

Ergebnisbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Förderkennzeichen:	01VSF23008
Akronym:	ADAPT
Projekttitel:	Aktualisierung der S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung – Update und Erweiterung um Zielgruppen mit besonderen Bedürfnissen
Autorinnen und Autoren:	Ingo Schäfer, Britta Jacobsen, Kirsten Lehmann
Förderzeitraum:	1. September 2023 - 31. Mai 2025
Ansprechpartner:	Prof. Dr. med. Ingo Schäfer: i.schaefer@uke.de Britta Jacobsen: jacobsen@zis-hamburg.de Kirsten Lehmann: k.lehmann@uke.de Geschäftsstelle des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg: zis-gs@uke.de

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt ADAPT wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF23008 gefördert.

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) gehört zu den häufigen psychischen Erkrankungen und ist für viele Versorgungsbereiche von Bedeutung. Dies zeigt sich auch daran, dass die erste Version der S3-Leitlinie seit Erstellung zu den am häufigsten abgerufenen der AWMF gehört. Entwicklungen der letzten Jahre, v.a. die Aufnahme der komplexen PTBS (kPTBS) in ICD-11 sowie die noch nicht ausreichend sichergestellte Versorgung verschiedener Betroffenengruppen mit besonderen Bedürfnissen, machen ihre Aktualisierung notwendig.

Methodik: Für die Aktualisierung wurde eine neue systematische Recherche und Evidenzbewertung nach dem AWMF-Regelwerk anhand der durch die jeweiligen Kapitel-Arbeitsgruppen erstellten relevanten klinischen Fragestellungen (PICOs) durch das Leitliniensekretariat durchgeführt. Die Ergebnisse wurden den jeweiligen Arbeitsgruppen übermittelt, die auf dieser Grundlage Empfehlungen erarbeiteten und diese im Rahmen der Leitlinienkonferenzen der Konsensusgruppe vorstellten. Diese wurden diskutiert, gegebenenfalls wurden Änderungsvorschläge gesammelt und sowohl die Empfehlungen als auch die Änderungsvorschläge zur Abstimmung gestellt. Nach der Abstimmung finalisierten die Arbeitsgruppen ihre Kapitel und reichten diese beim Leitliniensekretariat ein. Nach der Zusammenführung der Leitlinientexte erfolgte eine Prüfung durch das Leitliniensekretariat und die Projektleitung, bevor die Unterlagen zur Verabschiedung an die beteiligten Fachgesellschaften versandt wurden.

Ergebnisse: Es wurden 30.905 Publikationen und 1.059 Volltexte identifiziert und gesichtet. Inkludiert wurden schließlich 281 Publikationen. Auf Grundlage dieser Evidenz konnten 18 klinische Empfehlungen formuliert werden. Zu den restlichen klinischen Fragestellungen wurden 48 Expert:innenkonsense und 4 Statements formuliert.

Diskussion: Die hohe Anzahl an Expert:innenkonsensen weist auf einen erheblichen Forschungsbedarf hin. Zugleich wird durch den hohen Konsensgrad der Empfehlungen die gute interdisziplinäre Zusammenarbeit der Expert:innen sowie die Übereinstimmung ihrer Erfahrungen in der Behandlung und Beratung von im deutschsprachigen Raum von (k)PTBS betroffenen Personen unterstrichen.

Schlagnworte: Posttraumatische Belastungsstörung, PTBS, komplex, kPTBS, Trauma, Leitlinie, psychische Erkrankung

Inhaltsverzeichnis

I	Abkürzungsverzeichnis	4
II	Abbildungsverzeichnis	4
III	Tabellenverzeichnis	4
1	Projektziele	5
2	Projektdurchführung	6
2.1	Projektbeteiligte	6
2.2	Beschreibung/ Darstellung des Projekts	12
2.3	Beschreibung Ablauf des Projekts	13
2.4	Erfahrungen mit der Implementierung/ Maßnahmen	13
3	Methodik	14
3.1	Aufstellung einer repräsentativen Leitliniengruppe	14
3.2	Umgang mit Interessenkonflikten	14
3.3	Systematische Recherche und Auswahl der Evidenz	15
3.3.1	Auswahl der Evidenz	16
3.3.2	Kritische Bewertung der Evidenz und Erstellung von Evidenzzusammenfassungen	16
3.4	Strukturierte Konsensfindung: Verfahren und Durchführung	16
3.5	Verknüpfung von Evidenz und Empfehlung	17
4	Projektergebnisse	18
4.1	Formulierung von klinisch relevanten Fragestellungen, Priorisierung von Endpunkten	18
4.2	Fragestellungen und Endpunkte	19
4.3	Systematische Recherche	19
4.3.1	Recherche nach aggregierter Evidenz	19
4.3.2	Recherche nach Primärdaten	20
5	Diskussion der Projektergebnisse	26
6	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung	27
7	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	27
IV	Literaturverzeichnis	27
V	Anlagen	28

I Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgruppe
AMSTAR	A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
IA	Innovationsausschuss
ICD-11	11. Revision der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der WHO
EtD	(GRADE) Evidence to Decision Framework
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
KU	Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt
LMU	Ludwig-Maximilians-Universität München
NIH	National Institutes of Health
PICO	Population, Intervention, Comparison, and Outcome
(k)PTBS	(komplexe) Posttraumatische Belastungsstörung
ROB 2	Cochrane risk-of-bias tool – 2nd Version
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
ZIS	Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg

II Abbildungsverzeichnis

Keine Einträge.

III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammensetzung der Steuergruppe, Leitlinienkoordinatoren, des Leitliniensekretariat und der Patient:innenvertretung.....	6
Tabelle 2: Beteiligte Fachgesellschaften, Organisationen und beteiligten Personen.....	7
Tabelle 3. Weitere Teilnehmende ohne Mandat	11
Tabelle 4: Kategorisierung der Interessenkonflikte mit dem jeweiligen Interessenkonfliktmanagement als Empfehlung der AWMF-Kommission Leitlinien nach AWMF-Regelwerk.....	15
Tabelle 5: Dreistufiges Schema zur Graduierung von Empfehlungen	18
Tabelle 6: Übersicht der Ergebnisse der Recherche zur Aggregierten Evidenz und Primärdaten	21

1 Projektziele

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) gehört zu den häufigen psychischen Erkrankungen und ist für viele Versorgungsbereiche von Bedeutung. Dies zeigt sich auch daran, dass die Leitlinie seit Erstellung zu den am häufigsten abgerufenen der AWMF gehört und sich aktuell unter den "Top 25 Leitlinien" befindet. Entwicklungen der letzten Jahre, v.a. die Aufnahme der Komplexen PTBS (kPTBS) in ICD-11, machten ihre Aktualisierung notwendig. Zugleich ist die Versorgung verschiedener Betroffenenengruppen mit besonderen Bedürfnissen nicht ausreichend sichergestellt. Das Projekt verfolgt daher die folgenden zwei zentralen Ziele.

1. Aktualisierung nach modernen Standards der Evidenzbewertung

Den dynamischen Entwicklungen im Bereich der Traumafolgestörungen sollte durch ein Update der Leitlinie Rechnung getragen werden. Neben der allgemein hohen Zahl von Publikationen zur Behandlung der PTBS seit der letzten Revision spielt die wachsende Zahl von Studien zur Behandlung der kPTBS eine besondere Rolle. Die Kriterien dieser in ICD-11 neu aufgenommenen Störung standen zum Zeitpunkt der letzten Revision noch nicht fest, so dass sie dort nur begrenzt berücksichtigt wurden. Gerade zur kPTBS besteht jedoch eine stark angewachsene Forschungsaktivität. In der Revision sollte die Evidenzbewertungen nach dem GRADE-Schema erfolgen. Dies betraf jede inkludierte Evidenz, um die Leitlinie an aktuelle Standards anzupassen. Bei der Betrachtung patient:innennaher Endpunkte sollte geprüft werden, inwieweit sie für das Qualitätsmonitoring in einzelnen Versorgungsstrukturen und auf Systemebene geeignet sind.

2. Berücksichtigung von Gruppen mit besonderen Bedürfnissen

Ein weiteres wichtiges Ziel der Aktualisierung sind spezifische Empfehlungen zu Gruppen mit besonderen Versorgungsbedarfen. Diagnostische wie therapeutische Ansätze zur Behandlung der PTBS unterscheiden sich über die Lebensspanne hinweg. Empfehlungen zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit PTBS wurden in die letzte Version der Leitlinie aufgenommen, mussten jedoch erweitert und aktualisiert werden. Zur Behandlung von älteren Menschen mit PTBS, einer Gruppe mit wachsender Bedeutung für das deutsche Versorgungssystem, fehlten bislang Empfehlungen. Dies trifft auch auf PTBS-Betroffene mit intellektuellen Beeinträchtigungen zu, einer besonders vulnerablen und bislang stark vernachlässigten Gruppe. Schließlich bestand ein dringlicher Bedarf an Empfehlungen zur Behandlung von geflüchteten Menschen mit PTBS, deren Versorgungsbedarfe in den vergangenen Jahren zunehmend deutlicher wurden. Fehlende Handlungssicherheit in Bezug auf die kultursensible Behandlung der PTBS trägt maßgeblich zu einer Unterversorgung dieser Gruppe im deutschen Gesundheitssystem bei. Da ein Ende von Krisen, die zu vermehrten Migrationsbewegungen beitragen, aktuell nicht abzusehen ist, muss davon ausgegangen werden, dass der Bedarf an entsprechenden Kompetenzen im Versorgungssystem weiter steigt. Für alle genannten Gruppen soll die Leitlinie durch verbesserte Versorgungsangebote und -abläufe einen Beitrag zu mehr Versorgungsgerechtigkeit leisten.

2 Projektdurchführung

2.1 Projektbeteiligte

Das Projekt wurde durch die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf geleitet und koordiniert. Konsortialpartner des Projekts waren die Ludwig-Maximilians-Universität München und Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt. Die federführende Fachgesellschaft war die Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e. V. (DeGPT). Die Leitliniengruppe bestand aus einer interdisziplinären und für die Thematik repräsentativen Expert:innengruppe, bei der die Expert:innen entweder als Mandatsträger:innen von relevanten Fachgesellschaften/ Organisationen oder ad personam/ Nicht-Mandatiert teilnahmen, und einer Patient:innenvertretung. Die Konferenzen wurden von einer AWMF-Beraterin moderiert. In Tabelle 1 ist die Zusammensetzung der Steuergruppe, Leitlinienkoordinatoren, des Leitliniensekretariat und der Patient:innenvertretung dargestellt, während die Tabelle 2 die mandatierten Personen und deren Fachgesellschaften/ Organisationen und Tabelle 3 die Personen, die ad personam teilnahmen, darstellt.

Tabelle 1: Zusammensetzung der Steuergruppe, Leitlinienkoordinatoren, des Leitliniensekretariat und der Patient:innenvertretung

Name	Fachgesellschaft/Institution	Verantwortlichkeit/ Rolle
Prof. Dr. Ingo Schäfer (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie	Projektleitung, Koordination der Steuergruppe
Kirsten Lehmann (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)	Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS), Universität Hamburg	Leitliniensekretariat
Britta Jacobsen (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)	Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS), Universität Hamburg	Leitliniensekretariat
Prof. Dr. Thomas Ehring (Ludwig-Maximilians-Universität München)	Deutsche Gesellschaft für Psychologie	Konsortialpartner, Steuergruppe
Cosima Leithner (Ludwig-Maximilians-Universität München)	Ludwig-Maximilians-Universität München	Leitliniensekretariat
PD Dr. Ulrich Frommberger (MediClin Klinik an der Lindenhöhe)	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.	Steuergruppe
Prof. Dr. Christine Knaevelsrud (Freie Universität Berlin)	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie	Steuergruppe
Prof. Dr. Astrid Lampe (Reha-Klinik Montafon)	Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	Steuergruppe

Name	Fachgesellschaft/Institution	Verantwortlichkeit/ Rolle
Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker (Psychologisches Institut Universität Zürich)	Ad personam	Steuergruppe
Prof. Dr. Paul Plener (Universitätsklinikum Ulm)	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.	Steuergruppe
Prof. Dr. Rita Rosner (Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt)	Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie Verhaltenstherapie	Konsortialpartnerin, Steuergruppe
Bianca Schreyer (Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt)	Katholische Universität Eichstätt- Ingolstadt	Leitliniensekretariat
Prof. Dr. Carsten Spitzer (Universitätsklinikum Jena)	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin	Steuergruppe
Ilka Kraugmann	Betroffenenrats der Unabhängigen Bundesbeauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM)	Patient:innenvertretung
Alex Stern	Betroffenenrats der Unabhängigen Bundesbeauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM)	Patient:innenvertretung

Tabelle 2: Beteiligte Fachgesellschaften, Organisationen und beteiligten Personen

Mandatstragende einer Fachgesellschaft	Fachgesellschaft/ Organisation
Dr. Andrea Benecke	Bundespsychotherapeutenkammer
Prof. Dr. Dr. Niels Bergemann	Deutsche Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie e.V.
PD Dr. Sarah Biedermann	Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung e.V.
Dr. Karsten Böhm	Eye Movement Desensitization and Reprocessing International Association (EMDRIA) Deutschland e.V.
Prof. Dr. Martin Bohus	Dachverband Dialektisch Behaviorale Therapie e.V.
Volker Brünger	Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland BED e.V.
Prof. Dr. Markus Burgmer	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V.

Mandatstragende einer Fachgesellschaft	Fachgesellschaft/ Organisation
Dr. Melanie Büttner	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e. V.; Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung e.V.
Prof. Dr. Martin Driessen	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.
Dr. Christian Dürich	Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie / psychodynamische Psychotherapie e.V.
Dr. Marianne Eberhard-Kaechele	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e.V.
Dr. Thomas Eger	Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V.
Prof. Dr. Thomas Ehring	Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V.
Dr. Rebekka Eilers	Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie Verhaltenstherapie e.V.
Prof. Dr. Jörg Fegert	Europäische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (European Society for Child and Adolescent Psychiatry)
Prof. Dr. Thomas Frodl	Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.
PD Dr. Ulrich Frommberger	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.
Dr. Anna Georg	Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e.V.
Ute Graf	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.
Timo Harfst	Bundespsychotherapeutenkammer
Sabrina Heizmann	Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland BED e.V.
Michael Henrich	Dachverband für Transkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e.V.
Prof. Dr. Markus Herrmann	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.
Dr. Arne Hofmann	Eye Movement Desensitization and Reprocessing International Association (EMDRIA) Deutschland e.V.
Dr. Marie Ilic	Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.
Dr. Ljiljana Joksimovic	Dachverband für Transkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e.V.

Mandatstragende einer Fachgesellschaft	Fachgesellschaft/ Organisation
Dr. Gudrun Kallenbach	Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e.V.
Prof. Dr. Eva-Marie Kessler	Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.
Prof. Dr. Falk Kiefer	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.
Prof. Dr. Christine Knaevelsrud	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V.
Prof. Dr. Volker Köllner	Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V.
Diana Konrads	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V.
Diana Krämer	Deutscher Verband Ergotherapie e.V.
Ilka Kraugmann	Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs
Prof. Dr. Johannes Kruse	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V.
Dr. Wolfgang Kupsch	Deutsche Gesellschaft für klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation e.V.
Andreas Lachnit	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.
Prof. Dr. Astrid Lampe	Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Prof. Dr. Markus Landolt	Schweizerische Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychologie
Dr. Barbara Leidl	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.
Prof. Dr. Reinhard Lindner	Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.
Thorsten Linne-Rotermund	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e.V.
Prof. Dr. Annett Lotzin	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.
Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster	Berufsverband Österreichischer PsychologInnen
Dr. Wolf Lütje	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V.

Mandatstragende einer Fachgesellschaft	Fachgesellschaft/ Organisation
Dr. Birgit Mayer	Swiss Society for Health in Intellectual Disability
Prof. Dr. Thomas Messer	Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.
Prof. Dr. Frank Neuner	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.
Antje Orwat-Fischer	Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie / psychodynamische Psychotherapie e.V.
Prof. Dr. Paul Plener	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.
Heinrich Rau	Psychotraumazentrum der Bundeswehr
Olaf Reddemann	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.
Prof. Dr. Gitta Reuner	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.
Jaqueline Rixe	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V.
Prof. Dr. Stefan Röpke	Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie e.V.
Prof. Dr. Rita Rosner	Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie Verhaltenstherapie e.V.
Prof. Dr. Tanja Sappok	Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.
Prof. Dr. Ingo Schäfer	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V.
Dr. Eva Schäflein	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie e.V.
Dr. Julia Schellong	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie e.V.
Dr. Sandra Scheuer	Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie e.V.
Dr. Ulrike Schmidt	Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie e.V.
Anke Schreiner	Deutscher Verband Ergotherapeuten e.V.
Dr. Sarah Schroth	Deutsche Gesellschaft für klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation e.V.

Mandatstragende einer Fachgesellschaft	Fachgesellschaft/ Organisation
Prof. Dr. Carsten Spitzer	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V.
Alex Stern	Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs
Dr. Gerd Willmund	Psychotraumazentrum der Bundeswehr
Prof. Dr. Lutz Wittmann	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.
Dr. Thomas Wochele-Thoma	Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Prof. Dr. Susanne Wurm	Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.

Tabelle 3. Weitere Teilnehmende ohne Mandat

Weitere Teilnehmende	Funktion & Fachgesellschaft/ Organisation
Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker	Steuergruppenmitglied
Dr. Rahel Bachem	AG- Mitarbeit
Prof. Dr. Robert Bering	AG- Mitarbeit
Prof. Dr. Maria Böttche	AG- Mitarbeit
Dr. Laycen Chuey-Ferrer	AG- Mitarbeit
Prof. Dr. Ulrich Elbing	AG- Mitarbeit
Prof. Dr. Heide Glaesmer	AG- Mitarbeit
Prof. Dr. Birgit Kleim	AG- Mitarbeit
Cosima Leithner	AG- Mitarbeit, Leitliniensekretariat
Prof. Dr. Tanja Michael	AG- Mitarbeit
Dr. Helen Niemeyer	AG- Mitarbeit
Dr. Laura Nohr	AG- Mitarbeit

Weitere Teilnehmende	Funktion & Fachgesellschaft/ Organisation
Prof. Dr. Cedric Sachser	AG- Mitarbeit
Prof. Dr. Inga Schalinski	AG- Mitarbeit
Bianca Schreyer	AG- Mitarbeit, Leitliniensekretariat
Verena Semmlinger	AG- Mitarbeit
Dr. Nadine Stammel	AG- Mitarbeit
Prof. Dr. Regina Steil	AG- Mitarbeit
Dr. Kerstin Stellermann-Strehlow	AG- Mitarbeit
PD Dr. Myriam Thoma	AG- Mitarbeit
Prof. Dr. Roland Weierstall-Pust	AG- Mitarbeit

2.2 Beschreibung/ Darstellung des Projekts

Die Leitlinie soll durch Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei (k)PTBS zu einer Verbesserung der Qualität und der interdisziplinären Kooperation in der Versorgung betroffener Patient:innen beitragen. Vorrangige Ziele sind einheitliche Empfehlungen für die Diagnose und Behandlung (psychotherapeutische Therapien, pharmakologische Therapien, psychosoziale Therapien, adjuvante Verfahren, Behandlung von Komorbiditäten). Minderjährigen, älteren Personen und Personen mit Fluchthintergrund oder einer Störung der Intelligenzentwicklung werden gesondert berücksichtigt. Patient:innennahe Endpunkte (z.B. somatische und psychische Gesundheit, subjektive Lebensqualität) wurden im Rahmen der Evidenzrecherche und -bewertung auf ihren Nutzen geprüft.

Die Zielgruppe dieser Leitlinie sind Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche mit (k)PTBS einschließlich spezieller Zielgruppen (Personen mit kognitiven Einschränkungen, Personen mit Fluchthintergrund und ältere Personen).

Die Versorgungsbereiche, die in dieser Leitlinie abgedeckt werden, sind folgende:

- Ambulant
- Stationär
- Teilstationär
- Früherkennung
- Diagnostik
- Therapie
- Rehabilitation
- Primärärztliche Versorgung
- Spezialärztliche Versorgung

In dieser Leitlinie wird der Bereich der Prävention nicht thematisiert.

Die Leitlinie richtet sich an Fachpersonen, die Menschen mit posttraumatischen psychischen Störungsbildern behandeln. Dies umfasst den Bereich der primärärztlichen Versorgung durch Hausärzte oder Krankenhausambulanzen bis hin zur traumaspezifischen, fachärztlichen und fachpsychotherapeutischen Versorgung in spezialisierten ambulanten oder stationären Behandlungssettings. Sie richtet sich zudem an andere medizinische Fachbereiche wie die zahnärztliche Versorgung oder die Gynäkologie und Geburtshilfe.

2.3 Beschreibung Ablauf des Projekts

Zu Beginn des Projekts wurden eine Steuergruppe sowie eine Konsensusgruppe mit insgesamt 92 Beteiligten eingerichtet. Im Rahmen von 13 durch die AWMF neutral moderierten Konsensustreffen tagte die Konsensusgruppe regelmäßig. Zu Beginn dieses Prozesses wurden elf Arbeitsgruppen gebildet, jeweils eine pro Kapitel. Jede Arbeitsgruppe formulierte in der Regel bis zu sechs klinische Fragestellungen, die nach dem PICO-Schema („Patient – Intervention – Comparison – Outcome“) präzisiert wurden. Die erarbeiteten klinischen Fragestellungen wurden vom Leitliniensekretariat sowie von Beraterinnen der AWMF geprüft und bei Bedarf gemeinsam mit den jeweiligen Arbeitsgruppen überarbeitet, um klarere und praktikablere Suchstrategien zu ermöglichen. Nach der Finalisierung der Fragestellungen erfolgte eine systematische Recherche in relevanten Datenbanken. Eingeschlossene Publikationen wurden bewertet und für die Konsensusgruppe aufbereitet. Auf Grundlage der eingeschlossenen Evidenz oder, sofern keine Evidenz vorlag, auf Basis von Expert:innenerfahrungen erarbeiteten die Arbeitsgruppen Empfehlungen sowie die dazugehörigen Hintergrundtexte. Diese Ergebnisse wurden in den Konsensustreffen von den Arbeitsgruppen präsentiert, innerhalb der Konsensusgruppe diskutiert und gegebenenfalls durch Änderungsanträge ergänzt. Nach Abschluss der Diskussionen wurden die Empfehlungen und etwaige Änderungsanträge abgestimmt und damit konsentiert. Im Anschluss finalisierten die Arbeitsgruppen ihre jeweiligen Leitlinienkapitel. Diese wurden durch das Leitliniensekretariat und die Leitlinienleitung geprüft. Die Rückmeldungen betrafen insbesondere redaktionelle Aspekte, die Vereinheitlichung von Begrifflichkeiten zwischen den Kapiteln, vertiefende Erläuterungen sowie Textkürzungen. Die Hinweise wurden an die Arbeitsgruppen zurückgemeldet und bei Bedarf entsprechend eingearbeitet. Nach der Finalisierung aller Kapitel wurden die Leitlinie, der Leitlinienreport sowie die Anhänge durch das Leitliniensekretariat fertiggestellt und an die Konsensusgruppe sowie deren beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen versandt. Diese waren aufgefordert, die Dokumente zu prüfen und der Verabschiedung der Texte zuzustimmen. Die Interessenserklärungen aller beteiligten und koordinierenden Personen wurden eingeholt und von mindestens zwei Personen geprüft und bewertet. Im Rahmen der Leitlinienentwicklung wurden zudem ein Leitlinienreport sowie ein Informationsblatt für Betroffene von (komplexer) Posttraumatischer Belastungsstörung ((k)PTBS) durch das Leitliniensekretariat erstellt. Im folgenden Abschnitt werden die einzelnen Arbeitsschritte im Detail dargestellt.

2.4 Erfahrungen mit der Implementierung/ Maßnahmen

Bei diesem Projekt handelt es sich nicht um die Implementierung einer Leitlinie oder der empfohlenen Interventionen, aber es waren Maßnahmen enthalten, um die Verbreitung und Akzeptanz der Leitlinie zu fördern. Um Betroffene besser zu erreichen, wurde ein laiengerechtes Informationsblatt für erstellt (s. Anlage 7). Die Inhalte wurden während der

Konsensustreffen diskutiert und Vorschläge für die Gestaltung erbeten (z.B. einfache Sprache, verschiedene Ansprechpartner:innen und Informationen bei Notsituationen). Das Informationsblatt wird mit der Leitlinie online auf der Webseite der AWMF zur Verfügung stehen (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-001>). Um auf die Leitlinie aufmerksam zu machen, sind verschiedene Publikationen geplant und die Ergebnisse der einzelnen Arbeitsgruppe werden Tagungen/ Kongressen präsentiert.

3 Methodik

Die Richtlinien zur Erstellung einer S3-Leitlinie des AWMF-Regelwerkes wurden während der Leitlinienentwicklung konsequent berücksichtigt und bei Unklarheiten wurde die AWMF-Beratung zur Klärung kontaktiert. Durch die Beratung und neutrale Moderation der AWMF im Prozess und während der Konsensustreffen wurde zudem die methodisch richtige Durchführung der Leitlinienentwicklung eingehalten. Somit erfüllt diese S3-Leitlinie alle von der AWMF definierten Kriterien.

3.1 Aufstellung einer repräsentativen Leitliniengruppe

Um eine repräsentative Zusammensetzung der Leitliniengruppe zu gewährleisten, wurden vor Beginn der Leitlinienentwicklung relevante Fachgesellschaften, Berufsverbände und Organisationen angeschrieben und eingeladen, an der Leitlinienentwicklung mitzuwirken. Während des Auftakttreffens wurde eine Liste der teilnehmenden und eingeladenen Fachgesellschaften, Berufsverbände und Organisationen präsentiert und die Anwesenden hatten die Möglichkeit weitere relevante Gruppen vorzuschlagen, welche dann ebenfalls eingeladen wurden. Auf diese Weise sollte gewährleistet werden, dass die Leitliniengruppe aus einer interdisziplinären und für den Adressat:innenkreis repräsentativen Expert:innengruppe bestand (s. Tabelle 2). Der Betroffenenrat der Unabhängigen Bundesbeauftragten gegen sexuellen Missbrauch von Kindern und Jugendlichen entsandte zwei Repräsentant:innen, welche die Rolle der Patient:innenvertretung übernahmen und dazu beitrugen die Patient:innenzentrierung der Leitlinie zu gewährleisten. Leider zwei eingeladene Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft und Deutsche Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaft) konnten wegen mangelnder Ressourcen nicht teilnehmen.

3.2 Umgang mit Interessenkonflikten

Die Interessenerklärungen der gesamten Leitliniengruppe, der AWMF-Beraterinnen/ Moderatorinnen sowie derjenigen Personen, die die Interessen bewerteten, wurden webbasiert mittels der AWMF-Anwendung „Interessenerklärung Online“ (<https://interessenerklaerung-online.awmf.org>) eingeholt (s. Anlage 6). Die Erklärungen wurden vom Leitliniensekretariat (insgesamt vier Personen) bewertet, wobei das AWMF-Regelwerk zugrunde gelegt wurde. Eine Fremdbewertung der dargelegten Interessen erfolgte auch für diejenigen, die Interessen bewerteten (durch die jeweils anderen Bewerter:innen). Zur Bewertung wurde eingeschätzt, ob Interessenkonflikte vorliegen und wenn, ob diese einen thematischen Bezug zur Leitlinie insgesamt und/oder in Bezug auf spezifische Fragestellungen, die in der Leitlinie adressiert werden, aufwiesen. Als relevant eingeschätzte Interessenkonflikte wurden auf einer Skala von 1 bis 3 (gering/moderat/hoch) unter

Berücksichtigung von Kriterien zur Feststellung der Ausprägung der Interessen und des Ausmaßes des daraus eventuell resultierenden Konflikts bewertet (s. Tabelle 4).

Dabei konnten bei einigen Personen geringe bis moderate thematisch relevante Interessenkonflikte identifiziert werden. Bei geringen Interessenkonflikten wurde sichergestellt, dass keine leitenden Funktionen innerhalb der Leitliniengruppe ausgeübt wurden. Personen mit moderaten Interessenkonflikten haben nicht an den entsprechenden Abstimmungen teilgenommen. AWMF-Leitlinienberaterinnen standen bei Rückfragen zum Bewertungsprozess beratend zur Seite. Als protektive Faktoren, die einer Verzerrung durch Interessenkonflikte entgegenwirkten, können die pluralistische Zusammensetzung der Leitliniengruppe, die strukturierte Konsensfindung unter neutraler Moderation sowie die Diskussionen zu den Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten zu Beginn der Konsenskonferenz gewertet werden.

Tabelle 4: Kategorisierung der Interessenkonflikte mit dem jeweiligen Interessenkonfliktmanagement als Empfehlung der AWMF-Kommission Leitlinien nach AWMF-Regelwerk

Ausprägung Interessen- konflikts	Umstände für diese Kategorie	Konsequenz
Keine	-	-
Gering	Einzelne Vorträge finanziert von der Industrie	Limitierung von Leitungsfunktion insgesamt (Koordination, ggf. Peer) oder für die thematisch befasste AG (Leitung, ggf. Peer)
Moderat	Eine Tätigkeit in einem industriefinanzierten Advisory Board/Wiss. Beirat/als Gutachter Managementverantwortung industriefinanzierte Studie(n) Federführung bei Fort-/Weiterbildung mit direkter Industriefinanzierung Regelmäßige Vortragstätigkeit für bestimmte Firmen Aktienbesitz einzelner Firmen	Keine Abstimmung für die thematisch relevanten Empfehlungen oder Doppelabstimmung
Hoch	Eigentumsinteresse Arbeitsverhältnis bei der Industrie Hoher Aktienbesitz einzelner Firmen	Keine Teilnahme an thematisch relevanten Beratungen und keine Abstimmung

3.3 Systematische Recherche und Auswahl der Evidenz

Die Methodik zur Literaturrecherche dieser Leitlinie richtet sich nach dem AWMF-Regelwerk (Version 2.0 vom 19.11.2020 sowie Version 2.1 vom 05.09.2023). Auf Grundlage der von den Arbeitsgruppen erstellten klinischen Fragestellungen, welche auf dem PICO-Schema (Patient, Intervention, Control, Outcomes) basierten (s. Anhang 1), wurde in verschiedenen wissenschaftlichen Datenbanken (s. S. 25 und 26 für nähere Informationen) systematisch nach aggregierter sowie primärer Evidenz recherchiert. Die Literaturergebnisse wurden gescreent

und mögliche zutreffende Literatur an die jeweilige Arbeitsgruppe zur finalen Inklusionsentscheidung der Literatur geschickt. Bei einer bestätigten Inklusion wurde die Qualität der Evidenz mittels etablierter Instrumente (wie z.B. AMSTAR) bewertet, ggf. GRADE-Profile und Zusammenfassungstabellen erstellt.

3.3.1 Auswahl der Evidenz

Der Großteil der potenziell zu inkludierenden Volltexte wurde erneut in einem zeitgleichen Prozess von den Leitliniensekretariaten der Konsortialpartner:innen (LLS-KP) gescreent und eine mögliche Inklusion miteinander diskutiert. Unterstützt wurde das Volltextscreening durch das Leitliniensekretariat der Projektleitung. In Fällen, in denen Publikationen von dem Leitliniensekretariat als relevant eingestuft wurden, wurden diese an die jeweilige AG(-Leitung) übersandt und diese entschied, ob die Publikationen final inkludiert werden. In einzelnen Fällen wurden Publikationen nachträglich exkludiert, wenn diese inhaltliche und methodische Mängel während der systematischen Bewertung aufwiesen.

3.3.2 Kritische Bewertung der Evidenz und Erstellung von Evidenzzusammenfassungen

In Rücksprache mit der entsprechenden Arbeitsgruppe wurde die inhaltlich passendste und methodisch beste Evidenz identifiziert und hierfür durch das LLS-KP ein GRADE-Profil erstellt. Für jedes Outcome einer PICO-Frage wurde, sofern aggregierte Evidenz vorlag, ein systematisches Review bzw. eine Metaanalyse für das GRADE-Profil herangezogen. Für den Fall, dass ausschließlich Primärdaten vorlagen, wurden im GRADE-Profil die geeignetsten Studien zusammengefasst. Die identifizierten Publikationen wurden kritisch in Bezug auf ihre Methodik bewertet (aggregierte Evidenz wurde mit dem *A Measurement Tool for the Assessment of Multiple Systematic Reviews* (AMSTAR) 2-Instrument, randomisierte kontrollierte Primärdaten mit dem *Risk of Bias* (RoB) 2-Instrument und nicht randomisierte klinische Studien mit dem ROBINS I-Instrument bewertet). Der Großteil der Studien wurde von Hilfskräften aus dem LLS-KP bewertet. Unklarheiten und Unsicherheiten einzelner Beurteilungen wurden mit LLS-KP gemeinsam gelöst. Die Zusammenfassungen der Publikationen erfolgten meistens durch die Hilfskräfte des LLS-KP und wurden stets durch eine zweite Person (LLS-KP) geprüft. Für die AG Diagnostik sowie die diagnostischen Fragestellungen der AG Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen wurden keine Bewertungen der Evidenz vorgenommen, sondern ausschließlich Zusammenfassungen erstellt. Dies war durch die mangelnde Eignung der oben genannten Bewertungsinstrumente für das Studiendesign der für diese AGs eingeschlossenen Evidenz begründet.

3.4 Strukturierte Konsensfindung: Verfahren und Durchführung

Die Diskussion und Verabschiedung der Empfehlungen erfolgten unter Einsatz der *Strukturierten Konsensuskonferenz* entsprechend dem Vorschlag der US-amerikanischen National Institutes of Health (NIH-Typ). In den jeweiligen Arbeitsgruppen wurden auf der Grundlage der Rechercheergebnisse Empfehlungen formuliert und deren Graduierung gemäß dem dreistufigen Schema zur Graduierung von Empfehlungen (siehe Tabelle 5) vorgeschlagen.

Ab dem Zeitpunkt der Evidenzübermittlung durch das Leitliniensekretariat an die Arbeitsgruppen konnten diese mit der Ausarbeitung von Empfehlungen beginnen. Zudem wurden für die jeweiligen Leitlinienkapitel die Hintergrundtexte formuliert. Die Arbeitsergebnisse wurden dem Leitliniensekretariat eingereicht und dort gesichtet. Eventuelle Unklarheiten und/oder Überarbeitungswünsche wurden an die Arbeitsgruppen zurückgemeldet. Die überarbeiteten Leitlinienkapitel inkl. der abzustimmenden Empfehlungen wurden zur Vorbereitung auf die Konsensuskonferenzen der Leitliniengruppe sowie der AWMF-Beratung zur Verfügung gestellt. In strukturierten Konsensuskonferenzen, welche ausnahmslos online stattfanden, wurden die erarbeiteten Empfehlungen verabschiedet. Die zu konsentierenden Empfehlungen und aktuellen Versionen der Hintergrundtexte wurden der Leitliniengruppe gemeinsam mit der aufbereiteten Evidenz rechtzeitig zugänglich gemacht. In Einzelfällen wurden Empfehlungen ad hoc in der Konsensuskonferenz von der Leitliniengruppe formuliert. In jede Konsensuskonferenz wurde mit der Darlegung der für die betreffende Sitzung relevante Evidenz eingeführt (Präsentation der Evidenzgrundlage, Rationale und Empfehlungen durch die Arbeitsgruppen) und im Plenum konnten die Teilnehmenden Rückfragen und begründete Änderungsanträge stellen. Die Konferenzen wurden von in der Begleitung entsprechender Prozesse erfahrenen Leitlinienberaterinnen der AWMF neutral moderiert (Dr. Susanne Blödt, Prof. Dr. Ina B. Kopp und Dr. Monika Nothacker). Nach ausreichender Diskussion zu den Empfehlungen und Änderungsanträgen wurden diese abgestimmt, bei Bedarf wurden Dissense diskutiert, Alternativvorschläge erarbeitet und diese endgültig abgestimmt. Die Konsensstärke (Anteil der Zustimmung der Leitliniengruppe zu einer Empfehlung) wurde gemäß des AWMF-Regelwerks klassifiziert:

- Starker Konsens: Zustimmung von > 95 % der Teilnehmer:innen
- Konsens: Zustimmung von > 75 – 95 % der Teilnehmer:innen
- Mehrheitliche Zustimmung: Zustimmung von > 50 – 75 % der Teilnehmer:innen
- Keine mehrheitliche Zustimmung: Zustimmung von ≤ 50 % der Teilnehmer:innen

Ein Konsens mit Annahme der Empfehlung war bei einer Zustimmung von > 75 % der abstimmenden Mandatstragenden erzielt. Enthaltungen aufgrund von Interessenkonflikten wurden von der Grundgesamtheit der abstimmenden Mandatstragenden abgezogen. Wie von der AWMF in der Beratung vorgegeben, wurden Stimmenthaltungen von abstimmungsberechtigten Personen nicht aus der Grundgesamtheit herausgerechnet, was bedeutet, dass alle abgegebenen Stimmen (Zustimmungen, Ablehnungen, Enthaltungen) berücksichtigt wurden, ohne die Enthaltungen bei der Berechnung der Ergebnisquote herauszurechnen. Die Konsensstärke wurde für jede Empfehlung angegeben.

3.5 Verknüpfung von Evidenz und Empfehlung

Die Arbeitsgruppen formulierten auf der Grundlage der inkludierten Evidenz Empfehlungen zu ihren jeweiligen Fragestellungen und schlugen zudem konkrete Empfehlungsgrade vor. Bei diesem Arbeitsschritt wurden die methodischen Qualitätsbewertungen (das Vertrauen in die Evidenz, GRADE Evidence to Decision (EtD) Framework) stets berücksichtigt. Lag keine über die systematische Literaturrecherche eingeschlossene Evidenz vor, beruhte die Formulierung auf indirekter Evidenz, welche nicht den Kriterien der systematischen Recherchen entsprach und/oder Expert:innenerfahrungen. Die formulierten Empfehlungen wurden mit der

Beschreibung der zugrundeliegenden Evidenz in einem entsprechenden Abschnitt (Hintergrundtext) sowie bei systematisch eingeschlossener Literatur mit Evidenzzusammenfassungen nachvollziehbar verknüpft.

Die von den Arbeitsgruppen diskutierten und formulierten Vorschläge für Empfehlungen und deren Stärke, wurden im Anschluss in den online stattfindenden Konsensuskonferenzen vorgestellt und unter Moderation der AWMF durch alle Anwesenden diskutiert. Änderungsvorschläge wurden begründet vorgestellt und konsentiert. Die Graduierung der Empfehlungen basiert, wie im AWMF-Regelwerk beschrieben, auf einer Nutzen-Schaden-Abwägung, dem Vertrauen in die identifizierte Evidenz, den Ansichten und Präferenzen der betroffenen Patient:innen (repräsentiert durch den Patient:innen-Vertreter) sowie der klinischen Expertise der Leitliniengruppe. Im Rahmen der Konsensuskonferenzen wurde zur Verabschiedung der Empfehlungen die methodisch aufbereitete Evidenz unter klinischen Gesichtspunkten betrachtet und die Empfehlungen auf dieser Grundlage diskutiert. Empfehlungen und ihre Stärke wurden nach Diskussion in der Konsensuskonferenz ggf. angepasst. Begründungen für die Empfehlungsgrade wurden in den Hintergrundtexten adressiert. Im gesamten Leitlinienprozess wurde das dreistufige Schema zur Graduierung von Empfehlungen verwendet (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Dreistufiges Schema zur Graduierung von Empfehlungen

Symbol	Empfehlungsgrad	Beschreibung	Formulierung
↑↑	A	Starke Empfehlung	Soll/soll nicht
↑	B	Empfehlung	Sollte/sollte nicht
↔	O	Empfehlung offen	Kann erwogen werden/kann verzichtet werden

4 Projektergebnisse

4.1 Formulierung von klinisch relevanten Fragestellungen, Priorisierung von Endpunkten

Die Arbeitsgruppen erstellten mit Unterstützung durch das Leitliniensekretariat bis zu sechs relevante klinische Fragestellungen (Schlüselfragen), welche in das PICO-Schema übersetzt wurden. Maximal sechs patient:innenrelevante Endpunkte (Outcomes) wurden definiert und nach Wichtigkeit priorisiert. Die entwickelten klinischen/PICO-Fragestellungen wurden der AWMF als methodische Begleitung zur Verfügung gestellt und ggf. mit dem Leitliniensekretariat besprochen und/oder angepasst. Die finalen klinischen/PICO-Fragestellungen dieser Leitlinie sind in der Anlage 2 zu finden.

4.2 Fragestellungen und Endpunkte

In einem ersten Schritt wurde geprüft, ob die bisherigen Fragestellungen der Leitlinie übernommen werden konnten oder im Rahmen der Aktualisierung neu formuliert werden mussten. Aufgrund des aktuellen AWMF-Regelwerkes musste schließlich wie bei der Entwicklung einer neuen Leitlinie vorgegangen werden und die jeweiligen AGs erstellten mithilfe des Leitliniensekretariates die klinischen Fragestellungen im PICO-Format. Nach der Sammlung relevanter Endpunkte wurden diese auf maximal sechs Endpunkte begrenzt und dann durch die AG priorisiert. Die finalen PICO-Fragen bzw. klinischen Fragestellungen wurden schließlich mit der AWMF abgestimmt.

4.3 Systematische Recherche

Über alle Rechschrittschritte hinweg waren Inklusionsgründe für den Einschluss von identifizierten Arbeiten die deutsche und englische Sprache, die Übertragbarkeit auf das deutsche Versorgungssystem (u.a. durch die jeweiligen AGs eingeschätzt) sowie das Erfüllen der jeweiligen PICO-Inhalte. Bei den Primärdaten wurde zudem geprüft, ob die Arbeiten, die nach dem Volltextscreening inkludiert werden sollten, bereits in für die entsprechende PICO-Frage eingeschlossene aggregierte Evidenz eingeflossen sind.

Die Recherchetreffer der jeweiligen Datenbanken wurden in das Literaturverwaltungsprogramm Citavi eingepflegt und Duplikate durch das Programm automatisch entfernt. Während des Screeningprozesses wurden Duplikate, welche nicht durch das Programm entfernt wurden, manuell markiert, dokumentiert und entfernt.

Durch jeweils zwei Personen erfolgte ein konsekutives Titel-, Abstract- und Volltextscreening. Unstimmigkeiten in Bezug auf einzelne Beurteilungen wurden bis zur Konsenserreichung durch Diskussionen gelöst, wozu eine dritte oder auch vierte Person hinzugezogen wurde.

4.3.1 Recherche nach aggregierter Evidenz

In einem ersten Schritt wurde für jede PICO-Frage der 11 AGs nach aggregierter Evidenz recherchiert. Für jede PICO-Frage wurden individuelle Literatursuchen durchgeführt (die vollständigen Syntaxen sind in Anhang 2 zu finden). Ausnahmen stellten Fälle dar, in denen sich die Suchtermini zwischen den PICO-Fragen nicht unterschieden.

Die Suchen wurden im Allgemeinen nicht begrenzt auf einen bestimmten Publikationszeitraum. Ausnahmen stellten Suchen für die AGs Psychotherapeutische Behandlung, Komorbide Psychische Störungen und Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen dar, für welche ausschließlich Publikationen ab 2013 auf Grund der Summe an Publikationen gesucht wurden sowie die AG Diagnostik, für welche nach Rücksprache mit der AG Publikationen ab 2007 gesucht wurden. Die erste Suche wurde für die AG Psychotherapeutische Behandlung am 12.12.2023 durchgeführt, die letzte für die Diagnostik-Fragestellungen der AG Kinder und Jugendliche am 20.11.2024. Für alle PICO-Fragen fand die

Suche in den Onlinedatenbanken PubMed (inkl. MEDLINE), Epistemonikos, Psynex und PsycInfo via EBSCOhost, sowie Web of Science statt.

Aufgrund der hohen Anzahl an PICO-Fragen und Recherchevorgänge werden die Ergebnisse der Suche tabellarisch dargestellt (s. Tabelle 6). Zusätzlich sind in Anhang 3 die im Volltext-Screening ausgeschlossenen Publikationen mit Ausschlussgrund aufgelistet.

Es wurde eine Gesamtzahl von 21.013 Publikationen für die aggregierte Literatursuche identifiziert und gesichtet. Nach der Volltext-Prüfung von 850 Publikationen wurden 218 Publikationen inkludiert.

4.3.2 Recherche nach Primärdaten

Da die identifizierte aggregierte Evidenz die klinischen Fragestellungen dieser Leitlinie nicht in Gänze beantworten konnten, wurden zusätzliche Primärdatenrecherchen (Randomisierte Kontrollstudien und Kohortenstudien) durchgeführt. Letzteres war der Fall, wenn die PICO-Frage nicht hinsichtlich der ersten drei der hierarchisch geordneten Outcomes beantwortet werden konnte, basierend auf der Suche nach aggregierter Evidenz. Wie bei der Recherche nach aggregierter Evidenz wurden für jede PICO-Frage individuelle Literatursuchen durchgeführt (die vollständigen Syntaxen sind in Anhang 2 zu finden). Ausnahmen stellten Fälle dar, in denen sich die Suchtermini zwischen PICO-Fragen nicht unterschieden.

Die Suchzeiträume entsprachen denen für die Suche nach aggregierter Evidenz (s.o.). Ausnahmen stellten AGs dar, in welchen umfassende aggregierte Evidenz vorlag, die eine Suche nach dem entsprechenden Outcome umfasste. In diesen Fällen wurde das Suchdatum entsprechend dem der aggregierten Evidenz festgelegt. Für alle PICO-Fragen fand die Suche in den Onlinedatenbanken PubMed (inkl. MEDLINE), Epistemonikos, Psynex und PsycInfo via EBSCOhost, sowie Web of Science statt.

Es wurde eine Gesamtzahl von 10.416 Publikationen für die Literatursuche der Primärevidenz identifiziert und gesichtet. Nach der Volltext-Prüfung von 221 Publikationen wurden 63 Publikationen inkludiert (s. Tabelle 6).

Insgesamt wurden 30.905 Publikationen und 1.059 Volltexte identifiziert und gesichtet sowie 281 Publikationen inkludiert. Detaillierte Angaben können Tabelle 2 entnommen werden. Zusätzlich sind in Anhang 3 die im Volltext-Screening ausgeschlossenen Publikationen mit Ausschlussgrund aufgelistet.

Die systematische Literatursuche führte dazu, dass auf Grund der Evidenzlage 18 klinische Empfehlungen formuliert werden konnten, während die Evidenzlage für die restlichen klinischen Fragestellungen so gering war, dass 48 Expert:innenkonsense dazu formuliert wurden. Zusätzlich wurden 4 Statements formuliert.

Tabelle 6: Übersicht der Ergebnisse der Recherche zur Aggregierten Evidenz und Primärdaten

AG	PICO(s)	Ergebnisse nach automatischer Duplikatentfernung	Manuelle Duplikatentfernung	Exkludiert im Titel- und Abstractscreening	Inkludiert im Volltext-Screening	Inkludiert
Diagnostik	Aggregierte Evidenz					
	1	633	5	598	34	17
	2	15	0	10	5	1
	3	116	4	110	5	4
Psychotherapie	Aggregierte Evidenz					
	1	3082	25	3015	64	34
	2	1431	23	1375	55	12
	3	366	5	353	13	5
	4	338	7	297	38	17
	5	732	15	710	20	5
	6	489	10	468	22	10
	7	253	9	249	4	1
	Primärdaten					
	4	257	1	255	2	0
	7	307	1	305	2	0
Pharmakotherapie	Aggregierte Evidenz					
	1	169	6	134	33	17
	2	973	4	942	29	12
	3	361	16	299	35	2
	4	86	21	79	6	1
	5	288	23	268	17	2
	6	33	0	29	4	0
	7	262	4	242	17	2

AG	PICO(s)	Ergebnisse nach automatischer Duplikatentfernung	Manuelle Duplikatentfernung	Exkludiert im Titel- und Abstractscreening	Inkludiert im Volltext-Screening	Inkludiert
Pharmakotherapie	Primärdaten					
	7	142	6	140	2	1
Adjuvante Verfahren	Aggregierte Evidenz					
	1	8	0	5	3	0
	2	669	18	624	43	4
	3	325	9	316	9	0
	4	91	1	82	9	0
	Primärdaten					
	4	840	4	806	31	14
Behandlung der komplexen PTBS	Aggregierte Evidenz					
	1-3	378	2	351	26	2
Komorbidität	Aggregierte Evidenz					
	1	1782	30	1761	21	6
	2	352	11	345	7	0
	3	473	13	455	18	0
	4	5	0	2	3	0
	Primärdaten					
	1	563	1	553	10	6
	2	428	6	423	4	0
	3	327	6	326	1	0
	4	26	1	20	6	1



AG	PICO(s)	Ergebnisse nach automatischer Duplikatentfernung	Manuelle Duplikatentfernung	Exkludiert im Titel- und Abstractscreening	Inkludiert im Volltext-Screening	Inkludiert
Ältere	Aggregierte Evidenz					
	1+2	284	5	269	12	2
	3	135	7	6	6	2
	4	39	2	36	3	2
	5	586	8	584	2	2
	Primärdaten					
	1+2	484	6	471	13	9
	3	147	1	147	0	2
Fluchthintergrund	Aggregierte Evidenz					
	1+2	212	1	207	4	0
	3	190	18	168	22	8
	4	33	1	31	2	0
	5	11	0	8	3	0
	Primärdaten					
	1+2	385	6	367	8	8
	3	118	3	107	11	4
	4	173	1	169	4	0
	5	58	0	54	5	3
	6	179	3	173	6	4
Behandlung von Erwachsenen mit Störung der Intelligenzentwicklung (SIE)	Aggregierte Evidenz					
	1-6	524	4	512	12	0
	Primärdaten					
	1-6	684	11	655	26	3

AG	PICO(s)	Ergebnisse nach automatischer Duplikatentfernung	Manuelle Duplikatentfernung	Exkludiert im Titel- und Abstractscreening	Inkludiert im Volltext-Screening	Inkludiert
Kinder und Jugendliche (Diagnostik)	Aggregierte Evidenz					
	1	150	2	143	7	2
	2	294	4	273	21	6
	3	142	0	140	2	0
Kinder und Jugendliche (Behandlung)	Aggregierte Evidenz					
	1	346	3	321	22	3
	2	871	6	812	55	16
	3	356	7	293	60	13
	4	176	1	153	21	0
	5	447	6	438	9	2
	6	122	1	116	5	1
	Primärdaten					
	1	301	2	292	9	2
	2 Toddler	155	0	142	13	0
	2 kPTBS	506	6	485	20	6
	4	1090	7	1079	9	0

AG	PICO(s)	Ergebnisse nach automatischer Duplikatentfernung	Manuelle Duplikatentfernung	Exkludiert im Titel- und Abstractscreening	Inkludiert im Volltext-Screening	Inkludiert
Allgemeine Behandlungsprinzipien	Aggregierte Evidenz					
	1	193	3	176	16	2
	2	443	4	440	3	0
	3	84	1	82	2	0
	4	479	4	460	19	1
	5	666	13	664	2	2
	6	520	3	520	0	0
	Primärdaten					
	1	397	10	391	6	0
	2	1415	14	1414	1	0
	4	528	4	508	20	0
	6	382	1	382	0	0



5 Diskussion der Projektergebnisse

Die im Rahmen des Projektes entwickelte S3-Leitlinie zur Posttraumatische Belastungsstörung stellt die Basis für eine bedarfsgerechte Versorgung von Personen mit einer (k)PTBS dar, welche hiermit deutschlandweit bzw. im deutschsprachigen Raum einheitlich durchgeführt werden kann. Gleichzeitig können sich die Leser:innen dieser Leitlinie aufgrund der Einhaltung der AWMF-Regularien, durch z.B. der systematischen Methodik und neutralen sowie unabhängigen AWMF-Beratung, auf die hohe Qualität dieser verlassen. Es besteht ein hoher Konsens bei den Empfehlungen, welches eine interdisziplinäre Einigkeit zu den Ergebnissen der Diskussionen und Konsense hervorhebt. Eine Herausforderung war der Mangel an Evidenz und die dadurch resultierenden häufigen Expert:innenkonsense im Gegensatz zu evidenzbasierten Empfehlungen.

Der Anteil derjenigen Empfehlungen, die evidenzbasiert sind, lag bei 18 (25,7%), der konsensbasierten Empfehlungen bei 48 (68,6%). Zusätzlich wurden 4 Statements formuliert (5,7%). Dies entspricht nicht der Empfehlung der AWMF-Leitlinien-Kommission, dass mindestens 50% formal evidenzbasierte Empfehlungen in einer S3-Leitlinie vorhanden sein müssen. Der Grund für die Abweichung davon in dieser Leitlinie ist, dass zu verschiedenen, als relevant erachteten Bereichen (z.B. der Diagnostik der PTBS), trotz intensiver systematischer Recherchen teilweise keine Publikationen identifiziert werden konnten, die den Suchkriterien entsprachen. Dies weist auf existierende Forschungslücken zu manchen der in der Leitlinie thematisierten Bereichen hin. Trotz dessen entschied sich die Steuergruppe und Projektleitung nach Rücksprache zum Beibehalt der S3-Stufe, da das methodische Vorgehen einer solchen entspricht und in Bezug auf zentrale Themenfelder (z.B. die psychotherapeutische Behandlung der PTBS betreffend) eine hervorragende Evidenzbasis existiert.

Dies unterstreicht zugleich die Einigkeit der beteiligten Expert:innen, die auf Grundlage ihrer vielfältigen Praxis- und Forschungserfahrungen zu gemeinsamen Schlussfolgerungen gelangten und insgesamt 66 konsensbasierte Empfehlungen verabschiedeten. Gleichzeitig ist hervorzuheben, dass neben dem Mangel an aktueller und umfassender Evidenz auch vorhandene internationale Erkenntnisse häufig nicht uneingeschränkt auf das deutsche Sozial- und Versorgungssystem übertragbar sind. Vor diesem Hintergrund besteht ein dringender Forschungsbedarf im deutschsprachigen Raum, um eine bestmögliche Versorgung von Personen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung sicherzustellen.

Die evidenzbasierten Empfehlungen werden teilweise durch geringe bis mäßige Evidenz gestützt, was auf die zuvor genannten Gründe zurückzuführen ist. Die Entscheidung, diese Evidenz dennoch einzuschließen, basierte auf einem intensiven und kritischen Austausch innerhalb der Arbeitsgruppen und der Leitliniengruppe. Nach sorgfältiger Abwägung von Nutzen, Praxiserfahrungen und Anwendbarkeit wurden sowohl die Inklusion der Evidenz als auch die jeweiligen Empfehlungsgrade als vertretbar und notwendig eingeschätzt. Gleichwohl besteht weiterhin der Bedarf, diese Empfehlungen künftig durch robustere Evidenz zu untermauern.

Durch die Beteiligung einer Patient:innenvertretung konnte die Perspektive von Patient:innen und Betroffenen in das Projekt und dessen Ergebnisse integriert werden. Zusätzlich ermöglicht das entwickelte Informationsblatt für Betroffene eine praxisnahe Anwendung der Leitlinieninhalte für Personen mit einer (k)PTBS. In diesem Material werden unter anderem

das Störungsbild in verständlicher Sprache erläutert sowie relevante Ansprechpartner:innen benannt.

Durch die konsequente Anwendung des AWMF-Regelwerks ist die vorliegende Leitlinie methodisch transparent und zeichnet sich durch einen hohen qualitativen Standard aus.

6 Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Um dem Status einer AWMF-S3-Leitlinie auch langfristig zu entsprechen, muss diese alle 5 Jahre aktualisiert werden. Somit ist geplant, dass diese Aktualisierung in maximal 5 Jahren beginnt. Die Leitlinie ist allen interessierten Personen kostenlos über die AWMF-Webseite erhältlich. Gleichzeitig haben Personen auch die Möglichkeit, das Informationsblatt für Betroffene, in Praxen, Opferhilfestellen und anderen Orten zur Verfügung zu stellen.

Durch die konsequente Einhaltung der AWMF-Vorgaben resultieren die Projektergebnisse in einer hochqualitativen S3-Leitlinie, die auf der aktuellen Evidenz sowie auf Expert:innenkonsensen basiert. Sie stellt Behandler:innen, Wissenschaftler:innen, Versorger:innen, politischen Entscheidungsträger:innen sowie Betroffenen und deren Angehörigen fundiertes Wissen zur Verfügung und setzt zugleich Impulse dafür, dass sich mehr Versorger:innen mit dem Störungsbild auseinandersetzen. Dadurch können unter anderem bestehende Behandlungsunsicherheiten reduziert und die Voraussetzungen für eine dringend notwendige flächendeckende Versorgung der Betroffenen verbessert werden.

Durch die in diesem Bericht sowie in der Leitlinie genannten Forschungslücken bzw. -bedarfen, kann diese Leitlinie zugleich als Orientierung und Aufruf für klinisch relevante, methodisch hochqualitative Studien dienen.

7 Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Es sind mehrere Publikationen geplant, welche begonnen wurden, als die Leitlinie verabschiedet wurde. Eine Übersicht der geplanten Bereiche sind folgend aufgelistet:

- Publikation der Leitliniendokumente durch die AWMF
- Publikation der Leitlinie als Buch durch den Springer-Verlag
- Wissenschaftliche Publikationen der Hauptergebnisse
- Wissenschaftliche Publikationen aus den Arbeitsgruppen

Die Hauptergebnisse werden durch die Steuergruppenmitglieder und das Leitliniensekretariat veröffentlicht, während die Arbeitsgruppen die Möglichkeit haben, ihre Ergebnisse eigenständig zu veröffentlichen.

IV Literaturverzeichnis

Keine Einträge.

V Anlagen

Anlage 1:	Anmerkungen der Patient:innenvertretung
Anlage 2:	Klinische Fragestellungen/ PICOs
Anlage 3:	Suchstrategien
Anlage 4:	PRISMA-Flussdiagramm der Aggregierten Evidenz und Primärdaten
Anlage 5:	Evidenztabelle, GRADE-Profil, AMSTAR-2-Profil, RoB-2-Profil und SIGN-Profil
Anlage 6:	Interessenserklärungen
Anlage 7:	Informationsblatt für Betroffene
Anlage 8:	Ergänzende Ressourcen der AGs
Anlage 9:	S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörungen
Anlage 10:	Leitlinienreport

S3-Leitlinie

Posttraumatische Belastungsstörung

Anlage 1 | Anmerkungen der Patient:innenvertretung

AWMF-Register Nr. 155/ 001
Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-001>
Version: 2.0

Federführung

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)

Koordination

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Konsortialpartner

Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt (KU)

Ludwig-Maximilian-Universität München (LMU)

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF23008 gefördert.

Anmerkungen der Patient:innenvertretung

Betroffenenrat bei der Unabhängigen Bundesbeauftragten gegen sexuellen Missbrauch von Kindern und Jugendlichen (UBSKM)

Anmerkung zu Empfehlung 2.1

Aus Sicht des Betroffenenrats ist wichtig anzumerken, dass bei der Wahl eines Therapieverfahrens die aus Sicht der Patient:innen in ihrer jeweiligen Lebenssituation relevanten Aspekte ausschlaggebend sein müssen. Wenn Patient:innen ein anderer Behandlungsfokus wichtig ist, muss diesem Umstand Rechnung getragen werden. Ein Verfahren muss beispielsweise an die Bedarfe der Person angepasst oder auf Verfahren hingewiesen werden, die diesen Behandlungsfokus verwirklichen. Die momentanen Forschungsdesiderate betreffen u.a. psychodynamische und systemische Verfahren. Desweiteren fehlen aktuell nicht nur Forschungsergebnisse zu Langzeitwirkungen, sondern auch zu adverse effects (AE) sowie zu traumasensibler Akutversorgung in Krisen. Forschung zu den genannten Aspekten sollte partizipativ erfolgen, da sonst für Patient:innen relevante Wirkungen, AE und Kontextfaktoren abseits der einzelnen Symptome nicht erfasst werden.

Anmerkung zu den Empfehlungen 11.2 und 11.5

Aus Sicht des Betroffenenrats ist äquivalent zum Therapieangebot für Erwachsene bei Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen, dass der Fokus der Patient:innen letztlich ausschlaggebend für die Verfahrenswahl sein muss. Die Vielzahl wissenschaftlich anerkannter Verfahren und die Möglichkeit, Verfahren im Rahmen professioneller Standards an die Bedarfe von Patient:innen anzupassen, unterstützen dabei. Dazu gehört auch, dass die situative Stimmigkeit des Behandlungsfokus für die einzelnen Kinder bzw. Jugendlichen sorgfältig geprüft wird, wenn diese nicht auf eine traumafokussierte Therapie ansprechen. Neben der Abwägung eines größeren Zeitbedarfs muss ebenso berücksichtigt werden, ob nicht zum betreffenden Zeitpunkt ein anderer Behandlungsfokus sinnvoller ist.

S3-Leitlinie

Posttraumatische Belastungsstörung

Anlage 2 | Klinische Fragestellungen/ PICOs

AWMF-Register Nr. 155/ 001
Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-001>
Version: 2.0

Federführung

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)

Koordination

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Konsortialpartner

Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt (KU)

Ludwig-Maximilian-Universität München (LMU)

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF23008 gefördert.

Inhaltsverzeichnis

1. Kapitel: Diagnostik	3
2. Kapitel: Psychotherapeutische Behandlung	8
3. Kapitel: Pharmakotherapeutische Verfahren.....	15
4. Kapitel: Adjuvante Verfahren	22
5. Kapitel: Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung	27
6. Kapitel: Komorbide psychische Störungen.....	31
7. Kapitel: Behandlung von älteren Personen	35
8. Kapitel: Behandlung von Erwachsenen mit Fluchthintergrund	42
9. Kapitel: Behandlung von Erwachsenen mit Störung der Intelligenzentwicklung (SIE)	49
10. Kapitel: Diagnostik der PTBS bei Kindern und Jugendlichen	55
10. Kapitel: Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen	60
11. Kapitel: Allgemeine Behandlungsprinzipien	69

PICO-Fragen für S3-Leitlinie PTBS

1. Kapitel: Diagnostik



Pro Frage gegebenenfalls

T= Zeitrahmen der Recherche und

S= Studiendesign ergänzen

1. Klinische Frage: Welches der ausgewählten, in deutscher Sprache verfügbaren Instrumente zeigt bei der Anwendung an Personen, bei denen ein Verdacht auf PTBS (entsprechend ICD-10-, ICD-11- bzw. DSM-5-Kriterien) geprüft werden soll, eine zufriedenstellende Güte?

1	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	<i>Charakterisierung der Patient:innengruppe: Festlegung von z.B.</i> <i>Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium</i>	<i>Charakterisierung der Intervention</i> <i>Intervention (diagn. /therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards</i>	<i>Nennung der Alternativen:</i> <i>Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention</i>	<i>Bis zu 6 Patient:innenrelevante, eindeutig definierte priorisierte Endpunkte</i> <i>(z.B. Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität)</i> <i>für Diagnostik u.a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie</i>
1	Personen mit Verdacht auf eine PTBS, mit Blick auf folgende Merkmale: (Noch) nicht Teil der klinischen Population UND/ODER Teil der	CAPS-5: Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 CIDI-5: Composite International Diagnostic Interview, Version 5 ETI: Essener Trauma-Inventar	Keine Vergleichsintervention ODER	Welche Güte weisen die Instrumente auf 1. Validität 2. Reliabilität

	klinischen Population(en)	IES: Impact of Event Scale ITI: International Trauma Inventory ITQ: International Trauma Questionnaire PCL-5: PTSD Checklist for DSM-5 PDS-5: PTSD Diagnostic Scale for DSM-5 SCID-5-CV: Structured Clinical Interview for DSM-5, Clinician Version	Unstrukturierte Diagnostik ODER Anderes Instrument	3. Sensitivität 4. Sensitivität für Veränderung 5. Spezifität 6. Utility/Ökonomie

2. Klinische Frage: Welches der ausgewählten, in deutscher Sprache verfügbaren Instrumente zeigt bei der Anwendung an Personen, bei denen ein Verdacht auf kPTBS (entsprechend ICD-11-Kriterien) geprüft werden soll, eine zufriedenstellende Güte?

2	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
2	Personen mit Verdacht auf eine kPTBS, mit Blick auf folgende Merkmale: (Noch) nicht Teil der klinischen Population UND/ODER Teil der klinischen Population(en)	DTQ: Developmental Trauma Questionnaire CATS-2: Child and Adolescent Trauma Screen 2 COPISAC: Complex PTSD Item Set Additional to the CAPS SOTS: Symptoms of Trauma Scale DSS/DSS-B: Dissociative Symptoms Scale - (Brief Version)	Keine Vergleichsintervention ODER Unstrukturierte Diagnostik ODER Anderes Instrument	Welche Güte weisen diese auf 1. Validität 2. Reliabilität 3. Sensitivität 4. Sensitivität für Veränderung 5. Spezifität 6. Utility/ Ökonomie

3. Klinische Frage: Welches der ausgewählten, in deutscher Sprache verfügbaren Instrumente zur Erfassung der psychosozialen Funktionsfähigkeit und/oder Lebensqualität zeigen bei der Anwendung an Personen mit (k)PTBS (entsprechend ICD-10-, ICD-11- bzw. DSM-5-Kriterien) eine zufriedenstellende Güte?

3	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
3	Personen mit Verdacht auf eine PTBS oder kPTBS, mit Blick auf folgende Merkmale: (Noch) nicht Teil der klinischen Population/Allgemeinbevölkerung UND/ ODER Teil der klinischen Population(en)	B-IPF: Brief Index of Positive Functioning GAF: Global Assessment of Functioning ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health IPF: Index of Positive Functioning PWI: Personal Wellbeing Index Q-LES-Q-SF: Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire - Short Form SAS-SR: Social Avoidance and Distress Scale - Self Report SDS: Sheehan Disability Scale SF-12: Short Form Health Survey (12 items) SWLS: Satisfaction With Life Scale WHO-5: World Health Organization Well-Being Index	Keine Vergleichsintervention ODER Unstrukturierte Diagnostik ODER Anderes Instrument	Welche Güte weisen diese auf 1. Validität 2. Reliabilität 3. Sensitivität 4. Sensitivität für Veränderung 5. Spezifität 6. Utility/ Ökonomie

		WHODAS 2.0: World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life - Brief Version <i>(sowohl im deutschen als auch im internationalen Sprachraum)</i>		

PICO-Fragen für S3-Leitlinie PTBS

2. Kapitel: Psychotherapeutische Behandlung



1. Klinische Fragestellung: Welche psychotherapeutischen Interventionen (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Psychotherapie) sind bei Patient:innen mit PTBS-Symptomen im Erwachsenenalter effektiver als sowohl inaktive als auch aktive Kontrollbedingungen hinsichtlich der Reduktion von PTBS-, Depressions- und Angstsymptomen sowie der Steigerung der Lebensqualität und des Funktionsniveaus?

1	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
1	Patient*innen mit PTBS-Symptomen im Erwachsenenalter (ab 18 Jahren)	Psychotherapeutische Interventionen zur Reduktion von PTBS-Symptomen als primäres Outcome (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Psychotherapie)	Inaktive (z.B. Nichtbehandlung, Wartelistenkontrollgruppe) und aktive Kontrollbedingungen (z.B. TAU, anderes psychotherapeutisches Verfahren als die jeweilige Experimentalintervention)	1. PTBS-Symptome (Gesamtscore) 2. PTBS-Symptome (Subskalen, d.h. Symptomcluster, getrennt betrachtet) 3. Depressionssymptome 4. Angstsymptome 5. Lebensqualität 6. Funktionsniveau

2. Klinische Fragestellung: Gibt es eine systematische Überlegenheit einer Variante der traumafokussierten Psychotherapie bei Patient:innen mit PTBS-Symptomen im Erwachsenenalter hinsichtlich der Reduktion von PTBS-, Depressions- und Angstsymptomen sowie der Steigerung der Lebensqualität und des Funktionsniveaus?

2	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
2	Patient*innen mit PTBS-Symptomen im Erwachsenenalter (ab 18 Jahren)	Varianten traumafokussierter Psychotherapie (u.a. EMDR, Prolongierte Exposition, Kognitive Verarbeitungstherapie, Kognitive Therapie nach Ehlers & Clark, Narrative Expositionstherapie, Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD, Imagery Rescripting, STAIR/NT, DBT-PTBS, traumafokussierte psychodynamische Psychotherapie, Virtual Reality Exposure Therapy [VRET]) zur Reduktion von PTBS-Symptomen als primäres Outcome	-	1. PTBS-Symptome (Gesamtscore) 2. PTBS-Symptome (Subskalen, d.h. Symptomcluster, getrennt betrachtet) 3. Depressionssymptome 4. Angstsymptome 5. Lebensqualität 6. Funktionsniveau

3. Klinische Fragestellung: Sind phasenbasierte psychotherapeutische Interventionen bei Patient:innen mit PTBS-Symptomen im Erwachsenenalter effektiver als rein traumafokussierte oder nicht-traumafokussierte psychotherapeutische Interventionen hinsichtlich der Reduktion von PTBS-, Depressions- und Angstsymptomen sowie der Steigerung der Lebensqualität und des Funktionsniveaus?

3	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
3	Patient*innen mit PTBS-Symptomen im Erwachsenenalter (ab 18 Jahren)	Phasenbasierte psychotherapeutische Behandlungsansätze (u.a. STAIR/NT, DBT-PTBS) zur Reduktion von PTBS-Symptomen als primäres Outcome	traumafokussierte psychotherapeutische Behandlungsansätze nicht-traumafokussierte psychotherapeutische Behandlungsprogramme oder inaktive Kontrollbedingungen	1. PTBS-Symptome (Gesamtscore) 2. PTBS-Symptome (Subskalen, d.h. Symptomcluster, getrennt betrachtet) 3. Depressionssymptome 4. Angstsymptome 5. Lebensqualität 6. Funktionsniveau

4. Klinische Fragestellung: Wie ist die Effektivität technologiegestützter (traumafokussierter) psychotherapeutischer Interventionen bei Patient:innen mit PTBS-Symptomen im Erwachsenenalter im Vergleich zu inaktiven und aktiven (insbesondere traumafokussierte psychotherapeutische Interventionen im direkten Kontakt zwischen Patient:innen und Therapeut:innen) Kontrollbedingungen hinsichtlich der Reduktion von PTBS-, Depressions- und Angstsymptomen sowie der Steigerung der Lebensqualität und des Funktionsniveaus?

4	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
4	Patient*innen mit PTBS-Symptomen im Erwachsenenalter (ab 18 Jahren)	Technologiegestützte (traumafokussierte) psychotherapeutische Behandlung (internet-, telefon- oder videobasiert, Exposition in der virtuellen Realität) zur Reduktion von PTBS-Symptomen als primäres Outcome	(Traumafokussierte) psychotherapeutische Behandlung im direkten Kontakt zwischen Patient*innen und Therapeut*innen zur Reduktion von PTBS-Symptomen als primäres Outcome oder inaktive Kontrollbedingungen (z.B. Nichtbehandlung, Wartelistenkontrollgruppe) oder andere aktive Kontrollbedingungen (z.B. TAU)	1. PTBS-Symptome (Gesamtscore) 2. PTBS-Symptome (Subskalen, d.h. Symptomcluster, getrennt betrachtet) 3. Depressionssymptome 4. Angstsymptome 5. Lebensqualität 6. Funktionsniveau

5. Klinische Fragestellung: Wie ist die Effektivität (traumafokussierter) psychotherapeutischer Behandlung von Patient:innen mit PTBS-Symptomen im Erwachsenenalter im Gruppensetting im Vergleich zu inaktiven und aktiven (insbesondere traumafokussierte psychotherapeutische Behandlung im Einzelsetting) Kontrollbedingungen hinsichtlich der Reduktion von PTBS-, Depressions- und Angstsymptomen sowie der Steigerung der Lebensqualität und des Funktionsniveaus?

5	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
5	Patient*innen mit PTBS-Symptomen im Erwachsenenalter (ab 18 Jahren)	(Traumafokussierte) psychotherapeutische Behandlung im Gruppensetting zur Reduktion von PTBS-Symptomen als primäres Outcome	(Traumafokussierte) psychotherapeutische Behandlung im Einzelsetting zur Reduktion von PTBS-Symptomen als primäres Outcome oder inaktive Kontrollbedingungen (z.B. Nichtbehandlung, Wartelistenkontrollgruppe) oder andere aktive Kontrollbedingungen (z.B. TAU)	1. PTBS-Symptome (Gesamtscore) 2. PTBS-Symptome (Subskalen, d.h. Symptomcluster, getrennt betrachtet) 3. Depressionssymptome 4. Angstsymptome 5. Lebensqualität 6. Funktionsniveau

6. Klinische Fragestellung: Sind (traumafokussierte) psychotherapeutische Interventionen bei Patient:innen mit PTBS-Symptomen im Erwachsenenalter auch mittel- und langfristig wirksam hinsichtlich PTBS-, Depressions- und Angstsymptomen sowie der Lebensqualität und des Funktionsniveaus?

6	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
6	Patient*innen mit PTBS-Symptomen im Erwachsenenalter (ab 18 Jahren)	(Traumafokussierte) psychotherapeutische Behandlung zur Reduktion von PTBS-Symptomen als primäres Outcome	-	1. Mittel- und langfristige PTBS-Symptome (Gesamtscore) 2. Mittel- und langfristige PTBS-Symptome (Subskalen, d.h. Symptomcluster, getrennt betrachtet) 3. Mittel- und langfristige Depressionssymptome 4. Mittel- und langfristige Angstsymptome 5. Mittel- und langfristige Lebensqualität 6. Mittel- und langfristige Funktionsniveau wobei mittelfristig als mind. 6 Monate nach Therapieende definiert ist und langfristig als mind. 12 Monate nach Therapieende

7. Klinische Fragestellung: Welche Behandlungsfrequenz einer (traumafokussierten) psychotherapeutischen Behandlung von Patient:innen mit PTBS-Symptomen im Erwachsenenalter führt zu einer vergleichbaren oder höheren Effektivität als die Standardbehandlungsfrequenz von einmal pro Woche hinsichtlich der Reduktion von PTBS-, Depressions- und Angstsymptomen sowie der Steigerung der Lebensqualität und des Funktionsniveaus?

7	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
7	Patient*innen mit PTBS-Symptomen im Erwachsenenalter (ab 18 Jahren)	(Traumafokussierte) psychotherapeutische Behandlung zur Reduktion von PTBS-Symptomen als primäres Outcome mit einer von der Standardbehandlungsfrequenz von einmal pro Woche abweichenden Behandlungsfrequenz	(Traumafokussierte) psychotherapeutische Behandlung zur Reduktion von PTBS-Symptomen als primäres Outcome mit der Standardbehandlungsfrequenz von einmal pro Woche	1. PTBS-Symptome (Gesamtscore) 2. PTBS-Symptome (Subskalen, d.h. Symptomcluster, getrennt betrachtet) 3. Depressionssymptome 4. Angstsymptome 5. Lebensqualität 6. Funktionsniveau

PICO-Fragen für S3-Leitlinie PTBS

3. Kapitel: Pharmakotherapeutische Verfahren



1. Klinische Frage: Ist eine Pharmakotherapie mit Antidepressiva oder Antipsychotika bei erwachsenen Personen mit einer PTBS effektiver hinsichtlich der Verringerung der PTBS-Symptome, unterscheidbar in der Anzahl oder Ausprägung der Nebenwirkungen, Verringerung der Depressionssymptome oder Verbesserung der Lebensqualität im Vergleich zu Placebo?

1	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
1	Personen mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) und einem Alter von ≥ 18 Jahre	Pharmakotherapie mit Antidepressiva oder Antipsychotika Antidepressiva: Sertralin Paroxetin Fluoxetin Citalopram Es-Citalopram Venlafaxin Mirtazapin Amitriptylin Antipsychotika: Quetiapin Olanzapin Risperidon	Placebo	1. PTBS-Symptome (Gesamtscore) 2. PTBS-Symptome (Subskalen, d.h. Symptomcluster, getrennt betrachtet) 3. Mittel (6 Monate)- und langfristige (12 Monate) PTBS-Symptome (Gesamtscore) 4. Nebenwirkungen (AEs, SAEs, Dropouts aufgrund von AEs) 5. Depressionssymptome 6. Lebensqualität

2. Klinische Frage: Ist eine Pharmakotherapie mit Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRIs) bei erwachsenen Personen mit einer PTBS effektiver hinsichtlich der Verringerung der PTBS-Symptome, unterscheidbar in der Anzahl oder Ausprägung der Nebenwirkungen, Verringerung der Depressionssymptome oder Angstsymptome oder Verbesserung der Lebensqualität im Vergleich zu einer Psychotherapie oder der Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie mit SSRIs?

2	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
2	Personen mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) und einem Alter von ≥ 18 Jahre	Pharmakotherapie mit Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRIs) SSRIs: Sertralin Paroxetin Fluoxetin	Psychotherapie (Traumafokussierte Verfahren (inklusive EMDR), Interpersonelle Therapie (IPT)) oder <i>Kombination aus Psychotherapie (Traumafokussierte Verfahren (inklusive EMDR) und Interpersonelle Therapie (IPT)) und Pharmakotherapie (SSRI (Sertralin, Paroxetin))</i>	1. PTBS-Symptome (Gesamtscore) 2. PTBS-Symptome (Subskalen, d.h. Symptomcluster, getrennt betrachtet) 3. Nebenwirkungen (AEs, SAEs, Dropouts aufgrund von AEs) 4. Depressionssymptome 5. Angstsymptome 6. Lebensqualität

3. Klinische Frage: Pharmakotherapie bei erwachsenen Personen mit einer PTBS und Schlafstörungen (Insomnie oder Albträume) effektiver hinsichtlich der Verbesserung der Schlafparameter und Albträume im Vergleich zu Placebo?

3	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
3	Personen mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) und einem Alter von ≥ 18 Jahre UND Symptomen einer Schlafstörung (Albträume ODER Insomnie)	Pharmakotherapie Relevant bei Albträumen: Substanzen, die über Adrenorezeptoren wirken (Prazosin, Doxazosin, Clonidin, Tamsulosin, Guanfacin) Cannabinoide Relevant bei Insomnie: Antihistaminerge Substanzen (Antidepressiva (Doxepin, Trimipramin, Trazodon, Amitriptylin, Mirtazapin)) Klassische Neuroleptika (Melperon, Pipamperon) Quetiapin Klassische Antihistaminika (Diphenhydramin, Doxylamin, Hydroxyzin, Promethazin) Topiramat Agomelatin Melatonin Orexin-Antagonisten Z-Substanzen	Placebo	1. Ein- und Durchschlafparameter (z. B. Schlaftagebuch, PSQI) 2. Albträume (z.B. CAPS-IV, B2 Item) 3. Nebenwirkungen (AEs, SAEs, Dropouts aufgrund von AEs)

4. Klinische Frage: Ist eine Pharmakotherapie bei erwachsenen Personen mit PTBS und dissoziativen Symptomen effektiver hinsichtlich der Verringerung der dissoziativen Symptome im Vergleich zu Placebo?

4	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
4	Personen mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) und einem Alter von ≥ 18 Jahre UND dissoziativen Symptomen	Pharmakotherapie mit Opioidantagonisten oder Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRIs) (Paroxetin)	Placebo	1. Dissoziative Symptome 2. Nebenwirkungen (AEs, SAEs, Dropouts aufgrund von AEs)

5. Klinische Frage: Führt eine pharmakologische Augmentation (als Einzelintervention) zu einer Pharmakotherapie bei erwachsenen Personen mit PTBS zu einer Verringerung der PTBS-Symptome, unterscheidbaren Anzahl oder Ausprägung der Nebenwirkungen, Verringerung der Depressionssymptome oder Angstsymptome oder Verbesserung der Lebensqualität im Vergleich zu einer Augmentation mit Placebo zu einer Pharmakotherapie?

5	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
5	Personen mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) und einem Alter von ≥ 18 Jahre	Pharmakotherapie mit Antidepressiva plus Pharmakotherapie mit Antipsychotika	Pharmakotherapie mit Antidepressiva plus Placebo	1. PTBS-Symptome (Gesamtscore) 2. PTBS-Symptome (Subskalen, d.h. Symptomcluster, getrennt betrachtet) 3. Nebenwirkungen (AEs, SAEs, Dropouts aufgrund von AEs) 4. Depressionssymptome 5. Angstsymptome 6. Lebensqualität

6. Klinische Frage: Ist eine Pharmakotherapie mit Benzodiazepinen oder Z-Substanzen bei erwachsenen Personen mit PTBS effektiver hinsichtlich der Verringerung der PTBS-Symptome, einer unterscheidbaren Anzahl oder Ausprägung der Nebenwirkungen, Verringerung der Depressionssymptome oder Angstsymptome oder Verbesserung der Lebensqualität im Vergleich zu Placebo?

6	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
6	Personen mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) und einem Alter von ≥ 18 Jahre	Pharmakotherapie mit Benzodiazepinen oder Z-Substanzen Z-Substanzen: Es-Zopiclone Zopiclone Zolpidem	Placebo	1. PTBS-Symptome (Gesamtscore) 2. PTBS-Symptome (Subskalen, d.h. Symptomcluster, getrennt betrachtet) 3. Nebenwirkungen (AEs, SAEs, Dropouts aufgrund von AEs) 4. Depressionssymptome 5. Angstsymptome 6. Lebensqualität

7. Klinische Frage: Führt eine pharmakologische Augmentation (als Einzelintervention) zu einer traumafokussierten Psychotherapie bei erwachsenen Personen mit PTBS zu einer Verringerung der PTBS-Symptome, unterscheidbaren Anzahl oder Ausprägung der Nebenwirkungen, Verringerung der Depressionssymptome oder Angstsymptome oder Verbesserung der Lebensqualität im Vergleich zu einer Augmentation mit Placebo zu einer traumafokussierten Psychotherapie?

7	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
7	Personen mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) und einem Alter von ≥ 18 Jahre	traumafokussierte Psychotherapie plus Pharmakotherapie (Paroxetin, Sertralin, Methylenedioxymethamphetamine (MDMA))	traumafokussierte Psychotherapie plus Placebo	1. PTBS-Symptome (Gesamtscore) 2. PTBS-Symptome (Subskalen, d.h. Symptomcluster, getrennt betrachtet) 3. Nebenwirkungen (AEs, SAEs, Dropouts aufgrund von AEs) 4. Depressionssymptome 5. Angstsymptome 6. Lebensqualität

PICO-Fragen für S3-Leitlinie PTBS

4. Kapitel: Adjuvante Verfahren



1. Klinische Frage: Sind adjuvante Verfahren (siehe I) zusätzlich zu den in nationalen und internationalen PTBS-Leitlinien empfohlenen psychotherapeutischen Verfahren (Traumafokussierte Psychotherapie, Kognitive Verhaltenstherapie, EMDR) oder einer Pharmakotherapie bei Personen mit einer (k)PTBS (siehe Anlage 2 für Definition der Population) effektiver hinsichtlich der PTBS-Symptomreduktion, Verbesserung der psychischen Gesundheit, Steigerung des Wohlbefindens, Steigerung der Lebensqualität, Verbesserung der Emotionen oder Reduktion von Dissoziation im Vergleich zu keiner der (der definierten) adjuvanten Verfahren?

1	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
1	PTBS/ kPTBS UND Erwachsene ODER Kinder und Jugendliche ODER Personen mit Fluchthintergrund ODER Personen mit intellektuellen Beeinträchtigungen ODER Ältere Personen ODER Komorbide Störungen Individuals with (complex) PTSD AND Adults	Traumafokussierte Psychotherapie ODER Kognitive Verhaltenstherapie ODER EMDR ODER Pharmakotherapie plus Acupuncture (Hollifield et al. 2007; Wang et al. 2012) Neurofeedback (Noohi et al. 2017; Van der Kolk et al. 2016) Saikokeishikankyoto (Numata et al. 2014) Somatic Experiencing (Bromet al. 2017) Transcranial Magnetic Stimulation (Ahmadizadeh et al. 2018)	Traumafokussierte Psychotherapie ODER Kognitive Verhaltenstherapie ODER EMDR ODER Pharma. ODER TAU OHNE Adjuvante Verfahren Trauma focused psychotherapy OR Cognitive behavioral therapy OR EMDR OR TAU MINUS complementary therapies OR supplementary treatment	1. PTBS-Symptomreduktion 2. Psychische Gesundheit (Depression, Angst, Scham) 3. Wohlbefindens 4. Lebensqualität 5. Emotionen (Ausdruck, Regulation, Verbalisierung) 6. Dissoziation <i>engl:</i> 1. <i>PTSD symptom reduction/improvement</i> 2. <i>Improvement in psychological health (depression, anxiety, shame)</i> 3. <i>Increase in well-being</i>

	OR Children and adolescents OR refugees OR individuals with intellectual challenges/ limitations OR Elderly individuals)	Yoga (Carter et al. 2013; Mitchell et al. 2014; Van der Kolk et al. 2014) Exercise (exercise, aerobic exercise, sports) (Byrant et. Al 2022) Insomnia treatment (sleep, REM, hypnosis (Ranney et al.2022) Animal-assisted interventions (service dogs, equine-assisted therapy) (Hediger et al. 2021; Leighton et al. 2022) Hypnosis (hypnotherapy) (Adritte Hall et al. 2021) Biofeedback (Respiratory Sinus Arrhythmia Biofeedback, breathing biofeedback) (Rosaura Polak et al. 2015) Time outdoors / Nature-based treatment (Bettmann et al. 2021) Mantram repetition (Malaktaris et al 2022) METTA (Loving-Kindness Meditation, compassion meditation) (Kümmerle et al. 2022) Soziotherapie		4. <i>Increase in quality of life</i> 5. <i>emotions (express/ deal with/ verbalize)</i> 6. <i>Reduction of/ decrease in dissociation</i>

2. Klinische Frage: Sind adjuvante Künstlerische Therapien zusätzlich zu einem in nationalen und internationalen PTBS-Leitlinien empfohlenen psychotherapeutischen Verfahren (Traumafokussierte Psychotherapie, Kognitive Verhaltenstherapie, EMDR, TAU) bei Personen mit einer (k)PTBS (siehe Anlage 2 für Definition der Population) effektiver hinsichtlich der PTBS-Symptomreduktion, Verbesserung der psychischen Gesundheit, Verbesserung der Emotionen, Reduktion von Dissoziation, Steigerung der Lebensqualität oder Steigerung des Wohlbefindens im Vergleich zu keiner (der definierten) adjuvanten Künstlerischen Therapien?

2	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
2	Personen mit (k)PTBS UND Erwachsene ODER Kinder und Jugendliche ODER Personen mit Fluchthintergrund ODER Personen mit intellektuellen Beeinträchtigungen ODER Ältere Personen ODER Komorbide Störungen Individuals with (complex) PTSD AND Adults OR Children and adolescents OR	Traumafokussierte Psychotherapie ODER Kognitive Verhaltenstherapie ODER EMDR ODER TAU UND Kunsttherapie ODER Gestaltungstherapie ODER Kreativtherapie ODER Musiktherapie ODER Tanztherapie ODER Tanz- und Bewegungstherapie ODER Poesietherapie ODER Schreibtherapie ODER Expressives Schreiben ODER Theatertherapie ODER Heileurythmie ODER Künstlerische Therapien <i>engl:</i> <i>Art Therapy OR</i> <i>Creative Therapy OR</i> <i>Music Therapy OR</i> <i>Dance Movement Therapy OR</i> <i>Dance/Movement Therapy OR</i> <i>Dance-Movement Therapy OR</i>	Traumafokussierte Psychotherapie ODER Kognitive Verhaltenstherapie ODER EMDR ODER TAU OHNE Adjuvante Verfahren <i>engl:</i> <i>Trauma focused psychotherapy OR</i> <i>Cognitive behavioral therapy OR</i> <i>EMDR OR</i> <i>TAU MINUS</i> <i>complementary therapies OR</i> <i>supplementary treatment</i>	1. PTBS-Symptome 2. Psychische Gesundheit (Depression, Angst, Scham) 3. Emotionen (Ausdruck, Regulation, Verbalisierung) 4. Dissoziation 5. Lebensqualität 6. Wohlbefinden <i>engl:</i> 1. <i>PTSD symptom reduction/improvement</i> 2. <i>Improvement in psychological health (depression, anxiety, shame)</i> 3. <i>emotions (express/ deal with/ verbalize)</i> 4. <i>Reduction of/decrease in dissociation</i> 5. <i>Increase in quality of life</i> 6. <i>Increase in well-being</i>

	refugees OR individuals with intellectual challenges/ limitations OR Elderly individuals)	<i>Poetry Therapy OR Writing Therapy OR Expressive Writing OR Drama Therapy OR Eurythmy Therapy OR Expressive Arts Therapy AND Trauma focused psychotherapy OR Cognitive behavioral therapy OR EMDR OR TAU</i>		

3. Klinische Frage: Sind adjuvante ergotherapeutische Interventionen zusätzlich zu den in nationalen und internationalen PTBS-Leitlinien empfohlenen psychotherapeutischen Verfahren (Traumafokussierte Psychotherapie, Kognitive Verhaltenstherapie, EMDR) oder einer Pharmakotherapie bei Personen mit einer (k)PTBS (siehe Anlage 2 für Definition der Population) effektiver hinsichtlich der Verbesserung der Lebensqualität, Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, häufigeren Partizipation an bedeutungsvollen Betätigungen, selbstständigen Lebensführung, emotionaler und mentaler Stabilisierung oder Prävention von Folgeerkrankungen im Vergleich zu keinen adjuvanten ergotherapeutischen Interventionen (inkl. einem Treatment-As-Usual)?

3	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
3	Personen mit einer (k)PTBS (Erwachsene Kinder und Jugendliche Personen mit Fluchthintergrund Personen mit intellektuellen Beeinträchtigungen Ältere Personen) Erwachsene/ Kinder und Jugendliche mit Fluchthintergrund Erwachsene/ Kinder und Jugendliche mit intellektuellen Beeinträchtigungen	Traumafokussierte Psychotherapie ODER Kognitive Verhaltenstherapie ODER EMDR ODER Pharmakotherapie plus Adjuvante ergotherapeutische Interventionen Occupational therapy OR Occupational Therap* OR Occupation OR leisure OR Ergotherapie OR Ergotherapy OR Ergotherap* OR Occupation therapy departments OR Occupational therapy treatment OR Agency OR Vocational OR Vocational Rehabilitation OR work	Traumafokussierte Psychotherapie ODER Kognitive Verhaltenstherapie ODER EMDR ODER Pharma Ohne Adjuvante ergo-therapeutischen Interventionen ; einfache Freizeitgestaltung TAU (treatment as usual)	1. Lebensqualität 2. Erwerbstätigkeit 3. Partizipation an bedeutungsvollen Betätigungen(COPM=CMOP, Mohost, Ocairs, Basisbogen zur Erfassung der Handlungsfähigkeit nach M. Blaser, Kawa) 4. Selbstständige Lebensführung (COPM=CMOP, Mohost, Ocairs, Basisbogen zur Erfassung der Handlungsfähigkeit nach M. Blaser, Kawa) 5. emotionale und mentale Stabilisierung 6. Prävention von Folgeerkrankungen (auf allen Ebenen) Terms to search for: Employment, job coaching, individual placement, participation, Quality of life, Reintegration, work, meaningful occupational activities, meaningful activities, activities of daily living, ADL, ADLs, Occupational Performance, Prevention, Independence, mental health

PICO-Fragen für S3-Leitlinie PTBS

5. Kapitel: Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung



1. Klinische Frage: Führt eine psychotherapeutische Intervention zur Behandlung der PTBS oder kPTBS (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Psychotherapie) bei erwachsenen Personen mit einer (k)PTBS zu einer Verbesserung des (k)PTBS Gesamtscores, der (k)PTBS Subskalen, Emotionsregulation, kognitiven Verzerrungen, interpersonalen Schwierigkeiten, Dissoziation oder der Drop-Out-Rate im Vergleich zu einer inaktiven Kontrollbedingung (z.B. Nichtbehandlung, Wartelistenkontrollgruppe) oder aktiven Kontrollbedingungen (z. B. TAU, andere psychotherapeutische Intervention zur Behandlung anderer Störungen, pharmakologische Intervention zur Behandlung der kPTBS)?

1	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
1	Erwachsene Personen mit (k)PTBS, definiert über ICD-11, DESNOS, developmental trauma, EPCACE (ICD-10 F62.0) und (Patienten mit chronischen interpersonalen Traumatisierungen, z.B. Menschen mit Missbrauchs- und Misshandlungserfahrung in d. Kindheit, Partnerschaftsgewalt, Überlebende von	Psychotherapeutische Interventionen zur Behandlung der PTBS oder kPTBS (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Psychotherapie)	Inaktive Kontrollbedingungen (z.B. Nichtbehandlung, Wartelistenkontrollgruppe) Aktive Kontrollbedingungen (z.B. TAU, andere psychotherapeutische Intervention zur Behandlung anderer Störungen, pharmakologische Intervention zur Behandlung der (K)PTBS)	PTBS und kPTBS Symptomschwere/Diagnosestatus, signifikante klinische Veränderung zu folgenden Symptomen: bitte beachten: Die KPTBS Symptomatik schließt nicht nur die komplexe, sondern auch die Kernsymptomatik mit ein, dh auch z. B CAPS Total Score und nicht nur KPTBS Instrumente) 1. (K)PTBS Gesamtscore 2. (K)PTBS Subskalen 3. Emotionsregulation 4. Kognitive Verzerrungen (z.B. negatives Selbstkonzept, Scham, Schuld) 5. Interpersonale Schwierigkeiten 6. Dissoziation

	Kriegsgewalt (nicht nur Zivilist*innen, sondern auch Soldat*innen))			7. Drop-Out

2. Klinische Frage: Sind traumafokussierte psychotherapeutische Interventionen zur Behandlung der kPTBS oder PTBS bei Patient:innen mit kPTBS effektiver als aktive psychotherapeutische Kontrollbedingungen (nicht-traumafokussierte psychotherapeutische Intervention zur Behandlung der kPTBS oder PTBS, andere psychotherapeutische Intervention zur Behandlung anderer Störungen) hinsichtlich der (k)PTBS Subskalen, Emotionsregulation, kognitiven Verzerrungen, interpersonalen Schwierigkeiten, Dissoziation oder der Drop-Out-Rate?

2	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
2	Erwachsene Personen mit KPTBS, definiert über ICD-11, DESNOS, developmental trauma, EPCACE (ICD-10 F62.0) (Patienten mit chronischen interpersonalen Traumatisierungen, z.B. Menschen mit Missbrauchs- und Misshandlungs-erfahrung in d. Kindheit, Partnerschaftsgewalt, Überlebende von Kriegsgewalt (nicht nur Zivilist*innen, sondern auch Soldat*innen))	Traumafokussierte psychotherapeutische Interventionen zur Behandlung der KPTBS oder PTBS	Nicht-traumafokussierte psychotherapeutische Interventionen zur Behandlung der KPTBS oder PTBS oder andere psychotherapeutische Interventionen zur Behandlung anderer Störungen	KPTBS und PTBS Symptomschwere/Diagnosestatus, signifikante klinische Veränderung zu folgenden Symptomen: bitte beachten: Die KPTBS Symptomatik schließt nicht nur die komplexe, sondern auch die Kernsymptomatik mit ein, dh auch zB CAPS Total Scores als Maß für die Kernsymptomatik) 1. (k)PTBS Gesamtscore 2. (k)PTBS Subskalen 3. Emotionsregulation 4. Kognitive Verzerrungen (z.B. negatives Selbstkonzept, Scham, Schuld) 5. Interpersonale Schwierigkeiten 6. Dissoziation 7. Drop-Out

3. Klinische Frage: Gibt es Unterschiede in der Effektivität psychotherapeutischer Interventionen zur Behandlung der kPTBS bei verschiedenen Patient:innengruppen [siehe P]? hinsichtlich der (k)PTBS Subskalen, Emotionsregulation, kognitiven Verzerrungen, interpersonalen Schwierigkeiten, Dissoziation oder der Drop-Out-Rate?

3	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Erwachsene Menschen mit KPTBS Zu untersuchende Moderatoren: Männer vs. Frauen Unterschiedliche Altersgruppen Unterschiedl. Krankheitsdauern Unterschiedl. Traumaarten (Missbrauchs- und Misshandlungs-erfahrung in d. Kindheit, Soldat:innen/Kriegsveteranen Medizinischem Trauma)	psychotherapeutische Interventionen	-	1. (k)PTBS Gesamtscore 2. (k)PTBS Subskalen 3. Emotionsregulation 4. Kognitive Verzerrungen (z.B. negatives Selbstkonzept, Scham, Schuld) 5. Interpersonale Schwierigkeiten 6. Dissoziation 7. Drop-Out

PICO-Fragen für S3-Leitlinie PTBS

6. Kapitel: Komorbide psychische Störungen



1. Klinische Frage: Sind psychotherapeutische Interventionen (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Psychotherapie) bei Patient:innen im Erwachsenenalter mit PTBS-Symptomen und komorbiden psychischen Störungen (ICD-10 F1 bis F9) effektiver hinsichtlich der Reduktion von PTBS-, Sucht-, Psychose-, Depressions- oder Angstsymptomen, oder der Steigerung der Lebensqualität oder des Funktionsniveaus im Vergleich zu inaktiven oder aktiven Kontrollbedingungen ?

1	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
1	Patient:innen mit PTBS-Symptomen und komorbiden psychischen Störungen (ICD-10 F1 bis F9) im Erwachsenenalter (ab 18 Jahren)	Psychotherapeutische Interventionen zur Reduktion von PTBS-Symptomen als primäres Outcome (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Psychotherapie)	Inaktive Kontrollbedingungen (z. B. Nichtbehandlung, Wartelistenkontrollgruppe) oder aktive Kontrollbedingungen (z. B. TAU, anderes psychotherapeutisches Verfahren als die jeweilige Experimentalintervention)	1. PTBS-Symptome (Gesamtscore) 2. PTBS-Symptome (Subskalen, d. h. Symptomcluster, getrennt betrachtet) 3. Symptome weiterer psychischer Störungen (z. B. Sucht, Psychose, Depression, Angst) 4. Lebensqualität 5. Funktionsniveau

2. Klinische Frage: Sind (traumafokussierte) psychotherapeutische Behandlungen im Gruppensetting bei Patient:innen im Erwachsenenalter mit PTBS-Symptomen und komorbiden psychischen Störungen (ICD-10 F1 bis F9) effektiver hinsichtlich der Reduktion von PTBS-, Sucht-, Psychose-, Depressions- oder Angstsymptomen oder der Steigerung der Lebensqualität oder des Funktionsniveaus im Vergleich zu inaktiven und aktiven Kontrollgruppen (insb. (traumafokussierte) psychotherapeutische Behandlung im Einzelsetting)?

2	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
2	Patient:innen mit PTBS-Symptomen und komorbiden psychischen Störungen (ICD-10 F1 bis F9) im Erwachsenenalter (ab 18 Jahren)	(Traumafokussierte) psychotherapeutische Behandlung im Gruppensetting	Inaktive Kontrollbedingungen (z. B. Nichtbehandlung, Wartelistenkontrollgruppe) oder aktive Kontrollbedingungen (z. B. TAU und insb. (traumafokussierte) psychotherapeutische Behandlung im Einzelsetting)	1. PTBS-Symptome (Gesamtscore) 2. PTBS-Symptome (Subskalen, d. h. Symptomcluster, getrennt betrachtet) 3. Symptome weiterer psychischer Störungen (z. B. Sucht, Psychose, Depression, Angst) 4. Lebensqualität 5. Funktionsniveau

3. Klinische Frage: Sind (traumafokussierte) psychotherapeutische Behandlungen bei Patient:innen im Erwachsenenalter mit PTBS-Symptomen und komorbiden psychischen Störungen (ICD-10 F1 bis F9) effektiver hinsichtlich langfristiger Effekte in Bezug auf die Reduktion von PTBS-, Sucht-, Psychose-, Depressions- oder Angstsymptomen oder die Steigerung der Lebensqualität oder des Funktionsniveaus im Vergleich zu einer inaktiven Kontrollbedingung?

3	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
3	Patient:innen mit PTBS-Symptomen und komorbiden psychischen Störungen (ICD-10 F1 bis F9) im Erwachsenenalter (ab 18 Jahren)	(Traumafokussierte) psychotherapeutische Behandlung	Inaktive Kontrollbedingung (z. B. Nichtbehandlung, Wartelistenkontrollgruppe)	1. Langfristig PTBS-Symptome (Gesamtscore) 2. Langfristig PTBS-Symptome (Subskalen, d. h. Symptomcluster, getrennt betrachtet) 3. Langfristig Symptome weiterer psychischer Störungen (z. B. Sucht, Psychose, Depression, Angst) 4. Langfristig Lebensqualität 5. Langfristig Funktionsniveau <i>wobei mittelfristig als mind. 6 Monate nach Therapieende definiert und langfristig als mind. 12 Monate nach Therapieende definiert ist</i>

4. Klinische Frage: Beeinflusst eine traumafokussierte psychotherapeutische Behandlung Patient:innen im Erwachsenenalter mit PTBS-Symptomen und komorbiden psychischen Störungen (ICD-10 F1 bis F9) häufiger hinsichtlich schwerwiegender unerwünschter Ereignisse, stationärer Einweisungen, Suizidgedanken oder -versuche oder der Symptomatik der PTBS oder komorbiden psychischen Störung im Vergleich zu einer nicht-traumafokussierten psychotherapeutischen Behandlung oder TAU oder einer inaktiven Kontrollbedingung?

4	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
4	Patient:innen mit PTBS-Symptomen und komorbiden psychischen Störungen (ICD-10 F1 bis F9) im Erwachsenenalter (ab 18 Jahren)	Traumafokussierte psychotherapeutische Behandlung	Nicht-traumafokussierte psychotherapeutische Behandlung, oder TAU, inaktive Kontrollbedingung (z. B. Nichtbehandlung, Wartelistenkontrollgruppe)	1. Schwerwiegende Unerwünschte Ereignisse (SUEs) 2. Stationäre Einweisung 3. Suizidgedanken bzw. -versuche, Suizide 4. Symptomverschlechterung der PTBS 5. Symptomverschlechterung der komorbiden Diagnose (z. B. Substanzabhängigkeit, Psychose, Depression, Ängste, Zwänge)

PICO-Fragen für S3-Leitlinie PTBS

7. Kapitel: Behandlung von älteren Personen



1. Klinische Frage: Sind psychotherapeutische Interventionen zur Reduktion von PTBS-Symptomen als primäres Outcome (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Therapie) bei älteren Patient:innen mit einer (k)PTBS wirksam in der Verbesserung von PTBS-Symptomen (Gesamt und Subskalen), Depressionssymptomen, Angstsymptomen, Lebensqualität oder Funktionsniveau?

1	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
1	Ältere Patient:innen mit einer (k)PTBS	Psychotherapeutische Interventionen zur Reduktion von PTBS-Symptomen als primäres Outcome (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Therapie)	Andere psychotherapeutische Interventionen <i>oder</i> aktive TAU <i>oder</i> passive TAU (Warteliste, Nichtbehandlung) <i>oder</i>	1. PTBS-Symptome (Gesamtscore) 2. PTBS-Symptome (Subskalen, d.h. Symptomcluster, getrennt betrachtet) 3. Depressionssymptome 4. Angstsymptome 5. Lebensqualität 6. Funktionsniveau

			Vergleichsintervention oder keine Vergleichsintervention	

2. Klinische Frage: Sind für Ältere angepasste oder entwickelte psychotherapeutische Interventionen zur Reduktion von PTBS-Symptomen als primäres Outcome (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Therapie) bei älteren Patient:innen mit einer (k)PTBS wirksam in der Verbesserung von PTBS-Symptomen (Gesamt und Subskalen), Depressionssymptomen, Angstsymptomen, Lebensqualität oder Funktionsniveau?

2	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
2	Ältere Patient:innen mit einer (k)PTBS	Für Ältere angepasste oder entwickelte psychotherapeutische Interventionen zur Reduktion von PTBS-Symptomen als primäres Outcome (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Therapie)	Andere psychotherapeutische Interventionen <i>oder</i> aktive TAU <i>oder</i> passive TAU (Warteliste, Nichtbehandlung) <i>oder</i> Vergleichsintervention <i>oder</i>	1. PTBS-Symptome (Gesamtscore) 2. PTBS-Symptome (Subskalen, d.h. Symptomcluster, getrennt betrachtet) 3. Depressionssymptome 4. Angstsymptome 5. Lebensqualität 6. Funktionsniveau

			keine Vergleichsintervention	

3. Klinische Frage: Ist eine Pharmakotherapie bei älteren Patient:innen mit einer (k)PTBS effektiver in der Verringerung von PTBS-Symptomen, Depressionssymptomen, Angstsymptomen, Verbesserung der Lebensqualität, der Funktionalität oder unterscheidbar in der Anzahl oder Ausprägung der Nebenwirkungen im Vergleich zu Placebo oder einer Psychotherapie?

3	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
3	Ältere Patient:innen mit einer (k)PTBS	Pharmakologische Behandlung der (k)PTBS (mit bspw. SSRIs, Benzodiazepinen)	Placebo <i>oder</i> Psychotherapie	1. PTBS-Symptome (Gesamtscore) 2. PTBS-Symptome (Subskalen, d.h. Symptomcluster, getrennt betrachtet) 3. Depressionssymptome 4. Angstsymptome 5. Lebensqualität 6. Nebenwirkungen (AEs, SAEs, Dropouts aufgrund von AEs)

4. Klinische Frage: Sind spezifische traumainformierte Pflegekonzepte für ältere Patient:innen mit einer (k)PTBS effektiver in der Verbesserung der Lebensqualität, Funktionalität, Teilhabe oder Verminderung von PTBS-Symptomen, Angstsymptomen oder Depressionssymptomen im Vergleich zu nicht-traumainfomierten Pflegekonzepten oder keiner Kontrollgruppe?

4	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
4	Ältere Patient:innen mit einer (k)PTBS	Spezifische traumainfomierte Pflegekonzepte <i>Suchbegriffe: Traumainformierte Pflege, trauma informed care (traumasensibel)</i>	Nicht traumainformierte Pflegekonzepte (z. B. Alltagsbegleitung, Biographiearbeit), <i>oder</i> TAU (reguläre Pflege) <i>oder</i> keine Kontrollgruppe	1. Lebensqualität 2. PTBS-Symptome 3. Angstsymptome 4. Funktionalität 5. Depressionssymptome 6. Teilhabe

5. Klinische Frage: Sind psychotherapeutische Interventionen mit Behandlungsansätzen für ältere Patient:innen bei älteren Patient:innen mit Verdacht auf eine (k)PTBS und Vulnerabilität (bspw. Demenz, kognitive Beeinträchtigungen, Multimorbidität) effektiver in der Verbesserung der Lebensqualität, Verminderung von PTBS-Symptomen, Angstsymptomen, Verbesserung der Funktionalität, Verminderung der Depressionssymptome oder Verbesserung der Teilhabe im Vergleich zu einem Treatment-As-Usual bzw. keiner Psychotherapie mit Behandlungsansätzen für vulnerable Ältere oder keiner Kontrollgruppe?

5	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
5	Ältere Patient:innen mit Verdacht auf eine (k)PTBS und Vulnerabilität (bspw. Demenz, kognitive Beeinträchtigungen, Multimorbidität) <i>(Suchbegriffe: homebound, in need of care, frailty)</i>	Psychotherapeutische Interventionen mit Behandlungsansätzen für vulnerable Ältere zur Reduktion von PTBS-Symptomen als primäres Outcome (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Therapie)	TAU oder keine Psychotherapie mit Behandlungsansätzen für vulnerable Ältere oder keine Kontrollgruppe	7. Lebensqualität 8. PTBS-Symptome 9. Angstsymptome 10. Funktionalität 11. Depressionssymptome 12. Teilhabe

PICO-Fragen für S3-Leitlinie PTBS

8. Kapitel: Behandlung von Erwachsenen mit Fluchthintergrund



1. Klinische Frage: Welche Durchführungsart bzw. Instrumentenart unter Berücksichtigung der u.g. Aspekte sind am effektivsten in der Diagnose der (k)PTBS bei geflüchteten Personen oder Menschen, die Deutsch nicht als Erstsprache sprechen?

1	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
1	Geflüchtete erwachsene Menschen (Alter ≥ 18) (Refugees, asylum seekers, forced migrants) mit Verdacht auf eine (k)PTBS, in high-income countries lebend oder Personen mit Verdacht auf eine (k)PTBS, bei welchen die Diagnostik nicht in deren Muttersprache erfolgt Sprachen:	Klinische Interviews und Fragebögen - mit Übersetzung (ja/ nein) - mit kultureller Adaptation (ja/nein) - mit Validierung (ja/nein) - mit Dolmetschen (ja/nein)		1. Validität 2. Reliabilität 3. Sensitivität 4. Sensitivität für Veränderung 5. Spezifität 6. Utility/ Ökonomie

1. Arabisch			
2. Türkisch			
3. Farsi/Dari			
4. Kurmanji			
5. Somali			
6. Tigrinya			
7. Russisch			
8. Ukrainisch			
9. Paschto			
10. Französisch			

2. Klinische Frage: Wie effektiv ist es, mithilfe von verschiedenen Übersetzungsformen von klinischen Instrumenten, eine (k)PTBS bei geflüchteten Menschen zu diagnostizieren?

2	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
2	Geflüchtete erwachsene Menschen (Alter ≥ 18) (Refugees, asylum seekers, forced migrants) mit Verdacht auf eine (k)PTBS, in high-income countries lebend	Klinische Interviews und Fragebögen - ad hoc Übersetzung während der Diagnostik - Verwendung bereits übersetzter Interviews und FB (selbständiges Ausfüllen) - Verwendung bereits übersetzter Interviews und FB (vom Dolmetschenden vermittelt, assisted report)		1. Validität 2. Reliabilität 3. Sensitivität 4. Sensitivität für Veränderung 5. Spezifität 6. Utility/ Ökonomie

3. Klinische Frage: Welche psychotherapeutischen Interventionen Interventionen (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Psychotherapie) sind bei geflüchteten Menschen mit einer (k)PTBS effektiver als sowohl inaktive als auch aktive Kontrollbedingungen hinsichtlich der Reduktion von PTBS-Symptomen sowie weiterer Outcomes?

3	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
3	Geflüchtete erwachsene Menschen (Alter ≥ 18) (Refugees, asylum seekers, forced migrants) mit einer (k)PTBS, in high-income countries lebend	Psychotherapeutische Interventionen zur Reduktion von PTBS-Symptomen als primäres Outcome (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Psychotherapie)	Inaktive (z.B. Nichtbehandlung, Wartelistenkontrollgruppe) und aktive Kontrollbedingungen (z.B. TAU, anderes psychotherapeutisches Verfahren als die jeweilige Experimentalintervention)	Veränderung der Symptome von: 1. PTBS-Symptome 2. Depression 3. Somatisierung 4. Angst 5. Funktionsniveau, z. B. nach GAF-Skala

4. Klinische Frage: Ist eine Psychotherapie in Kombination mit Sozialarbeit bei geflüchteten Menschen mit einer PTBS effektiver als eine Psychotherapie ohne zusätzliche Sozialarbeit?

4	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
4	Geflüchtete erwachsene Menschen (Alter ≥ 18) (Refugees, asylum seekers, forced migrants) mit einer PTBS, in high-income countries lebend	Psychotherapie mit Sozialarbeit	Psychotherapie ohne Sozialarbeit	Veränderung der Symptome von: 1. PTBS 2. Depression 3. Somatisierung 4. Angst 5. Funktionsniveau, z.B. GAF Skala

5. Klinische Frage: Sind adjuvante Verfahren (Kreative Therapie, incl. Kunsttherapie, Musiktherapie, physical Exercise, Yoga, Biofeedback) bei geflüchteten Menschen mit einer PTBS effektiver als Warteliste in der Behandlung?

5	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
5	Geflüchtete erwachsene Menschen (Alter ≥ 18) (Refugees, asylum seekers, forced migrants) mit einer PTBS, in high-income countries lebend	1) Kreative Therapien, A) Kunsttherapie B) Musiktherapie 2) Physical Exercises 3) Yoga 4) Biofeedback	Warteliste	Veränderung der Symptome von: 1. PTBS 2. Depression 3. Somatisierung 4. Angst 5. Funktionsniveau, z.B. GAF Skala

6. Klinische Frage: Sind psychotherapeutischen Interventionen (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Psychotherapie) unter Verwendung von Dolmetschenden bei geflüchteten Menschen mit einer (k)PTBS effektiver als solche ohne Dolmetschende hinsichtlich der Reduktion von PTBS-Symptomen sowie weiteren Outcomes?

6	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
6	Geflüchtete erwachsene Menschen (Alter ≥ 18) (Refugees, asylum seekers, forced migrants) mit einer (k)PTBS, in high-income countries lebend	Psychotherapeutische Interventionen zur Reduktion von PTBS-Symptomen als primäres Outcome (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Psychotherapie) ausschließlich durchgeführt mit Hilfe von Dolmetschenden	Psychotherapeutische Interventionen zur Reduktion von PTBS-Symptomen als primäres Outcome (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Psychotherapie) ohne Dolmetschende (z.B. mit native speakern, auf Zweitsprache)	Veränderung der Symptome von: 1. PTBS-Symptome 2. Depression 3. Somatisierung 4. Angst 5. Funktionsniveau, z. B. nach GAF-Skala

PICO-Fragen für S3-Leitlinie PTBS

9. Kapitel: Behandlung von Erwachsenen mit Störung der Intelligenzentwicklung (SIE)



1. Klinische Frage: Wie effektiv ist der Einsatz von auf die Zielgruppe angepassten, evaluierten diagnostischen Kriterien oder biologischen Markern einer (k)PTBS für Erwachsene mit SIE?

1	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
1	Erwachsene mit einer SIE, die seit Kindheit vorliegt (siehe Definition der Ein-und Ausschlusskriterien) und mit Verdacht auf eine (k)PTBS	Anpassung oder Erweiterung der diagnostischen Kriterien einer einfachen oder komplexen PTBS um Phänomene / Symptome , die sich bedingt durch die SIE vom üblichen Symptombild unterscheiden bzw. es ergänzen (DM-ID-2), ggf. ergänzt durch biologische Marker	„Standard-Kriterien“ der Trauma-Trias	1. Validität 2. Reliabilität 3. Sensitivität 4. Sensitivität für Veränderung 5. Spezifität 6. Utility/ Ökonomie

2. Klinische Frage: Wie effektiv ist der Einsatz von Screeninginstrumenten (Selbst- oder Fremdauskunft) sowie Instrumenten zur Diagnosesicherung (Selbst- oder Fremdauskunft) bei (k)PTBS für Personen mit SIE?

2	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
2	Erwachsene mit einer SIE, die seit Kindheit vorliegt (siehe Definition der Ein- und Ausschlusskriterien) und mit Verdacht auf eine (k)PTBS	Standardisierte, validierte Fragebögen und strukturierte Kurzinterviews zur Selbstauskunft, oder standardisierte, validierte Fragebögen und strukturierte Kurzinterviews zur Auskunft durch Bezugspersonen zum Screening oder zur Diagnosesicherung	klinische Referenzdiagnose (ggf. durch Fallkonferenz)	1. Validität 2. Reliabilität 3. Sensitivität 4. Sensitivität für Veränderung 5. Spezifität 6. Utility/ Ökonomie

3. Klinische Frage: Wie effektiv ist der Einsatz von spezifisch für Erwachsene mit SIE und (k)PTBS entwickelten oder adaptierten Stabilisierungsmethoden hinsichtlich einer Verbesserung von Stresstoleranz sowie selbstregulativen und sozialen Kompetenzen?

3	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
3	Erwachsene mit einer SIE, die seit Kindheit vorliegt (siehe Definition der Ein- und Ausschlusskriterien) und mit (k)PTBS-Diagnose	Interventionen zur Stabilisierung mit nachvollziehbarer Beschreibung der getroffenen Anpassungen und Modifikationen, um den jeweiligen Kommunikations-, Verständnis- und Verarbeitungsmöglichkeiten zu entsprechen	Alle Alternativen: TAU, Wartekontrollgruppe etc.	1. Verbesserung der Stresstoleranz 2. Verbesserung der selbstregulativen Kompetenzen 3. Verbesserung der sozialen Kompetenzen

4. Klinische Frage: Wie effektiv sind Anpassungen des psychotherapeutischen Settings speziell für Menschen mit SIE und (k)PTBS hinsichtlich Symptomreduktion, Qualität der therapeutischen Beziehung, Compliance, Therapiezufriedenheit und Reduktion der Dropout-Rate?

4	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
4	Erwachsene mit einer SIE, die seit Kindheit vorliegt (siehe Definition der Ein- und Ausschlusskriterien) und mit (k)PTBS-Diagnose	Anpassungen des psychotherapeutischen Settings an die Zielgruppe Menschen mit SIE (z.B. Frequenz, Einbezug von Bezugspersonen, Sitzungsdauer...)	Alle Alternativen: TAU, Wartekontrollgruppe, ...	1. Symptomreduktion 2. Qualität der therapeutischen Beziehung 3. Compliance 4. Therapiezufriedenheit 5. Dropout-Rate

5. Klinische Frage: Ist der Einsatz von speziell für Menschen mit SIE und (k)PTBS angepassten oder entwickelten therapeutischen Methoden der traumafokussierten Therapie (wie EMDR, NET, CBT) effektiv für Symptomreduktion, Verbesserung der adaptiven Fähigkeiten sowie Verbesserung der Lebensqualität?

5	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
5	Erwachsene mit einer SIE, die seit Kindheit vorliegt (siehe Definition der Ein- und Ausschlusskriterien) und mit (k)PTBS-Diagnose	Trauma-Konfrontation mit nachvollziehbarer Beschreibung der getroffenen Anpassungen und Modifikationen, um den jeweiligen Kommunikations-, Verständnis- und Verarbeitungsmöglichkeiten zu entsprechen (z. B. EMDR, NET, KBT, ...)	Alle Alternativen: TAU, Wartekontrollgruppe, etc.	1. Symptomreduktion PTBS 2. Verbesserung der adaptiven Fähigkeiten 3. Verbesserung der Lebensqualität

6. Klinische Frage: Welche Psychopharmaka sind bei Erwachsenen mit einer SIE und (k)PTBS am wirksamsten?

6	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
6	Erwachsene mit einer SIE, die seit Kindheit vorliegt (siehe Definition der Ein-und Ausschlusskriterien) und mit (k)PTBS-Diagnose	Psychopharmaka zur Behandlung der PTBS (z. B. SSRI oder Antipsychotika)	Placebo Keine Psychopharmaka	Signifikante Effektstärken bezüglich der PTBS Symptomatologie

PICO-Fragen für S3-Leitlinie PTBS

10. Kapitel: Diagnostik der PTBS bei Kindern und Jugendlichen



1. Klinische Frage: Wie sensitiv sind die aktuellen PTBS-Diagnosekriterien (DSM-5 vs. ICD-11) für die Diagnose einer PTBS im Kindes- und Jugendalter?

1	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
1	Kinder- und Jugendliche (0-17 Jahre)	Anwendung der ICD-11 Kriterien	Anwendung der DSM-5 Kriterien Anwendung der DSM-5 pre-school Kriterien	• Sensitivität in Bezug auf Kinder mit Funktionseinschränkung • Reliabilität • Spezifität

2. Klinische Frage: Welche der u.g. Instrumente (nach DSM-5, ICD-11) weisen hinsichtlich der genannten Outcomes (s.u.) eine zufriedenstellende psychometrische Güte auf?

2a. Klinische Frage: Welche der Instrumente nach DSM-5 (CATS-2, CPSS-5, UCLA PTSD-RI-5 und CAPS-CA) weisen hinsichtlich Validität, Reliabilität, Sensitivität, Sensitivität für Veränderung, Spezifität und Utility/Ökonomie eine zufriedenstellende psychometrische Güte zur Diagnostik der PTBS auf?

2a	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
2a	Kinder- und Jugendliche (≤ 6 Jahre) Kinder- und Jugendliche (7-17 Jahre) mit Verdacht einer PTBS, mit Blick auf folgende Merkmale: (Noch) nicht Teil der Klinischen Population UND/ ODER Teil der Klinischen Population(en)	<u>Instrumente zur Diagnostik der PTBS nach DSM-5</u> CATS-2 CPSS-5 UCLA PTSD-RI-5 CAPS-CA-5 • <u>Selbsteinschätzung:</u> ○ Screener ○ Fragebögen • <u>Proxymeinschätzung:</u> ○ Screener ○ Fragebögen • <u>Klinische Interviews</u>	Keine Vergleichsintervention ODER Unstrukturierte Diagnostik ODER anderes Instrument	Welche Güte weisen diese auf? 1. Validität 2. Reliabilität 3. Sensitivität 4. Sensitivität für Veränderung 5. Spezifität 6. Utility/ Ökonomie

2b. Klinische Frage: Welche der Instrumente nach ICD-11 (ITQ-CA und CATS-2) weisen hinsichtlich Validität, Reliabilität, Sensitivität, Sensitivität für Veränderung, Spezifität und Utility/Ökonomie eine zufriedenstellende psychometrische Güte zur Diagnostik der PTBS auf?

2b	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
2	Kinder- und Jugendliche (≤ 6 Jahre) Kinder- und Jugendliche (7-17 Jahre)	<u>Instrumente zur Diagnostik der PTBS nach ICD-11</u> ITQ-CA CATS-2 • <u>Selbsteinschätzung:</u> ○ Screener ○ Fragebögen • <u>Proxymeinschätzung:</u> ○ Screener ○ Fragebögen • <u>Klinische Interviews</u>	Keine Vergleichsintervention ODER Unstrukturierte Diagnostik ODER anderes Instrument	Welche Güte weisen diese auf? 1. Validität 2. Reliabilität 3. Sensitivität 4. Sensitivität für Veränderung 5. Spezifität 6. Utility/ Ökonomie

2c. PICO-Frage: Welche der Instrumente nach ICD-11 (ITQ-CA und CATS-2) weisen hinsichtlich Validität, Reliabilität, Sensitivität, Sensitivität für Veränderung, Spezifität und Utility/Ökonomie eine zufriedenstellende psychometrische Güte zur Diagnostik der kPTBS auf?

2c	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
2c	Kinder- und Jugendliche (0-17 Jahre)	<u>Instrumente zur Diagnostik der komplexen PTBS nach ICD-11</u> ITQ-CA CATS-2 • <u>Selbsteinschätzung:</u> ○ Screener ○ Fragebögen • <u>Proxymeinschätzung:</u> ○ Screener ○ Fragebögen • <u>Klinische Interviews</u>	Keine Vergleichsintervention ODER Unstrukturierte Diagnostik ODER anderes Instrument	Welche Güte weisen diese auf? 1. Validität 2. Reliabilität 3. Sensitivität 4. Sensitivität für Veränderung 5. Spezifität 6. Utility/ Ökonomie

3. Klinische Frage: Welches in deutscher Sprache verfügbare Instrument (CAPS-CA-5, CATS-2, ITQ-Child, CPSS-5, UCLA-5, Kidscreen, GCQ, HRQoL, PedsQL, YQOL und C-GAS) weist hinsichtlich Validität, Reliabilität, Sensitivität, Sensitivität für Veränderung, Spezifität und Utility/Ökonomie eine ausreichend zufriedenstellende Güte auf, um die psychosoziale Funktionsfähigkeit und/oder Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit PTBS/kPTBS zu erfassen?

3	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
3	Kinder- und Jugendliche (0-17 Jahre) mit klinisch relevanten Symptomen einer (k)PTBS / (k)PTBS Diagnose	<u>Diagnostik von Funktionseinschränkungen und Funktionsfähigkeit - Fragebögen und einzelne Items von:</u> CAPS-CA-5 CATS-2 ITQ-Child CPSS-5 UCLA-5 Kidscreen, GCQ, HRQoL, PedsQL, YQOL C-GAS	-	Welche Güte weisen diese auf? 1. Validität 2. Reliabilität 3. Sensitivität 4. Sensitivität für Veränderung 5. Spezifität 6. Utility/ Ökonomie

PICO-Fragen für S3-Leitlinie PTBS

10. Kapitel: Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen



1. Klinische Frage: Ist eine Behandlung mit Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen (Alter ≤ 18) mit (k)PTBS-Symptomen (ICD-11) wirksamer als eine Behandlung mit Placebo oder eine Kombinationstherapie aus Psychotherapie und Psychopharmaka hinsichtlich der Reduktion von PTBS-Symptomen, Depressivität, Angstsymptomen, Funktionseinschränkung, externalisierenden Verhaltensstörungen und anderen psychischen Auffälligkeiten?

1	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
1	Patient*innen mit PTBS-Symptomen im Kindes- und Jugendalter (Alter ≤ 18) Patient*innen mit KPTBS-Symptomen (ICD-11) im Kindes- und Jugendalter (Alter ≤ 18)	Alleinige Behandlung mit Psychopharmaka Kombinationstherapie aus Psychotherapie und Psychopharmaka	Alleinige Behandlung mit Psychopharmaka Kombinationstherapie aus Psychotherapie und Psychopharmaka Behandlung mit Placebo Kombinationstherapie aus Psychotherapie und Placebo Alleinige Behandlung mittels Psychotherapie	Reduktion von: - PTBS-Symptomen - Depressivität - Angstsymptome - Funktionseinschränkung - externalisierende Verhaltensstörungen (z.B. Aggressivität, disruptive behaviour, Irritabilität) - Andere Psychische Auffälligkeiten (z.B. selbst-verletzendes Verhalten, disinhibiertes Verhalten, Schlafstörungen, Dissoziation, Suizidalität)

2. Klinische Frage: Welche psychotherapeutischen Interventionen (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Psychotherapie) sind bei Kindern und Jugendlichen (Alter ≤ 21) mit (k)PTBS-Symptomen (ICD-11) effektiver als sowohl inaktive als auch aktive Kontrollbedingungen hinsichtlich der Reduktion von PTBS-Symptomen, Depressivität, Angstsymptomen, Funktionseinschränkung, externalisierenden Verhaltensstörungen und anderen psychischen Auffälligkeiten?

2	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
2	Patient*innen mit PTBS-Symptomen... ... im Alter bis 6 Jahre (Vorschulkinder) ... im Alter von 7 bis 16 Jahre (Kinder) ... im Alter von 16 bis 21 Jahren (Jugendliche/ junge Erwachsene) ... mit Fluchthintergrund (refugees, internally displaced) Patient*innen mit KPTBS-Symptomen (ICD-11) ... im Alter bis 6 Jahre (Vorschulkinder) ... im Alter von 7 bis 16 Jahre (Kinder) ... im Alter von 16 bis 21	Traumafokussierte und nicht-traumafokussierte psychotherapeutische Interventionen zur Reduktion von PTBS-Symptomen als primäres Outcome (u. a. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (Tf-KVT), kinderspezifische Form der Narrativen Expositionstherapie (KIDNET), andere traumafokussierte Interventionen, psychodynamische Verfahren)	Inaktive Kontrollbedingung (z.B. Nichtbehandlung, Wartelistenkontrollgruppe) Aktive Kontrollbedingung (z.B. TAU, bona fide, anderes psychotherapeutisches Verfahren als die jeweilige Experimentalintervention)	Reduktion von: - PTBS-Symptomen - Depressivität - Angstsymptome - Funktionseinschränkung, externalisierende Verhaltensstörungen (z.B. Aggressivität, disruptive behaviour, Irritabilität) - Andere Psychische Auffälligkeiten (z.B. selbstverletzendes Verhalten, disinhibiertes Verhalten, Schlafstörungen, Dissoziation, Suizidalität)

	Jahren (Jugendliche/ junge Erwachsene) ... mit Fluchthintergrund (refugees, internally displaced) ... mit Störung der Intelligenzentwicklung			

3. Klinische Frage: Gibt es eine systematische Überlegenheit einer Variante der traumafokussierten Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Alter ≤ 21) mit (k)PTBS-Symptomen (ICD-11) hinsichtlich der Reduktion von PTBS-Symptomen, Depressivität, Angstsymptomen, Funktionseinschränkung, externalisierenden Verhaltensstörungen und anderen psychischen Auffälligkeiten?

3	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
3	Patient*innen mit PTBS-Symptomen... ... im Alter bis 6 Jahre (Vorschulkinder) ... im Alter von 7 bis 16 Jahre (Kinder) ... im Alter von 16 bis 21 Jahren (Jugendliche/ junge Erwachsene) ... mit Fluchthintergrund (refugees, internally displaced) Patient*innen mit KPTBS-Symptomen (ICD-11) ... im Alter bis 6 Jahre (Vorschulkinder) ... im Alter von 7 bis 16 Jahre (Kinder) ... im Alter von 16 bis 21 Jahren (Jugendliche/	Varianten traumafokussierter psychotherapeutischer Interventionen zur Reduktion von PTBS-Symptomen als primäres Outcome (u. a. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (Tf-KVT), kinderspezifische Form der Narrativen Expositionstherapie (KIDNET), andere traumafokussierte Interventionen)	-	Reduktion von: - PTBS-Symptomen - Depressivität - Angstsymptome - Funktionseinschränkung, - externalisierende Verhaltensstörungen (z.B. Aggressivität, disruptive behaviour, Irritabilität) - Andere Psychische Auffälligkeiten (z.B. selbstverletzendes Verhalten, disinhibiertes Verhalten, Schlafstörungen, Dissoziation, Suizidalität)

	junge Erwachsene) ... mit Fluchthintergrund (refugees, internally displaced) ... mit Störung der Intelligenzentwicklung			

4. Klinische Frage: Sind phasenbasierte psychotherapeutische Interventionen bei Kindern und Jugendlichen (Alter ≤ 21) mit (k)PTBS-Symptomen (ICD-11) effektiver als rein traumafokussierte oder nicht-traumafokussierte psychotherapeutische Interventionen hinsichtlich der Reduktion von PTBS-Symptomen, Depressivität, Angstsymptomen, Funktionseinschränkung, externalisierenden Verhaltensstörungen und anderen psychischen Auffälligkeiten?

4	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
4	Patient*innen mit PTBS-Symptomen... ... im Alter bis 6 Jahre (Vorschulkinder) ... im Alter von 7 bis 16 Jahre (Kinder) ... im Alter von 16 bis 21 Jahren (Jugendliche/ junge Erwachsene) ... mit Fluchthintergrund (refugees, internally displaced) Patient*innen mit KPTBS-Symptomen (ICD-11) ... im Alter bis 6 Jahre (Vorschulkinder) ... im Alter von 7 bis 16 Jahre (Kinder) ... im Alter von 16 bis 21	Phasenbasierte psychotherapeutische Behandlungsansätze (z.B. STAIR/NT, DBT-PTBS, E-KVT) zur Reduktion von PTBS-Symptomen als primäres Outcome	Traumafokussierte psychotherapeutische Behandlungsansätze Nicht-traumafokussierte psychotherapeutische Behandlungsprogramme oder inaktive Kontrollbedingungen	Reduktion von: - PTBS-Symptomen - Depressivität - Angstsymptome - Funktionseinschränkung, - externalisierende Verhaltensstörungen (z.B. Aggressivität, disruptive behaviour, Irritabilität) - Andere Psychische Auffälligkeiten (z.B. selbstverletzendes Verhalten, disinhibiertes Verhalten, Schlafstörungen, Dissoziation, Suizidalität)

	Jahren (Jugendliche/ junge Erwachsene) ... mit Fluchthintergrund (refugees, internally displaced) ... mit Störung der Intelligenzentwicklung			

5. Klinische Frage: Sind psychotherapeutische Interventionen mit Einbezug der Eltern oder Bezugspersonen bei Kindern und Jugendlichen (Alter ≤ 18) mit (k)PTBS-Symptomen (ICD-11) wirksamer als psychotherapeutische Interventionen ohne Einbezug der Eltern oder Bezugspersonen hinsichtlich der Reduktion von PTBS-Symptomen, Depressivität, Angstsymptomen, Funktionseinschränkung, externalisierenden Verhaltensstörungen und anderen psychischen Auffälligkeiten?

5	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
5	Patient*innen mit PTBS-Symptomen... ... im Alter bis 6 Jahre (Vorschulkinder) ... im Alter von 7 bis 16 Jahre (Kinder) ... im Alter von 16 bis 18 Jahren (Jugendliche) Patient*innen mit KPTBS-Symptomen (ICD-11) ... im Alter bis 6 Jahre (Vorschulkinder) ... im Alter von 7 bis 16 Jahre (Kinder) ... im Alter von 16 bis 18 Jahren (Jugendliche)	(Traumafokussierte) psychotherapeutische Intervention mit Einbezug der Eltern oder Bezugspersonen zur Reduktion von PTBS-Symptomen als primäres Outcome	(Traumafokussierte) psychotherapeutische Intervention ohne Einbezug der Eltern oder Bezugspersonen zur Reduktion von PTBS-Symptomen als primäres Outcome	Reduktion von: - PTBS-Symptomen - Depressivität - Angstsymptome - Funktionseinschränkung, - externalisierende Verhaltensstörungen (z.B. Aggressivität, disruptive behaviour, Irritabilität) - Andere Psychische Auffälligkeiten (z.B. selbstverletzendes Verhalten, disinhibiertes Verhalten, Schlafstörungen, Dissoziation, Suizidalität)

6. Klinische Frage: Sind psychotherapeutische Interventionen im Gruppensetting bei Kindern und Jugendlichen (Alter ≤ 21) mit (k)PTBS-Symptomen (ICD-11) wirksamer als psychotherapeutische Interventionen in Einzeltherapie hinsichtlich der Reduktion von PTBS-Symptomen, Depressivität, Angstsymptomen, Funktionseinschränkung, externalisierenden Verhaltensstörungen und anderen psychischen Auffälligkeiten?

6	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
6	Patient*innen mit PTBS-Symptomen im Kindes- und Jugendalter (Alter ≤ 21) Patient*innen mit KPTBS-Symptomen (ICD-11) im Kindes- und Jugendalter (Alter ≤ 21)	(Traumafokussierte) psychotherapeutische Intervention im Gruppensetting zur Reduktion von PTBS-Symptomen als primäres Outcome	(Traumafokussierte) psychotherapeutische Intervention im Einzelsetting zur Reduktion von PTBS-Symptomen als primäres Outcome oder inaktive Kontrollbedingungen (z.B. Nichtbehandlung, Wartelistenkontrollgruppe) oder andere aktive Kontrollbedingungen (z.B. TAU)	Reduktion von: - PTBS-Symptomen - Depressivität - Angstsymptome - Funktionseinschränkung, - externalisierende Verhaltensstörungen (z.B. Aggressivität, disruptive behaviour, Irritabilität) - Andere Psychische Auffälligkeiten (z.B. selbstverletzendes Verhalten, disinhibiertes Verhalten, Schlafstörungen, Dissoziation, Suizidalität)

PICO-Fragen für S3-Leitlinie PTBS

11. Kapitel: Allgemeine Behandlungsprinzipien



1. Klinische Frage: Sind PTBS-Interventionen in Zusammenarbeit mit der Primärversorgung/unter Einbeziehung des hausärztlichen Settings bei erwachsenen Personen mit PTBS (alle Formen) effektiver in der Verbesserung der PTBS-Symptomlast, des Funktionsniveaus oder Patient:innenzufriedenheit im Vergleich zu einem *Treatment-As-Usual* oder keiner Vergleichsgruppe?

1	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
1	Erwachsene mit PTBS (alle Formen, PTBS, KPTBS, assoziierte oder Komorbidität)	PTBS-Interventionen in Zusammenarbeit mit der Primärversorgung/unter Einbeziehung des hausärztlichen Settings	Treatment-As-Usual oder kein Vergleich	1. Symptomlast der PTBS 2. Funktionsniveau 3. Zufriedenheit

2. Klinische Frage: Ist eine zusätzliche bzw. anschließende Behandlung einer PTBS im Reha-Setting (Rehabilitation) bei erwachsenen Personen mit einer PTBS (alle Formen) effektiver in der Verbesserung des Beschäftigungsstatus, Erhöhung sozialer Unterstützung und Interaktion, Verminderung der Funktionsbeeinträchtigung, Symptomlast, Erhöhung der Lebensqualität oder unterscheidbar in der Anzahl oder Ausprägung der Nebenwirkungen im Vergleich zu keiner zusätzlichen bzw. anschließenden Behandlung einer PTBS im Reha-Setting (keine Rehabilitation)?

2	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
2	Erwachsene mit PTBS (alle Formen, PTBS, KPTBS, assoziierte oder Komorbidität)	Zusätzliche bzw. anschließende Behandlung einer PTBS im Reha-Setting (Rehabilitation)	Keine zusätzliche bzw. anschließende Behandlung einer PTBS im Reha-Setting (keine Rehabilitation)	1. Symptomlast (CAPS, PCL-5, PDS, ITQ) 2. Lebensqualität, Quality of Life (z.B. EQ-5D, ...) 3. employment status (return to work, work related impairment, early retirement, AU Tage, job sick leave, WAI (work ability index)) 4. functional impairment, ICF (International Classification of function disability and health) 5. soziale Unterstützung und Interaktion (z.B. ESSI) 6. Adverse events

3. Klinische Frage: Ist eine partizipative Entscheidungsfindung hinsichtlich des Therapiesettings (ambulant, stationär, teilstationär) bei erwachsenen Personen mit PTBS (alle Formen) effektiver in der Verbesserung des Beschäftigungsstatus, sozialen Unterstützung und Interaktion, Verminderung der Funktionsbeeinträchtigung, Symptomlast, Verbesserung der Lebensqualität oder unterscheidbar in der Anzahl oder Ausprägung der Nebenwirkungen im Vergleich zu keiner partizipativen Entscheidungsfindung hinsichtlich des Therapiesettings?

3	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
3	Erwachsene mit PTBS (alle Formen, PTBS, KPTBS, assoziierte oder Komorbidität)	Partizipative Entscheidungsfindung hinsichtlich des Therapiesettings (ambulant, stationär, teilstationär) <i>Suchbegriffe: Shared decision making, partizipativer Entscheidungsprozess, Therapiesetting</i>	Keine partizipative Entscheidungsfindung hinsichtlich des Therapiesettings (ambulant, stationär, teilstationär)	1. Symptomlast (CAPS, PCL-5, PDS, ITQ) 2. Lebensqualität, Quality of Life (z.B. EQ-5D, ...) 3. employment status (return to work, work related impairment, early retirement, AU Tage, job sick leave, WAI (work ability index)) 4. functional impairment, ICF (International Classification of function disability and health) 5. soziale Unterstützung und Interaktion (z.B. ESSI) 6. Adverse events

4. Klinische Frage: Ist eine auf die Traumaart „besondere Gewaltformen“ abgestimmte Therapie- oder Interventionsform bei Personen mit einer (k)PTBS aufgrund von besonderer Gewaltformen (siehe PICO-Angaben im Anlage 2) effektiver hinsichtlich der Verbesserung der (k)PTBS-Symptome, einer erneuten Traumatisierung/Reviktimisierung, weiterer psychischer Symptome, Retention in Behandlung, geringerer unerwünschter Ereignisse oder der Verbesserung der Lebensqualität im Vergleich zu keiner auf die Traumart „besondere Gewaltformen“ abgestimmten Therapie- oder Interventionsform oder keiner Vergleichsgruppe?

4	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
4	Personen mit (k)PTBS aufgrund von besonderer Gewaltformen: Sexualisierte Gewalt, Häusliche Gewalt/Partnerschaftsgewalt, Gender-based violence (LGBTIQ), Intimate partner violence, Violence against women, Istanbul Konvention (Menschenhandel, organisierte Gewalt, digitale sexualisierte Gewalt), medizinische Gewalt, Combat trauma	Trauma focused therapy oder auf die „besondere Gewaltform“ abgestimmte Therapie- oder Interventionsform (auf die in P angeführten Personengruppe abgestimmte Behandlung einer (k)PTBS (z. B. Einbezug Prävention, erweitertes Hilfesystem, Interventionsstellen häusliche Gewalt, Einbezug externe spezifische Themen) zielgruppenspezifische (k)PTBS Behandlung (auf die besondere Gewaltform)	Keine auf die Traumaart „besondere Gewaltformen“ abgestimmte Therapie- oder Interventionsform oder keine Vergleichsgruppe	1. (k)PTBS-Symptome (mittelfristig und langfristig, late onset) 2. Erneute Traumatisierung, Reviktimisierung (z. B. VAWI CTS, WHO-Formen der häuslichen Gewalt) 3. Symptomreduktion (aus WHO-5 & PHQ) 4. Retention (Haltequote i. d. Behandlung) 5. Adverse events 6. Lebensqualität

5. Klinische Frage: Führen *Trauma-Informed-Care*-Schulungen (zur Identifikation von und Reaktion auf häusliche Gewalt) für Gesundheitsfachkräfte mit Patient:innen mit Verdacht auf Traumafolgestörungen zu einer verbesserten Erkennung von Traumafolgestörungen, einer höheren Vermittlungsrate in soziale Einrichtung oder einer häufigeren Verhinderung von weiteren Gewalttaten/weiterer erneuter Traumatisierung im Vergleich zu keiner entsprechenden Schulung?

5	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
5	Healthcare Professionals (HCPs, Gesundheitsfachkräfte) mit Patient:innen mit Verdacht auf Traumafolgestörungen (Hausärzt:innen, Gynäkolog:innen, Psychotherapeut:innen, Psychiater:innen)	Schulung trauma informed care (traumafokussierte Versorgung, zur Identifikation von und Reaktion auf häusliche Gewalt)	Keine Schulung trauma informed care (traumafokussierte Versorgung)	1. Erkennung von Traumafolgestörungen 2. Vermittlung in soziale Einrichtung (wie z.B. Frauen-/Männerhäuser, Mädchen- & Jungenhäuser, Inobhutnahme) 3. Verhinderung von weiteren Gewalttaten/ Erneute Traumatisierung

6. Klinische Frage: Führt eine traumafokussierte Therapie bei Personen mit einer PTBS, nach sexualisierter Gewalt und bevorstehendem oder laufendem Gerichtsverfahren (insbesondere bei Aussage-gegen-Aussage Konstellationen) zu einer Verbesserung der Aussagefähigkeit oder des Aussagegehalts im Vergleich zu einer nicht-traumafokussierten Therapie?

6	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
6	Personen mit einer PTBS nach sexualisierter Gewalt und bevorstehendem oder laufendem Gerichtsverfahren, insbesondere bei Aussage gegen Aussagekonstellation oder Personen, bei denen eine entsprechende Situation simuliert wird	Traumafokussierte Therapie und/oder Arbeit mit belastenden Erinnerungen	Keine traumafokussierte Therapie, Therapie aus welchen Gründen auch immer (z. B. im Rahmen eines Strafverfahrens, Schwangerschaft, Studienteilnahmen) vorenthalten, keine Bearbeitung von traumabezogenen Inhalten	1. Aussagefähigkeit 2. Aussagegehalt (Quellengedächtnis, Erinnerungskonsistenz)

7. Klinische Frage: Ist eine adjuvante zahnmedizinische Therapie des Bruxismus mittels Reflexschiene, Physiotherapie und/oder Botulinumtoxin bei Personen mit einer PTBS und craniomandibulärer Dysfunktion (CMD) mit Bruxismus effektiver in der Reduktion von CMD-Schmerz, Verbesserung der Mundöffnung oder effektiver hinsichtlich einer geringeren Dauer der PTBS-Therapie im Vergleich zu einer PTBS-Therapie ohne zahnärztliche adjuvante Maßnahme?

7	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
7	Personen mit einer PTBS und craniomandibulärer Dysfunktion (CMD) mit Bruxismus	Adjunktive (zur PTBS-Therapie) zahnmedizinische Therapie des Bruxismus mittels Reflexschiene, Physiotherapie und/oder Botulinumtoxin	PTBS-Therapie ohne zahnärztliche adjunktive Maßnahmen	1. CMD-Schmerz (VAS) 2. Mundöffnung 3. Dauer der PTBS-Therapie

S3-Leitlinie

Posttraumatische Belastungsstörung

Anlage 3 | Suchstrategien

AWMF-Register Nr. 155/ 001
Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-001>
Version: 2.0

Federführung

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)

Koordination

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Konsortialpartner

Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt (KU)

Ludwig-Maximilian-Universität München (LMU)

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF23008 gefördert.

Inhaltsverzeichnis

Search Strings für die AGs1

AG Diagnostik | Aggregierte Evidenz1

Klinische Fragestellung 11

Klinische Fragestellung 23

Klinische Fragestellung 34

Korrigierte Suche Klinische Fragestellung 16

AG Psychotherapie | Aggregierte Evidenz8

Klinische Fragestellung 18

Klinische Fragestellung 210

Klinische Fragestellung 313

Klinische Fragestellung 415

Klinische Fragestellung 517

Klinische Fragestellung 618

Klinische Fragestellung 720

AG Psychotherapie | Primärdaten22

Klinische Fragestellung 422

Klinische Fragestellung 724

AG Pharmakotherapie | Aggregierte Evidenz25

Klinische Fragestellung 125

Klinische Fragestellung 227

Klinische Fragestellung 329

Klinische Fragestellung 431

Klinische Fragestellung 533

Klinische Fragestellung 634

Klinische Fragestellung 735

AG Pharmakotherapie | Primärdaten37

Klinische Fragestellung 137

Klinische Fragestellung 738

AG Adjuvante Verfahren | Aggregierte Evidenz + Primärdaten40

Klinische Fragestellung 140

Klinische Fragestellung 242

Klinische Fragestellung 344

AG Adjuvante Verfahren | Primärdaten45

Klinische Fragestellung 145

AG komplexe PTBS | Aggregierte Evidenz47

Klinische Fragestellung 147

Klinische Fragestellung 2:47

Klinische Fragestellung 3:47	
AG Komorbidität Aggregierte Evidenz48	
Klinische Fragestellung 148	
Klinische Fragestellung 253	
Klinische Fragestellung 357	
Klinische Fragestellung 462	
AG Komorbidität Primärdaten66	
Klinische Fragestellung 166	
Klinische Fragestellung 269	
Klinische Fragestellung 372	
Klinische Fragestellung 476	
AG Ältere Aggregierte Evidenz80	
Klinische Fragestellung 180	
Klinische Fragestellung 280	
Klinische Fragestellung 382	
Klinische Fragestellung 484	
Klinische Fragestellung 585	
AG Ältere Primärdaten87	
Klinische Fragestellung 187	
Klinische Fragestellung 287	
Klinische Fragestellung 389	
AG Fluchthintergrund Aggregierte Evidenz91	
Klinische Fragestellung 191	
Klinische Fragestellung 291	
Klinische Fragestellung 392	
Klinische Fragestellung 494	
Klinische Fragestellung 596	
AG Fluchthintergrund Primärdaten99	
Klinische Fragestellung 199	
Klinische Fragestellung 299	
Klinische Fragestellung 3101	
Klinische Fragestellung 4103	
Klinische Fragestellung 5105	
Klinische Fragestellung 6107	
AG SIE Aggregierte Evidenz109	
Klinische Fragestellung 1109	
Klinische Fragestellung 2109	
Klinische Fragestellung 3109	

Klinische Fragestellung	4109
Klinische Fragestellung	5109
Klinische Frage	6110
AG SIE Primärdaten	111
Klinische Fragestellung	1111
Klinische Fragestellung	2111
Klinische Fragestellung	3111
Klinische Fragestellung	4111
Klinische Fragestellung	5111
Klinische Frage	6111
AG Kinder und Jugendliche: Diagnostik Aggregierte Evidenz	112
Klinische Fragestellung	1112
Klinische Fragestellung	2114
Klinische Fragestellung	3116
AG Kinder und Jugendliche: Behandlung Aggregierte Evidenz	118
Klinische Fragestellung	1118
Klinische Fragestellung	2121
Klinische Fragestellung	3123
Klinische Fragestellung	4126
Klinische Fragestellung	5129
Klinische Fragestellung	6132
AG Kinder und Jugendliche: Behandlung Primärdaten	133
Klinische Fragestellung	1133
Klinische Fragestellung	2136
Klinische Fragestellung	2137
Klinische Fragestellung	4139
AG Allgemeine Behandlungsprinzipien Aggregierte Evidenz	141
Klinische Fragestellung	1141
Klinische Fragestellung	2142
Klinische Fragestellung	3144
Klinische Fragestellung	4146
Klinische Fragestellung	5149
Klinische Fragestellung	6151
Klinische Fragestellung	7152
AG Allgemeine Behandlungsprinzipien Primärdaten	154
Klinische Fragestellung	1154
Klinische Fragestellung	2155
Klinische Fragestellung	4157

Klinische Fragestellung 6160

Search Strings für die AGs

AG Diagnostik | Aggregierte Evidenz

Klinische Fragestellung 1: Welches der ausgewählten in deutscher Sprache verfügbaren Instrumente (siehe I) zeigt bei der Anwendung an Personen, bei denen der Verdacht auf PTBS (ICD-10, 11 bzw. DSM-5-Kriterien) besteht, eine ausreichend zufriedenstellende Güte (in Bezug auf die definierten Outcomes, siehe O)?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma*" [tiab] OR "posttrauma*" [tiab] OR "post-trauma*" [tiab]) AND ("CAPS-5"[tiab] OR "Clinician-Administered PTSD Scale"[tiab] OR "CIDI"[tiab] OR "Composite International Diagnostic Interview"[tiab] OR "ETI"[tiab] OR "Essener Trauma-Inventar"[tiab] OR "IES"[tiab] OR "Impact of Event Scale"[tiab] OR "ITI"[tiab] OR "International Trauma Inventory"[tiab] OR "ITQ"[tiab] OR "International Trauma Questionnaire"[tiab] OR "PCL-5"[tiab] OR "PTSD Checklist for DSM-5"[tiab] OR "PDS-5"[tiab] OR "PTSD Diagnostic Scale for DSM-5"[tiab] OR "SCID-5-CV"[tiab] OR "Structured Clinical Interview"[tiab]) AND ("DSM-5"[tiab] OR "-5"[tiab] OR "DSM 5"[tiab] OR "DSM-V"[tiab] OR "DSM V"[tiab] OR "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5"[tiab] OR "ICD-11"[tiab] OR "ICD 11"[tiab] OR "International Classification of Diseases 11"[tiab]) AND ("Psychometric"[tiab] OR "validat*" [tiab] OR "validity"[tiab] OR "reliability"[tiab] OR "sensitivity"[tiab] OR "specificity"[tiab] OR "utility"[tiab] OR "review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) + Filter ab 2007	15.11.2024 488
Epistemonikos	("Stress Disorder" OR "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "post-trauma*" OR "post-trauma*") AND ("CAPS-5" OR "Clinician-Administered PTSD Scale" OR "CIDI" OR "Composite International Diagnostic Interview" OR "ETI" OR "Essener Trauma-Inventar" OR "IES" OR "Impact of Event Scale" OR "ITI" OR "International Trauma Inventory" OR "ITQ" OR "International Trauma Questionnaire" OR "PCL-5" OR "PTSD Checklist for DSM-5" OR "PDS-5" OR "PTSD Diagnostic Scale for DSM-5" OR "SCID-5-CV" OR "Structured Clinical Interview") AND ("DSM-5" OR "-5" OR "DSM 5" OR "DSM-V" OR "DSM V" OR "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5" OR "ICD-11" OR "ICD 11" OR "International Classification of Diseases 11") AND ("Psychometric" OR "validat*" OR "validity" OR "reliability" OR "sensitivity" OR "specificity" OR "utility" OR "review" OR "meta-analysis" OR "metaanalysis")	15.11.2024 52
PsycInfo/ PSYINDEX	(MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma*")) AND	15.11.2024 302

	(TI "CAPS-5" OR TI "Clinician-Administered PTSD Scale" OR TI "CID1" OR TI "Composite International Diagnostic Interview" OR TI "ETI" OR TI "Essener Trauma-Inventar" OR TI "IES" OR TI "Impact of Event Scale" OR TI "ITI" OR TI "International Trauma Inventory" OR TI "ITQ" OR TI "International Trauma Questionnaire" OR TI "PCL-5" OR TI "PTSD Checklist for DSM-5" OR TI "PDS-5" OR TI "PTSD Diagnostic Scale for DSM-5" OR TI "SCID-5-CV" OR TI "Structured Clinical Interview" OR AB "CAPS-5" OR AB "Clinician-Administered PTSD Scale" OR AB "CID1" OR AB "Composite International Diagnostic Interview" OR AB "ETI" OR AB "Essener Trauma-Inventar" OR AB "IES" OR AB "Impact of Event Scale" OR AB "ITI" OR AB "International Trauma Inventory" OR AB "ITQ" OR AB "International Trauma Questionnaire" OR AB "PCL-5" OR AB "PTSD Checklist for DSM-5" OR AB "PDS-5" OR AB "PTSD Diagnostic Scale for DSM-5" OR AB "SCID-5-CV" OR AB "Structured Clinical Interview") AND (TI "DSM-5" OR TI "-5" OR TI "DSM 5" OR TI "DSM-V" OR TI "DSM V" OR TI "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5" OR TI "ICD-11" OR TI "ICD 11" OR TI "International Classification of Diseases 11" OR AB "DSM-5" OR AB "-5" OR AB "DSM 5" OR AB "DSM-V" OR AB "DSM V" OR AB "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5" OR AB "ICD-11" OR AB "ICD 11" OR AB "International Classification of Diseases 11") AND (TI "Psychometric" OR TI "validat*" OR TI "validity" OR TI "reliability" OR TI "sensitivity" OR TI "specificity" OR TI "utility" OR AB "Psychometric" OR AB "validat*" OR AB "validity" OR AB "reliability" OR AB "sensitivity" OR AB "specificity" OR AB "utility" OR MA "review" OR MA "Meta-Analysis" OR MA "systematic review" OR MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI metaanalysis OR TI metaanalysis) Ab 2007	
Web of Science	(TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND (TI="CAPS-5" OR TI="Clinician-Administered PTSD Scale" OR TI="CID1" OR TI="Composite International Diagnostic Interview" OR TI="ETI" OR TI="Essener Trauma-Inventar" OR TI="IES" OR TI="Impact of Event Scale" OR TI="ITI" OR TI="International Trauma Inventory" OR TI="ITQ" OR TI="International Trauma Questionnaire" OR TI="PCL-5" OR TI="PTSD Checklist for DSM-5" OR TI="PDS-5" OR TI="PTSD Diagnostic Scale for DSM-5" OR TI="SCID-5-CV" OR TI="Structured Clinical Interview" OR AB="CAPS-5" OR AB="Clinician-Administered PTSD Scale" OR AB="CID1" OR AB="Composite International Diagnostic Interview" OR AB="ETI" OR AB="Essener Trauma-Inventar" OR AB="IES" OR AB="Impact of Event Scale" OR AB="ITI" OR AB="International Trauma Inventory" OR AB="ITQ" OR AB="International Trauma Questionnaire" OR AB="PCL-5" OR AB="PTSD Checklist for DSM-5" OR AB="PDS-5" OR AB="PTSD Diagnostic Scale for DSM-5" OR AB="SCID-5-CV" OR AB="Structured Clinical Interview") AND (TI="DSM-5" OR TI="-5" OR TI="DSM 5" OR TI="DSM-V" OR TI="DSM V" OR TI="Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5" OR TI="ICD-11" OR TI="ICD 11" OR TI="International Classification of Diseases 11" OR AB="DSM-5" OR AB="-5" OR AB="DSM 5" OR AB="DSM-V" OR AB="DSM V" OR AB="Diagnostic and Statistical	15.11.2024 545

	Manual of Mental Disorders 5" OR AB="ICD-11" OR AB="ICD 11" OR AB="International Classification of Diseases 11") AND (TI="Psychometric" OR TI="validat*" OR TI="validity" OR TI="reliability" OR TI="sensitivity" OR TI="specificity" OR TI="utility" OR AB="Psychometric" OR AB="validat*" OR AB="validity" OR AB="reliability" OR AB="sensitivity" OR AB="specificity" OR AB="utility" OR TI=review OR TI=meta-analysis OR TI=metaanalysis OR AB=review OR AB=meta-analysis OR AB=metaanalysis) + Filter ab 2007	

Klinische Fragestellung 2: Welches der ausgewählten in deutscher Sprache verfügbaren Instrumente (siehe I) zeigt bei der Anwendung an Personen, bei denen der Verdacht auf kPTBS (ICD-11 bzw. DSM-5-Kriterien) besteht, eine ausreichend zufriedenstellende Güte (in Bezug auf die definierten Outcomes, siehe O)?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
Pubmed	(("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] AND "complex") OR "c-ptsd"[tiab] OR "cptsd"[tiab] OR "complex ptsd"[tiab] OR ("complex"[tiab] AND "ptss"[tiab]) OR ("complex"[tiab] AND "ptsd"[tiab]) OR "complex post trauma*"[tiab] OR "complex posttrauma*"[tiab] OR "complex post-trauma*"[tiab] OR "complex trauma*"[tiab]) AND ("DTQ"[tiab] OR "Developmental Trauma Questionnaire"[tiab] OR "CATS-2"[tiab] OR "Child and Adolescent Trauma Screen 2"[tiab] OR "COPI SAC"[tiab] OR "Complex PTSD Item"[tiab] OR "SOTS"[tiab] OR "Symptoms of Trauma Scale"[tiab] OR "DSS"[tiab] OR "DSS-B"[tiab] OR "Dissociative Symptoms Scale"[tiab])	15.11.2024 12
Epistemonikos	"c-ptsd" OR "cptsd" OR "complex ptsd" OR ("complex" AND "ptss") OR ("complex" AND "ptsd") OR "complex post trauma*" OR "complex post-trauma*" OR "complex post-trauma*" OR "complex trauma*" AND ("DTQ" OR "Developmental Trauma Questionnaire" OR "CATS-2" OR "Child and Adolescent Trauma Screen 2" OR "COPI SAC" OR "Complex PTSD Item Set" OR "SOTS" OR "Symptoms of Trauma Scale" OR "DSS" OR "DSS-B" OR "Dissociative Symptoms Scale")	15.11.2024 3
PsycInfo/ PSYINDEX	(TI "c-ptsd" OR TI "cptsd" OR TI "complex ptsd" OR (TI "complex" AND TI "ptss") OR (TI "complex" AND TI "ptsd") OR TI "complex post trauma*" OR TI "complex posttrauma*" OR TI "complex post-trauma*" OR TI "complex trauma*" OR AB "c-ptsd" OR AB "cptsd" OR AB "complex ptsd" OR (AB "complex" AND AB "ptss") OR (AB "complex" AND AB "ptsd") OR AB "complex post trauma*" OR AB "complex post-trauma*" OR AB "complex post-trauma*" OR AB "complex trauma*") AND (TI "DTQ" OR TI "Developmental Trauma Questionnaire" OR TI "CATS-2" OR TI "Child and Adolescent Trauma Screen 2" OR TI "COPI SAC" OR TI "Complex PTSD Item Set" OR TI "SOTS" OR TI "Symptoms of Trauma Scale" OR TI "DSS" OR TI "DSS-B" OR TI "Dissociative Symptoms Scale" OR AB "DTQ" OR AB "Developmental Trauma Questionnaire" OR AB "CATS-2" OR AB "Child and Adolescent Trauma Screen 2" OR AB "COPI SAC" OR AB "Complex PTSD Item Set" OR AB "SOTS" OR AB "Symptoms of Trauma Scale" OR AB "DSS" OR AB "DSS-B" OR	15.11.2024 11

	AB "Dissociative Symptoms Scale")	
Web of Science	(TI="c-ptsd" OR TI="cptsd" OR TI="complex ptsd" OR (TI="complex" AND TI="ptss") OR (TI="complex" AND TI="ptsd") OR TI="complex post trauma*" OR TI="complex posttrauma*" OR TI="complex post-trauma*" OR TI="complex trauma*" OR AB="c-ptsd" OR AB="cptsd" OR AB="complex ptsd" OR (AB="complex" AND AB="ptss") OR (AB="complex" AND AB="ptsd") OR AB="complex post trauma*" OR AB="complex posttrauma*" OR AB="complex post-trauma*" OR AB="complex trauma*") AND (TI="DTQ" OR TI="Developmental Trauma Questionnaire" OR TI="CATS-2" OR TI="Child and Adolescent Trauma Screen 2" OR TI="COPIsAC" OR TI="Complex PTSD Item Set" OR TI="SOTS" OR TI="Symptoms of Trauma Scale" OR TI="DSS" OR TI="DSS-B" OR TI="Dissociative Symptoms Scale" OR AB="DTQ" OR AB="Developmental Trauma Questionnaire" OR AB="CATS-2" OR AB="Child and Adolescent Trauma Screen 2" OR AB="COPIsAC" OR AB="Complex PTSD Item Set" OR AB="SOTS" OR AB="Symptoms of Trauma Scale" OR AB="DSS" OR AB="DSS-B" OR AB="Dissociative Symptoms Scale")	15.11.2024 14

Klinische Fragestellung 3: Welches der in deutscher Sprache verfügbaren, ausgewählten Instrumente zur Erfassung der psychosozialen Funktionsfähigkeit und/oder Lebensqualität (siehe I) zeigt bei der Anwendung an Personen, bei denen der Verdacht auf (k)PTBS (ICD-10, 11 bzw. DSM-5-Kriterien) besteht, eine ausreichend zufriedenstellende Güte (in Bezug auf die definierten Outcomes, siehe O)?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
Pubmed	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma*" [tiab] OR "posttrauma*" [tiab] OR "post-trauma*" [tiab]) AND ("B-IPF"[tiab] OR "Index of Positive Functioning"[tiab] OR "GAF"[tiab] OR "Global Assessment of Functioning"[tiab] OR "ICF"[tiab] OR "International Classification of Functioning"[tiab] OR "IPF"[tiab] OR "Index of Positive Functioning"[tiab] OR "PWI" [tiab] OR "Personal Wellbeing Index"[tiab] OR "Q-LES-Q-SF"[tiab] OR "Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire"[tiab] OR "SAS-SR"[tiab] OR "Social Avoidance and Distress Scale"[tiab] OR "SDS"[tiab] OR "Sheehan Disability Scale"[tiab] OR "SF-12"[tiab] OR "Short Form Health Survey"[tiab] OR "SWLS"[tiab] OR "Satisfaction With Life Scale"[tiab] OR "WHO-5"[tiab] OR "World Health Organization Well-Being"[tiab] OR "WHODAS 2.0"[tiab] OR "World Health Organization Disability Assessment Schedule"[tiab] OR "WHO Disability Assessment"[tiab] OR "WHOQOL-BREF"[tiab] OR "World Health Organization Quality of Life"[tiab] OR "WHO Quality of Life"[tiab]) AND ("functioning"[tiab] OR "quality of life"[tiab] OR "impairment"[tiab]) AND ("Psychometric"[tiab] OR "validat*" [tiab] OR "validity"[tiab] OR "reliability"[tiab] OR "sensitivity"[tiab] OR "specificity"[tiab] OR "utility"[tiab] OR "review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti])	20.11.2024 86

Epistemonikos	("Stress Disorder" OR "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "post-trauma*" OR "post-trauma*") AND ("B-IPF" OR "Index of Positive Functioning" OR "GAF" OR "Global Assessment of Functioning" OR "ICF" OR "International Classification of Functioning" OR "IPF" OR "Index of Positive Functioning" OR "PWI" OR "Personal Wellbeing Index" OR "Q-LES-Q-SF" OR "Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire" OR "SAS-SR" OR "Social Avoidance and Distress Scale" OR "SDS" OR "Sheehan Disability Scale" OR "SF-12" OR "Short Form Health Survey" OR "SWLS" OR "Satisfaction With Life Scale" OR "WHO-5" OR "World Health Organization Well-Being" OR "WHODAS 2.0" OR "World Health Organization Disability Assessment Schedule" OR "WHO Disability Assessment" OR "WHOQOL-BREF" OR "World Health Organization Quality of Life" OR "WHO Quality of Life") AND ("functioning" OR "quality of life" OR "impairment") AND ("Psychometric" OR "validat*" OR "validity" OR "reliability" OR "sensitivity" OR "specificity" OR "utility" OR "review" OR "meta-analysis" OR "metaanalysis")	20.11.2024 11
PsycInfo/ PSYINDEX	(MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) AND (TI "B-IPF" OR TI "Index of Positive Functioning" OR TI "GAF" OR TI "Global Assessment of Functioning" OR TI "ICF" OR TI "International Classification of Functioning" OR TI "IPF" OR TI "Index of Positive Functioning" OR TI "PWI" OR TI "Personal Wellbeing Index" OR TI "Q-LES-Q-SF" OR TI "Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire" OR TI "SAS-SR" OR TI "Social Avoidance and Distress Scale" OR TI "SDS" OR TI "Sheehan Disability Scale" OR TI "SF-12" OR TI "Short Form Health Survey" OR TI "SWLS" OR TI "Satisfaction With Life Scale" OR TI "WHO-5" OR TI "World Health Organization Well-Being" OR TI "WHODAS 2.0" OR TI "World Health Organization Disability Assessment Schedule" OR TI "WHO Disability Assessment" OR TI "WHOQOL-BREF" OR TI "World Health Organization Quality of Life" OR TI "WHO Quality of Life" OR AB "B-IPF" OR AB "Index of Positive Functioning" OR AB "GAF" OR AB "Global Assessment of Functioning" OR AB "ICF" OR AB "International Classification of Functioning" OR AB "IPF" OR AB "Index of Positive Functioning" OR AB "PWI" OR AB "Personal Wellbeing Index" OR AB "Q-LES-Q-SF" OR AB "Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire" OR AB "SAS-SR" OR AB "Social Avoidance and Distress Scale" OR AB "SDS" OR AB "Sheehan Disability Scale" OR AB "SF-12" OR AB "Short Form Health Survey" OR AB "SWLS" OR AB "Satisfaction With Life Scale" OR AB "WHO-5" OR AB "World Health Organization Well-Being" OR AB "WHODAS 2.0" OR AB "World Health Organization Disability Assessment Schedule" OR AB "WHO Disability Assessment" OR AB "WHOQOL-BREF" OR AB "World Health Organization Quality of Life" OR AB "WHO Quality of Life") AND (TI "functioning" OR TI "quality of life" OR TI "impairment" OR AB "functioning" OR AB "quality of life" OR AB "impairment") AND (TI "Psychometric" OR TI "validat*" OR TI "validity" OR TI "reliability" OR TI "sensitivity" OR TI "specificity" OR TI "utility" OR AB "Psychometric" OR AB "validat*" OR AB "validity" OR AB "reliability" OR AB	20.11.2024 63

	“sensitivity” OR AB “specificity” OR AB “utility” OR MA “review” OR MA “Meta-Analysis” OR MA “systematic review” OR MR “review” OR MR “Meta-Analysis” OR MR “systematic review” OR SU “review” OR SU “Systematic Review” OR SU “Meta-Analysis” OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis)	
Web of Science	(TI=“Post-Traumatic Stress Disorder” OR AB=“Post-Traumatic Stress Disorder” OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI=“post trauma*” OR AB=“post trauma*” OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI=“post-trauma” OR AB=“post-trauma”) AND (TI=“B-IPF” OR TI=“Index of Positive Functioning” OR TI=“GAF” OR TI=“Global Assessment of Functioning” OR TI=“ICF” OR TI=“International Classification of Functioning” OR TI=“IPF” OR TI=“Index of Positive Functioning” OR TI=“PWI” OR TI=“Personal Wellbeing Index” OR TI=“Q-LES-Q-SF” OR TI=“Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire” OR TI=“SAS-SR” OR TI=“Social Avoidance and Distress Scale” OR TI=“SDS” OR TI=“Sheehan Disability Scale” OR TI=“SF-12” OR TI=“Short Form Health Survey” OR TI=“SWLS” OR TI=“Satisfaction With Life Scale” OR TI=“WHO-5” OR TI=“World Health Organization Well-Being” OR TI=“WHODAS 2.0” OR TI=“World Health Organization Disability Assessment Schedule” OR TI=“WHO Disability Assessment” OR TI=“WHOQOL-BREF” OR TI=“World Health Organization Quality of Life” OR TI=“WHO Quality of Life” OR AB=“B-IPF” OR AB=“Index of Positive Functioning” OR AB=“GAF” OR AB=“Global Assessment of Functioning” OR AB=“ICF” OR AB=“International Classification of Functioning” OR AB=“IPF” OR AB=“Index of Positive Functioning” OR AB=“PWI” OR AB=“Personal Wellbeing Index” OR AB=“Q-LES-Q-SF” OR AB=“Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire” OR AB=“SAS-SR” OR AB=“Social Avoidance and Distress Scale” OR AB=“SDS” OR AB=“Sheehan Disability Scale” OR AB=“SF-12” OR AB=“Short Form Health Survey” OR AB=“SWLS” OR AB=“Satisfaction With Life Scale” OR AB=“WHO-5” OR AB=“World Health Organization Well-Being” OR AB=“WHODAS 2.0” OR AB=“World Health Organization Disability Assessment Schedule” OR AB=“WHO Disability Assessment” OR AB=“WHOQOL-BREF” OR AB=“World Health Organization Quality of Life” OR AB=“WHO Quality of Life”) AND (TI=“functioning” OR TI=“quality of life” OR TI=“impairment” OR AB=“functioning” OR AB=“quality of life” OR AB=“impairment”) AND (TI=“Psychometric” OR TI=“validat*” OR TI=“validity” OR TI=“reliability” OR TI=“sensitivity” OR TI=“specificity” OR TI=“utility” OR AB=“Psychometric” OR AB=“validat*” OR AB=“validity” OR AB=“reliability” OR AB=“sensitivity” OR AB=“specificity” OR AB=“utility” OR TI=review OR TI=meta-analysis OR TI=metaanalysis OR AB=review OR AB=meta-analysis OR AB=metaanalysis)	20.11.2024 74

Korrigierte Suche Klinische Fragestellung 1

Klinische Fragestellung 1: Welches der ausgewählten in deutscher Sprache verfügbaren Instrumente (siehe I) zeigt bei der Anwendung an Personen, bei denen der Verdacht auf PTBS (ICD-10, 11 bzw. DSM-5-Kriterien) besteht, eine ausreichend zufriedenstellende Güte (in Bezug auf die definierten Outcomes, siehe O)?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
Pubmed	(“Stress Disorders, Post-Traumatic”[mh] OR “ptsd”[tiab] OR “ptss”[tiab])	24.01.2025

	OR "post trauma*" [tiab] OR "posttrauma*" [tiab] OR "post-trauma*" [tiab]) AND ("International Trauma Interview" [tiab]) AND ("DSM-5" [tiab] OR "-5" [tiab] OR "DSM 5" [tiab] OR "DSM-V" [tiab] OR "DSM V" [tiab] OR "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5" [tiab] OR "ICD-11" [tiab] OR "ICD 11" [tiab] OR "International Classification of Diseases 11" [tiab]) AND ("Psychometric" [tiab] OR "validat*" [tiab] OR "validity" [tiab] OR "reliability" [tiab] OR "sensitivity" [tiab] OR "specificity" [tiab] OR "utility" [tiab] OR "review" [sb] OR "Meta-Analysis" [sb] OR "Systematic Review" [sb] OR "systematic" [sb] OR meta-analysis [pt] OR review [pt] OR systematic review [pt] OR review [ti] OR meta-analysis [ti] OR metaanalysis [ti]) + Filter ab 2007	7
Epistemonikos	("Stress Disorder" OR "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "post-trauma*" OR "post-trauma*") AND ("International Trauma Interview") AND ("DSM-5" OR "-5" OR "DSM 5" OR "DSM-V" OR "DSM V" OR "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5" OR "ICD-11" OR "ICD 11" OR "International Classification of Diseases 11") AND ("Psychometric" OR "validat*" OR "validity" OR "reliability" OR "sensitivity" OR "specificity" OR "utility" OR "review" OR "meta-analysis" OR "metaanalysis")	24.01.2025 1
Psyndex/ PsycInfo	(MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) AND (TI "International Trauma Interview" OR AB "International Trauma Interview") AND (TI "DSM-5" OR TI "-5" OR TI "DSM 5" OR TI "DSM-V" OR TI "DSM V" OR TI "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5" OR TI "ICD-11" OR TI "ICD 11" OR TI "International Classification of Diseases 11" OR AB "DSM-5" OR AB "-5" OR AB "DSM 5" OR AB "DSM-V" OR AB "DSM V" OR AB "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5" OR AB "ICD-11" OR AB "ICD 11" OR AB "International Classification of Diseases 11") AND (TI "Psychometric" OR TI "validat*" OR TI "validity" OR TI "reliability" OR TI "sensitivity" OR TI "specificity" OR TI "utility" OR AB "Psychometric" OR AB "validat*" OR AB "validity" OR AB "reliability" OR AB "sensitivity" OR AB "specificity" OR AB "utility" OR MA "review" OR MA "Meta-Analysis" OR MA "systematic review" OR MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis) Ab 2007	24.01.2025 1 5
Web of Science	(TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma*" OR AB="post	7

	trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND (TI="International Trauma Interview" OR AB="International Trauma Interview") AND (TI="DSM-5" OR TI="-5" OR TI="DSM 5" OR TI="DSM-V" OR TI="DSM V" OR TI="Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5" OR TI="ICD-11" OR TI="ICD 11" OR TI="International Classification of Diseases 11" OR AB="DSM-5" OR AB="-5" OR AB="DSM 5" OR AB="DSM-V" OR AB="DSM V" OR AB="Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5" OR AB="ICD-11" OR AB="ICD 11" OR AB="International Classification of Diseases 11") AND (TI="Psychometric" OR TI="validat*" OR TI="validity" OR TI="reliability" OR TI="sensitivity" OR TI="specificity" OR TI="utility" OR AB="Psychometric" OR AB="validat*" OR AB="validity" OR AB="reliability" OR AB="sensitivity" OR AB="specificity" OR AB="utility" OR TI=review OR TI=meta-analysis OR TI=metaanalysis OR AB=review OR AB=meta-analysis OR AB=metaanalysis) + Filter ab 2007	

