

Cognitive Processing Therapy zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung

Julia König und Rita Rosner

Zusammenfassung: Zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) liegen positive Therapieergebnisse für unterschiedliche Verfahren vor. Cognitive Processing Therapy (CPT; Resick, Monson & Chard, 2007) gehört zu den international am besten evaluierten Verfahren, ist aber in Deutschland trotzdem wenig bekannt. Die CPT beruht auf einem sozial-kognitiven Störungsmodell der PTBS und ist eine vorrangig kognitive Psychotherapie. Neben einer Vorstellung der CPT werden Evaluationsstudien bei Erwachsenen vorgestellt. Aus Deutschland liegen bisher drei Studien vor, deren Ergebnisse nahelegen, dass sich das Manual auch hierzulande gut einsetzen lässt. Abschließend wird eine Adaptation für Jugendliche beschrieben: Die entwicklungsangepasste kognitive Verhaltenstherapie (E-KVT) kombiniert CPT mit einer Commitmentphase sowie einem Emotionsregulationstraining und berücksichtigt die entwicklungsbedingten Bedürfnisse von Jugendlichen. Der Artikel macht die breiten Anwendungsmöglichkeiten der CPT deutlich und soll Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten¹ zur Anwendung dieses Verfahrens motivieren.

Seit der Einführung der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) hat sich die Zahl der Veröffentlichungen zur Behandlung dieser Störung und anderer Traumafolgestörungen vervielfacht. Ergebnisse randomisierter klinischer Studien, Pilotstudien und Fallberichte sowie die Beschreibung nicht evaluierter Methoden stehen für Praktiker oft unverbunden nebeneinander und erschweren die Einordnung und Bewertung dieser Methoden. Leitlinien, die auf Metaanalysen basieren (z. B. Australian Centre for Posttraumatic Mental Health [ACPMH], 2007; National Institute for Health and Care Excellence, 2005 [NICE]), sind oft nur in Englisch verfügbar und finden daher in Deutschland nur eine eingeschränkte Leserschaft, während die deutschen, von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) herausgegebenen Leitlinien (Flatten et al., 2011) eher konsensbasiert sind und nicht auf einer eigens durchgeführten Metaanalyse beruhen. Insgesamt liegen aus dem Bereich der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) 54 methodisch hochrangige randomisierte klinische Studien vor (Watts et al.,

2013), während zu Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; Shapiro, 2007) nur 11 und zu psychodynamischer und Hypnotherapie jeweils nur eine Studie eingeschlossen werden konnten. Obwohl es also auch Behandlungskonzepte aus anderen Schulen, wie der psychodynamischen (Sachsse, Vogel & Leichsenring, 2006; Müller & Sachsse, 2010) oder gestalttherapeutischen (Butollo, König, Karl, Henkel & Rosner, 2014), gibt, wurden diese bislang nur selten in methodisch hochrangigen Designs erforscht. Damit gilt die KVT insgesamt als das mit weitem Abstand am besten evaluierte Verfahren. Zudem liegen die Effektstärken im großen bis sehr großen Bereich.

Zu den international am breitesten und besten evaluierten Methoden innerhalb der KVT gehört die *Cognitive Processing Therapy* (CPT; Resick & Schnicke, 1993; im Deutschen manchmal als Kognitive Verarbeitungstherapie bezeichnet). Sie gilt zusammen mit der Prolongierten Exposition nach Foa (PE; Rauch & Foa, 2006) als die Methode der ersten Wahl. Beide Methoden sind dem Bereich der KVT zuge-

ordnet, setzen aber unterschiedliche Schwerpunkte. Während die CPT den Schwerpunkt auf die Veränderung problematischer Kognitionen setzt, betont PE den Expositions- und Habituationsaspekt in der Behandlung. Watts et al. (2013) berechneten innerhalb der evaluierten KVT-Studien die Effektstärken für Interventionen, die eher einen kognitiven Fokus setzen, im Vergleich zu Interventionen mit einem stärkeren Expositionsaspekt und fanden Effektstärken von 1.63 (95% KI 1.19-2.07) für eher kognitive Verfahren im Vergleich zu 1.08 (95% KI 0.85-1.31) für eher expositionsbetonte Verfahren.

CPT wurde ursprünglich für die Psychotherapie von Vergewaltigungsoffern entwickelt und wurde seither bei unterschiedlichen Patientengruppen mit PTBS (Soldaten, Flüchtlinge, Gefängnisinsassen etc.) und auch bei Komplextraumatisierten erfolgreich eingesetzt. Trotz der guten Wirksamkeit und der Robustheit der Methode ist die CPT in Deutschland wenig bekannt. Ziel dieses Artikels ist es zum einen, die CPT vorzustellen, und zum anderen, insbesondere die Studienergebnisse zusammenzufassen, die für Patienten nach sexuellem Missbrauch vorliegen.

Zum CPT Modell

Die CPT (Resick, Monson & Chard, 2007; 2014) beruht auf einem sozial-kognitiven Modell, welches sich von den rein kognitiven Theorien darin unterscheidet, dass nicht nur auf die durch ein Trauma ausge-

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgehend beide Geschlechtsformen genannt, selbstverständlich sind jedoch Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

lösten dysfunktionalen Kognitionen geachtet wird, sondern auch darauf, wie das Ereignis im Kontext bereits bestehender Überzeugungen verarbeitet wird. Menschen sind einerseits bestrebt, ihre kognitiven Schemata aufrechtzuerhalten, und andererseits, eine möglichst gute Passung zwischen den Schemata und der Realität herzustellen. Es gibt zwei Mechanismen, die es ermöglichen, neue, schemadiskrepante Informationen zu integrieren. Einerseits kann das Ereignis so interpretiert werden, dass es ins Schema passt (Assimilation), andererseits kann das Schema so verändert werden, dass es mit den neuen Informationen vereinbar ist (Akkommodation). Somit steht die CPT in der Tradition von Forschern wie Piaget, der die Begriffe Assimilation und Akkommodation geprägt hat, aber auch von Horowitz (1986), dessen Behandlungskonzept für PTBS kognitive und psychoanalytische Konzepte vereint und der ebenfalls den Schemabegriff verwendet. Eine weitere wichtige theoretische Grundlage der CPT sind die Arbeiten von Janoff-Bulman (1992), die sich mit der Veränderung von Schemata durch traumatische Erfahrungen beschäftigte.

Beide Mechanismen können funktional sein – wenn jemand, mit dem man eine positive Beziehung hat, eine unfreundliche Bemerkung macht, kann es sinnvoll sein, zu assimilieren, also dies auf eine Weise zu interpretieren, die es erlaubt, die Person weiterhin positiv zu sehen („... meine Freundin hat Stress, das hat sie nicht so gemeint“). Auf diese Weise wird die Überzeugung aufrechterhalten und die Beziehung nicht beschädigt. Wenn jedoch jemand auf Dauer unfreundlich ist oder sich wieder und wieder als nicht vertrauenswürdig erweist, wäre es funktionaler, die Überzeugungen zu verändern, also zu akkomodieren, und in Zukunft Zeit und Energie auf andere Menschen zu verwenden, um nicht immer und immer wieder enttäuscht zu werden.

