



4.4 DBT für komplexe PTBS

DBT-PTBS ist ein modulares Behandlungsprogramm, das am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI) der Universität Heidelberg in den Jahren 2005 bis 2021 unter der Leitung von M. Bohus entwickelt wurde. DBT-PTBS ist auf die Bedürfnisse von Patientinnen mit komplexer PTBS nach sexueller oder körperlicher Traumatisierung in Kindheit und Jugend ausgerichtet. Sie wurde damit speziell für Betroffene konzipiert, die unter schweren Problemen der Emotionsregulation, anhaltenden Selbstverletzungen, chronischen Suizidgedanken sowie schweren dissoziativen Symptomen leiden und dabei ein ausgeprägtes negatives Selbstkonzept mit einem hohen Maß an Schuld, Scham, Selbstverachtung und zwischenmenschlichen Problemen zeigen. Um diese sehr unterschiedlichen Kernbereiche zu behandeln, kombiniert die DBT-PTBS evidenzbasierte therapeutische Strategien: Prinzipien, Regeln und Fertigkeiten der DBT, traumaspezifische kognitive und expositionsbasierte Techniken sowie imaginative Interventionen und Verfahren zur Verhaltensänderung. Das Behandlungsprogramm ist so konzipiert, dass es sowohl ambulant (45 Wochen) als auch stationär (12 Wo-

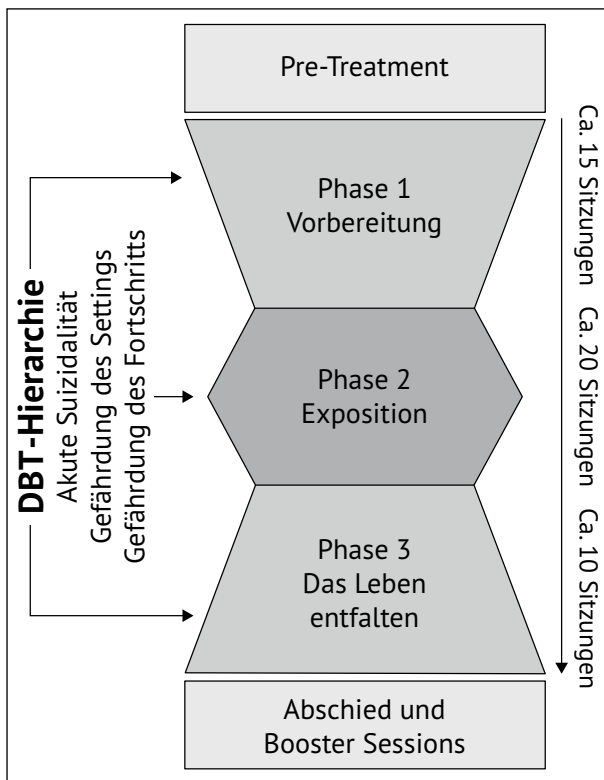


Abbildung 4.3.1 Struktur der DBT-PTBS

chen) durchgeführt werden kann. Ergebnisse aus zwei randomisierten kontrollierten Studien zeigen große Effektstärken auf unterschiedlichste Symptombereiche sowie eine signifikante Überlegenheit von DBT-PTBS im Vergleich zur Cognitive Processing Therapy (CPT). Aufgrund dieser Ergebnisse ist die DBT-PTBS ein vielversprechendes evidenzbasiertes Behandlungsprogramm für alle Merkmale einer komplexen PTBS nach sexuellem Missbrauch in Kindheit und Jugend.

Das therapeutische Programm der DBT-PTBS

Das Behandlungsprogramm umfasst im ambulanten Bereich 45 Einzelsitzungen, die auch mit einer Skillsgruppe kombiniert werden können. Im stationären Sektor verdichtet sich die Behandlung auf 12 Wochen. Im Kern handelt es sich um ein »blended treatment«, also um eine Kombination von Einzeltherapie und Selbstmanagement, da die Patientinnen ein umfangreiches Selbsthilfe-Handbuch mit Psychoedukation, Skills und Therapie-Aufgaben erhalten, das sie im Laufe der Therapie durcharbeiten. Strukturell gliedert sich die DBT-PTBS in **drei Hauptphasen** (siehe Abb. 4.3.1):