AG Psychotherapie | Aggregierte Evidenz

Klinische Fragestellung 1: Welche psychotherapeutischen Interventionen (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Psychotherapie) sind bei Patient*innen mit PTB-Symptomen im Erwachsenenalter effektiver als sowohl inaktive als auch aktive Kontrollbedingungen hinsichtlich der Reduktion von PTB-, Depressions- und Angstsymptomen sowie der Steigerung der Lebensqualität und des Funktionsniveaus?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
Pubmed (inkl. Medline)	("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) AND ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma*" [tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("psychotherap*" OR (("psycho*" [tiab] OR "trauma focused"[tiab] OR "traumafocused"[tiab] OR "trauma-focused"[tiab]) AND ("therap*" [tiab] OR "intervention*" [tiab] OR "counsel*" [tiab] OR "treatment*" [tiab]))) AND (2013:2023[dp]) AND (humans[Filter])	12.12.2023 1863
Epistemonikos	1. Zeile: "meta-analysis" OR "systematic review" OR "review" OR "meta analysis" OR "metaanalysis" 2. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "post-trauma*" OR "post-trauma"	12.12.2023 82

	3. Zeile: "psychotherap*" OR (("psycho*" OR "trauma focused" OR "traumafocused" OR "trauma-focused") AND ("therap*" OR "intervention*" OR "counsel*" OR "treatment*")) + Filter Year 2013-2023	
PubPsych/Psyndex	(MA "review" OR MA "Meta-Analysis" OR MA "systematic review" OR MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis) AND (MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) AND ("psychotherap*" OR (((TI "psycho*" OR AB "psycho*") OR (TI "trauma focused" OR AB "trauma focused") OR (TI "traumafocused" OR AB "traumafocused") OR (TI "trauma-focused" OR AB "trauma-focused")) AND ((TI "therap*" OR AB "therap*") OR (TI "intervention*" OR AB "intervention*") OR (TI "counsel*" OR AB "counsel*") OR (TI "treatment*" OR AB "treatment*")))) AND PY 2013-2023	12.12.2023 167
PsycInfo	(MA "review" OR MA "Meta-Analysis" OR MA "systematic review" OR MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis) AND (MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) AND ("psychotherap*" OR (((TI "psycho*" OR AB "psycho*") OR (TI "trauma focused" OR AB "trauma focused") OR (TI "traumafocused" OR AB "traumafocused") OR (TI "trauma-focused" OR AB "trauma-focused")) AND ((TI "therap*" OR AB "therap*") OR (TI "intervention*" OR AB "intervention*") OR (TI "counsel*" OR AB "counsel*") OR (TI "treatment*" OR AB "treatment*")))) AND PY 2013-2023	12.12.2023 1012
Web of Science	(TI=review OR TI=meta-analysis OR TI=metaanalysis OR AB=review OR AB=meta-analysis OR AB=metaanalysis) AND	12.12.2023 2108

	(TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND (ALL="psychotherap*" OR ((TI="psycho*" OR AB="psycho*" OR TI="trauma focused" OR AB="trauma focused" OR TI="traumafocused" OR AB="traumafocused") AND (TI="therap*" OR AB="therap*" OR TI="intervention*" OR AB="intervention*" OR TI="counsel*" OR AB="counsel*" OR TI="treatment*" OR AB="treatment*")))) AND PY=(2013-2023) *** kein Filter für Population/VP möglich ***	

Klinische Fragestellung 2: Gibt es eine systematische Überlegenheit einer Variante der traumafokussierten Psychotherapie bei Patient*innen mit PTB-Symptomen im Erwachsenenalter hinsichtlich der Reduktion von PTB-, Depressions- und Angstsymptomen sowie der Steigerung der Lebensqualität und des Funktionsniveaus?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) AND ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma*" [tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ((("trauma-focused"[tiab] OR "traumafocused"[tiab] OR "trauma focused"[tiab] OR "guideline-recommended"[tiab] OR "first-line"[tiab]) AND ("psychotherap*" OR ("psycho*" [tiab] AND (therap*[tiab] OR intervention*[tiab] OR counsel*[tiab]))))) OR ("imagery, psychotherapy"[mh] OR ("imagery"[tiab] AND "psychotherapy"[tiab]) OR (imagery[tiab] AND rescripting[tiab]) OR (brief[tiab] AND eclectic[tiab]) AND ("therap*" [tiab] OR "therapeutics"[mh])) OR (("narration"[mh] OR "narrati*" [tiab]) AND ("Implosive Therapy"[mh] OR "exposure"[tiab] AND "therap*" [tiab])) OR "NET"[tiab] OR ("mental processes"[mh] OR ("mental"[tiab] AND "process*" [tiab]) OR ("cognitive"[tiab] AND "process*" [tiab]) AND ("therap*" [tiab] OR "therapeutics"[mh])) OR ("exposure"[tiab] AND "therap*" [tiab]) OR ("eye movement desensitization reprocessing"[mh] OR ("eye"[tiab] AND "movement"[tiab] AND "desensitization"[tiab] AND "reprocessing"[tiab]) OR "eye movement desensitization reprocessing"[tiab] OR "emdr"[tiab]))	13.12.2023 228

	OR ("Cognitive Behavioral Therapy"[mh] OR "CBT"[tiab] OR "cognitive behav* therapy"[tiab] OR "cognitive modification*"[tiab]) OR ("STAIR"[tiab] OR "DBT"[tiab] OR "Dialectical Behavior Therapy"[mh])) AND (2013:2023[dp]) AND (humans[Filter])	
Epistemonikos	1. Zeile (Title): "meta-analysis" OR "systematic review" OR "review" OR "meta analysis" OR "metaanalysis" 2. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma*" 3. Zeile: (("trauma-focused" OR "traumafocused" OR "trauma focused" OR "guideline-recommended" OR "first-line") AND ("psychotherap*" OR ("psycho*" AND (therap* OR intervention* OR counsel*)))) OR ("imagery" AND "psychotherapy") OR ("imagery" AND "re-scripting") OR ("brief" AND "eclectic" AND "therap*") OR ("narrati*" AND "exposure" AND "therap*") OR "NET" OR ("mental" AND "process*" AND "therap*") OR ("cognitive" AND "process*" AND "therap*") OR ("exposure" AND "therap*") OR ("eye" AND "movement" AND "desensitization" AND "reprocessing") OR "eye movement desensitization reprocessing" OR "emdr" OR "CBT" OR "cognitive behav* therapy" OR "cognitive modification*" OR "STAIR" OR "DBT" + Filter Year 2013-2023	13.12.2023 142
Psyndex/ PsycInfo	1. Zeile: (MA "review" OR MA "Meta-Analysis" OR MA "systematic review" OR MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis) 2. Zeile mit AND Verknüpfung (MA "Stress Disorders, Post-Traumatic" OR (TI "ptsd" OR AB "ptsd") OR (TI "ptss" OR AB "ptss") OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) 3. Zeile mit AND Verknüpfung: ((((TI "trauma-focused" OR AB "trauma-focused" OR TI "traumafocused" OR AB "traumafocused" OR TI "trauma focused" OR AB "trauma focused" OR TI "guideline-recommended" OR AB "guideline-recommended" OR TI "first-line" OR AB "first-line") AND (TI "psychotherap*" OR AB "psychotherapy*" OR (TI "psycho" AND TI "therap*") OR (AB "psycho" AND AB "therap*") OR TI "intervention" OR AB "intervention" OR TI "counsel" OR AB "counsel")) OR	13.12.2023 Gesamt 463

	MA "imagery, psychotherapy" OR (TI "imagery" AND TI "psychotherapy") OR (AB "imagery" AND "psychotherapy") OR (TI "imagery" AND TI "rescripting") OR (AB "imagery" AND AB "rescripting") OR (TI "brief" AND TI "electic" AND TI "therap*") OR (AB "brief" AND AB "electic" AND AB "therap*") OR (MA "narration" AND MA "Implosive Therapy") OR (TI "narrati*" AND TI "exposure" AND TI "therapy") OR (AB "narrati*" AND AB "exposure" AND AB "therapy") OR TI "NET" OR AB "NET" OR (TI "exposure" AND TI "therapy") OR (AB "exposure" AND AB "therapy") OR (MA "mental processes" AND (TI "therap*" OR AB "therap*")) OR (TI "mental" AND TI "process" AND TI "therap*") OR (AB "mental" AND AB "process" AND AB "therap*") OR (TI "exposure" AND TI "therap*") OR (AB "exposure" AND AB "therap*") OR MA "eye movement desensitization reprocessing" OR TI "eye movement desensitization reprocessing" OR AB "eye movement desensitization reprocessing" OR (TI "eye" AND TI "movement" AND TI "desensitization" AND TI "reprocessing") OR (AB "eye" AND AB "movement" AND AB "desensitization" AND AB "reprocessing") OR TI "emdr" OR AB "emdr" OR MA "Cognitive Behavioral Therapy" OR TI "cognitive behav* therapy" OR AB "cognitive behav* therapy" OR TI "CBT" OR AB "CBT" OR TI "cognitive modification*" OR AB "cognitive modification*" OR TI "STAIR" OR AB "STAIR" OR TI "DBT" OR AB "DBT" OR MA "Dialectical Behavior Therapy") 4. Zeile mit AND Verknüpfung PY 2013-2023	
Web of Science	(TI="review" OR TI="meta-analysis" OR TI="metaanalysis" OR AB="review" OR AB="meta-analysis" OR AB="metaanalysis") AND (TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI="ptsd" OR AB="ptsd" OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI="posttrauma*" OR AB="posttrauma*" OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND (((TI="trauma-focused" OR AB="trauma-focused" OR TI="traumafocused" OR AB="traumafocused" OR TI="trauma focused" OR AB="trauma focused" OR TI="guideline-recommended" OR AB="guideline-recommended" OR TI="first-line" OR AB="first-line") AND (TI="psychotherap*" OR AB="psychotherapy*" OR (TI="psycho" AND	13.12.2023 790

	TI="therap*") OR (AB="psycho" AND AB="therap*") OR TI="intervention" OR AB="intervention" OR TI="counsel" OR AB="counsel")) OR (AB="narrat*" AND AB="exposure" AND AB="therapy") OR (TI="narrat*" AND TI="exposure" AND TI="therapy") OR AB="NET" OR TI="NET" OR (TI="exposure" AND TI="therapy") OR (AB="exposure" AND AB="therapy") OR ALL=("psychotherapy imagery") OR (TI="imagery" AND TI="psychotherapy") OR (AB="imagery" AND AB="psychotherapy") OR (TI="imagery" AND TI="rescripting") OR (AB="imagery" AND AB="rescripting") OR (TI="brief" AND TI="eclectic" AND TI="therap*") OR (AB="brief" AND AB="eclectic" AND AB="therap*") OR TI="Mental Processes" OR AB="Mental Processes" OR (TI="mental" AND TI="process*" AND TI="therap*") OR (AB="mental" AND TI="process*" AND AB="therap*") OR (TI="cognitive" AND TI="process*" AND TI="therap*") OR (AB="cognitive" AND AB="process*" AND AB="therap*") OR (TI="exposure" AND TI="therap*") OR (AB="exposure" AND AB="therap*") OR ALL="eye movement desensitization reprocessing" OR TI="eye movement desensitization reprocessing" OR AB="eye movement desensitization reprocessing" OR (TI="eye" AND TI="movement" AND TI="desensitization" AND TI="reprocessing") OR (AB="eye" AND AB="movement" AND AB="desensitization" AND AB="reprocessing") OR TI="emdr" OR AB="emdr" OR TI="cognitive behav* therapy" OR AB="cognitive behav* therapy" OR TI="CBT" OR AB="CBT" OR TI="cognitive modification*" OR AB="cognitive modification*" OR TI="STAIR" OR AB="STAIR" OR TI="DBT" OR AB="DBT") AND PY=(2013-2023)	

Klinische Fragestellung 3: Sind phasenbasierte psychotherapeutische Interventionen bei Patient*innen mit PTB-Symptomen im Erwachsenenalter effektiver als rein traumafokussierte oder nicht-traumafokussierte psychotherapeutische Interventionen hinsichtlich der Reduktion von PTB-, Depressions- und Angstsymptomen sowie der Steigerung der Lebensqualität und des Funktionsniveaus?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[tj] OR meta-analysis[tj] OR metaanalysis[tj]) AND ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab])	13.12.2023 238

	OR "post trauma*" [tiab] OR "posttrauma*" [tiab] OR "post-trauma" [tiab]) AND ("Dialectical Behavior Therapy" [mh] OR "DBT" [tiab] OR "DBT-PTSD" [tiab] OR "skills*" [tiab] OR "STAIR*" [tiab] OR "phase*" [tiab] OR "stage*" [tiab] OR "sequential*" [tiab]) AND ("psychotherap*" OR (("psycho*" [tiab] OR "trauma focused" [tiab] OR "traumafocused" [tiab] OR "trauma-focused" [tiab]) AND ("therap*" [tiab] OR "intervention*" [tiab] OR "counsel*" [tiab] OR "treatment*" [tiab]))) AND (2013:2023[dp]) AND (humans[Filter])	
Epistemonikos	1. Zeile (Title): "meta-analysis" OR "systematic review" OR "review" OR "meta analysis" OR "metaanalysis" 2. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" 3. Zeile: ("dialectic* Behavior* therap*" OR "DBT" OR "DBT-PTSD" OR "skills*" OR "STAIR*" OR "phase*" OR "stage*" OR "sequential*") AND ("psychotherap*" OR (("psycho*" OR "trauma focused" OR "traumafocused" OR "trauma-focused") AND ("therap*" OR "intervention*" OR "counsel*" OR "treatment*"))) + Filter Year 2013-2023	13.12.2023 3
Psyndex/ PsycInfo	1. Zeile: (MA "review" OR MA "Meta-Analysis" OR MA "systematic review" OR MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis) 2. Zeile: AND (MA "Stress Disorders, Post-Traumatic" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) 3. Zeile: AND (MA "Dialectical Behavior Therapy" OR (TI "DBT" OR AB "DBT") OR (TI "DBT-PTSD" OR AB "DBT-PTSD") OR (TI "skills*" OR AB "skills*") OR (TI "STAIR*" OR AB "STAIR*") OR (TI "phase*" OR AB "phase*") OR (TI "stage*" OR AB "stage*") OR (TI "sequential*" OR AB "sequential*")) AND ("psychotherap*" OR (((TI "psycho*" OR AB "psycho*") OR (TI "trauma focused" OR AB "trauma focused") OR (TI "traumafocused" OR AB "traumafocused") OR (TI "trauma-focused" OR AB "trauma-focused")) AND ((TI "therap*" OR AB "therap*") OR (TI "intervention*" OR AB "intervention*") OR (TI "counsel*" OR AB "counsel*") OR (TI "treatment*" OR AB "treatment*")))))	13.12.2023 13 102

	4. Zeile	
	PY 2013-2023	
Web of Science	(TI = "review" OR TI = "meta-analysis" OR TI = "metaanalysis" OR AB = "review" OR AB = "meta-analysis" OR AB = "metaanalysis") AND (TI = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI = "ptsd" OR AB = "ptsd" OR TI = "post trauma*" OR AB = "post trauma*" OR TI = "posttrauma*" OR AB = "posttrauma*" OR TI = "post-trauma" OR AB = "post-trauma") AND (ALL = ("Dialectical Behavior Therapy") OR TI="DBT" OR AB="DBT" OR TI="DBT-PTSD" OR AB="DBT-PTSD" OR TI="skills*" OR AB="skills*" OR TI="STAIR*" OR AB="STAIR*" OR TI="phase*" OR AB="phase*" OR TI="stage*" OR AB="stage*" OR TI="sequential*" OR AB="sequential*") AND (ALL=("psychotherap*") OR (TI="psycho*" OR AB="psycho*" OR TI="trauma focused" OR AB="trauma focused" OR TI="traumafocused" OR AB="traumafocused" OR TI="trauma-focused" OR AB="trauma-focused")) AND (TI="therap*" OR AB="therap*" OR TI="intervention*" OR AB="intervention*" OR TI="counsel*" OR AB="counsel*" OR TI="treatment*" OR AB="treatment*")) AND PY=(2013-2023)	13.12.2023 223

Klinische Fragestellung 4: Wie ist die Effektivität technologiegestützter (traumafokussierter) psychotherapeutischer Interventionen bei Patient*innen mit PTB-Symptomen im Erwachsenenalter im Vergleich zu inaktiven und aktiven (insb. traumafokussierte) psychotherapeutische Interventionen im direkten Kontakt zwischen Patient*innen und Therapeut*innen) Kontrollbedingungen hinsichtlich der Reduktion von PTB-, Depressions- und Angstsymptomen sowie der Steigerung der Lebensqualität und des Funktionsniveaus?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[tj] OR meta-analysis[tj] OR metaanalysis[tj]) AND ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma*"[tiab] OR "posttrauma*"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ((("virtual reality exposure therapy"[mh] OR telemedicine[mh] OR therapy, computer-assisted[mh] OR e-therap*[tiab] OR etherap*[tiab])	14.12.2023 185

	OR ((("virtual reality"[tiab] OR "VRET"[tiab] OR "internet"[tiab] OR "online"[tiab] OR "web-based"[tiab] OR "digital"[tiab] OR "virtual"[tiab] OR "computer"[tiab] OR "mobile"[tiab] OR "smartphone"[tiab] OR "email"[tiab] OR "e-mail"[tiab] OR "tele"[tiab] OR "app"[tiab] OR "cyber"[tiab]) AND ("psychotherap*" OR ("psycho"[tiab] AND ("therap"[tiab] OR "intervention"[tiab] OR "counsel"[tiab] OR "treatment"[tiab])))))) AND (2013:2023[dp]) AND (humans[Filter])	
Epistemonikos	1. Zeile (Title): "meta-analysis" OR "systematic review" OR "review" OR "meta analysis" OR "metaanalysis" 2. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" 3. Zeile: ((("virtual reality exposure therapy" OR "telemedicine" OR "therapy, computer-assisted" OR "e-therap*" OR "etherap*") OR ((("virtual reality" OR "VRET" OR "internet" OR "online" OR "web-based" OR "digital" OR "virtual" OR "computer" OR "mobile" OR "smartphone" OR "email" OR "e-mail" OR "tele" OR "app" OR "cyber") AND ("psychotherap*" OR ("psycho" AND ("therap" OR "intervention" OR "counsel" OR "treatment")))))) + Filter Year 2013-2023	14.12.2023 14
Psyndex/ PsycInfo	1. Zeile: (MA "review" OR MA "Meta-Analysis" OR MA "systematic review" OR MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis) 2. Zeile: AND (MA "Stress Disorders, Post-Traumatic" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) 3. Zeile: AND ((MA "virtual reality exposure therapy" OR MA "telemedicine" OR MA "therapy, computer-assisted" OR (TI "e-therap*" AND AB "e-therap*") OR (TI "etherap*" AND AB "etherap*")) OR (((TI "virtual reality*" AND AB "virtual reality*") OR (TI "VRET*" OR AB "VRET*") OR (TI "internet*" OR AB "internet*") OR (TI "online*" OR AB "online*") OR (TI "web-based" OR AB "web-based") OR (TI "digital*" OR AB "digital*") OR (TI "virtual*" OR AB "virtual*") OR (TI "computer*" OR AB "computer*") OR (TI "mobile*" OR AB "mobile*") OR (TI "smartphone*" OR AB "smartphone*") OR (AB "email*" OR TI "email*") OR (TI "tele*" OR AB "tele*") OR (TI "app" OR AB "app") OR (TI "cyber" OR AB "cyber")) AND ("psychotherap*" OR ((TI "psycho" OR AB "psycho") AND ((TI "therap" AND AB "therap") OR (TI "intervention" OR AB "intervention") OR (TI	14.12.2023 14 97

	"counsel*" OR AB "counsel*") OR (TI "treatment*" OR AB "treatment*"))))))) 4. Zeile: AND PY 2013-2023	
Web of Science	(TI="review" OR TI="meta-analysis" OR TI="metaanalysis" OR AB="review" OR AB="meta-analysis" OR AB="metaanalysis") AND (TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI="ptsd" OR AB="ptsd" OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI="posttrauma*" OR AB="posttrauma*" OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND ((ALL=("virtual reality exposure therapy") OR ALL=("telemedicine") OR ALL=("computer-assisted therapy") OR TI="e-therap*" OR AB="e-therap*" OR TI="etherap*" OR AB="etherap*") OR ((TI="virtual reality*" OR AB="virtual reality*" OR TI="VRET*" OR AB="VRET*" OR TI="internet*" OR AB="internet*" OR TI="online*" OR AB="online*" OR TI="web-based" OR AB="web-based" OR TI="digital*" OR AB="digital*" OR TI="virtual*" OR AB="virtual*" OR TI="computer*" OR AB="computer*" OR TI="mobile*" OR AB="mobile*" OR TI="smartphone*" OR AB="smartphone*" OR TI="email*" OR AB="email*" OR TI="tele*" OR AB="tele*" OR TI="app*" OR AB="app*" OR TI="cyber*" OR AB="cyber*") AND (ALL=("psychotherap*" OR (TI="psycho*" OR AB="psycho*")) AND (TI="therap*" OR AB="therap*" OR TI="intervention*" OR AB="intervention*" OR TI="counsel*" OR AB="counsel*" OR TI="treatment*" OR AB="treatment*"))))))) AND PY=(2013-2023)	14.12.2023 223

Klinische Fragestellung 5: Wie ist die Effektivität (traumafokussierter) psychotherapeutischer Behandlung von Patient*innen mit PTB-Symptomen im Erwachsenenalter im Gruppensetting im Vergleich zu inaktiven und aktiven (insb.(traumafokussierte) psychotherapeutische Behandlung im Einzelsetting) Kontrollbedingungen hinsichtlich der Reduktion von PTB-, Depressions- und Angstsymptomen sowie der Steigerung der Lebensqualität und des Funktionsniveaus?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[tj] OR meta-analysis[tj] OR metaanalysis[tj]) AND ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma*"[tiab] OR "posttrauma*"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND (Psychotherapy, group[mh] OR ("group*"[tiab] AND ("psychotherap*" OR "psycho*"[tiab] AND ("therap*"[tiab] OR "intervention*"[tiab] OR "counsel*"[tiab] OR "treatment*"[tiab]))))	14.12.2023 362

	D (2013:2023[dp]) AND (humans[Filter])	
Epistemonikos	1. Zeile (Title): "meta-analysis" OR "systematic review" OR "review" OR "meta analysis" OR "metaanalysis" 2. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" 3. Zeile: "group*" AND ("psychotherap*" OR ("psycho*" AND ("therap*" OR "intervention*" OR "counsel*" OR "treatment*"))) + Filter Year 2013-2023	14.12.2023 0
Psyndex/ PsycInfo	1. Zeile: (MA "review" OR MA "Meta-Analysis" OR MA "systematic review" OR MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI "review" OR TI "meta-analysis" OR TI "metaanalysis") 2. Zeile: AND (MA "Stress Disorders, Post-Traumatic" OR (TI "ptsd" OR AB "ptsd") OR (TI "ptss" OR AB "ptss") OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) 3. Zeile: AND (MA "Psychotherapy, group" OR ((TI "group*" OR AB "group*") AND ("psychotherap*" OR (TI "psycho*" OR AB "psycho*") AND (TI "therap*" OR AB "therap*") OR (TI "intervention*" OR AB "intervention*") OR (TI "counsel*" OR AB "counsel*") OR (TI "treatment*" OR AB "treatment*")))) 4. Zeile: AND PY 2013-2023	14.12.2023 38 368
Web of Science	(TI="review" OR TI="meta-analysis" OR TI="metaanalysis" OR AB="review" OR AB="meta-analysis" OR AB="metaanalysis") AND (TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI="ptsd" OR AB="ptsd" OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI="posttrauma*" OR AB="posttrauma*" OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND ((TI="group*" OR AB="group*") AND (ALL=("psychotherap*" OR (TI="psycho*" OR AB="psycho*") AND (TI="therap*" OR AB="therap*" OR TI="intervention*" OR AB="intervention*" OR TI="counsel*" OR AB="counsel*" OR TI="treatment*" OR AB="treatment*")))) AND PY=(2013-2023)	14.12.2023 436

Patient*innen mit PTB-Symptomen im Erwachsenenalter auch mittel- und langfristig wirksam hinsichtlich PTB-, Depressions- und Angstsymptomen sowie der Lebensqualität und des Funktionsniveaus?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) AND ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("psychotherap*" OR (("psycho"[tiab] OR "trauma focused"[tiab] OR "traumafocused"[tiab] OR "trauma-focused"[tiab]) AND ("therap"[tiab] OR "intervention"[tiab] OR "counsel"[tiab] OR "treatment"[tiab]))) AND ("time"[mh] OR "long-term"[tiab] OR "longterm"[tiab] OR "follow-up"[tiab] OR ("follow"[tiab] AND "up"[tiab])) AND (2013:2023[dp]) AND (humans[Filter])	14.12.2023 354
Epistemonikos	1. Zeile (Title): "meta-analysis" OR "systematic review" OR "review" OR "meta analysis" OR "metaanalysis" 2. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" 3. Zeile: "psychotherap*" OR ("psycho*" AND ("therap*" OR "intervention*" OR "counsel*" OR "treatment*")) 4. "long-term*" OR "longterm*" OR "follow-up" OR ("follow*" AND "up") 5. Filter Year 2013-2023	14.12.2023 1
Psyndex/ PsycInfo	1. Zeile: (MA "review" OR MA "Meta-Analysis" OR MA "systematic review" OR MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI "review" OR TI "meta-analysis" OR TI "metaanalysis") 2. Zeile: AND (MA "Stress Disorders, Post-Traumatic" OR (TI "ptsd" OR AB "ptsd") OR (TI "ptss" OR AB "ptss") OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) 3. Zeile: AND (TI "psychotherap*" OR AB "psychotherapy*" OR ((TI "psycho*" OR TI "trauma-focused" OR TI "traumafocused") AND (TI "therap*" OR TI "intervention" OR TI "counsel*" OR TI "treatment*")) OR ((AB "psycho*" OR AB "trauma-focused" OR AB "traumafocused") AND (AB "therap*" OR	14.12.2023 224 184

	AB "intervention" OR AB "counsel*" OR AB "treatment*")) 4. Zeile: AND (MA "time" OR TI "long-term*" OR AB "long-term*" OR TI "longterm*" OR AB "longterm*" OR TI "follow-up" OR AB "follow-up" OR (TI "follow*" AND TI "up") OR (AB "follow*" AND AB "up")) 5. Zeile: AND PY 2013-2023	
Web of Science	(TI="review" OR TI="meta-analysis" OR TI="metaanalysis" OR AB="review" OR AB="meta-analysis" OR AB="metaanalysis") AND (TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI="ptsd" OR AB="ptsd" OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI="posttrauma*" OR AB="posttrauma*" OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND ((TI="psychotherap*" OR AB="psychotherapy*" OR (TI="psycho*" OR TI="trauma-focused" OR TI="traumafocused") AND (TI="therap*" OR TI="intervention" OR TI="counsel*" OR TI="treatment*")) OR ((AB="psycho*" OR AB="trauma-focused" OR AB="traumafocused") AND (AB="therap*" OR AB="intervention" OR AB="counsel*" OR AB="treatment*")))) AND (MA "time" OR TI="long-term*" OR AB="long-term*" OR TI="longterm*" OR AB="longterm*" OR TI="follow-up" OR AB="follow-up" OR (TI="follow*" AND TI="up") OR (AB="follow*" AND AB="up")) AND PY=(2013-2023)	14.12.2023 297

Klinische Fragestellung 7: Welche Behandlungsfrequenz einer (traumafokussierten) psychotherapeutischen Behandlung von Patient*innen mit PTB-Symptomen im Erwachsenenalter führt zu einer vergleichbaren oder höheren Effektivität als die Standardbehandlungsfrequenz von einmal pro Woche hinsichtlich der Reduktion von PTB-, Depressions- und Angstsymptomen sowie der Steigerung der Lebensqualität und des Funktionsniveaus?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[tj] OR meta-analysis[tj] OR metaanalysis[tj]) AND ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab])	14.12.2023 164

	OR "post trauma*" [tiab] OR "posttrauma*" [tiab] OR "post-trauma" [tiab]) AND ("psychotherap*" OR (("psycho*" [tiab] OR "trauma focused" [tiab] OR "traumafocused" [tiab] OR "trauma-focused" [tiab]) AND ("therap*" [tiab] OR "intervention*" [tiab] OR "counsel*" [tiab] OR "treatment*" [tiab]))) AND ("Massed*" [tiab] OR "intens*" [tiab] OR "high* frequency" [tiab] OR "frequency*") AND (2013:2023[dp]) AND (humans[Filter])	
Epistemonikos	1. Zeile (Title): "meta-analysis" OR "systematic review" OR "review" OR "meta analysis" OR "metaanalysis" 2. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma*" 3. Zeile: "psychotherap*" OR ("psycho*" AND ("therap*" OR "intervention*" OR "counsel*" OR "treatment*")) 4. "massed*" OR "intens*" OR "high* frequency" OR "frequency*" 5. Filter Year 2013-2023	14.12.2023 0
Psyndex/ PsycInfo	1. Zeile: (MA "review" OR MA "Meta-Analysis" OR MA "systematic review" OR MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI "review" OR TI "meta-analysis" OR TI "metaanalysis") 2. Zeile: AND (MA "Stress Disorders, Post-Traumatic" OR (TI "ptsd" OR AB "ptsd") OR (TI "ptss" OR AB "ptss") OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) 3. Zeile: AND (TI "psychotherap*" OR AB "psychotherapy*" OR ((TI "psycho*" OR TI "trauma-focused" OR TI "traumafocused") AND (TI "therap*" OR TI "intervention" OR TI "counsel*" OR TI "treatment*")) OR ((AB "psycho*" OR AB "trauma-focused" OR AB "traumafocused") AND (AB "therap*" OR AB "intervention" OR AB "counsel*" OR AB "treatment*")) 4. Zeile: AND ((TI "Massed*" OR AB "Massed*") OR (TI "intens*" OR AB "intens*") OR (TI "high* frequency" OR AB "high* frequency") OR (TI "frequency*" OR AB "frequency*")) 5. Zeile: AND PY 2013-2023	14.12.2023 9 56
Web of Science	(TI=review OR TI=meta-analysis OR TI=metaanalysis OR AB=review OR AB=meta-analysis OR AB=metaanalysis)	14.12.2023

	AND (TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND (ALL="psychotherap*" OR ((TI="psycho*" OR AB="psycho*" OR TI="trauma focused" OR AB="trauma focused" OR TI="traumafocused" OR AB="traumafocused") AND (TI="therap*" OR AB="therap*" OR TI="intervention*" OR AB="intervention*" OR TI="counsel*" OR AB="counsel*" OR TI="treatment*" [tiab] OR AB="treatment*"))) AND (TI="Massed*" OR AB="Massed*" OR TI="intens*" OR AB="intens*" OR TI="high* frequency" OR AB="high* frequency" OR TI="frequency*" OR AB="frequency*") AND PY=(2013-2023)	181

AG Psychotherapie | Primärdaten

Klinische Fragestellung 4: Wie ist die Effektivität technologiegestützter (traumafokussierter) psychotherapeutischer Interventionen bei Patient*innen mit PTB-Symptomen im Erwachsenenalter im Vergleich zu inaktiven und aktiven (insb. traumafokussierte) psychotherapeutische Interventionen im direkten Kontakt zwischen Patient*innen und Therapeut*innen) Kontrollbedingungen hinsichtlich der Reduktion von PTB-, Depressions- und Angstsymptomen sowie der Steigerung der Lebensqualität und des Funktionsniveaus?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma*" [tiab] OR "posttrauma*" [tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ((("telemedicine"[mh] OR "therapy, computer-assisted"[mh] OR "e-therap*" [tiab] OR "etherap*" [tiab] OR "telemedicine"[tiab] OR "telehealth"[tiab] OR "videoconferencing"[tiab]) OR ((("internet*" [tiab] OR "online*" [tiab] OR "telephone"[tiab] OR "telephone delivered"[tiab]) AND ("psychotherap*" OR ("psycho*" [tiab] AND ("therap*" [tiab] OR "intervention*" [tiab] OR "counsel*" [tiab] OR "treatment*" [tiab])))))) AND "anxiety"[tiab] AND (2021:2024[dp]) AND (humans[Filter])	07.05.2024 192
Epistemonikos	1. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma"	07.05.2024 15

	2. Zeile: ((“e-therap*” OR “etherap*” OR “telemedicine” OR “telehealth” OR “videoconferencing”) OR (“internet*” OR “online*” OR “telephone” OR “telephone delivered”) AND (“psychotherap*” OR (“psycho*” AND (“therap*” OR “intervention*” OR “counsel*” OR “treatment*”)))))) 3. AND “anxiety” + Filter Year 2021-2024	
Psyndex/ PsycInfo	1. Zeile: AND (MA “Stress Disorders, Post-Traumatic” OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI “post trauma*” OR AB “post trauma”) OR (TI “posttrauma*” OR AB “posttrauma”) OR (TI “post-trauma” OR AB “post-trauma”)) 2. Zeile: AND ((MA “telemedicine” OR MA “therapy, computer-assisted” OR TI “e-therap*” OR TI “etherap*” OR TI “telemedicine” OR TI “telehealth” OR TI “videoconferencing” OR AB “e-therap*” OR AB “etherap*” OR AB “telemedicine” OR AB “telehealth” OR AB “videoconferencing”) OR ((TI “internet*” OR TI “online*” OR TI “telephone” OR TI “telephone delivered”) AND (TI “psychotherap*” OR AB “internet*” OR AB “online*” OR AB “telephone” OR AB “telephone delivered”) AND (AB “psychotherap*” OR (TI “psycho*” AND (TI “therap*” OR TI “intervention*” OR TI “counsel*” OR TI “treatment*”)) OR (AB “psycho*” AND (AB “therap*” OR AB “intervention*” OR AB “counsel*” OR AB “treatment*”)))))) AND (TI “anxiety” OR AB “anxiety”) Zeile: AND PY 2021-2024	07.05.2024 3 56
Web of Science	(TI=“Post-Traumatic Stress Disorder” OR AB=“Post-Traumatic Stress Disorder” OR TI=“ptsd” OR AB=“ptsd” OR TI=“post trauma*” OR AB=“post trauma*” OR TI=“posttrauma*” OR AB=“posttrauma*” OR TI=“post-trauma” OR AB=“post-trauma”) AND ((TI=“e-therap*” OR TI=“etherap*” OR TI=“telemedicine” OR TI=“telehealth” OR TI=“videoconferencing” OR AB=“e-therap*” OR AB=“etherap*” OR AB=“telemedicine” OR AB=“telehealth” OR AB=“videoconferencing”) OR ((TI=“internet*” OR TI=“online*” OR TI=“telephone” OR TI=“telephone delivered”) AND (TI=“psychotherap*” OR AB=“internet*” OR AB=“online*” OR AB=“telephone” OR AB=“telephone delivered”) AND (AB=“psychotherap*” OR (TI=“psycho*” AND (TI=“therap*” OR TI=“intervention*” OR TI=“counsel*” OR TI=“treatment*”)) OR (AB=“psycho*”	07.05.2024 90

	AND (AB="therap*" OR AB="intervention*" OR AB="counsel*" OR AB="treatment*")))) AND (TI="anxiety" OR AB="anxiety") AND PY=(2021-2024)	

Klinische Fragestellung 7: Welche Behandlungsfrequenz einer (traumafokussierten) psychotherapeutischen Behandlung von Patient*innen mit PTB-Symptomen im Erwachsenenalter führt zu einer vergleichbaren oder höheren Effektivität als die Standardbehandlungsfrequenz von einmal pro Woche hinsichtlich der Reduktion von PTB-, Depressions- und Angstsymptomen sowie der Steigerung der Lebensqualität und des Funktionsniveaus?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("psychotherap*" OR ("psycho*" [tiab] OR "trauma focused"[tiab] OR "traumafocused"[tiab] OR "trauma-focused"[tiab] OR "exposure"[tiab]) AND ("therap*" [tiab] OR "intervention*" [tiab] OR "counsel*" [tiab] OR "treatment*" [tiab])) AND ("Massed*" [tiab] OR "intens*" [tiab] OR "high* frequency"[tiab] OR "frequency*") AND ("depressi*" [tiab] OR "anxiety" [tiab]) AND (2022:2024[dp]) AND (humans[Filter]) + manueller Filter: ab 29.11.2022	30.04.2024 152
Epistemonikos	1. 2. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma*" 3. Zeile: "psychotherap*" OR ("psycho*" OR "traumafocused" OR "trauma-focused" OR "trauma focused" OR "exposure") AND ("therap*" OR "intervention*" OR "counsel*" OR "treatment*") 4. "massed*" OR "intens*" OR "high* frequency" OR "frequency*" 5. Filter Year 2013-2023	30.04.2024 5
PubPsych/ Psyn dex	s. PsycInfo	30.04.2024 9
Psyn dex/ PsycInfo	1. Zeile: AND (TI "psychotherap*" OR AB "psychotherapy*" OR ((TI "psycho*" OR TI "trauma-focused" OR TI "traumafocused" OR TI "exposure") AND (TI "therap*" OR TI "intervention" OR TI "counsel*" OR TI "treatment"))) OR	30.04.2024 17 119

	((AB "psycho*" OR AB "trauma-focused" OR AB "traumafocused" OR AB "exposure") AND (AB "therap*" OR AB "intervention" OR AB "counsel*" OR AB "treatment*")) 2. Zeile: AND ((TI "Massed*" OR AB "Massed*") OR (TI "intens*" OR AB "intens*") OR (TI "high* frequency" OR AB "high* frequency") OR (TI "frequency*" OR AB "frequency*")) 3. Zeile (TI "depressi*" OR AB "depressi*" OR TI "anxiety" OR AB "anxiety") 4. Zeile: AND PY 2022-2024	
Web of Science	(TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND (ALL="psychotherap*" OR ((TI="psycho*" OR AB="psycho*" OR TI="trauma focused" OR AB="trauma focused" OR TI="traumafocused" OR AB="traumafocused" OR TI="exposure" OR AB="exposure") AND (TI="therap*" OR AB="therap*" OR TI="intervention*" OR AB="intervention*" OR TI="counsel*" OR AB="counsel*" OR TI="treatment*" [tiab] OR AB="treatment*")))) AND (TI="Massed*" OR AB="Massed*" OR TI="intens*" OR AB="intens*" OR TI="high* frequency" OR AB="high* frequency" OR TI="frequency*" OR AB="frequency*") AND (TI="depressi*" OR AB="depressi*" OR TI="anxiety" OR AB="anxiety") AND PY=(2022-2024)	30.04.2024 236

AG Pharmakotherapie | Aggregierte Evidenz

Klinische Fragestellung 1: Ist eine Pharmakotherapie mit Antidepressiva oder Antipsychotika bei erwachsenen Personen mit einer PTBS effektiver hinsichtlich der Verringerung der PTB-Symptome, unterscheidbar in der Anzahl oder Ausprägung der Nebenwirkungen, Verringerung der Depressionssymptome oder Verbesserung der Lebensqualität im Vergleich zu Placebo?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR	20.09.2024 80

	"systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) AND ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma*"[tiab] OR "post-trauma*"[tiab]) AND ("psychopharmaco*"[tiab] OR "pharmacotherap*"[tiab] OR "drug*"[tiab] OR "pharmacological*"[tiab] OR "pharmacoloc*"[tiab] OR "Sertraline*"[tiab] OR "paroxetine*"[tiab] OR "venlafaxine*"[tiab] OR "fluoxetine*"[tiab] OR "citalopram*"[tiab] OR "es-citalopram*"[tiab] OR "mirtazapine*"[tiab] OR "amitriptyline*"[tiab] OR "quetiapine*"[tiab] OR "risperidone*"[tiab] OR "olanzapine*"[tiab] OR "Selective serotonin reuptake inhibitors"[tiab] OR "SSRI"[tiab] OR "antidepressant*"[tiab] OR "antipsychotic*"[tiab]) AND ("placebo*"[tiab]) AND (humans[Filter]) NOT ("TBI"[tiab] OR "brain injury"[tiab])	
Epistemonikos	1. Zeile: "meta-analysis" OR "systematic review" OR "review" OR "meta analysis" OR "metaanalysis" 2. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" 3. "psychopharmaco*" OR "pharmacotherap*" OR "drug*" OR "pharmacological*" OR "pharmacoloc*" OR "Sertraline*" OR "paroxetine*" OR "venlafaxine*" OR "fluoxetine*" OR "citalopram*" OR "es-citalopram*" OR "mirtazapine*" OR "amitriptyline*" OR "quetiapine*" OR "risperidone*" OR "olanzapine*" OR "Selective serotonin reuptake inhibitors" OR "SSRI" OR "antidepressant*" OR "antipsychotic" 4. AND ("placebo*")	20.09.2024 0
Psyndex/ PsycInfo	(MA "review" OR MA "Meta-Analysis" OR MA "systematic review" OR MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis) AND (MA "Stress Disorders, Post-Traumatic" OR TI "ptsd" OR TI "ptss" OR TI "post trauma" OR TI "posttrauma*" OR TI "post-trauma" OR AB "ptsd" OR AB "ptss" OR AB "post trauma" OR AB "posttrauma*" OR AB "post-trauma") AND (TI "psychopharmaco*" OR TI "pharmacotherap*" OR TI "drug*" OR TI "pharmacological*" OR TI "pharmacoloc*" OR TI "Sertraline*" OR TI "paroxetine*" OR TI "venlafaxine*" OR TI "fluoxetine*" OR TI "citalopram*" OR TI "es-citalopram*" OR "mirtazapine*" OR "amitriptyline*" OR TI "quetiapine*" OR TI "risperidone*" OR TI "olanzapine*" OR TI "Selective serotonin reuptake inhibitors" OR TI "SSRI" OR TI "antidepressant*" OR TI "antipsychotic*" OR AB "psychopharmaco*" OR AB "pharmacotherap*" OR AB "drug*" OR AB "pharmacological*" OR AB "pharmacoloc*" OR AB "Sertraline*" OR AB "paroxetine*" OR AB "venlafaxine"	20.09.2024 1 65

	OR AB "fluoxetine*" OR AB "citalopram*" OR AB "es-citalopram*" OR "mirtazapine*" "amitriptyline*" OR AB "quetiapine*" OR AB "risperidone*" OR AB "olanzapine*" OR AB "Selective serotonin reuptake inhibitors" OR AB "SSRI" OR AB "antidepressant*" OR AB "antipsychotic*") AND (TI "placebo*" OR AB "placebo*")	
Web of Science	(TI=review OR TI=meta-analysis OR TI=metaanalysis OR AB=review OR AB=meta-analysis OR AB=metaanalysis) AND (TI="ptsd" OR TI="ptss" OR TI="post trauma*" OR TI="posttrauma*" OR TI="post-trauma*" OR AB="ptsd" OR AB="ptss" OR AB="post trauma*" OR AB="posttrauma*" OR AB="post-trauma*") AND (TI="psychopharmaco*" OR TI="pharmacotherap*" OR TI="drug*" OR TI="pharmacological*" OR TI="pharmacoloc*" OR TI="Sertraline*" OR TI="paroxetine*" OR TI="venlafaxine*" OR TI="fluoxetine*" OR TI="citalopram*" OR TI="es-citalopram*" OR TI="mirtazapine*" OR TI="amitriptyline*" OR TI="quetiapine*" OR TI="risperidone*" OR TI="olanzapine*" OR TI="Selective serotonin reuptake inhibitors" OR TI="SSRI" OR TI="antidepressant*" OR TI="antipsychotic*" OR AB="psychopharmaco*" OR AB="pharmacotherap*" OR AB="drug*" OR AB="pharmacological*" OR AB="pharmacoloc*" OR AB="Sertraline*" OR AB="paroxetine*" OR AB="venlafaxine*" OR AB="fluoxetine*" OR AB="citalopram*" OR AB="es-citalopram*" OR AB="mirtazapine*" OR AB="amitriptyline*" OR AB="quetiapine*" OR AB="risperidone*" OR AB="olanzapine*" OR AB="Selective serotonin reuptake inhibitors" OR AB="SSRI" OR AB="antidepressant*" OR AB="antipsychotic*") AND (TI="placebo*" OR AB="placebo*")	20.09.2024 127

Klinische Fragestellung 2: Ist eine Pharmakotherapie mit Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRIs) bei erwachsenen Personen mit einer PTBS effektiver hinsichtlich der Verringerung der PTB-Symptome, unterscheidbar in der Anzahl oder Ausprägung der Nebenwirkungen, Verringerung der Depressionssymptome oder Angstsymptome oder Verbesserung der Lebensqualität im Vergleich zu einer Psychotherapie oder der Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie mit SSRIs?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) AND ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma*" [tiab] OR "post-trauma*" [tiab]) AND ("psychopharmaco*" [tiab] OR "pharmacotherap*" [tiab] OR "drug*" [tiab] OR "pharmacological*" [tiab] OR "pharmacoloc*" [tiab] OR "Sertraline*" [tiab] OR "paroxetine*" [tiab] OR "fluoxetine*" [tiab] OR "Selective serotonin reuptake inhibitors" [tiab] OR "antidepressant*" [tiab] OR	20.09.2024 685

	“SSRI”[tiab]) AND (“psychotherap*”[tiab] OR ((“psycho*”[tiab] OR “trauma fo- cused”[tiab] OR “traumafocused”[tiab] OR “trauma-focused”[tiab] OR “in- terpersonal*”[tiab]) AND (“therap*”[tiab] OR “intervention*”[tiab] OR “counsel*”[tiab] OR “treatment*”[tiab])) OR “EMDR”[tiab]) AND (humans[Filter]) NOT (“TBI”[tiab] OR “brain injury”[tiab])	
Epistemoniko s	1. Zeile: "meta-analysis" OR "systematic review" OR "review" OR "meta analysis" OR "metaanalysis" + Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma*" + (“psychopharmaco*” OR “pharmacotherap*” OR “drug*” OR “pharmacological*” OR “pharmacoloc*” OR “Sertraline*” OR “paroxetine*” OR “fluoxetine*” OR “Selective serotonin reuptake inhibitors” OR “antidepressant*” OR “SSRI”) + AND (“psychotherap*” OR ((“psycho*” OR “trauma focused” OR “traumafocused” OR “trauma-focused” OR “interpersonal*”) AND (“therap*” OR “intervention*” OR “counsel*” OR “treat- ment*”) OR “EMDR”))	20.09.2024 30
Psyndex/ PsycInfo	(MA “review” OR MA “Meta-Analysis” OR MA “systematic review” OR MR “review” OR MR “Meta-Analysis” OR MR “systematic review” OR SU “review” OR SU “Systematic Review” OR SU “Meta-Analysis” OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis) AND (MA “Post-Traumatic Stress Disorders” OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI “post trauma*” OR AB “post trauma*”) OR (TI “posttrauma*” OR AB “posttrauma*”) OR (TI “post-trauma*” OR AB “post-trauma*”)) AND (TI “psychopharmaco*” OR TI “pharmacotherap*” OR TI “drug*” OR TI “pharmacological*” OR TI “pharmacoloc*” OR TI “Sertraline*” OR TI “paroxetine*” OR TI “fluoxetine*” OR TI “Selective serotonin reuptake in- hibitors” OR TI “antidepressant*” OR TI “SSRI” OR AB “psychophar- maco*” OR AB “pharmacotherap*” OR AB “drug*” OR AB “pharmacolog- ical*” OR AB “pharmacoloc*” OR AB “Sertraline*” OR AB “paroxetine*” OR AB “fluoxetine*” OR AB “Selective serotonin reuptake inhibitors” OR AB “antidepressant*” OR AB “SSRI”) AND (TI “psychotherap*” OR ((TI “psycho*” OR TI “trauma focused” OR TI “traumafocused” OR TI “trauma-focused” OR TI “interpersonal*”) AND (TI “therap*” OR TI “intervention*” OR TI “counsel*” OR TI “treat- ment*”) OR TI “EMDR” OR AB “psychotherap*” OR ((AB “psycho*” OR AB “trauma focused” OR AB “traumafocused” OR AB “trauma-focused” OR AB “interpersonal*”) AND (AB “therap*” OR AB “intervention*” OR AB “counsel*” OR AB “treatment*”) OR AB “EMDR”))	20.09.2024 12 180
Web of Science	(TI=review OR TI=meta-analysis OR TI=metaanalysis OR AB=review OR AB=meta-analysis OR AB=metaanalysis)	20.09.2024 517

	AND (TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma*" OR AB="post-trauma*") AND (TI="psychopharmaco*" OR TI="pharmacotherap*" OR TI="drug*" OR TI="pharmacological*" OR TI="pharmacoloc*" OR TI="Sertraline*" OR TI="paroxetine*" OR TI="fluoxetine*" OR TI="Selective serotonin reuptake inhibitors" OR TI="antidepressant*" OR TI="SSRI" OR AB="psychopharmaco*" OR AB="pharmacotherap*" OR AB="drug*" OR AB="pharmacological*" OR AB="pharmacoloc*" OR AB="Sertraline*" OR AB="paroxetine*" OR AB="fluoxetine*" OR AB="Selective serotonin reuptake inhibitors" OR AB="antidepressant*" OR AB="SSRI") AND (TI="psychotherap*" OR ((TI="psycho*" OR TI="trauma focused" OR TI="traumafocused" OR TI="trauma-focused" OR TI="interpersonal*") AND (TI="therap*" OR TI="intervention*" OR TI="counsel*" OR TI="treatment*"))) OR TI="EMDR" OR AB="psychotherap*" OR ((AB="psycho*" OR AB="trauma focused" OR AB="traumafocused" OR AB="trauma-focused" OR AB="interpersonal*") AND (AB="therap*" OR AB="intervention*" OR AB="counsel*" OR AB="treatment*"))) OR AB="EMDR")	

Klinische Fragestellung 3: Ist eine Pharmakotherapie (siehe u. s. Substanzen) bei erwachsenen Personen mit einer PTBS und Schlafstörungen (Insomnie oder Alpträume) effektiver hinsichtlich der Verbesserung der Schlafparameter und Alpträume im Vergleich zu Placebo?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma*"[tiab] OR "post-trauma*"[tiab]) AND ("nightmare*"[tiab] OR "bad dream*"[tiab] OR "insomnia"[tiab] OR "Sleep Initiation Dysfunction"[tiab] OR "Sleeplessness"[tiab] OR "sleep disturbance"[tiab] OR "sleep disorder"[tiab]) AND ("Prazosin"[tiab] OR "doxazosin"[tiab] OR "clonidine"[tiab] OR "tamsulosin"[tiab] OR "guanfacine"[tiab] OR "alpha-adrenergic receptors"[tiab] OR "Cannabinoid*"[tiab] OR "antidepressant"[tiab] OR "doxepin"[tiab] OR "trimipramine"[tiab] OR "trazodone"[tiab] OR "amitriptyline"[tiab] OR "mirtazapine"[tiab] OR "antihistamine*"[tiab] OR "neuroleptic*"[tiab] OR "melperone"[tiab] OR "pipamperone"[tiab] OR "quetiapine"[tiab] OR "diphenhydramine"[tiab] OR "doxylamine"[tiab] OR "hydroxyzine"[tiab] OR "promethazine"[tiab] OR "topiramate"[tiab] OR "agomelatine"[tiab] OR "melatonin"[tiab] OR "orexin antagonists"[tiab] OR "z-substance*"[tiab] OR "SSRI"[tiab]) NOT ("TBI"[tiab] OR "brain injury"[tiab])	20.09.2024 245

Epistemonikos	+ Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" + Zeile: ("nightmare*" OR "bad dream*" OR "insomnia" OR "Sleep Initiation Dysfunction" OR "Sleeplessness" OR "sleep disturbance" OR "sleep disorder") + AND + ("Prazosin" OR "doxazosin" OR "clonidine" OR "tamsulosin" OR "guanfacine" OR "alpha-adrenergic receptors" OR "Cannabinoid*" OR "antidepressant" OR "doxepin" OR "trimipramine" OR "trazodone" OR "amitriptyline" OR "mirtazapine" OR "antihistamine*" OR "neuroleptic*" OR "melperone" OR "pipamperone" OR "quetiapine" OR "diphenhydramine" OR "doxylamine" OR "hydroxyzine" OR "promethazine" OR "topiramate" OR "agomelatine" OR "melatonin" OR "orexin antagonists" OR "z-substance*" OR "SSRI")	20.09.2024 71
Psyndex/ PsycInfo	(MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma*" OR AB "post-trauma*")) AND (TI "nightmare*" OR TI "bad dream*" OR TI "insomnia" OR TI "Sleep Initiation Dysfunction" OR TI "Sleeplessness" OR TI "sleep disturbance" OR TI "sleep disorder" OR AB "nightmare*" OR AB "bad dream*" OR AB "insomnia" OR AB "Sleep Initiation Dysfunction" OR AB "Sleeplessness" OR AB "sleep disturbance" OR AB "sleep disorder") AND (TI "Prazosin" OR TI "doxazosin" OR TI "clonidine" OR TI "tamsulosin" OR TI "guanfacine" OR TI "alpha-adrenergic receptors" OR TI "Cannabinoid*" OR TI "antidepressant" OR TI "doxepin" OR TI "trimipramine" OR TI "trazodone" OR TI "amitriptyline" OR TI "mirtazapine" OR TI "antihistamine*" OR TI "neuroleptic*" OR TI "melperone" OR TI "pipamperone" OR TI "quetiapine" OR TI "diphenhydramine" OR TI "doxylamine" OR TI "hydroxyzine" OR TI "promethazine" OR TI "topiramate" OR TI "agomelatine" OR TI "melatonin" OR TI "orexin antagonists" OR TI "z-substance*" OR TI "SSRI" OR AB "Prazosin" OR AB "doxazosin" OR AB "clonidine" OR AB "tamsulosin" OR AB "guanfacine" OR AB "alpha-adrenergic receptors" OR AB "Cannabinoid*" OR AB "antidepressant" OR AB "doxepin" OR AB "trimipramine" OR AB "trazodone" OR AB "amitriptyline" OR AB "mirtazapine" OR AB "antihistamine*" OR AB "neuroleptic*" OR AB "melperone" OR AB "pipamperone" OR AB "quetiapine" OR AB "diphenhydramine" OR AB "doxylamine" OR AB "hydroxyzine" OR AB "promethazine" OR AB "topiramate" OR AB "agomelatine" OR AB "melatonin" OR AB "orexin antagonists" OR AB "z-substance*" OR AB "SSRI")	20.09.2024 27 161
Web of Science	(TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma*" OR AB="post-trauma*") AND (TI="nightmare*" OR TI="bad dream*" OR TI="insomnia" OR TI="Sleep Initiation Dysfunction" OR TI="Sleeplessness" OR TI="sleep disturbance" OR TI="sleep disorder" OR AB="nightmare*" OR AB="bad	20.09.2024 214

	dream*" OR AB="insomnia" OR AB="Sleep Initiation Dysfunction" OR AB="Sleeplessness" OR AB="sleep disturbance" OR AB="sleep disorder") AND (TI="Prazosin" OR TI="doxazosin" OR TI="clonidine" OR TI="tamsulosin" OR TI="guanfacine" OR TI="alpha-adrenergic receptors" OR TI="Cannabinoid*" OR TI="antidepressant" OR TI="doxepin" OR TI="trimipramine" OR TI="trazodone" OR TI="amitriptyline" OR TI="mirtazapine" OR TI="antihistamine*" OR TI="neuroleptic*" OR TI="melperone" OR TI="pipamperone" OR TI="quetiapine" OR TI="diphenhydramine" OR TI="doxylamine" OR TI="hydroxyzine" OR TI="promethazine" OR TI="topiramate" OR TI="agomelatine" OR TI="melatonin" OR TI="orexin antagonists" OR TI="z-substance*" OR TI="SSRI" OR AB="Prazosin" OR AB="doxazosin" OR AB="clonidine" OR AB="tamsulosin" OR AB="guanfacine" OR AB="alpha-adrenergic receptors" OR AB="Cannabinoid*" OR AB="antidepressant" OR AB="doxepin" OR AB="trimipramine" OR AB="trazodone" OR AB="amitriptyline" OR AB="mirtazapine" OR AB="antihistamine*" OR AB="neuroleptic*" OR AB="melperone" OR AB="pipamperone" OR AB="quetiapine" OR AB="diphenhydramine" OR AB="doxylamine" OR AB="hydroxyzine" OR AB="promethazine" OR AB="topiramate" OR AB="agomelatine" OR AB="melatonin" OR AB="orexin antagonists" OR AB="z-substance*" OR AB="SSRI")	

Klinische Fragestellung 4: Ist eine Pharmakotherapie bei erwachsenen Personen mit PTBS und dissoziativen Symptomen effektiver hinsichtlich der Verringerung der dissoziativen Symptome im Vergleich zu Placebo?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma*"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("dissociation"[tiab] OR "Dissociative Disorders"[mh] OR "dissociative*"[tiab]) AND ("Sertraline*"[tiab] OR "paroxetine*"[tiab] OR "venlafaxine*"[tiab] OR "fluoxetine*"[tiab] OR "citalopram*"[tiab] OR "es-citalopram*"[tiab] OR "mirtazapine*"[tiab] OR "amitriptyline*"[tiab] OR "Selective serotonin reuptake inhibitors"[tiab] OR "SSRI"[tiab] OR "antidepressant*"[tiab] OR "Naloxone"[tiab] OR "naltrexone"[tiab] OR "methylnaltrexone"[tiab] OR "nalbuphine"[tiab] OR "pentazocine"[tiab] OR "buprenorphine"[tiab] OR "opioidantagonist"[tiab] OR "opioid antagonist"[tiab]) NOT ("TBI"[tiab] OR "brain injury"[tiab])	20.09.2024 51
Epistemonikos	+ Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" + Zeile: ("dissociation" OR "Dissociative Disorders" OR "dissociative*") + AND	20.09.2024 0

	+ ("Sertraline*" OR "paroxetine*" OR "venlafaxine*" OR "fluoxetine*" OR "citalopram*" OR "es-citalopram*" OR "mirtazapine*" OR "amitriptyline*" OR "Selective serotonin reuptake inhibitors" OR "SSRI" OR "antidepressant*" OR "Naloxone" OR "naltrexone" OR "methylnaltrexone" OR "nalbuphine" OR "pentazocine" OR "buprenorphine" OR "opioidantagonist" OR "opioid antagonist")	
Psyndex/ PsycInfo	(MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma*" OR AB "post-trauma*")) AND (TI "dissociation" OR MA "Dissociative Disorders" OR TI "dissociative*" OR AB "dissociation" OR AB "dissociative*") AND (TI "Sertraline*" OR TI "paroxetine*" OR TI "venlafaxine*" OR TI "fluoxetine*" OR TI "citalopram*" OR TI "es-citalopram*" OR TI "mirtazapine*" OR TI "amitriptyline*" OR TI "Selective serotonin reuptake inhibitors" OR TI "SSRI" OR TI "antidepressant*" OR TI "Naloxone" OR TI "naltrexone" OR TI "methylnaltrexone" OR TI "nalbuphine" OR TI "pentazocine" OR TI "buprenorphine" OR TI "opioidantagonist" OR TI "opioid antagonist" OR AB "Sertraline*" OR AB "paroxetine*" OR AB "venlafaxine*" OR AB "fluoxetine*" OR AB "citalopram*" OR AB "es-citalopram*" OR AB "mirtazapine*" OR AB "amitriptyline*" OR AB "Selective serotonin reuptake inhibitors" OR AB "SSRI" OR AB "antidepressant*" OR AB "Naloxone" OR AB "naltrexone" OR AB "methylnaltrexone" OR AB "nalbuphine" OR AB "pentazocine" OR AB "buprenorphine" OR AB "opioidantagonist" OR AB "opioid antagonist")	20.09.2024 Psyndex 0 PsycInfo 33
Web of Science	(TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma*" OR AB="post-trauma*") AND (TI="dissociation" OR TI="dissociative*" OR AB="dissociation" OR AB="dissociative*") AND (TI="Sertraline*" OR TI="paroxetine*" OR TI="venlafaxine*" OR TI="fluoxetine*" OR TI="citalopram*" OR TI="es-citalopram*" OR TI="mirtazapine*" OR TI="amitriptyline*" OR TI="Selective serotonin reuptake inhibitors" OR TI="SSRI" OR TI="antidepressant*" OR TI="Naloxone" OR TI="naltrexone" OR TI="methylnaltrexone" OR TI="nalbuphine" OR TI="pentazocine" OR TI="buprenorphine" OR TI="opioidantagonist" OR TI="opioid antagonist" OR AB="Sertraline*" OR AB="paroxetine*" OR AB="venlafaxine*" OR AB="fluoxetine*" OR AB="citalopram*" OR AB="es-citalopram*" OR AB="mirtazapine*" OR AB="amitriptyline*" OR AB="Selective serotonin reuptake inhibitors" OR AB="SSRI" OR AB="antidepressant*" OR AB="Naloxone" OR AB="naltrexone" OR AB="methylnaltrexone" OR AB="nalbuphine" OR AB="pentazocine" OR AB="buprenorphine" OR AB="opioidantagonist" OR AB="opioid antagonist")	20.09.2024 33

	AB="opioid antagonist")	

Klinische Fragestellung 5: Führt eine pharmakologische Augmentation (als Einzelintervention) zu einer Pharmakotherapie bei erwachsenen Personen mit PTBS zu einer Verringerung der PTB-Symptome, unterscheidbaren Anzahl oder Ausprägung der Nebenwirkungen, Verringerung der Depressionssymptome oder Angstsymptome oder Verbesserung der Lebensqualität im Vergleich zu einer Augmentation mit Placebo zu einer Pharmakotherapie?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma*"[tiab] OR "post-trauma*"[tiab]) AND ("Sertraline*"[tiab] OR "paroxetine*"[tiab] OR "venlafaxine*"[tiab] OR "fluoxetine*"[tiab] OR "citalopram*"[tiab] OR "es-citalopram*"[tiab] OR "mirtazapine*"[tiab] OR "amitriptyline*"[tiab] OR "Selective serotonin reuptake inhibitors"[tiab] OR "SSRI"[tiab] OR "antidepressant*"[tiab]) AND ("antipsychotic*"[tiab] OR "quetiapine*"[tiab] OR "risperidone*"[tiab] OR "olanzapine*"[tiab]) AND (humans[Filter]) NOT ("TBI"[tiab] OR "brain injury"[tiab])	20.09.2024 163
Epistemonikos	2. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" 3. Zeile: ("Sertraline*" OR "paroxetine*" OR "venlafaxine*" OR "fluoxetine*" OR "citalopram*" OR "es-citalopram*" OR "mirtazapine*" OR "amitriptyline*" OR "Selective serotonin reuptake inhibitors" OR "SSRI" OR "antidepressant*") 4. ("antipsychotic*" OR "quetiapine*" OR "risperidone*" OR "olanzapine*")	20.09.2024 47
Psyndex/ PsycInfo	(MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma*" OR AB "post-trauma*")) AND (TI "Sertraline*" OR TI "paroxetine*" OR TI "venlafaxine*" OR TI "fluoxetine*" OR TI "citalopram*" OR TI "es-citalopram*" OR TI "mirtazapine*" OR TI "amitriptyline*" OR TI "Selective serotonin reuptake inhibitors" OR TI "SSRI" OR TI "antidepressant*" OR AB "Sertraline*" OR AB "paroxetine*" OR AB "venlafaxine*" OR AB "fluoxetine*" OR AB "citalopram*" OR AB "es-citalopram*" OR AB "mirtazapine*" OR AB "amitriptyline*" OR AB "Selective serotonin reuptake inhibitors" OR AB "SSRI" OR AB "antidepressant*") AND (TI "antipsychotic*" OR TI "quetiapine*" OR TI "risperidone*" OR TI "olanzapine*" OR AB "antipsychotic*" OR AB "quetiapine*" OR AB "risperidone*" OR AB "olanzapine*")	20.09.2024 2 135
Web of Science	(TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress	20.09.2024

	Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma*" OR AB="post-trauma*") AND (TI="Sertraline*" OR TI="paroxetine*" OR TI="venlafaxine*" OR TI="fluoxetine*" OR TI="citalopram*" OR TI="es-citalopram*" OR TI ="mirtazapine*" OR TI="amitriptyline*" OR TI="Selective serotonin reuptake inhibitors" OR TI="SSRI" OR TI="antidepressant*" OR AB="Sertraline*" OR AB="paroxetine*" OR AB="venlafaxine*" OR AB="fluoxetine*" OR AB="citalopram*" OR AB="es-citalopram*" OR AB= "mirtazapine*" OR AB="amitriptyline*" OR AB="Selective serotonin reuptake inhibitors" OR AB="SSRI" OR AB="antidepressant*") AND (TI="antipsychotic*" OR TI="quetiapine*" OR TI="risperidone*" OR TI="olanzapine*" OR AB="antipsychotic*" OR AB="quetiapine*" OR AB="risperidone*" OR AB="olanzapine*")	195

Klinische Fragestellung 6: Ist eine Pharmakotherapie mit Benzodiazepinen oder Z-Substanzen bei erwachsenen Personen mit PTBS effektiver hinsichtlich der Verringerung der PTB-Symptome, einer unterscheidbaren Anzahl oder Ausprägung der Nebenwirkungen, Verringerung der Depressionssymptome oder Angstsymptome oder Verbesserung der Lebensqualität im Vergleich zu Placebo?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("Z-drugs"[tiab] OR "Z-substances"[tiab] OR "Benzodiazepine"[tiab] OR "eszopiclone"[tiab] OR "zopiclone"[tiab] OR "zolpidem"[tiab]) AND ("placebo"[tiab]) AND (humans[Filter])	20.09.2024 23
Epistemonikos	1. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma*" + ("Z-drugs" OR "Z-substances" OR "Benzodiazepine*" OR "eszopiclone" OR "zopiclone" OR "zolpidem") + AND ("placebo*")	20.09.2024 9
Psyndex/ PsycInfo	(MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma*" OR AB "post-trauma*")) AND (TI "Z-drugs" OR TI "Z-substances" OR TI "Benzodiazepine*" OR TI "eszopiclone" OR TI "zopiclone" OR TI "zolpidem" OR AB "Z-drugs" OR AB "Z-substances" OR AB "Benzodiazepine*" OR AB "eszopiclone" OR AB "zopiclone" OR AB "zolpidem")	20.09.2024 14 48

	AND (TI "placebo*" OR AB "placebo*")	
Web of Science	(TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND (TI="Z-drugs" OR TI="Z-substances" OR TI="Benzodiazepine*" OR TI="eszopiclone" OR TI="zopiclone" OR TI="zolpidem" OR AB="Z-drugs" OR AB="Z-substances" OR AB="Benzodiazepine*" OR AB="eszopiclone" OR AB="zopiclone" OR AB="zolpidem") AND (TI="placebo*" OR AB="placebo*")	20.09.2024 21

Klinische Fragestellung 7: Führt eine pharmakologische Augmentation (als Einzelintervention) zu einer traumafokussierten Psychotherapie bei erwachsenen Personen mit PTBS zu einer Verringerung der PTB-Symptome, unterscheidbaren Anzahl oder Ausprägung der Nebenwirkungen, Verringerung der Depressionssymptome oder Angstsymptome oder Verbesserung der Lebensqualität im Vergleich zu einer Augmentation mit Placebo zu einer traumafokussierten Psychotherapie?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) AND ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("psychopharmaco"[tiab] OR "pharmacotherap"[tiab] OR "drug"[tiab] OR "pharmacoloc"[tiab] OR "Sertraline"[tiab] OR "paroxetine"[tiab] OR "Selective serotonin reuptake inhibitors"[tiab] OR "antidepressant"[tiab] OR "SSRI"[tiab] OR "MDMA"[tiab] OR "Methylenedioxymethamphetamine"[tiab] OR "ecstasy"[tiab]) AND ("assisted therap"[tiab] OR "assisted psychotherap"[tiab] OR "placebo-assisted"[tiab] OR "drug-assisted"[tiab] OR "augment"[tiab] OR "combination"[tiab]) AND (humans[Filter]) NOT ("TBI"[tiab] OR "brain injury"[tiab])	23.10.2024 178
Epistemonikos	1. Zeile: "meta-analysis" OR "systematic review" OR "review" OR "meta analysis" OR "metaanalysis" + Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma*"	23.10.2024 15

	+ ("psychopharmaco*" OR "pharmacotherap*" OR "drug*" OR "pharmacoloc*" OR "Sertraline*" OR "paroxetine*" OR "Selective serotonin reuptake inhibitors" OR "antidepressant*" OR "SSRI" OR "MDMA" OR "Methylenedioxymethamphetamine" OR "ecstasy") + ("assisted therap*" OR "assisted psychotherap*" OR "placebo-assisted" OR "drug-assisted" OR "augment*" OR "combination*")	
Psyndex/ PsycInfo	(MA "review" OR MA "Meta-Analysis" OR MA "systematic review" OR MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis) AND (MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma*" OR AB "post-trauma*")) AND (TI "psychopharmaco*" OR TI "pharmacotherap*" OR TI "drug*" OR TI "pharmacoloc*" OR TI "Sertraline*" OR TI "paroxetine*" OR TI "Selective serotonin reuptake inhibitors" OR TI "antidepressant*" OR TI "SSRI" OR TI "MDMA" OR TI "Methylenedioxymethamphetamine" OR TI "ecstasy" OR AB "psychopharmaco*" OR AB "pharmacotherap*" OR AB "drug*" OR AB "pharmacoloc*" OR AB "Sertraline*" OR AB "paroxetine*" OR AB "Selective serotonin reuptake inhibitors" OR AB "antidepressant*" OR AB "SSRI" OR AB "MDMA" OR AB "Methylenedioxymethamphetamine" OR AB "ecstasy") AND (TI "assisted therap*" OR TI "assisted psychotherap*" OR TI "placebo-assisted" OR TI "drug-assisted" OR TI "augment*" OR TI "combination*" OR AB "assisted therap*" OR AB "assisted psychotherap*" OR AB "placebo-assisted" OR AB "drug-assisted" OR AB "augment*" OR AB "combination*")	23.10.2024 2 44
Web of Science	(TI=review OR TI=meta-analysis OR TI=metaanalysis OR AB=review OR AB=meta-analysis OR AB=metaanalysis) AND (TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma*" OR AB="post-trauma*") AND (TI="psychopharmaco*" OR TI="pharmacotherap*" OR TI="drug*" OR TI="pharmacoloc*" OR TI="Sertraline*" OR TI="paroxetine*" OR TI="Selective serotonin reuptake inhibitors" OR TI="antidepressant*" OR TI="SSRI" OR TI="MDMA" OR TI="Methylenedioxymethamphetamine" OR TI="ecstasy" OR AB="psychopharmaco*" OR AB="pharmacotherap*" OR AB="drug*" OR AB="pharmacoloc*" OR AB="Sertraline*" OR AB="paroxetine*" OR AB="Selective serotonin reuptake inhibitors" OR AB="antidepressant*" OR AB="SSRI" OR AB="MDMA" OR	23.10.2024 155

	AB="Methylenedioxymethamphetamine" OR AB="ecstasy") AND (TI="assisted therap*" OR TI="assisted psychotherap*" OR TI="placebo-assisted" OR TI="drug-assisted" OR TI="augment*" OR TI="combination*" OR AB="assisted therap*" OR AB="assisted psychotherap*" OR AB="placebo-assisted" OR AB="drug-assisted" OR AB="augment*" OR AB="combination*")	

AG Pharmakotherapie | Primärdaten

Klinische Fragestellung 1: Ist eine Pharmakotherapie mit Antidepressiva oder Antipsychotika bei erwachsenen Personen mit einer PTBS effektiver hinsichtlich der Verringerung der PTB-Symptome, unterscheidbar in der Anzahl oder Ausprägung der Nebenwirkungen, Verringerung der Depressionssymptome oder Verbesserung der Lebensqualität im Vergleich zu Placebo?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("psychopharmaco"[tiab] OR "pharmacotherap"[tiab] OR "drug"[tiab] OR "pharmacological"[tiab] OR "pharmacoloc"[tiab] OR "Sertraline"[tiab] OR "paroxetine"[tiab] OR "venlafaxine"[tiab] OR "fluoxetine"[tiab] OR "citalopram"[tiab] OR "es-citalopram"[tiab] OR "mirtazapine"[tiab] OR "amitriptyline"[tiab] OR "quetiapine"[tiab] OR "risperidone"[tiab] OR "olanzapine"[tiab] OR "Selective serotonin reuptake inhibitors"[tiab] OR "SSRI"[tiab] OR "antidepressant"[tiab] OR "antipsychotic"[tiab]) AND ("placebo"[tiab] OR "control"[tiab] OR "randomised"[tiab] OR "randomized"[tiab]) AND ("time"[mh] OR "long-term"[tiab] OR "longterm"[tiab] OR "follow-up"[tiab] OR ("follow"[tiab] AND "up"[tiab])) AND (humans[Filter]) NOT ("TBI"[tiab] OR "brain injury"[tiab])	05.11.2024 91
Epistemonikos	- Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" "psychopharmaco*" OR "pharmacotherap*" OR "drug*" OR "pharmacological*" OR "pharmacoloc*" OR "Sertraline*" OR "paroxetine*" OR "venlafaxine*" OR "fluoxetine*" OR "citalopram*" OR "es-citalopram*" OR "mirtazapine*" OR "amitriptyline*" OR "quetiapine*" OR "risperidone*" OR "olanzapine*" OR "Selective serotonin reuptake inhibitors" OR "SSRI" OR "antidepressant*" OR "antipsychotic" "long-term*" OR "longterm*" OR "follow-up" OR ("follow*" AND "up")	05.11.2024 0
Psyndex/ PsycInfo	(MA "Stress Disorders, Post-Traumatic" OR TI "ptsd" OR TI "ptss" OR TI "post trauma*" OR TI "posttrauma*" OR TI "post-trauma" OR AB "ptsd" OR AB "ptss" OR AB "post trauma*" OR AB "posttrauma*" OR AB "post-trauma") AND (TI "psychopharmaco*" OR TI "pharmacotherap*" OR TI "drug*" OR TI	05.11.2024 10 218

	“pharmacological*” OR TI “pharmacoloc*” OR TI “Sertraline*” OR TI “paroxetine*” OR TI “venlafaxine*” OR TI “fluoxetine*” OR TI “citalopram*” OR TI “es-citalopram*” OR “mirtazapine*” “amitriptyline*” OR TI “quetiapine*” OR TI “risperidone*” OR TI “olanzapine*” OR TI “Selective serotonin reuptake inhibitors” OR TI “SSRI” OR TI “antidepressant*” OR TI “antipsychotic*” OR AB “psychopharmaco*” OR AB “pharmacotherap*” OR AB “drug*” OR AB “pharmacological*” OR AB “pharmacoloc*” OR AB “Sertraline*” OR AB “paroxetine*” OR AB “venlafaxine*” OR AB “fluoxetine*” OR AB “citalopram*” OR AB “es-citalopram*” OR “mirtazapine*” “amitriptyline*” OR AB “quetiapine*” OR AB “risperidone*” OR AB “olanzapine*” OR AB “Selective serotonin reuptake inhibitors” OR AB “SSRI” OR AB “antidepressant*” OR AB “antipsychotic”) AND (TI “placebo*” OR TI “control*” OR TI “randomised” OR TI “randomized” OR AB “placebo*” OR AB “control*” OR AB “randomised” OR AB “randomized”) AND (MA “time” OR TI “long-term*” OR TI “longterm*” OR TI “follow-up” OR (TI “follow*” AND TI “up”) OR AB “long-term*” OR AB “longterm*” OR AB “follow-up” OR AB (“follow*” N/3 “up”))	
Web of Science	(TI=“ptsd” OR TI=“ptss” OR TI=“post trauma*” OR TI=“posttrauma*” OR TI=“post-trauma*” OR AB=“ptsd” OR AB=“ptss” OR AB=“post trauma*” OR AB=“posttrauma*” OR AB=“post-trauma”) AND (TI=“psychopharmaco*” OR TI=“pharmacotherap*” OR TI=“drug*” OR TI=“pharmacological*” OR TI=“pharmacoloc*” OR TI=“Sertraline*” OR TI=“paroxetine*” OR TI=“venlafaxine*” OR TI=“fluoxetine*” OR TI=“citalopram*” OR TI=“es-citalopram*” OR TI=“mirtazapine*” OR TI= “amitriptyline*” OR TI=“quetiapine*” OR TI=“risperidone*” OR TI=“olanzapine*” OR TI=“Selective serotonin reuptake inhibitors” OR TI=“SSRI” OR TI=“antidepressant*” OR TI=“antipsychotic*” OR AB=“psychopharmaco*” OR AB=“pharmacotherap*” OR AB=“drug*” OR AB=“pharmacological*” OR AB=“pharmacoloc*” OR AB=“Sertraline*” OR AB=“paroxetine*” OR AB=“venlafaxine*” OR AB=“fluoxetine*” OR AB=“citalopram*” OR AB=“es-citalopram*” OR AB=“mirtazapine*” OR AB=“amitriptyline*” OR AB=“quetiapine*” OR AB=“risperidone*” OR AB=“olanzapine*” OR AB=“Selective serotonin reuptake inhibitors” OR AB=“SSRI” OR AB=“antidepressant*” OR AB=“antipsychotic”) AND (TI=“placebo*” OR TI=“control*” OR TI=“randomised” OR TI=“randomized” OR AB=“placebo*” OR AB=“control*” OR AB=“randomised” OR AB=“randomized”) AND (TI=“long-term*” OR TI=“longterm*” OR TI=“follow-up” OR (TI=“follow*” AND TI=“up”) OR AB=“long-term*” OR AB=“longterm*” OR AB=“follow-up” OR (AB=“follow*” NEAR/2 AB=“up”))	05.11.2024 351

Klinische Fragestellung 7: Führt eine pharmakologische Augmentation (als Einzelintervention) zu einer traumafokussierten Psychotherapie bei erwachsenen Personen mit PTBS zu einer Verringerung der PTB-Symptome, unterscheidbaren Anzahl oder Ausprägung der Nebenwirkungen, Verringerung der Depressionssymptome oder Angstsymptome oder Verbesserung der Lebensqualität im Vergleich zu einer Augmentation mit Placebo zu einer traumafokussierten Psychotherapie?

Datenbank	Search String nur Sertralin	Ergebniszahl

PubMed (inkl. Medline)	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma*"[tiab] OR "posttrauma*"[tiab] OR "post-trauma*"[tiab]) AND ("sertraline*"[tiab] OR "Selective serotonin reuptake inhibitors"[tiab] OR "antidepressant*"[tiab] OR "SSRI"[tiab]) AND ("assisted therap*"[tiab] OR "assisted psychotherap*"[tiab] OR "placebo-assisted"[tiab] OR "drug-assisted"[tiab] OR "augment*"[tiab] OR "combination*"[tiab] OR "combining"[tiab]) AND ("trial"[tiab] OR "control*"[tiab] OR "random*"[tiab] OR "RCT"[tiab]) AND (humans[Filter]) NOT ("TBI"[tiab] OR "brain injury"[tiab])	30.04.2024 84
Epistemonikos	+ Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma*" + ("sertraline*" OR "Selective serotonin reuptake inhibitors" OR "antidepressant*" OR "SSRI") + ("assisted therap*" OR "assisted psychotherap*" OR "placebo-assisted" OR "drug-assisted" OR "augment*" OR "combination*" OR "combining") + ("trial" OR "control*" OR "random*" OR "RCT")	30.04.2024 23
Psynindex/ PsycInfo	(MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma*" OR AB "post-trauma*")) AND (TI "Sertraline*" OR TI "Selective serotonin reuptake inhibitors" OR TI "antidepressant*" OR TI "SSRI" OR AB "Sertraline*" OR AB "Selective serotonin reuptake inhibitors" OR AB "antidepressant*" OR AB "SSRI") AND (TI "assisted therap*" OR TI "assisted psychotherap*" OR TI "placebo-assisted" OR TI "drug-assisted" OR TI "augment*" OR TI "combination*" OR TI "combining" OR AB "assisted therap*" OR AB "assisted psychotherap*" OR AB "placebo-assisted" OR AB "drug-assisted" OR AB "augment*" OR AB "combination*" OR AB "combining") AND (TI "trial" OR TI "control*" OR TI "random*" OR AB "trial" OR AB "control*" OR AB "random*")	30.04.2024 185
Web of Science	(TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma*" OR AB="post-trauma*") AND (TI="Sertraline*" OR TI="Selective serotonin reuptake inhibitors" OR TI="antidepressant*" OR TI="SSRI" OR AB="Sertraline*" OR AB="Selective serotonin reuptake inhibitors" OR AB="antidepressant*" OR AB="SSRI")	30.04.2024

	AND (TI="assisted therap*" OR TI="assisted psychotherap*" OR TI="placebo-assisted" OR TI="drug-assisted" OR TI="augment*" OR TI="combination*" OR TI="combining" OR AB="assisted therap*" OR AB="assisted psychotherap*" OR AB="placebo-assisted" OR AB="drug-assisted" OR AB="augment*" OR AB="combination*" OR AB="combining") AND (TI="trial" OR TI="control*" OR TI="random*" OR AB="trial" OR AB="control*" OR AB="random*")	

AG Adjuvante Verfahren | Aggregierte Evidenz + Primärdaten

Klinische Fragestellung 1: Sind adjuvante Verfahren (siehe I) zusätzlich zu den in nationalen und internationalen PTBS-Leitlinien empfohlenen psychotherapeutischen Verfahren oder einer Pharmakotherapie (Traumafokussierte Psychotherapie, Kognitive Verhaltenstherapie, EMDR, Pharmakotherapie) bei Personen mit einer (k)PTBS (siehe P) effektiver hinsichtlich der PTB-Symptomreduktion, Verbesserung der psychischen Gesundheit, Steigerung des Wohlbefindens, Steigerung der Lebensqualität, Verbesserung der Emotionen oder Reduktion von Dissoziation im Vergleich zu keiner (der definierten) adjuvanten Verfahren?

Datenbank	Search String Agg. + Primär Evidenz	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) AND ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("adjuvant therap*" [tiab] OR "adjuvant treatment*" [tiab] OR "adjuvant intervention*" [tiab] OR "exercise" [tiab] OR "yoga" [tiab] OR "biofeedback" [tiab] OR "neurofeedback" [tiab] OR "acupuncture" [tiab] OR "Saikokeishikankyoto" [tiab] OR "somatic experiencing" [tiab] OR "transcranial Magnetic Stimulation" [tiab] OR "insomnia treatment" [tiab] OR "hypnosis" [tiab] OR "animal-assisted intervention*" [tiab] OR "service dog*" [tiab] OR "equine-assisted therap*" [tiab] OR "hypnotherap*" [tiab] OR "time outdoors" [tiab] OR "nature-based treatment" [tiab] OR "mantram repetition*" [tiab] OR "METTA" [tiab] OR "Loving-Kindness Meditation" [tiab] OR "compassion meditation" [tiab] OR "jobcoaching" [tiab] OR "socio-therap*" [tiab]) AND (humans[Filter])	02.08.2024 363
Epistemonikos	1. Zeile (nur Titel): "meta-analysis" OR "systematic review" OR "review" OR "meta analysis" OR "metaanalysis" 2. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" 3. Zeile: "adjuvant therap*" OR "adjuvant treatment*" OR "adjuvant intervention*" OR "exercise" OR "yoga" OR "biofeedback" OR "neurofeedback" OR "acupuncture" OR "Saikokeishikankyoto" OR "somatic experiencing" OR "transcranial Magnetic Stimulation" OR "insomnia treatment" OR "hypnosis" OR "animal-assisted intervention*" OR "service dog*" OR	02.08.2024 97

	“equine-assisted therap*” OR “hypnotherap*” OR “time out-doors” OR “nature-based treatment” OR “mantram repetition*” OR “METTA” OR “Loving-Kindness Meditation” OR “compassion meditation” OR “jobcoaching” OR “sociotherap*”	
Psyndex/ PsycInfo	1. Zeile: (MA “review” OR MA “Meta-Analysis” OR MA “systematic review” OR MR “review” OR MR “Meta-Analysis” OR MR “systematic review” OR SU “review” OR SU “Systematic Review” OR SU “Meta-Analysis” OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis) 2. Zeile mit AND Verknüpfung (MA “Stress Disorders, Post-Traumatic” OR (TI “ptsd” OR AB “ptsd”) OR (TI “ptss” OR AB “ptss”) OR (TI “post trauma*” OR AB “post trauma*”) OR (TI “posttrauma*” OR AB “posttrauma*”) OR (TI “post-trauma” OR AB “post-trauma”)) 4. Zeile mit AND Verknüpfung (TI “adjuvant therap*” OR TI “adjuvant treatment*” OR TI “adjuvant intervention*” OR TI “exercise” OR TI “yoga” OR TI “biofeedback” OR TI “neurofeedback” OR TI “acupuncture” OR TI “Saikokeishikankyoto” OR TI “somatic experiencing” OR TI “transcranial Magnetic Stimulation” OR TI “insomnia treatment” OR TI “hypnosis” OR TI “animal-assisted intervention*” OR TI “service dog*” OR TI “equine-assisted therap*” OR TI “hypnotherap*” OR TI “time outdoors” OR TI “nature-based treatment” OR TI “mantram repetition*” OR TI “METTA” OR TI “Loving-Kindness Meditation” OR TI “compassion meditation” OR TI “jobcoaching” OR TI “sociotherap*” OR AB “adjuvant therap*” OR AB “adjuvant treatment*” OR AB “adjuvant intervenABon*” OR AB “exercise” OR AB “yoga” OR AB “biofeedback” OR AB “neurofeedback” OR AB “acupuncture” OR AB “Saikokeishikankyoto” OR AB “somaABc experiencing” OR AB “transcranial MagneABc SABmulaABon” OR AB “insomnia treatment” OR AB “hypnosis” OR AB “animal-assisted intervenABon*” OR AB “service dog*” OR AB “equine-assisted therap*” OR AB “hypnotherap*” OR AB “ABme outdoors” OR AB “nature-based treatment” OR AB “mantram re-peABABon*” OR AB “METTA” OR AB “Loving-Kindness MeditaABon” OR AB “compassion meditaABon” OR AB “jobcoaching” OR AB “sociotherap*”)	02.08.2024 5 141
Web of Science	(TI = “review” OR TI = “meta-analysis” OR TI = “metaanalysis” OR AB = “review” OR AB = “meta-analysis” OR AB = “metaanalysis”) AND (TI = “Post-Traumatic Stress Disorder” OR AB = “Post-Traumatic Stress Disorder” OR TI = “ptsd” OR AB = “ptsd” OR TI = “post trauma*” OR AB = “post trauma*” OR TI = “posttrauma*” OR AB = “posttrauma*” OR TI = “post-trauma” OR AB = “post-trauma”) AND (TI=“adjuvant therap*” OR TI=“adjuvant treatment*” OR TI=“adjuvant intervention*” OR TI=“exercise” OR TI=“yoga” OR TI=“biofeedback” OR TI=“neurofeedback” OR TI=“acupuncture” OR TI=“Saikokeishikankyoto” OR TI=“somatic experiencing” OR TI=“transcranial Magnetic Stimulation” OR TI=“insomnia treatment” OR TI=“hypnosis” OR TI=“animal-assisted intervention*” OR TI=“service dog*” OR TI=“equine-assisted therap*” OR TI=“hypnotherap*” OR TI=“time outdoors” OR TI=“nature-based treatment” OR TI=“mantram repetition*” OR TI=“METTA” OR TI=“Loving-Kindness Meditation” OR TI=“compassion meditation” OR	02.08.2024 322

	TI="jobcoaching" OR TI="sociotherap*" OR AB="adjuvant therap*" OR AB="adjuvant treatment*" OR AB="adjuvant intervention*" OR AB="ex- ercise" OR AB="yoga" OR AB="biofeedback" OR AB="neurofeedback" OR AB="acupuncture" OR AB="Saikokeishikankyoto" OR AB="somatic experiencing" OR AB="transcranial Magnetic Stimulation" OR AB="in- somnia treatment" OR AB="hypnosis" OR AB="animal-assisted inter- vention*" OR AB="service dog*" OR AB="equine-assisted therap*" OR AB="hypnotherap*" OR AB="time outdoors" OR AB="nature-based treatment" OR AB="mantram repetition*" OR AB="METTA" OR AB="Loving-Kindness Meditation" OR AB="compassion meditation" OR AB="jobcoaching" OR AB="sociotherap*")	

Klinische Fragestellung 2: Sind additive künstlerische Therapien zusätzlich zu einem in nationa-
 len und internationalen PTBS-Leitlinien empfohlenen psychotherapeutischen Verfahren (Traumafo-
 kussierte Psychotherapie, Kognitive Verhaltenstherapie, EMDR, TAU) bei Personen mit einer
 (k)PTBS (siehe P) effektiver hinsichtlich der PTB-Symptomreduktion, Verbesserung der psychischen
 Gesundheit, Verbesserung der Emotionen, Reduktion von Dissoziation, Steigerung der Lebensquali-
 tät oder Steigerung des Wohlbefindens im Vergleich zu keiner (der definierten) adjuvanten künstleri-
 schen Therapien?

Datenbank	Search String Agg. + Primär Evidenz	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma*" [tiab] OR "posttrauma*" [tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("Art Therap*" [tiab] OR "Creative Therap*" [tiab] OR "Music Therap*" [tiab] OR "Dance Movement Therap*" [tiab] OR "Dance/Move- ment Therap*" [tiab] OR "Dance-Movement Therap*" [tiab] OR "dance therap*" [tiab] OR "movement therap*" [tiab] OR "Poetry Therap*" [tiab] OR "Writing Therap*" [tiab] OR "Expressive Writing" [tiab] OR "Drama Therap*" [tiab] OR "Eurythmy Therap*" [tiab] OR "Expressive Arts Therap*" [tiab] OR "expressive therap*" [tiab] OR "Art Intervention" [tiab] OR "Creative Intervention" [tiab] OR "Music Intervention" [tiab] OR "Dance Movement Intervention" [tiab] OR "Dance/Movement Interven- tion" [tiab] OR "Dance-Movement Intervention" [tiab] OR "dance interven- tion" [tiab] OR "movement intervention" [tiab] OR "Poetry Intervention" [tiab] OR "Writing Intervention" [tiab] OR "Ex- pressive Writing" [tiab] OR "Drama Intervention" [tiab] OR "Eurythmy Intervention" [tiab] OR "Expres- sive Arts Intervention" [tiab] OR "expressive intervention" [tiab]) AND (humans[Filter])	04.04.2024 180
Epistemonikos	4. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma*" 5. Zeile: "Art Therap*" OR "Creative Therap*" OR "Music Therap*" OR "Dance Movement Therap*" OR "Dance/Movement Therap*" OR "Dance-Movement Therap*" OR "dance therap*" OR "movement therap*" OR "Poetry Therap*" OR "Writing Therap*" OR "Expressive Writing" OR "Drama Therap*" OR "Eu- rythmy Therap*" OR "Expressive Arts Therap*" OR "expressive therap*" OR "Art Intervention" OR "Creative Intervention" OR "Music Intervention" OR "Dance Movement Intervention" OR "Dance/Movement Intervention" OR "Dance-Movement Inter- vention" OR "dance intervention" OR "movement intervention"	04.04.2024 36

	OR "Poetry Intervention" OR "Writing Intervention" OR "Expressive Writing" OR "Drama Intervention" OR "Eurythmy Intervention" OR "Expressive Arts Intervention" OR "expressive intervention"	
Psyndex/ PsycInfo	1. Zeile (MA "Stress Disorders, Post-Traumatic" OR (TI "ptsd" OR AB "ptsd") OR (TI "ptss" OR AB "ptss") OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) 2. Zeile mit AND Verknüpfung ((TI "Art Therap*" OR AB "Art Therap*") OR (TI "Creative Therap*" OR AB "Creative Therap*") OR (TI "Music Therap*" OR AB "Music Therap*") OR (TI "Dance Movement Therap*" OR AB "Dance Movement Therap*") OR (TI "Dance/Movement Therap*" OR AB "Dance/Movement Therap*") OR (TI "Dance-Movement Therap*" OR AB "Dance-Movement Therap*") OR (TI "dance therap*" OR AB "dance therap*") OR (TI "movement therap*" OR AB "movement therap*") OR (TI "Poetry Therap*" OR AB "Poetry Therap*") OR (TI "Writing Therap*" OR AB "Writing Therap*") OR (TI "Expressive Writing" OR AB "Expressive Writing") OR (TI "Drama Therap*" OR AB "Drama Therap*") OR (TI "Eurythmy Therap*" OR AB "Eurythmy Therap*") OR (TI "Expressive Arts Therap*" OR AB "Expressive Arts Therap*") OR (TI "expressive therap*" OR AB "expressive therap*") OR (TI "Art Intervention" OR AB "Art Intervention") OR (TI "Creative Intervention" OR AB "Creative Intervention") OR (TI "Music Intervention" OR AB "Music Intervention") OR (TI "Dance Movement Intervention" OR AB "Dance Movement Intervention") OR (TI "Dance/Movement Intervention" OR AB "Dance/Movement Intervention") OR (TI "Dance-Movement Intervention" OR AB "Dance-Movement Intervention") OR (TI "dance intervention" OR AB "dance intervention") OR (TI "movement intervention" OR AB "movement intervention") OR (TI "Poetry Intervention" OR AB "Poetry Intervention") OR (TI "Writing Intervention" OR AB "Writing Intervention") OR (TI "Expressive Writing" OR AB "Expressive Writing") OR (TI "Drama Intervention" OR AB "Drama Intervention") OR (TI "Eurythmy Intervention" OR AB "Eurythmy Intervention") OR (TI "Expressive Arts Intervention" OR AB "Expressive Arts Intervention"))	04.04.2024 48 446
Web of Science	(TI = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI = "ptsd" OR AB = "ptsd" OR TI = "post trauma*" OR AB = "post trauma*" OR TI = "posttrauma*" OR AB = "posttrauma*" OR TI = "post-trauma" OR AB = "post-trauma") AND (TI="Art Therap*" OR TI="Creative Therap*" OR TI="Music Therap*" OR TI="Dance Movement Therap*" OR TI="Dance/Movement Therap*" OR TI="Dance-Movement Therap*" OR TI="dance therap*" OR TI="movement therap*" OR TI="Poetry Therap*" OR TI="Writing Therap*" OR TI="Expressive Writing" OR TI="Drama Therap*" OR TI="Eurythmy Therap*" OR TI="Expressive Arts Therap*" OR TI="expressive therap*" OR TI="Art Intervention" OR TI="Creative Intervention" OR TI="Music Intervention" OR TI="Dance Movement Intervention" OR TI="Dance/Movement Intervention" OR TI="Dance-Movement Intervention" OR TI="dance intervention" OR TI="movement intervention" OR TI="Poetry Intervention" OR TI="Writing Intervention" OR TI="Expressive Writing" OR TI="Drama Intervention" OR TI="Eurythmy Intervention")	04.04.2024 266

	tion" OR TI="Expressive Arts Intervention" OR TI="expressive intervention" OR AB="Art Therap*" OR AB="Creative Therap*" OR AB="Music Therap*" OR AB="Dance Movement Therap*" OR AB="Dance/Movement Therap*" OR AB="Dance-Movement Therap*" OR AB="dance therap*" OR AB="movement therap*" OR AB="Poetry Therap*" OR AB="Writing Therap*" OR AB="Expressive Writing" OR AB="Drama Therap*" OR AB="Eurythmy Therap*" OR AB="Expressive Arts Therap*" OR AB="expressive therap*" OR AB="Art Intervention" OR AB="Creative Intervention" OR AB="Music Intervention" OR AB="Dance Movement Intervention" OR AB="Dance/Movement Intervention" OR AB="Dance-Movement Intervention" OR AB="dance intervention" OR AB="movement intervention" OR AB="Poetry Intervention" OR AB="Writing Intervention" OR AB="Expressive Writing" OR AB="Drama Intervention" OR AB="Eurythmy Intervention" OR AB="Expressive Arts Intervention" OR AB="expressive intervention")	

Klinische Fragestellung 3: Sind adjuvante ergotherapeutische Interventionen zusätzlich zu den in nationalen und internationalen PTBS-Leitlinien empfohlenen psychotherapeutischen Verfahren oder einer Pharmakotherapie (Traumafokussierte Psychotherapie, Kognitive Verhaltenstherapie, EMDR, Pharmakotherapie) bei Personen mit einer (k)PTBS (siehe P) effektiver hinsichtlich der Verbesserung der Lebensqualität, Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, häufigerer Partizipation an bedeutungsvollen Betätigungen, selbstständigen Lebensführung, emotionaler und mentaler Stabilisierung oder Prävention von Folgeerkrankungen im Vergleich zu keinen adjuvanten ergotherapeutischen Interventionen (inkl. einem Treatment-As-Usual)?

Datenbank	Search String Agg. + Primär Evidenz	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("ergotherap*" [tiab] OR "Occupational therap*" [tiab] OR "vocational" [tiab] OR "occupation therapy department*" [tiab] OR "manual therap*" [tiab]) AND (humans[Filter])	04.04.2024 213
Epistemonikos	1. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" 2. Zeile: "ergotherap*" OR "Occupational therap*" OR "vocational" OR "occupation therapy department*" OR "manual therap"	04.04.2024 17
Psynindex/ PsycInfo	1. Zeile (MA "Stress Disorders, Post-Traumatic" OR (TI "ptsd" OR AB "ptsd") OR (TI "ptss" OR AB "ptss") OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) 2. Zeile mit AND Verknüpfung ((TI "ergotherap*" AND AB "ergotherap*") OR (TI "Occupational therap*" OR AB "Occupational therap*") OR (TI "vocational" AND AB "vocational") OR (TI "occupation therapy department*" AND AB "occupation therapy department*") OR (TI "manual therap*" AND AB "manual therap*"))	04.04.2024 193

Web of Science	(TI = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI = "ptsd" OR AB = "ptsd" OR TI = "post trauma*" OR AB = "post trauma*" OR TI = "posttrauma*" OR AB = "posttrauma*" OR TI = "post-trauma" OR AB = "post-trauma") AND (TI="ergotherapie*" OR TI="Occupational therap*" OR TI="vocational" OR TI="occupation therapy department*" OR TI="manual therap*" OR AB="ergotherapie*" OR AB="Occupational therap*" OR AB="vocational" OR AB="occupation therapy department*" OR AB="manual therap*")	04.04.2024 211

AG Adjuvante Verfahren | Primärdaten

Klinische Fragestellung 1: Sind adjuvante Verfahren (siehe I) zusätzlich zu den in nationalen und internationalen PTBS-Leitlinien empfohlenen psychotherapeutischen Verfahren oder einer Pharmakotherapie (Traumafokussierte Psychotherapie, Kognitive Verhaltenstherapie, EMDR, Pharmakotherapie) bei Personen mit einer (k)PTBS (siehe P) effektiver hinsichtlich der PTB-Symptomreduktion, Verbesserung der psychischen Gesundheit, Steigerung des Wohlbefindens, Steigerung der Lebensqualität, Verbesserung der Emotionen oder Reduktion von Dissoziation im Vergleich zu keiner (der definierten) adjuvanten Verfahren?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("adjuvant therap*" [tiab] OR "adjuvant treatment*" [tiab] OR "adjuvant intervention*" [tiab] OR "exercise" [tiab] OR "yoga" [tiab] OR "biofeedback" [tiab] OR "neurofeedback" [tiab] OR "acupuncture" [tiab] OR "Saikokeishikankyoto" [tiab] OR "somatic experiencing" [tiab] OR "transcranial Magnetic Stimulation" [tiab] OR "insomnia treatment" [tiab] OR "hypnosis" [tiab] OR "animal-assisted intervention*" [tiab] OR "service dog*" [tiab] OR "equine-assisted therap*" [tiab] OR "hypnotherap*" [tiab] OR "time outdoors" [tiab] OR "nature-based treatment" [tiab] OR "mantram repetition*" [tiab] OR "METTA" [tiab] OR "Loving-Kindness Meditation" [tiab] OR "compassion meditation" [tiab] OR "jobcoaching" [tiab] OR "socio-therap*" [tiab]) AND (humans[Filter]) AND (randomizedcontrolledtrial[Filter])	05.08.2024 189
Epistemonikos	1. Zeile (nur Titel): FILTER RCT (über Primary Study und RCT) und Last 10 years 2. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" 3. Zeile: "adjuvant therap*" OR "adjuvant treatment*" OR "adjuvant intervention*" OR "exercise" OR "yoga" OR "biofeedback" OR "neurofeedback" OR "acupuncture" OR "Saikokeishikankyoto" OR "somatic experiencing" OR "transcranial Magnetic Stimulation" OR "insomnia treatment" OR "hypnosis" OR "animal-assisted intervention*" OR "service dog*" OR "equine-assisted therap*" OR "hypnotherap*" OR "time outdoors" OR "nature-based"	29.07.2024 443

	treatment" OR "mantram repetition*" OR "METTA" OR "Loving-Kindness Meditation" OR "compassion meditation" OR "jobcoaching" OR "sociotherap*"	
Psyndex/ PsycInfo	1. Zeile mit AND Verknüpfung (MA "Stress Disorders, Post-Traumatic" OR (TI "ptsd" OR AB "ptsd") OR (TI "ptss" OR AB "ptss") OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) 1. Zeile mit AND Verknüpfung (TI "adjuvant therap*" OR TI "adjuvant treatment*" OR TI "adjuvant intervention*" OR TI "exercise" OR TI "yoga" OR TI "biofeedback" OR TI "neurofeedback" OR TI "acupuncture" OR TI "Saikokeishikankyoto" OR TI "somatic experiencing" OR TI "transcranial Magnetic Stimulation" OR TI "insomnia treatment" OR TI "hypnosis" OR TI "animal-assisted intervention*" OR TI "service dog*" OR TI "equine-assisted therap*" OR TI "hypnotherap*" OR TI "time outdoors" OR TI "nature-based treatment" OR TI "mantram repetition*" OR TI "METTA" OR TI "Loving-Kindness Meditation" OR TI "compassion meditation" OR TI "jobcoaching" OR TI "sociotherap*" OR AB "adjuvant therap*" OR AB "adjuvant treatment*" OR AB "adjuvant intervenABon*" OR AB "exercise" OR AB "yoga" OR AB "biofeedback" OR AB "neurofeedback" OR AB "acupuncture" OR AB "Saikokeishikankyoto" OR AB "somaABc experiencing" OR AB "transcranial MagneABc SABmulaABon" OR AB "insomnia treatment" OR AB "hypnosis" OR AB "animal-assisted intervenABon*" OR AB "service dog*" OR AB "equine-assisted therap*" OR AB "hypnotherap*" OR AB "ABme outdoors" OR AB "nature-based treatment" OR AB "mantram re-peABABon*" OR AB "METTA" OR AB "Loving-Kindness MeditaABon" OR AB "compassion meditaABon" OR AB "jobcoaching" OR AB "sociotherap*") NOT (MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis)	29.07.2024 7 177
Web of Science	(TS=(randomised OR randomized OR randomisation OR randomisation OR placebo* OR (random* AND (allocat* OR assign*)) OR (blind* AND (single OR double OR treble OR triple)))) AND (TI = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI = "ptsd" OR AB = "ptsd" OR TI = "post trauma*" OR AB = "post trauma*" OR TI = "posttrauma*" OR AB = "posttrauma*" OR TI = "post-trauma" OR AB = "post-trauma") AND (TI="adjuvant therap*" OR TI="adjuvant treatment*" OR TI="adjuvant intervention*" OR TI="exercise" OR TI="yoga" OR TI="biofeedback" OR TI="neurofeedback" OR TI="acupuncture" OR TI="Saikokeishikankyoto" OR TI="somatic experiencing" OR TI="transcranial Magnetic Stimulation" OR TI="insomnia treatment" OR TI="hypnosis" OR TI="animal-assisted intervention*" OR TI="service dog*" OR TI="equine-assisted therap*" OR TI="hypnotherap*" OR TI="time outdoors" OR TI="nature-based treatment" OR TI="mantram repetition*" OR TI="METTA" OR TI="Loving-Kindness Meditation" OR TI="compassion meditation" OR	29.07.2024 465

	TI="jobcoaching" OR TI="sociotherap*" OR AB="adjuvant therap*" OR AB="adjuvant treatment*" OR AB="adjuvant intervention*" OR AB="ex- ercise" OR AB="yoga" OR AB="biofeedback" OR AB="neurofeedback" OR AB="acupuncture" OR AB="Saikokeishikankyoto" OR AB="somatic experiencing" OR AB="transcranial Magnetic Stimulation" OR AB="in- somnia treatment" OR AB="hypnosis" OR AB="animal-assisted inter- vention*" OR AB="service dog*" OR AB="equine-assisted therap*" OR AB="hypnotherap*" OR AB="time outdoors" OR AB="nature-based treatment" OR AB="mantram repetition*" OR AB="METTA" OR AB="Loving-Kindness Meditation" OR AB="compassion meditation" OR AB="jobcoaching" OR AB="sociotherap*")	

AG komplexe PTBS | Aggregierte Evidenz

Klinische Fragestellung 1: Führt eine psychotherapeutische Intervention zur Behandlung der PTBS oder KPTBS (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Psychotherapie) bei erwachsenen Personen mit einer (k)PTBS zu einer [Verbesserung der genannten Outcomes] im Vergleich zu einer inaktiven Kontrollbedingung (z. B. Nichtbehandlung, Wartelistenkontrollgruppe) oder aktiven Kontrollbedingungen (z. B. TAU, andere psychotherapeutische Intervention zur Behandlung anderer Störungen, pharmakologische Intervention zur Behandlung der KPTBS)?

Klinische Fragestellung 2: Sind traumafokussierte psychotherapeutische Interventionen zur Behandlung der KPTBS oder PTBS bei Patient:innen mit KPTBS effektiver als aktive psychotherapeutische Kontrollbedingungen (nicht-traumafokussierte psychotherapeutische Intervention zur Behandlung der KPTBS oder PTBS, andere psychotherapeutische Intervention zur Behandlung anderer Störungen) hinsichtlich [der genannten Outcomes]?

Klinische Fragestellung 3: Gibt es Unterschiede in der Effektivität psychotherapeutischer Interventionen zur Behandlung der KPTBS [siehe Outcomes] bei verschiedenen Patientengruppen [siehe P1]?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) AND ((("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] AND "complex") OR "c-ptsd"[tiab] OR "cptsd"[tiab] OR "complex ptsd"[tiab] OR ("complex"[tiab] AND "ptss"[tiab]) OR ("complex"[tiab] AND "ptsd"[tiab]) OR "complex post trauma*"[tiab] OR "complex posttrauma*"[tiab] OR "complex post-trauma*"[tiab] OR "complex trauma*"[tiab])) AND ("psychotherap*"[tiab] OR (("psycholog*"[tiab] OR "trauma focused"[tiab] OR "traumafocused"[tiab] OR "trauma-focused"[tiab]) AND ("therap*"[tiab] OR "intervention*"[tiab] OR "counsel*"[tiab] OR "treatment*"[tiab])))	22.08.2024 192
Epistemonikos	1. Zeile: "meta-analysis" OR "systematic review" OR "review" OR "meta analysis" OR "metaanalysis" 2. Zeile: "c-ptsd" OR "cptsd" OR "complex ptsd" OR ("complex" AND "ptss") OR ("complex" AND "ptsd") OR "complex post trauma*" OR "complex posttrauma*" OR "complex post-trauma*" OR "complex trauma"	22.08.2024 10

	3. Zeile: "psychotherap*" OR ((("psycholog*" OR "trauma focused" OR "traumafocused" OR "trauma-focused") AND ("therap*" OR "intervention*" OR "counsel*" OR "treatment*")))	
Psyndex/ PsycInfo	(MA "review" OR MA "Meta-Analysis" OR MA "systematic review" OR MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis) AND (TI "c-ptsd" OR TI "cptsd" OR TI "complex ptsd" OR (TI "complex" AND TI "ptss") OR (TI "complex" AND TI "ptsd") OR TI "complex post trauma*" OR TI "complex posttrauma*" OR TI "complex post-trauma*" OR TI "complex trauma*" OR AB "c-ptsd" OR AB "cptsd" OR AB "complex ptsd" OR (AB "complex" AND AB "ptss") OR (AB "complex" AND AB "ptsd") OR AB "complex post trauma*" OR AB "complex post-trauma*" OR AB "complex post-trauma*" OR AB "complex trauma*")) AND ("psychotherap*" OR (((TI "psycholog*" OR AB "psycholog*") OR (TI "trauma focused" OR AB "trauma focused") OR (TI "traumafocused" OR AB "traumafocused") OR (TI "trauma-focused" OR AB "trauma-focused")) AND ((TI "therap*" OR AB "therap*") OR (TI "intervention*" OR AB "intervention*") OR (TI "counsel*" OR AB "counsel*") OR (TI "treatment*" OR AB "treatment*")))))	22.08.2024 11 115
Web of Science	(TI=review OR TI=meta-analysis OR TI=metaanalysis OR AB=review OR AB=meta-analysis OR AB=metaanalysis) AND (TI="c-ptsd" OR TI="cptsd" OR TI="complex ptsd" OR (TI="complex" AND TI="ptss") OR (TI="complex" AND TI="ptsd") OR TI="complex post trauma*" OR TI="complex posttrauma*" OR TI="complex post-trauma*" OR TI="complex trauma*" OR AB="c-ptsd" OR AB="cptsd" OR AB="complex ptsd" OR (AB="complex" AND AB="ptss") OR (AB="complex" AND AB="ptsd") OR AB="complex post trauma*" OR AB="complex post-trauma*" OR AB="complex post-trauma*" OR AB="complex trauma*")) AND (ALL="psychotherap*" OR ((TI="psycholog*" OR AB="psycho*" OR TI="trauma focused" OR AB="trauma focused" OR TI="traumafocused" OR AB="traumafocused") AND (TI="therap*" OR AB="therap*" OR TI="intervention*" OR AB="intervention*" OR TI="counsel*" OR AB="counsel*" OR TI="treatment*" OR AB="treatment*"))))	22.08.2024 183

AG Komorbidität | Aggregierte Evidenz

Klinische Fragestellung 1: Sind psychotherapeutische Interventionen (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Psychotherapie) bei Patient:innen im Erwachsenenalter mit PTBS-Symptomen und komorbiden psychischen Störungen (ICD-10 F1 bis F9) effektiver hinsichtlich der Reduktion von PTBS-, Sucht-, Psychose-, Depressions- oder Angstsymptomen oder der Steigerung der Lebensqualität oder des Funktionsniveaus im Vergleich zu inaktiven oder aktiven Kontrollbedingungen?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) AND ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("Anxiety Disorders"[mh] OR "anxiety disorder"[tiab] OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[mh] OR "attention deficit hyperactivity disorder"[tiab] OR "ADHD"[tiab] OR "ADDH"[tiab] OR "Hyperkinetic Syndrome"[tiab] OR "Bipolar Disorder"[mh] OR "Bipolar Disorder"[tiab] OR "bipolar depression"[tiab] OR "Manic Depression"[tiab] OR "manic disorder"[tiab] OR "Depression"[mh] OR "Depressive Disorder"[mh] OR "depressi"[tiab] OR "Personality Disorders"[mh] OR "personality disorder"[tiab] OR "Comorbidity"[mh] OR "comorbid"[tiab] OR "psychiatric comorbid"[tiab] OR "schizophrenia"[mh] OR "schizophrenia"[tiab] OR "Psychotic Disorders"[mh] OR "psychosis"[tiab] OR "schizoaffective disorder"[tiab] OR "borderline"[tiab] OR "bps"[tiab] OR "Borderline Personality Disorder"[mh] OR "suicide"[tiab] OR "suicidal"[tiab] OR "Suicide"[mh] OR "Substance-Related Disorders"[mh] OR "Behavior, Addictive"[mh] OR "alcohol"[tiab] OR "cannabis"[tiab] OR "cocaine"[tiab] OR "heroin" OR "methamphetamine"[tiab] OR "amphetamine"[tiab] OR "substance use"[tiab] OR "substance abuse"[tiab] OR "drug abuse"[tiab] OR "drug dependence"[tiab] OR "marijuana"[tiab] OR "inhalant"[tiab] OR "opiate"[tiab] OR "stimulant"[tiab] OR "addiction"[tiab]) AND ("psychotherap*" OR (("psycho"[tiab] OR "trauma focused"[tiab] OR "traumafocused"[tiab] OR "trauma-focused"[tiab]) AND ("therap"[tiab] OR "intervention"[tiab] OR "counsel"[tiab] OR "treatment"[tiab]))) AND (2013:2023[dp]) AND (humans[Filter])	22.12.2023 1129
Epistemonikos	1. Zeile: "meta-analysis" OR "systematic review" OR "review" OR "meta analysis" OR "metaanalysis" 2. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" 3. Zeile: ("Anxiety Disorders" OR "anxiety disorder*" OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "attention deficit hyperactivity disorder*" OR "ADHD" OR "ADDH" OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depression" OR "Depressive Disorder" OR "depressi*" OR "Personality Disorders" OR "personality disorder*" OR "Comorbidity" OR "comorbid*" OR "psychiatric comorbid*" OR "schizophrenia" OR "schizophrenia" OR "Psychotic Disorders" OR "psychosis" OR "schizoaffective disorder" OR "borderline" OR "bps" OR "Borderline Personality Disorder" OR "suicide" OR "suicidal" OR "Suicide" OR "Substance-Related Disorders" OR "Behavior, Addictive" OR	22.12.2023 35

	“alcohol*” OR “cannabis” OR “cocaine*” OR “heroin” OR “methamphetamine*” OR “amphetamine*” OR “substance use” OR “substance abuse” OR “drug abuse” OR “drug dependence” OR “marijuana” OR “inhalant*” OR “opiate*” OR “stimulant*” OR “addiction”) 4. Zeile: (“psychotherap*” OR ((“psycho*” OR “trauma focused” OR “traumafocused” OR “trauma-focused”) AND (“therap*” OR “intervention*” OR “counsel*” OR “treatment*”)))) 5. Filter Year 2013-2023	
PubPsych/ Psyndex	1. Zeile: (MR “review” OR MR “Meta-Analysis” OR MR “systematic review” OR SU “review” OR SU “Systematic Review” OR SU “Meta-Analysis” OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis) 2. Zeile mit AND Verknüpfung (TI “ptsd” OR AB “ptsd” OR TI “ptss” OR AB “ptss” OR TI “post trauma*” OR AB “post trauma*” OR TI “posttrauma*” OR AB “posttrauma*” OR TI “post-trauma” OR AB “post-trauma”) 3. Zeile mit AND Verknüpfung (TI “anxiety disorder*” OR AB “anxiety disorder*” OR TI “attention deficit hyperactivity disorder*” OR AB “attention deficit hyperactivity disorder*” OR TI “ADHD” OR AB “ADHD” OR TI “ADDH” OR AB “ADDH” OR TI “Hyperkinetic Syndrome*” OR AB “Hyperkinetic Syndrome*” OR TI “Bipolar Disorder*” OR AB “Bipolar Disorder*” OR TI “bipolar depression” OR AB “bipolar depression*” OR TI “Manic Depression*” OR AB “Manic Depression*” OR TI “manic disorder*” OR AB “manic disorder*” OR TI “depressi*” OR AB “depressi*” OR TI “personality disorder*” OR AB “personality disorder*” OR TI “comorbid*” OR AB “comorbid*” OR TI “psychiatric comorbid*” OR AB “psychiatric comorbid*” OR TI “schizophrenia” OR AB “schizophrenia” OR TI “psychosis” OR AB “psychosis” OR TI “schizoaffective disorder” OR AB “schizoaffective disorder” OR TI “borderline” OR AB “borderline” OR TI “bps” OR AB “bps” OR TI “suicide” OR AB “suicide” OR TI “suicidal” OR AB “suicidal” OR TI “alcohol*” OR AB “alcohol*” OR TI “cannabis” OR AB “cannabis” OR TI “cocaine*” OR AB “cocaine*” OR TI “heroin” OR AB “heroin” OR TI “methamphetamine*” OR AB “methamphetamine*” OR TI “amphetamine*” OR AB “amphetamine*” OR TI “substance use” OR AB “substance use” OR TI “substance abuse” OR AB “substance abuse” OR TI “drug abuse” OR AB “drug abuse” OR TI “drug dependence” OR AB “drug dependence” OR TI “marijuana” OR AB “marijuana” OR TI “inhalant*” OR AB “inhalant*” OR TI “opiate*” OR AB “opiate*” OR TI “stimulant*” OR AB “stimulant*” OR TI “addiction” OR AB “addiction”) 4. Zeile mit AND Verknüpfung (“psychotherap*” OR ((TI “psycho*” OR TI “trauma focused” OR TI “traumafocused” OR TI “trauma-focused”) AND (TI “therap*” OR TI “intervention*” OR TI “counsel*” OR TI “treatment*”))) OR ((AB “psycho*” OR AB “trauma focused” OR AB “traumafocused” OR AB “trauma-focused”) AND (AB “therap*” OR AB “intervention*” OR AB “counsel*” OR AB “treatment*”))) 5. Zeile mit AND Verknüpfung PY 2013-2023	22.12.2023 78

PsycInfo	6. Zeile: (MA "review" OR MA "Meta-Analysis" OR MA "systematic review" OR MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis) 7. Zeile mit AND Verknüpfung (MA "Stress Disorders, Post-Traumatic" OR (TI "ptsd" OR AB "ptsd") OR (TI "ptss" OR AB "ptss") OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) 8. Zeile mit AND Verknüpfung (MA "Anxiety Disorders" OR TI "anxiety disorder*" OR AB "anxiety disorder*" OR MA "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR TI "attention deficit hyperactivity disorder*" OR AB "attention deficit hyperactivity disorder*" OR TI "ADHD" OR AB "ADHD" OR TI "ADDH" OR AB "ADDH" OR TI "Hyperkinetic Syndrome*" OR AB "Hyperkinetic Syndrome*" OR MA "Bipolar Disorder" OR TI "Bipolar Disorder*" OR AB "Bipolar Disorder*" OR TI "bipolar depression*" OR AB "bipolar depression*" OR TI "Manic Depression*" OR AB "Manic Depression*" OR TI "manic disorder*" OR AB "manic disorder*" OR MA "Depression" OR MA "Depressive Disorder" OR TI "depressi*" OR AB "depressi*" OR MA "Personality Disorders" OR TI "personality disorder*" OR AB "personality disorder*" OR MA "Comorbidity" OR TI "comorbid*" OR AB "comorbid*" OR TI "psychiatric comorbid*" OR AB "psychiatric comorbid*" OR MA "schizophrenia" OR TI "schizophrenia" OR AB "schizophrenia" OR MA "Psychotic Disorders" OR TI "psychosis" OR AB "psychosis" OR TI "schizoaffective disorder" OR AB "schizoaffective disorder" OR TI "borderline" OR AB "borderline" OR TI "bps" OR AB "bps" OR MA "Borderline Personality Disorder" OR TI "suicide" OR AB "suicide" OR TI "suicidal" OR AB "suicidal" OR MA "Suicide" OR MA "Substance-Related Disorders" OR MA "Behavior, Addictive" OR TI "alcohol*" OR AB "alcohol*" OR TI "cannabis" OR AB "cannabis" OR TI "cocaine*" OR AB "cocaine*" OR TI "heroin" OR AB "heroin" OR TI "methamphetamine*" OR AB "methamphetamine*" OR TI "amphetamine*" OR AB "amphetamine*" OR TI "substance use" OR AB "substance use" OR TI "substance abuse" OR AB "substance abuse" OR TI "drug abuse" OR AB "drug abuse" OR TI "drug dependence" OR AB "drug dependence" OR TI "marijuana" OR AB "marijuana" OR TI "inhalant*" OR AB "inhalant*" OR TI "opiate*" OR AB "opiate*" OR TI "stimulant*" OR AB "stimulant*" OR TI "addiction" OR AB "addiction") 9. Zeile mit AND Verknüpfung ("psychotherap*" OR ((TI "psycho*" OR TI "trauma focused" OR TI "traumafocused" OR TI "trauma-focused") AND (TI "therap*" OR TI "intervention*" OR TI "counsel*" OR TI "treatment*"))) OR ((AB "psycho*" OR AB "trauma focused" OR AB "traumafocused" OR AB "trauma-focused") AND (AB "therap*" OR AB "intervention*" OR AB "counsel*" OR AB "treatment*"))) 10. Zeile mit AND Verknüpfung PY 2013-2023	22.12.2023 545

Web of Science	(TI = "review" OR TI = "meta-analysis" OR TI = "metaanalysis" OR AB = "review" OR AB = "meta-analysis" OR AB = "metaanalysis") AND (TI = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI = "ptsd" OR AB = "ptsd" OR TI = "post trauma*" OR AB = "post trauma*" OR TI = "posttrauma*" OR AB = "posttrauma*" OR TI = "post-trauma" OR AB = "post-trauma") AND (TI="Anxiety Disorders" OR AB="Anxiety Disorders" OR TI="anxiety disorder*" OR AB="anxiety disorder*" OR TI="Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR AB="Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR TI="attention deficit hyperactivity disorder*" OR AB="attention deficit hyperactivity disorder*" OR TI="ADHD" OR AB="ADHD" OR TI="ADDH" OR AB="ADDH" OR TI="Hyperkinetic Syndrome*" OR AB="Hyperkinetic Syndrome*" OR TI="Bipolar Disorder" OR AB="Bipolar Disorder" OR TI="Bipolar Disorder*" OR AB="Bipolar Disorder*" OR TI="bipolar depression*" OR AB="bipolar depression*" OR TI="Manic Depression*" OR AB="Manic Depression*" OR TI="manic disorder*" OR AB="manic disorder*" OR TI="Depression" OR AB="Depression" OR TI="Depressive Disorder" OR AB="Depressive Disorder" OR TI="depressi*" OR AB="depressi*" OR TI="Personality Disorders" OR AB="Personality Disorders" OR TI="personality disorder*" OR AB="personality disorder*" OR TI="Comorbidity" OR AB="Comorbidity" OR TI="comorbid*" OR AB="comorbid*" OR TI="psychiatric comorbid*" OR AB="psychiatric comorbid*" OR TI="schizophrenia" OR AB="schizophrenia" OR TI="schizophrenia" OR AB="schizophrenia" OR TI="Psychotic Disorders" OR AB="Psychotic Disorders" OR TI="psychosis" OR AB="psychosis" OR TI="schizoaffective disorder" OR AB="schizoaffective disorder" OR TI="borderline" OR AB="borderline" OR TI="bps" OR AB="bps" OR TI="Borderline Personality Disorder" OR AB="Borderline Personality Disorder" OR TI="suicide" OR AB="suicide" OR TI="suicidal" OR AB="suicidal" OR TI="Suicide" OR AB="Suicide" OR TI="Substance-Related Disorders" OR AB="Substance-Related Disorders" OR TI="Addictive Behavior" OR AB="Addictive Behavior" OR TI="alcohol*" OR AB="alcohol*" OR TI="cannabis" OR AB="cannabis" OR TI="cocaine*" OR AB="cocaine*" OR TI="heroin" OR AB="heroin" OR TI="methamphetamine*" OR AB="methamphetamine*" OR TI="amphetamine*" OR AB="amphetamine*" OR TI="substance use" OR AB="substance use" OR TI="substance abuse" OR AB="substance abuse" OR TI="drug abuse" OR AB="drug abuse" OR TI="drug dependence" OR AB="drug dependence" OR TI="marijuana" OR AB="marijuana" OR TI="inhalant*" OR AB="inhalant*")	22.12.2023 1200

OR TI="opiate*" OR AB="opiate*" OR TI="stimulant*" OR AB="stimulant*" OR TI="addiction" OR AB="addiction") AND (ALL="psychotherap*" OR ((TI="psycho*" OR TI="trauma focused" OR TI="traumafocused" OR TI="trauma-focused") AND (TI="therap*" OR TI="intervention*" OR TI="counsel*" OR TI="treatment*")) OR ((AB="psycho*" OR AB="trauma focused" OR AB="traumafocused" OR AB="trauma-focused") AND (AB="therap*" OR AB="intervention*" OR AB="counsel*" OR AB="treatment*")) AND PY=(2013-2023)	

Klinische Fragestellung 2: Klinische Frage: Sind (traumafokussierte) psychotherapeutische Behandlungen im Gruppensetting bei Patient:innen im Erwachsenenalter mit PTBS-Symptomen und komorbiden psychischen Störungen (ICD-10 F1 bis F9) effektiver hinsichtlich der Reduktion von PTBS-, Sucht-, Psychose-, Depressions- oder Angstsymptomen oder der Steigerung der Lebensqualität oder des Funktionsniveaus im Vergleich zu inaktiven und aktiven Kontrollgruppen (insb. (traumafokussierte) psychotherapeutische Behandlung im Einzelsetting)?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) AND ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma*"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("Anxiety Disorders"[mh] OR "anxiety disorder*"[tiab] OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[mh] OR "attention deficit hyperactivity disorder*"[tiab] OR "ADHD"[tiab] OR "ADDH"[tiab] OR "Hyperkinetic Syndrome*"[tiab] OR "Bipolar Disorder"[mh] OR "Bipolar Disorder*"[tiab] OR "bipolar depression*"[tiab] OR "Manic Depression*"[tiab] OR "manic disorder*"[tiab] OR "Depression"[mh] OR "Depressive Disorder"[mh] OR "depressi*"[tiab] OR "Personality Disorders"[mh] OR "personality disorder*"[tiab] OR "Comorbidity"[mh] OR "comorbid*"[tiab] OR "psychiatric comorbid*"[tiab] OR "schizophrenia"[mh] OR "schizophrenia"[tiab] OR "Psychotic Disorders"[mh] OR "psychosis"[tiab] OR "schizoaffective disorder"[tiab] OR "borderline"[tiab] OR "bps"[tiab] OR "Borderline Personality Disorder"[mh] OR "suicide"[tiab] OR "suicidal"[tiab] OR "Suicide"[mh] OR "Substance-Related Disorders"[mh] OR "Behavior, Addictive"[mh] OR "alcohol*"[tiab] OR "cannabis"[tiab] OR "cocaine*"[tiab] OR "heroin" OR "methamphetamine*"[tiab] OR "amphetamine*"[tiab] OR "substance use"[tiab] OR "substance abuse"[tiab] OR "drug abuse"[tiab] OR "drug dependence"[tiab] OR "marijuana"[tiab] OR "inhalant*"[tiab] OR "opiate*"[tiab] OR "stimulant*"[tiab] OR "addiction"[tiab])	22.12.2023 226

	AND (Psychotherapy, group[mh] OR ("group"[tiab] AND ("psychotherap*" OR ("psycho*" [tiab] AND ("therap*" [tiab] OR "intervention*" [tiab] OR "counsel*" [tiab] OR "treatment*" [tiab]))) D 13:2023[dp]) AND (humans[Filter])	
Epistemonikos	1. Zeile (nur Titel): "meta-analysis" OR "systematic review" OR "review" OR "meta analysis" OR "metaanalysis" 2. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" 3. Zeile: ("Anxiety Disorders" OR "anxiety disorder*" OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "attention deficit hyperactivity disorder*" OR "ADHD" OR "ADDH" OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depression" OR "Depressive Disorder" OR "depressi*" OR "Personality Disorders" OR "personality disorder*" OR "Comorbidity" OR "comorbid*" OR "psychiatric comorbid*" OR "schizophrenia" OR "schizophrenia*" OR "Psychotic Disorders" OR "psychosis" OR "schizoaffective disorder" OR "borderline" OR "bps" OR "Borderline Personality Disorder" OR "suicide" OR "suicidal" OR "Suicide" OR "Substance-Related Disorders" OR "Behavior, Addictive" OR "alcohol*" OR "cannabis" OR "cocaine*" OR "heroin" OR "methamphetamine*" OR "amphetamine*" OR "substance use" OR "substance abuse" OR "drug abuse" OR "drug dependence" OR "marijuana" OR "inhalant*" OR "opiate*" OR "stimulant*" OR "addiction") 4. Zeile: ("group Psychotherapy" OR ("group*" AND ("psychotherap*" OR ("psycho*" AND ("therap*" OR "intervention*" OR "counsel*" OR "treatment*")))) 5. Filter Year 2013-2023	22.12.2023 1
PubPsych/ Psyndex	1. Zeile: (MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis) 2. Zeile mit AND Verknüpfung (TI "ptsd" OR AB "ptsd" OR TI "ptss" OR AB "ptss" OR TI "post trauma*" OR AB "post trauma*" OR TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*" OR TI "post-trauma" OR AB "post-trauma") 3. Zeile mit AND Verknüpfung (TI "anxiety disorder*" OR AB "anxiety disorder*" OR TI "attention deficit hyperactivity disorder*" OR AB "attention deficit hyperactivity disorder*" OR TI "ADHD" OR AB "ADHD" OR TI "ADDH" OR AB "ADDH" OR TI "Hyperkinetic Syndrome*" OR AB "Hyperkinetic Syndrome*" OR TI "Bipolar Disorder*" OR AB "Bipolar Disorder*" OR TI "bipolar depression*" OR AB "bipolar depression*" OR TI "Manic Depression*" OR AB "Manic Depression*" OR TI "manic disorder*" OR AB "manic disorder*" OR TI "depressi*" OR AB "depressi*" OR TI "personality disorder*" OR AB "personality disorder*" OR TI "comorbid*" OR AB "comorbid*" OR TI	22.12.2023 17

	“psychiatric comorbid*” OR AB “psychiatric comorbid*” OR TI “schizophrenia” OR AB “schizophrenia” OR TI “psychosis” OR AB “psychosis” OR TI “schizoaffective disorder” OR AB “schizoaffective disorder” OR TI “borderline” OR AB “borderline” OR TI “bps” OR AB “bps” OR TI “suicide” OR AB “suicide” OR TI “suicidal” OR AB “suicidal” OR TI “alcohol*” OR AB “alcohol*” OR TI “cannabis” OR AB “cannabis” OR TI “cocaine*” OR AB “cocaine*” OR TI “heroin” OR AB “heroin” OR TI “methamphetamine*” OR AB “methamphetamine*” OR TI “amphetamine*” OR AB “amphetamine*” OR TI “substance use” OR AB “substance use” OR TI “substance abuse” OR AB “substance abuse” OR TI “drug abuse” OR AB “drug abuse” OR TI “drug dependence” OR AB “drug dependence” OR TI “marijuana” OR AB “marijuana” OR TI “inhalant*” OR AB “inhalant*” OR TI “opiate*” OR AB “opiate*” OR TI “stimulant*” OR AB “stimulant*” OR TI “addiction” OR AB “addiction”) 4. Zeile mit AND Verknüpfung (TI “group*” AND (“psychotherap*” OR (TI Psycho AND (TI “therap*” OR TI “intervention*” OR TI “counsel*” OR TI “treatment*”)))) OR (AB “group*” AND (“psychotherap*” OR (AB Psycho AND (AB “therap*” OR AB “intervention*” OR AB “counsel*” OR AB “treatment*”)))))) Zeile mit AND Verknüpfung PY 2013-2023	
PsycInfo	1. Zeile: (MA “review” OR MA “Meta-Analysis” OR MA “systematic review” OR MR “review” OR MR “Meta-Analysis” OR MR “systematic review” OR SU “review” OR SU “Systematic Review” OR SU “Meta-Analysis” OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis) 2. Zeile mit AND Verknüpfung (MA “Stress Disorders, Post-Traumatic” OR (TI “ptsd” OR AB “ptsd”) OR (TI “ptss” OR AB “ptss”) OR (TI “post trauma*” OR AB “post trauma*”) OR (TI “posttrauma*” OR AB “posttrauma*”) OR (TI “post-trauma” OR AB “post-trauma”)) 3. Zeile mit AND Verknüpfung (MA “Anxiety Disorders” OR TI “anxiety disorder*” OR AB “anxiety disorder*” OR MA “Attention Deficit Disorder with Hyperactivity” OR TI “attention deficit hyperactivity disorder*” OR AB “attention deficit hyperactivity disorder*” OR TI “ADHD” OR AB “ADHD” OR TI “ADDH” OR AB “ADDH” OR TI “Hyperkinetic Syndrome*” OR AB “Hyperkinetic Syndrome*” OR MA “Bipolar Disorder” OR TI “Bipolar Disorder*” OR AB “Bipolar Disorder*” OR TI “bipolar depression*” OR AB “bipolar depression*” OR TI “Manic Depression*” OR AB “Manic Depression*” OR TI “manic disorder*” OR AB “manic disorder*” OR MA “Depression” OR MA “Depressive Disorder” OR TI “depressi*” OR AB “depressi*” OR MA “Personality Disorders” OR TI “personality disorder*” OR AB “personality disorder*” OR MA “Comorbidity” OR TI “comorbid*” OR AB “comorbid*” OR TI “psychiatric comorbid*” OR AB “psychiatric comorbid*” OR MA “schizophrenia” OR TI “schizophrenia” OR AB “schizophrenia” OR MA “Psychotic Disorders” OR TI “psychosis” OR AB “psychosis” OR TI “schizoaffective disorder” OR AB “schizoaffective disorder” OR TI “borderline” OR AB “borderline” OR TI “bps” OR AB “bps” OR MA “Borderline Personality Disorder” OR TI “suicide” OR AB “suicide” OR TI “suicidal” OR AB “suicidal” OR MA “Suicide” OR MA “Substance-Related	22.12.2023 79

	Disorders" OR MA "Behavior, Addictive" OR TI "alcohol*" OR AB "alcohol*" OR TI "cannabis" OR AB "cannabis" OR TI "cocaine*" OR AB "cocaine*" OR TI "heroin" OR AB "heroin" OR TI "methamphetamine" OR AB "methamphetamine" OR TI "amphetamine*" OR AB "amphetamine*" OR TI "substance use" OR AB "substance use" OR TI "substance abuse" OR AB "substance abuse" OR TI "drug abuse" OR AB "drug abuse" OR TI "drug dependence" OR AB "drug dependence" OR TI "marijuana" OR AB "marijuana" OR TI "inhalant*" OR AB "inhalant*" OR TI "opiate*" OR AB "opiate*" OR TI "stimulant*" OR AB "stimulant*" OR TI "addiction" OR AB "addiction") 4. Zeile mit AND Verknüpfung (MA Psychotherapy, group OR (TI "group*" AND ("psychotherap*" OR (TI Psycho AND (TI "therap*" OR TI "intervention*" OR TI "counsel*" OR TI "treatment*")))) OR (AB "group*" AND ("psychotherap*" OR (AB Psycho AND (AB "therap*" OR AB "intervention*" OR AB "counsel*" OR AB "treatment*")))) 5. Zeile mit AND Verknüpfung PY 2013-2023	
Web of Science	(TI = "review" OR TI = "meta-analysis" OR TI = "metaanalysis" OR AB = "review" OR AB = "meta-analysis" OR AB = "metaanalysis") AND (TI = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI = "ptsd" OR AB = "ptsd" OR TI = "post trauma*" OR AB = "post trauma*" OR TI = "posttrauma*" OR AB = "posttrauma*" OR TI = "post-trauma" OR AB = "post-trauma") AND (TI="Anxiety Disorders" OR AB="Anxiety Disorders" OR TI="anxiety disorder*" OR AB="anxiety disorder*" OR TI="Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR AB="Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR TI="attention deficit hyperactivity disorder*" OR AB="attention deficit hyperactivity disorder*" OR TI="ADHD" OR AB="ADHD" OR TI="ADDH" OR AB="ADDH" OR TI="Hyperkinetic Syndrome*" OR AB="Hyperkinetic Syndrome*" OR TI="Bipolar Disorder" OR AB="Bipolar Disorder" OR TI="Bipolar Disorder*" OR AB="Bipolar Disorder*" OR TI="bipolar depression*" OR AB="bipolar depression*" OR TI="Manic Depression*" OR AB="Manic Depression*" OR TI="manic disorder*" OR AB="manic disorder*" OR TI="Depression" OR AB="Depression" OR TI="Depressive Disorder" OR AB="Depressive Disorder" OR TI="depressi*" OR AB="depressi*" OR TI="Personality Disorders" OR AB="Personality Disorders" OR TI="personality disorder*" OR AB="personality disorder*" OR TI="Comorbidity" OR AB="Comorbidity" OR TI="comorbid*" OR AB="comorbid*" OR TI="psychiatric comorbid*" OR AB="psychiatric comorbid*")	22.12.2023 228

	OR TI="schizophrenia" OR AB="schizophrenia" OR TI="schizophrenia" OR AB="schizophrenia" OR TI="Psychotic Disorders" OR AB="Psychotic Disorders" OR TI="psychosis" OR AB="psychosis" OR TI="schizoaffective disorder" OR AB="schizoaffective disorder" OR TI="borderline" OR AB="borderline" OR TI="bps" OR AB="bps" OR TI="Borderline Personality Disorder" OR AB="Borderline Personality Disorder" OR TI="suicide" OR AB="suicide" OR TI="suicidal" OR AB="suicidal" OR TI="Suicide" OR AB="Suicide" OR TI="Substance-Related Disorders" OR AB="Substance-Related Disorders" OR TI="Addictive Behavior" OR AB="Addictive Behavior" OR TI="alcohol*" OR AB="alcohol*" OR TI="cannabis" OR AB="cannabis" OR TI="cocaine*" OR AB="cocaine*" OR TI="heroin" OR AB="heroin" OR TI="methamphetamine*" OR AB="methamphetamine*" OR TI="amphetamine*" OR AB="amphetamine*" OR TI="substance use" OR AB="substance use" OR TI="substance abuse" OR AB="substance abuse" OR TI="drug abuse" OR AB="drug abuse" OR TI="drug dependence" OR AB="drug dependence" OR TI="marijuana" OR AB="marijuana" OR TI="inhalant*" OR AB="inhalant*" OR TI="opiate*" OR AB="opiate*" OR TI="stimulant*" OR AB="stimulant*" OR TI="addiction" OR AB="addiction") AND (TI="group Psychotherapy" OR AB="group Psychotherapy" OR (TI="group*" AND (TI="psychotherap*" OR (TI="psycho*" AND (TI="therap*" OR TI="intervention*" OR TI="counsel*" OR TI="treatment*")))) OR (AB="group*" AND (AB="psychotherap*" OR (AB="psycho*" AND (AB="therap*" OR AB="intervention*" OR AB="counsel*" OR AB="treatment*")))) AND PY=(2013-2023)	

Klinische Fragestellung 3: Sind (traumafokussierte) psychotherapeutische Behandlungen bei Patient:innen im Erwachsenenalter mit PTBS-Symptomen und komorbiden psychischen Störungen (ICD-10 F1 bis F9) effektiver hinsichtlich langfristiger Effekte in Bezug auf die Reduktion von PTBS-, Sucht-, Psychose-, Depressions- oder Angstsymptomen oder die Steigerung der Lebensqualität oder des Funktionsniveaus im Vergleich zu einer inaktiven Kontrollbedingung?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[tj] OR meta-analysis[tj] OR metaanalysis[tj]) AND ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab]	22.12.2023 238

	OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("Anxiety Disorders"[mh] OR "anxiety disorder"[tiab] OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[mh] OR "attention deficit hyperactivity disorder"[tiab] OR "ADHD"[tiab] OR "ADDH"[tiab] OR "Hyperkinetic Syndrome"[tiab] OR "Bipolar Disorder"[mh] OR "Bipolar Disorder"[tiab] OR "bipolar depression"[tiab] OR "Manic Depression"[tiab] OR "manic disorder"[tiab] OR "Depression"[mh] OR "Depressive Disorder"[mh] OR "depressi"[tiab] OR "Personality Disorders"[mh] OR "personality disorder"[tiab] OR "Comorbidity"[mh] OR "comorbid"[tiab] OR "psychiatric comorbid"[tiab] OR "schizophrenia"[mh] OR "schizophrenia"[tiab] OR "Psychotic Disorders"[mh] OR "psychosis"[tiab] OR "schizoaffective disorder"[tiab] OR "borderline"[tiab] OR "bps"[tiab] OR "Borderline Personality Disorder"[mh] OR "suicide"[tiab] OR "suicidal"[tiab] OR "Suicide"[mh] OR "Substance-Related Disorders"[mh] OR "Behavior, Addictive"[mh] OR "alcohol"[tiab] OR "cannabis"[tiab] OR "cocaine"[tiab] OR "heroin" OR "methamphetamine"[tiab] OR "amphetamine"[tiab] OR "substance use"[tiab] OR "substance abuse"[tiab] OR "drug abuse"[tiab] OR "drug dependence"[tiab] OR "marijuana"[tiab] OR "inhalant"[tiab] OR "opiate"[tiab] OR "stimulant"[tiab] OR "addiction"[tiab]) AND ("psychotherap*" OR (("psycho"[tiab] OR "trauma focused"[tiab] OR "traumafocused"[tiab] OR "trauma-focused"[tiab]) AND ("therap*[tiab] OR "intervention"[tiab] OR "counsel*[tiab] OR "treatment*[tiab])))) AND ("time"[mh] OR "long-term"[tiab] OR "longterm"[tiab] OR "follow-up"[tiab] OR ("follow"[tiab] AND "up"[tiab])) AND (2013:2023[dp]) AND (humans[Filter])	
Epistemonikos	1. Zeile: "meta-analysis" OR "systematic review" OR "review" OR "meta analysis" OR "metaanalysis" 2. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" 3. Zeile: ("Anxiety Disorders" OR "anxiety disorder*" OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "attention deficit hyperactivity disorder*" OR "ADHD" OR "ADDH" OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depression" OR "Depressive Disorder" OR "depressi*" OR "Personality Disorders" OR "personality disorder*" OR "Comorbidity" OR "comorbid*" OR "psychiatric comorbid*" OR "schizophrenia" OR "schizophrenia" OR "Psychotic Disorders" OR "psychosis" OR "schizoaffective disorder" OR "borderline" OR "bps" OR "Borderline Personality Disorder" OR "suicide" OR "suicidal" OR "Suicide" OR "Substance-Related Disorders" OR "Behavior, Addictive" OR "alcohol*" OR "cannabis" OR "cocaine*" OR "heroin" OR "methamphetamine*" OR "amphetamine*" OR "substance use" OR "substance abuse" OR "drug abuse" OR "drug dependence" OR "marijuana" OR "inhalant*" OR "opiate*" OR "stimulant*" OR "addiction")	22.12.2023 16

	4. Zeile: ("psychotherap*" OR ((("psycho*" OR "trauma focused" OR "traumafocused" OR "trauma-focused") AND ("therap*" OR "intervention*" OR "counsel*" OR "treatment*")))) 5. Zeile: "time" OR "long-term*" OR "long-term" OR "follow-up" OR ("follow*" AND "up") 6. Filter Year 2013-2023	
PubPsych/ Psyndex	1. Zeile: (MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis) 2. Zeile mit AND Verknüpfung (TI "ptsd" OR AB "ptsd" OR TI "ptss" OR AB "ptss" OR TI "post trauma*" OR AB "post trauma*" OR TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*" OR TI "post-trauma" OR AB "post-trauma") 3. Zeile mit AND Verknüpfung (TI "anxiety disorder*" OR AB "anxiety disorder*" OR TI "attention deficit hyperactivity disorder*" OR AB "attention deficit hyperactivity disorder*" OR TI "ADHD" OR AB "ADHD" OR TI "ADDH" OR AB "ADDH" OR TI "Hyperkinetic Syndrome" OR AB "Hyperkinetic Syndrome" OR TI "Bipolar Disorder" OR AB "Bipolar Disorder" OR TI "bipolar depression*" OR AB "bipolar depression*" OR TI "Manic Depression" OR AB "Manic Depression*" OR TI "manic disorder*" OR AB "manic disorder*" OR TI "depressi*" OR AB "depressi*" OR TI "personality disorder*" OR AB "personality disorder*" OR TI "comorbid*" OR AB "comorbid*" OR TI "psychiatric comorbid*" OR AB "psychiatric comorbid*" OR TI "schizophrenia" OR AB "schizophrenia" OR TI "psychosis" OR AB "psychosis" OR TI "schizoaffective disorder" OR AB "schizoaffective disorder" OR TI "borderline" OR AB "borderline" OR TI "bps" OR AB "bps" OR TI "suicide" OR AB "suicide" OR TI "suicidal" OR AB "suicidal" OR TI "alcohol*" OR AB "alcohol*" OR TI "cannabis" OR AB "cannabis" OR TI "cocaine*" OR AB "cocaine*" OR TI "heroin" OR AB "heroin" OR TI "methamphetamine*" OR AB "methamphetamine*" OR TI "amphetamine*" OR AB "amphetamine*" OR TI "substance use" OR AB "substance use" OR TI "substance abuse" OR AB "substance abuse" OR TI "drug abuse" OR AB "drug abuse" OR TI "drug dependence" OR AB "drug dependence" OR TI "marijuana" OR AB "marijuana" OR TI "inhalant*" OR AB "inhalant*" OR TI "opiate*" OR AB "opiate*" OR TI "stimulant*" OR AB "stimulant*" OR TI "addiction" OR AB "addiction") 4. Zeile mit AND Verknüpfung ("psychotherap*" OR ((TI "psycho*" OR TI "trauma focused" OR TI "traumafocused" OR TI "trauma-focused") AND (TI "therap*" OR TI "intervention*" OR TI "counsel*" OR TI "treatment*")) OR ((AB "psycho*" OR AB "trauma focused" OR AB "traumafocused" OR AB "trauma-focused") AND (AB "therap*" OR AB "intervention*" OR AB "counsel*" OR AB "treatment*")))) 5. Zeile: AND (TI "long-term*" OR AB "long-term*" OR TI "longterm*" OR AB "long-term*" OR TI "follow-up" OR AB "follow-up" OR (TI "follow*" AND TI "up") OR (AB "follow*" AND AB "up")) Zeile mit AND Verknüpfung	22.12.2023 28

	PY 2013-2023	
PsycInfo	1. Zeile: (MA "review" OR MA "Meta-Analysis" OR MA "systematic review" OR MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis) 2. Zeile mit AND Verknüpfung (MA "Stress Disorders, Post-Traumatic" OR (TI "ptsd" OR AB "ptsd") OR (TI "ptss" OR AB "ptss") OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) 3. Zeile mit AND Verknüpfung (MA "Anxiety Disorders" OR TI "anxiety disorder*" OR AB "anxiety disorder*" OR MA "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR TI "attention deficit hyperactivity disorder*" OR AB "attention deficit hyperactivity disorder*" OR TI "ADHD" OR AB "ADHD" OR TI "ADDH" OR AB "ADDH" OR TI "Hyperkinetic Syndrome" OR AB "Hyperkinetic Syndrome*" OR MA "Bipolar Disorder" OR TI "Bipolar Disorder*" OR AB "Bipolar Disorder*" OR TI "bipolar depression*" OR AB "bipolar depression*" OR TI "Manic Depression*" OR AB "Manic Depression*" OR TI "manic disorder*" OR AB "manic disorder*" OR MA "Depression" OR MA "Depressive Disorder" OR TI "depressi*" OR AB "depressi*" OR MA "Personality Disorders" OR TI "personality disorder*" OR AB "personality disorder*" OR MA "Comorbidity" OR TI "comorbid*" OR AB "comorbid*" OR TI "psychiatric comorbid*" OR AB "psychiatric comorbid*" OR MA "schizophrenia" OR TI "schizophrenia" OR AB "schizophrenia" OR MA "Psychotic Disorders" OR TI "psychosis" OR AB "psychosis" OR TI "schizoaffective disorder" OR AB "schizoaffective disorder" OR TI "borderline" OR AB "borderline" OR TI "bps" OR AB "bps" OR MA "Borderline Personality Disorder" OR TI "suicide" OR AB "suicide" OR TI "suicidal" OR AB "suicidal" OR MA "Suicide" OR MA "Substance-Related Disorders" OR MA "Behavior, Addictive" OR TI "alcohol*" OR AB "alcohol*" OR TI "cannabis" OR AB "cannabis" OR TI "cocaine*" OR AB "cocaine*" OR TI "heroin" OR AB "heroin" OR TI "methamphetamine*" OR AB "methamphetamine*" OR TI "amphetamine*" OR AB "amphetamine*" OR TI "substance use" OR AB "substance use" OR TI "substance abuse" OR AB "substance abuse" OR TI "drug abuse" OR AB "drug abuse" OR TI "drug dependence" OR AB "drug dependence" OR TI "marijuana" OR AB "marijuana" OR TI "inhalant*" OR AB "inhalant*" OR TI "opiate*" OR AB "opiate*" OR TI "stimulant*" OR AB "stimulant*" OR TI "addiction" OR AB "addiction") 4. Zeile mit AND Verknüpfung (("psychotherap*" OR ((TI "psycho*" OR TI "trauma focused" OR TI "traumafocused" OR TI "trauma-focused") AND (TI "therap*" OR TI "intervention*" OR TI "counsel*" OR TI "treatment*"))) OR ((AB "psycho*" OR AB "trauma focused" OR AB "traumafocused" OR AB "trauma-focused") AND (AB "therap*" OR AB "intervention*" OR AB "counsel*" OR AB "treatment*")))) 5. Zeile: AND (MA "time" OR TI "long-term*" OR AB "long-term*" OR TI "longterm*" OR AB "longterm*" OR TI "follow-up" OR AB "follow-up" OR (TI "follow*"	22.12.2023 124

	AND TI "up") OR (AB "follow*" AND AB "up"))	
	6. Zeile mit AND Verknüpfung PY 2013-2023	
Web of Science	(TI = "review" OR TI = "meta-analysis" OR TI = "metaanalysis" OR AB = "review" OR AB = "meta-analysis" OR AB = "metaanalysis") AND (TI = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI = "ptsd" OR AB = "ptsd" OR TI = "post trauma*" OR AB = "post trauma*" OR TI = "posttrauma*" OR AB = "posttrauma*" OR TI = "post-trauma" OR AB = "post-trauma") AND (TI="Anxiety Disorders" OR AB="Anxiety Disorders" OR TI="anxiety disorder*" OR AB="anxiety disorder*" OR TI="Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR AB="Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR TI="attention deficit hyperactivity disorder*" OR AB="attention deficit hyperactivity disorder*" OR TI="ADHD" OR AB="ADHD" OR TI="ADDH" OR AB="ADDH" OR TI="Hyperkinetic Syndrome*" OR AB="Hyperkinetic Syndrome*" OR TI="Bipolar Disorder" OR AB="Bipolar Disorder" OR TI="Bipolar Disorder*" OR AB="Bipolar Disorder*" OR TI="bipolar depression*" OR AB="bipolar depression*" OR TI="Manic Depression*" OR AB="Manic Depression*" OR TI="manic disorder*" OR AB="manic disorder*" OR TI="Depression" OR AB="Depression" OR TI="Depressive Disorder" OR AB="Depressive Disorder" OR TI="depressi*" OR AB="depressi*" OR TI="Personality Disorders" OR AB="Personality Disorders" OR TI="personality disorder*" OR AB="personality disorder*" OR TI="Comorbidity" OR AB="Comorbidity" OR TI="comorbid*" OR AB="comorbid*" OR TI="psychiatric comorbid*" OR AB="psychiatric comorbid*" OR TI="schizophrenia" OR AB="schizophrenia" OR TI="schizophrenia" OR AB="schizophrenia" OR TI="Psychotic Disorders" OR AB="Psychotic Disorders" OR TI="psychosis" OR AB="psychosis" OR TI="schizoffective disorder" OR AB="schizoffective disorder" OR TI="borderline" OR AB="borderline" OR TI="bps" OR AB="bps" OR TI="Borderline Personality Disorder" OR AB="Borderline Personality Disorder" OR TI="suicide" OR AB="suicide" OR TI="suicidal" OR AB="suicidal" OR TI="Suicide" OR AB="Suicide" OR TI="Substance-Related Disorders" OR AB="Substance-Related Disorders" OR TI="Addictive Behavior" OR AB="Addictive Behavior" OR TI="alcohol*" OR AB="alcohol*" OR TI="cannabis" OR AB="cannabis" OR TI="cocaine*" OR AB="cocaine*" OR TI="heroin" OR AB="heroin" OR TI="methamphetamine*" OR AB="methamphetamine*" OR TI="amphetamine*" OR AB="amphetamine*" OR TI="substance use" OR AB="substance use")	22.12.2023 367

OR TI="substance abuse" OR AB="substance abuse" OR TI="drug abuse" OR AB="drug abuse" OR TI="drug dependence" OR AB="drug dependence" OR TI="marijuana" OR AB="marijuana" OR TI="inhalant*" OR AB="inhalant*" OR TI="opiate*" OR AB="opiate*" OR TI="stimulant*" OR AB="stimulant*" OR TI="addiction" OR AB="addiction") AND (ALL="psychotherap*" OR ((TI="psycho*" OR TI="trauma focused" OR TI="traumafocused" OR TI="trauma-focused") AND (TI="therap*" OR TI="intervention*" OR TI="counsel" OR TI="treatment*")) OR ((AB="psycho*" OR AB="trauma focused" OR AB="traumafocused" OR AB="trauma-focused") AND (AB="therap*" OR AB="intervention*" OR AB="counsel*" OR AB="treatment*")))) AND (TI="time" OR AB="time" OR TI="long-term*" OR AB="long-term*" OR TI="longterm*" OR AB="longterm" OR TI="follow-up" OR AB="follow-up" OR (TI="follow*" AND TI="up") OR (AB="follow*" AND AB="up")) AND PY=(2013-2023)	

Klinische Fragestellung 4: Beeinflusst eine traumafokussierte psychotherapeutische Behandlung Patient:innen im Erwachsenenalter mit PTBS-Symptomen und komorbiden psychischen Störungen (ICD-10 F1 bis F9) häufiger hinsichtlich schwerwiegender unerwünschter Ereignisse, stationärer Einweisungen, Suizidgedanken oder -versuche oder der Symptomatik der PTBS oder komorbiden psychischen Störung im Vergleich zu einer nicht-traumafokussierten psychotherapeutischen Behandlung oder TAU oder einer inaktiven Kontrollbedingung?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) AND ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("Anxiety Disorders"[mh] OR "anxiety disorder"[tiab] OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[mh] OR "attention deficit hyperactivity disorder"[tiab] OR "ADHD"[tiab] OR "ADDH"[tiab] OR "Hyperkinetic Syndrome"[tiab] OR "Bipolar Disorder"[mh] OR "Bipolar Disorder"[tiab] OR "bipolar depression"[tiab] OR "Manic Depression"[tiab] OR "manic disorder"[tiab] OR "Depression"[mh] OR "Depressive Disorder"[mh] OR "depressi"[tiab] OR "Personality Disorders"[mh] OR "personality disorder"[tiab] OR "Comorbidity"[mh] OR "comorbid"[tiab] OR "psychiatric comorbid"[tiab] OR "schizophrenia"[mh] OR "schizophrenia"[tiab] OR "Psychotic Disorders"[mh] OR "psychosis"[tiab] OR "schizoaffective disorder"[tiab] OR "borderline"[tiab] OR "bps"[tiab] OR "Borderline Person-	22.12.2023 3

	ality Disorder"[mh] OR "suicide"[tiab] OR "suicidal"[tiab] OR "Suicide"[mh] OR "Substance-Related Disorders"[mh] OR "Behavior, Addictive"[mh] OR "alcohol"[tiab] OR "cannabis"[tiab] OR "cocaine"[tiab] OR "heroin" OR "methamphetamine"[tiab] OR "amphetamine"[tiab] OR "substance use"[tiab] OR "substance abuse"[tiab] OR "drug abuse"[tiab] OR "drug dependence"[tiab] OR "marijuana"[tiab] OR "inhalant"[tiab] OR "opiate"[tiab] OR "stimulant"[tiab] OR "addiction"[tiab]) AND ("psychotherap*" OR (("psycho*" OR "trauma focused"[tiab] OR "traumafocused"[tiab] OR "trauma-focused"[tiab]) AND ("therap*" OR "intervention"[tiab] OR "counsel"[tiab] OR "treatment"[tiab]))) AND ("contraindication"[tiab] OR "contraindicated"[tiab] OR "Contraindications"[mh]) AND (2013:2023[dp]) AND (humans[Filter])	
Epistemonikos	1. Zeile: "meta-analysis" OR "systematic review" OR "review" OR "meta analysis" OR "metaanalysis" 2. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" 3. Zeile: ("Anxiety Disorders" OR "anxiety disorder*" OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "attention deficit hyperactivity disorder*" OR "ADHD" OR "ADDH" OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depression" OR "Depressive Disorder" OR "depressi*" OR "Personality Disorders" OR "personality disorder*" OR "Comorbidity" OR "comorbid*" OR "psychiatric comorbid*" OR "schizophrenia" OR "schizophrenia" OR "Psychotic Disorders" OR "psychosis" OR "schizoaffective disorder" OR "borderline" OR "bps" OR "Borderline Personality Disorder" OR "suicide" OR "suicidal" OR "Suicide" OR "Substance-Related Disorders" OR "Behavior, Addictive" OR "alcohol*" OR "cannabis" OR "cocaine*" OR "heroin" OR "methamphetamine*" OR "amphetamine*" OR "substance use" OR "substance abuse" OR "drug abuse" OR "drug dependence" OR "marijuana" OR "inhalant*" OR "opiate*" OR "stimulant*" OR "addiction") 4. Zeile: ("psychotherap*" OR (("psycho*" OR "trauma focused" OR "traumafocused" OR "trauma-focused") AND ("therap*" OR "intervention*" OR "counsel*" OR "treatment*"))) 5. Zeile: "contraindication*" OR "contraindicated" OR "Contraindications" 6. Filter Year 2013-2023	22.12.2023 0
Psyndex/ PsycInfo	1. Zeile: (MA "review" OR MA "Meta-Analysis" OR MA "systematic review" OR MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis) 2. Zeile mit AND Verknüpfung	22.12.2023 0 2

	(MA "Stress Disorders, Post-Traumatic" OR (TI "ptsd" OR AB "ptsd") OR (TI "ptss" OR AB "ptss") OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) 3. Zeile mit AND Verknüpfung (MA "Anxiety Disorders" OR TI "anxiety disorder*" OR AB "anxiety disorder*" OR MA "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR TI "attention deficit hyperactivity disorder*" OR AB "attention deficit hyperactivity disorder*" OR TI "ADHD" OR AB "ADHD" OR TI "ADDH" OR AB "ADDH" OR TI "Hyperkinetic Syndrome" OR AB "Hyperkinetic Syndrome*" OR MA "Bipolar Disorder" OR TI "Bipolar Disorder*" OR AB "Bipolar Disorder*" OR TI "bipolar depression*" OR AB "bipolar depression*" OR TI "Manic Depression*" OR AB "Manic Depression*" OR TI "manic disorder*" OR AB "manic disorder*" OR MA "Depression" OR MA "Depressive Disorder" OR TI "depressi*" OR AB "depressi*" OR MA "Personality Disorders" OR TI "personality disorder*" OR AB "personality disorder*" OR MA "Comorbidity" OR TI "comorbid*" OR AB "comorbid*" OR TI "psychiatric comorbid*" OR AB "psychiatric comorbid*" OR MA "schizophrenia" OR TI "schizophrenia" OR AB "schizophrenia" OR MA "Psychotic Disorders" OR TI "psychosis" OR AB "psychosis" OR TI "schizoaffective disorder" OR AB "schizoaffective disorder" OR TI "borderline" OR AB "borderline" OR TI "bps" OR AB "bps" OR MA "Borderline Personality Disorder" OR TI "suicide" OR AB "suicide" OR TI "suicidal" OR AB "suicidal" OR MA "Suicide" OR MA "Substance-Related Disorders" OR MA "Behavior, Addictive" OR TI "alcohol*" OR AB "alcohol*" OR TI "cannabis" OR AB "cannabis" OR TI "cocaine*" OR AB "cocaine*" OR TI "heroin" OR AB "heroin" OR TI "methamphetamine*" OR AB "methamphetamine*" OR TI "amphetamine*" OR AB "amphetamine*" OR TI "substance use" OR AB "substance use" OR TI "substance abuse" OR AB "substance abuse" OR TI "drug abuse" OR AB "drug abuse" OR TI "drug dependence" OR AB "drug dependence" OR TI "marijuana" OR AB "marijuana" OR TI "inhalant*" OR AB "inhalant*" OR TI "opiate*" OR AB "opiate*" OR TI "stimulant*" OR AB "stimulant*" OR TI "addiction" OR AB "addiction") 4. Zeile mit AND Verknüpfung ("psychotherap*" OR ((TI "psycho*" OR TI "trauma focused" OR TI "traumafocused" OR TI "trauma-focused") AND (TI "therap*" OR TI "intervention*" OR TI "counsel*" OR TI "treatment*"))) OR ((AB "psycho*" OR AB "trauma focused" OR AB "traumafocused" OR AB "trauma-focused") AND (AB "therap*" OR AB "intervention*" OR AB "counsel*" OR AB "treatment*"))) 5. Zeile mit AND (TI "contraindication*" OR AB "contraindication*" OR TI "contraindicated" OR AB "contraindicated" OR MA "Contraindications") 6. Zeile mit AND Verknüpfung PY 2013-2023	
Web of Science	(TI = "review" OR TI = "meta-analysis" OR TI = "metaanalysis" OR AB = "review" OR AB = "meta-analysis" OR AB = "metaanalysis") AND	22.12.2023 5

	(TI = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI = "ptsd" OR AB = "ptsd" OR TI = "post trauma" OR AB = "post trauma*" OR TI = "posttrauma*" OR AB = "posttrauma*" OR TI = "post-trauma" OR AB = "post-trauma") AND (TI="Anxiety Disorders" OR AB="Anxiety Disorders" OR TI="anxiety disorder*" OR AB="anxiety disorder*" OR TI="Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR AB="Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR TI="attention deficit hyperactivity disorder*" OR AB="attention deficit hyperactivity disorder*" OR TI="ADHD" OR AB="ADHD" OR TI="ADDH" OR AB="ADDH" OR TI="Hyperkinetic Syndrome*" OR AB="Hyperkinetic Syndrome*" OR TI="Bipolar Disorder" OR AB="Bipolar Disorder" OR TI="Bipolar Disorder*" OR AB="Bipolar Disorder*" OR TI="bipolar depression*" OR AB="bipolar depression*" OR TI="Manic Depression*" OR AB="Manic Depression*" OR TI="manic disorder*" OR AB="manic disorder*" OR TI="Depression" OR AB="Depression" OR TI="Depressive Disorder" OR AB="Depressive Disorder" OR TI="depressi*" OR AB="depressi*" OR TI="Personality Disorders" OR AB="Personality Disorders" OR TI="personality disorder*" OR AB="personality disorder*" OR TI="Comorbidity" OR AB="Comorbidity" OR TI="comorbid*" OR AB="comorbid*" OR TI="psychiatric comorbid*" OR AB="psychiatric comorbid*" OR TI="schizophrenia" OR AB="schizophrenia" OR TI="schizophrenia" OR AB="schizophrenia" OR TI="Psychotic Disorders" OR AB="Psychotic Disorders" OR TI="psychosis" OR AB="psychosis" OR TI="schizoffective disorder" OR AB="schizoffective disorder" OR TI="borderline" OR AB="borderline" OR TI="bps" OR AB="bps" OR TI="Borderline Personality Disorder" OR AB="Borderline Personality Disorder" OR TI="suicide" OR AB="suicide" OR TI="suicidal" OR AB="suicidal" OR TI="Suicide" OR AB="Suicide" OR TI="Substance-Related Disorders" OR AB="Substance-Related Disorders" OR TI="Addictive Behavior" OR AB="Addictive Behavior" OR TI="alcohol*" OR AB="alcohol*" OR TI="cannabis" OR AB="cannabis" OR TI="cocaine*" OR AB="cocaine*" OR TI="heroin" OR AB="heroin" OR TI="methamphetamine*" OR AB="methamphetamine*" OR TI="amphetamine*" OR AB="amphetamine*" OR TI="substance use" OR AB="substance use" OR TI="substance abuse" OR AB="substance abuse" OR TI="drug abuse" OR AB="drug abuse" OR TI="drug dependence" OR AB="drug dependence" OR TI="marijuana" OR AB="marijuana" OR TI="inhalant*" OR AB="inhalant*" OR TI="opiate*" OR AB="opiate*" OR TI="stimulant*" OR AB="stimulant*" OR TI="addiction" OR AB="addiction")	

	AND (ALL="psychotherap*" OR ((TI="psycho*" OR TI="trauma focused" OR TI="traumafocused" OR TI="trauma-focused") AND (TI="therap*" OR TI="intervention*" OR TI="counsel*" OR TI="treatment*")) OR ((AB="psycho*" OR AB="trauma focused" OR AB="traumafocused" OR AB="trauma-focused") AND (AB="therap*" OR AB="intervention*" OR AB="counsel*" OR AB="treatment*")))) AND (TI="contraindication*" OR AB="contraindication*" OR TI="contraindicated" OR AB="contraindicated" OR TI="Contraindications" OR AB="Contraindications") AND PY=(2013-2023)	

AG Komorbidität | Primärdaten

Klinische Fragestellung 1: Sind psychotherapeutische Interventionen (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Psychotherapie) bei Patient:innen im Erwachsenenalter mit PTBS-Symptomen und komorbiden psychischen Störungen (ICD-10 F1 bis F9) effektiver hinsichtlich der Reduktion von PTBS-, Sucht-, Psychose-, Depressions- oder Angstsymptomen oder der Steigerung der Lebensqualität oder des Funktionsniveaus im Vergleich zu inaktiven oder aktiven Kontrollbedingungen?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab]) AND ("Anxiety Disorders"[mh] OR "anxiety disorder*" [tiab] OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[mh] OR "attention deficit hyperactivity disorder*" [tiab] OR "ADHD"[tiab] OR "ADDH"[tiab] OR "Hyperkinetic Syndrome*" [tiab] OR "Bipolar Disorder"[mh] OR "Bipolar Disorder*" [tiab] OR "bipolar depression*" [tiab] OR "Manic Depression*" [tiab] OR "manic disorder*" [tiab] OR "Depression"[mh] OR "Depressive Disorder"[mh] OR "depressi*" [tiab] OR "Personality Disorders"[mh] OR "personality disorder*" [tiab] OR "schizophrenia"[mh] OR "schizophrenia" [tiab] OR "Psychotic Disorders"[mh] OR "psychosis" [tiab] OR "schizoaffective disorder" [tiab] OR "borderline" [tiab] OR "bps" [tiab] OR "Borderline Personality Disorder" [mh] OR "Substance-Related Disorders" [mh] OR "Behavior, Addictive" [mh] OR "substance use" [tiab] OR "substance abuse" [tiab] OR "drug abuse" [tiab] OR "drug dependence" [tiab] OR "addiction" [tiab]) AND ("psychotherap*" OR ((("psycho*" [tiab] OR "trauma focused" [tiab] OR "traumafocused" [tiab] OR "trauma-focused" [tiab]) AND ("therap*" [tiab] OR "intervention*" [tiab] OR "counsel*" [tiab] OR "treatment*" [tiab]))) AND (2019:2024[dp]) NOT("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic	24.06.2024 238

	review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) NOT("covid*" [tiab]) AND (humans[Filter]) AND ((randomizedcontrolledtrial[Filter])	
Epistemonikos	1. Zeile: "ptsd" OR "ptss" 2. Zeile: ("Anxiety Disorders" OR "anxiety disorder*" OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "attention deficit hyperactivity disorder*" OR "ADHD" OR "ADDH" OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depression" OR "Depressive Disorder" OR "depressi*" OR "Personality Disorders" OR "personality disorder*" OR "schizophrenia" OR "schizophrenia" OR "Psychotic Disorders" OR "psychosis" OR "schizoaffective disorder" OR "borderline" OR "bps" OR "Borderline Personality Disorder" OR "Substance-Related Disorders" OR "Behavior, Addictive" OR "substance use" OR "substance abuse" OR "drug abuse" OR "drug dependence" OR "addiction") 3. Zeile: ("psychotherap*" OR ((("psycho*" OR "trauma focused" OR "traumafocused" OR "trauma-focused") AND ("therap*" OR "intervention*" OR "counsel*" OR "treatment*")))) 4. Filter Year 2019-2024 5. Filter primaer 6. Filter NOT "covid"	27.06.2024 95
Psyndex/ PsyInfo	1. Zeile: (TI "ptsd" OR AB "ptsd" OR TI "ptss" OR AB "ptss") 2. Zeile mit AND Verknüpfung (TI "anxiety disorder*" OR AB "anxiety disorder*" OR TI "attention deficit hyperactivity disorder*" OR AB "attention deficit hyperactivity disorder*" OR TI "ADHD" OR AB "ADHD" OR TI "ADDH" OR AB "ADDH" OR TI "Hyperkinetic Syndrome*" OR AB "Hyperkinetic Syndrome*" OR TI "Bipolar Disorder*" OR AB "Bipolar Disorder*" OR TI "bipolar depression*" OR AB "bipolar depression*" OR TI "Manic Depression*" OR AB "Manic Depression*" OR TI "manic disorder*" OR AB "manic disorder*" OR TI "depressi*" OR AB "depressi*" OR TI "personality disorder*" OR AB "personality disorder*" OR TI "comorbid*" OR TI "schizophrenia" OR AB "schizophrenia" OR TI "psychosis" OR AB "psychosis" OR TI "schizoaffective disorder" OR AB "schizoaffective disorder" OR TI "borderline" OR AB "borderline" OR TI "bps" OR AB "bps" OR TI "suicide" OR TI "substance use" OR AB "substance use" OR TI "substance abuse" OR AB "substance abuse" OR TI "drug abuse" OR AB "drug abuse" OR TI "drug dependence" OR AB "drug dependence" OR TI "addiction" OR AB "addiction") 3. Zeile mit AND Verknüpfung ("psychotherap*" OR ((TI "psycho*" OR TI "trauma focused" OR TI "traumafocused" OR TI "trauma-focused") AND (TI "therap*" OR TI "intervention*" OR TI "counsel*" OR TI "treatment*")) OR ((AB "psycho*" OR AB "trauma focused" OR AB "traumafocused" OR AB "trauma-focused") AND (AB "therap*" OR AB "intervention*" OR AB "counsel*" OR AB "treatment*"))))	27.06.2024 29 174

	4. Zeile mit AND Verknüpfung PY 2019-2024 Zeile mit NOT Verknüpfen (MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis) Zeile mit NOT Verknüpfen (TI "covid*" OR AB "covid*") Zeile mit AND Verknüpfen RCT	
Web of Science	(TI = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI = "ptsd" OR AB = "ptsd") AND (TI="Anxiety Disorders" OR AB="Anxiety Disorders" OR TI="anxiety disorder*" OR AB="anxiety disorder*" OR TI="Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR AB="Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR TI="attention deficit hyperactivity disorder*" OR AB="attention deficit hyperactivity disorder*" OR TI="ADHD" OR AB="ADHD" OR TI="ADDH" OR AB="ADDH" OR TI="Hyperkinetic Syndrome*" OR AB="Hyperkinetic Syndrome*" OR TI="Bipolar Disorder" OR AB="Bipolar Disorder" OR TI="Bipolar Disorder*" OR AB="Bipolar Disorder*" OR TI="bipolar depression*" OR AB="bipolar depression*" OR TI="Manic Depression*" OR AB="Manic Depression*" OR TI="manic disorder*" OR AB="manic disorder*" OR TI="Depression" OR AB="Depression" OR TI="Depressive Disorder" OR AB="Depressive Disorder" OR TI="depressi*" OR AB="depressi*" OR TI="Personality Disorders" OR AB="Personality Disorders" OR TI="personality disorder*" OR AB="personality disorder*" OR TI="Comorbidity" OR AB="Comorbidity" OR TI="comorbid*" OR AB="comorbid*" OR TI="psychiatric comorbid*" OR AB="psychiatric comorbid*" OR TI="schizophrenia" OR AB="schizophrenia" OR TI="schizophrenia" OR AB="schizophrenia" OR TI="Psychotic Disorders" OR AB="Psychotic Disorders" OR TI="psychosis" OR AB="psychosis" OR TI="schizoaffective disorder" OR AB="schizoaffective disorder" OR TI="borderline" OR AB="borderline" OR TI="bps" OR AB="bps" OR TI="Borderline Personality Disorder" OR AB="Borderline Personality Disorder" OR TI="suicide" OR AB="suicide" OR TI="suicidal" OR AB="suicidal" OR TI="Suicide" OR AB="Suicide" OR TI="Substance-Related Disorders" OR AB="Substance-Related Disorders")	27.06.2024 341

	OR TI="Addictive Behavior" OR AB="Addictive Behavior" OR TI="substance use" OR AB="substance use" OR TI="substance abuse" OR AB="substance abuse" OR TI="drug abuse" OR AB="drug abuse" OR TI="drug dependence" OR AB="drug dependence" OR TI="addiction" OR AB="addiction") AND (ALL="psychotherap*" OR ((TI="psycho*" OR TI="trauma focused" OR TI="traumafocused" OR TI="trauma-focused") AND (TI="therap*" OR TI="intervention*" OR TI="counsel*" OR TI="treatment*"))) OR ((AB="psycho*" OR AB="trauma focused" OR AB="traumafocused" OR AB="trauma-focused") AND (AB="therap*" OR AB="intervention*" OR AB="counsel*" OR AB="treatment*"))) NOT (ALL="covid*") <u>AND (ALL="randomi* control* trial" OR ALL="RCT")</u> AND PY=(2019-2024)	

Klinische Fragestellung 2: Sind (traumafokussierte) psychotherapeutische Behandlungen im Gruppensetting bei Patient:innen im Erwachsenenalter mit PTBS-Symptomen und komorbiden psychischen Störungen (ICD-10 F1 bis F9) effektiver hinsichtlich der Reduktion von PTBS-, Sucht-, Psychose-, Depressions- oder Angstsymptomen oder der Steigerung der Lebensqualität oder des Funktionsniveaus im Vergleich zu inaktiven und aktiven Kontrollgruppen (insb. (traumafokussierte) psychotherapeutische Behandlung im Einzelsetting)?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("Anxiety Disorders"[mh] OR "anxiety disorder"[tiab] OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[mh] OR "attention deficit hyperactivity disorder"[tiab] OR "ADHD"[tiab] OR "ADDH"[tiab] OR "Hyperkinetic Syndrome"[tiab] OR "Bipolar Disorder"[mh] OR "Bipolar Disorder"[tiab] OR "bipolar depression"[tiab] OR "Manic Depression"[tiab] OR "manic disorder"[tiab] OR "Depression"[mh] OR "Depressive Disorder"[mh] OR "depressi"[tiab] OR "Personality Disorders"[mh] OR "personality disorder"[tiab] OR "Comorbidity"[mh] OR "comorbid"[tiab] OR "psychiatric comorbid"[tiab] OR "schizophrenia"[mh] OR "schizophrenia"[tiab] OR "Psychotic Disorders"[mh] OR "psychosis"[tiab] OR "schizoaffective disorder"[tiab] OR "borderline"[tiab] OR "bps"[tiab] OR "Borderline Personality Disorder"[mh] OR "suicide"[tiab] OR "suicidal"[tiab] OR "Suicide"[mh] OR "Substance-Related Disorders"[mh] OR "Behavior, Addictive"[mh] OR "alcohol"[tiab] OR "cannabis"[tiab] OR "cocaine"[tiab] OR "heroin" OR "methamphetamine"[tiab] OR "amphetamine"[tiab] OR "substance use"[tiab] OR "substance abuse"[tiab] OR "drug abuse"[tiab])	06.03.2024 240