Assimilation

Ein traumatisches Ereignis ist in den allermeisten Fällen schemadiskrepant, und zwar so sehr, dass Assimilation nur möglich ist, wenn man die Realität stark verzerrt. Die Assimilation eines traumatischen Ereignisses zeigt sich häufig in Selbstvor-

würfen oder mentalem Ungeschehenmachen und verhindert eine wirkliche Verarbeitung des Ereignisses. Selbstvorwürfe („... ich hätte es wissen müssen“, „... es ist meine Schuld“) haben oft den Sinn, Überzeugungen über die eigene Sicherheit und die eigenen Einflussmöglichkeiten auf Ereignisse aufrechtzuerhalten („ich kann mich vor Gefahren schützen“, „die Welt ist im Großen und Ganzen sicher und vorhersehbar“). Gleichzeitig bedeuten die mit Assimilation verbundenen Schuld- und Schamgefühle eine große Belastung.

Der „Glaube an eine gerechte Welt“ spielt bei Assimilation ebenfalls eine große Rolle. Die meisten Menschen sagen zwar auf Nachfrage, „ich weiß, dass die Welt nicht gerecht ist“, kennen aber doch Situationen, in denen sie denken, „warum ist mir das passiert?“ oder „warum diese Person?“ – dies ist ein Zeichen für den Glauben an eine gerechte Welt, weil darin zum Ausdruck kommt, dass manchen Menschen schlimme (oder auch gute) Dinge nicht passieren *sollten*. Der Glaube an eine gerechte Welt führt häufig dazu, dass sich ein Opfer selbst Vorwürfe macht, nach dem Muster: „Nur schlechten Menschen passieren schlimme Dinge, also habe ich das, was passiert ist, verdient.“ Er kann sich aber auch in Ungeschehenmachen („wenn ich nur...“, „es war gar nicht so schlimm...“) äußern, nach dem bekannten Satz, dass „nicht sein kann, was nicht sein darf“. Mentales Ungeschehenmachen verhindert ebenfalls eine Verarbeitung des Traumas und seiner Folgen, weil das Ereignis letztlich nicht als wirklich geschehen akzeptiert wird. Auch Teilamnesien für Aspekte des traumatischen Ereignisses, wie sie bei PTBS-Patienten vorkommen können, werden als Assimilation gesehen. Assimilation bezieht sich auf das traumatische Ereignis, also auf die Vergangenheit.

Akkommodation und Über-Akkommodation

Bei einem traumatischen Ereignis wäre Akkommodation also der adaptive Mechanismus. Allerdings passen PTBS-Patienten ihre Überzeugungen häufig zu sehr an (Über-Akkommodation) und entwickeln extrem negative Ansichten und Erwartungen. Beispiele sind Äußerungen wie „jetzt weiß ich, dass man niemandem vertrauen

darf“, „ich habe überhaupt keine Menschenkenntnis“ oder „ich bin nichts wert“. Solche extremen Sichtweisen führen zu Angst, Anspannung und Misstrauen und können die Aufnahme und Erhaltung von persönlichen Beziehungen sehr erschweren. Über-Akkommodation bezieht sich auf die Gegenwart oder Zukunft.

Stuck points

Durch Assimilation und Über-Akkommodation entstehende dysfunktionale Gedanken werden als *stuck points* (Hängepunkte oder Stolpersteine) bezeichnet. In dieser Bezeichnung kommt zum Ausdruck, dass es sich bei der PTBS um eine Störung des Genesens handelt – nach einem traumatischen Ereignis sind die meisten Menschen zunächst erschüttert. Manche schaffen es dann aber, das Ereignis in ihre kognitiven Schemata auf eine Weise zu integrieren, die es ihnen erlaubt, gesund weiterzuleben (Akkommodation). Die Bezeichnung *stuck point* bezieht sich also auf dieses „Steckenbleiben“ in der Symptomatik. Die Hängepunkte werden auf einer Liste gesammelt und Schritt für Schritt bearbeitet. Hängepunkte, die erfolgreich bearbeitet wurden, von denen Patienten also nicht mehr überzeugt sind, werden gestrichen.

Emotionen

In der CPT wird zwischen „natürlichen“ und „gemachten“ Gefühlen unterschieden. Die natürlichen Gefühle entstehen aus dem Trauma selbst, wie zum Beispiel Trauer über einen Verlust, Angst bei einem Angriff oder Unfall oder Wut auf einen Täter. Es wird angenommen, dass diese natürlichen Gefühle, so intensiv, schmerzhaft und für die Patienten beängstigend sie auch sind, von alleine nachlassen, wenn sie in ihrer ganzen Intensität zugelassen und nicht vermieden werden. Die gemachten Gefühle resultieren aus den Interpretationen und Bewertungen des Traumas, also aus Kognitionen. Im Vergleich zu den natürlichen Gefühlen sind sie stabiler, da sie durch Kognitionen aufrecht erhalten werden, und lassen daher nicht unbedingt nach, wenn sie gefühlt werden. Es gibt Gefühle, bei denen es sich meist um „gemachte“ Gefühle handelt, wie zum Beispiel Schuldgefühle, aber die Unterscheidung erfolgt nicht anhand der Art des Ge-

fühls. Ein gutes Beispiel ist Wut. Es ist völlig normal, z. B. auf einen Unfallgegner wütend zu sein. Wenn diese Wut (wie auch die anderen natürlichen Gefühle) wirklich gespürt wird, nimmt sie irgendwann ab. Wenn Patienten denken „das darf nicht passieren“, „das ist eine Ungerechtigkeit, die nicht sein darf“ etc., können sie jahrelang wütend bleiben. Dann handelt es sich aber um ein sekundäres Gefühl. Das Konzept von natürlichen und gemachten Gefühlen hat Ähnlichkeiten mit anderen Emotionstheorien, das Manual bezieht sich allerdings auf keine davon explizit. Es wird vor allem darauf abgezielt, dass natürliche Gefühle nicht verändert werden können, sondern gefühlt werden müssen (und dann ihren Verlauf nehmen), während gemachte Gefühle auf Gedanken basieren und über kognitive Arbeit einer Veränderung zugänglich sind.

