

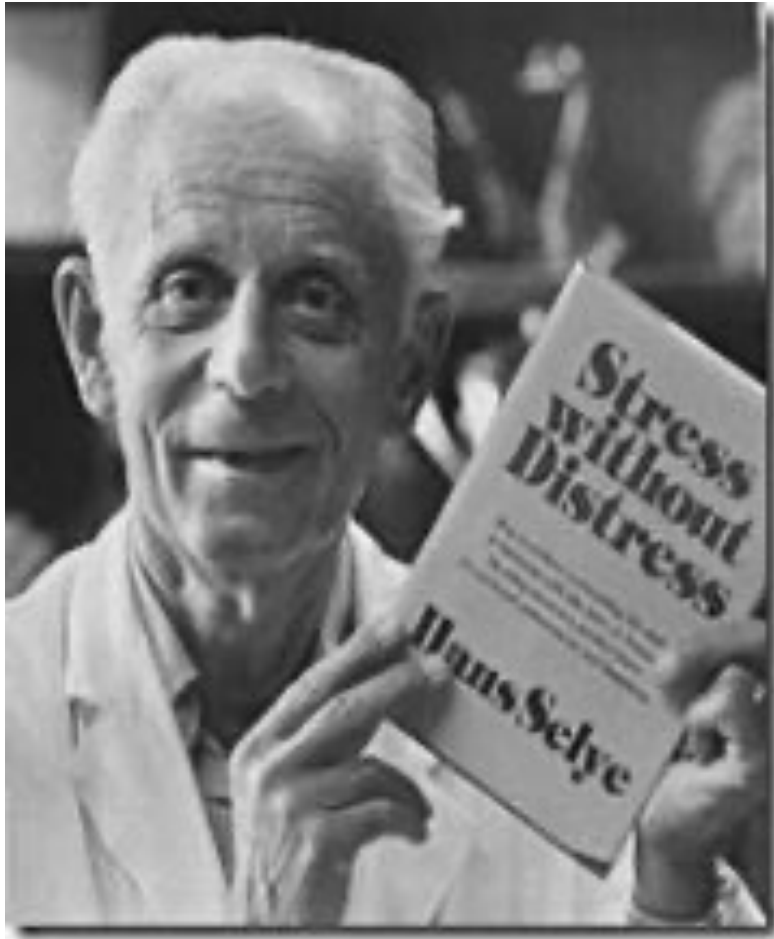
Psychotherapie von Stress- und Traumafolgeerkrankungen: Bewährtes trifft auf Innovation

Prof. Birgit Kleim, PhD

Psychiatrische Universitätsklinik und Department für Psychologie, Universität Zürich

Psychiatrisches Forschungskolloquium, KPPP, 3. März 2023





„To be totally without stress is to be dead“
- Hans Selye

Übersicht

1. Behandlung Stress- und Traumaabhängiger Störungen: Wo stehen wir?
2. “Bewährte” Therapien
3. Innovationen aus dem Labor in die Klinik
4. Wie können wir möglichst früh ansetzen?
5. Zusammenfassung und Ausblick





Posttraumatische Belastungsstörung: Leitlinien

 **AWMF online**
Das Portal der wissenschaftlichen Medizin

RSS | AWMF-aktuell | Termine | GMS e-journal | Kontakt | Presse | Suchbegriff eingeben
☒ Leitliniensuche ☐ Seit

Darstellungsoptionen:

Die AWMF Fachgesellschaften **Leitlinien** Forschung & Lehre Medizin. Versorgung Ser

→ Home → Leitlinien → Detail

Leitlinien-Suche
Aktuelle Leitlinien
Angemeldete Leitlinien
Patienteninformation
Leitlinienprogramme
AWMF-IMWi
Leitlinien-Kommission
LL-Glossar
AWMF-Regelwerk
LL- Partner & Links

Leitlinien

Leitlinien-Detailansicht
Posttraumatische Belastungsstörung

Registernummer 051 - 010

Stand: 31.01.2011 (in Überarbeitung), gültig bis 28.02.2016

Home > NICE Guidance > Conditions and diseases > Injuries, accidents and wounds > Trauma

Post-traumatic stress disorder (update)

In development [GID-NG10013] Expected publication date: 05 December 2018 [Register as a stakeholder](#)

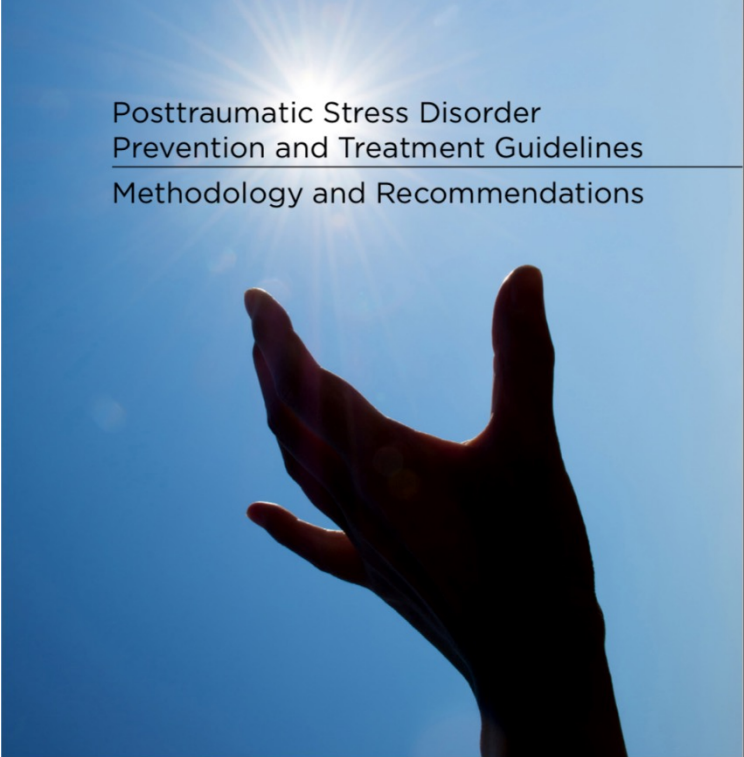
Project information **Project documents**

This guidance will partially update the following:

- Post-traumatic stress disorder: management (CG26)

Status In progress

Posttraumatic Stress Disorder
Prevention and Treatment Guidelines
Methodology and Recommendations



ISTSS International Society
for Traumatic Stress Studies



Leitlinien empfehlen Psychotherapie bei PTBS

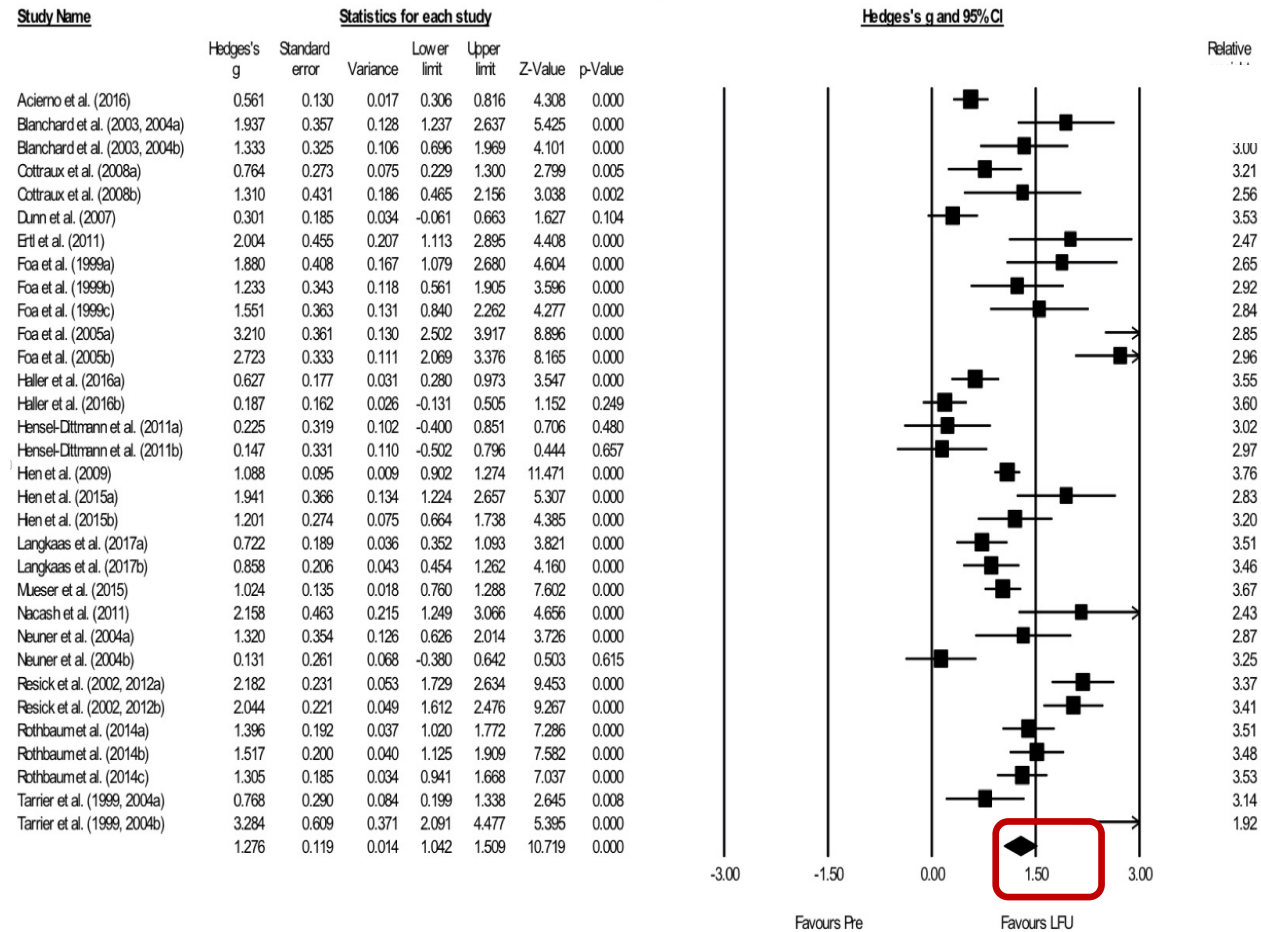
5	Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung ist Behandlung erster Wahl die traumafokussierte Psychotherapie, bei der der Schwerpunkt auf der Verarbeitung der Erinnerung an das traumatische Ereignis und/oder seiner Bedeutung liegt. LoE: 1a Abstimmungsergebnis: 27/27 (100%)	A
6	Eine traumafokussierte Psychotherapie soll jedem Patienten mit PTBS angeboten werden. LoE: Nicht anwendbar Abstimmungsergebnis: 24/24 (100%)	KKP
7	Ergänzend zu traumafokussierten Interventionen sollen weitere Problem- und Symptombereiche abgeklärt und in der Behandlung berücksichtigt werden wie z.B. das Risiko weiterer Viktimisierung bei Opfern von Gewalt, Trauerprozesse, soziale Neuorientierung, Neubewertung, Selbstwertstabilisierung. LoE: nicht anwendbar Abstimmungsergebnis: 25/27 (92%)	KKP
8	Eine Psychopharmakotherapie soll weder als alleinige noch als primäre Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung eingesetzt werden. LoE: 1a- Abstimmungsergebnis: 21/24 (87%)	A



Leitlinienempfehlung zur Pharmakotherapie

9	Falls nach einem informierten und partizipativen Entscheidungsprozess trotz der geringen Effekte eine Medikation bevorzugt wird, so sollte lediglich Sertralin, Paroxetin oder Venlafaxin* angeboten werden. LoE: 1a- Abstimmungsergebnis: 25/25 (100%)	A
10	Benzodiazepine sollen nicht eingesetzt werden. LoE: 2a Abstimmungsergebnis: 25/25 (100%)	A

Psychotherapie bei PTSD: Langfristige Wirkung



Benzodiazepin- Behandlung bei PTBS

Benzodiazepines for PTSD:

A Systematic Review and Meta-Analysis

JEFFREY GUINA, MD
SARAH R. ROSSETTER, MD
BETHANY J. DeRHODES, MD
RAMZI W. NAHHAS, PhD
RANDON S. WELTON, MD

Objective: Although benzodiazepines (BZDs) are commonly used in the treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD), no systematic review or meta-analysis has specifically examined this treatment. The goal of this study was to analyze and summarize evidence concerning the efficacy of BZDs in treating PTSD. **Methods:** The review protocol was undertaken according to the principles recommended by the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) statement and is registered with the PROSPERO international prospective register of systematic reviews (<http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO>, registration number CRD42014009318). Two authors independently conducted a search of all relevant articles using multiple electronic databases and independently abstracted information from studies measuring PTSD outcomes in patients using BZDs. Eighteen clinical trials and observational studies were identified, with a total of 5236 participants. Outcomes were assessed using qualitative and quantitative syntheses, including meta-analysis.