	OR "drug dependence"[tiab] OR "marijuana"[tiab] OR "inhalant*"[tiab] OR "opiate*"[tiab] OR "stimulant*"[tiab] OR "addiction"[tiab]) AND (Psychotherapy, group[mh] OR ("group therap*"[tiab] OR "group inter- vention"[tiab] OR "group treatment*"[tiab] OR "group psycho- therap*"[tiab])) D 13:2024[dp]) NOT("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) AND (humans[Filter])	
Epistemoniko s	1. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" 2. Zeile: (“Anxiety Disorders” OR “anxiety disorder*” OR “Attention Deficit Disorder with Hyperactivity” OR “attention deficit hyperactivity disorder*” OR “ADHD” OR “ADDH” OR “Hyperkinetic Syndrome” OR “Bipolar Disorder” OR “Bipolar Disorder*” OR “bipolar depression*” OR “Manic Depression*” OR “manic disorder*” OR “Depression” OR “Depressive Disorder” OR “depressi*” OR “Personality Disorders” OR “personality disorder*” OR “Comorbidity” OR “comorbid*” OR “psychiatric comorbid*” OR “schizophrenia” OR “schizophrenia*” OR “Psychotic Disorders” OR “psychosis” OR “schizoaffective disorder” OR “borderline” OR “bps” OR “Borderline Personality Disorder” OR “suicide” OR “suicidal” OR “Suicide” OR “Substance-Related Disorders” OR “Behavior, Addictive” OR “alcohol*” OR “cannabis” OR “cocaine*” OR “heroin” OR “methamphetamine*” OR “amphetamine*” OR “substance use” OR “substance abuse” OR “drug abuse” OR “drug dependence” OR “marijuana” OR “inhalant*” OR “opiate*” OR “stimulant*” OR “addiction”) 3. Zeile: (“group therap*” OR “group intervention” OR “group treatment*” OR “group psychotherap*”) 4. Filter Year 2013-2024 5. Filter primaer	06.03.2024 39
Psyndex/ PsycInfo	1. Zeile mit AND Verknüpfung (MA “Stress Disorders, Post-Traumatic” OR (TI “ptsd” OR AB “ptsd”) OR (TI “ptss” OR AB “ptss”) OR (TI “post trauma*” OR AB “post trauma*”) OR (TI “posttrauma*” OR AB “posttrauma*”) OR (TI “post-trauma” OR AB “post-trauma”)) 2. Zeile mit AND Verknüpfung (MA “Anxiety Disorders” OR TI “anxiety disorder*” OR AB “anxiety disorder*” OR MA “Attention Deficit Disorder with Hyperactivity” OR TI “attention deficit hyperactivity disorder*” OR AB “attention deficit hyperactivity disorder*” OR TI “ADHD” OR AB “ADHD” OR TI “ADDH” OR AB “ADDH” OR TI “Hyperkinetic Syndrome” OR AB “Hyperkinetic Syndrome*” OR MA “Bipolar Disorder” OR TI “Bipolar Disorder*” OR AB “Bipolar Disorder*” OR TI “bipolar depression*” OR AB “bipolar depression*” OR TI “Manic Depression*” OR AB “Manic Depression*” OR TI “manic disorder*” OR AB “manic disorder*” OR MA “Depression” OR MA “Depressive Disorder” OR TI “depressi*” OR AB “depressi*” OR MA	06.03.2024 33 274

	“Personality Disorders” OR TI “personality disorder*” OR AB “personality disorder*” OR MA “Comorbidity” OR TI “comorbid*” OR AB “comorbid*” OR TI “psychiatric comorbid*” OR AB “psychiatric comorbid*” OR MA “schizophrenia” OR TI “schizophrenia” OR AB “schizophrenia” OR MA “Psychotic Disorders” OR TI “psychosis” OR AB “psychosis” OR TI “schizoaffective disorder” OR AB “schizoaffective disorder” OR TI “borderline” OR AB “borderline” OR TI “bps” OR AB “bps” OR MA “Borderline Personality Disorder” OR TI “suicide” OR AB “suicide” OR TI “suicidal” OR AB “suicidal” OR MA “Suicide” OR MA “Substance-Related Disorders” OR MA “Behavior, Addictive” OR TI “alcohol*” OR AB “alcohol*” OR TI “cannabis” OR AB “cannabis” OR TI “cocaine*” OR AB “cocaine*” OR TI “heroin” OR AB “heroin” OR TI “methamphetamine” OR AB “methamphetamine” OR TI “amphetamine*” OR AB “amphetamine*” OR TI “substance use” OR AB “substance use” OR TI “substance abuse” OR AB “substance abuse” OR TI “drug abuse” OR AB “drug abuse” OR TI “drug dependence” OR AB “drug dependence” OR TI “marijuana” OR AB “marijuana” OR TI “inhalant*” OR AB “inhalant*” OR TI “opiate*” OR AB “opiate*” OR TI “stimulant*” OR AB “stimulant*” OR TI “addiction” OR AB “addiction”) 3. Zeile mit AND Verknüpfung (MA “Psychotherapy, group” OR (TI “group therap*” OR TI “group intervention” OR TI “group treatment*” OR TI “group psychotherap*” OR AB “group therap*” OR AB “group intervention” OR AB “group treatment*” OR AB “group psychotherap*”))) 4. Zeile mit AND Verknüpfung PY 2013-2023 Zeile mit NOT Verknüpfen (MR “review” OR MR “Meta-Analysis” OR MR “systematic review” OR SU “review” OR SU “Systematic Review” OR SU “Meta-Analysis” OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis)	
Web of Science	(TI = “Post-Traumatic Stress Disorder” OR AB = “Post-Traumatic Stress Disorder” OR TI = “ptsd” OR AB = “ptsd” OR TI = “post trauma*” OR AB = “post trauma*” OR TI = “posttrauma*” OR AB = “posttrauma*” OR TI = “post-trauma” OR AB = “post-trauma”) AND (TI=“Anxiety Disorders” OR AB=“Anxiety Disorders” OR TI=“anxiety disorder*” OR AB=“anxiety disorder*” OR TI=“Attention Deficit Disorder with Hyperactivity” OR AB=“Attention Deficit Disorder with Hyperactivity” OR TI=“attention deficit hyperactivity disorder*” OR AB=“attention deficit hyperactivity disorder*” OR TI=“ADHD” OR AB=“ADHD” OR TI=“ADDH” OR AB=“ADDH” OR TI=“Hyperkinetic Syndrome*” OR AB=“Hyperkinetic Syndrome*” OR TI=“Bipolar Disorder” OR AB=“Bipolar Disorder” OR TI=“Bipolar Disorder*” OR AB=“Bipolar Disorder*” OR TI=“bipolar depression*” OR AB=“bipolar depression*” OR TI=“Manic Depression*” OR AB=“Manic Depression*” OR TI=“manic disorder*” OR AB=“manic disorder*” OR TI=“Depression” OR AB=“Depression”	06.03.2024 210

	OR TI="Depressive Disorder" OR AB="Depressive Disorder" OR TI="depressi*" OR AB="depressi*" OR TI="Personality Disorders" OR AB="Personality Disorders" OR TI="personality disorder*" OR AB="personality disorder*" OR TI="Comorbidity" OR AB="Comorbidity" OR TI="comorbid*" OR AB="comorbid*" OR TI="psychiatric comorbid*" OR AB="psychiatric comorbid*" OR TI="schizophrenia" OR AB="schizophrenia" OR TI="schizophrenia" OR AB="schizophrenia" OR TI="Psychotic Disorders" OR AB="Psychotic Disorders" OR TI="psychosis" OR AB="psychosis" OR TI="schizoaffective disorder" OR AB="schizoaffective disorder" OR TI="borderline" OR AB="borderline" OR TI="bps" OR AB="bps" OR TI="Borderline Personality Disorder" OR AB="Borderline Personality Disorder" OR TI="suicide" OR AB="suicide" OR TI="suicidal" OR AB="suicidal" OR TI="Suicide" OR AB="Suicide" OR TI="Substance-Related Disorders" OR AB="Substance-Related Disorders" OR TI="Addictive Behavior" OR AB="Addictive Behavior" OR TI="alcohol*" OR AB="alcohol*" OR TI="cannabis" OR AB="cannabis" OR TI="cocaine*" OR AB="cocaine*" OR TI="heroin" OR AB="heroin" OR TI="methamphetamine*" OR AB="methamphetamine*" OR TI="amphetamine*" OR AB="amphetamine*" OR TI="substance use" OR AB="substance use" OR TI="substance abuse" OR AB="substance abuse" OR TI="drug abuse" OR AB="drug abuse" OR TI="drug dependence" OR AB="drug dependence" OR TI="marijuana" OR AB="marijuana" OR TI="inhalant*" OR AB="inhalant*" OR TI="opiate*" OR AB="opiate*" OR TI="stimulant*" OR AB="stimulant*" OR TI="addiction" OR AB="addiction") AND (TI="group therap*" OR TI="group intervention" OR TI="group treatment*" OR TI="group psychotherap*" OR AB="group therap*" OR AB="group intervention" OR AB="group treatment*" OR AB="group psychotherap*") AND PY=(2013-2024) NOT (TI=review) NOT (TI=meta-analysis) NOT (TI=metaanalysis)	

Klinische Fragestellung 3: Sind (traumafokussierte) psychotherapeutische Behandlungen bei Patient:innen im Erwachsenenalter mit PTBS-Symptomen und komorbiden psychischen Störungen (ICD-10 F1 bis F9) effektiver hinsichtlich langfristiger Effekte in Bezug auf die Reduktion von PTBS-, Sucht-, Psychose-, Depressions- oder Angstsymptomen oder die Steigerung der Lebensqualität oder des Funktionsniveaus im Vergleich zu einer inaktiven Kontrollbedingung?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl.	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab])	06.03.2024

Medline)	OR "post trauma*" [tiab] OR "posttrauma*" [tiab] OR "post-trauma" [tiab]) AND ("Anxiety Disorders" [mh] OR "anxiety disorder*" [tiab] OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" [mh] OR "attention deficit hyperactivity disorder*" [tiab] OR "ADHD" [tiab] OR "ADDH" [tiab] OR "Hyperkinetic Syndrome*" [tiab] OR "Bipolar Disorder" [mh] OR "Bipolar Disorder*" [tiab] OR "bipolar depression*" [tiab] OR "Manic Depression*" [tiab] OR "manic disorder*" [tiab] OR "Depression" [mh] OR "Depressive Disorder" [mh] OR "depressi*" [tiab] OR "Personality Disorders" [mh] OR "personality disorder*" [tiab] OR "Comorbidity" [mh] OR "comorbid*" [tiab] OR "psychiatric comorbid*" [tiab] OR "schizophrenia" [mh] OR "schizophrenia" [tiab] OR "Psychotic Disorders" [mh] OR "psychosis" [tiab] OR "schizoaffective disorder" [tiab] OR "borderline" [tiab] OR "bps" [tiab] OR "Borderline Personality Disorder" [mh] OR "suicide" [tiab] OR "suicidal" [tiab] OR "Suicide" [mh] OR "Substance-Related Disorders" [mh] OR "Behavior, Addictive" [mh] OR "alcohol*" [tiab] OR "cannabis" [tiab] OR "cocaine*" [tiab] OR "heroin" OR "methamphetamine*" [tiab] OR "amphetamine*" [tiab] OR "substance use" [tiab] OR "substance abuse" [tiab] OR "drug abuse" [tiab] OR "drug dependence" [tiab] OR "marijuana" [tiab] OR "inhalant*" [tiab] OR "opiate*" [tiab] OR "stimulant*" [tiab] OR "addiction" [tiab]) AND ("psychotherap*" OR (("psycho*" [tiab] OR "trauma focused" [tiab] OR "traumafocused" [tiab] OR "trauma-focused" [tiab]) AND ("therap*" [tiab] OR "intervention*" [tiab] OR "counsel*" [tiab] OR "treatment*" [tiab]))) AND ((("follow-up" [tiab] OR ("follow*" [tiab] AND "up" [tiab])) AND ("year" [tiab] OR "12 month*" [tiab] OR "12-month" [tiab] OR "twelve month*" [tiab])) AND (2013:2024[dp]) AND (humans[Filter]) NOT("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti])	202
Epistemonikos	1. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" 2. Zeile: ("Anxiety Disorders" OR "anxiety disorder*" OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "attention deficit hyperactivity disorder*" OR "ADHD" OR "ADDH" OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depression" OR "Depressive Disorder" OR "depressi*" OR "Personality Disorders" OR "personality disorder*" OR "Comorbidity" OR "comorbid*" OR "psychiatric comorbid*" OR "schizophrenia" OR "schizophrenia" OR "Psychotic Disorders" OR "psychosis" OR "schizoaffective disorder" OR "borderline" OR "bps" OR "Borderline Personality Disorder" OR "suicide" OR "suicidal" OR "Suicide" OR "Substance-Related Disorders" OR "Behavior, Addictive" OR "alcohol*" OR "cannabis" OR "cocaine*" OR "heroin" OR "methamphetamine*" OR "amphetamine*" OR "substance use" OR	06.03.2024 15

	"substance abuse" OR "drug abuse" OR "drug dependence" OR "marijuana" OR "inhalant*" OR "opiate*" OR "stimulant*" OR "addiction") 3. Zeile: ("psychotherap*" OR ((("psycho*" OR "trauma focused" OR "traumafocused" OR "trauma-focused") AND ("therap*" OR "intervention*" OR "counsel*" OR "treatment*")))) 4. Zeile: ((("follow-up" OR ("follow*" AND "up"))) AND ("year" OR "12 month" OR "12-month" OR "twelve month*")) 5. Filter Year 2013-2024 6. Filter primaer	
Psyndex/ PsychInfo	1. Zeile mit AND Verknüpfung (MA "Stress Disorders, Post-Traumatic" OR (TI "ptsd" OR AB "ptsd") OR (TI "ptss" OR AB "ptss") OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) 2. Zeile mit AND Verknüpfung (MA "Anxiety Disorders" OR TI "anxiety disorder*" OR AB "anxiety disorder*" OR MA "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR TI "attention deficit hyperactivity disorder*" OR AB "attention deficit hyperactivity disorder*" OR TI "ADHD" OR AB "ADHD" OR TI "ADDH" OR AB "ADDH" OR TI "Hyperkinetic Syndrome*" OR AB "Hyperkinetic Syndrome*" OR MA "Bipolar Disorder" OR TI "Bipolar Disorder*" OR AB "Bipolar Disorder*" OR TI "bipolar depression*" OR AB "bipolar depression*" OR TI "Manic Depression*" OR AB "Manic Depression*" OR TI "manic disorder*" OR AB "manic disorder*" OR MA "Depression" OR MA "Depressive Disorder" OR TI "depressi*" OR AB "depressi*" OR MA "Personality Disorders" OR TI "personality disorder*" OR AB "personality disorder*" OR MA "Comorbidity" OR TI "comorbid*" OR AB "comorbid*" OR TI "psychiatric comorbid*" OR AB "psychiatric comorbid*" OR MA "schizophrenia" OR TI "schizophrenia" OR AB "schizophrenia" OR MA "Psychotic Disorders" OR TI "psychosis" OR AB "psychosis" OR TI "schizoaffective disorder" OR AB "schizoaffective disorder" OR TI "borderline" OR AB "borderline" OR TI "bps" OR AB "bps" OR MA "Borderline Personality Disorder" OR TI "suicide" OR AB "suicide" OR TI "suicidal" OR AB "suicidal" OR MA "Suicide" OR MA "Substance-Related Disorders" OR MA "Behavior, Addictive" OR TI "alcohol*" OR AB "alcohol*" OR TI "cannabis" OR AB "cannabis" OR TI "cocaine*" OR AB "cocaine*" OR TI "heroin" OR AB "heroin" OR TI "methamphetamine*" OR AB "methamphetamine*" OR TI "amphetamine*" OR AB "amphetamine*" OR TI "substance use" OR AB "substance use" OR TI "substance abuse" OR AB "substance abuse" OR TI "drug abuse" OR AB "drug abuse" OR TI "drug dependence" OR AB "drug dependence" OR TI "marijuana" OR AB "marijuana" OR TI "inhalant*" OR AB "inhalant*" OR TI "opiate*" OR AB "opiate*" OR TI "stimulant*" OR AB "stimulant*" OR TI "addiction" OR AB "addiction") 3. Zeile mit AND Verknüpfung (TI "psychotherap*" OR AB "psychotherap*" OR ((TI "psycho*" OR TI "trauma focused" OR TI "traumafocused" OR TI "trauma-focused") AND (TI "therap*" OR TI "intervention*" OR TI "counsel*" OR TI "treatment*")) OR ((AB "psycho*" OR AB "trauma focused" OR AB "traumafocused" OR AB "trauma-focused") AND (AB "therap*" OR AB "intervention*" OR	06.03.2024 17 129

	AB "counsel*" OR AB "treatment*")) 1. Zeile: AND ((TI "follow-up" OR AB "follow-up" OR (TI "follow*" AND TI "up") OR (AB "follow*" AND AB "up"))) AND (TI "year" OR TI "12 month" OR TI "12-month" OR TI "twelve month*" OR AB "year" OR AB "12 month*" OR AB "12-month*" OR AB "twelve month*")) 5. Zeile mit AND Verknüpfung PY 2013-2024 Zeile mit NOT Verknüpfen (MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis)	
Web of Science	(TI = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI = "ptsd" OR AB = "ptsd" OR TI = "post trauma*" OR AB = "post trauma*" OR TI = "posttrauma*" OR AB = "posttrauma*" OR TI = "post-trauma" OR AB = "post-trauma") AND (TI="Anxiety Disorders" OR AB="Anxiety Disorders" OR TI="anxiety disorder*" OR AB="anxiety disorder*" OR TI="Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR AB="Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR TI="attention deficit hyperactivity disorder*" OR AB="attention deficit hyperactivity disorder*" OR TI="ADHD" OR AB="ADHD" OR TI="ADDH" OR AB="ADDH" OR TI="Hyperkinetic Syndrome*" OR AB="Hyperkinetic Syndrome*" OR TI="Bipolar Disorder" OR AB="Bipolar Disorder" OR TI="Bipolar Disorder*" OR AB="Bipolar Disorder*" OR TI="bipolar depression*" OR AB="bipolar depression*" OR TI="Manic Depression*" OR AB="Manic Depression*" OR TI="manic disorder*" OR AB="manic disorder*" OR TI="Depression" OR AB="Depression" OR TI="Depressive Disorder" OR AB="Depressive Disorder" OR TI="depressi*" OR AB="depressi*" OR TI="Personality Disorders" OR AB="Personality Disorders" OR TI="personality disorder*" OR AB="personality disorder*" OR TI="Comorbidity" OR AB="Comorbidity" OR TI="comorbid*" OR AB="comorbid*" OR TI="psychiatric comorbid*" OR AB="psychiatric comorbid*" OR TI="schizophrenia" OR AB="schizophrenia" OR TI="schizophrenia" OR AB="schizophrenia" OR TI="Psychotic Disorders" OR AB="Psychotic Disorders" OR TI="psychosis" OR AB="psychosis" OR TI="schizoaffective disorder" OR AB="schizoaffective disorder" OR TI="borderline" OR AB="borderline" OR TI="bps" OR AB="bps" OR TI="Borderline Personality Disorder" OR AB="Borderline Personality Disorder" OR TI="suicide" OR AB="suicide" OR TI="suicidal" OR AB="suicidal")	06.03.2024 233

	OR TI="Suicide" OR AB="Suicide" OR TI="Substance-Related Disorders" OR AB="Substance-Related Disorders" OR TI="Addictive Behavior" OR AB="Addictive Behavior" OR TI="alcohol*" OR AB="alcohol*" OR AB="cannabis" OR TI="cannabis" OR AB="cannabis" OR TI="cocaine*" OR AB="cocaine*" OR AB="heroin" OR TI="heroin" OR AB="heroin" OR TI="methamphetamine*" OR AB="methamphetamine*" OR AB="amphetamine*" OR AB="amphetamine*" OR AB="substance use" OR AB="substance use" OR AB="substance abuse" OR AB="substance abuse" OR AB="drug abuse" OR AB="drug abuse" OR AB="drug dependence" OR AB="drug dependence" OR AB="marijuana" OR AB="marijuana" OR AB="inhalant*" OR AB="inhalant*" OR AB="opiate*" OR AB="opiate*" OR AB="stimulant*" OR AB="stimulant*" OR AB="addiction" OR AB="addiction") AND (TI="psychotherap*" OR AB="psychotherap*" OR ((TI="psycho*" OR TI="trauma focused" OR TI="traumafocused" OR TI="trauma-focused") AND (TI="therap*" OR TI="intervention*" OR TI="counsel*" OR TI="treatment*")) OR ((AB="psycho*" OR AB="trauma focused" OR AB="traumafocused" OR AB="trauma-focused") AND (AB="therap*" OR AB="intervention*" OR AB="counsel*" OR AB="treatment*")))) AND ((TI="follow-up" OR AB="follow-up" OR (TI="follow*" AND TI="up") OR (AB="follow*" AND AB="up")) AND (TI="year" OR TI="12 month" OR TI="12-month*" OR TI="twelve month*" OR AB="year" OR AB="12 month*" OR AB="12-month*" OR AB="twelve month*")) AND PY=(2013-2024) NOT (TI=review) NOT (TI=meta-analysis) NOT (TI=metaanalysis)	

Klinische Fragestellung 4: Beeinflusst eine traumafokussierte psychotherapeutische Behandlung Patient:innen im Erwachsenenalter mit PTBS-Symptomen und komorbiden psychischen Störungen (ICD-10 F1 bis F9) häufiger hinsichtlich schwerwiegender unerwünschter Ereignisse, stationärer Einweisungen, Suizidgedanken oder -versuche oder der Symptomatik der PTBS oder komorbiden psychischen Störung im Vergleich zu einer nicht-traumafokussierten psychotherapeutischen Behandlung oder TAU oder einer inaktiven Kontrollbedingung?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("Anxiety Disorders"[mh] OR "anxiety disorder"[tiab] OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[mh] OR "attention deficit hyperactivity	06.03.2024 10

	disorder*[tiab] OR "ADHD"[tiab] OR "ADDH"[tiab] OR "Hyperkinetic Syndrome*[tiab] OR "Bipolar Disorder"[mh] OR "Bipolar Disorder*[tiab] OR "bipolar depression*[tiab] OR "Manic Depression*[tiab] OR "manic disorder*[tiab] OR "Depression"[mh] OR "Depressive Disorder"[mh] OR "depressi*[tiab] OR "Personality Disorders"[mh] OR "personality disorder*[tiab] OR "Comorbidity"[mh] OR "comorbid*[tiab] OR "psychiatric comorbid*[tiab] OR "schizophrenia"[mh] OR "schizophrenia"[tiab] OR "Psychotic Disorders"[mh] OR "psychosis"[tiab] OR "schizoaffective disorder"[tiab] OR "borderline"[tiab] OR "bps"[tiab] OR "Borderline Personality Disorder"[mh] OR "suicide"[tiab] OR "suicidal"[tiab] OR "Suicide"[mh] OR "Substance-Related Disorders"[mh] OR "Behavior, Addictive"[mh] OR "alcohol*[tiab] OR "cannabis"[tiab] OR "cocaine*[tiab] OR "heroin" OR "methamphetamine*[tiab] OR "amphetamine*[tiab] OR "substance use"[tiab] OR "substance abuse"[tiab] OR "drug abuse"[tiab] OR "drug dependence"[tiab] OR "marijuana"[tiab] OR "inhalant*[tiab] OR "opiate*[tiab] OR "stimulant*[tiab] OR "addiction"[tiab]) AND ("psychotherap*" OR (("psycho*[tiab] OR "trauma focused"[tiab] OR "traumafocused"[tiab] OR "trauma-focused"[tiab]) AND ("therap*[tiab] OR "intervention*[tiab] OR "counsel*[tiab] OR "treatment*[tiab])))) AND ("contraindication*[tiab] OR "contraindicated"[tiab] OR "Contraindications"[mh]) AND (2013:2024[dp]) AND (humans[Filter]) NOT("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti])	
Epistemonikos	1. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma*" 2. Zeile: ("Anxiety Disorders" OR "anxiety disorder*" OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "attention deficit hyperactivity disorder*" OR "ADHD" OR "ADDH" OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depression" OR "Depressive Disorder" OR "depressi*" OR "Personality Disorders" OR "personality disorder*" OR "Comorbidity" OR "comorbid*" OR "psychiatric comorbid*" OR "schizophrenia" OR "schizophrenia" OR "Psychotic Disorders" OR "psychosis" OR "schizoaffective disorder" OR "borderline" OR "bps" OR "Borderline Personality Disorder" OR "suicide" OR "suicidal" OR "Suicide" OR "Substance-Related Disorders" OR "Behavior, Addictive" OR "alcohol*" OR "cannabis" OR "cocaine*" OR "heroin" OR "methamphetamine*" OR "amphetamine*" OR "substance use" OR "substance abuse" OR "drug abuse" OR "drug dependence" OR "marijuana" OR "inhalant*" OR "opiate*" OR "stimulant*" OR "addiction") 3. Zeile: ("psychotherap*" OR (("psycho*" OR "trauma focused" OR "traumafocused" OR "trauma-focused") AND ("therap*" OR	06.03.2024 0

	"intervention*" OR "counsel*" OR "treatment*")) 4. Zeile: "contraindication*" OR "contraindicated" OR "Contraindications" 5. Filter Year 2013-2024	
Psyndex/ PsycInfo	1. Zeile mit AND Verknüpfung (MA "Stress Disorders, Post-Traumatic" OR (TI "ptsd" OR AB "ptsd") OR (TI "ptss" OR AB "ptss") OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) 2. Zeile mit AND Verknüpfung (MA "Anxiety Disorders" OR TI "anxiety disorder*" OR AB "anxiety disorder*" OR MA "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR TI "attention deficit hyperactivity disorder*" OR AB "attention deficit hyperactivity disorder*" OR TI "ADHD" OR AB "ADHD" OR TI "ADDH" OR AB "ADDH" OR TI "Hyperkinetic Syndrome" OR AB "Hyperkinetic Syndrome*" OR MA "Bipolar Disorder" OR TI "Bipolar Disorder*" OR AB "Bipolar Disorder*" OR TI "bipolar depression*" OR AB "bipolar depression*" OR TI "Manic Depression*" OR AB "Manic Depression*" OR TI "manic disorder*" OR AB "manic disorder*" OR MA "Depression" OR MA "Depressive Disorder" OR TI "depressi*" OR AB "depressi*" OR MA "Personality Disorders" OR TI "personality disorder*" OR AB "personality disorder*" OR MA "Comorbidity" OR TI "comorbid*" OR AB "comorbid*" OR TI "psychiatric comorbid*" OR AB "psychiatric comorbid*" OR MA "schizophrenia" OR TI "schizophrenia" OR AB "schizophrenia" OR MA "Psychotic Disorders" OR TI "psychosis" OR AB "psychosis" OR TI "schizoaffective disorder" OR AB "schizoaffective disorder" OR TI "borderline" OR AB "borderline" OR TI "bps" OR AB "bps" OR MA "Borderline Personality Disorder" OR TI "suicide" OR AB "suicide" OR TI "suicidal" OR AB "suicidal" OR MA "Suicide" OR MA "Substance-Related Disorders" OR MA "Behavior, Addictive" OR TI "alcohol*" OR AB "alcohol*" OR TI "cannabis" OR AB "cannabis" OR TI "cocaine*" OR AB "cocaine*" OR TI "heroin" OR AB "heroin" OR TI "methamphetamine*" OR AB "methamphetamine*" OR TI "amphetamine*" OR AB "amphetamine*" OR TI "substance use" OR AB "substance use" OR TI "substance abuse" OR AB "substance abuse" OR TI "drug abuse" OR AB "drug abuse" OR TI "drug dependence" OR AB "drug dependence" OR TI "marijuana" OR AB "marijuana" OR TI "inhalant*" OR AB "inhalant*" OR TI "opiate*" OR AB "opiate*" OR TI "stimulant*" OR AB "stimulant*" OR TI "addiction" OR AB "addiction") 3. Zeile mit AND Verknüpfung ("psychotherap*" OR ((TI "psycho*" OR TI "trauma focused" OR TI "traumafocused" OR TI "trauma-focused") AND (TI "therap*" OR TI "intervention*" OR TI "counsel*" OR TI "treatment*"))) OR ((AB "psycho*" OR AB "trauma focused" OR AB "traumafocused" OR AB "trauma-focused") AND (AB "therap*" OR AB "intervention*" OR AB "counsel*" OR AB "treatment*"))) 4. Zeile mit AND (TI "contraindication*" OR AB "contraindication*" OR TI "contraindicated" OR AB "contraindicated" OR MA "Contraindications") 6. Zeile mit AND Verknüpfung	06.03.2024 3 17

	PY 2013-2024 Zeile mit NOT Verknüpfung (MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis)	
Web of Science	(TI = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI = "ptsd" OR AB = "ptsd" OR TI = "post trauma*" OR AB = "post trauma*" OR TI = "posttrauma*" OR AB = "posttrauma*" OR TI = "post-trauma" OR AB = "post-trauma") AND (TI="Anxiety Disorders" OR AB="Anxiety Disorders" OR TI="anxiety disorder*" OR AB="anxiety disorder*" OR TI="Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR AB="Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR TI="attention deficit hyperactivity disorder*" OR AB="attention deficit hyperactivity disorder*" OR TI="ADHD" OR AB="ADHD" OR TI="ADDH" OR AB="ADDH" OR TI="Hyperkinetic Syndrome*" OR AB="Hyperkinetic Syndrome*" OR TI="Bipolar Disorder" OR AB="Bipolar Disorder" OR TI="Bipolar Disorder*" OR AB="Bipolar Disorder*" OR TI="bipolar depression*" OR AB="bipolar depression*" OR TI="Manic Depression*" OR AB="Manic Depression*" OR TI="manic disorder*" OR AB="manic disorder*" OR TI="Depression" OR AB="Depression" OR TI="Depressive Disorder" OR AB="Depressive Disorder" OR TI="depressi*" OR AB="depressi*" OR TI="Personality Disorders" OR AB="Personality Disorders" OR TI="personality disorder*" OR AB="personality disorder*" OR TI="Comorbidity" OR AB="Comorbidity" OR TI="comorbid*" OR AB="comorbid*" OR TI="psychiatric comorbid*" OR AB="psychiatric comorbid*" OR TI="schizophrenia" OR AB="schizophrenia" OR TI="schizophrenia" OR AB="schizophrenia" OR TI="Psychotic Disorders" OR AB="Psychotic Disorders" OR TI="psychosis" OR AB="psychosis" OR TI="schizoaffective disorder" OR AB="schizoaffective disorder" OR TI="borderline" OR AB="borderline" OR TI="bps" OR AB="bps" OR TI="Borderline Personality Disorder" OR AB="Borderline Personality Disorder" OR TI="suicide" OR AB="suicide" OR TI="suicidal" OR AB="suicidal" OR TI="Suicide" OR AB="Suicide" OR TI="Substance-Related Disorders" OR AB="Substance-Related Disorders" OR TI="Addictive Behavior" OR AB="Addictive Behavior" OR TI="alcohol*" OR AB="alcohol*" OR TI="cannabis" OR AB="cannabis" OR TI="cocaine*" OR AB="cocaine*" OR TI="heroin" OR AB="heroin" OR TI="methamphetamine*" OR AB="methamphetamine*" OR TI="amphetamine*" OR AB="amphetamine*" OR TI="substance use" OR AB="substance use" OR TI="substance abuse" OR AB="substance abuse")	06.03.2024 13

OR TI="drug abuse" OR AB="drug abuse" OR TI="drug dependence" OR AB="drug dependence" OR TI="marijuana" OR AB="marijuana" OR TI="inhalant*" OR AB="inhalant*" OR TI="opiate*" OR AB="opiate*" OR TI="stimulant*" OR AB="stimulant*" OR TI="addiction" OR AB="addiction") AND (ALL="psychotherap*" OR ((TI="psycho*" OR TI="trauma focused" OR TI="traumafocused" OR TI="trauma-focused") AND (TI="therap*" OR TI="intervention*" OR TI="counsel*" OR TI="treatment*")) OR ((AB="psycho*" OR AB="trauma focused" OR AB="traumafocused" OR AB="trauma-focused") AND (AB="therap*" OR AB="intervention*" OR AB="counsel*" OR AB="treatment*")))) AND (TI="contraindication*" OR AB="contraindication*" OR TI="contraindicated" OR AB="contraindicated" OR TI="Contraindications" OR AB="Contraindications") AND PY=(2013-2024) NOT (TI=review) NOT (TI=meta-analysis) NOT (TI=metaanalysis)	

AG Ältere | Aggregierte Evidenz

Klinische Fragestellung 1: Sind psychotherapeutische Interventionen zur Reduktion von PTB-Symptomen als primäres Outcome (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Therapie) bei älteren Patient:innen mit einer (k)PTBS wirksam in der Verbesserung von PTB-Symptomen (Gesamt und Subskalen), Depressionssymptomen, Angstsymptomen, Lebensqualität oder Funktionsniveau? Klinische Fragestellung 2: Sind für Ältere angepasste oder entwickelte psychotherapeutische Interventionen zur Reduktion von PTB-Symptomen als primäres Outcome (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Therapie) bei älteren Patient:innen mit einer (k)PTBS wirksam in der Verbesserung von PTB-Symptomen (Gesamt und Subskalen), Depressionssymptomen, Angstsymptomen, Lebensqualität oder Funktionsniveau?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[tj] OR meta-analysis[tj] OR metaanalysis[tj]) AND ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma*" [tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("psychotherap*" OR ((("psycho*" [tiab] OR "trauma focused" [tiab] OR "traumafocused" [tiab] OR "trauma-focused" [tiab]) AND ("therap*" [tiab] OR "intervention*" [tiab] OR "counsel*" [tiab] OR "treatment*" [tiab])))	29.07.2024 150

	AND ("aged"[tiab] OR "elder*" [tiab] or "senior*" [tiab] OR "old"[tiab] OR "geriatr*" [tiab] OR "aging"[tiab] OR "frailty"[tiab]) AND (humans[Filter])	
Epistemonikos	1. Zeile: "meta-analysis" OR "systematic review" OR "review" OR "meta analysis" OR "metaanalysis" 2. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" 3. Zeile: "psychotherap*" OR ((("psycho*" OR "trauma focused" OR "traumafocused" OR "trauma-focused") AND ("therap*" OR "intervention*" OR "counsel*" OR "treatment*"))) 4. Zeile: "aged" OR "elder*" or "senior*" OR "old" OR "geriatr*" OR "aging" OR "frailty"	29.07.2024 4
Psynindex/ PsycInfo	(MA "review" OR MA "Meta-Analysis" OR MA "systematic review" OR MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis) AND (MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) AND ((("psychotherap*" OR (((TI "psycho*" OR AB "psycho*") OR (TI "trauma focused" OR AB "trauma focused") OR (TI "traumafocused" OR AB "traumafocused") OR (TI "trauma-focused" OR AB "trauma-focused")) AND ((TI "therap*" OR AB "therap*") OR (TI "intervention*" OR AB "intervention*") OR (TI "counsel*" OR AB "counsel*") OR (TI "treatment*" OR AB "treatment*"))))) AND ((TI "aged" OR AB "aged") OR (TI "elder*" OR AB "elder*") OR (TI "senior*" OR AB "senior*") OR (TI "old" OR AB "old") OR (TI "geriatr*" OR AB "geriatr*") OR (TI "aging" OR AB "aging") OR (TI "frailty" OR AB "frailty"))	29.07.2024 5 87
Web of Science	(TI=review OR TI=meta-analysis OR TI=metaanalysis OR AB=review OR AB=meta-analysis OR AB=metaanalysis) AND (TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND (ALL="psychotherap*" OR ((TI="psycho*" OR AB="psycho*" OR TI="trauma focused" OR AB="trauma focused" OR TI="traumafocused" OR AB="traumafocused") AND (TI="therap*" OR AB="therap*" OR TI="intervention*" OR AB="intervention*" OR TI="counsel*" OR	29.07.2024 185

	AB="counsel*" OR TI="treatment*" OR AB="treatment*")) AND (TI="aged" OR AB="aged" OR TI="elder*" OR AB="elder*" OR TI="senior*" OR AB="senior*" OR TI="old" OR AB="old" OR TI="geriatr*" OR AB="geriatr*" OR TI="aging" OR AB="aging" OR TI="frailty" OR AB="frailty")	

Klinische Fragestellung 3: Ist eine Pharmakotherapie bei älteren Patient:innen mit einer (k)PTBS effektiver in der Verringerung von PTB-Symptomen, Depressionssymptomen, Angstsymptomen, Verbesserung der Lebensqualität, der Funktionalität oder unterscheidbar in der Anzahl oder Ausprägung der Nebenwirkungen im Vergleich zu Placebo oder einer Psychotherapie?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic-review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) AND ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma*"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("aged"[tiab] OR "elder*"[tiab] OR "senior*"[tiab] OR "old"[tiab] OR "geriatr*"[tiab] OR "aging"[tiab] OR "frailty"[tiab]) AND ("psychopharmaco*"[tiab] OR "pharmacotherap*"[tiab] OR "drug*"[tiab] OR "pharmacological*"[tiab] OR "pharmacoloc*"[tiab] OR "Sertraline*"[tiab] OR "paroxetine*"[tiab] OR "venlafaxine*"[tiab] OR "fluoxetine*"[tiab] OR "citalopram*"[tiab] OR "mirtazapine*"[tiab] OR "imipramine*"[tiab] OR "vortioxetine*"[tiab] OR "amitriptyline*"[tiab] OR "quetiapine*"[tiab] OR "risperidone*"[tiab] OR "olanzapine*"[tiab] OR "hydroxyzine*"[tiab] OR "phenelzine*"[tiab] OR "topiramate*"[tiab] OR "lamotrigine*"[tiab] OR "valproate*"[tiab] OR "benzodiazepine*"[tiab] OR "ketamine*"[tiab] OR "THC"[tiab] OR "CBD"[tiab] OR "Selective serotonin reuptake inhibitors"[tiab]) AND (humans[Filter])	29.07.2024 72
Epistemonikos	- Zeile (Title): "meta-analysis" OR "systematic review" OR "review" OR "meta analysis" OR "metaanalysis" - Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" - Zeile: "aged" OR "elder*" OR "senior*" OR "old" OR "geriatr*" OR "aging" OR "frailty" Zeile: "psychopharmaco*" OR "pharmacotherap*" OR "drug*" OR "pharmacological*" OR "pharmacoloc*" OR "Sertraline*" OR "paroxetine*" OR "venlafaxine*" OR "fluoxetine*" OR "citalopram*" OR "mirtazapine*" OR "imipramine*" OR "vortioxetine*" OR "amitriptyline*" OR "quetiapine*" OR "risperidone*" OR "olanzapine*" OR "hydroxyzine*" OR "phenel-	29.07.2024 6

	zine*" OR "topiramate*" OR "lamotrigine*" OR "valproate*" OR "benzodiazepine*" OR "ketamine*" OR "THC" OR "CBD" OR "Selective serotonin reuptake inhibitors"	
Psyndex/ PsycInfo	(MA "review" OR MA "Meta-Analysis" OR MA "systematic review" OR MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis) AND (MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) AND ((TI "aged" OR AB "aged") OR (TI "elder*" OR AB "elder*") OR (TI "senior*" OR AB "senior*") OR (TI "old" OR AB "old") OR (TI "geriatr*" OR AB "geriatr*") OR (TI "aging" OR AB "aging") OR (TI "frailty" OR AB "frailty")) AND (TI "psychopharmaco*" OR TI "pharmacotherap*" OR TI "drug*" OR TI "pharmacological*" OR TI "pharmacoloc*" OR TI "Sertraline*" OR TI "paroxetine*" OR TI "venlafaxine*" OR TI "fluoxetine*" OR TI "citalopram*" OR TI "mirtazapine*" OR TI "imipramine*" OR TI "vortioxetine*" OR TI "amitriptyline*" OR TI "quetiapine*" OR TI "risperidone*" OR TI "olanzapine*" OR TI "hydroxyzine*" OR TI "phenelzine*" OR TI "topiramate*" OR TI "lamotrigine*" OR TI "valproate*" OR TI "bezodiazepine*" OR TI "ketamine*" OR TI "THC" OR TI "CBD" OR TI "Selective serotonin reuptake inhibitors" OR AB "psychopharmaco*" OR AB "pharmacotherap*" OR AB "drug*" OR AB "pharmacological*" OR AB "pharmacoloc*" OR AB "Sertraline*" OR AB "paroxetine*" OR AB "venlafaxine*" OR AB "fluoxetine*" OR AB "citalopram*" OR AB "mirtazapine*" OR AB "imipramine*" OR AB "vortioxetine*" OR AB "amitriptyline*" OR AB "quetiapine*" OR AB "risperidone*" OR AB "olanzapine*" OR AB "hydroxyzine*" OR AB "phenelzine*" OR AB "topiramate*" OR AB "lamotrigine*" OR AB "valproate*" OR AB "benzodiazepine*" OR AB "ketamine*" OR AB "THC" OR AB "CBD" OR AB "Selective serotonin reuptake inhibitors")	29.07.2024 0 18
Web of Science	(TI="review" OR TI="meta-analysis" OR TI="metaanalysis" OR AB="review" OR AB="meta-analysis" OR AB="metaanalysis") AND (TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI="ptsd" OR AB="ptsd" OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI="posttrauma*" OR AB="posttrauma*" OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND (TI="aged" OR AB="aged" OR TI="elder*" OR AB="elder*" OR TI="senior*" OR AB="senior*" OR TI="old" OR AB="old" OR TI="geriatr*" OR AB="geriatr*" OR TI="aging" OR AB="aging" OR TI="frailty" OR AB="frailty") AND (TI="psychopharmaco*" OR TI="pharmacotherap*" OR TI="drug*" OR TI="pharmacological*" OR TI="pharmacoloc*" OR TI="Sertraline*" OR TI="paroxetine*" OR TI="venlafaxine*" OR TI="fluoxetine*" OR	29.07.2024 83

	TI="citalopram*" OR TI="mirtazapine*" OR TI="imipramine*" OR TI="vortioxetine*" OR TI="amitriptyline*" OR TI="quetiapine*" OR TI="risperidone*" OR TI="olanzapine*" OR TI="hydroxyzine*" OR TI="phenelzine*" OR TI="topiramate*" OR TI="lamotrigine*" OR TI="valproate*" OR TI="benzodiazepine*" OR TI="ketamine*" OR TI="THC" OR TI="CBD" OR TI="Selective serotonin reuptake inhibitors" OR AB="psychopharmac*" OR AB="pharmacotherap*" OR AB="drug*" OR AB="pharmacological*" OR AB="pharmacoloc*" OR AB="Sertraline*" OR AB="paroxetine*" OR AB="venlafaxine*" OR AB="fluoxetine*" OR AB="citalopram*" OR AB="mirtazapine*" OR AB="imipramine*" OR AB="vortioxetine*" OR AB="amitriptyline*" OR AB="quetiapine*" OR AB="risperidone*" OR AB="olanzapine*" OR AB="hydroxyzine*" OR AB="phenelzine*" OR AB="topiramate*" OR AB="lamotrigine*" OR AB="valproate*" OR AB="benzodiazepine*" OR AB="ketamine*" OR AB="THC" OR AB="CBD" OR AB="Selective serotonin reuptake inhibitors")	

Klinische Fragestellung 4: Sind spezifische traumainformierte Pflegekonzepte für ältere Patient:innen mit einer (k)PTBS effektiver in der Verbesserung der Lebensqualität, Funktionalität, Teilhabe oder Verminderung von PTB-Symptomen, Angstsymptomen oder Depressionssymptomen im Vergleich zu nicht-traumainformierten Pflegekonzepten oder keiner Kontrollgruppe?		
Datenbank	Search String Agg. Evidenz + Primärdaten	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("aged"[tiab] OR "elder*" [tiab] or "senior*" [tiab] OR "old"[tiab] OR "geriatr*" [tiab] OR "aging"[tiab] OR "frailty"[tiab]) AND ("trauma-informed care"[tiab] OR "trauma informed care"[tiab] OR "Trauma-and violence-informed care"[tiab] OR "Trauma and violence informed care"[tiab] OR "trauma-informed practice"[tiab] OR "trauma informed practice"[tiab] OR "Trauma-Informed Nursing"[tiab] OR "Trauma Informed Nursing"[tiab] OR "Trauma-Informed Approach"[tiab] OR "Trauma Informed Approach"[tiab] OR "Trauma-Informed Mental Health Care"[tiab] OR "Trauma Informed Mental Health Care"[tiab]) AND (humans[Filter])	29.07.2024 20
Epistemonikos	1. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma*" 2. Zeile: "aged" OR "elder*" or "senior*" OR "old" OR "geriatr*" OR "aging" OR "frailty" 3. Zeile: "trauma-informed care" OR "trauma informed care" OR "Trauma-and violence-informed care" OR "Trauma and violence informed care" OR "trauma-informed practice*" OR "trauma informed practice*" OR "Trauma-Informed Nursing" OR "Trauma Informed Nursing" OR "Trauma-Informed Approach*" OR "Trauma Informed Approach*" OR "Trauma-Informed Mental Health Care" OR "Trauma Informed Mental Health Care"	29.07.2024 1
Psyndex/ PsycInfo	(MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma"))	29.07.2024 0 17

	AND ((TI "aged" OR AB "aged") OR (TI "elder*" OR AB "elder*") OR (TI "senior*" OR AB "senior*") OR (TI "old" OR AB "old") OR (TI "geriatr*" OR AB "geriatr*") OR (TI "aging" OR AB "aging") OR (TI "frailty" OR AB "frailty")) AND ((TI "trauma-informed care" OR AB "trauma-informed care") OR (TI "trauma informed care" OR AB "trauma informed care") OR (TI "Trauma- and violence-informed care" OR AB "Trauma- and violence-informed care") OR (TI "Trauma and violence informed care" OR AB "Trauma and violence informed care") OR (TI "trauma-informed practice*" OR AB "trauma-informed practice*") OR (TI "trauma informed practice*" OR AB "trauma informed practice*") OR (TI "Trauma-Informed Nursing" OR AB "Trauma-Informed Nursing") OR (TI "Trauma Informed Nursing" OR AB "Trauma Informed Nursing") OR (TI "Trauma-Informed Approach*" OR AB "Trauma-Informed Approach*") OR (TI "Trauma Informed Approach*" OR AB "Trauma Informed Approach*") OR (TI "Trauma-Informed Mental Health Care" OR AB "Trauma-Informed Mental Health Care") OR (TI "Trauma Informed Mental Health Care" OR AB "Trauma Informed Mental Health Care"))	
Web of Science	(TI = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI = "ptsd" OR AB = "ptsd" OR TI = "post trauma" OR AB = "post trauma*" OR TI = "posttrauma*" OR AB = "posttrauma*" OR TI = "post-trauma" OR AB = "post-trauma") AND (TI="aged" OR AB="aged" OR TI="elder*" OR AB="elder*" OR TI="senior*" OR AB="senior*" OR TI="old" OR AB="old" OR TI="geriatr*" OR AB="geriatr*" OR TI="aging" OR AB="aging" OR TI="frailty" OR AB="frailty") AND (TI="trauma-informed care" OR AB="trauma-informed care" OR TI="trauma informed care" OR AB="trauma informed care" OR TI="Trauma- and violence-informed care" OR AB="Trauma- and violence-informed care" OR TI="Trauma and violence informed care" OR AB="Trauma and violence informed care" OR TI="trauma-informed practice*" OR AB="trauma-informed practice*" OR TI="trauma informed practice*" OR AB="trauma informed practice*" OR TI="Trauma-Informed Nursing" OR AB="Trauma-Informed Nursing" OR TI="Trauma Informed Nursing" OR AB="Trauma Informed Nursing" OR TI="Trauma-Informed Approach*" OR AB="Trauma-Informed Approach*" OR TI="Trauma Informed Approach*" OR AB="Trauma Informed Approach*" OR TI="Trauma-Informed Mental Health Care" OR AB="Trauma-Informed Mental Health Care" OR TI="Trauma Informed Mental Health Care" OR AB="Trauma Informed Mental Health Care")	29.07.2024 24

Klinische Fragestellung 5: Sind psychotherapeutische Interventionen mit Behandlungsansätzen für ältere Patient:innen bei älteren Patient:innen mit Verdacht auf eine (k)PTBS und Vulnerabilität (bspw. Demenz, kognitive Beeinträchtigungen, Multimorbidität) effektiver in der Verbesserung der Lebensqualität, Verminderung von PTB-Symptomen, Angstsymptomen, Verbesserung der Funktionalität, Verminderung der Depressionssymptome oder Verbesserung der Teilhabe im Vergleich zu einem Treatment-As-Usual, keiner Psychotherapie mit Behandlungsansätzen für vulnerable Ältere oder keiner Kontrollgruppe?

Datenbank	Search String Agg. Evidenz + Primärdaten	Ergebniszahl

PubMed (inkl. Medline)	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma*"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("psychotherap*" OR ((("psycho*" OR "trauma focused" OR "traumafocused" OR "trauma-focused") AND ("therap*" OR "intervention*" OR "counsel*" OR "treatment*")))) AND ("aged"[tiab] OR "elder*" OR "senior*" OR "old"[tiab] OR "geriatr*" OR "aging"[tiab] OR "frailty"[tiab]) AND ("vulnerab*" OR "demen*" OR "alzheimer*" OR "parkinson*" OR "stroke" OR "aneurys*" OR "impair*" OR "multimorbid*" OR "Neurocognitive Disorder" OR "brain disease" OR "cognitive decline" OR "memory disorder" OR "cognitive dysfunction" OR "polypatholog*" OR "attention deficit*" OR "comorbid*"[tiab]) AND (humans[Filter])	29.07.2024 336
Epistemonikos	5. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" 6. Zeile: "psychotherap*" OR ((("psycho*" OR "trauma focused" OR "traumafocused" OR "trauma-focused") AND ("therap*" OR "intervention*" OR "counsel*" OR "treatment*"))) 7. Zeile: "aged" OR "elder*" OR "senior*" OR "old" OR "geriatr*" OR "aging" OR "frailty" 8. Zeile: "vulnerab*" OR "demen*" OR "alzheimer*" OR "parkinson*" OR "stroke" OR "aneurys*" OR "impair*" OR "multimorbid*" OR "Neurocognitive Disorder*" OR "brain disease" OR "cognitive decline" OR "memory disorder*" OR "cognitive dysfunction*" OR "polypatholog*" OR "attention deficit*" OR "comorbid*"	29.07.2024 5
Psyndex/ PsycInfo	(MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) AND ("psychotherap*" OR (((TI "psycho*" OR AB "psycho*") OR (TI "trauma focused" OR AB "trauma focused") OR (TI "traumafocused" OR AB "traumafocused") OR (TI "trauma-focused" OR AB "trauma-focused")) AND ((TI "therap*" OR AB "therap*") OR (TI "intervention*" OR AB "intervention*") OR (TI "counsel*" OR AB "counsel*") OR (TI "treatment*" OR AB "treatment*")))) AND ((TI "aged" OR AB "aged") OR (TI "elder*" OR AB "elder*") OR (TI "senior*" OR AB "senior*") OR (TI "old" OR AB "old") OR (TI "geriatr*" OR AB "geriatr*") OR (TI "aging" OR AB "aging") OR (TI "frailty" OR AB "frailty")) AND	29.07.2024 1 208

	((TI "vulnerab*" OR AB "vulnerab*") OR (TI "demen*" OR AB "demen*") OR (TI "alzheimer*" OR AB "alzheimer*") OR (TI "parkinson*" OR AB "parkinson*") OR (TI "stroke" OR AB "stroke") OR (TI "aneurys*" OR AB "aneurys*") OR (TI "impair*" OR AB "impair*") OR (TI "multimorbid*" OR AB "multimorbid*") OR (TI "Neurocognitive Disorder*" OR AB "Neurocognitive Disorder*") OR (TI "brain disease" OR AB "brain disease") OR (TI "cognitive decline" OR AB "cognitive decline") OR (TI "memory disorder*" OR AB "memory disorder*") OR (TI "cognitive dysfunction*" OR AB "cognitive dysfunction*") OR (TI "polypatholog*" OR AB "polypatholog*") OR (TI "attention deficit*" OR AB "attention deficit*") OR (TI "comorbid*" OR AB "comorbid*")))	
Web of Science	(TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND (ALL="psychotherap*" OR ((TI="psycho*" OR AB="psycho*" OR TI="trauma focused" OR AB="trauma focused" OR TI="traumafocused" OR AB="traumafocused") AND (TI="therap*" OR AB="therap*" OR TI="intervention*" OR AB="intervention*" OR TI="counsel*" OR AB="counsel*" OR TI="treatment*" OR AB="treatment*")))) AND (TI="aged" OR AB="aged" OR TI="elder*" OR AB="elder*" OR TI="senior*" OR AB="senior*" OR TI="old" OR AB="old" OR TI="geriatr*" OR AB="geriatr*" OR TI="aging" OR AB="aging" OR TI="frailty" OR AB="frailty") AND (TI="vulnerab*" OR TI="demen*" OR TI="alzheimer*" OR TI="parkinson*" OR TI="stroke" OR TI="aneurys*" OR TI="impair*" OR TI="multimorbid*" OR TI="Neurocognitive Disorder*" OR TI="brain disease" OR TI="cognitive decline" OR TI="memory disorder*" OR TI="cognitive dysfunction*" OR TI="polypatholog*" OR TI="attention deficit*" OR TI="comorbid*" OR AB="vulnerab*" OR AB="demen*" OR AB="alzheimer*" OR AB="parkinson*" OR AB="stroke" OR AB="aneurys*" OR AB="impair*" OR AB="multimorbid*" OR AB="Neurocognitive Disorder*" OR AB="brain disease" OR AB="cognitive decline" OR AB="memory disorder*" OR AB="cognitive dysfunction*" OR AB="polypatholog*" OR AB="attention deficit*" OR AB="comorbid*")	29.07.2024 387

AG Ältere | Primärdaten

Klinische Fragestellung 1: Sind psychotherapeutische Interventionen zur Reduktion von PTB-Symptomen als primäres Outcome (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Therapie) bei älteren Patient:innen mit einer (k)PTBS wirksam in der Verbesserung von PTB-Symptomen (Gesamt und Subskalen), Depressionssymptomen, Angstsymptomen, Lebensqualität oder Funktionsniveau?

Klinische Fragestellung 2: Sind für Ältere angepasste oder entwickelte psychotherapeutische Interventionen zur Reduktion von PTB-Symptomen als primäres Outcome (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Therapie) bei älteren Patient:innen mit einer (k)PTBS wirksam in der Verbesserung von PTB-Symptomen (Gesamt und Subskalen), Depressionssymptomen, Angstsymptomen, Lebensqualität oder Funktionsniveau?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl

PubMed (inkl. Medline)	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma*"[tiab] OR "post-trauma*"[tiab]) AND ("psychotherap*" OR ((("psycho*"[tiab] OR "trauma focused"[tiab] OR "traumafocused"[tiab] OR "trauma-focused"[tiab]) AND ("therap*"[tiab] OR "intervention*"[tiab] OR "counsel*"[tiab] OR "treatment*"[tiab]))) AND ("aged adults"[tiab] OR "aged population"[tiab] OR "elder*"[tiab] OR "senior*"[tiab] OR "older adult*"[tiab] OR "old adult*"[tiab] OR "old people"[tiab] OR "older people"[tiab] OR "geriatr*"[tiab] OR "aging"[tiab] OR "frailty"[tiab]) AND (humans[Filter])	20.08.2024 305
Epistemonikos	1. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" 2. Zeile: "psychotherap*" OR ((("psycho*" OR "trauma focused" OR "traumafocused" OR "trauma-focused") AND ("therap*" OR "intervention*" OR "counsel*" OR "treatment*")) 3. Zeile: "aged adults" OR "aged population" OR "elder*" OR "senior*" OR "older adult*" OR "older people" OR "old adult*" OR "old people" OR "geriatr*" OR "aging" OR "frailty"	20.08.2024 1
Psynindex/ PsycInfo	(MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) AND ("psychotherap*" OR (((TI "psycho*" OR AB "psycho*") OR (TI "trauma focused" OR AB "trauma focused") OR (TI "traumafocused" OR AB "traumafocused") OR (TI "trauma-focused" OR AB "trauma-focused")) AND ((TI "therap*" OR AB "therap*") OR (TI "intervention*" OR AB "intervention*") OR (TI "counsel*" OR AB "counsel*") OR (TI "treatment*" OR AB "treatment*"))))) AND (TI "aged adults" OR TI "aged population" OR TI "elder*" OR TI "senior*" OR TI "older adult*" OR TI "older people" OR TI "old adult*" OR TI "old people" OR TI "geriatr*" OR TI "aging" OR TI "frailty" OR AB "aged adults" OR AB "aged population" OR AB "elder*" OR AB "senior*" OR AB "older adult*" OR AB "older people" OR AB "old adult*" OR AB "old people" OR AB "geriatr*" OR AB "aging" OR AB "frailty")	20.08.2024 14 262
Web of Science	(TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND (ALL="psychotherap*" OR ((TI="psycho*" OR AB="psycho*" OR	20.08.2024 300

	TI="trauma focused" OR AB="trauma focused" OR TI="traumafocused" OR AB="traumafocused") AND (TI="therap*" OR AB="therap*" OR TI="intervention*" OR AB="intervention*" OR TI="counsel*" OR AB="counsel*" OR TI="treatment*" OR AB="treatment*")) AND (TI="aged adults" OR TI="aged population" OR TI="elder*" or TI="senior*" OR TI="older adult*" OR TI="older people" OR TI="old adult*" OR TI="old people" OR TI="geriatr*" OR TI="aging" OR TI="frailty" OR AB="aged adults" OR AB="aged population" OR AB="elder*" or AB="senior*" OR AB="older adult*" OR AB="older people" OR AB="old adult*" OR AB="old people" OR AB="geriatr*" OR AB="aging" OR AB="frailty")	

Klinische Fragestellung 3: Ist eine Pharmakotherapie bei älteren Patient:innen mit einer (k)PTBS effektiver in der Verringerung von PTB-Symptomen, Depressionssymptomen, Angstsymptomen, Verbesserung der Lebensqualität, der Funktionalität oder unterscheidbar in der Anzahl oder Ausprägung der Nebenwirkungen im Vergleich zu Placebo oder einer Psychotherapie?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("aged adults"[tiab] OR "aged population"[tiab] OR "elder*" [tiab] or "senior*" [tiab] OR "older adult*" [tiab] OR "old adult*" [tiab] OR "old people" [tiab] OR "older people" [tiab] OR "geriatr*" [tiab] OR "aging" [tiab] OR "frailty" [tiab]) AND ("psychopharmaco*" [tiab] OR "pharmacotherap*" [tiab] OR "drug*" [tiab] OR "pharmacological*" [tiab] OR "pharmacoloc*" [tiab] OR "Sertraline*" [tiab] OR "paroxetine*" [tiab] OR "venlafaxine*" [tiab] OR "fluoxetine*" [tiab] OR "citalopram*" [tiab] OR "mirtazapine*" [tiab] OR "imipramine*" [tiab] OR "vortioxetine*" [tiab] OR "amitriptyline*" [tiab] OR "quetiapine*" [tiab] OR "risperidone*" [tiab] OR "olanzapine*" [tiab] OR "hydroxyzine*" [tiab] OR "phenelzine*" [tiab] OR "topiramate*" [tiab] OR "lamotrigine*" [tiab] OR "valproate*" [tiab] OR "benzodiazepine*" [tiab] OR "ketamine*" [tiab] OR "THC" [tiab] OR "CBD" [tiab] OR "Selective serotonin reuptake inhibitors" [tiab]) AND (humans[Filter])	20.08.2024 109
Epistemonikos	1. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" 2. Zeile: "aged adults" OR "aged population" OR "elder*" or "senior*" OR "older adult*" OR "older people" OR "old adult*" OR "old people" OR "geriatr*" OR "aging" OR "frailty" 3. Zeile: "psychopharmaco*" OR "pharmacotherap*" OR "drug*" OR "pharmacological*" OR "pharmacoloc*" OR "Sertraline*" OR "paroxetine*" OR "venlafaxine*" OR "fluoxetine*" OR "citalopram*" OR "mirtazapine*" OR "imipramine*" OR "vortioxetine*" OR "amitriptyline*" OR "quetiapine*" OR "risperidone*" OR "olanzapine*" OR "hydroxyzine*" OR "phenelzine*" OR "topiramate*" OR "lamotrigine*" OR "valproate*" OR "benzodiazepine"	20.08.2024 7

	pine*" OR "ketamine*" OR "THC" OR "CBD" OR "Selective serotonin reuptake inhibitors"	
Psyndex/ PsycInfo	(MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) AND (TI "aged adults" OR TI "aged population" OR TI "elder*" OR TI "senior*" OR TI "older adult*" OR TI "older people" OR TI "old adult*" OR TI "old people" OR TI "geriatr*" OR TI "aging" OR TI "frailty" OR AB "aged adults" OR AB "aged population" OR AB "elder*" OR AB "senior*" OR AB "older adult*" OR AB "older people" OR AB "old adult*" OR AB "old people" OR AB "geriatr*" OR AB "aging" OR AB "frailty") AND (TI "psychopharmaco*" OR TI "pharmacotherap*" OR TI "drug*" OR TI "pharmacological*" OR TI "pharmacoloc*" OR TI "Sertraline*" OR TI "paroxetine*" OR TI "venlafaxine*" OR TI "fluoxetine*" OR TI "citalopram*" OR TI "mirtazapine*" OR TI "imipramine*" OR TI "vortioxetine*" OR TI "amitriptyline*" OR TI "quetiapine*" OR TI "risperidone*" OR TI "olanzapine*" OR TI "hydroxyzine*" OR TI "phenelzine*" OR TI "topiramate*" OR TI "lamotrigine*" OR TI "valproate*" OR TI "bezodiazepine*" OR TI "ketamine*" OR TI "THC" OR TI "CBD" OR TI "Selective serotonin reuptake inhibitors" OR AB "psychopharmaco*" OR AB "pharmacotherap*" OR AB "drug*" OR AB "pharmacological*" OR AB "pharmacoloc*" OR AB "Sertraline*" OR AB "paroxetine*" OR AB "venlafaxine*" OR AB "fluoxetine*" OR AB "citalopram*" OR AB "mirtazapine*" OR AB "imipramine*" OR AB "vortioxetine*" OR AB "amitriptyline*" OR AB "quetiapine*" OR AB "risperidone*" OR AB "olanzapine*" OR AB "hydroxyzine*" OR AB "phenelzine*" OR AB "topiramate*" OR AB "lamotrigine*" OR AB "valproate*" OR AB "benzodiazepine*" OR AB "ketamine*" OR AB "THC" OR AB "CBD" OR AB "Selective serotonin reuptake inhibitors")	20.08.2024 0 60
Web of Science	(TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI="ptsd" OR AB="ptsd" OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI="posttrauma*" OR AB="posttrauma*" OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND (TI="aged adults" OR TI="aged population" OR TI="elder*" OR TI="senior*" OR TI="older adult*" OR TI="older people" OR TI="old adult*" OR TI="old people" OR TI="geriatr*" OR TI="aging" OR TI="frailty" OR AB="aged adults" OR AB="aged population" OR AB="elder*" OR AB="senior*" OR AB="older adult*" OR AB="older people" OR AB="old adult*" OR AB="old people" OR AB="geriatr*" OR AB="aging" OR AB="frailty") AND (TI="psychopharmaco*" OR TI="pharmacotherap*" OR TI="drug*" OR TI="pharmacological*" OR TI="pharmacoloc*" OR TI="Sertraline*" OR TI="paroxetine*" OR TI="venlafaxine*" OR TI="fluoxetine*" OR TI="citalopram*" OR TI="mirtazapine*" OR TI="imipramine*" OR TI="vortioxetine*" OR TI="amitriptyline*" OR TI="quetiapine*" OR TI="risperidone*" OR TI="olanzapine*" OR TI="hydroxyzine*" OR TI="phenelzine*" OR TI="topiramate*" OR TI="lamotrigine*" OR TI="valproate*" OR TI="bezodiazepine*" OR TI="ketamine*" OR TI="THC" OR TI="CBD" OR TI="Selective serotonin reuptake inhibitors" OR AB="psychopharmaco*" OR AB="pharmacotherap*" OR AB="drug*" OR AB="pharmacological*" OR AB="pharmacoloc*" OR AB="Sertraline*" OR AB="paroxetine*" OR	20.08.2024 135

	AB="venlafaxine*" OR AB="fluoxetine*" OR AB="citalopram*" OR AB="mirtazapine*" OR AB="imipramine*" OR AB="vortioxetine*" OR AB="amitriptyline*" OR AB="quetiapine*" OR AB="risperidone*" OR AB="olanzapine*" OR AB="hydroxyzine*" OR AB="phenelzine*" OR AB="topiramate*" OR AB="lamotrigine*" OR AB="valproate*" OR AB="benzodiazepine*" OR AB="ketamine*" OR AB="THC" OR AB="CBD" OR AB="Selective serotonin reuptake inhibitors")	

AG Fluchthintergrund | Aggregierte Evidenz

Klinische Fragestellung 1: Welche Durchführungsart bzw. Instrumentart unter Berücksichtigung der u.g. Aspekte sind am effektivsten in der Diagnose der (k)PTBS bei geflüchteten Personen oder Menschen, die Deutsch nicht als Erstsprache sprechen?

Klinische Fragestellung 2: Wie effektiv ist es mithilfe von verschiedenen Übersetzungsformen von klinischen Instrumenten, eine (k)PTBS bei geflüchteten Menschen zu diagnostizieren?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) AND ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("Refugees"[Mesh] OR "Transients and Migrants"[Mesh] OR "Emigrants and Immigrants"[Mesh] OR "refugee"[tiab] OR "migrant"[tiab] OR "emigrant"[tiab] OR "immigrant"[tiab] OR "asylum seek"[tiab] OR "displace"[tiab]) AND ("instrument"[tiab] OR "assessment"[tiab] OR "assessing"[tiab] OR "questionnaire"[tiab] OR "interview"[tiab] OR "diagnos"[tiab]) AND (humans[Filter])	15.01.2024 129
Epistemonikos	1. Zeile (nur Titel): "meta-analysis" OR "systematic review" OR "review" OR "meta analysis" OR "metaanalysis" 2. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma*" 3. Zeile: "refugee*" OR "migrant*" OR "emigrant*" OR "immigrant*" OR "asylum seek*" OR "displace*" 4. Zeile: "instrument*" OR "assessment" OR "assessing" OR "questionnaire" OR "interview*" OR "diagnos*"	15.01.2024 12
Psyndex/ PsycInfo	1. Zeile: (MA "review" OR MA "Meta-Analysis" OR MA "systematic review" OR MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis) 2. Zeile mit AND Verknüpfung	15.01.2024 10 64

	(MA "Stress Disorders, Post-Traumatic" OR (TI "ptsd" OR AB "ptsd") OR (TI "ptss" OR AB "ptss") OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) 3. Zeile mit AND Verknüpfung (MA "Refugees" OR MA "Transients and Migrants" OR MA "Emigrants and Immigrants" OR TI "refugee*" OR TI "migrant*" OR TI "emigrant*" OR TI "immigrant*" OR TI "asylum seek*" OR TI "displace*" OR AB "refugee*" OR AB "migrant*" OR AB "emigrant*" OR AB "immigrant*" OR AB "asylum seek*" OR AB "displace*") 4. Zeile mit AND Verknüpfung (TI "instrument*" OR TI "assessment" OR TI "assessing" OR TI "questionnaire" OR TI "interview*" OR TI "diagnos*" OR AB "instrument*" OR AB "assessment" OR AB "assessing" OR AB "questionnaire" OR AB "interview*" OR AB "diagnos*")	
Web of Science	(TI = "review" OR TI = "meta-analysis" OR TI = "metaanalysis" OR AB = "review" OR AB = "meta-analysis" OR AB = "metaanalysis") AND (TI = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI = "ptsd" OR AB = "ptsd" OR TI = "post trauma*" OR AB = "post trauma*" OR TI = "posttrauma*" OR AB = "posttrauma*" OR TI = "post-trauma" OR AB = "post-trauma") AND (TI = "refugee*" OR TI = "migrant*" OR TI = "emigrant*" OR TI = "immigrant*" OR TI = "asylum seek*" OR TI = "displace*" OR AB = "refugee*" OR AB = "migrant*" OR AB = "emigrant*" OR AB = "immigrant*" OR AB = "asylum seek*" OR AB = "displace*") AND (TI = "instrument*" OR TI = "assessment" OR TI = "assessing" OR TI = "questionnaire" OR TI = "interview*" OR TI = "diagnos*" OR AB = "instrument*" OR AB = "assessment" OR AB = "assessing" OR AB = "questionnaire" OR AB = "interview*" OR AB = "diagnos*")	15.01.2024 129

Klinische Fragestellung 3: Welche psychotherapeutischen Interventionen (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Psychotherapie) sind bei geflüchteten Menschen mit einer (k)PTBS effektiver als sowohl inaktive als auch aktive Kontrollbedingungen hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptome sowie weiterer Outcomes?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) AND ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma*"[tiab] OR "posttrauma*"[tiab] OR "post-trauma"[tiab])	15.01.2024 107

	AND ("Refugees"[Mesh] OR "Transients and Migrants"[Mesh] OR "Emigrants and Immigrants"[Mesh] OR "refugee*" [tiab] OR "migrant*" [tiab] OR "emigrant*" [tiab] OR "immigrant*" [tiab] OR "asylum seek*" [tiab] OR "displace*" [tiab]) AND ("psychotherap*" [tiab] OR ((("psycho*" [tiab] OR "trauma focused" [tiab] OR "traumafocused" [tiab] OR "trauma-focused" [tiab]) AND ("therap*" [tiab] OR "intervention*" [tiab] OR "counsel*" [tiab] OR "treatment*" [tiab]))) AND (humans[Filter])	
Epistemonikos	1. Zeile (nur Titel): "meta-analysis" OR "systematic review" OR "review" OR "meta analysis" OR "metaanalysis" 2. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma*" OR "post-trauma" 3. Zeile: "refugee*" OR "migrant*" OR "emigrant*" OR "immigrant*" OR "asylum seek*" OR "displace*" OR "displace" 4. Zeile: "psychotherap*" OR ((("psycho*" OR "trauma focused" OR "traumafocused" OR "trauma-focused") AND ("therap*" OR "intervention*" OR "counsel*" OR "treatment*"))	15.01.2024 3
Psyndex/ PsycInfo	9. Zeile: (MA "review" OR MA "Meta-Analysis" OR MA "systematic review" OR MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis) 10. Zeile mit AND Verknüpfung (MA "Stress Disorders, Post-Traumatic" OR (TI "ptsd" OR AB "ptsd") OR (TI "ptss" OR AB "ptss") OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) 11. Zeile mit AND Verknüpfung (MA "Refugees" OR MA "Transients and Migrants" OR MA "Emigrants and Immigrants" OR TI "refugee*" OR TI "migrant*" OR TI "emigrant*" OR TI "immigrant*" OR TI "asylum seek*" OR TI "displace*" OR AB "refugee*" OR AB "migrant*" OR AB "emigrant*" OR AB "immigrant*" OR AB "asylum seek*" OR AB "displace*") 12. Zeile mit AND Verknüpfung (TI "psychotherap*" OR AB "psychotherap*" OR ((TI "psycho*" OR TI "trauma focused" OR TI "traumafocused" OR TI "trauma-focused") AND (TI "therap*" OR TI "intervention*" OR TI "counsel*" OR TI "treatment*")) OR ((AB "psycho*" OR AB "trauma focused" OR AB "traumafocused" OR AB "trauma-focused") AND (AB "therap*" OR AB "intervention*" OR AB "counsel*" OR AB "treatment*"))	15.01.2024 15 61
Web of Science	(TI = "review" OR TI = "meta-analysis" OR TI = "metaanalysis" OR AB = "review" OR AB = "meta-analysis" OR AB = "metaanalysis") AND	15.01.2024 103

	(TI = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI = "ptsd" OR AB = "ptsd" OR TI = "post trauma" OR AB = "post trauma" OR TI = "posttrauma" OR AB = "posttrauma" OR TI = "post-trauma" OR AB = "post-trauma") AND (TI = "refugee*" OR TI = "migrant*" OR TI = "emigrant*" OR TI = "immigrant*" OR TI = "asylum seek*" OR TI = "displace*" OR AB = "refugee*" OR AB = "migrant*" OR AB="emigrant*" OR AB = "immigrant*" OR AB = "asylum seek*" OR AB = "displace*") AND (TI="psychotherap*" OR AB="psychotherap*" OR ((TI="psycho*" OR AB="psycho*" OR TI="trauma focused" OR AB="trauma focused" OR TI="traumafocused" OR AB="traumafocused") AND (TI="therap*" OR AB="therap*" OR TI="intervention*" OR AB="intervention*" OR TI="counsel*" OR AB="counsel*" OR TI="treatment*" OR AB="treatment*"))))	

Klinische Fragestellung 4: Ist eine Psychotherapie in Kombination mit Sozialarbeit bei geflüchteten Menschen mit einer PTBS effektiver als eine Psychotherapie ohne zusätzliche Sozialarbeit?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) AND ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("Refugees"[Mesh] OR "Transients and Migrants"[Mesh] OR "Emigrants and Immigrants"[Mesh] OR "refugee*" [tiab] OR "migrant*" [tiab] OR "emigrant*" [tiab] OR "immigrant*" [tiab] OR "asylum seek*" [tiab] OR "displace*" [tiab]) AND ("psychotherap*" [tiab] OR ((("psycho*" [tiab] OR "trauma focused" [tiab] OR "traumafocused" [tiab] OR "trauma-focused" [tiab]) AND ("therap*" [tiab] OR "intervention*" [tiab] OR "counsel*" [tiab] OR "treatment*" [tiab])))) AND ("Social Work"[Mesh] OR "Social Support"[Mesh] OR "social work*" [tiab] OR "social support" [tiab] OR "psychosocial counselling" [tiab] OR "legal advice" [tiab] OR "welfare work" [tiab] OR "casework" [tiab] OR "social service*" [tiab] OR "social welfare" [tiab] OR "government-provided services" [tiab] OR "community service" [tiab] OR "welfare" [tiab] OR "support service*" [tiab])	15.01.2024 18

	AND (humans[Filter])	
Epistemonikos	1. Zeile (nur Titel): "meta-analysis" OR "systematic review" OR "review" OR "meta analysis" OR "metaanalysis" 2. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma*" 3. Zeile: "refugee*" OR "migrant*" OR "emigrant*" OR "immigrant*" OR "asylum seek*" OR "displace*" 4. Zeile: "psychotherap*" OR (("psycho*" OR "trauma focused" OR "traumafocused" OR "trauma-focused") AND ("therap*" OR "intervention*" OR "counsel*" OR "treatment*")) 5. "social work*" OR "social support" OR "psychosocial counseling" OR "legal advice" OR "welfare work" OR "casework" OR "social service*" OR "social welfare" OR "government-provided services" OR "community service" OR "welfare" OR "support service*"	15.01.2024 1
Psyndex/ PsycInfo	13. Zeile: (MA "review" OR MA "Meta-Analysis" OR MA "systematic review" OR MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis) 14. Zeile mit AND Verknüpfung (MA "Stress Disorders, Post-Traumatic" OR (TI "ptsd" OR AB "ptsd") OR (TI "ptss" OR AB "ptss") OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma*")) 15. Zeile mit AND Verknüpfung (MA "Refugees" OR MA "Transients and Migrants" OR MA "Emigrants and Immigrants" OR TI "refugee*" OR TI "migrant*" OR TI "emigrant*" OR TI "immigrant*" OR TI "asylum seek*" OR TI "displace*" OR AB "refugee*" OR AB "migrant*" OR AB "emigrant*" OR AB "immigrant*" OR AB "asylum seek*" OR AB "displace*") 16. Zeile mit AND Verknüpfung (TI "psychotherap*" OR AB "psychotherap*" OR ((TI "psycho*" OR TI "trauma focused" OR TI "traumafocused" OR TI "trauma-focused") AND (TI "therap*" OR TI "intervention*" OR TI "counsel*" OR TI "treatment*")) OR ((AB "psycho*" OR AB "trauma focused" OR AB "traumafocused" OR AB "trauma-focused") AND (AB "therap*" OR AB "intervention*" OR AB "counsel*" OR AB "treatment*")))) 17. Zeile mit AND Verknüpfung (TI "social work*" OR TI "social support" OR TI "psychosocial counseling" OR TI "legal advice" OR TI "welfare work" OR TI "casework" OR TI "social service*" OR TI "social welfare" OR TI "government-provided services" OR TI "community service" OR TI "welfare" OR TI "support service*" OR AB "social work*" OR AB "social support" OR AB "psychosocial counselling" OR AB "legal advice" OR AB "welfare work" OR AB "casework" OR AB "social service*" OR AB "social welfare" OR AB "government-provided services" OR AB "community service" OR AB "welfare" OR AB "support service*")	15.01.2024 2 5

Web of Science	(TI = "review" OR TI = "meta-analysis" OR TI = "metaanalysis" OR AB = "review" OR AB = "meta-analysis" OR AB = "metaanalysis") AND (TI = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI = "ptsd" OR AB = "ptsd" OR TI = "post trauma*" OR AB = "post trauma*" OR TI = "posttrauma*" OR AB = "posttrauma*" OR TI = "post-trauma" OR AB = "post-trauma") AND (TI = "refugee*" OR TI = "migrant*" OR TI = "emigrant*" OR TI = "immigrant*" OR TI = "asylum seek*" OR TI = "displace*" OR AB = "refugee*" OR AB = "migrant*" OR AB = "emigrant*" OR AB = "immigrant*" OR AB = "asylum seek*" OR AB = "displace*") AND (TI="psychotherap*" OR AB="psychotherap*" OR ((TI="psycho*" OR AB="psycho*" OR TI="trauma focused" OR AB="trauma focused" OR TI="traumafocused" OR AB="traumafocused") AND (TI="therap*" OR AB="therap*" OR TI="intervention*" OR AB="intervention*" OR TI="counsel*" OR AB="counsel*" OR TI="treatment*" OR AB="treatment*")))) AND (TI = "social work*" OR TI = "social support" OR TI = "psychosocial counselling" OR TI = "legal advice" OR TI = "welfare work" OR TI = "casework" OR TI = "social service*" OR TI = "social welfare" OR TI = "government-provided services" OR TI = "community service" OR TI = "welfare" OR TI = "support service*" OR AB = "social work*" OR AB = "social support" OR AB = "psychosocial counselling" OR AB = "legal advice" OR AB = "welfare work" OR AB = "casework" OR AB = "social service*" OR AB = "social welfare" OR AB = "government-provided services" OR AB = "community service" OR AB = "welfare" OR AB = "support service*")	15.01.2024 18

Klinische Fragestellung 5: Sind adjuvante Verfahren (Kreative Therapie, incl. Kunsttherapie, Musiktherapie; Physical Exercise; Yoga, Biofeedback) bei geflüchteten Menschen mit einer PTBS effektiver als Warteliste in der Behandlung?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) AND ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma*" [tiab] OR "posttrauma*" [tiab] OR "post-trauma" [tiab]) AND ("Refugees"[Mesh] OR "Transients and Migrants"[Mesh] OR "Emigrants and Immigrants"[Mesh] OR "refugee*" [tiab] OR "migrant*" [tiab] OR "emi-	15.01.2024 4

	grant*[tiab] OR "immigrant*[tiab] OR "asylum seek*[tiab] OR "displace*[tiab]) AND ("psychotherap*[tiab] OR (("psycho*[tiab] OR "trauma focused"[tiab] OR "traumafocused"[tiab] OR "trauma-focused"[tiab]) AND ("therap*[tiab] OR "intervention*[tiab] OR "counsel*[tiab] OR "treatment*[tiab])))) AND ("adjuvant treatment*[tiab] OR "adjuvant intervention*[tiab] OR "creative therap*[tiab] OR "art therap*[tiab] OR "music therap*[tiab] OR "exercise"[tiab] OR "yoga"[tiab] OR "biofeedback"[tiab] OR "neurofeedback"[tiab] OR "acupuncture"[tiab] OR "Saikokeishikankyoto"[tiab] OR "somatic experiencing"[tiab] OR "Transcranial Magnetic Stimulation"[tiab] OR "Occupational therap*[tiab] OR "Dance Movement Therapy"[tiab] OR "writing therap*[tiab] OR "poetry therap*[tiab] OR "expressive writing"[tiab] OR "drama therap*[tiab] OR "Eurythmy Therap*[tiab])	
Epistemonikos	1. Zeile (nur Titel): "meta-analysis" OR "systematic review" OR "review" OR "meta analysis" OR "metaanalysis" 2. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" 3. Zeile: "refugee*" OR "migrant*" OR "emigrant*" OR "immigrant*" OR "asylum seek*" OR "displace" 4. Zeile: "psychotherap*" OR (("psycho*" OR "trauma focused" OR "traumafocused" OR "trauma-focused") AND ("therap*" OR "intervention*" OR "counsel*" OR "treatment*")) 5. Zeile: "adjuvant treatment*" OR "adjuvant intervention*" OR "creative therap*" OR "art therap*" OR "music therap*" OR "exercise" OR "yoga" OR "biofeedback" OR "neurofeedback" OR "acupuncture" OR "Saikokeishikankyoto" OR "somatic experiencing" OR "Transcranial Magnetic Stimulation" OR "Occupational therap*" OR "Dance Movement Therapy" OR "writing therap*" OR "poetry therap*" OR "expressive writing" OR "drama therap*" OR "Eurythmy Therap"	15.01.2024 0
Psyndex/ PsycInfo	1. Zeile: (MA "review" OR MA "Meta-Analysis" OR MA "systematic review" OR MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis) 2. Zeile mit AND Verknüpfung (MA "Stress Disorders, Post-Traumatic" OR (TI "ptsd" OR AB "ptsd") OR (TI "ptss" OR AB "ptss") OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) 3. Zeile mit AND Verknüpfung (MA "Refugees" OR MA "Transients and Migrants" OR MA "Emigrants and Immigrants" OR TI "refugee*" OR TI "migrant*" OR TI "emigrant*" OR TI "immigrant*" OR TI "asylum seek*" OR TI "displace*" OR AB "refugee*" OR AB "migrant*" OR AB "emigrant*" OR AB "immigrant*" OR AB "asylum seek*" OR AB "displace*")	15.01.2024 0 3

	4. Zeile mit AND Verknüpfung (TI "psychotherap*" OR AB "psychotherap*" OR ((TI "psycho*" OR TI "trauma focused" OR TI "traumafocused" OR TI "trauma-focused")) AND (TI "therap*" OR TI "intervention*" OR TI "counsel*" OR TI "treatment*")) OR ((AB "psycho*" OR AB "trauma focused" OR AB "traumafocused" OR AB "trauma-focused") AND (AB "therap*" OR AB "intervention*" OR AB "counsel*" OR AB "treatment*"))) 5. Zeile mit AND Verknüpfung (TI "adjuvant treatment*" OR TI "adjuvant intervention*" OR TI "creative therap*" OR TI "art therap*" OR TI "music therap*" OR TI "exercise" OR TI "yoga" OR TI "biofeedback" OR TI "neurofeedback" OR TI "acupuncture" OR TI "Saikokeishikankyoto" OR TI "somatic experiencing" OR TI "Transcranial Magnetic Stimulation" OR TI "Occupational therap*" OR TI "Dance Movement Therapy" OR TI "writing therap*" OR TI "poetry therap*" OR TI "expressive writing" OR TI "drama therap*" OR TI "Eurythmy Therap*" OR AB "adjuvant treatment*" OR AB "adjuvant intervention*" OR AB "creative therap*" OR AB "art therap*" OR AB "music therap*" OR AB "exercise" OR AB "yoga" OR AB "biofeedback" OR AB "neurofeedback" OR AB "acupuncture" OR AB "Saikokeishikankyoto" OR AB "somatic experiencing" OR AB "Transcranial Magnetic Stimulation" OR AB "Occupational therap*" OR AB "Dance Movement Therapy" OR AB "writing therap*" OR AB "poetry therap*" OR AB "expressive writing" OR AB "drama therap*" OR AB "Eurythmy Therap*")	
Web of Science	(TI = "review" OR TI = "meta-analysis" OR TI = "metaanalysis" OR AB = "review" OR AB = "meta-analysis" OR AB = "metaanalysis") AND (TI = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI = "ptsd" OR AB = "ptsd" OR TI = "post trauma" OR AB = "post trauma*" OR TI = "posttrauma*" OR AB = "posttrauma*" OR TI = "post-trauma" OR AB = "post-trauma") AND (TI = "refugee*" OR TI = "migrant*" OR TI = "emigrant*" OR TI = "immigrant*" OR TI = "asylum seek*" OR TI = "displace*" OR AB = "refugee*" OR AB = "migrant*" OR AB = "emigrant*" OR AB = "immigrant*" OR AB = "asylum seek*" OR AB = "displace*") AND (TI="psychotherap*" OR AB="psychotherap*" OR ((TI="psycho*" OR AB="psycho*" OR TI="trauma focused" OR AB="trauma focused" OR TI="traumafocused" OR AB="traumafocused") AND (TI="therap*" OR AB="therap*" OR TI="intervention*" OR AB="intervention*" OR TI="counsel*" OR AB="counsel*" OR TI="treatment*" OR AB="treatment*")))) AND (TI = "adjuvant treatment*" OR TI = "adjuvant intervention*" OR TI = "creative therap*" OR TI = "art therap*" OR TI = "music therap*" OR TI = "exercise" OR TI = "yoga" OR TI = "biofeedback" OR TI = "neurofeedback" OR TI = "acupuncture" OR TI = "Saikokeishikankyoto" OR TI = "somatic experiencing" OR TI = "Transcranial Magnetic Stimulation" OR	15.01.2024 9

	TI = "Occupational therap*" OR TI = "Dance Movement Therapy" OR TI = "writing therap*" OR TI = "poetry therap*" OR TI = "expressive writing" OR TI = "drama therap*" OR TI = "Eurythmy Therap*" OR AB = "adjuvant treatment*" OR AB = "adjuvant intervention*" OR AB = "creative therap*" OR AB = "art therap*" OR AB = "music therap*" OR AB = "exercise" OR AB = "yoga" OR AB = "biofeedback" OR AB = "neurofeedback" OR AB = "acupuncture" OR AB = "Saikokeishikankyoto" OR AB = "somatic experiencing" OR AB = "Transcranial Magnezic Stimulation" OR AB = "Occupational therap*" OR AB = "Dance Movement Therapy" OR AB = "writing therap*" OR AB = "poetry therap*" OR AB = "expressive writing" OR AB = "drama therap*" OR AB = "Eurythmy Therap*")	

AG Fluchthintergrund | Primärdaten

Klinische Fragestellung 1: Welche Durchführungsart bzw. Instrumentart unter Berücksichtigung der u.g. Aspekte sind am effektivsten in der Diagnose der (k)PTBS bei geflüchteten Personen oder Menschen, die Deutsch nicht als Erstsprache sprechen?

Klinische Fragestellung 2: Wie effektiv ist es mithilfe von verschiedenen Übersetzungsformen von klinischen Instrumenten, eine (k)PTBS bei geflüchteten Menschen zu diagnostizieren?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("Refugees"[Mesh] OR "Transients and Migrants"[Mesh] OR "Emigrants and Immigrants"[Mesh] OR "refugee"[tiab] OR "migrant"[tiab] OR "emigrant"[tiab] OR "immigrant"[tiab] OR "asylum seek"[tiab] OR "displace"[tiab]) AND ("instrument"[tiab] OR "assessment"[tiab] OR "assessing"[tiab] OR "questionnaire"[tiab] OR "interview"[tiab] OR "diagnos"[tiab]) AND ("validat"[tiab] OR "validity"[tiab] OR "translation"[tiab] OR "cultural adapt"[tiab] OR "culturally adapt"[tiab]) AND (humans[Filter]) NOT("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti])	24.01.2024 158
Epistemonikos	1. Zeile (nur Titel): "meta-analysis" OR "systematic review" OR "review" OR "meta analysis" OR "metaanalysis" 2. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" 3. Zeile: "refugee*" OR "migrant*" OR "emigrant*" OR "immigrant*" OR "asylum seek*" OR "displace" 4. Zeile: "instrument*" OR "assessment" OR "assessing" OR "questionnaire" OR "interview*" OR "diagnos" 5. Zeile: "validat*" OR "validity" OR "translation" OR "cultural adapt*" OR "culturally adapt"	24.01.2024 0

	6. + Filter Primärstudie	
Psyndex/ PsycInfo	(MA "Refugees" OR MA "Transients and Migrants" OR MA "Emigrants and Immigrants" OR TI "refugee*" OR TI "migrant*" OR TI "emigrant*" OR TI "immigrant*" OR TI "asylum seek*" OR TI "displace*" OR AB "refugee*" OR AB "migrant*" OR AB "emigrant*" OR AB "immigrant*" OR AB "asylum seek*" OR AB "displace*") AND (MA "Stress Disorders, Post-Traumatic" OR (TI "ptsd" OR AB "ptsd") OR (TI "ptss" OR AB "ptss") OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) AND (TI "instrument*" OR TI "assessment" OR TI "assessing" OR TI "questionnaire" OR TI "interview*" OR TI "diagnos*" OR AB "instrument*" OR AB "assessment" OR AB "assessing" OR AB "questionnaire" OR AB "interview*" OR AB "diagnos*") AND (TI "validat*" OR TI "validity" OR TI "translation" OR TI "cultural adapt*" OR TI "culturally adapt*" OR AB "validat*" OR AB "validity" OR AB "translation" OR AB "cultural adapt*" OR AB "culturally adapt*") NOT (MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis)	24.01.2024 35 187
Web of Science	(TI = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI = "ptsd" OR AB = "ptsd" OR TI = "post trauma*" OR AB = "post trauma*" OR TI = "posttrauma*" OR AB = "posttrauma*" OR TI = "post-trauma" OR AB = "post-trauma") AND (TI = "refugee*" OR TI = "migrant*" OR TI = "emigrant*" OR TI = "immigrant*" OR TI = "asylum seek*" OR TI = "displace*" OR AB = "refugee*" OR AB = "migrant*" OR AB="emigrant*" OR AB = "immigrant*" OR AB = "asylum seek*" OR AB = "displace*") AND (TI = "instrument*" OR TI = "assessment" OR TI = "assessing" OR TI = "questionnaire" OR TI = "interview*" OR TI = "diagnos*" OR AB = "instrument*" OR AB = "assessment" OR AB="assessing" OR AB="questionnaire" OR AB="interview*" OR AB = "diagnos*") AND (TI = "validat*" OR AB = "validat*" OR TI = "validity" OR AB = "validity" OR TI = "translation" OR AB = "translation" OR TI = "cultural adapt*" OR	24.01.2024 129

	AB = "cultural adapt*" OR TI = "culturally adapt*" OR AB = "culturally adapt*") NOT (TI=review) NOT (TI=meta-analysis) NOT (TI=metaanalysis)	

Klinische Fragestellung 3: Welche psychotherapeutischen Interventionen (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Psychotherapie) sind bei geflüchteten Menschen mit einer (k)PTBS effektiver als sowohl inaktive als auch aktive Kontrollbedingungen hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptome sowie weiterer Outcomes?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma*"[tiab] OR "posttrauma*"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("Refugees"[Mesh] OR "Transients and Migrants"[Mesh] OR "Emigrants and Immigrants"[Mesh] OR "refugee*"[tiab] OR "migrant*"[tiab] OR "emigrant*"[tiab] OR "immigrant*"[tiab] OR "asylum seek*"[tiab] OR "displace*"[tiab]) AND ("psychotherap*"[tiab] OR (("psycho*"[tiab] OR "trauma focused"[tiab] OR "traumafocused"[tiab] OR "trauma-focused"[tiab]) AND ("therap*"[tiab] OR "intervention*"[tiab] OR "counsel*"[tiab] OR "treatment*"[tiab]))) AND (humans[Filter]) AND ("somati*"[tiab] OR "somatoform*"[tiab]) NOT ("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti])	24.01.2024 57
Epistemonikos	1. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma*" 2. Zeile: "refugee*" OR "migrant*" OR "emigrant*" OR "immigrant*" OR "asylum seek*" OR "displace*" 3. Zeile: "psychotherap*" OR (("psycho*" OR "trauma focused" OR "traumafocused" OR "trauma-focused") AND ("therap*" OR "intervention*" OR "counsel*" OR "treatment*")) 4. ("somati*" OR "somatoform*") 5. + Filter primaer	24.01.2024 0
Psynindex/ PsycInfo	1. Zeile mit AND Verknüpfung (MA "Stress Disorders, Post-Traumatic" OR (TI "ptsd" OR AB "ptsd") OR	24.01.2024 31 60

	(TI "ptss" OR AB "ptss") OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) 2. Zeile mit AND Verknüpfung (MA "Refugees" OR MA "Transients and Migrants" OR MA "Emigrants and Immigrants" OR TI "refugee*" OR TI "migrant*" OR TI "emigrant*" OR TI "immigrant*" OR TI "asylum seek*" OR TI "displace*" OR AB "refugee*" OR AB "migrant*" OR AB "emigrant*" OR AB "immigrant*" OR AB "asylum seek*" OR AB "displace*") 3. Zeile mit AND Verknüpfung (TI "psychotherap*" OR AB "psychotherap*" OR ((TI "psycho*" OR TI "trauma focused" OR TI "traumafocused" OR TI "trauma-focused") AND (TI "therap*" OR TI "intervention*" OR TI "counsel*" OR TI "treatment*")) OR ((AB "psycho*" OR AB "trauma focused" OR AB "traumafocused" OR AB "trauma-focused") AND (AB "therap*" OR AB "intervention*" OR AB "counsel*" OR AB "treatment*")))) 4. Zeile mit AND Verknüpfen (TI "somati*" OR AB "somati*" OR TI "somatoform*" OR AB "somatoform*") 5. Zeile mit NOT Verknüpfen (MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis)	
Web of Science	(TI = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI = "ptsd" OR AB = "ptsd" OR TI = "post trauma*" OR AB = "post trauma*" OR TI = "posttrauma*" OR AB = "posttrauma*" OR TI = "post-trauma" OR AB = "post-trauma") AND (TI = "refugee*" OR TI = "migrant*" OR TI = "emigrant*" OR TI = "immigrant*" OR TI = "asylum seek*" OR TI = "displace*" OR AB = "refugee*" OR AB = "migrant*" OR AB = "emigrant*" OR AB = "immigrant*" OR AB = "asylum seek*" OR AB = "displace*") AND (TI="psychotherap*" OR AB="psychotherap*" OR ((TI="psycho*" OR AB="psycho*" OR TI="trauma focused" OR AB="trauma focused" OR TI="traumafocused" OR AB="traumafocused") AND (TI="therap*" OR AB="therap*" OR TI="intervention*" OR AB="intervention*" OR TI="counsel*" OR AB="counsel*" OR TI="treatment*" OR AB="treatment*")))) AND (TI= "somati*" OR AB= "somati*" OR TI= "somatoform*" OR AB= "somatoform*") NOT (TI=review) NOT (TI=meta-analysis) NOT (TI=metaanalysis)	24.01.2024 103

Klinische Fragestellung 4: Ist eine Psychotherapie in Kombination mit Sozialarbeit bei geflüchteten Menschen mit einer PTBS effektiver als eine Psychotherapie ohne zusätzliche Sozialarbeit?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma*"[tiab] OR "posttrauma*"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("Refugees"[Mesh] OR "Transients and Migrants"[Mesh] OR "Emigrants and Immigrants"[Mesh] OR "refugee*"[tiab] OR "migrant*"[tiab] OR "emigrant*"[tiab] OR "immigrant*"[tiab] OR "asylum seek*"[tiab] OR "displace*"[tiab]) AND ("psychotherap*"[tiab] OR (("psycho*"[tiab] OR "trauma focused"[tiab] OR "traumafocused"[tiab] OR "trauma-focused"[tiab]) AND ("therap*"[tiab] OR "intervention*"[tiab] OR "counsel*"[tiab] OR "treatment*"[tiab]))) AND ("Social Work"[Mesh] OR "Social Support"[Mesh] OR "social work*"[tiab] OR "social support"[tiab] OR "psychosocial counselling"[tiab] OR "legal advice"[tiab] OR "welfare work"[tiab] OR "casework"[tiab] OR "social service*"[tiab] OR "social welfare"[tiab] OR "government-provided services"[tiab] OR "community service"[tiab] OR "welfare"[tiab] OR "support service*"[tiab]) AND (humans[Filter]) NOT("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti])	24.01.2024 92
Epistemonikos	1. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" 2. Zeile: "refugee*" OR "migrant*" OR "emigrant*" OR "immigrant*" OR "asylum seek*" OR "displace" 3. Zeile: "psychotherap*" OR (("psycho*" OR "trauma focused" OR "traumafocused" OR "trauma-focused") AND ("therap*" OR "intervention*" OR "counsel*" OR "treatment*")) 4. "social work*" OR "social support" OR "psychosocial counselling" OR "legal advice" OR "welfare work" OR "casework" OR "social service*" OR "social welfare" OR "government-provided services" OR "community service" OR "welfare" OR "support service" 5. + Filter Primärstudie	24.01.2024 0
Psyndex/ PsycInfo	(MA "Stress Disorders, Post-Traumatic" OR (TI "ptsd" OR AB "ptsd") OR (TI "ptss" OR AB "ptss") OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma"))	24.01.2024 16 94

	AND (MA "Refugees" OR MA "Transients and Migrants" OR MA "Emigrants and Immigrants" OR TI "refugee*" OR TI "migrant*" OR TI "emigrant*" OR TI "immigrant*" OR TI "asylum seek*" OR TI "displace*" OR AB "refugee*" OR AB "migrant*" OR AB "emigrant*" OR AB "immigrant*" OR AB "asylum seek*" OR AB "displace*") AND (TI "psychotherap*" OR AB "psychotherap*" OR ((TI "psycho*" OR TI "trauma focused" OR TI "traumafocused" OR TI "trauma-focused") AND (TI "therap*" OR TI "intervention*" OR TI "counsel*" OR TI "treatment*")) OR ((AB "psycho*" OR AB "trauma focused" OR AB "traumafocused" OR AB "trauma-focused") AND (AB "therap*" OR AB "intervention*" OR AB "counsel*" OR AB "treatment*")))) AND (TI "social work*" OR TI "social support" OR TI "psychosocial counselling" OR TI "legal advice" OR TI "welfare work" OR TI "casework" OR TI "social service*" OR TI "social welfare" OR TI "government-provided services" OR TI "community service" OR TI "welfare" OR TI "support service*" OR AB "social work*" OR AB "social support" OR AB "psychosocial counselling" OR AB "legal advice" OR AB "welfare work" OR AB "casework" OR AB "social service*" OR AB "social welfare" OR AB "government-provided services" OR AB "community service" OR AB "welfare" OR AB "support service*") NOT (MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis)	
Web of Science	(TI = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI = "ptsd" OR AB = "ptsd" OR TI = "post trauma*" OR AB = "post trauma*" OR TI = "posttrauma*" OR AB = "posttrauma*" OR TI = "post-trauma" OR AB = "post-trauma") AND (TI = "refugee*" OR TI = "migrant*" OR TI = "emigrant*" OR TI = "immigrant*" OR TI = "asylum seek*" OR TI = "displace*" OR AB = "refugee*" OR AB = "migrant*" OR AB = "emigrant*" OR AB = "immigrant*" OR AB = "asylum seek*" OR AB = "displace*") AND (TI="psychotherap*" OR AB="psychotherap*" OR ((TI="psycho*" OR AB="psycho*" OR TI="trauma focused" OR AB="trauma focused" OR TI="traumafocused" OR AB="traumafocused") AND (TI="therap*" OR AB="therap*" OR TI="intervention*" OR AB="intervention*" OR TI="counsel*" OR AB="counsel*" OR TI="treatment*" OR AB="treatment*")))) AND (TI = "social work*" OR TI = "social support" OR TI = "psychosocial	24.01.2024 72

	counselling" OR TI = "legal advice" OR TI = "welfare work" OR TI = "casework" OR TI = "social service*" OR TI = "social welfare" OR TI = "government-provided services" OR TI = "community service" OR TI = "welfare" OR TI = "support service*" OR AB = "social work*" OR AB = "social support" OR AB = "psychosocial counselling" OR AB = "legal advice" OR AB = "welfare work" OR AB = "casework" OR AB = "social service*" OR AB = "social welfare" OR AB = "government-provided services" OR AB = "community service" OR AB = "welfare" OR AB = "support service*")	
	NOT (TI=review) NOT (TI=meta-analysis) NOT (TI=metaanalysis)	

Klinische Fragestellung 5: Sind adjuvante Verfahren (Kreative Therapie, incl. Kunsttherapie, Musiktherapie; Physical Exercise; Yoga, Biofeedback) bei geflüchteten Menschen mit einer PTBS effektiv als Warteliste in der Behandlung?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma*"[tiab] OR "posttrauma*"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("Refugees"[Mesh] OR "Transients and Migrants"[Mesh] OR "Emigrants and Immigrants"[Mesh] OR "refugee*"[tiab] OR "migrant*"[tiab] OR "emigrant*"[tiab] OR "immigrant*"[tiab] OR "asylum seek*"[tiab] OR "displace*"[tiab]) AND ("psychotherap*"[tiab] OR (("psycho*"[tiab] OR "trauma focused"[tiab] OR "traumafocused"[tiab] OR "trauma-focused"[tiab]) AND ("therap*"[tiab] OR "intervention*"[tiab] OR "counsel*"[tiab] OR "treatment*"[tiab]))) AND ("adjuvant treatment*"[tiab] OR "adjuvant intervention*"[tiab] OR "creative therap*"[tiab] OR "art therap*"[tiab] OR "music therap*"[tiab] OR "exercise"[tiab] OR "yoga"[tiab] OR "biofeedback"[tiab] OR "neurofeedback"[tiab] OR "acupuncture"[tiab] OR "Saikokeishikankyoto"[tiab] OR "somatic experiencing"[tiab] OR "Transcranial Magnetic Stimulation"[tiab] OR "Occupational therap*"[tiab] OR "Dance Movement Therapy"[tiab] OR "writing therap*"[tiab] OR "poetry therap*"[tiab] OR "expressive writing"[tiab] OR "drama therap*"[tiab] OR "Eurythmy Therap*"[tiab]) NOT("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti])	24.01.2024 4
Epistemonikos	1. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" 2. Zeile: "refugee*" OR "migrant*" OR "emigrant*" OR "immigrant*" OR "asylum seek*" OR "displace*" 3. Zeile: "psychotherap*" OR (("psycho*" OR "trauma focused" OR "traumafocused" OR "trauma-focused") AND ("therap*" OR "intervention*" OR "counsel*" OR "treatment*")) 4. Zeile: "adjuvant treatment*" OR "adjuvant intervention*" OR	24.01.2024 0

	“creative therap*” OR “art therap*” OR “music therap*” OR “exercise” OR “yoga” OR “biofeedback” OR “neurofeedback” OR “acupuncture” OR “Saikokeishikankyoto” OR “somatic experiencing” OR “Transcranial Magnetic Stimulation” OR “Occupational therap*” OR “Dance Movement Therapy” OR “writing therap*” OR “poetry therap*” OR “expressive writing” OR “drama therap*” OR “Eurythmy Therap*” 5. + Filter: Primärstudie	
Psyndex/ PsycInfo	1. Zeile mit AND Verknüpfung (MA “Stress Disorders, Post-Traumatic” OR (TI “ptsd” OR AB “ptsd”) OR (TI “ptss” OR AB “ptss”) OR (TI “post trauma*” OR AB “post trauma*”) OR (TI “posttrauma*” OR AB “posttrauma*”) OR (TI “post-trauma” OR AB “post-trauma”)) 2. Zeile mit AND Verknüpfung (MA “Refugees” OR MA “Transients and Migrants” OR MA “Emigrants and Immigrants” OR TI “refugee*” OR TI “migrant*” OR TI “emigrant*” OR TI “immigrant*” OR TI “asylum seek*” OR TI “displace*” OR AB “refugee*” OR AB “migrant*” OR AB “emigrant*” OR AB “immigrant*” OR AB “asylum seek*” OR AB “displace*”) 3. Zeile mit AND Verknüpfung ((TI “psychotherap*” OR AB “psychotherap*” OR ((TI “psycho*” OR TI “trauma focused” OR TI “traumafocused” OR TI “trauma-focused”) AND (TI “therap*” OR TI “intervention*” OR TI “counsel*” OR TI “treatment*”))) OR ((AB “psycho*” OR AB “trauma focused” OR AB “traumafocused” OR AB “trauma-focused”) AND (AB “therap*” OR AB “intervention*” OR AB “counsel*” OR AB “treatment*”)))) 4. Zeile mit AND Verknüpfung ((TI “adjuvant treatment*” OR TI “adjuvant intervention*” OR TI “creative therap*” OR TI “art therap*” OR TI “music therap*” OR TI “exercise” OR TI “yoga” OR TI “biofeedback” OR TI “neurofeedback” OR TI “acupuncture” OR TI “Saikokeishikankyoto” OR TI “somatic experiencing” OR TI “Transcranial Magnetic Stimulation” OR TI “Occupational therap*” OR TI “Dance Movement Therapy” OR TI “writing therap*” OR TI “poetry therap*” OR TI “expressive writing” OR TI “drama therap*” OR TI “Eurythmy Therap*” OR AB “adjuvant treatment*” OR AB “adjuvant intervention*” OR AB “creative therap*” OR AB “art therap*” OR AB “music therap*” OR AB “exercise” OR AB “yoga” OR AB “biofeedback” OR AB “neurofeedback” OR AB “acupuncture” OR AB “Saikokeishikankyoto” OR AB “somatic experiencing” OR AB “Transcranial Magnetic Stimulation” OR AB “Occupational therap*” OR AB “Dance Movement Therapy” OR AB “writing therap*” OR AB “poetry therap*” OR AB “expressive writing” OR AB “drama therap*” OR AB “Eurythmy Therap*”)) 5. Zeile NOT (MR “review” OR MR “Meta-Analysis” OR MR “systematic review” OR SU “review” OR SU “Systematic Review” OR SU “Meta-Analysis” OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis)	24.01.2024 5 25
Web of Science	(TI = “Post-Traumatic Stress Disorder” OR AB = “Post-Traumatic Stress Disorder” OR TI = “ptsd” OR AB = “ptsd” OR TI = “post trauma*” OR AB = “post trauma*” OR TI = “posttrauma*” OR AB = “posttrauma*” OR TI =	24.01.2024 17

	"post-trauma" OR AB = "post-trauma") AND (TI = "refugee*" OR TI = "migrant*" OR TI = "emigrant*" OR TI = "immigrant*" OR TI = "asylum seek*" OR TI = "displace*" OR AB = "refugee*" OR AB = "migrant*" OR AB="emigrant*" OR AB = "immigrant*" OR AB = "asylum seek*" OR AB = "displace*") AND (TI="psychotherap*" OR AB="psychotherap*" OR ((TI="psycho*" OR AB="psycho*" OR TI="trauma focused" OR AB="trauma focused" OR TI="traumafocused" OR AB="traumafocused") AND (TI="therap*" OR AB="therap*" OR TI="intervention*" OR AB="intervention*" OR TI="counsel*" OR AB="counsel*" OR TI="treatment*" OR AB="treatment*")))) AND (TI = "adjuvant treatment*" OR TI = "adjuvant intervention*" OR TI = "creative therap*" OR TI = "art therap*" OR TI = "music therap*" OR TI = "exercise" OR TI = "yoga" OR TI = "biofeedback" OR TI = "neurofeedback" OR TI = "acupuncture" OR TI = "Saikokeishikankyoto" OR TI = "somatic experiencing" OR TI = "Transcranial Magnetic Stimulation" OR TI = "Occupational therap*" OR TI = "Dance Movement Therapy" OR TI = "writing therap*" OR TI = "poetry therap*" OR TI = "expressive writing" OR TI = "drama therap*" OR TI = "Eurythmy Therap*" OR AB = "adjuvant treatment*" OR AB = "adjuvant intervention*" OR AB = "creative therap*" OR AB = "art therap*" OR AB = "music therap*" OR AB = "exercise" OR AB = "yoga" OR AB = "biofeedback" OR AB = "neurofeedback" OR AB = "acupuncture" OR AB = "Saikokeishikankyoto" OR AB = "somatic experiencing" OR AB = "Transcranial Magnezic Stimulation" OR AB = "Occupational therap*" OR AB = "Dance Movement Therapy" OR AB = "writing therap*" OR AB = "poetry therap*" OR AB = "expressive writing" OR AB = "drama therap*" OR AB = "Eurythmy Therap*") NOT (TI=review) NOT (TI=meta-analysis) NOT (TI=metaanalysis)	

Klinische Fragestellung 6: Sind psychotherapeutischen Interventionen (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Psychotherapie) unter Verwendung von Dolmetschenden bei geflüchteten Menschen mit einer (k)PTBS effektiver als solche ohne Dolmetscher hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptome sowie weiterer Outcomes?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("Refugees"[Mesh] OR "Transients and Migrants"[Mesh] OR "Emigrants and Immigrants"[Mesh] OR "refugee"[tiab] OR "migrant"[tiab] OR "emigrant"[tiab] OR "immigrant"[tiab] OR "asylum seek"[tiab] OR "displace"[tiab]) AND	24.01.2024 38

	(“psychotherap*”[tiab] OR ((“psycho*”[tiab] OR “trauma focused”[tiab] OR “traumafocused”[tiab] OR “trauma-focused”[tiab]) AND (“therap*”[tiab] OR “intervention*”[tiab] OR “counsel*”[tiab] OR “treatment*”[tiab]))) AND (“translat*”[tiab] OR “native speaker*”[tiab] OR “interpreter*”[tiab] OR “second language”[tiab]) AND (humans[Filter]) NOT("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti])	
Epistemonikos	6. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma*" 7. Zeile: “refugee*” OR “migrant*” OR “emigrant*” OR “immigrant*” OR “asylum seek*” OR “displace*” 8. Zeile: “psychotherap*” OR ((“psycho*” OR “trauma focused” OR “traumafocused” OR “trauma-focused”) AND (“therap*” OR “intervention*” OR “counsel*” OR “treatment*”)) 9. Zeile: “translat*” OR “native speaker*” OR “interpreter*” OR “second language” 10. + Filter Primärstudie	24.01.2024 0
Psyndex/ PsycInfo	1. Zeile mit AND Verknüpfung (MA “Stress Disorders, Post-Traumatic” OR (TI “ptsd” OR AB “ptsd”) OR (TI “ptss” OR AB “ptss”) OR (TI “post trauma*” OR AB “post trauma*”) OR (TI “posttrauma*” OR AB “posttrauma*”) OR (TI “post-trauma” OR AB “post-trauma”)) 2. Zeile mit AND Verknüpfung (MA "Refugees" OR MA "Transients and Migrants" OR MA "Emigrants and Immigrants" OR TI “refugee*” OR TI “migrant*” OR TI “emigrant*” OR TI “immigrant*” OR TI “asylum seek*” OR TI “displace*” OR AB “refugee*” OR AB “migrant*” OR AB “emigrant*” OR AB “immigrant*” OR AB “asylum seek*” OR AB “displace*”) 3. Zeile mit AND Verknüpfung (TI “psychotherap*” OR AB “psychotherap*” OR ((TI “psycho*” OR TI “trauma focused” OR TI “traumafocused” OR TI “trauma-focused”) AND (TI “therap*” OR TI “intervention*” OR TI “counsel*” OR TI “treatment*”)) OR ((AB “psycho*” OR AB “trauma focused” OR AB “traumafocused” OR AB “trauma-focused”) AND (AB “therap*” OR AB “intervention*” OR AB “counsel*” OR AB “treatment*”))) 4. Zeile mit AND Verknüpfung (TI “translat*” OR AB “translat*” OR TI “native speaker*” OR AB “native speaker” OR TI “interpreter*” OR AB “interpreter” OR TI “second language” OR AB “second language”) 6. Zeile NOT	24.01.2024 98 47

	(MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis)	
Web of Science	(TI = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI = "ptsd" OR AB = "ptsd" OR TI = "post trauma*" OR AB = "post trauma*" OR TI = "posttrauma*" OR AB = "posttrauma*" OR TI = "post-trauma" OR AB = "post-trauma") AND (TI = "refugee*" OR TI = "migrant*" OR TI = "emigrant*" OR TI = "immigrant*" OR TI = "asylum seek*" OR TI = "displace*" OR AB = "refugee*" OR AB = "migrant*" OR AB="emigrant*" OR AB = "immigrant*" OR AB = "asylum seek*" OR AB = "displace*") AND (TI="psychotherap*" OR AB="psychotherap*" OR ((TI="psycho*" OR AB="psycho*" OR TI="trauma focused" OR AB="trauma focused" OR TI="traumafocused" OR AB="traumafocused") AND (TI="therap*" OR AB="therap*" OR TI="intervention*" OR AB="intervention*" OR TI="counsel*" OR AB="counsel*" OR TI="treatment*" OR AB="treatment*")))) AND (TI="translat*" OR AB="translat*" OR TI="native speaker*" OR AB="native speaker" OR TI="interpreter*" OR AB="interpreter" OR TI="second language" OR AB="second language") NOT (TI=review) NOT (TI=meta-analysis) NOT (TI=metaanalysis)	24.01.2024 42

AG SIE | Aggregierte Evidenz

Klinische Fragestellung 1: Wie effektiv ist der Einsatz von auf die Zielgruppe angepassten, evaluierten diagnostischen Kriterien oder biologischen Markern einer (k)PTBS zur Diagnostik einer (k)PTBS bei Erwachsenen mit einer SIE?

Klinische Fragestellung 2: Wie effektiv ist der Einsatz von Screeninginstrumenten (Selbst- oder Fremdauskunft) sowie Instrumenten zur Diagnosesicherung (Selbst- oder Fremdauskunft) bei (k)PTBS für Personen mit SIE?

Klinische Fragestellung 3: Wie effektiv ist der Einsatz von spezifisch für Erwachsene mit SIE und (k)PTBS entwickelten oder adaptierten Stabilisierungsmethoden hinsichtlich einer Verbesserung von Stresstoleranz sowie selbstregulativen und sozialen Kompetenzen?

Klinische Fragestellung 4: Wie effektiv sind Anpassungen des psychotherapeutischen Settings speziell für Menschen mit SIE und (k)PTBS hinsichtlich Symptomreduktion, Qualität der therapeutischen Beziehung, Compliance, Therapiezufriedenheit und Reduktion der Dropout-Rate?

Klinische Fragestellung 5: Ist der Einsatz von speziell für Menschen mit SIE und (k)PTBS angepassten oder entwickelten therapeutischen Methoden der traumafokussierten Therapie (wie EMDR,

NET, CBT) effektiv für Symptomreduktion, Verbesserung der adaptiven Fähigkeiten sowie Verbesserung der Lebensqualität?

Klinische Frage 6: Welche Psychopharmaka sind bei Erwachsenen mit einer SIE und (k)PTBS am wirksamsten?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) AND ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma*"[tiab] OR "posttrauma*"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("Persons with Mental Disabilities"[mh] OR "Intellectual Disability"[mh] OR "Learning Disabilities"[mh] OR "Cognitive Dysfunction"[mh]) AND (humans[Filter])	11.01.2024 63
Epistemonikos	1. Zeile: "meta-analysis" OR "systematic review" OR "review" OR "meta analysis" OR "metaanalysis" 2. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" 3. Zeile: ("Mental*" OR "Intellectual*" OR "Learning" OR "Cognitive") AND ("Disabled" OR "Disabilit*" OR "Retard*" OR "Handicap*" OR "Dysfunction*" OR "Disturbance*")	11.01.2024 28
PubPsych/ Psyndex/ PsycInfo	(MA "review" OR MA "Meta-Analysis" OR MA "systematic review" OR MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis) AND (MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR TI "ptsd" OR AB "ptsd" OR TI "ptss" OR AB "ptss" OR TI "post trauma*" OR AB "post trauma*" OR TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*" OR TI "post-trauma" OR AB "post-trauma") AND (MA "Persons with Mental Disabilities" OR MA "Intellectual Disability" OR MA "Learning Disabilities" OR MA "Cognitive Dysfunction" OR (TI "mental*" OR AB "mental*" OR TI "intellectual*" OR AB "intellectual*" OR TI "learning" OR AB "learning" OR TI "cognitive" OR AB "cognitive") AND (TI "disabled" OR AB "disabled" OR TI "disabilit*" OR AB "disabilit*" OR TI "retard*" OR AB "retard*" OR TI "handicap*" OR AB "handicap*" OR TI "Dysfunction*" OR AB "Dysfunction*"))	11.01.2024 120
Web of Science	(TI=review OR TI=meta-analysis OR TI=metaanalysis OR AB=review OR AB=meta-analysis OR AB=metaanalysis)	11.01.2024 437

	AND (TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND ((((TI="mental*" OR AB="mental*") OR (TI="intellectual*" OR AB="intellectual*") OR (TI="learning" OR AB="learning") OR (TI="cognitive" OR AB="cognitive")) AND ((TI="disabled" OR AB="disabled") OR (TI="disabilit*" OR AB="disabilit*") OR (TI="retard*" OR AB="retard*") OR (TI="handicap*" OR AB="handicap*") OR (TI="dysfunction*" OR AB="dysfunction*") OR (TI="disturbance*" OR AB="disturbance*")))))	

AG SIE | Primärdaten

Klinische Fragestellung 1: Wie effektiv ist der Einsatz von auf die Zielgruppe angepassten, evaluierten diagnostischen Kriterien oder biologischen Markern einer (k)PTBS zur Diagnostik einer k(PTBS) bei Erwachsenen mit einer SIE?

Klinische Fragestellung 2: Wie effektiv ist der Einsatz von Screeninginstrumenten (Selbst- oder Fremdauskunft) sowie Instrumenten zur Diagnosesicherung (Selbst- oder Fremdauskunft) bei (k)PTBS für Personen mit SIE?

Klinische Fragestellung 3: Wie effektiv ist der Einsatz von spezifisch für Erwachsene mit SIE und (k)PTBS entwickelten oder adaptierten Stabilisierungsmethoden hinsichtlich einer Verbesserung von Stresstoleranz sowie selbstregulativen und sozialen Kompetenzen?

Klinische Fragestellung 4: Wie effektiv sind Anpassungen des psychotherapeutischen Settings speziell für Menschen mit SIE und (k)PTBS hinsichtlich Symptomreduktion, Qualität der therapeutischen Beziehung, Compliance, Therapiezufriedenheit und Reduktion der Dropout-Rate?

Klinische Fragestellung 5: Ist der Einsatz von speziell für Menschen mit SIE und (k)PTBS angepassten oder entwickelten therapeutischen Methoden der traumafokussierten Therapie (wie EMDR, NET, CBT) effektiv für Symptomreduktion, Verbesserung der adaptiven Fähigkeiten sowie Verbesserung der Lebensqualität?

Klinische Frage 6: Welche Psychopharmaka sind bei Erwachsenen mit einer SIE und (k)PTBS am wirksamsten?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("Persons with Mental Disabilities"[mh] OR "Intellectual Disability"[mh] OR "Learning Disabilities"[mh] OR "Cognitive Dysfunction"[mh]) AND	22.01.2024 313

	(humans[Filter]) NOT("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti])	
Epistemonikos	- Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" - Zeile: ("Mental*" OR "Intellectual*" OR "Learning" OR "Cognitive") AND ("Disabled" OR "Disabilit*" OR "Retard*" OR "Handicap*" OR "Dysfunction*" OR "Disturbance*") - Filter Primärstudie	22.01.2024 100
PubPsych/ Psyndex/ PsycInfo	(MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR TI "ptsd" OR AB "ptsd" OR TI "ptss" OR AB "ptss" OR TI "post trauma*" OR AB "post trauma*" OR TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*" OR TI "post-trauma" OR AB "post-trauma") AND (MA "Persons with Mental Disabilities" OR MA "Intellectual Disability" OR MA "Learning Disabilities" OR MA "Cognitive Dysfunction" OR ((TI "mental*" OR TI "intellectual*" OR TI "learning" OR TI "cognitive") AND (TI "disabled" OR TI "disabilit*" OR TI "retard*" OR TI "handicap*" OR TI "Dysfunction*"))) NOT (MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis)	22.01.2024 232
Web of Science	(TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND (((TI="mental*" OR (TI="intellectual*" OR (TI="learning" OR (TI="cognitive")) AND ((TI="disabled" OR (TI="disabilit*" OR (TI="retard*" OR (TI="handicap*" OR (TI="dysfunction*" OR (TI="disturbance*")))))))) NOT (TI=review) NOT (TI=meta-analysis) NOT (TI=metaanalysis)	22.01.2024 262

AG Kinder und Jugendliche: Diagnostik | Aggregierte Evidenz

Klinische Fragestellung 1: Wie sensitiv sind die aktuellen PTBS-Diagnosekriterien (DSM-5 vs. ICD-11) für die Diagnose einer PTBS im Kindes- und Jugendalter?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma*" [tiab] OR "posttrauma*" [tiab] OR "post-trauma"[tiab])	20.11.2024 119

	AND ("Adolescen*" [tiab] OR "child*" [tiab] OR "youth" [tiab] OR "kid" [tiab] OR "juvenile" [tiab] OR "infant*" [tiab] OR "minor*" [tiab] OR "teenager" [tiab] OR "young*" [tiab] OR "paediatric*" [tiab]) AND ("diagnostic criteria" [tiab] OR "DSM-5" [tiab] OR "DSM 5" [tiab] OR "ICD-11" [tiab] OR "ICD 11" [tiab] OR "DSM V" [tiab] OR "DSM-V" [tiab] OR "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5" [tiab] OR "International Classification of Diseases 11" [tiab]) AND ("frequency" [tiab] OR "sensitivity" [tiab] OR "specificity" [tiab] OR "reliability*" [tiab])	
Epistemonikos	1. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" 2. Zeile: "Adolescen*" OR "child*" OR "youth" OR "kid" OR "juvenile" OR "infant*" OR "minor*" OR "teenager" OR "young*" OR "paediatric" 3. Zeile: ("diagnostic criteria" OR "DSM-5" OR "DSM 5" OR "ICD-11" OR "ICD 11" OR "DSM V" OR "DSM-V" OR "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5" OR "International Classification of Diseases 11") 4. ("frequency" OR "sensitivity" OR "specificity" OR "reliability*")	20.11.2024 8
Psyndex/ PsycInfo	(MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma" OR AB "post trauma") OR (TI "posttrauma" OR AB "posttrauma") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) AND (TI "Adolescen*" OR TI "child*" OR TI "youth" OR TI "kid" OR TI "juvenile" OR TI "infant*" OR TI "minor*" OR TI "teenager" OR TI "young*" OR TI "paediatric*" OR AB "Adolescen*" OR AB "child*" OR AB "youth" OR AB "kid" OR AB "juvenile" OR AB "infant*" OR AB "minor*" OR AB "teenager" OR AB "young*" OR AB "paediatric*") AND (TI "diagnostic criteria" OR TI "DSM-5" OR TI "DSM 5" OR TI "ICD-11" OR TI "ICD 11" OR TI "DSM V" OR TI "DSM-V" OR TI "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5" OR TI "International Classification of Diseases 11" OR AB "diagnostic criteria" OR AB "DSM-5" OR AB "DSM 5" OR AB "ICD-11" OR AB "ICD 11" OR AB "DSM V" OR AB "DSM-V" OR AB "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5" OR AB "International Classification of Diseases 11") AND (TI "frequency" OR TI "sensitivity" OR TI "specificity" OR TI "reliability*" OR AB "frequency" OR AB "sensitivity" OR AB "specificity" OR AB "reliability*")	20.11.2024 16 101

Web of Science	(TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND (TI="Adolescen*" OR TI="child*" OR TI="youth" OR TI="kid" OR TI="juvenile" OR TI="infant*" OR TI="minor*" OR TI="teenager" OR TI="young*" OR TI="paediatric*" OR AB="Adolescen*" OR AB="child*" OR AB="youth" OR AB="kid" OR AB="juvenile" OR AB="infant*" OR AB="minor*" OR AB="teenager" OR AB="young*" OR AB="paediatric*") AND (TI="diagnostic criteria" OR TI="DSM-5" OR TI="DSM 5" OR TI="ICD-11" OR TI="ICD 11" OR TI="DSM V" OR TI="DSM-V" OR TI="Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5" OR TI="International Classification of Diseases 11" OR AB="diagnostic criteria" OR AB="DSM-5" OR AB="DSM 5" OR AB="ICD-11" OR AB="ICD 11" OR AB="DSM V" OR AB="DSM-V" OR AB="Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5" OR AB="International Classification of Diseases 11") AND (TI="frequency" OR TI="sensitivity" OR TI="specificity" OR TI="reliability*" OR AB="frequency" OR AB="sensitivity" OR AB="specificity" OR AB="reliability*")	20.11.2024 117

Klinische Fragestellung 2: Welche der u.g. Instrumente (nach DSM-5, ICD-11) weisen hinsichtlich der genannten Outcomes (s.u.) eine zufriedenstellende psychometrische Güte auf?

2a. PICO-Frage: Welche der u.g. Instrumente nach DSM-5 weisen hinsichtlich der genannten Outcomes (s.u.) eine zufriedenstellende psychometrische Güte auf?

2b. PICO-Frage: Welche der u.g. Instrumente nach ICD-11 weisen hinsichtlich der genannten Outcomes (s.u.) eine zufriedenstellende psychometrische Güte auf?

2c. PICO-Frage: Welche der u.g. Instrumente nach ICD-11 weisen hinsichtlich der genannten Outcomes (s.u.) eine zufriedenstellende psychometrische Güte auf?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma"[tiab] OR "post-trauma"[tiab] OR "c-ptsd"[tiab] OR "cptsd"[tiab] OR "complex trauma"[tiab]) AND ("Adolescen"[tiab] OR "child"[tiab] OR "youth"[tiab] OR "kid"[tiab] OR "juvenile"[tiab] OR "infant"[tiab] OR "minor"[tiab] OR "teenager"[tiab] OR "young"[tiab] OR "paediatric"[tiab]) AND ("CATS-2"[tiab] OR "Trauma Screen"[tiab] OR "Symptom Scale"[tiab])	20.11.2024 234

	OR "CPSS*" [tiab] OR "UCLA PTSD*" [tiab] OR "CAPS*" [tiab] OR "Clinician Administered" [tiab] OR "Trauma Questionnaire" [tiab] OR "ITQ-CA" [tiab]) AND ("Psychometric" [tiab] OR "validat*" [tiab] OR "validity" [tiab] OR "reliability" [tiab] OR "sensitivity" [tiab] OR "specificity" [tiab] OR "utility" [tiab] OR "review" [sb] OR "Meta-Analysis" [sb] OR "Systematic Review" [sb] OR "systematic" [sb] OR meta-analysis [pt] OR review [pt] OR systematic review [pt] OR review [ti] OR meta-analysis [ti] OR metaanalysis [ti])	
Epistemonikos	+ Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" + Zeile: "Adolescen*" OR "child*" OR "youth" OR "kid" OR "juvenile" OR "infant*" OR "minor*" OR "teenager" OR "young*" OR "paediatric" + ("CATS-2" OR "Trauma Screen" OR "Symptom Scale" OR "CPSS*" OR "UCLA PTSD*" OR "CAPS*" OR "Clinician Administered" OR "Trauma Questionnaire" OR "ITQ-CA") + ("Psychometric" OR "validat*" OR "validity" OR "reliability" OR "sensitivity" OR "specificity" OR "utility" OR "review" OR "meta-analysis" OR "metaanalysis")	20.11.2024 7
Psyndex/ PsycInfo	(MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) AND (TI "Adolescen*" OR TI "child*" OR TI "youth" OR TI "kid" OR TI "juvenile" OR TI "infant*" OR TI "minor*" OR TI "teenager" OR TI "young*" OR TI "paediatric*" OR AB "Adolescen*" OR AB "child*" OR AB "youth" OR AB "kid" OR AB "juvenile" OR AB "infant*" OR AB "minor*" OR AB "teenager" OR AB "young*" OR AB "paediatric*") AND (TI "CATS-2" OR TI "Trauma Screen" OR TI "Symptom Scale" OR TI "CPSS*" OR TI "UCLA PTSD*" OR TI "CAPS*" OR TI "Clinician Administered" OR TI "Trauma Questionnaire" OR TI "ITQ-CA" OR AB "CATS-2" OR AB "Trauma Screen" OR AB "Symptom Scale" OR AB "CPSS*" OR AB "UCLA PTSD*" OR AB "CAPS*" OR AB "Clinician Administered" OR AB "Trauma Questionnaire" OR AB "ITQ-CA") AND (TI "Psychometric" OR TI "validat*" OR TI "validity" OR TI "reliability" OR TI "sensitivity" OR TI "specificity" OR TI "utility" OR AB "Psychometric" OR AB "validat*" OR AB "validity" OR AB "reliability" OR AB "sensitivity" OR AB "specificity" OR AB "utility" OR MA "review" OR MA "Meta-Analysis" OR MA "systematic review" OR MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis)	20.11.2024 21 169
Web of Science	(TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma")	20.11.2024 233

	AND (TI="Adolescen*" OR TI="child*" OR TI="youth" OR TI="kid" OR TI="juvenile" OR TI="infant*" OR TI="minor*" OR TI="teenager" OR TI="young*" OR TI="paediatric*" OR AB="Adolescen*" OR AB="child*" OR AB="youth" OR AB="kid" OR AB="juvenile" OR AB="infant*" OR AB="minor*" OR AB="teenager" OR AB="young*" OR AB="paediatric*") AND (TI="CATS-2" OR TI="Trauma Screen" OR TI="Symptom Scale" OR TI="CPSS*" OR TI="UCLA PTSD*" OR TI="CAPS*" OR TI="Clinician Administered" OR TI="Trauma Questionnaire" OR TI="ITQ-CA" OR AB="CATS-2" OR AB="Trauma Screen" OR AB="Symptom Scale" OR AB="CPSS*" OR AB="UCLA PTSD*" OR AB="CAPS*" OR AB="Clinician Administered" OR AB="Trauma Questionnaire" OR AB="ITQ-CA") AND (TI="Psychometric" OR TI="validat*" OR TI="validity" OR TI="reliability" OR TI="sensitivity" OR TI="specificity" OR TI="utility" OR AB="Psychometric" OR AB="validat*" OR AB="validity" OR AB="reliability" OR AB="sensitivity" OR AB="specificity" OR AB="utility" OR TI=review OR TI=meta-analysis OR TI=metaanalysis OR AB=review OR AB=meta-analysis OR AB=metaanalysis)	

Klinische Fragestellung 3: Welches in deutscher Sprache verfügbare Instrument weist hinsichtlich der u. g. Outcomes ausreichend zufriedenstellende Güte auf, um die psychosoziale Funktionsfähigkeit und/oder Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit PTBS/KPTBS zu erfassen?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma*" [tiab] OR "post-trauma"[tiab] OR "c-ptsd"[tiab] OR "cptsd"[tiab] OR "complex trauma"[tiab]) AND ("Adolescen*" [tiab] OR "child*" [tiab] OR "youth" [tiab] OR "kid" [tiab] OR "juvenile" [tiab] OR "infant*" [tiab] OR "minor*" [tiab] OR "teenager" [tiab] OR "young*" [tiab] OR "paediatric*" [tiab]) AND ("CATS-2" [tiab] OR "Trauma Screen" [tiab] OR "Symptom Scale" [tiab] OR "CPSS*" [tiab] OR "UCLA PTSD*" [tiab] OR "CAPS*" [tiab] OR "Clinician Administered" [tiab] OR "Trauma Questionnaire" [tiab] OR "ITQ-CA" [tiab] OR "Kidscreen*" [tiab] OR "GCQ" [tiab] OR "HRQoL" [tiab] OR "PedsQL" [tiab] OR "YQOL" [tiab] OR "Youth Quality of Life Instrument*" [tiab] OR "Quality of Life Measure" [tiab] OR "Health-Related" [tiab] OR "Pediatric Quality of Life Inventory" [tiab] OR "C-GAS" [tiab] OR "CGAS" [tiab] OR "global assessment scale" [tiab]) AND ("functioning" [tiab] OR "quality of life" [tiab] OR "impairment" [tiab]) AND ("Psychometric" [tiab] OR "validat*" [tiab] OR "validity" [tiab] OR "reliability" [tiab] OR "sensitivity" [tiab] OR "specificity" [tiab] OR "utility" [tiab] OR "review" [sb] OR "Meta-Analysis" [sb] OR "Systematic Review" [sb] OR "systematic" [sb] OR meta-analysis [pt] OR review [pt])	20.11.2024 83

	OR systematic review[pt] OR review[tj] OR meta-analysis[tj] OR metaanalysis[tj])	
Epistemonikos	+ Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" + Zeile: "Adolescen*" OR "child*" OR "youth" OR "kid" OR "juvenile" OR "infant*" OR "minor*" OR "teenager" OR "young*" OR "paediatric" + ("CATS-2" OR "Trauma Screen" OR "Symptom Scale" OR "CPSS*" OR "UCLA PTSD*" OR "CAPS*" OR "Clinician Administered" OR "Trauma Questionnaire" OR "ITQ-CA" OR "Kid-screen*" OR "GCQ" OR "HRQoL" OR "PedsQL" OR "YQOL" OR "Youth Quality of Life Instrument" OR "Quality of Life Measure" OR "Health-Related" OR "Pediatric Quality of Life Inventory" OR "C-GAS" OR "CGAS" OR "global assessment scale") + ("functioning" OR "quality of life" OR "impairment") + ("Psychometric" OR "validat*" OR "validity" OR "reliability" OR "sensitivity" OR "specificity" OR "utility" OR "review" OR "meta-analysis" OR "metaanalysis")	20.11.2024 45
Psyndex/ PsycInfo	MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) AND (TI "Adolescen*" OR TI "child*" OR TI "youth" OR TI "kid" OR TI "juvenile" OR TI "infant*" OR TI "minor*" OR TI "teenager" OR TI "young*" OR TI "paediatric" OR AB "Adolescen*" OR AB "child*" OR AB "youth" OR AB "kid" OR AB "juvenile" OR AB "infant*" OR AB "minor*" OR AB "teenager" OR AB "young*" OR AB "paediatric") AND (TI "CATS-2" OR TI "Trauma Screen" OR TI "Symptom Scale" OR TI "CPSS*" OR TI "UCLA PTSD*" OR TI "CAPS*" OR TI "Clinician Administered" OR TI "Trauma Questionnaire" OR TI "ITQ-CA" OR TI "Kid-screen*" OR TI "GCQ" OR TI "HRQoL" OR TI "PedsQL" OR TI "YQOL" OR TI "Youth Quality of Life Instrument" OR TI "Quality of Life Measure" OR TI "Health-Related" OR TI "Pediatric Quality of Life Inventory" OR TI "C-GAS" OR TI "CGAS" OR TI "global assessment scale" OR AB "CATS-2" OR AB "Trauma Screen" OR AB "Symptom Scale" OR AB "CPSS*" OR AB "UCLA PTSD*" OR AB "CAPS*" OR AB "Clinician Administered" OR AB "Trauma Questionnaire" OR AB "ITQ-CA" OR AB "Kidscreen*" OR AB "GCQ" OR AB "HRQoL" OR AB "PedsQL" OR AB "YQOL" OR AB "Youth Quality of Life Instrument" OR AB "Quality of Life Measure" OR AB "Health-Related" OR AB "Pediatric Quality of Life Inventory" OR AB "C-GAS" OR AB "CGAS" OR AB "global assessment scale") AND (TI "functioning" OR TI "quality of life" OR TI "impairment" OR AB "functioning" OR AB "quality of life" OR AB "impairment") AND (TI "Psychometric" OR TI "validat*" OR TI "validity" OR TI "reliability" OR TI "sensitivity" OR TI "specificity" OR TI "utility" OR AB "Psychometric" OR AB "validat*" OR AB "validity" OR AB "reliability" OR AB "sensitivity" OR AB "specificity" OR AB "utility" OR MA "review" OR MA "Meta-Analysis" OR MA "systematic review" OR MR "review" OR MR	20.11.2024 8 47

	"Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis)	
Web of Science	(TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND (TI="Adolescen*" OR TI="child*" OR TI="youth" OR TI="kid" OR TI="juvenile" OR TI="infant*" OR TI="minor*" OR TI="teenager" OR TI="young*" OR TI="paediatric*" OR AB="Adolescen*" OR AB="child*" OR AB="youth" OR AB="kid" OR AB="juvenile" OR AB="infant*" OR AB="minor*" OR AB="teenager" OR AB="young*" OR AB="paediatric*") AND (TI="CATS-2" OR TI="Trauma Screen" OR TI="Symptom Scale" OR TI="CPSS*" OR TI="UCLA PTSD*" OR TI="CAPS*" OR TI="Clinician Administered" OR TI="Trauma Questionnaire" OR TI="ITQ-CA" OR TI="Kidscreen*" OR TI="GCQ" OR TI="HRQoL" OR TI="PedsQL" OR TI="YQOL" OR TI="Youth Quality of Life Instrument" OR TI="Quality of Life Measure" OR TI="Health-Related" OR TI="Pediatric Quality of Life Inventory" OR TI="C-GAS" OR TI="CGAS" OR TI="global assessment scale" OR AB="CATS-2" OR AB="Trauma Screen" OR AB="Symptom Scale" OR AB="CPSS*" OR AB="UCLA PTSD*" OR AB="CAPS*" OR AB="Clinician Administered" OR AB="Trauma Questionnaire" OR AB="ITQ-CA" OR AB="Kidscreen*" OR AB="GCQ" OR AB="HRQoL" OR AB="PedsQL" OR AB="YQOL" OR AB="Youth Quality of Life Instrument*" OR AB="Quality of Life Measure" OR AB="Health-Related" OR AB="Pediatric Quality of Life Inventory" OR AB="C-GAS" OR AB="CGAS" OR AB="global assessment scale") AND (TI="functioning" OR TI="quality of life" OR TI="impairment" OR AB="functioning" OR AB="quality of life" OR AB="impairment") AND (TI="Psychometric" OR TI="validat*" OR TI="validity" OR TI="reliability" OR TI="sensitivity" OR TI="specificity" OR TI="utility" OR AB="Psychometric" OR AB="validat*" OR AB="validity" OR AB="reliability" OR AB="sensitivity" OR AB="specificity" OR AB="utility" OR TI=review OR TI=meta-analysis OR TI=metaanalysis OR AB=review OR AB=meta-analysis OR AB=metaanalysis)	20.11.2024 70

AG Kinder und Jugendliche: Behandlung | Aggregierte Evidenz

Klinische Fragestellung 1: Ist eine Behandlung mit Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen (Alter ≤ 18) mit PTB-Symptomen bzw. mit KPTB-Symptomen (ICD-11) wirksamer als eine Behandlung mit Placebo oder eine Kombinationstherapie aus Psychotherapie und Psychopharmaka hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen und Reduktion von Depressivität, Angstsymptomen, Funktionseinschränkung, externalisierenden Verhaltensstörungen und anderen psychischen Auffälligkeiten?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl.	("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR	21.03.2024

Medline)	"systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) AND ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma*"[tiab] OR "posttrauma*"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("Adolescen*"[tiab] OR "child*"[tiab] OR "youth"[tiab] OR "kid"[tiab] OR "juvenile"[tiab] OR "infant*"[tiab] OR "minor*"[tiab] OR "teenager"[tiab] OR "young*"[tiab] OR "paediatric*"[tiab]) AND ("psychopharmaco*"[tiab] OR "pharmacotherap*"[tiab] OR "drug*"[tiab] OR "pharmacological*"[tiab] OR "pharmacoloc*"[tiab] OR "Sertraline*"[tiab] OR "paroxetine*"[tiab] OR "venlafaxine*"[tiab] OR "fluoxetine*"[tiab] OR "citalopram*"[tiab] OR "mirtazapine*"[tiab] OR "imipramine*"[tiab] OR "vortioxetine*"[tiab] OR "amitriptyline*"[tiab] OR "quetiapine*"[tiab] OR "risperidone*"[tiab] OR "olanzapine*"[tiab] OR "hydroxyzine*"[tiab] OR "phenelzine*"[tiab] OR "topiramate*"[tiab] OR "lamotrigine*"[tiab] OR "valproate*"[tiab] OR "benzodiazepine*"[tiab] OR "ketamine*"[tiab] OR "THC"[tiab] OR "CBD"[tiab] OR "Selective serotonin reuptake inhibitors"[tiab]) AND (humans[Filter])	243
Epistemonikos	1. Zeile: "meta-analysis" OR "systematic review" OR "review" OR "meta analysis" OR "metaanalysis" 2. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" 3. Zeile: "Adolescen*" OR "child*" OR "youth" OR "kid" OR "juvenile" OR "infant*" OR "minor*" OR "teenager" OR "young*" OR "paediatric*" 4. Zeile: "psychopharmaco*" OR "pharmacotherap*" OR "drug*" OR "pharmacological*" OR "pharmacoloc*" OR "Sertraline*" OR "paroxetine*" OR "venlafaxine*" OR "fluoxetine*" OR "citalopram*" OR "mirtazapine*" OR "imipramine*" OR "vortioxetine*" OR "amitriptyline*" OR "quetiapine*" OR "risperidone*" OR "olanzapine*" OR "hydroxyzine*" OR "phenelzine*" OR "topiramate*" OR "lamotrigine*" OR "valproate*" OR "benzodiazepine*" OR "ketamine*" OR "THC" OR "CBD" OR "Selective serotonin reuptake inhibitors"	21.03.2024 7
Psyndex/ PsycInfo	(MA "review" OR MA "Meta-Analysis" OR MA "systematic review" OR MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis) AND (MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) AND	21.03.2024 3 71

	(TI "Adolescen*" OR TI "child*" OR TI "youth" OR TI "kid" OR TI "juvenile" OR TI "infant*" OR TI "minor*" OR TI "teenager" OR TI "young*" OR TI "paediatric*" OR AB "Adolescen*" OR AB "child*" OR AB "youth" OR AB "kid" OR AB "juvenile" OR AB "infant*" OR AB "minor*" OR AB "teenager" OR AB "young*" OR AB "paediatric*") AND (TI "psychopharmaco*" OR TI "pharmacotherap*" OR TI "drug*" OR TI "pharmacological*" OR TI "pharmacoloc*" OR TI "Sertraline*" OR TI "paroxetine*" OR TI "venlafaxine*" OR TI "fluoxetine*" OR TI "citalopram*" OR TI "mirtazapine*" OR TI "imipramine*" OR TI "vortioxetine*" OR TI "amitriptyline*" OR TI "quetiapine*" OR TI "risperidone*" OR TI "olanzapine*" OR TI "hydroxyzine*" OR TI "phenelzine*" OR TI "topiramate*" OR TI "lamotrigine*" OR TI "valproate*" OR TI "bezodiazepine*" OR TI "ketamine*" OR TI "THC" OR TI "CBD" OR TI "Selective serotonin reuptake inhibitors" OR AB "psychopharmaco*" OR AB "pharmacotherap*" OR AB "drug*" OR AB "pharmacological*" OR AB "pharmacoloc*" OR AB "Sertraline*" OR AB "paroxetine*" OR AB "venlafaxine*" OR AB "fluoxetine*" OR AB "citalopram*" OR AB "mirtazapine*" OR AB "imipramine*" OR AB "vortioxetine*" OR AB "amitriptyline*" OR AB "quetiapine*" OR AB "risperidone*" OR AB "olanzapine*" OR AB "hydroxyzine*" OR AB "phenelzine*" OR AB "topiramate*" OR AB "lamotrigine*" OR AB "valproate*" OR AB "benzodiazepine*" OR AB "ketamine*" OR AB "THC" OR AB "CBD" OR AB "Selective serotonin reuptake inhibitors")	
Web of Science	(TI=review OR TI=meta-analysis OR TI=metaanalysis OR AB=review OR AB=meta-analysis OR AB=metaanalysis) AND (TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND (TI="Adolescen*" OR TI="child*" OR TI="youth" OR TI="kid" OR TI="juvenile" OR TI="infant*" OR TI="minor*" OR TI="teenager" OR TI="young*" OR TI="paediatric*" OR AB="Adolescen*" OR AB="child*" OR AB="youth" OR AB="kid" OR AB="juvenile" OR AB="infant*" OR AB="minor*" OR AB="teenager" OR AB="young*" OR AB="paediatric*") AND (TI="psychopharmaco*" OR TI="pharmacotherap*" OR TI="drug*" OR TI="pharmacological*" OR TI="pharmacoloc*" OR TI="Sertraline*" OR TI="paroxetine*" OR TI="venlafaxine*" OR TI="fluoxetine*" OR TI="citalopram*" OR TI="mirtazapine*" OR TI="imipramine*" OR TI="vortioxetine*" OR TI="amitriptyline*" OR TI="quetiapine*" OR TI="risperidone*" OR TI="olanzapine*" OR TI="hydroxyzine*" OR TI="phenelzine*" OR TI="topiramate*" OR TI="lamotrigine*" OR TI="valproate*" OR TI="bezodiazepine*" OR TI="ketamine*" OR TI="THC" OR TI="CBD" OR TI="Selective serotonin reuptake inhibitors" OR AB="psychopharmaco*" OR AB="pharmacotherap*" OR AB="drug*" OR AB="pharmacological*" OR AB="pharmacoloc*" OR AB="Sertraline*" OR AB="paroxetine*" OR AB="venlafaxine*" OR AB="fluoxetine*" OR AB="citalopram*" OR	21.03.2024 181

	AB="mirtazapine*" OR AB="imipramine*" OR AB="vortioxetine*" OR AB="amitriptyline*" OR AB="quetiapine*" OR AB="risperidone*" OR AB="olanzapine*" OR AB="hydroxyzine*" OR AB="phenelzine*" OR AB="topiramate*" OR AB="lamotrigine*" OR AB="valproate*" OR AB="benzodiazepine*" OR AB="ketamine*" OR AB="THC" OR AB="CBD" OR AB="Selective serotonin reuptake inhibitors")	

Klinische Fragestellung 2: Welche psychotherapeutischen Interventionen (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Psychotherapie) sind bei Kindern und Jugendlichen (Alter ≤ 21) mit PTB-Symptomen bzw. mit KPTB-Symptomen (ICD-11) effektiver als sowohl inaktive als auch aktive Kontrollbedingungen hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen und Reduktion von Depressivität, Angstsymptomen, Funktionseinschränkung, externalisierenden Verhaltensstörungen und anderen psychischen Auffälligkeiten?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) AND ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma*"[tiab] OR "posttrauma*"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("Adolescen*"[tiab] OR "child*"[tiab] OR "youth"[tiab] OR "kid"[tiab] OR "juvenile"[tiab] OR "infant*"[tiab] OR "minor*"[tiab] OR "teenager"[tiab] OR "young*"[tiab] OR "paediatric*"[tiab]) AND ("psychotherap*" OR (("psycho*"[tiab] OR "trauma focused"[tiab] OR "traumafocused"[tiab] OR "trauma-focused"[tiab] OR "guideline-recommended"[tiab] OR "first-line"[tiab] OR "cognitive behavioral"[tiab] OR "exposure"[tiab]) AND ("therap*"[tiab] OR "intervention*"[tiab] OR "counsel*"[tiab] OR "treatment*"[tiab]))) AND (humans[Filter]) AND (2013:2024[dp])	21.03.2024 597
Epistemonikos	1. Zeile: "meta-analysis" OR "systematic review" OR "review" OR "meta analysis" OR "metaanalysis" + Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" + Zeile: "Adolescen*" OR "child*" OR "youth" OR "kid" OR "juvenile" OR "infant*" OR "minor*" OR "teenager" OR "young*" OR "paediatric" + "psychotherap*" OR (("psycho*" OR "trauma focused" OR "traumafocused" OR "trauma-focused" OR "guideline-recommended" OR "first-line" OR "cognitive behavioral" OR "exposure") AND ("therap*" OR "intervention*" OR "counsel*" OR "treatment*"))	21.03.2024 41

	+ Filter Year	
Psyndex/ PsycInfo	(MA "review" OR MA "Meta-Analysis" OR MA "systematic review" OR MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis) AND (MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) AND (TI "Adolescen*" OR TI "child*" OR TI "youth" OR TI "kid" OR TI "juvenile" OR TI "infant*" OR TI "minor*" OR TI "teenager" OR TI "young*" OR TI "paediatric*" OR AB "Adolescen*" OR AB "child*" OR AB "youth" OR AB "kid" OR AB "juvenile" OR AB "infant*" OR AB "minor*" OR AB "teenager" OR AB "young*" OR AB "paediatric*") AND (TI "psychotherap*" OR ((TI "psycho*" OR TI "trauma focused" OR TI "traumafocused" OR TI "trauma-focused" OR TI "guideline-recommended" OR TI "first-line" OR TI "cognitive behavioral" OR TI "exposure") AND (TI "therap*" OR TI "intervention*" OR TI "counsel*" OR TI "treatment*")) OR AB "psychotherap*" OR ((AB "psycho*" OR AB "trauma focused" OR AB "traumafocused" OR AB "trauma-focused" OR AB "guideline-recommended" OR AB "first-line" OR AB "cognitive behavioral" OR AB "exposure") AND (AB "therap*" OR AB "intervention*" OR AB "counsel*" OR AB "treatment*")))) AND PY 2013-2024	21.03.2024 45 312
Web of Science	(TI=review OR TI=meta-analysis OR TI=metaanalysis OR AB=review OR AB=meta-analysis OR AB=metaanalysis) AND (TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND (TI="Adolescen*" OR TI="child*" OR TI="youth" OR TI="kid" OR TI="juvenile" OR TI="infant*" OR TI="minor*" OR TI="teenager" OR TI="young*" OR TI="paediatric*" OR AB="Adolescen*" OR AB="child*" OR AB="youth" OR AB="kid" OR AB="juvenile" OR AB="infant*" OR AB="minor*" OR AB="teenager" OR AB="young*" OR AB="paediatric*") AND	21.03.2024 563

	(TI="psychotherap*" OR ((TI="psycho*" OR TI="trauma focused" OR TI="traumafocused" OR TI="trauma-focused" OR TI="guideline-recommended" OR TI="first-line" OR TI="cognitive behavioral" OR TI="exposure") AND (TI="therap*" OR TI="intervention*" OR TI="counsel*" OR TI="treatment*"))) OR AB="psychotherap*" OR ((AB="psycho*" OR AB="trauma focused" OR AB="traumafocused" OR AB="trauma-focused" OR AB="guideline-recommended" OR AB="first-line" OR AB="cognitive behavioral" OR AB="exposure") AND (AB="therap*" OR AB="intervention*" OR AB="counsel*" OR AB="treatment*")))) AND PY=(2013-2023)	

Klinische Fragestellung 3: Gibt es eine systematische Überlegenheit einer Variante der traumafokussierten Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Alter ≤ 21) mit PTB-Symptomen bzw. mit KPTB-Symptomen (ICD-11) hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen und Reduktion von Depressivität, Angstsymptomen, Funktionseinschränkung, externalisierenden Verhaltensstörungen und anderen psychischen Auffälligkeiten?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) AND ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma*"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("Adolescen*"[tiab] OR "child*"[tiab] OR "youth"[tiab] OR "kid"[tiab] OR "juvenile"[tiab] OR "infant*"[tiab] OR "minor*"[tiab] OR "teenager"[tiab] OR "young*"[tiab] OR "paediatric*"[tiab]) AND ((("trauma-focused"[tiab] OR "traumafocused"[tiab] OR "trauma focused"[tiab] OR "guideline-recommended"[tiab] OR "first-line"[tiab]) AND ("psychotherap*" OR ("psycho*" [tiab] AND (therap*[tiab] OR intervention*[tiab] OR counsel*[tiab])))) OR ("imagery, psychotherapy"[mh] OR ("imagery"[tiab] AND "psychotherapy"[tiab]) OR ("imagery"[tiab] AND "rescripting"[tiab]) OR ("brief"[tiab] AND "eclectic"[tiab]) AND ("therap*"[tiab] OR "therapeutics"[mh])) OR (("narration"[mh] OR "narrati*"[tiab]) AND ("Implosive Therapy"[mh] OR "exposure"[tiab] AND "therap*"[tiab])) OR "NET"[tiab] OR ("mental processes"[mh] OR ("mental"[tiab] AND "process*"[tiab]) OR ("cognitive"[tiab] AND "process*"[tiab]) AND ("therap*"[tiab] OR "therapeutics"[mh])) OR ("exposure"[tiab] AND "therap*"[tiab]) OR ("eye movement desensitization reprocessing"[mh] OR "eye"[tiab])	21.03.2024 225

	AND "movement"[tiab] AND "desensitization"[tiab] AND "reprocessing"[tiab] OR "eye movement desensitization reprocessing"[tiab] OR "emdr"[tiab])) OR ("Cognitive Behavioral Therapy"[mh] OR "CBT"[tiab] OR "cognitive behav* therapy"[tiab] OR "cognitive modification*"[tiab])) OR ("STAIR"[tiab] OR "DBT"[tiab] OR "Dialectical Behavior Therapy"[mh])) AND (humans[Filter]) AND (2013:2024[dp])	
Epistemonikos	1. Zeile: "meta-analysis" OR "systematic review" OR "review" OR "meta analysis" OR "metaanalysis" + Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" + Zeile: "Adolescen*" OR "child*" OR "youth" OR "kid" OR "juvenile" OR "infant*" OR "minor*" OR "teenager" OR "young*" OR "paediatric*" + Zeile: (("trauma-focused" OR "traumafocused" OR "trauma focused" OR "guideline-recommended" OR "first-line") AND ("psychotherap*" OR ("psycho*" AND (therap* OR intervention* OR counsel*)))) OR ("imagery" AND "psychotherapy") OR ("imagery" AND "re-scripting") OR ("brief" AND "eclectic" AND "therap*") OR ("narrati*" AND "exposure" AND "therap*") OR "NET" OR ("mental" AND "process*" AND "therap*") OR ("cognitive" AND "process*" AND "therap*") OR ("exposure" AND "therap*") OR ("eye" AND "movement" AND "desensitization" AND "reprocessing") OR "eye movement desensitization reprocessing" OR "emdr" OR "CBT" OR "cognitive behav* therapy" OR "cognitive modification*" OR "STAIR" OR "DBT" + Filter	21.03.2024 31
Psyndex/ PsycInfo	(MA "review" OR MA "Meta-Analysis" OR MA "systematic review" OR MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis) AND (MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma*")) AND (TI "Adolescen*" OR TI "child*" OR TI "youth" OR TI "kid" OR TI "juvenile" OR TI "infant*" OR TI "minor*" OR TI "teenager" OR TI "young*" OR TI "paediatric*" OR AB "Adolescen*" OR AB "child*" OR AB "youth" OR AB "kid" OR AB "juvenile" OR AB "infant*" OR AB "minor*" OR AB "teenager" OR AB "young*" OR AB "paediatric*") AND	21.03.2024 27 128

	((((TI "trauma-focused" OR AB "trauma-focused" OR TI "traumafocused" OR AB "traumafocused" OR TI "trauma focused" OR AB "trauma focused" OR TI "guideline-recommended" OR AB "guideline-recommended" OR TI "first-line" OR AB "first-line") AND (TI "psychotherap*" OR AB "psychotherapy*" OR (TI "psycho" AND TI "therap*") OR (AB "psycho" AND AB "therap*") OR TI "intervention" OR AB "intervention" OR TI "counsel" OR AB "counsel")) OR MA "imagery, psychotherapy" OR (TI "imagery" AND TI "psychotherapy") OR (AB "imagery" AND "psychotherapy") OR (TI "imagery" AND TI "rescripting") OR (AB "imagery" AND AB "rescripting") OR (TI "brief" AND TI "electic" AND TI "therap*") OR (AB "brief" AND AB "electic" AND AB "therap*") OR (MA "narration" AND MA "Implosive Therapy") OR (TI "narrati*" AND TI "exposure" AND TI "therapy") OR (AB "narrati*" AND AB "exposure" AND AB "therapy") OR TI "NET" OR AB "NET" OR (TI "exposure" AND TI "therapy") OR (AB "exposure" AND AB "therapy") OR (MA "mental processes" AND (TI "therap*" OR AB "therap*") OR (TI "mental" AND TI "process" AND TI "therap*") OR (AB "mental" AND AB "process" AND AB "therap*")) OR (TI "exposure" AND TI "therap*") OR (AB "exposure" AND AB "therap*") OR MA "eye movement desensitization reprocessing" OR TI "eye movement desensitization reprocessing" OR AB "eye movement desensitization reprocessing" OR (TI "eye" AND TI "movement" AND TI "desensitization" AND TI "reprocessing") OR (AB "eye" AND AB "movement" AND AB "desensitization" AND AB "reprocessing") OR TI "emdr" OR AB "emdr" OR MA "Cognitive Behavioral Therapy" OR TI "cognitive behav* therapy" OR AB "cognitive behav* therapy" OR TI "CBT" OR AB "CBT" OR TI "cognitive modification*" OR AB "cognitive modification*" OR TI "STAIR" OR AB "STAIR" OR TI "DBT" OR AB "DBT" OR MA "Dialectical Behavior Therapy") AND PY 2013-2024	
Web of Science	(TI=review OR TI=meta-analysis OR TI=metaanalysis OR AB=review OR AB=meta-analysis OR AB=metaanalysis) AND (TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma")	21.03.2024 202

	AND (TI="Adolescen*" OR TI="child*" OR TI="youth" OR TI="kid" OR TI="juvenile" OR TI="infant*" OR TI="minor*" OR TI="teenager" OR TI="young*" OR TI="paediatric*" OR AB="Adolescen*" OR AB="child*" OR AB="youth" OR AB="kid" OR AB="juvenile" OR AB="infant*" OR AB="minor*" OR AB="teenager" OR AB="young*" OR AB="paediatric*") AND ((TI="trauma-focused" OR AB="trauma-focused" OR TI="traumafocused" OR AB="traumafocused" OR TI="trauma focused" OR AB="trauma focused" OR TI="guideline-recommended" OR AB="guideline-recommended" OR TI="first-line" OR AB="first-line") AND (TI="psychotherap*" OR AB="psychotherapy*" OR (TI="psycho" AND TI="therap*") OR (AB="psycho" AND AB="therap*") OR TI="intervention" OR AB="intervention" OR TI="counsel" OR AB="counsel")) OR (AB="narrat*" AND AB="exposure" AND AB="therapy") OR (TI="narrat*" AND TI="exposure" AND TI="therapy") OR AB="NET" OR TI="NET" OR (TI="exposure" AND TI="therapy") OR (AB="exposure" AND AB="therapy") OR ALL=("psychotherapy imagery" OR (TI="imagery" AND TI="psychotherapy") OR (AB="imagery" AND AB="psychotherapy") OR (TI="imagery" AND TI="rescripting") OR (AB="imagery" AND AB="rescripting") OR (TI="brief" AND TI="eclectic" AND TI="therap*") OR (AB="brief" AND AB="eclectic" AND AB="therap*")) OR TI="Mental Processes" OR AB="Mental Processes" OR (TI="mental" AND TI="process*" AND TI="therap*") OR (AB="mental" AND TI="process*" AND AB="therap*") OR (TI="cognitive" AND TI="process*" AND TI="therap*") OR (AB="cognitive" AND AB="process*" AND AB="therap*") OR (TI="exposure" AND TI="therap*") OR (AB="exposure" AND AB="therap*") OR ALL="eye movement desensitization reprocessing" OR TI="eye movement desensitization reprocessing" OR AB="eye movement desensitization reprocessing" OR (TI="eye" AND TI="movement" AND TI="desensitization" AND TI="reprocessing") OR (AB="eye" AND AB="movement" AND AB="desensitization" AND AB="reprocessing") OR TI="emdr" OR AB="emdr" OR TI="cognitive behav* therapy" OR AB="cognitive behav* therapy" OR TI="CBT" OR AB="CBT" OR TI="cognitive modification*" OR AB="cognitive modification*" OR TI="STAIR" OR AB="STAIR" OR TI="DBT" OR AB="DBT") AND PY=(2013-2023)	

Klinische Fragestellung 4: Sind phasenbasierte psychotherapeutische Interventionen bei Kindern und Jugendlichen (Alter ≤ 21) mit PTB-Symptomen bzw. mit KPTB-Symptomen (ICD-11) effektiver

als rein traumafokussierte oder nicht-traumafokussierte psychotherapeutische Interventionen hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen und Reduktion von Depressivität, Angstsymptomen, Funktionseinschränkung, externalisierenden Verhaltensstörungen und anderen psychischen Auffälligkeiten?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) AND ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma*"[tiab] OR "posttrauma*"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("Adolescen*"[tiab] OR "child*"[tiab] OR "youth"[tiab] OR "kid"[tiab] OR "juvenile"[tiab] OR "infant*"[tiab] OR "minor*"[tiab] OR "teenager"[tiab] OR "young*"[tiab] OR "paediatric*"[tiab]) AND ("Dialectical Behavior Therapy"[mh] OR "DBT"[tiab] OR "DBT-PTSD"[tiab] OR "skills*"[tiab] OR "STAIR*"[tiab] OR "phase*"[tiab] OR "stage*"[tiab] OR "sequential*"[tiab] OR "D-CBT"[tiab] OR "stepped care"[tiab] OR "TF-CBT"[tiab] OR "Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy"[tiab]) AND ("psychotherap*" OR ((("psycho*"[tiab] OR "trauma focused"[tiab] OR "traumafocused"[tiab] OR "trauma-focused"[tiab] OR "guideline-recommended"[tiab] OR "first-line"[tiab] OR "cognitive behavioral"[tiab] OR "exposure"[tiab]) AND ("therap*"[tiab] OR "intervention*"[tiab] OR "counsel*"[tiab] OR "treatment*"[tiab]))) AND (2013:2024[dp]) AND (humans[Filter])	21.03.2024 107
Epistemonikos	1. Zeile: "meta-analysis" OR "systematic review" OR "review" OR "meta analysis" OR "metaanalysis" + Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" + Zeile: "Adolescen*" OR "child*" OR "youth" OR "kid" OR "juvenile" OR "infant*" OR "minor*" OR "teenager" OR "young*" OR "paediatric" + "psychotherap*" OR ((("psycho*" OR "trauma focused" OR "traumafocused" OR "trauma-focused" OR "guideline-recommended" OR "first-line" OR "cognitive behavioral" OR "exposure") AND ("therap*" OR "intervention*" OR "counsel*" OR "treatment*"))) + ("Dialectical Behavior Therapy" OR "DBT" OR "DBT-PTSD" OR "skills*" OR "STAIR*" OR "phase*" OR "stage*" OR "sequential" OR "E-KVT" OR "stepped care" OR "TF-CBT" OR "Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy")	21.03.2024 10

	2. Filter Year	
Psyndex/ PsycInfo	(MA "review" OR MA "Meta-Analysis" OR MA "systematic review" OR MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis) AND (MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) AND (TI "Adolescen*" OR TI "child*" OR TI "youth" OR TI "kid" OR TI "juvenile" OR TI "infant*" OR TI "minor*" OR TI "teenager" OR TI "young*" OR TI "paediatric*" OR AB "Adolescen*" OR AB "child*" OR AB "youth" OR AB "kid" OR AB "juvenile" OR AB "infant*" OR AB "minor*" OR AB "teenager" OR AB "young*" OR AB "paediatric*") AND (TI "psychotherap*" OR ((TI "psycho*" OR TI "trauma focused" OR TI "traumafocused" OR TI "trauma-focused" OR TI "guideline-recommended" OR TI "first-line" OR TI "cognitive behavioral" OR TI "exposure") AND (TI "therap*" OR TI "intervention*" OR TI "counsel*" OR TI "treatment*")) OR AB "psychotherap*" OR ((AB "psycho*" OR AB "trauma focused" OR AB "traumafocused" OR AB "trauma-focused" OR AB "guideline-recommended" OR AB "first-line" OR AB "cognitive behavioral" OR AB "exposure") AND (AB "therap*" OR AB "intervention*" OR AB "counsel*" OR AB "treatment*")))) AND (MA "Dialectical Behavior Therapy" OR TI "DBT" OR AB "DBT" OR TI "DBT-PTSD" OR AB "DBT-PTSD" OR TI "skills*" OR AB "skills*" OR TI "STAIR*" OR AB "STAIR*" OR TI "phase*" OR AB "phase*" OR TI "stage*" OR AB "stage*" OR TI "sequential*" OR AB "sequential*" OR TI "E-CBT" OR AB "E-CBT" OR TI "stepped care" OR AB "stepped care" OR TI "TF-CBT" OR AB "TF-CBT" OR TI "Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy" OR AB "Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy") AND PY 2013-2024	21.03.2024 13 64
Web of Science	(TI=review OR TI=meta-analysis OR TI=metaanalysis OR AB=review OR AB=meta-analysis OR AB=metaanalysis) AND (TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress	21.03.2024 112

	Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND (TI="Adolescen*" OR TI="child*" OR TI="youth" OR TI="kid" OR TI="juvenile" OR TI="infant*" OR TI="minor*" OR TI="teenager" OR TI="young*" OR TI="paediatric*" OR AB="Adolescen*" OR AB="child*" OR AB="youth" OR AB="kid" OR AB="juvenile" OR AB="infant*" OR AB="minor*" OR AB="teenager" OR AB="young*" OR AB="paediatric*")) AND (TI="psychotherap*" OR ((TI="psycho*" OR TI="trauma focused" OR TI="traumafocused" OR TI="trauma-focused" OR TI="guideline-recommended" OR TI="first-line" OR TI="cognitive behavioral" OR TI="exposure") AND (TI="therap*" OR TI="intervention*" OR TI="counsel*" OR TI="treatment*"))) OR AB="psychotherap*" OR ((AB="psycho*" OR AB="trauma focused" OR AB="traumafocused" OR AB="trauma-focused" OR AB="guideline-recommended" OR AB="first-line" OR AB="cognitive behavioral" OR AB="exposure") AND (AB="therap*" OR AB="intervention*" OR AB="counsel*" OR AB="treatment*")))) AND (ALL = ("Dialectical Behavior Therapy") OR TI="DBT" OR AB="DBT" OR TI="DBT-PTSD" OR AB="DBT-PTSD" OR TI="skills*" OR AB="skills*" OR TI="STAIR*" OR AB="STAIR*" OR TI="phase*" OR AB="phase*" OR TI="stage*" OR AB="stage*" OR TI="sequential*" OR AB="sequential*" OR TI="E-KVT" OR AB="E-KVT" OR TI="stepped care" OR AB="stepped care" OR TI="TF-CBT" OR AB="TF-CBT" OR TI="Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy" OR AB="Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy") AND PY=(2013-2024)	

Klinische Fragestellung 5: Sind psychotherapeutische Interventionen mit Einbezug der Eltern oder Bezugspersonen bei Kindern und Jugendlichen (Alter ≤ 18) mit PTB-Symptomen bzw. mit KPTB-Symptomen (ICD-11) wirksamer als psychotherapeutische Interventionen ohne Einbezug der Eltern oder Bezugspersonen hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen und Reduktion von Depressivität, Angstsymptomen, Funktionseinschränkung, externalisierenden Verhaltensstörungen und anderen psychischen Auffälligkeiten?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[tj] OR meta-analysis[tj] OR metaanalysis[tj]) AND ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma*"[tiab] OR "posttrauma*"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND	21.03.2024 296

	(“Adolescen*”[tiab] OR “child*”[tiab] OR “youth*”[tiab] OR “kid*”[tiab] OR “juvenile*”[tiab] OR “infant*”[tiab] OR “minor*”[tiab] OR “teenager*”[tiab] OR “young*”[tiab] OR “paediatric*”[tiab]) AND (“psychotherap*” OR ((“psycho*”[tiab] OR “trauma focused”[tiab] OR “traumafocused”[tiab] OR “trauma-focused”[tiab] OR “guideline-recommended”[tiab] OR “first-line”[tiab] OR “cognitive behavioral”[tiab] OR “exposure”[tiab]) AND (“therap*”[tiab] OR “intervention*”[tiab] OR “counsel*”[tiab] OR “treatment*”[tiab]))) AND (“famil*”[tiab] OR “parent*”[tiab] OR “care-giver”[tiab] OR “care-giver”[tiab] OR “mother*”[tiab] OR “father*”[tiab] OR “gurdian”[tiab] OR “caretaker”[tiab] OR “care-taker”[tiab]) AND (humans[Filter])	
Epistemonikos	1. Zeile: "meta-analysis" OR "systematic review" OR "review" OR "meta analysis" OR "metaanalysis" 2. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" 3. Zeile: “Adolescen*” OR “child*” OR “youth” OR “kid” OR “juvenile” OR “infant*” OR “minor*” OR “teenager” OR “young*” OR “paediatric” 4. “psychotherap*” OR ((“psycho*” OR “trauma focused” OR “traumafocused” OR “trauma-focused” OR “guideline-recommended” OR “first-line” OR “cognitive behavioral” OR “exposure”) AND (“therap*” OR “intervention*” OR “counsel*” OR “treatment*)) 5. (“famil*” OR “parent*” OR “care-giver” OR “caregiver” OR “mother*” OR “father*” OR “gurdian” OR “caretaker” OR “care-taker”)	21.03.2024 6
Psyndex/ PsycInfo	(MA “review” OR MA “Meta-Analysis” OR MA “systematic review” OR MR “review” OR MR “Meta-Analysis” OR MR “systematic review” OR SU “review” OR SU “Systematic Review” OR SU “Meta-Analysis” OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis) AND (MA “Post-Traumatic Stress Disorders” OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI “post trauma*” OR AB “post trauma”) OR (TI “posttrauma*” OR AB “posttrauma”) OR (TI “post-trauma” OR AB “post-trauma”)) AND (TI “Adolescen*” OR TI “child*” OR TI “youth” OR TI “kid” OR TI “juvenile” OR TI “infant*” OR TI “minor*” OR TI “teenager” OR TI “young*” OR TI “paediatric*” OR AB “Adolescen*” OR AB “child*” OR AB “youth” OR AB “kid” OR AB “juvenile” OR AB “infant*” OR AB “minor*” OR AB “teenager” OR AB “young*” OR AB “paediatric”) AND	21.03.2024 13 132

	(TI "psychotherap*" OR ((TI "psycho*" OR TI "trauma focused" OR TI "traumafocused" OR TI "trauma-focused" OR TI "guideline-recommended" OR TI "first-line" OR TI "cognitive behavioral" OR TI "exposure") AND (TI "therap*" OR TI "intervention*" OR TI "counsel*" OR TI "treatment*"))) OR AB "psychotherap*" OR ((AB "psycho*" OR AB "trauma focused" OR AB "traumafocused" OR AB "trauma-focused" OR AB "guideline-recommended" OR AB "first-line" OR AB "cognitive behavioral" OR AB "exposure") AND (AB "therap*" OR AB "intervention*" OR AB "counsel*" OR AB "treatment*")))) AND (TI "famil*" OR TI "parent*" OR TI "care-giver" OR TI "caregiver" OR TI "mother*" OR TI "father*" OR TI "gurdian" OR TI "caretaker" OR TI "care-taker" OR AB "famil*" OR AB "parent*" OR AB "care-giver" OR AB "caregiver" OR AB "mother*" OR AB "father*" OR AB "gurdian" OR AB "caretaker" OR AB "care-taker")	
Web of Science	(TI=review OR TI=meta-analysis OR TI=metaanalysis OR AB=review OR AB=meta-analysis OR AB=metaanalysis) AND (TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND (TI="Adolescen*" OR TI="child*" OR TI="youth" OR TI="kid" OR TI="juvenile" OR TI="infant*" OR TI="minor*" OR TI="teenager" OR TI="young*" OR TI="paediatric*" OR AB="Adolescen*" OR AB="child*" OR AB="youth" OR AB="kid" OR AB="juvenile" OR AB="infant*" OR AB="minor*" OR AB="teenager" OR AB="young*" OR AB="paediatric*") AND (TI="psychotherap*" OR ((TI="psycho*" OR TI="trauma focused" OR TI="traumafocused" OR TI="trauma-focused" OR TI="guideline-recommended" OR TI="first-line" OR TI="cognitive behavioral" OR TI="exposure") AND (TI="therap*" OR TI="intervention*" OR TI="counsel*" OR TI="treatment*"))) OR AB="psychotherap*" OR ((AB="psycho*" OR AB="trauma focused" OR AB="traumafocused" OR AB="trauma-focused" OR AB="guideline-recommended" OR AB="first-line" OR AB="cognitive behavioral" OR AB="exposure") AND (AB="therap*" OR AB="intervention*" OR AB="counsel*" OR AB="treatment*")))) AND (TI="famil*" OR TI="parent*" OR TI="care-giver" OR TI="caregiver" OR TI="mother*" OR TI="father*" OR TI="gurdian" OR TI="caretaker" OR TI="care-taker" OR AB="famil*" OR AB="parent*")	21.03.2024 227

	OR AB="care-giver" OR AB="caregiver" OR AB="mother*" OR AB="father*" OR AB="gurdian" OR AB="caretaker" OR AB="care-taker")	

Klinische Fragestellung 6: Sind psychotherapeutische Interventionen im Gruppensetting bei Kindern und Jugendlichen (Alter ≤ 21) mit PTB-Symptomen bzw. mit KPTB-Symptomen (ICD-11) wirksamer als psychotherapeutische Interventionen in Einzeltherapie hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen und Reduktion von Depressivität, Angstsymptomen, Funktionseinschränkung, externalisierenden Verhaltensstörungen und anderen psychischen Auffälligkeiten?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) AND ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma*"[tiab] OR "posttrauma*"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("Adolescen*"[tiab] OR "child*"[tiab] OR "youth"[tiab] OR "kid"[tiab] OR "juvenile"[tiab] OR "infant*"[tiab] OR "minor*"[tiab] OR "teenager"[tiab] OR "young*"[tiab] OR "paediatric*"[tiab]) AND (Psychotherapy, group[mh] OR ("group therap*"[tiab] OR "group intervention"[tiab] OR "group treatment*"[tiab] OR "group psychotherap*"[tiab] OR "group setting"[tiab]) OR ("group"[tiab] AND "therap*"[tiab])) D (2013:2024[dp]) AND (humans[Filter])	21.03.2024 88
Epistemonikos	- Zeile (Title): "meta-analysis" OR "systematic review" OR "review" OR "meta analysis" OR "metaanalysis" - Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma*" - Zeile: "Adolescen*" OR "child*" OR "youth" OR "kid" OR "juvenile" OR "infant*" OR "minor*" OR "teenager" OR "young*" OR "paediatric*" - Zeile: "group therap*" OR "group intervention" OR "group treatment*" OR "group psychotherap*" OR "group setting") OR ("group" AND "therap*") + Filter Year 2013-2024	21.03.2024 1
Psynindex/ PsycInfo	(MA "review" OR MA "Meta-Analysis" OR MA "systematic review" OR MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis)	21.03.2024 14 48

	AND (MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) AND (TI "Adolescen*" OR TI "child*" OR TI "youth" OR TI "kid" OR TI "juvenile" OR TI "infant*" OR TI "minor*" OR TI "teenager" OR TI "young*" OR TI "paediatric*" OR AB "Adolescen*" OR AB "child*" OR AB "youth" OR AB "kid" OR AB "juvenile" OR AB "infant*" OR AB "minor*" OR AB "teenager" OR AB "young*" OR AB "paediatric*") AND ((MA "Psychotherapy, group" OR TI "group therap*" OR TI "group intervention" OR TI "group treatment*" OR TI "group psychotherap*" OR TI "group setting") OR (TI "group" AND TI "therap*") OR (AB "group therap*" OR AB "group intervention" OR AB "group treatment*" OR AB "group psychotherap*" OR AB "group setting") OR (AB "group" AND AB "therap*")) AND PY 2013-2024	
Web of Science	(TI=review OR TI=meta-analysis OR TI=metaanalysis OR AB=review OR AB=meta-analysis OR AB=metaanalysis) AND (TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND (TI="Adolescen*" OR TI="child*" OR TI="youth" OR TI="kid" OR TI="juvenile" OR TI="infant*" OR TI="minor*" OR TI="teenager" OR TI="young*" OR TI="paediatric*" OR AB="Adolescen*" OR AB="child*" OR AB="youth" OR AB="kid" OR AB="juvenile" OR AB="infant*" OR AB="minor*" OR AB="teenager" OR AB="young*" OR AB="paediatric*") AND ((TI="group therap*" OR TI="group intervention" OR TI="group treatment*" OR TI="group psychotherap*" OR TI="group setting") OR (TI="group" AND TI="therap*") OR (AB="group therap*" OR AB="group intervention" OR AB="group treatment*" OR AB="group psychotherap*" OR AB="group setting") OR (AB="group" AND AB="therap*")) AND PY=(2013-2023)	21.03.2024 75

AG Kinder und Jugendliche: Behandlung | Primärdaten
Klinische Fragestellung 1: Ist eine Behandlung mit Psychopharmaka bei Kindern und Jugendli-

chen (Alter ≤ 18) mit PTB-Symptomen bzw. mit KPTB-Symptomen (ICD-11) wirksamer als eine Behandlung mit Placebo oder eine Kombinationstherapie aus Psychotherapie und Psychopharmaka hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen und Reduktion von Depressivität, Angstsymptomen, Funktionseinschränkung, externalisierenden Verhaltensstörungen und anderen psychischen Auffälligkeiten?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	(“Stress Disorders, Post-Traumatic”[mh] OR “ptsd”[tiab] OR “ptss”[tiab] OR “post trauma”[tiab] OR “posttrauma”[tiab] OR “post-trauma”[tiab]) AND (“Adolescen”[tiab] OR “child”[tiab] OR “youth”[tiab] OR “kid”[tiab] OR “juvenile”[tiab] OR “infant”[tiab] OR “minor”[tiab] OR “teenager”[tiab] OR “young”[tiab] OR “paediatric”[tiab]) AND (“psychopharmaco”[tiab] OR “pharmacotherap”[tiab] OR “drug”[tiab] OR “pharmacological”[tiab] OR “pharmacoloc”[tiab] OR “Sertraline”[tiab] OR “paroxetine”[tiab] OR “venlafaxine”[tiab] OR “fluoxetine”[tiab] OR “citalopram”[tiab] OR “mirtazapine”[tiab] OR “imipramine”[tiab] OR “vortioxetine”[tiab] OR “amitriptyline”[tiab] OR “quetiapine”[tiab] OR “risperidone”[tiab] OR “olanzapine”[tiab] OR “hydroxyzine”[tiab] OR “phenelzine”[tiab] OR “topiramate”[tiab] OR “lamotrigine”[tiab] OR “valproate”[tiab] OR “bezodiazepine”[tiab] OR “ketamine”[tiab] OR “THC”[tiab] OR “CBD”[tiab] OR “Selective serotonin reuptake inhibitors”[tiab]) AND (“rct” OR “randomized” OR “randomised” OR “controlled”) AND (humans[Filter])	18.07.2024 160
Epistemonikos	1. Zeile: “ptsd” OR “ptss” OR “post trauma” OR “posttrauma” OR “post-trauma” 2. Zeile: “Adolescen” OR “child” OR “youth” OR “kid” OR “juvenile” OR “infant” OR “minor” OR “teenager” OR “young” OR “paediatric” 3. Zeile: “psychopharmaco” OR “pharmacotherap” OR “drug” OR “pharmacological” OR “pharmacoloc” OR “Sertraline” OR “paroxetine” OR “venlafaxine” OR “fluoxetine” OR “citalopram” OR “mirtazapine” OR “imipramine” OR “vortioxetine” OR “amitriptyline” OR “quetiapine” OR “risperidone” OR “olanzapine” OR “hydroxyzine” OR “phenelzine” OR “topiramate” OR “lamotrigine” OR “valproate” OR “bezodiazepine” OR “ketamine” OR “THC” OR “CBD” OR “Selective serotonin reuptake inhibitors” 4. Zeile: “rct” OR “randomized” OR “randomised” OR “controlled”	18.07.2024 24
Psyndex/ PsycInfo	(MA “Post-Traumatic Stress Disorders” OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI “post trauma” OR AB “post trauma”) OR (TI “posttrauma” OR AB “posttrauma”) OR (TI “post-trauma” OR AB “post-trauma”)) AND (TI “Adolescen” OR TI “childr” OR TI “child” OR TI “youth” OR TI “kid” OR TI “juvenile” OR TI “infant” OR TI “minor” OR TI “teenager” OR TI “young” OR TI “paediatric” OR AB “Adolescen” OR AB “child” OR AB	18.07.2024 6 116

	“childr*” OR AB “youth” OR AB “kid” OR AB “juvenile” OR AB “infant” OR AB “minor*” OR AB “teenager” OR AB “young*” OR AB “paediatric”*) AND (TI “psychopharmaco*” OR TI “pharmacotherap*” OR TI “drug*” OR TI “pharmacological*” OR TI “pharmacoloc*” OR TI “Sertraline*” OR TI “paroxetine*” OR TI “venlafaxine*” OR TI “fluoxetine*” OR TI “citalopram*” OR TI “mirtazapine*” OR TI “imipramine*” OR TI “vortioxetine*” OR TI “amitriptyline*” OR TI “quetiapine*” OR TI “risperidone*” OR TI “olanzapine*” OR TI “hydroxyzine*” OR TI “phenelzine*” OR TI “topiramate*” OR TI “lamotrigine*” OR TI “valproate*” OR TI “bezodiazepine*” OR TI “ketamine*” OR TI “THC” OR TI “CBD” OR TI “Selective serotonin reuptake inhibitors” OR AB “psychopharmaco*” OR AB “pharmacotherap*” OR AB “drug*” OR AB “pharmacological*” OR AB “pharmacoloc*” OR AB “Sertraline*” OR AB “paroxetine*” OR AB “venlafaxine*” OR AB “fluoxetine*” OR AB “citalopram*” OR AB “mirtazapine*” OR AB “imipramine*” OR AB “vortioxetine*” OR AB “amitriptyline*” OR AB “quetiapine*” OR AB “risperidone*” OR AB “olanzapine*” OR AB “hydroxyzine*” OR AB “phenelzine*” OR AB “topiramate*” OR AB “lamotrigine*” OR AB “valproate*” OR AB “bezodiazepine*” OR AB “ketamine*” OR AB “THC” OR AB “CBD” OR AB “Selective serotonin reuptake inhibitors”) OR (“rct” OR “randomized” OR “randomised” OR “controlled”)	
Web of Science	(TI=“Post-Traumatic Stress Disorder” OR AB=“Post-Traumatic Stress Disorder” OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI=“post trauma*” OR AB=“post trauma*” OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI=“post-trauma” OR AB=“post-trauma”) AND (TI=“Adolescen*” OR TI=“child*” OR TI=“youth” OR TI=“kid” OR TI=“juvenile” OR TI=“infant*” OR TI=“minor*” OR TI=“teenager” OR TI=“young*” OR TI=“paediatric*” OR AB=“Adolescen*” OR AB=“child*” OR AB=“youth” OR AB=“kid” OR AB=“juvenile” OR AB=“infant*” OR AB=“minor*” OR AB=“teenager” OR AB=“young*” OR AB=“paediatric”*) AND (TI=“psychopharmaco*” OR TI=“pharmacotherap*” OR TI=“drug*” OR TI=“pharmacological*” OR TI=“pharmacoloc*” OR TI=“Sertraline*” OR TI=“paroxetine*” OR TI=“venlafaxine*” OR TI=“fluoxetine*” OR TI=“citalopram*” OR TI=“mirtazapine*” OR TI=“imipramine*” OR TI=“vortioxetine*” OR TI=“amitriptyline*” OR TI=“quetiapine*” OR TI=“risperidone*” OR TI=“olanzapine*” OR TI=“hydroxyzine*” OR TI=“phenelzine*” OR TI=“topiramate*” OR TI=“lamotrigine*” OR TI=“valproate*” OR TI=“bezodiazepine*” OR TI=“ketamine*” OR TI=“THC” OR TI=“CBD” OR TI=“Selective serotonin reuptake inhibitors” OR AB=“psychopharmaco*” OR AB=“pharmacotherap*” OR AB=“drug*” OR AB=“pharmacological*” OR AB=“pharmacoloc*” OR AB=“Sertraline*” OR AB=“paroxetine*” OR AB=“venlafaxine*” OR AB=“fluoxetine*” OR AB=“citalopram*” OR AB=“mirtazapine*” OR AB=“imipramine*” OR AB=“vortioxetine*” OR AB=“amitriptyline*” OR AB=“quetiapine*” OR AB=“risperidone*” OR AB=“olanzapine*” OR AB=“hydroxyzine*” OR AB=“phenelzine*” OR AB=“topiramate*” OR AB=“lamotrigine*” OR AB=“valproate*” OR AB=“bezodiazepine*” OR AB=“ketamine*” OR AB=“THC” OR AB=“CBD”)	18.07.2024 188

	OR AB="Selective serotonin reuptake inhibitors")	
	AND (ALL="rct" OR ALL="randomized" OR ALL="randomised" OR ALL="controlled")	

Klinische Fragestellung 2: Welche psychotherapeutischen Interventionen (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Psychotherapie) sind bei Kindern und Jugendlichen (Alter ≤ 21) mit PTB-Symptomen bzw. mit KPTB-Symptomen (ICD-11) effektiver als sowohl inaktive als auch aktive Kontrollbedingungen hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen und Reduktion von Depressivität, Angstsymptomen, Funktionseinschränkung, externalisierenden Verhaltensstörungen und anderen psychischen Auffälligkeiten?

