehandlung (24 Sitzungen à 25 min oder 12 Sitzungen à 50 min) oder
  - Kurzzeittherapie (12 [nicht gutachterpflichtig] oder 24 Sitzungen [gutachterpflichtig] à 50 min) oder
  - Langzeittherapie (Sitzungszahl abhängig vom Verfahren)

**häusliche Gewalt:**

Interventions- und Ko-  
ordinierungsstellen bei  
häuslicher Gewalt,  
Frauzentren,  
Frauenschutzhäuser

- private Unfall-  
opfer/Zeugen/  
Opfer von Kata-  
strophen

- komplex Trau-  
matisierte,  
chronische Trau-  
mafolgestörung

**bei gesetzlicher Krankenversicherung**

- eventuell psychiatrische Institutsambulanzen

**Krieg/Folter:**

psychosoziale Zentren  
für Geflüchtete,  
Behandlungszentren für  
Folteropfer

**Arbeits- und Wegeunfälle**

- Beschäftigte des  
Öffentlichen  
Dienstes
- Schule, Kita,  
Universität, Hoch-  
schule
- Not- und Erst-  
helfer
- ehrenamtlich  
Tätige, Freiwillige  
Feuerwehr, häus-  
liche Pflegekräfte

**Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand (Unfallkassen)**

- Unfallmeldung über Arbeitgeber oder direkt
- Möglichkeit 1:  
Vermittlung psychotherapeutischer Behandlung durch Unfallkasse
- Möglichkeit 2:  
Vorstellung bei D-Arzt (Krankschreibung; ggf. Überweisung zur Psychotherapie)
- innerhalb einer Woche erste psychotherapeutische Behandlung durch Psycho-  
therapeutinnen mit Beteiligung am Psychotherapeutenverfahren
- Folgebehandlung der psychischen Unfallschäden (ambulant bis stationär) durch  
Vertragspartner

- über Berufsge-  
nossenschaft  
Versicherte

- gleiche Struktur und  
Vorgehen wie bei Unfallkasse, Durchführung durch  
Berufsgenossenschaft

eventuell (firmen-)  
interne Hilfsangebote  
(Deutsche Bahn,  
Verkehrsbetriebe,  
Banken,  
Bundeswehr usw.)

- Beamte

- Unfallmeldung an Dienstherrn/Versorgungsträger;  
Klärung der Behandlungswege

- Selbstständige

- private Krankenversicherung; ggf. Meldung an  
private Unfallversicherung

Abb. 10.1 Ambulante Versorgung und Behandlung bei Traumafolgestörungen.

spezifisch fortgebildete Psychotherapeuten wenden; Hinweise dazu sind in Kapitel 36 (S.264) nachzulesen. In manchen Gegenden finden sich Informationen dazu auch in lokalen Netzwerkinitiativen, z. B. beim Traumanetz Seelische Gesundheit Sachsen ([www.traumanetz-sachsen.de](http://www.traumanetz-sachsen.de)).

### 10.2.3 Psychiatrische Institutsambulanzen

An manchen Kliniken übernehmen die ambulante Behandlung auch psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V [Sozialgesetzbuch] [246]), sofern wegen Art, Dauer und Schwere der Erkrankung eine Behandlung in der ambulanten Regelversorgung nicht ausreichend gewährleistet ist [245]. Eine Behandlung in einer psychiatrischen Institutsambulanz soll die stationäre Behandlungsdauer verkürzen. Sie stellt insbesondere bei schweren dissoziativen Störungen oder komplexen Traumafolgestörungen eine sinnvolle Möglichkeit dar, multimodale Therapieelemente auch ambulant anzubieten.

#### Merke

#### M!

Begleitend zu oder im Anschluss an ambulante Psychotherapie sind oftmals spezifische Beratungsangebote (S. 248) hilfreich.

### 10.2.4 Ambulante Psychotherapie nach Psychotherapeutenverfahren der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

Für Traumatisierung im Zusammenhang mit Arbeits- und/oder Wegeunfällen bieten die Unfallversicherungsträger eigene, in der Regel gut etablierte Versorgungswege (über Psychotherapeutenverfahren) an [244]. Genauere Ausführungen zu berufsbezogener Traumatisierung und ihrer Behandlung finden sich in den Kapiteln 27 (S.214) und 28 (S.219).