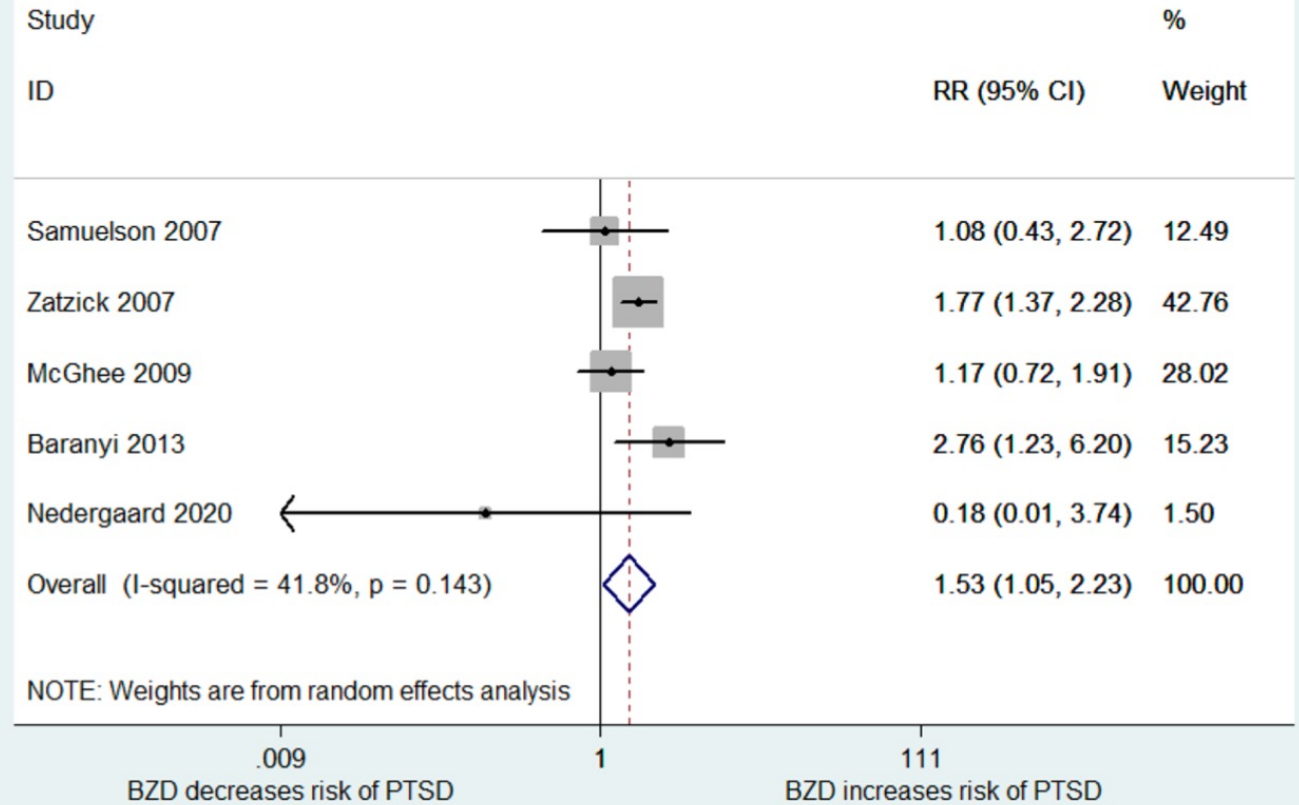
Results: BZDs are ineffective for PTSD treatment and prevention, and risks associated with their use tend to outweigh potential short-term benefits. In addition to adverse effects in general populations, BZDs are asso-

Key Words: benzodiazepine, sedative, trauma, stress disorder, posttraumatic stress disorder, psychopharmacology

The use of benzodiazepines (BZDs) in the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) is both common and controversial. Although BZDs are prescribed to 30% to 74% of patients with PTSD,¹⁻² there is little literature—and no reviews before this article—focusing exclusively on the use of BZDs to prevent or treat PTSD. Considering all the service members returning from Afghanistan and Iraq with combat-related PTSD, there is no better time to evaluate this topic than now.

Some argue that BZDs are effective symptomatic treatments for the anxiety, insomnia, and irritability associated with PTSD, and they defend the prescription of BZDs for PTSD as necessary for treatment-resistant patients with severe symptoms. Others contend that BZDs may diminish subjective anxiety in the short term at the cost of worsening other features of PTSD, such as promoting avoidance, in the long term. They explain the correlation between BZDs and increased symptom severity as the result of BZDs actually prolonging and worsening PTSD.

GUINA: Wright State University Department of Psychiatry

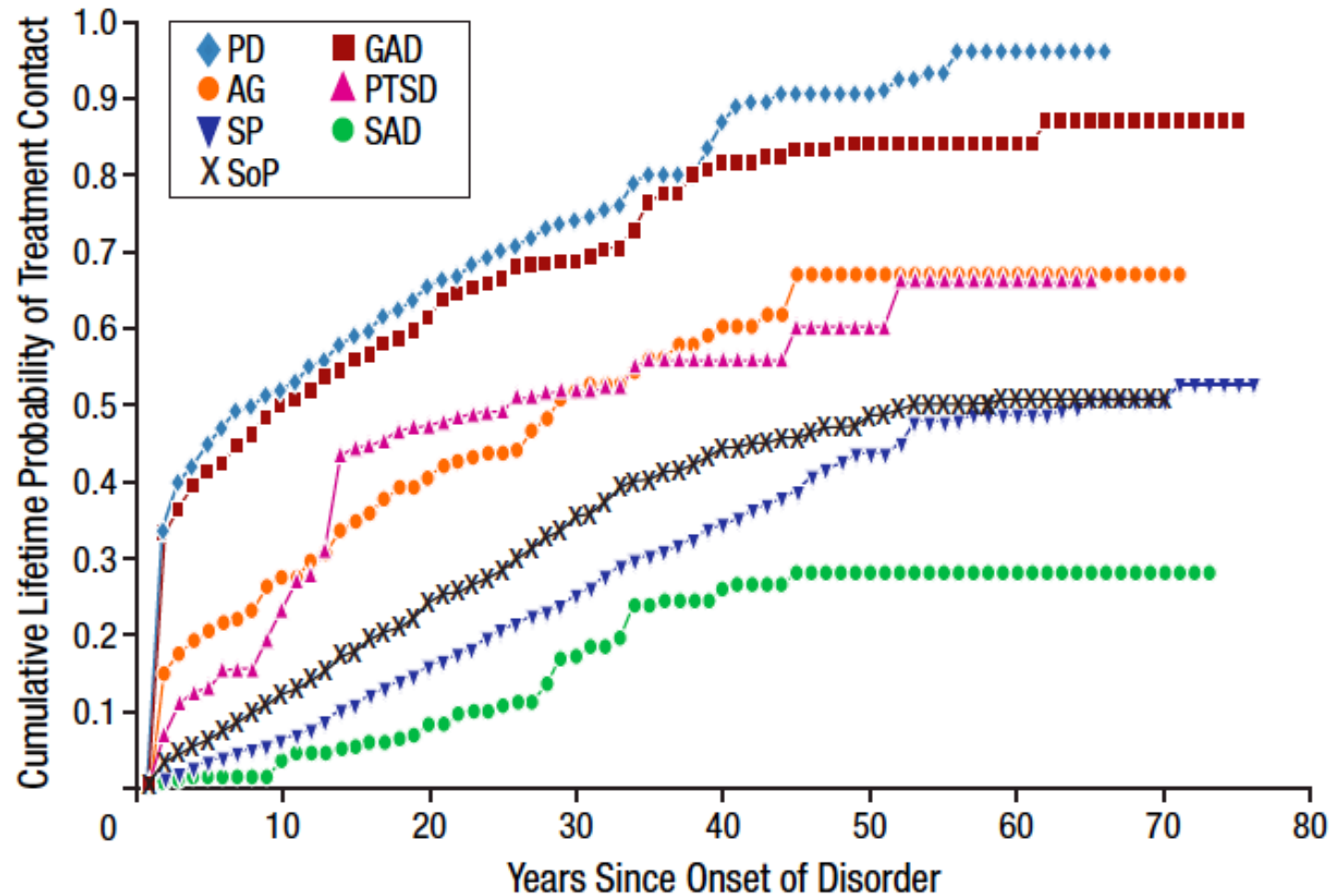


Dennoch: Raum für Verbesserung bei Angststörungen und PTBS

Prevalence and response rate associated with each property.