Datenbank	Search String kPTBS	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	((("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] and "complex"[tiab]) OR "c-ptsd"[tiab] OR "complex ptsd"[tiab] OR "cptsd"[tiab] OR "complex post trauma"[tiab] OR "complex posttrauma"[tiab] OR "complex post-trauma"[tiab]) AND ("Adolescen"[tiab] OR "child"[tiab] OR "youth"[tiab] OR "kid"[tiab] OR "juvenile"[tiab] OR "infant"[tiab] OR "minor"[tiab] OR "teenager"[tiab] OR "young"[tiab] OR "paediatric"[tiab]) AND ("psychotherap*" OR (("psycho*" OR "trauma focused" OR "traumafocused" OR "trauma-focused" OR "guideline-recommended" OR "first-line" OR "cognitive behavioral" OR "exposure"[tiab]) AND ("therap*" OR "intervention*" OR "counsel*" OR "treatment*")) AND (humans[Filter])	18.07.2024 297
Epistemonikos	+ Zeile: "c-ptsd" OR "complex ptsd" OR "cptsd" OR "complex post trauma*" OR "complex posttrauma*" OR "complex post-trauma*" + Zeile: "Adolescen*" OR "child*" OR "youth" OR "kid" OR "juvenile" OR "infant*" OR "minor*" OR "teenager" OR "young*" OR "paediatric*" + "psychotherap*" OR (("psycho*" OR "trauma focused" OR "traumafocused" OR "trauma-focused" OR "guideline-recommended" OR "first-line" OR "cognitive behavioral" OR "exposure") AND ("therap*" OR "intervention*" OR "counsel*" OR "treatment*")) + Filter nicht Reviews	18.07.2024 0
Psyndex/ PsycInfo	((MA "Post-Traumatic Stress Disorders" AND (TI "complex" OR AB "complex")) OR TI "c-ptsd" OR TI "complex ptsd" OR TI "cptsd" OR TI "complex post trauma*" OR TI "complex posttrauma*" OR TI "complex post-trauma*" OR AB "c-ptsd" OR AB "complex ptsd" OR AB "cptsd" OR AB "complex post trauma*" OR AB "complex posttrauma*" OR AB "complex post-trauma*") AND (TI "Adolescen*" OR TI "child*" OR TI "youth" OR TI "kid" OR TI "juvenile" OR TI "infant*" OR TI "minor*" OR TI "teenager" OR TI "young*" OR TI "paediatric*" OR AB "Adolescen*" OR AB "child*" OR AB "youth" OR	18.07.2024 5 243

	AB "kid" OR AB "juvenile" OR AB "infant*" OR AB "minor*" OR AB "teenager" OR AB "young*" OR AB "paediatric*") AND (TI "psychotherap*" OR ((TI "psycho*" OR TI "trauma focused" OR TI "traumafocused" OR TI "trauma-focused" OR TI "guideline-recommended" OR TI "first-line" OR TI "cognitive behavioral" OR TI "exposure") AND (TI "therap*" OR TI "intervention*" OR TI "counsel*" OR TI "treatment*"))) OR AB "psychotherap*" OR ((AB "psycho*" OR AB "trauma focused" OR AB "traumafocused" OR AB "trauma-focused" OR AB "guideline-recommended" OR AB "first-line" OR AB "cognitive behavioral" OR AB "exposure") AND (AB "therap*" OR AB "intervention*" OR AB "counsel*" OR AB "treatment*"))))	
Web of Science	(TI="c-ptsd" OR TI="complex ptsd" OR TI="cptsd" OR TI="complex post trauma*" OR TI="complex posttrauma*" OR TI="complex post-trauma*" OR AB="c-ptsd" OR AB="complex ptsd" OR AB="cptsd" OR AB="complex post trauma*" OR AB="complex posttrauma*" OR AB="complex post-trauma*") AND (TI="Adolescen*" OR TI="child*" OR TI="youth" OR TI="kid" OR TI="juvenile" OR TI="infant*" OR TI="minor*" OR TI="teenager" OR TI="young*" OR TI="paediatric*" OR AB="Adolescen*" OR AB="child*" OR AB="youth" OR AB="kid" OR AB="juvenile" OR AB="infant*" OR AB="minor*" OR AB="teenager" OR AB="young*" OR AB="paediatric*") AND (TI="psychotherap*" OR ((TI="psycho*" OR TI="trauma focused" OR TI="traumafocused" OR TI="trauma-focused" OR TI="guideline-recommended" OR TI="first-line" OR TI="cognitive behavioral" OR TI="exposure") AND (TI="therap*" OR TI="intervention*" OR TI="counsel*" OR TI="treatment*"))) OR AB="psychotherap*" OR ((AB="psycho*" OR AB="trauma focused" OR AB="traumafocused" OR AB="trauma-focused" OR AB="guideline-recommended" OR AB="first-line" OR AB="cognitive behavioral" OR AB="exposure") AND (AB="therap*" OR AB="intervention*" OR AB="counsel*" OR AB="treatment*"))))	18.07.2024 173

Klinische Fragestellung 2: Welche psychotherapeutischen Interventionen (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Psychotherapie) sind bei Kindern und Jugendlichen (Alter ≤ 21) mit PTB-Symptomen bzw. mit KPTB-Symptomen (ICD-11) effektiver als sowohl inaktive als auch aktive Kontrollbedingungen hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen und Reduktion von Depressivität, Angstsymptomen, Funktionseinschränkung, externalisierenden Verhaltensstörungen und anderen psychischen Auffälligkeiten?

Datenbank	Search String Kinder unter 3	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma"[tiab] OR "post-trauma"[tiab])	18.07.2024 72

	AND ("preschool"[tiab] OR "nursery"[tiab] OR "child-parent psychotherapy"[tiab] OR "pre-kindergar*"[tiab] OR "toddler"[tiab]) AND ("psychotherap*" OR ((("psycho*" OR "trauma focused"[tiab] OR "traumafocused"[tiab] OR "trauma-focused"[tiab] OR "guideline-recommended"[tiab] OR "first-line"[tiab] OR "cognitive behavioral"[tiab] OR "exposure"[tiab]) AND ("therap*" OR "intervention*" OR "counsel*" OR "treatment*" OR "treatment*")))) AND (humans[Filter])	
Epistemonikos	+ Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma*" + Zeile: "preschool" OR "nursery" OR "child-parent psychotherapy" OR "pre-kindergar*" OR "toddler" + "psychotherap*" OR ((("psycho*" OR "trauma focused" OR "traumafocused" OR "trauma-focused" OR "guideline-recommended" OR "first-line" OR "cognitive behavioral" OR "exposure") AND ("therap*" OR "intervention*" OR "counsel*" OR "treatment*")) + Filter nicht Reviews	18.07.2024 6
Psyndex/ PsycInfo	(MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma*")) AND (TI "preschool" OR TI "nursery" OR TI "child-parent psychotherapy" OR TI "pre-kindergar*" OR TI "toddler" OR AB "preschool" OR AB "nursery" OR AB "child-parent psychotherapy" OR AB "pre-kindergar*" OR AB "toddler") AND (TI "psychotherap*" OR ((TI "psycho*" OR TI "trauma focused" OR TI "traumafocused" OR TI "trauma-focused" OR TI "guideline-recommended" OR TI "first-line" OR TI "cognitive behavioral" OR TI "exposure") AND (TI "therap*" OR TI "intervention*" OR TI "counsel*" OR TI "treatment*")) OR AB "psychotherap*" OR ((AB "psycho*" OR AB "trauma focused" OR AB "traumafocused" OR AB "trauma-focused" OR AB "guideline-recommended" OR AB "first-line" OR AB "cognitive behavioral" OR AB "exposure") AND (AB "therap*" OR AB "intervention*" OR AB "counsel*" OR AB "treatment*"))))	18.07.2024 11 91
Web of Science	(TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND (TI="preschool" OR TI="nursery" OR TI="child-parent psychotherapy" OR TI="pre-kindergar*" OR TI="toddler" OR AB="preschool" OR AB="nursery" OR AB="child-parent psychotherapy" OR AB="pre-kindergar*" OR AB="toddler")	18.07.2024 68

	AND (TI="psychotherap*" OR ((TI="psycho*" OR TI="trauma focused" OR TI="traumafocused" OR TI="trauma-focused" OR TI="guideline-recommended" OR TI="first-line" OR TI="cognitive behavioral" OR TI="exposure") AND (TI="therap*" OR TI="intervention*" OR TI="counsel*" OR TI="treatment*"))) OR AB="psychotherap*" OR ((AB="psycho*" OR AB="trauma focused" OR AB="traumafocused" OR AB="trauma-focused" OR AB="guideline-recommended" OR AB="first-line" OR AB="cognitive behavioral" OR AB="exposure") AND (AB="therap*" OR AB="intervention*" OR AB="counsel*" OR AB="treatment*"))))	
Klinische Fragestellung 4: Sind phasenbasierte psychotherapeutische Interventionen bei Kindern und Jugendlichen (Alter ≤ 21) mit PTB-Symptomen bzw. mit KPTB-Symptomen (ICD-11) effektiver als rein traumafokussierte oder nicht-traumafokussierte psychotherapeutische Interventionen hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen und Reduktion von Depressivität, Angstsymptomen, Funktionseinschränkung, externalisierenden Verhaltensstörungen und anderen psychischen Auffälligkeiten?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("Adolescen"[tiab] OR "child"[tiab] OR "childr"[tiab] OR "youth"[tiab] OR "kid"[tiab] OR "juvenile"[tiab] OR "infant"[tiab] OR "minor"[tiab] OR "teen"[tiab] OR "young"[tiab] OR "paediatric"[tiab]) AND ("Dialectical Behavior Therapy"[mh] OR "DBT"[tiab] OR "DBT-PTSD"[tiab] OR "skills"[tiab] OR "STAIR"[tiab] OR "phase"[tiab] OR "stage"[tiab] OR "sequential"[tiab] OR "D-CBT"[tiab] OR "stepped care"[tiab] OR "stabilization"[tiab] OR "stabilisation"[tiab]) AND ("psychotherap*" OR ((("psycho"[tiab] OR "trauma focused"[tiab] OR "traumafocused"[tiab] OR "trauma-focused"[tiab] OR "guideline-recommended"[tiab] OR "first-line"[tiab] OR "cognitive behavioral"[tiab] OR "exposure"[tiab]) AND ("therap"[tiab] OR "intervention"[tiab] OR "counsel"[tiab] OR "treatment"[tiab]))) AND (humans[Filter])	18.07.2024 460
Epistemonikos	+ Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" + Zeile: "Adolescen*" OR "child" OR "childr*" OR "youth" OR "kid" OR "juvenile" OR "infant*" OR "minor*" OR "teenager" OR "young*" OR "paediatric" + "psychotherap*" OR ((("psycho*" OR "trauma focused" OR "traumafocused" OR "trauma-focused" OR "guideline-recommended" OR "first-line" OR "cognitive behavioral" OR "exposure") AND ("therap*" OR "intervention*" OR "counsel*" OR "treatment*"))) + ("Dialectical Behavior Therapy" OR "DBT" OR "DBT-PTSD" OR "skills*" OR "STAIR*" OR "phase*" OR "stage*" OR "sequential"	18.07.2024 0

	OR "D-CBT" OR "stepped care" OR "stabilization" OR stabilisation") + Filter	
Psyndex/ PsycInfo	(MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma*")) AND (TI "Adolescen*" OR TI "childr*" OR TI "child" OR TI "youth" OR TI "kid" OR TI "juvenile" OR TI "infant*" OR TI "minor*" OR TI "teenager" OR TI "young*" OR TI "paediatric*" OR AB "Adolescen*" OR AB "childr*" OR AB "child" OR AB "youth" OR AB "kid" OR AB "juvenile" OR AB "infant*" OR AB "minor*" OR AB "teenager" OR AB "young*" OR AB "paediatric*") AND (TI "psychotherap*" OR ((TI "psycho*" OR TI "trauma focused" OR TI "traumafocused" OR TI "trauma-focused" OR TI "guideline-recommended" OR TI "first-line" OR TI "cognitive behavioral" OR TI "exposure") AND (TI "therap*" OR TI "intervention*" OR TI "counsel*" OR TI "treatment*")) OR AB "psychotherap*" OR ((AB "psycho*" OR AB "trauma focused" OR AB "traumafocused" OR AB "trauma-focused" OR AB "guideline-recommended" OR AB "first-line" OR AB "cognitive behavioral" OR AB "exposure") AND (AB "therap*" OR AB "intervention*" OR AB "counsel*" OR AB "treatment*")))) AND (MA "Dialectical Behavior Therapy" OR TI "DBT" OR AB "DBT" OR TI "DBT-PTSD" OR AB "DBT-PTSD" OR TI "skills*" OR AB "skills*" OR TI "STAIR*" OR AB "STAIR*" OR TI "phase*" OR AB "phase*" OR TI "stage*" OR AB "stage*" OR TI "sequential*" OR AB "sequential*" OR TI "D-CBT" OR AB "D-CBT" OR TI "stepped care" OR AB "stepped care" OR TI "stabilization" OR AB "stabilization" OR TI "stabilisation" OR AB "stabilization")	18.07.2024 83 628
Web of Science	(TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND (TI="Adolescen*" OR TI="childr*" OR TI="child" OR TI="youth" OR TI="kid" OR TI="juvenile" OR TI="infant*" OR TI="minor*" OR TI="teenager" OR TI="young*" OR TI="paediatric*" OR AB="Adolescen*" OR AB="childr*" OR AB="child" OR AB="youth" OR AB="kid" OR AB="juvenile" OR AB="infant*" OR AB="minor*" OR AB="teenager" OR AB="young*" OR AB="paediatric*") AND (TI="psychotherap*" OR ((TI="psycho*" OR TI="trauma focused" OR TI="traumafocused" OR TI="trauma-focused" OR TI="guideline-recom-	18.07.2024 477

	mended" OR TI="first-line" OR TI="cognitive behavioral" OR TI="exposure") AND (TI="therap*" OR TI="intervention*" OR TI="counsel*" OR TI="treatment*")) OR AB="psychotherap*" OR ((AB="psycho*" OR AB="trauma focused" OR AB="traumafocused" OR AB="trauma-focused" OR AB="guideline-recommended" OR AB="first-line" OR AB="cognitive behavioral" OR AB="exposure") AND (AB="therap*" OR AB="intervention*" OR AB="counsel*" OR AB="treatment*")))) AND (AB="Dialectical Behavior Therapy" OR TI="Dialectical Behavior Therapy" OR TI="DBT" OR AB="DBT" OR TI="DBT-PTSD" OR AB="DBT-PTSD" OR TI="skills*" OR AB="skills*" OR TI="STAIR*" OR AB="STAIR*" OR TI="phase*" OR AB="phase*" OR TI="stage*" OR AB="stage*" OR TI="sequential*" OR AB="sequential*" OR TI="E-KVT" OR AB="E-KVT" OR TI="stepped care" OR AB="stepped care" OR TI="stabilisation" OR AB="stabilisation" OR TI="stabilization" OR AB="stabilization") AND PY=(2013-2024)	

AG Allgemeine Behandlungsprinzipien | Aggregierte Evidenz

Klinische Fragestellung 1: Sind PTBS-Interventionen in Zusammenarbeit mit der Primärversorgung/unter Einbeziehung des hausärztlichen Settings bei erwachsenen Personen mit PTBS effektiver in der Verbesserung der PTB-Symptomlast, des Funktionsniveaus oder Patient:innenzufriedenheit im Vergleich zu einem Treatment-As-Usual oder keiner Vergleichsgruppe?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) AND ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("primary care"[tiab] OR "General practi*" [tiab] OR "family doctor"[tiab] OR "first contact"[tiab] OR "primary health"[tiab] OR "primary medical"[tiab] OR "family practice"[tiab] OR "ambulat*" [tiab]) AND ("psycho*" [tiab] OR "psychiatr*" [tiab]) AND (humans[Filter])	15.07.2024 101
Epistemonikos	- Zeile: "meta-analysis" OR "systematic review" OR "review" OR "meta analysis" OR "metaanalysis" - Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" - Zeile: "primary care" OR "general practi*" OR "family doctor" OR "first contact" OR "primary health" OR "primary medical" OR "family practice" OR "ambulat*" OR "ambulatory" - Zeile: "psycho*" OR "psychiatr*" OR "psychiatry"	15.07.2024 0

Psyndex/ PsycInfo	(MA "review" OR MA "Meta-Analysis" OR MA "systematic review" OR MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis) AND (MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post- trauma")) AND ((TI primary care OR AB primary care) OR (TI general practi* OR AB general practi*) OR (TI family doctor OR AB family doctor) OR (TI first contact OR AB first contact) OR (TI primary health OR AB primary health) OR (TI primary medical OR AB primary medical) OR (TI family practice OR AB family practice) OR (TI ambulat* OR AB ambulat*)) AND ((TI psycho* OR AB psycho*) OR (TI psychiatr* OR AB psychiatr*))	15.07.2024 3 36
Web of Science	(TI=review OR TI=meta-analysis OR TI=metaanalysis OR AB=review OR AB=meta-analysis OR AB=metaanalysis) AND (TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND (TI="primary care" OR AB="primary care" OR TI="general practi*" OR AB="general practi*" OR TI="family doctor" OR AB="family doctor" OR TI="first contact" OR AB="first contact" OR TI="primary health" OR AB="primary health" OR TI="primary medical" OR AB="primary medical" OR TI="family practice" OR AB="family practice" OR TI="ambulat*" OR AB="ambulat*") AND (TI="psycho*" OR AB="psycho*" OR TI="psychiatr*" OR AB="psychi- atr*")	15.07.2024 103

Klinische Fragestellung 2: Ist eine zusätzliche bzw. anschließende Behandlung einer PTBS im Reha-Setting (Rehabilitation) bei erwachsenen Personen mit einer PTBS effektiver hinsichtlich der Verringerung der Symptomlast, Erhöhung der Lebensqualität, Verbesserung des Beschäftigungsstatus, Verbesserung der Funktionsbeeinträchtigung, der Erhöhung sozialer Unterstützung und Interaktion oder unterscheidbar in der Anzahl oder Ausprägung der Nebenwirkungen im Vergleich zu keiner zusätzlichen bzw. anschließenden Behandlung einer PTBS im Reha-Setting (keine Rehabilitation)?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl.	("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR	15.07.2024

Medline)	"systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) AND ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma*"[tiab] OR "posttrauma*"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("rehab*"[tiab] OR "regimen"[tiab] OR "treatment cent*"[tiab] OR "treatment facilit*"[tiab] OR "residential"[tiab] OR "program"[tiab] OR "Therapeutic Exercise*"[tiab] OR "Physical Therap*"[tiab] OR "ergo-therap*"[tiab] OR "Occupational therap*"[tiab] OR "vocational"[tiab] OR "occupation therapy department*"[tiab] OR "manual therap*"[tiab] OR "Speech Therap*"[tiab]) AND ("psycho*"[tiab] OR "psychiatr*"[tiab]) NOT ("traumatic brain injur*"[tiab] OR "TBI"[tiab]) AND (humans[Filter])	218
Epistemonikos	1. Zeile: "meta-analysis" OR "systematic review" OR "review" OR "meta analysis" OR "metaanalysis" + Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" + Zeile: "rehab*" OR "regimen" OR "treatment cent*" OR "treatment facilit*" OR "residential" OR "program" OR "Therapeutic Exercise*" OR "Physical Therap*" OR "ergotherap*" OR "Occupational therap*" OR "vocational" OR "occupation therapy department*" OR "manual therap*" OR "Speech Therap*" + Zeile: "psycho*" OR "psychiatr*" + NOT: "traumatic brain injur*" OR "TBI"	15.07.2024 0
Psynindex/ PsycInfo	(MA "review" OR MA "Meta-Analysis" OR MA "systematic review" OR MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis) AND (MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) AND ((TI "rehab*" OR AB "rehab*") OR (TI "regimen" OR AB "regimen") OR (TI "treatment cent*" OR AB "treatment cent*") OR (TI "treatment facilit*" OR AB "treatment facilit*") OR (TI "residential" OR AB "residential") OR (TI "program" OR AB "program") OR (TI "Therapeutic Exercise*" OR AB "Therapeutic Exercise*") OR (TI "Physical Therap*" OR AB "Physical Therap*") OR (TI "ergotherap*" OR AB "ergotherap*") OR (TI "Occupational therap*" OR AB "Occupational therap*") OR (TI "vocational" OR AB "vocational") OR (TI "occupation therapy department*" OR AB "occupation therapy department*") OR (TI "manual therap*" OR AB "manual therap*") OR (TI "Speech Therap*" OR AB "Speech Therap*"))	15.07.2024 4 31

	AND ((TI psycho* OR AB psycho*) OR (TI psychiatr* OR AB psychiatr*)) NOT (TI "traumatic brain injur*" OR "TBI")	
Web of Science	(TI=review OR TI=meta-analysis OR TI=metaanalysis OR AB=review OR AB=meta-analysis OR AB=metaanalysis) AND (TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND (TI="rehab*" OR TI="regimen" OR TI="treatment cent*" OR TI="treatment facilit*" OR TI="residential" OR TI="program" OR TI="Therapeutic Exercise*" OR TI="Physical Therap*" OR TI="ergotherap*" OR TI="Occupational therap*" OR TI="vocational" OR TI="occupation therapy department*" OR TI="manual therap*" OR TI="Speech Therap*" OR AB="rehab*" OR AB="regimen" OR AB="treatment cent*" OR AB="treatment facilit*" OR AB="residential" OR AB="program" OR AB="Therapeutic Exercise*" OR AB="Physical Therap*" OR AB="ergotherap*" OR AB="Occupational therap*" OR AB="vocational" OR AB="occupation therapy department*" OR AB="manual therap*" OR AB="Speech Therap*") AND (TI=psycho* OR AB= psycho* OR TI=psychiatr* OR AB=psychiatr*)	15.07.2024 308

Klinische Fragestellung 3: Ist eine partizipative Entscheidungsfindung hinsichtlich des Therapie-settings bei erwachsenen Personen mit PTBS effektiver in der Verbesserung der Symptomlast, Lebensqualität, des Beschäftigungsstatus, der Funktionsbeeinträchtigung, sozialen Unterstützung und Interaktion oder unterscheidbar in der Anzahl oder Ausprägung der Nebenwirkungen im Vergleich zu keiner partizipativen Entscheidungsfindung hinsichtlich des Therapiesettings?

Datenbank	Search String Offene Suche	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma*" [tiab] OR "posttrauma*" [tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("participative decision-making"[tiab] OR "participatory decision-making"[tiab] OR "participative decision making"[tiab] OR "shared decision making"[tiab] OR "shared decision-making"[tiab] OR "patient involv*" [tiab] OR "patient particip*" [tiab] OR "collaborative decision making"[tiab] OR "patient-centered decision making"[tiab] OR "collaborative decision-making"[tiab] OR "patient centered decision making"[tiab] OR "patient-centered care"[tiab] OR "pati-	15.07.2024 49

	ent centered care"[tiab] OR "informed decision making"[tiab] OR "informed decision-making"[tiab]) AND ("psycho*" [tiab] OR "psychiatr*" [tiab]) AND (humans[Filter])	
Epistemonikos	1. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" + Zeile: "participative decision-making" OR "participatory decision-making" OR "participative decision making" OR "participatory decision making" OR "shared decision making" OR "shared decision-making" OR "patient involv*" OR "patient particip*" OR "collaborative decision making" OR "patient-centered decision making" OR "collaborative decision-making" OR "patient centered decision making" OR "patient-centered care" OR "patient centered care" OR "informed decision making" OR "informed decision-making" + Zeile: "psycho*" OR "psychiatr*"	15.07.2024 0
Psyndex/ PsycInfo	(MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) AND ((TI "participative decision-making" OR AB "participative decision-making") OR (TI "participatory decision-making" OR AB "participatory decision-making") OR (TI "participative decision making" OR AB "participative decision making") OR (TI "participatory decision making" OR AB "participatory decision making") OR (TI "shared decision making" OR AB "shared decision making") OR (TI "shared decision-making" OR AB "shared decision-making") OR (TI "patient involv*" OR AB "patient involv*") OR (TI "patient particip*" OR AB "patient particip*") OR (TI "collaborative decision making" OR AB "collaborative decision making") OR (TI "patient-centered decision making" OR AB "patient-centered decision making") OR (TI "collaborative decision-making" OR AB "collaborative decision-making") OR (TI "patient centered decision making" OR AB "patient centered decision making") OR (TI "patient-centered care" OR AB "patient-centered care") OR (TI "patient centered care" OR AB "patient centered care") OR (TI "informed decision making" OR AB "informed decision making") OR (TI "informed decision-making" OR AB "informed decision-making")) AND ((TI psycho* OR AB psycho*) OR (TI psychiatr* OR AB psychiatr*))	15.07.2024 242
Web of Science	(TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND ((TI="participative decision-making" OR AB="participative decision-ma-	15.07.2024 56

	king") OR (TI="participatory decision-making" OR AB="participatory decision-making") OR (TI="participative decision making" OR AB="participative decision making") OR (TI="participatory decision making" OR AB="participatory decision making") OR (TI="shared decision making" OR AB="shared decision making") OR (TI="shared decision-making" OR AB="shared decision-making") OR (TI="patient involv*" OR AB="patient involv*") OR (TI="patient particip*" OR AB="patient particip*") OR (TI="collaborative decision making" OR AB="collaborative decision making") OR (TI="patient-centered decision making" OR AB="patient-centered decision making") OR (TI="collaborative decision-making" OR AB="collaborative decision-making") OR (TI="patient centered decision making" OR AB="patient centered decision making") OR (TI="patient-centered care" OR AB="patient-centered care") OR (TI="patient centered care" OR AB="patient centered care") OR (TI="informed decision making" OR AB="informed decision making") OR (TI="informed decision-making" OR AB="informed decision-making"))	
	AND	
	(TI=psycho* OR AB= psycho* OR TI=psychiatr* OR AB=psychiatr*)	

Klinische Fragestellung 4: Ist eine auf die Traumaart „besondere Gewaltformen“ abgestimmte Therapie- oder Interventionsform bei Personen mit einer (k)PTBS aufgrund von besonderer Gewaltformen (siehe P) effektiver hinsichtlich der Verbesserung der (k)PTB-Symptome, einer erneuten Traumatisierung/Reviktimisierung, Symptomreduktion (aus WHO-5 & PHQ), Retention, geringerer unerwünschter Ereignisse oder der Verbesserung der Lebensqualität im Vergleich zu keiner auf die Traumaart „besondere Gewaltformen“ abgestimmten Therapie- oder Interventionsform oder keiner Vergleichsgruppe?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) AND ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma*"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("sex* abuse"[tiab] OR "sex* violen*"[tiab] OR "Dating Violence"[tiab] OR "Partner Abuse"[tiab] OR "IPV"[tiab] OR "Partner Violence"[tiab] OR "domestic violence"[tiab] OR "domestic abus*"[tiab] OR "spous* abus*"[tiab] OR "Family violence"[tiab] OR "Child abuse"[tiab] OR "batter*"[tiab] OR "courtship violen*"[tiab] OR "marital rape"[tiab] OR "gender-based violen*"[tiab] OR "gender based violen*"[tiab] OR "combat trauma"[tiab] OR "militar*"[tiab] OR "medical* violen*"[tiab] OR "sex traffic*"[tiab] OR "human traffic*"[tiab] OR "hate crime*"[tiab] OR "homophob*"[tiab] OR "transphob*"[tiab] OR "sexis*"[tiab] OR "rape"[tiab] OR "sex* assault"[tiab] OR "sex* coercion"[tiab] OR "violen* against women"[tiab] OR "women abuse"[tiab] OR "victim*"[tiab] OR "LGBTQ violen*"[tiab] OR "sexual minority violen*"[tiab] OR "war trauma"[tiab] OR "istanbul convention"[tiab] OR "organized violen*"[tiab] OR "digital sexual violen*"[tiab] OR "cyber sexual assault"[tiab] OR "online sexual harass-	15.07.2024 214

	ment"[tiab] OR "healthcare abuse"[tiab] OR "violence in healthcare settings"[tiab] OR "patient abuse"[tiab]) AND ("psychotherap*" OR ((("psycho*" [tiab] OR "trauma focused"[tiab] OR "traumafocused"[tiab] OR "trauma-focused"[tiab]) AND ("therap*" [tiab] OR "intervention*" [tiab] OR "counsel*" [tiab] OR "treatment*" [tiab]))) AND (humans[Filter]) AND (2014:2024[pdat])	
Epistemonikos	1. Zeile: "meta-analysis" OR "systematic review" OR "review" OR "meta analysis" OR "metaanalysis" + Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" + Zeile: "psychotherap*" OR ((("psycho*" OR "trauma focused" OR "traumafocused" OR "trauma-focused") AND ("therap*" OR "intervention*" OR "counsel*" OR "treatment*")) + Zeile: "sex* abuse" OR "sex* violen*" OR "Dating Violence" OR "Partner Abuse" OR IPV OR "Partner Violence" OR "domestic violence" OR "domestic abus*" OR "spous* abus*" OR "Family violence" OR "Child abuse" OR batter* OR "courtship violen*" OR "marital rape" OR "gender-based violen*" OR "gender based violen*" OR "combat trauma" OR militar* OR "medical* violen*" OR "sex traffic*" OR "human traffic*" OR "hate crime*" OR homophob* OR transphob* OR sexis* OR rape OR "sex* assault" OR "sex* coercion" OR "violen* against women" OR "women abuse" OR victim* OR "LGBTQ violen*" OR "sexual minority violen*" OR "war trauma" OR "istanbul convention" OR "organized violen*" OR "digital sexual violen*" OR "cyber sexual assault" OR "online sexual harassment" OR "healthcare abuse" OR "violence in healthcare settings" OR "patient abuse" + Zeile FILTER 2014-heute	15.07.2024 11
Psyndex/ PsycInfo	(MA "review" OR MA "Meta-Analysis" OR MA "systematic review" OR MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis) AND (MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) AND ((TI "sex* abuse" OR AB "sex* abuse") OR (TI "sex* violen*" OR AB "sex* violen*") OR (TI "Dating Violence" OR AB "Dating Violence") OR (TI "Intimate Partner Abuse" OR AB "Intimate Partner Abuse") OR (TI IPV OR AB IPV) OR (TI "Intimate Partner Violence" OR AB "Intimate Partner Violence") OR (TI "domestic violence" OR AB "domestic violence") OR (TI "domestic abus*" OR AB "domestic abus*") OR (TI "spous* abus*" OR AB "spous* abus*") OR (TI "Family violence" OR AB "Family violence") OR (TI "Child abuse" OR AB "Child abuse") OR (TI batter* OR AB batter*) OR (TI "courtship violen*" OR AB "courtship violen*") OR (TI "marital rape" OR AB "marital rape") OR (TI "gender-ba-	15.07.2024 10 157

	sed violen*" OR AB "gender-based violen*") OR (TI "gender based violen*" OR AB "gender based violen*") OR (TI "combat trauma" OR AB "combat trauma") OR (TI militar* OR AB militar*) OR (TI "medical* violen*" OR AB "medical* violen*") OR (TI "sex traffic*" OR AB "sex traf-fic*") OR (TI "human traffic*" OR AB "human traffic*") OR (TI "hate crime*" OR AB "hate crime*") OR (TI homophob* OR AB homophob*) OR (TI transphob* OR AB transphob*) OR (TI sexis* OR AB sexis*) OR (TI rape OR AB rape) OR (TI "sex* assault" OR AB "sex* assault") OR (TI "sex* coercion" OR AB "sex* coercion") OR (TI "violen* against wo-men" OR AB "violen* against women") OR (TI "women abuse" OR AB "women abuse") OR (TI victim* OR AB victim*) OR (TI "LGBTQ violen*" OR AB "LGBTQ violen*") OR (TI "sexual minority violen*" OR AB "se-xual minority violen*") OR (TI "war trauma" OR AB "war trauma") OR (TI "istanbul convention" OR AB "istanbul convention") OR (TI "organized violen*" OR AB "organized violen*") OR (TI "digital sexual violen*" OR AB "digital sexual violen*") OR (TI "cyber sexual assault" OR AB "cyber sexual assault") OR (TI "online sexual harassment" OR AB "online se-xual harassment") OR (TI "healthcare abuse" OR AB "healthcare a-buse") OR (TI "violence in healthcare settings" OR AB "violence in healthcare settings") OR (TI "patient abuse" OR AB "patient abuse")) AND ("psychotherap*" OR (((TI "psycho*" OR AB "psycho*") OR (TI "trauma focused" OR AB "trauma focused") OR (TI "traumafocused" OR AB "traumafocused") OR (TI "trauma-focused" OR AB "trauma-focused")) AND ((TI "therap*" OR AB "therap*") OR (TI "intervention*" OR AB "in-tervention*") OR (TI "counsel*" OR AB "counsel*") OR (TI "treatment*" OR AB "treatment*")))) UND FILTER 2014-heute	
Web of Science	(TI=review OR TI=meta-analysis OR TI=metaanalysis OR AB=review OR AB=meta-analysis OR AB=metaanalysis) AND (TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND (ALL="psychotherap*" OR ((TI="psycho*" OR AB="psycho*" OR TI="trauma focused" OR AB="trauma focused" OR TI="traumafocused" OR AB="traumafocused") AND (TI="therap*" OR AB="therap*" OR TI="intervention*" OR AB="intervention*" OR TI="counsel*" OR AB="counsel*" OR TI="treatment*" OR AB="treatment*")))) AND ((TI="sex* abuse" OR AB="sex* abuse") OR (TI="sex* violen*" OR AB="sex* violen*") OR (TI="Dating Violence" OR AB="Dating Violence") OR (TI="Partner Abuse" OR AB="Partner Abuse") OR (TI=IPV OR AB=IPV) OR (TI="Partner Violence" OR AB="Partner Violence") OR (TI="domestic violence" OR AB="domestic violence") OR (TI="domestic abus*" OR AB="domestic abus*") OR (TI="spous* abus*" OR AB="spous* abus*") OR (TI="Family violence" OR AB="Family vio-lence") OR (TI="Child abuse" OR AB="Child abuse") OR (TI=batter* OR AB=batter*) OR (TI="courtship violen*" OR AB="courtship violen*") OR	15.07.2024 335

	(TI="marital rape" OR AB="marital rape") OR (TI="gender-based violence" OR AB="gender-based violence") OR (TI="gender based violence" OR AB="gender based violence") OR (TI="combat trauma" OR AB="combat trauma") OR (TI=militar* OR AB=militar*) OR (TI="medical* violence" OR AB="medical* violence") OR (TI="sex traffic*" OR AB="sex traffic*") OR (TI="human traffic*" OR AB="human traffic*") OR (TI="hate crime*" OR AB="hate crime*") OR (TI=homophob* OR AB=homophob*) OR (TI=transphob* OR AB=transphob*) OR (TI=sexis* OR AB=sexis*) OR (TI=rape OR AB=rape) OR (TI="sex* assault" OR AB="sex* assault") OR (TI="sex* coercion" OR AB="sex* coercion") OR (TI="violence against women" OR AB="violence against women") OR (TI="women abuse" OR AB="women abuse") OR (TI=victim* OR AB=victim*) OR (TI="LGBTQ violence" OR AB="LGBTQ violence") OR (TI="sexual minority violence" OR AB="sexual minority violence") OR (TI="war trauma" OR AB="war trauma") OR (TI="istanbul convention" OR AB="istanbul convention") OR (TI="organized violence" OR AB="organized violence") OR (TI="digital sexual violence" OR AB="digital sexual violence") OR (TI="cyber sexual assault" OR AB="cyber sexual assault") OR (TI="online sexual harassment" OR AB="online sexual harassment") OR (TI="healthcare abuse" OR AB="healthcare abuse") OR (TI="violence in healthcare settings" OR AB="violence in healthcare settings") OR (TI="patient abuse" OR AB="patient abuse")	
	UND FILTER 2014-heute	

Klinische Fragestellung 5: Führen trauma informed care-Schulungen (zur Identifikation von und Reaktion auf häusliche Gewalt) bei Gesundheitsfachkräften mit Patient:innen mit Verdacht auf Traumafolgestörungen zu einer verbesserten Erkennung von Traumafolgestörungen, einer höheren Vermittlungsrate in soziale Einrichtung oder einer häufigeren Verhinderung von weiteren Gewalttaten/weiterer erneuter Traumatisierung im Vergleich zu keiner entsprechenden Schulung?

Datenbank	Search String Offene Suche	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("train"[tiab] OR "workshop"[tiab] OR "school"[tiab] OR "course"[tiab] OR "educat"[tiab] OR "lesson"[tiab] OR "teach"[tiab] OR "coach"[tiab]) AND ("Dating Violence"[tiab] OR "Intimate Partner Abuse"[tiab] OR "IPV"[tiab] OR "Intimate Partner Violence"[tiab] OR "domestic violence"[tiab] OR "domestic abus"[tiab] OR "spous* abus"[tiab] OR "Family violence"[tiab] OR "Child abuse"[tiab] OR "batter"[tiab] OR "courtship violence"[tiab] OR "marital rape"[tiab]) AND ("ident"[tiab] OR "aware"[tiab] OR "help"[tiab] OR "sensi"[tiab] OR "transfer"[tiab] OR "connect"[tiab] OR "interv"[tiab] OR "respons"[tiab])	15.07.2024 277

	AND (humans[Filter])	
Epistemonikos	1. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" 2. Zeile: train* OR workshop OR school* OR course OR educat* OR lesson* OR teach* OR coach* 3. Zeile: "Dating Violence" OR "Intimate Partner Abuse" OR IPV OR "Intimate Partner Violence" OR "domestic violence" OR "domestic abus*" OR "spous* abus*" OR "Family violence" OR "Child abuse" OR batter* OR "courtship violen*" OR "marital rape" 4. Zeile: (ident* OR aware* OR help* OR sensi* OR transfer* OR connect* OR interv* OR respons*)	15.07.2024 65
Psyndex/ PsycInfo	(MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) AND ((TI train* OR AB train*) OR (TI workshop OR AB workshop) OR (TI school* OR AB school*) OR (TI course OR AB course) OR (TI educat* OR AB educat*) OR (TI lesson* OR AB lesson*) OR (TI teach* OR AB teach*) OR (TI coach* OR AB coach*)) AND ((TI "Dating Violence" OR AB "Dating Violence") OR (TI "Intimate Partner Abuse" OR AB "Intimate Partner Abuse") OR (TI IPV OR AB IPV) OR (TI "Intimate Partner Violence" OR AB "Intimate Partner Violence") OR (TI "domestic violence" OR AB "domestic violence") OR (TI "domestic abus*" OR AB "domestic abus*") OR (TI "spous* abus*" OR AB "spous* abus*") OR (TI "Family violence" OR AB "Family violence") OR (TI "Child abuse" OR AB "Child abuse") OR (TI batter* OR AB batter*) OR (TI "courtship violen*" OR AB "courtship violen*") OR (TI "marital rape" OR AB "marital rape")) AND ((TI ident* OR AB ident*) OR (TI aware* OR AB aware*) OR (TI help* OR AB help*) OR (TI sensi* OR AB sensi*) OR (TI transfer* OR AB transfer*) OR (TI connect* OR AB connect*) OR (TI interv* OR AB interv*) OR (TI respons* OR AB respons*))	15.07.2024 17 392
Web of Science	(TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND ((TI=train* OR AB=train*) OR (TI=workshop OR AB=workshop) OR (TI=school* OR AB=school*) OR (TI=course OR AB=course) OR (TI=educat* OR AB=educat*) OR (TI=lesson* OR AB=lesson*) OR (TI=teach* OR AB=teach*) OR (TI=coach* OR AB=coach*)) AND ((TI="Dating Violence" OR AB="Dating Violence") OR (TI="Intimate Partner Abuse" OR AB="Intimate Partner Abuse") OR (TI=IPV OR AB=IPV) OR (TI="Intimate Partner Violence" OR AB="Intimate Partner Violence") OR (TI="domestic violence" OR AB="domestic violence") OR (TI="domestic abus*" OR AB="domestic abus*") OR (TI="spous* abus*"	15.07.2024 344

	OR AB="spous* abus*") OR (TI="Family violence" OR AB="Family violence") OR (TI="Child abuse" OR AB="Child abuse") OR (TI=batter* OR AB=batter*) OR (TI="courtship violen*" OR AB="courtship violen*") OR (TI="marital rape" OR AB="marital rape")) AND ((TI=ident* OR AB=ident*) OR (TI=aware* OR AB=aware*) OR (TI=help* OR AB=help*) OR (TI=sensi* OR AB=sensi*) OR (TI=transfer* OR AB=transfer*) OR (TI=connect* OR AB=connect*) OR (TI=interv* OR AB=interv*) OR (TI=respons* OR AB=respons*))	
Klinische Fragestellung 6: Führt eine traumafokussierte Therapie und/oder Arbeit mit belastenden Erinnerungen bei Personen mit einer PTBS nach sexualisierter Gewalt und bevorstehendem oder laufendem Gerichtsverfahren (insbesondere bei Aussage gegen Aussagekonstellation) zu einer verbesserten Aussagefähigkeit oder einem verbesserten Aussagegehalt im Vergleich zu einer nicht-traumafokussierten Therapie (keine Bearbeitung von traumabezogenen Inhalten)?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("review"[sb] OR "Meta-Analysis"[sb] OR "Systematic Review"[sb] OR "systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR systematic review[pt] OR review[ti] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) AND ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma*"[tiab] OR "posttrauma*"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ((("psycho*"[tiab] OR "trauma focused"[tiab] OR "traumafocused"[tiab] OR "trauma-focused"[tiab] OR "exposure"[tiab]) AND ("therap*"[tiab] OR "intervention*"[tiab] OR "counsel*"[tiab] OR "treatment*"[tiab])) AND ("court*"[tiab] OR "legal"[tiab] OR "hearing"[tiab] OR "case"[tiab] OR "legal statement"[tiab] OR "testimon*"[tiab] OR "witness"[tiab] OR "eyewitness"[tiab]) AND ("memor*"[tiab] OR "recollect*"[tiab] OR "recall*"[tiab] OR "manip*"[tiab] OR "reliab*"[tiab] OR "suggest*"[tiab] OR "accura*"[tiab] OR "statement"[tiab]) AND (humans[Filter])	16.07.2024 87
Epistemonikos	1. Zeile (Title): "meta-analysis" OR "systematic review" OR "review" OR "meta analysis" OR "metaanalysis" 2. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" 3. Zeile: ("psycho*" OR "traumafocused" OR "trauma-focused" OR "trauma focused" OR "exposure") AND ("therap*" OR "intervention*" OR "counsel*" OR "treatment*") 4. Zeile: court* OR legal OR hearing OR case OR "legal statement" OR testimon* OR witness OR eyewitness AND (memor* OR recollect* OR recall* OR manip* OR reliab* OR suggest* OR accura* OR statement)	16.07.2024 0
Psynindex/ PsycInfo	(MA "review" OR MA "Meta-Analysis" OR MA "systematic review" OR MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI	16.07.2024 5 201

	review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis) AND (MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) AND ((TI "psycho*" OR TI "trauma-focused" OR TI "traumafocused" OR TI "exposure") AND (TI "therap*" OR TI "intervention" OR TI "counsel*" OR TI "treatment")) OR ((AB "psycho*" OR AB "trauma-focused" OR AB "traumafocused" OR AB "exposure") AND (AB "therap*" OR AB "intervention" OR AB "counsel*" OR AB "treatment")) AND ((TI court* OR AB court*) OR (TI legal OR AB legal) OR (TI hearing OR AB hearing) OR (TI case OR AB case) OR (TI "legal statement" OR AB "legal statement") OR (TI testimon* OR AB testimon*) OR (TI witness OR AB witness) OR (TI eyewitness OR AB=eyewitness) AND ((TI memor* OR AB memor*) OR (TI recollect* OR AB recollect*) OR (TI recall* OR AB recall*) OR (TI manip* OR AB manip*) OR (TI reliab* OR AB reliab*) OR (TI suggest* OR AB suggest*) OR (TI accura* OR AB accura*) OR (TI statement OR AB statement)))	
Web of Science	(TI=review OR TI=meta-analysis OR TI=metaanalysis OR AB=review OR AB=meta-analysis OR AB=metaanalysis) AND (TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND ((TI="psycho*" OR AB="psycho*" OR TI="trauma focused" OR AB="trauma focused" OR TI="traumafocused" OR AB="traumafocused" OR TI="exposure" OR AB="exposure") AND (TI="therap*" OR AB="therap*" OR TI="intervention*" OR AB="intervention*" OR TI="counsel*" OR AB="counsel*" OR TI="treatment*" OR AB="treatment*")) AND ((TI=court* OR AB=court*) OR (TI=legal OR AB=legal) OR (TI=hearing OR AB=hearing) OR (TI=case OR AB=case) OR (TI="legal statement" OR AB="legal statement") OR (TI=testimon* OR AB=testimon*) OR (TI=witness OR AB=witness) OR (TI=eyewitness OR AB=eyewitness) AND ((TI=memor* OR AB=memor*) OR (TI=recollect* OR AB=recollect*) OR (TI=recall* OR AB=recall*) OR (TI=manip* OR AB=manip*) OR (TI=reliab* OR AB=reliab*) OR (TI=suggest* OR AB=suggest*) OR (TI=accura* OR AB=accura*) OR (TI=statement OR AB=statement))))	16.07.2024 329

Klinische Fragestellung 7: Ist eine adjunktive zahnmedizinische Therapie des Bruxismus mittels Reflexschiene, Physiotherapie und/oder Botulinumtoxin bei Personen mit einer PTBS und cranio-mandibulärer Dysfunktion (CMD) mit Bruxismus effektiver in der Reduktion von CMD-Schmerz, Verbesserung der Mundöffnung oder effektiver hinsichtlich einer geringeren Dauer der PTBS-Therapie

im Vergleich zu einer PTBS-Therapie ohne zahnärztliche adjunktive Maßnahme?		
Datenbank	Search String Agg. Evidenz + Primärdaten	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma*"[tiab] OR "posttrauma*"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("bruxism"[tiab] OR "teeth grinding"[tiab] OR "jaw clenching"[tiab] OR "teeth clenching"[tiab] OR "jaw grinding"[tiab] OR "CMD"[tiab] OR "craniomandibular dysfunction"[tiab]) AND ("splint"[tiab] OR "dental splint"[tiab] OR "Occlusal Splints"[tiab] OR "physiotherap*"[tiab] OR "botulinum toxin*"[tiab]) AND (humans[Filter])	04.04.2024 7
Epistemonikos	1. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" 2. Zeile: "bruxism" OR "teeth grinding" OR "jaw clenching" OR "teeth clenching" OR "jaw grinding" OR "CMD" OR "craniomandibular dysfunction" 3. "splint" OR "dental splint" OR "Occlusal Splints" OR "physiotherap*" OR "botulinum toxin"	04.04.2024 0
Psyndex/ PsycInfo	1. Zeile (MA "Stress Disorders, Post-Traumatic" OR (TI "ptsd" OR AB "ptsd") OR (TI "ptss" OR AB "ptss") OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) 2. Zeile mit AND Verknüpfung ((TI "bruxism" OR AB "bruxism") OR (TI "teeth grinding" OR AB "teeth grinding") OR (TI "jaw clenching" OR AB "jaw clenching") OR (TI "teeth clenching" OR AB "teeth clenching") OR (TI "jaw grinding" OR AB "jaw grinding") OR (TI "CMD" OR AB "CMD") OR (TI "craniomandibular dysfunction" OR AB "craniomandibular dysfunction")) 3. Zeile mit AND Verknüpfung ((TI "splint" OR AB "splint") OR (TI "dental splint" OR AB "dental splint") OR (TI "Occlusal Splints" OR AB "Occlusal Splints") OR (TI "physiotherap*" OR AB "physiotherap*") OR (TI "botulinum toxin*" OR AB "botulinum toxin*"))	04.04.2024 0 0
Web of Science	(TI = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB = "Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI = "ptsd" OR AB = "ptsd" OR TI = "post trauma*" OR AB = "post trauma*" OR TI = "posttrauma*" OR AB = "posttrauma*" OR TI = "post-trauma" OR AB = "post-trauma") AND (TI="bruxism" OR TI="teeth grinding" OR TI="jaw clenching" OR TI="teeth clenching" OR TI="jaw grinding" OR TI="CMD" OR TI="craniomandibular dysfunction" OR AB="bruxism" OR AB="teeth grinding" OR	04.04.2024 5

	AB="jaw clenching" OR AB="teeth clenching" OR AB="jaw grinding" OR AB="CMD" OR AB="craniomandibular dysfunction") AND (TI="splint" OR TI="dental splint" OR TI="Occlusal Splints" OR TI="physiotherap*" OR TI="botulinum toxin*" OR AB="splint" OR AB="dental splint" OR AB="Occlusal Splints" OR AB="physiotherap*" OR AB="botulinum toxin*")	

AG Allgemeine Behandlungsprinzipien | Primärdaten

Klinische Fragestellung 1: Sind PTBS-Interventionen in Zusammenarbeit mit der Primärversorgung/unter Einbeziehung des hausärztlichen Settings bei erwachsenen Personen mit PTBS effektiver in der Verbesserung der PTB-Symptomlast, des Funktionsniveaus oder Patient:innenzufriedenheit im Vergleich zu einem Treatment-As-Usual oder keiner Vergleichsgruppe?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma*"[tiab] OR "posttrauma*"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("primary care"[tiab] OR "General practi*"[tiab] OR "family doctor"[tiab] OR "first contact"[tiab] OR "primary health"[tiab] OR "primary medical"[tiab] OR "family practice"[tiab] OR "ambulat*"[tiab]) AND ("psycho*"[tiab] OR "psychiatr*"[tiab]) AND (humans[Filter]) AND (randomizedcontrolledtrial[Filter])	22.08.2024 60
Epistemonikos	1. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" 2. Zeile: "primary care" OR "general practi*" OR "family doctor" OR "first contact" OR "primary health" OR "primary medical" OR "family practice" OR "ambulat*" OR "psychiatr*" OR "psycho*" OR "psychiatr*"	22.08.2024 0
Psyndex/ PsycInfo	(MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma*)) AND ((TI primary care OR AB primary care) OR (TI general practi* OR AB general practi*) OR (TI family doctor OR AB family doctor) OR (TI first contact OR AB first contact) OR (TI primary health OR AB primary health) OR (TI primary medical OR AB primary medical) OR (TI family practice OR AB family practice) OR (TI ambulat* OR AB ambulat*)) AND ((TI psycho* OR AB psycho*) OR (TI psychiatr* OR AB psychiatr*))	22.08.2024 21 159

	NOT (MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis)	
Web of Science	(TS=(randomised OR randomized OR randomisation OR randomisation OR placebo* OR (random* AND (allocat* OR assign*)) OR (blind* AND (single OR double OR treble OR triple)))) AND (TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND (TI="primary care" OR AB="primary care" OR TI="general practi*" OR AB="general practi*" OR TI="family doctor" OR AB="family doctor" OR TI="first contact" OR AB="first contact" OR TI="primary health" OR AB="primary health" OR TI="primary medical" OR AB="primary medical" OR TI="family practice" OR AB="family practice" OR TI="ambulat*" OR AB="ambulat*") AND (TI="psycho*" OR AB="psycho*" OR TI="psychiatr*" OR AB="psychiatr*")	22.08.2024 104

Klinische Fragestellung 2: Ist eine zusätzliche bzw. anschließende Behandlung einer PTBS im Reha-Setting (Rehabilitation) bei erwachsenen Personen mit einer PTBS effektiver hinsichtlich der Verringerung der Symptomlast, Erhöhung der Lebensqualität, Verbesserung des Beschäftigungsstatus, Verbesserung der Funktionsbeeinträchtigung, der Erhöhung sozialer Unterstützung und Interaktion oder unterscheidbar in der Anzahl oder Ausprägung der Nebenwirkungen im Vergleich zu keiner zusätzlichen bzw. anschließenden Behandlung einer PTBS im Reha-Setting (keine Rehabilitation)?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma"[tiab] OR "posttrauma*" [tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ("rehab"[tiab] OR "rehabilitation*" [tiab] OR "regimen"[tiab] OR "recuperation"[tiab] OR "Therapeutic Exercise*" [tiab] OR "Physical Therap*" [tiab] OR "ergotherap*" [tiab] OR "Occupational therap*" [tiab] OR "manual therap*" [tiab] OR "Speech Therap*" [tiab]) AND ("psycho*" [tiab] OR "psychiatr*" [tiab]) NOT ("traumatic brain injur*" [tiab] OR "TBI" [tiab]) AND (humans[Filter]) NOT ("review"[Publication Type] OR "comment"[Publication Type] OR	22.08.2024 420

	"editorial"[Publication Type] OR "case reports"[Publication Type])	
Epistemonikos	+ Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" + Zeile: "rehab*" OR "regimen" OR "residential" OR "program" OR "Therapeutic Exercise*" OR "Physical Therap*" OR "ergo-therap*" OR "Occupational therap*" OR "vocational" OR "occupation therapy department*" OR "manual therap*" OR "Speech Therap*" + Zeile: "psycho*" OR "psychiatr*" + NOT: "traumatic brain injur*" OR "TBI"	22.08.2024 0
PubPsych/ Psyndex/ PsycInfo	(MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) AND (TI "rehab" OR TI "rehabilitation*" OR TI "regimen" OR TI "residential" OR TI "Therapeutic Exercise*" OR TI "Physical Therap*" OR TI "ergo-therap*" OR TI "Occupational therap*" OR TI "vocational" OR TI "occupation therapy department*" OR TI "manual therap*" OR TI "Speech Therap*" OR AB "rehab" OR AB "rehabilitation*" OR AB "regimen" OR AB "residential" OR AB "Therapeutic Exercise*" OR AB "Physical Therap*" OR AB "ergo-therap*" OR AB "Occupational therap*" OR AB "vocational" OR AB "occupation therapy department*" OR AB "manual therap*" OR AB "Speech Therap*") AND ((TI psycho* OR AB psycho*) OR (TI psychiatr* OR AB psychiatr*)) NOT (TI "traumatic brain injur*" OR "TBI") NOT (PT "Review" OR PT "Commentary" OR PT "Editorial" OR PT "Case Study")	22.08.2024 753
Web of Science	(TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND (TI="rehab" OR TI="rehabilitation*" OR TI="regimen" OR TI="residential" OR TI="Therapeutic Exercise*" OR TI="Physical Therap*" OR TI="ergo-therap*" OR TI="Occupational therap*" OR TI="vocational" OR TI="occupation therapy department*" OR TI="manual therap*" OR TI="Speech Therap*" OR AB="rehab" OR AB="rehabilitation*" OR AB="regimen" OR AB="residential" OR AB="Therapeutic Exercise*" OR AB="Physical Therap*" OR AB="ergo-therap*" OR AB="Occupational therap*" OR AB="vocational" OR AB="occupation therapy department*" OR AB="manual therap*" OR AB="Speech Therap*") AND (TI=psycho* OR AB= psycho* OR TI=psychiatr* OR AB=psychiatr*)	22.08.2024 875

	SUCHE AB 2008	

Klinische Fragestellung 4: Ist eine auf die Traumaart „besondere Gewaltformen“ abgestimmte Therapie- oder Interventionsform bei Personen mit einer (k)PTBS aufgrund von besonderer Gewaltformen (siehe P) effektiver hinsichtlich der Verbesserung der (k)PTB-Symptome, einer erneuten Traumatisierung/Reviktimisierung, Symptomreduktion (aus WHO-5 & PHQ), Retention, geringerer unerwünschter Ereignisse oder der Verbesserung der Lebensqualität im Vergleich zu keiner auf die Traumaart „besondere Gewaltformen“ abgestimmten Therapie- oder Interventionsform oder keiner Vergleichsgruppe?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	(“Stress Disorders, Post-Traumatic”[mh] OR “ptsd”[tiab] OR “ptss”[tiab] OR “post trauma”[tiab] OR “posttrauma”[tiab] OR “post-trauma”[tiab]) AND (“sex* abuse”[tiab] OR “sex* violen*”[tiab] OR “Dating Violence”[tiab] OR “Partner Abuse”[tiab] OR “IPV”[tiab] OR “Partner Violence”[tiab] OR “domestic violence”[tiab] OR “domestic abus*”[tiab] OR “spous* abus*”[tiab] OR “Family violence”[tiab] OR “Child abuse”[tiab] OR “batter*”[tiab] OR “courtship violen*”[tiab] OR “marital rape”[tiab] OR “gender-based violen*”[tiab] OR “gender based violen*”[tiab] OR “combat trauma”[tiab] OR “militar*”[tiab] OR “medical* violen*”[tiab] OR “sex traffic*”[tiab] OR “human traffic*”[tiab] OR “hate crime*”[tiab] OR “homophob*”[tiab] OR “transphob*”[tiab] OR “sexis*”[tiab] OR “rape”[tiab] OR “sex* assault”[tiab] OR “sex* coercion”[tiab] OR “violen* against women”[tiab] OR “women abuse”[tiab] OR “victim*”[tiab] OR “LGBTQ violen*”[tiab] OR “sexual minority violen*”[tiab] OR “war trauma”[tiab] OR “istanbul convention”[tiab] OR “organized violen*”[tiab] OR “digital sexual violen*”[tiab] OR “cyber sexual assault”[tiab] OR “online sexual harassment”[tiab] OR “healthcare abuse”[tiab] OR “violence in healthcare settings”[tiab] OR “patient abuse”[tiab]) AND (“psychotherap*” OR (“psycho*”[tiab] OR “trauma focused”[tiab] OR “traumafocused”[tiab] OR “trauma-focused”[tiab]) AND (“therap*”[tiab] OR “intervention*”[tiab] OR “counsel*”[tiab] OR “treatment*”[tiab])) AND (humans[Filter]) AND (randomizedcontrolledtrial[Filter]) AND (y_10[Filter])	30.07.2024 181
Epistemonikos	+ Zeile: “ptsd” OR “ptss” OR “post trauma*” OR “posttrauma*” OR “post-trauma” + Zeile: “psychotherap*” OR ((“psycho*” OR “trauma focused” OR “traumafocused” OR “trauma-focused”) AND (“therap*” OR “intervention*” OR “counsel*” OR “treatment*”)) + Zeile: “sex* abuse” OR “sex* violen*” OR “Dating Violence” OR “Partner Abuse” OR IPV OR “Partner Violence” OR “domestic violence” OR “domestic abus*” OR “spous* abus*” OR “Family violence” OR “Child abuse” OR batter* OR “courtship violen*” OR “marital rape” OR “gender-based violen*” OR “gender ba-	30.07.2024 4

	sed violen*" OR "combat trauma" OR militar* OR "medical* violen*" OR "sex traffic*" OR "human traffic*" OR "hate crime*" OR homophob* OR transphob* OR sexis* OR rape OR "sex* assault" OR "sex* coercion" OR "violen* against women" OR "women abuse" OR victim* OR "LGBTQ violen*" OR "sexual minority violen*" OR "war trauma" OR "istanbul convention" OR "organized violen*" OR "digital sexual violen*" OR "cyber sexual assault" OR "online sexual harassment" OR "healthcare abuse" OR "violence in healthcare settings" OR "patient abuse" FILTER RCT (über Primary Study und RCT) und Last 10 years	
Psyndex/ PsycInfo	(MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) AND ((TI "sex* abuse" OR AB "sex* abuse") OR (TI "sex* violen*" OR AB "sex* violen*") OR (TI "Dating Violence" OR AB "Dating Violence") OR (TI "Intimate Partner Abuse" OR AB "Intimate Partner Abuse") OR (TI IPV OR AB IPV) OR (TI "Intimate Partner Violence" OR AB "Intimate Partner Violence") OR (TI "domestic violence" OR AB "domestic violence") OR (TI "domestic abus*" OR AB "domestic abus*") OR (TI "spous* abus*" OR AB "spous* abus*") OR (TI "Family violence" OR AB "Family violence") OR (TI "Child abuse" OR AB "Child abuse") OR (TI batter* OR AB batter*) OR (TI "courtship violen*" OR AB "courtship violen*") OR (TI "marital rape" OR AB "marital rape") OR (TI "gender-based violen*" OR AB "gender-based violen*") OR (TI "gender based violen*" OR AB "gender based violen*") OR (TI "combat trauma" OR AB "combat trauma") OR (TI militar* OR AB militar*) OR (TI "medical* violen*" OR AB "medical* violen*") OR (TI "sex traffic*" OR AB "sex traffic*") OR (TI "human traffic*" OR AB "human traffic*") OR (TI "hate crime*" OR AB "hate crime*") OR (TI homophob* OR AB homophob*) OR (TI transphob* OR AB transphob*) OR (TI sexis* OR AB sexis*) OR (TI rape OR AB rape) OR (TI "sex* assault" OR AB "sex* assault") OR (TI "sex* coercion" OR AB "sex* coercion") OR (TI "violen* against women" OR AB "violen* against women") OR (TI "women abuse" OR AB "women abuse") OR (TI victim* OR AB victim*) OR (TI "LGBTQ violen*" OR AB "LGBTQ violen*") OR (TI "sexual minority violen*" OR AB "sexual minority violen*") OR (TI "war trauma" OR AB "war trauma") OR (TI "istanbul convention" OR AB "istanbul convention") OR (TI "organized violen*" OR AB "organized violen*") OR (TI "digital sexual violen*" OR AB "digital sexual violen*") OR (TI "cyber sexual assault" OR AB "cyber sexual assault") OR (TI "online sexual harassment" OR AB "online sexual harassment") OR (TI "healthcare abuse" OR AB "healthcare abuse") OR (TI "violence in healthcare settings" OR AB "violence in healthcare settings") OR (TI "patient abuse" OR AB "patient abuse")) AND ((("psychotherap*" OR (((TI "psycho*" OR AB "psycho*") OR (TI "trauma focused" OR AB "trauma focused") OR (TI "traumafocused" OR AB "traumafocused") OR (TI "trauma-focused" OR AB "trauma-focused")) AND ((TI "therap*" OR AB "therap*") OR (TI "intervention*" OR AB "intervention*") OR (TI "counsel*" OR AB "counsel*") OR (TI "treatment*" OR AB "treatment*"))))) UND FILTER 2014-heute	30.07.2024 2 284

	NOT (MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis)	
Web of Science	(TS=(randomised OR randomized OR randomisation OR randomisation OR placebo* OR (random* AND (allocat* OR assign*))) OR (blind* AND (single OR double OR treble OR triple)))) AND (TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND (ALL="psychotherap*" OR ((TI="psycho*" OR AB="psycho*" OR TI="trauma focused" OR AB="trauma focused" OR TI="traumafocused" OR AB="traumafocused") AND (TI="therap*" OR AB="therap*" OR TI="intervention*" OR AB="intervention*" OR TI="counsel*" OR AB="counsel*" OR TI="treatment*" OR AB="treatment*")))) AND ((TI="sex* abuse" OR AB="sex* abuse") OR (TI="sex* violen*" OR AB="sex* violen*") OR (TI="Dating Violence" OR AB="Dating Violence") OR (TI="Partner Abuse" OR AB="Partner Abuse") OR (TI=IPV OR AB=IPV) OR (TI="Partner Violence" OR AB="Partner Violence") OR (TI="domestic violence" OR AB="domestic violence") OR (TI="domestic abus*" OR AB="domestic abus*") OR (TI="spous* abus*" OR AB="spous* abus*") OR (TI="Family violence" OR AB="Family violence") OR (TI="Child abuse" OR AB="Child abuse") OR (TI=batter* OR AB=batter*) OR (TI="courtship violen*" OR AB="courtship violen*") OR (TI="marital rape" OR AB="marital rape") OR (TI="gender-based violen*" OR AB="gender-based violen*") OR (TI="gender based violen*" OR AB="gender based violen*") OR (TI="combat trauma" OR AB="combat trauma") OR (TI=militar* OR AB=militar*) OR (TI="medical* violen*" OR AB="medical* violen*") OR (TI="sex traffic*" OR AB="sex traffic*") OR (TI="human traffic*" OR AB="human traffic*") OR (TI="hate crime*" OR AB="hate crime*") OR (TI=homophob* OR AB=homophob*) OR (TI=transphob* OR AB=transphob*) OR (TI=saxis* OR AB=saxis*) OR (TI=rape OR AB=rape) OR (TI="sex* assault" OR AB="sex* assault") OR (TI="sex* coercion" OR AB="sex* coercion") OR (TI="violen* against women" OR AB="violen* against women") OR (TI="women a-buse" OR AB="women abuse") OR (TI=victim* OR AB=victim*) OR (TI="LGBTQ violen*" OR AB="LGBTQ violen*") OR (TI="sexual minority violen*" OR AB="sexual minority violen*") OR (TI="war trauma" OR AB="war trauma") OR (TI="istanbul convention" OR AB="istanbul convention") OR (TI="organized violen*" OR AB="organized violen*") OR (TI="digital sexual violen*" OR AB="digital sexual violen*") OR (TI="cyber sexual assault" OR AB="cyber sexual assault") OR (TI="online sexual harassment" OR AB="online sexual harassment") OR (TI="healthcare abuse" OR AB="healthcare abuse") OR (TI="violence in healthcare settings" OR AB="violence in healthcare settings") OR (TI="patient abuse" OR AB="patient abuse"))	30.07.2024 368

	UND FILTER 2014-heute UND FILTER Article and Early Access	

Klinische Fragestellung 6: Führt eine traumafokussierte Therapie und/oder Arbeit mit belastenden Erinnerungen bei Personen mit einer PTBS nach sexualisierter Gewalt und bevorstehendem oder laufendem Gerichtsverfahren (insbesondere bei Aussage gegen Aussagekonstellation) zu einer verbesserten Aussagefähigkeit oder einem verbesserten Aussagegehalt im Vergleich zu einer nicht-traumafokussierten Therapie (keine Bearbeitung von traumabezogenen Inhalten)?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed (inkl. Medline)	("Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR "ptsd"[tiab] OR "ptss"[tiab] OR "post trauma*"[tiab] OR "posttrauma*"[tiab] OR "post-trauma"[tiab]) AND ((("psycho*"[tiab] OR "trauma focused"[tiab] OR "traumafocused"[tiab] OR "trauma-focused"[tiab] OR "exposure"[tiab]) AND ("therap*"[tiab] OR "intervention*"[tiab] OR "counsel*"[tiab] OR "treatment*"[tiab])) AND ("court*"[tiab] OR "legal"[tiab] OR "hearing"[tiab] OR "case"[tiab] OR "legal statement"[tiab] OR "testimon*"[tiab] OR "witness"[tiab] OR "eyewitness"[tiab]) AND ("memor*"[tiab] OR "recollect*"[tiab] OR "recall*"[tiab] OR "manip*"[tiab] OR "reliab*"[tiab] OR "suggest*"[tiab] OR "accuracy*"[tiab] OR "statement"[tiab]) AND (humans[Filter]) AND (randomizedcontrolledtrial[Filter])	30.07.2024 21
Epistemonikos	1. Zeile: "ptsd" OR "ptss" OR "post trauma*" OR "posttrauma*" OR "post-trauma" 2. Zeile: ("psycho*" OR "traumafocused" OR "trauma-focused" OR "trauma focused" OR "exposure") AND ("therap*" OR "intervention*" OR "counsel*" OR "treatment*") 3. Zeile: court* OR legal OR hearing OR case OR "legal statement" OR testimon* OR witness OR eyewitness AND (memor* OR recollect* OR recall* OR manip* OR reliab* OR suggest* OR accuracy* OR statement)	30.07.2024 0
Psycindex/ PsycInfo	(MA "Post-Traumatic Stress Disorders" OR (TI ptsd OR AB ptsd) OR (TI ptss OR AB ptss) OR (TI "post trauma*" OR AB "post trauma*") OR (TI "posttrauma*" OR AB "posttrauma*") OR (TI "post-trauma" OR AB "post-trauma")) AND ((TI "psycho*" OR TI "trauma-focused" OR TI "traumafocused" OR TI "exposure") AND (TI "therap*" OR TI "intervention" OR TI "counsel*" OR TI "treatment*)) OR ((AB "psycho*" OR AB "trauma-focused" OR AB "traumafocused" OR AB "exposure") AND (AB "therap*" OR AB "intervention" OR AB "counsel*" OR AB "treatment*)) AND ((TI court* OR AB court*) OR (TI legal OR AB legal) OR (TI hearing OR AB hearing) OR (TI case OR AB case) OR (TI "legal statement" OR AB	30.07.2024 1 158

	"legal statement") OR (TI testimon* OR AB testimon*) OR (TI witness OR AB witness) OR (TI eyewitness OR AB=eyewitness)AND ((TI memor* OR AB memor*) OR (TI recollect* OR AB recollect*) OR (TI recall* OR AB recall*) OR (TI manip* OR AB manip*) OR (TI reliab* OR AB reliab*) OR (TI suggest* OR AB suggest*) OR (TI accura* OR AB accura*) OR (TI statement OR AB statement)) NOT (MR "review" OR MR "Meta-Analysis" OR MR "systematic review" OR SU "review" OR SU "Systematic Review" OR SU "Meta-Analysis" OR TI review OR TI meta-analysis OR TI metaanalysis)	
Web of Science	(TS=(randomised OR randomized OR randomisation OR randomisation OR placebo* OR (random* AND (allocat* OR assign*)) OR (blind* AND (single OR double OR treble OR triple)))) AND (TI="Post-Traumatic Stress Disorder" OR AB="Post-Traumatic Stress Disorder" OR TI=ptsd OR AB=ptsd OR TI="post trauma*" OR AB="post trauma*" OR TI=posttrauma* OR AB=posttrauma* OR TI="post-trauma" OR AB="post-trauma") AND ((TI="psycho*" OR AB="psycho*" OR TI="trauma focused" OR AB="trauma focused" OR TI="traumafocused" OR AB="traumafocused" OR TI = "exposure" OR AB = "exposure") AND (TI="therap*" OR AB="therap*" OR TI="intervention*" OR AB="intervention*" OR TI="counsel*" OR AB="counsel*" OR TI="treatment*" [tiab] OR AB="treatment*")) AND ((TI=court* OR AB=court*) OR (TI=legal OR AB=legal) OR (TI=hearing OR AB=hearing) OR (TI=case OR AB=case) OR (TI="legal statement" OR AB="legal statement") OR (TI=testimon* OR AB=testimon*) OR (TI=witness OR AB=witness) OR (TI=eyewitness OR AB=eyewitness) AND ((TI=memor* OR AB=memor*) OR (TI=recollect* OR AB=recollect*) OR (TI=recall* OR AB=recall*) OR (TI=manip* OR AB=manip*) OR (TI=reliab* OR AB=reliab*) OR (TI=suggest* OR AB=suggest*) OR (TI=accura* OR AB=accura*) OR (TI=statement OR AB=statement)))) FILTER Article and Early Access	30.07.2024 264

S3-Leitlinie

Posttraumatische Belastungsstörung

Anlage 4 | PRISMA-Flussdiagramm* der Aggregierten Evidenz und
Primärdaten

AWMF-Register Nr. 155/ 001
Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-001>
Version: 2.0

Federführung

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)

Koordination

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

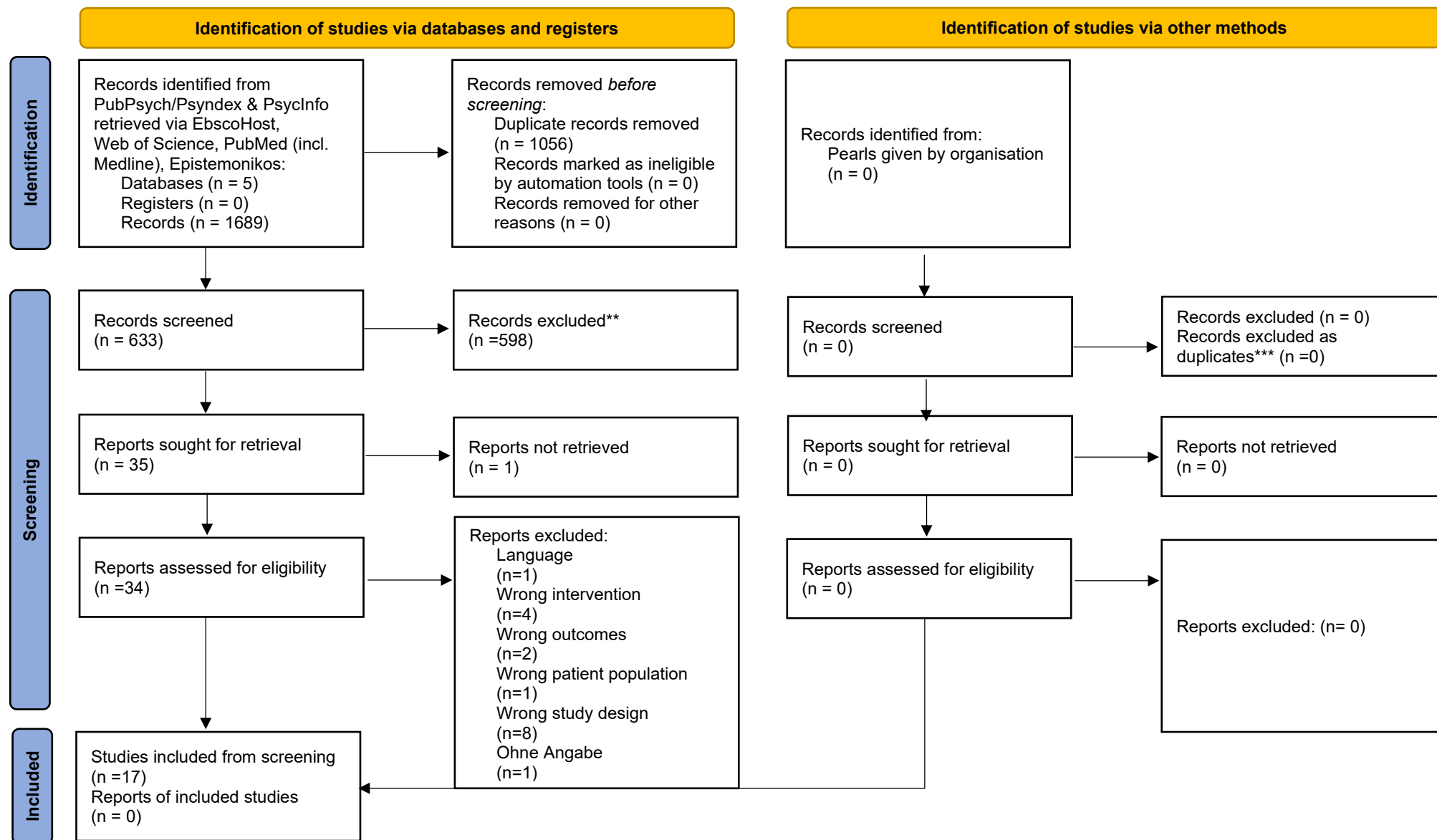
Konsortialpartner

Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt (KU)

Ludwig-Maximilian-Universität München (LMU)

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF23008 gefördert.

*Quelle: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n7



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/register).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

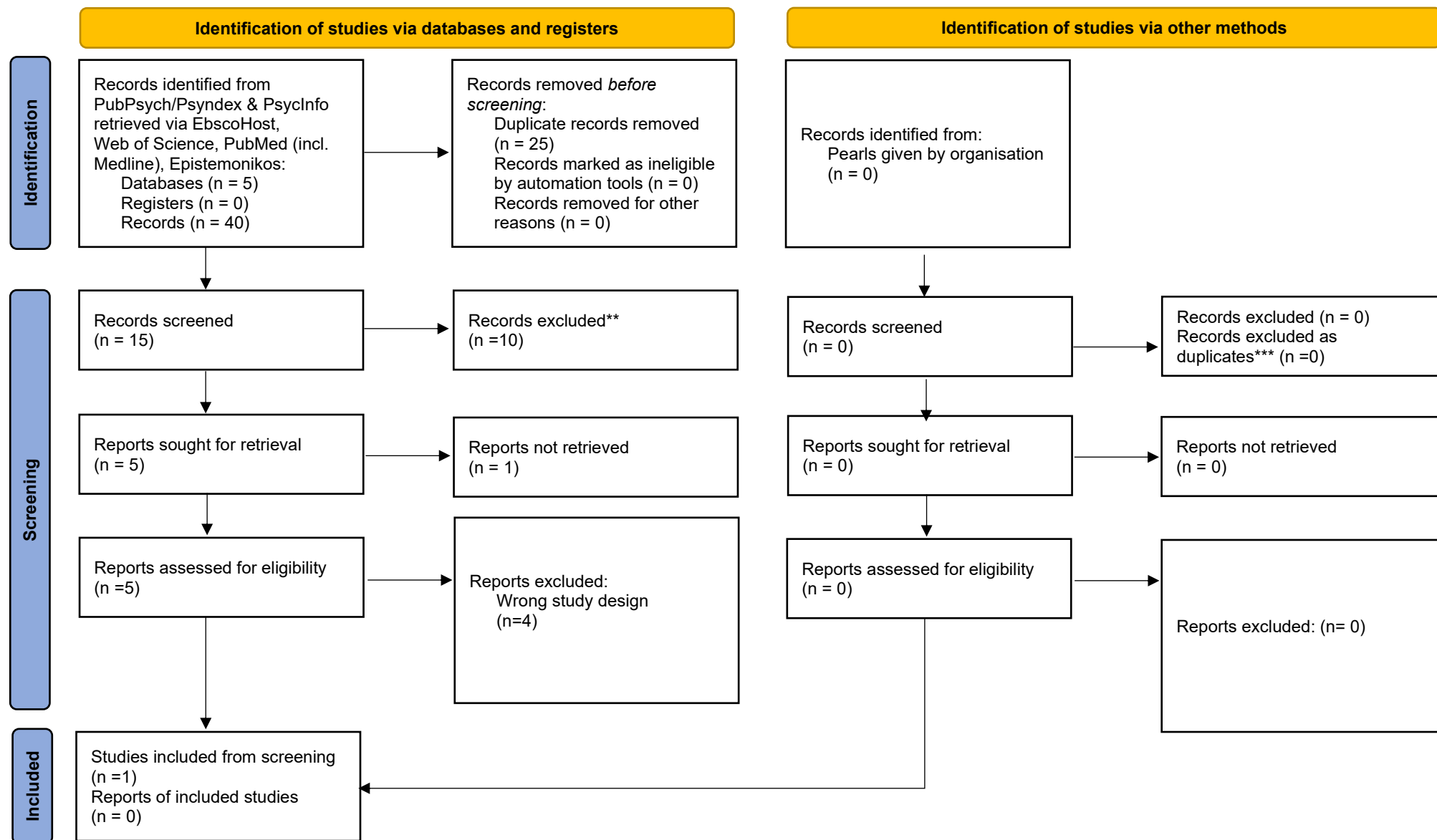
List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
de Beurs, E., Thomaes, K., Kronemeijer, H., & Dekker, J. (2020). De PTSS Checklist voor DSM-5 (PCL-5) voor ROM: een vergelijking van de responsiviteit met de Outcome Questionnaire (OQ-45) en praktische bruikbaarheid [The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5): comparing responsivity with the Outcome Questionnaire (OQ-45) and practical utility]. <i>Tijdschrift voor psychiatrie</i> , 62(6), 448–456.	Language
Abas, M. A., Müller, M., Gibson, L. J., Derveeuw, S., Dissanayake, N., Smith, P., Verhey, R., Danese, A., & Chibanda, D. (2023). Prevalence of post-traumatic stress disorder and validity of the Impact of Events Scale - Revised in primary care in Zimbabwe, a non-war-affected African country. <i>BJPsych open</i> , 9(2), e37. https://doi.org/10.1192/bjo.2022.621	Wrong intervention
Baek, J., Kim, K. A., Kim, H., Kim, O., Ko, M., Kim, S. H., Sohn, I. B., Shin, B. K., Jeon, W. T., & Chu, S. H. (2022). The validity of ICD-11 PTSD and complex PTSD in North Korean defectors using the International Trauma Questionnaire. <i>European journal of psychotraumatology</i> , 13(2), 2119012. https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2119012	Wrong intervention
Jiménez-Fernández, R., Herraiz Soria, M. E., Peña Granger, M., Losa-Iglesias, M. E., Becerro de Bengoa-Vallejo, R., & Corral-Liria, I. (2024). Reliability and validity of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) test for post-traumatic stress disorder in mental health nurses in Spain. <i>Archives of psychiatric nursing</i> , 50, 122–128. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2024.02.006	Wrong intervention
Schnyder, U., & Moergeli, H. (2002). German version of Clinician-Administered PTSD Scale. <i>Journal of traumatic stress</i> , 15(6), 487–492. https://doi.org/10.1023/A:1020922023090	Wrong intervention
Resick, P. A., Straud, C. L., Wachen, J. S., LoSavio, S. T., Peterson, A. L., McGeary, D. D., Young-McCaughan, S., Taylor, D. J., Mintz, J., & STRONG STAR Consortium and the Consortium to Alleviate PTSD (2023). A comparison of the CAPS-5 and PCL-5 to assess PTSD in military and veteran treatment-seeking samples. <i>European journal of psychotraumatology</i> , 14(2), 2222608. https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2222608	Wrong outcomes

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

Shura, R. D., Rowland, J. A., Miskey, H. M., Ord, A. S., Magnante, A. T., VA Mid-Atlantic MIRECC Workgroup, & Martindale, S. L. (2023). Symptom validity indices in the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5. <i>Journal of traumatic stress</i> , 36(5), 919–931. https://doi.org/10.1002/jts.22957	Wrong outcomes
Shankman, S. A., Funkhouser, C. J., Klein, D. N., Davila, J., Lerner, D., & Hee, D. (2018). Reliability and validity of severity dimensions of psychopathology assessed using the Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID). <i>International journal of methods in psychiatric research</i> , 27(1), e1590. https://doi.org/10.1002/mpr.1590	Wrong patient population
Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. <i>Journal of traumatic stress</i> , 28(6), 489–498. https://doi.org/10.1002/jts.22059	Wrong study design
Bovin, M. J., & Marx, B. P. (2023). The problem with overreliance on the PCL–5 as a measure of PTSD diagnostic status. <i>Clinical Psychology: Science and Practice</i> , 30(1), 122–125. https://doi.org/10.1037/cps0000119	Wrong study design
Bovin, M. J., Marx, B. P., Weathers, F. W., Gallagher, M. W., Rodriguez, P., Schnurr, P. P., & Keane, T. M. (2016). Psychometric properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (PCL-5) in veterans. <i>Psychological assessment</i> , 28(11), 1379–1391. https://doi.org/10.1037/pas0000254	Wrong study design
Hyland, P., Shevlin, M., Brewin, C. R., Cloitre, M., Downes, A. J., Jumbe, S., Karatzias, T., Bisson, J. I., & Roberts, N. P. (2017). Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. <i>Acta psychiatrica Scandinavica</i> , 136(3), 313–322. https://doi.org/10.1111/acps.12771	Wrong study design
Krüger-Gottschalk, A., Knaevelsrud, C., Rau, H., Dyer, A., Schäfer, I., Schellong, J., & Ehling, T. (2017). The German version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): psychometric properties and diagnostic utility. <i>BMC psychiatry</i> , 17(1), 379. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1541-6	Wrong study design
Müller-Engelmann, M., Schnyder, U., Dittmann, C., Priebe, K., Bohus, M., Thome, J., Fydrich, T., Pfaltz, M. C., & Steil, R. (2020). Psychometric Properties and Factor Structure of the German Version of the Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5. <i>Assessment</i> , 27(6), 1128–1138.	Wrong study design

https://doi.org/10.1177/1073191118774840	
Spies, J. P., Woud, M. L., Kessler, H., Rau, H., Willmund, G. D., Köhler, K., Herpertz, S., Blackwell, S. E., Bovin, M., Marx, B. P., & Cwik, J. C. (2020). Psychometric properties of the German version of the Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5) in clinical routine settings: study design and protocol of a multitrait-multimethod study. <i>BMJ open</i> , 10(6), e036078. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036078	Wrong study design
Wortmann, J. H., Jordan, A. H., Weathers, F. W., Resick, P. A., Dondanville, K. A., Hall-Clark, B., Foa, E. B., Young-McCaughan, S., Yarvis, J. S., Hembree, E. A., Mintz, J., Peterson, A. L., & Litz, B. T. (2016). Psychometric analysis of the PTSD Checklist-5 (PCL-5) among treatment-seeking military service members. <i>Psychological assessment</i> , 28(11), 1392–1403. https://doi.org/10.1037/pas0000260	Wrong study design
Rosendahl, J., Kisyova, H., Gawlytta, R., & Scherag, A. (2019). Comparative validation of three screening instruments for posttraumatic stress disorder after intensive care. <i>Journal of critical care</i> , 53, 149–154. https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2019.06.016	Wrong patient population



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

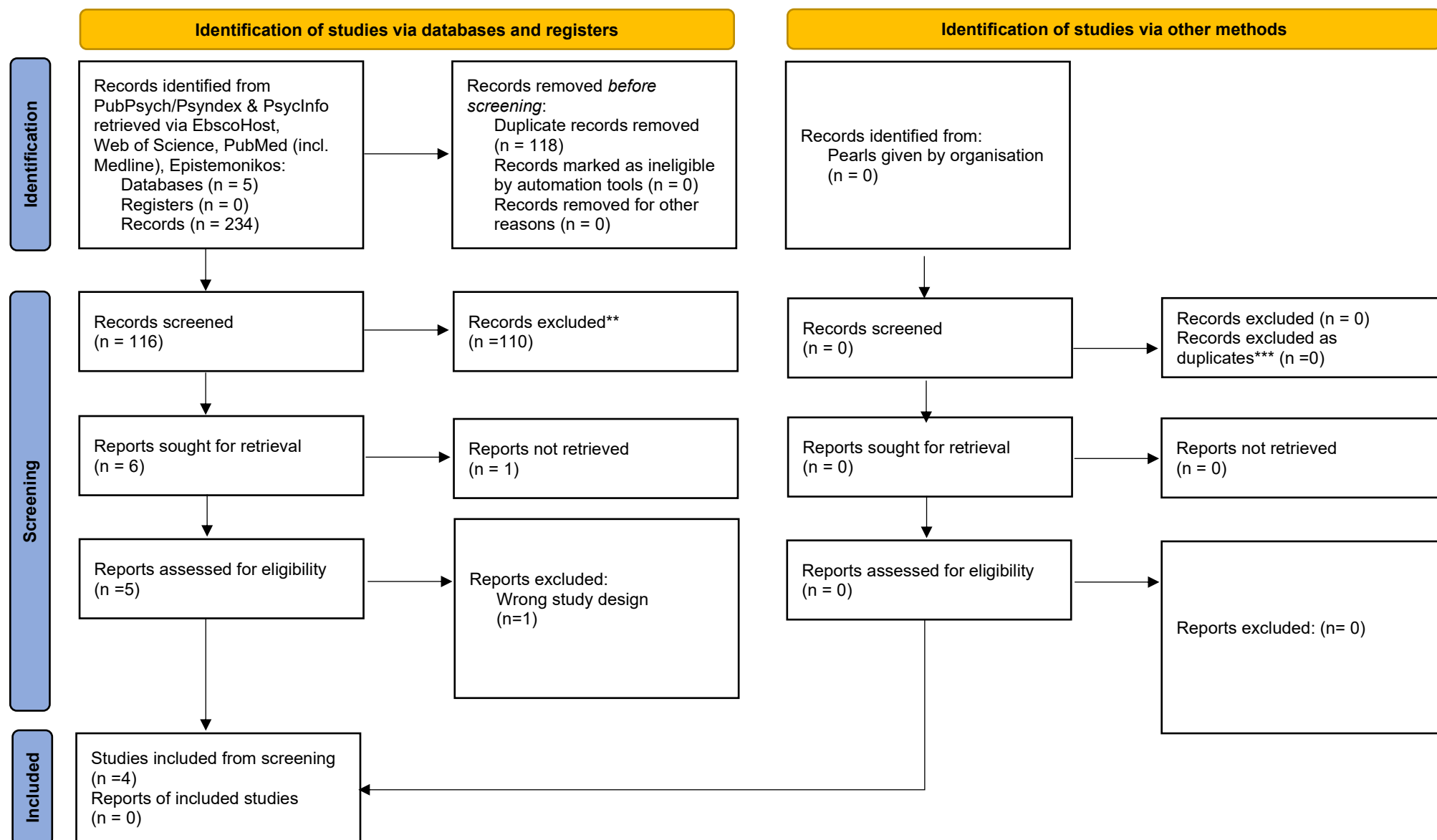
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Ford, J. D., Schneeberger, A. R., Komarovskaya, I., Muenzenmaier, K., Castille, D., Opler, L. A., & Link, B. (2017). The Symptoms of Trauma Scale (SOTS): Psychometric evaluation and gender differences with adults diagnosed with serious mental illness. <i>Journal of trauma & dissociation : the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)</i> , 18(4), 559–574. https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1241850	Wrong study design
Ford, J. D., Mendelsohn, M., Opler, L. A., Opler, M. G., Kallivayalil, D., Levitan, J., Pratts, M., Muenzenmaier, K., Shelley, A. M., Grennan, M. S., & Lewis Herman, J. (2015). The Symptoms of Trauma Scale (SOTS): An Initial Psychometric Study. <i>Journal of psychiatric practice</i> , 21(6), 474–483. https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000107	Wrong study design
Lechner-Meichsner, F., & Steil, R. (2021). A clinician rating to diagnose CPTSD according to ICD-11 and to evaluate CPTSD symptom severity: Complex PTSD Item Set additional to the CAPS (COPIAS). <i>European journal of psychotraumatology</i> , 12(1), 1891726. https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1891726	Wrong study design
Sachser, C., Berliner, L., Risch, E., Rosner, R., Birkeland, M. S., Eilers, R., Hafstad, G. S., Pfeiffer, E., Plener, P. L., & Jensen, T. K. (2022). The child and Adolescent Trauma Screen 2 (CATS-2) - validation of an instrument to measure DSM-5 and ICD-11 PTSD and complex PTSD in children and adolescents. <i>European journal of psychotraumatology</i> , 13(2), 2105580. https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2105580	Wrong study design

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

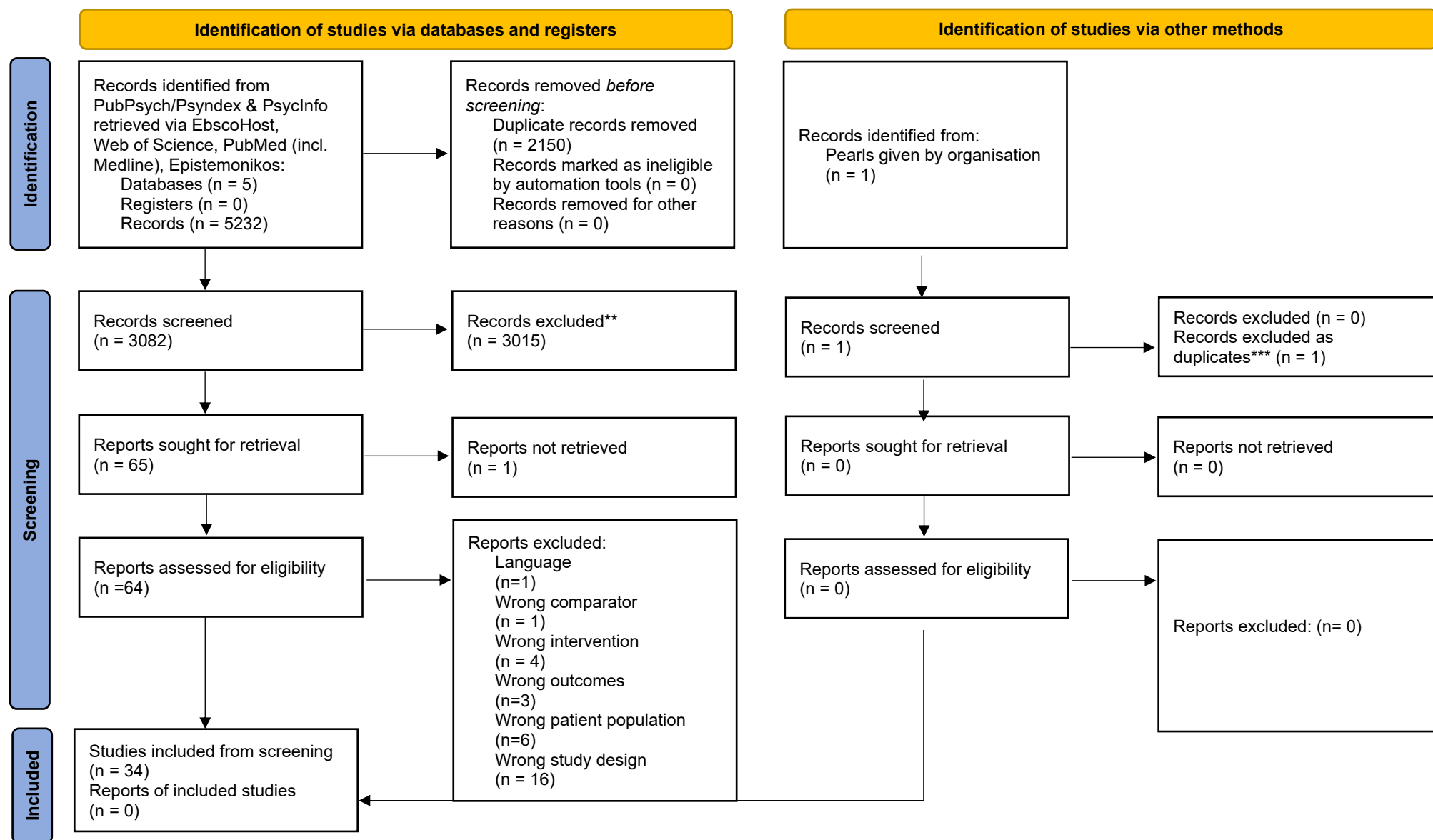
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Kruihof, N., Haagsma, J. A., Karabatzakis, M., Cnossen, M. C., de Munter, L., van de Ree, C. L. P., de Jongh, M. A. C., & Polinder, S. (2018). Validation and reliability of the Abbreviated World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-BREF) in the hospitalized trauma population. <i>Injury</i> , 49(10), 1796–1804. https://doi.org/10.1016/j.injury.2018.08.016	Wrong study design

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

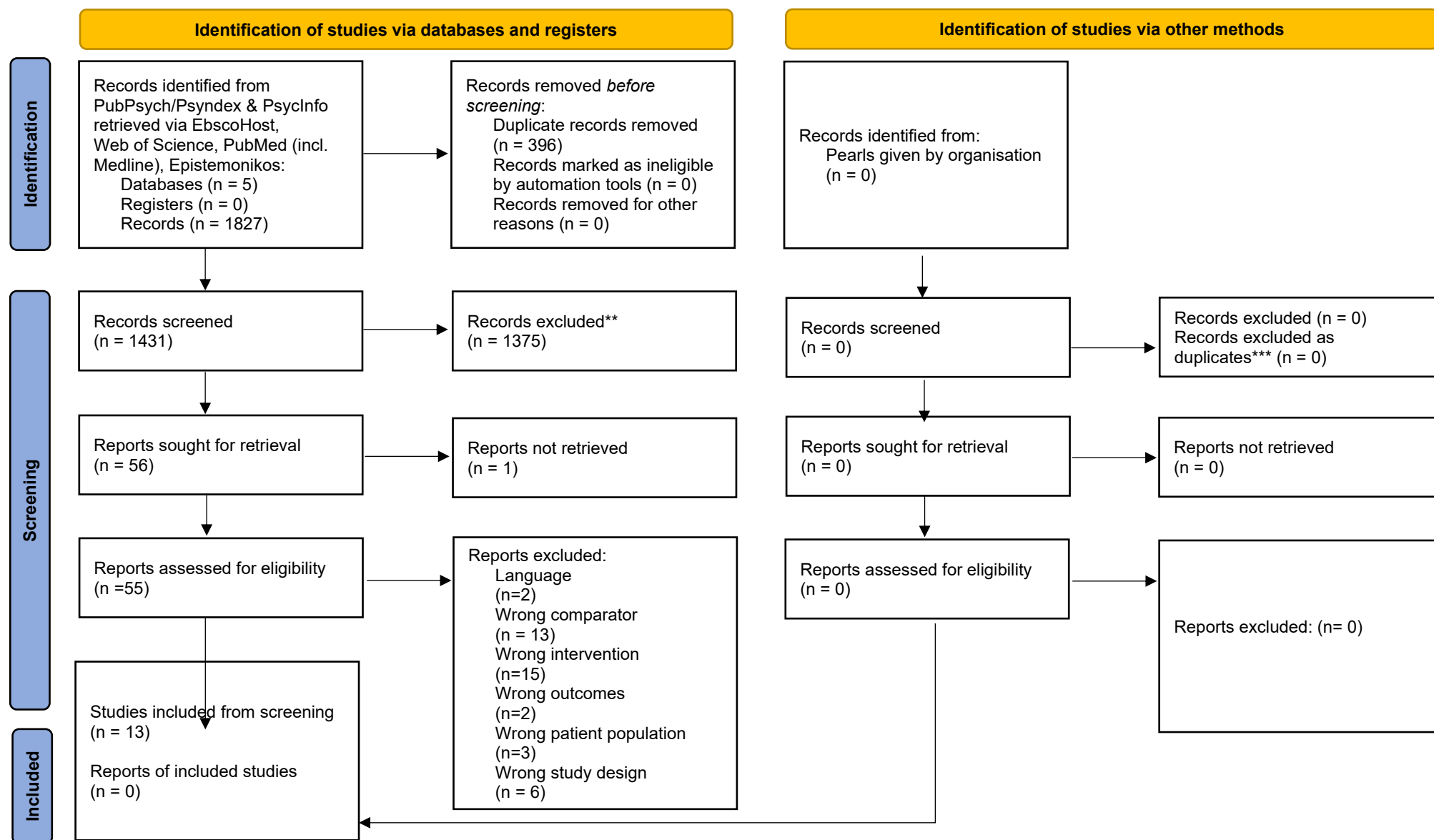
Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
García-Vera, M. P., Moreno, N., Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., Zapardiel, A., & Marotta-Walters, S. (2015). Eficacia y utilidad clínica de los tratamientos para las víctimas adultas de atentados terroristas: Una revisión sistemática [Efficacy and clinical utility (effectiveness) of treatments for adult victims of terrorist attacks: A systematic review]. <i>Behavioral Psychology</i> , 23(2), 215–244.	Language
Wagner, C., & Cáceres-Melillo, R. (2023). Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) and Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) in the treatment of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): A literature review.	Wrong comparator
Gerger, H., Werner, C. P., Gaab, J., & Cuijpers, P. (2021). Comparative efficacy and acceptability of expressive writing treatments compared with psychotherapy, other writing treatments, and waiting list control for adult trauma survivors: a systematic review and network meta-analysis. <i>Psychological medicine</i> , 52(15), 1–13. Advance online publication. https://doi.org/10.1017/S0033291721000143	Wrong intervention
Kliem, S., & Kröger, C. (2013). Prevention of chronic PTSD with early cognitive behavioral therapy. A meta-analysis using mixed-effects modeling. <i>Behaviour research and therapy</i> , 51(11), 753–761. https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.08.005	Wrong intervention
Roberts, L. N., & Nixon, R. D. V. (2023). Systematic Review and Meta-Analysis of Stepped Care Psychological Prevention and Treatment Approaches for Posttraumatic Stress Disorder. <i>Behavior therapy</i> , 54(3), 476–495. https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.11.005	Wrong intervention
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. <i>The Journal of clinical psychiatry</i> , 74(6), e541–e550. https://doi.org/10.4088/JCP.12r08225	Wrong intervention
Kline, A. C., Cooper, A. A., Rytwinski, N. K., & Feeny, N. C. (2018). Long-term efficacy of psychotherapy for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Clinical psychology review</i> , 59, 30–40.	Wrong outcomes

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.009	
Knaust, T., Felnhofer, A., Kothgassner, O. D., Höllmer, H., Gorzka, R. J., & Schulz, H. (2020). Virtual Trauma Interventions for the Treatment of Post-traumatic Stress Disorders: A Scoping Review. <i>Frontiers in psychology</i> , 11, 562506. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.562506	Wrong outcomes
Macedo, T., Barbosa, M., Rodrigues, H., Coutinho, E. D. S. F., Figueira, I., & Ventura, P. (2018). Does CBT have lasting effects in the treatment of PTSD after one year of follow-up? A systematic review of randomized controlled trials. <i>Trends in psychiatry and psychotherapy</i> , 40(4), 352–359. https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0153	Wrong outcomes
Eddinger, J. R., Hardt, M. M., & Williams, J. L. (2021). Concurrent Treatment for PTSD and Prolonged Grief Disorder: Review of Outcomes for Exposure- and Nonexposure-Based Treatments. <i>Omega</i> , 83(3), 446–469. https://doi.org/10.1177/0030222819854907	Wrong patient population
Giummarra, M. J., Lennox, A., Dali, G., Costa, B., & Gabbe, B. J. (2018). Early psychological interventions for posttraumatic stress, depression and anxiety after traumatic injury: A systematic review and meta-analysis. <i>Clinical psychology review</i> , 62, 11–36. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.05.001	Wrong patient population
Grubaugh, A. L., Brown, W. J., Wojtalik, J. A., Myers, U. S., & Eack, S. M. (2021). Meta-Analysis of the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Adults With Comorbid Severe Mental Illness. <i>The Journal of clinical psychiatry</i> , 82(3), 20r13584. https://doi.org/10.4088/JCP.20r13584	Wrong patient population
Kip, A., Schoppe, L., Arntz, A., & Morina, N. (2023). Efficacy of imagery rescripting in treating mental disorders associated with aversive memories - An updated meta-analysis. <i>Journal of anxiety disorders</i> , 99, 102772. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102772	Wrong patient population
Leichsenring, F., & Klein, S. (2014). Evidence for psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: a systematic review. <i>Psychoanalytic Psychotherapy</i> , 28(1), 4–32. https://doi.org/10.1080/02668734.2013.865428	Wrong patient population
Philipp, R., Kriston, L., Lanio, J., Kühne, F., Härter, M., Moritz, S., & Meister, R. (2019). Effectiveness of metacognitive interventions for mental disorders in adults-A systematic review and meta-analysis (METACOG). <i>Clinical psychology & psychotherapy</i> , 26(2), 227–240. https://doi.org/10.1002/cpp.2345	Wrong patient population
Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A.	Wrong study design

(1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. Journal of consulting and clinical psychology, 56(6), 893–897. https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893	
Blankenship, D. M. (2017). Five efficacious treatments for posttraumatic stress disorder: An empirical review. Journal of Mental Health Counseling, 39(4), 275–288. https://doi.org/10.17744/mehc.39.4.01	Wrong study design
Cukor, J., & Difede, J. (2014). Review: psychotherapy, somatic therapy and pharmacotherapy are all more effective than control for the treatment of PTSD. Evidence-based mental health, 17(1), 7. https://doi.org/10.1136/eb-2013-101527	Wrong study design
Frost, N. D., Laska, K. M., & Wampold, B. E. (2014). The evidence for present-centered therapy as a treatment for posttraumatic stress disorder. Journal of traumatic stress, 27(1), 1–8. https://doi.org/10.1002/jts.21881	Wrong study design
Jayawickreme, N., Cahill, S. P., Riggs, D. S., Rauch, S. A., Resick, P. A., Rothbaum, B. O., & Foa, E. B. (2014). Primum non nocere (first do no harm): symptom worsening and improvement in female assault victims after prolonged exposure for PTSD. Depression and anxiety, 31(5), 412–419. https://doi.org/10.1002/da.22225	Wrong study design
de Jongh, A., de Roos, C., & Bicanic, I. A. (2014). Integrating fragmented evidence by network meta-analysis: relative effectiveness of psychological interventions for adults with post-traumatic stress disorder'. Psychological medicine, 44(15), 3357–3358. https://doi.org/10.1017/S0033291714002025	Wrong study design
Kaminer, D., & Eagle, G. T. (2017). Interventions for posttraumatic stress disorder: A review of the evidence base. South African Journal of Psychology, 47(1), 7–22. https://doi.org/10.1177/0081246316646950	Wrong study design
Lancaster, C. L., Teeters, J. B., Gros, D. F., & Back, S. E. (2016). Posttraumatic Stress Disorder: Overview of Evidence-Based Assessment and Treatment. Journal of clinical medicine, 5(11), 105. https://doi.org/10.3390/jcm5110105	Wrong study design
Lee, E., & Bowles, K. (2020). Navigating treatment recommendations for ptsd: A rapid review. International Journal of Mental Health. Advance online publication. https://doi.org/10.1080/00207411.2020.1781407	Wrong study design
Mørkved, N., Hartmann, K., Aarsheim, L. M., Holen, D., Milde, A. M., Bomyea, J., & Thorp, S. R. (2014). A comparison of Narrative Exposure Therapy and	Wrong study design

Prolonged Exposure therapy for PTSD. Clinical psychology review, 34(6), 453–467. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.06.005	
Mørkved, N., Hartmann, K., Aarsheim, L. M., Holen, D., Milde, A. M., Bomyea, J., & Thorp, S. R. (2014). A comparison of Narrative Exposure Therapy and Prolonged Exposure therapy for PTSD. Clinical psychology review, 34(6), 453–467. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.06.005	Wrong study design
Eshuis, L. V., van Gelderen, M. J., van Zuiden, M., Nijdam, M. J., Vermetten, E., Olff, M., & Bakker, A. (2021). Efficacy of immersive PTSD treatments: A systematic review of virtual and augmented reality exposure therapy and a meta-analysis of virtual reality exposure therapy. Journal of psychiatric research, 143, 516–527. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.11.030	Wrong study design
Deng, W., Hu, D., Xu, S., Liu, X., Zhao, J., Chen, Q., Liu, J., Zhang, Z., Jiang, W., Ma, L., Hong, X., Cheng, S., Liu, B., & Li, X. (2019). The efficacy of virtual reality exposure therapy for PTSD symptoms: A systematic review and meta-analysis. Journal of affective disorders, 257, 698–709. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.086	Wrong study design
Grasser, L. R., & Javanbakht, A. (2019). Treatments of Posttraumatic Stress Disorder in Civilian Populations. Current psychiatry reports, 21(2), 11. https://doi.org/10.1007/s11920-019-0994-3	Wrong study design
Kothgassner, O. D., Goreis, A., Kafka, J. X., Van Eickels, R. L., Plener, P. L., & Felnhöfer, A. (2019). Virtual reality exposure therapy for posttraumatic stress disorder (PTSD): a meta-analysis. European journal of psychotraumatology, 10(1), 1654782. https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1654782	Wrong study design
Peeters, N., van Passel, B., & Krans, J. (2022). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. The British journal of clinical psychology, 61(3), 579–597. https://doi.org/10.1111/bjc.12324	Wrong study design



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Asukai N. (2015). Seishin shinkeigaku zasshi = Psychiatria et neurologia Japonica, 117(6), 457–464.	Language
Novo Navarro, P., Landin-Romero, R., Guardiola-Wanden-Berghe, R., Moreno-Alcázar, A., Valiente-Gómez, A., Lupo, W., García, F., Fernández, I., Pérez, V., & Amann, B. L. (2018). 25 years of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): The EMDR therapy protocol, hypotheses of its mechanism of action and a systematic review of its efficacy in the treatment of post-traumatic stress disorder. 25 años de Eye Movement Desensitization and Reprocessing: protocolo de aplicación, hipótesis de funcionamiento y revisión sistemática de su eficacia en el trastorno por estrés postraumático. Revista de psiquiatría y salud mental, 11(2), 101–114. https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.12.002	Language
Asmundson, G. J. G., Thorisdottir, A. S., Roden-Foreman, J. W., Baird, S. O., Witcraft, S. M., Stein, A. T., Smits, J. A. J., & Powers, M. B. (2019). A meta-analytic review of cognitive processing therapy for adults with posttraumatic stress disorder. Cognitive behaviour therapy, 48(1), 1–14. https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1522371	Wrong comparator
Chen, Y. R., Hung, K. W., Tsai, J. C., Chu, H., Chung, M. H., Chen, S. R., Liao, Y. M., Ou, K. L., Chang, Y. C., & Chou, K. R. (2014). Efficacy of eye-movement desensitization and reprocessing for patients with posttraumatic-stress disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. PloS one, 9(8), e103676. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0103676	Wrong comparator
Chen, L., Zhang, G., Hu, M., & Liang, X. (2015). Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive-behavioral therapy for adult posttraumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. The Journal of nervous and mental disease, 203(6), 443–451. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000306	Wrong comparator
Cuijpers, P., Veen, S. C. V., Sijbrandij, M., Yoder, W., & Cristea, I. A. (2020). Eye movement desensitization and reprocessing for mental health problems: a systematic review and meta-analysis. Cognitive behaviour therapy, 49(3), 165–180. https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1703801	Wrong comparator

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

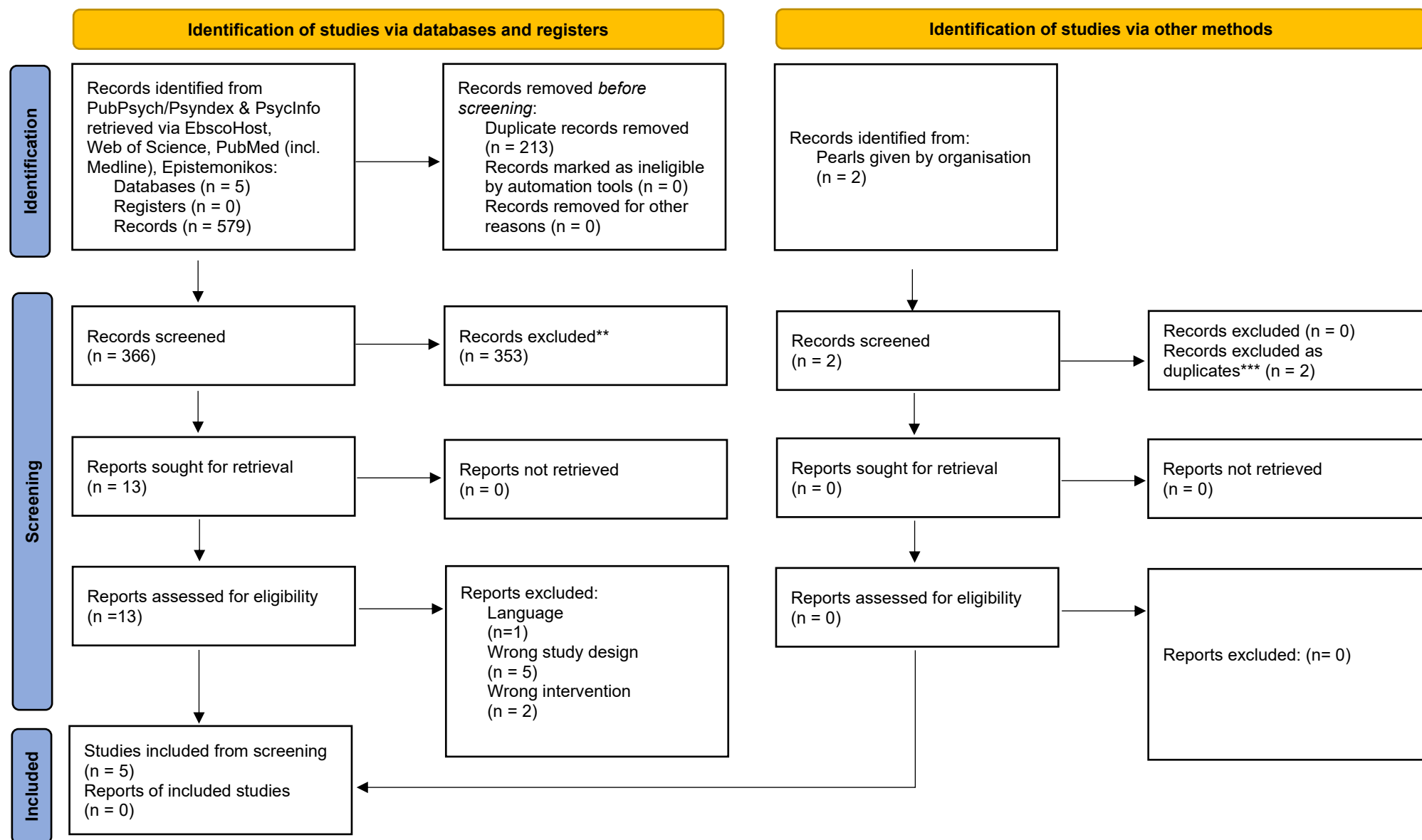
Lely, J. C. G., Smid, G. E., Jongedijk, R. A., W Knipscheer, J., & Kleber, R. J. (2019). The effectiveness of narrative exposure therapy: a review, meta-analysis and meta-regression analysis. <i>European journal of psychotraumatology</i> , 10(1), 1550344. https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1550344	Wrong comparator
Morris, H., Hatzikiriakidis, K., Savaglio, M., Dwyer, J., Lewis, C., Miller, R., & Skouteris, H. (2022). Eye movement desensitization and reprocessing for the treatment and early intervention of trauma among first responders: A systematic review. <i>Journal of traumatic stress</i> , 35(3), 778–790. https://doi.org/10.1002/jts.22792	Wrong comparator
Natha, Fehmida & Daiches, Anna. (2014). The Effectiveness of EMDR in Reducing Psychological Distress in Survivors of Natural Disasters: A Review. <i>Journal of EMDR Practice and Research</i> . 8. 10.1891/1933-3196.8.3.157.	Wrong comparator
Raeder, R., Clayton, N. S., & Boeckle, M. (2023). Narrative-based autobiographical memory interventions for PTSD: a meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Frontiers in psychology</i> , 14, 1215225. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1215225	Wrong comparator
Raghuraman, S., Stuttard, N., & Hunt, N. (2021). Evaluating narrative exposure therapy for post-traumatic stress disorder and depression symptoms: A meta-analysis of the evidence base. <i>Clinical psychology & psychotherapy</i> , 28(1), 1–23. https://doi.org/10.1002/cpp.2486	Wrong comparator
Rasines-Laudes, P., & Serrano-Pintado, I. (2023). Efficacy of EMDR in Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. <i>Psicothema</i> , 35(4), 385–396. https://doi.org/10.7334/psicothema2022.309	Wrong comparator
Weber, M., Schumacher, S., Hannig, W., Barth, J., Lotzin, A., Schäfer, I., Ehring, T., & Kleim, B. (2021). Long-term outcomes of psychological treatment for posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. <i>Psychological medicine</i> , 51(9), 1420–1430. https://doi.org/10.1017/S003329172100163X	Wrong comparator
Wei, Y., & Chen, S. (2021). Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Psychological trauma : theory, research, practice and policy</i> , 13(8), 877–884. https://doi.org/10.1037/tra0000922	Wrong comparator
Barrera, T. L., Mott, J. M., Hofstein, R. F., & Teng, E.	Wrong intervention

J. (2013). A meta-analytic review of exposure in group cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. <i>Clinical psychology review</i> , 33(1), 24–32. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.005	
Deng, W., Hu, D., Xu, S., Liu, X., Zhao, J., Chen, Q., Liu, J., Zhang, Z., Jiang, W., Ma, L., Hong, X., Cheng, S., Liu, B., & Li, X. (2019). The efficacy of virtual reality exposure therapy for PTSD symptoms: A systematic review and meta-analysis. <i>Journal of affective disorders</i> , 257, 698–709. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.086	Wrong intervention
Dimauro, Jennifer. (2014). Exposure Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. <i>Military Psychology</i> . 26. 10.1037/mil0000038.	Wrong intervention
Eshuis, L. V., van Gelderen, M. J., van Zuiden, M., Nijdam, M. J., Vermetten, E., Olff, M., & Bakker, A. (2021). Efficacy of immersive PTSD treatments: A systematic review of virtual and augmented reality exposure therapy and a meta-analysis of virtual reality exposure therapy. <i>Journal of psychiatric research</i> , 143, 516–527. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.11.030	Wrong intervention
Grasser, L. R., & Javanbakht, A. (2019). Treatments of Posttraumatic Stress Disorder in Civilian Populations. <i>Current psychiatry reports</i> , 21(2), 11. https://doi.org/10.1007/s11920-019-0994-3	Wrong intervention
Heo, S., & Park, J. H. (2022). Effects of Virtual Reality-Based Graded Exposure Therapy on PTSD Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>International journal of environmental research and public health</i> , 19(23), 15911. https://doi.org/10.3390/ijerph192315911	Wrong intervention
Kothgassner, O. D., Goreis, A., Kafka, J. X., Van Eickels, R. L., Plener, P. L., & Felnhöfer, A. (2019). Virtual reality exposure therapy for posttraumatic stress disorder (PTSD): a meta-analysis. <i>European journal of psychotraumatology</i> , 10(1), 1654782. https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1654782	Wrong intervention
Lewis, C., Roberts, N. P., Bethell, A., Robertson, L., & Bisson, J. I. (2018). Internet-based cognitive and behavioural therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> , 12(12), CD011710. https://doi.org/10.1002/14651858.CD011710.pub2	Wrong intervention
Lewis, C., Roberts, N. P., Simon, N., Bethell, A., & Bisson, J. I. (2019). Internet-delivered cognitive behavioural therapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. <i>Acta psychiatrica Scandinavica</i> , 140(6), 508–521. https://doi.org/10.1111/acps.13079	Wrong intervention
Lorbeer, Noemi & Knaevelsrud, Christine &	Wrong intervention

Niemeyer, Helen. (2022). STAIR und STAIR/NT zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungssymptomatik: Ein systematischer Übersichtsartikel. <i>Verhaltenstherapie</i> . 32. 1-13. 10.1159/000525756.	
Motraghi, T. E., Seim, R. W., Meyer, E. C., & Morissette, S. B. (2014). Virtual reality exposure therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder: a methodological review using CONSORT guidelines. <i>Journal of clinical psychology</i> , 70(3), 197–208. https://doi.org/10.1002/jclp.22051	Wrong intervention
Park, M. J., Kim, D. J., Lee, U., Na, E. J., & Jeon, H. J. (2019). A Literature Overview of Virtual Reality (VR) in Treatment of Psychiatric Disorders: Recent Advances and Limitations. <i>Frontiers in psychiatry</i> , 10, 505. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00505	Wrong intervention
Simon, N., Robertson, L., Lewis, C., Roberts, N. P., Bethell, A., Dawson, S., & Bisson, J. I. (2021). Internet-based cognitive and behavioural therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> , 5(5), CD011710. https://doi.org/10.1002/14651858.CD011710.pub3	Wrong intervention
Tsamitros, N., Beck, A., Sebold, M., Schouler-Ocak, M., Bempohl, F., & Gutwinski, S. (2023). Die Anwendung der Virtuellen Realität in der Behandlung psychischer Störungen [The application of virtual reality in the treatment of mental disorders]. <i>Der Nervenarzt</i> , 94(1), 27–33. https://doi.org/10.1007/s00115-022-01378-z	Wrong intervention
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. <i>The Journal of clinical psychiatry</i> , 74(6), e541–e550. https://doi.org/10.4088/JCP.12r08225	Wrong intervention
Boccia, M., Piccardi, L., Cordellieri, P., Guariglia, C., & Giannini, A. M. (2015). EMDR therapy for PTSD after motor vehicle accidents: meta-analytic evidence for specific treatment. <i>Frontiers in human neuroscience</i> , 9, 213. https://doi.org/10.3389/fnhum.2015.00213	Wrong outcomes
Macedo, T., Barbosa, M., Rodrigues, H., Coutinho, E. D. S. F., Figueira, I., & Ventura, P. (2018). Does CBT have lasting effects in the treatment of PTSD after one year of follow-up? A systematic review of randomized controlled trials. <i>Trends in psychiatry and psychotherapy</i> , 40(4), 352–359. https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0153	Wrong outcomes
Philipp, R., Kriston, L., Laniö, J., Kühne, F., Härter, M., & Gellera, S. (2021). The effectiveness of psychological interventions for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults: a systematic review and meta-analysis. <i>Psychological Medicine</i> , 51(1), 1–11. https://doi.org/10.1017/S0033291720001111	Wrong patient population

M., Moritz, S., & Meister, R. (2019). Effectiveness of metacognitive interventions for mental disorders in adults-A systematic review and meta-analysis (METACOG). <i>Clinical psychology & psychotherapy</i> , 26(2), 227–240. https://doi.org/10.1002/cpp.2345	
van Loenen, I., Scholten, W., Muntingh, A., Smit, J., & Batelaan, N. (2022). The Effectiveness of Virtual Reality Exposure-Based Cognitive Behavioral Therapy for Severe Anxiety Disorders, Obsessive-Compulsive Disorder, and Posttraumatic Stress Disorder: Meta-analysis. <i>Journal of medical Internet research</i> , 24(2), e26736. https://doi.org/10.2196/26736	Wrong patient population
Wiebe, A., Kannen, K., Selaskowski, B., Mehren, A., Thöne, A. K., Pramme, L., Blumenthal, N., Li, M., Asché, L., Jonas, S., Bey, K., Schulze, M., Steffens, M., Pensel, M. C., Guth, M., Rohlfen, F., Ekhlās, M., Lügering, H., Fileccia, H., Pakos, J., ... Braun, N. (2022). Virtual reality in the diagnostic and therapy for mental disorders: A systematic review. <i>Clinical psychology review</i> , 98, 102213. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102213	Wrong patient population
Cieślik, B., Mazurek, J., Rutkowski, S., Kiper, P., Turolla, A., & Szczepańska-Gieracha, J. (2020). Virtual reality in psychiatric disorders: A systematic review of reviews. <i>Complementary therapies in medicine</i> , 52, 102480. https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102480	Wrong study design
Lee, Eunjung & Faber, Jessie & Bowles, Kathryn. (2021). A Review of Trauma Specific Treatments (TSTs) for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). <i>Clinical Social Work Journal</i> . 50. 10.1007/s10615-021-00816-w.	Wrong study design
Leichsenring, F., Steinert, C., Rabung, S., & Ioannidis, J. P. A. (2022). The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: an umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses. <i>World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)</i> , 21(1), 133–145. https://doi.org/10.1002/wps.20941	Wrong study design
Mørkved, N., Hartmann, K., Aarsheim, L. M., Holen, D., Milde, A. M., Bomyea, J., & Thorp, S. R. (2014). A comparison of Narrative Exposure Therapy and Prolonged Exposure therapy for PTSD. <i>Clinical psychology review</i> , 34(6), 453–467. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.06.005	Wrong study design
Moukhtar, N. M., Almutairi, Z. M., Jamjoom, R. H., Alamri, S. M., Alamry, A. M., Asiri, M. A.,	Wrong study design

Alshahrani, S. S., Almutairi, A. M., Al Zaher, A. Z., Aloudah, K. M., et al. (2021). Post-Traumatic Stress Disorder Diagnostic and Management Approach. Pharmacophore, 12(6), 6-9. https://doi.org/10.51847/2b8HGJyh9L	
Wilson, G., Farrell, D., Barron, I., Hutchins, J., Whybrow, D., & Kiernan, M. D. (2018). The Use of Eye-Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) Therapy in Treating Post-traumatic Stress Disorder-A Systematic Narrative Review. Frontiers in psychology, 9, 923. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00923	Wrong study design
Dawson, R. L., Calear, A. L., McCallum, S. M., McKenna, S., Nixon, R. D. V., & O'Kearney, R. (2021). Exposure-Based Writing Therapies for Subthreshold and Clinical Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of traumatic stress, 34(1), 81–91. https://doi.org/10.1002/jts.22596	Abstract



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/register).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

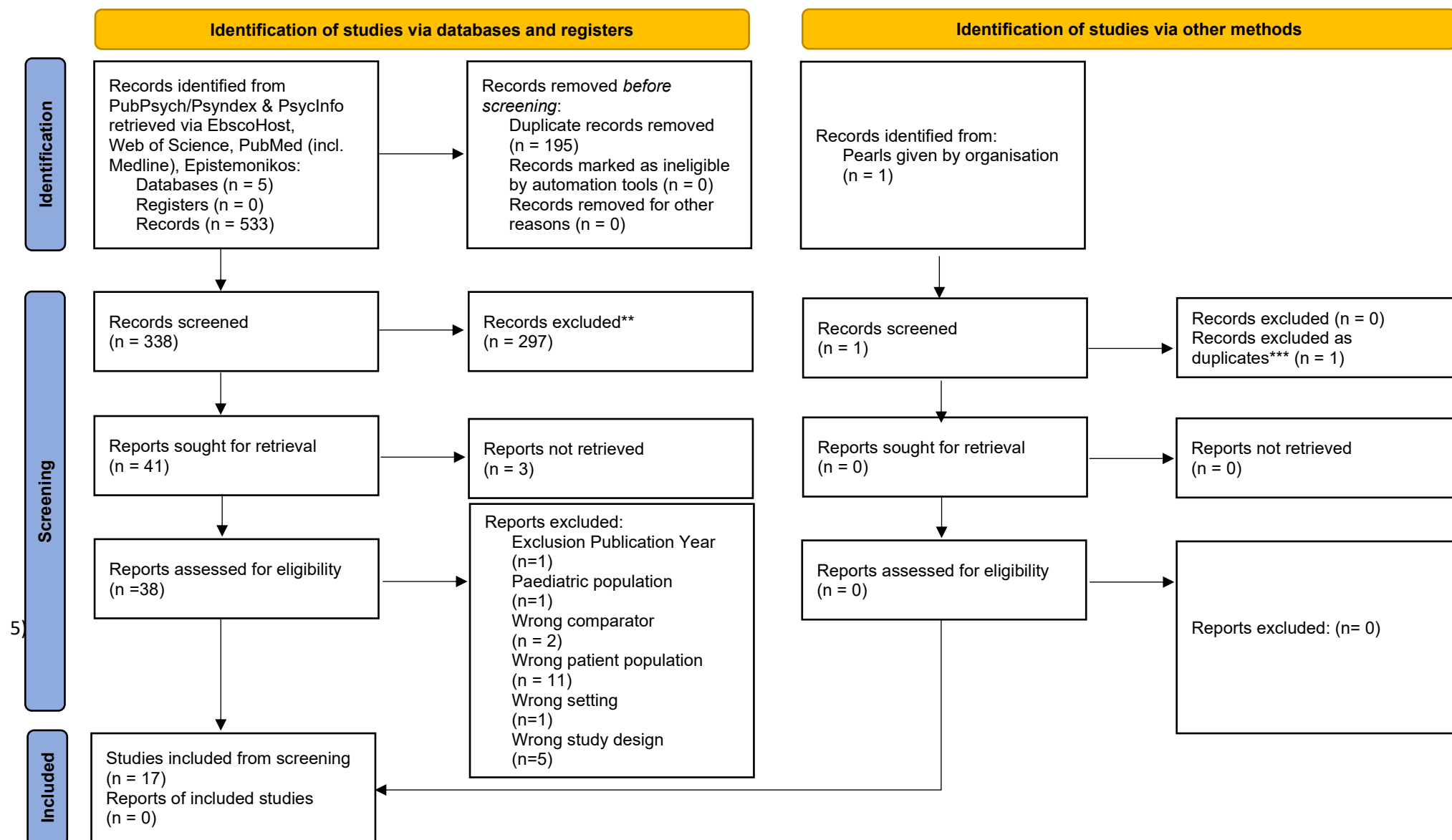
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Ducasse, D., & Fond, G. (2015). La thérapie d'acceptation et d'engagement [Acceptance and commitment therapy]. L'Encephale, 41(1), 1–9. https://doi.org/10.1016/j.encep.2013.04.017	Language
Bestha, D., Soliman, L., Blankenship, K., & Rachal, J. (2018). The Walking Wounded: Emerging Treatments for PTSD. Current psychiatry reports, 20(10), 94. https://doi.org/10.1007/s11920-018-0941-8	Wrong study design
Coventry, P. A., Meader, N., Melton, H., Temple, M., Dale, H., Wright, K., Cloitre, M., Karatzias, T., Bisson, J., Roberts, N. P., Brown, J. V. E., Barbui, C., Churchill, R., Lovell, K., McMillan, D., & Gilbody, S. (2020). Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events: Systematic review and component network meta-analysis. PLoS medicine, 17(8), e1003262. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003262	Wrong study design
Dyer, K. F. W., & Corrigan, J. P. (2021). Psychological treatments for complex PTSD: A commentary on the clinical and empirical impasse dividing unimodal and phase-oriented therapy positions. Psychological trauma : theory, research, practice and policy, 13(8), 869–876. https://doi.org/10.1037/tra0001080	Wrong study design
Jackson, C., Weiss, B. J., & Cloitre, M. (2019). STAIR Group Treatment for Veterans with PTSD: Efficacy and Impact of Gender on Outcome. Military medicine, 184(1-2), e143–e147. https://doi.org/10.1093/milmed/usy164	Wrong study design
Lee, Eunjung & Faber, Jessie & Bowles, Kathryn. (2021). A Review of Trauma Specific Treatments (TSTs) for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). Clinical Social Work Journal. 50. 10.1007/s10615-021-00816-w.	Wrong study design
Bailey, K., Trevillion, K., & Gilchrist, G. (2019). What works for whom and why: A narrative systematic review of interventions for reducing post-traumatic stress disorder and problematic substance use among women with experiences of interpersonal violence. Journal of substance abuse treatment, 99, 88–103. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.12.007	Wrong intervention

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J. M., Freitag, J., & Emmelkamp, P. M. (2014). Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. <i>Clinical psychology review</i>, 34(8), 645–657. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.10.004	Wrong intervention



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

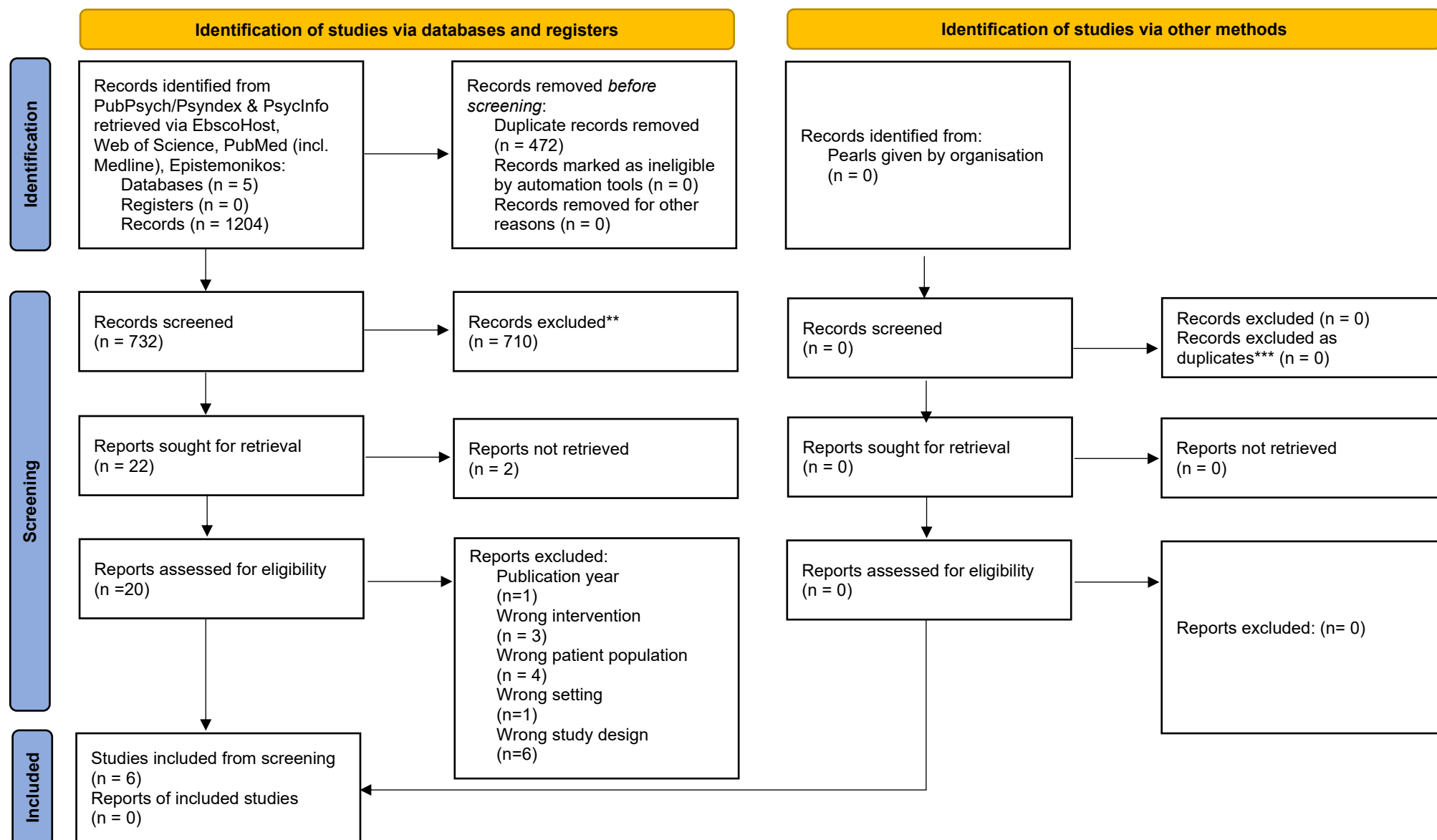
List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Gonçalves, Raquel & Pedrozo, Ana & Coutinho, Evandro & Figueira, Ivan & Ventura, Paula. (2012). Efficacy of Virtual Reality Exposure Therapy in the Treatment of PTSD: A Systematic Review. PloS one. 7. e48469. 10.1371/journal.pone.0048469.	Exclusion Publication Year
Sacca, L., Khoury, S., Maroun, C., Khoury, M., Maroun, V., Khoury, J., & Bouery, P. (2022). Posttraumatic Treatment Interventions for Refugee Children Residing in the Middle East and North Africa (MENA) Region: A Brief Review. Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy, 21(1), 27–46. https://doi.org/10.1080/15289168.2022.2050664	Paediatric population
Knaust, T., Felnhöfer, A., Kothgassner, O. D., Höllmer, H., Gorzka, R. J., & Schulz, H. (2020). Virtual Trauma Interventions for the Treatment of Post-traumatic Stress Disorders: A Scoping Review. Frontiers in psychology, 11, 562506. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.562506	Wrong comparator
Lenferink, L. I. M., Meyerbröker, K., & Boelen, P. A. (2020). PTSD treatment in times of COVID-19: A systematic review of the effects of online EMDR. Psychiatry research, 293, 113438. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113438	Wrong comparator
Volovik, M. G., Belova, A. N., Kuznetsov, A. N., Polevaia, A. V., Vorobyova, O. V., & Khalak, M. E. (2023). Use of Virtual Reality Techniques to Rehabilitate Military Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder (Review). Sovremennye tekhnologii v meditsine, 15(1), 74–85. https://doi.org/10.17691/stm2023.15.1.08	Wrong patient population
Zhou, Y., Bai, Z., Wu, W., Fan, Z., Wu, C., Li, L., & Li, S. (2021). Impacts of Internet-Based Interventions for Veterans With PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis. Frontiers in psychology, 12, 711652. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.711652	Wrong patient population
Vianez, A., Marques, A., & Simões de Almeida, R. (2022). Virtual Reality Exposure Therapy for Armed Forces Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Focus Group. International journal of environmental research and public health, 19(1), 464. https://doi.org/10.3390/ijerph19010464	Wrong patient population

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

Wang, K., Varma, D. S., & Prosperi, M. (2018). A systematic review of the effectiveness of mobile apps for monitoring and management of mental health symptoms or disorders. <i>Journal of psychiatric research</i> , 107, 73–78. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.10.006	Wrong patient population
Gilmore, A. K., Wilson, S. M., Skopp, N. A., Osenbach, J. E., & Reger, G. (2017). A systematic review of technology-based interventions for co-occurring substance use and trauma symptoms. <i>Journal of telemedicine and telecare</i> , 23(8), 701–709. https://doi.org/10.1177/1357633X16664205	Wrong patient population
Jones, C., Miguel-Cruz, A., Smith-MacDonald, L., Cruikshank, E., Baghoori, D., Kaur Chohan, A., Laidlaw, A., White, A., Cao, B., Agyapong, V., Burbach, L., Winkler, O., Sevigny, P. R., Dennett, L., Ferguson-Pell, M., Greenshaw, A., & Brémault-Phillips, S. (2020). Virtual Trauma-Focused Therapy for Military Members, Veterans, and Public Safety Personnel With Posttraumatic Stress Injury: Systematic Scoping Review. <i>JMIR mHealth and uHealth</i> , 8(9), e22079. https://doi.org/10.2196/22079	Wrong patient population
Liem, A., Natari, R. B., Jimmy, & Hall, B. J. (2021). Digital Health Applications in Mental Health Care for Immigrants and Refugees: A Rapid Review. <i>Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association</i> , 27(1), 3–16. https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0012	Wrong patient population
McClellan, M. J., Osbaldiston, R., Wu, R., Yeager, R., Monroe, A. D., McQueen, T., & Dunlap, M. H. (2022). The effectiveness of telepsychology with veterans: A meta-analysis of services delivered by videoconference and phone. <i>Psychological services</i> , 19(2), 294–304. https://doi.org/10.1037/ser0000522	Wrong patient population
Parmigiani, G., Tortora, L., Meynen, G., Mandarelli, G., & Ferracuti, S. (2022). Virtual reality interventions for victims of crime: A systematic review. <i>Journal of traumatic stress</i> , 35(3), 804–812. https://doi.org/10.1002/jts.22810	Wrong patient population
Botella, C., Serrano, B., Baños, R. M., & Garcia-Palacios, A. (2015). Virtual reality exposure-based therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: a review of its efficacy, the adequacy of the treatment protocol, and its acceptability. <i>Neuropsychiatric disease and treatment</i> , 11, 2533–2545. https://doi.org/10.2147/NDT.S89542	Wrong patient population
Vicente Escudero JL & Sánchez Navarro B (2023). Meta-Analysis of Webbased Treatments for PTSD in Women Exposed to Intimate Partner Violence and Sexual Abuse. <i>International Journal of Psychology & Psychological</i>	Wrong patient population

Therapy, 23, 1, 93-105.	
Gould, C. E., Kok, B. C., Ma, V. K., Zapata, A. M. L., Owen, J. E., & Kuhn, E. (2019). Veterans Affairs and the Department of Defense mental health apps: A systematic literature review. <i>Psychological services</i> , 16(2), 196–207. https://doi.org/10.1037/ser0000289	Wrong setting
Rizzo, A. "Skip," Hartholt, A., & Mozgai, S. (2021). From Combat to COVID-19 – Managing the Impact of Trauma Using Virtual Reality. <i>Journal of Technology in Human Services</i> , 39(3), 314–347. https://doi.org/10.1080/15228835.2021.1915931	Wrong study design
Lee, E., & Bowles, K. (2020). Navigating treatment recommendations for PTSD: A rapid review. <i>International Journal of Mental Health</i> , 52(1), 4–44. https://doi.org/10.1080/00207411.2020.1781407	Wrong study design
Azarang, A., Pakyurek, M., Giroux, C., Nordahl, T. E., & Yellowlees, P. (2019). Information Technologies: An Augmentation to Post-Traumatic Stress Disorder Treatment Among Trauma Survivors. <i>Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association</i> , 25(4), 263–271. https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0068	Wrong study design
Bloch, Frédéric & Rigaud, Anne-Sophie & Kemoun, Gilles. (2013). Virtual Reality Exposure Therapy in posttraumatic stress disorder: A brief review to open new opportunities for post-fall syndrome in elderly subjects. <i>European Geriatric Medicine</i> . 4. 10.1016/j.eurger.2013.10.005.	Wrong study design
Sander, L. B., Schorndanner, J., Terhorst, Y., Spanhel, K., Pryss, R., Baumeister, H., & Messner, E. M. (2020). 'Help for trauma from the app stores?' A systematic review and standardised rating of apps for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). <i>European journal of psychotraumatology</i> , 11(1), 1701788. https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1701788	Wrong study design



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

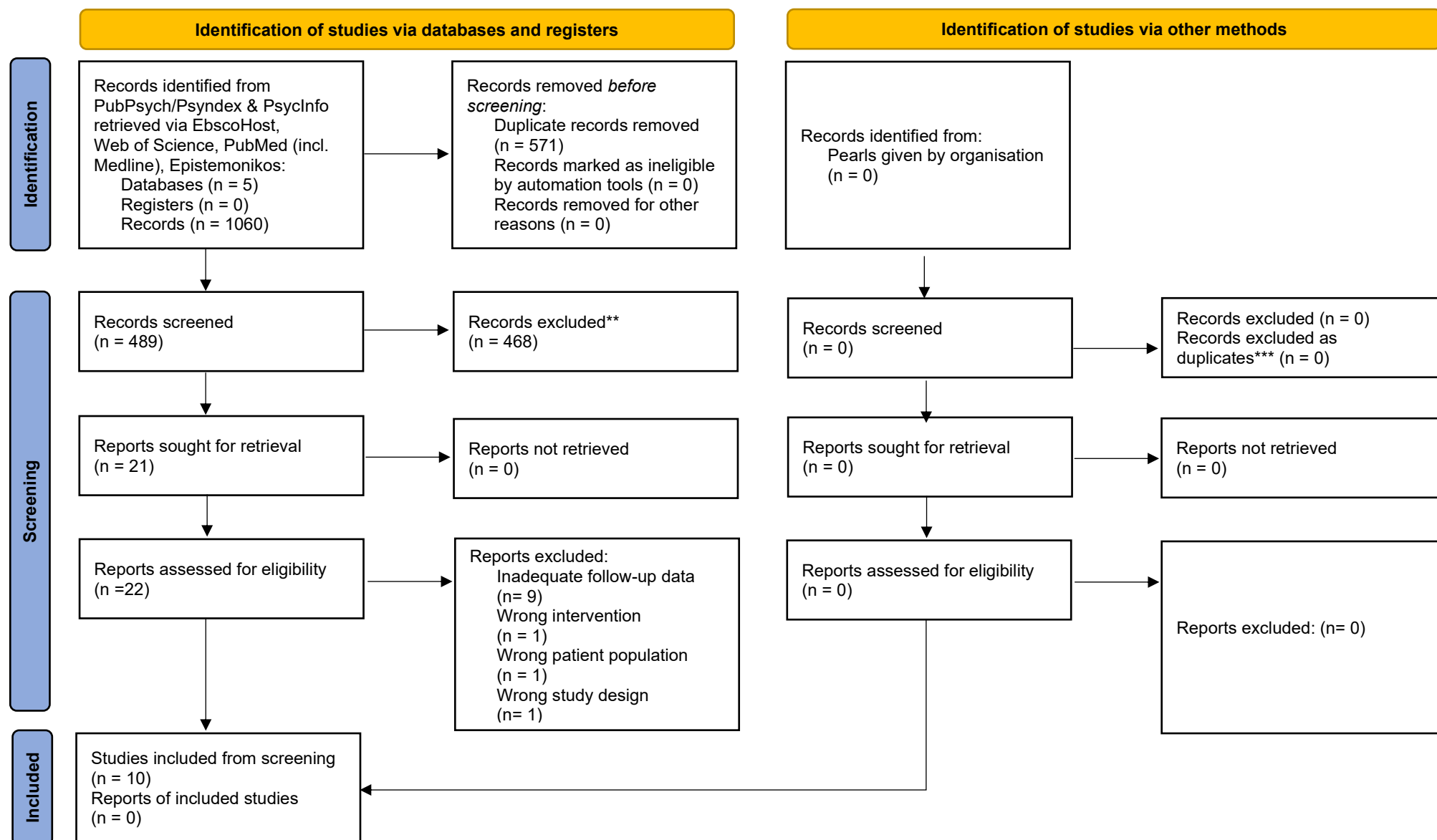
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Sloan, Denise & Feinstein, Brian & Gallagher, Matthew & Beck, J Gayle & Keane, Terence. (2011). Efficacy of Group Treatment for Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: A Meta-Analysis. Psychological Trauma Theory Research Practice and Policy. 5. 176-183. 10.1037/a0026291.	Publication Year
Willis, Niamh & Dowling, Clodagh & O' Reilly, Gary. (2022). Stabilisation and Phase-Orientated Psychological Treatment for Posttraumatic Stress Disorder – A Systematic Review and Meta-Analysis. European Journal of Trauma & Dissociation. 7. 100311. 10.1016/j.ejtd.2022.100311.	Wrong intervention
Benfer, N., Spitzer, E. G., & Bardeen, J. R. (2021). Efficacy of third wave cognitive behavioral therapies in the treatment of posttraumatic stress: A meta-analytic study. Journal of anxiety disorders, 78, 102360. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102360	Wrong intervention
Lorbeer, Noemi & Knaevelsrud, Christine & Niemeyer, Helen. (2022). STAIR und STAIR/NT zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungssymptomatik: Ein systematischer Übersichtsartikel. Verhaltenstherapie. 32. 1-13. 10.1159/000525756.	Wrong intervention
Henderson, Ashley & Stenfort Kroese, Biza. (2020). Group interventions for trauma and substance misuse available for women in criminal justice services: a systematic review of the literature. The Journal of Forensic Practice. 22. 235-249. 10.1108/JFP-05-2020-0024.	Wrong patient population
Jackson, C., Weiss, B. J., & Cloitre, M. (2019). STAIR Group Treatment for Veterans with PTSD: Efficacy and Impact of Gender on Outcome. Military medicine, 184(1-2), e143–e147. https://doi.org/10.1093/milmed/usy164	Wrong patient population
Kitchiner, N. J., Lewis, C., Roberts, N. P., & Bisson, J. I. (2019). Active duty and ex-serving military personnel with post-traumatic stress disorder treated with psychological therapies: systematic review and meta-analysis. European journal of psychotraumatology, 10(1), 1684226. https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1684226	Wrong patient population
Schleyer, W., Zona, K., Quigley, D., & Spottswood, M. (2022). Group therapy in primary care settings for the	Wrong setting

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

treatment of posttraumatic stress disorder: A systematic literature review. General hospital psychiatry, 77, 1–10. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2022.03.010	
Asmundson, G. J. G., Thorisdottir, A. S., Roden-Foreman, J. W., Baird, S. O., Witcraft, S. M., Stein, A. T., Smits, J. A. J., & Powers, M. B. (2019). A meta-analytic review of cognitive processing therapy for adults with posttraumatic stress disorder. Cognitive behaviour therapy, 48(1), 1–14. https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1522371	Wrong study design
Beck, J. G., & Sloan, D. M. (2014). Group treatments for PTSD: What do we know and what do we need to know? In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), Handbook of PTSD: Science and practice (2nd ed., pp. 466–481). The Guilford Press.	Wrong study design
Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J. M., Freitag, J., & Emmelkamp, P. M. (2014). Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. Clinical psychology review, 34(8), 645–657. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.10.004	Wrong study design
Ishikawa, R. Z., Ander, I., Popescu, D. L., Vyas, C. M., & Okereke, O. I. (2023). Child Maltreatment Among Older Adults: A Narrative Review of Psychotherapeutic Interventions and Clinical Considerations. Clinical gerontologist, 1–15. Advance online publication. https://doi.org/10.1080/07317115.2023.2219671	Wrong study design
Lee, Eunjung & Bowles, Kathryn. (2020). Navigating treatment recommendations for PTSD: A rapid review. International Journal of Mental Health. 52. 1–41. 10.1080/00207411.2020.1781407.	Wrong study design
McLean, C. P., Levy, H. C., Miller, M. L., & Tolin, D. F. (2022). Exposure therapy for PTSD: A meta-analysis. Clinical psychology review, 91, 102115. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102115	Wrong study design



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/register).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

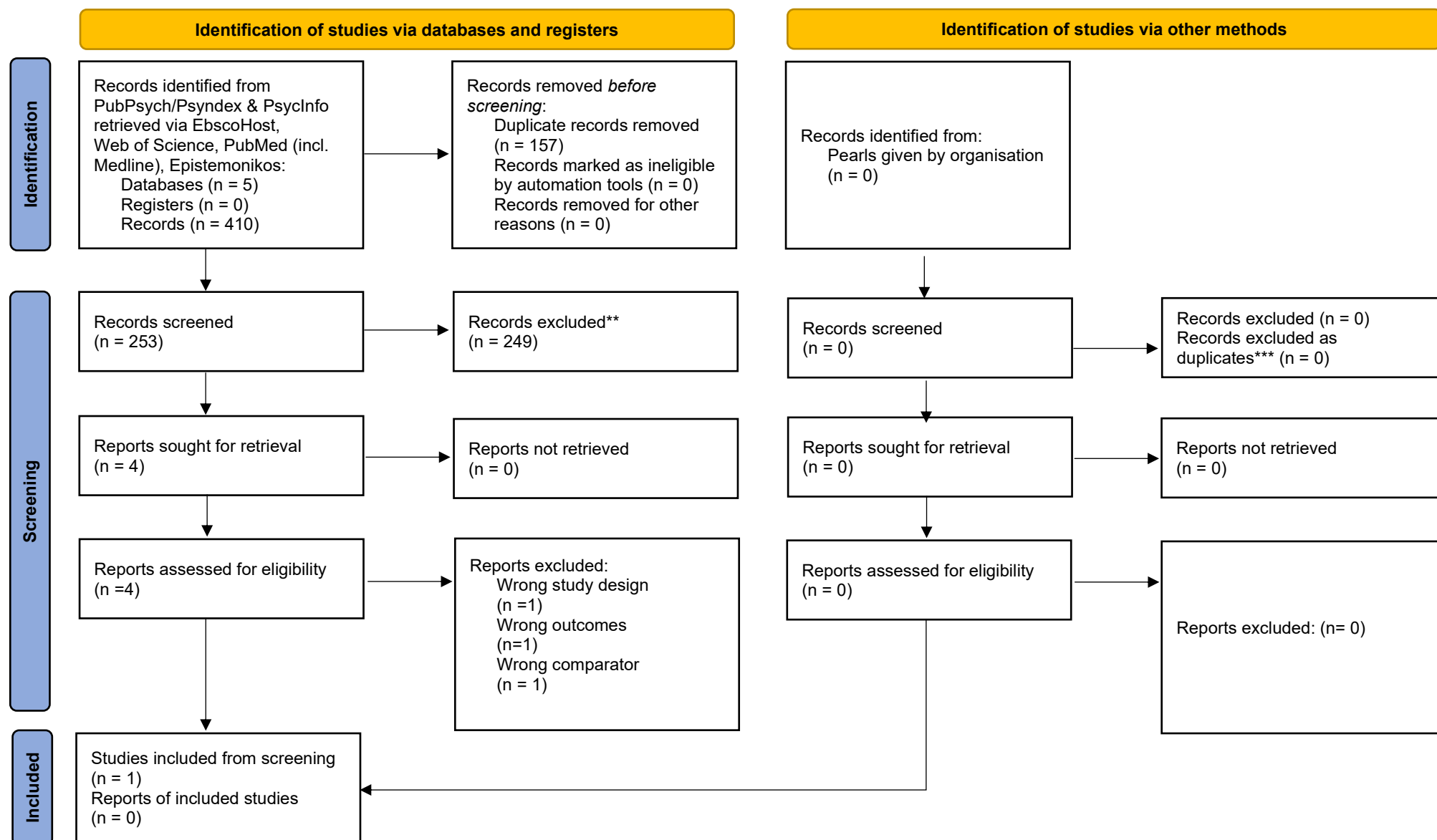
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Hamid, A., Patel, N., & Williams, A. C. C. (2019). Psychological, social, and welfare interventions for torture survivors: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. PLoS medicine, 16(9), e1002919. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002919	Inadequate follow-up data
Kip, A., Priebe, S., Holling, H., & Morina, N. (2020). Psychological interventions for posttraumatic stress disorder and depression in refugees: A meta-analysis of randomized controlled trials. Clinical psychology & psychotherapy, 27(4), 489–503. https://doi.org/10.1002/cpp.2446	Inadequate follow-up data
Lely, J. C. G., Smid, G. E., Jongedijk, R. A., W Knipscheer, J., & Kleber, R. J. (2019). The effectiveness of narrative exposure therapy: a review, meta-analysis and meta-regression analysis. European journal of psychotraumatology, 10(1), 1550344. https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1550344	Inadequate follow-up data
McLean, C. P., Levy, H. C., Miller, M. L., & Tolin, D. F. (2022). Exposure therapy for PTSD in military populations: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. Journal of anxiety disorders, 90, 102607. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102607	Inadequate follow-up data
McLean, C. P., Levy, H. C., Miller, M. L., & Tolin, D. F. (2022). Exposure therapy for PTSD: A meta-analysis. Clinical psychology review, 91, 102115. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102115	Inadequate follow-up data
Öst, L. G., Enebrink, P., Finnes, A., Ghaderi, A., Havnen, A., Kvale, G., Salomonsson, S., & Wergeland, G. J. (2023). Cognitive behavior therapy for adult post-traumatic stress disorder in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. Behaviour research and therapy, 166, 104323. https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104323	Inadequate follow-up data
Patel, N., Kellezi, B., & Williams, A. C. (2014). Psychological, social and welfare interventions for psychological health and well-being of torture survivors. The Cochrane database of systematic reviews, 2014(11), CD009317. https://doi.org/10.1002/14651858.CD009317.pub2	Inadequate follow-up data
Thompson, C. T., Vidgen, A., & Roberts, N. P. (2018). Psychological interventions for post-	Inadequate follow-up data

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. Clinical psychology review, 63, 66–79. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.006	
Turrini, G., Purgato, M., Acarturk, C., Anttila, M., Au, T., Ballette, F., Bird, M., Carswell, K., Churchill, R., Cuijpers, P., Hall, J., Hansen, L. J., Kösters, M., Lantta, T., Nosè, M., Ostuzzi, G., Sijbrandij, M., Tedeschi, F., Valimaki, M., Wancata, J., ... Barbui, C. (2019). Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in asylum seekers and refugees: systematic review and meta-analysis. Epidemiology and psychiatric sciences, 28(4), 376–388. https://doi.org/10.1017/S2045796019000027	Inadequate follow-up data
Micklitz, H. M., Glass, C. M., Bengel, J., & Sander, L. B. (2024). Efficacy of Psychosocial Interventions for Survivors of Intimate Partner Violence: A Systematic Review and Meta-Analysis. Trauma, violence & abuse, 25(2), 1000–1017. https://doi.org/10.1177/15248380231169481	Wrong intervention
Sousa-Gomes, V., Abreu, B., Moreira, D., Del Campo, A., Moreira, D. S., & Fávero, M. (2024). Psychological intervention and treatment programs for adult victims of child sexual abuse: A systematic review. Psychological trauma : theory, research, practice and policy, 16(Suppl 1), S274–S284. https://doi.org/10.1037/tra0001389	Wrong patient population
Moukhtar, N. M., Almutairi, Z. M., Jamjoom, R. H., Alamri, S. M., Alamry, A. M., Asiri, M. A., Alshahrani, S. S., Almutairi, A. M., Al Zaher, A. Z., Aloudah, K. M., et al. (2021). Post-Traumatic Stress Disorder Diagnostic and Management Approach. Pharmacophore, 12(6), 6-9. https://doi.org/10.51847/2b8HGJyh9L	Wrong study design



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

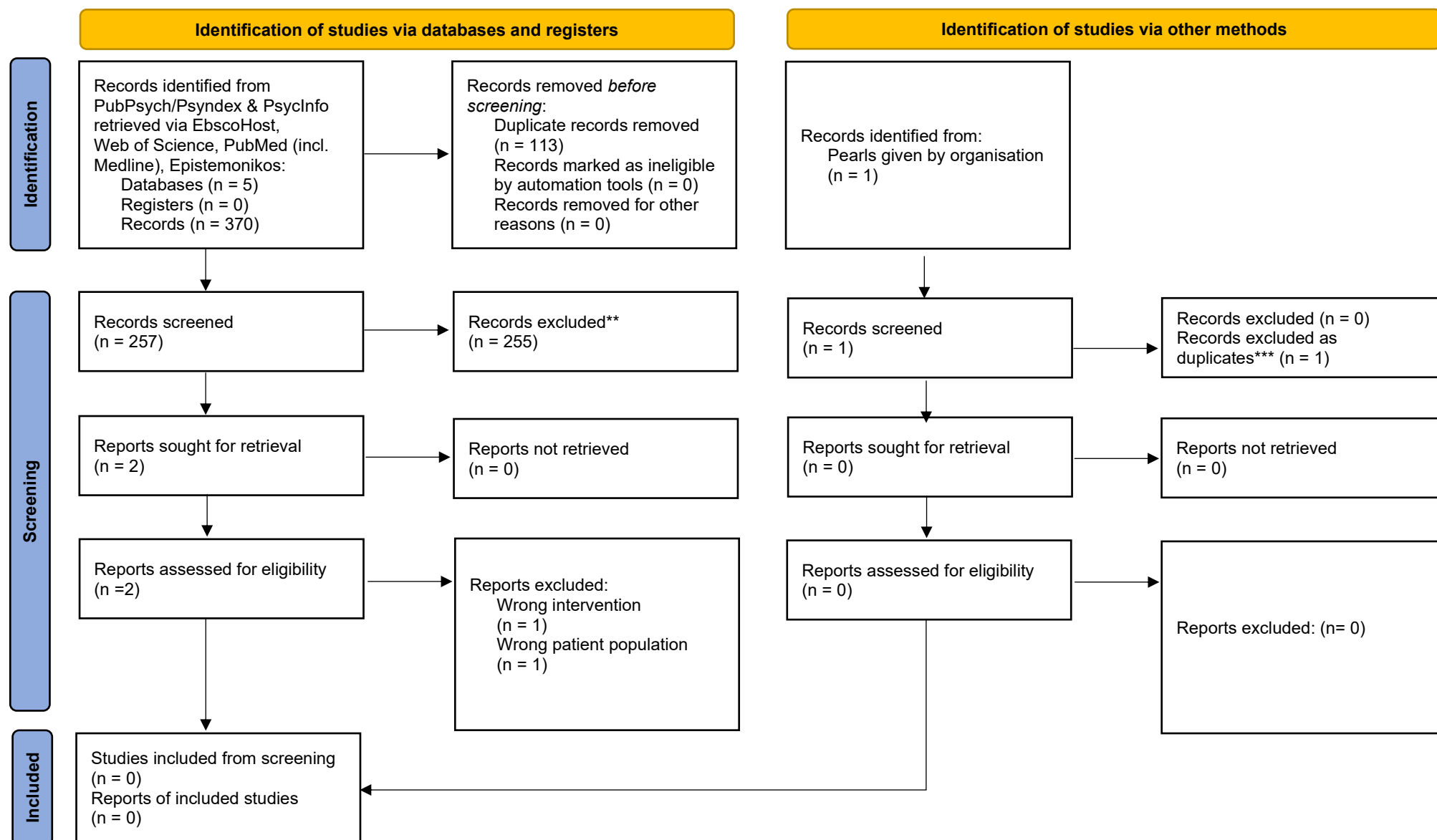
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Lee, E., & Bowles, K. (2020). Navigating treatment recommendations for PTSD: A rapid review. <i>International Journal of Mental Health</i> , 52(1), 4–44. https://doi.org/10.1080/00207411.2020.1781407	Wrong study design
Levinson, D. B., Halverson, T. F., Wilson, S. M., & Fu, R. (2022). Less dropout from prolonged exposure sessions prescribed at least twice weekly: A meta-analysis and systematic review of randomized controlled trials. <i>Journal of traumatic stress</i> , 35(4), 1047–1059. https://doi.org/10.1002/jts.22822	Wrong outcomes
Sciarrino, N. A., Warnecke, A. J., & Teng, E. J. (2020). A Systematic Review of Intensive Empirically Supported Treatments for Posttraumatic Stress Disorder. <i>Journal of traumatic stress</i> , 33(4), 443–454. https://doi.org/10.1002/jts.22556	Wrong comparator

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

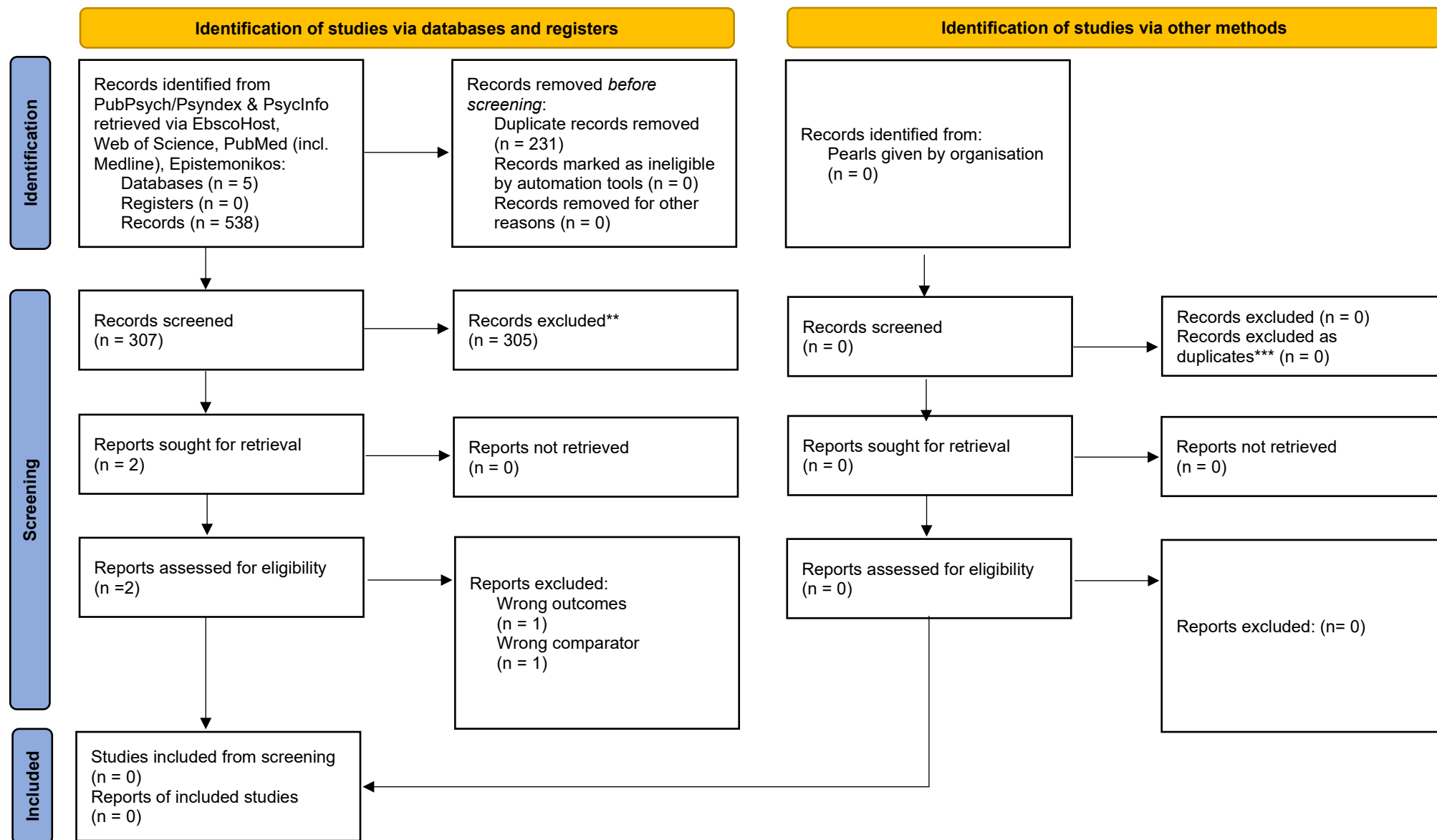
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Aminoff, V., Bobeck, J., Hjort, S., Sörliden, E., Ludvigsson, M., Berg, M., & Andersson, G. (2023). Tailored internet-based psychological treatment for psychological problems during the COVID-19 pandemic: A randomized controlled trial. <i>Internet interventions</i> , 34, 100662. https://doi.org/10.1016/j.invent.2023.100662	Wrong intervention
D'Onofrio, G., Ciccone, F., Placentino, G., Placentino, M., Tulipani, C., Prencipe, A., & De Vincentis, G. (2022). Internet-Based Psychological Interventions during SARS-CoV-2 Pandemic: An Experience in South of Italy. <i>International journal of environmental research and public health</i> , 19(9), 5425. https://doi.org/10.3390/ijerph19095425	Wrong patient population

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/register).