## 10.3 Fazit

Nach Art und Ort des verursachenden Ereignisses übernehmen unterschiedliche Kostenträger die Versorgung. Die Versorgungslandschaft zu überblicken, ist in der Praxis eine Herausforderung für Betroffene wie für Helfer und Erstversorger. Für Arbeits- und Wegeunfälle und für Gewaltopfer stehen gut etablierte, zeitnahe und hochqualifizierte Versorgungsmodelle bereit.

## 10.4 Weiterführende Literatur

- [242] Ebblinghaus R, Rießbeck H, Schellong J. Rahmenbedingungen, Therapiesetting und Vernetzung. In: Sack M, Sachsse U, Schellong J, Hrsg. Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung. Stuttgart: Schattauer; 2013: 153–170

## 10.5 Zitierte Literatur

- [243] Bollmann K, Schürmann I, Nolting B et al. Evaluation der Traumaambulanzen nach dem Opferentschädigungsgesetz in Nordrhein-Westfalen. Z Psychosom MedPsychother 2012; 58: 42–54
- [244] Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG). Psychotherapeutenverfahren. Handlungsanleitung; 2017. Im Internet: [http://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/med\\_reha/documents/psych2\\_2017\\_01\\_01.pdf](http://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/med_reha/documents/psych2_2017_01_01.pdf) (Stand: 08.02.2018)
- [245] Driessen M, Frommberger U, Steuwe C et al. Traumaspezifische Diagnostik und Therapie in Psychiatrischen Institutsambulanzen in Deutschland – eine Umfrage der BDK und des Referates Psychotraumatologie der DGPPN. Psychiatr Prax 2012; 39: 248–249
- [246] Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20.12.1988, BGBl. I S.2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17.08.2017 (BGBl. I S.3 214) geändert worden ist
- [247] Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Strukturreform der psychotherapeutischen Versorgung – Wissenswertes für Therapeuten; 2017. Im Internet: [http://www.kbv.de/media/sp/Praxisinformation\\_Psychotherapie\\_Reform.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Praxisinformation_Psychotherapie_Reform.pdf) (Stand: 08.02.2018)

# 11 Stationäre traumaadaptive und traumaspezifische Behandlung

Julia Schellong

## 11.1 Einleitung

Der allgemeine Grundsatz „ambulant vor stationär“ gilt selbstverständlich auch bei Traumafolgestörungen. Bei einer klassischen PTBS, die nach einem einmaligen traumatischen Erlebnis aufgetreten ist, wird ambulante Behandlung in der Regel auch ausreichen.

In Krisensituationen, bei komplexen Traumakonstellationen oder psychosozialen Zuspitzungen hingegen gewährleistet stationäre Behandlung mit einem multimodalen Setting einen geschützten Rahmen. Stationäre Behandlung kann auch übernehmen, wenn traumafokussierte Konfrontationsbehandlung im ambulanten Setting an ihre Grenzen gerät. Fraktionierte elektive stationäre Behandlungen, sog. Intervalltherapien, werden insbesondere bei Spätfolgen von sequenzieller Traumatisierung wie sexuellem Missbrauch und Misshandlung in der Kindheit eingesetzt. Eine stationäre traumafokussierte Behandlung steht selten für sich alleine. Sie muss eingebettet sein in eine umfassende Behandlungsplanung. Den Takt und das Tempo der Behandlung geben dabei die Betroffenen vor.

### Merke

**M!**

Partizipative Entscheidungsfindung, transparente Information und Einbeziehung aller Behandler unter Beachtung rechtlicher Gegebenheiten sind Voraussetzung, wenn die stationäre Behandlung zum Erfolg führen soll.

## 11.2 Stationäre psychiatrisch-psychosomatische Akutbehandlung

Suizidale Krisen, psychotische Dekompensation, schwere Selbstverletzungen oder eine akute Substanzproblematik werden am besten in einer psychiatrisch erfahrenen Klinik behandelt. Akuität und Komorbidität bestimmen dabei die Behand-

lungsplanung. Mindestens 30 % psychiatrischer stationärer Patienten erfüllen die diagnostischen Kriterien einer PTBS [250][255]. Daher sollte gerade auf Akutstationen auf einen traumainformierten Umgang (S.43) geachtet werden. Das Wissen um die spezifische Symptomatik kann eine Retraumatisierung verhindern, Verständnis vermitteln und erste Techniken im Umgang mit Flashback-Erleben, Affektkontrollstörung und dissoziativer Problematik einführen.