Variable	% of studies or mean (SD) ^a of the property or characteristic	Response rate post-treatment ^b	Response rate follow-up ^b
<i>Measurement properties of response rate</i>			
More than one measure ^c	21.6%	43.5% vs. 50.7%	49.8% vs. 51.3%
Multiple modalities ^c	14.4%	42.5% vs. 50.3%	48.5% vs. 51.6%
Independent assessor ^c	45.2%	52.4% vs. 46.3%	55.9% vs. 46.6%
Change from baseline ^c	90.9%	49.6% vs. 43.9%	51.1% vs. 50.0%
Reliable change index ^c	31.1%	44.5% vs. 51.1%	44.4% vs. 53.5%
Use a clinical cut-off ^c	70.7%	46.7% vs. 54.4%	50.5% vs. 52.1%
Intent to treat ^c	63.0%	49.0% vs. 49.3%	52.7% vs. 47.8%
<i>Treatment properties</i>			
Individual CBT	38.9%	48.8%	49.9%
Group CBT	21.6%	44.5%	44.7%
Phone/teleconference/internet	14.9%	53.8%	62.1%
Combined CBT ^d	6.7%	54.3%	58.0%
Behavior therapy	11.5%	50.9%	44.5%
Cognitive therapy	6.3%	47.5%	49.6%
N for the condition	36.1 (23.3)	N/A	N/A
Number of sessions	11.3 (4.6)	N/A	N/A
Attrition rate	15.6% (12.2%)	N/A	N/A
<i>Study properties</i>			
Social anxiety disorder	11.5%	45.3%	55.5%
Generalized anxiety disorder	21.8%	47.0%	47.7%
Panic disorder	31.0%	53.2%	59.3%
Posttraumatic stress disorder	11.5%	59.0%	62.6%
Obsessive compulsive disorder	21.8%	43.3%	35.6%
Specific phobia	2.3%	52.7%	N/A
Adult	90.8%	49.6%	51.5%
Late-life	9.2%	44.9%	46.3%
Published ^c	95.4%	49.7% vs. 35.0%	N/A
Short term follow-up (1–3 months)	24.9%	N/A	43.7%
Medium term follow-up (6 months)	43.9%	N/A	53.9%
Long term follow-up (9–15 months)	22.5%	N/A	51.0%
Very long follow-up (22–84 months)	8.7%	N/A	56.1%

Patient:innen kommen zu spät zur Behandlung



Raum zur Verbesserung

- Nur 50% Responder, die nachhaltig profitieren
- Drop-outs, Non-Responder, "Return of Fear"
- Translationale Forschung durch Kollaboration mit Grundlagenwissenschaften:
 - Aktive Mechanismen der Therapie
 - Optimierung



A call for mental- health science

Clinicians and neuroscientists must work together to understand and improve psychological treatments, urge
Emily A. Holmes, Michelle G. Craske and Ann M. Graybiel.

How does one human talking to another, as occurs in psychological therapy, bring about changes in brain activity and cure or ease mental disorders? We don't really know. We need to.

Mental-health conditions, such as post-traumatic stress disorder (PTSD),

obsessive-compulsive disorder (OCD), eating disorders, schizophrenia and depression, affect one in four people worldwide. Depression is the third leading contributor to the global burden of disease, according to the World Health Organization. Psychological treatments have been subjected ▶

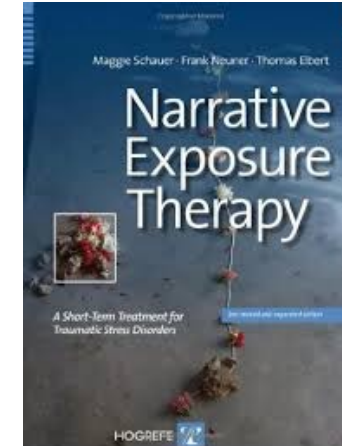
Übersicht

1. Behandlung Stress- und Traumaabhängiger Störungen: Wo stehen wir?
2. **“Bewährte” Therapien**
3. Innovationen aus dem Labor in die Klinik
4. Wie können wir möglichst früh ansetzen?
5. Zusammenfassung und Ausblick



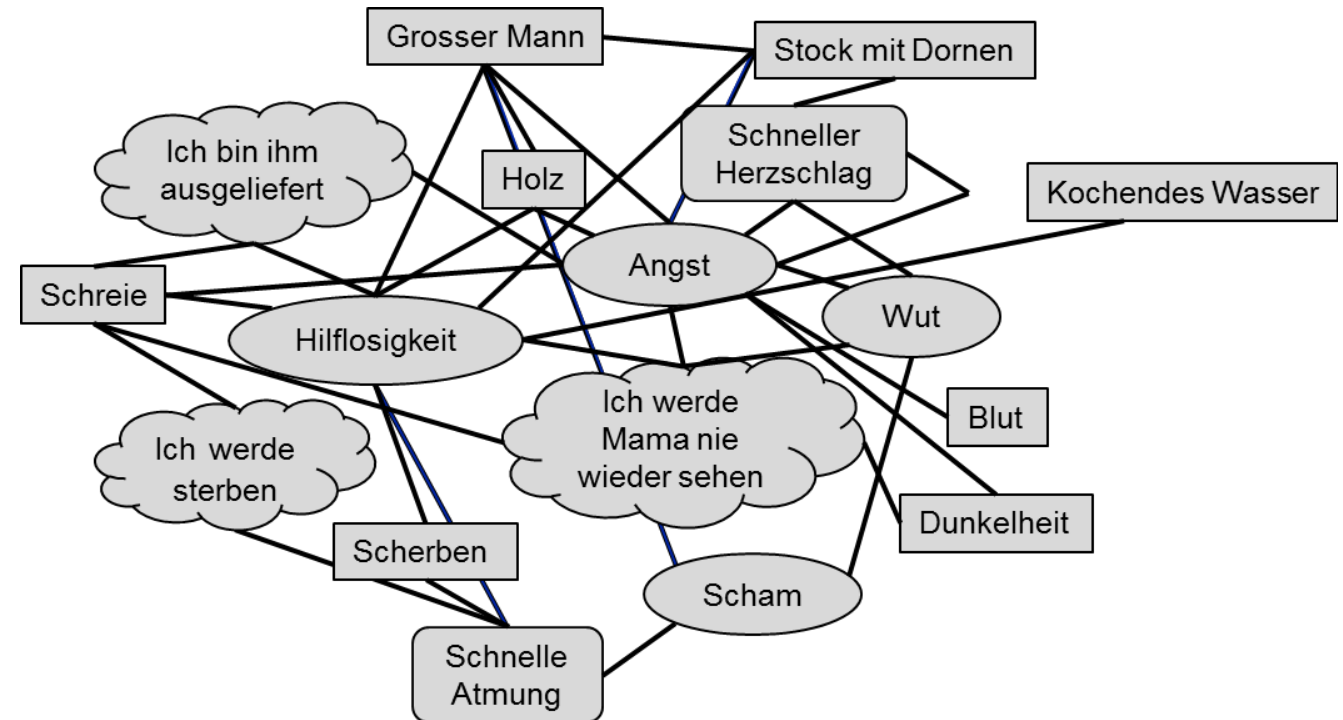
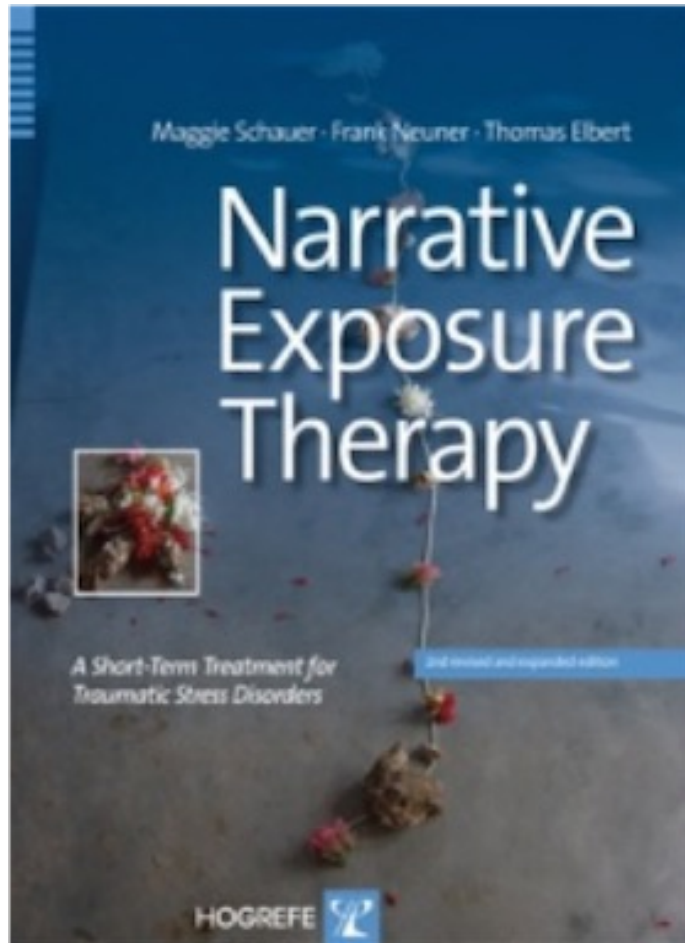
Traumafokussierte Therapie: Bewährte Ansätze

- Arbeit mit Traumaerinnerung im Fokus
- Im Hier und jetzt: Änderungen im Denken, Emotionen, Verhalten
- Theoretisch fundiert
- Manualisierte Behandlungsprogramme
- Evidenzbasiert

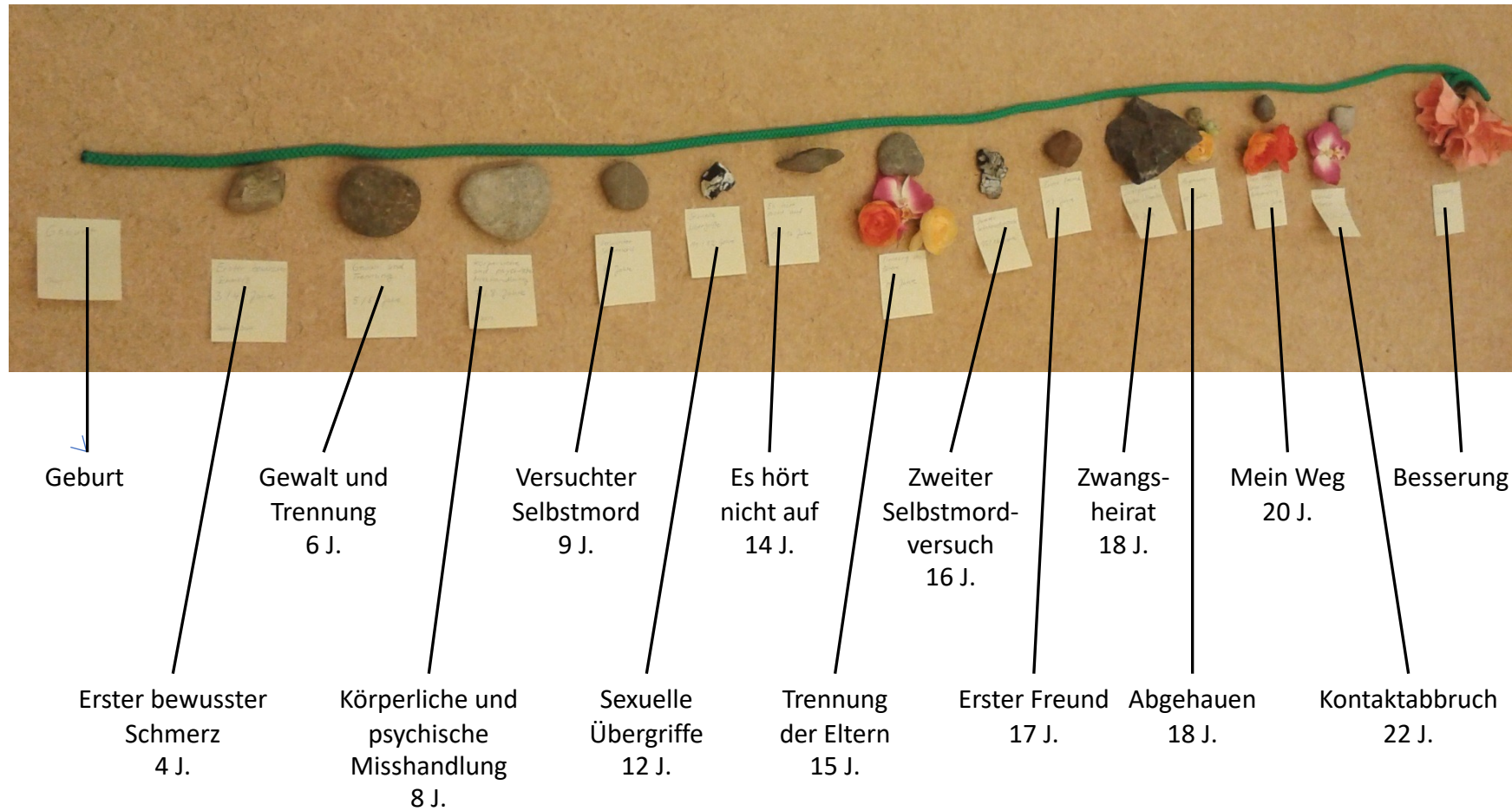


Behandlungsrational

- PTBS Symptome als häufige (und sehr verständliche!) Reaktion auf eine Extremsituation
- So wie Patient/in bisher mit dem Trauma und den Erinnerungen umgegangen ist macht zwar Sinn, aber hält negative Reaktionen aufrecht
- In der Behandlung wird es darum gehen diese aufrechterhaltenden Faktoren umzukehren
 - ⇒ Normalisierung der Symptome
 - ⇒ Erklärungen bzgl. Gedächtnisfunktionen