In der **Vorbereitungsphase** (ca. 15 Sitzungen) erfolgt eine umfangreiche Psychoedukation, die Erarbeitung eines individualisierten Störungsmodells sowie kurz- und langfristiger alltagsnaher Therapieziele zur Förderung der Veränderungsmotivation. Da im Nachgang der ersten zwei Exposi-

tionssitzungen mit einer gewissen Aggravierung von Schuld, Scham und Selbstkel zu rechnen ist, sollte man die Patientinnen darauf vorbereiten und die entsprechenden Skills zu Abschwächung dieser Emotionen vermitteln. Hinzu kommen wichtige Fertigkeiten (Skills) im Umgang mit Hochstress und Dissoziation. Zeitgleich wird damit begonnen, mithilfe von strukturierten Imaginationsübungen ein funktionaleres Selbstkonzept (Wise Mind) zu etablieren, das durch eine wohlwollende und mitfühlende Haltung gegenüber sich selbst gekennzeichnet ist. Sollte schwerwiegendes krisengenerierendes Verhalten vorliegen, wird dieses ebenfalls in dieser Phase mithilfe von Verhaltens- und Kettenanalysen fokussiert.

Die **Expositionsphase** (ca. 20 Sitzungen) verfolgt das übergeordnete Ziel, die Vermeidung der Patientinnen abzubauen, intrusives Erleben und belastende Emotionen zu reduzieren, das Traumagedächtnis zu vervollständigen sowie dysfunktionale Interpretationen des Traumas zu hinterfragen, um schließlich das Erlebte in die eigene Biografie zu integrieren. Hierzu gliedert sich die Expositionsphase in drei unterschiedliche Segmente:

1) In-sensu-Exposition gegenüber den gegenwärtig belastendsten Erinnerungen (Traumanetzwerken).

Die Patientin wird lernen, dass sie die gefürchteten traumakonnotierten Emotionen heute als Erwachsene unbeschadet prozessieren kann. Hier stehen meist Emotionen wie Ohnmacht, Ekel, Schmerzen im Zentrum, gegebenenfalls auch eigene sexuelle Erregung und Nähe. Da es im Kern darum geht, inhibitorische neuronale Netzwerke zu generieren, ist es wichtig, auf ausreichende Wiederholungen in verschiedenen Kontexten zu achten (z.B. Craske et al. 2022). Wir veranschlagen daher für die Bearbeitung des ersten Index-Ereignisses ca. 7 Therapiestunden (plus tägliche Exposition im Selbstmanagement). Da sich diese Lernprozesse generalisieren, benötigen wir für die weiteren Indexereignisse deutlich weniger Zeit. Methodisch ist es zentral, dass die behandelnden Therapeutinnen wissen, wie man während der Exposition das Auftreten von Dissoziation und Flashbacks verhindert.

2) Exposition gegenüber traumatischer Invalidierung.

Wie oben ausgeführt, müssen wir davon ausgehen, dass die meisten Betroffenen zum damaligen Zeitpunkt nicht in der Lage waren, ihre traumatischen Erlebnisse mit wichtigen Bezugspersonen vertrauensvoll zu teilen. Entweder wurden sie durch Drohungen oder Verstrickungen daran gehindert oder sie haben es versucht und es wurde ihnen kein Glauben geschenkt. Es hat sich bewährt, auch diese traumatisch erlebte Erfahrung im Rahmen von

in-sensu-Expositionen zu bearbeiten. Methodisch orientieren sich diese an in-sensu-Expositionen der Index-Ereignisse, indem die Betroffenen entweder die Situation am Ende des Index-Ereignisses reaktivieren, in welcher sie meist allein waren und mit ihrer ganzen Verzweiflung konfrontiert, wobei sie sich nicht vorstellen konnten, diese Erfahrung mit jemandem zu teilen. Oder man reaktiviert die tiefgreifende Enttäuschung und Zurückweisung durch die Bezugspersonen. Auch hier geht es darum, dass die Betroffenen erleben, dass sie heute als Erwachsene diese intensiven kindlichen Emotionen prozessieren können, ohne daran Schaden zu nehmen.