Psychotherapeutisches Vorgehen

Wie oben bereits erwähnt, ist die CPT vor allem eine kognitive Therapie. Die US-amerikanische CPT-Version, auf die sich das deutsche Manual bezieht (Resick et al., 2007) umfasst zwölf Sitzungen. Die deutschsprachige Adaptation (König, Resick, Karl & Rosner, 2012) wurde auf 15 Sitzungen erweitert, da im deutschen Krankenkassensystem eine Kurzzeit-Verhaltenstherapie 25 Sitzungen umfasst und es wünschenswert schien, für einige Inhalte mehr Zeit zu haben. Die Sitzungen mit Inhalten und Arbeitsblättern sind in der Tabelle dargestellt. Wie hier deutlich wird, ist ein besonderes Kennzeichen der CPT das große Angebot an schriftlichen Materialien, das zu jeder Stunde vorliegt. Dies können Materialien zur Psychoedukation sein oder Arbeitsblätter, die in den Stunden sowie in der Zeit zwischen den Stunden bearbeitet werden. Da viele Patienten gerade zu Beginn der Psychotherapie Konzentrations- und Gedächtnisprobleme haben, bieten die schriftlichen Materialien eine gute Unterstützung.

Die erste CPT-Sitzung umfasst Psychoedukation zur PTBS und zur Psychotherapie. In der zweiten Sitzung werden Therapieziele der Patienten diskutiert, um einerseits motivierende Ziele zu setzen, andererseits un-

Tabelle: Struktur der CPT

Sitzung und Thema	Arbeitsblätter
1. Psychoedukation	1.1 Was ist eine Posttraumatische Belastungsstörung? 1.2 Was erhält eine Posttraumatische Belastungsstörung aufrecht? 1.3 Was passiert in der Psychotherapie? 1.4 Therapievertrag 1.5 Ziele und Ressourcen
2. Ziele und Hängepunkte	2.1 Aktivitäten und Kontakte 2.2 Hängepunkte – Was ist das? 2.3 Hängepunktliste 2.4 Bericht über die Auswirkungen des Traumas
3. Die Bedeutung des Ereignisses	3.1 Aktivitäten und Kontakte 3.2 Gefühle 3.3 ABC-Arbeitsblatt 3.4 Bis zur nächsten Sitzung
4. ABC-Blätter und Alltagsbewältigung	4.1 Aktivitäten und Kontakte 4.2 ABC-Arbeitsblatt 4.3 Bis zur nächsten Sitzung
5. Gedanken und Gefühle identifizieren	5.1 Aktivitäten und Kontakte 5.2 Schriftliche Traumaschilderung
6. Die Erinnerung an das Trauma	6.1 Aktivitäten und Kontakte 6.2 Zweite schriftliche Traumaschilderung
7. Hängepunkte finden	7.1 Aktivitäten und Kontakte 7.2 Hilfreiche Fragen 7.3 Beispiel für ein ausgefülltes Hilfreiche-Fragen-Arbeitsblatt 7.4 Bis zur nächsten Sitzung
8. Hilfreiche Fragen	8.1 Aktivitäten und Kontakte 8.2 Problematische Denkmuster 8.3 Beispielblatt Problematische Denkmuster 1 8.4 Beispielblatt Problematische Denkmuster 2 8.5 Bis zur nächsten Sitzung
9. Problematische Denkmuster	9.1 Überzeugungen hinterfragen 9.2 Sicherheit 9.3 Bis zur nächsten Sitzung
10. Sicherheit	10.1 Überzeugungen hinterfragen 10.2 Vertrauen 10.3 Bis zur nächsten Sitzung
11. Vertrauen	11.1 Überzeugungen hinterfragen 11.2 Macht und Kontrolle 11.3 Bis zur nächsten Sitzung
12. Macht und Kontrolle	12.1 Überzeugungen hinterfragen 12.2 Wertschätzung 12.3 Bis zur nächsten Sitzung
13. Wertschätzung	13.1 Überzeugungen hinterfragen 13.2 Intimität und Selbstfürsorge 13.3 Bis zur nächsten Sitzung
14. Intimität und Selbstfürsorge	14.1 Überzeugungen hinterfragen 14.2 Zweiter Bericht über die Auswirkungen des Traumas
15. Reflexion und Abschluss	

realistische Erwartungen zu dämpfen. Außerdem werden in dieser Sitzung Ressourcen thematisiert, die die Patienten mitbringen und die ihnen helfen, in der Psycho-

therapie erfolgreich zu sein. Ausgehend von Zielen und Ressourcen der Patienten beginnt in dieser Sitzung die behaviorale Komponente der Psychotherapie. Unter

der Überschrift „Aktivitäten und Kontakte“ können mit diesem Therapiebestandteil flexibel positive Aktivitäten geplant, vermiedene Situationen schrittweise wieder aufgesucht, oder (vor allem in der mittleren Phase der Psychotherapie) eine schrittweise In-vivo-Exposition geplant werden. In dieser Sitzung wird auch der Bericht über die Auswirkungen des Traumas aufgegeben, der in der vierten Sitzung besprochen wird. In diesem Bericht sollen die Patienten schriftlich reflektieren, warum das traumatische Ereignis geschehen ist und welche Veränderungen daraus in ihrem Leben entstanden sind. Der Bericht dient vor allem dazu, Hängepunkte herauszufinden. Oft ist diese Sitzung aber sehr emotional, weil Patienten beim Besprechen des Berichts erst richtig klar wird, wie weitreichend die Auswirkungen des Traumas auf ihr Leben wirklich sind. In dieser Sitzung wird auch das bekannte ABC-Blatt eingeführt, das den Patienten helfen soll, die Verbindung zwischen Gedanken und Gefühlen zu erkennen und Gefühle korrekt zu benennen. Bei dieser Übung sollen die Patienten Ereignisse, die zu emotionalen Reaktionen geführt haben (davon mindestens eines zum Thema Trauma) analysie-

ren, nach dem Muster A (auslösendes Ereignis) – B (Bewertung) – C (Konsequenz: Gefühl und/oder Handlung). In der vierten Sitzung werden die ABC-Blätter besprochen und weiter geübt, außerdem ist hier Platz für Probleme im Alltag, die mit der PTBS zusammenhängen und häufig im Zusammenhang mit den ABC-Blättern offensichtlich werden. In der fünften Sitzung werden die neuen ABC-Blätter besprochen sowie die Expositionskomponente der CPT aufgegeben. Die Patienten sollen zu Hause einen Bericht über das traumatische Ereignis schreiben, in der Vergangenheitsform und so detailliert wie möglich, von dem Punkt an, an dem sie wussten, dass etwas passieren würde, bis zu dem Punkt, an dem sie sich wieder halbwegs sicher fühlten. Bei lang andauernden oder wiederholten Ereignissen kann man die schlimmsten Episoden herausgreifen und Schritt für Schritt bearbeiten. Dieser Bericht soll bis zur nächsten Sitzung jeden Tag gelesen werden. Die sechste Sitzung steht ganz im Zeichen der Erinnerung an das traumatische Ereignis. Die Patienten lesen ihren Traumbericht laut vor, während es Aufgabe der Psychotherapeuten ist, dem emotionalen Erleben nicht im