## 11.3 Stationäre psychotherapeutische (psychosomatische) Krisenbehandlung

Eine stationäre traumaadaptive psychotherapeutische Krisenbehandlung wird dann empfohlen, wenn die ambulante Behandlung an eine Grenze gerät. Solche Krisensituationen können durch Zuspitzung akuter Ereignisse entstehen oder wenn innerhalb eines Traumabearbeitungsprozesses psychische Dekompensationen drohen, z.B. durch verstärkt eintretende dissoziative Phänomene. Die psychotherapeutische stationäre Krisenbehandlung dient der Entlastung und Wiederherstellung der Alltagsbewältigungsfähigkeiten.

### Merke

**M!**

Wesentlich ist, dass durch den Gedanken der „Stabilisierung“ im Miteinander zwischen ambulant und stationär eine traumakonfrontative Arbeit nicht verloren geht [253][254].

## 11.4 Stationäre psychotherapeutische (psychosomatische) traumafokussierte Behandlung

Die Verarbeitung psychischer Folgen von Gewalterfahrungen ist ein oft längerfristiger Prozess. Ein stationärer Aufenthalt kann sich dabei als wichtiger Baustein einfügen und letztlich Behandlungs-

kosten reduzieren [252]. In Deutschland haben sich Kliniken auf die Behandlung von Traumafolgestörungen spezialisiert und bieten gezielt traumafokussierte Behandlungsmodule an. Da die Nachfrage diesbezüglich hoch ist, ist mit Wartezeiten zu rechnen. Oft werden vorbereitende Gespräche und das Beibringen von Unterlagen vorgeschaltet (Eigenbericht, Fragebögen, Arztbericht). Die Dauer der Behandlung ist an den individuellen Bedarf angepasst, überschreitet aber selten 8–12 Wochen.

Traumasppezifisch psychotherapeutisch arbeitende Stationen befinden sich entweder in psychosomatischen oder in psychiatrischen Kliniken, die nach dem Krankenkassensystem abrechnen (Akutkrankenhäuser, Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V) oder in psychosomatischen sog. Rehabilitationskliniken (Vorsorge- und Rehabilitations-einrichtungen nach § 111 SGB V) [249]. Näheres dazu s. Kapitel 14 (S. 144).

Stationäre traumasppezifische Therapie profitiert von einem interdisziplinären Team aus Ärzten, Psychologen, Sozial- und Familientherapeuten, Spezialtherapeuten (Kunst-, Musik- und Bewegungstherapeuten) und Pflegekräften. Die Behandlung erfolgt mittels psychodynamischen oder

kognitiv-verhaltenstherapeutischen Grundverfahrens als reflektierter Interaktionsprozess mehrerer Personen. Dieser Interaktionsprozess soll intensive traumafokussierte Arbeit ermöglichen und einen dynamischen Veränderungsprozess in Gang setzen [251]. ► Abb. 11.1 fasst beispielhaft zusammen, welche Therapieelemente stationär angewandt werden können. Selbstverständlich besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit, da jede Klinik ein eigenes Therapiekonzept entwickelt.

Die Einzeltherapie hat neben der gezielten Arbeit mit konfrontativen Methoden – kognitive Verhaltenstherapie und EMDR (S.62), siehe Kapitel 6.3 (S.65) – die Aufgabe, an der Bindungsproblematik zu arbeiten (Ertragen der Dyade – Affektkontrolle – Abhängigkeit – Sehnsucht und Trauer). Die bereits konfrontative Methode der Erstellung einer Lebenslandkarte dient, psychodynamisch gesprochen, zusätzlich dem Ziel, einen Symbolraum zu schaffen, eine Versprachlichung des Geschehens und des Leides möglich zu machen und den biografischen Zusammenhang wiederherzustellen. Die interaktionelle, mentalisierungsbasierte Gruppentherapie (z. B. nach [248]) unterstützt Triangulierungsprozesse wie das Ertragen von Interaktion