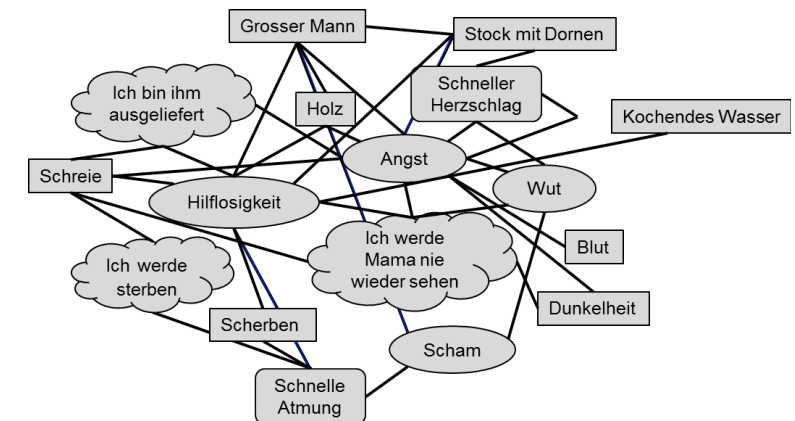
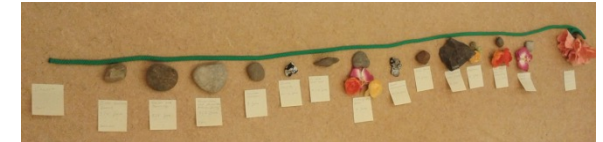


Lebenslinie



NET: Ablauf und Ziel

- Lebenslinie: Chronologische Bearbeitung der Lebensereignisse
- Steine: Traumafokussiertes Arbeiten, Kontextinformationen, Einordnung und Verknüpfung mit sensorischen Elementen
- Detaillierte, konsistente Narration der Lebensereignisse
- Einbettung von Fragmenten in ein sinnvolles Ganzes, Modifikation des Furchtnetzwerkes
- Rekonstruktion, Habituation von Angst, Erkennen von Lebensmustern, Zusammenhängen, Bedeutung



STAIR-NT

- Entwickelt für in der Kindheit wiederholt sexuell missbrauchte Frauen
- Adressiert zentrale Symptombereiche: Probleme mit der Emotionsregulation, Interpersonelle Probleme (Schemata), PTBS-Symptome
- *2 Phasen-Modell:*
STAIR: Skills Training in Affektiver und Interpersoneller Regulation
NT: Narrative Therapie



Komplexe PTBS

Psychological Medicine

cambridge.org/psm

Review Article

Cite this article: Karatzias T *et al* (2019). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine* **49**, 1761–1775. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000436>

Received: 3 August 2018
Revised: 11 February 2019
Accepted: 15 February 2019
First published online: 12 March 2019

Key words:
Childhood trauma; CPTSD; meta-analysis;
psychological therapies; randomised
controlled trials; systematic review

Author for correspondence:
Thanos Karatzias, E-mail: t.karatzias@napier.ac.uk

Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis

Thanos Karatzias^{1,2}, Philip Murphy¹, Marylene Cloitre^{3,4}, Jonathan Bisson⁵, Neil Roberts^{5,6}, Mark Shevlin⁷, Philip Hyland⁸, Andreas Maercker⁹, Menachem Ben-Ezra¹⁰, Peter Coventry¹¹, Susan Mason-Roberts¹, Aoife Bradley¹ and Paul Hutton¹

¹Edinburgh Napier University, School of Health & Social Care, Edinburgh, UK; ²NHS Lothian, Rivers Centre for Traumatic Stress, Edinburgh, UK; ³Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University, California, USA; ⁴National Center for PTSD, Veterans Affairs Palo Alto Health Care System, Palo Alto, CA, USA; ⁵Cardiff University, School of Medicine, Cardiff, UK; ⁶Psychology and Counselling Directorate, Cardiff and Vale University Health Board, Cardiff, UK; ⁷Ulster University, School of Psychology, Derry, UK; ⁸National College of Ireland, School of Business, Dublin, Ireland; ⁹Department of Psychology, Psychopathology and Clinical Interventions, University of Zurich, Zurich, Switzerland; ¹⁰School of Social Work, Ariel University, Ariel, Israel and ¹¹Department of Health Sciences and Centre for Reviews and Dissemination, University of York, York, UK

Abstract

Background. The 11th revision to the WHO International Classification of Diseases (ICD-11) identified complex post-traumatic stress disorder (CPTSD) as a new condition. There is a pressing need to identify effective CPTSD interventions.

Methods. We conducted a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials (RCTs) of psychological interventions for post-traumatic stress disorder (PTSD), where participants were likely to have clinically significant baseline levels of one or more CPTSD symptom clusters (affect dysregulation, negative self-concept and/or disturbed relationships). We searched MEDLINE, PsycINFO, EMBASE and PILOTS databases (January 2018), and examined study and outcome quality.

Results. Fifty-one RCTs met inclusion criteria. Cognitive behavioural therapy (CBT), exposure alone (EA) and eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) were superior to usual care for PTSD symptoms, with effects ranging from $g = -0.90$ (CBT; $k = 27$, 95% CI -1.11 to -0.68 ; moderate quality) to $g = -1.26$ (EMDR; $k = 4$, 95% CI -2.01 to -0.51 ; low quality). CBT and EA each had moderate-large or large effects on negative self-concept, but only one trial of EMDR provided usable data. CBT, EA and EMDR each had moderate or

Komplexe PTBS

12	Für eine KPTBS nach ICD-11 sollte die psychotherapeutische Behandlung mit einer Kombination traumafokussierter Techniken erfolgen, bei denen Schwerpunkte auf der Verarbeitung der Erinnerung an die traumatischen Erlebnisse und/oder ihrer Bedeutung liegen (siehe Leitlinienempfehlung PTBS) sowie auf Techniken zur Emotionsregulation und zur Verbesserung von Beziehungsstörungen im Sinne der Bearbeitung dysfunktionaler zwischenmenschlicher Muster. LoE: 2a Abstimmungsergebnis: 21/24 (87%)	B
----	--	---

EUROPEAN JOURNAL OF PSYCHOTRAUMATOLOGY
2022, VOL. 13, 2122528
<https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2122528>



EUROPEAN JOURNAL OF
**PSYCHO-
TRAUMATOLOGY**
THE OFFICIAL JOURNAL OF THE EUROPEAN SOCIETY FOR TRAUMATIC STRESS STUDIES



Taylor & Francis
Taylor & Francis Group

REVIEW ARTICLE

 OPEN ACCESS



Effects of current treatments for trauma survivors with posttraumatic stress disorder on reducing a negative self-concept: a systematic review and meta-analysis

Liselotte Banz ^a, Mina Stefanovic ^a, Maria von Boeselager^a, Ingo Schäfer ^b, Annett Lotzin ^b,
Birgit Kleim ^c and Thomas Ehring ^a

^aDepartment of Psychology, LMU Munich, Munich, Germany; ^bDepartment of Psychiatry and Psychotherapy, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany; ^cDivision of Experimental Psychopathology and Psychotherapy, Department of Psychology, University of Zurich, Zurich, Switzerland

ABSTRACT

Background: A negative self-concept is characterised by dysfunctional cognitions about the self and has been suggested to be a key factor involved in the development and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD). In addition, the current definitions of PTSD according to DSM-5 and the new ICD-11 diagnosis of Complex PTSD (CPTSD) include aspects of negative self-concept in their diagnostic criteria.

Objective: The aim of this meta-analysis was to synthesise the currently available evidence on the effects of psychological interventions for PTSD on negative self-concept.