Weg zu stehen, sondern das Fühlen der natürlichen Gefühle zu erleichtern. Am Ende dieser Sitzung wird der zweite Traumbericht aufgegeben, der zwar ähnlich ist wie der erste, aber die Patienten sollen nun ihre aktuellen Emotionen (beim Schreiben) in Klammern mit angeben und nicht nur die während des Traumas erlebten. Dies dient der weiteren Differenzierung zwischen „jetzt“ und „damals“. Über die beiden Wochen der intensiven Beschäftigung mit dem Ereignis lässt die Belastung beim Lesen, aber auch die Symptomatik insgesamt, meist deutlich nach. Neben der Komponente der Habituation dient das Traumanarrativ auch der Versprachlichung und somit besseren Abspeicherung des Erlebten im biographischen Gedächtnis, was intrusives Erleben vermindert, aber vor allem auch dem Finden weiterer Hängepunkte. Diese Hängepunkte werden in den folgenden Sitzungen explizit bearbeitet, und zwar mithilfe aufeinander aufbauender Arbeitsblätter, die schrittweise eingeführt werden. Das erste „Hilfreiche Fragen“ unterstützt die Patienten dabei, ihre Überzeugungen infrage zu stellen. Dabei kommen klassische Strategien der kognitiven Therapie zum Einsatz, wie

A Situation / Auslöser	B Gedanke(n)	D Gedanken in Frage stellen	E Problematische Denkmuster	F Alternative Gedanken
Es hat lange gedauert, bis ich mit meiner Mutter darüber gesprochen habe.	Ich bin selbst schuld, weil ich so lange nichts gesagt habe 90 %	Belege dafür? lange nichts gesagt Belege dagegen? er hat mir gedroht, ich hatte Angst Gewohnheit oder Tatsache? Gewohnheit Falsche Interpretationen? Ich hatte Angst, habe ihm geglaubt.	Voreilige Schlüsse ziehen Über- oder Untertreibung Ich übertreibe meinen Anteil und untertreibe seinen Aspekte nicht beachten Ich beachte nicht, dass ich Angst hatte und meine Familie schützen wollte. Schwarz-weiß-Denken Übeneralisieren Gedankenlesen Emotionales Schlussfolgern	Er hat mich in eine Situation gebracht, wo es sehr schwierig war, Hilfe zu holen. 80 %
	C Gefühl(e) schuldig 100 % traurig 30 %	„Alles-oder-nichts“-Modus? Extrem oder übertrieben? Aus Zusammenhang gerissen? Ich beachte nicht, dass ich erst 11 war. Informationsquelle vertrauenswürdig? Ich sage mir das – vielleicht nicht. Gefühle statt Fakten? Ja.		G Alte Gedanken bewerten 40 % H Gefühle schuldig 40 % wütend 10 % traurig 50 %

Abbildung: Beispiel eines ausgefüllten Blattes „Überzeugungen Prüfen“

Fallvignette

Eine 16-jährige Schülerin meldete sich auf Drängen der Schulpsychologin zur Traumatherapie an. Sie war im Alter von 11-15 Jahren von einem Nachbarn und guten Bekannten des Vaters sexuell missbraucht worden. Etwa ein Jahr vor Psychotherapiebeginn hatte sie sich, nachdem die Übergriffe immer intensiver geworden waren, ihrer Mutter mitgeteilt. In der Folge gab es in der Familie viel Streit, die Eltern trennten sich auf Probe, entschlossen sich jedoch, zusammenzubleiben, und zogen mit den drei Kindern (die Patientin hat einen jüngeren Bruder und eine noch jüngere Schwester) in einen anderen Stadtteil. Die Patientin besucht jedoch weiterhin dieselbe Schule.

Zu Beginn der Psychotherapie berichtete die Patientin, dass sie häufig ungewollt sehr lebendige Erinnerungen an den Missbrauch habe. Dies passiere besonders häufig, wenn sie sich beengt fühle oder wenn andere sie unerwartet berührten (z. B. im Fahrstuhl, im Bus, aber auch in der Schule). Da der Täter ein starker Raucher gewesen war, führte auch der Geruch von Zigarettenrauch häufig zu Intrusionen. Sie versuchte, diese Situationen nach Möglichkeit zu vermeiden, fuhr zum Beispiel viel zu früh in die Schule, um nicht im vollen Bus sein zu müssen, oder schützte im Sportunterricht Schmerzen vor, um nicht an Mannschaftsspielen mit möglichem Körperkontakt teilnehmen zu müssen. Sie schlief sehr schlecht ein und wachte häufig durch Alpträume auf. Sie berichtete auch über eine ständige Wachsamkeit, sie achte darauf, immer einen Fluchtweg zu haben, sei auch auf der Straße sehr wachsam und drehe sich ständig um, da sie Angst habe, der Täter könne sie verfolgen. Sie machte sich große Vorwürfe, einerseits, weil sie sich nicht früher ihrer Mutter offenbart und den Missbrauch beendet hatte, andererseits, weil sie in ihrer Familie „für so viel Streit gesorgt“ hatte. Gleichzeitig schämte sie sich für das Erlebte und fühlte sich „schmutzig“ und „eklig“.

Die Assimilation, die sich in Schuld- und Schamgefühlen äußerte, wurde vorrangig behandelt und konnte bereits beim Bearbeiten der ABC-Blätter vorsichtig hinterfragt werden. Nach dem zweimaligen Schreiben des Traumanarrativs (hier wurde die erste von der Patientin als „ganz schlimm“ bezeichnete Missbrauchsepisode als Fokus ausgewählt), das die Patientin als sehr aufwühlend, aber auch erleichternd erlebte, ließ das intrusive Erleben nach und parallel zur kognitiven Arbeit konnte sie im Alltag wieder mehr körperliche Nähe riskieren. Dies erfolgte mithilfe der „Aktivitäten und Kontakte“-Blätter, wobei sich die Patientin Schritt für Schritt von „meiner kleinen Schwester eine Geschichte vorlesen, während sie auf meinem Schoß sitzt“ über „eine gute Freundin umarmen“ zu „mit dem vollen Bus fahren“ vorarbeitete.

In der Abbildung ist ein „Überzeugungen Prüfen“-Arbeitsblatt der Patientin dargestellt, in dem sie die Überzeugung bearbeitet, selbst Schuld an den Ereignissen zu haben, weil sie sich nicht früher an ihre Mutter gewandt hatte. Im Verlauf der Bearbeitung des Blatts reflektierte sie über die Gründe, sich nicht zu öffnen (der Täter hatte sie massiv unter Druck gesetzt, außerdem war sie noch sehr jung und konnte die Übergriffe und auch den Gehalt seiner Drohungen nicht richtig einordnen), und konnte eine angemessenere Alternative entwickeln. Wie man in dem Blatt sieht, ließ die Überzeugung von dem ersten Gedanken deutlich nach und auch die Schuldgefühle wurden deutlich weniger. Dafür berichtete die Patientin erste Gefühle von Wut, und auch die Traurigkeit (beides natürliche Gefühle) verstärkte sich.