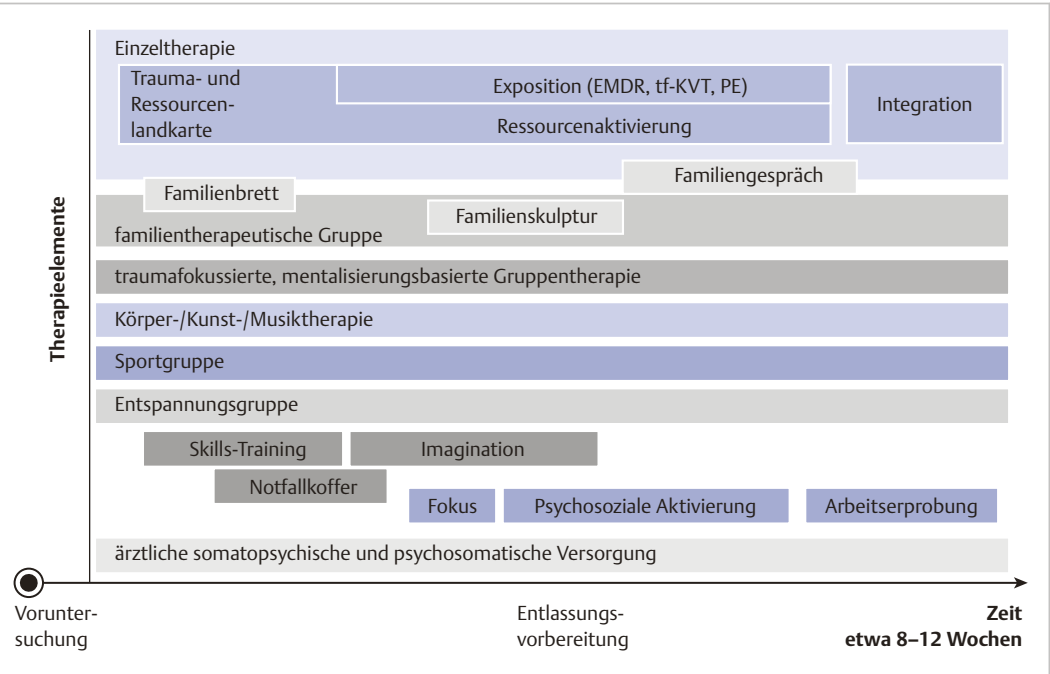


Abb. 11.1 Beispielhafte Therapieelemente der stationären Traumatherapie.

(Neid, Eifersucht, Konkurrenz, Nähe) und das systemische Verstehen. Letzteres wird mittels Familienbrett, -skulptur und -gespräch vertieft. Die Sicherung eines funktionierenden ambulanten Behandlungs- und Beratungsnetzwerks (psychosoziale Aktivierung) sollte frühzeitig berücksichtigt werden. Die Konfrontation mit der eigenen Identität (Ich und Ich – Ich und die Welt – Bewältigung von Krisen, Abschied – Blick in die Zukunft) legt den Fokus auf die Verantwortungsübernahme für das eigene Handeln und die Lebensgestaltung.

## 11.5 Stationäre Intervalltherapie

Manche Kliniken bieten insbesondere bei traumassoziierten dissoziativen Störungen und komplexen Traumafolgestörungen eine Intervalltherapie an, in der sich stationäre Therapiephasen in eine ambulante Behandlung einfügen. Gerade in diesem Setting sind ein transparentes Miteinander und eine gute Behandlungsplanung unabdingbar. Auch in einem solchen Behandlungs-Setting ist es wichtig, den Entwicklungsprozess im Blick zu behalten und zu beachten, dass Therapieprozesse endlich sind.

## 11.6 Fazit

Ein traumafokussiert arbeitendes Team kann durch gezielten Einsatz von Ressourcenaktivierung, Expositionsmaßnahmen und multimodalen Therapien wichtige Bausteine zur Traumabearbeitung beitragen. Wesentlich ist ein Gesamtbehandlungsplan mit Ineinandergreifen von ambulanten und stationären Maßnahmen.