ARTICLE HISTORY

Received 6 July 2022

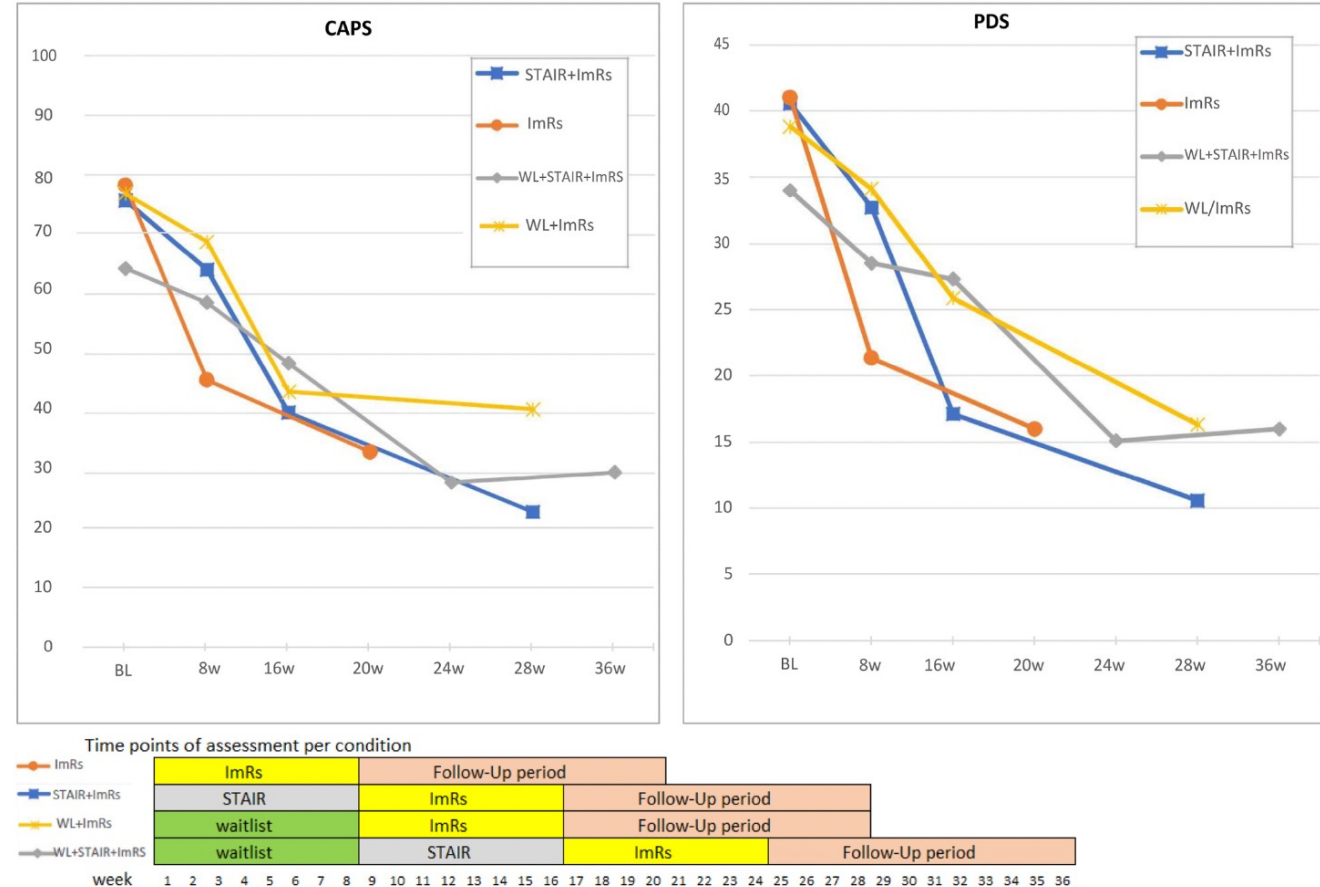
Revised 15 August 2022

Accepted 22 August 2022

KEYWORDS

PTSD; trauma; negative self-concept; meta-analysis; treatment

- Pat. mit Kindheits-Trauma, red. Emotionsregulation, zwischenmenschliche Funktion, Komorbidität
- ImRs reduziert effektiv PTBS $d = 1.4$ ($> .3$ für STAIR)
- Kombination STAIR/ImRs nicht effektiver als ImR alleine post-Intervention
- Diagnosefrei nach 12- Wochen: 70 % in ImR und zu 86 % in STAIR/ImR

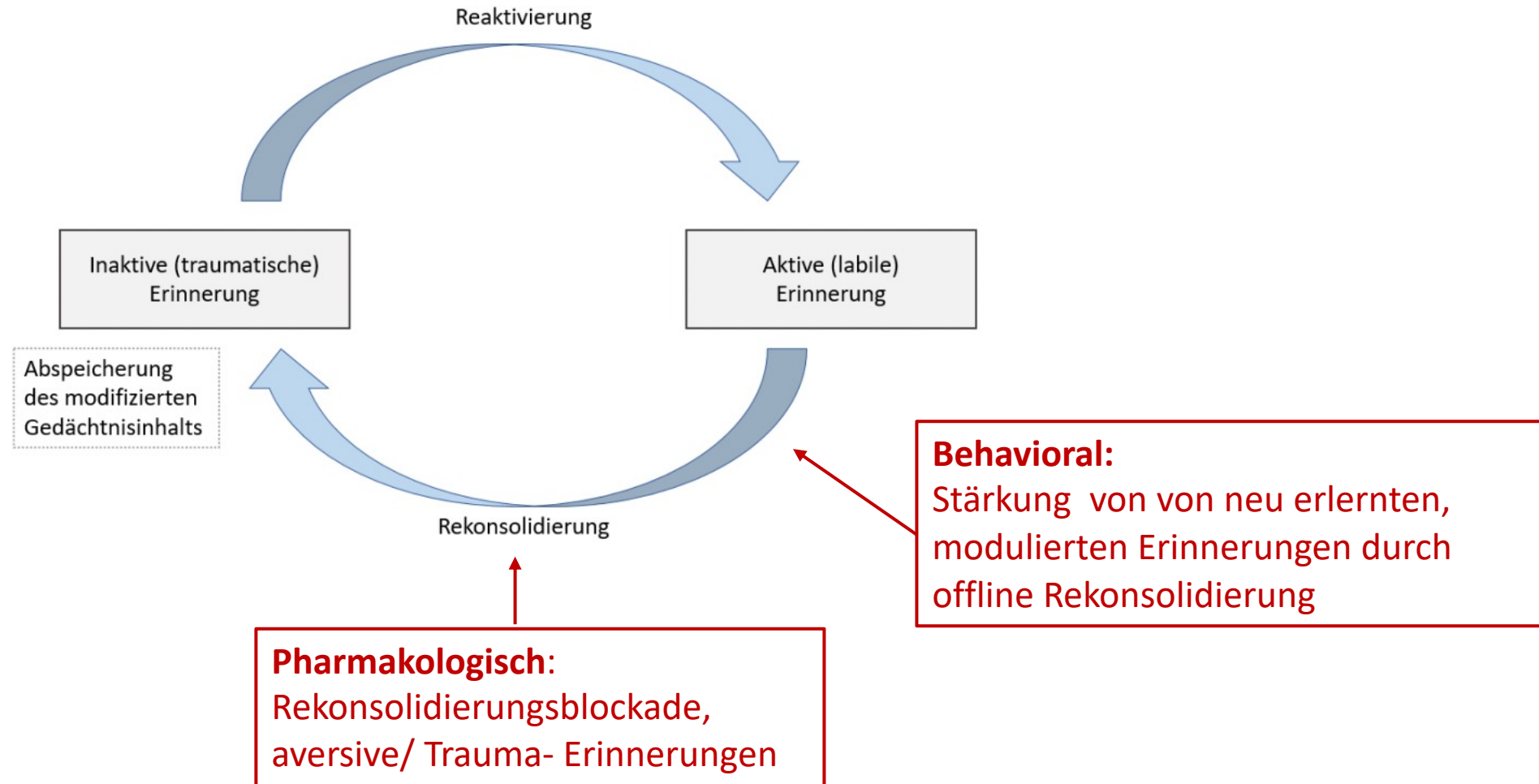


Übersicht

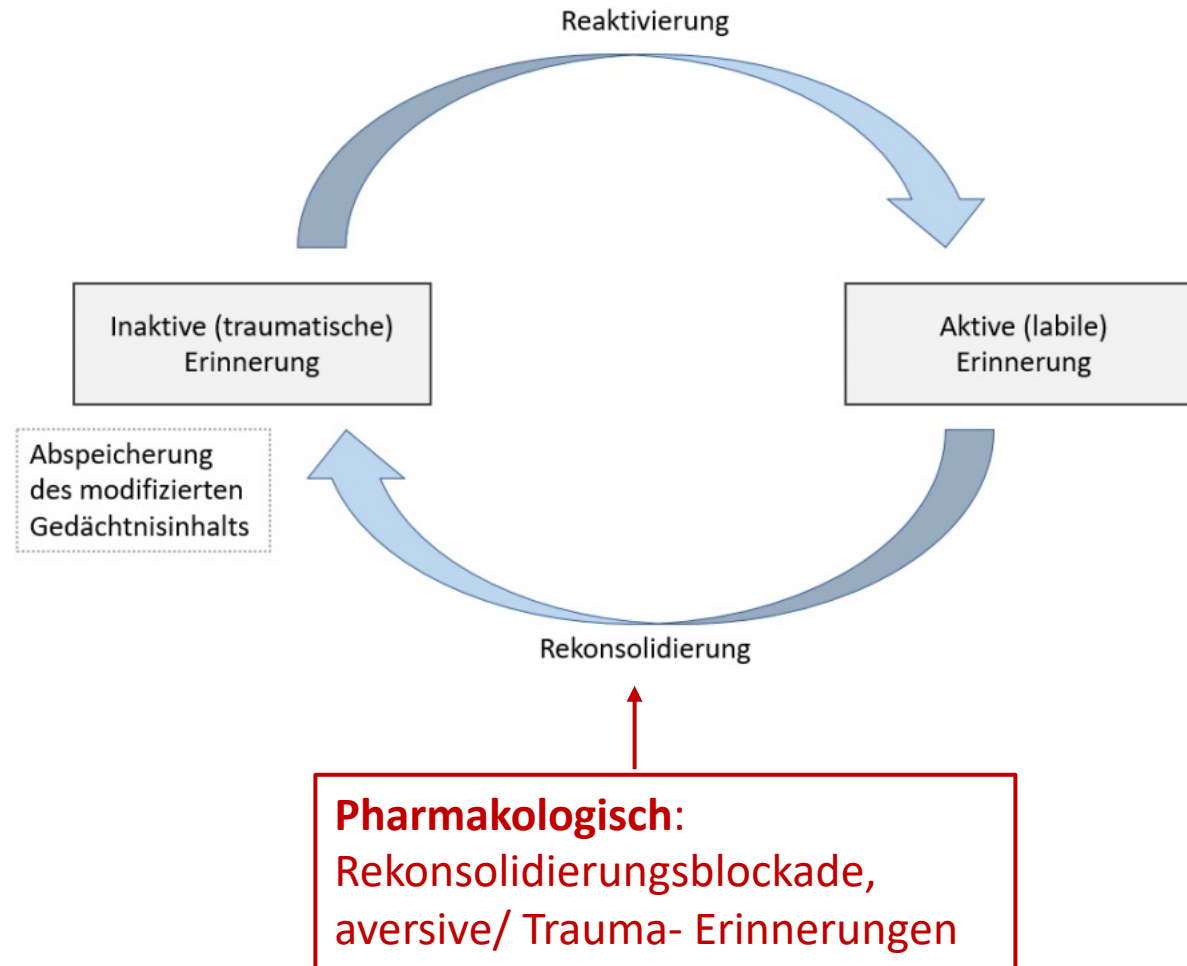
1. Behandlung Stress- und Traumaabhängiger Störungen: Wo stehen wir?
2. “Bewährte” Therapien
3. **Innovative Augmentierung**
4. Wie können wir möglichst früh ansetzen?
5. Zusammenfassung und Ausblick