Wut und Traurigkeit verstärkten sich im weiteren Verlauf noch weiter und ließen dann wieder nach. Die CPT konnte nach 18 Sitzungen abgeschlossen werden (die Psychotherapeutin benötigte mehr Zeit für die Psychoedukation, und die Bearbeitung der Themen Sicherheit und Wertschätzung nahm ebenfalls mehr Zeit in Anspruch, sodass hier Sitzungen eingefügt wurden).

die Aufforderung, Beweise für und gegen die Überzeugung zu finden oder die Frage, ob die Überzeugung auf Fakten oder auf Gefühlen basiert. Das zweite Blatt, „Problematische Denkmuster“, enthält die klassischen Denkfehler der kognitiven Therapie. In dem letzten, umfassenden Blatt „Überzeugungen Prüfen“, werden alle bisherigen Blätter (ABC, Hilfreiche Fragen und Problematische Denkmuster) so integriert, dass Patienten ihre Überzeugungen selbstständig hinterfragen und in einem weiteren Schritt durch angemessenere ersetzen können. Dabei ist beides wichtig, das psychotherapeutische Gespräch, in dem es darum geht, die Überzeugungen auf empathische Weise infrage zu stellen, und die unterstützenden Arbeitsblätter, die dem Üben und Vertiefen des in der Psychotherapie Besprochenen dienen. Weder soll die Psychotherapie zu einem reinen Aufgeben und Überprüfen von Hausaufgaben verkommen, noch sollte die Bedeutung der Arbeitsblätter heruntergespielt werden – Veränderungen in oft lange bestehenden Denkgewohnheiten können vor allem dann entstehen, wenn sie immer wieder eingeübt werden. Außerdem erleben viele Patienten einen deutlichen Zuwachs an Selbstwirksamkeit, wenn sie erkennen, dass sie sich mit dem „Werkzeug“ aus der Psychotherapie selbst helfen können. Das Blatt „Überzeugungen Prüfen“ begleitet den gesamten weiteren Psychotherapieverlauf. Ein Beispiel ist in der Abbildung dargestellt, den Hintergrund dazu liefert die Fallvignette (im blauen Kasten). Im weiteren Verlauf wird auf fünf Themenbereiche eingegangen, bei denen Menschen mit PTBS oft Schwierigkeiten haben: Sicherheit, Vertrauen, Macht und Kontrolle, Wertschätzung sowie Intimität und Selbstfürsorge. Diese Aspekte werden jeweils im Hinblick auf sich selbst (also z. B. sich selbst vertrauen) und andere (z. B. andere Menschen wertschätzen) betrachtet. In der vorletzten Sitzung werden die Patienten wiederum gebeten, einen Bericht über die Auswirkungen des Traumas zu schreiben. Dieser wird dann mit dem ersten kontrastiert und die in der Psychotherapie erreichten Veränderungen diskutiert. Die letzte Sitzung dient auch der Rückfallprophylaxe, es werden Möglichkeiten besprochen, mit antizipierten Schwierigkeiten (Jahrestage, Gerichtsverhandlungen) umzugehen.

Die deutsche Adaptation ist sehr nah am US-amerikanischen Manual von 2007. Die drei zusätzlichen Stunden entstehen durch die Beschäftigung mit den Psychotherapiezielen (Stunde 2), mehr Zeit für die ABC-Blätter (Stunde 4) und eine eigene Sitzung für den Psychotherapieabschluss und die Rückfallprophylaxe (Stunde 14). Die Arbeitsblätter wurden leicht modifiziert und einige neue eingeführt (z. B. zur Psychoedukation). Der verhaltensbezogene Teil „Aktivitäten und Kontakte“ ist nicht Teil des Original-Manuals, ist aber erfahrungsgemäß oft hilfreich, wenn Patienten wichtige Alltagsaktivitäten wie z. B. Autofahren vermeiden. Im neuesten Manual (Resick et al., 2014) gilt das rein kognitive Vorgehen ohne Traumanarrativ als normales Vorgehen, während das Schreiben eines Traumanarrativs für Patienten empfohlen wird, die eine besonders hohe Dissoziationsneigung aufweisen.

Evaluation der CPT nach sexualisierter Gewalt

Randomisierte kontrollierte Studien

Im Folgenden wird ein Überblick über die Studien gegeben, in denen die CPT mit Menschen durchgeführt wurde, die sexualisierte Gewalt (dies beinhaltet sowohl Patienten nach einer einmaligen Vergewaltigung als auch Patienten nach jahrelangem Missbrauch in Kindheit und Jugend) erlebt haben.

In der ersten Studie (Resick & Schnicke, 1992) wurde die CPT im Gruppensetting in einem quasi-randomisierten Design mit Frauen, die nach einer Vergewaltigung im Erwachsenenalter eine PTBS entwickelt hatten, untersucht. Die Psychotherapie zeigte gute Erfolge bei der Reduktion der PTBS- und depressiven Symptomatik.

Resick, Nishith, Weaver, Astin und Feuer (2002) verglichen in einer randomisierten Therapievergleichsstudie CPT mit einer Kontrollgruppe und mit PE. Wie bereits oben angeklungen ist, handelt es sich hierbei um eine rein verhaltensbezogene Psychotherapie für PTBS, bei der die Exposition in sensu (die Patienten erzählen das traumatische Erlebnis mit ge-

schlossenen Augen und im Präsens) im Vordergrund steht, aber auch In-vivo-Konfrontation (mit sicheren, aber vermiedenen Situationen) und Atemübungen. In beiden Untersuchungsgruppen verbesserten sich die PTBS- und die depressive Symptomatik signifikant und mit hohen Effektstärken im Vergleich zur Kontrollgruppe. Die durchschnittlichen Effektstärken lagen bei 2.52 für CPT und 1.66 für PE.

In einer *Dismantling*-Studie untersuchten Resick et al. (2008) Frauen nach interpersoneller Gewalterfahrung in der Kindheit oder im Erwachsenenalter. Da das Ziel der Studie war, die wirksamen Bestandteile der CPT herauszufinden, gab es drei Experimentalgruppen, die mit dem vollständigen Manual (CPT), dem Manual ohne die beiden Traumanarrative (*cognitive only*, CPT-C) behandelt wurden oder ausschließlich Traumanarrative schrieben (*written accounts*, WA). Hierbei wurde die insgesamt erhaltene Psychotherapiedosis konstant gehalten. Es zeigten sich hohe Effektstärken für alle drei Behandlungsgruppen. Direkt nach der Psychotherapie, nicht aber sechs Monate später, schnitt WA signifikant schlechter ab als die beiden anderen Gruppen, die sich nicht signifikant voneinander unterschieden.