## 11.7 Zitierte Literatur

- [248] Firus C, Schleier C, Geigges W et al. Traumatherapie in der Gruppe. Grundlagen, Gruppenarbeitsbuch und Therapie bei Komplextrauma. Stuttgart: Klett-Cotta; 2012
- [249] Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20.12.1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17.08.2017 (BGBl. I S. 3 214) geändert worden ist
- [250] Mauritz MW, Goossens PJ, Draijer N et al. Prevalence of interpersonal trauma exposure and trauma-related disorders in severe mental illness. Eur J Psychotraumatol 2013; 4: 19985
- [251] Plassmann R. Prozessorientierte stationäre Psychotherapie. Ein Leitfaden für die Praxis. Gießen: Psychosozialverlag; 2015
- [252] Priebe K, Roth M, Krüger A et al. Psychiatrische Behandlungskosten von Patientinnen mit Posttraumatischer Belastungsstörung nach sexuellem Missbrauch vor und nach stationärer DBT-PTSD. Psychiatr Prax 2017; 44: 75–84
- [253] Reddemann L, Piedfort-Marin O. Stabilization in the treatment of complex post-traumatic stress disorders: concepts and principles. Eur J Trauma Dissoc 2017; 1: 11–17
- [254] Rosner R, Henkel C, Ginkel K et al. Was passiert nach der stationären Stabilisierung mit komplex traumatisierten PTB-Patientinnen? Z Psychiatr Psychol Psychother 2010; 58 (2): 127–135
- [255] Vauth R, Nyberg E. Unbehandelte Posttraumatische Belastungsstörungen bei schizophrenen Störungen: eine Hypothek auf die Zukunft? Fortschr Neurol Psychiatr 2007; 75: 463–472

# 12 Mediengestützte Therapieformen

Christine Knaevelsrud, Sebastian Burchert

## 12.1 Überblick medien-gestützter Behandlungsansätze

Die Einbindung von Informations- und Kommunikationstechnologien in Versorgungsstrukturen für traumatisierte Menschen eröffnet neue Möglichkeiten, evidenzbasierte Behandlungen zugänglicher zu machen und bestehende Versorgungslücken zu schließen. Dafür kommen neben Telefon und Videochat vor allem Internet-basierte Angebote und zunehmend auch Smartphone Apps in Betracht. Üblicherweise werden die vielfältigen therapeutischen Nutzungsszenarien neuer Medien auf einem Kontinuum zwischen Selbsthilfe und Fernbehandlung verortet, da sie im Umfang der therapeutischen Begleitung stark variieren (► Abb. 12.1) [258].

## 12.2 Wirksamkeit medien-gestützter Verfahren

Metaanalytische Evidenz spricht für die Wirksamkeit Internet-basierter Interventionen bei PTBS

[263]. Auch für komorbid auftretende Störungen wie Depressionen und Angststörungen zeigt sich eine sehr gute Evidenzlage. Es hat sich überdies erwiesen, dass Interventionsansätze, die therapeutisch begleitet sind, häufig mit einer deutlich verbesserten Wirksamkeit einhergehen [259].

Merke

M!

Es ist wichtig hervorzuheben, dass wirksame medienvermittelte Therapieformen auf etablierten Therapiemanualen basieren, die an das jeweilige Medium angepasst werden. Dabei kommen überwiegend, jedoch nicht ausschließlich, kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden zum Einsatz.

Die Eigenschaften des Mediums, z.B. die text-basierte asynchrone Kommunikation über ein Online-Portal, prägen dabei wesentliche Rahmenbedingungen der Behandlung wie den therapeutischen Kontakt.