3) Wise-Mind-Exposition. Viele bohrende Fragen bleiben während der Exposition oft unbeantwortet: Hätte ich mich nicht doch wehren können? Bin ich vielleicht doch schuld? Warum habe ich da mitgemacht? Weshalb wurde ich sexuell erregt? Warum habe ich es niemandem erzählt? usw. Diese peinigenden Selbstvorwürfe, meist tief verankert im Selbstkonzept der Betroffenen, können mit kognitiven Interventionen nur unzureichend revidiert werden. Die DBT-PTBS greift deshalb auf ein bewährtes Konzept der Gestalt- und Hypnotherapie zurück und bearbeitet diese Fragen aus der Perspektive eines neu entwickelten Selbstkonzepts, das getragen ist von Mitgefühl, liebevoller Güte, Gelassenheit und Mitfreude (Wise Mind). Auch wenn diese Parameter auf den ersten Blick etwas esoterisch erscheinen, haben wir in der klinischen Praxis vielversprechende Erfahrungen damit gemacht. Dies steht auch im Einklang mit bisherigen Forschungsbefunden zu Mitgefühl (Compassion) und (komplexer) PTBS, auch wenn die genauen Wirkmechanismen in zukünftigen Studien weitere Beachtung finden sollten (Karatzias, Hyland et al. 2019; Winders et al. 2020). Nicht zuletzt gilt dies auch für den abschließenden strukturierten Prozess der »radikalen Akzeptanz« der eigenen traumatischen Vergangenheit.

Die dritte Phase »**Das Leben entfalten**« befasst sich mit Neuorientierung und Neuorganisation des Alltagslebens. Dies ist durchaus notwendig, da die erfolgreiche Behandlung der komplexen PTBS nicht nur zu einer weitgehenden Reduktion von Intrusionen und Flashbacks führt, sondern eben auch zu einer tiefgreifenden Revision des trauma-bezogenen Selbstkonzepts (Görg et al. 2019). Patientinnen, die bisher von Selbstekel, Schuld- und Schamgefühlen gepeinigt waren, der Welt zutiefst misstrauisch gegenüberstanden und sich notgedrungen in psychiatrischen Hilfesystemen eingerichtet hatten, erleben sich nun häufig deutlich op-

timistischer, fühlen sich wie befreit vom inneren Kampf gegen Ohnmacht, Schuld und Scham und verfügen nun über energetische Ressourcen, die sie zur Umsetzung von inneren Werten und Zielen einsetzen können. Gleichzeitig verspüren viele Patientinnen Sorgen und Befürchtungen vor der Zunahme von Verantwortung oder den Erwartungen anderer Personen (z.B. des Partners). Hierbei benötigen sie daher strukturierte therapeutische Unterstützung.

Eingebettet sind diese drei Hauptphasen in eine strukturierte Vor- und Nachbehandlung. Wie in Abb. 4.3.1 skizziert, gelten die allgemeinen Prinzipien und Regeln der Standard-DBT für das gesamte Programm, einschließlich der hierarchisierten Behandlungsprioritäten. Gemäß dieser Hierarchie liegt der erste Fokus des Therapeuten immer auf schwerwiegenden krisenerzeugenden Verhaltensweisen wie akuter Suizidalität oder lebensbedrohlicher Selbstverletzung; der zweite auf Verhaltensweisen, die die Kontinuität der Therapie gefährden könnten, wie aggressive Ausbrüche gegenüber dem Therapeuten oder kriminelle Handlungen, die zu einer Inhaftierung führen könnten; und der dritte auf Problemen, die den Therapiefortschritt erheblich beeinträchtigen könnten, wie z.B. schwere dissoziative Muster, Vermeidung von Hausaufgaben oder unzureichende emotionale Aktivierung während der Expositionsphase.