Surís, Link-Malcolm, Chard, Ahn und North (2013) verglichen in einer randomisierten Therapievergleichsstudie CPT mit *present-centered therapy* (PCT; gegenwartszentrierte Therapie), einer Psychotherapieform, die zunächst als Kontrollbedingung für traumafokussierte Psychotherapien entwickelt wurde. PCT ist eine manualisierte Behandlung für PTBS, die keine traumafokussierten oder kognitiv-behavioralen Elemente enthält. Der Fokus der Gespräche wird aktiv von den traumatischen Ereignissen weg und auf das aktuelle Leben der Patienten gelenkt; Themen sind Problemlösen und die Verbesserung von Beziehungen, wobei die Verbindung zwischen aktuellen Problemen und PTBS-Symptomen hergestellt wird. Für die Studie wurden Männer und Frauen rekrutiert, die im militärischen Kontext sexuell traumatisiert worden waren. Die Behandlungseffekte waren mittel bis groß, lagen aber unter den in anderen Studien berichteten (0.30-1.02 für verschiedene Maße). CPT war erfolgreicher, was die selbstberichtete PTBS-Symptomatik

anging, im Interviewer-Urteil zeigte sich kein signifikanter Unterschied. Obwohl die meisten Unterschiede zwischen den Behandlungen nicht statistisch signifikant wurden, zeigten sich für den Gruppenvergleich Effektstärken im mittleren bis großen Bereich, die auf eine Überlegenheit der CPT hindeuteten. (Diese Kombination von Befunden, fehlende statistische Signifikanz bei mittleren bis großen Effektstärken, ist oft ein Anzeichen für zu geringe statistische Power, um die vorhandenen Unterschiede statistisch abzusichern.)

Klinische Studien

Boos, Scheifling-Hirschbil und Rüdell (1999) evaluierten eine Adaptation der Gruppen-CPT an einer psychosomatischen Klinik in Deutschland. Die Autoren berichten Daten von 55 Patientinnen, die zumeist in der Kindheit sexuell missbraucht worden waren und viele komorbide Störungen aufwiesen. Die Patientinnen nahmen zusätzlich zur Einzeltherapie an einer zehnstündigen Gruppe „Traumabewältigung“ teil, die an die CPT angelehnt war. Details der traumatischen Ereignisse wurden ausschließlich in der Einzeltherapie besprochen. Die Autoren berichten von signifikanten Verbesserungen der PTBS-Symptomatik und gehen davon aus, dass mit einer längeren Psychotherapiedauer, welche die Bearbeitung von mehr traumatischen Ereignissen erlaubt hätte, größere Effekte hätten erzielt werden können.

Zappert und Westrup (2008) berichten über die Implementierung einer modifizierten CPT in einer stationären Einrichtung für weibliche Militärangehörige. In diesem Fall wurde die zeitliche Struktur der CPT so verändert, dass alle Teilnehmerinnen zwei komplette 90-minütige Sitzungen erhielten, um ihre Traumanarrative vorzulesen. Dieses Besprechen traumatischer Erfahrungen in der Gruppe ist sehr ungewöhnlich, die Autoren berichten aber, dass diese Veränderung aus den langjährigen Erfahrungen an der Einrichtung entstanden sei und bisher niemand Intrusionen von einem fremden Trauma erlebt habe. Die Autoren berichten über eine Kohorte von 18 Frauen, von denen 15 eine klinisch signifikante Reduktion ihrer PTBS-Symptomatik erreichen konnten.

Modifikation für erwachsene Überlebende von sexuellem Kindesmissbrauch

Resick, Nishith & Griffin (2003) analysierten die Daten von Resick et al. (2002) im Hinblick auf den Einfluss sexuellen Kindesmissbrauchs auf den Psychotherapieerfolg. Sie stellten fest, dass Patientinnen, die sexuellen Kindesmissbrauch erlebt hatten, vor und nach der Psychotherapie mehr Symptome komplexer PTBS aufwiesen als Patientinnen ohne sexuellen Kindesmissbrauch in der Vorgeschichte, sich aber in den erreichten Symptomreduktionen nicht von diesen unterschieden.

Dass Frauen mit umfassenden Traumaanamnesen genauso gut auf CPT und PE ansprachen, aber nach der Psychotherapie weiterhin höhere Symptombelastung zeigten, weist darauf hin, dass sie möglicherweise mehr Psychotherapie gebraucht hätten. Deshalb entwickelten Chard, Weaver und Resick (1997) ein adaptiertes Manual für erwachsene Patientinnen, die sexuellen Kindesmissbrauch erlebt und hatten und an einer PTBS litten. Dieses CPT-SA (*sexual abuse*) genannte Programm umfasst 26 Sitzungen (17 Gruppen- und 9 Einzelsitzungen) über einen Zeitraum von 17 Wochen. Während CPT vor allem auf der Informationsverarbeitungstheorie basiert, schließt CPT-SA auch Themen aus der Selbstpsychologie sowie Entwicklungsaspekte mit ein. Nachdem eine Pilotstudie mit 15 Patientinnen erfolgreich verlaufen war (Chard et al., 1997), führte Chard (2005) eine größer angelegte Evaluationsstudie durch. Es zeigten sich große Effekte für CPT-SA im Vergleich zur Wartelistenkontrollgruppe. Die Veränderungen blieben zur Ein-Jahres-Katamnese stabil.

House (2006) schlug eine Modifikation der CPT-SA vor, um diese im klinischen Alltag besser umsetzbar zu machen. Sie argumentiert, dass neun Einzelsitzungen pro Patientin, die sich auf die beiden Kotherapeuten einer Gruppe verteilen, zu einer hohen Arbeitsbelastung führen. Ihre Modifikation besteht aus 20 Gruppen- und einer flexiblen Anzahl von Einzelsitzungen. Zusätzlich zur CPT-SA werden am Anfang vier Sitzungen mit dem Thema Skillstraining (angelehnt an die dialektisch-behaviorale Therapie; DBT;

Linehan, 1993a, b) angeboten. Die Einzelsitzungen sind grundsätzlich der Arbeit mit dem Traumanarrativ vorbehalten, können aber auch aus anderen Gründen durchgeführt werden, zum Beispiel bei Krisen. House (2006) berichtet über eine Pilotstudie mit sechs Patientinnen, die gute Resultate ergab.