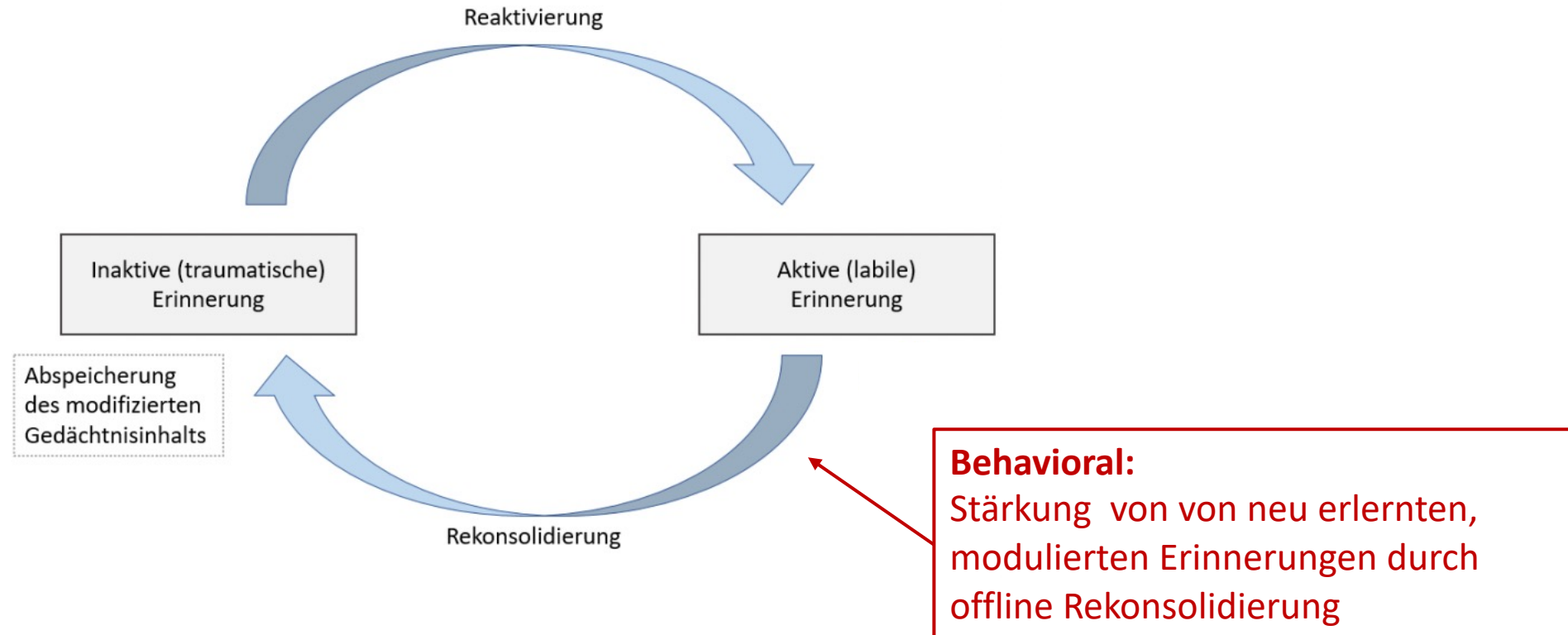
Gedächtnismodelle: Modulation labiler Erinnerungen



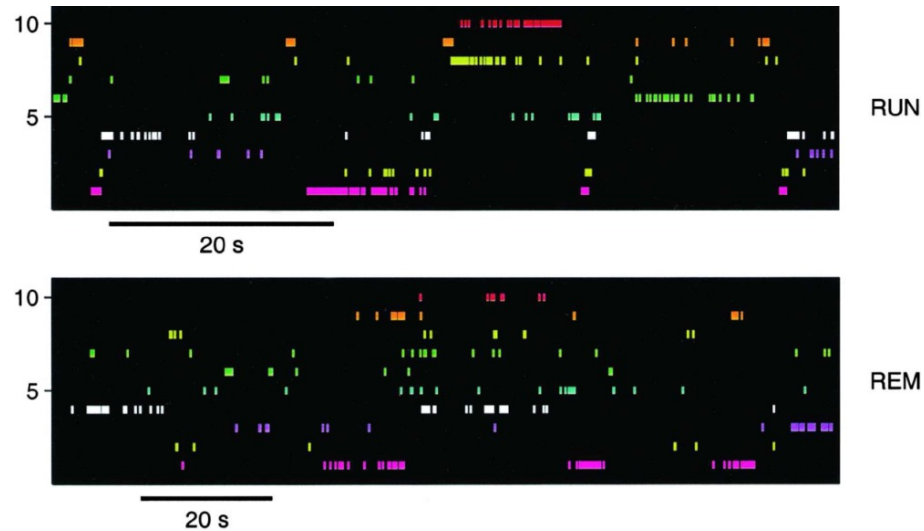
Gedächtnismodelle: Modulation labiler Erinnerungen



Gedächtnismodelle: Modulation labiler Erinnerungen



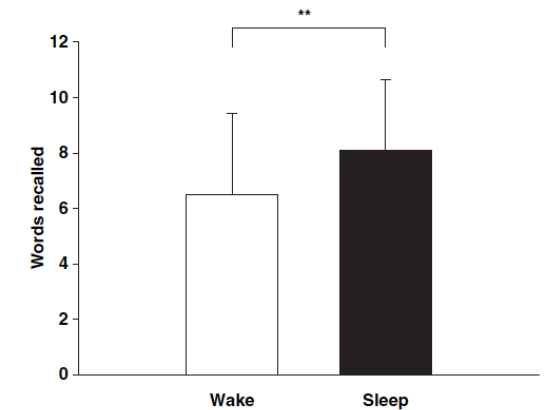
Stärkung von Lernen und Gedächtnis durch Offline Konsolidierung



Offline-Gedächtniskonsolidierung
im Schlaf: Reaktivierung und
Konsolidierung

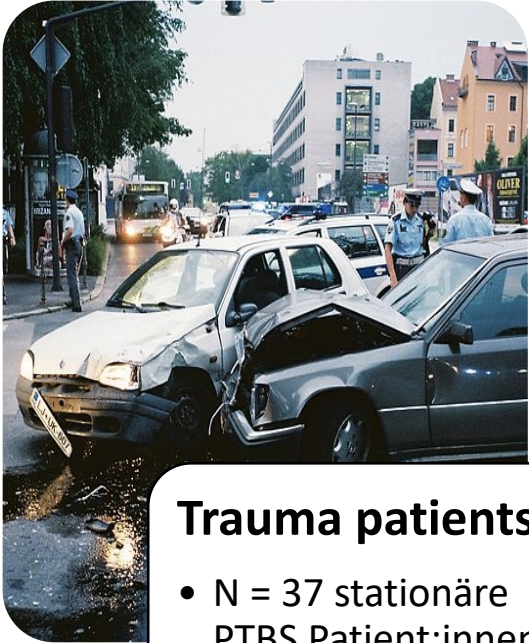


Auswirkungen eines Naps auf Lernen
und Gedächtnis, bereits nach 6
Minuten Schlaf





Schlaf zur Verbesserung traumafokussierter Psychotherapie?



Trauma patients

- N = 37 stationäre PTBS Patient:innen
- Intrusionen



Expositionstherapie

- 3- Sitzungen Written Exposure Therapy (WET)
- Non-inferior zur state of the Art KVT (Sloan et al., 2018)



Schlaf vs. Wach

- Randomisierung
- 90 Minuten Nap
- Neutraler Film

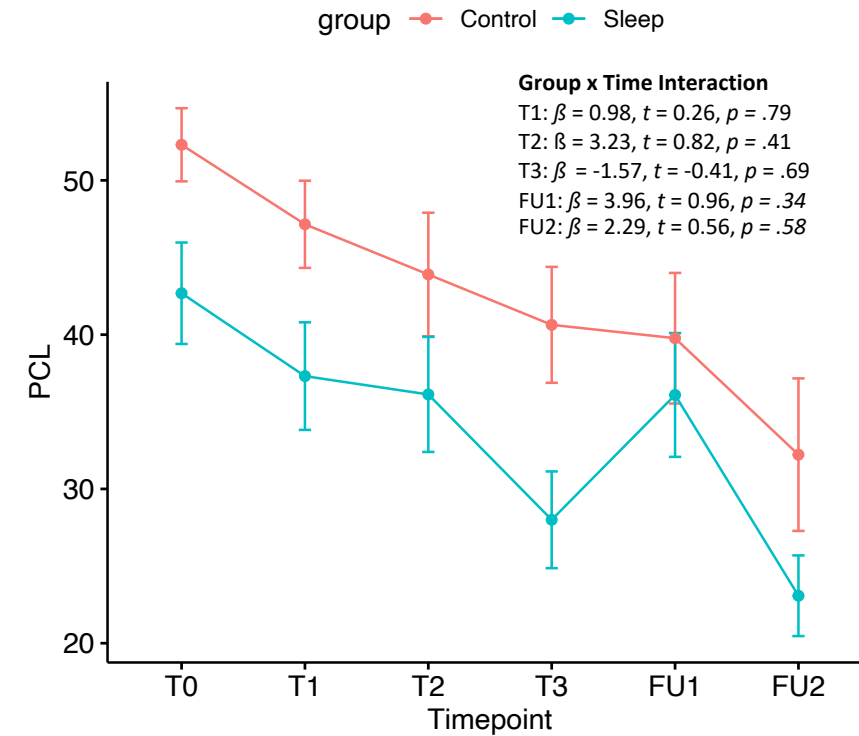
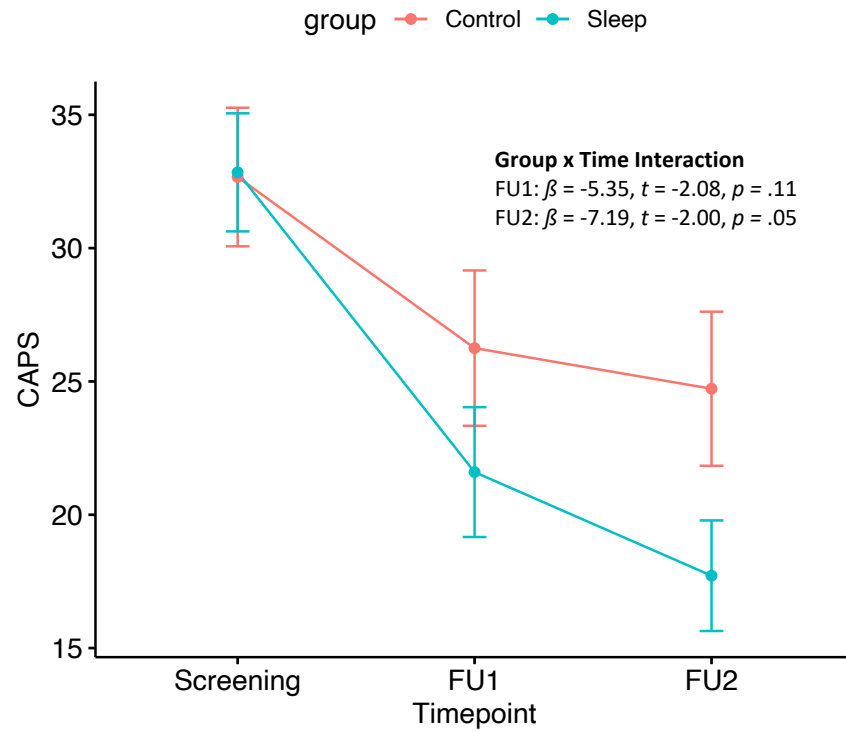
Schlaf zur Verbesserung traumafokussierter Psychotherapie?