Wirksamkeitsnachweise

In einer ersten randomisierten kontrollierten, von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Studie mit 74 Patientinnen, die an einer PTBS nach sexualisierter Gewalt in der Kindheit litten, zeigte sich eine signifikante Überlegenheit der stationären DBT-PTBS im Vergleich zu einer Wartebedingung, in der die übliche Behandlung erlaubt war (Bohus, Dyer et al. 2013). Drei Monate nach der Entlassung ergaben die Daten eine hohe Effektstärke zwischen den Gruppen, wobei eine signifikante Reduktion der PTBS-Symptome von $d = 1,35$ (Intention-to-treat-Analyse) und $d = 1,6$ (Completer-Analyse) verzeichnet wurde. Lediglich 5 % der Patientinnen (2 von 36) brachen die Behandlung vorzeitig ab. Weder der Schweregrad der ko-inzidenten Borderline-Symptome noch die Anzahl der Selbstverletzungen zu Beginn der Behandlung hatten Einfluss auf das Therapieergebnis (Krüger et al. 2014). Auch während der Expositionsphase wurde keine Zunahme von selbstverletzendem Verhalten oder Suizidgedanken beobachtet. Diese Befunde konnten unter ambulanten Bedingungen repliziert werden (Senyüz in prep.).

Da Studien gegen Wartelisten-Kontrollen wenig aussagekräftig sind, wurde in einer zweiten Therapiestudie, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), die Wirksamkeit einer vorläufigen Version der ambulanten DBT-PTBS in einer multizentrischen, randomisierten kontrollierten Studie mit Cognitive Processing Therapy (CPT; Resick & Schnicke 1992) verglichen (Bohus et al. 2020; Kleindienst et al. 2021). Eingeschlossen wurden 193 Frauen mit einer PTBS aufgrund von sexuellem oder körperlichen Missbrauch in der Kindheit, die zusätzlich drei oder mehr DSM-5-Kriterien für eine Borderline-Störung erfüllten, einschließlich affektiver Instabilität. Die Teilnehmerinnen erhielten bis zu 45 Einzelsitzungen innerhalb eines Jahres und drei zusätzliche Sitzungen während der darauffolgenden drei Monate. Der vordefinierte primäre Endpunkt war der Verlauf der PTBS-Symptomatik, erfasst mit der Clinician-Administered PTSD Scale für DSM-5 (CAPS-5), von der Randomisierung bis zum 15. Monat. Die primären Intent-to-treat-Analysen basierten auf den dimensional CAPS-5-Werten. Diese Analysen wurden durch kategoriale Ergebnismaße ergänzt, die eine symptomatische Remission (definiert als der Verlust der PTBS-Diagnose), eine verlässliche Verbesserung (festgelegt durch den reliable change index) und eine verlässliche Genesung (definiert als symptomatische Remission *und* verlässliche Verbesserung) beurteilten. In die Intent-to-treat-Analysen wurden alle 193 randomisierten Patientinnen einbezogen. Die Auswertungen zeigten eine signifikante Reduktion der PTBS-Symptomatik (gemessen mit der CAPS-5) von Prä- zu Post-Therapie in beiden Gruppen (Effektgrößen: DBT-PTBS: $d = 1,35$; CPT: $d = 0,98$). Darüber hinaus ergab sich eine signifikante Überlegenheit der DBT-PTBS im Vergleich zur CPT hinsichtlich der PTBS-Symptomatik nach Abschluss der Behandlung (Gruppenunterschied: 4,82 [95 %CI 0,67–8,96]; $p = 0,02$; $d = 0,33$). Verglichen mit der CPT-Gruppe wies die DBT-PTBS-Gruppe eine geringere Anzahl vorzeitiger Behandlungsabbrüche auf (37 [39,0 8201 %] vs. 25 [25,5 8201 %]; $p = 0,046$) und zeigte signifikant höhere Raten symptomatischer Remission (35 [40,7 8201 %] vs. 52 [58,4 8201 %]; $p = 0,02$). Eine Subgruppen-Analyse von 93 Patientinnen, die neben der PTBS auch die DSM-5 Kriterien für eine Borderline-Störung erfüllten, zeigte auch bei dieser Population eine deutliche Reduktion der PTBS-Symptomatik mit hohen Effektstärken ($d = 1.20$ [95 8201 % CI 0.80–1.58]). Zusätzlich zu der Verminderung der PTBS-Symptomatik zeigte sich auch eine deutliche Reduktion der Borderline-Symptomatik ($d = 1.17$, [95 8201 % CI 0.77–1.55]).

Die Follow-up-Untersuchungen ergaben, dass die Befunde neun Monate nach Therapieende stabil blieben (Vonderlin et al. 2024).