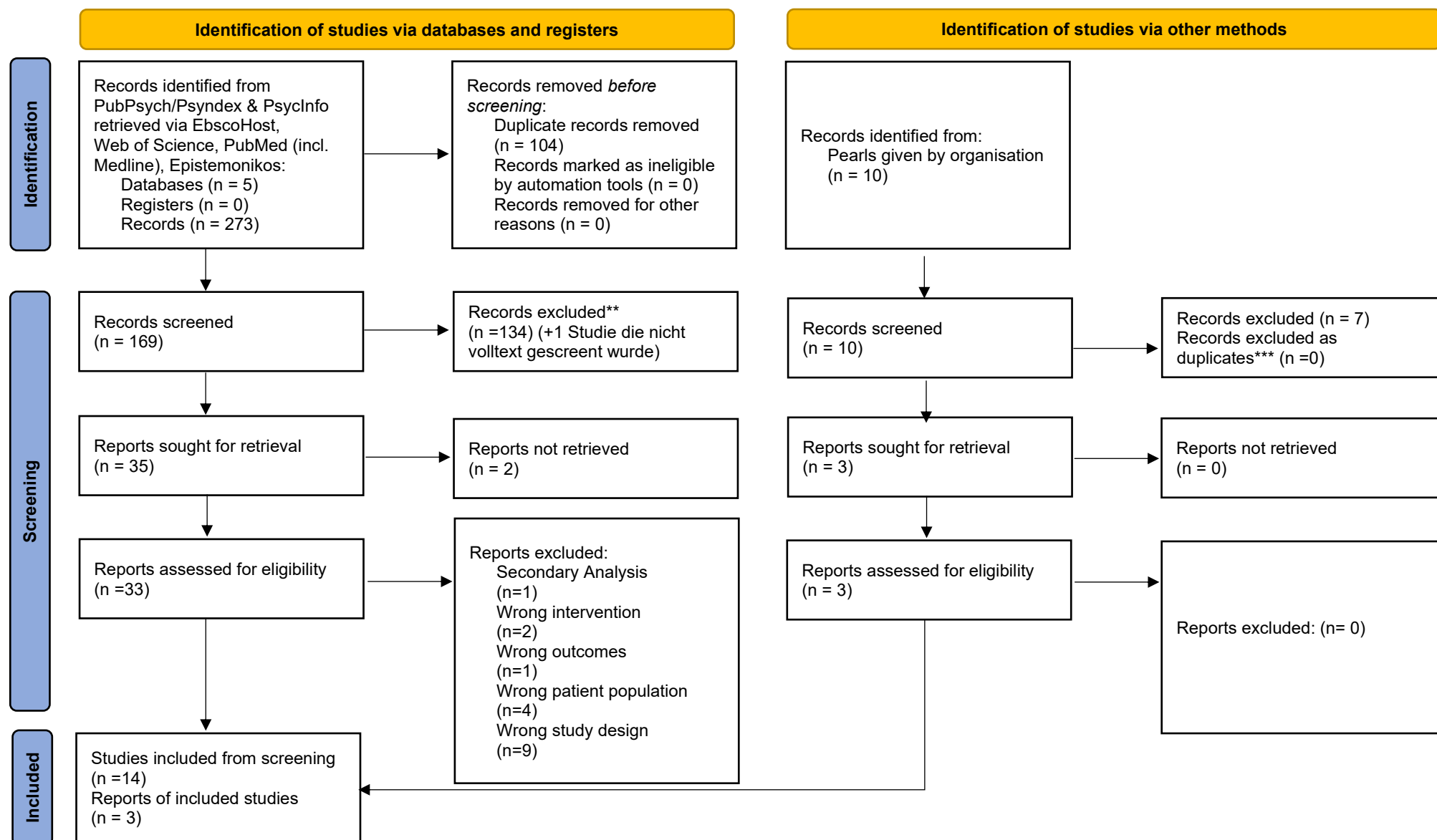
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Dell, L., Sbisà, A. M., Forbes, A., O'Donnell, M., Bryant, R., Hodson, S., Morton, D., Battersby, M., Tuerk, P. W., Elliott, P., Wallace, D., & Forbes, D. (2023). Massed v. standard prolonged exposure therapy for PTSD in military personnel and veterans: 12-month follow-up of a non-inferiority randomised controlled trial. Psychological medicine, 53(15), 7070–7077. https://doi.org/10.1017/S0033291723000405	Wrong outcomes
Ennis, C. R., Raines, A. M., Boffa, J. W., Shapiro, M. O., Dornbach-Bender, A., Ferrie, M. L., Fondren, A. H., Vidaurre, D. N., Walton, J. L., Chambliss, J. L., & Franklin, C. L. (2024). Massed written exposure therapy delivered to veterans with posttraumatic stress symptoms on an acute inpatient mental health unit. Journal of traumatic stress, 10.1002/jts.23042. Advance online publication. https://doi.org/10.1002/jts.23042	Wrong comparator

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

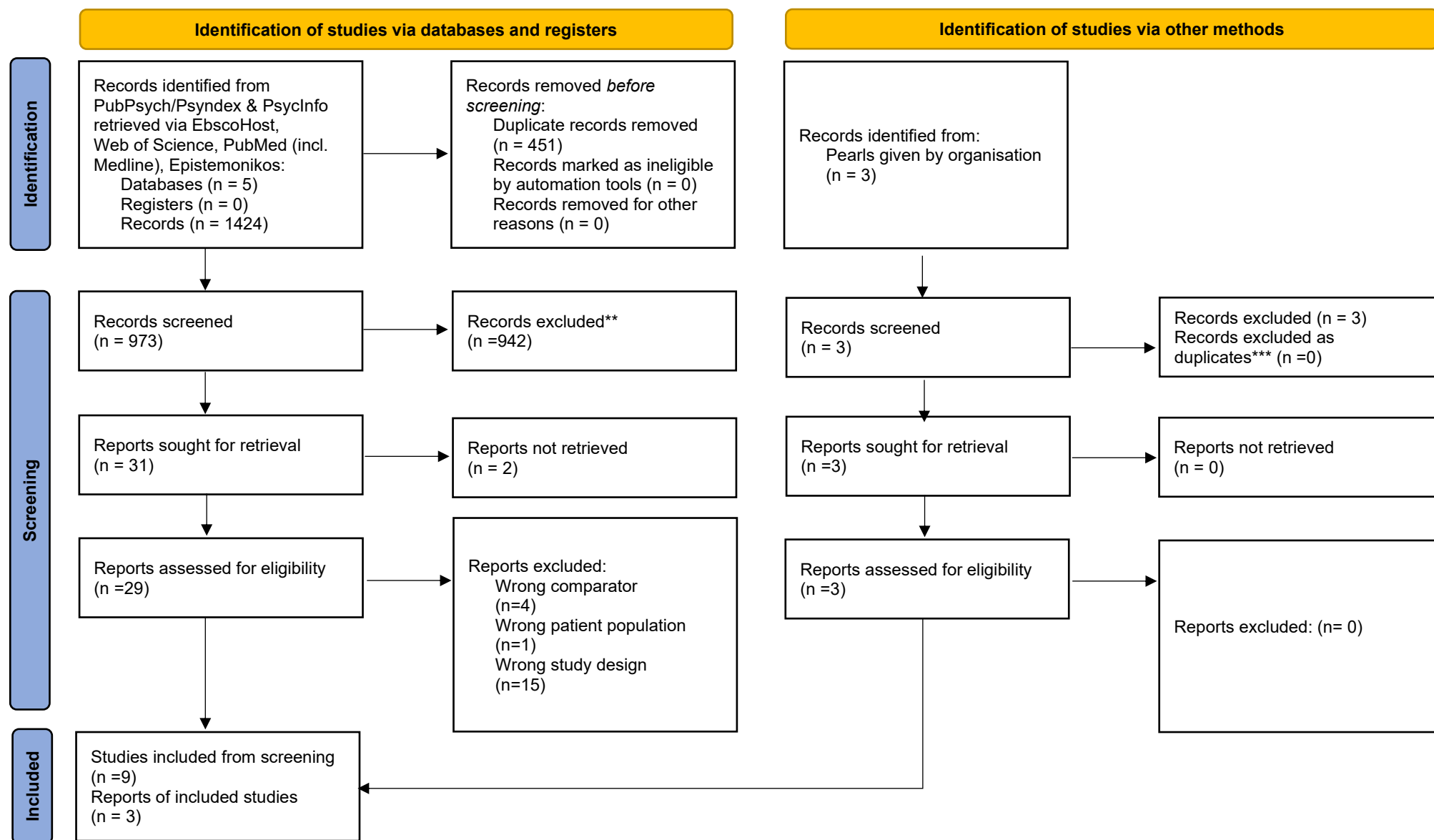
List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Williams, Taryn & Phillips, Nicole & Stein, Dan & Ipser, Jonathan. (2023). Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD), a Cochrane Review. <i>BJPsych Advances</i> . 29. 168-168. 10.1192/bja.2023.17.	Secondary analysis
Motta, L. S., Gosmann, N. P., Costa, M. A., Jaeger, M. B., Frozi, J., Grevet, L. T., Spanemberg, L., Manfro, G. G., Cuijpers, P., Pine, D. S., & Salum, G. (2023). Placebo response in trials with patients with anxiety, obsessive-compulsive and stress disorders across the lifespan: a three-level meta-analysis. <i>BMJ mental health</i> , 26(1), e300630. https://doi.org/10.1136/bmjment-2022-300630	Wrong intervention
Etten, M.L., & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. <i>Clinical Psychology & Psychotherapy</i> , 5, 126-144. https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199809)5:3%3C126::AID-CPP153%3E3.0.CO;2-H	Wrong intervention
Lurie, I., & Levine, S. Z. (2010). Meta-analysis of dropout rates in SSRIs versus placebo in randomized clinical trials of PTSD. <i>The Journal of nervous and mental disease</i> , 198(2), 116–124. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181cc41b6	Wrong outcomes
Albert, U., Carmassi, C., Cosci, F., De Cori, D., Di Nicola, M., Ferrari, S., Poloni, N., Tarricone, I., & Fiorillo, A. (2016). Role and clinical implications of atypical antipsychotics in anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, trauma-related, and somatic symptom disorders: a systematized review. <i>International clinical psychopharmacology</i> , 31(5), 249–258. https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000127	Wrong patient population
Gu, W., Wang, C., Li, Z., Wang, Z., & Zhang, X. (2016). Pharmacotherapies for Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. <i>The Journal of nervous and mental disease</i> , 204(5), 331–338. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000478	Wrong patient population
Pae, C. U., Lim, H. K., Peindl, K., Ajwani, N., Serretti, A., Patkar, A. A., & Lee, C. (2008). The atypical antipsychotics olanzapine and risperidone in the treatment of posttraumatic stress disorder: a meta-analysis of randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trials. <i>International clinical psychopharmacology</i> , 23(1), 1–8. https://doi.org/10.1097/YIC.0b013e32825ea324	Wrong patient population

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

de Vries, Y. A., Roest, A. M., Burgerhof, J. G. M., & de Jonge, P. (2018). Initial severity and antidepressant efficacy for anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and posttraumatic stress disorder: An individual patient data meta-analysis. <i>Depression and anxiety</i> , 35(6), 515–522. https://doi.org/10.1002/da.22737	Wrong patient population
Comer, Alison & Figgitt, David. (2000). Sertraline: A Review of its Therapeutic Use in Post-Traumatic Stress Disorder. <i>CNS Drugs</i> . 14. 391–407. 10.2165/00023210-200014050-00006.	Wrong study design
Davidson, J. R., Malik, M. L., & Sutherland, S. N. (1997). Response characteristics to antidepressants and placebo in post-traumatic stress disorder. <i>International clinical psychopharmacology</i> , 12(6), 291–296. https://doi.org/10.1097/00004850-199711000-00001	Wrong study design
Hageman, I., Andersen, H. S., & Jørgensen, M. B. (2001). Post-traumatic stress disorder: a review of psychobiology and pharmacotherapy. <i>Acta psychiatrica Scandinavica</i> , 104(6), 411–422. https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00237.x	Wrong study design
Kunzke, D., Thoma, M. V., & Joksimovic, L. (2019). Pharmako- und/oder Psychotherapie bei posttraumatischer Belastungsstörung: Systematischer Überblick zu Therapieansätzen und ihrer Effektivität [Pharmacotherapy and/or psychotherapy of posttraumatic stress disorder. Systematic review of therapy approaches and their effectiveness]. <i>Psychotherapeut</i> , 64(4), 306–321. https://doi.org/10.1007/s00278-019-0339-z	Wrong study design
Leichsenring, F., Steinert, C., Rabung, S., & Ioannidis, J. P. A. (2022). The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: an umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses. <i>World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)</i> , 21(1), 133–145. https://doi.org/10.1002/wps.20941	Wrong study design
Maier, A. R., & Theodore, G. (2012). Summary of the comparative effectiveness review on off-label use of atypical antipsychotics. <i>Journal of managed care pharmacy : JMCP</i> , 18(5 Suppl B), S1–S20. https://doi.org/10.18553/jmcp.2012.18.s5-b.1	Wrong study design
Maier, A. R., & Theodore, G. (2012). Summary of the comparative effectiveness review on off-label use of atypical antipsychotics. <i>Journal of managed care pharmacy : JMCP</i> , 18(5 Suppl B), S1–S20. https://doi.org/10.18553/jmcp.2012.18.s5-b.1	Wrong study design
Stein, D. J., Ipser, J. C., & Seedat, S. (2006). Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> , 2006(1), CD002795.	Wrong study design

https://doi.org/10.1002/14651858.CD002795.pub2	
Stein, D. J., Zungu-Dirwayi, N., van Der Linden GJ, & Seedat, S. (2000). Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> , (4), CD002795. https://doi.org/10.1002/14651858.CD002795	Wrong study design



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

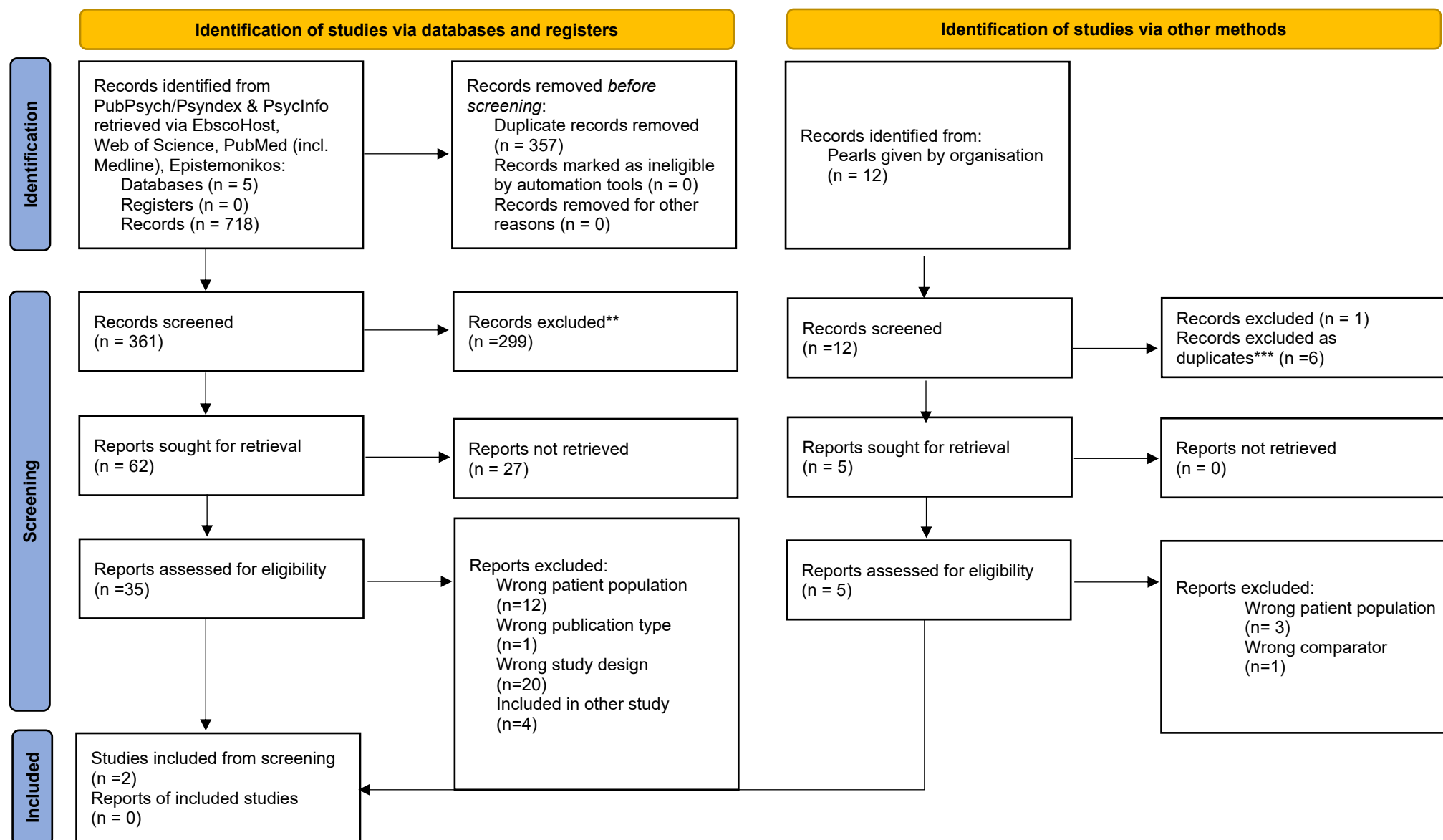
List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Marshall, R. D., & Pierce, D. (2000). Implications of recent findings in posttraumatic stress disorder and the role of pharmacotherapy. <i>Harvard review of psychiatry</i> , 7(5), 247–256.	Wrong comparator
Pull, Charlotte & Pull, Charles. (2014). Current Status of Treatment for Posttraumatic Stress Disorder: Focus on Treatments Combining Pharmacotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy. <i>International Journal of Cognitive Therapy</i> . 7. 149-161. 10.1521/ijct.2014.7.2.149.	Wrong comparator
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. <i>The Journal of clinical psychiatry</i> , 74(6), e541–e550. https://doi.org/10.4088/JCP.12r08225	Wrong comparator
Williams, T., Phillips, N. J., Stein, D. J., & Ipser, J. C. (2022). Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> , 3(3), CD002795. https://doi.org/10.1002/14651858.CD002795.pub3	Wrong comparator
Coventry, P. A., Meader, N., Melton, H., Temple, M., Dale, H., Wright, K., Cloitre, M., Karatzias, T., Bisson, J., Roberts, N. P., Brown, J. V. E., Barbui, C., Churchill, R., Lovell, K., McMillan, D., & Gilbody, S. (2020). Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events: Systematic review and component network meta-analysis. <i>PLoS medicine</i> , 17(8), e1003262. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003262	Wrong patient population
Bernardy, N. C., & Friedman, M. J. (2017). Pharmacological management of posttraumatic stress disorder. <i>Current opinion in psychology</i> , 14, 116–121. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.01.003	Wrong study design
Bestha, D., Soliman, L., Blankenship, K., & Rachal, J. (2018). The Walking Wounded: Emerging Treatments for PTSD. <i>Current psychiatry reports</i> , 20(10), 94. https://doi.org/10.1007/s11920-018-0941-8	Wrong study design
Cukor, J., & Difede, J. (2014). Review: psychotherapy, somatic therapy and pharmacotherapy are all more effective than control for the treatment of PTSD. <i>Evidence-based mental health</i> , 17(1), 7.	Wrong study design

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

https://doi.org/10.1136/eb-2013-101527	
Cukor, J., Olden, M., Lee, F., & Difede, J. (2010). Evidence-based treatments for PTSD, new directions, and special challenges. <i>Annals of the New York Academy of Sciences</i> , 1208, 82–89. https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2010.05793.x	Wrong study design
Jeffreys, M., Capehart, B., & Friedman, M. J. (2012). Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: review with clinical applications. <i>Journal of rehabilitation research and development</i> , 49(5), 703–715. https://doi.org/10.1682/jrrd.2011.09.0183	Wrong study design
Leichsenring, F., Steinert, C., Rabung, S., & Ioannidis, J. P. A. (2022). The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: an umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses. <i>World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)</i> , 21(1), 133–145. https://doi.org/10.1002/wps.20941	Wrong study design
Mansour, M., Joseph, G. R., Joy, G. K., Khanal, S., Dasireddy, R. R., Menon, A., Barrie Mason, I., Kataria, J., Patel, T., & Modi, S. (2023). Post-traumatic Stress Disorder: A Narrative Review of Pharmacological and Psychotherapeutic Interventions. <i>Cureus</i> , 15(9), e44905. https://doi.org/10.7759/cureus.44905	Wrong study design
Moore, B. A., Pujol, L., Waltman, S., & Shearer, D. S. (2021). Management of Post-traumatic Stress Disorder in Veterans and Military Service Members: A Review of Pharmacologic and Psychotherapeutic Interventions Since 2016. <i>Current psychiatry reports</i> , 23(2), 9. https://doi.org/10.1007/s11920-020-01220-w Moore, B. A., Pujol, L., Waltman, S., & Shearer, D. S. (2021). Management of Post-traumatic Stress Disorder in Veterans and Military Service Members: A Review of Pharmacologic and Psychotherapeutic Interventions Since 2016. <i>Current psychiatry reports</i> , 23(2), 9. https://doi.org/10.1007/s11920-020-01220-w	Wrong study design
Moukhtar, Nada & Almutairi, Ziyad & Jamjoom, Refal & Alamri, Saad & Alamry, Abdullah & Asiri, Mohammed & Alshahrani, Saeed & Almutairi, Abdullah & Zaher, Abdulmajeed & Aloudah, Khalid. (2021). Post-Traumatic Stress Disorder Diagnostic and Management Approach. <i>Pharmacophore</i> . 12. 6-9. 10.51847/2b8HGJyh9L.	Wrong study design
Roepke, S., Schellong, J., Bergemann, N., Frommberger, U., & Schmidt, U. (2024). Pharmakologische Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung [Pharmacological treatment of posttraumatic stress disorder]. <i>Der Nervenarzt</i> , 95(7), 622–629. https://doi.org/10.1007/s00115-024-01684-8	Wrong study design

Schoenfeld, F. B., Marmar, C. R., & Neylan, T. C. (2004). Current concepts in pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder. <i>Psychiatric services (Washington, D.C.)</i> , 55(5), 519–531. https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.5.519	Wrong study design
Shalev, A. Y., Bonne, O., & Eth, S. (1996). Treatment of posttraumatic stress disorder: a review. <i>Psychosomatic medicine</i> , 58(2), 165–182. https://doi.org/10.1097/00006842-199603000-00012	Wrong study design
Singewald, N., Schmuckermair, C., Whittle, N., Holmes, A., & Ressler, K. J. (2015). Pharmacology of cognitive enhancers for exposure-based therapy of fear, anxiety and trauma-related disorders. <i>Pharmacology & therapeutics</i> , 149, 150–190. https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2014.12.004	Wrong study design
Jonas, D. E., Cusack, K., Forneris, C. A., Wilkins, T. M., Sonis, J., Middleton, J. C., Feltner, C., Meredith, D., Cavanaugh, J., Brownley, K. A., Olmsted, K. R., Greenblatt, A., Weil, A., & Gaynes, B. N. (2013). <i>Psychological and Pharmacological Treatments for Adults With Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)</i> . Agency for Healthcare Research and Quality (US).	Wrong study design
Zhang, Y., Ren, R., Vitiello, M. V., Yang, L., Zhang, H., Shi, Y., Sanford, L. D., & Tang, X. (2022). Efficacy and acceptability of psychotherapeutic and pharmacological interventions for trauma-related nightmares: A systematic review and network meta-analysis. <i>Neuroscience and biobehavioral reviews</i> , 139, 104717. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104717	Wrong study design



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
De Berardis, D., Marini, S., Serroni, N., Iasevoli, F., Tomasetti, C., de Bartolomeis, A., Mazza, M., Tempesta, D., Valchera, A., Fornaro, M., Pompili, M., Sepede, G., Vellante, F., Orsolini, L., Martinotti, G., & Di Giannantonio, M. (2015). Targeting the Noradrenergic System in Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prazosin Trials. <i>Current drug targets</i> , 16(10), 1094–1106. https://doi.org/10.2174/1389450116666150506114108	Wrong patient population
Betthausen, K., Pilz, J., & Vollmer, L. E. (2015). Use and effects of cannabinoids in military veterans with posttraumatic stress disorder. <i>American journal of health-system pharmacy : AJHP : official journal of the American Society of Health-System Pharmacists</i> , 72(15), 1279–1284. https://doi.org/10.2146/ajhp140523	Wrong patient population
Chiu, S., & Campbell, K. (2018). <i>Clonidine for the Treatment of Psychiatric Conditions and Symptoms: A Review of Clinical Effectiveness, Safety, and Guidelines</i> . Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.	Wrong patient population
Hudson, S. M., Whiteside, T. E., Lorenz, R. A., & Wargo, K. A. (2012). Prazosin for the treatment of nightmares related to posttraumatic stress disorder: a review of the literature. <i>The primary care companion for CNS disorders</i> , 14(2), PCC.11r01222. https://doi.org/10.4088/PCC.11r01222	Wrong patient population
Kuhathasan, N., Dufort, A., MacKillop, J., Gottschalk, R., Minuzzi, L., & Frey, B. N. (2019). The use of cannabinoids for sleep: A critical review on clinical trials. <i>Experimental and clinical psychopharmacology</i> , 27(4), 383–401. https://doi.org/10.1037/pha0000285	Wrong patient population
Kung, S., Espinel, Z., & Lapid, M. I. (2012). Treatment of nightmares with prazosin: a systematic review. <i>Mayo Clinic proceedings</i> , 87(9), 890–900. https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2012.05.015	Wrong patient population
Tregub, T., Lytvynenko, M., Kukushkin, V., Chebotarova, S., Oliynyk, N., Gulbs, O., & Nazaryan, R. (2023). PHARMACOLOGY OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER. <i>Georgian medical news</i> , (342), 122–124.	Wrong patient population

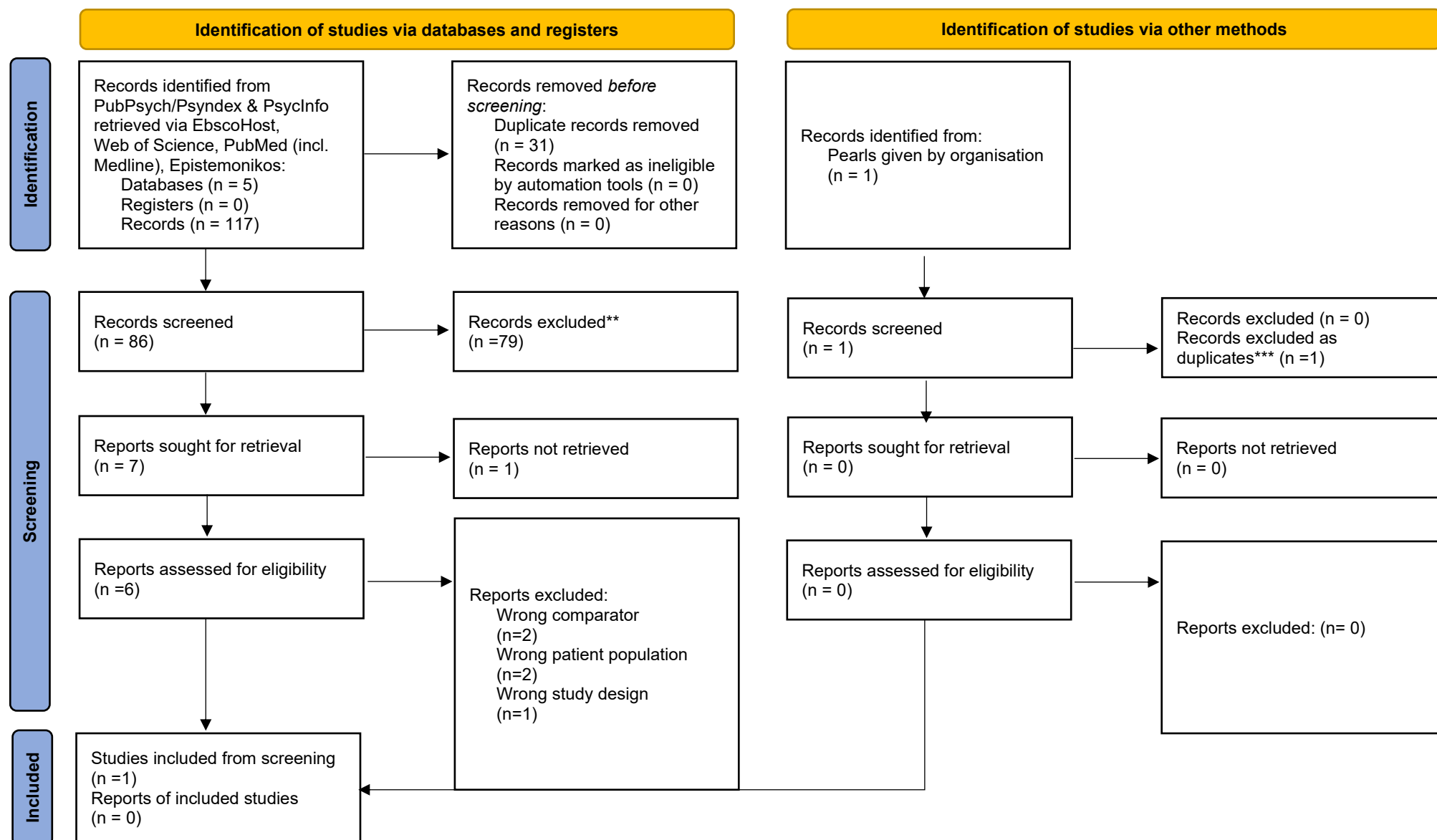
Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
Orsolini, L., Chiappini, S., Volpe, U., Berardis, D., Latini, R., Papanti, G. D., & Corkery, A. J. M. (2019). Use of Medicinal Cannabis and Synthetic Cannabinoids in Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): A Systematic Review. <i>Medicina (Kaunas, Lithuania)</i> , 55(9), 525. https://doi.org/10.3390/medicina55090525	Wrong patient population
Back, S. E., Flanagan, J. C., Mintz, J., Brady, K. T., Jones, J., Jarnecke, A. M., Joseph, J. E., Shirley, D. W., Malcolm, R. J., Hamner, M., Litz, B. T., Niles, B. L., Young-McCaughan, S., Keane, T. M., & Peterson, A. L. (2023). A Double-Blind Randomized Controlled Trial of Doxazosin for Co-Occurring PTSD and Alcohol Use Disorder in Veterans. <i>The Journal of clinical psychiatry</i> , 84(2), 21m14367. https://doi.org/10.4088/JCP.21m14367	Wrong patient population
Ziegenhorn, A. A., Roepke, S., Schommer, N. C., Merkl, A., Danker-Hopfe, H., Perschel, F. H., Heuser, I., Anghelescu, I. G., & Lammers, C. H. (2009). Clonidine improves hyperarousal in borderline personality disorder with or without comorbid posttraumatic stress disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. <i>Journal of clinical psychopharmacology</i> , 29(2), 170–173. https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e31819a4bae	Wrong patient population
Nacasch, N., Avni, C., & Toren, P. (2023). Medical cannabis for treatment-resistant combat PTSD. <i>Frontiers in psychiatry</i> , 13, 1014630. https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1014630	Wrong comparator

Writer, B. W., Meyer, E. G., & Schillerstrom, J. E. (2014). Prazosin for military combat-related PTSD nightmares: a critical review. <i>The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences</i> , 26(1), 24–33. https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.13010006	Wrong patient population
Yan, J. Z., Liu, J. L., Li, X. Z., Zhang, Z. X., Liu, R. B., Zhang, C., & Gong, Q. Q. (2022). Effectiveness, Acceptability and Safety of Pharmaceutical Management for Combat-Related PTSD in Adults Based on Systematic Review of Twenty-Two Randomized Controlled Trials. <i>Frontiers in pharmacology</i> , 12, 805354. https://doi.org/10.3389/fphar.2021.805354	Wrong patient population
Yeh, M. S., Mari, J. J., Costa, M. C., Andreoli, S. B., Bressan, R. A., & Mello, M. F. (2011). A double-blind randomized controlled trial to study the efficacy of topiramate in a civilian sample of PTSD. <i>CNS neuroscience & therapeutics</i> , 17(5), 305–310. https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2010.00188.x	Wrong patient population
Yücel, D. E., van Emmerik, A. A. P., Souama, C., & Lancee, J. (2020). Comparative efficacy of imagery rehearsal therapy and prazosin in the treatment of trauma-related nightmares in adults: A meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Sleep medicine reviews</i> , 50, 101248. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2019.101248	Wrong patient population
Zhang, Y., Ren, R., Vitiello, M. V., Yang, L., Zhang, H., Shi, Y., Sanford, L. D., & Tang, X. (2022). Efficacy and acceptability of psychotherapeutic and pharmacological interventions for trauma-related nightmares: A systematic review and network meta-analysis. <i>Neuroscience and biobehavioral reviews</i> , 139, 104717. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104717	Wrong patient population
Koola, M. M., Varghese, S. P., & Fawcett, J. A. (2014). High-dose prazosin for the treatment of post-traumatic stress disorder. <i>Therapeutic advances in psychopharmacology</i> , 4(1), 43–47. https://doi.org/10.1177/2045125313500982	Wrong publication type
Breen, A., Blankley, K., & Fine, J. (2017). The efficacy of prazosin for the treatment of posttraumatic stress disorder nightmares in U.S. military veterans. <i>Journal of the American Association of Nurse Practitioners</i> , 29(2), 65–69. https://doi.org/10.1002/2327-6924.12432	Wrong study design
Geldenhuis, C., van den Heuvel, L. L., Steyn, P., & Seedat, S. (2022). Pharmacological Management of Nightmares Associated with Posttraumatic Stress Disorder. <i>CNS drugs</i> , 36(7), 721–737. https://doi.org/10.1007/s40263-022-00929-x	Wrong study design
Khouzam H. R. (2017). A review of trazodone use in psychiatric and medical conditions. <i>Postgraduate medicine</i> , 129(1), 140–148. https://doi.org/10.1080/00325481.2017.1249265	Wrong study design
Lipinska, G., Baldwin, D. S., & Thomas, K. G. (2016). Pharmacology for sleep disturbance in PTSD. <i>Human psychopharmacology</i> , 31(2), 156–163.	Wrong study design

https://doi.org/10.1002/hup.2522	
Maier, M. J., Rego, S. A., & Asnis, G. M. (2006). Sleep disturbances in patients with post-traumatic stress disorder: epidemiology, impact and approaches to management. <i>CNS drugs</i> , 20(7), 567–590. https://doi.org/10.2165/00023210-200620070-00003	Wrong study design
Roepke, S., Schellong, J., Bergemann, N., Frommberger, U., & Schmidt, U. (2024). Pharmakologische Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung [Pharmacological treatment of posttraumatic stress disorder]. <i>Der Nervenarzt</i> , 95(7), 622–629. https://doi.org/10.1007/s00115-024-01684-8	Wrong study design
Schoenfeld, F. B., Deviva, J. C., & Manber, R. (2012). Treatment of sleep disturbances in posttraumatic stress disorder: a review. <i>Journal of rehabilitation research and development</i> , 49(5), 729–752. https://doi.org/10.1682/jrrd.2011.09.0164	Wrong study design
Steenkamp, M. M., Blessing, E. M., Galatzer-Levy, I. R., Hollahan, L. C., & Anderson, W. T. (2017). Marijuana and other cannabinoids as a treatment for posttraumatic stress disorder: A literature review. <i>Depression and anxiety</i> , 34(3), 207–216. https://doi.org/10.1002/da.22596	Wrong study design
Boehnlein, J. K., & Kinzie, J. D. (2007). Pharmacologic reduction of CNS noradrenergic activity in PTSD: the case for clonidine and prazosin. <i>Journal of psychiatric practice</i> , 13(2), 72–78. https://doi.org/10.1097/01.pra.0000265763.79753.c1	Wrong study design
George, K. C., Kebejian, L., Ruth, L. J., Miller, C. W., & Himelhoch, S. (2016). Meta-analysis of the efficacy and safety of prazosin versus placebo for the treatment of nightmares and sleep disturbances in adults with posttraumatic stress disorder. <i>Journal of trauma & dissociation : the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)</i> , 17(4), 494–510. https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1141150	Wrong study design
Hindocha, C., Cousijn, J., Rall, M., & Bloomfield, M. A. P. (2020). The Effectiveness of Cannabinoids in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): A Systematic Review. <i>Journal of dual diagnosis</i> , 16(1), 120–139. https://doi.org/10.1080/15504263.2019.1652380	Wrong study design
Lappas, A. S., Glarou, E., Polyzopoulou, Z. A., Goss, G., Huhn, M., Samara, M. T., & Christodoulou, N. G. (2024). Pharmacotherapy for sleep disturbances in post-traumatic stress disorder (PTSD): A network meta-analysis. <i>Sleep medicine</i> , 119, 467–479. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2024.05.032	Wrong study design
Lappas, A. S., Polyzopoulou, Z. A., Christodoulou, N., Bozikas, V. P., & Samara, M. T. (2024). Effects of Antidepressants on Sleep in Post-traumatic Stress Disorder: An Overview of Reviews. <i>Current neuropsychopharmacology</i> , 22(4), 749–805. https://doi.org/10.2174/1570159X21666230801144328	Wrong study design

Mohsenin, S., & Mohsenin, V. (2014). Diagnosis and management of sleep disorders in posttraumatic stress disorder: a review of the literature. <i>The primary care companion for CNS disorders</i> , 16(6), 10.4088/PCC.14r01663. https://doi.org/10.4088/PCC.14r01663	Wrong study design
de Moraes Costa, G., Ziegelmann, P. K., Zanatta, F. B., Martins, C. C., de Moraes Costa, P., & Mello, C. F. (2022). Efficacy, acceptability, and tolerability of antidepressants for sleep quality disturbances in post-traumatic stress disorder: A systematic review and network meta-analysis. <i>Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry</i> , 117, 110557. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2022.110557	Wrong study design
Paiva, H. S., Filho, I. J. Z., & Cais, C. F. D. S. (2021). Using Prazosin to Treat Posttraumatic Stress Disorder and Associations: A Systematic Review. <i>Psychiatry investigation</i> , 18(5), 365–372. https://doi.org/10.30773/pi.2020.0411	Wrong study design
Reist, C., Streja, E., Tang, C. C., Shapiro, B., Mintz, J., & Hollifield, M. (2021). Prazosin for treatment of post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. <i>CNS spectrums</i> , 26(4), 338–344. https://doi.org/10.1017/S1092852920001121	Wrong study design
Skeie-Larsen, M., Stave, R., Grønli, J., Bjorvatn, B., Wilhelmsen-Langeland, A., Zandi, A., & Pallesen, S. (2022). The Effects of Pharmacological Treatment of Nightmares: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis of Placebo-Controlled, Randomized Clinical Trials. <i>International journal of environmental research and public health</i> , 20(1), 777. https://doi.org/10.3390/ijerph20010777	Wrong study design
van Lier, S., Vermetten, E., Geuze, E., & Westenberg, H. G. (2006). Pharmacotherapy for disordered sleep in post-traumatic stress disorder: a systematic review. <i>International clinical psychopharmacology</i> , 21(4), 193–202. https://doi.org/10.1097/00004850-200607000-00001	Wrong study design
Zhang, Y., Ren, R., Sanford, L. D., Yang, L., Ni, Y., Zhou, J., Zhang, J., Wing, Y. K., Shi, J., Lu, L., & Tang, X. (2020). The effects of prazosin on sleep disturbances in post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. <i>Sleep medicine</i> , 67, 225–231. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.06.010	Wrong study design
Raskind, M. A., Peskind, E. R., Kanter, E. D., Petrie, E. C., Radant, A., Thompson, C. E., Dobie, D. J., Hoff, D., Rein, R. J., Straits-Tröster, K., Thomas, R. G., & McFall, M. M. (2003). Reduction of nightmares and other PTSD symptoms in combat veterans by prazosin: a placebo-controlled study. <i>The American journal of psychiatry</i> , 160(2), 371–373. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.371	Included in other study
Raskind, M. A., Peterson, K., Williams, T., Hoff, D. J., Hart, K., Holmes, H., Homas, D., Hill, J., Daniels, C., Calohan, J., Millard, S. P., Rohde, K., O'Connell, J., Pritzi, D., Feiszli, K.,	Included in other study

Petrie, E. C., Gross, C., Mayer, C. L., Freed, M. C., Engel, C., ... Peskind, E. R. (2013). A trial of prazosin for combat trauma PTSD with nightmares in active-duty soldiers returned from Iraq and Afghanistan. <i>The American journal of psychiatry</i> , 170(9), 1003–1010. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12081133	
Taylor, H. R., Freeman, M. K., & Cates, M. E. (2008). Prazosin for treatment of nightmares related to posttraumatic stress disorder. <i>American journal of health-system pharmacy : AJHP : official journal of the American Society of Health-System Pharmacists</i> , 65(8), 716–722. https://doi.org/10.2146/ajhp070124	Included in other study
Taylor, F. B., Martin, P., Thompson, C., Williams, J., Mellman, T. A., Gross, C., Peskind, E. R., & Raskind, M. A. (2008). Prazosin effects on objective sleep measures and clinical symptoms in civilian trauma posttraumatic stress disorder: a placebo-controlled study. <i>Biological psychiatry</i> , 63(6), 629–632. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2007.07.001	Included in other study



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

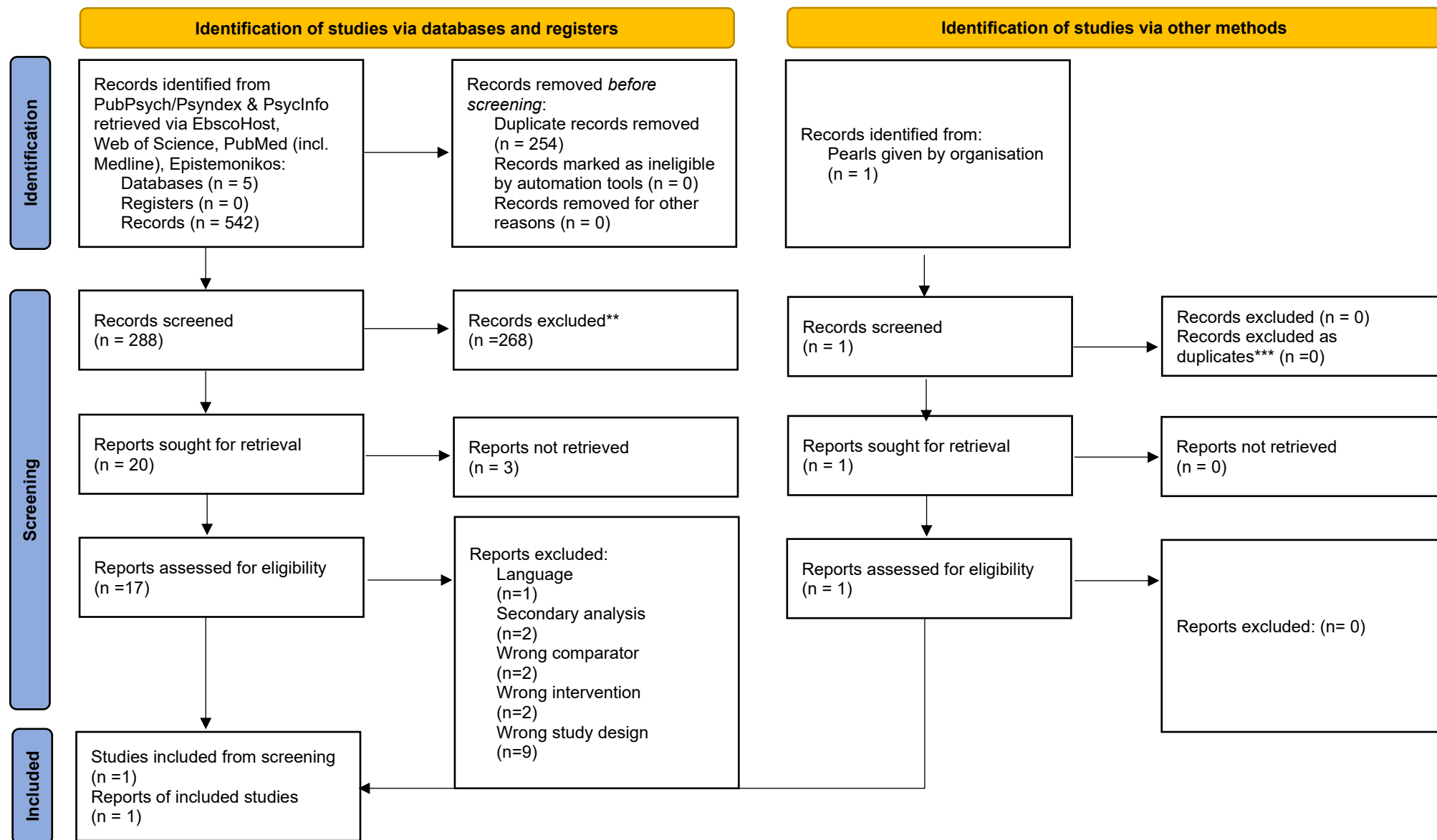
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Fichtner, C. G., Arora, R. C., O'Connor, F. L., & Crayton, J. W. (1994). Platelet paroxetine binding and fluoxetine pharmacotherapy in posttraumatic stress disorder: preliminary observations on a possible predictor of clinical treatment response. <i>Life sciences</i> , 54(3), PL39–PL44. https://doi.org/10.1016/0024-3205(94)00592-3	Wrong comparator
Pape, W., & Wöller, W. (2015). Niedrig dosiertes Naltrexon in der Behandlung dissoziativer Symptome [Low dose naltrexone in the treatment of dissociative symptoms]. <i>Der Nervenarzt</i> , 86(3), 346–351. https://doi.org/10.1007/s00115-014-4015-9	Wrong comparator
Davis, L. L., Jewell, M. E., Ambrose, S., Farley, J., English, B., Bartolucci, A., & Petty, F. (2004). A placebo-controlled study of nefazodone for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder: a preliminary study. <i>Journal of clinical psychopharmacology</i> , 24(3), 291–297. https://doi.org/10.1097/01.jcp.0000125685.82219.1a	Wrong patient population
Sutar, R., & Sahu, S. (2019). Pharmacotherapy for dissociative disorders: A systematic review. <i>Psychiatry research</i> , 281, 112529. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112529	Wrong patient population
Opler, L. A., Grennan, M. S., & Opler, M. G. (2006). Pharmacotherapy of post-traumatic stress disorder. <i>Drugs of today (Barcelona, Spain : 1998)</i> , 42(12), 803–809. https://doi.org/10.1358/dot.2006.42.12.1025704	Wrong study design

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

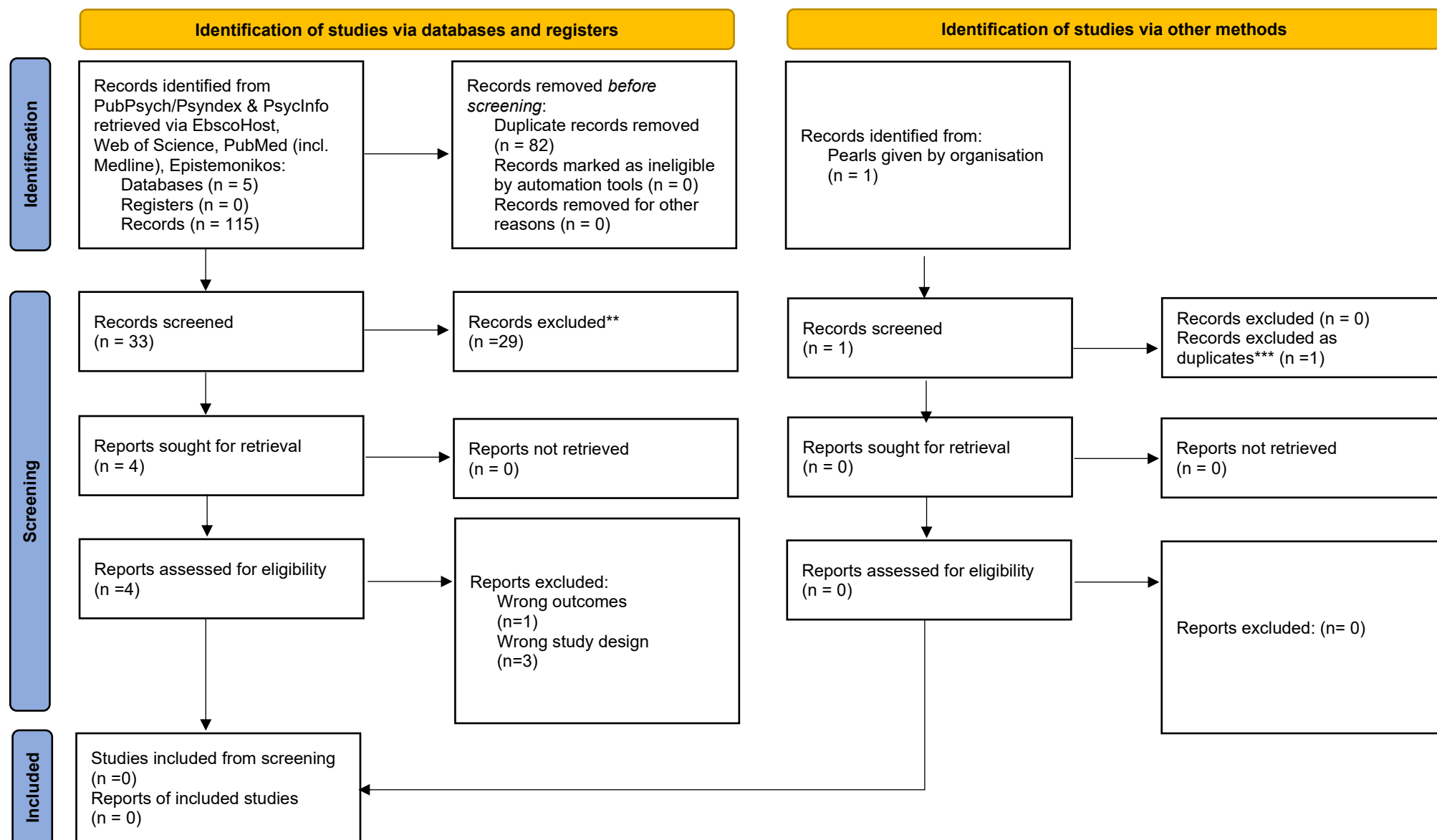
List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Martényi F. (2005). A poszttraumás-stressz zavar gyógyszeres kezelésének három paradigmája [Three paradigms in the treatment of posttraumatic stress disorder]. <i>Neuropsychopharmacologia Hungarica : a Magyar Pszichofarmakológiai Egyesület lapja = official journal of the Hungarian Association of Psychopharmacology</i> , 7(1), 11–21.	Language
Byrne, S. P., Krystal, J. H., Rosenheck, R. A., Vessicchio, J., Pietrzak, R. H., & Veterans Affairs Cooperative Study No. 504 Group (2017). Correlates of Nonimprovement to Pharmacotherapy for Chronic, Antidepressant-Resistant, Military Service-Related Posttraumatic Stress Disorder: Insights From the Veterans Affairs Cooperative Study No. 504. <i>Journal of clinical psychopharmacology</i> , 37(6), 717–721. https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000777	Secondary analysis
Krystal, J. H., Pietrzak, R. H., Rosenheck, R. A., Cramer, J. A., Vessicchio, J., Jones, K. M., Huang, G. D., Vertrees, J. E., Collins, J., Krystal, A. D., & Veterans Affairs Cooperative Study #504 Group (2016). Sleep disturbance in chronic military-related PTSD: clinical impact and response to adjunctive risperidone in the Veterans Affairs cooperative study #504. <i>The Journal of clinical psychiatry</i> , 77(4), 483–491. https://doi.org/10.4088/JCP.14m09585	Secondary analysis
Pilkinton, P., Berry, C., Norrholm, S., Bartolucci, A., Birur, B., & Davis, L. L. (2016). An Open Label Pilot Study of Adjunctive Asenapine for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. <i>Psychopharmacology bulletin</i> , 46(2), 8–17.	Wrong comparator
Ranney, R., Maguen, S., Woods, A., Seal, K. H., Neylan, T. C., Bernardy, N., Wiechers, I., Ryder, A., & Cohen, B. E. (2023). Comparison of mental health outcomes of augmenting medications for patients with posttraumatic stress disorder: A national veterans affairs study. <i>Journal of evaluation in clinical practice</i> , 29(1), 191–202. https://doi.org/10.1111/jep.13726	Wrong comparator
Lipinska, G., Baldwin, D. S., & Thomas, K. G. (2016). Pharmacology for sleep disturbance in PTSD. <i>Human psychopharmacology</i> , 31(2), 156–163. https://doi.org/10.1002/hup.2522	Wrong intervention
de Moraes Costa, G., Zanatta, F. B., Ziegelmann, P. K., Soares Barros, A. J., & Mello, C. F. (2020). Pharmacological treatments for adults with post-traumatic stress disorder: A network meta-analysis of comparative	Wrong intervention

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

efficacy and acceptability. <i>Journal of psychiatric research</i> , 130, 412–420. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.07.046	
Ahearn, E. P., Mussey, M., Johnson, C., Krohn, A., & Krahn, D. (2006). Quetiapine as an adjunctive treatment for post-traumatic stress disorder: an 8-week open-label study. <i>International clinical psychopharmacology</i> , 21(1), 29–33. https://doi.org/10.1097/01.yic.0000182116.49887.ae	Wrong study design
Bajor, L. A., Balsara, C., & Osser, D. N. (2022). An evidence-based approach to psychopharmacology for posttraumatic stress disorder (PTSD) - 2022 update. <i>Psychiatry research</i> , 317, 114840. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114840	Wrong study design
David, D., De Faria, L., Lapeyra, O., & Mellman, T. A. (2004). Adjunctive risperidone treatment in combat veterans with chronic PTSD. <i>Journal of clinical psychopharmacology</i> , 24(5), 556–559. https://doi.org/10.1097/01.jcp.0000138771.46353.59	Wrong study design
Davis, L. L., English, B. A., Ambrose, S. M., & Petty, F. (2001). Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: a comprehensive review. <i>Expert opinion on pharmacotherapy</i> , 2(10), 1583–1595. https://doi.org/10.1517/14656566.2.10.1583	Wrong study design
Gasparyan, A., Navarro, D., Navarrete, F., & Manzanares, J. (2022). Pharmacological strategies for post-traumatic stress disorder (PTSD): From animal to clinical studies. <i>Neuropharmacology</i> , 218, 109211. https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2022.109211	Wrong study design
Hamner, M & Faldowski, R.A. & Ulmer, H & Frueh, B & Huber, M & Arana, G. (2003). Adjunctive risperidone treatment in post-traumatic stress disorder: A preliminary controlled trial of effects on comorbid psychotic symptoms. <i>International clinical psychopharmacology</i> . 18. 1-8. 10.1097/01.yic.0000050744.67514.6d.	Wrong study design
Koirala, R., Sægaard, E. G. I., & Thapa, S. B. (2017). Updates on Pharmacological Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder. <i>JNMA; journal of the Nepal Medical Association</i> , 56(206), 274–280.	Wrong study design
Naylor, J. C., Kilts, J. D., Bradford, D. W., Strauss, J. L., Capehart, B. P., Szabo, S. T., Smith, K. D., Dunn, C. E., Conner, K. M., Davidson, J. R., Wagner, H. R., Hamer, R. M., & Marx, C. E. (2015). A pilot randomized placebo-controlled trial of adjunctive aripiprazole for chronic PTSD in US military Veterans resistant to antidepressant treatment. <i>International clinical psychopharmacology</i> , 30(3), 167–174. https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000061	Wrong study design
Stein, M. B., Kline, N. A., & Matloff, J. L. (2002). Adjunctive olanzapine for SSRI-resistant combat-related PTSD: a double-blind, placebo-controlled study. <i>The American</i>	Wrong study design

<i>journal of psychiatry</i> , 159(10), 1777–1779. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.10.1777	



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/register).

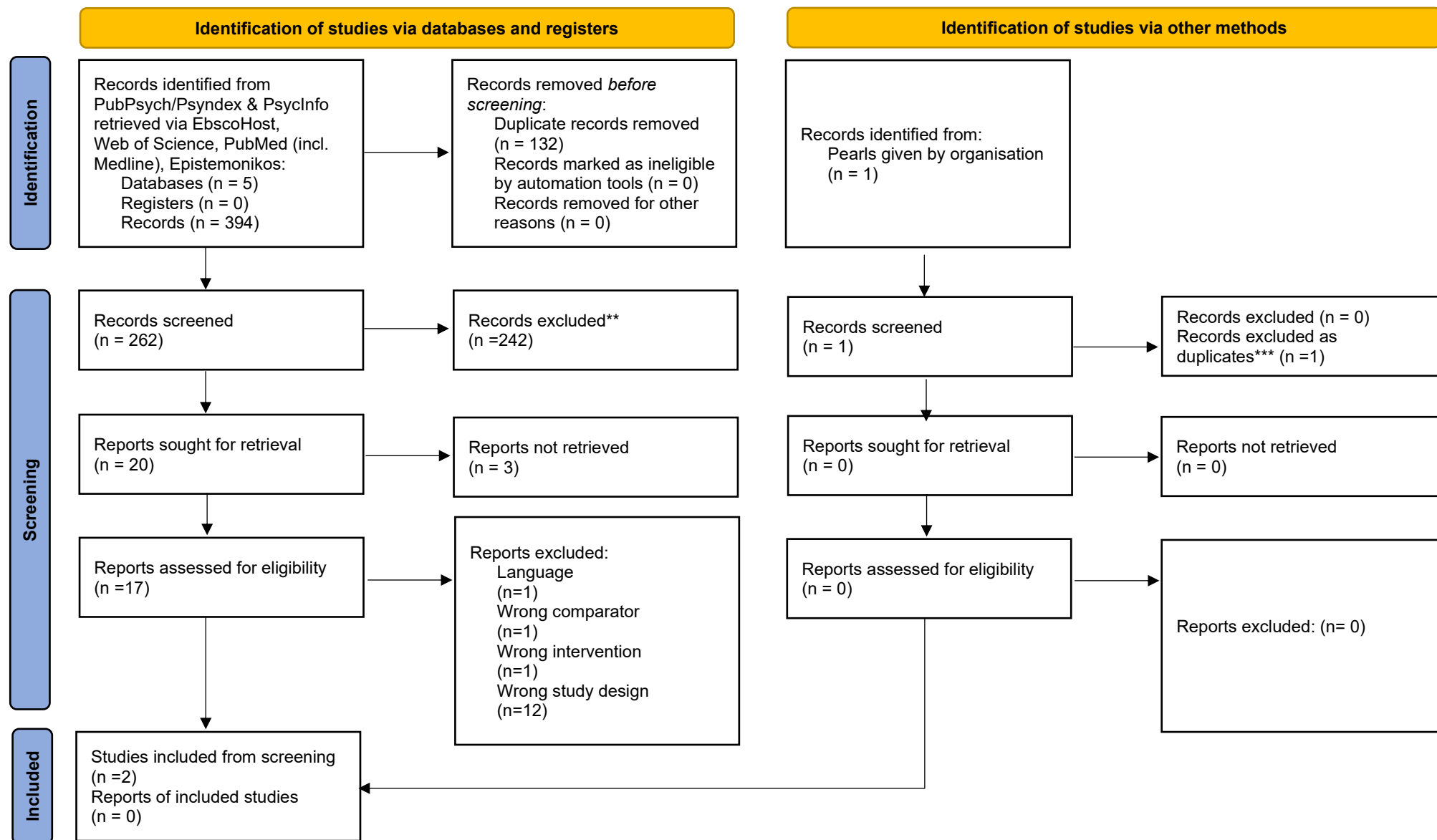
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Lappas, A. S., Glarou, E., Polyzopoulou, Z. A., Goss, G., Huhn, M., Samara, M. T., & Christodoulou, N. G. (2024). Pharmacotherapy for sleep disturbances in post-traumatic stress disorder (PTSD): A network meta-analysis. <i>Sleep medicine</i> , 119, 467–479. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2024.05.032	Wrong outcomes
Dowd, S. M., Zalta, A. K., Burgess, H. J., Adkins, E. C., Valdespino-Hayden, Z., & Pollack, M. H. (2020). Double-blind randomized controlled study of the efficacy, safety and tolerability of eszopiclone vs placebo for the treatment of patients with post-traumatic stress disorder and insomnia. <i>World journal of psychiatry</i> , 10(3), 21–28. https://doi.org/10.5498/wjp.v10.i3.21	Wrong study design
Pollack, M. H., Hoge, E. A., Worthington, J. J., Moshier, S. J., Wechsler, R. S., Brandes, M., & Simon, N. M. (2011). Eszopiclone for the treatment of posttraumatic stress disorder and associated insomnia: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. <i>The Journal of clinical psychiatry</i> , 72(7), 892–897. https://doi.org/10.4088/JCP.09m05607gry	Wrong study design
Maher, M. J., Rego, S. A., & Asnis, G. M. (2006). Sleep disturbances in patients with post-traumatic stress disorder: epidemiology, impact and approaches to management. <i>CNS drugs</i> , 20(7), 567–590. https://doi.org/10.2165/00023210-200620070-00003	Wrong study design

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

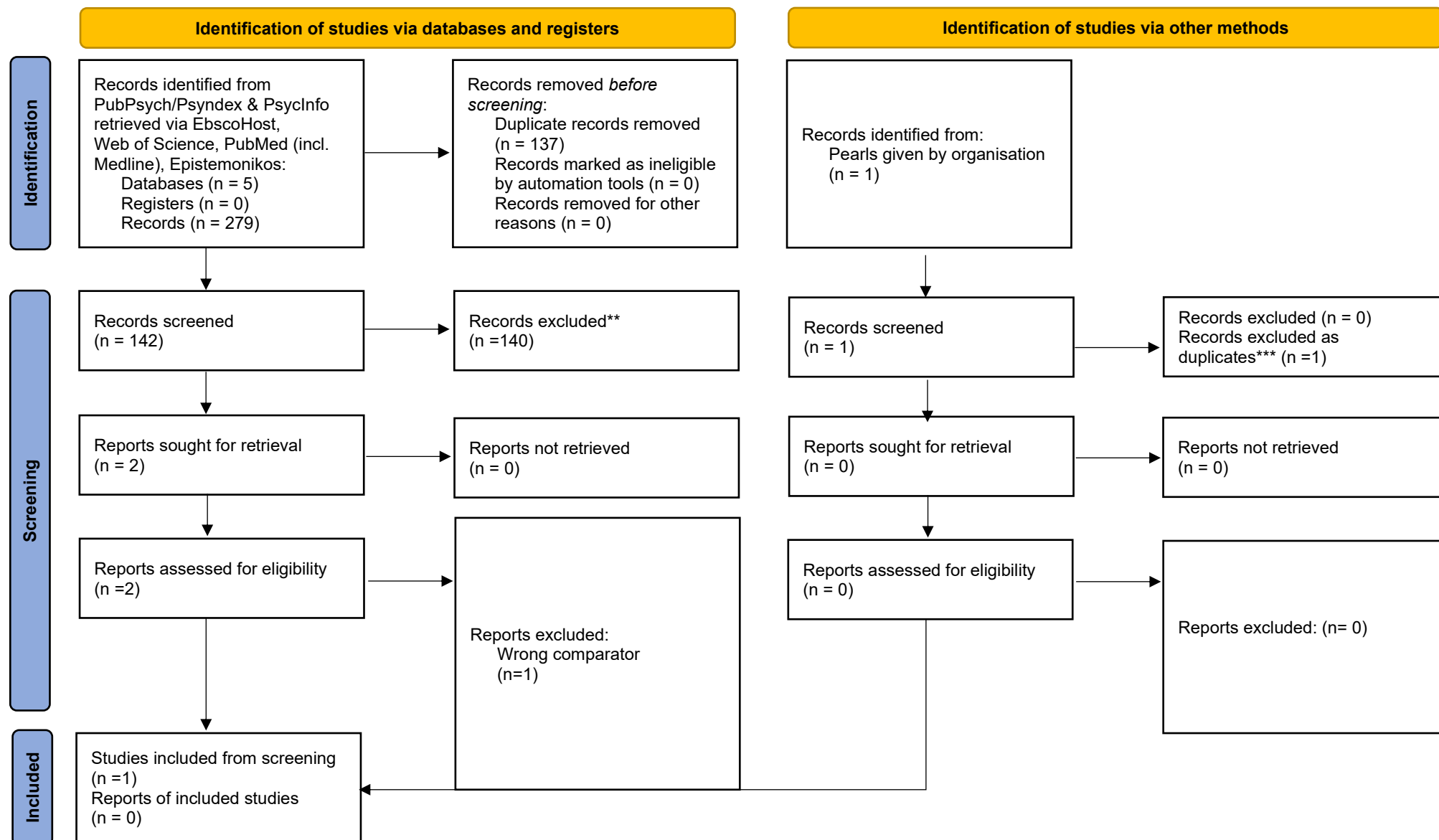
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Dellanoce, F., Dubus, Z., Vidal, M., Vigourt, C., & Rabeyron, T. (2024). Une nouvelle prise en charge innovante dans le traitement des troubles de stress post-traumatique: La thérapie assistée par MDMA, approche historique et analyse des protocoles actuels [A new and innovative approach to the treatment of post-traumatic stress disorder: MDMA-assisted therapy, historical approach and analysis of current protocols]. <i>Pratiques Psychologiques</i> , 30(1), 37–56. https://doi.org/10.1016/j.prps.2023.06.002	Language
Feduccia, A. A., Jerome, L., Yazar-Klosinski, B., Emerson, A., Mithoefer, M. C., & Doblin, R. (2019). Breakthrough for Trauma Treatment: Safety and Efficacy of MDMA-Assisted Psychotherapy Compared to Paroxetine and Sertraline. <i>Frontiers in psychiatry</i> , 10, 650. https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00650	Wrong comparator
White C. M. (2014). 3,4-Methylenedioxymethamphetamine's (MDMA's) Impact on Posttraumatic Stress Disorder. <i>The Annals of pharmacotherapy</i> , 48(7), 908–915. https://doi.org/10.1177/1060028014532236	Wrong intervention
Sá Couto, J., Da Luz, B., Rodrigues, J., Pão Trigo, M., & Ventura Gil, T. (2022). Methylenedioxymethamphetamine-assisted Psychotherapy For Posttraumatic Stress Disorder: A Review. <i>European Psychiatry</i> , 65(S1), S672–S673. doi:10.1192/j.eurpsy.2022.1730	Wrong study design
Marchetta, E., Mancini, G. F., Morena, M., & Campolongo, P. (2023). Enhancing Psychological Interventions for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Treatment with Memory Influencing Drugs. <i>Current neuropsychology</i> , 21(3), 687–707. https://doi.org/10.2174/1570159X21666221207162750	Wrong study design
Glavonic, E., Mitic, M., & Adzic, M. (2022). Hallucinogenic drugs and their potential for treating fear-related disorders: Through the lens of fear extinction. <i>Journal of neuroscience research</i> , 100(4), 947–969. https://doi.org/10.1002/jnr.25017	Wrong study design
Smith, K. W., Sicignano, D. J., Hernandez, A. V., & White, C. M. (2022). MDMA-Assisted Psychotherapy for Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review With Meta-Analysis. <i>Journal of clinical pharmacology</i> , 62(4), 463–471. https://doi.org/10.1002/jcph.1995	Wrong study design
Ching, T. H., Williams, M. T., Wang, J. B., Jerome, L., Yazar-Klosinski, B., Emerson, A., & Doblin, R. (2022). MDMA-assisted therapy for posttraumatic stress disorder: A pooled analysis of ethnoracial differences in efficacy and safety from two Phase 2 open-label lead-in trials and a Phase 3 randomized, blinded placebo-controlled trial. <i>Journal of</i>	Wrong study design

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

<i>psychopharmacology</i> (Oxford, England), 36(8), 974–986. https://doi.org/10.1177/02698811221104052	
Riaz, K., Suneel, S., Hamza Bin Abdul Malik, M., Kashif, T., Ullah, I., Waris, A., Di Nicola, M., Mazza, M., Sani, G., Martinotti, G., & De Berardis, D. (2023). MDMA-Based Psychotherapy in Treatment-Resistant Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): A Brief Narrative Overview of Current Evidence. <i>Diseases</i> (Basel, Switzerland), 11(4), 159. https://doi.org/10.3390/diseases11040159	Wrong study design
Tedesco, S., Gajaram, G., Chida, S., Ahmad, A., Pentak, M., Kelada, M., Lewis, L., Krishnan, D., Tran, C., Soetan, O. T., Mukona, L. T., & Jolayemi, A. (2021). The Efficacy of MDMA (3,4-Methylenedioxymethamphetamine) for Post-traumatic Stress Disorder in Humans: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Cureus</i>, 13(5), e15070. https://doi.org/10.7759/cureus.15070	Wrong study design
Illingworth, B. J., Lewis, D. J., Lambarth, A. T., Stocking, K., Duffy, J. M., Jelen, L. A., & Rucker, J. J. (2021). A comparison of MDMA-assisted psychotherapy to non-assisted psychotherapy in treatment-resistant PTSD: A systematic review and meta-analysis. <i>Journal of psychopharmacology</i> (Oxford, England), 35(5), 501–511. https://doi.org/10.1177/0269881120965915	Wrong study design
Bahji, A., Forsyth, A., Groll, D., & Hawken, E. R. (2020). Efficacy of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA)-assisted psychotherapy for posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. <i>Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry</i>, 96, 109735. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2019.109735	Wrong study design
Shahrour, G., Sohail, K., Elrais, S., Khan, M. H., Javeid, J., Samdani, K., Mansoor, H., Hussain, S. I., Sharma, D., Ehsan, M., & Nashwan, A. J. (2024). MDMA-assisted psychotherapy for the treatment of PTSD: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials (RCTs). <i>Neuropsychopharmacology reports</i>, 44(4), 672–681. https://doi.org/10.1002/npr2.12485	Wrong study design
Yang, J., Wang, N., Luo, W., & Gao, J. (2024). The efficacy and safety of MDMA-assisted psychotherapy for treatment of posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis from randomized controlled trials. <i>Psychiatry research</i>, 339, 116043. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116043	Wrong study design
Amoroso, T., & Workman, M. (2016). Treating posttraumatic stress disorder with MDMA-assisted psychotherapy: A preliminary meta-analysis and comparison to prolonged exposure therapy. <i>Journal of psychopharmacology</i> (Oxford, England), 30(7), 595–600. https://doi.org/10.1177/0269881116642542	Wrong study design



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

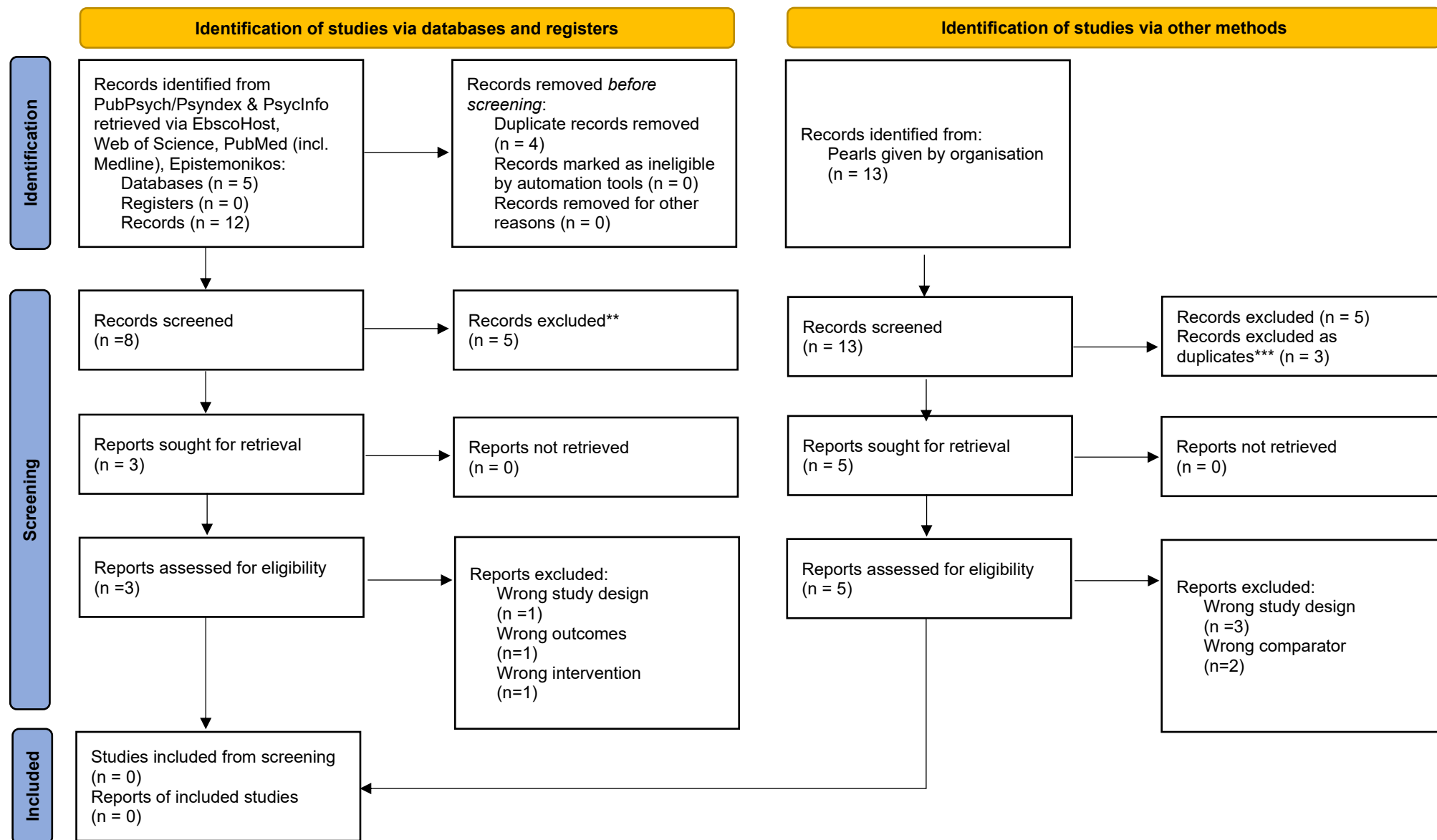
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Rothbaum, B. O., Cahill, S. P., Foa, E. B., Davidson, J. R., Compton, J., Connor, K. M., Astin, M. C., & Hahn, C. G. (2006). Augmentation of sertraline with prolonged exposure in the treatment of posttraumatic stress disorder. <i>Journal of traumatic stress</i> , 19(5), 625–638. https://doi.org/10.1002/jts.20170	Wrong comparator

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

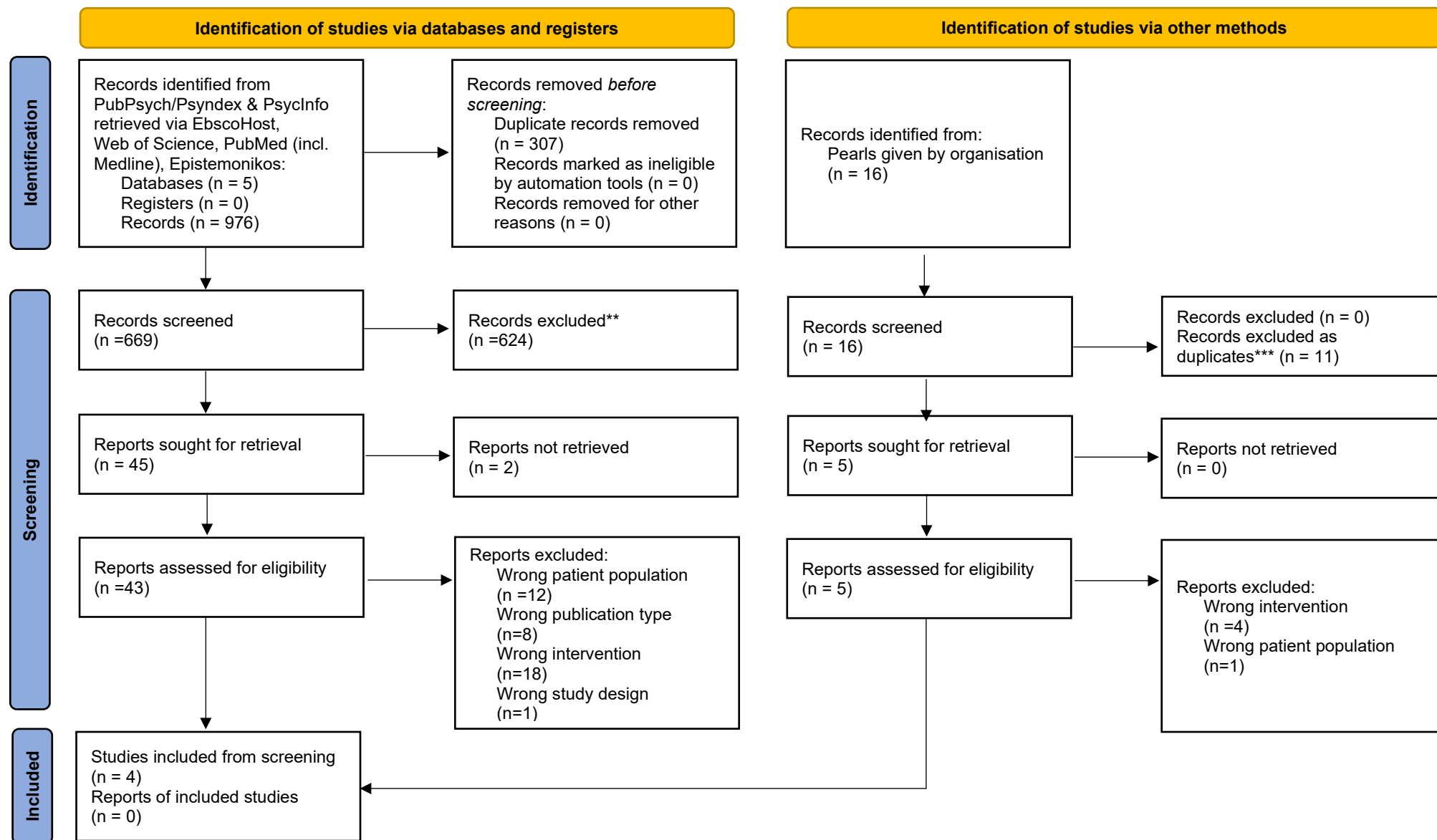
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Wolowski, A., Eger, T., Braas, R., Gohr, J., Weber, N., Witanski, K., & Wörner, F. (2020). Long-term effects of splint therapy in patients with posttraumatic stress disease (PTSD). <i>Clinical oral investigations</i> , 24(4), 1493–1497. https://doi.org/10.1007/s00784-019-03184-5	Wrong study design
Giddon, D. B., Moeller, D. R., & Deutsch, C. K. (2020). Use of a modified mandibular splint to reduce nocturnal symptoms in persons with post-traumatic stress disorder. <i>International dental journal</i> , 71(2), 167–171. Advance online publication. https://doi.org/10.1111/idj.12619	Wrong outcomes
Connelly, S. T., Myung, J., Gupta, R., Tartaglia, G. M., Gizdulich, A., Yang, J., & Silva, R. (2017). Clinical outcomes of Botox injections for chronic temporomandibular disorders: do we understand how Botox works on muscle, pain, and the brain?. <i>International journal of oral and maxillofacial surgery</i> , 46(3), 322–327. https://doi.org/10.1016/j.ijom.2016.11.004	Wrong intervention

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
Al-Khudhairy, M. W., Al-Mutairi, A., Al Mazyad, B., Al Yousef, S., & Hatab Alanazi, S. (2022). The Association Between Post-Traumatic Stress Disorder and Temporomandibular Disorders: A Systematic Review. <i>Cureus</i> , 14(11), e31896. https://doi.org/10.7759/cureus.31896	Wrong study design
Minervini, G., Franco, R., Marrapodi, M. M., Fiorillo, L., Cervino, G., & Cicciù, M. (2023). Post-traumatic stress, prevalence of temporomandibular disorders in war veterans: Systematic review with meta-analysis. <i>Journal of oral rehabilitation</i> , 50(10), 1101–1109. https://doi.org/10.1111/joor.13535	Wrong study design
Wörner, F., Eger, T., Simon, U., & Wolowski, A. (2021). Periodontal Disease and Tooth Wear in a Sample of German Soldiers with Posttraumatic Stress Disorder. <i>Oral health & preventive dentistry</i> , 19, 449–456. https://doi.org/10.3290/j.ohpd.b1993989	Wrong study design
Wörner, F., Eger, T., Simon, U., Becker, A., & Wolowski, A. (2024). Lifespan of Splints in a Sample of German Soldiers Hospitalised with Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) in Combination with Sleep Bruxism and Painful Temporomandibular Disorder (TMD). <i>Oral health & preventive dentistry</i> , 22, 249–256. https://doi.org/10.3290/j.ohpd.b5569645	Wrong comparator
Moeller, D. R., Duffey, J. M., Goolsby, A. M., & Gallimore, J. T. (2014). Use of a Removable Mandibular Neuroprosthesis for the Reduction of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Mild Traumatic Brain Injury/PTSD/Associated Nightmares, Headaches, and Sleep Disturbances. <i>Journal of special operations medicine : a peer reviewed journal for SOF medical professionals</i> , 14(3), 64–73. https://doi.org/10.55460/MHVO-MN5Q	Wrong comparator



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/register).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

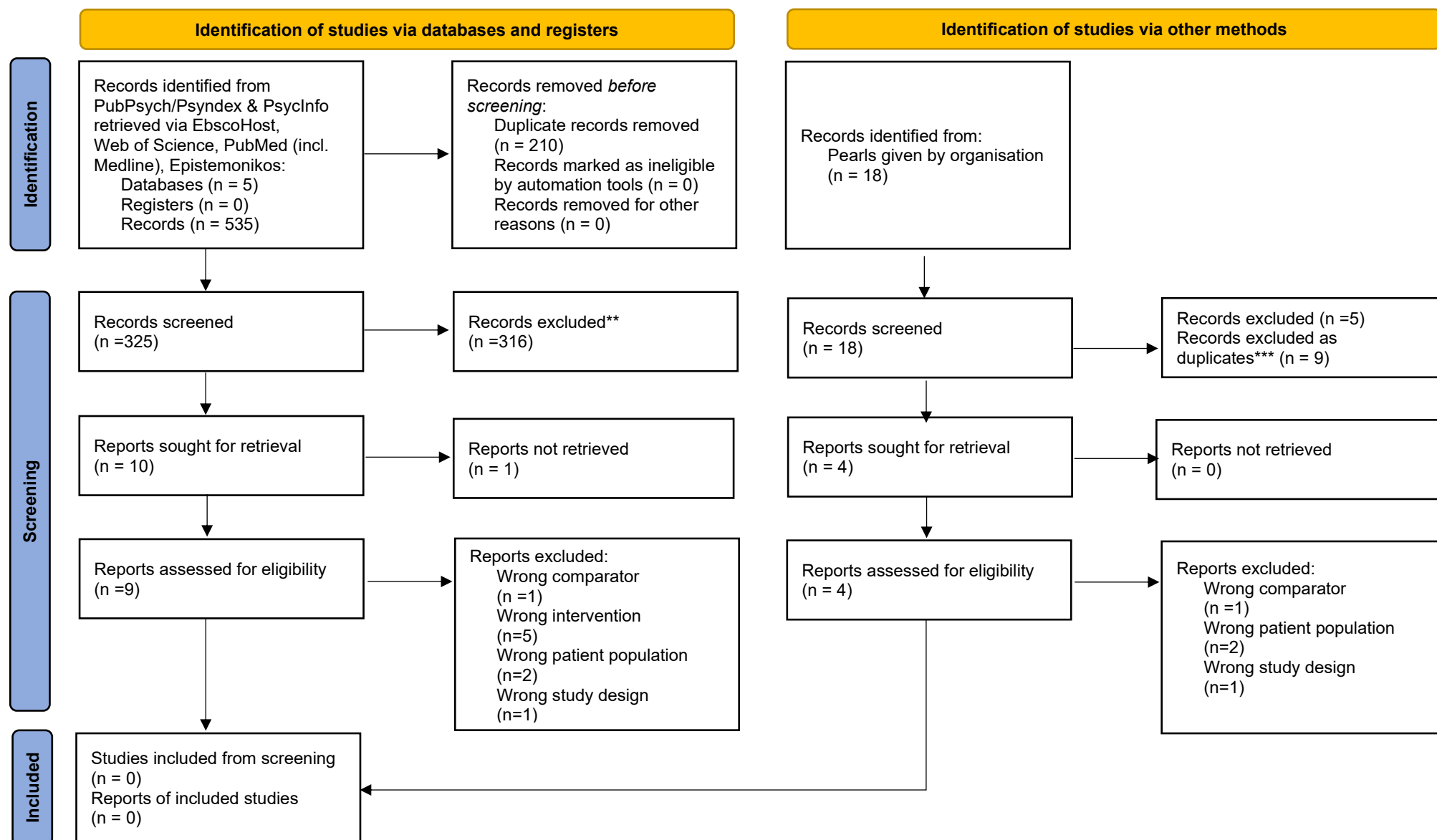
Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Baker, F. A., Metcalf, O., Varker, T., & O'Donnell, M. (2018). A systematic review of the efficacy of creative arts therapies in the treatment of adults with PTSD. <i>Psychological trauma : theory, research, practice and policy</i> , 10(6), 643–651. https://doi.org/10.1037/tra0000353	Wrong intervention
Knaevelsrud, C., & Böttche, M. (2013). Schreibtherapie nach traumatischen Belastungen: Therapieansätze und Wirkmechanismen [Writing therapy after traumatic events: Therapeutic approaches and mechanisms of change]. PPM: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 63(9-10), 391–397. https://doi.org/10.1055/s-0033-1349078	Wrong intervention
Schnitzer, G., Holttum, S., & Huet, V. (2021). A systematic literature review of the impact of art therapy upon post-traumatic stress disorder. <i>International Journal of Art Therapy</i> , 26(4), 147–160. https://doi.org/10.1080/17454832.2021.1910719	Wrong intervention
Chapman, L., Morabito, D., Ladakakos, C., Schreier, H., & Knudson, M. M. (2001). The effectiveness of art therapy interventions in reducing post traumatic stress disorder (PTSD) symptoms in pediatric trauma patients. <i>Art Therapy</i> , 18(2), 100–104. https://doi.org/10.1080/07421656.2001.10129750	Wrong intervention
van Emmerik, A. A., Reijntjes, A., & Kamphuis, J. H. (2013). Writing therapy for posttraumatic stress: a meta-analysis. <i>Psychotherapy and psychosomatics</i> , 82(2), 82–88. https://doi.org/10.1159/000343131	Wrong intervention
Schouten, K. A., de Niet, G. J., Knipscheer, J. W., Kleber, R. J., & Hutschemaekers, G. J. (2015). The effectiveness of art therapy in the treatment of traumatized adults: a systematic review on art therapy and trauma. <i>Trauma, violence & abuse</i> , 16(2), 220–228. https://doi.org/10.1177/1524838014555032	Wrong intervention
Brillantes-Evangelista, G. (2013). An evaluation of visual arts and poetry as therapeutic interventions with abused adolescents. <i>The Arts in Psychotherapy</i> , 40(1), 71–84. https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.11.005	Wrong intervention
Dawson, R. L., Calear, A. L., McCallum, S. M., McKenna, S., Nixon, R. D. V., & O'Kearney, R. (2021). Exposure-Based Writing Therapies for Subthreshold and Clinical Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-	Wrong intervention

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
Carr, C., d'Ardenne, P., Sloboda, A., Scott, C., Wang, D., & Priebe, S. (2012). Group music therapy for patients with persistent post-traumatic stress disorder--an exploratory randomized controlled trial with mixed methods evaluation. <i>Psychology and psychotherapy</i> , 85(2), 179–202. https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02026.x	Wrong intervention
Goodarzi, G., Sadeghi, K., & Foroughi, A. (2020). The effectiveness of combining mindfulness and art-making on depression, anxiety and shame in sexual assault victims: A pilot study. <i>The Arts in Psychotherapy</i> , 71, Article 101705. https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101705	Wrong intervention
Koch, S. C., Wirtz, G., Harter, C., Weisbrod, M., Winkler, F., Pröger, A., & Herpertz, S. C. (2019). Embodied self in trauma and self-harm: A pilot study of effects of Flamenco therapy on traumatized inpatients. <i>Journal of Loss and Trauma</i> , 24(5-6), 441–459. https://doi.org/10.1080/15325024.2018.1507472	Wrong intervention
Smriti, D., Ambulkar, S., Meng, Q., Kaimal, G., Ramotar, K., Park, S. Y., & Huh-Yoo, J. (2021). Creative arts therapies for the mental health of emerging adults: A systematic review. <i>The Arts in Psychotherapy</i> , 77, 101861. https://doi.org/10.1016/j.aip.2021.101861	Wrong intervention
Morison, L., Simonds, L., & Stewart, S. F. (2022). Effectiveness of creative arts-based interventions for treating children and adolescents exposed to traumatic events: a systematic review of the quantitative evidence and meta-analysis. <i>Arts & health</i> , 14(3), 237–262. https://doi.org/10.1080/17533015.2021.2009529	Wrong patient population

Analysis. <i>Journal of traumatic stress</i> , 34(1), 81–91. https://doi.org/10.1002/jts.22596	
Gerger, H., Werner, C. P., Gaab, J., & Cuijpers, P. (2021). Comparative efficacy and acceptability of expressive writing treatments compared with psychotherapy, other writing treatments, and waiting list control for adult trauma survivors: a systematic review and network meta-analysis. <i>Psychological medicine</i> , 52(15), 1–13. Advance online publication. https://doi.org/10.1017/S0033291721000143	Wrong intervention
Lawrence, S., De Silva, M., & Henley, R. (2010). Sports and games for post-traumatic stress disorder (PTSD). <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> , 2010(1), CD007171. https://doi.org/10.1002/14651858.CD007171.pub2	Wrong intervention
Lee, J., Dhauna, J., Silvers, J. A., Houston, M. H., & Barnert, E. S. (2023). Therapeutic Dance for the Healing of Sexual Trauma: A Systematic Review. <i>Trauma, violence & abuse</i> , 24(4), 2143–2164. https://doi.org/10.1177/15248380221086898	Wrong intervention
Lee, E., Faber, J., & Bowles, K. (2022). A review of trauma specific treatments (TSTs) for post-traumatic stress disorder (PTSD). <i>Clinical Social Work Journal</i> , 50(2), 147–159. https://doi.org/10.1007/s10615-021-00816-w	Wrong intervention
Schouten, K. A., MATH, van Hooren, S., PhD, Knipscheer, J. W., PhD, Kleber, R. J., PhD, & Hutschemaekers, G. J. M., PhD (2019). Trauma-Focused Art Therapy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Pilot Study. <i>Journal of trauma & dissociation : the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)</i> , 20(1), 114–130. https://doi.org/10.1080/15299732.2018.1502712	Wrong intervention
Smyth, J. M., Hockemeyer, J. R., & Tulloch, H. (2008). Expressive writing and post-traumatic stress disorder: effects on trauma symptoms, mood states, and cortisol reactivity. <i>British journal of health psychology</i> , 13(Pt 1), 85–93. https://doi.org/10.1348/135910707X250866	Wrong intervention
Van der Oord, S., Lucassen, S., Van Emmerik, A. A., & Emmelkamp, P. M. (2010). Treatment of post-traumatic stress disorder in children using cognitive behavioural writing therapy. <i>Clinical psychology & psychotherapy</i> , 17(3), 240–249. https://doi.org/10.1002/cpp.670	Wrong intervention
van Emmerik, A. A., Kamphuis, J. H., & Emmelkamp, P. M. (2008). Treating acute stress disorder and posttraumatic stress disorder with cognitive behavioral therapy or structured writing therapy: a randomized controlled trial. <i>Psychotherapy and psychosomatics</i> , 77(2), 93–100. https://doi.org/10.1159/000112886	Wrong intervention
Pavlicic, J. M., Buchanan, E. M., Maxwell, N. P., Hopke, T. G., & Schulenberg, S. E. (2019). A meta-analysis of expressive writing on posttraumatic stress, posttraumatic growth, and quality of life. <i>Review of General Psychology</i> , 23(2), 230–250. https://doi.org/10.1177/1089268019831645	Wrong intervention
Meyer DeMott, M. A., Jakobsen, M., Wentzel-Larsen, T., & Heir, T. (2017). A controlled early group intervention study for unaccompanied minors: Can Expressive Arts alleviate symptoms of trauma and enhance life satisfaction?. <i>Scandinavian journal of psychology</i> , 58(6), 510–518. https://doi.org/10.1111/sjop.12395	Wrong intervention
Annous, N., Al-Hroub, A., & El Zein, F. (2022). A Systematic Review of Empirical Evidence on Art Therapy With Traumatized Refugee Children and Youth. <i>Frontiers in psychology</i> , 13, 811515. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.811515	Wrong patient population
Bowen-Salter, H., Whitehorn, A., Pritchard, R., Kernot, J., Baker, A., Posselt, M., Price, E., Jordan-Hall, J., & Boshoff, K. (2022). Towards a description of the	Wrong patient population

elements of art therapy practice for trauma: A systematic review. <i>International Journal of Art Therapy</i> , 27(1), 14. https://doi.org/10.1080/17454832.2021.1957959	
Cohen-Yatziv, L., & Regev, D. (2019). The effectiveness and contribution of art therapy work with children in 2018 -what progress has been made so far? A systematic review. <i>International Journal of Art Therapy</i> , 24(3), 100–112. https://doi.org/10.1080/17454832.2019.1574845	Wrong patient population
Koopman, C., Ismailji, T., Holmes, D., Classen, C. C., Palesh, O., & Wales, T. (2005). The effects of expressive writing on pain, depression and posttraumatic stress disorder symptoms in survivors of intimate partner violence. <i>Journal of health psychology</i> , 10(2), 211–221. https://doi.org/10.1177/1359105305049769	Wrong patient population
Rowe, C., Watson-Ormond, R., English, L., Rubesin, H., Marshall, A., Linton, K., Amolegbe, A., Agnew-Brune, C., & Eng, E. (2017). Evaluating Art Therapy to Heal the Effects of Trauma Among Refugee Youth: The Burma Art Therapy Program Evaluation. <i>Health promotion practice</i> , 18(1), 26–33. https://doi.org/10.1177/1524839915626413	Wrong patient population
Zadeh, R., Jogia, J. (2023). The use of art therapy in alleviating mental health symptoms in refugees: A literature review. <i>International Journal of Mental Health Promotion</i> , 25(3), 309-326. https://doi.org/10.32604/ijmh.2023.022491	Wrong patient population
Braitto, I., Rudd, T., Buyuktasgin, D., Ahmed, M., Glancy, C., & Mulligan, A. (2022). Review: systematic review of effectiveness of art psychotherapy in children with mental health disorders. <i>Irish journal of medical science</i> , 191(3), 1369–1383. https://doi.org/10.1007/s11845-021-02688-y	Wrong patient population
Levine, B., & Land, H. M. (2016). A Meta-Synthesis of Qualitative Findings About Dance/Movement Therapy for Individuals With Trauma. <i>Qualitative health research</i> , 26(3), 330–344. https://doi.org/10.1177/1049732315589920	Wrong patient population
de Roos, C., van der Oord, S., Zijlstra, B., Lucassen, S., Perrin, S., Emmelkamp, P., & de Jongh, A. (2017). Comparison of eye movement desensitization and reprocessing therapy, cognitive behavioral writing therapy, and wait-list in pediatric posttraumatic stress disorder following single-incident trauma: a multicenter randomized clinical trial. <i>Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines</i> , 58(11), 1219–1228. https://doi.org/10.1111/jcpp.12768	Wrong patient population
Iyendo, T. O., Uwajeh, P. C., Oseke, B. N., Dong, L., Adejumo, A., Umar, I., Apuke, O. D., & Gever, C. V. (2024). Effect of Audio-Visual-Based Art and Music Therapy in Reducing Adolescents Post Traumatic Stress Disorder. <i>The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine</i> , 74(2), 283–291. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.08.056	Wrong patient population
Lange-Nielsen, I. I., Koltveit, S., Thabet, A. A. M., Dyregrov, A., Pallesen, S., Johnsen, T. B., & Laberg, J. C. (2012). Short-Term Effects of a Writing Intervention Among Adolescents in Gaza. <i>Journal of Loss and Trauma</i> , 17(5), 403–422. https://doi.org/10.1080/15325024.2011.650128	Wrong patient population
Tomaszewski, C., Belot, R. A., Essadek, A., Onumba-Bessonnet, H., & Clesse, C. (2023). Impact of dance therapy on adults with psychological trauma: a systematic review. <i>European journal of psychotraumatology</i> , 14(2), 2225152. https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2225152	Wrong patient population
Azul, S. A. (n.d.). <i>The Therapeutic Application of Creativity for the treatment of Trauma and Addiction - ProQuest</i> . https://www.proquest.com/openview/cd7637898c181c6342cdf3b85a78f74d/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y	Wrong publication type
Backos, A., & Mazzeo, C. (2017). Group therapy and PTSD: Acceptance and commitment art therapy groups with Vietnam veterans with PTSD. In P. Howie	Wrong publication type

(Ed.), <i>Art therapy with military populations: History, innovation, and applications</i> (pp. 165–176). Routledge/Taylor & Francis Group. https://doi.org/10.4324/9781315669526-17	
Campbell, E. R. (n.d.). <i>The effectiveness of art therapy in reducing symptoms of trauma, anxiety, and stress: A meta-analysis</i> - ProQuest. https://www.proquest.com/openview/d7474cb3bd11008943d253bdd466e590/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750	Wrong publication type
Dawson, R. (2023). <i>Efficacy and mechanisms of change in trauma-focussed writing interventions for post-traumatic stress</i> . https://openresearch-repository.anu.edu.au/items/526cf5c0-3863-42f5-8e8e-f7365c46705b	Wrong publication type
Dieterich-Hartwell, R. (2017). Dance/movement therapy in the treatment of post traumatic stress: A reference model. <i>The Arts in Psychotherapy</i> , 54, 38–46. https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.02.010	Wrong publication type
Langston, J. M. (n.d.). <i>The Lived Experiences of Adult Male Trauma Survivors with Dance Movement Therapy</i> - ProQuest. https://www.proquest.com/openview/457caf562348b9d5a160d6a20e067f5e/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y	Wrong publication type
Smyth, J. M., & Greenberg, M. A. (2000). Scriptotherapy: The effects of writing about traumatic events. In P. R. Duberstein & J. M. Masling (Eds.), <i>Psychodynamic perspectives on sickness and health</i> (pp. 121–160). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10353-004	Wrong publication type
<i>A drama therapy program for sexually traumatized school -age children with dissociative characteristics</i> - ProQuest. (n.d.). https://www.proquest.com/docview/305240557/abstract	Wrong publication type
Luzzatto, P., Ndagabwene, A., Fugusa, E., Kimathy, G., Lema, I., & Likindikoki, S. (2022). Trauma Treatment through Art Therapy (TT-AT): A 'women and trauma' group in Tanzania. <i>International Journal of Art Therapy</i> , 27(1), 36–43. https://doi.org/10.1080/17454832.2021.1957958	Wrong study design



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

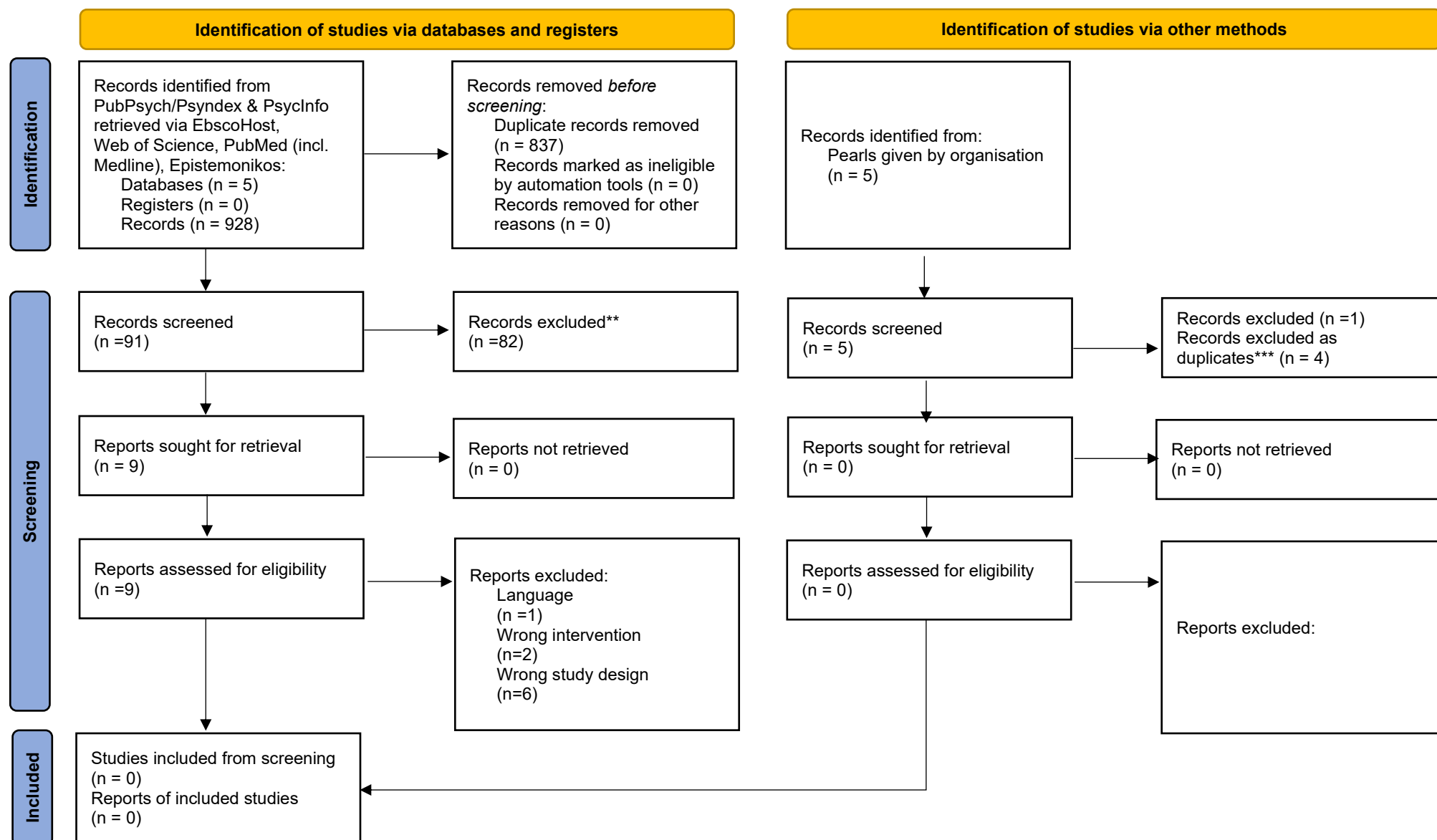
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Mueser, K. T., Essock, S. M., Haines, M., Wolfe, R., & Xie, H. (2004). Posttraumatic stress disorder, supported employment, and outcomes in people with severe mental illness. <i>CNS spectrums</i> , 9(12), 913–925. https://doi.org/10.1017/s1092852900009779	Wrong comparator
Kerr, N. C., Ashby, S., Gerardi, S. M., & Lane, S. J. (2020). Occupational therapy for military personnel and military veterans experiencing post-traumatic stress disorder: A scoping review. <i>Australian occupational therapy journal</i> , 67(5), 479–497. https://doi.org/10.1111/1440-1630.12684	Wrong intervention
Davis, L. L., Kyriakides, T. C., Suris, A. M., Ottomanelli, L. A., Mueller, L., Parker, P. E., Resnick, S. G., Toscano, R., Scrymgeour, A. A., Drake, R. E., & VA CSP #589 Veterans Individual Placement and Support Toward Advancing Recovery Investigators (2018). Effect of Evidence-Based Supported Employment vs Transitional Work on Achieving Steady Work Among Veterans With Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Clinical Trial. <i>JAMA psychiatry</i> , 75(4), 316–324. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4472	Wrong intervention
Davis, L. L., Resnick, S. G., Maieritsch, K. P., Weber, K. C., Erbes, C. R., Strom, T. Q., McCall, K. P., & Kyriakides, T. C. (2019). Employment outcomes from VA vocational services involving transitional work for veterans with a diagnosis of posttraumatic stress disorder. <i>Psychiatric rehabilitation journal</i> , 42(3), 257–267. https://doi.org/10.1037/prj0000357	Wrong intervention
Edgelow, M., Harrison, L., Miceli, M., & Cramm, H. (2020). Occupational therapy return to work interventions for persons with trauma and stress-related mental health conditions: A scoping review. <i>Work (Reading, Mass.)</i> , 65(4), 821–836. https://doi.org/10.3233/WOR-203134	Wrong intervention
Mueller, L., Wolfe, W. R., Neylan, T. C., McCaslin, S. E., Yehuda, R., Flory, J. D., Kyriakides, T. C., Toscano, R., & Davis, L. L. (2019). Positive impact of IPS supported employment on PTSD-related occupational-psychosocial functional outcomes: Results from a VA randomized-controlled trial. <i>Psychiatric rehabilitation journal</i> , 42(3), 246–256. https://doi.org/10.1037/prj0000345	Wrong intervention
Webster, J., Han Kim, J., Hawley, C., Barbir, L., Barton, S., & Young, C. (2018). Development, implementation, and outcomes of a residential vocational rehabilitation program for injured Service members and Veterans. <i>Journal of Vocational Rehabilitation</i> , 48(1), 111–126. https://doi.org/10.3233/JVR-170919	Wrong patient population
Hanish, K. K., Margulies, I., & Cogan, A. M. (2019). Evaluation of an Occupation-Based Retreat for Women After Pregnancy or Infant Loss. <i>The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association</i> , 73(5), 7305345030p1–7305345030p6. https://doi.org/10.5014/ajot.2019.034025	Wrong patient population

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
Höhl, W., Moll, S., & Pfeiffer, A. (2017). Occupational therapy interventions in the treatment of people with severe mental illness. <i>Current opinion in psychiatry</i> , 30(4), 300–305. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000339	Wrong comparator
Arbesman, M., Bazyk, S., & Nochajski, S. M. (2013). Systematic review of occupational therapy and mental health promotion, prevention, and intervention for children and youth. <i>The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association</i> , 67(6), e120–e130. https://doi.org/10.5014/ajot.2013.008359	Wrong patient population
Noyes, S., Sokolow, H., & Arbesman, M. (2018). Evidence for Occupational Therapy Intervention With Employment and Education for Adults With Serious Mental Illness: A Systematic Review. <i>The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association</i> , 72(5), 7205190010p1–7205190010p10. https://doi.org/10.5014/ajot.2018.033068	Wrong patient population
Kuhnert, B. & Oltman, Renee & Höhl, Werner. (2017). Psychiatrische Akutbehandlung im häuslichen Umfeld. 56. 31-34. 10.2443/skv-s-2017-51020170205.	Wrong study design

Davis, J. (1999). Effects of trauma on children: Occupational therapy to support recovery. <i>Occupational Therapy International</i> , 6(2), 126–142. https://doi.org/10.1002/oti.93	Wrong study design



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

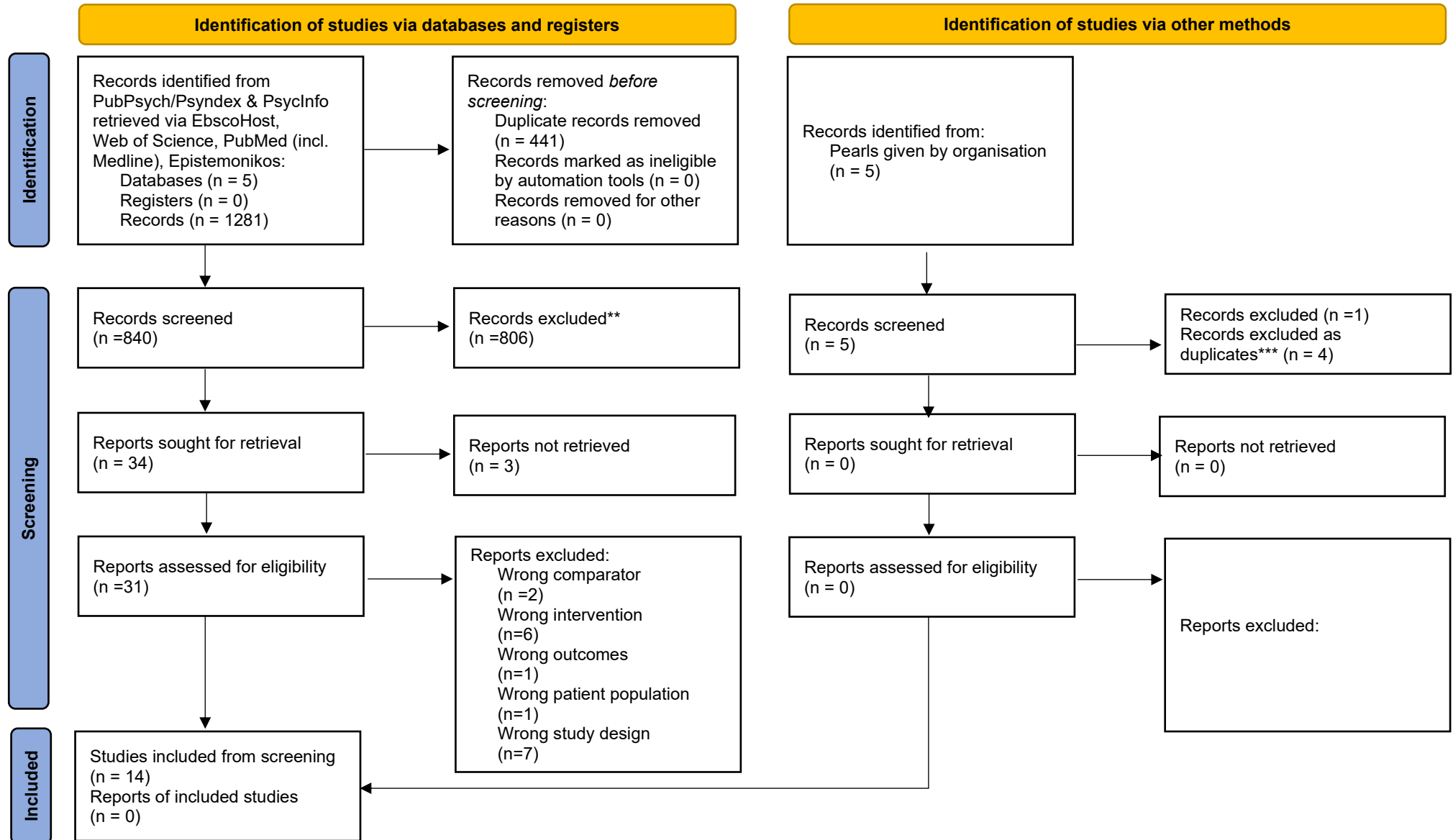
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Morgenthaler, T. I., Auerbach, S., Casey, K. R., Kristo, D., Maganti, R., Ramar, K., Zak, R., & Kartje, R. (2018). Position Paper for the Treatment of Nightmare Disorder in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Position Paper. <i>Journal of clinical sleep medicine : JCSM : official publication of the American Academy of Sleep Medicine</i> , 14(6), 1041–1055. https://doi.org/10.5664/jcsm.7178	Wrong study design
Namgung, E., Kim, M., & Yoon, S. (2019). Repetitive transcranial magnetic stimulation in trauma-related conditions. <i>Neuropsychiatric disease and treatment</i> , 15, 701–712. https://doi.org/10.2147/NDT.S189498	Wrong study design
Nayak, K., & Verma, K. (2023). Yoga-Nidra as a mental health booster: A narrative review. <i>Journal of Ayurveda and integrative medicine</i> , 14(6), 100842. https://doi.org/10.1016/j.jaim.2023.100842	Wrong study design
Perez, T. M., Mathew, J., Glue, P., Adhia, D. B., & De Ridder, D. (2022). Is There Evidence for the Specificity of Closed-Loop Brain Training in the Treatment of Internalizing Disorders? A Systematic Review. <i>Frontiers in neuroscience</i> , 16, 821136. https://doi.org/10.3389/fnins.2022.821136	Wrong study design
Rintoul, K., Song, E., McLellan-Carich, R., Schjelderup, E. N. R., & Barr, A. M. (2023). A scoping review of psychiatric conditions associated with chronic pain in the homeless and marginally housed population. <i>Frontiers in pain research (Lausanne, Switzerland)</i> , 4, 1020038. https://doi.org/10.3389/fpain.2023.1020038	Wrong study design

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

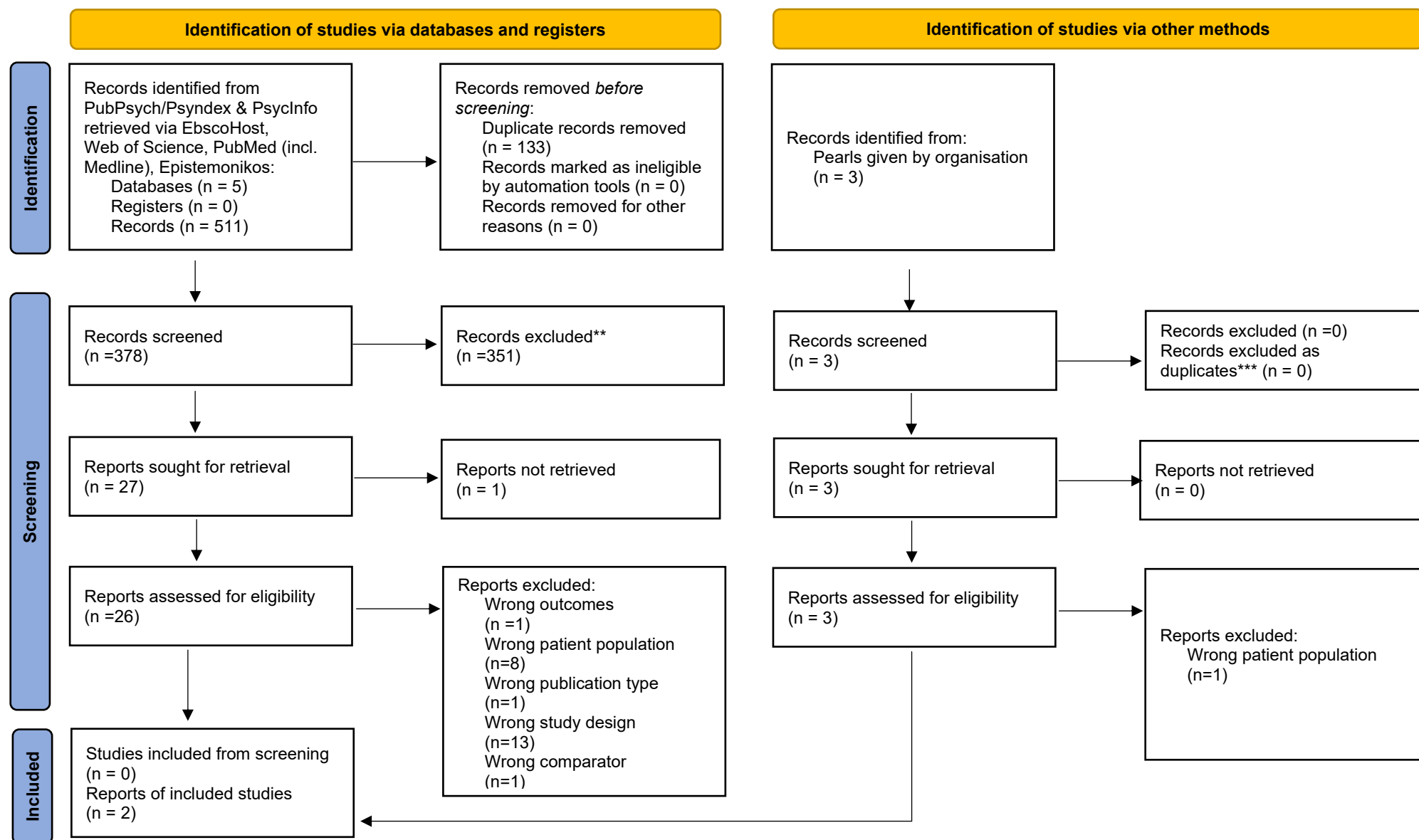
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Descilo, T., Vedamurtachar, A., Gerbarg, P. L., Nagaraja, D., Gangadhar, B. N., Damodaran, B., Adelson, B., Braslow, L. H., Marcus, S., & Brown, R. P. (2010). Effects of a yoga breath intervention alone and in combination with an exposure therapy for post-traumatic stress disorder and depression in survivors of the 2004 South-East Asia tsunami. <i>Acta psychiatrica Scandinavica</i> , 121(4), 289–300. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01466.x	Wrong comparator
Jiang, C., Li, Z., Wang, J., Liu, L., Luo, G., & Zheng, X. (2023). Effectiveness of repetitive transcranial magnetic stimulation combined with a brief exposure procedure for post-stroke posttraumatic stress disorder. <i>Journal of affective disorders</i> , 326, 89–95. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.096	Wrong comparator
Johnston, J. M., Minami, T., Greenwald, D., Li, C., Reinhardt, K., & Khalsa, S. B. (2015). Yoga for military service personnel with PTSD: A single arm study. <i>Psychological trauma : theory, research, practice and policy</i> , 7(6), 555–562. https://doi.org/10.1037/tra0000051	Wrong intervention
Staples, J. K., Hamilton, M. F., & Uddo, M. (2013). A yoga program for the symptoms of post-traumatic stress disorder in veterans. <i>Military medicine</i> , 178(8), 854–860. https://doi.org/10.7205/MILMED-D-12-00536	Wrong intervention
Brom, D., Stokar, Y., Lawi, C., Nuriel-Porat, V., Ziv, Y., Lerner, K., & Ross, G. (2017). Somatic Experiencing for Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Controlled Outcome Study. <i>Journal of traumatic stress</i> , 30(3), 304–312. https://doi.org/10.1002/jts.22189	Wrong intervention
Browne, J., Morey, M. C., Beckham, J. C., Bosworth, H. B., Porter Starr, K. N., Bales, C. W., McDermott, J., Sloane, R., Gregg, J. J., & Hall, K. S. (2021). Diet quality and exercise in older veterans with PTSD: a pilot study. <i>Translational behavioral medicine</i> , 11(12), 2116–2122. https://doi.org/10.1093/tbm/ibab116	Wrong intervention
Dick, A. M., Niles, B. L., Street, A. E., DiMartino, D. M., & Mitchell, K. S. (2014). Examining mechanisms of change in a yoga intervention for women: the influence of mindfulness, psychological flexibility, and emotion regulation on PTSD symptoms. <i>Journal of clinical psychology</i> , 70(12), 1170–1182. https://doi.org/10.1002/jclp.22104	Wrong intervention
Dick, A. M., Niles, B. L., Street, A. E., DiMartino, D. M., & Mitchell, K. S. (2014). Examining mechanisms of change in a yoga intervention for women: the influence of mindfulness, psychological flexibility, and emotion regulation on PTSD symptoms. <i>Journal of clinical psychology</i> , 70(12), 1170–1182. https://doi.org/10.1002/jclp.22104	Wrong intervention
Bonano-Broussard, D., Simmons, R., & Ager, R. (2023). The effects of trauma-informed yoga as an enhancement to the practice of EMDR for posttraumatic stress disorder: an exploratory pilot study. <i>Social Work in Mental Health</i> , 21(6), 656–675. https://doi.org/10.1080/15332985.2023.2201366	Wrong outcomes
Bichler, C. S., Niedermeier, M., Hüfner, K., Gálffy, M., Gostner, J. M., Nelles, P., Schöttl, S. E., Sperner-Unterweger, B., & Kopp, M. (2022). Climbing as an Add-On Treatment Option for Patients with Severe Anxiety Disorders and PTSD: Feasibility Analysis and First Results of a Randomized Controlled Longitudinal Clinical Pilot	Wrong patient population

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

Trial. <i>International journal of environmental research and public health</i> , 19(18), 11622. https://doi.org/10.3390/ijerph191811622	
Martinez-Calderon, J., Villar-Alises, O., García-Muñoz, C., Pineda-Escobar, S., & Matias-Soto, J. (2024). Multimodal exercise programs may improve posttraumatic stress disorders symptoms and quality of life in adults with PTSD: An overview of systematic reviews with meta-analysis. <i>Clinical rehabilitation</i> , 38(5), 573–588. https://doi.org/10.1177/02692155231225466	Wrong study design
Crawford, J. N., Talkovsky, A. M., Bormann, J. E., & Lang, A. J. (2019). Targeting hyperarousal: Mantram Repetition Program for PTSD in US veterans. <i>European journal of psychotraumatology</i> , 10(1), 1665768. https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1665768	Wrong study design
Jasbi, M., Sadeghi Bahmani, D., Karami, G., Omidbeygi, M., Peyravi, M., Panahi, A., Mirzaee, J., Holsboer-Trachsler, E., & Brand, S. (2018). Influence of adjuvant mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) in veterans - results from a randomized control study. <i>Cognitive behaviour therapy</i> , 47(5), 431–446. https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1445773	Wrong study design
Andersen, T. E., Lahav, Y., Ellegaard, H., & Manniche, C. (2017). A randomized controlled trial of brief Somatic Experiencing for chronic low back pain and comorbid post-traumatic stress disorder symptoms. <i>European journal of psychotraumatology</i> , 8(1), 1331108. https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1331108	Wrong study design
Abramowitz, E. G., & Lichtenberg, P. (2010). A new hypnotic technique for treating combat-related posttraumatic stress disorder: a prospective open study. <i>The International journal of clinical and experimental hypnosis</i> , 58(3), 316–328. https://doi.org/10.1080/00207141003760926	Wrong study design
Abramowitz, E. G., Barak, Y., Ben-Avi, I., & Knobler, H. Y. (2008). Hypnotherapy in the treatment of chronic combat-related PTSD patients suffering from insomnia: a randomized, zolpidem-controlled clinical trial. <i>The International journal of clinical and experimental hypnosis</i> , 56(3), 270–280. https://doi.org/10.1080/00207140802039672	Wrong study design
van der Kolk, B. A., Stone, L., West, J., Rhodes, A., Emerson, D., Suvak, M., & Spinazzola, J. (2014). Yoga as an adjunctive treatment for posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. <i>The Journal of clinical psychiatry</i> , 75(6), e559–e565. https://doi.org/10.4088/JCP.13m08561	Wrong study design



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

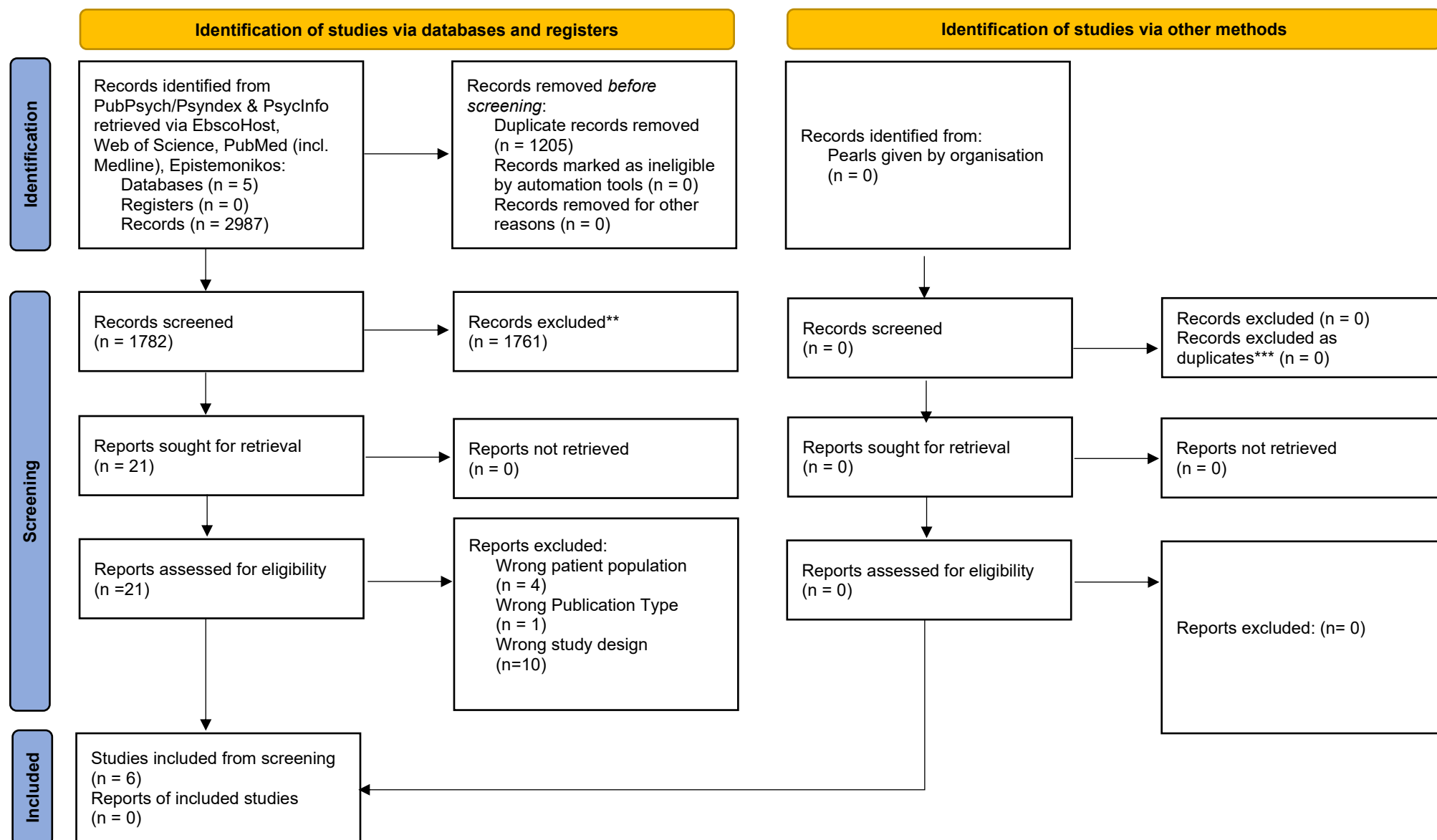
List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Keyan, D., Garland, N., Choi-Christou, J., Tran, J., O'Donnell, M., & Bryant, R. A. (2024). A systematic review and meta-analysis of predictors of response to trauma-focused psychotherapy for posttraumatic stress disorder. <i>Psychological bulletin</i> , 150(7), 767–797. https://doi.org/10.1037/bul0000438	Wrong outcomes
Banz, L., Stefanovic, M., von Boeselager, M., Schäfer, I., Lotzin, A., Kleim, B., & Ehring, T. (2022). Effects of current treatments for trauma survivors with posttraumatic stress disorder on reducing a negative self-concept: a systematic review and meta-analysis. <i>European journal of psychotraumatology</i> , 13(2), 2122528. https://doi.org/10.1080/2008066.2022.2122528	Wrong patient population
Niemeyer, H., Lorbeer, N., Mohr, J., Baer, E., & Knaevelsrud, C. (2022). Evidence-based individual psychotherapy for complex posttraumatic stress disorder and at-risk groups for complex traumatization: A meta-review. <i>Journal of affective disorders</i> , 299, 610–619. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.056	Wrong patient population
Cloitre M. (2009). Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorder: a review and critique. <i>CNS spectrums</i> , 14(1 Suppl 1), 32–43.	Wrong patient population
Kitchiner, N. J., Lewis, C., Roberts, N. P., & Bisson, J. I. (2019). Active duty and ex-serving military personnel with post-traumatic stress disorder treated with psychological therapies: systematic review and meta-analysis. <i>European journal of psychotraumatology</i> , 10(1), 1684226. https://doi.org/10.1080/2008198.2019.1684226	Wrong patient population
Palic, S., & Elklit, A. (2011). Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder in adult refugees: a systematic review of prospective treatment outcome studies and a critique. <i>Journal of affective disorders</i> , 131(1-3), 8–23. https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.07.005	Wrong patient population
O'Doherty, L., Whelan, M., Carter, G. J., Brown, K., Tarzia, L., Hegarty, K., Feder, G., & Brown, S. J. (2023). Psychosocial interventions for survivors of rape and sexual assault experienced during adulthood. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> , 10(10), CD013456. https://doi.org/10.1002/14651858.CD013456.pub2	Wrong patient population
Mørkved, N., Hartmann, K., Aarsheim, L. M., Holen, D., Milde, A. M., Bomyea, J., & Thorp, S. R. (2014). A comparison of Narrative Exposure Therapy and Prolonged Exposure therapy for PTSD. <i>Clinical psychology review</i> , 34(6), 453–467. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.06.005	Wrong patient population
Sciarrino, N. A., Bartlett, B. A., Smith, L. J., Martin, C. E., & Williams, W. (2022). Factors contributing to PTSD treatment dropout in veterans returning from the wars in Iraq and Afghanistan: A systematic review. <i>Psychological services</i> , 19(1), 183–200. https://doi.org/10.1037/ser0000519	Wrong patient population
Kaminer, D., & Eagle, G. T. (2017). Interventions for posttraumatic stress disorder: A review of the evidence base. <i>South African Journal of Psychology</i> , 47(1), 7–22. https://doi.org/10.1177/0081246316646950	Wrong publication type
McLean, C. P., & Foa, E. B. (2024). State of the Science: Prolonged exposure	Wrong study design

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J. M., Freitag, J., & Emmelkamp, P. M. (2014). Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. <i>Clinical psychology review</i> , 34(8), 645–657. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.10.004	Wrong patient population

therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder. <i>Journal of traumatic stress</i> , 37(4), 535–550. https://doi.org/10.1002/jts.23046	
Adshead G. (2000). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder. <i>The British journal of psychiatry : the journal of mental science</i> , 177, 144–148. https://doi.org/10.1192/bjp.177.2.144	Wrong study design
Korn, D. L. (2009). EMDR and the treatment of complex PTSD: A review. <i>Journal of EMDR Practice and Research</i> , 3(4), 264–278. https://doi.org/10.1891/1933-3196.3.4.264	Wrong study design
Briere, J., & Scott, C. (2015). Complex Trauma in Adolescents and Adults: Effects and Treatment. <i>The Psychiatric clinics of North America</i> , 38(3), 515–527. https://doi.org/10.1016/j.psc.2015.05.004	Wrong study design
Willis, N., Dowling, C., & O'Reilly, G. (2023). Stabilisation and phase-orientated psychological treatment for posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. <i>European Journal of Trauma & Dissociation</i> , 7(1), Article 100311. https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2022.100311	Wrong comparator
Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., & Gray, S. H. (2008). Contributions of psychodynamic approaches to treatment of PTSD and trauma: a review of the empirical treatment and psychopathology literature. <i>Psychiatry</i> , 71(1), 13–34. https://doi.org/10.1521/psyc.2008.71.1.13	Wrong study design
Coventry, P. A., Meader, N., Melton, H., Temple, M., Dale, H., Wright, K., Cloitre, M., Karatzias, T., Bisson, J., Roberts, N. P., Brown, J. V. E., Barbui, C., Churchill, R., Lovell, K., McMillan, D., & Gilbody, S. (2020). Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events: Systematic review and component network meta-analysis. <i>PLoS medicine</i> , 17(8), e1003262. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003262	Wrong study design
Melton, H., Meader, N., Dale, H., Wright, K., Jones-Diette, J., Temple, M., Shah, I., Lovell, K., McMillan, D., Churchill, R., Barbui, C., Gilbody, S., & Coventry, P. (2020). Interventions for adults with a history of complex traumatic events: the INCiTE mixed-methods systematic review. <i>Health technology assessment (Winchester, England)</i> , 24(43), 1–312. https://doi.org/10.3310/hta24430	Wrong study design
Patel, N., Kellezi, B., & Williams, A. C. (2014). Psychological, social and welfare interventions for psychological health and well-being of torture survivors. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> , 2014(11), CD009317. https://doi.org/10.1002/14651858.CD009317.pub2	Wrong study design
Jones, K. A., Freijah, I., Brennan, S. E., McKenzie, J. E., Bright, T. M., Fiolet, R., Kamitsis, I., Reid, C., Davis, E., Andrews, S., Muzik, M., Segal, L., Herrman, H., & Chamberlain, C. (2023). Interventions from pregnancy to two years after birth for parents experiencing complex post-traumatic stress disorder and/or with childhood experience of maltreatment. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> , 5(5), CD014874. https://doi.org/10.1002/14651858.CD014874.pub2	Wrong study design
Noemi Lorbeer, Christine Knaevelsrud, Helen Niemeyer; STAIR und STAIR/NT zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungssymptomatik: Ein systematischer Übersichtsartikel. <i>Verhaltenstherapie</i> 29 September 2022; 32 (3): 104–116. https://doi.org/10.1159/000525756	Wrong study design
Phelps, A. J., Lethbridge, R., Brennan, S., Bryant, R. A., Burns, P., Cooper, J. A., Forbes, D., Gardiner, J., Gee, G., Jones, K., Kenardy, J., Kulkarni, J., McDermott, B., McFarlane, A. C., Newman, L., Varker, T., Worth, C., & Silove, D. (2022). Australian guidelines for the prevention and treatment of posttraumatic stress disorder: Updates in the third edition. <i>The Australian and New Zealand journal of psychiatry</i> , 56(3), 230–247. https://doi.org/10.1177/00048674211041917	Wrong study design

Mahoney, A., Karatzias, T., & Hutton, P. (2019). A systematic review and meta-analysis of group treatments for adults with symptoms associated with complex post-traumatic stress disorder. <i>Journal of affective disorders</i> , 243, 305–321. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.059	Wrong study design
Lorbeer, N., Knaevelsrud, C., & Niemeyer, H. (2023). STAIR and STAIR/NT as a treatment for posttraumatic stress: A systematic review. <i>Verhaltenstherapie</i> , 33(2-3), 53–63. https://doi.org/10.1159/000526592	Wrong study design



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/register).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

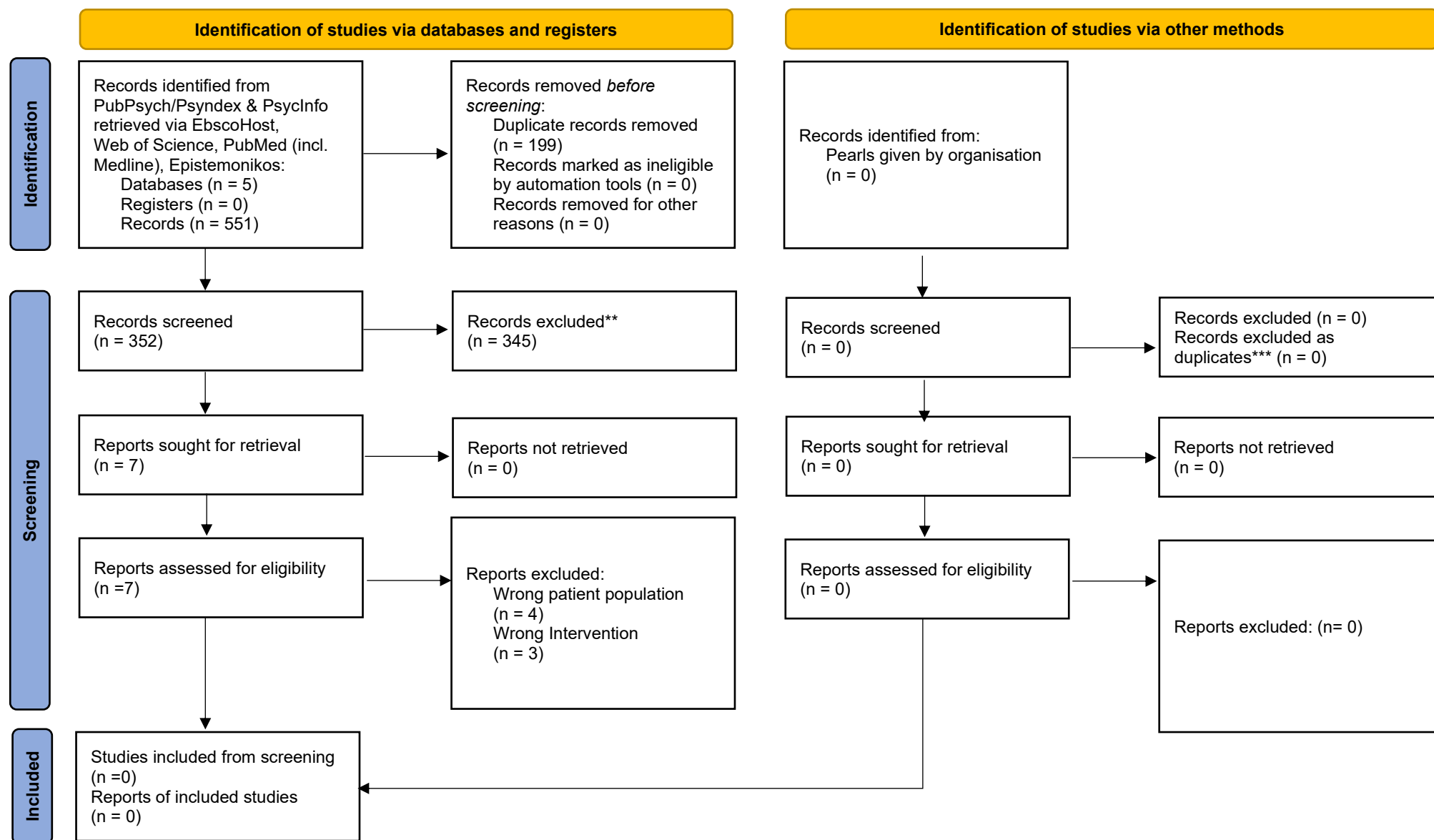
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Kline, A. C., Cooper, A. A., Rytwinski, N. K., & Feeny, N. C. (2021). The Effect of Concurrent Depression on PTSD Outcomes in Trauma-Focused Psychotherapy: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. <i>Behavior therapy</i> , 52(1), 250–266. https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.04.015	Wrong patient population
Meshberg-Cohen, S., Ross MacLean, R., Schnakenberg Martin, A. M., Sofuoglu, M., & Petrakis, I. L. (2021). Treatment outcomes in individuals diagnosed with comorbid opioid use disorder and Posttraumatic stress disorder: A review. <i>Addictive behaviors</i> , 122, 107026. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107026	Wrong patient population
Taylor, M., Petrakis, I., & Ralevski, E. (2017). Treatment of alcohol use disorder and co-occurring PTSD. <i>The American journal of drug and alcohol abuse</i> , 43(4), 391–401. https://doi.org/10.1080/00952990.2016.1263641	Wrong patient population
Ronconi, J. M., Shiner, B., & Watts, B. V. (2015). A Meta-Analysis of Depressive Symptom Outcomes in Randomized, Controlled Trials for PTSD. <i>The Journal of nervous and mental disease</i> , 203(7), 522–529. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000322	Wrong patient population
Smith-Baumann, Alexis. A meta-analysis of the effectiveness of treatments for comorbid posttraumatic stress disorder and substance use disorder	Wrong Publication Type
Flanagan, J. C., Korte, K. J., Killeen, T. K., & Back, S. E. (2016). Concurrent Treatment of Substance Use and PTSD. <i>Current psychiatry reports</i> , 18(8), 70. https://doi.org/10.1007/s11920-016-0709-y	Wrong study design
Flanagan, J. C., Jones, J. L., Jarnecke, A. M., & Back, S. E. (2018). Behavioral Treatments for Alcohol Use Disorder and Post-Traumatic Stress Disorder. <i>Alcohol research : current reviews</i> , 39(2), 181–192.	Wrong study design
Najavits, L. M., & Hien, D. (2013). Helping vulnerable populations: a comprehensive review of the treatment outcome literature on substance use disorder and PTSD. <i>Journal of clinical psychology</i> , 69(5), 433–479. https://doi.org/10.1002/jclp.21980	Wrong study design

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

Hien, D. A., Papini, S., Saavedra, L. M., Bauer, A. G., Ruglass, L. M., Ebrahimi, C. T., Fitzpatrick, S., López-Castro, T., Norman, S. B., Killeen, T. K., Back, S. E., & Morgan-López, A. A. (2024). Project harmony: A systematic review and network meta-analysis of psychotherapy and pharmacologic trials for comorbid posttraumatic stress, alcohol, and other drug use disorders. <i>Psychological bulletin</i> , 150(3), 319–353. https://doi.org/10.1037/bul0000409	Wrong study design
Roberts, N. P., Roberts, P. A., Jones, N., & Bisson, J. I. (2015). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: A systematic review and meta-analysis. <i>Clinical psychology review</i> , 38, 25–38. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.007	Wrong study design
Roberts, N. P., Roberts, P. A., Jones, N., & Bisson, J. I. (2016). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> , 4(4), CD010204. https://doi.org/10.1002/14651858.CD010204.pub2	Wrong study design
Simpson, T. L., Lehavot, K., & Petrakis, I. L. (2017). No Wrong Doors: Findings from a Critical Review of Behavioral Randomized Clinical Trials for Individuals with Co-Occurring Alcohol/Drug Problems and Posttraumatic Stress Disorder. <i>Alcoholism, clinical and experimental research</i> , 41(4), 681–702. https://doi.org/10.1111/acer.13325	Wrong study design
Snoek, A., Nederstigt, J., Ciharova, M., Sijbrandij, M., Lok, A., Cuijpers, P., & Thomaes, K. (2021). Impact of comorbid personality disorders on psychotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. <i>European journal of psychotraumatology</i> , 12(1), 1929753. https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1929753	Wrong study design
Zeifman, R. J., Landy, M. S. H., Liebman, R. E., Fitzpatrick, S., & Monson, C. M. (2021). Optimizing treatment for comorbid borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder: A systematic review of psychotherapeutic approaches and treatment efficacy. <i>Clinical psychology review</i> , 86, 102030. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102030	Wrong study design
Sin, J., & Spain, D. (2016). Psychological interventions for trauma in individuals who have psychosis: A systematic review and meta-analysis. <i>Psychosis</i> , 9(1), 67–81. https://doi.org/10.1080/17522439.2016.1167946	Wrong study design



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

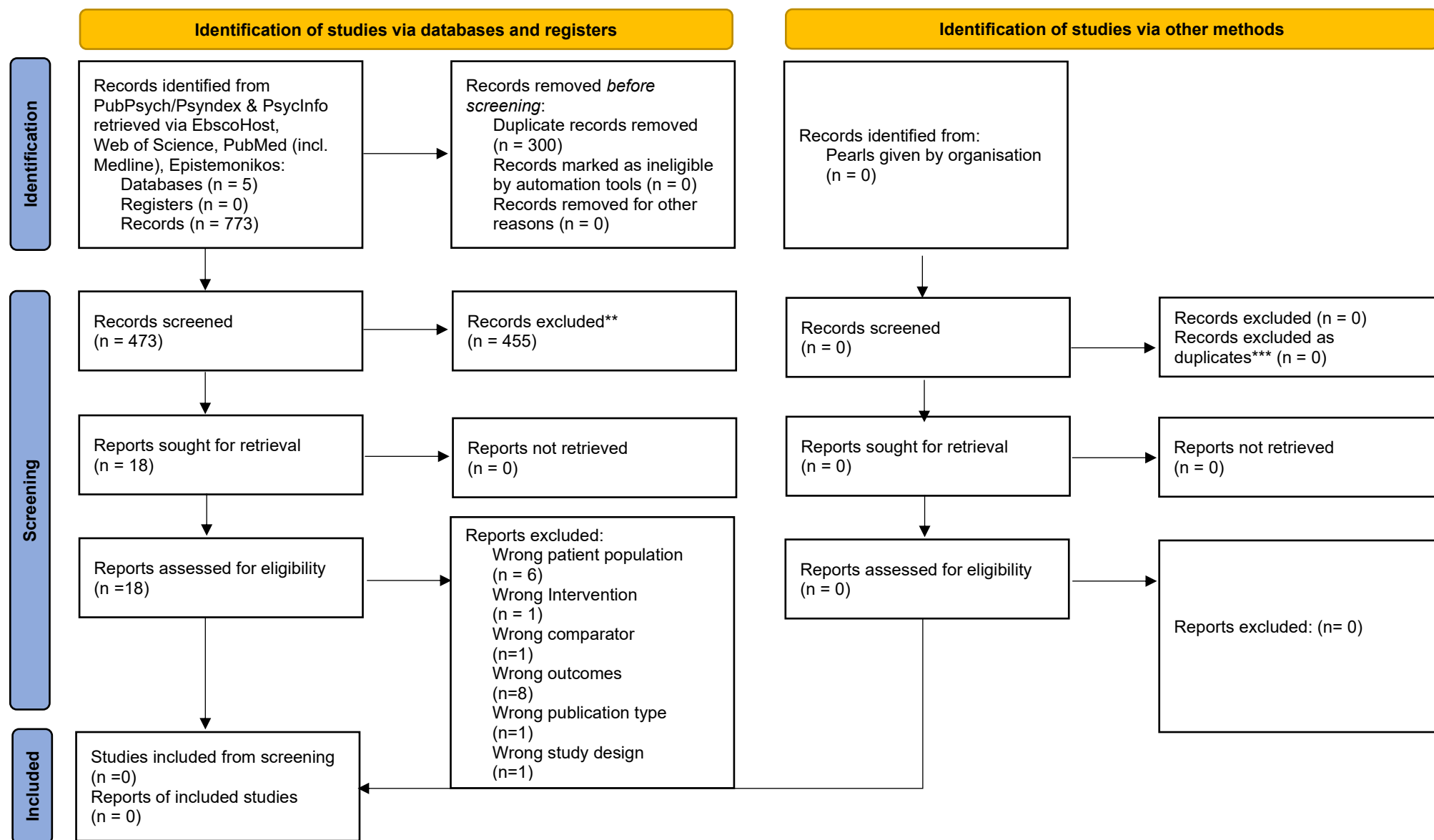
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Henderson, A., & Stenfort Kroese, B. (2020). Group interventions for trauma and substance misuse available for women in criminal justice services: A systematic review of the literature. <i>Journal of Forensic Practice</i> , 22(4), 235–249. https://doi.org/10.1108/JFP-05-2020-0024	Wrong patient population
Kaptan, S. K., Dursun, B. O., Knowles, M., Husain, N., & Varese, F. (2021). Group eye movement desensitization and reprocessing interventions in adults and children: A systematic review of randomized and nonrandomized trials. <i>Clinical psychology & psychotherapy</i> , 28(4), 784–806. https://doi.org/10.1002/cpp.2549	Wrong patient population
Mahoney, A., Karatzias, T., & Hutton, P. (2019). A systematic review and meta-analysis of group treatments for adults with symptoms associated with complex post-traumatic stress disorder. <i>Journal of affective disorders</i> , 243, 305–321. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.059	Wrong patient population
Schwartz, D., Barkowski, S., Strauss, B., Knaevelsrud, C., & Rosendahl, J. (2019). Efficacy of group psychotherapy for posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research</i> , 29(4), 415–431. https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1405168	Wrong patient population
Roberts, N. P., Lotzin, A., & Schäfer, I. (2022). A systematic review and meta-analysis of psychological interventions for comorbid post-traumatic stress disorder and substance use disorder. <i>European journal of psychotraumatology</i> , 13(1), 2041831. https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2041831	Wrong intervention
Roberts, N. P., Roberts, P. A., Jones, N., & Bisson, J. I. (2015). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: A systematic review and meta-analysis. <i>Clinical psychology review</i> , 38, 25–38. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.007	Wrong intervention
Roberts, N. P., Roberts, P. A., Jones, N., & Bisson, J. I. (2016). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder. <i>The Cochrane database of systematic</i>	Wrong intervention

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

reviews, 4(4), CD010204. https://doi.org/10.1002/14651858.CD010204.pub2	



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/register).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

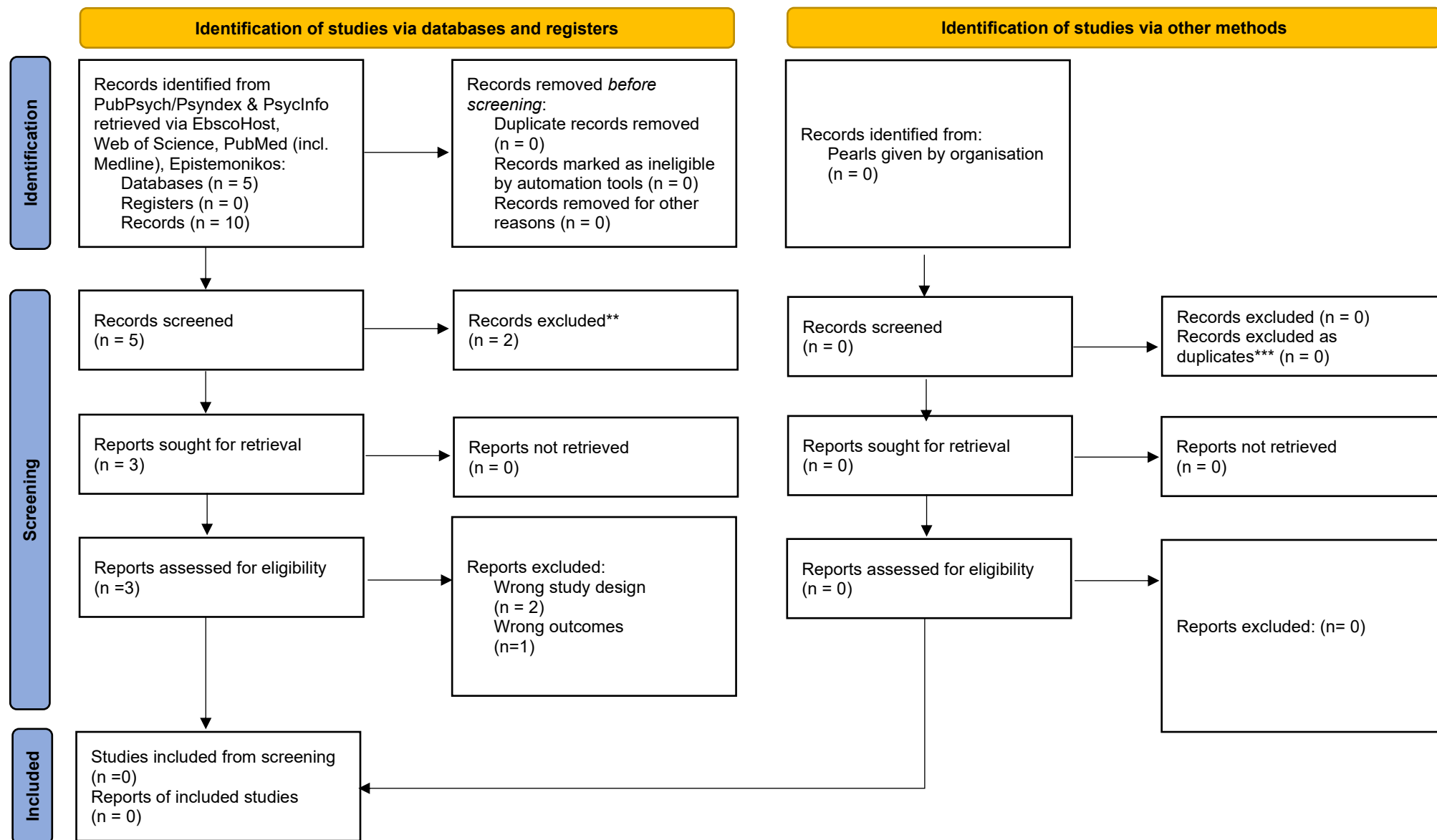
List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Alshahrani, K. M., Johnson, J., Prudenzi, A., & O'Connor, D. B. (2022). The effectiveness of psychological interventions for reducing PTSD and psychological distress in first responders: A systematic review and meta-analysis. <i>PloS one</i> , 17(8), e0272732. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272732	Wrong patient population
Hamid, A., Patel, N., & Williams, A. C. C. (2019). Psychological, social, and welfare interventions for torture survivors: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. <i>PLoS medicine</i> , 16(9), e1002919. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002919	Wrong patient population
Hertenstein, E., Trinca, E., Wunderlin, M., Schneider, C. L., Züst, M. A., Fehér, K. D., Su, T., Straten, A. V., Berger, T., Baglioni, C., Johann, A., Spiegelhalder, K., Riemann, D., Feige, B., & Nissen, C. (2022). Cognitive behavioral therapy for insomnia in patients with mental disorders and comorbid insomnia: A systematic review and meta-analysis. <i>Sleep medicine reviews</i> , 62, 101597. https://doi.org/10.1016/j.smr.2022.101597	Wrong patient population
Kip, A., Priebe, S., Holling, H., & Morina, N. (2020). Psychological interventions for posttraumatic stress disorder and depression in refugees: A meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Clinical psychology & psychotherapy</i> , 27(4), 489–503. https://doi.org/10.1002/cpp.2446	Wrong patient population
Kroener, J., Hack, L., Mayer, B., & Sosic-Vasic, Z. (2023). Imagery rescripting as a short intervention for symptoms associated with mental images in clinical disorders: A systematic review and meta-analysis. <i>Journal of psychiatric research</i> , 166, 49–60. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.09.010	Wrong patient population
Weber, M., Schumacher, S., Hannig, W., Barth, J., Lotzin, A., Schäfer, I., Ehring, T., & Kleim, B. (2021). Long-term outcomes of psychological treatment for posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. <i>Psychological medicine</i> , 51(9), 1420–1430. https://doi.org/10.1017/S003329172100163X	Wrong patient population
Taylor, M., Petrakis, I., & Ralevski, E. (2017). Treatment of alcohol use disorder and co-occurring PTSD. <i>The American journal of drug and alcohol</i>	Wrong intervention

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

abuse, 43(4), 391–401. https://doi.org/10.1080/00952990.2016.1263641	
Roberts, N. P., Roberts, P. A., Jones, N., & Bisson, J. I. (2015). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: A systematic review and meta-analysis. <i>Clinical psychology review</i> , 38, 25–38. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.007	Wrong comparator
Coventry, P. A., Meader, N., Melton, H., Temple, M., Dale, H., Wright, K., Cloitre, M., Karatzias, T., Bisson, J., Roberts, N. P., Brown, J. V. E., Barbui, C., Churchill, R., Lovell, K., McMillan, D., & Gilbody, S. (2020). Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events: Systematic review and component network meta-analysis. <i>PLoS medicine</i> , 17(8), e1003262. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003262	Wrong outcomes
Dominguez, S. K., Matthijssen, S. J. M. A., & Lee, C. W. (2021). Trauma-focused treatments for depression. A systematic review and meta-analysis. <i>PLoS one</i> , 16(7), e0254778. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254778	Wrong outcomes
Bailey, K., Trevillion, K., & Gilchrist, G. (2019). What works for whom and why: A narrative systematic review of interventions for reducing post-traumatic stress disorder and problematic substance use among women with experiences of interpersonal violence. <i>Journal of substance abuse treatment</i> , 99, 88–103. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.12.007	Wrong outcomes
Brand, R. M., McEnery, C., Rossell, S., Bendall, S., & Thomas, N. (2018). Do trauma-focussed psychological interventions have an effect on psychotic symptoms? A systematic review and meta-analysis. <i>Schizophrenia research</i> , 195, 13–22. https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.08.037	Wrong outcomes
Hildebrand, A., Behrendt, S., & Hoyer, J. (2015). Treatment outcome in substance use disorder patients with and without comorbid posttraumatic stress disorder: A systematic review. <i>Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research</i> , 25(5), 565–582. https://doi.org/10.1080/10503307.2014.923125	Wrong outcomes
Khan, A. M., Dar, S., Ahmed, R., Bachu, R., Adnan, M., & Kotapati, V. P. (2018). Cognitive Behavioral Therapy versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Patients with Post-traumatic Stress Disorder: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. <i>Cureus</i> , 10(9), e3250. https://doi.org/10.7759/cureus.3250	Wrong outcomes

Simpson, T. L., Goldberg, S. B., Loudon, D. K. N., Blakey, S. M., Hawn, S. E., Lott, A., Browne, K. C., Lehavot, K., & Kaysen, D. (2021). Efficacy and acceptability of interventions for co-occurring PTSD and SUD: A meta-analysis. <i>Journal of anxiety disorders</i> , 84, 102490. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102490	Wrong outcomes
Slotema, C. W., Wilhelmus, B., Arends, L. R., & Franken, I. H. A. (2020). Psychotherapy for posttraumatic stress disorder in patients with borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis of its efficacy and safety. <i>European journal of psychotraumatology</i> , 11(1), 1796188. https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1796188	Wrong outcomes
Smith-Baumann, Alexis. A meta-analysis of the effectiveness of treatments for comorbid posttraumatic stress disorder and substance use disorder	Wrong publication type
Hien, D. A., Morgan-López, A. A., Saavedra, L. M., Ruglass, L. M., Ye, A., López-Castro, T., Fitzpatrick, S., Killeen, T. K., Norman, S. B., Ebrahimi, C. T., & Back, S. E. (2023). Project Harmony: A Meta-Analysis With Individual Patient Data on Behavioral and Pharmacologic Trials for Comorbid Posttraumatic Stress and Alcohol or Other Drug Use Disorders. <i>The American journal of psychiatry</i> , 180(2), 155–166. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.22010071	Wrong study design



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

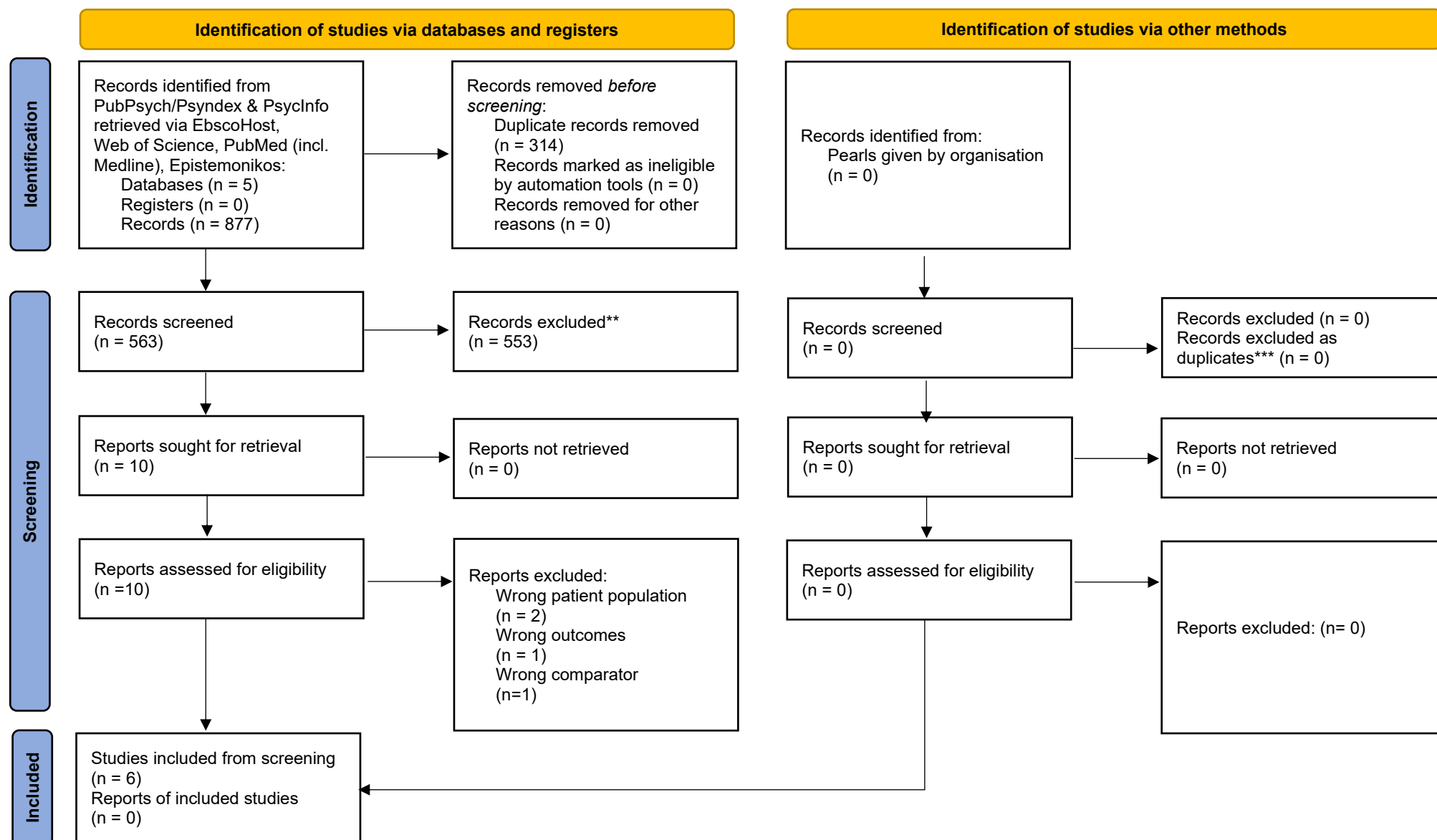
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Goodnight, J. R. M., Ragsdale, K. A., Rauch, S. A. M., & Rothbaum, B. O. (2019). Psychotherapy for PTSD: An evidence-based guide to a theranostic approach to treatment. <i>Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry</i> , 88, 418–426. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.05.006	Wrong study design
Roberge, E. M., Harris, J. A., Weinstein, H. R., & Rozek, D. C. (2021). Treating Veterans at Risk for Suicide: An Examination of the Safety, Tolerability, and Outcomes of Cognitive Processing Therapy. <i>Journal of traumatic stress</i> , 34(6), 1228–1237. https://doi.org/10.1002/its.22662	Wrong study design
Bailey, K., Trevillion, K., & Gilchrist, G. (2019). What works for whom and why: A narrative systematic review of interventions for reducing post-traumatic stress disorder and problematic substance use among women with experiences of interpersonal violence. <i>Journal of substance abuse treatment</i> , 99, 88–103. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.12.007	Wrong outcomes

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

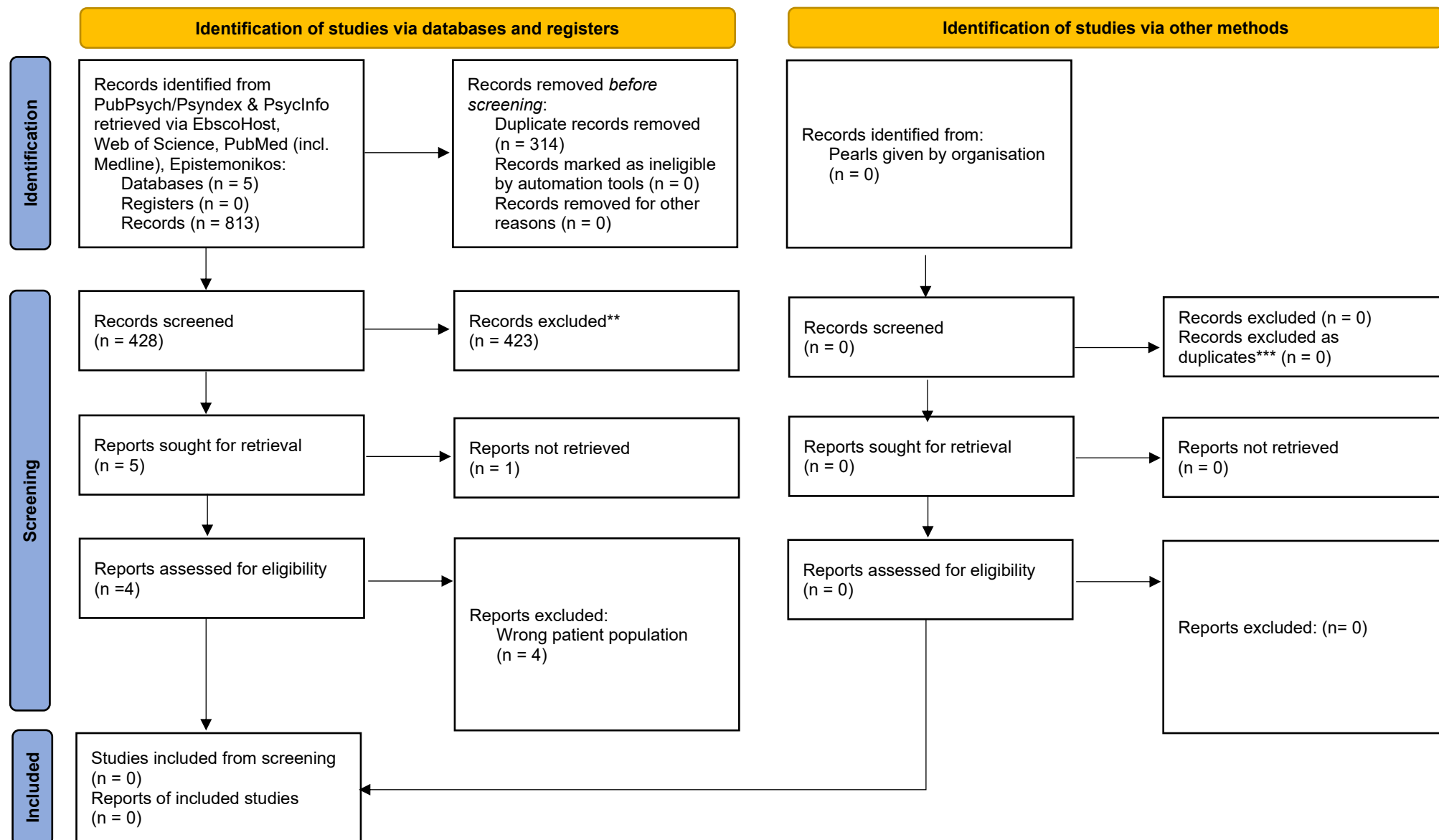
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Hoeboer, C. M., Kullberg, M. J., Oprel, D. A. C., Schoorl, M., van Minnen, A., Antypa, N., Mouthaan, J., de Kleine, R. A., & van der Does, W. (2024). Impact of three variants of prolonged exposure therapy on comorbid diagnoses in patients with childhood abuse-related PTSD. <i>Cognitive behaviour therapy</i> , 53(4), 377–393. https://doi.org/10.1080/16506073.2024.2318729	Wrong patient population
Hood, C. O., Southward, M. W., Badour, C. L., & Sauer-Zavala, S. (2024). BPD Compass: Using a dimensional model of psychopathology to treat co-occurring borderline personality disorder and posttraumatic stress symptoms. <i>Journal of traumatic stress</i> , 37(3), 422–432. https://doi.org/10.1002/its.23024	Wrong patient population
Burger, S. R., Hardy, A., van der Linden, T., van Zelst, C., de Bont, P. A. J., van der Vleugel, B., Staring, A. B. P., de Roos, C., de Jongh, A., Marcelis, M., van Minnen, A., van der Gaag, M., & van den Berg, D. P. G. (2023). The bumpy road of trauma-focused treatment: Posttraumatic stress disorder symptom exacerbation in people with psychosis. <i>Journal of traumatic stress</i> , 36(2), 299–309. https://doi.org/10.1002/its.22907	Wrong outcomes
Kehle-Forbes, S. M., Chen, S., Polusny, M. A., Lynch, K. G., Koffel, E., Ingram, E., Foa, E. B., Van Horn, D. H. A., Drapkin, M. L., Yusko, D. A., & Oslin, D. W. (2019). A randomized controlled trial evaluating integrated versus phased application of evidence-based psychotherapies for military veterans with comorbid PTSD and substance use disorders. <i>Drug and alcohol dependence</i> , 205, 107647. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107647	Wrong comparator

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

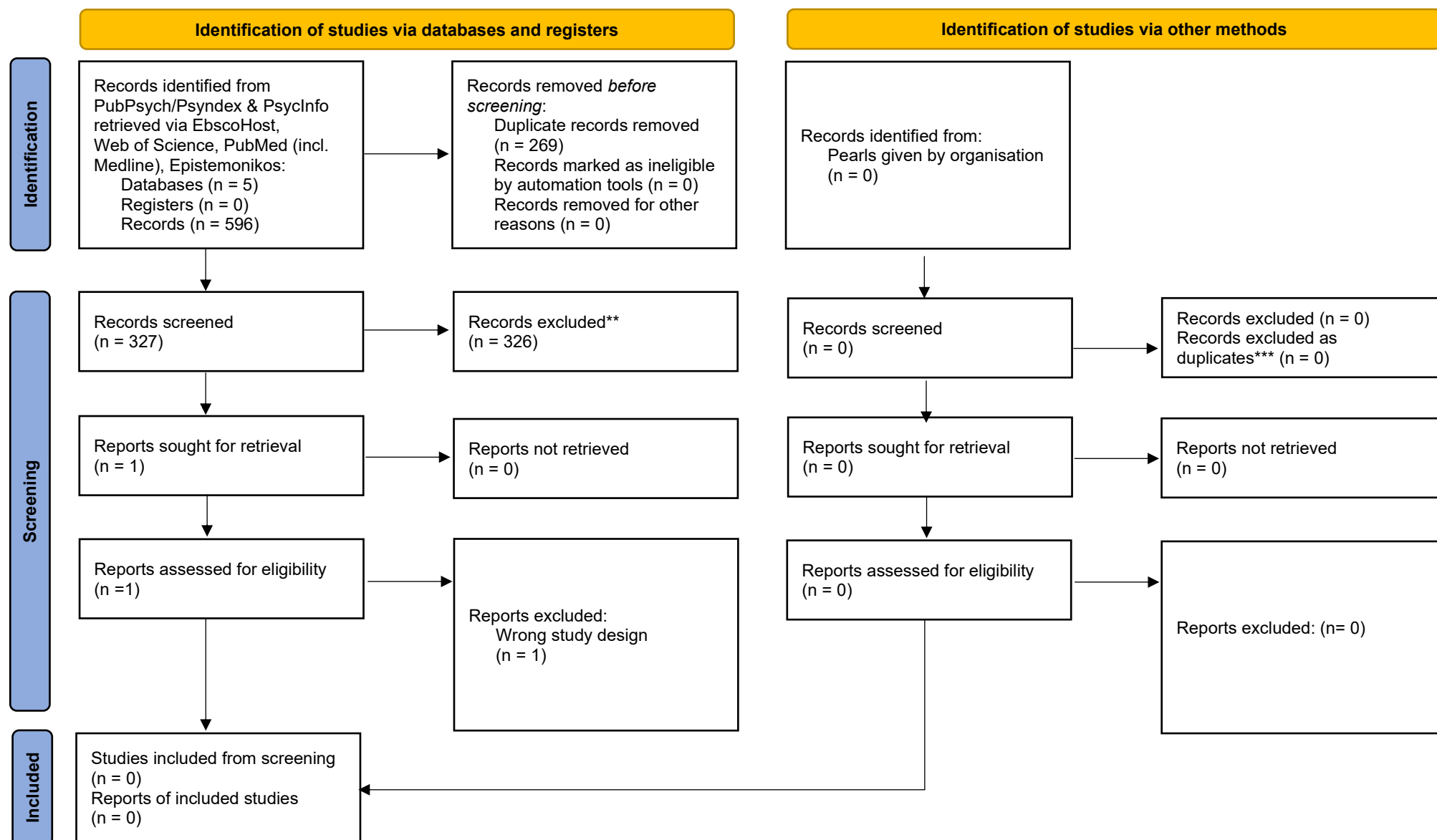
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Haynes, P. L., Burger, S. B., Kelly, M., Emert, S., Perkins, S., & Shea, M. T. (2020). Cognitive behavioral social rhythm group therapy versus present centered group therapy for veterans with posttraumatic stress disorder and major depressive disorder: A randomized controlled pilot trial. <i>Journal of affective disorders</i> , 277, 800–809. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.009	Wrong patient population
Teng, E. J., Barrera, T. L., Hiatt, E. L., Chaison, A. D., Dunn, N. J., Petersen, N. J., & Stanley, M. A. (2015). Intensive weekend group treatment for panic disorder and its impact on co-occurring PTSD: A pilot study. <i>Journal of anxiety disorders</i> , 33, 1–7. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.04.002	Wrong patient population
Lamp, K. E., Avallone, K. M., Maieritsch, K. P., Buchholz, K. R., & Rauch, S. A. M. (2019). Individual and group cognitive processing therapy: Effectiveness across two Veterans Affairs posttraumatic stress disorder treatment clinics. <i>Psychological trauma : theory, research, practice and policy</i> , 11(2), 197–206. https://doi.org/10.1037/tra0000370	Wrong patient population
Beck, J. G., Clapp, J. D., Unger, W., Wattenberg, M., & Sloan, D. M. (2021). Moderators of PTSD symptom change in group cognitive behavioral therapy and group present centered therapy. <i>Journal of anxiety disorders</i> , 80, 102386. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102386	Wrong patient population

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

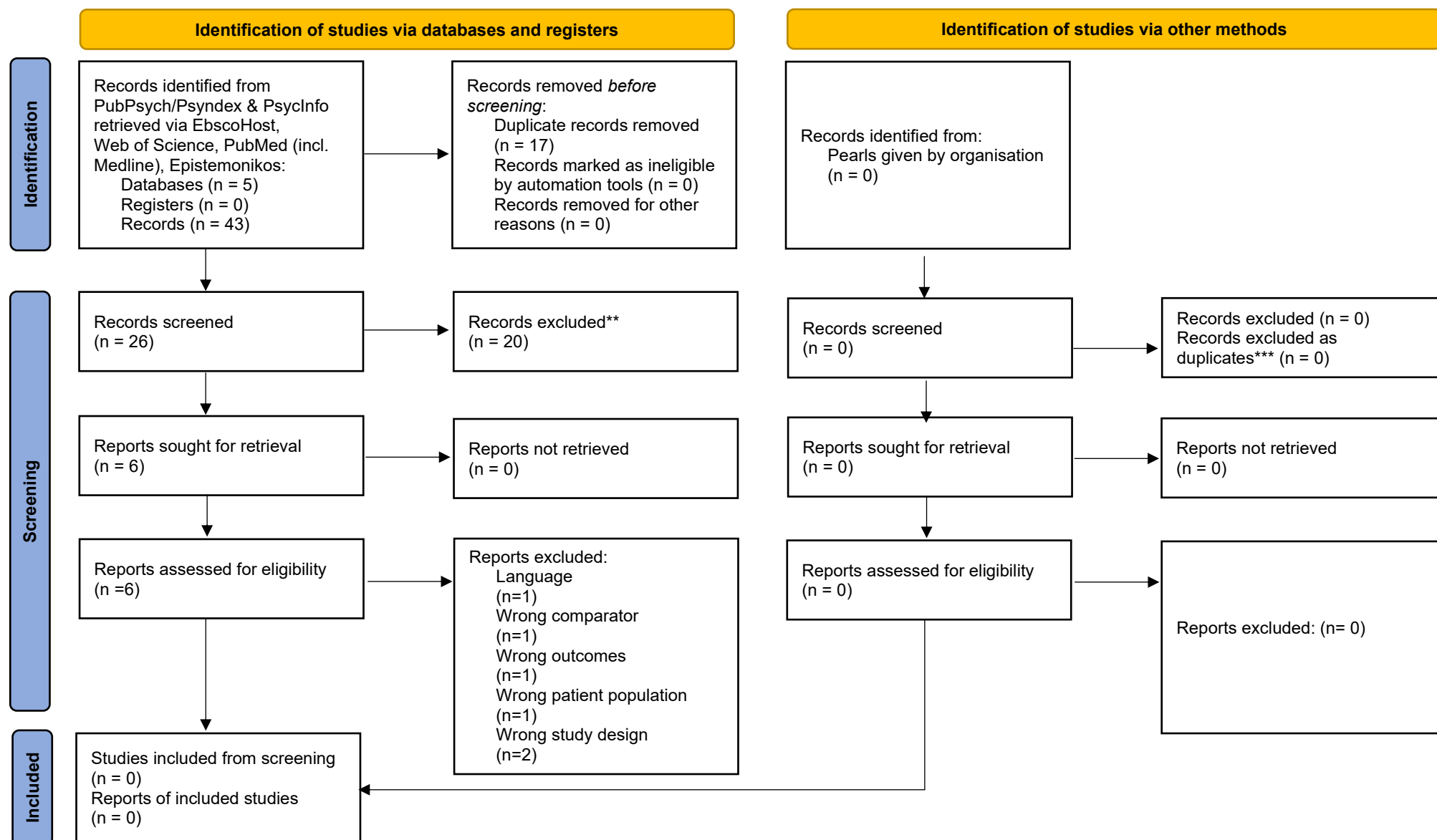
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Steel, C., Hardy, A., Smith, B., Wykes, T., Rose, S., Enright, S., Hardcastle, M., Landau, S., Baksh, M. F., Gottlieb, J. D., Rose, D., & Mueser, K. T. (2017). Cognitive-behaviour therapy for post-traumatic stress in schizophrenia. A randomized controlled trial. <i>Psychological medicine</i> , 47(1), 43–51. https://doi.org/10.1017/S0033291716002117	Wrong study design

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/register).