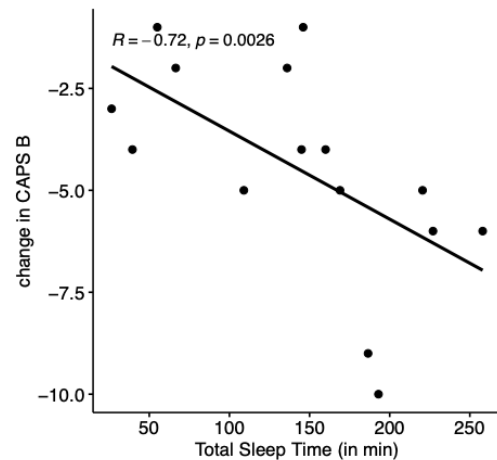
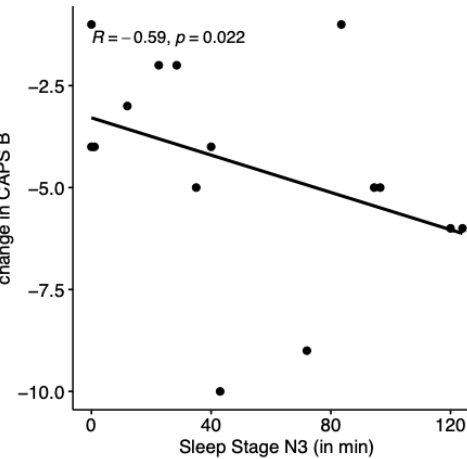
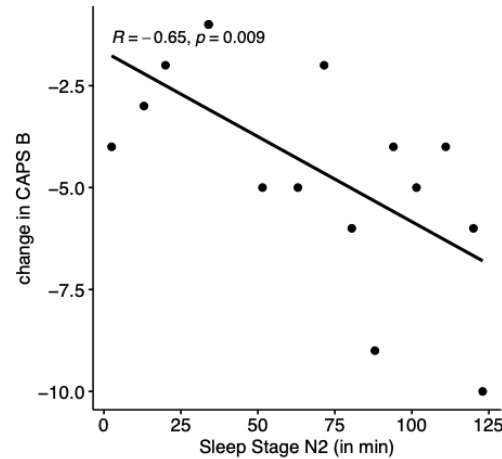
- Wenig Drop-outs, gute Verträglichkeit der WET
- Effektivität der schriftlichen Expositionstherapie $d = 1,4$ für PTBS Symptome
- Schlafgruppe: 55 Minuten Schlaf im Durchschnitt
- Bessere Ergebnisse in PTBS Symptomreduktion und Gedächtnischarakteristika in der WET + Schlaf- Gruppe?



Auswirkungen von Schlaf auf WET Ergebnisse: PTBS-Symptome



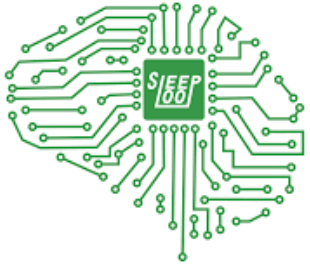
Auswirkungen von Schlaf auf WET Ergebnisse: PTBS-Symptome



Stärkere PTBS Reduktion assoziiert mit:

- Mehr Zeit in tieferen Schlafphasen N2, N3
- Mehr Gesamtschlafzeit
- Schlafspindelaktivität (nicht abg.)
- Kein sign. Zusammenhang mit REM (kurz) oder N1 (nicht abg.)

Gezielte Erinnerungs- Aktivierung im Schlaf



EG: TMR with 10 cues of the modified memory



CG-1: no cues



CG-2: TMR with 10 cues of a neutral memory



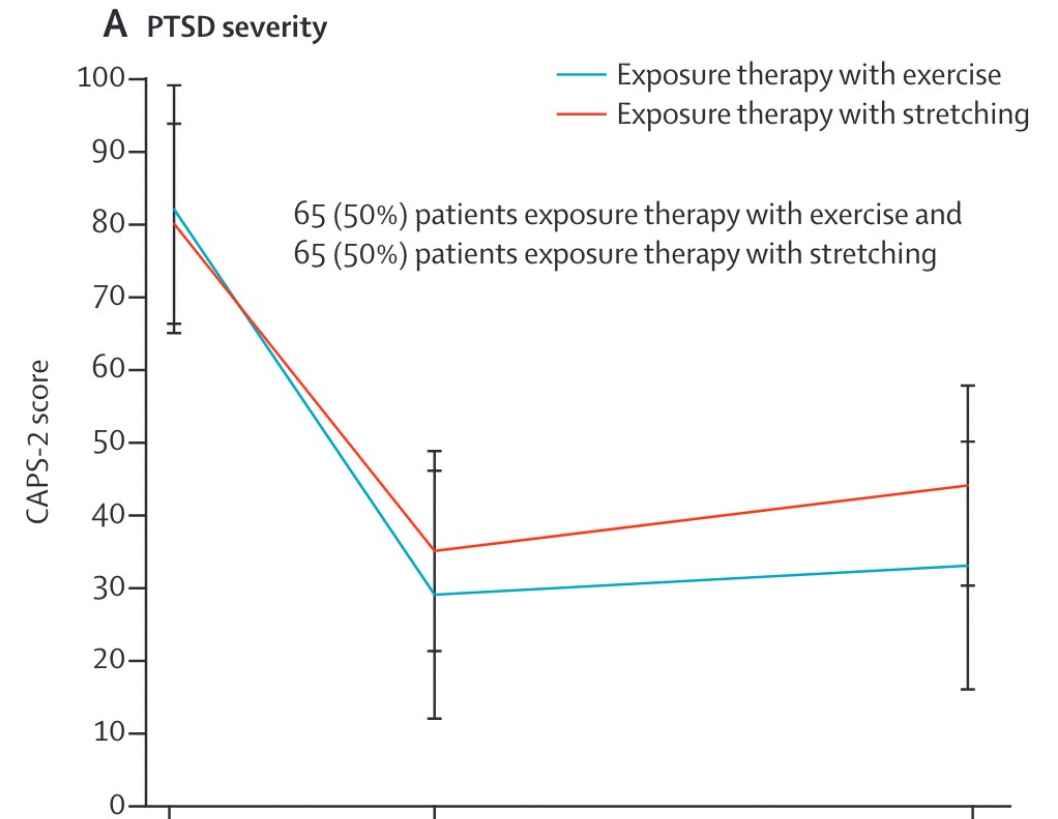
SWS

**memory modulation
(Imagery Rescripting)**
(adapted from Wild et al., 2011 and
Köster & Köster, 2019)

- Sozial- aversive emotionale Erinnerungen moduliert mit Imagery Rescripting
- »Targeted Memory Reactivation«: Im Schlaf werden in spez. Schlafphasen Wörter der modifizierten Erinnerung subliminal dargeboten
- Gruppe, die die Wörter hört, vs SHAM Wörter
- Sign Ergebnisse sprechen für Cueing-Effekte auf einigen Erinnerungscharakteristika
- Schlaf und TMR in der natürlichen Umgebung der Patient:innen zur Verstärkung der Therapieeffekte

Traumatherapie x Ausdauertraining

- Brainerived-neurotrophischer Faktor (BDNF), fördert neuronale Plastizität
- Met-Allel BDNF-Gen: Verringerte BDNF Sekretion, beeinträchtigt Extinktionslernen, weniger erfolgreiche KVT
- Ausdauertraining: BDNF Konzentration erhöht
- 9-wöchiges KVT Programm bei PTBS Patient:innen
- Randomisiert zu Training vs stretching (ca. 20min) nach der Therapie

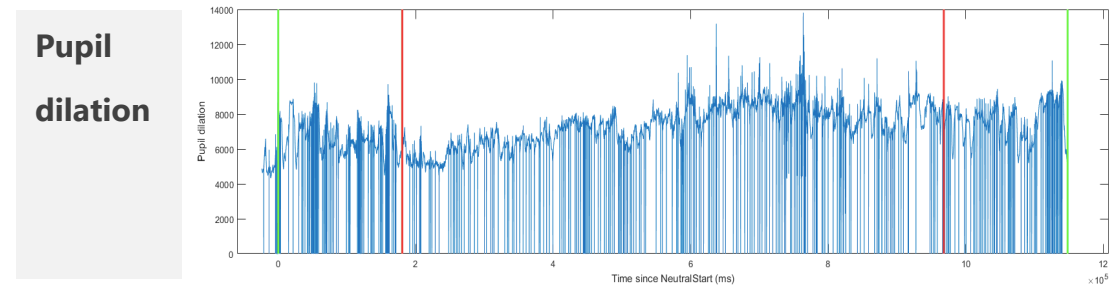
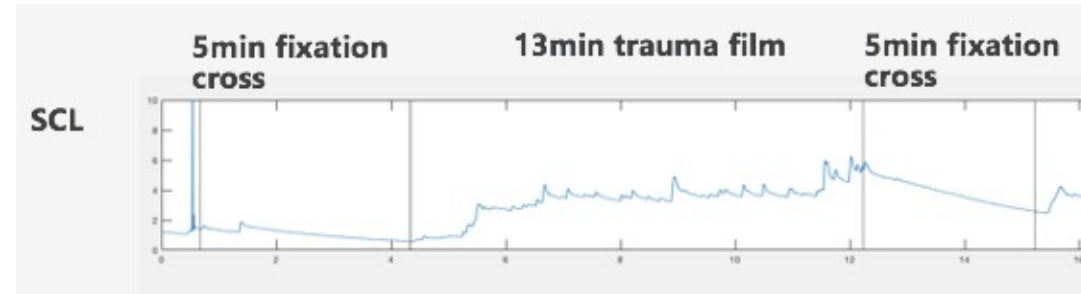


Übersicht

1. Behandlung Stress- und Traumaabhängiger Störungen: Wo stehen wir?
2. “Bewährte” Therapien
3. Innovationen aus dem Labor in die Klinik
4. **Wie können wir möglichst früh ansetzen?**
5. Zusammenfassung und Ausblick



Prävention: Können Trauma- Erinnerungen früh moduliert werden?