Modifikation für die Durchführung mit Jugendlichen: D-CPT

Wie bereits deutlich wurde, existieren verschiedene Modifikationen der CPT für unterschiedliche Zielgruppen. Speziell für Jugendliche und junge Erwachsene wurde eine entwicklungsangepasste kognitive Verhaltenstherapie (E-KVT; im Englischen *Developmentally adapted Cognitive Processing Therapy, D-CPT*) entwickelt, die zum einen die Besonderheiten dieses Lebensalters berücksichtigt und zum anderen auf die Behandlung physischen und/oder sexuellen Missbrauchs abzielt (Matulis, Resick, Rosner & Steil, in Vorbereitung). Zur Stärkung der bei den Jugendlichen zu Beginn oft recht schwankenden Therapiemotivation wird zu Anfang der Intervention eine Commitment-Phase durchgeführt, in der die Jugendlichen den nötigen Raum bekommen, um eine Beziehung zum Psychotherapeuten aufzubauen und sich auf die Psychotherapie einschließlich aller Rahmenbedingungen einzulassen. Da sich diese Jugendlichen häufig in Jugendhilfeeinrichtungen befinden, sind in dieser Phase umfangreiche Absprachen zwischen den beteiligten Institutionen oft ebenso nötig wie Notfallpläne und ein Therapievertrag. Neben mangelnder Motivation stellt eine fehlende oder dysfunktionale Emotionsregulation ein häufiges Problem dar, das sich in Selbstverletzung, suizidalem Verhalten oder Substanzgebrauch äußern kann. Um diesen maladaptiven Verhaltensweisen, die in der Regel zur Beendigung aversiver Gefühlszustände eingesetzt werden, zu begegnen, wurden Emotionsregulationstechniken in das Manual integriert, wie sie in der DBT zum Einsatz kommen. Um sowohl die instabile Motivation und die vielen Umwälzungen im Leben der Jugendlichen (Schulwechsel, Bezugspersonenwechsel etc.) zu berücksichtigen, wird die eigentliche kognitive Arbeit (CPT-Phase) in hoher Intensität mit ungefähr 15 Sitzungen in vier Wochen

durchgeführt. Dies verkürzt die Psychotherapiedauer und erhöht die Bereitschaft der Jugendlichen für eine Behandlung. Während der Phase der gezielten Bearbeitung traumatischer Erfahrungen stärken die engmaschigen Termine bei dem Jugendlichen und dem Psychotherapeuten das Gefühl der Sicherheit. Die mögliche Überlegenheit einer solchen intensiven Verhaltenstherapie gegenüber der normalen, wöchentlichen Taktung konnte bereits für PTBS bei Erwachsenen empirisch gezeigt werden (Ehlers et al., 2010). Da Jugendliche mit Missbrauchserfahrungen zudem ein erhöhtes Risiko haben, die Schule abzubrechen, sich einen misshandelnden Partner zu suchen oder erneut Opfer von Gewalt zu werden (Barnes et al., 2009; Lipschitz, Rasmusson, Anyan, Cromwell & Southwick, 2000), liegt der Schwerpunkt in der letzten Psychotherapiephase auf der Erarbeitung von hilfreichen Perspektiven in diesen Bereichen.

Durch die Ergänzung des Programms um die oben genannten Behandlungsmodule und in Anpassung an das deutsche Versorgungssystem umfasst die E-KVT 30 Psychotherapiestunden. Darüber hinaus stehen dem Psychotherapeuten noch sechs sogenannte „Joker“-Stunden zur Verfügung, welche sowohl für Sitzungen mit Bezugspersonen, zur Krisenintervention oder für die Vernetzung mit Institutionen der Jugendhilfe, mit Lehrern oder Arbeitgebern verwendet werden können. E-KVT wurde in einer Pilotstudie sehr erfolgreich getestet (Matulis, Resick, Rosner & Steil, 2014) und eine randomisierte kontrollierte Studie wird derzeit an den Universitäten Eichstätt-Ingolstadt, Frankfurt und FU Berlin durchgeführt (für genauere Informationen siehe www.traumatherapie-jugendliche.de). Einen genaueren Einblick in den Ablauf der Psychotherapie bietet der Fallbericht von Rosner, Rimane, Fornaro, Matulis und Steil (2014).

CPT in Deutschland und in anderen Kulturen

Bisher liegen neben der bereits erwähnten Studie von Boos et al. (1999) zwei weitere erfolgreiche Studien aus Deutschland vor: So wurden an der LMU München Patienten mit einer PTBS nach unterschiedlichen traumatischen Ereignissen entweder CPT oder einer gestaltorientierten Intervention

zugewiesen (Butollo, König, Karl & Rosner, eingereicht). Auch hier lagen die Effektstärken für die CPT im sehr großen Bereich. Die bereits erwähnte Pilotstudie zur D-CPT wurde an der Universität Frankfurt durchgeführt. Ebenfalls in Frankfurt wird derzeit CPT-C bei Patienten mit traumaassoziierter Borderlinestörung überprüft (www.traumatherapie-verbund.de). Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich die CPT auch im Rahmen des deutschen Gesundheitssystems bewährt hat. Neben der guten Wirksamkeit in westlichen Kulturen wurde die CPT auch, mit kulturspezifischen Adaptationen, mit traumatisierten Menschen aus anderen Kulturkreisen erfolgreich durchgeführt. Positive Erfahrungen gibt es mit bosnischen und afghanischen Flüchtlingen in den USA (Schulz, Huber & Resick, 2006; Schulz, Resick, Huber & Griffin, 2006), kurdischen Folteropfern im Irak (Kaysen et al., 2013) und bei weiblichen Überlebenden sexueller Gewalt im Kongo, wo die Psychotherapien in einer immer noch von Konflikten geprägten politischen Situation stattfanden (Bass et al., 2013).

Fazit: CPT in der Praxis

Bei der CPT handelt es sich um eine sehr wirksame, gut evaluierte Psychotherapie, die in der praktischen psychotherapeutischen Arbeit deutliche Vorteile mit sich bringt. Wie bereits deutlich wurde, ist diese Methode keineswegs neu (sie wurde ja auch bereits vor 20 Jahren veröffentlicht), allerdings scheint sich die Anwendung von traumafokussierten, evidenzbasierten Behandlungen für PTBS noch nicht durchgesetzt zu haben, obwohl es auch im deutschsprachigen Raum bereits lange Literatur zur kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung der PTBS gibt (Boos, 2005; Ehlers, 1999).

Möglicherweise würde es die manualisierte Form der CPT vielen Praktikern leichter machen, die bekannten KVT-Prinzipien auch mit PTBS-Patienten anzuwenden, was im Moment noch zu selten geschieht (Rosner, Henkel, Ginkel & Mestel, 2010). Da es sich bei CPT um eine klassische kognitive Verhaltenstherapie handelt, in welcher der kognitiven Umstrukturierung eine große Rolle

zukommt, ist die Methode sehr gut mit anderen verhaltenstherapeutischen Behandlungsmodulen vereinbar, wenn zum Beispiel komorbide Störungen zu behandeln sind. Außerdem beruht die CPT auf Konzepten, die den meisten approbierten Psychotherapeuten vertraut sind, und ist daher leicht zu erlernen. Die vielen schriftlichen Materialien bieten eine Unterstützung sowohl für Patienten als auch für Psychotherapeuten – gerade PTBS-Patienten, die häufig über das Gefühl berichten, den Halt verloren zu haben, profitieren oft sehr von der Struktur, die das manualisierte Vorgehen bietet. Unsere Erfahrung und die von vielen Kollegen, die (D-)CPT durchführen, ist auch, dass man sich oft besser auf den Patienten einlassen kann, wenn das Manual eine Planungshilfe bietet. Das Manual wirkt auch der Vermeidungstendenz auf Psychotherapeutenseite entgegen. Es gibt ein sehr hilfreiches kostenloses englischsprachiges Online-Lernprogramm, in dem die CPT Sitzung für Sitzung vermittelt wird, mit umfangreichen Materialien und Video-Beispielen (<https://cpt.musc.edu/>).