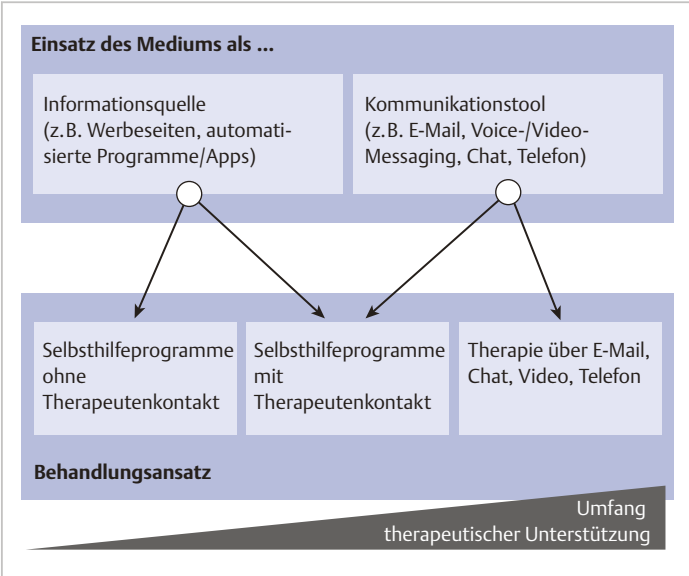


Abb. 12.1 Klassifikation medien-gestützter Interventionsansätze nach Klein und Berger.



## 12.3 Anwendungsmöglichkeiten

Mediengestützte Verfahren kommen als Interventionen bei subklinischen oder leichten (ohne Begleitung) bis mittelgradigen traumaassoziierten Störungen (mit Begleitung) und zur Überbrückung von Wartezeiten auf einen Therapieplatz infrage [259]. Weitere Anwendungsszenarien sind die Kombination digitaler Verfahren mit einer Face-to-Face-Therapie im sog. Blended-Care-Ansatz (z. B. Auslagerung psychoedukativer Inhalte in eine Online-Plattform) und der Einsatz als niedrigschwellige Frühinterventionen im Rahmen von Stepped-Care-Modellen. Je nach Ansatz kommen die spezifischen Vorteile des anonymen, orts- und zeitunabhängigen Zugangs zum Tragen. Dadurch können Barrieren aufgrund von lokalen Versorgungsengpässen, aber auch aufgrund von Scham, Vorbehalten gegenüber Face-to-Face-Psychotherapie oder störungsbedingten Einschränkungen reduziert werden.

Einschränkend ist hervorzuheben, dass in Deutschland bislang nicht die erforderlichen Rahmenbedingungen für die flächendeckende Kostenübernahme von Online-basierten Interventionen gegeben sind. Gleichzeitig existieren bislang keine allgemein akzeptierten Qualitätskriterien für medienvermittelte Therapieformen. Dadurch ist die Auswahl geeigneter Verfahren für Behandler erheblich erschwert. Ein entsprechender Vorschlag von Kriterien für die Beurteilung Internet-basierter Interventionen wurde kürzlich von der gemeinsamen Task Force E-Mental Health der DGPPN (der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) und der DGP (der Deutschen Gesellschaft für Psychologie) erstellt [259]. Darin werden neben Wirksamkeitsbelegen u. a. auch gesundheitsökonomische, rechtliche und datenschutztechnische Aspekte berücksichtigt.

## 12.4 Internet-basierte Schreibtherapie bei Posttraumatischer Belastungsstörung

Die Behandlung der PTBS im Online-Setting erfolgt überwiegend mit Ansätzen, die einen hohen Grad an therapeutischer Begleitung beinhalten [261]. Der von Alfred Lange in den Niederlanden begründete Interapy-Ansatz gilt dabei als prototypisch. Die Wirksamkeit wurde in der Folge auch in deutschsprachigen Stichproben und in arabischer Sprache in Krisen- und Kriegsregionen erfolgreich nachgewiesen [260]. Patienten verfassen dabei über 5 Wochen anhand von Schreibanleitungen in 45-minütigen Schreibsitzungen insgesamt 10 Texte und erhalten darauf individuelle therapeutische Rückmeldungen. Das Vorgehen ist manualbasiert und beinhaltet die wiederholte Exposition mit den schmerzhaftesten Momenten der traumatischen Erfahrung in der Selbstkonfrontation und die kognitive Umstrukturierung durch Perspektivwechsel [261]. In Weiterentwicklungen wie der integrativen Testimonial-Therapie [262] kommen biografische Texte hinzu, die im Sinne der Lebensrückblicktherapie die Einordnung der traumatischen Erfahrung in das autobiografische Gedächtnis fördern und damit die von Ehlers und Clark beschriebene Fragmentierung der Erinnerungen bei Menschen mit einer PTBS adressieren [256].