200mg
Doxycycline vs
Placebo



Experimental
trauma
exposure

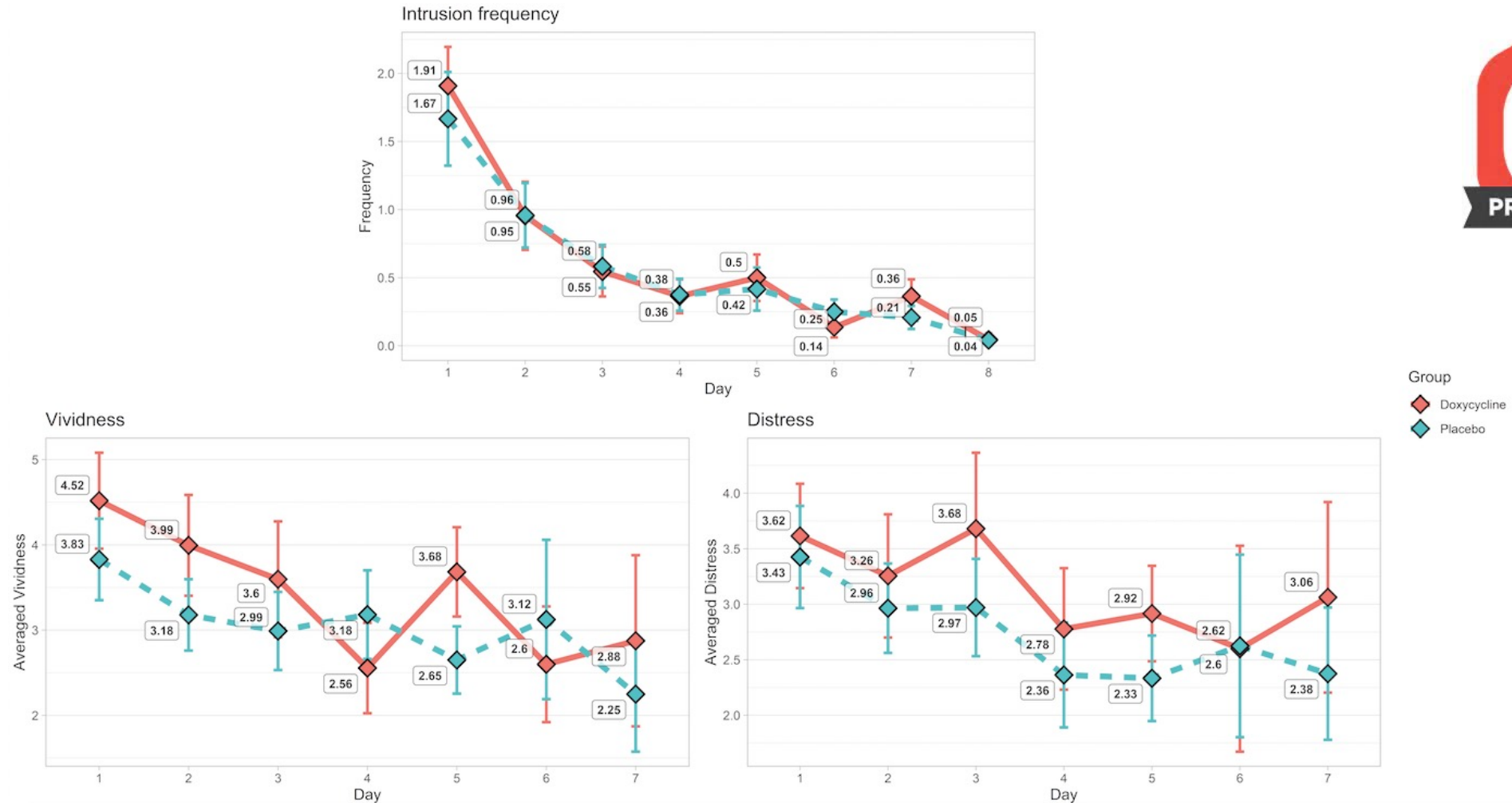


Daily
intrusion
diary



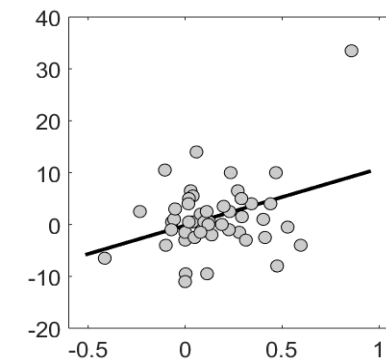
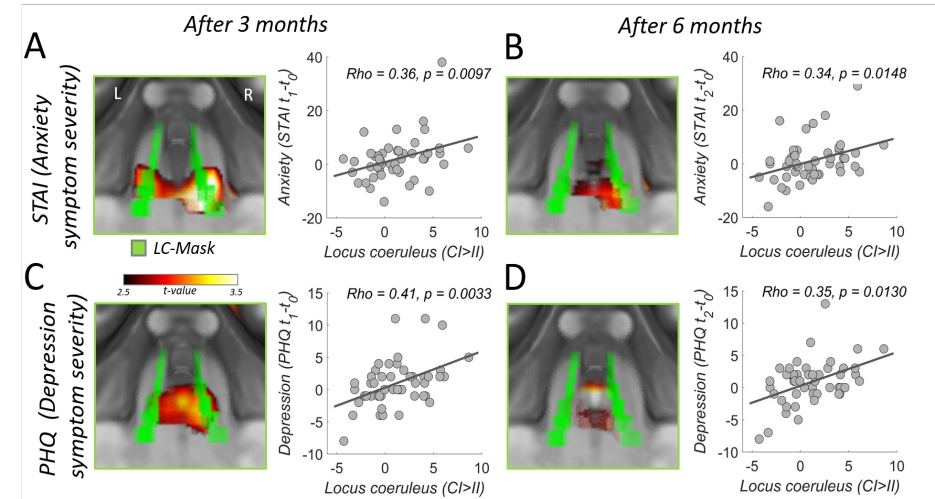
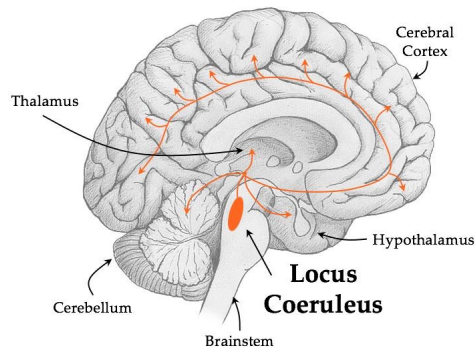
Intrusion
Provocation
Task

Keine Effekte von Plastizitätsinhibitor (Doxycyclin) auf Intrusionen



Prävention: Aktivität des Arousal-Systems

- Aktivität des Locus coeruleus (LC-NE) Erregungssystems während einer emotionalen Konflikt Aufgabe bei Medizinpraktikant:innen
- fMRI-Antwort: Emotionale Konflikt Aufgabe
- Geringere Konfliktreaktion im LC-NE-System, Pupillenerweiterung, prospektiv verbunden mit Resilienz (weniger Angst und Depression).



Übersicht

1. Behandlung Stress- und Traumaabhängiger Störungen: Wo stehen wir?
2. “Bewährte” Therapien
3. Innovationen aus dem Labor in die Klinik
4. Wie können wir möglichst früh ansetzen?
5. **Zusammenfassung und Ausblick**



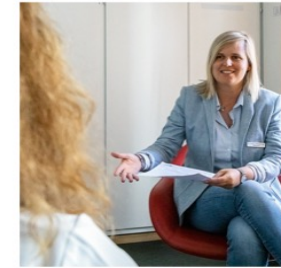
Bewährte Therapie x Innovation: KPPP Erfahrungen

- Evidenzbasierte Traumatherapie (u.a. NET, STAIR) stationär an verschiedenen Standorten, auch im Akutbereich: 2 Sitzungen/ Woche
- Zusammenarbeit stationär- ambulant, oft phasenbasiert: Programme NET, STAIR- NT arbeiten Hand- in Hand
- Innovative Augmentierungsverfahren im UMZH Klinischen Forschungsschwerpunkt, Klinik- integriert
- Innovative Möglichkeiten der Prävention: HMZ Flagship Projekt STRESS

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Zentrum für Soziale Psychiatrie


Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

AMBULATORIUM FÜR SPEZIFISCHE PSYCHOTHERAPIE



Das Ambulatorium für Spezifische Psychotherapie ist ein Angebot für Menschen mit Stress- oder traumaassoziierten Erkrankungen. Dazu gehören Traumafolgestörungen wie z. B. (komplexe) Posttraumatische Belastungsstörungen, Anhaltende Trauerstörungen, depressive und Angst-erkrankungen. Oft bestehen relevante Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen. Symptome und Beschwerden können u. a. sein:

- ungewollte Traumaerinnerungen, z. B. in Form von Flashbacks oder Alpträumen
- Schlafstörungen
- Beeinträchtigungen der Stimmung
- starke Gefühle wie Angst, Wut, Trauer, Schuld
- Schwierigkeiten in der Emotionsregulation
- Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich
- negatives Selbstbild

Zielgruppe

Unser Angebot richtet sich an Erwachsene zwischen 18 und 65 Jahren mit stress- oder traumaassoziierten Erkrankungen, die unter oben beschriebenen Beschwerden leiden und eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung wünschen. In Einzelfällen können Patientinnen und Patienten bereits ab dem 17. Lebensjahr sowie bis zum 70. Lebensjahr aufgenommen werden.

Angebot

Einerseits bieten wir diagnostische Abklärungen (auch als Zweitmeinung) an. Hier erfolgt in mehreren Einzelterminen eine ausführliche Diagnostik, die sich auf klinische Erhebungen und unser diagnostisches Standard-Assessment stützt. Andererseits bieten wir psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen im Einzel- und Gruppensetting an.

Den Einzeltherapien geht eine ausführliche Abklärung voraus, einschliesslich Erörterung der Zielsetzungen der Behandlung und der Therapiemöglichkeiten, worauf die Auswahl der passenden Therapiemethode und die Behandlungsplanung basieren. Die Therapie wird im Verlauf regelmässig evaluiert und ggf. angepasst. Die psychotherapeutischen Methoden (z. B. verschiedene traumafokussierte Therapieverfahren wie Narrative Expositionstherapie, jedoch auch andere Ansätze und Methoden) können je nach Indikation um eine Pharmakotherapie ergänzt werden. Die Sitzungen finden meist wöchentlich statt und dauern 50 bis 60 Minuten.

Als Gruppentherapie bieten wir 2x pro Jahr eine STAIR-Gruppe (Skills-Training affektive und interpersonelle Regulation für Menschen mit Traumatisierungen in Kindheit oder Jugend), bestehend aus 13 Gruppensitzungen, an. Initial erfolgt ein Vorgespräch sowie zuvor, im Verlauf und anschliessend eine Evaluation. Die Teilnahme an der Gruppentherapie setzt eine parallele Anbindung in einer Einzeltherapie (im Haus oder extern) voraus.

Das Angebot wird mit dem Ziel, die Behandlungsmöglichkeiten laufend zu optimieren, wissenschaftlich evalu-



Zusammenfassung und Ausblick

- Psychotherapie als first-line Behandlung der PTBS, v.a. traumafokusierte Psychotherapie
- Langfristige Effekte von Psychotherapie
- Innovative Behandlungsprogramme, auch ressourcenschonende Methoden (Expressive Writing)
- Bewährtes x Innovation: Augmentierungsergebnisse, z.B. Schlaf (Offline- Konsolidierung, TMR), Ausdauertraining (Erhöhung Plastizität via BDNF)
- Personalisierte Optionen und neue Behandlungsoptionen, die klinisch umsetzbar sind





Vielen Dank!



Klinischer Forschungsschwerpunkt “Synapse, Trauma und Addiction”

Prof. Boris Quednow
Prof. Shiva Tyagarajan
Prof. Erich Seifritz
Prof. Steven Brown
Prof. Dominik Bach
Dr. Charlotta Rühlmann
PD Dr. Marcus Herdener
PD Dr. Michael Colla



SWISS NATIONAL SCIENCE FOUNDATION

Klinikerinnen Ambulatorium

Julia Helfenberger
Dr. Helen Johansen
Dominique Recher
Nevena Stojnova

Email: birgit.kleim@uzh.ch



University of
Zurich ^{UZH}

CRPP Synapse & Trauma

About us • News • Publications • Scientific Advisory Board

Quick Links

Partner Institutions

- Clinical Research Priority Programs (CRPP)
- Psychiatric University Hospital Zurich
- Institute of Pharmacology and Toxicology



Synapse & Trauma



Universität
Zürich ^{UZH}

ETH zürich



Universität
Sankt Gallen



Balgrist
Universität Zürich

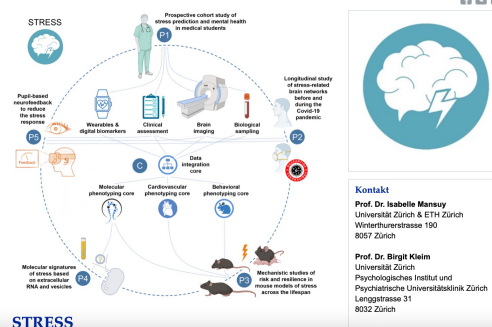
Home | English |

Hochschulmedizin Zürich – STRESS

HAZ Projekte

Konsequenzen

News und Medien



Kontakt

Prof. Dr. Isabelle Mansuy
Universität Zürich & ETH Zürich
Winterthurerstrasse 190
8057 Zürich

Prof. Dr. Birgit Kleim
Universität Zürich
Psychologisches Institut und
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstrasse 31
8032 Zürich