Literatur

Australian Centre for Posttraumatic Mental Health [ACPMH] (2007). *Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Melbourne: ACPMH.

Barnes, J. E., Noll, J. G., Putnam, F. W. & Trickett, P. K. (2009). Sexual and physical revictimization among victims of severe childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 33, 412-420.

Bass, J. K., Annan, J., Murray, S. M., Kaysen, D., Griffiths, S., Cetinoglu, T., Wachter, K., Murray, L. K. & Bolton, P. A. (2013). Controlled trial of psychotherapy for Congolese survivors of sexual violence. *New England Journal of Medicine*, 368, 2182-2191.

Boos, A. (2005). *Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung: ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe.

Boos, A., Scheiffling-Hirschbil, I. & Rüdell, H. (1999). Therapie-Evaluation einer stationären Gruppe „Traumabewältigung“ innerhalb der psychosomatischen Behandlung und Rehabilitation von Patientinnen mit chronischer PTB. *Verhaltenstherapie*, 9, 200-210.

Butollo, W., König, J., Karl, R., Henkel, C., & Rosner, R. (2014). Feasibility and outcome of dialogical exposure therapy for posttraumatic stress disorder: A pilot study. *Psychotherapy Research*, 24, 514-521.

Butollo, W., König, J., Karl, R. & Rosner, R. (eingereicht). *A randomized controlled clinical trial of a Gestalt oriented therapy vs. cognitive processing therapy for PTSD*.

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, 965-971.

Chard, K. M., Weaver, T. L. & Resick, P. A. (1997). Adapting CPT for child sexual abuse survivors. *Cognitive and Behavioral Practice*, 4, 31-52.

Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.

Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., Grey, N., Liness, S., Wild, J. et al. (2010). Intensive cognitive therapy for PTSD: A feasibility study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 383-398.

Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Maercker, M., Reddemann, L. & Wöller, W. (2011). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt*, 3, 202-210.

Horowitz, M. J. (1986). *Stress Response Syndromes* (3. Auflage). Northvale/N. J.: Jason Aronson.

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: toward a new psychology of trauma*. New York, N.Y.: Free Press.

Kaysen, D., Lindgren, K., Sabir Zangana, G. A., Murray, L., Bass, J. & Bolton, P. (2013). Adaptation of cognitive processing therapy for treatment of torture victims: Experience in Kurdistan, Iraq. *Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5, 184-192.

König, J., Resick, P. A., Karl, R. & Rosner, R. (2012). *Posttraumatische Belastungsstörung. Ein Manual zur Cognitive Processing Therapy*. Göttingen: Hogrefe.

Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

- Lipschitz, D. S., Rasmusson, A. M., Anyan, W., Cromwell, P. & Southwick, S. M. (2000). Clinical and functional correlates of posttraumatic stress disorder in urban adolescent girls at a primary care clinic. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 1104-1111.
- Matulis, S., Resick, P., Rosner, R. & Steil, R. (2014). Developmentally adapted cognitive processing therapy for adolescents suffering from PTSD after childhood sexual or physical abuse: a pilot study. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17, 173-90.
- Matulis, S., Resick, P. A., Rosner, R. & Steil, R. (in Vorbereitung). *Entwicklungsangepasste kognitive Verhaltenstherapie für Jugendliche und junge Erwachsene mit PTBS nach körperlichem oder sexuellem Missbrauch*. Manual. Weinheim: Beltz.
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (2005). *Posttraumatic stress disorder (PTSD). The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. London: NICE.
- Rauch, S. & Foa, E. B. (2006). Emotional processing theory (EPT) and exposure therapy for PTSD. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36, 61-65.
- Resick, P. A., Galovski, T. E., Uhlmansiek, M. O., 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, 243-258.
- Resick, P. A., Monson, C. M. & Chard, K. M. (2007). *Cognitive Processing Therapy: Veteran/military Version*. Washington, DC: Department of Veterans' Affairs.
- Resick, P. A., Monson, C. M. & Chard, K. M. (2014). *Cognitive processing therapy: Veteran/military version: Therapist and patient materials manual*. Washington, DC: Department of Veterans' Affairs.
- Resick, P. A., Nishith, P. & Griffin, M. (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, 340-355.
- Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C. & Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 867-879.
- Resick, P. A. & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-756.
- Resick, P. A. & Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Thousand Oaks: Sage.
- 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, 127-135.
- Rosner, R., Rimane, E., Fornaro, P., Matulis, S. & Steil, R. (2014). Entwicklungsangepasste kognitive Verhaltenstherapie (E-KVT) zur Behandlung einer PTBS nach Missbrauch bei Jugendlichen. *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*, 10, 5-17.
- Schulz, P. M., Huber, L. C. & Resick, P. A. (2006). Practical adaptations of cognitive processing therapy with Bosnian refugees: Implications for adapting practice to a multicultural clientele. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13, 310-321.
- Schulz, P. M., Resick, P. A., Huber, L. C. & Griffin, M. G. (2006). The effectiveness of cognitive processing therapy for PTSD with refugees in a community setting. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13, 322-331.
- Shapiro, F. (2007). EMDR, adaptive information processing, and case conceptualization. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1, 68-87.
- Surís, A., Link-Malcolm, J., Chard, K., Ahn, C. & North, C. (2013). A randomized clinical trial of cognitive processing therapy for veterans with PTSD related to military sexual trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 28-37.
- Zappert, L. N. & Westrup, D. (2008). Cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in a residential treatment setting. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 45, 361-376.
- 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. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74, e541-e550.



Dr. Julia König, Dipl.-Psych., ist Akademische Rätin an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt. An der Hochschulambulanz behandelt sie schwerpunktmäßig Patienten mit PTBS.



Prof. Dr. Rita Rosner, Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, ist Inhaberin des Lehrstuhls für Klinische und Biologische Psychologie an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt. Sie leitet die Psychotherapeutische Hochschulambulanz. Ihre Forschungsschwerpunkte sind PTBS und Komplizierte Trauer.

Korrespondenzadresse:

Dr. Julia König

Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt
Ostenstr. 25
85072 Eichstätt
julia.koenig@ku.de