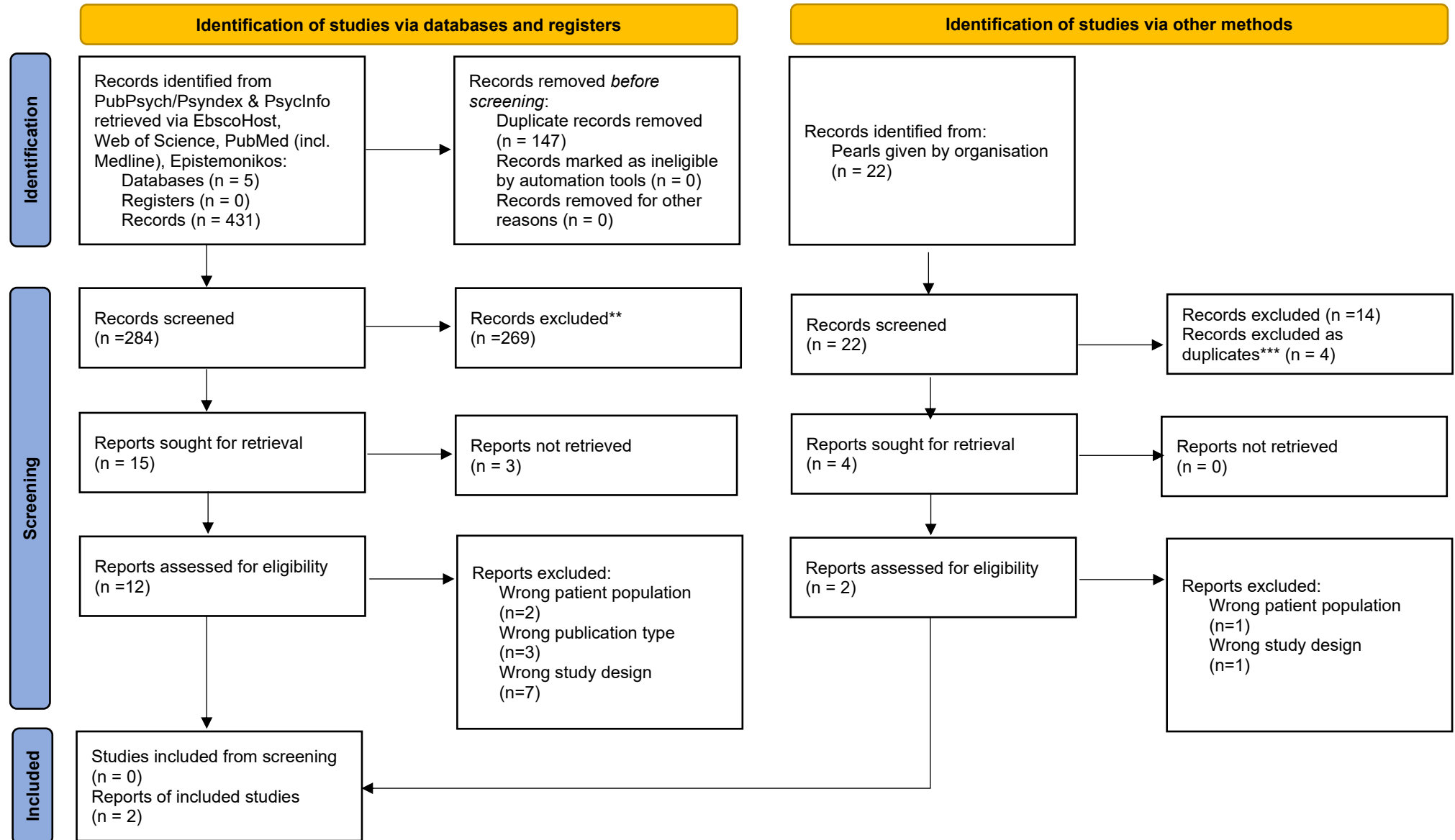
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
van Minnen, A., Harned, M. S., Zoellner, L., & Mills, K. (2013). Vermeende contra-indicaties voor (imaginaire) exposurebehandeling van PTSS onder de loep [Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD]. <i>Gedragstherapie</i> , 46(4), 261–286.	Language
Halvorsen, J. Ø., Stenmark, H., Neuner, F., & Nordahl, H. M. (2014). Does dissociation moderate treatment outcomes of narrative exposure therapy for PTSD? A secondary analysis from a randomized controlled clinical trial. <i>Behaviour research and therapy</i> , 57, 21–28. https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.03.010	Wrong comparator
Kline, A. C., Straus, E., Lyons, R. C., Angkaw, A. C., Davis, B. C., Haller, M., Hien, D., & Norman, S. B. (2021). Substance use predictors of attendance among veterans in integrated PTSD and alcohol use disorder treatment. <i>Journal of substance abuse treatment</i> , 124, 108278. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108278	Wrong outcomes
Roberge, E. M., Harris, J. A., Weinstein, H. R., & Rozek, D. C. (2021). Treating Veterans at Risk for Suicide: An Examination of the Safety, Tolerability, and Outcomes of Cognitive Processing Therapy. <i>Journal of traumatic stress</i> , 34(6), 1228–1237. https://doi.org/10.1002/jts.22662	Wrong patient population
Nass, G. C. M., van Rens, L. W., & Dijkstra, B. A. G. (2019). Clinicians' perceptions for indicating and contra-indicating integrated treatment for SUD and comorbid PTSD, a vignette study. <i>Substance abuse treatment, prevention, and policy</i> , 14(1), 7. https://doi.org/10.1186/s13011-019-0194-5	Wrong study design
Goodnight, J. R. M., Ragsdale, K. A., Rauch, S. A. M., & Rothbaum, B. O. (2019). Psychotherapy for PTSD: An evidence-based guide to a theranostic approach to treatment. <i>Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry</i> , 88, 418–426. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.05.006	Wrong study design

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

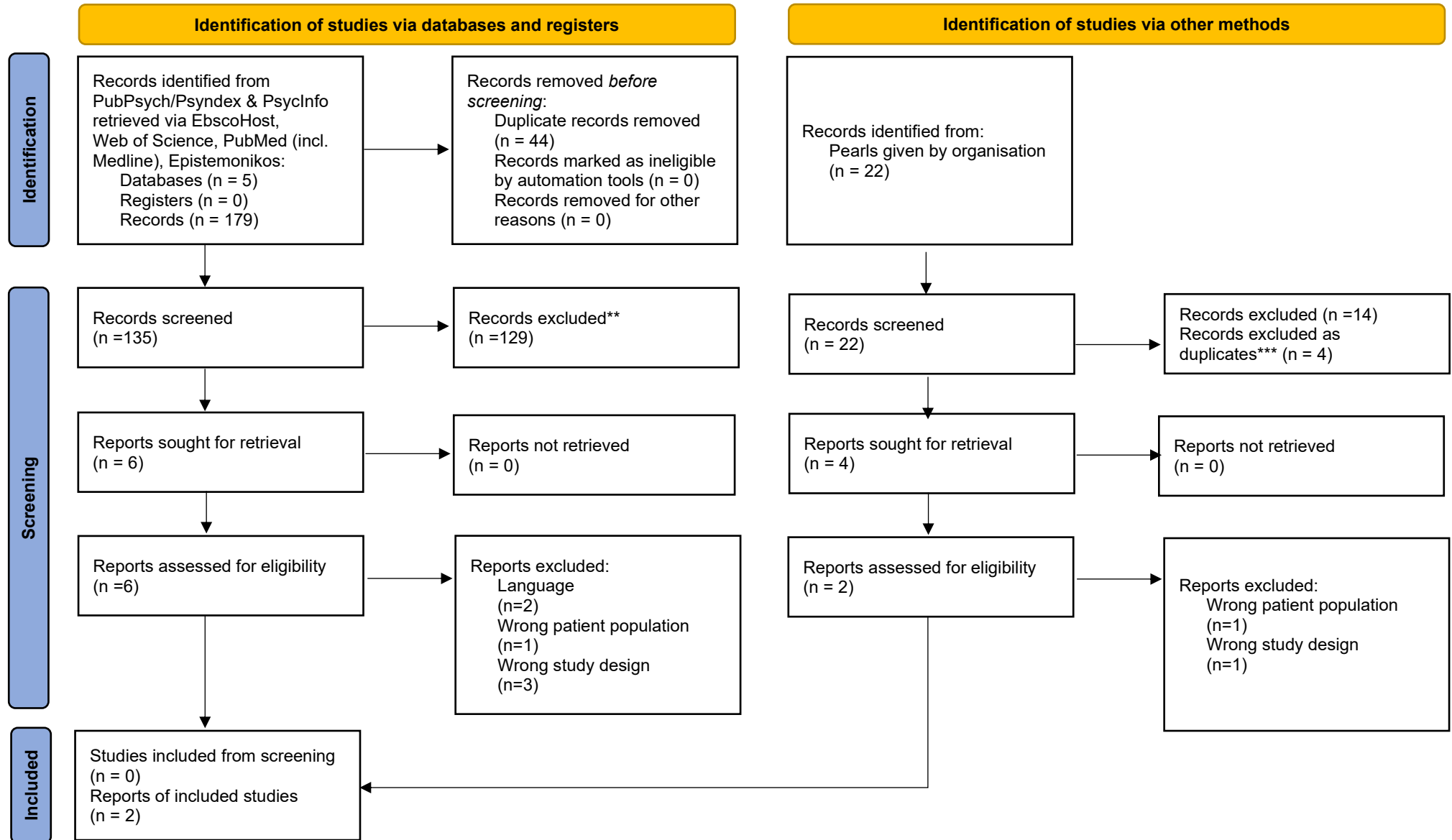
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Dinnen, S., Simiola, V., & Cook, J. M. (2015). Post-traumatic stress disorder in older adults: a systematic review of the psychotherapy treatment literature. <i>Aging & mental health</i> , 19(2), 144–150. https://doi.org/10.1080/13607863.2014.920299	Wrong patient population
Dworschak, C., Heim, E., & Maercker, A. (2022). Efficacy of internet-based interventions for common mental disorder symptoms and psychosocial problems in older adults: A systematic review and meta-analysis. <i>Internet interventions</i> , 27, 100498. https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100498	Wrong patient population
Hucklenbroich, K., Burgmer, M., & Heuft, G. (2014). Psychische Folgen von früheren und akuten Traumatisierungen bei Älteren. Klinische Präsentation, Diagnostik und Therapie [Psychological consequences of earlier and acute traumatization in the elderly. Clinical presentation, diagnosis, and therapy]. <i>Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie</i> , 47(3), 202–208. https://doi.org/10.1007/s00391-014-0625-x	Wrong publication type
Khouzam H. R. (2008). Posttraumatic stress disorder and aging. <i>Postgraduate medicine</i> , 120(3), 122–129. https://doi.org/10.3810/pgm.2008.09.1913	Wrong publication type
Weintraub, D., & Ruskin, P. E. (1999). Posttraumatic stress disorder in the elderly: a review. <i>Harvard review of psychiatry</i> , 7(3), 144–152.	Wrong publication type
Bloch, F., Rigaud, A., & Kemoun, G. (2013). Virtual Reality Exposure Therapy in posttraumatic stress disorder: A brief review to open new opportunities for post-fall syndrome in elderly subjects. <i>European Geriatric Medicine</i> , 4, 427–430.	Wrong study design
Böttche, M., & Knaevelsrud, C. (2017). Psychotherapie bei posttraumatischen Belastungsstörungen im Alter [Psychotherapy for posttraumatic stress disorder in older adults]. <i>Der Nervenarzt</i> , 88(11), 1234–1239. https://doi.org/10.1007/s00115-017-0409-9	Wrong study design
Busuttil, W. (2004). Presentations and management of post-traumatic stress disorder and the elderly: A need for investigation. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> , 19(5), 429–439. https://doi.org/10.1002/gps.1099	Wrong study design
Cook, J. M., McCarthy, E., & Thorp, S. R. (2017). Older Adults with PTSD: Brief State of Research and Evidence-Based Psychotherapy Case Illustration. <i>The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry</i> , 25(5), 522–530. https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.12.016	Wrong study design
Martinez-Clavera, Clara & James, Sarah & Bowditch, Eva & Kuruvilla, Tarun. (2017). Delayed-onset post-traumatic stress disorder symptoms in dementia. <i>Progress in Neurology and Psychiatry</i> . 21. 26-31. 10.1002/pnp.477 .	Wrong study design
Owens, G. P., Baker, D. G., Kasckow, J., Ciesla, J. A., & Mohamed, S. (2005). Review of assessment and treatment of PTSD among elderly American armed forces veterans. <i>International journal of geriatric psychiatry</i> , 20(12), 1118–1130. https://doi.org/10.1002/gps.1408	Wrong study design
Barton, S., Karner, C., Salih, F., Baldwin, D. S., & Edwards, S. J. (2014). Clinical effectiveness of interventions for treatment-resistant anxiety in older people: a	Wrong study design

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
van Minnen, A., Zoellner, L. A., Harned, M. S., & Mills, K. (2015). Changes in comorbid conditions after prolonged exposure for PTSD: a literature review. <i>Current psychiatry reports</i> , 17(3), 549. https://doi.org/10.1007/s11920-015-0549-1	Wrong patient population
Cook, J. M., & Simiola, V. (2018). Trauma and Aging. <i>Current psychiatry reports</i> , 20(10), 93. https://doi.org/10.1007/s11920-018-0943-6	Wrong study design

systematic review. <i>Health technology assessment (Winchester, England)</i> , 18(50), 1–vi. https://doi.org/10.3310/hta18500	



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

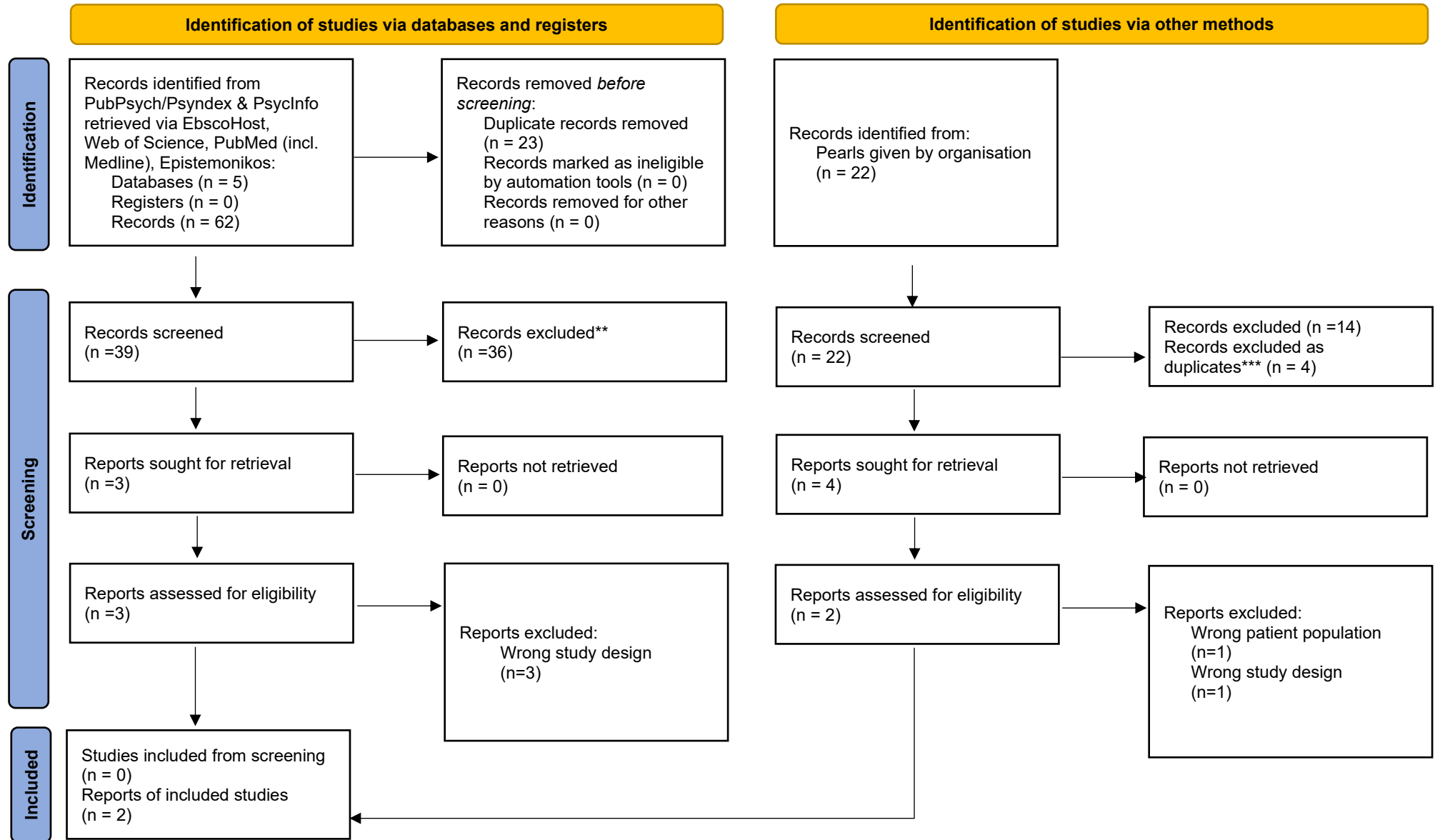
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Bruno, M., & Lepetit, A. (2015). Les troubles anxieux de la personne âgée [Anxiety disorders in older adults]. <i>Geriatric et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement</i> , 13(2), 205–213. https://doi.org/10.1684/pnv.2015.0534	Language
Charles, E., Garand, L., Ducrocq, F., & Clément, J. P. (2005). Etat de stress post-traumatique chez le sujet âgé [post-traumatic stress disorder in the elderly]. <i>Psychologie & neuropsychiatrie du vieillissement</i> , 3(4), 291–300.	Language
Stein, D. J., Ipser, J. C., & Seedat, S. (2006). Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> , 2006(1), CD002795. https://doi.org/10.1002/14651858.CD002795.pub2	Wrong patient population
Hucklenbroich, K., Burgmer, M., & Heuft, G. (2014). Psychische Folgen von früheren und akuten Traumatisierungen bei Älteren. Klinische Präsentation, Diagnostik und Therapie [Psychological consequences of earlier and acute traumatization in the elderly. Clinical presentation, diagnosis, and therapy]. <i>Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie</i> , 47(3), 202–208. https://doi.org/10.1007/s00391-014-0625-x	Wrong study design
Khouzam H. R. (2008). Posttraumatic stress disorder and aging. <i>Postgraduate medicine</i> , 120(3), 122–129. https://doi.org/10.3810/pgm.2008.09.1913	Wrong study design
Owens, G. P., Baker, D. G., Kasckow, J., Ciesla, J. A., & Mohamed, S. (2005). Review of assessment and treatment of PTSD among elderly American armed forces veterans. <i>International journal of geriatric psychiatry</i> , 20(12), 1118–1130. https://doi.org/10.1002/gps.1408	Wrong study design

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
van Minnen, A., Zoellner, L. A., Harned, M. S., & Mills, K. (2015). Changes in comorbid conditions after prolonged exposure for PTSD: a literature review. <i>Current psychiatry reports</i> , 17(3), 549. https://doi.org/10.1007/s11920-015-0549-1	Wrong patient population
Cook, J. M., & Simiola, V. (2018). Trauma and Aging. <i>Current psychiatry reports</i> , 20(10), 93. https://doi.org/10.1007/s11920-018-0943-6	Wrong study design



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/register).

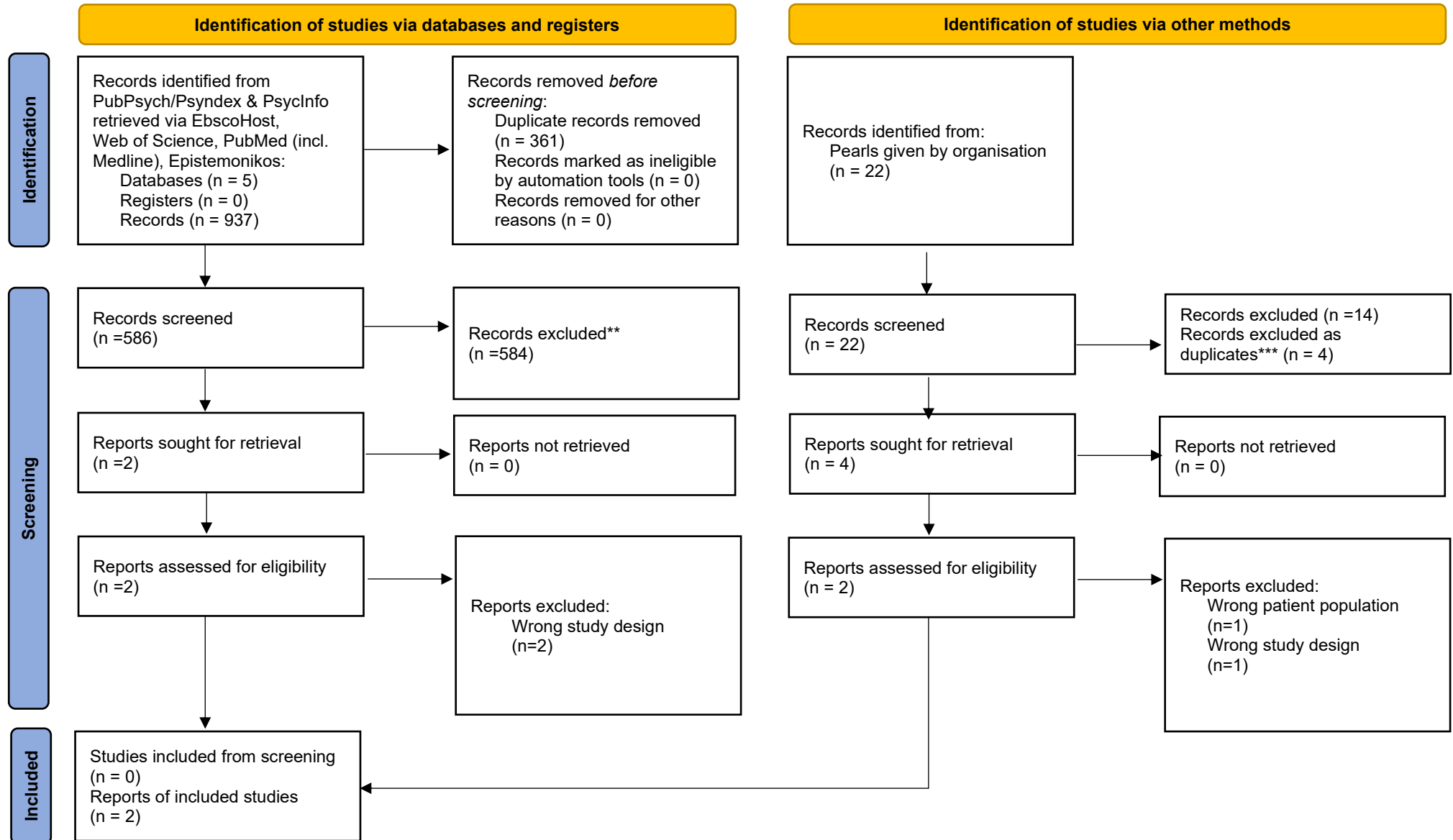
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Ganzel B. L. (2018). Trauma-Informed Hospice and Palliative Care. <i>The Gerontologist</i> , 58(3), 409–419. https://doi.org/10.1093/geront/gnw146	Wrong study design
Meyerson, J. L., O'Malley, K. A., Obas, C. E., & Hinrichs, K. L. M. (2023). Lived Experience: A Case-Based Review of Trauma-Informed Hospice and Palliative Care at a Veterans Affairs Medical Center. <i>The American journal of hospice & palliative care</i> , 40(3), 329–336. https://doi.org/10.1177/10499091221116098	Wrong study design
Kelly A O'Malley, Jennifer L Sullivan, Whitney Mills, Jane Driver, Jennifer Moye, Trauma-Informed Care in Long-Term Care Settings: From Policy to Practice, <i>The Gerontologist</i> , Volume 63, Issue 5, June 2023, Pages 803–811, https://doi.org/10.1093/geront/gnac072	Wrong study design

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
van Minnen, A., Zoellner, L. A., Harned, M. S., & Mills, K. (2015). Changes in comorbid conditions after prolonged exposure for PTSD: a literature review. <i>Current psychiatry reports</i> , 17(3), 549. https://doi.org/10.1007/s11920-015-0549-1	Wrong patient population
Cook, J. M., & Simiola, V. (2018). Trauma and Aging. <i>Current psychiatry reports</i> , 20(10), 93. https://doi.org/10.1007/s11920-018-0943-6	Wrong study design



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

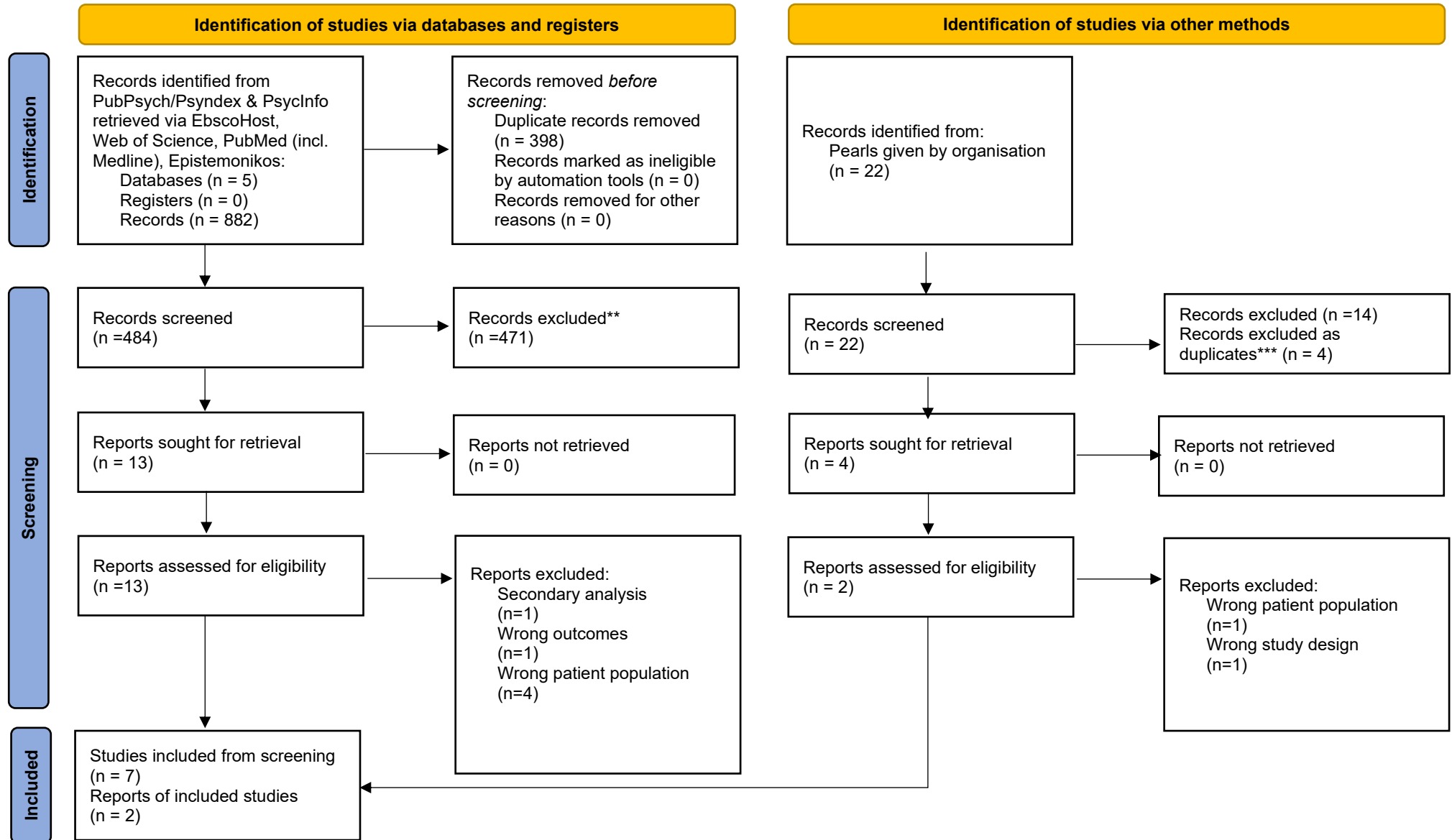
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Owens, G. P., Baker, D. G., Kasckow, J., Ciesla, J. A., & Mohamed, S. (2005). Review of assessment and treatment of PTSD among elderly American armed forces veterans. <i>International journal of geriatric psychiatry</i> , 20(12), 1118–1130. https://doi.org/10.1002/gps.1408	Wrong study design
Cook, J. M., McCarthy, E., & Thorp, S. R. (2017). Older Adults with PTSD: Brief State of Research and Evidence-Based Psychotherapy Case Illustration. <i>The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry</i> , 25(5), 522–530. https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.12.016	Wrong study design

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
van Minnen, A., Zoellner, L. A., Harned, M. S., & Mills, K. (2015). Changes in comorbid conditions after prolonged exposure for PTSD: a literature review. <i>Current psychiatry reports</i> , 17(3), 549. https://doi.org/10.1007/s11920-015-0549-1	Wrong patient population
Cook, J. M., & Simiola, V. (2018). Trauma and Aging. <i>Current psychiatry reports</i> , 20(10), 93. https://doi.org/10.1007/s11920-018-0943-6	Wrong study design



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

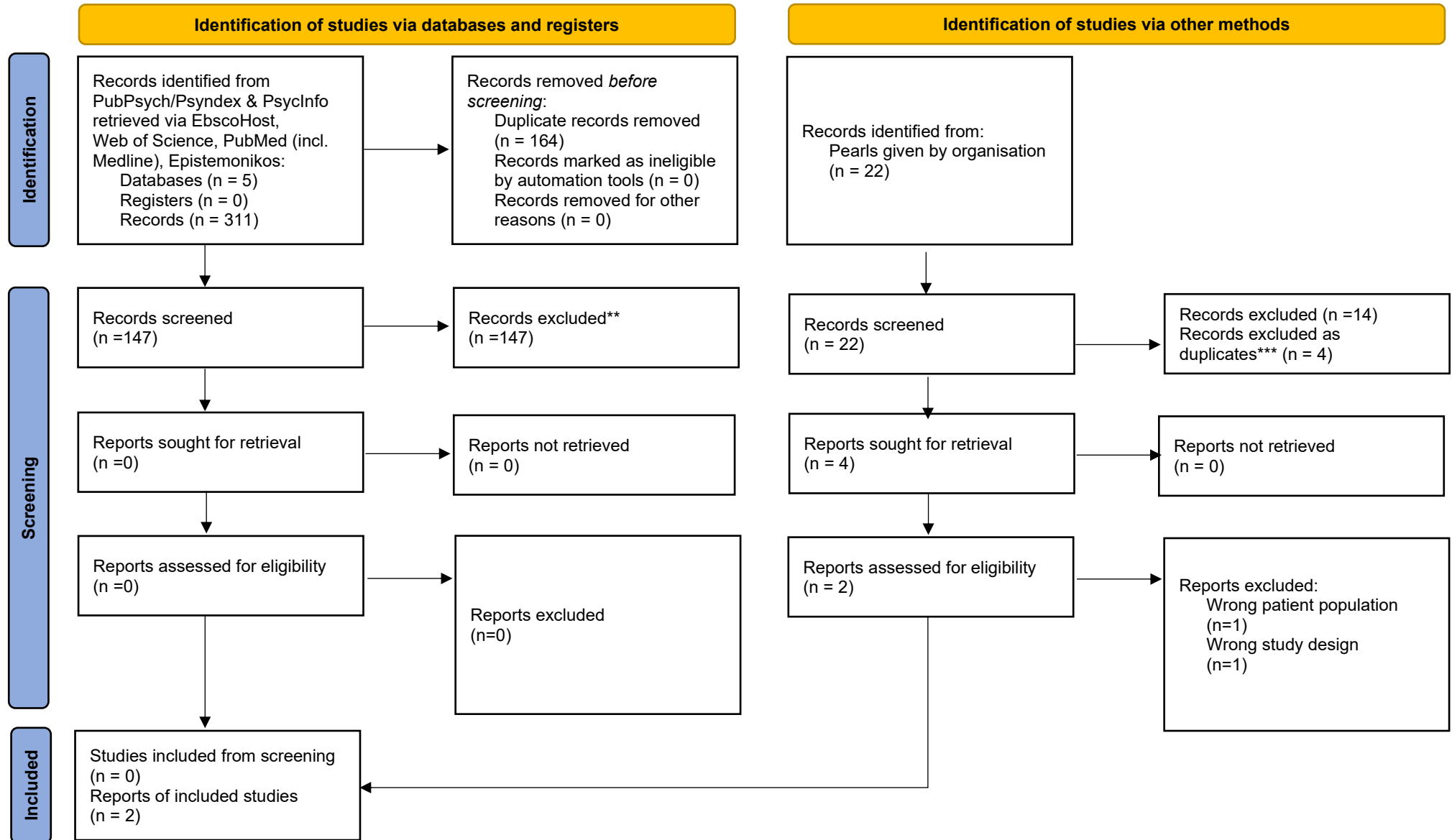
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Böttche, M., Kuwert, P., Pietrzak, R. H., & Knaevelsrud, C. (2016). Predictors of outcome of an Internet-based cognitive-behavioural therapy for post-traumatic stress disorder in older adults. <i>Psychology and psychotherapy</i> , 89(1), 82–96. https://doi.org/10.1111/papt.12069	Secondary analysis
Lely, J. C. G., De la Rie, S. M., Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2019). Stronger than my ghosts: Narrative exposure therapy and cognitive recovery in later life. <i>Journal of Loss and Trauma</i> , 24(4), 369–382. https://doi.org/10.1080/15325024.2019.1603008	Wrong outcomes
Lely, J. C. G., Ter Heide, F. J. J., Moerbeek, M., Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2022). Psychopathology and resilience in older adults with posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial comparing narrative exposure therapy and present-centered therapy. <i>European journal of psychotraumatology</i> , 13(1), 2022277. https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2022277	Wrong patient population
Lely, J. C. G., Knipscheer, J. W., Moerbeek, M., Ter Heide, F. J. J., van den Bout, J., & Kleber, R. J. (2019). Randomised controlled trial comparing narrative exposure therapy with present-centred therapy for older patients with post-traumatic stress disorder. <i>The British journal of psychiatry : the journal of mental science</i> , 214(6), 369–377. https://doi.org/10.1192/bjp.2019.59	Wrong patient population
Schmidt, S., Hahm, S., & Freitag, S. (2018). Writing interventions in older adults and former children of the World War II: impact on quality of life and depression. <i>Aging & mental health</i> , 22(8), 1017–1024. https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1334036	Wrong patient population
Thorp, S. R., Stein, M. B., Jeste, D. V., Patterson, T. L., & Wetherell, J. L. (2012). Prolonged exposure therapy for older veterans with posttraumatic stress disorder: a pilot study. <i>The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry</i> , 20(3), 276–280. https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3182435ee9	Wrong patient population

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
van Minnen, A., Zoellner, L. A., Harned, M. S., & Mills, K. (2015). Changes in comorbid conditions after prolonged exposure for PTSD: a literature review. <i>Current psychiatry reports</i> , 17(3), 549. https://doi.org/10.1007/s11920-015-0549-1	Wrong patient population
Cook, J. M., & Simiola, V. (2018). Trauma and Aging. <i>Current psychiatry reports</i> , 20(10), 93. https://doi.org/10.1007/s11920-018-0943-6	Wrong study design



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

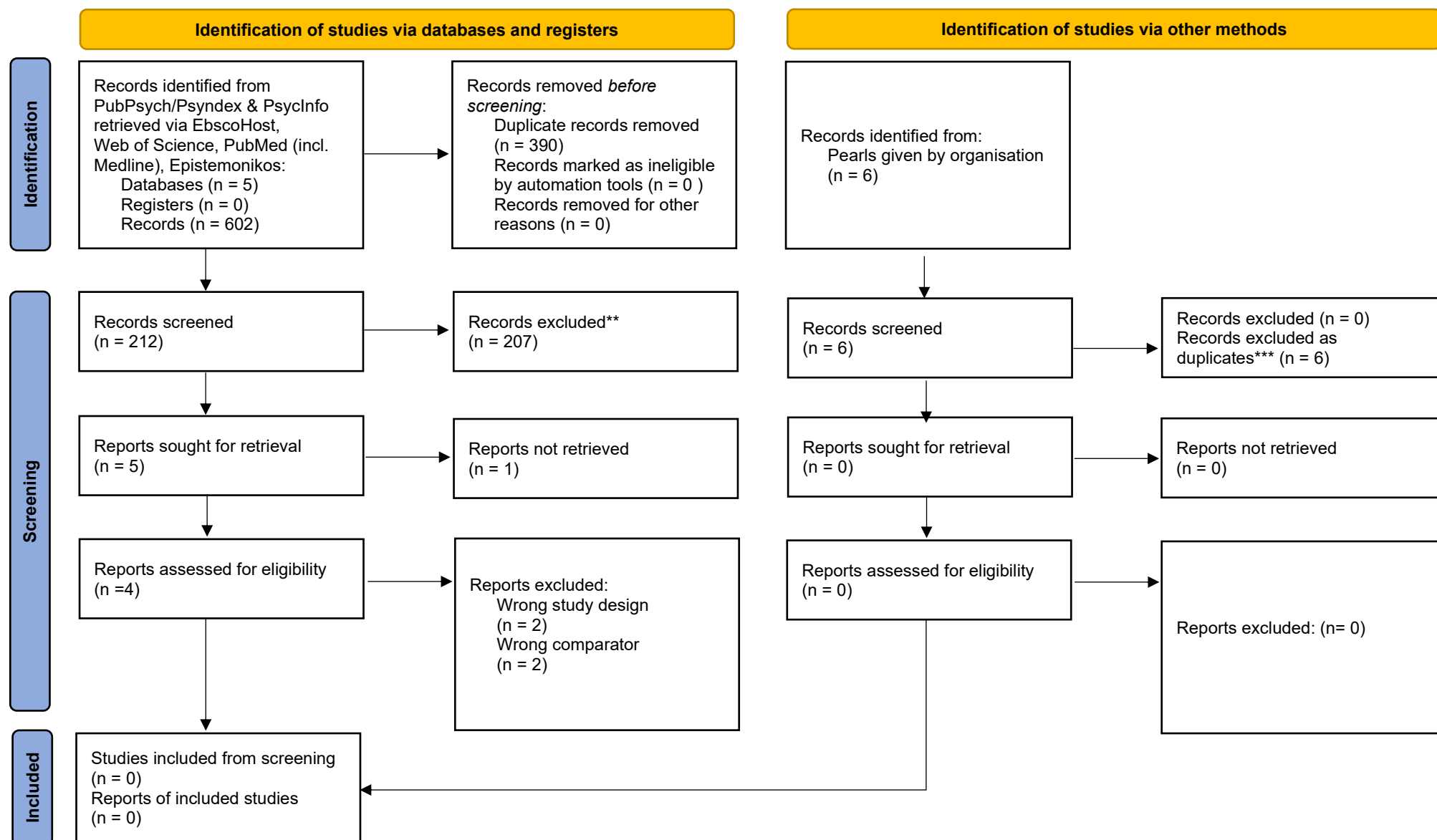
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
-	-

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
van Minnen, A., Zoellner, L. A., Harned, M. S., & Mills, K. (2015). Changes in comorbid conditions after prolonged exposure for PTSD: a literature review. <i>Current psychiatry reports</i> , 17(3), 549. https://doi.org/10.1007/s11920-015-0549-1	Wrong patient population
Cook, J. M., & Simiola, V. (2018). Trauma and Aging. <i>Current psychiatry reports</i> , 20(10), 93. https://doi.org/10.1007/s11920-018-0943-6	Wrong study design



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

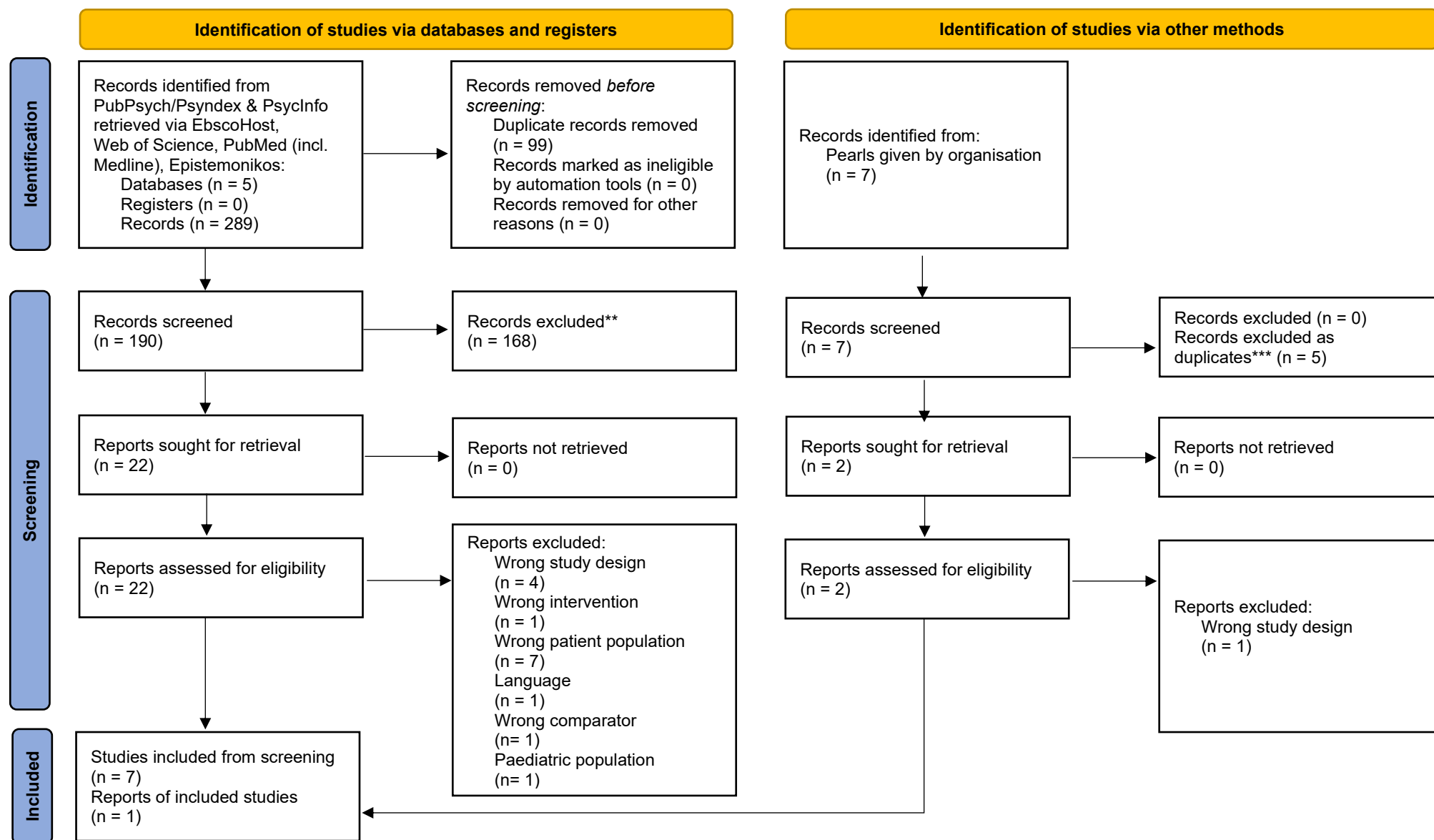
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Brunnet, A. E., Dos Santos Lobo, N., Silveira, T., Kristensen, C. H., & Derivois, D. (2020). Migrations, trauma and mental health: A literature update on psychological assessment. <i>L'Encephale</i> , 46(5), 364–371. https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.03.009	Wrong study design
Kronick R. (2018). Mental Health of Refugees and Asylum Seekers: Assessment and Intervention. <i>Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie</i> , 63(5), 290–296. https://doi.org/10.1177/0706743717746665	Wrong study design
Magwood, O., Kassam, A., Mavedatnia, D., Mendonca, O., Saad, A., Hasan, H., Madana, M., Ranger, D., Tan, Y., & Pottie, K. (2022). Mental Health Screening Approaches for Resettling Refugees and Asylum Seekers: A Scoping Review. <i>International journal of environmental research and public health</i> , 19(6), 3549. https://doi.org/10.3390/ijerph19063549	Wrong comparator
Magwood, O., Bellai-Dussault, K., Fox, G., McCutcheon, C., Adams, O., Saad, A., & Kassam, A. (2022). Diagnostic test accuracy of screening tools for post-traumatic stress disorder among refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. <i>Journal of migration and health</i> , 7, 100144. https://doi.org/10.1016/j.jmh.2022.100144	Wrong comparator

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/register).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

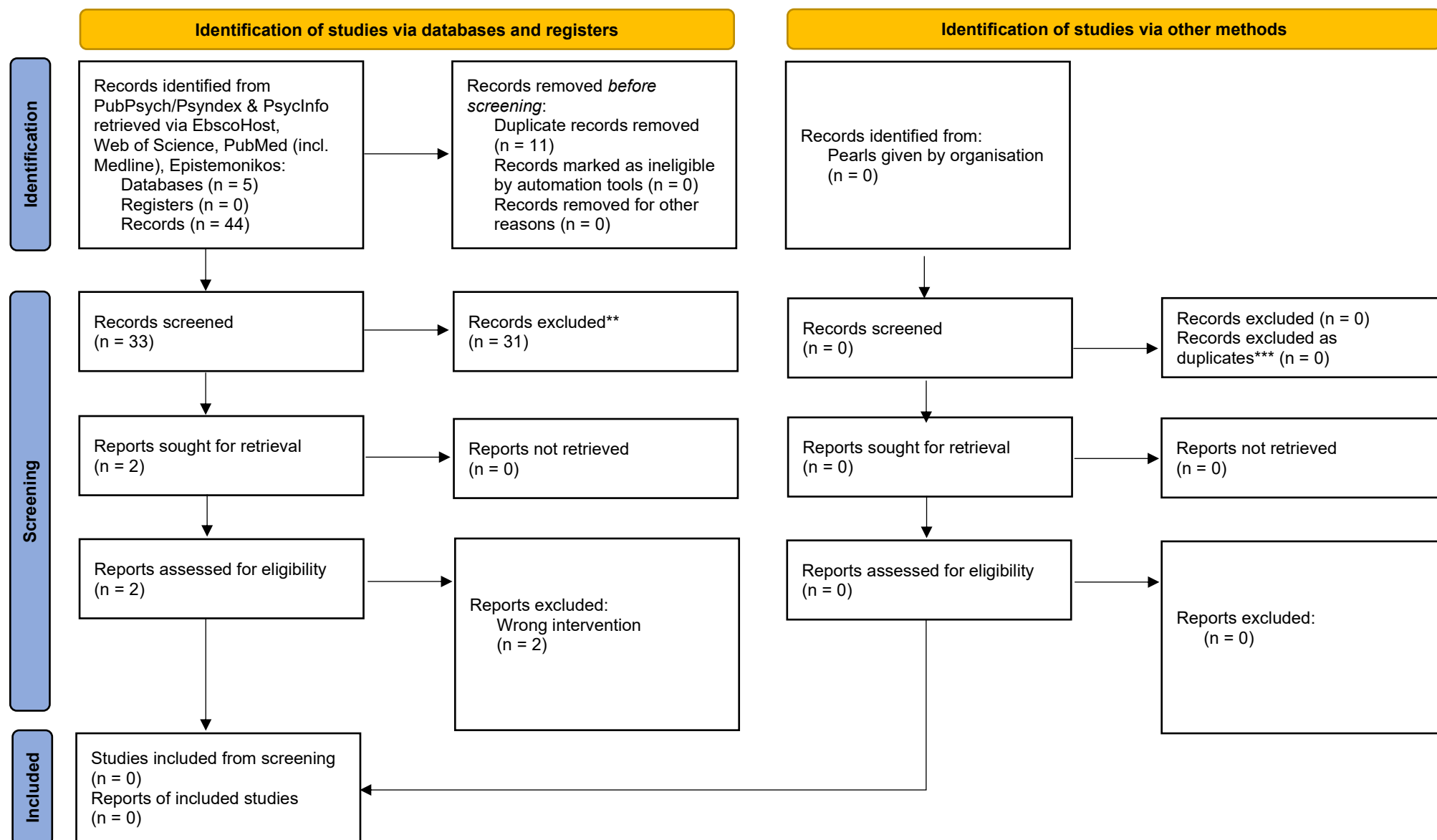
List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Demazure, G., Gaultier, S., & Pinsault, N. (2018). Dealing with difference: a scoping review of psychotherapeutic interventions with unaccompanied refugee minors. <i>European child & adolescent psychiatry</i> , 27(4), 447–466. https://doi.org/10.1007/s00787-017-1083-y	Wrong patient population
Eberle-Sejari, R., Nocon, A., & Rosner, R. (2015). Zur Wirksamkeit von psychotherapeutischen Interventionen bei jungen Flüchtlingen und Binnenvertriebenen mit posttraumatischen Symptomen: Ein systematischer Review [Treatment of posttraumatic symptoms in child and adolescent refugees: A systematic review]. <i>Kindheit und Entwicklung: Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie</i> , 24(3), 156–169. https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000171	Wrong patient population
de Fouchier, C., Blanchet, A., & Jehel, L. (2015). La thérapie comportementale et cognitive auprès des populations réfugiées victimes de torture et de guerre : Revue de la littérature [Cognitive and behavioral therapy with refugees torture survivors: A literature review]. <i>Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive</i> , 25(1), 12–20. https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2015.01.003	Wrong language
Kronick R. (2018). Mental Health of Refugees and Asylum Seekers: Assessment and Intervention. <i>Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie</i> , 63(5), 290–296. https://doi.org/10.1177/0706743717746665	Wrong study design
McLean, C. P., Levy, H. C., Miller, M. L., & Tolin, D. F. (2022). Exposure therapy for PTSD: A meta-analysis. <i>Clinical psychology review</i> , 91, 102115. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102115	Wrong comparator
Naseh, Mitra, Mark J. Macgowan, Eric F. Wagner, Zahra Abtahi, Miriam Potocky, and Paul H. Stuart. "Cultural Adaptations in Psychosocial Interventions for Post-Traumatic Stress Disorder among Refugees: A Systematic Review." <i>Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work</i> 28, no. 1 (2019): 76–97. doi:10.1080/15313204.2019.1570891.	Wrong patient population
Nickerson, A., Bryant, R. A., Silove, D., & Steel, Z.	Wrong patient population

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
Barbui, C., Purgato, M., Abdulmalik, J., Acarturk, C., Eaton, J., Gastaldon, C., Gureje, O., Hanlon, C., Jordans, M., Lund, C., Nosè, M., Ostuzzi, G., Papola, D., Tedeschi, F., Tol, W., Turrini, G., Patel, V., & Thornicroft, G. (2020). Efficacy of psychosocial interventions for mental health outcomes in low-income and middle-income countries: an umbrella review. <i>The lancet. Psychiatry</i> , 7(2), 162–172. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30511-5	Wrong study design

(2011). A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. <i>Clinical psychology review</i> , 31(3), 399–417. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.10.004	
Palic, S., & Elklit, A. (2011). Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder in adult refugees: a systematic review of prospective treatment outcome studies and a critique. <i>Journal of affective disorders</i> , 131(1-3), 8–23. https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.07.005	Wrong intervention
Sykinioti, S. (2019). The effectiveness of eye movement desensitisation and reprocessing with refugees experiencing symptoms of posttraumatic stress disorder, <i>European Journal of Trauma & Dissociation</i> , 3(1), 49-55. https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2018.08.001 .	Wrong study design
Thompson, C. T., Vidgen, A., & Roberts, N. P. (2018). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. <i>Clinical psychology review</i> , 63, 66–79. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.006	Wrong patient population
Tribe, R. H., Sendt, K. V., & Tracy, D. K. (2019). A systematic review of psychosocial interventions for adult refugees and asylum seekers. <i>Journal of Mental Health</i> , 28(6), 662–676. https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1322182	Wrong study design
Turrini, G., Purgato, M., Acarturk, C., Anttila, M., Au, T., Ballette, F., Bird, M., Carswell, K., Churchill, R., Cuijpers, P., Hall, J., Hansen, L. J., Kösters, M., Lantta, T., Nosè, M., Ostuzzi, G., Sijbrandij, M., Tedeschi, F., Valimaki, M., Wancata, J., ... Barbui, C. (2019). Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in asylum seekers and refugees: systematic review and meta-analysis. <i>Epidemiology and psychiatric sciences</i> , 28(4), 376–388. https://doi.org/10.1017/S2045796019000027	Wrong patient population
Wei, Y., & Chen, S. (2021). Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Psychological trauma : theory, research, practice and policy</i> , 13(8), 877–884. https://doi.org/10.1037/tra0000922	Wrong patient population
Yus, I., Guillén-Riquelme, A., y Quevedo-Blasco, R. (2023). Meta-análisis de la eficacia de intervenciones psicológicas en menores refugiados [Meta-analysis on the efficacy of psychological interventions in minor refugees]. <i>Revista Iberoamericana de Psicología y Salud</i> , 14(1), 26-39. https://doi.org/10.23923/j.rips.2023.01.063	Wrong study design

Rittmannsberger, D.; Kocman, A.; Weber, G.; Lueger-Schuster, B. (xxxx). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in people with intellectual disabilities: A Delphi expert rating	Paediatric population



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

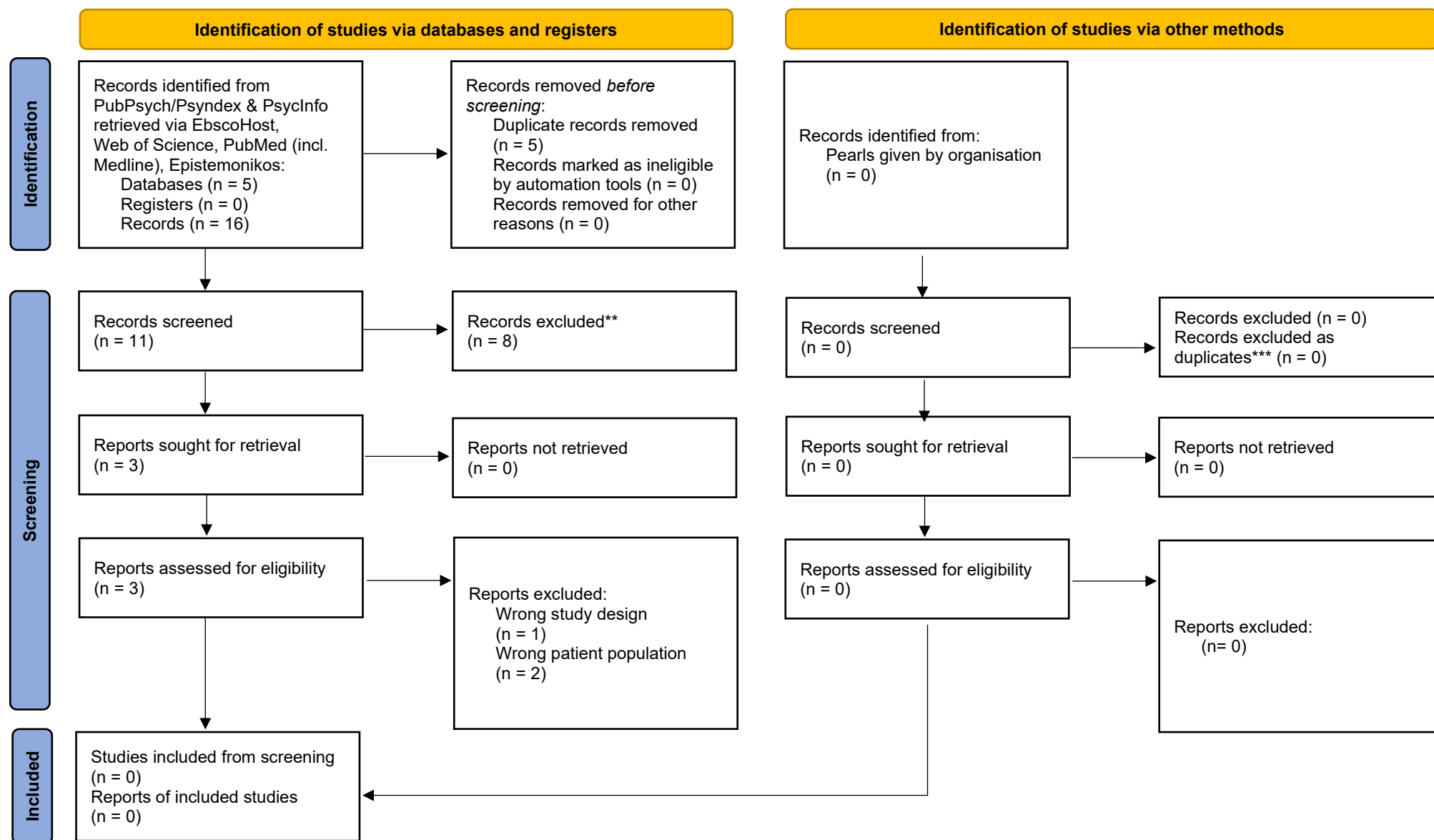
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Alfadhli, K., & Drury, J. (2016). Psychosocial support among refugees of conflict in developing countries: A critical literature review. Intervention: Journal of Mental Health and Psychosocial Support in Conflict Affected Areas, 14(2), 128–141. https://doi.org/10.1097/WTF.0000000000000119	Wrong intervention
Patel, N., Kellezi, B., & Williams, A. C. (2014). Psychological, social and welfare interventions for psychological health and well-being of torture survivors. The Cochrane database of systematic reviews, 2014(11), CD009317. https://doi.org/10.1002/14651858.CD009317.pub2	Wrong intervention

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

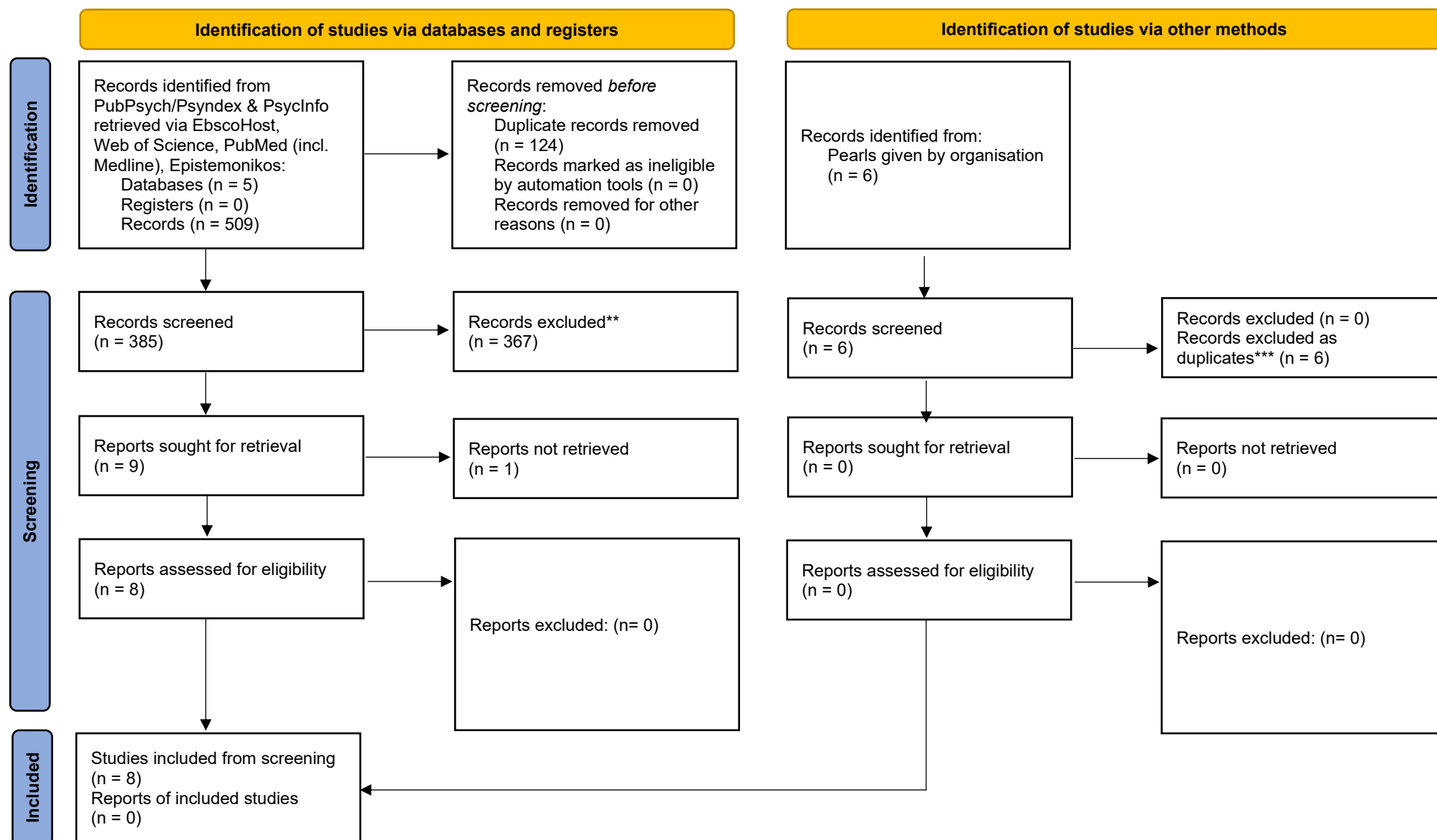
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Feen-Calligan, H., Ruvolo Grasser, L., Debryn, J., Nasser, S., Jackson, C., Seguin, D., & Javanbakht, A. (2020). Art therapy with Syrian refugee youth in the United States: An intervention study. <i>The Arts in Psychotherapy</i> , 69, Article 101665. https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101665	Wrong study design
Mazzeo, G., & Bendixen, R. (2023). Community-Based Interventions for Childhood Trauma: A Scoping Review. <i>OTJR : occupation, participation and health</i> , 43(1), 14–23. https://doi.org/10.1177/15394492221091718	Wrong patient population
Zadeh, R., Jogia, J. (2023). The use of art therapy in alleviating mental health symptoms in refugees: A literature review. <i>International Journal of Mental Health Promotion</i> , 25(3), 309-326. https://doi.org/10.32604/ijmhp.2023.022491	Wrong patient population

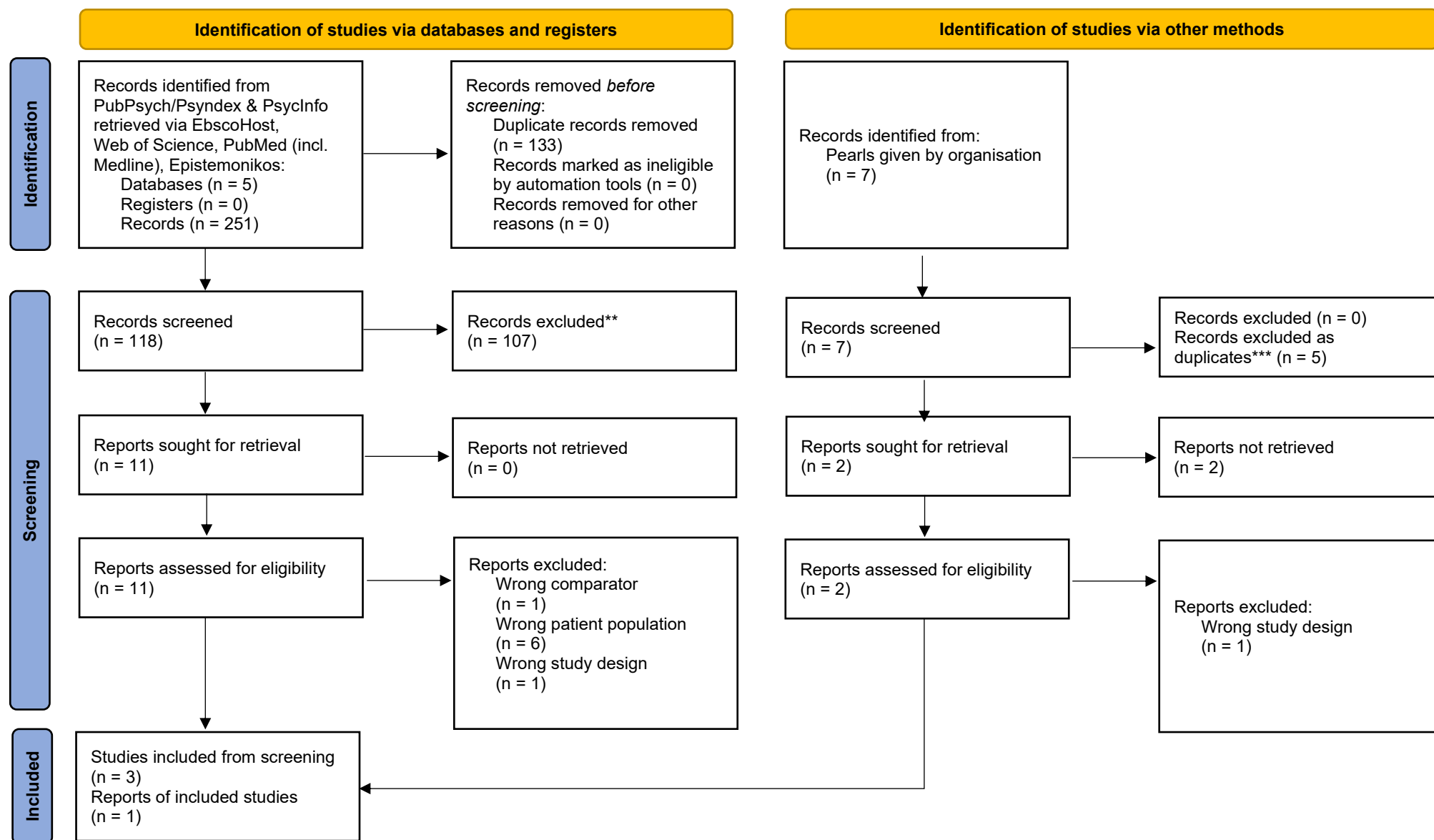
Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/register).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

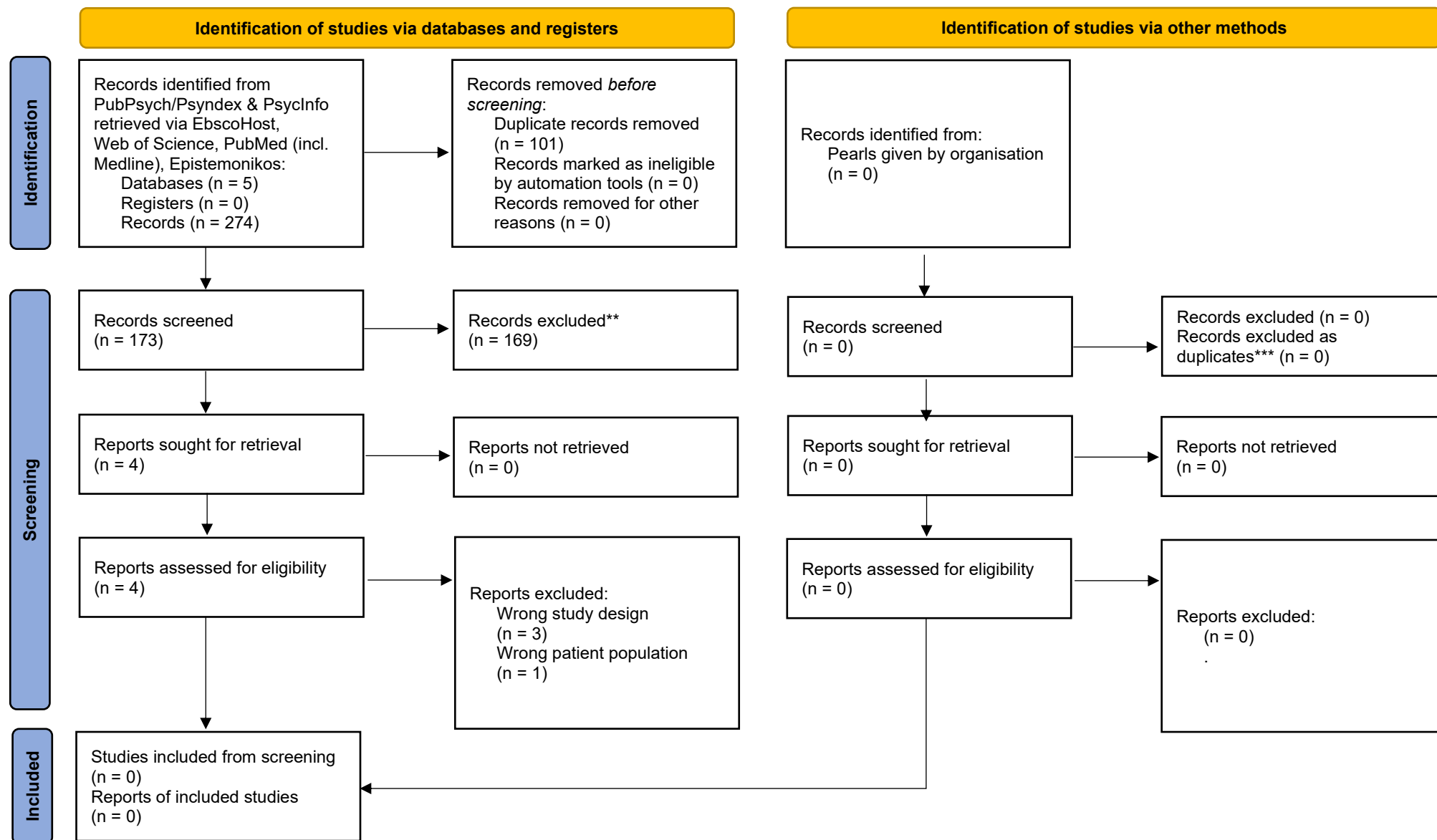
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Buhman, C., Mortensen, E. L., Lundström, S., Ryberg, J., Nordentoft, M., & Ekström, M. (2014). Symptoms, quality of life and level of functioning of traumatized refugees at psychiatric trauma clinic in Copenhagen. <i>Torture : quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture</i> , 24(1), 25–39.	Wrong patient population
Hinton, D. E., Pich, V., Hofmann, S. G., & Otto, M. W. (2013). Acceptance and mindfulness techniques as applied to refugee and ethnic minority populations with PTSD: Examples from "Culturally Adapted CBT". <i>Cognitive and Behavioral Practice</i> , 20(1), 33–46. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.09.001	Wrong study design
Kananian, S., Ayoughi, S., Farugie, A., Hinton, D., & Stangier, U. (2017). Transdiagnostic culturally adapted CBT with Farsi-speaking refugees: a pilot study. <i>European journal of psychotraumatology</i> , 8(sup2), 1390362. https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1390362	Wrong patient population
Kananian, S., Soltani, Y., Hinton, D., & Stangier, U. (2020). Culturally Adapted Cognitive Behavioral Therapy Plus Problem Management (CA-CBT+) With Afghan Refugees: A Randomized Controlled Pilot Study. <i>Journal of traumatic stress</i> , 33(6), 928–938. https://doi.org/10.1002/jts.22615	Wrong patient population
Kobel, F., Morawa, E., & Erim, Y. (2020). Effectiveness of Inpatient Psychotherapy for Patients With and Without Migratory Background: Do They Benefit Equally?. <i>Frontiers in psychiatry</i> , 11, 542. https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00542	Wrong patient population
Orang, T. M., Missmahl, I., Thoele, A. M., Valensise, L., Brenner, A., Gardisi, M., Peter, H., & Kluge, U. (2022). New directions in the mental health care of migrants, including refugees-A randomized controlled trial investigating the efficacy of value-based counselling. <i>Clinical psychology & psychotherapy</i> , 29(4), 1433–1446. https://doi.org/10.1002/cpp.2728	Wrong patient population
Jensen, Rikke & Laugesen, Henriette & Skammeritz, Signe & Mortensen, Erik & Carlsson, Jessica. (2018). Interpreter-mediated psychotherapy with trauma-affected refugees – A retrospective cohort	Wrong comparator

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
Barbui, C., Purgato, M., Abdulmalik, J., Acarturk, C., Eaton, J., Gastaldon, C., Gureje, O., Hanlon, C., Jordans, M., Lund, C., Nosè, M., Ostuzzi, G., Papola, D., Tedeschi, F., Tol, W., Turrini, G., Patel, V., & Thornicroft, G. (2020). Efficacy of psychosocial interventions for mental health outcomes in low-income and middle-income countries: an umbrella review. <i>The lancet. Psychiatry</i> , 7(2), 162–172. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30511-5	Wrong study design

study. Psychiatry Research. 271. 10.1016/j.psychres.2018.12.058.	
Stammel, N., Knaevelsrud, C., Schock, K., Walther, L. C. S., Wenk-Ansohn, M., & Böttche, M. (2017). Multidisciplinary treatment for traumatized refugees in a naturalistic setting: symptom courses and predictors. European journal of psychotraumatology, 8(sup2), 1377552. https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1377552	Wrong patient population



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

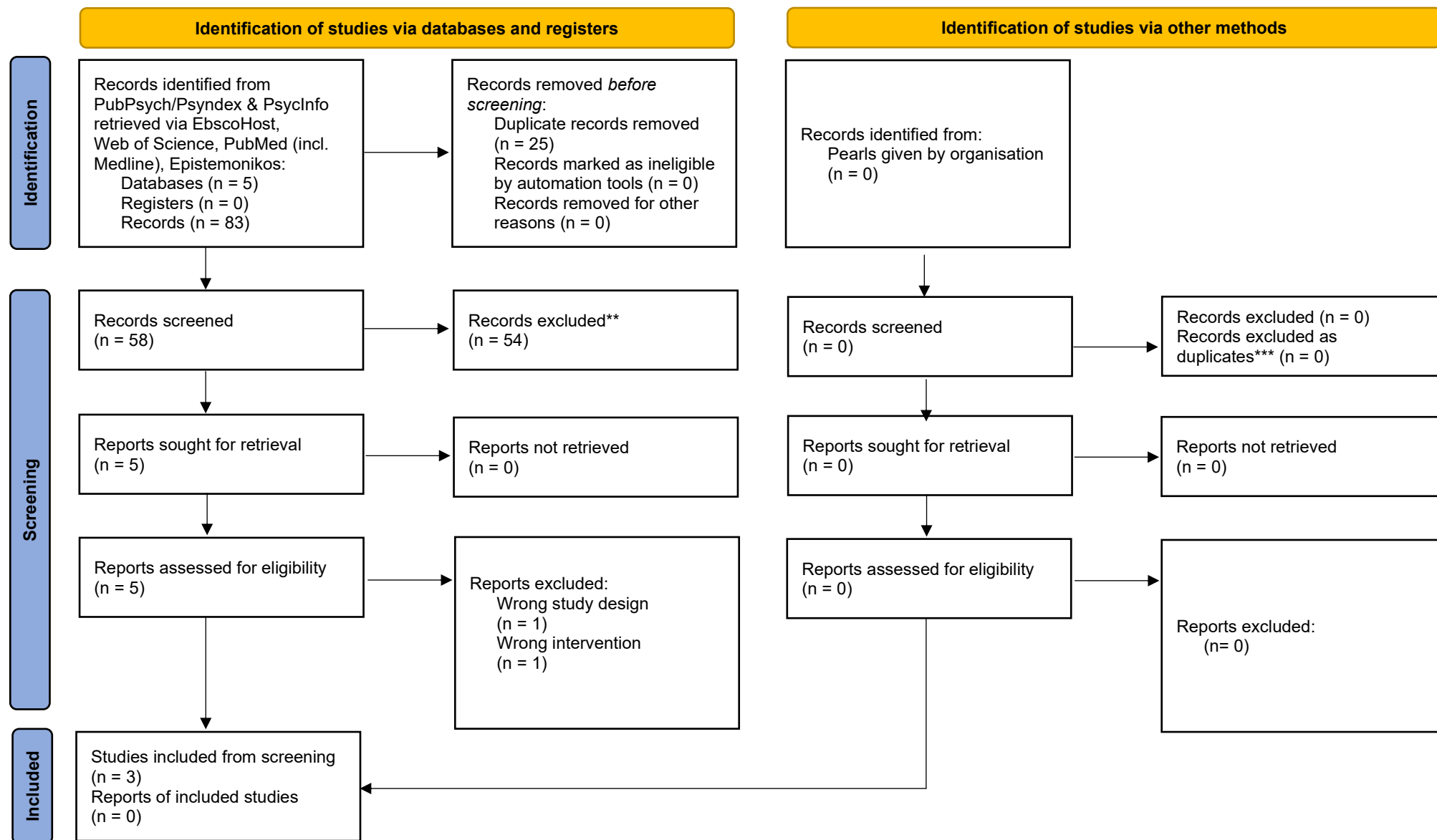
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Cohen, G. H., Tamrakar, S., Lowe, S., Sampson, L., Ettman, C., Kilpatrick, D., Linas, B. P., Ruggiero, K., & Galea, S. (2019). Improved social services and the burden of post-traumatic stress disorder among economically vulnerable people after a natural disaster: a modelling study. <i>The Lancet. Planetary health</i> , 3(2), e93–e101. https://doi.org/10.1016/S2542-5196(19)30012-9	Wrong patient population
Lacroix, M., & Sabbah, C. (2011). Posttraumatic Psychological Distress and Resettlement: The Need for a Different Practice in Assisting Refugee Families. <i>Journal of Family Social Work</i> , 14(1), 43–53. https://doi.org/10.1080/10522158.2011.523879	Wrong study design
Schei, B., & Dahl, S. (1999). The Burden Left My Heart: Psycho-Social Services Among Refugee Women in Zenica and Tuzla, Bosnia-Herzegovina During the War. <i>Women & Therapy</i> , 22(1), 139–151. https://doi.org/10.1300/J015v22n01_11	Wrong study design
Shimelash Yasegnal, A. (2023). War Related Psycho-Social Problems and Mitigating Strategies: A Time of Crisis, A Time to Act. <i>Illness, Crisis & Loss</i> , 31(3), 408-425. https://doi.org/10.1177/10541373211073507	Wrong study design

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

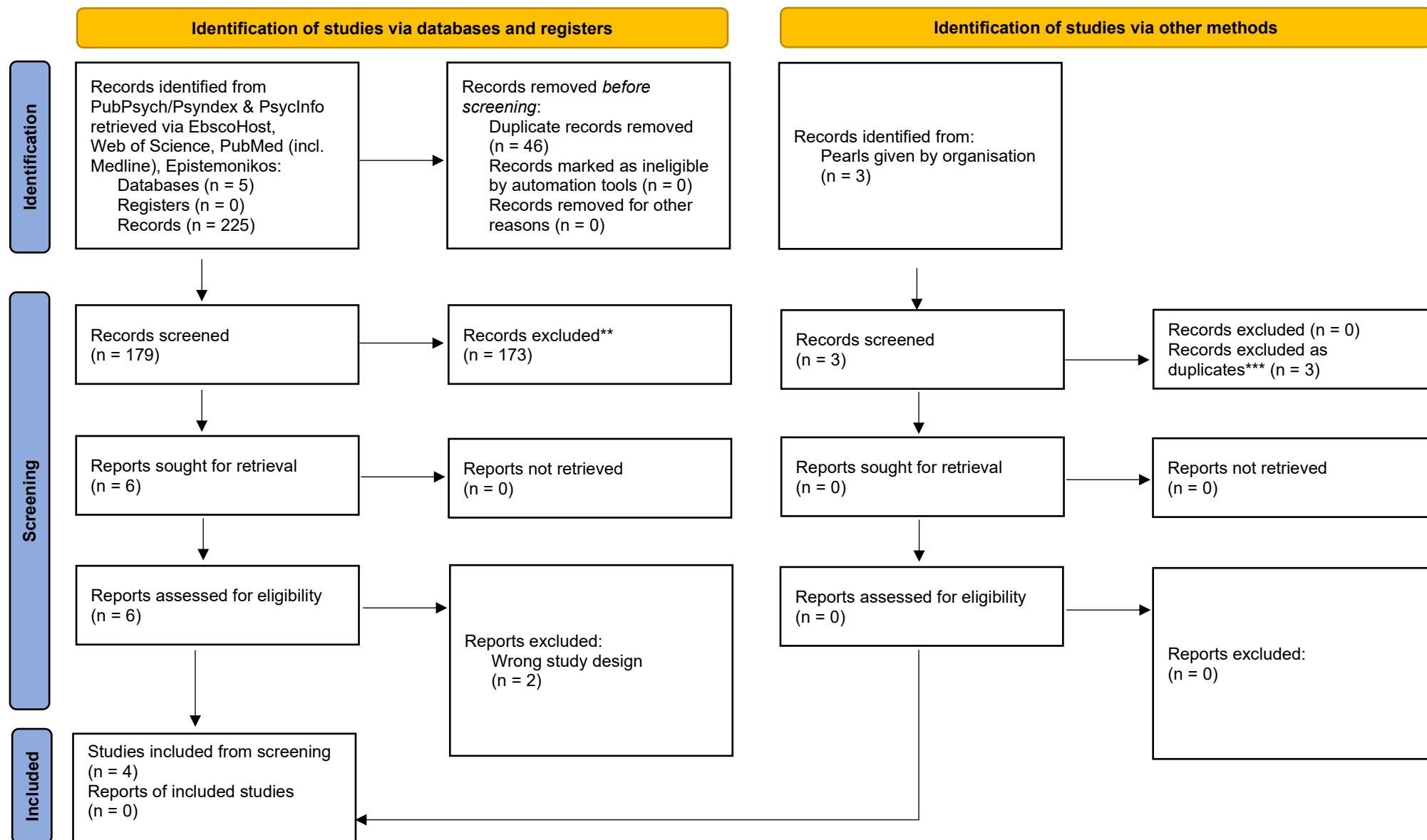
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Edwards, J. (2019). Creative arts therapies provide effective support in the aftermath of trauma. <i>The Arts in Psychotherapy</i> .	Wrong study design
Muller, J., Karl, A., Denke, C., Mathier, F., Dittmann, J., Rohleder, N., & Knaevelsrud, C. (2009). Biofeedback for pain management in traumatised refugees. <i>Cognitive behaviour therapy</i> , 38(3), 184–190. https://doi.org/10.1080/16506070902815024 (Retraction published <i>Cogn Behav Ther.</i> 2014;43(2):169)	Wrong intervention

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/register).

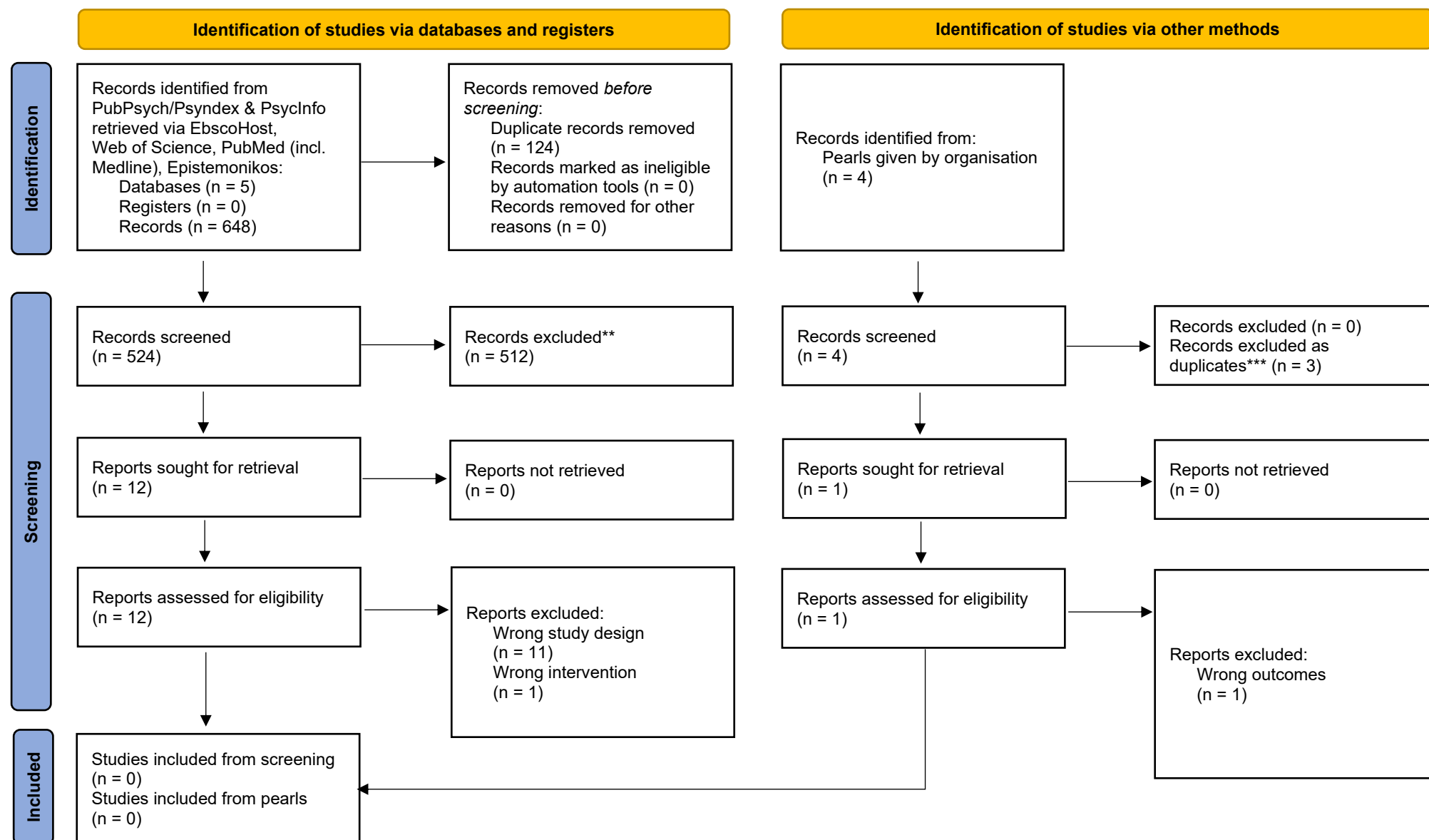
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
d'Ardenne, Patricia; Farmer, Elly (2009), Using interpreters in trauma therapy	Wrong study design
Schouler-Ocak, Meryam. (2017). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Traumazentrierte Psychotherapie bei Patienten mit Fluchthintergrund. Psychotherapeut. 62. 10.1007/s00278-017-0202-z.	Wrong study design

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/register).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

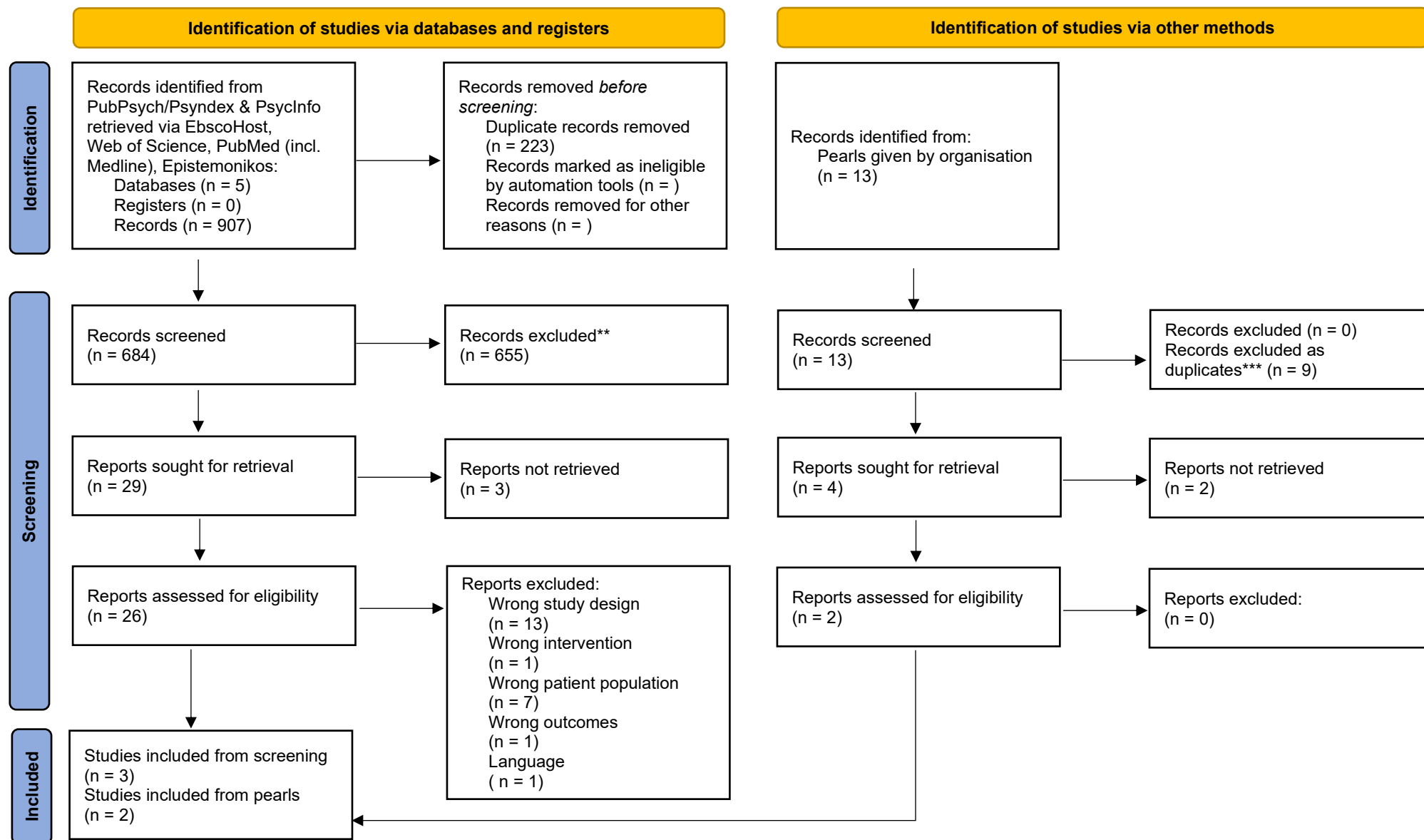
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Cowles, Megan; Randle-Phillips, Cathy; Medley, Andrew (2020). Compassion-focused therapy for trauma in people with intellectual disabilities: A conceptual review	Wrong intervention
Kildahl, Arvid Nikolai; Bakken, Trine Lise; Iversen, Trine Elisabeth; Helverschou, Sissel Berge (2019). Identification of post-traumatic stress disorder in individuals with autism spectrum disorder and intellectual disability: A systematic review	Wrong study design
Daveney, John; Hassiotis, Angela; Katona, Cornelius; Matcham, Faith; Sen, Piyal (2019). Ascertainment and prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) in people with intellectual disabilities	Wrong study design
Mevissen, L.; Jongh, A. de (2010). PTSD and its treatment in people with intellectual disabilities: a review of the literature	Wrong study design
Byrne, Gary (2022). A Systematic Review of Treatment Interventions for Individuals With Intellectual Disability and Trauma Symptoms: A Review of the Recent Literature	Wrong study design
Elbing, Ulrich; Mayer, Birgit; Büngener, Kerstin Lisbeth; Sievert, Elisabeth D. C.; Schäfer, Ingo (2022). Diagnostik und Therapie Posttraumatischer Belastungsstörungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung: Ein systematisches Review = Diagnosis and therapy of post-traumatic stress disorders in people with intellectual disabilities A systematic review	Wrong study design
McNally, Paddy; Taggart, Laurence; Shevlin, Mark (2021). Trauma experiences of people with an intellectual disability and their implications: A scoping review	Wrong study design
Smith, Alexander Nicholas; Laugharne, Richard; Oak, Katy; Shankar, Rohit (2021). Eye movement desensitisation and reprocessing therapy for people with intellectual disability in the treatment of emotional trauma and post traumatic stress disorder: A scoping review	Wrong study design
Jowett, Sally; Karatzias, Thanos; Brown, Michael; Grieve, Alan; Paterson, Douglas; Walley, Robert (2016). Eye movement desensitization and	Wrong study design

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
Schipper-Eindhoven SM, de Knecht NC, Mevissen L, van Loon J, de Vries R, Zhuniq M and Bekker MHJ (2024). EMDR treatment for people with intellectual disabilities: a systematic review about difficulties and adaptations PMID 38274435	Wrong outcomes

reprocessing (EMDR) for DSM-5 posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults with intellectual disabilities: A case study review	
Luteijn, Ilse; VanDerNagel, Joanneke E. L.; van Duijvenbode, Neomi; Haan, Hein A. de; Poelen, Evelien A. P.; Didden, Robert (2020). Post-traumatic stress disorder and substance use disorder in individuals with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: A review of treatment studies	Wrong study design
Gilderthorp, Rosanna C. (2015). Is EMDR an effective treatment for people diagnosed with both intellectual disability and post-traumatic stress disorder?	Wrong study design
Keesler, John M. (2020). Trauma-specific treatment for individuals with intellectual and developmental disabilities: A review of the literature from 2008 to 2018	Wrong study design



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

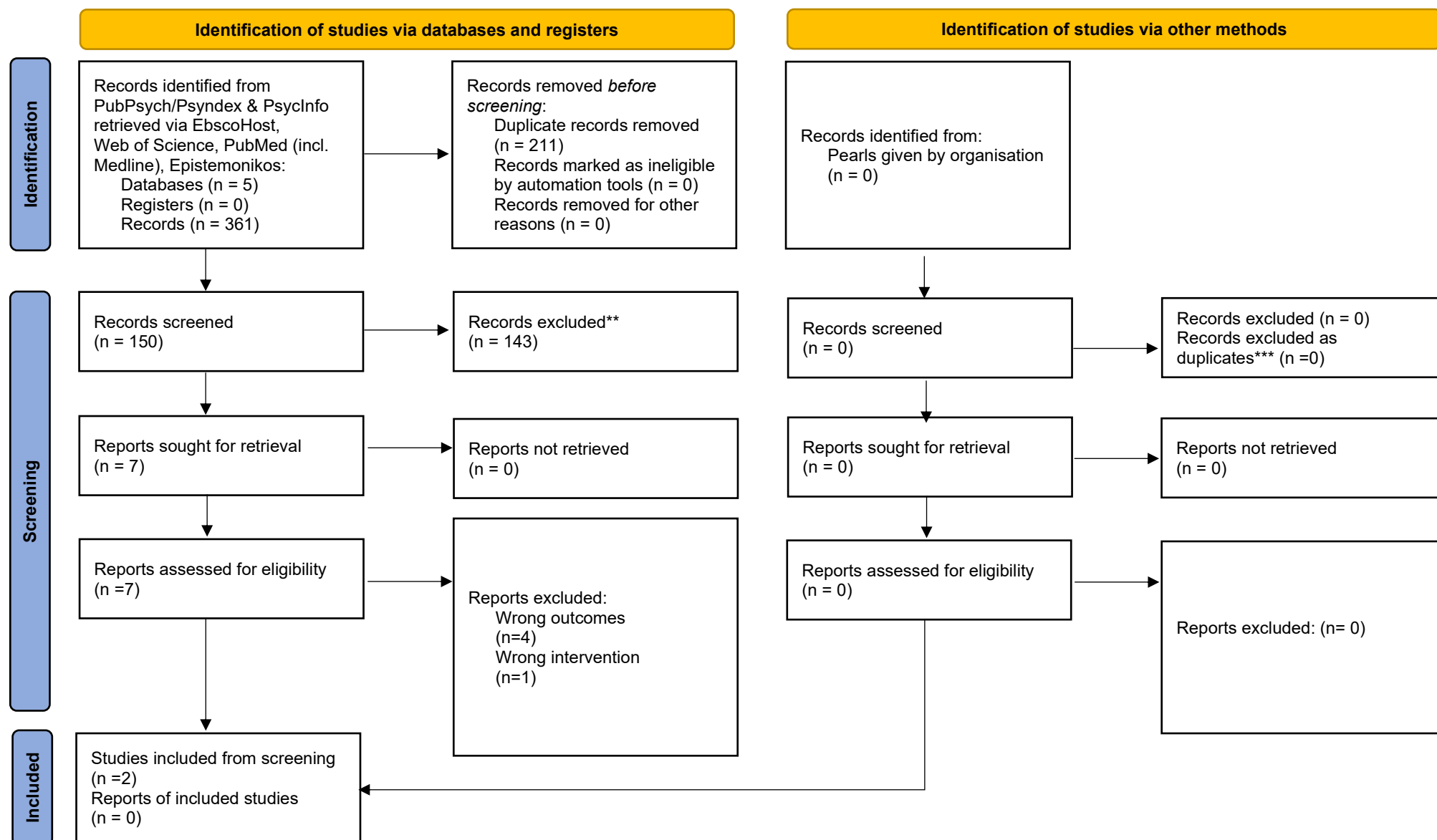
List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
van den Brink, A.; van Turnhout, T.; Aldenkamp, E. (xxxx). Behandeling van posttraumatische stressstoornis bij mensen met een laag IQ = Treatment of post-traumatic stress disorder in people with intellectual disability	Language
Shabalala, N.; Jasson, A. (xxxx) PTSD symptoms in intellectually disabled victims of sexual assault	Wrong intervention
Kildahl, an; Helverschou, S. B.; Bakken, T. L.; Oddli, H. W. (xxxx). "Driven and Tense, Stressed Out and Anxious": Clinicians' Perceptions of Post-Traumatic Stress Disorder Symptom Expressions in Adults with Autism and Intellectual Disability	Wrong patient population
Kildahl, an; Helverschou, S. B.; Bakken, T. L.; Oddli, H. W. (xxxx). "If we do not look for it, we do not see it": Clinicians' experiences and understanding of identifying post-traumatic stress disorder in adults with autism and intellectual disability	Wrong patient population
Mayer, B.; Elbing, U.; Ostermann, T. (xxxx). Trauma treatment using Narrative Exposure Therapy adapted to persons with intellectual disabilities or severe chronic mental disorders - a randomised controlled pilot study with an embedded observational study	Wrong patient population
Mevissen, L.; Didden, R.; Jongh, A. de; Korzilius, H. (xxxx). Assessing Posttraumatic Stress Disorder in Adults with Mild Intellectual Disabilities or Borderline Intellectual Functioning	Wrong patient population
Verhagen, I.; van der Heijden, R.; Jongh, A. de; Korzilius, H.; Mevissen, L.; Didden, R. (xxxx). Safety, Feasibility, and Efficacy of EMDR Therapy in Adults with PTSD and Mild Intellectual Disability or Borderline Intellectual Functioning and Mental Health Problems: A Multiple Baseline Study	Wrong patient population
Grossman, E. S.; Hoffman, Y. S.G.; Shrira, A. (xxxx). Learning based PTSD symptoms in persons with specific learning disabilities	Wrong patient population
Smits, H. J.H.; Seelen-de Lang, B. L.; Penterman, E. J.M.; Nijman, H. L.I.; Noorthoorn, E. O. (xxxx). Improvement in the quality of life of outpatients with severe mental illness in conjunction with intellectual disabilities and post-traumatic stress disorder	Wrong patient population
Rittmannsberger, D.; Weber, G.; Lueger-Schuster, B. (xxxx). Applicability of the post-traumatic stress disorder gate criterion in people with mild to	Wrong study design

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

moderate intellectual disabilities: Do additional adverse events impact current symptoms of PTSD in people with intellectual disabilities?	
Bakken, T. L.; Gjersoe, V.; Matre, E.; Kristiansen, T.; Ro, A.; Tveter, A. L.; Høidal, S. H.; Kildahl, (xxxx). PTSD in adults with intellectual disabilities: stabilisation during inpatient stay	Wrong study design
Bakken, T. L.; Kildahl, an; Gjersoe, V.; Matre, E.; Kristiansen, T.; Ro, A.; Tveter, A. L.; Hoidal, S. H. (xxxx). Identification of PTSD in adults with intellectual disabilities in five patients in a specialised psychiatric inpatient unit	Wrong study design
Borghus, A.; Dokkedahl, S.; Elklit, A. (xxxx). Pilot study: undetected post-traumatic stress disorder symptoms among intellectually disabled	Wrong study design
Marlow, K.; Schröder, T.; Tickle, A.; Renton, J. (xxxx). Adapting the protocol for narrative exposure therapy for adults with mild intellectual disabilities	Wrong study design
Rittmannsberger, D.; Kocman, A.; Weber, G.; Lueger-Schuster, B. (xxxx). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in people with intellectual disabilities: A Delphi expert rating	Wrong study design
Unwin, G.; Stenfert-Kroese, B.; Rogers, G.; Swain, S.; Hiles, S.; Clifford, C.; Farrell, D.; Willner, P. (xxxx). Some observations on remote delivery of eye-movement desensitisation and reprocessing to people with intellectual disabilities	Wrong study design
Barol, B. I.; Seubert, A. (xxxx). Stepping Stones: EMDR Treatment of Individuals With Intellectual and Developmental Disabilities and Challenging Behavior	Wrong study design
Buhler, Lynn (xxxx). Eye movement desensitization and reprocessing with adults with intellectual disability	Wrong study design
Daveney, J.; Hassiotis, A.; Katona, C.; Matcham, F.; Sen, P. (xxxx). Ascertainment and Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in People with Intellectual Disabilities	Wrong study design
Gilderthorp, R. C. (xxxx). Is EMDR an effective treatment for people diagnosed with both intellectual disability and post-traumatic stress disorder?	Wrong study design
Mevisen, L.; Lievegoed, R.; Seubert, A.; Jongh, A. de (xxxx). Treatment of PTSD in people with severe intellectual disabilities: A case series	Wrong study design
Porter, J. L.B. (xxxx). EMDR therapy with people who have intellectual disabilities: process, adaptations and outcomes.	Wrong study design
Kroese, B. S.; Willott, S.; Taylor, F.; Smith, P.; Graham, R.; Rutter, T.; Stott, A.; Willner, P. (2016). Trauma-focussed cognitive-behaviour therapy for	Wrong outcomes

people with mild intellectual disabilities: outcomes of a pilot study.	



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

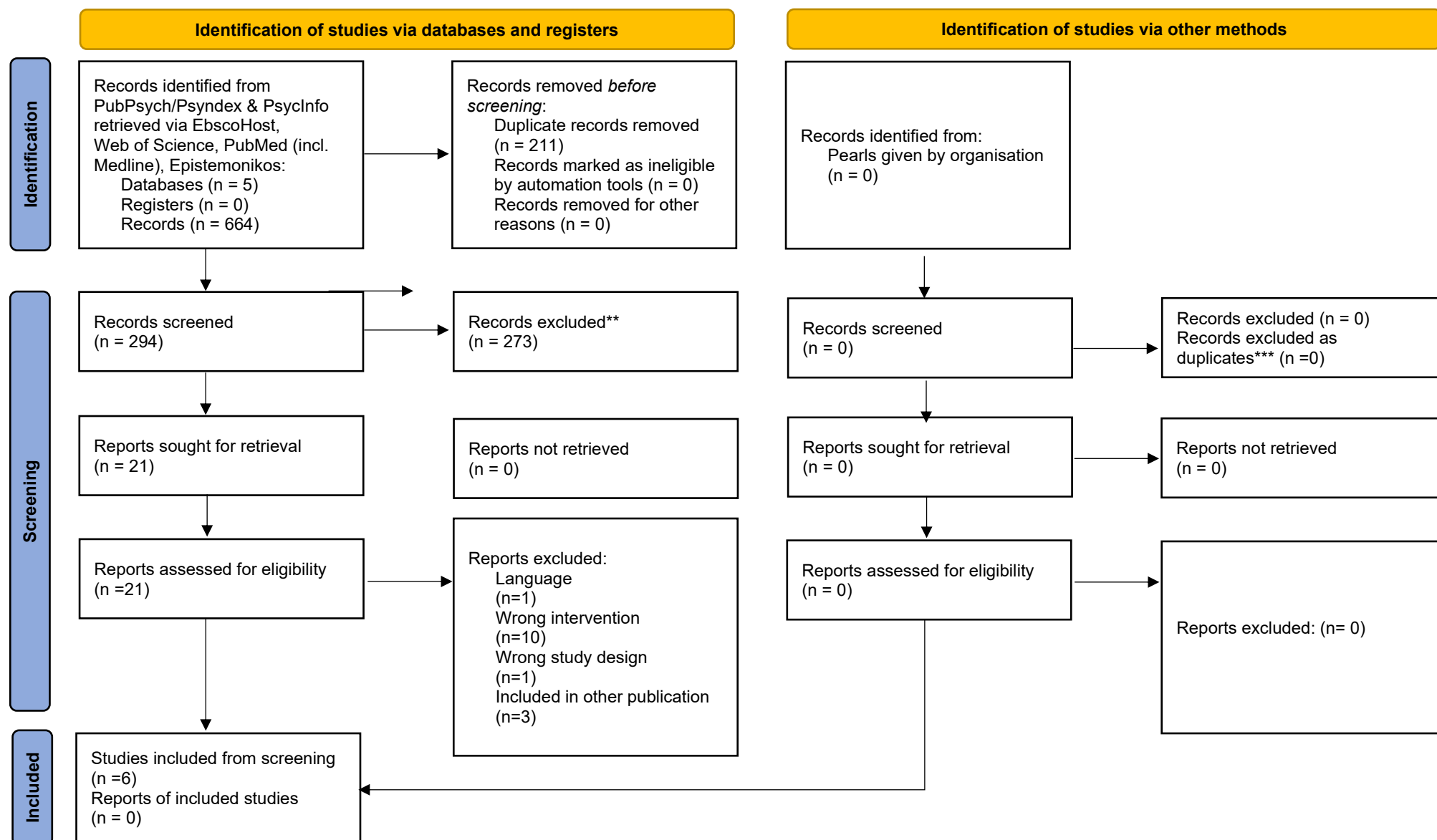
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Haselgruber, A., Sölva, K., & Lueger-Schuster, B. (2020). Symptom structure of ICD-11 Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD) in trauma-exposed foster children: examining the International Trauma Questionnaire - Child and Adolescent Version (ITQ-CA). <i>European journal of psychotraumatology</i> , 11(1), 1818974. https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1818974	Wrong outcomes
Haselgruber, A., Sölva, K., & Lueger-Schuster, B. (2020). Validation of ICD-11 PTSD and complex PTSD in foster children using the International Trauma Questionnaire. <i>Acta psychiatrica Scandinavica</i> , 141(1), 60–73. https://doi.org/10.1111/acps.13100	Wrong outcomes
Elliott, R., McKinnon, A., Dixon, C., Boyle, A., Murphy, F., Dahm, T., Travers-Hill, E., Mul, C. L., Archibald, S. J., Smith, P., Dalgleish, T., Meiser-Stedman, R., & Hitchcock, C. (2021). Prevalence and predictive value of ICD-11 post-traumatic stress disorder and Complex PTSD diagnoses in children and adolescents exposed to a single-event trauma. <i>Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines</i> , 62(3), 270–276. https://doi.org/10.1111/icpp.13240	Wrong outcomes
Sachser, C., Berliner, L., Risch, E., Rosner, R., Birkeland, M. S., Eilers, R., Hafstad, G. S., Pfeiffer, E., Plener, P. L., & Jensen, T. K. (2022). The Child and Adolescent Trauma Screen 2 (CATS-2)—Validation of an instrument to measure DSM-5 and ICD-11 PTSD and complex PTSD in children and adolescents. <i>European Journal of Psychotraumatology</i> , 13(2), Article 2105580. https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2105580	Wrong outcomes
McKinnon, A., Scheeringa, M. S., Meiser-Stedman, R., Watson, P., De Young, A., & Dalgleish, T. (2019). The Dimensionality of Proposed DSM-5 PTSD Symptoms in Trauma-Exposed Young Children. <i>Journal of abnormal child psychology</i> , 47(11), 1799–1809. https://doi.org/10.1007/s10802-019-00561-2	Wrong intervention

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

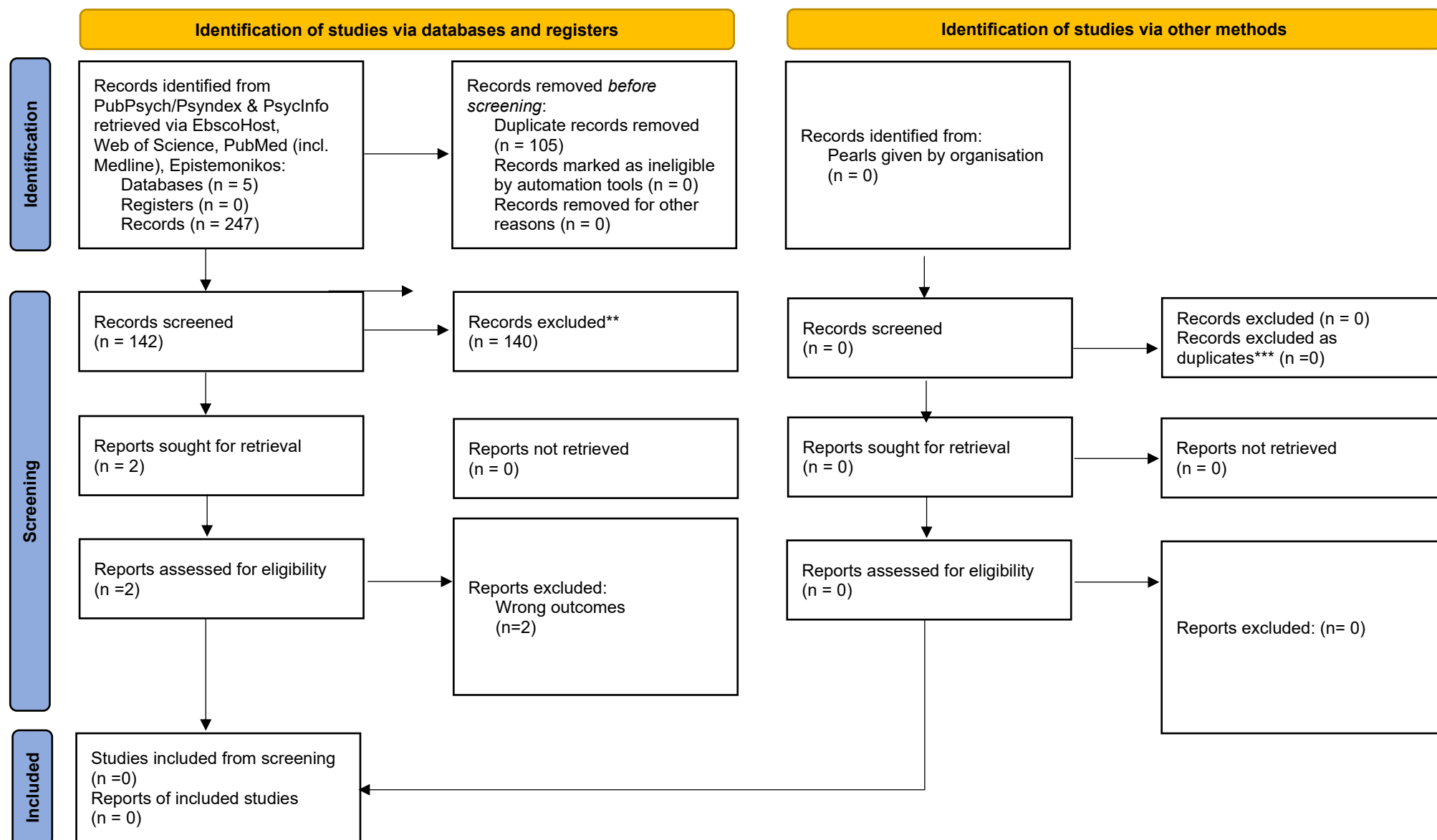
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Bustos, P., Rincón, P., & Aedo, J. (2009). Validación Preliminar de la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Child PTSD Symptom Scale, CPSS) en Niños/as y Adolescentes Víctimas de Violencia Sexual [Preliminary validation of the Child PTSD Symptom Scale (CPSS) in children and adolescent victims of sexual violence]. <i>Psyke: Revista de la Escuela de Psicología</i> , 18(2), 113–126. https://doi.org/10.4067/S0718-22282009000200008	Language
Elhai, J. D., Layne, C. M., Steinberg, A. M., Brymer, M. J., Briggs, E. C., Ostrowski, S. A., & Pynoos, R. S. (2013). Psychometric properties of the UCLA PTSD reaction index. part II: investigating factor structure findings in a national clinic-referred youth sample. <i>Journal of traumatic stress</i> , 26(1), 10–18. https://doi.org/10.1002/jts.21755	Wrong intervention
Foa, E. B., Johnson, K. M., Feeny, N. C., & Treadwell, K. R. (2001). The child PTSD Symptom Scale: a preliminary examination of its psychometric properties. <i>Journal of clinical child psychology</i> , 30(3), 376–384. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3003_9	Wrong intervention
Gillihan, S. J., Aderka, I. M., Conklin, P. H., Capaldi, S., & Foa, E. B. (2013). The Child PTSD Symptom Scale: psychometric properties in female adolescent sexual assault survivors. <i>Psychological assessment</i> , 25(1), 23–31. https://doi.org/10.1037/a0029553	Wrong intervention
Meyer, R. M., Gold, J. I., Beas, V. N., Young, C. M., & Kassam-Adams, N. (2015). Psychometric evaluation of the child PTSD symptom scale in Spanish and English. <i>Child psychiatry and human development</i> , 46(3), 438–444. https://doi.org/10.1007/s10578-014-0482-2	Wrong intervention
Nilsson, D., Dävelid, I., Ledin, S., & Svedin, C. G. (2021). Psychometric properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS) in a sample of Swedish children. <i>Nordic journal of psychiatry</i> , 75(4), 247–256. https://doi.org/10.1080/08039488.2020.1840628	Wrong intervention
Nixon, R. D., Meiser-Stedman, R., Dalgleish, T., Yule, W., Clark, D. M., Perrin, S., & Smith, P. (2013). The Child PTSD Symptom Scale: an update and replication of its psychometric properties. <i>Psychological assessment</i> , 25(3), 1025–1031. https://doi.org/10.1037/a0033324	Wrong intervention
Sachser, C., Berliner, L., Holt, T., Jensen, T. K., Jungbluth, N., Risch, E., Rosner, R., & Goldbeck, L. (2017). International development and psychometric properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). <i>Journal</i>	Wrong intervention

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

of affective disorders, 210, 189–195. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.040	
Stewart, R. W., Ebesutani, C., Drescher, C. F., & Young, J. (2017). The Child PTSD Symptom Scale: An Investigation of Its Psychometric Properties. <i>Journal of interpersonal violence</i> , 32(15), 2237–2256. https://doi.org/10.1177/0886260515596536	Wrong intervention
Hasson, R. G. III, Easton, S. D., Iriarte, A. D.-V., O'Dwyer, L. M., Underwood, D., & Crea, T. M. (2021). Examining the psychometric properties of the Child PTSD Symptom Scale within a sample of unaccompanied immigrant children in the United States. <i>Journal of Loss and Trauma</i> , 26(4), 323–335. https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1777760	Wrong study design
Doric, A., Stevanovic, D., Stupar, D., Vostanis, P., Atilola, O., Moreira, P., Dodig-Curkovic, K., Franic, T., Davidovic, V., Avicenna, M., Noor, M., Nussbaum, L., Thabet, A., Ubalde, D., Petrov, P., Deljkovic, A., Antonio, M. L., Ribas, A., Oliveira, J., & Knez, R. (2019). UCLA PTSD reaction index for DSM-5 (PTSD-RI-5): a psychometric study of adolescents sampled from communities in eleven countries. <i>European journal of psychotraumatology</i> , 10(1), 1605282. https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1605282	Wrong study design
Hukkelberg, S., Ormhaug, S. M., Holt, T., Wentzel-Larsen, T., & Jensen, T. K. (2014). Diagnostic utility of CPSS vs. CAPS-CA for assessing posttraumatic stress symptoms in children and adolescents. <i>Journal of anxiety disorders</i> , 28(1), 51–56. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.11.001	Wrong study design
Haselgruber, A., Sölva, K., & Lueger-Schuster, B. (2020). Symptom structure of ICD-11 Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD) in trauma-exposed foster children: examining the International Trauma Questionnaire - Child and Adolescent Version (ITQ-CA). <i>European journal of psychotraumatology</i> , 11(1), 1818974. https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1818974	Included in other publication
Haselgruber, A., Sölva, K., & Lueger-Schuster, B. (2020). Validation of ICD-11 PTSD and complex PTSD in foster children using the International Trauma Questionnaire. <i>Acta psychiatrica Scandinavica</i> , 141(1), 60–73. https://doi.org/10.1111/acps.13100	Included in other publication
Sachser, C., Berliner, L., Risch, E., Rosner, R., Birkeland, M. S., Eilers, R., Hafstad, G. S., Pfeiffer, E., Plener, P. L., & Jensen, T. K. (2022). The child and Adolescent Trauma Screen 2 (CATS-2) - validation of an instrument to measure DSM-5 and ICD-11 PTSD and complex PTSD in children and adolescents. <i>European journal of psychotraumatology</i> , 13(2), 2105580. https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2105580	Included in other publication



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/register).

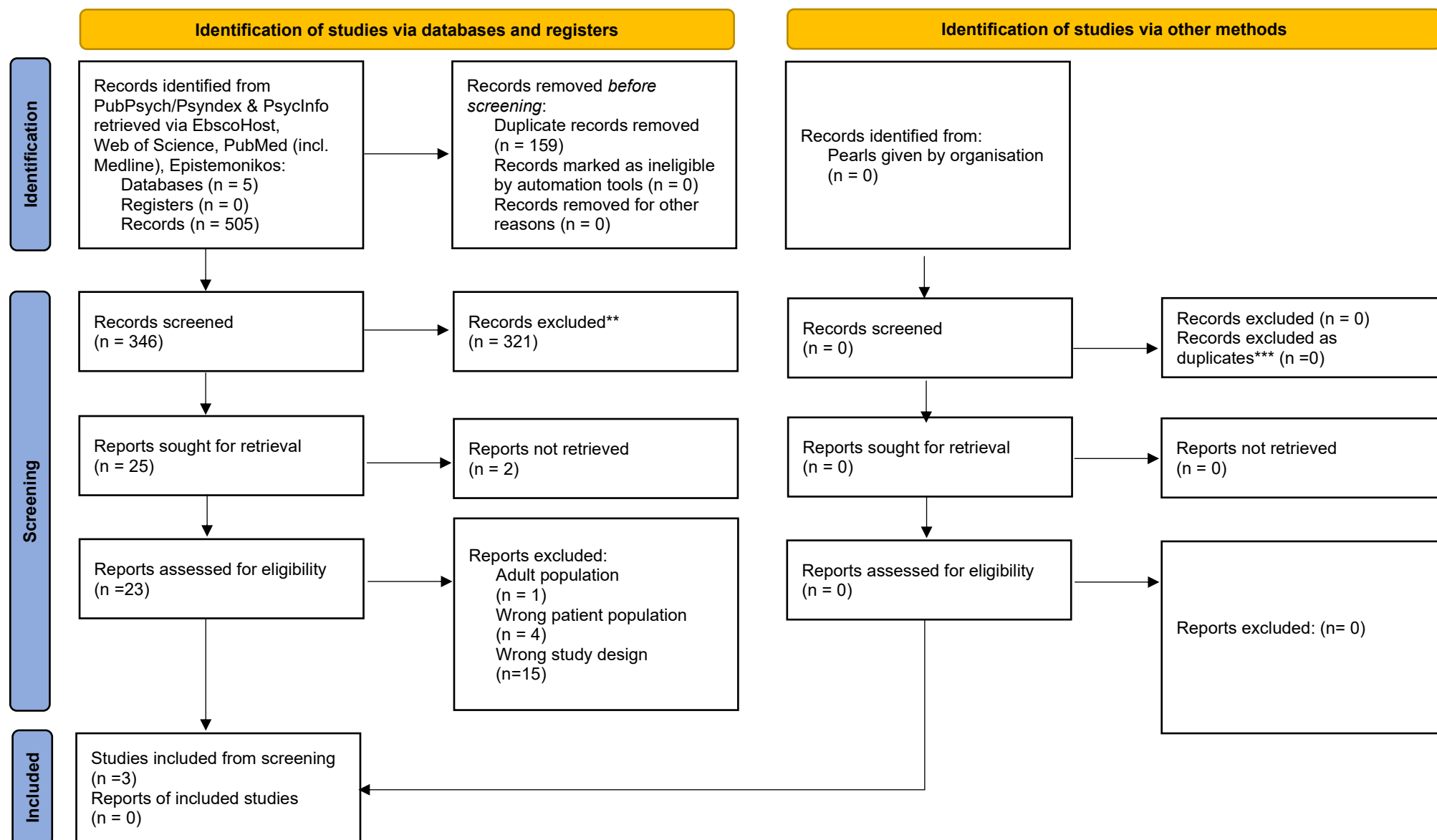
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Haselgruber, A., Sölva, K., & Lueger-Schuster, B. (2020). Validation of ICD-11 PTSD and complex PTSD in foster children using the International Trauma Questionnaire. <i>Acta psychiatrica Scandinavica</i> , 141(1), 60–73. https://doi.org/10.1111/acps.13100	Wrong outcomes
Sarr, R., Quinton, A., Spain, D., & Rumball, F. (2024). A Systematic Review of the Assessment of ICD-11 Complex Post-Traumatic Stress Disorder (CPTSD) in Young People and Adults. <i>Clinical psychology & psychotherapy</i> , 31(3), e3012. https://doi.org/10.1002/cpp.3012	Wrong outcomes

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/register).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

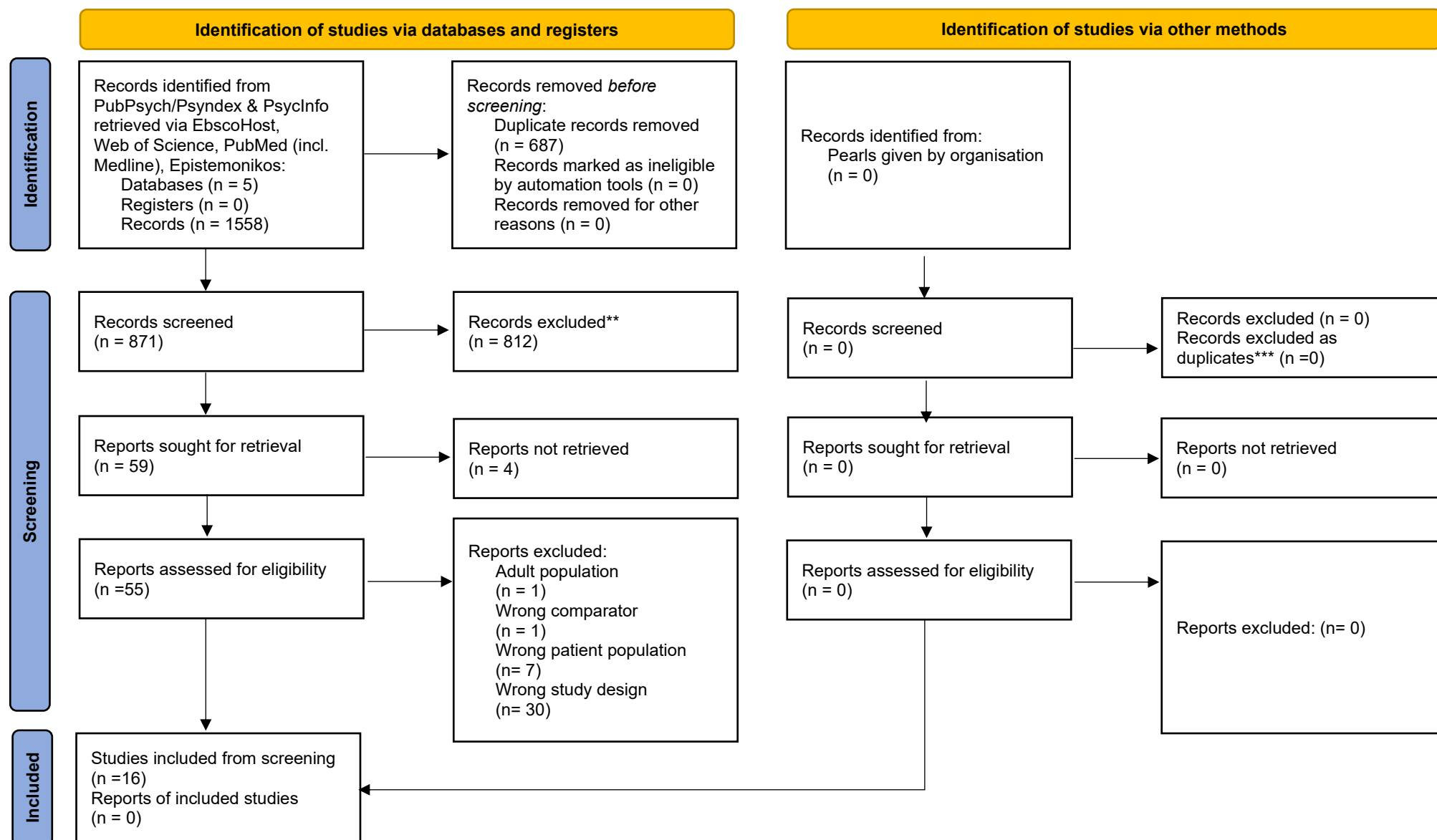
List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Davis, L. L., Frazier, E. C., Williford, R. B., & Newell, J. M. (2006). Long-term pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder. <i>CNS drugs</i> , 20(6), 465–476. https://doi.org/10.2165/00023210-200620060-00003	Adult population
Cohen, D., Consoli, A., Bodeau, N., Purper-Ouakil, D., Deniau, E., Guile, J. M., & Donnelly, C. (2010). Predictors of placebo response in randomized controlled trials of psychotropic drugs for children and adolescents with internalizing disorders. <i>Journal of child and adolescent psychopharmacology</i> , 20(1), 39–47. https://doi.org/10.1089/cap.2009.0047	Wrong patient population
Marazziti, D., Diep, P. T., Carter, S., & Carbone, M. G. (2022). Oxytocin: An Old Hormone, a Novel Psychotropic Drug and its Possible Use in Treating Psychiatric Disorders. <i>Current medicinal chemistry</i> , 29(35), 5615–5687. https://doi.org/10.2174/0929867329666220727120646	Wrong patient population
Miles, L. W., Valentine, J. L., Mabey, L. J., Hopkins, E. S., Stodtmeister, P. J., Rockwood, R. B., & Moxley, A. N. H. (2024). A Systematic Review of Evidence-Based Treatments for Adolescent and Adult Sexual Assault Victims. <i>Journal of the American Psychiatric Nurses Association</i> , 30(3), 480–502. https://doi.org/10.1177/10783903231216138	Wrong patient population
Morina, N., Koerssen, R., & Pollet, T. V. (2016). Interventions for children and adolescents with posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of comparative outcome studies. <i>Clinical psychology review</i> , 47, 41–54. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.006	Wrong patient population
Boaden, K., Tomlinson, A., Cortese, S., & Cipriani, A. (2020). Antidepressants in Children and Adolescents: Meta-Review of Efficacy, Tolerability and Suicidality in Acute Treatment. <i>Frontiers in psychiatry</i> , 11, 717. https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00717	Wrong study design
Davis, L. L., English, B. A., Ambrose, S. M., & Petty, F. (2001). Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: a comprehensive review. <i>Expert opinion on pharmacotherapy</i> , 2(10), 1583–1595. https://doi.org/10.1517/14656566.2.10.1583	Wrong study design
Donnelly, C. L., & Amaya-Jackson, L. (2002). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and treatment options. <i>Paediatric drugs</i> , 4(3), 159–170.	Wrong study design

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

https://doi.org/10.2165/00128072-200204030-00003	
Keeshin, B. R., & Strawn, J. R. (2014). Psychological and pharmacologic treatment of youth with posttraumatic stress disorder: an evidence-based review. <i>Child and adolescent psychiatric clinics of North America</i> , 23(2), 399–x. https://doi.org/10.1016/j.chc.2013.12.002	Wrong study design
Lookfong, N. A., Raup-Konsavage, W. M., & Silberman, Y. (2023). Potential Utility of Cannabidiol in Stress-Related Disorders. <i>Cannabis and cannabinoid research</i> , 8(2), 230–240. https://doi.org/10.1089/can.2022.0130	Wrong study design
Marks, D. M., Park, M. H., Ham, B. J., Han, C., Patkar, A. A., Masand, P. S., & Pae, C. U. (2008). Paroxetine: safety and tolerability issues. <i>Expert opinion on drug safety</i> , 7(6), 783–794. https://doi.org/10.1517/14740330802423168	Wrong study design
Marmar, C. R., Neylan, T. C., & Schoenfeld, F. B. (2002). New directions in the pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder. <i>The Psychiatric quarterly</i> , 73(4), 259–270. https://doi.org/10.1023/a:1020459916113	Wrong study design
Stamatakis, M., & Campo, J. V. (2010). Psychopharmacologic treatment of traumatized youth. <i>Current opinion in pediatrics</i> , 22(5), 599–604. https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e32833e26d5	Wrong study design
Correll, C. U., Cortese, S., Croatto, G., Monaco, F., Krinitski, D., Arrondo, G., Ostinelli, E. G., Zangani, C., Fornaro, M., Estradé, A., Fusar-Poli, P., Carvalho, A. F., & Solmi, M. (2021). Efficacy and acceptability of pharmacological, psychosocial, and brain stimulation interventions in children and adolescents with mental disorders: an umbrella review. <i>World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)</i> , 20(2), 244–275. https://doi.org/10.1002/wps.20881	Wrong study design
Gillies, D., Maiocchi, L., Bhandari, A. P., Taylor, F., Gray, C., & O'Brien, L. (2016). Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> , 10(10), CD012371. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012371	Wrong study design
Jagtiani, A., Gandhi, R., Banga, A., Blacker, J., Joshi, R., Bollu, B., & Kashyap, R. (2024). Alpha-2 Agonists in Children and Adolescents With Post-traumatic Stress Disorder: A Systematic Review. <i>Cureus</i> , 16(1), e53009. https://doi.org/10.7759/cureus.53009	Wrong study design
Stanciu, C. N., Brunette, M. F., Teja, N., & Budney, A. J. (2021). Evidence for Use of Cannabinoids in Mood Disorders, Anxiety Disorders, and PTSD: A Systematic Review. <i>Psychiatric services (Washington,</i>	Wrong study design

D.C.), 72(4), 429–436. https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000189	
Kant, R., Chalansani, R., Chengappa, K. N., & Dieringer, M. F. (2004). The off-label use of clozapine in adolescents with bipolar disorder, intermittent explosive disorder, or posttraumatic stress disorder. <i>Journal of child and adolescent psychopharmacology</i> , 14(1), 57–63. https://doi.org/10.1089/104454604773840490	Wrong study design
Kreidler, M. C., Briscoe, L. A., & Beech, R. R. (2002). Pharmacology for post-traumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: a literature review. <i>Perspectives in psychiatric care</i> , 38(4), 135–145. https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2002.tb01564.x	Wrong study design
Huemer J, Erhart F, Steiner H. Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: a review of psychopharmacological treatment. <i>Child Psychiatry Hum Dev</i> . 2010 Dec;41(6):624-40. doi: 10.1007/s10578-010-0192-3. PMID: 20567898.	Wrong Study Design



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/register).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Peeters, N., van Passel, B., & Krans, J. (2022). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. <i>The British journal of clinical psychology</i> , 61(3), 579–597. https://doi.org/10.1111/bjc.12324	Adult population
Fernández Fillol, C., Serrano-Ibáñez, E. R., Ruiz-Párraga, G. T., Ramírez Maestre, C., Esteve Zarazaga, R., & López Martínez, A. E. (2018). Effective therapies for the treatment of complex posttraumatic stress disorder: A qualitative systematic review. <i>Salud Mental</i> , 41(2), 81–90. https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2018.013	Wrong comparator
Alozkan-Sever, C., Uppendahl, J. R., Cuijpers, P., de Vries, R., Rahman, A., Mittendorfer-Rutz, E., Akhtar, A., Zheng, Z., & Sijbrandij, M. (2023). Research Review: Psychological and psychosocial interventions for children and adolescents with depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder in low- and middle-income countries - a systematic review and meta-analysis. <i>Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines</i> , 64(12), 1776–1788. https://doi.org/10.1111/icpp.13891	Wrong patient population
Byrne G. (2022). A Systematic Review of Treatment Interventions for Individuals With Intellectual Disability and Trauma Symptoms: A Review of the Recent Literature. <i>Trauma, violence & abuse</i> , 23(2), 541–554. https://doi.org/10.1177/1524838020960219	Wrong patient population
Hediger, K., Wagner, J., Künzi, P., Haefeli, A., Theis, F., Grob, C., Pauli, E., & Gerger, H. (2021). Effectiveness of animal-assisted interventions for children and adults with post-traumatic stress disorder symptoms: a systematic review and meta-analysis. <i>European journal of psychotraumatology</i> , 12(1), 1879713. https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1879713	Wrong patient population
Keesler, J. M. (2020). Trauma-specific treatment for individuals with intellectual and developmental disabilities: A review of the literature from 2008 to 2018. <i>Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities</i> , 17(4), 332–345. https://doi.org/10.1111/jppi.12347	Wrong patient population
Kip, A., Priebe, S., Holling, H., & Morina, N. (2020). Psychological interventions for posttraumatic stress disorder and depression in refugees: A meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Clinical psychology & psychotherapy</i> , 27(4), 489–503. https://doi.org/10.1002/cpp.2446	Wrong patient population

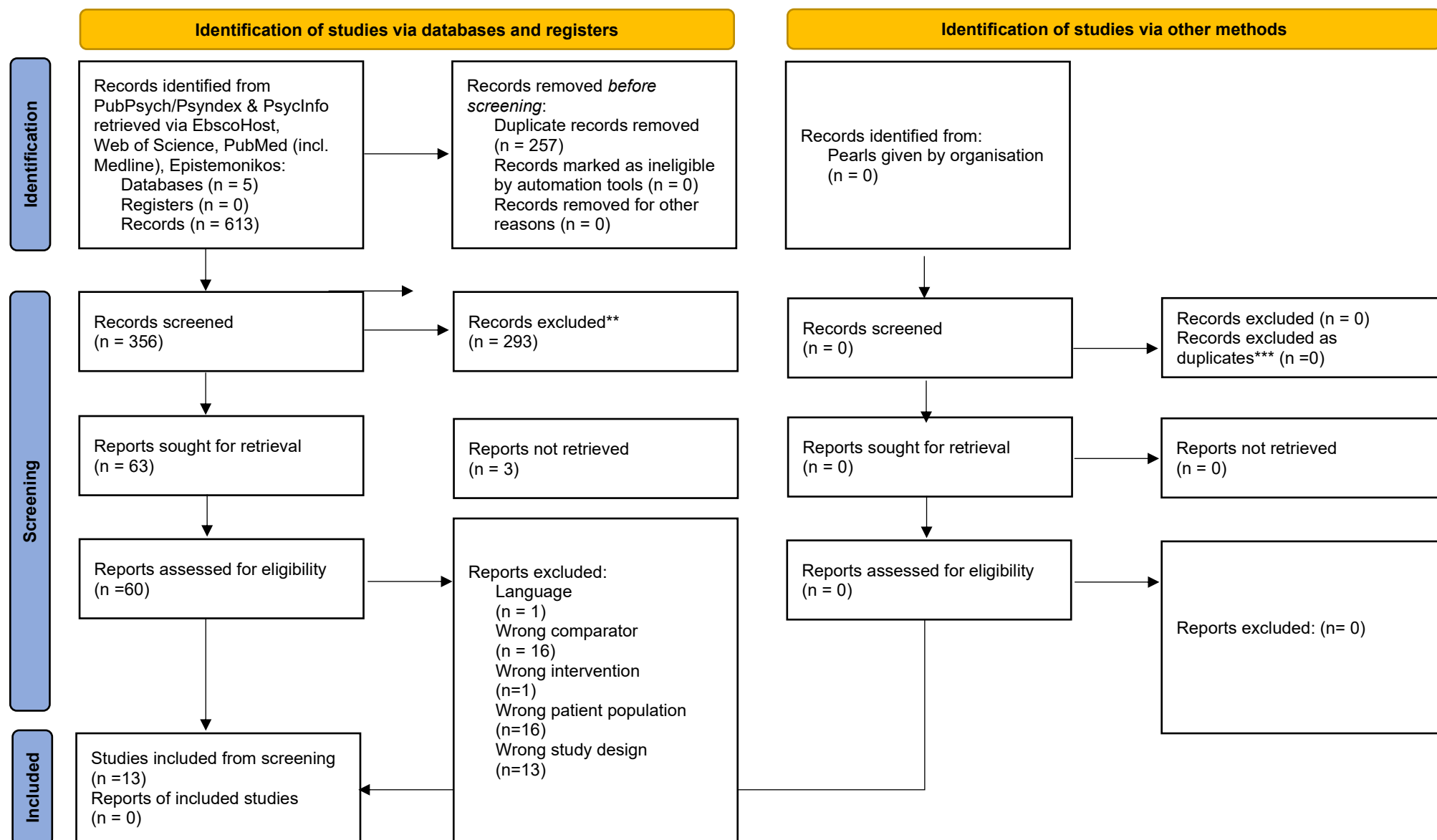
Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

Lawton, K., & Spencer, A. (2021). A Full Systematic Review on the Effects of Cognitive Behavioural Therapy for Mental Health Symptoms in Child Refugees. <i>Journal of immigrant and minority health</i> , 23(3), 624–639. https://doi.org/10.1007/s10903-021-01151-5	Wrong patient population
Turrini, G., Purgato, M., Acarturk, C., Anttila, M., Au, T., Ballette, F., Bird, M., Carswell, K., Churchill, R., Cuijpers, P., Hall, J., Hansen, L. J., Kösters, M., Lantta, T., Nosè, M., Ostuzzi, G., Sijbrandij, M., Tedeschi, F., Valimaki, M., Wancata, J., ... Barbui, C. (2019). Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in asylum seekers and refugees: systematic review and meta-analysis. <i>Epidemiology and psychiatric sciences</i> , 28(4), 376–388. https://doi.org/10.1017/S2045796019000027	Wrong patient population
Correll, C. U., Cortese, S., Croatto, G., Monaco, F., Krinitski, D., Arrondo, G., Ostinelli, E. G., Zangani, C., Fornaro, M., Estradé, A., Fusar-Poli, P., Carvalho, A. F., & Solmi, M. (2021). Efficacy and acceptability of pharmacological, psychosocial, and brain stimulation interventions in children and adolescents with mental disorders: an umbrella review. <i>World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)</i> , 20(2), 244–275. https://doi.org/10.1002/wps.20881	Wrong study design
Morina, N., & Sterr, T. N. (2019). Lack of evidence for the efficacy of psychotherapies for PTSD and depression in child and adolescent refugees. <i>World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)</i> , 18(1), 107–108. https://doi.org/10.1002/wps.20596	Wrong study design
Rossouw, J., Sharp, T., Halligan, S., & Seedat, S. (2022). Psychotherapeutic interventions for childhood posttraumatic stress disorder: an update. <i>Current opinion in psychiatry</i> , 35(6), 417–424. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000821	Wrong study design
Schneider, S. J., Grilli, S. F., & Schneider, J. R. (2013). Evidence-based treatments for traumatized children and adolescents. <i>Current psychiatry reports</i> , 15(1), 332. https://doi.org/10.1007/s11920-012-0332-5	Wrong study design
Smith, P., Perrin, S., Dalgleish, T., Meiser-Stedman, R., Clark, D. M., & Yule, W. (2013). Treatment of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. <i>Current opinion in psychiatry</i> , 26(1), 66–72. https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32835b2c01	Wrong study design
Syros, I. (2017). Cognitive behavioral therapy for the treatment of PTSD. <i>European Journal of Psychotraumatology</i> , 8(sup4). https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1351219	Wrong study design
Hille, L. C., & Werner, D. (2023). Effektivität der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen: Eine Reanalyse vorliegender Metaanalysen [Efficacy of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. A	Wrong study design

reanalysis of available meta-analyses]. <i>Die Psychotherapie</i> , 68(6), 432–439. https://doi.org/10.1007/s00278-023-00692-4	
Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., Hyland, P., Maercker, A., Ben-Ezra, M., Coventry, P., Mason-Roberts, S., Bradley, A., & Hutton, P. (2019). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. <i>Psychological medicine</i> , 49(11), 1761–1775. https://doi.org/10.1017/S0033291719000436	Wrong study design
Shenkoya, K. A., Walsh, W. F., Falicov, R. E., & Resnekov, L. (1975). Mitral valve prolapse in sarcoid heart disease. <i>IMJ. Illinois medical journal</i> , 148(5), 551–555.	Wrong study design
Danzi, B. A., & La Greca, A. M. (2021). Treating Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder: Moderators of Treatment Response. <i>Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53</i> , 50(4), 510–516. https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1823849	Wrong study design
Siehl, S., Robjant, K., & Crombach, A. (2021). Systematic review and meta-analyses of the long-term efficacy of narrative exposure therapy for adults, children and perpetrators. <i>Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research</i> , 31(6), 695–710. https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1847345	Wrong study design
de Arellano, M. A., Lyman, D. R., Jobe-Shields, L., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Huang, L., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children and adolescents: assessing the evidence. <i>Psychiatric services (Washington, D.C.)</i> , 65(5), 591–602. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300255	Wrong study design
Caro, P., Turner, W., Caldwell, D. M., & Macdonald, G. (2023). Comparative effectiveness of psychological interventions for treating the psychological consequences of sexual abuse in children and adolescents: a network meta-analysis. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> , 6(6), CD013361. https://doi.org/10.1002/14651858.CD013361.pub2	Wrong study design
Davis, R. S., Meiser-Stedman, R., Afzal, N., Devaney, J., Halligan, S. L., Lofthouse, K., Smith, P., Stallard, P., Ye, S., & Hiller, R. M. (2023). Systematic Review and Meta-analysis: Group-Based Interventions for Treating Posttraumatic Stress Symptoms in Children and Adolescents. <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> , 62(11), 1217–1232. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.02.013	Wrong study design
Demazure, G., Gaultier, S., & Pinsault, N. (2018). Dealing with difference: a scoping review of psychotherapeutic interventions with unaccompanied refugee	Wrong study design

minors. <i>European child & adolescent psychiatry</i> , 27(4), 447–466. https://doi.org/10.1007/s00787-017-1083-y	
Dorsey, S., McLaughlin, K. A., Kerns, S. E. U., Harrison, J. P., Lambert, H. K., Briggs, E. C., Revillion Cox, J., & Amaya-Jackson, L. (2017). Evidence Base Update for Psychosocial Treatments for Children and Adolescents Exposed to Traumatic Events. <i>Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53</i> , 46(3), 303–330. https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1220309	Wrong study design
Dunn, B. J., Paterson, J. L., & Keane, C. A. (2023). Functional outcomes in youth with complex trauma: A systematic review of psychosocial interventions. <i>Australian Psychologist</i> , 58(3), 139–153. https://doi.org/10.1080/00050067.2023.2206513	Wrong study design
Eberle-Sejari, R., Nocon, A., & Rosner, R. (2015). Zur Wirksamkeit von psychotherapeutischen Interventionen bei jungen Flüchtlingen und Binnenvertriebenen mit posttraumatischen Symptomen: Ein systematischer Review [Treatment of posttraumatic symptoms in child and adolescent refugees: A systematic review]. <i>Kindheit und Entwicklung: Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie</i> , 24(3), 156–169. https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000171	Wrong study design
Genç, E. (2022). The effectiveness of trauma treatment approaches in refugee children and adolescents: A systematic review. <i>Children and Youth Services Review</i> , 141, 1–8. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106602	Wrong study design
Gillies, D., Maiocchi, L., Bhandari, A. P., Taylor, F., Gray, C., & O'Brien, L. (2016). Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> , 10(10), CD012371. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012371	Wrong study design
McGuire, A., Steele, R. G., & Singh, M. N. (2021). Systematic Review on the Application of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) for Preschool-Aged Children. <i>Clinical child and family psychology review</i> , 24(1), 20–37. https://doi.org/10.1007/s10567-020-00334-0	Wrong study design
Morina, N., Koerssen, R., & Pollet, T. V. (2016). Interventions for children and adolescents with posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of comparative outcome studies. <i>Clinical psychology review</i> , 47, 41–54. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.006	Wrong study design
Nocon, A., Eberle-Sejari, R., Unterhitzenberger, J., & Rosner, R. (2017). The effectiveness of psychosocial interventions in war-traumatized refugee and internally displaced minors: systematic review and meta-analysis. <i>European journal of psychotraumatology</i> , 8(sup2), 1388709. https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1388709	Wrong study design
Stauffer, A., Petermann, F., Metzner, F., & Vasileva, M. (2020). Behandlungsmöglichkeiten für Vorschulkinder mit	Wrong study design

traumatischen Erfahrungen: Eine systematische Literaturübersicht [Interventions for preschool children with traumatic exposure: A systematical literature review]. <i>Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie</i> , 68(1), 33–44. https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000402	
Szota, K., Schulte, K. L., & Christiansen, H. (2023). Interventions Involving Caregivers for Children and Adolescents Following Traumatic Events: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Clinical child and family psychology review</i> , 26(1), 17–32. https://doi.org/10.1007/s10567-022-00415-2	Wrong study design
Thielemann, J. F. B., Kasparik, B., König, J., Unterhitzenberger, J., & Rosner, R. (2022). A systematic review and meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. <i>Child abuse & neglect</i> , 134, 105899. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105899	Wrong study design
Thielemann, J. F. B., Kasparik, B., König, J., Unterhitzenberger, J., & Rosner, R. (2024). Stability of Treatment Effects and Caregiver-Reported Outcomes: A Meta-Analysis of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents. <i>Child maltreatment</i> , 29(2), 375–387. https://doi.org/10.1177/10775595231167383	Wrong study design
Thomas, F. C., Puente-Duran, S., Mutschler, C., & Monson, C. M. (2022). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and youth in low and middle-income countries: A systematic review. <i>Child and adolescent mental health</i> , 27(2), 146–160. https://doi.org/10.1111/camh.12435	Wrong study design
Wang, W., Chen, K., & Zhang, H. (2023). Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy Among Maltreated Children: A Meta-Analysis. <i>Research on Social Work Practice</i> , 33(8), 913–928. https://doi.org/10.1177/10497315221147277	Wrong study design
Yohannan, J., Carlson, J. S., & Volker, M. A. (2022). Cognitive behavioral treatments for children and adolescents exposed to traumatic events: A meta-analysis examining variables moderating treatment outcomes. <i>Journal of traumatic stress</i> , 35(2), 706–717. https://doi.org/10.1002/its.22755	Wrong study design



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Yus, Irene & Quevedo-Blasco, Raúl. (2023). Meta-análisis de la eficacia de intervenciones psicológicas en menores refugiados. <i>Revista Iberoamericana de Psicología y Salud</i> . 14. 26. 10.23923/j.rips.2023.01.063.	Language
de Arellano, M. A., Lyman, D. R., Jobe-Shields, L., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Huang, L., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children and adolescents: assessing the evidence. <i>Psychiatric services (Washington, D.C.)</i> , 65(5), 591–602. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300255	Wrong comparator
Brown, R. C., Witt, A., Fegert, J. M., Keller, F., Rassenhofer, M., & Plener, P. L. (2017). Psychosocial interventions for children and adolescents after man-made and natural disasters: a meta-analysis and systematic review. <i>Psychological medicine</i> , 47(11), 1893–1905. https://doi.org/10.1017/S0033291717000496	Wrong comparator
Fernández Fillol, C., Serrano-Ibáñez, E. R., Ruiz-Párraga, G. T., Ramírez Maestre, C., Esteve Zarazaga, R., & López Martínez, A. E. (2018). Effective therapies for the treatment of complex posttraumatic stress disorder: A qualitative systematic review. <i>Salud Mental</i> , 41(2), 81–90. https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2018.013	Wrong comparator
Genç, E. (2022). The effectiveness of trauma treatment approaches in refugee children and adolescents: A systematic review. <i>Children and Youth Services Review</i> , 141, 1–8. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106602	Wrong comparator
Macdonald, G., Higgins, J. P., Ramchandani, P., Valentine, J. C., Bronger, L. P., Klein, P., O'Daniel, R., Pickering, M., Rademaker, B., Richardson, G., & Taylor, M. (2012). Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> , 2012(5), CD001930. https://doi.org/10.1002/14651858.CD001930.pub3	Wrong comparator
Gerson, R., & Rappaport, N. (2013). Traumatic stress and posttraumatic stress disorder in youth: recent research findings on clinical impact, assessment, and treatment. <i>The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine</i> , 52(2), 137–143. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.018	Wrong comparator
Gillies, D., Taylor, F., Gray, C., O'Brien, L., & D'Abrew, N. (2013). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents (Review). <i>Evidence-based child health : a Cochrane review</i>	Wrong comparator

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

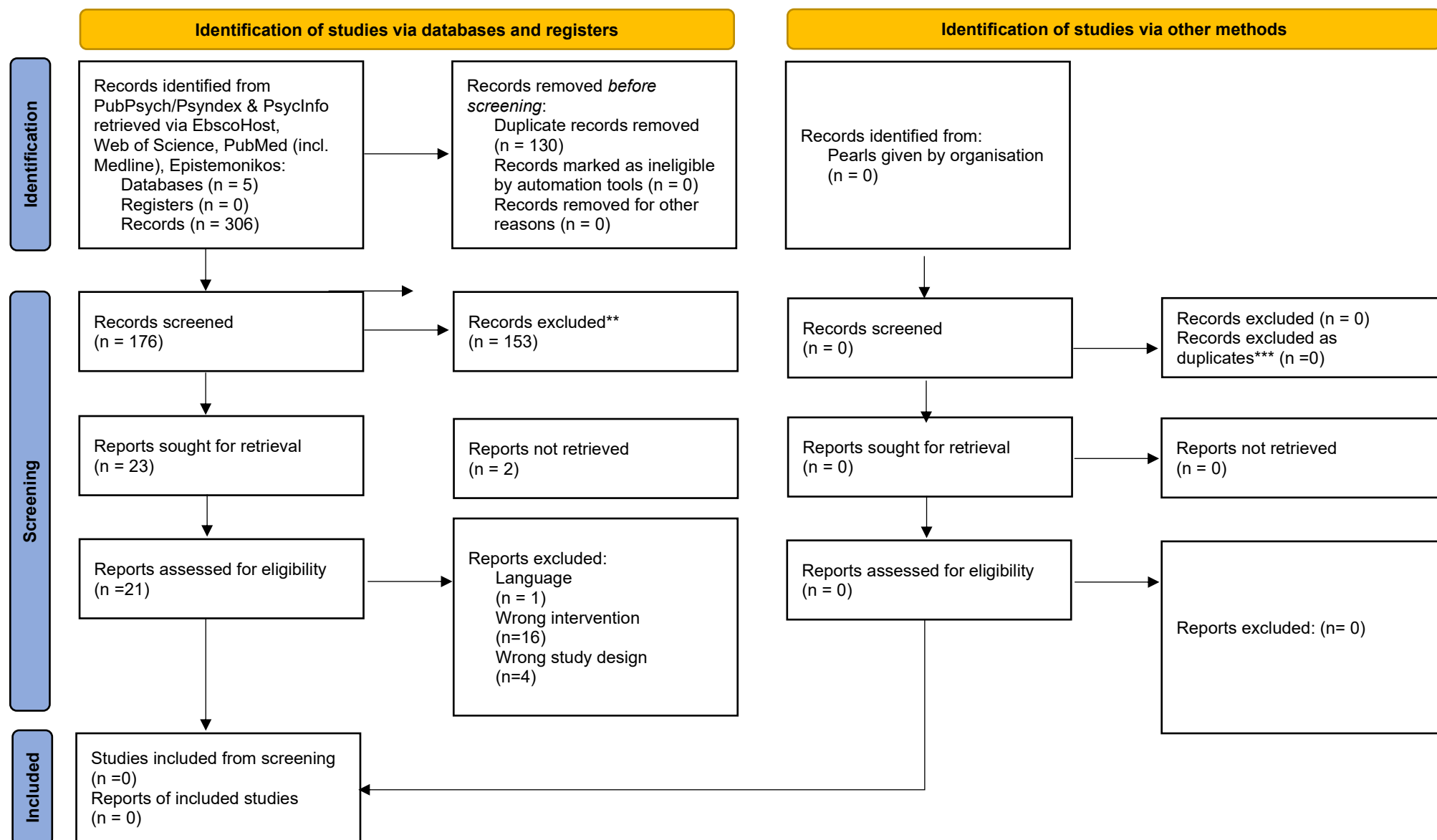
journal, 8(3), 1004–1116. https://doi.org/10.1002/ebch.1916	
Kowalik, J., Weller, J., Venter, J., & Drachman, D. (2011). Cognitive behavioral therapy for the treatment of pediatric posttraumatic stress disorder: a review and meta-analysis. <i>Journal of behavior therapy and experimental psychiatry</i> , 42(3), 405–413. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.02.002	Wrong comparator
Leenarts, L. E., Diehle, J., Doreleijers, T. A., Jansma, E. P., & Lindauer, R. J. (2013). Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: a systematic review. <i>European child & adolescent psychiatry</i> , 22(5), 269–283. https://doi.org/10.1007/s00787-012-0367-5	Wrong comparator
Lenz, A. S., & Hollenbaugh, K. M. (2015). Meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for treating PTSD and co-occurring depression among children and adolescents. <i>Counseling Outcome Research and Evaluation</i> , 6(1), 18–32. https://doi.org/10.1177/2150137815573790	Wrong comparator
Passarela, C.D., Mendes, D.D., & Mari, J.D. (2010). A systematic review to study the efficacy of cognitive behavioral therapy for sexually abused children and adolescents with posttraumatic stress disorder. <i>Revista De Psiquiatria Clínica</i> , 37, 60-65.	Wrong comparator
Pfefferbaum, B., Nitiéma, P., Newman, E., & Patel, A. (2019). The Benefit of Interventions to Reduce Posttraumatic Stress in Youth Exposed to Mass Trauma: A Review and Meta-Analysis. <i>Prehospital and disaster medicine</i> , 34(5), 540–551. https://doi.org/10.1017/S1049023X19004771	Wrong comparator
Samarah, E. M. S. (2024). Narrative exposure therapy to address PTSD symptomology with refugee and migrant children and youth: A review. <i>Traumatology</i> , 30(3), 260–273. https://doi.org/10.1037/trm0000427	Wrong comparator
Siehl, S., Robjant, K., & Crombach, A. (2021). Systematic review and meta-analyses of the long-term efficacy of narrative exposure therapy for adults, children and perpetrators. <i>Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research</i> , 31(6), 695–710. https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1847345	Wrong comparator
Xian-Yu, C. Y., Deng, N. J., Zhang, J., Li, H. Y., Gao, T. Y., Zhang, C., & Gong, Q. Q. (2022). Cognitive behavioral therapy for children and adolescents with post-traumatic stress disorder: meta-analysis. <i>Journal of affective disorders</i> , 308, 502–511. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.111	Wrong comparator
Xie, S., Cheng, Q., Tan, S., Li, H., Huang, T., Xiang, Y., & Zhou, X. (2024). The efficacy and acceptability of group trauma-focused cognitive behavior therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents: A systematic review and meta-	Wrong comparator

analysis. <i>General hospital psychiatry</i> , 86, 127–134. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2023.11.012	
Paggiaro, A. O., Paggiaro, P. B. S., Fernandes, R. A. Q., Freitas, N. O., Carvalho, V. F., & Gemperli, R. (2022). Posttraumatic stress disorder in burn patient: A systematic review. <i>Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery : JPRAS</i> , 75(5), 1586–1595. https://doi.org/10.1016/j.bjps.2022.02.052	Wrong intervention
Chen, R., Gillespie, A., Zhao, Y., Xi, Y., Ren, Y., & McLean, L. (2018). The Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Children and Adults Who Have Experienced Complex Childhood Trauma: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. <i>Frontiers in psychology</i> , 9, 534. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00534	Wrong patient population
Eberle-Sejari, R., Nocon, A., & Rosner, R. (2015). Zur Wirksamkeit von psychotherapeutischen Interventionen bei jungen Flüchtlingen und Binnenvertriebenen mit posttraumatischen Symptomen: Ein systematischer Review [Treatment of posttraumatic symptoms in child and adolescent refugees: A systematic review]. <i>Kindheit und Entwicklung: Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie</i> , 24(3), 156–169. https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000171	Wrong patient population
Lawton, K., & Spencer, A. (2021). A Full Systematic Review on the Effects of Cognitive Behavioural Therapy for Mental Health Symptoms in Child Refugees. <i>Journal of immigrant and minority health</i> , 23(3), 624–639. https://doi.org/10.1007/s10903-021-01151-5	Wrong patient population
Lewey, J. H., Smith, C. L., Burcham, B., Saunders, N. L., Elfallal, D., & O'Toole, S. K. (2018). Comparing the Effectiveness of EMDR and TF-CBT for Children and Adolescents: a Meta-Analysis. <i>Journal of child & adolescent trauma</i> , 11(4), 457–472. https://doi.org/10.1007/s40653-018-0212-1	Wrong patient population
Macdonald, G., Livingstone, N., Hanratty, J., McCartan, C., Cotmore, R., Cary, M., Glaser, D., Byford, S., Welton, N. J., Bosqui, T., Bowes, L., Audrey, S., Mezey, G., Fisher, H. L., Riches, W., & Churchill, R. (2016). The effectiveness, acceptability and cost-effectiveness of psychosocial interventions for maltreated children and adolescents: an evidence synthesis. <i>Health technology assessment (Winchester, England)</i> , 20(69), 1–508. https://doi.org/10.3310/hta20690	Wrong patient population
Macdonald, G., Livingstone, N., Hanratty, J., McCartan, C., Cotmore, R., Cary, M., Glaser, D., Byford, S., Welton, N. J., Bosqui, T., Bowes, L., Audrey, S., Mezey, G., Fisher, H. L., Riches, W., & Churchill, R. (2016). The effectiveness, acceptability and cost-effectiveness of psychosocial interventions for maltreated children and adolescents: an evidence synthesis. <i>Health technology assessment (Winchester, England)</i> , 20(69), 1–508.	Wrong patient population

https://doi.org/10.3310/hta20690	
McLean, C. P., Levy, H. C., Miller, M. L., & Tolin, D. F. (2022). Exposure therapy for PTSD: A meta-analysis. <i>Clinical psychology review</i> , 91, 102115. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102115	Wrong patient population
Morina, N., Koerssen, R., & Pollet, T. V. (2016). Interventions for children and adolescents with posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of comparative outcome studies. <i>Clinical psychology review</i> , 47, 41–54. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.006	Wrong patient population
Nocon, A., Eberle-Sejari, R., Unterhitzenberger, J., & Rosner, R. (2017). The effectiveness of psychosocial interventions in war-traumatized refugee and internally displaced minors: systematic review and meta-analysis. <i>European journal of psychotraumatology</i> , 8(sup2), 1388709. https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1388709	Wrong patient population
Stauffer, A., Petermann, F., Metzner, F., & Vasileva, M. (2020). Behandlungsmöglichkeiten für Vorschulkinder mit traumatischen Erfahrungen: Eine systematische Literaturübersicht [Interventions for preschool children with traumatic exposure: A systematic literature review]. <i>Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie</i> , 68(1), 33–44. https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000402	Wrong patient population
Thielemann, J. F. B., Kasparik, B., König, J., Unterhitzenberger, J., & Rosner, R. (2022). A systematic review and meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. <i>Child abuse & neglect</i> , 134, 105899. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105899	Wrong patient population
Thielemann, J. F. B., Kasparik, B., König, J., Unterhitzenberger, J., & Rosner, R. (2024). Stability of Treatment Effects and Caregiver-Reported Outcomes: A Meta-Analysis of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents. <i>Child maltreatment</i> , 29(2), 375–387. https://doi.org/10.1177/10775595231167383	Wrong patient population
Thomas, F. C., Puente-Duran, S., Mutschler, C., & Monson, C. M. (2022). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and youth in low and middle-income countries: A systematic review. <i>Child and adolescent mental health</i> , 27(2), 146–160. https://doi.org/10.1111/camh.12435	Wrong patient population
Turrini, G., Purgato, M., Acarturk, C., Anttila, M., Au, T., Ballette, F., Bird, M., Carswell, K., Churchill, R., Cuijpers, P., Hall, J., Hansen, L. J., Kösters, M., Lantta, T., Nosè, M., Ostuzzi, G., Sijbrandij, M., Tedeschi, F., Valimaki, M., Wancata, J., ... Barbui, C. (2019). Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in asylum seekers and refugees: systematic review and meta-analysis. <i>Epidemiology and psychiatric sciences</i> , 28(4), 376–388. https://doi.org/10.1017/S2045796019000027	Wrong patient population

Wang, W., Chen, K., & Zhang, H. (2023). Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy Among Maltreated Children: A Meta-Analysis. <i>Research on Social Work Practice</i> , 33(8), 913-928. https://doi.org/10.1177/10497315221147277	Wrong patient population
Yohannan, J., Carlson, J. S., & Volker, M. A. (2022). Cognitive behavioral treatments for children and adolescents exposed to traumatic events: A meta-analysis examining variables moderating treatment outcomes. <i>Journal of traumatic stress</i> , 35(2), 706–717. https://doi.org/10.1002/jts.22755	Wrong patient population
Yohannan, J., Carlson, J. S., & Volker, M. A. (2022). Cognitive behavioral treatments for children and adolescents exposed to traumatic events: A meta-analysis examining variables moderating treatment outcomes. <i>Journal of traumatic stress</i> , 35(2), 706–717. https://doi.org/10.1002/jts.22755	Wrong study design
Danzi, B. A., & La Greca, A. M. (2021). Treating Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder: Moderators of Treatment Response. <i>Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53</i> , 50(4), 510–516. https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1823849	Wrong study design
Lee, E., & Bowles, K. (2020). Navigating treatment recommendations for PTSD: A rapid review. <i>International Journal of Mental Health</i> , 52(1), 4–44. https://doi.org/10.1080/00207411.2020.1781407	Wrong study design
Miller-Graff, L. E., & Campion, K. (2016). Interventions for Posttraumatic Stress With Children Exposed to Violence: Factors Associated With Treatment Success. <i>Journal of clinical psychology</i> , 72(3), 226–248. https://doi.org/10.1002/jclp.22238	Wrong study design
Rossouw, J., Sharp, T., Halligan, S., & Seedat, S. (2022). Psychotherapeutic interventions for childhood posttraumatic stress disorder: an update. <i>Current opinion in psychiatry</i> , 35(6), 417–424. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000821	Wrong study design
Smith, P., Perrin, S., Dalgleish, T., Meiser-Stedman, R., Clark, D. M., & Yule, W. (2013). Treatment of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. <i>Current opinion in psychiatry</i> , 26(1), 66–72. https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32835b2c01	Wrong study design
Moreno-Alcázar, A., Treen, D., Valiente-Gómez, A., Sio-Eroles, A., Pérez, V., Amann, B. L., & Radua, J. (2017). Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Children and Adolescent with Post-traumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. <i>Frontiers in psychology</i> , 8, 1750. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01750	Wrong study design
Oberg, C., & Sharma, H. (2023). Post-Traumatic Stress	Wrong study design

Disorder in Unaccompanied Refugee Minors: Prevalence, Contributing and Protective Factors, and Effective Interventions: A Scoping Review. <i>Children (Basel, Switzerland)</i> , 10(6), 941. https://doi.org/10.3390/children10060941	
Caro, P., Turner, W., Caldwell, D. M., & Macdonald, G. (2023). Comparative effectiveness of psychological interventions for treating the psychological consequences of sexual abuse in children and adolescents: a network meta-analysis. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> , 6(6), CD013361. https://doi.org/10.1002/14651858.CD013361.pub2	Wrong study design
Dorsey, S., McLaughlin, K. A., Kerns, S. E. U., Harrison, J. P., Lambert, H. K., Briggs, E. C., Revillion Cox, J., & Amaya-Jackson, L. (2017). Evidence Base Update for Psychosocial Treatments for Children and Adolescents Exposed to Traumatic Events. <i>Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53</i> , 46(3), 303–330. https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1220309	Wrong study design
Galvan, M. S., Lueke, A. E., Mansfield, L.-T. E., & Smith, C. A. (2021). A systematic research review: How to best treat post-traumatic stress disorder in children post-natural disaster. <i>Journal of Human Behavior in the Social Environment</i> , 31(6), 701–715. https://doi.org/10.1080/10911359.2020.1804513	Wrong study design
Gillies, D., Maiocchi, L., Bhandari, A. P., Taylor, F., Gray, C., & O'Brien, L. (2016). Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> , 10(10), CD012371. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012371	Wrong study design
Kaptan, S. K., Dursun, B. O., Knowles, M., Husain, N., & Varese, F. (2021). Group eye movement desensitization and reprocessing interventions in adults and children: A systematic review of randomized and nonrandomized trials. <i>Clinical psychology & psychotherapy</i> , 28(4), 784–806. https://doi.org/10.1002/cpp.2549	Wrong study design



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

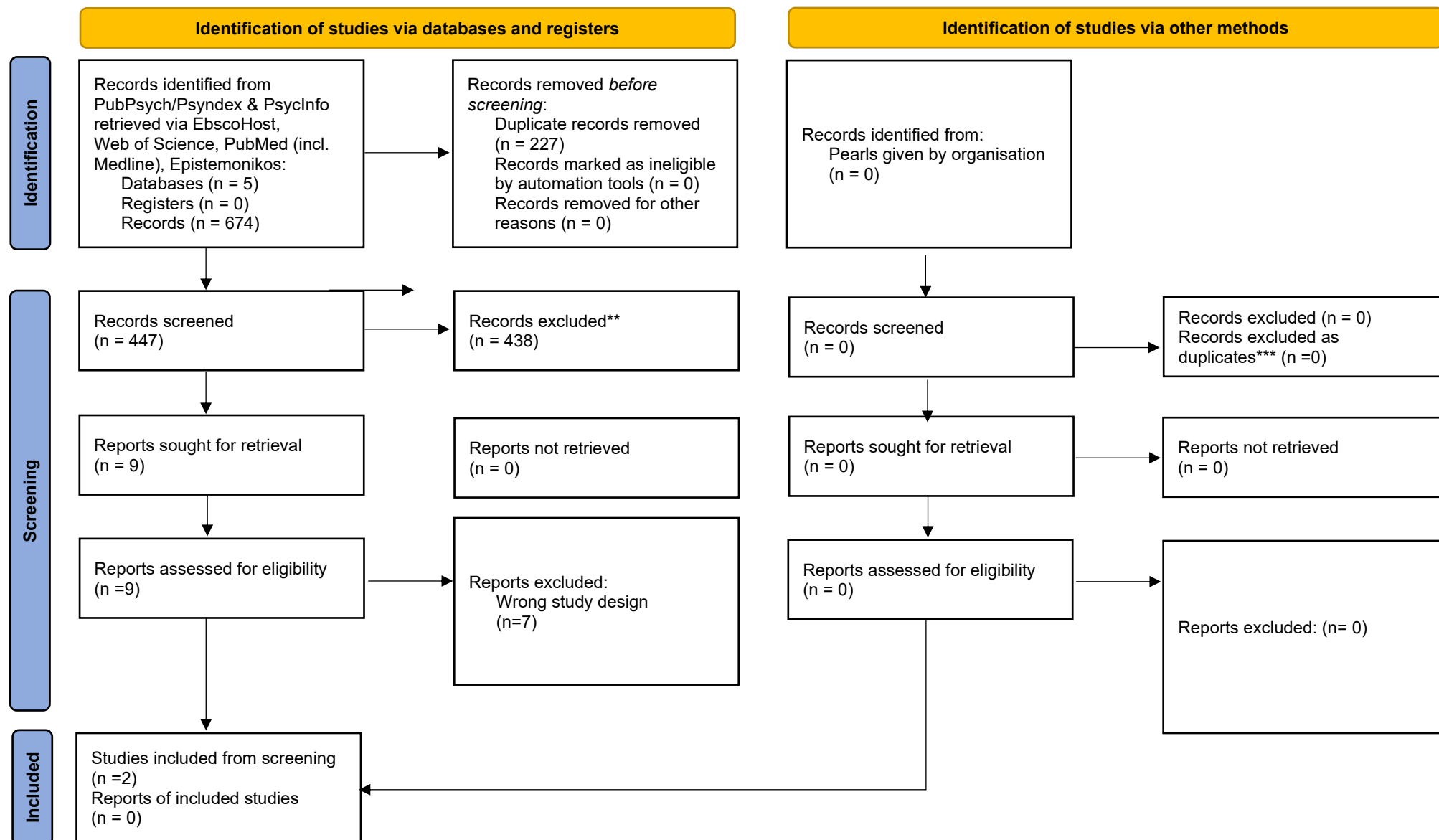
List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Bicanic, I., de Jongh, A., & Ten Broeke, E. (2015). Stabilisatie in traumabehandeling bij complexe ptss: noodzaak of mythe? [Stabilisation in trauma treatment: necessity or myth?]. <i>Tijdschrift voor psychiatrie</i> , 57(5), 332–339.	Language
de Arellano, M. A., Lyman, D. R., Jobe-Shields, L., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Huang, L., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children and adolescents: assessing the evidence. <i>Psychiatric services (Washington, D.C.)</i> , 65(5), 591–602. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300255	Wrong intervention
Gupta, A. E. (2021). <i>The efficacy of EMDR versus TF-CBT for the treatment of PTSD</i> (Doctoral project, California Southern University).	Wrong intervention
de Haan, A., Meiser-Stedman, R., Landolt, M. A., Kuhn, I., Black, M. J., Klaus, K., Patel, S. D., Fisher, D. J., Haag, C., Ukoumunne, O. C., Jones, B. G., Flaiyah, A. M., Catani, C., Dawson, K., Bryant, R. A., de Roos, C., Ertl, V., Foa, E. B., Ford, J. D., Gilboa-Schechtman, E., ... Dalgleish, T. (2024). Efficacy and moderators of efficacy of cognitive behavioural therapies with a trauma focus in children and adolescents: an individual participant data meta-analysis of randomised trials. <i>The Lancet. Child & adolescent health</i> , 8(1), 28–39. https://doi.org/10.1016/S2352-4642(23)00253-5	Wrong intervention
Hille, L. C., & Werner, D. (2023). Effektivität der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen: Eine Reanalyse vorliegender Metaanalysen [Efficacy of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. A reanalysis of available meta-analyses]. <i>Die Psychotherapie</i> , 68(6), 432–439. https://doi.org/10.1007/s00278-023-00692-4	Wrong intervention
Hoogsteder, L. M., Ten Thije, L., Schippers, E. E., & Stams, G. J. J. M. (2022). A Meta-Analysis of the Effectiveness of EMDR and TF-CBT in Reducing Trauma Symptoms and Externalizing Behavior Problems in Adolescents. <i>International journal of offender therapy and comparative criminology</i> , 66(6-7), 735–757. https://doi.org/10.1177/0306624X211010290	Wrong intervention
Miller-Graff, L. E., & Campion, K. (2016). Interventions for Posttraumatic Stress With Children Exposed to Violence: Factors Associated With Treatment Success. <i>Journal of</i>	Wrong intervention

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

<i>clinical psychology</i> , 72(3), 226–248. https://doi.org/10.1002/jclp.22238	
Leenarts, L. E., Diehle, J., Doreleijers, T. A., Jansma, E. P., & Lindauer, R. J. (2013). Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: a systematic review. <i>European child & adolescent psychiatry</i> , 22(5), 269–283. https://doi.org/10.1007/s00787-012-0367-5	Wrong intervention
Lenz, A. S., & Hollenbaugh, K. M. (2015). Meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for treating PTSD and co-occurring depression among children and adolescents. <i>Counseling Outcome Research and Evaluation</i> , 6(1), 18–32. https://doi.org/10.1177/2150137815573790	Wrong intervention
Mavranetzouli, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C., Dias, S., Stockton, S., Meiser-Stedman, R., Trickey, D., & Pilling, S. (2020). Research Review: Psychological and psychosocial treatments for children and young people with post-traumatic stress disorder: a network meta-analysis. <i>Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines</i> , 61(1), 18–29. https://doi.org/10.1111/jcpp.13094	Wrong intervention
McGuire, A., Steele, R. G., & Singh, A. (2021). Systematic Review on the Application of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) for Preschool-Aged Children. <i>Clinical child and family psychology review</i> , 24(1), 20–37. https://doi.org/10.1007/s10567-020-00334-0	Wrong intervention
Roberts, L. N., & Nixon, R. D. V. (2023). Systematic Review and Meta-Analysis of Stepped Care Psychological Prevention and Treatment Approaches for Posttraumatic Stress Disorder. <i>Behavior therapy</i> , 54(3), 476–495. https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.11.005	Wrong intervention
Sachser, C., Rassenhofer, M., & Goldbeck, L. (2016). Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen – Klinisches Vorgehen, Evidenzbasis und weitere Perspektiven [Trauma-focused Cognitive-behavioral Therapy with children and adolescents: Practice, evidence base, and future directions]. <i>Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie</i> , 44(6), 479–490. https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000436	Wrong intervention
Thielemann, J. F. B., Kasparik, B., König, J., Unterhitzenberger, J., & Rosner, R. (2022). A systematic review and meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. <i>Child abuse & neglect</i> , 134, 105899. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105899	Wrong intervention
Thielemann, J. F. B., Kasparik, B., König, J., Unterhitzenberger, J., & Rosner, R. (2024). Stability of Treatment Effects and Caregiver-Reported Outcomes: A	Wrong intervention

Meta-Analysis of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents. <i>Child maltreatment</i> , 29(2), 375–387. https://doi.org/10.1177/10775595231167383	
Wang, W., Chen, K., & Zhang, H. (2023). Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy Among Maltreated Children: A Meta-Analysis. <i>Research on Social Work Practice</i> , 33(8), 913-928. https://doi.org/10.1177/10497315221147277	Wrong intervention
Xie, S., Cheng, Q., Tan, S., Li, H., Huang, T., Xiang, Y., & Zhou, X. (2024). The efficacy and acceptability of group trauma-focused cognitive behavior therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. <i>General hospital psychiatry</i> , 86, 127–134. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2023.11.012	Wrong intervention
Dorsey, S., McLaughlin, K. A., Kerns, S. E. U., Harrison, J. P., Lambert, H. K., Briggs, E. C., Revillion Cox, J., & Amaya-Jackson, L. (2017). Evidence Base Update for Psychosocial Treatments for Children and Adolescents Exposed to Traumatic Events. <i>Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53</i> , 46(3), 303–330. https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1220309	Wrong study design
Lang, C. M., Edwards, A. J., Mittler, M. A., & BonavitaCola, L. (2018). Dialectical behavior therapy with prolonged exposure for adolescents: Rationale and review of the research. <i>Cognitive and Behavioral Practice</i> , 25(3), 416–426. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.12.005	Wrong study design
Rossouw, J., Sharp, T., Halligan, S., & Seedat, S. (2022). Psychotherapeutic interventions for childhood posttraumatic stress disorder: an update. <i>Current opinion in psychiatry</i> , 35(6), 417–424. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000821	Wrong study design
Xiang, Y., Cipriani, A., Teng, T., Del Giovane, C., Zhang, Y., Weisz, J. R., Li, X., Cuijpers, P., Liu, X., Barth, J., Jiang, Y., Cohen, D., Fan, L., Gillies, D., Du, K., Ravindran, A. V., Zhou, X., & Xie, P. (2021). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a systematic review and network meta-analysis. <i>Evidence-based mental health</i> , 24(4), 153–160. https://doi.org/10.1136/ebmental-2021-300346	Wrong study design



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/register).