Der therapeutische Kontakt ist durch die zeitlich asynchrone Kommunikation sowie durch in der Regel deutlich verminderte nonverbale Informationen geprägt. Trotzdem konnte gezeigt werden, dass die therapeutische Beziehung in Online-Interventionen von Patienten vergleichbar positiv eingeschätzt wird wie in konventionellen Sprechzimmertherapien [257]. Therapeuten arbeiten dafür in ihren Feedback-Texten überwiegend ressourcenorientiert und validierend. Weitere typische Inhaltskomponenten sind häufige Zusammenfassungen, positive Verstärkung, der Ausdruck von Empathie und die Vermittlung von Hoffnung [261]. Eine Online-Behandlung beinhaltet in der Regel keine synchrone Begleitung von Patienten bei der Durchführung von Aufgaben. Aus diesem Grund sind Eigenverantwortung und Mitwirkung der Patienten dabei noch zentraler und sollten daher regelmäßig durch Rückmeldungen zur Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung gefördert werden.



## Fallbeispiel

## B

**Fallbeispiel 12.1**

Eine traumatisierte Patientin erhält nach einem tätlichen Überfall folgende Schreibenleitung für Selbstkonfrontation mit einem traumatischen Ereignis, basierend auf dem Praxisleitfaden zur Online-basierten Behandlung [261]:

- *Psychoedukation über Selbstkonfrontation*: „Die Beschreibung des Traumas ist ein wichtiger Bestandteil für dessen Verarbeitung. Doch weil die Erinnerungen an das Geschehene sehr belastend sind, werden sie häufig weggeschoben und verdrängt.“
- *Detailbeschreibung der Bilder, Gerüche und sensorischen Eindrücke in der Situation*: „Ziel ist, das traumatische Ereignis so detailliert wie möglich, mit allen Wahrnehmungen zu beschreiben. Was haben Sie damals erlebt? Was haben Sie seinerzeit gesehen? Was haben Sie gehört, gerochen und gespürt? Wie hat Ihr Körper reagiert?“
- *Formulierung in der Ich-Form (und im Präsens)*: „Wenn Sie jetzt den Text schreiben, dann verwenden Sie die Ich-Form. Konzentrieren Sie sich vorher 2–3 min auf die damalige Situation, bis Sie diese vor Augen haben, und versuchen Sie in den darauffolgenden 45 min, so detailliert wie möglich die Situation zu beschreiben.“

Die Patientin formuliert daraufhin folgenden Selbstkonfrontationstext: „Ich gehe schnell in den Lagerraum und habe den Arm voller Blumen. Als ich den Laden wieder betrete, legt plötzlich jemand einen Arm um meinen Hals und hält mir in der anderen Hand ein Messer vor mein Gesicht. Ich kann den Mann nicht gut sehen, es ist kein richtiges Licht im Flur. Er sagt kein Wort. Meine Gedanken rasen durch meinen Kopf: ‚Was will er?‘, ‚Will er Geld?‘

Ich spüre das Messer an meinem Hals und werde an die Wand gedrückt. Ich fange an zu zittern, als habe ich Schüttelfrost. Ich sehe sein Gesicht und weil er mir so nahe ist, rieche ich seine Kleidung, die modrig riecht. Sein Blick wirkt wirr und unruhig. Das macht mir Angst. Ich sage: ‚Willst Du Geld?‘ Er hält mir das Messer immer noch an den Hals, sagt aber keinen Ton. Plötzlich sehe ich, wie er seine Hand hebt und mit dem Messer 2 Mal auf meinen oberen Bauch einsticht. Ich verstehe nicht, was passiert, alles geht so schnell. Ich spüre, wie mein Oberbauch stark pocht und ganz warm wird. Dann knicken meine Füße ein, und ich falle auf den Boden.“

Die Patientin erhält folgende Rückmeldung der Therapeutin auf den Konfrontationstext mit Zuordnung zu inhaltlichen Komponenten:

- *Stärkung der therapeutischen Allianz (Alliance Bolstering)*: „Ich war beim Lesen Ihres Textes sehr berührt. Sie haben auf sehr eindrückliche Art und Weise beschrieben, wie Sie den Überfall erlebt haben.“
- *Ausdruck von Empathie (Empathic Utterance)*: „Mir wurde beim Lesen deutlich, wie überraschend und brutal der Täter vorgegangen ist. Sie hatten keinerlei Möglichkeit, sich zur Wehr zu setzen, und diese Angst und Hilflosigkeit, die damit in Zusammenhang stehen, konnte ich durch Ihren Text gut nachempfinden.“
- *Stärkung der Selbstwirksamkeit (Self-Efficacy Shaping)*: „Das war ein erster, sehr wichtiger Schritt, den Sie gemacht haben, und ein schwerer, wie ich mir denke. Ich finde es beeindruckend, dass Sie diesen ersten Schritt gewagt haben, sich mit diesen schmerzhaften Momenten noch einmal auseinanderzusetzen.“

## 12.5 Mobile Health

Das prominenteste Beispiel für die üblicherweise nicht therapeutenbegleiteten Selbsthilfe-Apps ist der amerikanische PTSD Coach (Coach für die Posttraumatic Stress Disorder [englische Bezeichnung für PTBS]). Die App stellt psychoedukative Inhalte, ein Symptom-Screening, interaktive symptombezogene und überwiegend auf kognitiver Verhaltenstherapie basierende Tools (z. B. Entspannungsverfahren) sowie Verweise auf weiterfüh-

rende Hilfsangebote bereit. Die App ist als niedrigschwelliges Informations- und Ergänzungsangebot für das Selbstmanagement im Rahmen einer PTBS konzeptualisiert. Sie steht damit exemplarisch für das besondere Potenzial von Mobile Health im Kontext von Stepped-Care- und Blended-Care-Ansätzen. Mit dem CoachPTBS ist seit Mitte 2016 erstmals auch eine äquivalente App in deutscher Sprache verfügbar [264].

## 12.6 Fazit

Mediengestützte Therapieformen basieren auf etablierten Behandlungsmethoden und können wirksam bei der Behandlung von Traumafolgestörungen eingesetzt werden. Die therapeutische Arbeit wird dabei durch die Möglichkeiten sowie Restriktionen der digitalen Kommunikation geprägt. Trotzdem kann eine tragfähige therapeutische Beziehung aufgebaut werden. Mediengestützte Verfahren haben das Potenzial, gezielt Versorgungslücken zu schließen. Die Schaffung rechtlicher Rahmenbedingungen und die Einigung auf einheitliche Qualitätskriterien sind dafür wichtige Voraussetzungen.

## 12.7 Zitierte Literatur

- [256] Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther* 2000; 38: 319–345
- [257] Klasen M, Knaevelsrud C, Böttche M. Die therapeutische Beziehung in internetbasierten Therapieverfahren. *Nervenarzt*. 2013; 84 (7): 823–831
- [258] Klein JP, Berger T. Internetbasierte psychologische Behandlung bei Depressionen. *Verhaltenstherapie* 2013; 23 (3): 149–159
- [259] Klein JP, Gerlinger G, Knaevelsrud C et al. Internetbasierte Interventionen in der Behandlung psychischer Störungen. *Nervenarzt* 2016; 87 (11): 1185–1193
- [260] Knaevelsrud C, Brand J, Lange A et al. Web-based psychotherapy for posttraumatic stress disorder in war-traumatized Arab patients: randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2015; 17 (3): e71
- [261] Knaevelsrud C, Wagner B, Böttche M. Online-Therapie und -Beratung: ein Praxisleitfaden zur onlinebasierten Behandlung psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe; 2016
- [262] Knaevelsrud C, Böttche M, Pietrzak RH et al. Efficacy and feasibility of a therapist-guided internet-based intervention for older persons with childhood traumatization: a randomized controlled trial. *Am J Geriatr Psychiatry* 2017; 25 (8): 878–888
- [263] Kuester A, Niemeyer H, Knaevelsrud C. Internet-based interventions for posttraumatic stress: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev* 2016; 43: 1–16
- [264] Willmund GD, Rau H, Schellong J et al. CoachPTBS: eine multimediale App für Soldaten/Soldatinnen mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS). *Wehrmed Wehrpharm* 2016; 3