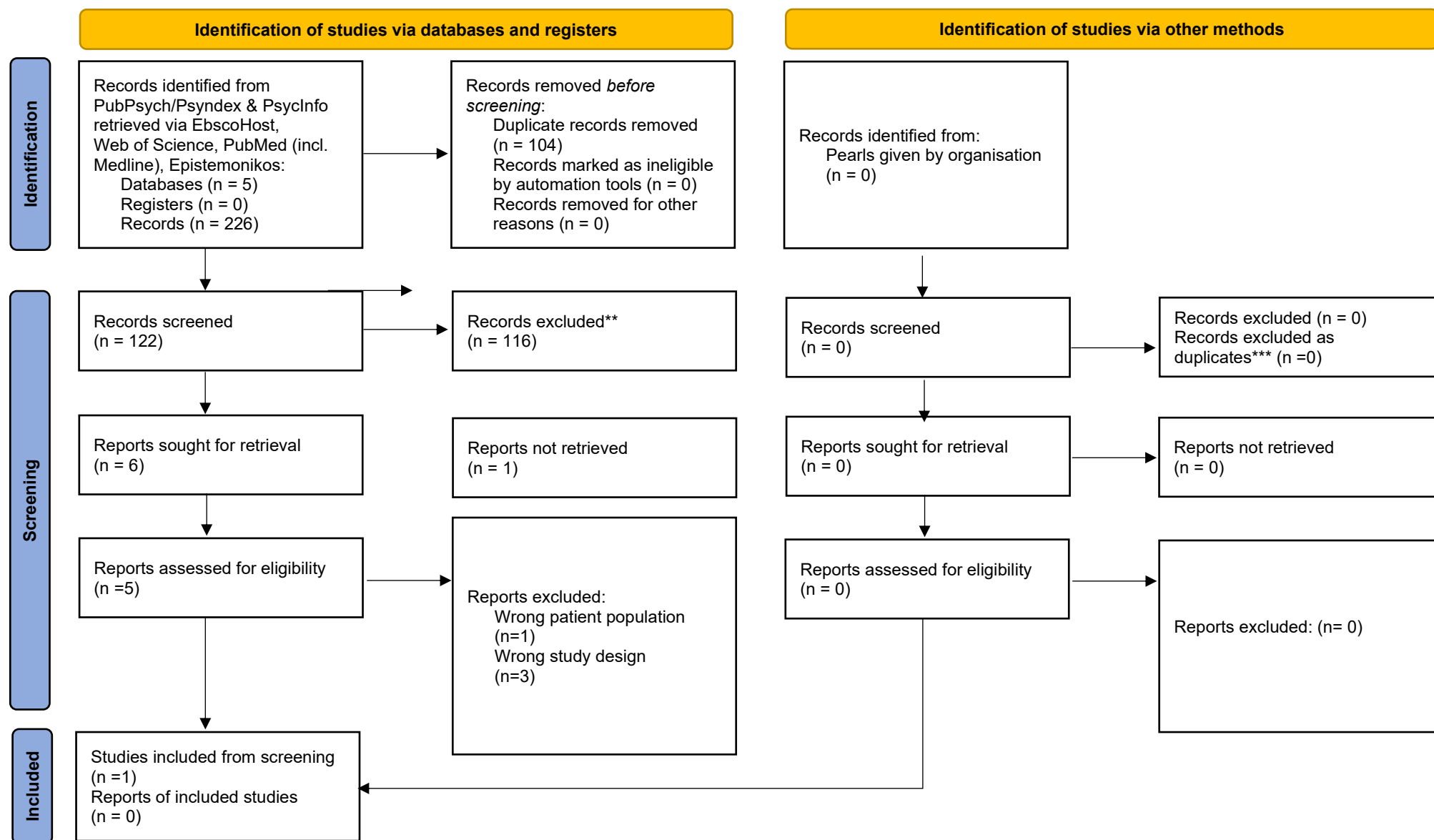
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Brown, E. J., Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2020). Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy: The role of caregivers. <i>Journal of affective disorders</i> , 277, 39–45. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.123	Wrong study design
Rosner, R., Gutermann, J., Landolt, M. A., Plener, P., & Steil, R. (2020). Die neue S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS): Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen [The newly developed German guidelines for Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)—Treatment in children and adolescents]. <i>Trauma & Gewalt</i> , 14(2), 132–142. https://doi.org/10.21706/tg-14-2-132	Wrong study design
Runyon, M. K., Deblinger, E., Ryan, E. E., & Thakkar-Kolar, R. (2004). An overview of child physical abuse: developing an integrated parent-child cognitive-behavioral treatment approach. <i>Trauma, violence & abuse</i> , 5(1), 65–85. https://doi.org/10.1177/1524838003259323	Wrong study design
Saltzman, W. R., Babayan, T., Lester, P., Beardslee, W. R., & Pynoos, R. S. (2008). Family-based treatment for child traumatic stress: A review and report on current innovations. In J. D. Ford & C. A. Courtois (Eds.), <i>Treating traumatized children</i> (1st ed.). Routledge.	Wrong study design
Cobham, V. E., March, S., De Young, A., Leeson, F., Nixon, R., McDermott, B., & Kenardy, J. (2012). Involving parents in indicated early intervention for childhood PTSD following accidental injury. <i>Clinical child and family psychology review</i> , 15(4), 345–363. https://doi.org/10.1007/s10567-012-0124-9	Wrong study design
Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2015). Trauma-focused Cognitive Behavior Therapy for Traumatized Children and Families. <i>Child and adolescent psychiatric clinics of North America</i> , 24(3), 557–570. https://doi.org/10.1016/j.chc.2015.02.005	Wrong study design
Dorsey, S., McLaughlin, K. A., Kerns, S. E. U., Harrison, J. P., Lambert, H. K., Briggs, E. C., Revillion Cox, J., & Amaya-Jackson, L. (2017). Evidence Base Update for Psychosocial Treatments for Children and Adolescents Exposed to Traumatic Events. <i>Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53</i> , 46(3), 303–330. https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1220309	Wrong study design

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/register).

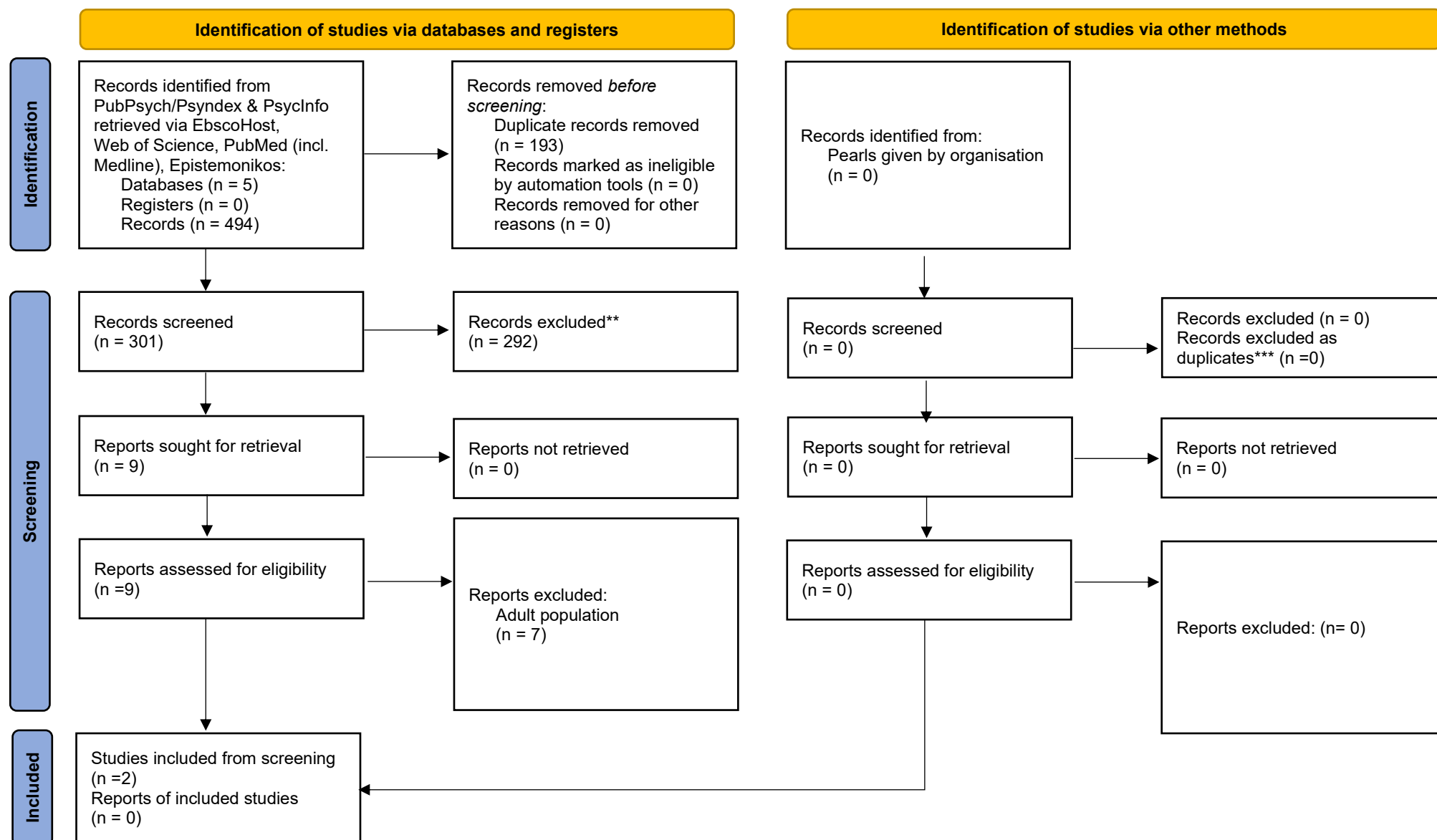
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Kaptan, S. K., Dursun, B. O., Knowles, M., Husain, N., & Varese, F. (2021). Group eye movement desensitization and reprocessing interventions in adults and children: A systematic review of randomized and nonrandomized trials. <i>Clinical psychology & psychotherapy</i> , 28(4), 784–806. https://doi.org/10.1002/cpp.2549	Wrong patient population
Davis, R. S., Meiser-Stedman, R., Afzal, N., Devaney, J., Halligan, S. L., Lofthouse, K., Smith, P., Stallard, P., Ye, S., & Hiller, R. M. (2023). Systematic Review and Meta-analysis: Group-Based Interventions for Treating Posttraumatic Stress Symptoms in Children and Adolescents. <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> , 62(11), 1217–1232. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.02.013	Wrong study design
Dorsey, S., McLaughlin, K. A., Kerns, S. E. U., Harrison, J. P., Lambert, H. K., Briggs, E. C., Revillion Cox, J., & Amaya-Jackson, L. (2017). Evidence Base Update for Psychosocial Treatments for Children and Adolescents Exposed to Traumatic Events. <i>Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53</i> , 46(3), 303–330. https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1220309	Wrong study design
Miller-Graff, L. E., & Campion, K. (2016). Interventions for Posttraumatic Stress With Children Exposed to Violence: Factors Associated With Treatment Success. <i>Journal of clinical psychology</i> , 72(3), 226–248. https://doi.org/10.1002/jclp.22238	Wrong study design

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

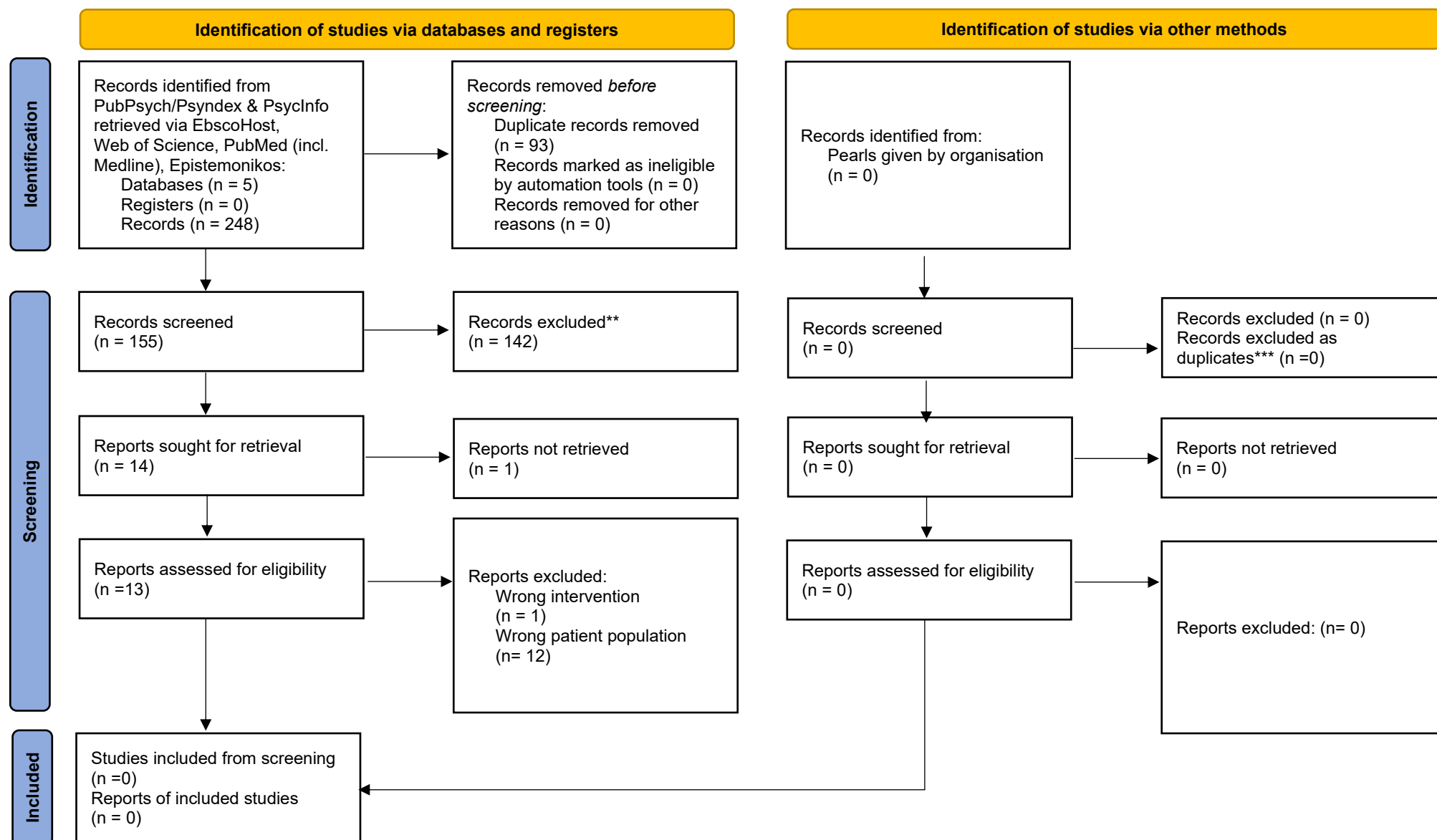
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Abu, K., Bedard-Gilligan, M., Moodliar, R., Bulger, E. M., Hernandez, A., Knutzen, T., Shoyer, J., Birk, N., Conde, C., Engstrom, A., Ryan, P., Wang, J., Russo, J., & Zatzick, D. F. (2024). Can stepped collaborative care interventions improve post-traumatic stress disorder symptoms for racial and ethnic minority injury survivors?. <i>Trauma surgery & acute care open</i> , 9(1), e001232. https://doi.org/10.1136/tsaco-2023-001232	Adult population
Feder, A., Parides, M. K., Murrough, J. W., Perez, A. M., Morgan, J. E., Saxena, S., Kirkwood, K., Aan Het Rot, M., Lapidus, K. A., Wan, L. B., Iosifescu, D., & Charney, D. S. (2014). Efficacy of intravenous ketamine for treatment of chronic posttraumatic stress disorder: a randomized clinical trial. <i>JAMA psychiatry</i> , 71(6), 681–688. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.62	Adult population
Hien, D. A., Levin, F. R., Ruglass, L. M., López-Castro, T., Papini, S., Hu, M. C., Cohen, L. R., & Herron, A. (2015). Combining seeking safety with sertraline for PTSD and alcohol use disorders: A randomized controlled trial. <i>Journal of consulting and clinical psychology</i> , 83(2), 359–369. https://doi.org/10.1037/a0038719	Adult population
Jerome, L., Feduccia, A. A., Wang, J. B., Hamilton, S., Yazar-Klosinski, B., Emerson, A., Mithoefer, M. C., & Doblin, R. (2020). Long-term follow-up outcomes of MDMA-assisted psychotherapy for treatment of PTSD: a longitudinal pooled analysis of six phase 2 trials. <i>Psychopharmacology</i> , 237(8), 2485–2497. https://doi.org/10.1007/s00213-020-05548-2 (Retraction published <i>Psychopharmacology</i> (Berl). 2024 Nov;241(11):2407. doi: 10.1007/s00213-024-06665-y)	Adult population
Mertens, Y. L., Manthey, A., Sierk, A., de Jong, P., Walter, H., & Daniels, J. K. (2023). A pharmacological challenge paradigm to assess neural signatures of script-elicited acute dissociation in women with post-traumatic stress disorder. <i>BJPsych open</i> , 9(3), e78. https://doi.org/10.1192/bjo.2023.34	Adult population
Nøhr, A. K., Eriksson, H., Hobart, M., Moltke, I., Buller, R., Albrechtsen, A., & Lindgreen, S. (2021). Predictors and trajectories of treatment response to	Adult population

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

SSRIs in patients suffering from PTSD. <i>Psychiatry research</i> , 301, 113964. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113964	
van der Kolk, B. A., Spinazzola, J., Blaustein, M. E., Hopper, J. W., Hopper, E. K., Korn, D. L., & Simpson, W. B. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance. <i>The Journal of clinical psychiatry</i> , 68(1), 37–46. https://doi.org/10.4088/jcp.v68n0105	Adult population



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

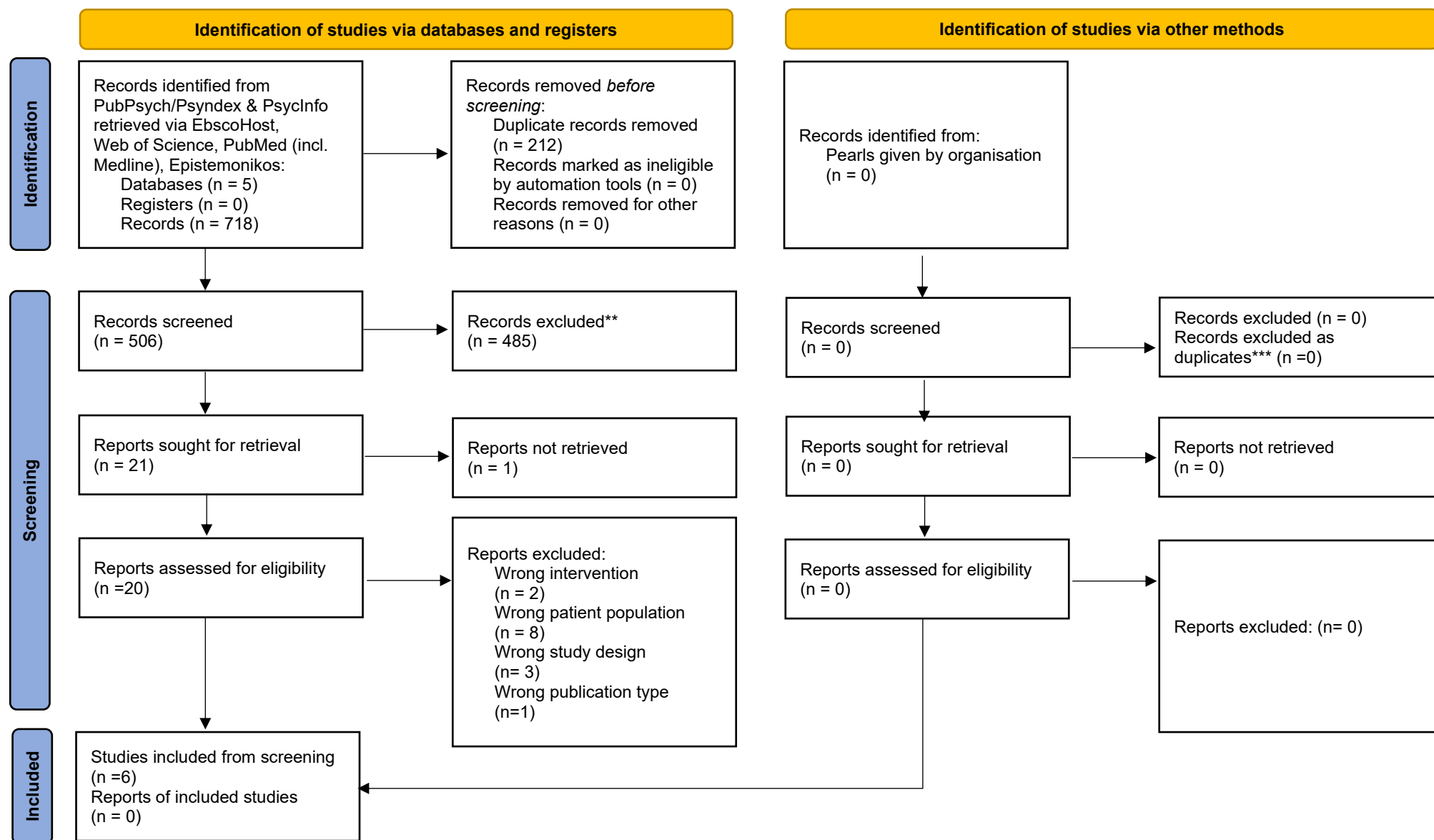
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Bartels, L., Sachser, C., & Landolt, M. A. (2021). Age-related similarities and differences in networks of acute trauma-related stress symptoms in younger and older preschool children. <i>European journal of psychotraumatology</i> , 12(1), 1948788. https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1948788	Wrong intervention
Briggs-Gowan, M. J., Grasso, D., Bar-Haim, Y., Voss, J., McCarthy, K. J., Pine, D. S., & Wakschlag, L. S. (2016). Attention bias in the developmental unfolding of post-traumatic stress symptoms in young children at risk. <i>Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines</i> , 57(9), 1083–1091. https://doi.org/10.1111/jcpp.12577	Wrong patient population
Glaus, J., Pointet Perizzolo, V., Moser, D. A., Vital, M., Rusconi Serpa, S., Urben, S., Plessen, K. J., & Schechter, D. S. (2021). Associations Between Maternal Post-traumatic Stress Disorder and Traumatic Events With Child Psychopathology: Results From a Prospective Longitudinal Study. <i>Frontiers in psychiatry</i> , 12, 718108. https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.718108	Wrong patient population
Ghosh Ippen, C., Harris, W. W., Van Horn, P., & Lieberman, A. F. (2011). Traumatic and stressful events in early childhood: can treatment help those at highest risk?. <i>Child abuse & neglect</i> , 35(7), 504–513. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.03.009	Wrong patient population
Lavi, I., Gard, A. M., Hagan, M., Van Horn, P., & Lieberman, A. F. (2015). Child-Parent Psychotherapy examined in a perinatal sample: Depression, posttraumatic stress symptoms and child-rearing attitudes. <i>Journal of Social and Clinical Psychology</i> , 34(1), 64–82. https://doi.org/10.1521/jscp.2015.34.1.64	Wrong patient population
Lieberman, A. F., Van Horn, P., & Ippen, C. G. (2005). Toward evidence-based treatment: child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> , 44(12), 1241–1248. https://doi.org/10.1097/01.chi.0000181047.59702.58	Wrong patient population
Graziano, P. A., Spiegel, J. A., Hayes, T., Arcia, E., & Sundari Foundation (2023). Early intervention for families experiencing homelessness: A pilot randomized trial comparing two parenting programs. <i>Journal of consulting and clinical psychology</i> , 91(4), 192–207. https://doi.org/10.1037/ccp0000810	Wrong patient population
Hagan, M. J., Browne, D. T., Sulik, M., Ippen, C. G., Bush, N., & Lieberman, A. F. (2017). Parent and Child Trauma Symptoms During Child-Parent Psychotherapy: A Prospective Cohort Study of Dyadic Change. <i>Journal of traumatic stress</i> , 30(6), 690–697. https://doi.org/10.1002/jts.22240	Wrong patient population
Norlén, A., Bäckman, C., Thorén, A., & Almqvist, K. (2024). The effectiveness of child-parent psychotherapy on traumatized	Wrong patient population

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

preschoolers and their caregivers: A swedish multi-site study. <i>Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health</i> . Advance online publication. https://doi.org/10.1080/23794925.2024.2358486	
Rachamim, L., Mirochnic, I., Elazar, M., Yadin, E., Sinay, I., & Nacasch, N. (2021). A pilot and feasibility randomized controlled trial of dyadic exposure therapy and dyadic client-centered therapy for posttraumatic preschool children and their caregivers. <i>International Journal of Cognitive Therapy</i> , 14(2), 362–379. https://doi.org/10.1007/s41811-020-00084-5	Wrong patient population
Weems, C. F., & Scheeringa, M. S. (2013). Maternal depression and treatment gains following a cognitive behavioral intervention for posttraumatic stress in preschool children. <i>Journal of anxiety disorders</i> , 27(1), 140–146. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.11.003	Wrong patient population
Hirshfeld-Becker, D. R., Micco, J. A., Mazursky, H., Bruett, L., & Henin, A. (2011). Applying cognitive-behavioral therapy for anxiety to the younger child. <i>Child and adolescent psychiatric clinics of North America</i> , 20(2), 349–368. https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.008	Wrong patient population
Silovsky, J. F., Niec, L., Bard, D., & Hecht, D. B. (2007). Treatment for preschool children with interpersonal sexual behavior problems: a pilot study. <i>Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53</i> , 36(3), 378–391. https://doi.org/10.1080/15374410701444330	Wrong patient population



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/register).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

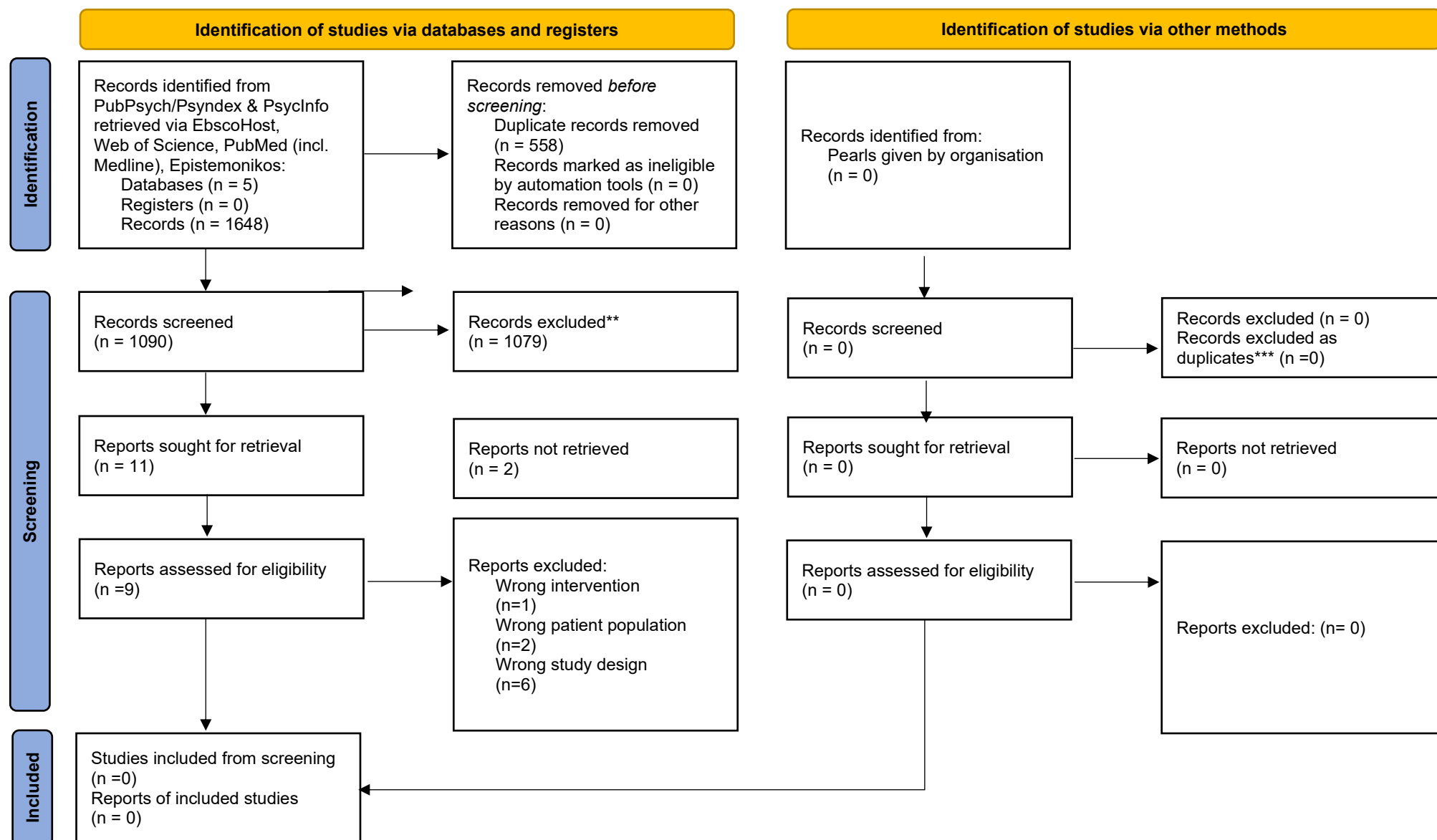
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Ottisova, L., Smith, P., & Oram, S. (2018). Psychological Consequences of Human Trafficking: Complex Posttraumatic Stress Disorder in Trafficked Children. <i>Behavioral medicine (Washington, D.C.)</i> , 44(3), 234–241. https://doi.org/10.1080/08964289.2018.1432555	Wrong intervention
Daniunaite, I., Cloitre, M., Karatzias, T., Shevlin, M., Thoresen, S., Zelviene, P., & Kazlauskas, E. (2021). PTSD and complex PTSD in adolescence: discriminating factors in a population-based cross-sectional study. <i>European journal of psychotraumatology</i> , 12(1), 1890937. https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1890937	Wrong intervention
Hendriks, L., de Kleine, R. A., Broekman, T. G., Hendriks, G. J., & van Minnen, A. (2018). Intensive prolonged exposure therapy for chronic PTSD patients following multiple trauma and multiple treatment attempts. <i>European journal of psychotraumatology</i> , 9(1), 1425574. https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1425574	Wrong patient population
Dorrepal, E., Thomaes, K., Smit, J. H., van Balkom, A. J., van Dyck, R., Veltman, D. J., & Draijer, N. (2010). Stabilizing group treatment for Complex Posttraumatic Stress Disorder related to childhood abuse based on psycho-education and cognitive behavioral therapy: a pilot study. <i>Child abuse & neglect</i> , 34(4), 284–288. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.07.003	Wrong patient population
Hoeboer, C. M., de Kleine, R. A., Oprel, D. A. C., Schoorl, M., van der Does, W., & van Minnen, A. (2021). Does complex PTSD predict or moderate treatment outcomes of three variants of exposure therapy?. <i>Journal of anxiety disorders</i> , 80, 102388. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102388	Wrong patient population
Müller-Engelmann, Meike & Dittmann, Clara & Weißlau, Charlotte & Steil, Regina. (2016). Die Cognitive Processing Therapy - Cognitive Therapy Only zur Behandlung der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung. <i>Verhaltenstherapie</i> . 26. 10.1159/000448548.	Wrong patient population
Resick, P. A., Nishith, P., & Griffin, M. G. (2003). How well does cognitive-behavioral therapy treat symptoms of complex PTSD? An examination of child sexual abuse survivors within a clinical trial. <i>CNS spectrums</i> , 8(5), 340–355. https://doi.org/10.1017/s1092852900018605	Wrong patient population

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

Bongaerts, H., Voorendonk, E. M., van Minnen, A., & de Jongh, A. (2021). Safety and effectiveness of intensive treatment for complex PTSD delivered via home-based telehealth. <i>European journal of psychotraumatology</i> , 12(1), 1860346. https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1860346	Wrong patient population
Dumarkaite, A., Truskauskaitė-Kuneviciene, I., Andersson, G., Mingaudaitė, J., & Kazlauskas, E. (2021). Effects of Mindfulness-Based Internet Intervention on ICD-11 Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: a Pilot Randomized Controlled Trial. <i>Mindfulness</i> , 12(11), 2754–2766. https://doi.org/10.1007/s12671-021-01739-w	Wrong patient population
Müller, C., Teschner, M., Assaloni, H., Kraemer, B., Schnyder, U., & Rufer, M. (2007). Eine ambulante Stabilisierungsgruppe zur Verbesserung der Emotionsregulation bei komplexen posttraumatischen Störungen [Outpatient group therapy for emotion management in complex posttraumatic disorders]. <i>Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie</i> , 57(9-10), 364–372. https://doi.org/10.1055/s-2007-970891	Wrong patient population
Kagan, R., & Spinazzola, J. (2013). <i>Real Life Heroes</i> in residential treatment: Implementation of an integrated model of trauma and resiliency-focused treatment for children and adolescents with complex PTSD. <i>Journal of Family Violence</i> , 28(7), 705–715. https://doi.org/10.1007/s10896-013-9537-6	Wrong study design
Fasulo, S. J., Ball, J. M., Jurkovic, G. J., & Miller, A. L. (2015). Towards the Development of an Effective Working Alliance: The Application of DBT Validation and Stylistic Strategies in the Adaptation of a Manualized Complex Trauma Group Treatment Program for Adolescents in Long-Term Detention. <i>American journal of psychotherapy</i> , 69(2), 219–239. https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.219	Wrong study design
de Jongh, A., Bicanic, I., Matthijssen, S., Amann, B. L., Hofmann, A., Farrell, D., Lee, C. W., & Maxfield, L. (2019). The current status of EMDR therapy involving the treatment of complex posttraumatic stress disorder. <i>Journal of EMDR Practice and Research</i> , 13(4), 284–290. https://doi.org/10.1891/1933-3196.13.4.284	Wrong study design
Sachser, C., Pfeiffer, E., Tutus, D., & Rosner, R. (2019). Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy (TF-CBT) for children and adolescents with PTSD and complex PTSD: Secondary analyses within a randomized controlled trial. <i>European Journal of Psychotraumatology</i> , 10(1)	Wrong publication type



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

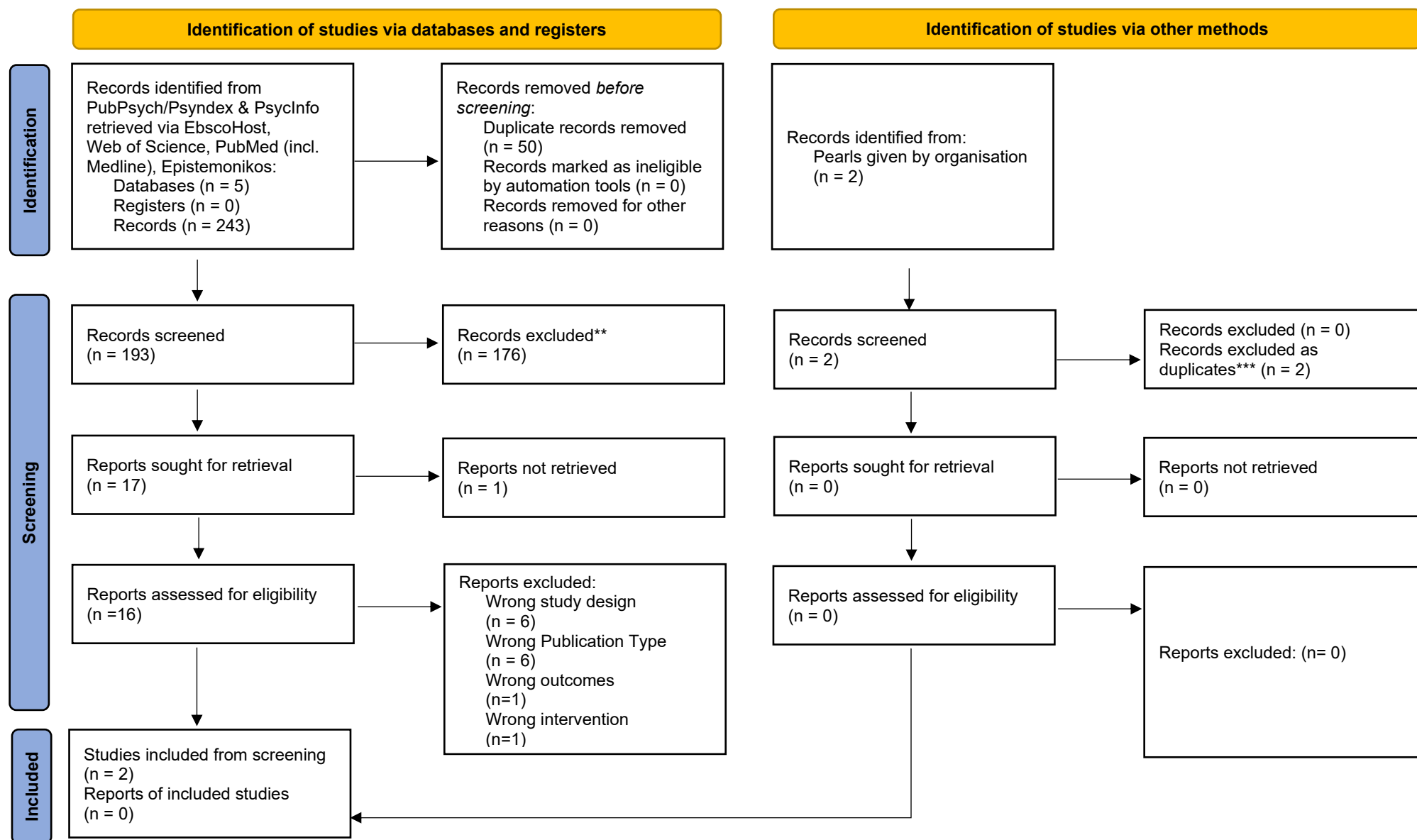
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Farrell, S. P., Hains, A. A., & Davies, W. H. (1998). Cognitive behavioral interventions for sexually abused children exhibiting PTSD symptomatology. <i>Behavior Therapy</i> , 29(2), 241–255. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(98)80005-1	Wrong intervention
Berk, M. S., Starace, N. K., Black, V. P., & Avina, C. (2020). Implementation of Dialectical Behavior Therapy with Suicidal and Self-Harming Adolescents in a Community Clinic. <i>Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research</i> , 24(1), 64–81. https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1509750	Wrong patient population
Dixius, A., & Möhler, E. (2021). Feasibility and Effectiveness of a New Short-Term Psychotherapy Concept for Adolescents With Emotional Dysregulation. <i>Frontiers in psychiatry</i> , 11, 585250. https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.585250	Wrong patient population
Bohus, Martin & Biermann, Miriam & Vonderlin, Ruben & Priebe, Kathlen & Kleindienst, Nikolaus. (2020). Traumaspezifische Ausrichtung in der Behandlung von Borderline-Störungen mit komorbider Posttraumatischer BelastungsstörungTrauma-specific treatment in patients with borderline personality disorder and co-occurring posttraumatic stress disorder: Entwicklung und Evaluation der Dialektisch-Behavioralen Therapie für komplexe Posttraumatische BelastungsstörungDevelopment and evaluation of dialectic behavioral therapy for complex posttraumatic stress disorder. <i>Psychotherapeut</i> . 65. 10.1007/s00278-020-00441-x.	Wrong study design
Cornelisse, S., Biermann, M., Enning, F., Schmahl, C., & Kleindienst, N. (2021). DBT-PTSD-EA: Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung nach interpersoneller Traumatisierung in der Kindheit bei Adoleszenten mit Borderline-Symptomatik : Eine Pilotstudie [DBT-PTSD-EA: treatment of posttraumatic stress disorder after interpersonal traumatization in childhood in adolescents with borderline personality disorders : A pilot study]. <i>Der Nervenarzt</i> , 92(7), 679–685. https://doi.org/10.1007/s00115-021-01151-8	Wrong study design
Salloum, A., Lu, Y., Chen, H., Salomon, K., Scheeringa, M. S., Cohen, J. A., Swaidan, V., & Storch, E. A. (2022). Child and parent secondary outcomes in stepped care versus standard care treatment for childhood trauma. <i>Journal of affective disorders</i> , 307, 87–96.	Wrong study design

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.049	
Salloum, A., Lu, Y., Chen, H., Quast, T., Cohen, J. A., Scheeringa, M. S., Salomon, K., & Storch, E. A. (2022). Stepped Care Versus Standard Care for Children After Trauma: A Randomized Non-Inferiority Clinical Trial. <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> , 61(8), 1010–1022.e4. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.12.013	Wrong study design
Salloum, A., Small, B. J., Robst, J., Scheeringa, M. S., Cohen, J. A., & Storch, E. A. (2017). Stepped and standard care for childhood trauma: A pilot randomized clinical trial. <i>Research on Social Work Practice</i> , 27(6), 653–663. https://doi.org/10.1177/1049731515601898	Wrong study design
Salloum, A., Wang, W., Robst, J., Murphy, T. K., Scheeringa, M. S., Cohen, J. A., & Storch, E. A. (2016). Stepped care versus standard trauma-focused cognitive behavioral therapy for young children. <i>Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines</i> , 57(5), 614–622. https://doi.org/10.1111/jcpp.12471	Wrong study design



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

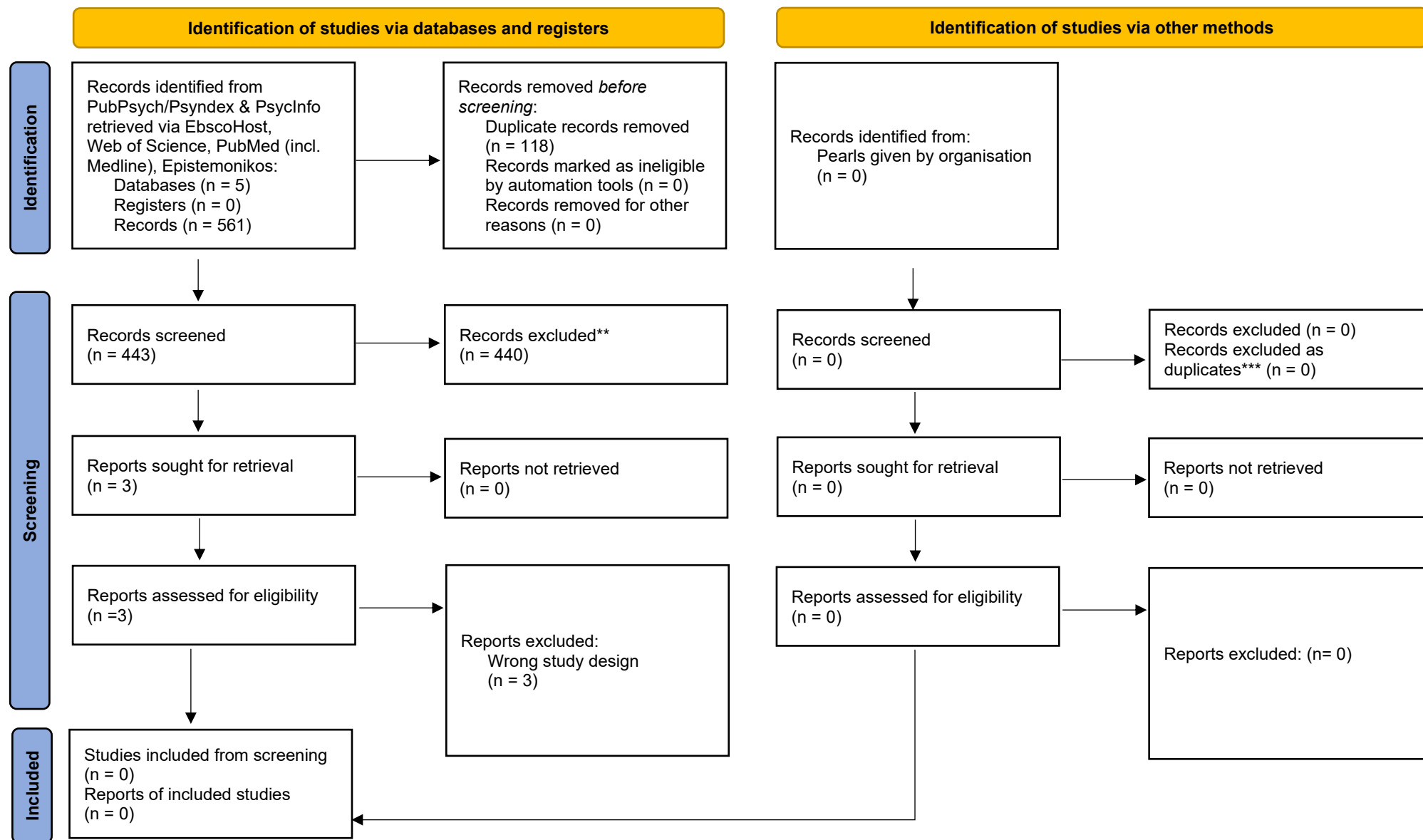
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Hoelt TJ, Stephens KA, Vannoy SD, Unützer J, Kaysen D. Interventions to treat posttraumatic stress disorder in partnership with primary care: A review of feasibility and large randomized controlled studies. Gen Hosp Psychiatry. 2019 Sep-Oct;60:65-75. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2019.05.008. Epub 2019 Jun 4. PMID: 31349204; PMCID: PMC7592634.	Wrong study design
Bobo WV, Warner CH, Warner CM. The management of post traumatic stress disorder (PTSD) in the primary care setting. South Med J. 2007 Aug;100(8):797-802. doi: 10.1097/SMJ.0b013e31812f6ee5. PMID: 17713306.	Wrong study design
Bronson D, Franco K, Budur K. Posttraumatic stress disorder in primary care patients. Compr Ther. 2007 Winter;33(4):208-15. doi: 10.1007/s12019-007-8018-3. PMID: 18025612.	Wrong study design
Cohen JA, Kelleher KJ, Mannarino AP. Identifying, treating, and referring traumatized children: the role of pediatric providers. Arch Pediatr Adolesc Med. 2008 May;162(5):447-52. doi: 10.1001/archpedi.162.5.447. PMID: 18458191.	Wrong study design
Kirkpatrick HA, Heller GM. Post-traumatic stress disorder: theory and treatment update. Int J Psychiatry Med. 2014;47(4):337-46. doi: 10.2190/PM.47.4.h. PMID: 25084856.	Wrong study design
Sepeng, N. V., & Makhado, L. (2019). Psychological management intervention guidelines for rape survivors with post-traumatic stress disorder (PTSD): A brief exploratory systematic literature review. Journal of Psychology in Africa, 29(2), 135–140. https://doi.org/10.1080/14330237.2019.1594631	Wrong study design
Buck OD, Walker JI. Posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans: a review. South Med J. 1982 Jun;75(6):704-6. doi: 10.1097/00007611-198206000-00019. PMID: 7089623.	Wrong Publication type
Khouzam HR, Donnelly NJ. Posttraumatic stress disorder. Safe, effective management in the primary care setting. Postgrad Med. 2001 Nov;110(5):60-2, 67-70, 77-8. doi: 10.1080/00325481.2001.11445495. PMID: 11727653.	Wrong Publication type
Lecrubier Y. Posttraumatic stress disorder in primary care: a hidden diagnosis. J Clin Psychiatry. 2004;65 Suppl 1:49-54. PMID: 14728097.	Wrong Publication type

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

Lessing JE. Primary care provider interventions for the delayed disclosure of adolescent sexual assault. J Pediatr Health Care. 2005 Jan-Feb;19(1):17-24. doi: 10.1016/j.pedhc.2004.06.010. PMID: 15662358.	Wrong Publication type
Sonis J. PTSD in primary care--an update on evidence-based management. Curr Psychiatry Rep. 2013 Jul;15(7):373. doi: 10.1007/s11920-013-0373-4. PMID: 23712724.	Wrong Publication type
Tsao JC, Dobalian A, Wiens BA, Gyls JA, Evans GD. Posttraumatic stress disorder in rural primary care: improving care for mental health following bioterrorism. J Rural Health. 2006 Winter;22(1):78-82. doi: 10.1111/j.1748-0361.2006.00006.x. PMID: 16441340.	Wrong Publication type
Flynn AB, Fothergill KE, Wilcox HC, Coleclough E, Horwitz R, Ruble A, Burkey MD, Wissow LS. Primary Care Interventions to Prevent or Treat Traumatic Stress in Childhood: A Systematic Review. Acad Pediatr. 2015 Sep-Oct;15(5):480-92. doi: 10.1016/j.acap.2015.06.012. PMID: 26344717; PMCID: PMC4578291.	Wrong outcomes
Gerson R, Rappaport N. Traumatic stress and posttraumatic stress disorder in youth: recent research findings on clinical impact, assessment, and treatment. J Adolesc Health. 2013 Feb;52(2):137-43. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.06.018. Epub 2012 Aug 17. PMID: 23332476.	Wrong intervention



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

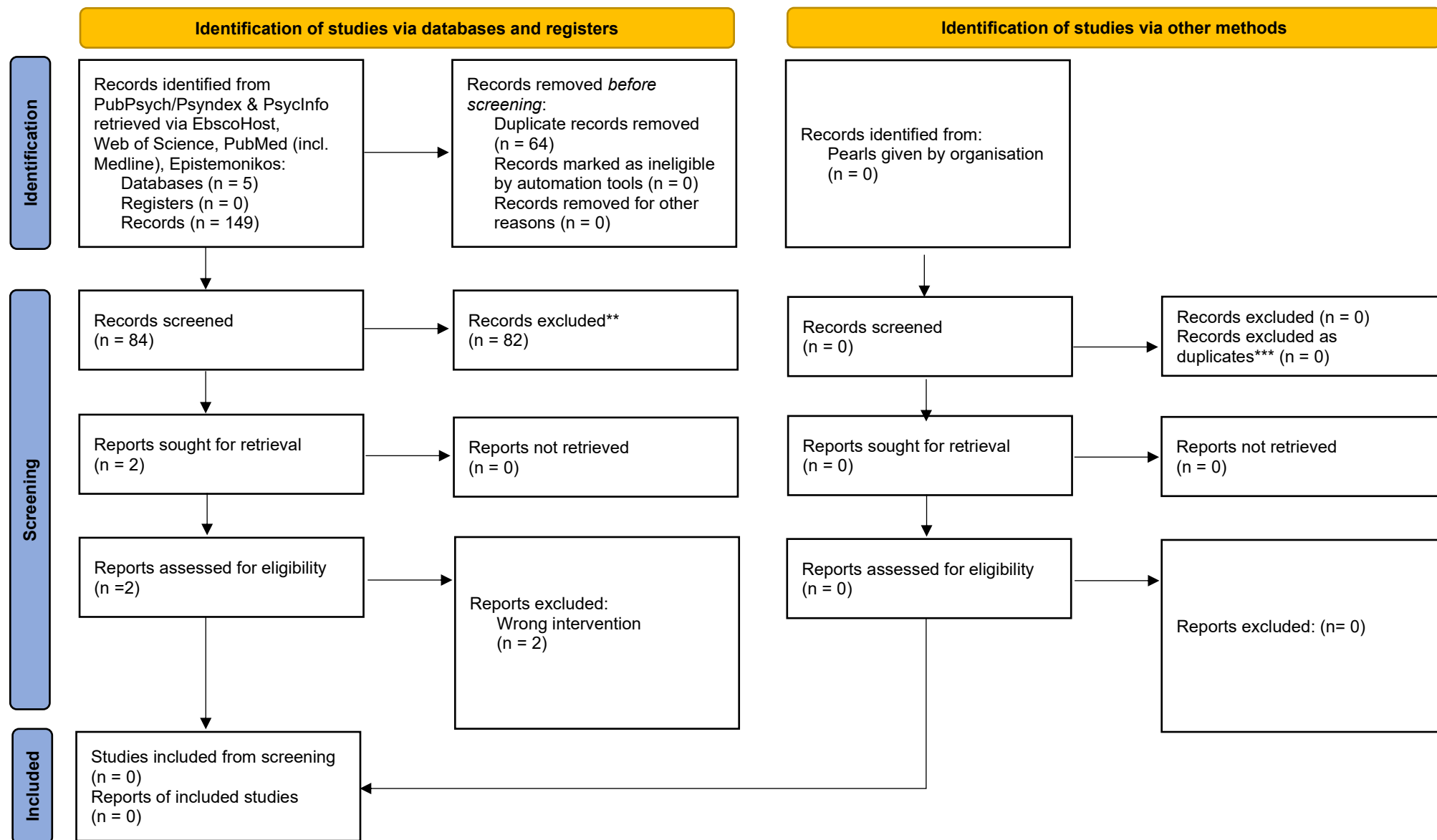
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Besemann M, Hebert J, Thompson JM, Cooper RA, Gupta G, Brémault-Phillips SB, Dentry SJ. Reflections on recovery, rehabilitation and reintegration of injured service members and veterans from a bio-psychosocial-spiritual perspective. Can J Surg. 2018 Dec 1;61(6):S219-S231. doi: 10.1503/cjs.015318. Erratum in: Can J Surg. 2018 Dec 01;61(6):369. doi: 10.1503/cjs.1861061. PMID: 30418009; PMCID: PMC6281470.	Wrong study design
Shalev AY, Bonne O, Eth S. Treatment of posttraumatic stress disorder: a review. Psychosom Med. 1996 Mar-Apr;58(2):165-82. doi: 10.1097/00006842-199603000-00012. PMID: 8849635.	Wrong study design
Wójcik, Małgorzata & Placek, Katarzyna & Drejza, Michalina & Goździewicz, Tomasz & Pisarska-Krawczyk, Magdalena & Luwański, Dawid & Plagens-Rotman, Katarzyna & Kędzia, Witold & Jarząbek-Bielecka, Grażyna. (2023). Application of Balneoclimatology and Physiotherapy in Endometriosis. Acta Balneologica. 65. 421-428. 10.36740/ABal202306112.	Wrong study design

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

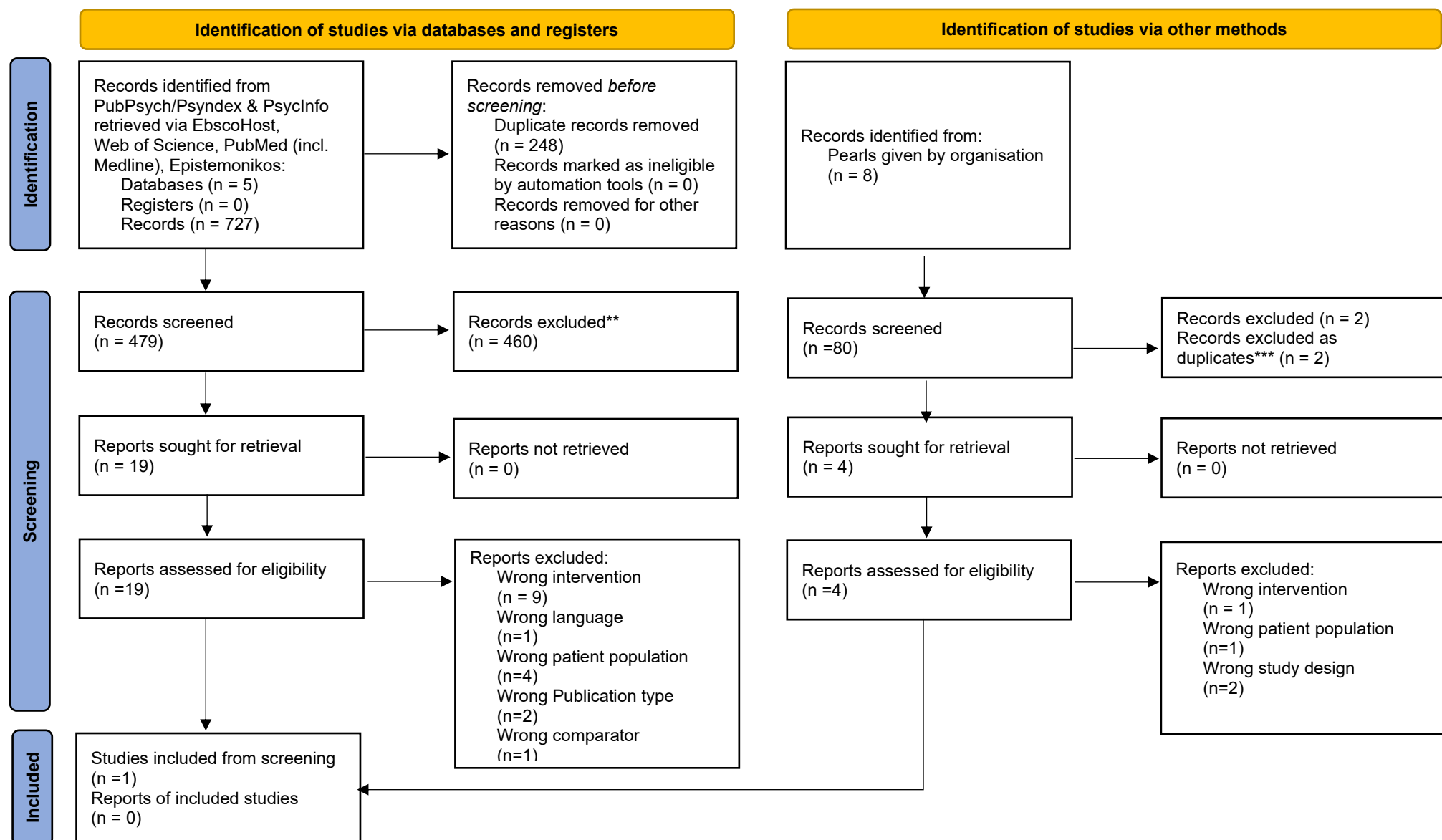
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Hessinger JD, London MJ, Baer SM. Evaluation of a shared decision-making intervention on the utilization of evidence-based psychotherapy in a VA outpatient PTSD clinic. Psychol Serv. 2018 Nov;15(4):437-441. doi: 10.1037/ser0000141. Epub 2017 Mar 13. PMID: 28287774.	Wrong intervention
Mott JM, Stanley MA, Street RL Jr, Grady RH, Teng EJ. Increasing engagement in evidence-based PTSD treatment through shared decision-making: a pilot study. Mil Med. 2014 Feb;179(2):143-9. doi: 10.7205/MILMED-D-13-00363. PMID: 24491609.	Wrong intervention

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/register).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

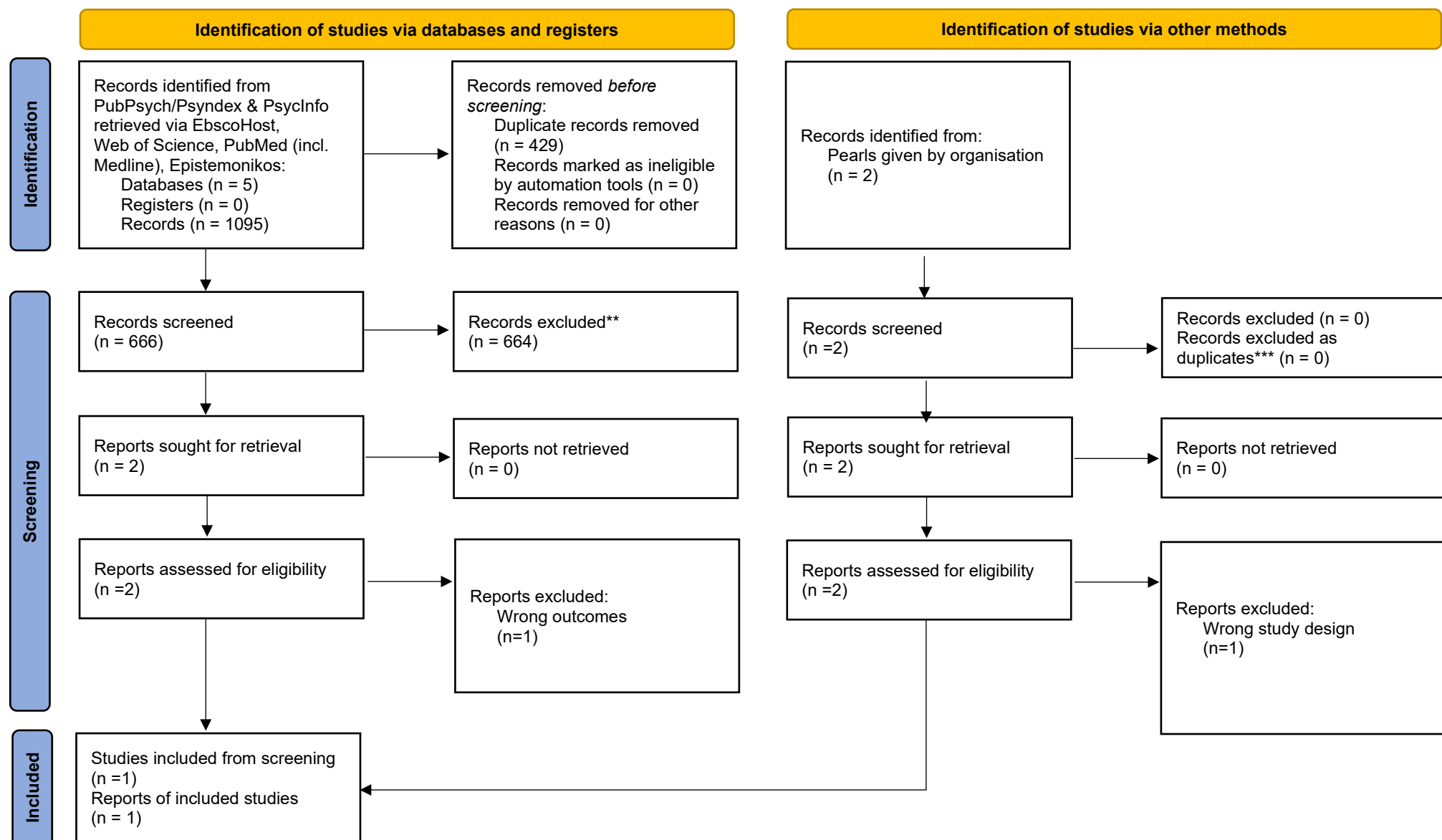
List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Chu YC, Wang HH, Chou FH, Hsu YF, Liao KL. Outcomes of trauma-informed care on the psychological health of women experiencing intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2024 Apr;31(2):203-214. doi: 10.1111/jpm.12976. Epub 2023 Sep 12. PMID: 37697899.	Wrong intervention
Linde DS, Bakiewicz A, Normann AK, Hansen NB, Lundh A, Rasch V. Intimate Partner Violence and Electronic Health Interventions: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Trials. J Med Internet Res. 2020 Dec 11;22(12):e22361. doi: 10.2196/22361. PMID: 33306030; PMCID: PMC7762681.	Wrong intervention
McLean CP, Levy HC, Miller ML, Tolin DF. Exposure therapy for PTSD in military populations: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. J Anxiety Disord. 2022 Aug;90:102607. doi: 10.1016/j.janxdis.2022.102607. Epub 2022 Jul 28. PMID: 35926254.	Wrong intervention
Dorrepaal E, Thomaes K, Hoogendoorn AW, Veltman DJ, Draijer N, van Balkom AJ. Evidence-based treatment for adult women with child abuse-related Complex PTSD: a quantitative review. Eur J Psychotraumatol. 2014 Oct 14;5:23613. doi: 10.3402/ejpt.v5.23613. PMID: 25563302; PMCID: PMC4199330.	Wrong intervention
Arroyo K, Lundahl B, Butters R, Vanderloo M, Wood DS. Short-Term Interventions for Survivors of Intimate Partner Violence: A Systematic Review and Meta-Analysis. Trauma Violence Abuse. 2017 Apr;18(2):155-171. doi: 10.1177/1524838015602736. Epub 2016 Jul 7. PMID: 26335794.	Wrong intervention
Caro P, Turner W, Caldwell DM, Macdonald G. Comparative effectiveness of psychological interventions for treating the psychological consequences of sexual abuse in children and adolescents: a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 2023 Jun 5;6(6):CD013361. doi: 10.1002/14651858.CD013361.pub2. PMID: 37279309; PMCID: PMC10243720.	Wrong intervention

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
Colombini M, Mayhew SH, García-Moreno C, d'Oliveira AF, Feder G, Bacchus LJ. Improving health system readiness to address violence against women and girls: a conceptual framework. BMC Health Serv Res. 2022 Nov 28;22(1):1429. doi: 10.1186/s12913-022-08826-1. PMID: 36443825; PMCID: PMC9703415.	Wrong patient population
Meinhart M, Seff I, Troy K, McNelly S, Vahedi L, Poulton C, Stark L. Identifying the Impact of Intimate Partner Violence in Humanitarian Settings: Using an Ecological Framework to Review 15 Years of Evidence. Int J Environ Res Public Health. 2021 Jun 29;18(13):6963. doi: 10.3390/ijerph18136963. PMID: 34209746; PMCID: PMC8297014.	Wrong intervention
Paphitis SA, Bentley A, Asher L, Osrin D, Oram S. Improving the mental health of women intimate partner violence survivors: Findings from a realist review of psychosocial interventions. PLoS One. 2022 Mar 17;17(3):e0264845. doi: 10.1371/journal.pone.0264845. PMID: 35299229; PMCID: PMC8929660.	Wrong study design
Syed S, Gilbert R, Feder G, Howe LD, Powell C, Howarth E, Deighton J, Lacey RE. Family adversity and health characteristics associated with intimate partner violence in children and parents presenting to health care: a population-based birth cohort study in England. Lancet Public Health. 2023 Jul;8(7):e520-e534. doi: 10.1016/S2468-2667(23)00119-6. PMID: 37393091.	Wrong study design

Emezue C, Chase JD, Udmuangpia T, Bloom TL. Technology-based and digital interventions for intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. <i>Campbell Syst Rev.</i> 2022 Aug 27;18(3):e1271. doi: 10.1002/cl2.1271. PMID: 36909881; PMCID: PMC9419475.	Wrong intervention
Kim GU, Kim MY. The Effectiveness of Psychological Interventions for Women Traumatized by Sexual Abuse: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Issues Ment Health Nurs.</i> 2020 May;41(5):385-394. doi: 10.1080/01612840.2019.1677830. Epub 2020 Mar 16. PMID: 32176557.	Wrong intervention
Bailey K, Trevillion K, Gilchrist G. What works for whom and why: A narrative systematic review of interventions for reducing post-traumatic stress disorder and problematic substance use among women with experiences of interpersonal violence. <i>J Subst Abuse Treat.</i> 2019 Apr;99:88-103. doi: 10.1016/j.jsat.2018.12.007. Epub 2018 Dec 24. PMID: 30797400.	Wrong intervention
Kitchiner NJ, Lewis C, Roberts NP, Bisson JI. Active duty and ex-serving military personnel with post-traumatic stress disorder treated with psychological therapies: systematic review and meta-analysis. <i>Eur J Psychotraumatol.</i> 2019 Nov 8;10(1):1684226. doi: 10.1080/20008198.2019.1684226. PMID: 31762951; PMCID: PMC6853217.	Wrong patient population
Waller BY, Lee SJ, Legros NC, Ombayo BK, Mootz JJ, Green MC, Hankerson SH, Williams SN, Williams JE, Wainberg ML. Interventions Targeting Depression and Posttraumatic Stress Disorder in United States Black Women Experiencing Intimate Partner Violence: A Systematic Review. <i>Trauma Violence Abuse.</i> 2024 Jul;25(3):2078-2089. doi: 10.1177/15248380231206113. Epub 2023 Nov 8. PMID: 37937723; PMCID: PMC11076413.	Wrong patient population
Sousa-Gomes V, Abreu B, Moreira D, Del Campo A, Moreira DS, Fávero M. Psychological intervention and treatment programs for adult victims of child sexual abuse: A systematic review. <i>Psychol Trauma.</i> 2024 Apr;16(Suppl 1):S274-S284. doi: 10.1037/tra0001389. Epub 2022 Oct 27. PMID: 36301296.	Wrong patient population
Ennis N, Sijercic I, Monson CM. Trauma-focused cognitive-behavioral therapies for posttraumatic stress disorder under ongoing threat: A systematic review. <i>Clin Psychol Rev.</i> 2021 Aug;88:102049. doi: 10.1016/j.cpr.2021.102049. Epub 2021 May 28. PMID: 34139653.	Wrong patient population

Balfour, M., Westwood, M., & Buchanan, M. J. (2014). Protecting into emotion: therapeutic enactments with military veterans transitioning back into civilian life. <i>Research in Drama Education: The Journal of Applied Theatre and Performance</i> , 19(2), 165–181. https://doi.org/10.1080/13569783.2014.911806	Wrong Publication type
Salami T, Gordon M, Coverdale J, Nguyen PT. What Therapies are Favored in the Treatment of the Psychological Sequelae of Trauma in Human Trafficking Victims? <i>J Psychiatr Pract</i> . 2018 Mar;24(2):87-96. doi: 10.1097/PRA.0000000000000288. PMID: 29509178.	Wrong Publication type
Escudero, José Luis Vicente; Navarro, Belén Sánchez(2023), Meta-Analysis of Web-based Treatments for PTSD in Women Exposed to Intimate Partner Violence and Sexual Abuse, <i>International Journal of Psychology and Psychological Therapy</i> ; Almería Bd. 23, Ausg. 1, (Mar 2023): 93-105.	Wrong comparator
de Fouchier, C., Blanchet, A., & Jehel, L. (2015). La thérapie comportementale et cognitive auprès des populations réfugiées victimes de torture et de guerre : Revue de la littérature [Cognitive and behavioral therapy with refugees torture survivors: A literature review]. <i>Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive</i> , 25(1), 12–20. https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2015.01.003	Wrong language



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

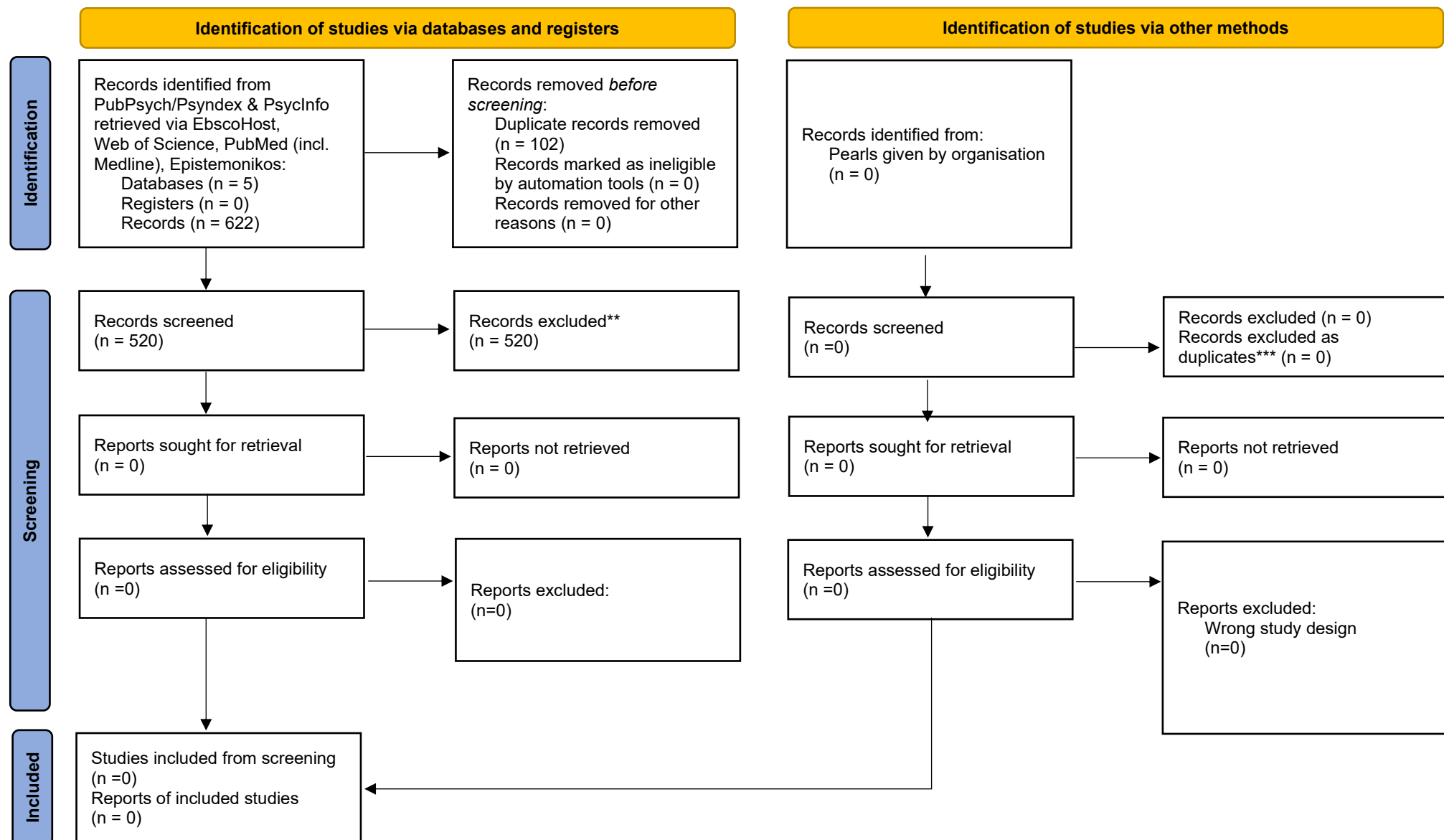
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Hegarty K, Valpied J, Taft A, Brown SJ, Gold L, Gunn J, O'Doherty L. Two-year follow up of a cluster randomised controlled trial for women experiencing intimate partner violence: effect of screening and family doctor-delivered counselling on quality of life, mental and physical health and abuse exposure. BMJ Open. 2020 Dec 10;10(12):e034295. doi: 10.1136/bmjopen-2019-034295. PMID: 33303427; PMCID: PMC7733186.	Wrong outcomes

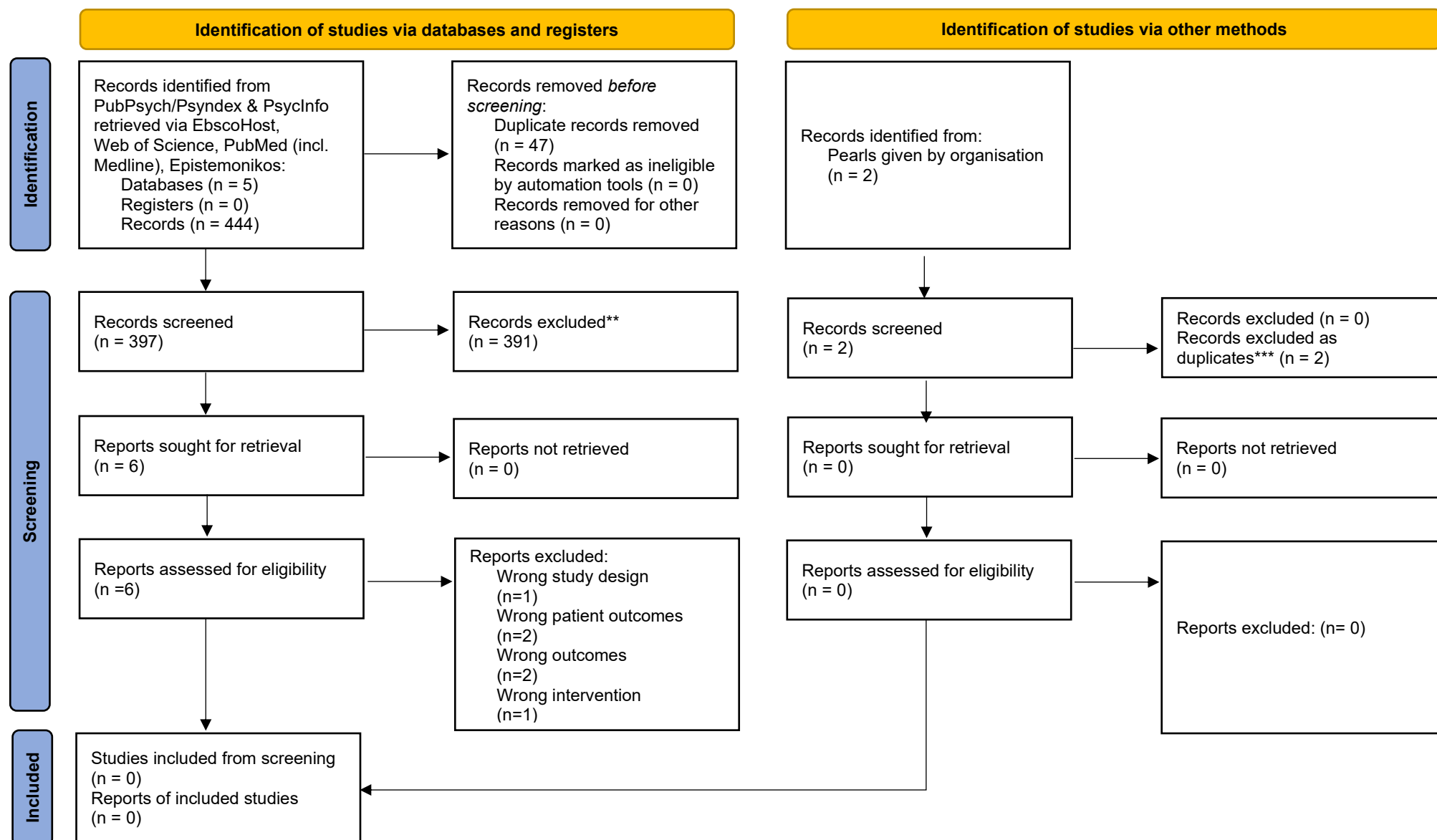
Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
Goldstein E, Chokshi B, Melendez-Torres GJ, Rios A, Jelley M, Lewis-O'Connor A. Effectiveness of Trauma-Informed Care Implementation in Health Care Settings: Systematic Review of Reviews and Realist Synthesis. Perm J. 2024 Mar 15;28(1):135-150. doi: 10.7812/TPP/23.127. Epub 2024 Mar 6. PMID: 38444328; PMCID: PMC10940237.	Wrong study design



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

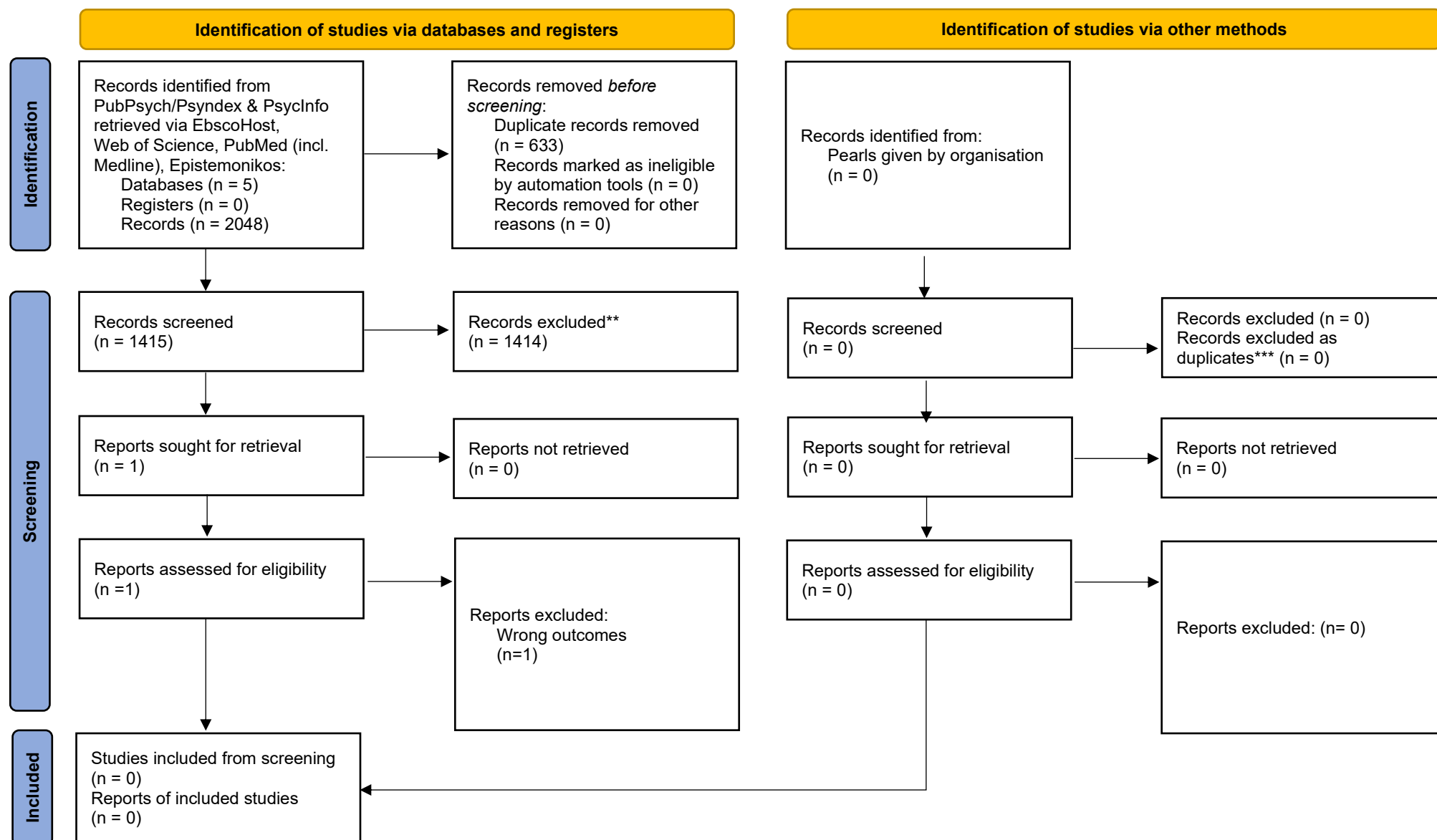
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Creech SK, Pulverman CS, Kahler CW, Orchowski LM, Shea MT, Wernette GT, Zlotnick C. Computerized Intervention in Primary Care for Women Veterans with Sexual Assault Histories and Psychosocial Health Risks: a Randomized Clinical Trial. J Gen Intern Med. 2022 Apr;37(5):1097-1107. doi: 10.1007/s11606-021-06851-0. Epub 2021 May 19. PMID: 34013470; PMCID: PMC8971224.	Wrong patient outcomes
Engel CC, Jaycox LH, Freed MC, Bray RM, Brambilla D, Zatzick D, Litz B, Tanielian T, Novak LA, Lane ME, Belsher BE, Olmsted KL, Evatt DP, Vandermaas-Peeler R, Unützer J, Katon WJ. Centrally Assisted Collaborative Telecare for Posttraumatic Stress Disorder and Depression Among Military Personnel Attending Primary Care: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2016 Jul 1;176(7):948-56. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.2402. PMID: 27294447..	Wrong patient outcomes
Harmon AL, Goldstein ES, Shiner B, Watts BV. Preliminary findings for a brief posttraumatic stress intervention in primary mental health care. Psychol Serv. 2014 Aug;11(3):295-9. doi: 10.1037/a0035846. Epub 2014 Mar 3. PMID: 24588106.	Wrong outcomes
Sripada RK, Walters HM, Ganoczy D, Avallone KM, Cigrang JA, Rauch SAM. Feasibility and Acceptability of Prolonged Exposure in Primary Care (PE-PC) for Posttraumatic Stress Disorder in Federally Qualified Health Centers: A Pilot Study. Adm Policy Ment Health. 2022 Sep;49(5):722-734. doi: 10.1007/s10488-022-01195-1. Epub 2022 Apr 20. PMID: 35445362; PMCID: PMC9020756.	Wrong outcomes
Rauch SAM, Kim HM, Acierno R, Ragin C, Wangelin B, Blitch K, Muzzy W, Hart S, Zivin K. Improving function through primary care treatment of posttraumatic stress disorder study outcomes: A randomized controlled trial of prolonged exposure for primary care in veterans. Fam Syst Health. 2023 Dec;41(4):502-513. doi: 10.1037/fsh0000823. Epub 2023 Aug 31. PMID: 37650808; PMCID: PMC10840599.	Wrong intervention
Schnurr PP, Friedman MJ, Oxman TE, Dietrich AJ, Smith MW, Shiner B, Forshay E, Gui J, Thurston V. RESPECT-PTSD: re-engineering systems for the	Wrong study design

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

primary care treatment of PTSD, a randomized controlled trial. J Gen Intern Med. 2013 Jan;28(1):32-40. doi: 10.1007/s11606-012-2166-6. Epub 2012 Aug 3. PMID: 22865017; PMCID: PMC3539037.	



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

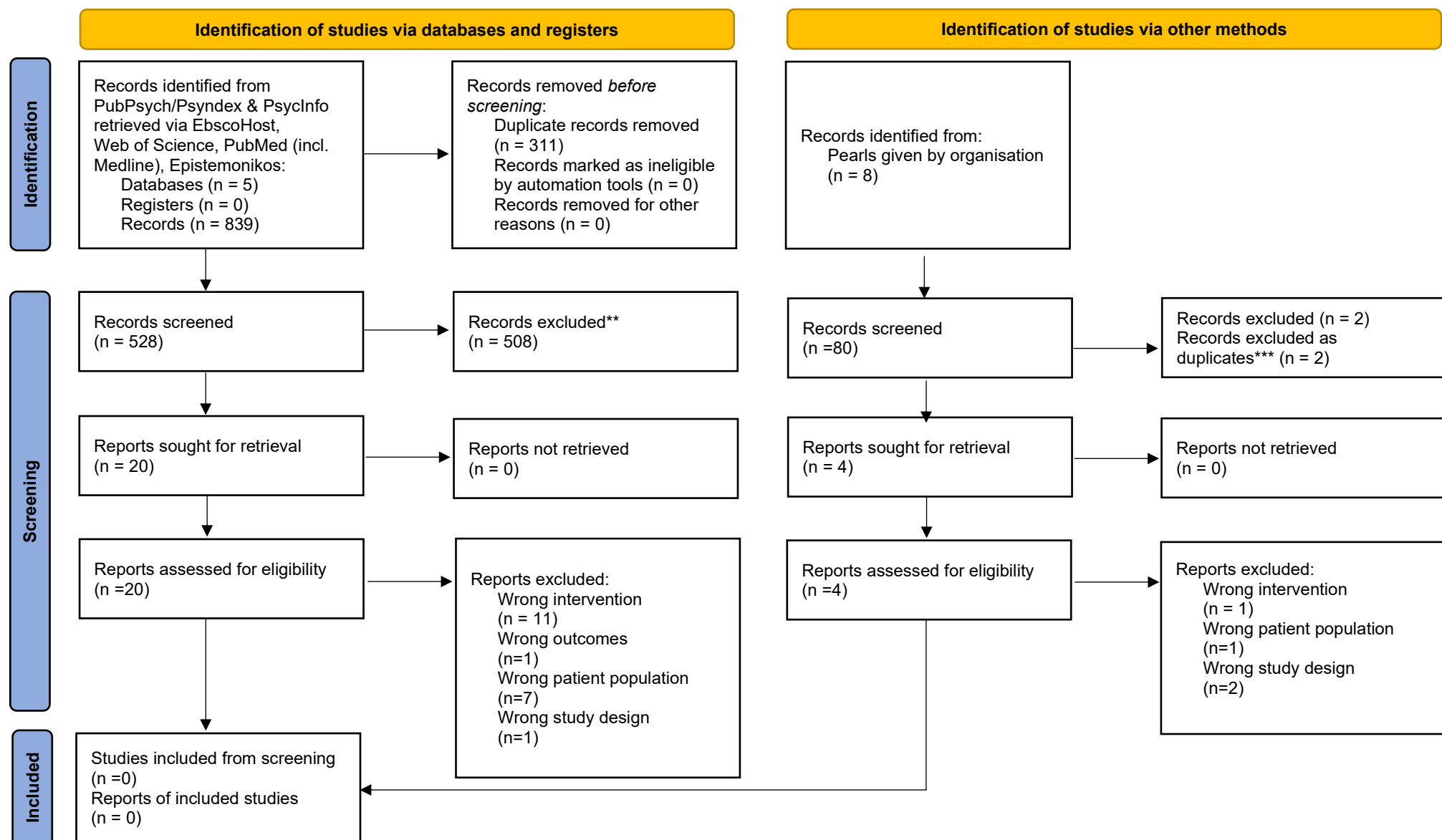
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Rank MG, Chaffin I, Figley CR, Lawrence T. The treatment of posttraumatic stress disorder in an extended care psychiatric rehabilitation program. Work. 2008;30(2):113-21. PMID: 18413927.	Wrong outcomes

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

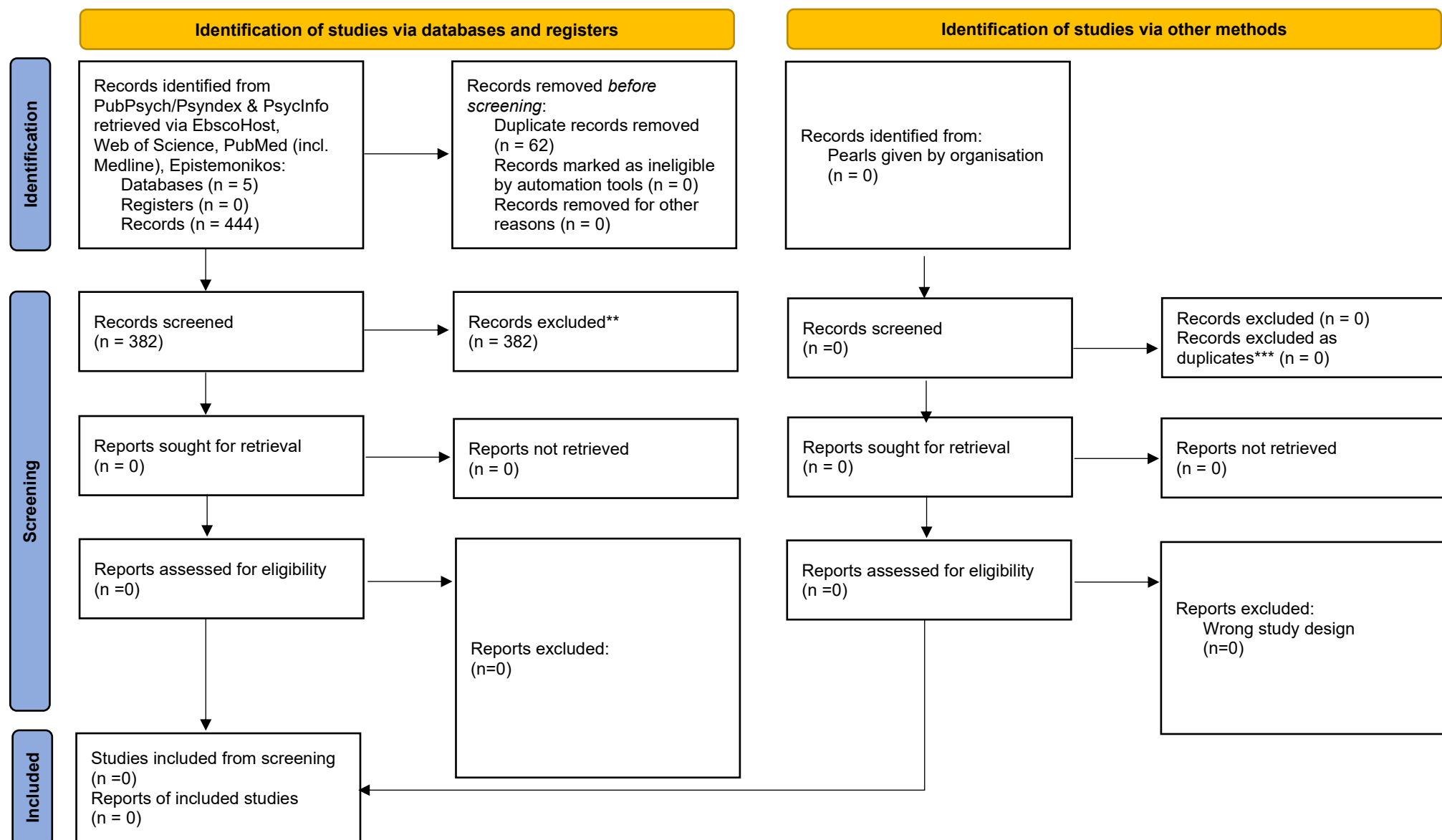
Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Littleton, H., Grills, A. E., Kline, K. D., Schoemann, A. M., & Dodd, J. C. (2016). The From Survivor to Thriver program: RCT of an online therapist-facilitated program for rape-related PTSD. <i>Journal of anxiety disorders</i> , 43, 41–51. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.07.010	Wrong intervention
Litz, B. T., Rusowicz-Orazem, L., Doros, G., Grunthal, B., Gray, M., Nash, W., & Lang, A. J. (2021). Adaptive disclosure, a combat-specific PTSD treatment, versus cognitive-processing therapy, in deployed marines and sailors: A randomized controlled non-inferiority trial. <i>Psychiatry research</i> , 297, 113761. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113761	Wrong intervention
Gilmore, A. K., Davis, M. T., Grubaugh, A., Resnick, H., Birks, A., Denier, C., Muzzy, W., Tuerk, P., & Acierno, R. (2016). "Do you expect me to receive PTSD care in a setting where most of the other patients remind me of the perpetrator?": Home-based telemedicine to address barriers to care unique to military sexual trauma and veterans affairs hospitals. <i>Contemporary clinical trials</i> , 48, 59–64. https://doi.org/10.1016/j.cct.2016.03.004	Wrong intervention
Müller-Engelmann, Meike & Schreiber, Corinna & Kümmerle, Stella & Heidenreich, Thomas & Stangier, Ulrich & Steil, Regina. (2019). A Trauma-Adapted Mindfulness and Loving-Kindness Intervention for Patients with PTSD After Interpersonal Violence: a Multiple-Baseline Study. <i>Mindfulness</i> . 10.1007/s12671-018-1068-z.	Wrong intervention
Beidel, D. C., Frueh, B. C., Neer, S. M., Bowers, C. A., Trachik, B., Uhde, T. W., & Grubaugh, A. (2019). Trauma management therapy with virtual-reality augmented exposure therapy for combat-related PTSD: A randomized controlled trial. <i>Journal of anxiety disorders</i> , 61, 64–74. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.08.005	Wrong intervention
Peterson, A. L., Blount, T. H., Foa, E. B., Brown, L. A., McLean, C. P., Mintz, J., Schobitz, R. P., DeBeer, B. R., Mignogna, J., Fina, B. A., Evans, W. R., Synett, S., Hall-Clark, B. N., Rentz, T. O., Schrader, C., Yarvis, J. S., Dondanville, K. A., Hansen, H.,	Wrong intervention

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
Colombini M, Mayhew SH, García-Moreno C, d'Oliveira AF, Feder G, Bacchus LJ. Improving health system readiness to address violence against women and girls: a conceptual framework. <i>BMC Health Serv Res</i> . 2022 Nov 28;22(1):1429. doi: 10.1186/s12913-022-08826-1. PMID: 36443825; PMCID: PMC9703415.	Wrong patient population
Meinhart M, Seff I, Troy K, McNelly S, Vahedi L, Poulton C, Stark L. Identifying the Impact of Intimate Partner Violence in Humanitarian Settings: Using an Ecological Framework to Review 15 Years of Evidence. <i>Int J Environ Res Public Health</i> . 2021 Jun 29;18(13):6963. doi: 10.3390/ijerph18136963. PMID: 34209746; PMCID: PMC8297014.	Wrong intervention
Paphitis SA, Bentley A, Asher L, Osrin D, Oram S. Improving the mental health of women intimate partner violence survivors: Findings from a realist review of psychosocial interventions. <i>PLoS One</i> . 2022 Mar 17;17(3):e0264845. doi: 10.1371/journal.pone.0264845. PMID: 35299229; PMCID: PMC8929660.	Wrong study design
Syed S, Gilbert R, Feder G, Howe LD, Powell C, Howarth E, Deighton J, Lacey RE. Family adversity and health characteristics associated with intimate partner violence in children and parents presenting to health care: a population-based birth cohort study in England. <i>Lancet Public Health</i> . 2023 Jul;8(7):e520-e534. doi: 10.1016/S2468-2667(23)00119-6. PMID: 37393091.	Wrong study design

Jacoby, V. M., Lara-Ruiz, J., ... Consortium to Alleviate PTSD (2023). Massed vs Intensive Outpatient Prolonged Exposure for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Clinical Trial. <i>JAMA network open</i> , 6(1), e2249422. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.49422	
Peterson, A. L., Mintz, J., Moring, J. C., Straud, C. L., Young-McCaughan, S., McGeary, C. A., McGeary, D. D., Litz, B. T., Velligan, D. I., Macdonald, A., Mata-Galan, E., Holliday, S. L., Dillon, K. H., Roache, J. D., Bira, L. M., Nabity, P. S., Medellin, E. M., Hale, W. J., & Resick, P. A. (2022). In-office, in-home, and telehealth cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in veterans: a randomized clinical trial. <i>BMC psychiatry</i> , 22(1), 41. https://doi.org/10.1186/s12888-022-03699-4	Wrong intervention
Rajan, G., Wachtler, C., Lee, S., Wändell, P., Philips, B., Wahlström, L., Svedin, C. G., & Carlsson, A. C. (2022). A One-Session Treatment of PTSD After Single Sexual Assault Trauma. A Pilot Study of the WONSA MLI Project: A Randomized Controlled Trial. <i>Journal of interpersonal violence</i> , 37(9-10), NP6582–NP6603. https://doi.org/10.1177/0886260520965973	Wrong intervention
Reger, G. M., Koenen-Woods, P., Zetocha, K., Smolenski, D. J., Holloway, K. M., Rothbaum, B. O., Difede, J., Rizzo, A. A., Edwards-Stewart, A., Skopp, N. A., Mishkind, M., Reger, M. A., & Gahm, G. A. (2016). Randomized controlled trial of prolonged exposure using imaginal exposure vs. virtual reality exposure in active duty soldiers with deployment-related posttraumatic stress disorder (PTSD). <i>Journal of consulting and clinical psychology</i> , 84(11), 946–959. https://doi.org/10.1037/ccp0000134	Wrong intervention
Wagner, B., Grafiadeli, R., Martin, T., & Böhm, M. (2022). Internet-based imagery rescripting intervention for adult survivors of institutional childhood abuse in the former German Democratic Republic - a pilot study. <i>European journal of psychotraumatology</i> , 13(2), 2117222. https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2117222	Wrong intervention
Yahalom, J., Yarns, B. C., Clair, K., Cloitre, M., Lang, A. J., & Hamilton, A. B. (2022). Patient experiences and reported effectiveness of a multimodal short-term pilot therapy group for veteran men with military sexual trauma. <i>Journal of clinical psychology</i> , 78(12), 2410–2426. https://doi.org/10.1002/iclp.23353	Wrong intervention
Loucks, L., Yasinski, C., Norrholm, S. D., Maples-Keller, J., Post, L., Zwiebach, L., Fiorillo, D., Goodlin, M., Jovanovic, T., Rizzo, A. A., & Rothbaum, B. O. (2019). You can do that?: Feasibility of virtual reality	Wrong outcomes

exposure therapy in the treatment of PTSD due to military sexual trauma. <i>Journal of anxiety disorders</i> , 61, 55–63. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.06.004	
Choudhary, V., Satapathy, S., & Sagar, R. (2024). Feasibility Trial of a Newly Developed Brief Psychological Trauma Intervention for Children Surviving Sexual Abuse in India. <i>Journal of child sexual abuse</i> , 33(2), 204–228. https://doi.org/10.1080/10538712.2024.2319668	Wrong patient population
Andersson, G., Olsson, E., Ringsg�rd, E., Sandgren, T., Viklund, I., Andersson, C., Hesselman, Y., Johansson, R., Nordgren, L. B., & Bohman, B. (2021). Individually tailored Internet-delivered cognitive-behavioral therapy for survivors of intimate partner violence: A randomized controlled pilot trial. <i>Internet interventions</i> , 26, 100453. https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100453	Wrong patient population
Kelly, A., & Garland, E. L. (2016). Trauma-Informed Mindfulness-Based Stress Reduction for Female Survivors of Interpersonal Violence: Results From a Stage I RCT. <i>Journal of clinical psychology</i> , 72(4), 311–328. https://doi.org/10.1002/iclp.22273	Wrong patient population
Lewis, N. V., Gregory, A., Feder, G. S., Angill-Williams, A., Bates, S., Glynn, J., Halliwell, G., Hawcroft, C., Kessler, D., Lawton, M., Leach, R., Millband, S., Pitt, K., Zammit, S., & Malpass, A. (2023). Trauma-specific mindfulness-based cognitive therapy for women with post-traumatic stress disorder and a history of domestic abuse: intervention refinement and a randomised feasibility trial (coMforT study). <i>Pilot and feasibility studies</i> , 9(1), 112. https://doi.org/10.1186/s40814-023-01335-w	Wrong patient population
Karlsson, M. E., Zielinski, M. J., & Bridges, A. J. (2020). Replicating outcomes of Survivors Healing from Abuse: Recovery through Exposure (SHARE): A brief exposure-based group treatment for incarcerated survivors of sexual violence. <i>Psychological trauma : theory, research, practice and policy</i> , 12(3), 300–305. https://doi.org/10.1037/tra0000504	Wrong patient population
Lacasa, F., Álvarez, M., Navarro, M. �., Richart, M. T., San, L., & Ortiz, E. M. (2016). Emotion Regulation and Interpersonal Group Therapy for Children and Adolescents Witnessing Domestic Violence: A Preliminary Uncontrolled Trial. <i>Journal of child & adolescent trauma</i> , 11(3), 269–275. https://doi.org/10.1007/s40653-016-0126-8	Wrong patient population
Rizo, C. F., Wretman, C. J., Macy, R. J., Guo, S., & Ermentrout, D. M. (2018). A novel intervention for	Wrong patient population

system-involved female intimate partner violence survivors: Changes in mental health. <i>The American journal of orthopsychiatry</i> , 88(6), 681–690. https://doi.org/10.1037/ort0000332	
Bailey, K., Trevillion, K., & Gilchrist, G. (2019). What works for whom and why: A narrative systematic review of interventions for reducing post-traumatic stress disorder and problematic substance use among women with experiences of interpersonal violence. <i>Journal of substance abuse treatment</i> , 99, 88–103. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.12.007	Wrong study design



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

S3-Leitlinie

Posttraumatische Belastungsstörung

Anlage 5 | Evidenztabelle, GRADE-Profil, AMSTAR-2-Profil, RoB-2-Profil und
SIGN-Profil

AWMF-Register Nr. 155/ 001
Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-001>
Version: 2.0

Federführung

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)

Koordination

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Konsortialpartner

Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt (KU)

Ludwig-Maximilian-Universität München (LMU)

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses
beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF23008 gefördert.

Inhaltsverzeichnis

Evidenztabellen	9
Diagnostik.....	9
PICO 1.....	9
PICO 2.....	44
PICO 3.....	46
Psychotherapeutische Behandlung.....	53
PICO 1.....	53
PICO 2.....	120
PICO 3.....	182
PICO 4.....	198
PICO 5.....	204
PICO 6.....	216
PICO 7.....	243
Pharmakotherapeutische Verfahren.....	247
PICO 1.....	247
PICO 2.....	294
PICO 3.....	316
PICO 4.....	324
PICO 5.....	326
PICO 6.....	331
PICO 7.....	332
Adjuvante Verfahren	334
PICO 1.....	334
PICO 2.....	335
PICO 3.....	338
Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung.....	339
PICO 1, 2 & 3	339
Kombinierte Psychische Störungen.....	354
PICO 1.....	354
PICO 2, 3 & 4	383
Behandlung von älteren Personen.....	384
PICO 1.....	384
PICO 2.....	400
PICO 3, 4 & 5	408
Behandlung von Erwachsenen mit Fluchthintergrund	409
PICO 1 & 2	409
PICO 3.....	410

PICO 4.....	424
PICO 5.....	425
PICO 6.....	430
Behandlung von Erwachsenen mit Störung der Intelligenzentwicklung	434
PICO 1.....	434
PICO 2.....	435
PICO 3.....	443
PICO 4.....	444
PICO 5.....	445
PICO 6.....	447
Diagnostik der PTBS bei Kindern und Jugendlichen.....	448
PICO 1.....	448
PICO 2.....	453
PICO 3.....	462
Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen	463
PICO 1.....	463
PICO 2.....	466
PICO3.....	519
PICO 4.....	549
PICO 5.....	550
PICO 6.....	562
Allgemeine Behandlungsprinzipien	568
PICO 1.....	568
PICO 2.....	572
PICO 3.....	573
PICO 4.....	574
PICO 5.....	576
PICO 6.....	581
GRADE-Profilе	582
Diagnostik.....	582
Psychotherapeutische Verfahren	583
PICO 1 & 2	583
PICO 3.....	585
PICO 4.....	586
PICO 5.....	590
PICO 6.....	592
PICO 7.....	594
Pharmakotherapeutische Verfahren.....	595

PICO 1.....	595
PICO 2.....	598
PICO 3.....	600
PICO 4.....	601
PICO 5.....	602
PICO 6.....	603
PICO 7.....	604
Adjuvante Verfahren	605
PICO 1.....	605
PICO 2.....	606
PICO 3.....	607
PICO 4.....	608
Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung.....	611
PICO 1.....	611
PICO 2.....	613
PICO 3.....	614
Komorbide Psychische Störungen.....	615
PICO 1.....	615
PICO 2, 3 & 4	619
Behandlung von älteren Personen.....	620
PICO 1.....	620
PICO 2.....	623
PICO 3, 4 & 5	625
Behandlung von Erwachsenen mit Fluchthintergrund	626
PICO 1 & 2	626
PICO 3.....	627
PICO 4.....	629
PICO 5.....	630
PICO 6.....	632
Behandlung von Erwachsenen mit Störung der Intelligenzentwicklung (SIE)	634
PICO 1, 2, 3 & 4	634
PICO 5.....	635
PICO 6.....	636
Diagnostik der PTBS bei Kindern und Jugendlichen.....	637
PICO 1, 2 & 3	637
Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen	638
PICO 1.....	638
PICO 2 & 3	640

PICO 4.....	644
PICO 5.....	645
PICO 6.....	647
Allgemeine Behandlungsprinzipien	648
PICO 1.....	648
PICO 2 & 3	649
PICO 4.....	650
PICO 5.....	651
PICO 6.....	652
AMSTAR 2 Profile	653
Diagnostik.....	653
PICO 1, 2 & 3	653
Psychotherapeutische Behandlung.....	654
PICO 1.....	654
PICO 2.....	657
PICO 3.....	659
PICO 4.....	659
PICO 5.....	662
PICO 6.....	662
PICO 7.....	665
Pharmakotherapeutische Verfahren	666
PICO 1.....	666
PICO 2.....	668
PICO 3.....	670
PICO 4.....	671
PICO 5.....	671
PICO 6.....	672
PICO 7.....	673
Adjuvante Verfahren	674
PICO 1, 2, 3 & 4	674
Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung	675
PICO 1, 2 & 3	675
Komorbide Psychische Störungen	676
PICO 1.....	676
PICOS 2, 3 & 4	678
Behandlung von älteren Personen.....	679
PICO 1, 2, 3, 4 & 5	679
Behandlung von Erwachsenen mit Fluchthintergrund	680

PICO 1 & 2	680
PICO 3	681
PICO 4 & 5	682
PICO 6	683
Behandlung von Erwachsenen mit Störung der Intelligenzentwicklung (SIE)	684
PICO 1, 2, 3, 4, 5 & 6	684
Diagnostik der PTBS bei Kindern und Jugendlichen	685
PICO 1,2 & 3	685
Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen	686
PICO 1	686
PICO 2	687
PICO 3	689
PICO 4	691
PICO 5	692
PICO 6	693
Allgemeine Behandlungsprinzipien	694
PICO 1	694
PICO 2 & 3	695
PICO 4	696
PICO 5	697
PICO 6	698
ROB 2 Profile	698
Diagnostik	700
PICO 1-3	700
Psychotherapeutische Behandlung	701
PICO 1	701
PICO 2	708
PICO 3	709
PICO 4	716
PICO 5 & 6	720
PICO 7	721
Pharmakotherapeutische Verfahren	725
PICO 1 & 2	725
PICO 3	726
PICO 4	730
PICO 5 & 6	734
PICO 7	735
Adjuvante Verfahren	738

PICO 1.....	738
PICO 2.....	739
PICO 3.....	742
PICO 4.....	743
Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung.....	784
PICO 1, 2 & 3	784
Komorbide Psychische Störungen.....	791
PICO 1.....	791
PICO 2, 3 & 4	807
Behandlung von älteren Personen.....	808
PICO 1.....	808
PICO 2.....	815
PICO 3, 4 & 5	822
Behandlung von Erwachsenen mit Fluchthintergrund	823
PICO 1, 2, 3 & 4	823
PICO 5.....	824
Behandlung von Erwachsenen mit Störung der Intelligenzentwicklung (SIE)	828
PICO 1, 2, 3 & 4	828
PICO 5.....	829
PICO 6.....	832
Diagnostik der PTBS bei Kindern und Jugendlichen.....	833
PICO 1, 2 & 3	833
Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen	834
PICO 1.....	834
PICO 2, 3, 4, 5 & 6	841
Allgemeine Behandlungsprinzipien	842
PICO 1, 2, 3 & 4	842
PICO 5.....	843
PICO 6.....	847
ROBINS I Profile.....	848
Diagnostik.....	849
PICO 1, 2 & 3	849
Pharmakotherapeutische Verfahren.....	851
PICO 1, 2, 3, 4, 5, 6 & 7.....	851
Adjuvante Verfahren	852
PICO 1.....	852
PICO 2.....	853
PICO 3 & 4	858

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung	859
PICO 1, 2 & 3	859
Komorbide Psychische Störungen	860
PICO 1	860
PICO 2, 3 & 4	865
Behandlung von älteren Personen	866
PICO 1 & 2	866
PICO 3, 4 & 5	887
Behandlung von Erwachsenen mit Fluchthintergrund	888
PICO 1, 2, 3 & 4	888
PICO 5	889
PICO 6	898
Behandlung von Erwachsenen mit Störung der Intelligenzentwicklung (SIE)	911
PICO 1, 2, 3, 4, 5 & 6	911
Diagnostik der PTBS bei Kindern und Jugendlichen	912
PICO 1,2 & 3	912
Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen	913
PICO 1	913
PICO 2	914
PICO 3, 4, 5 & 6	939
Allgemeine Behandlungsprinzipien	940
PICO 1–6	940
Abkürzungsverzeichnis	941

Evidenztabelle

Diagnostik

PICO 1

Aggregierte Evidenz

N = 3 inkludierte Studien

Publikation	Untersuchte Studien	Untersuchtes Testverfahren (ggf. Vergleich)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Bressler et al., 2018 DOI: 10.1002/jcad.12190 A Systematic Review of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL)	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Academic Search Premier, MedLine, PsycARTICLES, and ERIC (2) Referenzlisten der gefundenen, relevanten Studien Suchzeitraum: Bis 12/2016 Einschlusskriterien: • Verwendung einer PCL-Version • Peer-reviewed Artikel, Dissertationen und andere elektronisch verfügbare Materialien • Beinhalten Evidenz für die Retestreliabilität, interne Konsistenz, Mittelwerte und Standardabweichungen von nicht klinischen Populationen, Interkorrelation zwischen Subskalen, exploratorische oder konfirmatorische Faktorenanalysen, diagnostische Validität Ausschlusskriterien: • Mittelwerte und Standardabweichungen von klinischen Populationen	Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL) Versionen: • PCL-C: Zivile Version • PCL-M: Militärische Version • PCL-S: Spezifische Version (nur englische Versionen wurden in der Analyse berücksichtigt)	• Retest-Reliabilität der PCL-Versionen • Interne Konsistenz der PCL-Versionen • Korrelationen zwischen PCL und anderen Maßen für PTBS • PCL-C Subskalen Interkorrelationen • Mittelwerte und Standardabweichungen in nicht klinischen Populationen	1. Inkludierte Studien: 336 2. Ergebnisse: PCL-S Interne Konsistenz • Gesamt ($k = 44$): $\alpha = .94$, 95%-KI [.93, .95] • Klinische Population ($k = 7$): $\alpha = .94$ • Nicht-klinische Population ($k = 12$): $\alpha = .94$ • Subskala Intrusionen/Wiedererleben ($k = 5$): $\alpha = .81$ • Subskala Vermeidung ($k = 5$): $\alpha = .80$ • Subskala Hyperarousal ($k = 4$): $\alpha = .77$ • Subskala Dysphonie/Betäubung ($k = 1$): $\alpha = .73$ Retest-Reliabilität • Innerhalb eines Monats ($k = 1$): .87, 95%-KI [.54, 1.0] • Ein bis sechs Monate ($k = 1$): .78, 95%-KI [.69, .87] • Sieben bis 12 Monate ($k = 3$): .64, 95%-KI [.58, .70] • Über 12 Monate ($k = 1$): .77, 95%-KI [.60, .94] Externe/Konvergente Validität • Korrelation zu sechs weiteren PTBS-Maßen: Ergebnisse von $r = .37$ mit dem Posttraumatic Growth Inventory bis $r = .78$ mit der Posttraumatic Stress Diagnostic Scale Subskalen Interkorrelationen ($k = 2$): • Wiedererleben & Vermeidung: $r = .78$	(eine ergänzende Referenzliste enthaltenen Studien ist auf Anfrage beim Zweitautor erhältlich)

				• Wiedererleben & Hyperarousal: $r = .77$ • Vermeidung & Hyperarousal: $r = .79$ Faktorenstruktur: Zwei konfirmatorische Faktorenanalysen • Eine Studie spricht für die Überlegenheit eines vier Faktorenmodells gegenüber des drei Faktorenmodells (Wiedererleben, Vermeidung und Hyperarousal) mit einem zusätzlichen Faktor Gefühlslosigkeit (drei-Faktoren-Modell: $CFI = .86$, $RMSEA = .076$, $SRMSR = .062$, 4-Faktoren-Modell: $CFI = .92$, $RMSEA = .058$, $SRMSR = .053$) • Eine Studie zeigt, dass ein vier-Faktoren-Modell mit Dysphorie ($CFI = .917$, $RMSEA = .037$, ein vier-Faktoren-Modell mit Gefühlslosigkeit ($CFI = .943$, $RMSEA = .031$) und ein Fünf-Faktoren-Modell ($CFI = .952$, $RMSEA = .029$), besser abschnitten als ein drei-Faktoren-Modell ($CFI = .914$, $RMSEA = .037$) Diagnostische Validität: • Ergebnisse zu idealem Cut-off-Wert sehr heterogen • Je nach Stichprobe und Kriterien bietet sich ein Cut-off-Wert zwischen 32 und 47 an • Ein mittlerer aggregierter Cut-off-Wert, gewichtet nach Stichprobenumfang ergibt 37, mit einer Effizienz von .85 PCL-C Interne Konsistenz: • Gesamt ($k = 128$): $\alpha = .94$, 95%-KI [.93, .95] • Für klinische Populationen ($k = 25$): $\alpha = .92$ • Subskala Wiedererleben ($k = 25$): $\alpha = .86$ • Subskala Vermeidung ($k = 25$): $\alpha = .81$ • Subskala Hyperarousal ($k = 25$): $\alpha = .85$ • Subskala Dysphorie/Gefühlslosigkeit ($k = 6$): $\alpha = .82$ Retest-Reliabilität: • Unter einem Monat ($k = 6$): .79, 95%-KI [.73, .85]	

				• Ein bis sechs Monate ($k = 6$): .51, 95%-KI [.46, .56] • Sieben bis 12 Monate ($k = 4$): .52, 95%-KI [.48, .56] • Mehr als 12 Monate ($k = 3$): .41, 95%-KI [.33, .49] Konvergente Validität • Korrelation zu sechs anderen PTBS-Maßen zwischen $r = .39$ zum Post traumatic Growth Inventory bis $r = .76$ zur CAPS • Korrelationen zur PCL-Kurzform mit zwei Items .87, mit drei Items .91, mit vier Items .90 und mit sechs Items 0.96 Subskalen Interkorrelationen: • Wiedererleben & Gesamtscore ($k = 9$): $r = .89$ • Vermeidung & Gesamtscore ($k = 9$): $r = .82$ • Hyperarousal & Gesamtscore ($k = 9$): $r = .90$ • Dysphorie/Gefühlslosigkeit & Gesamtscore ($k = 4$): $r = .89$ • Widererleben & Vermeidung: $r = .84$ • Widererleben & Hyperarousal: $r = .78$ • Vermeidung & Hyperarousal: $r = .76$ • Dysphorie/Gefühlslosigkeit & Wiedererleben: $r = .79$ • Dysphorie/Gefühlslosigkeit & Vermeidung: $r = .79$ • Dysphorie/Gefühlslosigkeit & Hyperarousal: $r = .88$ Faktorenstruktur: Exploratorische Faktorenanalysen ($k = 4$) • Drei Studien kamen zum Schluss, das eine vier-Faktoren-Lösung am besten ist • Eine Studie kam zum Schluss, das eine zwei-Faktoren Lösung am besten ist Konfirmatorische Faktorenanalyse ($k = 13$) • In den meisten Studien, schnitt die das vier-Faktoren-Modell am besten ab • Modell-Fit-Indizes jedoch zum Teil nicht zufriedenstellend für die vier-Faktoren-Lösung Diagnostische Validität	

				• Mindestens 30 Studien, mit sehr verschiedenen Empfehlungen für Cut-off-Werte zwischen 30 und 60 • Cut-off-Werte zwischen 35 und 38 ergibt sich für die gewichteten, aggregierten Daten, wenn Spezifität gleich Sensitivität sein soll PCL-Kurzform (PCL-SF, $k = 7$) • Verschieden Kurformen wurden gefunden • Mit verschiedenen Anzahlen von Items und zum Teil unzureichenden Beschreibungen des Tests und der psychometrischen Eigenschaften • Keine der Kurzformen scheint den 17-Item Version in der diagnostischen Validität überlegen • Je nach Version und Stichprobe α zwischen .72 und .93 PCL-M Interne Konsistenz • Gesamt ($k = 63$): $\alpha = .95$, 95%-KI [.94, .96] • In klinischer Population ($k = 10$): $\alpha = .94$ • Subskala Wiedererleben ($k = 5$): $\alpha = .84$ • Subskala Vermeidung ($k = 5$): $\alpha = .67$ • Subskala Hyperarousal ($k = 4$): $\alpha = .70$ • Subskala Gefühlslosigkeit ($k = 5$): $\alpha = .85$ Retest-Reliabilität: • Ein bis sechs Monate ($k = 3$): .58, 95%-KI [.53, .63] • Sieben bis 12 Monate ($k = 3$): .68, 95%-KI [.62, .74] Externe Validität: • Korrelationen zwischen PCL-M und drei anderen PTBS-Maßen: Posttraumatic Cognitions Inventory $r = .61$, 95%-KI [.32, .90], Post-Deployment Readjustment Inventory $r = .90$ 95%-KI [.75, 1.0], CAPS $r = .65$ 95%-KI [.57, .74] Subskalen Interkorrelationen:	

				• PCL-M Subskalen & Gesamtscore zwischen $r = .88$ (Wiedererleben) und $r = .90$ (Vermeidung) • Wiedererleben und Vermeidung: $r = .62$ • Hyperarousal & Wiedererleben: $r = .56$ • Hyperarousal & Vermeidung: $r = .49$ • Gefühlslosigkeit & Wiedererleben: $r = .57$ • Gefühlslosigkeit & Vermeidung: $r = .49$ • Gefühlslosigkeit & Hyperarousal: $r = .59$	

Publikation	Untersuchte Studien	Untersuchtes Testverfahren (ggf. Vergleich)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Forkus et al., 2023 DOI: 10.1037/cps0000111 The Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Checklist for DSM-5: A Systematic Review of Existing Psychometric Evidence	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PubMed, PsycINFO, Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) und PTSDpubs Suchzeitraum:- Einschlusskriterien: • Peer-reviewed • Artikel in Englisch unabhängig von der Sprache und Version der PCL-5 und • Empirische Studien • Studien mit erwachsener Population • Untersucht wurden Reliabilität, Validität, Strukturmodelle, diagnostische Nutzenstatistik und Clinical Change Indices Ausschlusskriterien:-	PTSD Checklist (PCL-5)	• Validität • Reliabilität • Faktorenstruktur • Optimale Cut-off-Werte • Sensitivität für Indizes klinischer Veränderung	1. Inkludierte Studien: 56 Artikel (64 unabhängige Stichproben) 2. Ergebnisse: Reliabilität Interne Konsistenz ($k = 51$) • Gesamtscore: .83 bis .97 • Subskala Intrusionen: .57 bis .93 • Subskala Vermeidung: .69 bis .91 • Subskala negative Veränderungen der Kognitionen und der Stimmung: .74 bis .94 • Subskala Veränderungen der Erregung und Reaktivität: .71 bis .90 • Kurzform mit vier Items: .82 bis .87 • Kurzform mit acht Items: .90 bis .93 Retest Reliabilität ($k = 9$) • Retest nach einer bis sechs Wochen (Median: 16 Tage) • Für Gesamtscore: .58 bis .91 • Subskala Intrusionen: .58 bis .91 • Subskala Vermeidung: .49 bis .88 • Subskala zu Kognition und Stimmung: .63 bis .92 • Subskala Erregung und Reaktivität: .76 bis .89 • Kurzversionen(vier und acht Items, $k = 1$): .84 Validität ($k = 21$): Konstruktvalidität ($k = 20$) • Erwartungsgemäß starke Korrelationen zwischen PCL-5 und anderen PTBS-Maßen (mit Ausnahme einer Studie) • Erwartungsgemäße moderate bis starke Korrelationen mit verwandten Konstrukten wie funktionelle Beeinträchtigungen, psychische	Acquaye (2018) Armour et al. (2016) Ashbaugh et al. (2016) Barbieri et al. (2019) Biehn et al. (2013) Blevins et al. (2015) Bovin et al. (2016) Boysan et al. (2017) Caldas et al. (2020) Carvalho et al. (2020) Cheng et al. (2020) Contractor et al. (2018) Contractor et al. (2020) Dranke-Brooks et al. (2020) Durham et al. (2018) Eddinger et al. (2017) Erwin et al. (2017) Fung et al. (2019) Geier et al. (2020) Geier et al. (2019) Grau et al. (2019) Hall et al. (2019) Hurlocker et al. (2018) Ibrahim et al. (2018) Ito et al. (2019) Keane et al. (2014) Krüger-Gottschalk et al. (2017) Levitt et al. (2021) Liu et al. (2014) Makhubela (2018) McSweeney et al. (2016) Moodliar et al. (2020) Mordeno et al. (2017) Mordeno et al. (2020)

				Gesundheit und andere Störungen/Symptome (z. B. Depression, Angst, Symptome einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, Panik, Dissoziation, Grübeln, negative Kognitionen, Schlafstörungen, somatische Beschwerden, repetitive Gedanken/Verhaltensweisen, Symptome von traumatischem Stress, Stress, Gedächtnisprobleme, Suizidgedanken) - Für die diskriminante Validität sprechen schwache bis mittlere (teilweise negative) Korrelationen und weniger stark verwandten Konstrukten wie Substanzmissbrauch, Schuld, Gesundheit, Schmerz, Resilienz, sexuelle Probleme, sozialer Support, Psychosen, Schizophrenie, Paranoia, Manie und Persönlichkeitsstörungen (ausgenommen Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung) Kriteriumsvalidität (k = 4) - Personen mit PTBS erreichten höhere Testwerte in der PCL-5 und Maßen für Dissoziation, Depression, Angstsymptomen, psychologischer Symptome und Traumakognitionen als Personen mit Depressionen und gesunde Kontrollpersonen Ausnahmen: - Kein signifikanter Unterschied zwischen PCL-5 Vermeidungsskala bei Personen mit PTBS und Depression - Kein signifikanter Unterschied zwischen Maß für Depression zwischen Personen mit PTBS und Depression - Starke Korrelationen der PCL-5 mit anderen Maßen für PTBS: CAPS-5 (.90), Posttraumatic Symptoms Scale-10 (.82) und der Posttraumatic Symptoms Scale-14 (.85) - Starke Korrelationen mit Maßen für Depression (.72) und Angstsymptomen (.71) Strukturmodelle - Hybridmodell aus sieben Faktoren schnitt am	Moring et al. (2019) Murphy et al. (2017) Ögülmüş et al. (2020) Pereira-Lima et al. (2019) Pietrzak et al. (2015) Price et al. (2016) Rosendahl et al. (2019) Ross et al. (2018) Schmitt et al. (2018) Seligowski et al. (2016) Shevlin et al. (2017) Sveen et al. (2016) Tiamiyu et al. (2016) Tsai et al. (2014) Van der Meer et al. (2017) Van Praag et al. (2020) Verhey et al. (2018) Wortmann et al. (2016) Zuromski et al. (2019)

				besten ab, verglichen mit anderen faktorenanalytischen Modellen (in 28 von 34 Studien) Optimale Cut-off-Werte • Empfohlene Cut-Off-Werte variieren zwischen 22 und 49 • Am häufigsten wurden Cut-Off-Werte zwischen 31 und 33 empfohlen • Die Studien mit Cut-Off-Werten zwischen 31 und 33 berichten: Sensitivität .50 bis 1.00, Spezifität .35 bis .97, diagnostischer Nutzen .52 bis .95, positiver prädiktiver Wert .38 bis .97 und negativer prädiktiver Wert .63 bis 1.00 • Vier-Item-Version: Cut-off-Werte zwischen 4 und 10 • Acht-Item-Version: Cut-off-Werte zwischen 13 und 21 Sensitivität für Indizes klinischer Veränderung ($k = 1$): • PCL-5 ist sensitiv für klinische Veränderungen • PCL-5 stimmt mit einem klinischen Interview für PTBS-Symptome (PSS-I) überein	

Publikation	Untersuchte Studien	Untersuchtes Testverfahren (ggf. Vergleich)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Wojutari et al., 2024 The assessment of reliability generalisation of clinician-administered PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5): a meta-analysis DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1354229	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PubMed, PsychNet, Medline, CHAHL, ScienceDirect, Scopus, Web of Science und Google Scholar Suchzeitraum: 01/2013–12/2023 Einschlusskriterien: • Untersuchungen zu den psychometrischen Eigenschaften und zur Reliabilität der CAPS-5 ohne Einschränkung hinsichtlich Setting und Population Ausschlusskriterien: • Studien, die weder Reliabilität noch psychometrische Eigenschaften berichten • Nicht Englischsprachig • Übersichtsarbeiten, Konferenzabstracts, Editorials, Fallberichte und Studien mit unzureichenden Daten	Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5) Davon • Fünf Studien: CAPS-5 mit 30 Items • Zehn Studien: CAPS mit 20 Items	• Validität • Reliabilität • Übertragbarkeit des CAPS-5 auf diverse kulturelle Kontexte	1. Inkludierte Studien: 15 2. Ergebnisse: Reliabilität gesamt ($k = 15$) • Sehr gute globale Reliabilität: $\alpha = .92$, 95%-KI [.90, .94] ($p < .05$) Reliabilität gesamt des CAPS-5 in der 20-Item-Version vs. der 30-Item-Version • Bei 20 Items: Reliabilitätswert .91, 95%-KI [.91, .92] • Bei 30 Items: Reliabilitätswert .90, 95%-KI [.89, .92] • Gesamt (gepooled): Reliabilitätswert .91, 95%-KI [.90, .92] Subskalenspezifische Reliabilität ($k = 10$): • Wiedererleben: $\alpha = .82$, 95%-KI [.81, .83] • Kognition und Stimmung: $\alpha = .82$, 95%-KI [.81, .83] • Vermeidung: $\alpha = .68$, 95%-KI [.66, .70] • Hyperarousal: $\alpha = .74$, 95%-KI [.72, .76] Retest-Reliabilität: • Gesamtscore: 0.85, 95%-KI [.83, .87] • Wiedererleben: 0.85, 95%-KI [.83, .88] • Kognition und Stimmung: 0.83, 95%-KI [.81, .85] • Hyperarousal: .78, 95%-KI [.76, .81] • Vermeidung: .78, 95%-KI [.75, .80] • Gepoolte Retest-Reliabilität: .82, 95%-KI [.79, .85] ($z = 49.85$, $p < .05$) Sprachbezogene Reliabilität: • Sieben verschiedenen Sprachen • Englisch ($k = 4$): $\alpha = .91$, 95%-KI [.90, .92]	Müller-Engelmann et al. (2018) Hunt et al. (2018) Resick et al. (2023) Barroca et al. (2022) Krüger-Gottschalk et al. (2017) Boeschoten et al. (2018) Zaman et al. (2020) Oliveira-Watanabe et al. (2021) Gilmour & Romaniuk (2020) Van der Meer et al. (2017) Kim et al. (2019) Weathers et al. (2018) Rivest-Beauregard et al. (2022) Lu et al. (2022) Spies et al. (2020)

				• Deutsch ($k = 3$): $\alpha = .91$, 95%-KI [.90, .92] • Hohe Konsistenz über die Sprachen hinweg: $\alpha = .91$, 95%-KI [.90, .91] ($z = 293.11$, $p < .05$) Konvergente Validität: • Moderat bis stark, über die verschiedenen Messinstrumente: Gepoolter Korrelationskoeffizient $r = .59$, 95%-KI [.50, .68]), $z = 9.94$, $p < .05$ • Korrelation mit PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5): $r = .62$, 95%-KI [.60, .63] • Korrelation mit der Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS): $r = .70$, 95%-KI [.70, .71] • Korrelation mit der PTSD Symptom Scale Interview for DSM-5 (PSSI-5): $r = .64$, 95%-KI [.58, .68] • Korrelationen mit Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): für negatives Selbstkonzept $r = .63$, 95%-KI [.58, .68], für negative Welt-sicht $r = .56$, 95%-KI [.50, .62] und für Selbst-vorwürfe $r = .35$, 95%-KI [.24, .44]	

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Testverfahren	Studiendesign	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse
	Insgesamt				
Ahmadi, Galusha et al., 2023 DOI: 10.1097/JOM.00000000000002823 Validation of the PCL-5, PHQ-9, and GAD-7 in a Sample of First Responders Studientyp: Validierungsstudie	Anzahl der Teilnehmer:innen: 173 Einschlusskriterien: • Mindestens 18 Jahre alt • Screening zur mentalen Gesundheit wurde vollständig ausgefüllt Ausschlusskriterien:-	PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) Nicht PICO-relevant: • PHQ-9 • GAD-7	Messinstrumente: • PCL-5: PTB-Symptome • PHQ-9: depressive Symptome • GAD-7: Generalisierte Angststörung Ein Messzeitpunkt	PICO-relevante Zielgröße: • Faktorenstruktur PCL-5 Nicht PICO-relevante Zielgrößen: • Faktorenstruktur von PHQ-9 • Faktorenstruktur von GAD-7	Reliabilität der Faktorenstruktur von PCL-5 und PHQ-9 Cronbachs α: • Wiedererleben: $\alpha = .880$ • Vermeidung: $\alpha = .886$ • Negativer Affekt: $\alpha = .778$ • Anhedonie: $\alpha = .857$ • Externalisierendes Verhalten: $\alpha = .615$ • Ängstliche Erregung: $\alpha = .821$ • Dysphorische Erregung: $\alpha = .692$ • PCL-5 Gesamt: $\alpha = .938$ Inter-Item-Korrelation • Durchschnittlich .421. für die PCL-5 Faktorielle Validität: • Den besten Fit zeigen das hybrid Modell und das Anhedonie Modell • Hybrid Modell: $CFI = .952$, $TLI = .939$, $RMSEA = .060$, $SRMR = .041$, $BIC = 720.682$ • Anhedonie Modell: $CFI = .938$, $TLI = .924$, $RMSEA = .067$, $SRMR = .050$, $BIC = 746.898$ • Betrachtet man die geschachtelten Modelle, hat das Hybridmodell eine besser Passung Diskriminante Validität: Hohe bis sehr hohe Korrelationen: • Wiedererleben mit Vermeidung ($r = .66$) und negativem Affekt ($r = .65$) • Vermeidung mit negativem Affekt ($r = .65$) • Negativer Affekt mit Anhedonie ($r = .69$) • Anhedonie mit affektiver Depression ($r = .72$)

					• Dysphorische Erregung mit affektiver Depression ($r = .72$) • GAD-7 mit affektiver Depression ($r = .69$) und somatischer Depression ($r = .74$) Moderate Korrelationen: • Externalisierendes Verhalten mit ängstlicher Erregung ($r = 0.45$), affektiver Depression ($r = 0.45$) und somatischer Depression ($r = 0.45$) • Ängstliche Erregung mit dysphorischer Erregung ($r = .55$)

Primärevidenz

N = 14 inkludierte Studien

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Testverfahren	Studiendesign	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse
	Insgesamt				
Ahmadi, Galusha et al., 2023 DOI: 10.1097/JOM.0000000000002823 Validation of the PCL-5, PHQ-9, and GAD-7 in a Sample of First Responders Studientyp: Validierungsstudie	Anzahl der Teilnehmer:innen: 173 Einschlusskriterien: • Mindestens 18 Jahre alt • Screening zur mentalen Gesundheit wurde vollständig ausgefüllt Ausschlusskriterien:	PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) Nicht PICO-relevant: • PHQ-9 • GAD-7	Messinstrumente: • PCL-5: PTB-Symptome • PHQ-9: depressive Symptome • GAD-7: Generalisierte Angststörung Ein Messzeitpunkt	PICO-relevante Zielgröße: • Faktorenstruktur PCL-5 Nicht PICO-relevante Zielgrößen: • Faktorenstruktur von PHQ-9 • Faktorenstruktur von GAD-7	Reliabilität der Faktorenstruktur von PCL-5 und PHQ-9 Cronbachs α: • Wiedererleben: $\alpha = .880$ • Vermeidung: $\alpha = .886$ • Negativer Affekt: $\alpha = .778$ • Anhedonie: $\alpha = .857$ • Externalisierendes Verhalten: $\alpha = .615$ • Ängstliche Erregung: $\alpha = .821$ • Dysphorische Erregung: $\alpha = .692$ • PCL-5 Gesamt: $\alpha = .938$ Inter-Item-Korrelation • Durchschnittlich .421. für die PCL-5 Faktorielle Validität: • Den besten Fit zeigen das hybrid Modell und das Anhedonie Modell • Hybrid Modell: $CFI = .952$, $TLI = .939$, $RMSEA = .060$, $SRMR = .041$, $BIC = 720.682$ • Anhedonie Modell: $CFI = .938$, $TLI = .924$, $RMSEA = .067$, $SRMR = .050$, $BIC = 746.898$ • Betrachtet man die geschachtelten Modelle, hat das Hybridmodell eine besser Passung Diskriminante Validität: Hohe bis sehr hohe Korrelationen: • Wiedererleben mit Vermeidung ($r = .66$) und negativem Affekt ($r = .65$) • Vermeidung mit negativem Affekt ($r = .65$) • Negativer Affekt mit Anhedonie ($r = .69$)

					• Anhedonie mit affektiver Depression ($r = .72$) • Dysphorische Erregung mit affektiver Depression ($r = .72$) • GAD-7 mit affektiver Depression ($r = .69$) und somatischer Depression ($r = .74$) Moderate Korrelationen: • Externalisierendes Verhalten mit ängstlicher Erregung ($r = 0.45$), affektiver Depression ($r = 0.45$) und somatischer Depression ($r = 0.45$) • Ängstliche Erregung mit dysphorischer Erregung ($r = .55$)

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Testverfahren	Studiendesign	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse
	Insgesamt				
Ahmadi, Ponder et al., 2023 DOI: 10.1097/JOM.0000000000002898 Validation of the PCL-5, PHQ-9, and GAD-7 in a Sample of Veterans Studientyp: Validierungsstudie	Anzahl der Teilnehmer:innen: 483 • Durchschnittsalter: 38.69 Jahre ($SD = 10.60$) • Überwiegend männlich (79.9 %) Einschlusskriterien: • Veteran:in • Mindestens 18 Jahre alt • Klinische Untersuchung ohne fehlende Daten abgeschlossen Ausschlusskriterien: • Daten waren bereits in einer anderen Studie zur Validierung bei Ersthelfern enthalten (in Ahmadi, Galusha et al. 2023)	PCL-5 Nicht PICO-relevant • PHQ-9 • GAD-7	Messinstrumente: • PCL-5: PTB-Symptome • PHQ-9: depressive Symptome • GAD-7: Generalisierte Angststörung Ein Messzeitpunkt	• Reliabilität • Diskriminante Validität • Faktorielle Validität	Interne Konsistenz Hybrides Modell • Wiedererleben $\alpha = .900$ • Vermeidung $\alpha = .826$ • Negative Affekte $\alpha = .846$ • Anhedonie $\alpha = .881$ • Externalisierende Verhaltensweisen $\alpha = .615$ • Ängstliche Erregung $\alpha = .849$ • Dysphorische Erregung $\alpha = .747$ Anhedonie-Modell • Wiedererleben: $\alpha = .900$ • Vermeidung: $\alpha = .826$ • Negative Veränderungen in Kognitionen und Stimmung: $\alpha = .846$ • Anhedonie: $\alpha = .881$ • Ängstliche Erregung: $\alpha = .849$ • Dysphorische Erregung: $\alpha = .781$ Inter-Item-Korrelation • Mean Inter-Item-Korrelation der PCL-5: .421 • Alle über .30 Faktorielle Validität • Hybridmodell und Anhedonie-Modell hatten den besten Fit • Hybridmodell: $CFI = .968$, $TLI = .959$, $RMSEA = .055$, $SRMR = .0321$, $BIC = 748.376$ • Anhedonie-Modell: $CFI = .966$, $TLI = .958$, $RMSEA = .055$, $SRMR = .0326$, $BIC = 728.707$

					• Hybridtest hatte einen signifikant besseren fit, als das Anhedonie-Modell Diskriminante Validität: • Wiedererleben: höchste Korrelationen mit Vermeidung ($r = .72$) und negativem Affekt ($r = .67$) • Negativer Affekt: stark korreliert mit Anhedonie ($r = .71$) • Anhedonie & affektiven Depressionen ($r = .70$) • Externalisierendes Verhalten war moderat korreliert mit ängstlicher Erregung $r = .61$, affektiver Depression $r = .54$ und somatischer Depression $r = 0.55$ • Ängstliche Erregung & dysphorischer Erregung $r = 0.58$ • Dysphorischer Erregung & affektive Depression $r = .57$

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Testverfahren	Studiendesign	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse
	Insgesamt				
Bachem et al., 2024 DOI: 10.1080/20008066.2024.2344364 Assessing complex PTSD and PTSD: validation of the German version of the International Trauma Interview (ITI) Studientyp: Validierungsstudie	Anzahl der Teilnehmer:innen: 243 - Alter: 40.31 Jahre ($SD = 11.27$, range = 18–65) - Stichprobenzusammensetzung: Bundeswehr ($n = 100$), Behandlungszentren in Deutschland ($n = 66$), Schweizer stationäre Abteilungen ($n = 77$) Einschlusskriterien: - Mindestens ein potenziell traumatisches Erlebnis - Mindestens 18 Jahre alt - Ausreichende Deutschkenntnisse Ausschlusskriterien: - Anzeichen einer akuten Psychose - Primärdiagnose einer schweren kognitiven Störung oder einer Substanzmissbrauchsstörung - Akute Suizidalität	International Trauma Interview (ITI) - Semistrukturiertes klinisches Interview - Zur Diagnose PTBS und KPTBS nach ICD-11 - Deutschsprachige Version - Beinhaltet drei PTBS-Symptomcluster - Beinhaltet Symptomcluster zur Störung der Selbstorganisation (DOS) die widerspiegeln, wie Patient:innen typischerweise über sich selbst fühlen und denken und wie sie zu anderen in Beziehung stehen	Messinstrumente: - ITI - LEC-5: Traumaexposition - PCL-5: PTB-Symptomschwere - BDI-II: Depressionssymptome - BSL-23: Borderline-Symptome - BSI-53: Psychopathologie - Zusätzliche Fragen, zur Nützlichkeit und Dauer des ITI	- Interne Konsistenz - Interrater-Reliabilität - Faktorielle Validität - Konvergente Validität - Diskriminante Validität - Nützlichkeit aus Sicht der Patient:innen - Dauer aus Sicht der Patient:innen	Interne Konsistenz: - Zivile Stichprobe: $\alpha = .73$ für PTBS, $\alpha = .85$ für DOS, $\alpha = .84$ für Gesamtwert - Militärische Stichprobe: $\alpha = .83$ für PTBS, $\alpha = .87$ für DOS und $\alpha = .86$ für Gesamtwert Interrater-Reliabilität (nur militärische Stichprobe): $\alpha = .80$ für PTBS $\alpha = .83$ für DSO $\alpha = .89$ für den Gesamtwert Faktorielle Validität: Zivile Stichprobe: - Kein Modell erreichte einen guten Fit - Korreliertes 6-Faktoren-Modell zeigt den besten Fit: $CFI = .91$, $SRMR = .05$, $TLI = .85$ and $RMSEA = 0.11$ - Versuche, das Modell durch Hinzufügen zusätzlicher Korrelationen zwischen Fehlern zu verbessern, führten nicht zu einem besseren Fit Militärische Stichprobe: 6-Faktoren-Modell war signifikant besser als ein eindimensionales Modell - Kein Unterschied zwischen einem 5- und 6-Faktorenmodell 6-Faktorenmodell zeigt exzellenten Modellfit Konvergente Validität: Zivile Stichprobe - ITI PTSD stärkste Assoziation mit PCL-Intrusionen (großer Effekt), gefolgt von

					Arousal, Kognitionen und Stimmung (mäßige Effekte) und Vermeidung (kleiner Effekt) • ITI DSO signifikant assoziiert mit PCL-Kognitionen und Stimmung sowie Arousal (kleine Effekte) Militärische Stichprobe: • ITI PTSD am stärksten mit PCL-Intrusionen assoziiert, gefolgt von Vermeidung, Arousal, Kognitionen und Stimmung (große Effekte) • ITI DSO stärksten Korrelationen mit PCL-Kognitionen und Stimmung, gefolgt von Arousal (große Effekte) sowie Intrusionen und Vermeidung (mäßige Effekte) Diskriminante Validität: • Depression war am stärksten mit ITI DSO assoziiert (mäßige bis große Effekte) Zivile Stichprobe: • Borderline-Symptome zeigten keine signifikante Assoziation mit ITI PTSD und DSO • ITI PTSD korrelierte mit BSI-Angstsymptome und paranoiden Symptomen (kleine Effekte) • ITI DSO korrelierte mit interpersoneller Sensitivität, Aggression, paranoiden und psychotischen Symptomen (kleine bis mäßige Effekte) Militärische Population: • BSI-Unterskalen sind signifikant mit ITI PTSD und DSO assoziiert (mäßige bis große Effekte) Nützlichkeit und Dauer (Patient:innenbeurteilung): Schweizer Patient:innen:

					• Nützlichkeit: 39 % sehr gut, 57.1 % ziemlich gut, 3.9 % eher niedrig • Dauer: 27.3 % sehr gut, 58.4 % ziemlich gut, 13 % viel zu lang
Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Testverfahren	Studiendesign	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse
	Insgesamt				
Blanchard et al., 2023 DOI: 10.1002/jts.22975 Minimal important difference metrics and test-retest reliability of the PTSD Checklist for DSM-5 with a primary care sample Studientyp: Sekundäranalyse	Anzahl der Teilnehmer:innen: 978 (Sekundäranalyse zu Fortney et al., 2021) • Durchschnittsalter: 39.4 Jahre ($SD = 12.9$) Einschlusskriterien: • Teilnahme in der Studie von Fortney et al., 2021 • Screening auf PTBS war positiv Ausschlusskriterien: -	Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) • 20-Item-Fragebogen zur Erfassung von PTBS-Symptomen gemäß DSM-5 • Antwortskala: <i>überhaupt nicht</i> (0) bis <i>extrem</i> (4) • Gesamtpunktzahl: 0–80, höhere Werte deuten auf stärkere Symptomschwere hin	Sekundäranalyse eines RCTs • Vergleich von Betreuung durch ein primärmedizinisches Team vs. Betreuung durch ein spezialisiertes psychisches Gesundheitsteam • Teilnehmende: Personen mit PTBS und/oder bipolarer Störung Messinstrumente: • PCL-5: PTB-Symptome) • Demografische Daten • VR-12: Gesundheitsbezogene Lebensqualität • RAS: Wahrnehmung der Genesung (Item 14: <i>My symptoms interfere less and less with my life</i>)	• Retest-Reliabilität • Minimally Important Difference (MID)	Retest-Reliabilität: • Für 0–3 Tage: .94 (exzellent) • Für 4–7 Tage: .84 bis .86 (gut) • Für 8–21 Tage: .82 (gut) • Für 22–30 Tage: .79 bis .80 (ausreichend bis gut) MID: <i>Distribution-based</i> Schätzungen der MID-Werte: • 0.5*Standardabweichung: 8.9 • PCL-5-Change-Score-Standardabweichung: 9.2 • SEM-basierte Ansätze: Schätzungen von 8.5 bis 12.5 Extremwerte der Schätzungen: • Kleinster Wert: 8.5 (bei 1.96*SEM) • Größter Wert: 12.5 (bei RCI > 1.96) <i>Anchor-based</i> • Alle Anker-Maße zeigten eine signifikante Korrelation mit PCL-5 (Spearman's Rho > 0.3) VR-12 Item 9: -.31 RAS Item 14: .37 • Mittlere PCL-5-Wert von 9.8, der sich in Sensitivitätsanalysen als robust erwies

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Testverfahren	Studiendesign	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse
	Insgesamt				
Camden et al., 2022 DOI: 10.1016/j.ejtd.2022.100305 Apsychometric evaluation of the International Trauma Questionnaire (ITQ) in a trauma-exposed college sample Studientyp: Validierungsstudie	Anzahl der Teilnehmer:innen: 246 - College-Student:innen Einschlusskriterien: - Selbstberichtete Exposition gegenüber einem belastenden Lebensereignis Ausschlusskriterien: - Ungültige Antwortmuster oder fehlende Validitätswerte im PAI (Personality Assessment Inventory) - Unvollständige Beantwortung großer Teile der Hauptmessung - DSM-5 Kriterium A ist nicht erfüllt	International Trauma Questionnaire ITQ 18-Item-Messinstrument zur Erfassung von ICD-11 PTSD und komplexer PTSD (KPTSD) - Erfasst drei PTSD-Symptomcluster: Vermeidung, Hyperarousal, Wiedererleben - Erfasst drei DSO-Symptomcluster (Störungen der Selbstorganisation): Schwierigkeiten in Beziehungen, negatives Selbstkonzept, Emotionsdysregulation - Misst zusätzlich funktionelle Beeinträchtigungen Antwortskala: - PTBS-Items: <i>Überhaupt nicht</i> (0) bis <i>extrem störend</i> (4) - DOS-Items: <i>Überhaupt nicht</i> (0) bis <i>extrem völlig zutreffend</i> (4)	Messinstrumente: - PAI: Persönlichkeit und Psychopathologie - CTQ: Kindheits-trauma - PCL-5: PTB-Symptome - MDI: Dissoziation	- Reliabilität - Konvergente Validität - Diskriminante Validität	Reliabilität: - PTBS-Skala: $\alpha = .87$, $\omega = .88$ - DSO Skala: $\alpha = .90$, $\omega = .90$ Konvergente Validität: - Erwartungsgemäß hatten PAI, PCL-5 & angstbezogene Störungen stärksten Korrelationen zu ITQ-PTBS- und ITQ-DOS-Werten - Entgegen der Erwartung, waren die Korrelationen von ITQ-PTBS nicht größer als die Korrelationen von ITQ-DOS-Werten mit PCL-5, PAI, Angst und Angststörungen - Korrelation zwischen ITQ-DOS & CTQ war stärker als die Korrelation von ITQ-PTBS & CTQ Diskriminante Validität: - ITQ-PTBS-Scores zeigten kleine bis moderate Korrelationen mit häufig komorbiden Symptomen (Depression, Angst, Angststörungen) - Noch schwächere Korrelationen traten bei weniger verwandten Konstrukten auf, trotz teilweiser symptomatischer Überschneidungen (z. B. Paranoia, Schizophrenie) - Die geringsten Zusammenhänge bestanden mit distalen Konstrukten (z. B. Manie, Substanzmissbrauch, Aggression, Somatisierung) - ITQ DSO-Werte zeigten größere Korrelationen mit PAI Depression, Angst und Angststörungen als die konvergenten Korrelationen mit PCL-5 PTSD-Werte - Stärkere Zusammenhänge bestanden mit Kindheitstrauma, Borderline-Merkmalen,

					Suizidgedanken, Dissoziation, sozialer Isolation und somatischen Beschwerden mit ITQ-DOS Vergleich zu ITQ PTSD-Werten • Höhere Assoziationen der CTQ-PTBS-Werte mit PAI-Skalen und Subskalen (z. B. Depression, Manie, Paranoia, Schizophrenie, Stress) sowie mit affektiver Dysregulation, eingeschränkter sozialer Funktion und Borderline-Merkmalen als ITQ PTSD-Werte

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Testverfahren	Studiendesign	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse
	Insgesamt				
Christen et al., 2021 DOI: 10.32872/cpe.5501 Item Response Model Validation of the German ICD-11 International Trauma Questionnaire for PTSD and CPTSD Studientyp: Validierungsstudie (Sekundäranalyse von Maercker et al, 2018)	Anzahl der Teilnehmer:innen: 500 - Alter zwischen 18 und 93 Jahren, im Durchschnitt 52.41 Jahre ($SD = 17.46$) Einschlusskriterien: Stichprobe aus Maercker et al., 2018) Ausschlusskriterien: - Unter 18 Jahre alt - Kein traumatisches Ereignis - Fehlende Werte im ITQ	International Trauma Questionnaire (ITQ) in der deutschen Version - Symptome von PTBS und KPTBS 12 Items, die in zwei Hauptbereiche unterteilt sind: PTSD und DSO (Störung der Selbstorganisation) - Antwortformat: Likert-Skala für Häufigkeit und Intensität	Sekundäranalyse einer bereits vorhandenen Datenerhebung (Maercker et al., 2018) - Querschnittsstudie - Messinstrument: ITQ Exploratorische (EFA) und konfirmatorische Faktorenanalyse (CFA)	- Validierung der deutschen Version des ITQ - Psychometrische Eigenschaften nach Item-Response-Theorie (IRT)-Modelle	Dimensionalität: - Analyse der Dimensionalität spricht für die Eindimensionalität der PTBS- und DSO-Cluster - EFA zeigen keine ausreichende Modellanpassung - Modell mit sechs Erstordnungs- und zwei Zweitordnungsfaktoren erwies sich als überlegen (CFA) IRT-Modelle: Vier Modelle: 1- und 2-Parameter logisches Modell je für PTBS- und DSO-Clustergruppe - Guter Fit aller Modelle - PTBS: AIC zeigt keinen Unterschied zwischen 1- und 2-Parameter-Modell; nach BIC ist 1-Parameter-Modell überlegen - DSO: AIC und BIC sprechen dafür, dass das 2-Parameter-Modell überlegen ist - Zustimmungsrate PTBS: keine extrem hohen oder niedrigen Werte und keine Ausreißer - Zustimmungsrate DSO: ein Ausreißer (<i>Lange Zeit, um sich zu beruhigen</i>) → hohe Zustimmungsrate und geringe Diskriminierungsfähigkeit

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Testverfahren	Studiendesign	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse
	Insgesamt				
Cloitre et al., 2018 DOI: 10.1111/acps.12956 The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD Studientyp: Validierungsstudie	Anzahl der Teilnehmer:innen: 1298 - Community Stichprobe: 105, Klinische Stichprobe: 247 - Durchschnittsalter 40.07 Jahre ($SD = 12.96$) von 18–71 Einschlusskriterien: - Geboren in UK - Mindestens 18 Jahre alt - Positiv gescreent für mindestens ein traumatisches Erlebnis Ausschlusskriterien: -	Vorläufige Version des ITQ 12 Items zu PTBS 16 Items zu DSO	Screening für Einschuss: Life Events Checklist für DSM-5 (LEC-5) 1. Phase: des binären logistischen IRT-Modells 2. Phase. Diagnostische und psychometrische Performance der Optimalen ITQ	- Psychometrische Testwerte mit item-Response-Theorie (IRT) - Finalisierung der ITQ, so dass ICD-11 PTBS und KPTBS passend operationalisiert waren	Ergebnisse aus Phase 2: Konfirmatorische Faktorenanalyse - Die ersten und zweiten Ordnungsmodell hatten einen guten Fit (CFI zwischen 0.987 und 0.999) - Konfigurale und skalare Invarianz zeigten beide einen guten fit, wobei der fit bei der skalaren Invarianz signifikant schlechter war als bei der konfiguralen (Unterschiede in CFI/TLI und $RMSEA$ waren sehr klein)

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Testverfahren	Studiendesign	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse
	Insgesamt				
Cloitre et al., 2021 DOI: 10.1080/20008198.2021.1930961 The international trauma questionnaire (ITQ) measures reliable and clinically significant treatment-related change in PTSD and complex PTSD Studientyp: Validierungsstudie	Anzahl der Teilnehmer:innen: 254 US Veteran:innen Einschlusskriterien: • Veteran:innen, die im webbasierten Programm webSTAIR teilnahmen • ≥ 18 Jahre • Vorgeschichte traumatischer Erfahrungen • Positives Screening für PTBS (PC-PTSD-5) oder Depression (PHQ-2) • Keine Veränderung der Medikation in den letzten sechs Wochen • Verfügbarkeit über die Dauer der Studie Ausschlusskriterien: • Psychosen, schwere geistige Beeinträchtigung	International Trauma Questionnaire (ITQ; Cloitre et al., 2018) • Erfasst Symptome von PTBS und KPTBS gemäß ICD-11 Inhalt: • Screening eines <i>Index-Traumaereignisses</i> • PTB-Symptome: Wiedererleben, Vermeidung und Bedrohungsgefühl • Störung der Selbstorganisation (DOS): Affektive Dysregulation, negatives Selbstkonzept, gestörte Beziehungen • Funktionelle Beeinträchtigung Bewertung: • Antworten auf einer 5-Punkte-Likert-Skala von <i>überhaupt nicht</i> (0) bis <i>extrem</i> (4)	• Telefonisches Assessment Messinstrumente: • ITQ: (K)PTBS-Symptome • PCL-5: PTB-Symptome • DERS: Schwierigkeiten in der Emotionsregulation • IIP-32: Interpersonelle Schwierigkeiten	• Psychometrische Eigenschaften	Konkurrente Validität zu Baseline: • ITQ-PTBS-Subskala: Starke Korrelation mit PCL-5 Intrusionen ($r = .86$), Vermeidung ($r = .75$) & Erregung ($r = .75$); geringere Korrelation mit DERS ($r = .49$) & IIP-32 ($r = .47$) • ITQ-DSO-Subskala: Stärkste Korrelation mit DERS ($r = .71$) & IIP-32 ($r = .63$); geringere Korrelation mit PCL-5 Intrusionen ($r = .58$), Vermeidung ($r = .50$) & Erregung ($r = .59$) Faktorielle Validität zur Baseline: • Zwei-Faktoren-Zweitordnungsmodell: $CFI = .98$, $TLI = .97$, $RMSEA = .05$, $SRMR = .04$ • Korreliertes Sechs-Faktoren-Modell: $CFI = .98$, $TLI = .97$, $RMSEA = .05$, $SRMR = .03$ • Beide Modelle sind statistisch nicht verschieden • Zweitordnungsmodell könnte bevorzugt werden (aufgrund von Sparsamkeit) Interne Reliabilität zur Baseline: • Cronbachs α waren hoch (zwischen .89 und .94) • Vergleichbar mit PCL-5, DERS und IIP-32 Symptomveränderung über die Zeit: • Signifikanter Symptommrückgang für PTBS, DSO und KPTBS über alle drei Messzeitpunkte • Ähnliche Ergebnisse wie PCL-5 ($d_{rm} = 0.96$) Veränderungen der Diagnosewahrscheinlichkeit über die Zeit:

					• Wahrscheinliche Diagnoseraten für PTBS, KPTBS und PTBS oder KPTBS sanken signifikant über die drei Messzeitpunkte • PTBS zeigte keinen signifikanten Rückgang zwischen prä- und mid-Behandlung, aber einen signifikanten Rückgang prä- bis post-Behandlung • KPTBS & PTBS oder KPTBS zeigten signifikante Rückgänge über alle Messzeitpunkte hinweg Klinische signifikante Veränderungen: • Bei PTB-Symptomen verbessern sich 43.1 % der Patient:innen, 6.5 % verschlechterten sich und 50.4 % blieben unverändert • Bei DSO-Symptomen verbesserten sich 54.0 %, 2.4 % verschlechterten sich, und 43.5 % blieben unverändert • Bei KPTBS-Symptomen verbesserten sich 56.1 %, 4.9% verschlechterten sich und 39.0 % blieben unverändert

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Testverfahren	Studiendesign	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse
	Insgesamt				
Ferrie et al., 2023 DOI: 10.1037/tra0001354 A Validation of the PCL–5 Questionnaire for PTSD in Primary and Secondary Care Studientyp: Validierungsstudie	Anzahl der Teilnehmer:innen: 215 Einschlusskriterien: • Erwachsene • PCL-5 wurde im Rahmen eines Screening vor der Therapie durchgeführt Ausschlusskriterien: • Daten von Personen, die der Nutzung ihrer medizinischen Daten für Servicebewertungen oder Forschungszwecke widersprochen haben	PCL-5 • Entwickelt um PCL-M für militärische Populationen, PCL-C für zivile Populationen und PCL-S für spezifische Trauma zu kombinieren • 20-Item Screening • Symptomschwere auf einer 5-Punkte-Likert-Skala über die letzten zwei Wochen • Erfasst Symptome aus vier PTBS-Domänen: intrusive Symptome, Vermeidung von Reizen, negative Veränderungen im Affekt und Hyperarousal	Erfasste Informationen • Alter, Geschlecht, ethnische Identität und Art des Traumas • PCL-5 Ein Messzeitpunkt	• Validität und Reliabilität • Faktorenstruktur der PCL-5	Interne Konsistenz mit allen 20 Items: • Gesamt: $\alpha = .90$ (exzellent) Inter-item-Korrelationen • Für Item 8 unter .30 Exploratorische Faktorenanalyse: • Nach Entfernung von acht Items ergibt sich eine 3-Faktoren-Struktur • Die Drei empfohlenen Faktoren sind: Anhedonie, Intrusion und Negative Veränderungen in Stimmung und Kognition • Reliabilität der Faktoren: Anhedonie $\alpha = .82$, Intrusionen $\alpha = .84$ und negative Veränderungen der Stimmung und Kognition $\alpha = .78$

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Testverfahren	Studiendesign	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse
	Insgesamt				
Foa et al., 2016 DOI: 10.1037/pas0000258 Psychometric Properties of the Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5 (PDS-5) Studientyp: Validierungsstudie	Anzahl der Teilnehmer:innen: 242 - Alter: 18–70 Jahre Einschlusskriterien: - Mindestens ein traumatisches Erlebnis nach DSM-5 Kriterium A Ausschlusskriterien: - Aktuelle Psychosen oder Manie - Befinden sich derzeit in psychotherapeutischer Behandlung	Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5 (PDS-5) - Selbstbericht - PTB-Symptome innerhalb des letzten Monats 24 Items - Basiert auf dem Symptomclustern des DSM-5 (Vermeidung, Veränderung der Stimmung und Kognition, Arousal/Übererregbarkeit) - Skala: 5-Punkte-Skala für Frequenz und Schwere von <i>not at all</i> (0) und <i>sechs mal oder öfter pro Woche/schwer</i> (4)	Zwei Messzeitpunkte Messzeitpunkt 1: - PDS-5: PTB-Symptome - PCL-S: PTB-Symptome - BDI-II: depressive Symptome - STAI-T: Angstsymptome - PSSI-5: PTB-Symptome Messzeitpunkt 2 (nach 3 bis 10 Tagen): - PDS-5 - PSSI-5 (162/242 Teilnehmenden)	- Validität - Reliabilität	Interne Konsistenz: - Gesamt: exzellent, $\alpha = .95$ - Subskala Intrusionen: exzellent, $\alpha = .90$ - Subskala Vermeidung, akzeptabel $\alpha = .75$ - Subskala negative Veränderungen in Kognitionen und Stimmung: gut, $\alpha = .89$ - Subskala für Veränderungen in Erregung und Reaktivität: gut, $\alpha = .84$ - Durchschnittliche Item-Gesamt-Korrelation: .67 - Für die PTBS-Diagnose: $\kappa = .65$ Retest-Reliabilität: - Gesamt: $r = .90$ - Intrusions-Subskala: gut, $r = .85$ - Vermeidungs-Subskala: ausreichend, $r = .73$ - Negative Veränderungen in Kognitionen und Stimmung: gut, $r = .85$ - Veränderungen in Erregung und Reaktivität: gut, $r = .86$ Konvergente Reliabilität: - Gute Übereinstimmung mit der PSSI-5, $r = .85$ Diskriminante Validität: - Gute Unterscheidungskraft zum BDI-II ($r = .77$) und STAI-T ($r = .64$) - Signifikant niedriger Assoziation zwischen PDS-5 mit STAI-T und BDI-II, als mit PSSI-I und PCL-S Vergleich zwischen PDS-5 und PSSI-5:

					• Für Diagnose: 84 % Übereinstimmung • Für Nicht-Diagnose: 75 % Übereinstimmung • Gesamt eine Übereinstimmung von 78 % (Kappa von .57) Cut-off für vermutliche Diagnose: • Idealer Wert für Diagnose bei 28 Punkten, dann ist die Sensitivität bei .79 und die Spezifität bei .78

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Testverfahren	Studiendesign	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse
	Insgesamt				
Jackson et al., 2024 DOI: 10.1002/jts.23093 Therevised Clinician-Administered PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5-R): Initial psychometric evaluation in a trauma-exposed community sample Studientyp: Validierungsstudie	Anzahl der Teilnehmer:innen: 73 Einschlusskriterien: • Erleben eines Traumas nach DSM-5-TR Kriterium A • Mindestens ein Symptom einer PTBS nach PC-PTSD-5 (Screening) • Einwilligung, in die Videoaufzeichnung der Interviewsitzungen • Englischkenntnisse Ausschlusskriterien: • Ungültiges Personality Assessment Inventory (PAI)-Profil (INF-T-Wert > 75, ICN-T-Wert > 73, PIM-T-Wert > 68)	Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 revidierte Fassung (CAPS-5-R) • Erfasst PTB-Symptomschwere • Ratingskala von 1 bis 10	• Zwei Messzeitpunkte (Online oder persönlich) Messinstrumente: • MINI-7: Psychiatrische Erkrankungen • PCL-5: PTB-Symptomschwere • MDI: Dissoziative Symptome • PAI: Psychopathologie und Persönlichkeitsinventar • DAPS-2: Traumaexposition und traumabezogene Symptome	• Interne Konsistenz • Retest-Reliabilität • Interrater-Reliabilität • Konvergente Validität • Diskriminante Validität	Interne Konsistenz (Cronbachs alpha) • Gesamt: $\alpha = .89$ • Intrusionen: $\alpha = .75$ • Vermeidung: $\alpha = .61$ • Negative Veränderungen in Kognitionen und Stimmung: $\alpha = .77$ • Veränderungen der Erregbarkeit und Reaktivität: $\alpha = .73$ Trennschärfe: • Zwischen .04 bis .71 • Item D1 hatte eine sehr geringe Trennschärfe von .04 • Range ohne D1: .23 bis .71 Reliabilität CAPS-5-R Diagnose: • Retest-Reliabilität zeigt kein signifikanter Unterschied zwischen CAPS-5-R zum ersten und zweiten Messzeitpunkt • Retest-Reliabilität: Gut, $\kappa = .73$ • Interrater Reliabilität: exzellent, $\kappa_s .86$ bis .93 • Alternate-form Reliabilität mit der CAPS-5: κ_s von .79 bis .93 CAPS-5-R PTB-Symptomschwere Gesamt: • Gesamtscore: $ICC = .86$ (sehr hoch) • Interrater Reliabilität: $ICC = .98$ • Alternate-form Reliabilität mit CAPS-5: $r = .95$ Intrusionen: • Retest-Reliabilität: $ICC = .81$ • Interrater-Reliabilität: $ICC = .96$ • Alternate-form Reliabilität: $r = .82$

					Vermeidung: • Retest-Reliabilität: $ICC = .66$ • Interrater-Reliabilität: $ICC = .92$ • Alternate-form Reliabilität: $r = .84$ Negative Veränderungen in Kognitionen und Stimmung: • Retest-Reliabilität: $ICC = .79$ • Interrater-Reliabilität: $ICC = .97$ • Alternate-form Reliabilität: $r = .88$ Subskala Veränderungen der Erregbarkeit und Reaktivität: • Retest-Reliabilität: $ICC = .82$ • Interrater-Reliabilität: $ICC = .98$ • Alternate-form Reliabilität: $r = .84$ Depersonalisation • Retest-Reliabilität: $ICC = .63$ • Interrater-Reliabilität: $ICC = .96$ • Alternate-form Reliabilität: $r = .82$ Derealisation: • Retest-Reliabilität: $ICC = .55$ • Interrater-Reliabilität: $ICC = .63$ • Alternate-form Reliabilität: $r = .83$ Validität • Gute konvergente Validität mit anderen PTBS-Maßen • Gute diskriminante Validität mit Maßen anderer Konstrukte (z. B. Depression, Angst, Alkoholprobleme, somatische Beschwerden, Manie)

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Testverfahren	Studiendesign	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse
	Insgesamt				
Morrison et al., 2021 DOI: 10.1016/j.janxdis.2020.102339 Psychometric properties of the PCL-5 in a sample of first responders Studientyp: Validierungsstudie	Anzahl der Teilnehmer:innen: 133 Einschlusskriterien: - Teilnehmende waren Patient:innen in einem klinischen Studienzentrum für PTBS (UCF RESTORES) - Ersthelfer:innen Ausschlusskriterien:-	Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Checklist for DSM- 5 (PCL-5)	Messinstrumente: - PCL-5: PTB-Symptome - CAPS-5: PTB-Symptome - GAD-7: Angstsymptome - PHQ-9: depressive Symptome - AUDIT: Alkoholmussbrauch	- Interne Konsistenz - Konvergente Validität - Diskriminante Validität - Diagnostische Nützlichkeit - Faktorielle Validität	Interne Konsistenz: - Gesamt: $\alpha = .94$ - Für Intrusionen: $\alpha = .89$ - Für Vermeidung: $\alpha = 0.83$ - Für negative Veränderungen in Kognition und Stimmung: $\alpha = 0.84$ - Für Veränderungen in Erregung und Reaktivität: $\alpha = 0.85$ - Durchschnittliche Inter-Item-Korrelation: .45 - Inter-Item-Korrelation für Vermeidung und negative Veränderungen in Kognition und Stimmung waren über dem empfohlenen Cut-off (.50) mit 0.64 und 0.70 Konvergente Validität: - Korrelation zwischen Subskalen der PCL-5 und der CAPS-5: Gesamt $r = .72$, Wiedererleben $r = .62$, Vermeidung $r = .51$, negative Veränderungen in Kognitionen und Stimmung $r = .69$ und Übererregung $r = .64$ Diagnostische Nützlichkeit: - Cut-off-Werte von 32 und 33 waren am besten zur Vorhersage von CAPS-5-Diagnosen Diskriminante Validität: - PCL-5 zeigt starke Korrelationen mit GAD-7 und PHQ-9 - PCL-5 zeigt schwache Korrelationen mit AUDIT Faktorielle Validität:

					• Anhedonie-Modell und 7-Faktoren-hybrid-Modell zeigen einen guten Fit und unterscheiden sich nicht signifikant voneinander • Anhedonie-Modell hat die höchsten <i>CFI</i>- und <i>TLI</i>-Werte, sowie die niedrigsten <i>RMSEA</i>, <i>SRMR</i> und <i>BIC</i>. (<i>CFI</i> = .96, <i>TLI</i> = .96, <i>RMSEA</i> = .053, <i>SRMR</i> = .045 und <i>BIC</i> = 7445.78)

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Testverfahren	Studiendesign	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse
	Insgesamt				
Roberts et al., 2021 DOI: 10.1080/20008198.2020.1863578 Psychometric properties of the PTSD Checklist for DSM-5 in a sample of trauma exposed mental health service users Studientyp: Validierungsstudie	Anzahl der Teilnehmer:innen: 273 - Durchschnittsalter 47.5 Jahre, von 18 bis 77 Einschlusskriterien: - Mindestens 18 Jahre alt - Vorangegangene Diagnose PTBS erhalten oder traumatisches Erlebnis und positives Screening für PTB-Symptome Ausschlusskriterien: - Das angegebene schlimmste Event erfüllt nicht DSM-5 Kriterium A und die Interviewer:innen konnten kein alternatives belastendes Ereignis identifizieren, auf das sie das Interview fokussieren konnten	PCL-5	Messzeitpunkt 1: - Life Events Checklist mit zwei zusätzliche Items zu physischen und sexuellen Missbrauch in der Kindheit: Traumahistorie - PCL-5: PTB-Symptome) - CAPS-5: PTB-Symptome - PTCI: Traumabezogene Kognitionen - PHQ: depressive, panische und somatoforme Symptome - GAD-7: Generalisierte Angststörung - IIP-32: Interpersonelle Probleme - EQ-5D: subjektiver Gesundheitsstatus - AUDIT: Alkoholmissbrauch Messzeitpunkt 2 (n = 51): Innerhalb eines Monats (<i>mean</i> = 19.6 Tage) - PCL-5	- Psychometrische Evaluation - Interne Reliabilität - Retest-Reliabilität - Konvergente Validität - Diskriminante Validität	Interne Konsistenz: - Gesamtwert: $\alpha = .94$ - Skala Intrusionen: $\alpha = .91$ - Skala Vermeidung: $\alpha = .81$ - Skala Negative Kognitionen und Stimmung: $\alpha = .84$ - Skala Veränderungen in Erregung & Reaktivität: $\alpha = .79$ Retest-Reliabilität: $r = .84$ Konvergente und Diskriminante Validität: - Starke Korrelationen mit: CAPS-5, PTCI, PHQ-Depression, GAD-7 - Schwächere Korrelationen mit anderen Instrumenten, aber im erwarteten Rahmen Signaldetektionanalyse (n = 216): ROC - AUC für PCL-5 vs. CAPS-5-Diagnose: .86 → Gute diagnostische Genauigkeit <i>Optimaler Cut-off-Wert für PCL-5 zur Vorhersage einer CAPS-5-Diagnose:</i> - Score: $\geq 42.5-43.5$ - Sensitivität: .88-.89 - Spezifität: .71-.72 - Gesamteffizienz: .82 - Kappa-Wert (κ): .61 <i>Geringere diagnostische Genauigkeit bei Anwendung der DSM-5-Diagnoseregeln auf die PCL-5:</i> - AUC: .75 - Kappa-Wert (κ): .53

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Testverfahren	Studiendesign	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse
	Insgesamt				
Wittmann et al., 2021 DOI: 10.1080/20008198.2021.1965339 Psychometric properties and validity of the German version of the Post-Traumatic Diagnostic Scale for DSM-5 (PDS-5) Studientyp: Validierungsstudie	Anzahl der Teilnehmer:innen: 270 - Durchschnittsalter: 37.3 Jahre ($SD = 13.6$, Range = 18–72) Einschlusskriterien: - Patient:innen, die in speziellen Traumaambulanzen behandelt wurden Ausschlusskriterien: - Mehr als drei fehlende Werte in den PTB-Symptom-items - Personen, die kein traumatisches Ereignis berichteten	Post-Traumatic Diagnostic Scale for DSM-5 (PDS-5) - Deutsche Version - Zwei Fragen zur Traumavergangenheit - Fragen zu PTB-Symptomen	Messinstrumente: - PCL-5: PTB-Symptome - PHQ-9 Subskala: Depressionssymptome - PHQ-15 Subskala: Somatisierungssymptome - GAD-7: Angstsymptome - PDS-5: PTB-Symptome Retest (164 Teilnehmende): - Im Durchschnitt nach 12 Tagen - PDS-5	- Psychometrische Eigenschaften - Konvergente Validität - Diskriminante Validität - Faktorielle Validität	Interne Konsistenz und Item-Gesamtkorrelationen: Gesamtwert: $\alpha = .91$ - Mittlere Item-Gesamtkorrelation: 0.56 (Range: .20–.74; Zwei Items mit einem Wert unter .4) <i>Subskalen</i> Intrusion: $\alpha = .80$, $CR = .81$, $r_{i(t-i)} = 0.59$ (Range: .48–.64) Vermeidung: $\alpha = .64$, $CR = .63$, $r_{i(t-i)} = 0.47$ (Range: .47–.47) Negative Veränderungen in Kognition und Stimmung: $\alpha = .85$, $CR = .86$, $r_{i(t-i)} = 0.61$ (Range: .34–.74) Veränderungen in Erregung und Reaktivität: $\alpha = .75$, $CR = .76$, $r_{i(t-i)} = 0.49$ (Range: .19–.63) Retest-Reliabilität: - Gesamtwert: $\rho = .84$ - Subskala Intrusionen: $\rho = .66$ - Subskala Vermeidung: $\rho = .58$ - Subskala negative Veränderungen in Kognition und Stimmung: $\rho = .85$ - Subskala Veränderung in Erregung und Reaktivität: $\rho = .85$ Konvergente Validität: - Gesamtwerte von PDS-5 und PCL-5 korrelieren signifikant, $\rho = .91$, - Korrelation der Subskalen zwischen $\rho = .67$ und $\rho = .88$ Diskriminante Validität:

					• PDS-5 korreliert mit verwandten Konstrukten (Depression, Angst und Somatisierung) • Assoziation zwischen PDS-5 mit den drei PHQ-Subskalen war signifikant niedriger als die Assoziation mit PCL-5 Faktorielle Validität: • Kein Modell zeigt überzeugenden Fit • Hybridmodell zeigt den schlechtesten Fit • Anhedonie-Modell schnitt am besten ab: <i>CFI</i> = .94 (akzeptabel), <i>RMSEA</i> = .06 (akzeptabel), <i>AIC</i> = 372.7

PICO 2

Aggregierte Evidenz

N = 1 inkludierte Studien

Publikation	Untersuchte Studien	Untersuchtes Testverfahren (ggf. Vergleich)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Seiler et al., 2023 DOI: 10.1080/13651501.2023.2197965 Assessment tools for complex post traumatic stress disorder: a systematic review	Systematic Review Database: (1) Embase, MEDLINE und PsycINFO Suchzeitraum: Bis 02/2022 Einschlusskriterien: • Volltext Publikationen zwischen 2002 und 2022 • Englischsprachig • Evaluation von KPTBS mit Messinstrumenten Ausschlusskriterien: • Reviews, Editorials, Metaanalysen und Konferenzabstracts • Primärer Fokus lag auf einer anderen Störung wie PTBS oder Borderline Persönlichkeitsstörung	Messinstrumente zur Erfassung von KPTBS	• Messinstrumente zur Erfassung von KPTBS • Validität • Reliabilität • Vor- und Nachteile in verschiedenen Bevölkerungsgruppen	1. Inkludierte Studien: 22 2. Ergebnisse: Gefundene Testverfahren: • International Trauma Questionnaire (ITQ; 13 Studien) • International Trauma Interview (ITI; zwei Studien) • The Developmental Trauma Inventory (DTI; eine Studie) • Cameron Complex Trauma Interview (CCTI; eine Studie) • Complex PTSD Item Set additional to the Clinician Administered PTSD Scale (COPISAC; eine Studie) • Complex Trauma Questionnaire (ComplexTQ; eine Studie) • Scale 8 of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory Scale (MMPI; eine Studie) Davon PICO-relevant: COPISAC • Sowohl mit DSM-5 als auch mit ICD-11 kompatibel • Selbstbericht Aufbau des COPISAC: • Enthält drei Items zur Erfassung von Störungen der Selbstorganisation • Bewertung: 5-Punkte-Skala von 0 (nicht vorhanden) bis 4 (extrem) • Ein Symptom gilt als vorhanden bei einer Punktzahl von 2 oder mehr Psychometrische Bewertung:	COPISAC: Lechner-Meichsner & Steil (2021) Andere Messinstrumente: Armour et al. (2021) Cloitre et al. (2018) Currier et al. (2021) Haselgruber et al. (2020) Hyland et al. (2017) Karatzias et al., (2016) Karatzias et al. (2017) Maercker et al. (2018) Møller et al. (2020) Murphy et al. (2020) Rocha et al. (2020) Tian et al. (2020) Vallieres et al. (2018) Bondjers et al. (2019) Gelezelyte et al. (2022) Ford et al. (2015) Ford et al. (2017) Collings et al. (2013) King et al. (2017) Maggiora Vergano et al. (2015) Wolf et al. (2009)

				• Pilotbewertung an drei behandlungssuchenden Patient:innen • Weitergehende Validierungsstudien sind erforderlich	

Primärevidenz
N = 0 inkludierte Studien

PICO 3

Aggregierte Evidenz

N = 0 inkludierte Studien

Primärevidenz

N = 1 inkludierte Studien

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Testverfahren	Studiendesign	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse
	Insgesamt				
Bovin et al., 2018 DOI: 10.1037/ser0000220 Development and Validation of a Measure of PTSD-Related Psychosocial Functional Impairment: The Inventory of Psychosocial Functioning Studientyp: Validierungsstudie	(Unterschiedlich je nach Studienphase)	Inventory of Psychosocial Functioning (IPF)	3-Phasen-Entwicklung und Validierung - Phase I: Identifikation und Operationalisierung von Variablen, die PTBS-bezogene psychosoziale Beeinträchtigungen repräsentieren - Phase II & III: Evaluierung der psychometrischen Eigenschaften	Nicht PICO-relevant: Entwicklung des IPF (v. a. Phase I)	Phase I: Entwicklung des IPF
	Phase II: Anzahl der Teilnehmer:innen: 53 Einschlusskriterien: - Mindestens 18 Jahre alt - Lesefähigkeit - Veteranenstatus Ausschlusskriterien: - Teilnahme in Phase I der Studie - Ungültige Antwortmuster	Inventory of Psychosocial Functioning (IPF) - Erfass PTBS-bezogene psychosoziale Beeinträchtigung 80 Items - Selbstbericht - Bearbeitungszeit 9-16 Minuten - Sieben Domänen: Romantische Beziehungen, Familie, Freundschaften, Elternschaft, Arbeit, Bildung und Selbstfürsorge	Verwendete Messinstrumente: - IPF - GAF: Globale Funktionsfähigkeit - SDS: Funktionsbeeinträchtigung; 3 Items - WHODAS 2.0: Gesundheitsbedingte Beeinträchtigung - VR-36: Subjektiv wahrgenommene körperliche und psychische Gesundheit	Konstruktvalidität	Zusammenhänge mit anderen Maßen für Beeinträchtigung - Starke Korrelationen zwischen IPF-Gesamtwert & Maßen psychischer Beeinträchtigung und schwächere Korrelationen zwischen IPF-Gesamtwert & Maßen für körperliche Beeinträchtigung - Interpersonale Domänen (Partnerschaft, Familie, Freundschaften, Elternschaft): Korrelationen mit sozialen Funktionsmaßen (WHODAS 2.0, VR-36, SDS, CAPS-IV) - Berufliche Domänen (Arbeit, Bildung): Signifikante Korrelationen mit emotionaler Rolle (VR-36), Arbeits-/Schul-Funktion (SDS, WHODAS 2.0) und beruflicher Beeinträchtigung (CAPS-IV)

			• LEC: Erlebte potenziell traumatische Ereignisse • CAPS-IV: PTB-Symptome, PTBS Diagnose Ein Messzeitpunkt		• Selbstfürsorge-Domäne: Starke Korrelationen mit Selbstfürsorge- und Lebensaktivitätsmaßen (WHODAS 2.0, VR-36) Zusammenhänge mit PTBS • Personen mit PTBS berichteten stärkere Beeinträchtigungen auf der IPF-Gesamt und in 6/7 Domänen als Personen ohne PTBS • Für Domäne romantische Beziehungen gab es keinen Unterschied zwischen Personen mit oder ohne PTBS • IPF-Gesamtwert ($r = .46$) und alle sieben IPF-Domänen (alle $r_s > .29$) war signifikant mit PTB-Symptomschwere assoziiert • IPF-Selbstfürsorge & Lebensaktivitäten (WHODAS 2.0), Selbstfürsorge (WHODAS 2.0) und Rolle der Emotionen (VR-36), $r_s > .47$
Phase III					
	Anzahl der Teilnehmer:innen: 394 Einschlusskriterien: • Mindestens 18 Jahre alt • Lesefähigkeit • Veteran:in Ausschlusskriterien: • Teilnahme in Phase I oder II der Studie • Ungültige Antwortmuster		Messinstrumente zum ersten Messzeitpunkt: • IPF • WHODAS 2.0: Gesundheitsbedingte Beeinträchtigung (Phase II) • VR-36: Subjektiv wahrgenommene körperliche und psychische Gesundheit (Phase II) • SDS: Funktionsbeeinträchtigung (Phase II) • QOLI: Lebensqualität	• Konstruktvalidität (Cross-Validierung) • Retest-Reliabilität • Kriteriumsvalidität • Cut-off-Werte	Interne Konsistenz: • Zwischen $\alpha = .79$ (Selbstfürsorge) bis $\alpha = .92$ (Arbeit) Zusammenhänge zwischen anderen Beeinträchtigungsmaßen und Lebensqualität: • Starke Korrelationen zwischen IPF-Gesamtwert & andere Maße der psychischen Beeinträchtigung und Lebensqualität, alle $r_s > .61$ und geringe Korrelation zwischen IPF-Gesamtwert & Maßen der körperlichen Beeinträchtigung • IPF-Interpersonale Skalen & <i>Getting Along</i> (WHODAS 2.0), sozialen Funktionsfähigkeit und Rolle der Emotionen (VR-36) und den sozialen Lebens- und Familienlebens-Skalen (SDS), alle $r_s \geq .39$

			• PHQ: Psychische und somatische Symptome • PCL-5: PTB-Symptome Messinstrument zum zweiten Messzeitpunkt (Retest, $n = 101$) • IPF		• Berufliche IPF-Skalen & Rolle der Emotionen-Skala (VR-36) und Lebensaktivitäten (WHODAS 2.0), alle $r_s > .44$ Retest-Reliabilität • Gesamtwert: $r = .77$ • IPF-Domänen: alle signifikant und zwischen .55 (romantische Beziehungen) bis .82 (Arbeit) Assoziation mit relevanten Diagnosen: • Stärkste Korrelationen mit PTBS-Maßen (r_s .66), Depression ($r = -.69$) und generalisierter Angststörung ($r = .56$) • IPF-Gesamtwert & Panik: $r = .42$ • IPF-Gesamtwert & Bulimie: $r = .33$ • IPF-Gesamtwert & Somatisierung: $r = .47$ • IPF-Gesamtwert & Alkoholmissbrauch: $r = .16$ Cut-off-Werte: Getestet Klassifizierung • 0–10: Keine Beeinträchtigung • 11–30: Leichte Beeinträchtigung • 31–50: Moderate Beeinträchtigung • 51–80: Schwere Beeinträchtigung • 81–100: Extreme Beeinträchtigung → Durchschnittswerte der PTB-Symptom-schwere innerhalb jeder Kategorie stimmt mit den entsprechenden Beeinträchtigungsgruppen überein

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Testverfahren	Studiendesign	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse
	Insgesamt				
Bovin et al., 2019 DOI: 10.1371/ journal.pone.0220806 Using the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 to assess disability in veterans with post-traumatic stress disorder Studientyp: Validierungsstudie	Anzahl der Teilnehmer:innen: 1109 • Aus vier unabhängigen Stichproben Einschlusskriterien: • Veteranenstatus • Mindestalter 18 Jahre • Englischkenntnisse (Lesefähigkeit) • Nur Stichprobe 1: Mindestens ein traumatisches Ereignis und mindestens ein PTB-Symptom • Nur Stichprobe 4: Keine Diagnose einer bipolaren oder psychotischen Störung • Nur Stichprobe 4: Einsatz im Rahmen der post-9/11-Kriege in Irak und Afghanistan • Nur Stichprobe 4: Stabilität in der Behandlung, falls in Therapie Ausschlusskriterien: • Fehlende Daten im WHODAS 2.0 • Überlappung der Stichproben	World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 WHODAS 2.0 • Erfasst Behinderungen im Zusammenhang mit Gesundheitsproblemen • Sechs Bereiche: Kognition, Mobilität, Selbstpflege, Zwischenmenschliche Beziehungen, Lebensaktivität und Teilhabe • 36 Items • Selbstbericht • Jedes Item wird auf einer 5-Punkte-Skala von <i>keine Schwierigkeiten</i> (0) bis <i>extreme Schwierigkeiten/nicht machbar</i> (4) beurteilt	Messinstrumente • WHODAS 2.0 • CAPS-IV (PTB-Symptome) • CAPS-5 (PTB-Symptome) • PCL-C (PTB-Symptome) • PCL-5 (PTB-Symptome) • Demografische Variablen	• Idealer Cut-off-Wert	Einfluss von Alter und Geschlecht: • Jüngere Personen hatten weniger Beeinträchtigungen • Keine Geschlechtsunterschiede Signal Detection Analysen: Idealer Cut-off-Wert Nach Geschlecht: • Bei Frauen: 31-32 • Bei Männern: 32 Nach Alter: • Bei Jüngeren: 32 • Bei mittleren Alter: 31 • Bei Älteren: 32 Nach Alter und Geschlecht: • Junge Männer: 32 • Mittelalte Männer: 31 • Ältere Männer: 32 • Junge Frauen: 28-34 • Mittelalte Frauen: 34 • Ältere Frauen: keine Berechnung möglich ($n = 5$) Gesamt • 32 (Sensitivität .77, Spezifität .70, Effektivität .74)

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Testverfahren	Studiendesign	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse
	Insgesamt				
Guay et al., 2015 DOI: 10.1037/mil0000065 Studientyp: Validierungsstudie	Anzahl der Teilnehmer:innen: 131 - Durchschnittsalter 49.94 Jahre (SD 13.76) von 28–81 Jahren Einschlusskriterien: - Veteranenstatus - Behandlungssuchend - PTB-Symptome Ausschlusskriterien: - Weibliches Geschlecht	WHOQOL-BREF Domänen: Physische Gesundheit, Psychologisch, Soziale Beziehungen	Messinstrumente: - WHOQOL-BREF (Lebensqualität) - PCL-S (PTB-Symptome) - BDI (depressive Symptome) - BAI (Angstsymptome) - SF-12 (Gesundheitsstatus)	- Reliabilität - Konstruktvalidität - Konvergente Validität - Diskriminante Validität	Interne Konsistenz: - Akzeptabel bis gut - Physische Gesundheit $\alpha = .83$ - Psychologisch $\alpha = .86$ - Soziale Beziehungen $\alpha = .86$ - Umwelt $\alpha = .80$ Retest-Reliabilität: - Stark für alle vier Domänen (ICCs > .80) Validität: Konstruktvalidität: Moderate bis große Korrelationen zwischen den WHOQOL-BREF-Domänen und-Gesamtwert (zwischen .54 und .79) Konvergente Validität: Korrelation der WHOQOL-BREF-Domänen in erwarteten Höhen zu anderen Tests - WHOQOL-BREF-Wert korreliert negativ mit PTBS, Depressions- und Angstsymptomen (z. B. Gesamt & PCL-S $r = -.36$)

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Testverfahren	Studiendesign	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse
	Insgesamt				
Kleiman et al., 2025 DOI: 10.1037/ser0000306 Psychometric Properties of a Brief Measure of Posttraumatic Stress Disorder–Related Impairment: The Brief Inventory of Psychosocial Functioning Studientyp: Validierungsstudie	Anzahl der Teilnehmer:innen: 362 - Durchschnittsalter: 51.4 Jahre ($SD = 11.2$) Einschlusskriterien: - Mindestens 18 Jahre alt - Veteranenstatus - Lesekompetenz Ausschlusskriterien: - Invalide IPF-Profil (eine Domäne mit nur 0 oder 6 als Antwort) - Unvollständige Beantwortung	B-IPF - Zielgröße: PTBS-bedingte psychosoziale Funktionsbeeinträchtigung - Sieben Items - Selbstauskunft - Sieben funktionale Bereiche: romantische Beziehungen, Familienbeziehungen, Arbeit, Freundschaften/soziales Leben, Elternschaft, Bildung und Selbstfürsorge - Jedes Item entspricht einem Bereich	Messinstrumente zum ersten Messzeitpunkt: - IPF: PTBS-bedingte psychosoziale Funktionsbeeinträchtigung - B-IPF: Kurzversion des IPF; PTBS-bedingte psychosoziale Funktionsbeeinträchtigung - GAF: Psychosoziales Funktionsniveau - VR-36: Selbstberichtete psychische und physische Gesundheit - QOLI: Lebensqualität - SDS: Funktionsniveau - WHODAS 2.0: Funktionelle Beeinträchtigungen als Ergebnis von Gesundheitsproblemen - PCL-5: PTB-Symptome - PHQ: Psychische und somatische Symptome Messinstrumente zum zweiten Messzeitpunkt: Nach ca. einem Monat	- Interne Konsistenz - Retest-Reliabilität - Konstruktvalidität - Kriteriumsvalidität - Cut-off-Wert	Interne Konsistenz: $\alpha = .84$ Retest-Reliabilität: $r = .77$ - Geringer als für die IPF Langversion - Höher als andere Kurzinstrumente für Funktionsniveau (SDS: $r = .29$) Konstruktvalidität: B-IPF war am stärksten mit IPF korreliert, $r = .71$ und mit anderen Maßen für psychische Beeinträchtigung und Lebensqualität, alle $rs > .50$ Kriteriumsvalidität: - Stärkste Korrelationen mit Maßen für PTB-Symptome (z. B. PCL-5: $r = .63$) und anderen internalisierenden Diagnosen (z. B. Depression $r = .61$) - Geringere Korrelationen mit externalisierenden Diagnosen (z. B. Alkoholmissbrauch: $r = .14$) Cut-off-Wert: Kategorisierung Gleiche Cut-off-Werte wie IPF 0–10: Keine Beeinträchtigung 11–30: Leichte Beeinträchtigung 31–50: Mäßige Beeinträchtigung 51–80: Schwere Beeinträchtigung 81–100: Extreme Beeinträchtigung

			• IPF		

Psychotherapeutische Behandlung

PICO 1

Aggregierte Evidenz

N = 27 inkludierte Studien

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Althobaiti et al., 2020 DOI: 10.1016/j.jad.2019.12.021 Efficacy of interpersonal psychotherapy for post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Medline via Ovid, Embase via Ovid, PsychInfo, CINAHL, Cochrane Database of Controlled Clinical Trials (CENTRAL) Suchzeitraum: Bis 11/2018 Einschlusskriterien: • RCTs, die IPT als Intervention für PTB-Symptome im Einzel- oder Gruppensetting untersuchen • PTBS-Diagnose (egal, ob primär- oder sekundär) • PTB-Symptome oder die Diagnosestellung musste mit einem validierten klinisch-strukturierten Interview oder einem validierten Selbstberichtmaß erfolgen	Intervention • IPT (Sieben RCTs) • IPT + TAU (Eine RCT) • IPT-trauma (Eine RCT) • MOMcare + MSS-plus (kurze IPT8 Sitzungen) (nicht spezifiziert) Aktive Kontrollbedingungen (Sieben RCTs) • TAU • Narrative Expositions-therapie (NET) • Entspannungsverfahren • Usual care Psychotherapie (nicht spezifiziert) • Standard care (nicht spezifiziert) • „MMS-plus“ (nicht spezifiziert) • „clinical psychotherapy“ (nicht spezifiziert) Inaktive Kontrollbedingung (Zwei RCTs) • WL	PTB-Symptome	1. Inkludierte Studien: Neun RCTs (Zehn Arme) 2. Ergebnisse: IPT vs. passive Kontrollen: • Größerer Effekt als passive Kontrollen, $SMD = -0.62$. 95%-KI $[-0.97, -0.27]$, $p = .0006$ (Symptomreduktion um 17 CAPS-Punkte im Mittel) IPT vs. aktive Kontrollen: • Kein signifikanter Unterschied in der Effektivität, $SMD = -0.25$. 95%-KI $[-0.61, 0.10]$, $p = .16$ Subgruppenanalysen: Effektivität der IPT in Abhängigkeit der Anzahl der Sitzungen: • Effekt von Studien mit zwölf oder mehr Sitzungen, $SMD = -0.48$. 95%-KI $[-0.82, -0.14]$, $p = .005$, $k = 6$ (Symptomreduktion um 11.4 CAPS-Punkte im Mittel) • Kein Effekt von Studien mit weniger als zwölf Sitzungen, $SMD = -0.39$. 95%-KI $[-0.85, 0.07]$, $p = .10$, $k = 4$ Effektivität der IPT in Abhängigkeit der Primärdiagnose (PTBS vs. Depression):	Low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (7) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Aus-schlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Duberstein et al. (2018) Grote et al. (2015) Jiang et al. (2014) Krupnick et al. (2008) Markowitz et al. (2015) Meffert et al. (2014) Schaal et al. (2009) Talbot et al. (2011) Zlotnick et al. (2011)

	• Diagnose anhand der DSM- oder ICD-Kriterien oder den Research Diagnostic Criteria Ausschlusskriterien: • Beobachtungsstudien • Reviews • Editorials • Briefe • Artikel in anderen Sprachen als Englisch			• Vergleichbare Effektivität, da Unterschied beider Subgruppen nicht signifikant • Depression: $SMD = -0.38$. 95%-KI $[-0.59, -0.17]$, $p = .0004$, $k = 3$, PTBS: $SMD = -0.55$. 95%-KI $[-1.09, -0.01]$, $p = .05$, $k = 5$ Effektivität der IPT in Abhängigkeit des Traumas (interpersonell vs. nicht-interpersonell): • Vergleichbare Effektivität, da Unterschied beider Subgruppen nicht signifikant. • Interpersonell: $SMD = -0.38$. 95%-KI $[-0.67, -0.10]$, $p = .008$, $k = 5$		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Barrera et al., 2013 DOI: 10.1016/j.cpr.2012.09.005 A meta-analytic review of exposure in group cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PsycINFO, PubMed, the Cochrane Library, Google Scholar (2) Referenzlisten relevanter Reviews, peer-reviewed empirischer Studien und Buchkapitel Suchzeitraum: Bis 04/2012 Einschlusskriterien: • KVT im Gruppensetting zur Behandlung von PTB-Symptomen • Randomisierung • Alter ≥ 18 Jahre • PTBS-Diagnose nach DSM-III oder DSM-IV Kriterien • Genug Daten, um within subjects Effektstärken zu berechnen • PTB-Symptome mittels validierten Instruments erhoben Ausschlusskriterien:	KVT im Gruppensetting • Mit in-group Exposition (Fünf Arme): Imagery rehearsal, multiple channel exposure therapy, kulturell adaptierte KVT, traumafokussierte Gruppen-KVT • Ohne in-group Exposition (Sieben Arme, wovon vier Exposition im Einzelsetting machten): Gruppen-KVT, Trauma Management Therapie, Expositionstherapie, Cognitive Processing Therapy für Überlebende von sexuellen Missbrauch, Schlaf/Albtraum Management, gegenwartszentrierte Gruppentherapie, Affekt Management Aktive und inaktive Kontrollen • WL • Muskelrelaxation • Akupunktur • Minimaler Kontakt Kontrolle • Exposition	PTB-Symptome	1. Inkludierte Studien: Neun RCTs (Zwölf Behandlungsbedingungen) 2. Ergebnisse: • Prä-Post-Vergleiche: Großer Prä-Post-Treatment-Effekt über alle Behandlungen hinweg, $ES = 1.13$, 95%-KI [0.69, 1.56], $p < .001$ mit Hinweis auf Wirkung über den post-treatment-Zeitpunkt hinaus (follow-up), $ES = 0.12$, 95%-KI [0.00, 0.25], $p = .052$ • Vergleich in-group Exposition vs. nicht in-group Exposition Die Effektgröße von Studien mit in-group Exposition, $ES = 1.16$, 95%-KI [0.47, 1.85] unterschied sich nicht von den Studien ohne in-group Exposition, $ES = 1.11$, 95%-KI [0.55, 1.66], $p = .551$	Critically Low Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (5) Nicht-doppelte Studienelektion (6) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (12) Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (13) RoB wurde nicht interpretiert/ diskutiert	Mit in-group Exposition: Cook et al. (2010) Falsetti et al. (2008) Hinton et al. (2011) Hollifield et al. (2007) Schnurr et al. (2003) Ohne in-group Exposition: Beck et al. (2009) Beidel et al. (2011) Chard (2005) Cooke et al. (2010) Schnurr et al. (2003) Zlotnick et al. (1997)

	• Studien, in denen Patient:innen parallel weitere Behandlungen angeboten wurden (außer Studien mit supportive therapy und/oder gleichzeitige psychotropische Medikation wie in den meisten RCTs) • Studien, die nur dichotome Zielgrößen berichteten • Studien mit Stichproben mit der Diagnose serious mental illness • Studien in anderen Sprachen als Englisch					

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Belsher et al., 2019 DOI: 10.1002/14651858.CD012898.pub2 Present-centered therapy (PCT) for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults (Review)	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Cochrane Common Mental Disorders Controlled Trials Register, the Cochrane Library, Ovid MEDLINE, Embase, PsycINFO, PubMed, and PTSDpubs (2) WHO trials portal (ICTRP), ClinicalTrials.gov (3) Literaturverzeichnis früherer Reviews und relevanter Artikel (4) Graue Literatur Suchzeitraum: Bis 02/2019 Einschlusskriterien: • Alle Studienteilnehmende mit PTBS-Diagnose • Vergleich von Present-Centered Therapy mit TF-KVT oder anderer Kontrollgruppe • RCTs • Gruppen- und Einzelsetting	Present-centered therapy (PCT) verglichen mit Warteliste/ Minimale Aufmerksamkeit (WL/MA) bzw. TF-KVT	• PTB-Symptome • Dropout • PTBS-Diagnose • Depressionssymptome (BDI) • Angstsymptome (STAI)	1. Inkludierte Studien: $N = 11$ RCTs 2. Ergebnisse: PTB-Symptome • Großer signifikanter Effekt von PCT im Vergleich mit WL/MA ($SMD = -0.84$, 95%-KI $[-1.10, -0.59]$, $k = 3$ Studien); • Zum Post-Zeitpunkt signifikante Überlegenheit von TF-KVT gegenüber PCT ($SMD = 0.32$, 95%-KI $[0.08, 0.56]$, $k = 6$ Studien) • Überlegenheit von TF-KVT gegenüber PCT zum 6-Monats-Follow-up ($SMD = 0.17$, 95%-KI $[0.05, 0.29]$, $k = 6$ Studien) und zum 12 Monats-Follow-up ($SMD = 0.17$, 95%-KI $[0.03, 0.31]$, $k = 3$ Studien) Dropout: • Kein Effekt von PCT im Vergleich mit WL/MA ($SMD = 0.07$, 95%-KI $[-0.02, -0.16]$, $k = 3$ Studien) • Geringere Dropout-Raten bei PCT im Vergleich mit TF-KVT ($SMD = -0.14$, 95%-KI $[-0.18, -0.10]$, $k = 10$ Studien) PTBS-Diagnose: • Kleiner signifikanter Effekt von PCT im Vergleich mit WL/MA ($Risk\ Difference = -0.23$, 95%-KI $[-0.33, -0.12]$, $k = 3$ Studien); Signifikante Überlegenheit von	High quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien:-	Foa et al. (2018) Ford et al. (2011) McDonagh et al. (2005) NCT00607815 Rauch et al. (2015) Ready et al. (2010) Ready et al. (2018) Resick et al. (2015) Schnurr et al. (2003) Schnurr et al. (2007) Sloan et al. (2018) Suris et al. (2013)

				TF-KVT gegenüber PCT (<i>Risk Difference</i> = 0.11, 95%-KI [0.04, 0.19], <i>k</i> = 4 Studien) Depressionssymptome: • Überlegenheit von PCT im Vergleich mit WL/MA (<i>MD</i> = -5.06, 95%-KI [-8.60, -1.52], <i>k</i> = 2 Studien) • Signifikante Überlegenheit von TF-KVT gegenüber PCT (<i>SMD</i> = 0.19, 95%-KI [0.04, 0.33], <i>k</i> = 7 Studien) Angstsymptome: • Keine Überlegenheit von TF-KVT gegenüber PCT (<i>SMD</i> = 0.32, 95%-KI [-0.08, 0.71], <i>k</i> = 4 Studien)		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Bisson et al., 2013 DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub4. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE und PsycINFO über Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group's Specialised Register (2) Handsuche in the Journal of Traumatic Stress und das ISTSS Treatment Guidelines (3) Manuelle Suche in zentralen Journals, in Konferenzbeiträgen und anderen systematischen Reviews und Metaanalysen (4) Kontakt zu Expert:innen des Forschungsfelds (5) Überprüfung der Literaturverzeichnisse der inkludierten Studien (6) Studienregister: World Health Organization's trials portal (IC-TRP), ClinicalTrials.gov, Pharmaunternehmen (7) Graue Literatur Suchzeitraum: Bis 04/2013 Einschlusskriterien:	Interventionen: - Individuelle TF-KVT: 49 Studien - Non-TF-KVT: 8 Studien - EMDR: 16 Studien - Gruppen TF-KVT: 10 Studien - Andere Therapieformen: 9 Studien Messzeitpunkte: - Nach Behandlungsende (BE) - Follow-up ein bis vier Monate (FU 1-4) - Follow-up fünf bis acht Monate (FU 5-8) - Follow-up neun bis zwölf Monate (FU 9-12)	PICO-relevante primäre Zielgröße(n): - PTB-Symptom-schwere bewertet durch Kliniker:in PICO-relevante Sekundäre Zielgröße(n): - Depressivität - Angstsymptome - PTBS-Diagnose nach der Behandlung - PTB-Symptom-schwere (Selbstbeurteilung) Nicht PICO-relevante Zielgrößen: - Nachteilige Auswirkungen - Dropout-Rate	1. Inkludierte Studien: 70 RCTs 2. Ergebnisse: Individual TF-KVT vs. WL/usual care PTB-Symptome (Kliniker:in): - BE ($k = 28$): TF-KVT überlegen, $SMD = -1.62$, 95%-KI $[-2.03, -1.21]$ - FU 1-4: TF-KVT überlegen, $SMD = -1.18$, 95%-KI $[-2.20, -0.17]$ - FU 5-8 ($k = 3$): TF-KVT überlegen, $SMD = -0.47$, 95%-KI $[-0.77, -0.18]$ - FU 9-12 ($k = 1$): TF-KVT überlegen, $SMD = 0.78$, 95%-KI $[-1.18, -0.39]$ PTB-Symptome (Selbstbericht): - BE ($k = 17$): TF-KVT überlegen, $SMD = -1.60$, 95%-KI $[-2.02, -1.18]$ - FU 1-4 ($k = 2$): TF-KVT überlegen, $SMD = -3.03$, 95%-KI $[-6.51, -0.45]$ - FU 5-8 ($k = 2$): TF-KVT überlegen, $SMD = -0.61$, 95%-KI $[-0.90, -0.32]$ - FU 9-12 ($k = 1$): TF-KVT überlegen, $SMD = -1.22$, 95%-KI $[-1.61, -0.83]$ PTBS-Diagnose: - BE ($k = 19$): TF-KVT überlegen Depressivität: - BE ($k = 29$): TF-KVT überlegen,	High quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (16) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Adenauer et al. (2011) Asukai et al. (2010) Basoglu et al. (2005) Basoglu et al. (2007) Beck et al. (2009) Bichescu et al. (2007) Blanchard et al. (2003) Brom et al. (1989) Bryant et al. (2003) Bryant et al. (2011) Carlson et al. (2008) Chard (2005) Cloitre et al. (2002) Cloitre et al. (2010) Cooper et al. (1989) Deville et al. (1998) Deville et al. (1999) Duffy et al. (2007) Dunne et al. (2012) Echeburua et al. (1997) Ehlers et al. (2003) Ehlers et al. (2005) Fecteau et al. (1999) Feske et al. (2008) Foa et al. (1991) Foa et al. (1999) Foa et al. (2005) Forbes et al. (2012) Galovski et al. (2012) Gamito et al. (2010) Gersons et al. (2000) Hensel-Dittmann et al. (2011) Hinton et al. (2005)

	• RCTs, Cluster-RCTs und cross-over Studien mit psychologischer Therapie von chronischer PTBS in Erwachsenen (ab 18 Jahren) • Mindestens 70 % der Teilnehmenden mussten eine PTBS-Diagnose haben (nach DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, ICD-9 oder ICD-10) • PTBS als Primärdiagnose • Interventionen: TF-KVT, EMDR, non-TF-KVT, Gruppen TF-KVT, Gruppen non-TF-KVT, andere psychologische Therapien Ausschlusskriterien: • Einschlusskriterien nicht erfüllt			$SMD = -1.31$, 95%-KI [-1.65, -0.98] • FU 1-4 ($k = 7$): TF-KVT überlegen • FU 5-8 ($k = 3$): TF-KVT überlegen • FU 9-12 ($k = 1$): TF-KVT überlegen Angstsymptome: • BE ($k = 18$): TF-KVT überlegen, $SMD = -0.82$, 95%-KI [-1.03, -0.61] • FU 1-4 ($k = 3$): TF-KVT überlegen • FU 9-12 ($k = 1$): kein Unterschied Individual TF-KVT vs. non-TF-KVT PTB-Symptome (Kliniker:in): • BE ($k = 7$): kein Unterschied • FU 1-4 ($k = 5$): TF-KVT überlegen • FU 5-8 ($k = 2$): kein Unterschied • FU 9-12 ($k = 2$): kein Unterschied PTB-Symptome (Selbstbericht) • BE ($k = 3$): TF-KVT überlegen, $SMD = -0.37$, 95%-KI [-0.74, 0.01] • FU 1-4 ($k = 2$): kein Unterschied PTBS-Diagnose: • BE ($k = 6$): kein Unterschied Depressivität: • BE ($k = 6$): kein Unterschied • FU 1-4 ($k = 6$): kein Unterschied • FU 5-8 ($k = 2$): TF-KVT überlegen	Hinton et al. (2011) Hogberg et al. (2007) Hollifield et al. (2007) Ironson et al. (2002) Jensen et al. (1994) Keane et al. (1989) Kearney et al. (2013) Karkow et al. (2000) Karkow et al. (2001) Kubany et al. (2003) Kubany et al. (2004) Lee et al. (2002) Lindauer et al. (2005) Marcus et al. (1997) Marks et al. (1998) McDonagh et al. (2005) Monson et al. (2006) Mueser et al. (2008) Neuner et al. (2004) Neuner et al. (2008) Neuner et al. (2010) Nijdam et al. (2012) Paunovic et al. (2011) Peniston et al. (1991) Power et al. (2002) Ready et al. (2010) Resick et al. (2002) Rothbaum et al. (1997) Rothbaum et al. (2005) Scheck et al. (1998) Schnurr et al. (2003) Schnurr et al. (2007) Taylor et al. (2003) Vaughan et al. (1994) Wells et al. (2012) Zang et al. (2013) Zlotnick et al. (1997)

				• FU 9-12 ($k = 1$): TF-KVT überlegen Angstsymptome: • BE ($k = 4$): kein Unterschied • FU 1-4 ($k = 4$): kein Unterschied • FU 5-8 ($k = 1$): kein Unterschied • FU 9-12 ($k = 1$): kein Unterschied Individual TF-KVT vs. andere Therapien PTB-Symptome (Kliniker:in): • BE ($k = 10$): TF-KVT überlegen, $SMD = -0.48$, 95%-KI [-0.83,-0.14] • FU 1-4 ($k = 8$): TF-KVT überlegen • FU 5-8 ($k = 4$): kein Unterschied • FU 9-12 ($k = 2$): TF-KVT überlegen PTB-Symptome (Selbstbericht) • BE ($k = 6$): TF-KVT überlegen • FU 1-4 ($k = 5$): TF-KVT überlegen • FU 5-8 ($k = 3$): kein Unterschied • FU 9-12 ($k = 2$): kein Unterschied PTBS-Diagnose: • BE ($k = 7$): TF-KVT überlegen Depressivität: • BE ($k = 9$): TF-KVT überlegen • FU 1-4 ($k = 7$): kein Unterschied • FU 5-8 ($k = 5$): kein Unterschied Angstsymptome:		

				• BE ($k = 7$): TF-KVT überlegen • FU 1-4 ($k = 5$): kein Unterschied • FU 5-8 ($k = 2$): kein Unterschied EMDR vs. WL/usual care PTB-Symptome (Kliniker:in): • BE ($k = 6$): EMDR überlegen, $SMD = 1.17$, 95%-KI [-2.04, -0.30] PTB-Symptome (Selbstbericht): • BE ($k = 6$): kein Unterschied, $SMD = -0.80$, 95%-KI [-1.68, 0.07] PTBS-Diagnose: • BE ($k = 6$): EMDR überlegen, $RR = 0.51$, 95%-KI [0.42, 0.62] Depressivität: • BE ($k = 7$): EMDR überlegen, $SMD = -1.15$, 95%-KI [-1.52, -0.78] Angstsymptome: • BE ($k = 6$): EMDR überlegen ($SMD = -1.02$, 95%-KI [1.36, -0.69]) EMDR vs. individual TF-KVT PTB-Symptome (Kliniker:in): • BE ($k = 7$): kein Unterschied • FU 1-4 ($k = 3$): kein Unterschied PTB-Symptome (Selbstbericht): • BE ($k = 7$): kein Unterschied • FU 1-4 ($k = 5$): kein Unterschied PTBS-Diagnose: • BE ($k = 8$): Kein Unterschied Depressivität: • BE ($k = 8$): Kein Unterschied		

				- FU 1-4 ($k = 5$): Kein Unterschied Angstsymptome: - BE ($k = 5$): EMDR überlegen, $SMD = -0.28$, 95%-KI $[-0.53, 0.02]$ - FU 1-4 ($k = 2$): kein Unterschied EMDR vs. non-TF-KVT PTB-Symptome (Kliniker:in): - BE ($k = 2$): kein Unterschied - FU 1-4 ($k = 3$): kein Unterschied - FU 5-8 - FU 9-12 PTB-Symptome (Selbstbericht): - BE ($k = 3$): kein Unterschied - FU 1-4 ($k = 3$): EMDR überlegen, $SMD = -0.52$, 95%-KI $[-0.98, -0.05]$ PTBS-Diagnose: - BE ($k = 3$): kein Unterschied Depressivität: - BE ($k = 3$): EMDR überlegen, $SMD = -0.67$, 95%-KI $[-1.14, -0.20]$ - FU 1-4 ($k = 3$): kein Unterschied Angstsymptome: - BE ($k = 3$): EMDR überlegen, $SMD = -0.75$, 95%-KI $[-1.36, 0.13]$ - FU 1-4 ($k = 2$): kein Unterschied EMDR vs. „andere Therapien“ PTB-Symptome (Selbstbericht): - BE ($k = 2$): EMDR überlegen, $SMD = -0.84$, 95%-KI		

				[-1.21,-0.47] Depressivität - BE (k = 2): EMDR überlegen, SMD = -0.67, 95%-KI [-1.03,-0.32] Angstsymptome: - BE (k = 2): EMDR überlegen, SMD = -0.72, 95%-KI [-1.08,-0.36] Non-TF-KVT vs. „andere Therapien“ PTB-Symptome (Kliniker:in): - BE (k = 1): non-TF-KVT überlegen, SMD = -1.22, 95%-KI [-2.09,-0.35] - FU 1-4 (k = 1): kein Unterschied PTBS-Diagnose: - BE (k = 1): kein Unterschied Depressivität: - BE (k = 1): kein Unterschied - FU 1-4 (k = 1): kein Unterschied Angstsymptome: - BE (k = 1): kein Unterschied - FU 1-4 (k = 1): kein Unterschied Non-TF-KVT vs. WL/ usual care PTB-Symptome (Kliniker:in): - BE (k = 4): non-TF-KVT überlegen, SMD = -1.22, 95%-KI [-1.76,-0.69] PTB-Symptome (Selbstbericht): - BE (k = 2): kein Unterschied PTBS-Diagnose: - BE (k = 4): non-TF-KVT überlegen, RR = 0.65, 95%-KI [0.50, 0.86]		

				Depressivität: - BE ($k = 5$): non-TF-KVT überlegen, $SMD = -0.93$, 95%-KI [-1.43, -0.42] Angstsymptome: - BE ($k = 4$): non-TF-KVT überlegen, $SMD = 0.83$, 95%-KI [-1.24, -0.42]		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Brown et al., 2022 DOI: 10.1002/cpp.2633 The metacognitive model of post-traumatic stress disorder and metacognitive therapy for post-traumatic stress disorder: A systematic review	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PubMed, PsycNET und MEDLINE (2) Literaturverzeichnis früherer Metaanalysen Suchzeitraum: 01/2004–03/2020 Einschlusskriterien: • Peer-reviewed Primärstudien auf Englisch • Bezogen auf das metakognitive Modell der PTBS (Wells und Sembi, 2004) • PTB-Symptome als Zielgröße • Entweder (a) Wirksamkeit der Metakognitiven Therapie (MCT) für eine primäre Diagnose PTBS wird untersucht und berichtet oder (b) der Zusammenhang zwischen PTB-Symptomen zu metakognitiven Überzeugungen, Metagedächtnis-Überzeugungen und/oder me-	• Metakognitive Therapie (MCT) für PTBS (5 Studien) • Konstrukte des Metakognitiven Modells bei PTBS (13 Studien)	• PTB-Symptome • Metakognitive Überzeugungen • Meta-Gedächtnis-Überzeugungen • Metakognitive Kontrollstrategien	1. Inkludierte Studien: $N = 18$ Studien 2. Ergebnisse: Metakognitive Überzeugungen (neun Studien) • Mittlere Korrelation von metakognitiven Überzeugungen mit PTB-Symptomen ($r = 0.54$, $p < .01$) • Befunde zu metakognitiven Überzeugungen als signifikanter Prädiktor für PTB-Symptome heterogen Meta-Gedächtnis-Überzeugungen (drei Studien) • Signifikante Korrelation von Metagedächtnis-Überzeugungen und PTB-Symptomen ($r = 0.33$ bis $r = 0.58$) • Negative, aber nicht positive Metagedächtnis-Überzeugungen als Prädiktor für PTB-Symptome Metakognitive Kontrollstrategien (acht Studien) • Insgesamt Rumination, Vermeidung, Sorgen, Gedankenunterdrückung und Bestrafung als Prädiktor für PTB-Symptome, während Ablenkung, soziale Kontrolle und Aufarbeitung einen diesen entgegenwirken	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (1) Keine PICO-Komponenten (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/nicht auf Abweichung eingegangen (6) Nicht-doppelte Datenextraktion (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (9) Kein angemessenes RoB (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Bardeen & Fergus (2018) Bennett & Wells (2010) Bennett et al. (2009) Fergus & Bardeen (2017) Hosseini Ramaghani et al. (2019) Jelinek et al. (2013) Kadak et al. (2013) Kannis-Dymland et al. (2019) Mazloom et al. (2016) Roussis & Wells (2006) Roussis & Wells (2008) Simons & Kursawe (2019) Rakarangi et al. (2017) Wells & Colbear (2012) Wells & Sembi (2004) Ells et al. (2008) Wells et al. (2015) Wisco et al. (2013)

	metakognitiven Kontrollstrategien werden analysiert Ausschlusskriterien: • PTBS als sekundäre Zielgröße • Metakognitive Kapazität statt Überzeugungen im Fokus			MCT für PTBS (fünf Studien) • Große Prä-/Post-Effektstärke von MCT: $d = 1.92$ bis $d = 5.0$ • Große Effektstärke von MCT im Vergleich mit Kontrollgruppe: $d = 0.74$ bis $d = 3.61$		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Cusack et al., 2016 DOI: 10.1016/j.cpr.2015.10.003 Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) MEDLINE, Cochrane Library, PILOTS database, CINAHL, PsycINFO, EMBASE, Web of Science, International Pharmaceutical Abstracts (2) Manuelle Suche in Literaturverzeichnissen von Reviews und eingeschlossenen Trials (3) Suche nach unveröffentlichten Studien über ClinicalTrials.gov, die Website der Food and Drug Administration, und die International Clinical Trials Registry Platform der Weltgesundheitsorganisation Suchzeitraum: Bis 05/2014 Einschlusskriterien: • Englischsprachiger Artikel • RCT mit einer Mindestdauer von 4 Wochen	• 60 Studien untersuchten psychologische Behandlungen • Eine Studie verglich psychologische und pharmakologische Behandlungen • Drei Studien untersuchten Kombinationen von psychologischen und pharmakologischen Behandlungen im Vergleich zu einer der beiden Behandlungen allein Psychologische Interventionen: • Cognitive processing therapy (CPT) • Kognitive Therapie • Kognitive Kombinationstherapie • KVT-Exposition • KVT-Mixed • EMDR • NET • Brief electric psychotherapy • Entspannungstraining • Seeking safety • Stressimpfungstraining	• PTB-Symptome • Depressionssymptome • Angstsymptome • Lebensqualität • Funktionsniveau	1. Inkludierte Studien: • Qualitative Synthese: 64 RCTs • Quantitative Synthese: 31 RCTs 2. Ergebnisse: Allgemeine Wirksamkeit • Kognitive Therapien: Evidenz unterstützt die Wirksamkeit für (1) die Verbesserung von PTB-Symptomen (2) den Verlust der PTBS-Diagnose (3) die Verbesserung von Depressions- (4) und Angstsymptomen • Expositionstherapie: Evidenz unterstützt die Wirksamkeit für (1) die Verbesserung von PTB-Symptomen, (2) Verlust der PTBS-Diagnose, (3) Verbesserung von Depressionssymptomen für Personen mit PTBS • KVT-mixed: Evidenz unterstützt die Wirksamkeit für (1) die Verbesserung und PTB-Symptomen, (2) Verlust der PTBS-Diagnose, (3) Verbesserung von Depressions- und (4) Angstsymptomen • EMDR: Evidenz unterstützt die Wirksamkeit von EMDR für (1) die Verbesserung von PTB-Symptomen, (2) Verlust der PTBS-Diagnose, (3) Verbesserung der Depressionssymptome • NET: Evidenz unterstützt die Wirksamkeit für (1) die Verbesserung von PTB-Symptomen und	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (7) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (8) Keine detaillierte Beschreibung eingeschlossener Studien (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (11) Keine angemessenen statistischen Methoden verwendet (14) Heterogenität wurde nicht interpretiert/ diskutiert (15) Publikationsbias nicht untersucht/ diskutiert	Asukai et al. (2010) Basoglu et al. (2007) Blanchard et al. (2003) Boden et al. (2012) Bryant et al. (2003) Bryant et al. (2008) Carlson et al. (1998) Chard et al. (2005) Cloitre et al. (2002) Cloitre et al. (2010) Cook et al. (2010) Cottraux et al. (2008) Dunne et al. (2012) Ehlers et al. (2003) Ehlers et al. (2005) Ehlers et al. (2014) Fecteau & Nicki (1999) Foa et al. (1999) Foa et al. (2005) Foa et al. (2013) Forbes et al. (2012) Ford et al. (2011) Gamito et al. (2010) Gersons et al. (2000) Hien et al. (2004) Hien et al. (2009) Hinton et al. (2005) Hinton et al. (2009) Hinton et al. (2011) Hogberg et al. (2007) Hollifield et al. (2007) Johnson et al. (2011) Krakow et al. (2001) Kruse et al. (2009) Kubany et al. (2003)

	• Erwachsene Teilnehmende mit PTBS gemäß den DSM-Kriterien (bis DSM-IV) • Untersuchung geeigneter psychologischer Interventionen im Vergleich zu einer Warteliste, üblicher Behandlung, keiner Intervention, Placebo oder einer anderen psychologischen oder pharmakologischen Intervention • Follow-up mindestens vier Wochen nach Therapieende • Inkludierte psychologische Behandlungen: Brief Eclectic Psychotherapy (BEP), Cognitive Behavioral Therapy (KVT), Cognitive Therapy (CT), Cognitive Processing Therapy (CPT), Cognitive Restructuring (CR), Coping Skills Therapy, Stress Inoculation Therapy, Exposure Therapy, Prolonged Exposure (PE), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Hypnotherapy, Interpersonal Therapy, Psychody-			(2) den Verlust der PTBS-Diagnose • Electric psychotherapy: Evidenz unterstützt die Wirksamkeit für (1) die Verbesserung von PTB-Symptomen, (2) den Verlust der PTBS-Diagnose, (3) die Verbesserung von Depressions- und (4) Angstsymptomen • Coping skills: Nicht genug Evidenz, um die Wirksamkeit von Stressimpfungs- oder Entspannungstraining zu bestimmen Vergleichende Wirksamkeit: • Allgemein zu wenig Evidenz, um die Wirksamkeit von Interventionen zu vergleichen • Vergleichbare Wirksamkeit von Expositionstherapie und Kognitiver Therapie • Überlegenheit von Expositionstherapie im Vergleich zu Entspannungstraining		Kubany et al. (2004) Liedl et al. (2011) Lindauer et al. (2005) Litz et al. (2007) Marks et al. (1998) McDonagh et al. (2005) Mills et al. (2012) Monson et al. (2006) Mueser et al. (2008) Nacasch et al. (2011) Neuner et al. (2004) Neuner et al. (2008) Neuner et al. (2010) Nijdam et al. (2012) Resick et al. (2002) Rothbaum et al. (1997) Rothbaum et al. (2005) Rothbaum et al. (2006) Sannibale et al. (2013) Schneier et al. (2012) Schnurr et al. (2003) Schnurr et al. (2007) Schnyder et al. (2011) Spence et al. (2011) Tarrier et al. (1999) Taylor et al. (2003) Van der Kolk et al. (2007) Van Emmerik et al. (2008) Zlotnick et al. (2009)

	dynamic Therapy, Narrative Exposure Therapy (NET) • Mindestens einer der folgenden Endpunkte bewertet: PTB-Symptome, Remission (keine Symptome mehr), Verlust der PTBS-Diagnose, Lebensqualität, Behinderung oder funktionelle Beeinträchtigung, Rückkehr zur Arbeit oder zum aktiven Dienst oder unerwünschte Ereignisse Ausschlusskriterien:-					

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Cuijpers et al., 2020 DOI: 10.1080/16506073.2019.1703801 Eye movement desensitization and reprocessing for mental health problems: a systematic review and meta-analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PubMed, PsycInfo, Embase, the Cochrane Register of Trials and Proquest (2) Literaturverzeichnis früherer Metaanalysen Suchzeitraum: Bis 11/2017 Einschlusskriterien: • RCTs, in denen EMDR mit einer Kontrollgruppe oder alternativer Behandlung verglichen wurde • Verschiedene Störungen (Depression, Angststörungen, Substanzabhängigkeit, ...) Ausschlusskriterien:-	EMDR nach dem Manual von Shapiro (1989)	• PTB-Symptome • Depressionssymptome	1. Inkludierte Studien: $N = 77$ RCTs, davon 48 Vergleiche von EMDR für PTBS 2. Ergebnisse: EMDR für PTBS verglichen mit Kontrollgruppen (Warteliste, TAU, Entspannung,...): • Große Effektstärke von EMDR im Vergleich mit Kontrollgruppen: $g = 0.93$, 95%-KI [0.67, 1.18], $k = 30$ • Auch für das Outcome Depression: $g = 0.83$, 95%-KI [0.58, 1.08], $k = 18$ • Auch im Follow-up Überlegenheit von EMDR: $g = 0.69$, 95%-KI [0.23, 1.15], $k = 8$ EMDR für PTBS verglichen mit anderen Interventionen: • Überlegenheit von EMDR: $g = 0.33$, 95%-KI [0.13, 0.54], $k = 23$ • Auch im Vergleich mit KVT/PE: $g = 0.22$, 95%-KI [0.04, 0.40], $k = 17$ • Auch im Follow-up Überlegenheit von EMDR: $g = 0.52$, 95%-KI [0.12, 0.92], $k = 15$, jedoch nicht mehr bei Follow-Up über 6 Monate: $g = 0.10$, 95%-KI [-0.33, 0.52], $k = 5$	Low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (7) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Aus-schlüsse nicht be-gründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Acarturk et al. (2016) Acarturk et al. (2015) Ahmad et al. (2007) Ahmadi et al. (2015) Alatalo (1994) Arabia et al. (2011) Bruna (2014) Capezzani et al. (2013) Carletto et al. (2016) Carlson et al. (1998) Chemtob et al. (2002) Cusack & Spates (1999) Daroff (1996) De Roos et al. (2011) De Roos et al. (2017) Diehle et al. (2015) Edmond (1999) Greenwald et al. (2013) Högberg et al. (2007) Ironson et al. (2002) Jaberghaderi et al. (2004) Jarero et al. (2011) Jarero et al. (2013) Jensen (1994) Johnson & Lubin (2006) Karatzias et al. (2011) Kemp et al. (2010) Laugharne et al. (2016) Lee et al. (2002) Lytle et al. (2002) Marcus et al. (1997)

						Nijdam et al. (2012) Opdyke (1995) Perez-Dandieu & Tapia (2014) Power et al. (2002) Rogers et al. (1999) Rothbaum (1997) Rothbaum et al. (2005) Sack et al. (2016) Scheck et al. (1998) Shapiro & Laub (2015) Tarquinio et al. (2016) Taylor et al. (2003) Ter Heide et al. (2016) Van den Berg et al. (2015) Van der Kolk et al. (2007)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Dawson et al., 2021 DOI: 10.1002/jts.22596 Exposure-Based Writing Therapies for Subthreshold and Clinical Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PsycINFO, Medline, Wiley Online, PILOTS Suchzeitraum: Bis 02/2021 Einschlusskriterien: • Expositionsbasierte Schreibtherapie (WT) verglichen mit einer weiteren Intervention (auch noninferiority-trials) • Exposition als primäre Therapiekomponente • Schreiben am Computer oder mit der Hand, in Person oder auch online • Patient:innen mit PTBS-Diagnose oder PTB-Symptomen mit A Kriterium • PTB-Symptome sind primärer Fokus der Intervention • RCTs Ausschlusskriterien:-	Verschiedene Schreibtherapien: • Elf Interventionen nach Pennebaker (1997) • Drei nach Interapy (Lange et al., 2000) • Zwei Writen Exposure Therapy (WET; Sloan et al., 2012) • Eine Studie mit Schreibanteilen der CPT (Resick et al., 2008)	• PTB-Symptome • Depressionssymptome • Angstsymptome	1. Inkludierte Studien: $N = 14$ Studien, davon 13 RCTs und eine Follow-Up Studie 2. Ergebnisse: PTB-Symptome: • Überlegenheit von WT verglichen mit Warteliste: $g = -0.97$, 95%-KI [-1.20, -0.73], $n = 3$ Studien • Überlegenheit von WT verglichen mit neutralem Schreiben: $g = -0.48$, 95%-KI [-0.87, -0.08], $n = 10$ Studien • Verglichen mit anderer Psychotherapie keine Überlegenheit von WT, $g = 0.25$, 95%-KI [0.03, 0.47], $n = 3$ Studien; auch zum Follow-up $g = 0.30$, 95%-KI [0.08, 0.53], $n = 3$ Studien Depressionssymptome: • Drei Studien mit hoher Heterogenität belegen Überlegenheit von WT im Vergleich mit Warteliste (nicht gepoolt) • Im Vergleich mit Placebo (neutralem Schreiben) belegen drei Studien eine Überlegenheit von WT und drei Studien keinen Unterschied (hohe Heterogenität, nicht gepoolt) Angstsymptome: • Keine Überlegenheit von WT im Vergleich mit Warteliste: $g = -0.21$, 95%-KI [-0.43, 0.02], $n = 3$ Studien	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (12) Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (13) RoB wurde nicht interpretiert/ diskutiert (15) Publikationsbias nicht untersucht/ diskutiert	Alessandri (2016) D'Ambrosio (2016) DeBrule (2008) Knaevelsrud & Maercker (2007) Knaevelsrud et al. (2015) Resick et al. (2008) Sloan & Marx (2004) Sloan et al. (2005) Sloan et al. (2007) Sloan et al. (2011) Sloan et al. (2012) Sloan et al. (2018) Wagner et al. (2006)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Ehring et al., 2014 DOI: 10.1016/j.cpr.2014.10.004 Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PsycINFO, Medline, PILOTS, Cochrane Central Register of Controlled Trials (2) Suche in den Literaturverzeichnissen früherer Meta-Analysen und systematischer Reviews Suchzeitraum: Bis 11/2013 Einschlusskriterien: • Randomisierte Studie, in der mindestens eine aktive psychologische Behandlung mit mindestens einer Kontrollbedingung oder einer anderen aktiven Behandlungsbedingung verglichen wird • PTB-Symptome Hauptziel der Behandlung • Teilnehmende ≥ 18 Jahre alt • $\geq 90\%$ der Teilnehmenden haben vor dem Alter von 18 Jahren wiederholten sexu-	Interventionen: • Traumafokussierte KVT (Zehn RCTs) • Nicht-traumafokussierte KVT (Sechs RCTs) • EMDR (Drei RCTs) • Weitere Behandlungen (z. B. interpersonelle oder emotionsfokussierte Therapien; drei RCTs) Unabhängig der eigentlichen Klassifizierung wurden die Interventionen wie folgt eingeteilt: • Traumafokussierte Intervention? (Ja/Nein) • Einzel-, Gruppen- oder Kombinationstherapie? Kontrollbedingungen • TAU • WL • 13 RCTs verglichen mindestens eine aktive Behandlung mit mindestens einer Kontrollbedingung • Drei Studien verwendeten ein randomisiertes Design zum Vergleich von mindestens zwei	Primäre Zielgröße(n): • PTB-Symptome Sekundäre Zielgröße(n): • Depressionssymptome • Angstsymptome • Dissoziationssymptome • Drop-Out-Rate Follow-up-Zeiträume FU1 < sechs Monate FU2 $\geq$ sechs Monate FU Ergebnisse beziehen sich nur auf FU2	1. Inkludierte Studien: 16 RCTs (mit insgesamt 22 aktiven Behandlungsbedingungen) 2. Ergebnisse: Post-Treatment (PTB-Symptome) Alle Interventionen vs. WL • Signifikanter, mittlerer bis großer Effekt, $g = 0.72$, 95%-KI [0.33, 1.11], $k = 9$ Einzelne Interventionen vs. WL • TF-KVT: signifikanter großer Effekt $g = 0.88$, 95%-KI [0.30, 1.47], $k = 3$ • EMDR: signifikanter mittlerer Effekt $g = 0.76$, 95%-KI [0.10, 1.42], $k = 2$ • Nicht-traumafokussierte Interventionen: nicht-signifikanter Effekt $g = 0.48$, 95%-KI [-0.28, 1.23], $k = 3$ Alle Interventionen vs. TAU/Placebo: • Nicht signifikanter Effekt, $g = 0.50$, 95%-KI [-0.11, 1.12], $k = 7$ Einzelne Interventionen vs. TAU/Placebo: • TF-KVT: signifikanter großer Effekt $g = 1.72$, 95%-KI [0.58, 2.87], $k = 2$ • EMDR: nicht-signifikanter Effekt $g = 0.39$, 95%-KI [-0.36, 1.13], $k = 2$	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/nicht auf Abweichung eingegangen (9) Kein angemessenes RoB (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (12) Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet	Bohus et al. (2013) Bradley & Follingstad (2003) Chard (2005) Cloitre et al. (2002) Cloitre et al. (2010) Dorrepal et al. (2012) Edmond et al. (1999) [& Edmond & Rubin (2004)] Krupnick et al. (2008) McDonagh et al. (2005) Paivio et al. (2010) Resick et al. (2008) Scheck et al. (1998) Sikkema et al. (2007) Van der Kolk et al. (2007) Zlotnick et al. (1997) Zlotnick et al. (2009)

	ellen und/oder körperlichen Missbrauch erlebt (alternativ: separate Daten für die Untergruppe des Missbrauchs in der Kindheit angegeben) ● Schweregrad der PTB-Symptome wird berichtet; Messung mit einem validierten Instrument (Selbstauskunft oder strukturiertes klinisches Interview) mindestens vor und nach der Behandlung oder vor der Behandlung und zu mindestens einem FU-Zeitpunkt ● ≥ 10 Teilnehmende pro Bedingung ● Veröffentlicht in einem peer-reviewed Journal Ausschlusskriterien:-	aktiven Bedingungen, enthielten aber keine Kontrollgruppe		● Nicht-traumafokussierte Interventionen: nicht-signifikanter Effekt $g = -0.12$, 95%-KI $[-0.37, 1.13]$, $k = 3$ Traumafokussierte vs. nicht-traumafokussierte Interventionen: ● Traumafokussierte Interventionen im Vergleich mit TAU/Placebo Kontrollgruppen ($g = 1.05$, 95%-KI $[0.18, 1.92]$, $k = 4$) signifikant nicht-traumafokussierten Interventionen überlegen ($g = -0.12$, 95%-KI $[-0.37, 0.12]$, $k = 3$) ● Traumafokussierte Interventionen sind im Vergleich mit passiver Kontrollgruppe nicht überlegen Einzel- vs. Gruppentherapie zum posttreatment: Einzeltherapie im Vergleich mit TAU/Placebo Kontrollgruppen ($g = 0.80$, 95%-KI $[-0.02, 1.62]$, $k = 5$) signifikant Gruppentherapie überlegen ($g = -0.14$, 95%-KI $[-0.51, 0.23]$, $k = 2$), jedoch nicht im Vergleich mit passiver Kontrollgruppe Pretreatment-FU-Effekt (ohne Kontrollbedingung) der Interventionen ● Großer Pre-FU-Effekt über alle Interventionen hinweg, $g = 1.56$, 95%-KI $[1.35, 1.78]$, $k = 16$ ● Alle Interventionen zeigten einen signifikanten Prä-FU-Effekt: TF-KVT, $g = 1.70$, 95%-KI $[1.44, 1.97]$, $k = 9$		

				Nicht-traumafokussierte KVT, $g = 1.11$, 95%-KI [0.73, 1.48], $k = 3$ EMDR, $g = 2.00$, 95%-KI [1.24, 2.75], $k = 2$ Weitere Behandlungen, $g = 1.49$, 95%-KI [1.05, 1.93], $k = 2$ Pretreatment-FU-Effekt (ohne Kontrollbedingung) traumafokussierter vs. nicht-traumafokussierter Interventionen Traumafokussierte Interventionen ($g = 1.68$, 95%-KI [1.45, 1.91], $k = 12$) waren nicht-traumafokussierte Interventionen ($g = 1.23$, 95%-KI [0.85, 1.61], $k = 4$) überlegen		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Etherton & Farley, 2020 DOI: 10.1037/tra0000566 Behavioral Activation for PTSD: A Meta-Analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Scopus, Cochrane, PsycINFO und Medline Suchzeitraum: Bis 05/2018 Einschlusskriterien: • Verhaltensaktivierung als primäre Behandlung für PTBS • Alle Studienteilnehmende mit PTB-Symptomen und ≥ 18 Jahre alt • Prä- und Postmessung der PTB-Symptom • Publikation auf Englisch Ausschlusskriterien:-	Verhaltensaktivierung (BA) zur Behandlung von PTBS: • Standard BA • BA mit Exposition (BATE) • BA für Depression (BATD)	• PTB-Symptome	1. Inkludierte Studien: $N = 8$ Studien, davon 3 RCTs 2. Ergebnisse: PTB-Symptome • Mittlere Prä-/Post-Effektstärke von BA: $g = 0.717$, 95%-KI [0.50, 0.93], $n = 8$ Studien • Signifikante Überlegenheit von BA im Vergleich mit Warteliste: $g = 1.484$, 95%-KI [0.207, 2.76], $n = 3$ Studien • Im Vergleich mit aktiven Kontrollgruppen keine signifikante Überlegenheit von CPT und BATD bzw. internet-basierter Exposition und BATD Prä-Post-Effektstärke Gesamt: • Prä-/Post-Effektstärke mit aktiver KG: Kleine Effektstärke hinsichtlich Lebensqualität: $g = 0.367$, 95%-KI [0.114, 0.591] • Prä-/Post-Effektstärke mit Warteliste als KG: Große Effektstärke hinsichtlich PTB-Symptome: $g = -1.346$, 95%-KI [-1.850, -0.878] • Prä-/Post-Effektstärke mit aktiver KG: Kleine Effektstärke hinsichtlich PTB-Symptome: $g = -0.442$, 95%-KI [-0.619, -0.264]	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (5) Nicht-doppelte Studienelektion (7) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (9) Kein angemessenes RoB (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (11) Keine angemessenen statistischen Methoden verwendet (12) Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (13) RoB wurde nicht interpretiert/ diskutiert (14) Heterogenität wurde nicht interpretiert/ diskutiert	Bolton et al. (2014) Eisma et al. (2015) Jackupcak et al. (2006) Jackupcak et al. (2010) Korte et al. (2016) Luxton et al. (2015) Papa et al. (2013) Plagge et al. (2013)

					(15) Publikationsbias nicht untersucht/ diskutiert (16) Interessenskonflikte nicht angegeben	

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Fortin et al., 2021 DOI: 10.1037/tra0000992 The Effects of Psychotherapies for Post-traumatic Stress Disorder on Quality of Life in the Civilian Population: A Meta-Analysis of RCTs	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PsycINFO (PsycNET), PsycARTICLES (PsycNET), PubMed, PILOTS (Proquest), Dissertations and Thesis Global (Proquest), Scopus, Academic Search Complete (EBSCO), CINAHL Complete (EBSCO), Psychology and Behavioral Sciences Collection (EBSCO), MEDLINE (EBSCO), Cochrane, Embase, und Web of Science (2) Literaturverzeichnis früherer Reviews und relevanter Artikel Suchzeitraum: Bis 09/2018 Einschlusskriterien: • Alle Teilnehmenden haben PTBS-Diagnose • Zivile Population • Lebensqualität mit einem validierten Messinstrument erhoben • RCTs	Psychotherapie für PTBS	• PTB-Symptome • Lebensqualität	1. Inkludierte Studien: $N = 9$ RCTs 2. Ergebnisse: Lebensqualität • Prä-/Post-Effektstärke mit Warteliste als KG: Mittlere Effektstärke hinsichtlich Lebensqualität: $g = 0.630$, 95%-KI [0.435, 0.825] • Prä-/Post-Effektstärke mit aktiver KG: Kleine Effektstärke hinsichtlich Lebensqualität: $g = 0.367$, 95%-KI [0.114, 0.591] PTB-Symptome • Prä-/Post-Effektstärke mit Warteliste als KG: Große Effektstärke hinsichtlich PTB-Symptome: $g = -1.346$, 95%-KI [-1.850, -0.878] • Prä-/Post-Effektstärke mit aktiver KG: Kleine Effektstärke hinsichtlich PTB-Symptome: $g = -0.442$, 95%-KI [-0.619, -0.264]	Moderate quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (14) Heterogenität wurde nicht interpretiert/diskutiert (16) Interessenskonflikte nicht angegeben	Carletto et al. (2016) Ehlers et al. (2014) Fonzo et al. (2017) Galovski et al. (2012) Ivarsson et al. (2014) Markowitz et al. (2015) McDonagh et al. (2005) Mueser et al. (2015) Nieminen et al. (2016)

	Ausschlusskriterien: ● Stichprobe besteht aus Polizeibeamten, Rettungssanitätern, Feuerwehrleuten, Flüchtlingen, Militärpersonal oder Veteranen ● Niedrige Studienqualität (QATOS) ● Artikel vor 1980 veröffentlicht					

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Gerger et al., 2014 DOI: 10.1017/S0033291714000853 Integrating fragmented evidence by network meta-analysis: relative effectiveness of psychological interventions for adults with post-traumatic stress disorder	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) EMBASE, Medline, PsycINFO, Cochrane Controlled Trials Register und PSYNDX (2) Literaturverzeichnis früherer Reviews und Metaanalysen Suchzeitraum: 1980–2010 Einschlusskriterien: • PTBS-Diagnose oder subklinische PTBS • Psychologische Intervention verglichen mit Warteliste oder mit unspezifischer Intervention • Geeignete Interventionen: Einzelsetting, Face-to-Face, primärer Fokus auf PTBS Ausschlusskriterien:-	Vergleich von psychologischen Interventionen: KVT (inklusive Stressimpfungstraining), CT, EMDR, Expositionstherapie (ET), other psychological intervention (OPI), stress management (SM), Supportive Therapie (ST)	• PTB-Symptome	1. Inkludierte Studien: $N = 66$ RCTs 2. Ergebnisse: • Große Effektstärken von KVT, CT, EMDR, ET, OPI im Vergleich mit Warteliste (ES -1.10 bis -1.37) • Moderate Effektstärken von ST (ES = -0.62) und SM (ES = -0.58) im Vergleich mit Warteliste • Beim Vergleich untereinander ist nur EMDR (ES = -1.37) ST (ES = -0.62) überlegen	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (9) Kein angemessenes RoB (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (13) RoB wurde nicht interpretiert/ diskutiert	Siehe „Appendix References“ in http://dx.doi.org/10.1017/S0033291714000853

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Grech & Grech, 2019 DOI: 10.1080/01612840.2019.1650853 A Comparison of Narrative Exposure Therapy and Non-Trauma-Focused Treatment in Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Cochrane Central Register of Controlled Trials, EMBASE, MEDLINE und PsycINFO (2) Literaturverzeichnis früherer Reviews und relevanter Artikel Suchzeitraum: 2004–2016 Einschlusskriterien: • NET verglichen mit nicht-traumafokussierten Interventionen • Gruppen- oder Einzeltherapie • Face-to-face oder online • Studienteilnehmende mit (k)PTBS-Diagnose • Verwendung von validierten Messinstrumenten • Veröffentlichung zwischen 2004 und 2016 Ausschlusskriterien:	NET verglichen mit nicht-traumafokussierter Therapie (NTFT)	• PTB-Symptome	1. Inkludierte Studien: $N = 8$ RCTs 2. Ergebnisse: Signifikante Überlegenheit von NET im Vergleich mit NTFT $SMD = 0.684$, 95%-KI [0.068, 2.297]	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (4) Keine umfassende Suchstrategie angewandt (5) Nicht-doppelte Studienteilnahme (6) Nicht-doppelte Datenextraktion (7) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (9) Kein angemessenes RoB (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (11) Keine angemessenen statistischen Methoden verwendet (12) Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet	Stenmark et al. (2013) Adenauer et al. (2011) Ertl et al. (2011) Neuner et al. (2010) Bichescu et al. (2007) Hijazi et al. (2014) Schaal et al. (2008) Neuner et al. (2004) Catani et al. (2009) Pabst et al. (2014)

	• Passive Vergleichsgruppe • NET nicht als Intervention • Traumafokussierte Vergleichsgruppe • Meinungsartikel, qualitative Forschungsmethoden, quasi-experimentelle Designs, nicht-experimentelle Methoden • Fehlen wichtiger Messwerte • Studien, in denen die PTB-Symptome der Teilnehmer 3–6 Monate nach den Interventionen nicht bewertet wurden • Verwendung von Messinstrumente mit schlechter psychometrischer Qualität				(13) RoB wurde nicht interpretiert/ diskutiert (15) Publikations-Bias nicht untersucht/ diskutiert	

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Hoppen et al., 2023 DOI: 10.1037/ccp0000809 The Efficacy and Acceptability of Psychological Interventions for Adult PTSD: A Network and Pairwise Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Ergebnisse aus der Suche von Morina et al. (2021) (2) MEDLINE, APA PsycInfo, Web of Science, und PTSDpubs (3) Literaturverzeichnis anderer Reviews und Metaanalysen (4) Trial Register U.S. VA Suchzeitraum: 09/2021–04/2022 Einschlusskriterien: • RCTs mit mindestens einem Arm psychologische Intervention verglichen mit passiver oder aktiver Kontrollgruppe oder anderer Intervention • Mittleres Alter der Teilnehmenden ≥ 18 Jahre • $\geq$ zehn Teilnehmende pro Vergleichsgruppe • PTBS als primäre Diagnose und Behandlungsschwerpunkt • Mindestens 70 % der Teilnehmenden mit	TF-KVT, EMDR, andere traumafokussierte psychologische Interventionen (TF-PI; i.e., non-TF-KVT und non-EMDR Interventionen mit Traumafokus; z. B. imagery rehearsal therapy), nicht-traumafokussierte psychologische Interventionen (Non-TF-PI; z. B. present-centered therapy) Dabei ist in TF-KVT zusammengefasst: Kognitive Therapie, Prolonged Exposure, narrative Expositionstherapie Kontrollbedingungen: Unterscheidung zwischen aktiven Kontrollbedingungen (ACC; supportive counseling, TAU) und passiven Kontrollbedingungen (PCC; Warteliste, minimale Aufmerksamkeit)	• PTB-Symptome (kurz-, mittel- und langfristig) FU1: ≤ 5 Monate nach Behandlungsende FU2: > 5 Monate nach Behandlungsende	1. Inkludierte Studien: $N = 157$ RCTs 2. Ergebnisse: Post-Treatment Vergleich mit PCC: • TF-KVT $SMD = 1.14$, 95%-KI [1.01, 1.26], $k = 53$ • EMDR $SMD = 1.06$, 95%-KI [0.84, 1.28], $k = 7$ • TF-PIs $SMD = 0.83$, 95%-KI [0.56, 1.11], $k = 6$ • Non-TF-PIs $SMD = 0.96$, 95%-KI [0.81, 1.12], $k = 18$ Vergleich mit ACC: • TF-KVT $SMD = 0.60$, 95%-KI [0.46, 0.75], $k = 31$ • EMDR $SMD = 0.53$, 95%-KI [0.31, 0.75], $k = 11$ • TF-PIs $SMD = 0.30$, 95%-KI [0.01, 0.60], $k = 1$ • Non-TF-PIs $SMD = 0.43$, 95%-KI [0.27, 0.60], $k = 16$ Vergleich mit EMDR: • TF-KVT $SMD = 0.07$, 95%-KI [-0.14, 0.28], $k = 10$ • TF-PIs $SMD = -0.23$, 95%-KI [-0.54, 0.08], $k = 2$ • Non-TF-PIs $SMD = -0.10$, 95%-KI [-0.33, 0.14], $k = 1$ Vergleich mit TF-Pis: • TF-KVT $SMD = 0.30$, 95%-KI [0.02, 0.58], $k = 2$ • Non-TF-PIs $SMD = 0.13$, 95%-KI [-0.16, 0.42], $k = 2$	Low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet	siehe Supplement (Chapter F) https://supp.apa.org/psycarticles/supplemental/ccp0000809/ccp0000809_supp.html

	PTBS-Diagnose nach ICD oder DSM Ausschlusskriterien: • Komorbide Gehirnverletzung und Substanzabhängigkeit			Vergleich mit Non-TF-Pis: • TF-KVT $SMD = 0.17$, 95%-KI [0.03, 0.31], $k = 25$ > 5 Monate Follow-Up Vergleich mit PCC • TF-KVT $SMD = 0.71$, 95%-KI [0.43, 0.98], $k = 5$ • EMDR $SMD = 0.43$, 95%-KI [0.01, 0.83], $k = 1$ • TF-Pls $SMD = 0.62$, 95%-KI [0.18, 1.05], $k = 0$ • Non-TF-Pls $SMD = 0.51$, 95%-KI [0.19, 0.82], $k = 0$ Vergleich mit ACC: • TF-KVT $SMD = 0.71$, 95%-KI [0.53, 0.90], $k = 15$ • EMDR $SMD = 0.43$, 95%-KI [0.02, 0.83], $k = 0$ • TF-Pls $SMD = 0.62$, 95%-KI [0.23, 1.02], $k = 0$ • Non-TF-Pls $SMD = 0.52$, 95%-KI [0.29, 0.75], $k = 1$ Vergleich mit EMDR: • TF-KVT $SMD = 0.29$, 95%-KI [-0.07, 0.65], $k = 2$ • TF-Pls $SMD = 0.20$, 95%-KI [-0.21, 0.60], $k = 1$ • Non-TF-Pls $SMD = 0.09$, 95%-KI [-0.30, 0.48], $k = 0$ Vergleich mit TF-Pis: • TF-KVT $SMD = 0.09$, 95%-KI [-0.26, 0.44], $k = 2$ • Non-TF-Pls $SMD = -0.11$, 95%-KI [-0.49, 0.28], $k = 0$ Vergleich mit Non-TF-Pis		

				• TF-KVT $SMD = 0.20$, 95%-KI [0.04, 0.35], $k = 13$ <i>Anmerkung:</i> k = Anzahl der direkten Vergleiche; positive (negative) SMD spricht für die psychologische Inter- vention (Vergleichsgruppe) des je- weiligen Vergleichs		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Hudays et al., 2022 Eye Movement Desensitization and Reprocessing versus Cognitive Behavior Therapy for Treating Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis DOI: 10.3390/ijerph192416836	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, PubMed, PsychINFO, Global Health via OvidSP (1910–present) und Scopus (2) Graue Literatur (3) Schneeballsystem Suchzeitraum: 01/2010–12/2020 Einschlusskriterien: - Teilnehmende: Kinder, Jugendliche oder Erwachsene mit PTBS-Diagnose - Verwendung von validierten Messinstrumenten - RCTs, welche EMDR und KVT vergleichen - Veröffentlichung auf Englisch - Publiziert zwischen 2010 und 2020 Ausschlusskriterien: - PTBS nicht im Fokus der Intervention	KVT verglichen mit EMDR	- PTB-Symptome - Depressionssymptome - Angstsymptome	1. Inkludierte Studien: $N = 8$ RCTs 2. Ergebnisse: PTB-Symptome: - Keine signifikanten Unterschiede zwischen EMDR und KVT zum Post-Treatment ($SMD = -0.14$, 95%-KI $[-0.48, 0.21]$, $n = 7$) - Kein signifikanter Unterschied zwischen EMDR und KVT zum 3-Monats-Follow-Up ($SMD = -1.09$, 95%-KI $[-4.63, 2.46]$, $n = 2$) Depressionssymptome: - Signifikante Überlegenheit von EMDR im Vergleich mit KVT zum Post-Treatment ($SMD = -2.43$, 95%-KI $[-3.93, -0.94]$, $n = 3$), aber nicht zum 6-Monats-Follow-Up ($SMD = -5.10$, 95%-KI $[-13.29, 23.49]$, $n = 1$) Angstsymptome: - Signifikante Überlegenheit von EMDR im Vergleich mit KVT zum Post-Treatment ($SMD = -3.99$, 95%-KI $[-5.47, -2.52]$, $n = 3$), aber nicht zum 3-Monats-Follow-Up ($SMD = -3.49$, 95%-KI $[-10.28, 3.30]$, $n = 3$)	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: - Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen - Nicht-doppelte Studienelektion - Nicht-doppelte Datenextraktion - Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet - Finanzierungsquellen nicht berichtet - Keine angemessenen statistischen Methoden verwendet - Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet - RoB wurde nicht interpretiert/ diskutiert - Heterogenität wurde nicht interpretiert/ diskutiert	De Roos et al. (2011) Nijdam et al. (2012) Diehle et al. (2015) Deville et al. (1999) Van den Berg et al. (2015) De Bont et al. (2016) De Roos et al. (2017) Nijdam et al. (2018) Stanbury & Drummond (2020)

	• Andere psychotherapeutische Verfahren • Andere Sprache • Bücher, Meinungsartikel					

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Jericho et al., 2021 DOI: 10.1111/acps.13366 Trauma-focused psychotherapies for post-traumatic stress disorder: A systematic review and network meta-analysis	Systematic Review & Meta-analysis Databases: EMBASE, PsychINFO, PTSDPubs & PubMed Suchzeitraum: Bis 01/2020 Einschlusskriterien: • RCTs, die bona-fide Psychotherapien mit einer Kontrollgruppe oder einer anderen Psychotherapie vergleichen • Beschreibung der Therapie muss mindestens zwei der folgenden Bedingungen erfüllen: (1) Verweis auf eine etablierte Schule oder einen etablierten Ansatz der Psychotherapie; (2) Beschreibung der Therapie, die einen Verweis auf einen psychologischen Prozess enthält; (3) Verweis auf ein Behandlungsmaterial, das als Leitfaden für die Durchführung der Behandlung verwendet wurde; (4)	• Brief Eclectic Therapy (BET, $k = 2$) • Kognitive Verhaltenstherapie (KVT, $k = 18$) • Cognitive Processing Therapy (CPT, $k = 5$) • Kognitive Therapie (CT, $k = 5$) • Dialogical Exposure Therapy (DET, $k = 1$) • Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR, $k = 18$) • Interpersonelle Therapie (IPT, $k = 1$) • Metakognitive Therapie (MCT, $k = 2$) • Narrative Exposure Therapy (NET, $k = 9$) • Psychodynamische Therapie (PDT, $k = 1$) • Prolonged Exposure (PE, $k = 25$) • Prolonged Exposure und Stressimpfungstraining (PE-SIT, $k = 2$) • Stressimpfungstraining (SIT, $k = 2$) • Skills training in affective and interpersonal regulation followed by prolonged exposure (STAIR-PE, $k = 1$)	PICO-relevant: • PTB-Symptome Nicht PICO-relevant: • Akzeptanz der Behandlung (operationalisiert durch die Dropout-Rate)	1. Inkludierte Studien: 82 RCTs ($N = 5775$) 2. Ergebnisse: Direkte Vergleiche: Signifikante Behandlungseffektivität im Vergleich zu WL für • KVT: $SMD = -0.74$, 95%-KI $[-1.14, -0.35]$ • CPT: $SMD = -1.14$, 95%-KI $[-1.97, -0.30]$ • CT: $SMD = -1.12$, 95%-KI $[-1.75, -0.48]$ • EMDR: $SMD = -1.17$, 95%-KI $[-1.58, -0.76]$ • MCT: $SMD = -2.50$, 95%-KI $[-3.67, -1.34]$ • NET: $SMD = -1.12$, 95%-KI $[-1.72, -0.52]$ • PE: $SMD = -1.27$, 95%-KI $[-1.68, -0.86]$ • SIT: $SMD = -1.61$, 95%-KI $[-2.95, -0.27]$ • WET: $SMD = -1.41$, 95%-KI $[-2.35, -0.47]$ Ergebnisse aus direkten Vergleichen: • PE signifikant effektiver als ACTST ($SMD = 0.67$, 95%-KI $[0.16, 1.18]$) und TAU ($SMD = -1.54$, 95%-KI $[-2.29, -0.79]$) • CPT signifikant effektiver als ACTST ($SMD = 3.09$, 95%-KI $[1.83,$	Moderate quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (6) Nicht-doppelte Datenextraktion (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (12) Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet	Acarturk et al. (2016) Aldahadha et al. (2012) Asukai et al. (2010) Basoglu et al. (2005) Bryant et al. (2019) Buhmann et al. (2016) Butollo et al. (2016) Capezzani et al. (2013) Carletto et al. (2016) Carlson et al. (1998) Cloitre et al. (2002) Coffey et al. (2006) Coffey et al. (2016) Cottraux et al. (2008) Deville & Spence (1998) Deville et al. (1999) Duffy et al. (2007) Dunne et al. (2012) Ehlers et al. (2005) Ehlers et al. (2003) Ehlers et al. (2014) Fecteau & Nicki (1999) Feske (2008) Foa et al. (1999) Foa et al. (2005) Foa et al. (2018) Fonzo et al. (2017) Forbes et al. (2012) Ford et al. (2011) Ford et al. (2018) Ghafoori et al. (2017) Hensel-Dittmann et al. (2011)

	Angabe von Wirkmechanismen • Individuelle Durchführung im direkten Kontakt • Behandlung von Erwachsenen (≥ 18 Jahre) • Primärdiagnose PTBS gemäß DSM-III-R, DSM-IV-TR, DSM-IV, DSM-5, ICD-9 oder ICD-10 • Englischsprachiges Paper publiziert in einem peer-reviewed Journal Ausschlusskriterien: • Verwendung des DSM-III zur Erhebung der Primärdiagnose PTBS • Gruppenintervention • Studien mit sequenziellen Behandlungen, für welche keine Extraktion direkter Vergleichsdaten zwischen Intervention möglich ist	• Trauma Affect Regulation: Guide for Education and Therapy ($k = 2$) • Treatment as Usual (TAU, $k = 11$) • Virtual Reality Exposure Therapy (VRET, $k = 5$) • Written Exposure Therapy (WET, $k = 3$) • Warteliste (WL, $k = 45$) • Active Supportive Therapy (ACTST, $k = 16$) • Psychoedukation (PSYED, $k = 4$)		4.35]), allerdings signifikante Inkonsistenz zwischen Netzwerkschätzer und direktem Effekt festgestellt für diesen Vergleich Netzwerkschätzer zeigen: • MCT signifikant effektiver als KVT ($SMD = -1.60$, 95%-KI $[-2.68, -0.52]$), EMDR ($SMD = -1.13$, 95%-KI $[-2.21, -0.05]$), NET ($SMD = 1.35$, 95%-KI $[0.23, 2.47]$), PDT ($SMD = 1.77$, 95%-KI $[0.22, 3.33]$), VRET ($SMD = 1.50$, 95%-KI $[0.32, 2.68]$) und alle Kontrollbedingungen • CPT signifikant effektiver als KVT ($SMD = -0.95$, 95%-KI $[-1.57, -0.32]$), VRET ($SMD = 0.85$, 95%-KI $[0.06, 1.64]$) und alle Kontrollbedingungen • PE signifikant effektiver als KVT ($SMD = -0.55$, 95%-KI $[-0.95, -0.14]$) und alle Kontrollbedingungen, außer PSYED • PDT und STAIR-PE nicht signifikant effektiver als andere Therapien oder Kontrollbedingungen		Hinton et al. (2009) Hogberg et al. (2007) Jacob et al. (2014) Jensen (1994) Kohler et al. (2017) Kubany et al. (2004) Lee et al. (2002) Lely et al. (2019) Levi et al. (2016) Lindauer et al. (2008) Maguen et al. (2017) Markowitz et al. (2015) McLay et al. (2011) McLay et al. (2017) McDonagh et al. (2005) Miyahira et al. (2012) Monson et al. (2006) Morath et al. (2014) Mueser et al. (2008) Nacasch et al. (2011) Neuner et al. (2004) Neuner et al. (2008) Neuner et al. (2010) Nijdam et al. (2012) Pacella et al. (2012) Paunovic & Ost (2001) Perez-Dandieu et al. (2015) Power et al. (2002) Rauch et al. (2015) Ready et al. (2010) Reger et al. (2016) Resick et al. (2002) Rogers et al. (1999) Rothbaum (1997) Schnurr et al. (2007) Sloan et al. (2011) Sloan et al. (2012)

						Sloan et al. (2018) Steel et al. (2017) Suris et al. (2013) Tarrier et al. (1999) ter heide et al. (2016) Thorp et al. (2019) van Emmerik et al. (2008) van den Berg et al. (2015) Vera et al. (2011) Wells et al. (2012) Wells et al. (2015) Zang et al. (2013) Zang et al. (2014)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Khan et al., 2018 DOI: 10.7759/cureus.3250 Cognitive Behavioral Therapy versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Patients with Posttraumatic Stress Disorder: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) EMBASE, Medline und Cochrane Central Register of Controlled Trials (2) Literaturverzeichnisse von eingeschlossenen Studien Suchzeitraum: 01/1999–12/2017 Einschlusskriterien: • Teilnehmende: Kinder, Jugendliche oder Erwachsene • Veröffentlichung auf Englisch • Studien vergleichen KVT und EMDR • Studienteilnehmende mit PTBS-Diagnose nach DSM-IV oder DSM-5 • Ausreichend Daten zur Berechnung der Effektstärke Ausschlusskriterien: • PTBS nicht im Fokus der Intervention	KVT verglichen mit EMDR Varianten von KVT: • Imaginal Exposure (IE) • Trauma Treatment Protocol (TTP) • PE • TF-KVT • Stressimpfungstraining mit PE • Exposure (SITPE), Exposition plus kognitive Umstrukturierung (E + CR) • Brief Eclectic Psychotherapy	• PTB-Symptome • Angstsymptome • Depressionssymptome	1. Inkludierte Studien: $N = 14$ RCTs 2. Ergebnisse: PTB-Symptome: • Signifikante Überlegenheit von EMDR im Vergleich mit KVT zum Post-Treatment ($SMD = -0.43$, 95%-KI $[-0.73, -0.12]$, $n = 11$) • Keine Überlegenheit von EMDR zum 3-Monats-Follow-up ($SMD = -0.21$, 95%-KI $[-0.50, 0.08]$, $n = 4$) Angstsymptome: • Signifikante Überlegenheit von EMDR im Vergleich mit KVT zum Post-Treatment ($SMD = -0.71$, 95%-KI $[-1.21, -0.21]$, $n = 5$) Depressionssymptome: • Keine signifikante Überlegenheit von EMDR im Vergleich mit KVT zum Post-Treatment ($SMD = -0.21$, 95%-KI $[-0.44, 0.02]$, $n = 8$), ebenso zum 3 Monats-Follow-up ($SMD = 0.04$, 95%-KI $[-0.38, 0.46]$, $n = 5$)	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (12) Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (13) RoB wurde nicht interpretiert/ diskutiert (14) Heterogenität wurde nicht interpretiert/ diskutiert	Arabia et al. (2011) De Roos et al. (2011) Deville et al. (1999) Ironson et al. (2002) Jaberghaderi et al. (2004) Diehle et al. (2015) Lee et al. (2002) Power et al. (2002) De Roos et al. (2017) Rothbaum et al. (2005) Taylor et al. (2003) Nijdam et al. (2012) Capezzani et al. (2013) Van den Berg et al. (2015)

	• Andere psychotherapeutische Verfahren (psychodynamische Verfahren, Hypnotherapie, Selbsthilfe, Bio-Feedback,...)					

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Lewis et al., 2020 DOI: 10.1080/20008198.2020.1729633 Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PubMed, PsycINFO, Embase, Cochrane database of randomized trials (2) Überprüfen der Referenzlisten eingeschlossener Studien (3) Durchsuchen der Studienportale der WHO und des U.S. National Institutes of Health (4) Kontaktaufnahme mit Experten auf dem Gebiet (5) Ergänzende Suche in PILOTS Suchzeitraum Bis 05/2018 Einschlusskriterien: • RCTs • Studie vergleicht eine psychologische Therapie zur Reduktion von PTB-Symptomen mit einer Kontrollgruppe (z. B. TAU, Warteliste), einer anderen psychologischen Therapie oder einer psychosozialen Intervention (z. B. Psychoedukation, Entspannungstraining)	• Individuelle traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT): Brief Eclectic Psychotherapy (BEP), Cognitive Processing Therapy (CPT), Kognitive Therapie (CT), NET, PE, Single Session KVT, Reconsolidation of Traumatic Memories (RTM), Virtual Reality Exposure Therapy (VRE) • Weitere individuelle Therapien: EMDR, KVT ohne Traumafokus, Present Centred Therapy (PCT), Supportive Counselling, Written Exposure Therapy (WET), Observed and Experiential Integration (OEI), Interpersonelle Psychotherapie, Psychodynamische Psychotherapie, REM Desensitization, Emotional Freedom Technique (EFT), Dialogical Exposure Therapy (DET), Relaxation Training, Psychoedukation, geführte internetbasierte KVT mit Traumafokus	• PTB-Symptome	1. Inkludierte Studien: 114 RCTs ($n = 8171$) • 70 RCTs aus ursprünglichem Cochrane Review von Bisson et al. (2013) • 44 RCTs durch Update 2. Ergebnisse: Stärkste Evidenz für Effekte von Interventionen allgemein kategorisiert als TF-KVT und EMDR: • TF-KVT vs. Warteliste/TAU ($k = 51$): $SMD = -1.32$, 95%-KI $[-1.57, -1.08]$ • EMDR vs. Warteliste/TAU ($k = 11$): $SMD = -1.23$, 95%-KI $[-1.69, -0.76]$ Metaanalysen spezifischer manualisierter TF-KVTs zeigen stärkste Evidenz für einen Effekt von CPT, CT und PE: • CPT vs. Warteliste/TAU ($k = 4$): $SMD = -1.03$, 95%-KI $[-1.45, -0.61]$ • CT vs. Warteliste/TAU ($k = 4$): $SMD = -1.33$, 95%-KI $[-1.80, -0.86]$ • PE vs. Warteliste/TAU ($k = 12$): $SMD = -1.59$, 95%-KI $[-2.05, -1.13]$ Weitere Metaanalysen zeigen: • Einige Evidenz für Effekte von NET, KVT without a trauma focus, PCT, Group TF-KVT, guided internet-basierte KVT	Low Quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (5) Nicht-doppelte Studien Selektion (6) Nicht-doppelte Datenextraktion (7) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (8) Keine detaillierte Beschreibung eingeschlossener Studie (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Acarturk et al. (2016) Adenauer et al. (2011) Ahmadi et al. (2015) Akbarian et al. (2015) Asukai et al. (2010) Basoglu et al. (2005) Basoglu et al. (2007) Beck et al. (2009) Bichescu et al. (2007) Blanchard et al. (2003) Bradshaw et al. (2014) Brom et al. (1989) Bryant et al. (2003) Bryant et al. (2011) Buhmann et al. (2016) Butollo et al. (2016) Capezzani et al. (2013) Carletto et al. (2016) Carlson et al. (1998) Castillo et al. (2016) Chard (2005) Cloitre et al. (2002) Cloitre et al. (2010) Deville et al. (1998) Deville and Spence (1999) Dorrepal et al. (2012) Duffy et al. (2007) Dunne et al. (2012) Echeburua et al. (1997) Ehlers et al. (2005)

	• Mind. 70 % primäre PTBS Diagnose (Dauer von mind. drei Monaten; gemäß DSM oder ICD; ermittelt durch klinische Diagnosestellung oder etabliertes diagnostisches Interview) • Erwachsene (≥ 18 Jahre) Ausschlusskriterien: • Sekundäranalysen von Daten, die bereits in den Meta-Analysen enthalten waren • Kein kontinuierliches Maß für den PTBS-Schweregrad nach Behandlung	• Gruppentherapien: Gruppen-TF-KVT, Gruppen- und Individual-TF-KVT, Interpersonelle Therapie in Gruppen, Gruppen-Stabilisierungstherapie, Supportive Counselling in Gruppen • Außerdem: Paar-KVT		• Neue Evidenz für Effekte von single-session KVT, RTM, VRE, WET, kombinierter Gruppen- und Individual-TF-KVT und Paar-KVT • Keine ausreichende Evidenz für die Wirksamkeit von BEP, Supportive Counselling, Interpersoneller Therapie in Gruppen, Gruppen-Stabilisierungstherapie, Supportive Counselling in Gruppen, OEI, Psychodynamische Therapie, Entspannungstraining und Psychoedukation • Keine Evidenz für einen Unterschied zwischen TF-KVT und KVT ohne Traumafokus		Ehlers et al. (2003) Ehlers et al. (2014) Falsetti et al. (2008) Fecteau and Nicki (1999) Feske (2008) Foa et al. (1991) Foa et al. (1999) Foa et al. (2005) Foa et al. (2018) Fonzo et al. (2017) Forbes et al. (2012) Ford et al. (2011) Ford et al. (2013) Galovski et al. (2012) Gamito et al. (2010) Gersons et al. (2000) Gray et al. (2017) Hensel-Dittmann et al. (2011) Hinton et al. (2005) Hinton et al. (2011) Hogberg et al. (2007) Hollifield et al. (2007) Ironson et al. (2002) Ivarsson et al. (2014) Jacob et al. (2014) Jensen (1994) Johnson et al. (2011) Johnson et al. (2016) Karatzias et al. (2011) Keane et al. (1989) Krupnick et al. (2008) Kubany et al. (2003) Kubany et al. (2004) Laugharne et al. (2016) Lee et al. (2002) Lewis et al. (2017) Littleton et al. (2016)

						Litz et al. (2007) Marcus et al. (1997) Markowitz et al. (2015) Marks et al. (1998) McDonagh et al. (2005) McLay et al. (2011) McLay et al. (2017) Monson et al. (2012) Monson et al. (2006) Morath et al. (2014) Mueser et al. (2008) Nacasch et al. (2011) Neuner et al. (2010) Neuner et al. (2008) Neuner et al. (2004) Nijdam et al. (2012) Pacella et al. (2012) Paunovic (2011) Peniston & Kulkosky (1991) Power et al. (2002) Rauch et al. (2015) Ready et al. (2010) Reger et al. (2016) Resick et al. (2015) Resick et al. (2002) Resick et al. (2017) Rothbaum (1997) Rothbaum et al. (2005) Sautter et al. (2015) Scheck et al. (1998) Schnurr et al. (2003) Schnurr et al. (2007) Schnyder et al. (2011) Sloan et al. (2012) Sloan et al. (2018) Spence et al. (2011)

						Stenmark et al. (2013) Suris et al. (2013) Taylor et al. (2003) Tylee et al. (2017) Vaughan et al. (1994) Wells et al. (2015) Wells and Sembi (2004) Yehuda et al. (2014) Zang et al. (2014) Zang et al. (2013) Zlotnick et al. (1997)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Liu et al., 2022 DOI: 10.1002/smi.3138 The efficacy of mindfulness-based stress reduction intervention 3 for post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms in patients with PTSD: A meta-analysis of four randomized controlled trials	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Embase, Web of Science, PubMed, EBSCO (Elton B. Stephens. Company), CNKI, WANGFANG Database, und China Science and Technology Journal Database Suchzeitraum: Bis 12/2021 Einschlusskriterien: • Teilnehmende mit PTBS-Diagnose nach DSM-IV oder DSM-5 • Einschluss von kontrollierten Studien • Artikel auf Englisch oder Chinesisch Ausschlusskriterien: • Reviews, Konferenz Abstracts, Studien mit unvollständigen Daten	Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (MBSR; min. 8 Wochen) verglichen mit verschiedenen Kontrollbedingungen (Meditation mit CD, Ermutigung regelmäßig zu meditieren)	• PTBS-Symptome	1. Inkludierte Studien: $N = 9$ RCTs 2. Ergebnisse: PTBS-Symptome • Signifikanter mittlere Effektstärke von MBSR im Vergleich zu Kontrollbedingungen: $g = 0.46$, 95%-KI [0.31, 0.62] • Kein signifikanter Unterschied zwischen den verschiedenen MBSR-Interventionen • Auch MBSR-Interventionen ohne psychoedukative Anteile zu PTBS zeigt moderaten Effekt ($g = 0.415$, 95%-KI [0.201, 0.630], $n = 5$ Studien) • Im Vergleich mit aktiver Kontrollbedingung keine signifikante Überlegenheit von NET ($SMD = -0.07$, 95%-KI [-0.34, 0.20])	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (6) Nicht-doppelte Datenextraktion (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (12) Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (13) RoB wurde nicht interpretiert/ diskutiert	Kearney et al. (2013) Polusny et al. (2015) Kearney et al. (2016) Kelly et al. (2016) Bremner et al. (2017) Davis et al. (2019) Gallegos et al. (2020) Kang et al. (2021) Liu et al. (2021)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Mavranezouli et al., 2020 Psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: a network metaanalysis DOI: 10.1017/S0033291720000070	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) MEDLINE, Embase, PsycINFO, CINAHL und The Cochrane Library (2) Trial Register: ISRCTN und ClinicalTrials.gov Suchzeitraum: Bis 01/2018 Einschluss: - Mindestens 80 % der Teilnehmenden mit PTBS-Diagnose nach ICD oder DSM oder klinisch bedeutsame PTB-Symptome festgestellt mittels eines validierten Fragebogens - Erstlinien Therapien für Erwachsene Ausschlusskriterien: - Hypnotherapie, psychosoziale Interventionen (Meditation, achtsamkeitsbasierte Stressreduzierung, unterstützte Beschäftigung, Peer- und praktische Unterstützung)	Erstlinientherapien für PTBS verglichen untereinander oder mit TAU oder inaktiver Kontrollgruppe	- PTB-Symptomreduktion - Remissionsrate	1. Inkludierte Studien: $k = 186$ inkludiert, davon $k = 90$ Studien in der Netzwerk-Metaanalyse 2. Ergebnisse: Überlegenheit im Vergleich mit Warteliste hinsichtlich Symptomreduktion (mindestens 100 Teilnehmende) - EMDR vs. Warteliste: $SMD = -2.07$, 95%-KI [-2.70, -1.44] - Kombination somatische/kognitive Therapien vs. Warteliste: $SMD = -1.69$, 95%-KI [-2.66, -0.73] - TF-KVT vs. Warteliste: $SMD = -1.46$, 95%-KI [-1.87, -1.05] - Selbsthilfe mit Unterstützung vs. Warteliste: $SMD = -1.46$, 95%-KI [-2.33, -0.59] - Nicht-traumafokussierte KVT vs. Warteliste: $SMD = -1.22$, 95%-KI [-1.95, -0.49] - TF-KVT mit SSRIs vs. Warteliste: $SMD = -1.21$, 95%-KI [-2.35, -0.07] - Selbsthilfe ohne Unterstützung vs. Warteliste: $SMD = -0.91$, 95%-KI [-1.67, -0.15] - Beratung vs. Warteliste: $SMD = -0.73$, 95%-KI [-1.41, -0.05] Keine Überlegenheit von Psychoedukation im Vergleich zu Warteliste Subgruppenanalyse: Keine Überlegenheit der einzelnen TF-KVT Interventionen untereinander	Low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (9) Finanzierungsquellen nicht berichtet (12) Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (15) Publikationsbias nicht untersucht/ diskutiert	Siehe Appendix 5: Characteristics of studies included in the network meta-analysis, and full references https://doi.org/10.1017/S0033291720000070

	und körperliche Interventionen (Bewegung, Yoga, Akupunktur, Bio-Neuro-Feedback und repetitive transkranielle Magnetstimulation) Detailliere Ein- und Ausschlusskriterien siehe Appendix 2: https://doi.org/10.1017/S0033291720000070			Zusammenfassend: EMDR und TF-KVT scheinen am wirksamsten Symptome zu reduzieren sowie Remissionsraten zu verbessern		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
McLean et al., 2022 DOI: 10.1016/j.cpr.2021.102115 Exposure therapy for PTSD: A meta-analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PsycINFO und Medline (2) Literaturverzeichnis früherer Reviews und relevanter Artikel Suchzeitraum: Bis 10/2020 Einschlusskriterien: - Studienteilnehmende sind Erwachsene mit PTBS-Diagnose - Mindestens eine Experimentalbedingung mit Exposition - Mindestens eine Kontrollbedingung ohne Exposition - RCTs - Sprache: Englisch Ausschlusskriterien:-	Expositionstherapie verglichen mit passiven und aktiven Kontrollgruppen	PTB-Symptome	1. Inkludierte Studien: $N = 65$ RCTs 2. Ergebnisse: - Große signifikante Effekte von Expositionstherapie verglichen mit Warteliste ($g = 1.524$, 95%-KI [1.235, 1.814], $n = 35$ Studien) und TAU ($g = 1.248$, 95%-KI [0.684, 1.813], $n = 10$ Studien) - Kleiner signifikanter Effekt von Expositionstherapie verglichen mit nicht-traumafokussierter Therapie ($g = 0.301$, 95%-KI [0.16, 0.436], $n = 35$ Studien) - Keine Überlegenheit von Expositionstherapie verglichen mit Medikamenten ($g = 0.145$, 95%-KI [-0.312, 0.602], $n = 4$ Studien) und traumafokussierter Therapie ($g = -0.154$, 95%-KI [-0.56, 0.257], $n = 8$ Studien) - Paarweise Vergleiche: NET ($g = 1.297$, 95%-KI [0.729, 1.865], $n = 13$ Studien) und EMDR ($g = 1.060$, 95%-KI [0.589, 1.531], $n = 17$ Studien) effektiver als die anderen Expositionstherapien ($g = 0.469$, 95%-KI [0.221, 0.717], $n = 29$ Studien $Q(1) = 6.857$, $p = .009$ und $Q(1) = 4.696$, $p = .030$) - Anzahl der geplanten Sitzungen als signifikanter Moderator	Low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (7) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (8) Keine detaillierte Beschreibung eingeschlossener Studien (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Asukai et al. (2010) Paunovi et al. (2011) Zang et al. (2014) Adenauer et al. (2011) Sloan et al. (2012) Acarturk et al. (2016) Nacasch et al. (2011) Power et al. (2002) Rothbaum et al. (1997) Rothbaum et al. (2005) Zang et al. (2013) Rousseau et al. (2019) Fecteau et al. (1999) Alghamdi et al. (2015) Fonzo et al. (2017) Wells et al. (2015) Neuner et al. (2004) Foa et al. (1999) Basoglu et al. (2007) Neuner et al. (2010) Resick et al. (2002) Bryant et al. (2003) Marks et al. (1998) Rauch et al. (2015) Carlson et al. (1998) Hensel-Dittmann et al. (2011) Schaal et al. (2009) Markowitz et al. (2015) Nijdam et al. (2012) Beck et al. (2009) Hogberg et al. (2007) Brom et al. (1989)

						Reger et al. (2016) Foa et al. (1991) Marcus et al. (1997) Stenmark et al. (2013) Van der Kolk et al. (2007) Foa et al. (2005) McLay et al. (2011) Foa et al. (2018) Nidich et al. (2018) Frommberger et al. (2004) Ghadoori et al. (2017) Schnurr et al. (2007) Myahira et al. (2012) Deville et al. (1998) McDonagh et al. (2005) Jacob et al. (2014) Zoellner et al. (2019) Jensen (1994) Thorp et al. (2019) Glynn et al. (1999) Ready et al. (2018) Schnurr et al. (2003) Lely et al. (2019) Yehuda et al. (2014) Carletto et al. (2016) Taylor et al. (2003) Tarrier et al. (1999) Neuner et al. (2008) Ter Heide et al. (2016) Popiel et al. (2015) Resick et al. (2008) Sloan et al. (2011) Sloan et al. (2018)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Mello et al., 2013 DOI: 10.2190/PM.46.4.b An update on the efficacy of cognitive-behavioral therapy, cognitive therapy, and exposure therapy for post-traumatic stress disorder	Systematic Review Database: (1) Medline, Embase, Cochrane (2) Literaturverzeichnis früherer Reviews und relevanter Artikel Suchzeitraum: 2006–09/2013 Einschlusskriterien: - Studien enthielten KVT, CT oder ET und haben diese miteinander, mit anderen etablierten Therapien oder mit passiven Kontrollgruppen verglichen Ausschlusskriterien: - Studien mit Tieren, Kindern oder mit Teilnehmenden ohne PTBS-Diagnose nach DSM-IV - Reviews, Fallstudien - Studien mit JADAD Score unter 3	KVT, kognitive Therapie (CT), Expositionstherapie, andere Therapien (EMDR, Skills Training, PCT, Psychoedukation, TAU...)	- PTB-Symptome - Dropout	1. Inkludierte Studien: $N = 29$ RCTs 2. Ergebnisse: KVT vs. Expositionstherapie: $n = 1$, kein signifikanter Unterschied zwischen CT und schriftlichen Bericht des Traumas KVT vs. CT: $n = 1$, kein signifikanter Unterschied KVT vs. andere Therapien: $n = 7$, Vergleich von KVT mit anderen Therapien wie EMDR, supportive counseling (SC), TAU; signifikante Überlegenheit von KVT im Vergleich mit TAU und SC, heterogene Befunde im Vergleich mit EMDR KVT vs. passive Kontrolle: $n = 7$, Höhere Symptomreduktion in der KVT-Gruppe, jedoch auch teilweise höheres Dropout Expositionstherapie vs. CT: $n = 2$, kein signifikanter Unterschied, CT als Ersatz wenn Patient:innen sich gegen Exposition entscheiden Expositionstherapie vs. andere Therapien: $n = 9$ Studien; insgesamt erzielt Expositionstherapie höhere Symptomreduktion Expositionstherapie vs. passive Kontrolle: $n = 6$, über alle Studien hinweg war Expositionsthe-	Critically low quality Systematic Review Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: - Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen - Nicht-doppelte Datenextraktion - Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet - Kein angemessenes RoB - Finanzierungsquellen nicht berichtet - RoB wurde nicht interpretiert/ diskutiert - Heterogenität wurde nicht interpretiert/ diskutiert - Interessenskonflikte nicht angegeben	Asukai et al. (2010) Basoglu et al. (2006) Beck et al. (2009) Bichescu et al. (2006) Cloitre et al. (2010) Coffey et al. (2006) Cottraux (2008) Difede et al. (2007) Duffy et al. (2007) DuHamel et al. (2010) Ertl et al. (2011) Falsetti et al. (2008) Forbes et al. (2012) Hien et al. (2009) Hinton et al. (2009) Karatzias et al. (2007) Knaevelsrud & Maercker (2007) Litz et al. (2007) Maercker et al. (2006) Monson et al. (2006) Nacasch et al. (2011) Neuner et al. (2008) Nijdam et al. (2012) Pacella et al. (2012) Ready et al. (2010) Resick et al. (2008) Schnurr et al. (2007) Shalev et al. (2012) Sijbrandij et al. (2007)

				rapie hinsichtlich der Symptomreduktion überlegen; teilweise höhere Dropout-Raten • CT vs. passive Kontrolle: $n = 2$ Studien, signifikante Überlegenheit von CT in beiden Studien hinsichtlich der Reduktion der PTB-Symptome, keine Unterschiede hinsichtlich des Dropouts		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Morina et al., 2021 DOI: 10.1017/S0033291721001641 Study quality and efficacy of psychological interventions for posttraumatic stress disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PsycINFO und Medline (2) Eingeschlossene Studien in Bisson et al. (2013) (2) Literaturverzeichnis anderer Reviews und Meta-Analysen Suchzeitraum: 01/2013–09/2020 Einschlusskriterien: ● Behandlungsschwerpunkt PTBS ● Teilnehmende ≥ 17 Jahre ● Post-Assessment von mindestens 10 % der Teilnehmende pro Arm ● Mindestens 70 % der Stichprobe mit PTBS-Diagnose ● RCTs Ausschlusskriterien: ● Komorbide Gehirnverletzung und Substanzabhängigkeit	Psychotherapie für PTBS (u. a. TF-KVT, EMDR) verglichen mit aktiver Kontrollbedingung (ACC) und passiver Kontrollbedingung (PCC)	● PTB-Symptome FU1: $\leq$ Fünf Monate nach Posttreatment FU2: $>$ Fünf Monate nach Posttreatment	1. Inkludierte Studien: $N = 136$ RCTs 2. Ergebnisse: ● Alle Bedingungen vs. PCC: $g = 1.09$, 95%-KI [0.93, 1.25], $k = 77$ Studien ● Alle Bedingungen vs. ACC: $g = 0.47$, 95%-KI [0.35, 0.58], $k = 59$ Studien ● TF-KVT vs. PCC: $g = 1.23$, 95%-KI [1.00, 1.47], $k = 47$ Studien ● TF-KVT vs. ACC: $g = 0.49$, 95%-KI [0.33, 0.66], $k = 33$ Studien ● TF-KVT vs. andere aktive Vergleichsbedingung (nicht EMDR): $g = 0.08$, 95%-KI [-0.03, 0.20], $k = 19$ Studien ● TF-KVT vs. EMDR: $g = -0.06$, 95%-KI [-0.48, 0.35], $k = 19$ Studien ● EMDR vs. PCC: $g = 1.19$, 95%-KI [0.76, 1.62], $k = 7$ Studien ● EMDR vs. ACC: $g = 0.42$, 95%-KI [0.22, 0.62], $k = 11$ Studien ● Auch im FU1 signifikante Überlegenheit der aktiven Bedingungen im Vergleich mit PCC ($g = 0.81$, 95%-KI [0.56, 1.05], $k = 21$ Studien) und auch ACC ($g = 0.47$, 95%-KI [0.31, 0.64], $k = 30$ Studien) ● Auch im FU2 signifikante Überlegenheit der aktiven Bedingungen im Vergleich mit PCC ($g = 0.67$,	Low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (7) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Acarturk et al. (2016) Akbarian et al. (2015) Asukai et al. (2010) Basoglu et al. (2005) Basoglu et al. (2007) Beck et al. (2009) Belleville et al. (2018) Bisson et al. (2020) Blanchard et al. (2003) Bohus et al. (2013) Bohus et al. (2020) Bormann et al. (2008) Bormann et al. (2013) Boterhoven de Haan et al. (2020) Brom et al. (2017) Bryant et al. (2003) Bryant et al. (2011) Bryant et al. (2019) Butollo et al. (2016) Capezzani et al. (2013) Carletto et al. (2016) Carlson et al. (1998) Carlsson et al. (2018) Carter et al. (2013) Castillo et al. (2016) Chard (2005) Classen et al. (2020) Cloitre et al. (2002) Cloitre et al. (2010) Cottraux et al. (2008) Davis et al. (2020) Deville et al. (1998) Deville et al. (1999)

				95%-KI [0.51, 0.83], $k = 8$ Studien) und auch ACC ($g = 0.78$, 95%-KI [0.54, 1.03], $k = 19$ Studien) • Auch im FU1 kein Unterschied zwischen EMDR und TF-KVT $g = -0.12$, 95%-KI [-0.72, 0.47], $k = 4$ Studien		Dorrepal et al. (2012) Duffy et al. (2007) Dunne et al. (2012) Echeburua et al. (1997) Ehlers et al. (2003) Ehlers et al. (2005) Ehlers et al. (2014) Engel et al. (2015) Fecteau et al. (1999) Foa et al. (1991) Foa et al. (1999) Foa et al. (2005) Foa et al. (2018) Forbes et al. (2012) Ford et al. (2011) Ford et al. (2013) Galovski et al. (2012) Gersons et al. (2000) Ghafoori et al. (2017) Goldstein et al. (2018) Gray et al. (2019) Hensel-Dittmann et al. (2011) Hinton et al. (2005) Hinton et al. (2011) Hollifield et al. (2007) Ivarsson et al. (2014) Jacob et al. (2014) Jalal et al. (2020) Jensen et al. (1994) Johnson et al. (2011) Johnson et al. (2016) Johnson et al. (2016) Keane et al. (1989) Kent et al. (2011) Krakow et al. (2000) Krakow et al. (2001) Krupnick et al. (2008)

						Kubany et al. (2003) Kubany et al. (2004) Lang et al. (2019) Langkaas et al. (2017) Laugharne et al. (2016) Lee et al. (2002) Lely et al. (2019) Lewis et al. (2017) Lindauer et al. (2005) Littleton et al. (2016) Littleton et al. (2016) Litz et al. 2007 Maguen et al. (2017) Marcus et al. (1997) Markowitz et al. (2015) Marks et al. (1998) McDonagh et al. (2005) Mitchell et al. (2014) Monson et al. (2006) Monson et al. (2012) Morath et al. (2014) Mueser et al. (2008) Nacasch et al. (2011) Neuner et al. (2004) Neuner et al. (2008) Neuner et al. (2010) Nidich et al. (2018) Nijdam et al. (2012) Niles et al. (2012) Orang et al. (2018) Pacella et al. (2012) Paunovic (2011) Power et al. (2002) Power et al. (2002) Rauch et al. (2015) Ready et al. (2018) Reger et al. (2016)

						Resick et al. (2002) Resick et al. (2015) Robjant et al. (2019) Rothbaum et al. (2005) Sautter et al. (2015) Schaal et al. (2009) Scheck et al. (1998) Schnurr et al. (2003) Schnur et al. (2007) Sloan et al. (2012) Sloan et al. (2018) Stanbury et al. (2020) Stenmark et al. (2013) Suris et al. (2013) Taylor et al. (2003) ter Heide et al. (2016) Thorp et al. (2019) Thorp et al. (2019) Tylee et al. (2017) van den Burg et al. (2015) van der Kolk et al. (2007) van der Kolk et al. (2014) van Gelderen et al. (2020) Vaughan et al. (1994) Wagner et al. (2019) Wahbeh et al. (2016) Wells et al. (2012) Wells et al. (2015) Yurtsever et al. (2018) Zang et al. (2013) Zang et al. (2014) Zlotnick et al. (1997) Zoellner et al. (2017)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Raghuraman et al., 2021 DOI: 10.1002/cpp.2486 Evaluating narrative exposure therapy for post-traumatic stress disorder and depression symptoms: A meta-analysis of the evidence base	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PubMed, CINHAL, PsycINFO, Medline, Cochrane Library und Embase (2) NET-Experten nach Publikationsliste zu NET-Forschung gefragt Suchzeitraum: Bis 17/2019 Einschlusskriterien: • RCTs, die NET untersuchen • Einschluss von Personen mit Trauma in der Vergangenheit und mit PTB-Symptomen • Keine Beschränkung hinsichtlich des Alters Ausschlusskriterien: • KIDNET als Adaptation	NET verglichen mit aktiver oder passiver Kontrollgruppe • NET: $n = 18$ Studien • Narrative Exposure Therapy for Forensic Offender Rehabilitation: $n = 4$ Studien • Kurformen der NET: $n = 2$ Studien • Kombination NET + interpersonelle Psychotherapie: $n = 1$ Studie Kontrollbedingung: • WL: $n = 10$ Studien • Keine Intervention: $n = 3$ • Psychoedukation: $n = 2$ • TAU: $n = 5$ Studien • Weitere, je einmal: Academic catch-up, Stressimpfungstraining, KVT, Present-centred therapy, Supportive counselling, Trauma Counselling, Interpersonelle Therapie, Behandlung durch Expert:innen, Emotional freedom Technik	• PTB-Symptome • PTBS-Diagnose • Depressionssymptome Jeweils kurz- (3–4 Monate), mittel- (6–7 Monate) und langfristig (≥ 12 Monate)	1. Inkludierte Studien: $N = 24$ RCTs 2. Ergebnisse: PTB-Symptome: • Signifikante Überlegenheit von NET im Vergleich mit beliebiger Kontrollbedingung (kurzfristig: $SMD = -0.30$, 95%-KI $[-0.49, -0.11]$, $n = 15$ Studien; mittelfristig: $SMD = -0.45$, 95%-KI $[-0.68, -0.23]$, $n = 13$ Studien; langfristig: $SMD = -0.49$, 95%-KI $[-0.80, -0.18]$, $n = 7$ Studien) • Im Vergleich mit aktiver Kontrollbedingung keine signifikante Überlegenheit von NET ($SMD = -0.07$, 95%-KI $[-0.34, 0.20]$) PTBS-Diagnose: • Signifikante Überlegenheit von NET im Vergleich mit einer beliebigen Kontrollbedingung kurz- ($OR = 0.28$, 95%-KI $[0.12, 0.66]$, $n = 4$ Studien) und mittelfristig ($OR = 0.26$, 95%-KI $[0.13, 0.55]$, $n = 4$ Studien) • Keine signifikante Überlegenheit im 12-Monate Follow-up ($OR = 0.68$, 95%-KI $[0.16, 2.87]$, $n = 3$ Studien) Depressionssymptome: • Signifikante Überlegenheit von NET im Vergleich mit beliebiger Kontrollbedingung (kurzfristig $SMD = -0.32$, 95%-KI	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (6) Nicht-doppelte Datenextraktion (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Adenauer et al. (2011) Alghamdi et al. (2015) Al-Hadethe et al. (2015) Bichescu et al. (2007) Crombach et al. (2015) Ertl et al. (2011) Hensel-Dittmann et al. (2011) Hermenau et al. (2013) Hijazi et al. (2014) Hinsberger et al. (2019) Jacob et al. (2014) Kobach et al. (2015) Lely et al. (2019) Morath et al. (2014) Morath et al. (2014b) Neuner et al. (2004) Neuner et al. (2008) Neuner et al. (2010) Orang et al. (2018) Pabst et al. (2014) Schaal et al. (200) Stenmark et al. (2013) Zang et al. (2013) Zang et al. (2014)

				[-0.61,-0.03], <i>n</i> = 11 Studien; mit- telfristig <i>SMD</i> = -0.49, 95%-KI [-0.79,-0.20], <i>n</i> = 10 Studien; langfristig <i>SMD</i> = -0.37, 95%-KI [-0.70, 0.02], <i>n</i> = 7 Studien)		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Raines-Laudes & Serrano-Pintado, 2023 DOI: 10.7334/psicothema2022.309 Efficacy of EMDR in Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) SCOPUS database (2) Academic Search Complete, CINAHL, CSIC, CSIC, ERIC, Medline, Psycarticles, Psychology and Behavioral Sciences, PsycInfo, Pubmed und Web of Science (3) Literaturverzeichnis anderer Reviews und Metaanalysen Suchzeitraum: 01/1991–01/2022 Einschlusskriterien: - Teilnehmende mit PTBS-Diagnose nach DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR, DSM-5, ICD-10 oder ICD-11 - Behandlung mit EMDR - RCTs mit min. einer passiven Kontrollgruppe oder einer aktiven, die eine andere Behandlung erhält - Quantitative Studien auf Englisch, in oder Spanisch einem peer-reviews Journal	EMDR verglichen mit passiver oder aktiver Kontrollgruppe	- PTB-Symptome - Depressionssymptome - Angstsymptome	1. Inkludierte Studien: $N = 18$ RCTs 2. Ergebnisse: PTB-Symptome: - Kleiner Effekt von EMDR zum Post-Zeitpunkt: $g = 0.33$, 95%-KI [0.12, 0.54], $k = 21$ Vergleiche - Im Follow-Up kleiner nicht-signifikanter Effekt von EMDR: $g = 0.02$, 95%-KI [-0.31, 0.34], $k = 11$ Vergleiche Depressionssymptome: - Kleiner Effekt von EMDR zum Post-Zeitpunkt: $g = 0.43$, 95%-KI [0.18, 0.69], $k = 19$ Vergleiche - Im Follow-Up kleiner nicht-signifikanter Effekt von EMDR: $g = 0.13$, 95%-KI [-0.19, 0.44], $k = 12$ Vergleiche Angstsymptome: - Kleiner Effekt von EMDR zum Post-Zeitpunkt: $g = 0.53$, 95%-KI [0.19, 0.86], $k = 11$ Vergleiche; Im Follow-up kein Effekt von EMDR: $g = -0.11$, 95%-KI [-0.66, 0.44], $k = 5$ Vergleiche Signifikante Moderatoren (u. a.): - Sitzungen mit Sitzungsdauer über 60 Minuten effektiver hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen, Depressionssymptomen und Angstsymptomen - Größere Effekte von Patient:innen über 40	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (7) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (13) RoB wurde nicht interpretiert/ diskutiert	Acarturk et al. (2016) Boterhoven de Haan et al. (2020) Carlson et al. (1998) Deville & Spence (1999) Högberg et al. (2007) Ironson et al. (2002) Karatzias et al. (2011) Lee et al. (2002) McGire et al. (2020) Nijdam et al. (2012) Nidam et al. (2018) Power et al. (2002) Rogers et al. (1999) Rothbaum et al. (2005) Taylor et al. (2003) Ter Heide et al. (2016) Van der Kolk et al. (2007) Van Vliet et al. (2021)

	Ausschlusskriterien: • Komorbide Erkrankung oder PTBS aufgrund einer Substanz • EMDR kombiniert mit einem anderen psychotherapeutischen Verfahren oder Psychopharmaka • Jadas score von weniger als drei Punkten • Quasi-experimentelle Studien, Fallstudien, unkontrollierte Studien, qualitative Studien			• Studien mit Jadad Score von 3 geringere Effektstärke, als mit einem Score > 3 • Größere Effekte in Studien mit > 50 % Frauen • Studien mit Verhaltenstherapie oder kognitiver Verhaltenstherapie als Kontrollgruppe zeigten kleinere Effekte von EMDR als solche mit anderen Kontrollgruppen bei PTB-Symptomen ($g = 0.09$ vs. $g = 0.42$), Depressionssymptomen ($g = 0.16$ vs. $g = 0.54$) und Angstsymptomen ($g = 0.34$ vs. $g = 0.56$)		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Wei & Chen, 2021 DOI: 10.1037/tra0000922 Narrative Exposure Therapy for Post-traumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) MEDLINE, The Cochrane Library, PILOTS database, CINAHL, PsycINFO, EMBASE, PubMed, Pro-Quest und CNKI (2) Pro-Quest Dissertations & These (3) Literaturverzeichnis von vorherigen Reviews Suchzeitraum: Bis 10/2018 Einschlusskriterien: • RCT, quasi RCT oder Cluster RCT • $\geq 80\%$ der Stichprobe mit PTBS-Diagnose nach DSM-IV, DSM-IV-TR oder DSM-5 • NET verglichen mit passiver oder aktiver Kontrollgruppe Ausschlusskriterien: • Volltext nicht verfügbar • PTB-Symptome nicht als primäres Outcome • Daten nicht verfügbar	NET verglichen mit • Aktiver Kontrollgruppe: Alternative Therapie (z. B. PE, interpersonelle Psychotherapie, Trauma Counselling, emotional freedom techniques, Stressmanagement), Psychoedukation, supportive Counseling, TAU • Passiver Kontrollgruppe: Wartezeit, Symptom-Monitoring	• PTB-Symptom • PTBS-Diagnose	1. Inkludierte Studien: $N = 18$ 2. Ergebnisse: • Signifikante Überlegenheit von NET im Vergleich mit aktiver ($g = -0.34$, 95%-KI $[-0.65, -0.02]$, $n = 11$ Studien) und passiver ($g = -1.03$, 95%-KI $[-1.62, -0.44]$, $n = 7$ Studien) Kontrollbedingung hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen • Signifikante Überlegenheit von NET im Vergleich mit aktiver ($RR = 1.74$, 95%-KI $[1.03, 2.92]$, $n = 9$ Studien) und passiver ($RR = 4.69$, 95%-KI $[1.43, 15.42]$, $n = 3$ Studien) Kontrollbedingung hinsichtlich dem Verlust der PTB-Diagnose • Keine Signifikante Überlegenheit von NET im Vergleich zu traumafokussierten Kontrollbedingungen ($g = 0.32$, 95%-KI $[-0.39, 1.04]$, $n = 2$ Studien) • Signifikante Überlegenheit von NET im Vergleich zu nicht-traumafokussierten Kontrollbedingungen ($g = -0.79$, 95%-KI $[-0.99, -0.41]$, $n = 16$ Studien)	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (5) Nicht-doppelte Studienauswahl (6) Nicht-doppelte Datenextraktion (7) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (16) Interessenskonflikte nicht angegeben	Al-Hadeth et al. (2015) Bichescu et al. (2007) Ertl et al. (2011) Hensel-Dittmann et al. (2011) Hermenau et al. (2013) Hijazi et al. (2014) Jacob et al. (2014) Morath, Gola et al. (2014) Morath, Moreno-Villanueva et al. (2014) Neuner et al. (2004) Neuner et al. (2008) Neuner et al. (2010) Orang et al. (2018) Ruf et al. (2010) Schaal et al. (2000) Stenmark et al. (2013) Zang et al. (2013) Zang et al. (2014)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Yunitri et al., 2023 DOI: 10.1017/S0033291722003737 Comparative effectiveness of psychotherapies in adults with posttraumatic stress disorder: a network meta-analysis of randomised controlled trials	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Cochrane library, Embase, Medline-OVID, PubMed, Scopus und PsycInfo (2) Google Scholar (3) Literaturverzeichnisse früherer Metaanalysen/ systematischer Reviews Suchzeitraum: Bis 01/2021 Einschlusskriterien: • Erwachsene mit PTBS als primäre Diagnose • Interventionen: CPT, CT, EMDR, NET, PE, KVT, present centered therapy (PCT), BEP, psychodynamische Therapie (PDT) oder Kombinationen • Vergleichsbedingung Warteliste, standard care/TAU, andere von den Leitlinienempfohlene Behandlungen (CPT, CT, EMDR, NET, PE, KVT, PCT, BEP, PDT)	• Vergleich von neun Therapien: (1) CPT (2) CT (3) EMDR (4) NET (5) PE (6) KVT (7) PCT (8) BEP (9) PDT • Kontrolle: Nicht-Behandlung, TAU	• PTB-Symptomreduktion • Remissionsrate • Retention-Rate • Angstsymptome • Depressionssymptome	1. Inkludierte Studien: $k = 98$ Studien 2. Ergebnisse: PTB-Symptome: • Signifikante mittlere bis große Effekte von CPT, CT, NET, EMDR, PE, KVT und PCT (SMD-Range-1.53 bis-0.75, $k = 89$) • Keine signifikante Überlegenheit von BEP und TAU • PDT positive Richtung • Ranganalyse: CPT, EMDR und CT wirksamste Therapien, dann NET und PE gefolgt von KVT und PCT • < 6 Monate FU ($k = 30$ Studien): EMDR, CPT, CT, KVT, PE und NET signifikanter mittlerer bis hoher Effekt (SMD-Range-1.02 bis-0.39) mit moderater Heterogenität ($I^2 = 55.9\%$), dabei EMDR und CPT am effektivsten, dann CT und KVT und schließlich PE und PCT • Im ≥ 6 Monate FU ($k = 19$ Studien): CPT und EMDR signifikanter mittlerer bis hoher Effekt (SMD-Range-0.85 bis-0.64) mit moderater Heterogenität ($I^2 = 86.9\%$); PE, KVT, PCT, CT, BEP und PDT kein signifikanter Effekt Sekundäre Outcomes • Remissionsrate ($k = 46$): NET, CPT, EMDR, KVT, PE, BEP, CT und PCT	High quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet	siehe Supplement 5

	Ausschlusskriterien:-			signifikanter Effekt (RR-Range 5.51 bis 1.70) mit hoher Heterogenität ($I^2 = 77.6\%$), dabei NET, EMDR und CPT am effektivsten, dann KVT und PE, schließlich BEP und CT und letztlich PCT • Retention-Rate ($k = 78$): Kein signifikanter Unterschied zu Nicht-Behandlung von CT, NET, EMDR, PCT, PDT, CPT und BEP (RR-Range 1.00 bis 0.79) mit moderater Heterogenität ($I^2 = 62.8\%$); KVT und PE signifikant • Angstsymptome ($k = 48$): NET, CT, KVT, EMDR und PE signifikanter mittlerer bis großer Effekt (SMD-Range -1.25 bis -0.52) mit hoher Heterogenität ($I^2 = 92.9\%$); im FU EMDR, KVT und CT signifikant • Depressionssymptome ($k = 68$): CPT, CT, EMDR, NET, PE und KVT signifikanter mittlerer bis großer Effekt (SMD-Range -1.46 bis -0.70) mit hoher Heterogenität ($I^2 = 80.7\%$); im FU CPT, EMDR und KVT signifikant Zusammenfassend: CPT, CT, EMDR und NET scheinen die effektivsten Psychotherapien zu sein		

Primärevidenz

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen		Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt							
Christensen et al., 2013 DOI: 10.1080/00207144.2013.729386) Efficacy of Abreactive Ego State Therapy for PTSD: Trauma Resolution, Depression, and Anxiety Studientyp: RCT	Anzahl der Patient:innen: $n = 30$ Einschlusskriterien: • Erwachsene mit PTBS nach DSM-IV-TR-Kriterien Ausschlusskriterien: • Score von ≥ 21 auf der Modified Scale for Suicidal Ideation (MSSI) • Signifikante komorbide Störungen		Nicht berichtet	Ego State Therapy (EST) • Fünf bis sechs Sitzungen • Alle Sitzungen nach kotherapeutischem Modell durchgeführt, bei dem sich Erst- und Zweitautor als Primärtherapeuten abwechselten	Ochberg Counting Method (placebo) • Eine Sitzung • Von der Veteranenbehörde genehmigte Videobehandlung mit allgemeinen Informationen über PTBS und die „counting method“	Primäre Zielgröße(n): • PTB-Symptome Sekundäre Zielgröße(n): • Depressionssymptome • Angstsymptome	• Signifikante Symptomreduktion durch EST vom Prä-Assessment zum Post-Assessment sowie 1- und 3-Monate-Follow-Up für PTB-, Depressions- und Angstsymptome • Signifikante Effekte von EST im Vergleich zur aktiven Kontrollbedingung zum Post-Assessment sowie 1- und 3-Monate-Follow-Up für PTB-, Depressions- und Angstsymptome	RoB-2 Rating (1) Bias arising from the randomization process: Some concerns (2) Bias due to deviations from intended interventions: High (3) Bias due to missing outcome data: High (4) Bias in measurement of the outcome: High (5) Bias in selection of the reported result: Some concerns (6) Overall risk of bias rating: High
Pro Arm Experimentalgruppe: • $n = 15$ • 13 Frauen, zwei Männer • Alter: $M = 35.5$ Jahre (Range: 19-56) Kontrollgruppe: • $n = 15$ • Sieben Frauen, acht Männer • Alter: $M = 40$ Jahre (Range: 19-64)								

N = 2 inkludierte Studien

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt						
Steinert et al., 2017 DOI: 10.1017/S0033291716002592	Anzahl der Patient:innen: $n = 86$ Einschlusskriterien: • ≥ 18 Jahre • PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C) Score ≥ 44	Behandlungsb eendigung von jeweils eine(r) Proband:in in Experimental-	Resource- Oriented Trauma Therapy Combined with EMDR Resource	Waiting-List Control (WLC) • Fünf Wochen	Primäre Zielgröße(n): • PTBS Sekundäre Zielgröße(n): • Angst	PTBS • Remissionsrate von 95.9% in ROTATE und 24.1% in Wartelistenkontrol	RoB-2 Rating (1) Bias arising from the randomization process: Some concerns (2) Bias due to

Resource activation for treating post-traumatic stress disorder, co-morbid symptoms and impaired functioning: a randomized controlled trial in Cambodia	Ausschlusskriterien: • Komorbide Psychose, kognitive Einschränkung, organischer Hirnschädigung, Demenz, akute Suizidalität, akuten Behandlungsbedarf, starke Einschränkung • Laufende Therapie oder Therapie innerhalb der letzten zwei Jahre • Ernsthafte Kommunikationsschwierigkeiten	und Kontrollgruppe	Installation (ROTATE) • Fünf wöchentliche Sitzungen		• Depression • Funktionsniveau • Emotionale Belastung	Ilggruppe (OR 0.012; NNT 1.09) • ROTATE zeigt große Prä-Post-Effektstärke bzgl. PTB-Symptomen ($d = 2.57$)	deviations from intended interventions: Some concerns
Studientyp: RCT	Pro Arm Experimentalgruppe: • $n = 53$ • 34 Frauen, 18 Männer • Alter: $M = 27.0$; $SD = 6.4$ Kontrollgruppe: • $n = 33$ • 17 Frauen, 15 Männer • Alter: $M = 28.3$; $SD = 11.0$					Depression • Remissionsrate von 84.3% in ROTATE und 18.7% in Wartelistenkontrollgruppe (OR 0.038; NNT 1.25) • Signifikante Überlegenheit von ROTATE gegenüber Warteliste bzgl. Depressionssymptomen • ROTATE zeigt große Prä-Post-Effektstärke bzgl. Depressionssymptomen ($d = 2.41$) Emotionale Belastung: • Remissionsrate von 88.3% in ROTATE und 18.7% in Wartelistenkontrollgruppe (OR 0.021; NNT 1.15) Funktionsniveau • Signifikante	(3) Bias due to missing outcome data: Low (4) Bias in measurement of the outcome: Some concerns (5) Bias in selection of the reported result: Low (6) Overall risk of bias rating: Some concerns

							Überlegenheit von ROTATE gegenüber Warteliste bzgl. selbstbewertetem Funktionsniveau Angst: • Signifikante Überlegenheit von ROTATE gegenüber Warteliste bzgl. Angstsymptomen • ROTATE zeigt große Prä-Post-Effektstärke bzgl. Angstsymptomen ($d = 2.8$)	

PICO 2

Aggregierte Evidenz

N = 13 inkludierte Studien

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Bisson et al., 2013 DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub4. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE und PsycINFO über Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group's Specialised Register (2) Journal of Traumatic Stress, ISTSS Treatment Guidelines (3) Manuelle Suche in zentralen Journals, in Konferenzbeiträgen und anderen systematischen Reviews und Metaanalysen (4) Kontakt zu Expert:innen des Forschungsfelds (5) Überprüfung der Literaturverzeichnisse der inkludierten Studien (6) Studienregister: World Health Organization's trials portal (IC-TRP), ClinicalTrials.gov, Pharmaunternehmen (7) graue Literatur Suchzeitraum:	Interventionen: - Individuelle TF-KVT: 49 Studien - Non-TF-KVT: 8 Studien - EMDR: 16 Studien - Gruppen TF-KVT: 10 Studien - Andere Therapieformen: 9 Studien Messzeitpunkte: - Nach Behandlungsende (BE) - Follow-up ein bis vier Monate (FU 1-4) - Follow-up fünf bis acht Monate (FU 5-8) - Follow-up neun bis zwölf Monate (FU 9-12)	PICO-relevante primäre Zielgröße(n): - PTB-Symptomschwere bewertet durch Kliniker:in PICO-relevante Sekundäre Zielgröße(n): - Depressivität - Angstsymptome - PTBS-Diagnose nach der Behandlung - PTB-Symptomschwere (Selbstbeurteilung) Nicht PICO-relevante Zielgrößen: - Nachteilige Auswirkungen - Dropout-Quoten	1. Inkludierte Studien: 70 (davon RCTs: 70) 2. Ergebnisse: EMDR vs. individual TF-KVT: PTB-Symptome (Kliniker:in) - BE ($k = 7$): kein Unterschied - FU 1-4 ($k = 3$): kein Unterschied PTB-Symptome (Selbstbericht) - BE ($k = 7$): kein Unterschied - FU 1-4 ($k = 5$): kein Unterschied PTBS-Diagnose - BE ($k = 8$): Kein Unterschied Depressivität: - BE ($k = 8$): Kein Unterschied - FU 1-4 ($k = 5$): Kein Unterschied Angstsymptome - BE ($k = 5$): EMDR überlegen ($SMD = -0.28$, 95%-KI [-0.53, 0.02]) - FU 1-4 ($k = 2$): kein Unterschied EMDR vs. Gruppen TF-KVT - Keine Studien gefunden	High quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (17) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Adenauer et al. (2011) Asukai et al. (2010) Basoglu et al. (2005) Basoglu et al. (2007) Beck et al. (2009) Bichescu et al. (2007) Blanchard et al. (2003) Brom et al. (1989) Bryant et al. (2003) Bryant et al. (2011) Carlson et al. (2008) Chard (2005) Cloitre et al. (2002) Cloitre et al. (2010) Cooper et al. (1989) Devilly et al. (1998) Devilly et al. (1999) Duffy et al. (2007) Dunne et al. (2012) Echeburua et al. (1997) Ehlers et al. (2003) Ehlers et al. (2005) Fecteau et al. (1999) Feske et al. (2008) Foa et al. (1991) Foa et al. (1999) Foa et al. (2005) Forbes et al. (2012) Galovski et al. (2012) Gamito et al. (2010)

	Bis 04/2013 Einschlusskriterien: • RCTs, Cluster-RCTs und cross-over Studien mit psychologischer Therapie von chronischer PTBS in Erwachsenen (ab 18 Jahren) • Mindestens 70 % der Teilnehmenden mussten eine PTBS Diagnose haben (nach DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, ICD-9 oder ICD-10) • PTBS als Primärdiagnose • Interventionen: TF-KVT, EMDR, non-TF-KVT, Gruppen TF-KVT, Gruppen non-TF-KVT, andere psychologische Therapien Ausschlusskriterien: • Einschlusskriterien nicht erfüllt					Gersons et al. (2000) Hensel-Dittmann et al. (2011) Hinton et al. (2005) Hinton et al. (2011) Hogberg et al. (2007) Hollifield et al. (2007) Ironson et al. (2002) Jensen et al. (1994) Keane et al. (1989) Kearney et al. (2013) Karkow et al. (2000) Karkow et al. (2001) Kubany et al. (2003) Kubany et al. (2004) Lee et al. (2002) Lindauer et al. (2005) Marcus et al. (1997) Marks et al. (1998) McDonagh et al. (2005) Monson et al. (2006) Mueser et al. (2008) Neuner et al. (2004) Neuner et al. (2008) Neuner et al. (2010) Nijdam et al. (2012) Paunovic et al. (2011) Peniston et al. (1991) Power et al. (2002) Ready et al. (2010) Resick et al. (2002) Rothbaum et al. (1997) Rothbaum et al. (2005) Scheck et al. (1998) Schnurr et al. (2003) Schnurr et al. (2007) Taylor et al. (2003)

						Vaughan et al. (1994) Wells et al. (2012) Zang et al. (2013) Zlotnick et al. (1997)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Cusack et al., 2016 DOI: 10.1016/j.j.cpr.2015.10.003 Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) MEDLINE, Cochrane Library, PILOTS database, CINAHL, PsycINFO, EMBASE, Web of Science, International Pharmaceutical Abstracts (2) Manuelle Suche in Literaturverzeichnissen von Reviews und eingeschlossenen Trials (3) Suche nach unveröffentlichten Studien über ClinicalTrials.gov, die Website der Food and Drug Administration, und die International Clinical Trials Registry Platform der Weltgesundheitsorganisation Suchzeitraum: Bis 05/2014 Einschlusskriterien: • Englischsprachiger Artikel • RCT mit einer Mindestdauer von 4 Wochen • Erwachsene Teilnehmer:innen mit PTBS	• 60 Studien untersuchten psychologische Behandlungen • Eine Studie verglich psychologische und pharmakologische Behandlungen • Drei Studien untersuchten Kombinationen von psychologischen und pharmakologischen Behandlungen im Vergleich zu einer der beiden Behandlungen allein Psychologische Interventionen: • Cognitive processing therapy • Kognitive Therapie • Kognitive Kombinationstherapie • KVT-Exposition • KVT-Mixed • EMDR • NET • Brief electric psychotherapy) • Entspannungstraining • Seeking safety • Stressimpfungstraining	• PTB-Symptome • Depressionssymptome • Angstsymptome • Lebensqualität • Funktionsniveau	1. Inkludierte Studien: • Qualitative Synthese: 64 RCTs • Quantitative Synthese: 31 RCTs 2. Ergebnisse: Allgemeine Wirksamkeit • Kognitive Therapien: Evidenz unterstützt die Wirksamkeit kognitiver Therapien für (1) die Verbesserung von PTB-Symptomen (2) Verlust der PTBS-Diagnose (3) Verbesserung von Depressions- (4) und Angstsymptomen • Expositionstherapie: Evidenz unterstützt die Wirksamkeit von Expositionstherapie für (1) die Verbesserung von PTB-Symptomen, (2) Verlust der PTBS-Diagnose, (3) Verbesserung von Depressions-symptomen für Personen mit PTBS • KVT-mixed: Evidenz unterstützt die Wirksamkeit von KVT-mixed Interventionen für (1) die Verbesserung und PTB-Symptomen, (2) Verlust der PTBS-Diagnose, (3) Verbesserung von Depressions- und (4) Angstsymptomen • EMDR: Evidenz unterstützt die Wirksamkeit von EMDR für (1) die Verbesserung von PTB-Symptomen, (2) Verlust der PTBS-Diagnose, (3) Verbesserung der Depressionssymptome	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (3) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (9) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Keine detaillierte Beschreibung eingeschlossener Studien (12) Finanzierungsquellen nicht berichtet (13) Keine angemessenen statistischen Methoden verwendet (16) Heterogenität wurde nicht interpretiert/ diskutiert (17) Publikationsbias nicht untersucht/ diskutiert	Asukai et al. (2010) Basoglu et al. (2007) Blanchard et al. (2003) Boden et al. (2012) Bryant et al. (2003) Bryant et al. (2008) Carlson et al. (1998) Chard et al. (2005) Cloitre et al. (2002) Cloitre et al. (2010) Cook et al. (2010) Cottraux et al. (2008) Dunne et al. (2012) Ehlers et al. (2003) Ehlers et al. (2005) Ehlers et al. (2014) Fecteau & Nicki (1999) Foa et al. (1999) Foa et al. (2005) Foa et al. (2013) Forbes et al. (2012) Ford et al. (2011) Gamito et al. (2010) Gersons et al. (2000) Hien et al. (2004) Hien et al. (2009) Hinton et al. (2005) Hinton et al. (2009) Hinton et al. (2011) Hogberg et al. (2007) Hollifield et al. (2007) Johnson et al. (2011) Krakow et al. (2001) Kruse et al. (2009) Kubany et al. (2003)

	gemäß den DSM-Kriterien (bis DSM-IV) • Untersuchung geeigneter psychologischer Interventionen im Vergleich zu einer Warteliste, üblicher Behandlung, keiner Intervention, Placebo oder einer anderen psychologischen oder pharmakologischen Intervention • FU mindestens vier Wochen nach Therapieende • Inkludierte psychologische Behandlungen: Brief Eclectic Psychotherapy (BEP), Cognitive Behavioral Therapy (KVT), Cognitive Therapy (CT), Cognitive Processing Therapy (CPT), Cognitive Restructuring (CR), Coping Skills Therapy, Stress Inoculation Therapy, Exposure Therapy, Prolonged Exposure (PE), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Hypnotherapy, Interpersonal Therapy, Psychodynamic Therapy, Narrative Exposure Therapy (NET)			• NET: Evidenz unterstützt die Wirksamkeit von NET für (1) die Verbesserung von PTB-Symptomen und (2) den Verlust der PTBS-Diagnose • Electric psychotherapy: Evidenz unterstützt die Wirksamkeit für (1) die Verbesserung von PTB-Symptomen, (2) den Verlust der PTBS-Diagnose, (3) die Verbesserung von Depressions- und (4) Angstsymptomen • Coping skills: Nicht genug Evidenz, um die Wirksamkeit von Stressimpfungs- oder Entspannungstraining zu bestimmen Vergleichende Wirksamkeit • Allgemein zu wenig Evidenz, um die Wirksamkeit von Interventionen zu vergleichen • Vergleichbare Wirksamkeit von Expositionstherapie und Kognitiver Therapie • Überlegenheit von Expositionstherapie im Vergleich zu Entspannungstraining		Kubany et al. (2004) Liedl et al. (2011) Lindauer et al. (2005) Litz et al. (2007) Marks et al. (1998) McDonagh et al. (2005) Mills et al. (2012) Monson et al. (2006) Mueser et al. (2008) Nacasch et al. (2011) Neuner et al. (2004) Neuner et al. (2008) Neuner et al. (2010) Nijdam et al. (2012) Resick et al. (2002) Rothbaum et al. (1997) Rothbaum et al. (2005) Rothbaum et al. (2006) Sannibale et al. (2013) Schneier et al. (2012) Schnurr et al. (2003) Schnurr et al. (2007) Schnyder et al. (2011) Spence et al. (2011) Tarrier et al. (1999) Taylor et al. (2003) Van der Kolk et al. (2007) Van Emmerik et al. (2008) Zlotnick et al. (2009)

	• Mind. einer der folgenden Endpunkte bewertet: PTBS-Symptome, Remission (keine Symptome mehr), Verlust der PTBS-Diagnose, Lebensqualität, Behinderung oder funktionelle Beeinträchtigung, Rückkehr zur Arbeit oder zum aktiven Dienst oder unerwünschte Ereignisse Ausschlusskriterien:-					

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Gerger et al., 2014 DOI: 10.1017/S0033291714000853 Integrating fragmented evidence by network meta-analysis: relative effectiveness of psychological interventions for adults with post-traumatic stress disorder	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) EMBASE, Medline, PsycINFO, Cochrane Controlled Trials Register und PSYNDX (2) Literaturverzeichnis früherer Reviews und Metaanalysen Suchzeitraum: 1980–2010 Einschlusskriterien: • PTBS-Diagnose oder subklinische PTBS • Psychologische Intervention verglichen mit Warteliste oder mit unspezifischer Intervention • Geeignete Interventionen: Einzelsetting, Face-to-Face, primärer Fokus auf PTBS Ausschlusskriterien:-	Vergleich von psychologischen Interventionen: KVT (incl. Stress inoculation training), CT, EMDR, Expositionstherapie (ET), other psychological intervention (OPI), stress management (SM), Supportive Therapie (ST)	PTB-Symptome	1. Inkludierte Studien: $N = 66$ RCTs 2. Ergebnisse: • Große Effektstärken von KVT, CT, EMDR, ET, OPI im Vergleich mit Warteliste ($ES = 1.10$ bis -1.37) • Moderate Effektstärken von ST ($ES = -0.62$) und SM ($ES = -0.58$) im Vergleich mit Warteliste • Beim Vergleich untereinander ist nur EMDR ($ES = -1.37$) ST ($ES = -0.62$) überlegen	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (9) Kein angemessenes RoB (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (13) RoB wurde nicht interpretiert/ diskutiert	siehe <i>Appendix References</i> in http://dx.doi.org/10.1017/S0033291714000853

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Hoppen et al., 2023 DOI: 10.1037/ccp0000809 The Efficacy and Acceptability of Psychological Interventions for Adult PTSD: A Network and Pairwise Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Ergebnisse aus der Suche von Morina et al. (2021) (2) MEDLINE, APA PsycInfo, Web of Science, und PTSDpubs (3) Literaturverzeichnis anderer Reviews und Metaanalysen (4) Trial Register U.S. VA Suchzeitraum: 09/2021–04/2022 Einschlusskriterien: • RCTs mit mindestens einem Arm psychologische Intervention verglichen mit passiver oder aktiver Kontrollgruppe oder anderer Intervention • Mittleres Alter der Teilnehmenden 18 Jahre oder älter • Mindestens zehn Teilnehmende pro Vergleichsgruppe • PTBS als primäre Diagnose und	TF-KVT, EMDR, andere traumafokussierte psychologische Interventionen (TF-PI; i.e., non-TF-KVT und non-EMDR Interventionen mit Traumafokus; z. B. imagery rehearsal therapy), nicht-traumafokussierte psychologische Interventionen (Non-TF-PI; z. B. present-centered therapy) Dabei ist in TF-KVT zusammengefasst: Kognitive Therapie, Prolonged Exposure, narrative Expositionstherapie Kontrollbedingungen: Unterscheidung zwischen aktiven Kontrollbedingungen (ACC; supportive counseling, TAU) und passiven Kontrollbedingungen (PCC; Warteliste, minimale Aufmerksamkeit)	• PTB-Symptome (kurz-, mittel- und langfristig) FU1: ≤ 5 Monate nach Behandlungsende FU2: > 5 Monate nach Behandlungsende	1. Inkludierte Studien: $N = 157$ RCTs 2. Ergebnisse: Post-Treatment • Vergleich mit PCC TF-KVT $SMD = 1.14$, 95%-KI [1.01, 1.26], $k = 53$ EMDR $SMD = 1.06$, 95%-KI [0.84, 1.28], $k = 7$ TF-PIs $SMD = 0.83$, 95%-KI [0.56, 1.11], $k = 6$ Non-TF-PIs $SMD = 0.96$, 95%-KI [0.81, 1.12], $k = 18$ • Vergleich mit ACC TF-KVT $SMD = 0.60$, 95%-KI [0.46, 0.75], $k = 31$ EMDR $SMD = 0.53$, 95%-KI [0.31, 0.75], $k = 11$ TF-PIs $SMD = 0.30$, 95%-KI [0.01, 0.60], $k = 1$ Non-TF-PIs $SMD = 0.43$, 95%-KI [0.27, 0.60], $k = 16$ • Vergleich mit EMDR TF-KVT $SMD = 0.07$, 95%-KI [-0.14, 0.28], $k = 10$ TF-PIs $SMD = -0.23$, 95%-KI [-0.54, 0.08], $k = 2$ Non-TF-PIs $SMD = -0.10$, 95%-KI [-0.33, 0.14], $k = 1$ • Vergleich mit TF-PIs TF-KVT $SMD = 0.30$, 95%-KI [0.02, 0.58], $k = 2$ Non-TF-PIs $SMD = 0.13$, 95%-KI [-0.16, 0.42], $k = 2$	Low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (8) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (11) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Siehe Supplement (Chapter F) https://supp.apa.org/psycarticles/supplemental/ccp0000809/ccp0000809_supp.html

	Behandlungsschwerpunkt - Mindestens 70 % der Teilnehmenden mit PTBS-Diagnose nach ICD oder DSM Ausschlusskriterien: - Komorbide Gehirnverletzung und Substanzabhängigkeit			- Vergleich mit Non-TF-Pls TF-KVT $SMD = 0.17$, 95%-KI [0.03, 0.31], $k = 25$ > 5 Monate Follow-Up - Vergleich mit PCC TF-KVT $SMD = 0.71$, 95%-KI [0.43, 0.98], $k = 5$ EMDR $SMD = 0.43$, 95%-KI [0.01, 0.83], $k = 1$ TF-Pls $SMD = 0.62$, 95%-KI [0.18, 1.05], $k = 0$ Non-TF-Pls $SMD = 0.51$, 95%-KI [0.19, 0.82], $k = 0$ - Vergleich mit ACC TF-KVT $SMD = 0.71$, 95%-KI [0.53, 0.90], $k = 15$ EMDR $SMD = 0.43$, 95%-KI [0.02, 0.83], $k = 0$ TF-Pls $SMD = 0.62$, 95%-KI [0.23, 1.02], $k = 0$ Non-TF-Pls $SMD = 0.52$, 95%-KI [0.29, 0.75], $k = 1$ - Vergleich mit EMDR TF-KVT $SMD = 0.29$, 95%-KI [-0.07, 0.65], $k = 2$ TF-Pls $SMD = 0.20$, 95%-KI [-0.21, 0.60], $k = 1$ Non-TF-Pls $SMD = 0.09$, 95%-KI [-0.30, 0.48], $k = 0$ - Vergleich mit TF-Pis TF-KVT $SMD = 0.09$, 95%-KI [-0.26, 0.44], $k = 2$ Non-TF-Pls $SMD = -0.11$, 95%-KI [-0.49, 0.28], $k = 0$ - Vergleich mit Non-TF-Pls TF-KVT $SMD = 0.20$, 95%-KI [0.04, 0.35], $k = 13$		

				<i>Anmerkung:</i> k = Anzahl der direkten Vergleiche; positive (negative) SMD spricht für die Psychologische Intervention (Vergleichsgruppe) des jeweiligen Vergleichs		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Hudays et al., 2022 Eye Movement Desensitization and Reprocessing versus Cognitive Behavior Therapy for Treating Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis DOI: 10.3390/ijerph192416836	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, PubMed, PsychINFO, Global Health via OvidSP (1910–present) und Scopus (2) Graue Literatur (3) Schneeballsystem Suchzeitraum: 01/2010–12/2020 Einschlusskriterien: - Teilnehmende: Kinder, Jugendliche oder Erwachsene mit PTBS-Diagnose - Verwendung von validierten Messinstrumenten - RCTs, welche EMDR und KVT vergleichen - Veröffentlichung auf Englisch - Publiziert zwischen 2010 und 2020 Ausschlusskriterien: - PTBS nicht im Fokus der Intervention	KVT verglichen mit EMDR	- PTB-Symptome - Depressionssymptome - Angstsymptome	1. Inkludierte Studien: $N = 8$ RCTs 2. Ergebnisse: PTB-Symptome: - Keine signifikanten Unterschiede zwischen EMDR und KVT zum Post-Treatment ($SMD = -0.14$, 95%-KI [-0.48, 0.21], $n = 7$) - Kein signifikanter Unterschied zwischen EMDR und KVT zum 3-Monats-Follow-Up ($SMD = -1.09$, 95%-KI [-4.63, 2.46], $n = 2$) Depressionssymptome: - Signifikante Überlegenheit von EMDR im Vergleich mit KVT zum Post-Treatment ($SMD = -2.43$, 95%-KI [-3.93, -0.94], $n = 3$), aber nicht zum 6-Monate Follow-Up ($SMD = -5.10$, 95%-KI [-13.29, 23.49], $n = 1$) Angstsymptome: - Signifikante Überlegenheit von EMDR im Vergleich mit KVT zum Post-Treatment ($SMD = -3.99$, 95%-KI [-5.47, -2.52], $n = 3$), aber nicht zum 3-Monate Follow-Up ($SMD = -3.49$, 95%-KI [-10.28, 3.30], $n = 3$)	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (3) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (8) Nicht-doppelte Studienelektion (9) Nicht-doppelte Datenextraktion (10) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (15) Finanzierungsquellen nicht berichtet (16) Keine angemessenen statistischen Methoden verwendet (17) Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (18) RoB wurde nicht interpretiert/ diskutiert (19) Heterogenität wurde nicht interpretiert/ diskutiert	De Roos et al. (2011) Nijdam et al. (2012) Diehle et al. (2015) Deville et al. (1999) Van den Berg et al. (2015) De Bont et al. (2016) De Roos et al. (2017) Nijdam et al. (2018) Stanbury & Drummond (2020)

	• Andere psychotherapeutische Verfahren • Andere Sprache • Bücher, Meinungsartikel					

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Jericho et al., 2021 DOI: 10.1111/acps.13366 Trauma-focused psychotherapies for post-traumatic stress disorder: A systematic review and network meta-analysis	Systematic Review & Meta-analysis Databases: EMBASE, PsychINFO, PTSDPubs & PubMed Suchzeitraum: Bis 01/2020 Einschlusskriterien: • RCTs, die bona-fide Psychotherapien mit einer Kontrollgruppe oder einer anderen Psychotherapie vergleichen • Beschreibung der Therapie muss mindestens zwei der folgenden Bedingungen erfüllen: (1) Verweis auf eine etablierte Schule oder einen etablierten Ansatz der Psychotherapie; (2) Beschreibung der Therapie, die einen Verweis auf einen psychologischen Prozess enthält; (3) Verweis auf ein Behandlungsmaterial, das als Leitfaden für die Durchführung der Behandlung verwendet wurde; (4)	• Brief Eclectic Therapy (BET, $k = 2$) • Kognitive Verhaltenstherapie (KVT, $k = 18$) • Cognitive Processing Therapy (CPT, $k = 5$) • Kognitive Therapie (CT, $k = 5$) • Dialogical Exposure Therapy (DET, $k = 1$) • Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR, $k = 18$) • Interpersonelle Therapie (IPT, $k = 1$) • Metakognitive Therapie (MCT, $k = 2$) • Narrative Exposure Therapy (NET, $k = 9$) • Psychodynamische Therapie (PDT, $k = 1$) • Prolonged Exposure (PE, $k = 25$) • Prolonged Exposure und Stressimpfungstraining (PE-SIT, $k = 2$) • Stressimpfungstraining (SIT, $k = 2$) • Skills training in affective and interpersonal regulation followed by prolonged exposure (STAIR-PE, $k = 1$)	PICO-relevant: • PTB-Symptome Nicht PICO-relevant: • Akzeptanz der Behandlung (operationalisiert durch die Dropout-Rate)	1. Inkludierte Studien: 82 RCTs ($N = 5775$) 2. Ergebnisse: Direkte Vergleiche: Signifikante Behandlungseffektivität im Vergleich zu WL für • KVT: $SMD = -0.74$, 95%-KI $[-1.14, -0.35]$ • CPT: $SMD = -1.14$, 95%-KI $[-1.97, -0.30]$ • CT: $SMD = -1.12$, 95%-KI $[-1.75, -0.48]$ • EMDR: $SMD = -1.17$, 95%-KI $[-1.58, -0.76]$ • MCT: $SMD = -2.50$, 95%-KI $[-3.67, -1.34]$ • NET: $SMD = -1.12$, 95%-KI $[-1.72, -0.52]$ • PE: $SMD = -1.27$, 95%-KI $[-1.68, -0.86]$ • SIT: $SMD = -1.61$, 95%-KI $[-2.95, -0.27]$ • WET: $SMD = -1.41$, 95%-KI $[-2.35, -0.47]$ Ergebnisse aus direkten Vergleichen: • PE signifikant effektiver als ACTST ($SMD = 0.67$, 95%-KI $[0.16, 1.18]$) und TAU ($SMD = -1.54$, 95%-KI $[-2.29, -0.79]$) • CPT signifikant effektiver als ACTST ($SMD = 3.09$, 95%-KI $[1.83,$	Moderate quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (7) Nicht-doppelte Datenextraktion (11) Finanzierungsquellen nicht berichtet (13) Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet	Acarturk et al. (2016) Aldahadha et al. (2012) Asukai et al. (2010) Basoglu et al. (2005) Bryant et al. (2019) Buhmann et al. (2016) Butollo et al. (2016) Capezzani et al. (2013) Carletto et al. (2016) Carlson et al. (1998) Cloitre et al. (2002) Coffey et al. (2006) Coffey et al. (2016) Cottraux et al. (2008) Deville & Spence (1998) Deville et al. (1999) Duffy et al. (2007) Dunne et al. (2012) Ehlers et al. (2005) Ehlers et al. (2003) Ehlers et al. (2014) Fecteau & Nicki (1999) Feske (2008) Foa et al. (1999) Foa et al. (2005) Foa et al. (2018) Fonzo et al. (2017) Forbes et al. (2012) Ford et al. (2011) Ford et al. (2018) Ghafoori et al. (2017) Hensel-Dittmann et al. (2011)

	Angabe von Wirkmechanismen • Individuelle Durchführung im direkten Kontakt • Behandlung von Erwachsenen (≥ 18 Jahre) • Primärdiagnose PTBS gemäß DSM-III-R, DSM-IV-TR, DSM-IV, DSM-5, ICD-9 oder ICD-10 • Englischsprachiges Paper publiziert in einem peer-reviewed Journal Ausschlusskriterien: • Verwendung des DSM-III zur Erhebung der Primärdiagnose PTBS • Gruppenintervention • Studien mit sequenziellen Behandlungen, für welche keine Extraktion direkter Vergleichsdaten zwischen Intervention möglich ist	• Trauma Affect Regulation: Guide for Education and Therapy (TARGET, $k = 2$) • Treatment as Usual (TAU, $k = 11$) • Virtual Reality Exposure Therapy (VRET, $k = 5$) • Written Exposure Therapy (WET, $k = 3$) • Warteliste (WL, $k = 45$) • Active Supportive Therapy (ACTST, $k = 16$) • Psychoedukation (PSYED, $k = 4$)		4.35]), allerdings signifikante Inkonsistenz zwischen Netzwerkschätzer und direktem Effekt festgestellt für diesen Vergleich Netzwerkschätzer zeigen: • MCT signifikant effektiver als KVT ($SMD = -1.60$, 95%-KI $[-2.68, -0.52]$), EMDR ($SMD = -1.13$, 95%-KI $[-2.21, -0.05]$), NET ($SMD = 1.35$, 95%-KI $[0.23, 2.47]$), PDT ($SMD = 1.77$, 95%-KI $[0.22, 3.33]$), VRET ($SMD = 1.50$, 95%-KI $[0.32, 2.68]$) und alle Kontrollbedingungen • CPT signifikant effektiver als KVT ($SMD = -0.95$, 95%-KI $[-1.57, -0.32]$), VRET ($SMD = 0.85$, 95%-KI $[0.06, 1.64]$) und alle Kontrollbedingungen • PE signifikant effektiver als KVT ($SMD = -0.55$, 95%-KI $[-0.95, -0.14]$) und alle Kontrollbedingungen, außer PSYED • PDT und STAIR-PE nicht signifikant effektiver als andere Therapien oder Kontrollbedingungen		Hinton et al. (2009) Hogberg et al. (2007) Jacob et al. (2014) Jensen (1994) Kohler et al. (2017) Kubany et al. (2004) Lee et al. (2002) Lely et al. (2019) Levi et al. (2016) Lindauer et al. (2008) Maguen et al. (2017) Markowitz et al. (2015) McLay et al. (2011) McLay et al. (2017) McDonagh et al. (2005) Miyahira et al. (2012) Monson et al. (2006) Morath et al. (2014) Mueser et al. (2008) Nacasch et al. (2011) Neuner et al. (2004) Neuner et al. (2008) Neuner et al. (2010) Nijdam et al. (2012) Pacella et al. (2012) Paunovic & Ost (2001) Perez-Dandieu et al. (2015) Power et al. (2002) Rauch et al. (2015) Ready et al. (2010) Reger et al. (2016) Resick et al. (2002) Rogers et al. (1999) Rothbaum (1997) Schnurr et al. (2007) Sloan et al. (2011) Sloan et al. (2012)

						Sloan et al. (2018) Steel et al. (2017) Suris et al. (2013) Tarrier et al. (1999) ter heide et al. (2016) Thorp et al. (2019) van Emmerik et al. (2008) van den Berg et al. (2015) Vera et al. (2011) Wells et al. (2012) Wells et al. (2015) Zang et al. (2013) Zang et al. (2014)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Khan et al., 2018 DOI: 10.7759/cureus.3250 Cognitive Behavioral Therapy versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Patients with Posttraumatic Stress Disorder: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) EMBASE, Medline und Cochrane Central Register of Controlled Trials (2) Literaturverzeichnisse von eingeschlossenen Studien Suchzeitraum: 01/1999–12/2017 Einschlusskriterien: - Teilnehmende: Kinder, Jugendliche oder Erwachsene - Veröffentlichung auf Englisch - Studien vergleichen KVT und EMDR - Studienteilnehmende mit PTBS-Diagnose nach DSM-IV oder DSM-5 - Ausreichend Daten zur Berechnung der Effektstärke Ausschlusskriterien: - PTBS nicht im Fokus der Intervention	KVT verglichen mit EMDR Varianten von KVT: - Imaginal Exposure (IE), - Trauma Treatment Protocol (TTP) - PE - TF-KVT - Stressimpfungstraining mit PE - Exposure (SITPE), Exposition plus kognitive Umstrukturierung (E + CR) - Brief Eclectic Psychotherapy	- PTB-Symptome - Angstsymptome - Depressionssymptome	1. Inkludierte Studien: $N = 14$ RCTs 2. Ergebnisse: PTB-Symptome: - Signifikante Überlegenheit von EMDR im Vergleich mit KVT zum Post-Treatment ($SMD = -0.43$, 95%-KI $[-0.73, -0.12]$, $n = 11$) - Keine Überlegenheit von EMDR zum 3-Monats-Follow-up ($SMD = -0.21$, 95%-KI $[-0.50, 0.08]$, $n = 4$) Angstsymptome: - Signifikante Überlegenheit von EMDR im Vergleich mit KVT zum Post-Treatment ($SMD = -0.71$, 95%-KI $[-1.21, -0.21]$, $n = 5$) Depressionssymptome: - Keine signifikante Überlegenheit von EMDR im Vergleich mit KVT zum Post-Treatment ($SMD = -0.21$, 95%-KI $[-0.44, 0.02]$, $n = 8$), ebenso zum 3 Monats-Follow-up ($SMD = 0.04$, 95%-KI $[-0.38, 0.46]$, $n = 5$)	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (3) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (8) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (11) Finanzierungsquellen nicht berichtet (13) Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (14) RoB wurde nicht interpretiert/ diskutiert (15) Heterogenität wurde nicht interpretiert/ diskutiert	Arabia et al. (2011) De Roos et al. (2011) Deville et al. (1999) Ironson et al. (2002) Jaberghaderi et al. (2004) Diehle et al. (2015) Lee et al. (2002) Power et al. (2002) De Roos et al. (2017) Rothbaum et al. (2005) Taylor et al. (2003) Nijdam et al. (2012) Capezzani et al. (2013) Van den Berg et al. (2015)

	• Andere psychotherapeutische Verfahren (psychodynamische Verfahren, Hypnotherapie, Selbsthilfe, Bio-Feedback,...)					

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Lewis et al., 2020 DOI: 10.1080/20008198.2020.1729633 Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PubMed, PsycINFO, Embase, Cochrane database of randomized trials (2) Überprüfen der Referenzlisten eingeschlossener Studien (3) Durchsuchen der Studienportale der WHO und des U.S. National Institutes of Health (4) Kontaktaufnahme mit Experten auf dem Gebiet (5) Ergänzende Suche in PILOTS Suchzeitraum Bis 05/2018 Einschlusskriterien: • RCTs • Studie vergleicht eine psychologische Therapie zur Reduktion von PTB-Symptomen mit einer Kontrollgruppe (z. B. TAU, Warteliste), einer anderen psychologischen Therapie oder einer psychosozialen Intervention (z. B. Psychoedukation, Entspannungstraining)	• Individuelle traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT): Brief Eclectic Psychotherapy (BEP), Cognitive Processing Therapy (CPT), Kognitive Therapie (CT), NET, PE, Single Session KVT, Reconsolidation of Traumatic Memories (RTM), Virtual Reality Exposure Therapy (VRE) • Weitere individuelle Therapien: EMDR, KVT ohne Traumafokus, Present Centred Therapy (PCT), Supportive Counselling, Written Exposure Therapy (WET), Observed and Experiential Integration (OEI), Interpersonelle Psychotherapie, Psychodynamische Psychotherapie, REM Desensitization, Emotional Freedom Technique (EFT), Dialogical Exposure Therapy (DET), Relaxation Training, Psychoedukation, geführte internetbasierte KVT mit Traumafokus	• PTB-Symptome	1. Inkludierte Studien: 114 RCTs ($n = 8171$) • 70 RCTs aus ursprünglichem Cochrane Review von Bisson et al. (2013) • 44 RCTs durch Update 2. Ergebnisse: Stärkste Evidenz für Effekte von Interventionen allgemein kategorisiert als TF-KVT und EMDR: • TF-KVT vs. Warteliste/TAU ($k = 51$): $SMD = -1.32$, 95%-KI $[-1.57, -1.08]$ • EMDR vs. Warteliste/TAU ($k = 11$): $SMD = -1.23$, 95%-KI $[-1.69, -0.76]$ Metaanalysen spezifischer manualisierter TF-KVTs zeigen stärkste Evidenz für einen Effekt von CPT, CT und PE: • CPT vs. Warteliste/TAU ($k = 4$): $SMD = -1.03$, 95%-KI $[-1.45, -0.61]$ • CT vs. Warteliste/TAU ($k = 4$): $SMD = -1.33$, 95%-KI $[-1.80, -0.86]$ • PE vs. Warteliste/TAU ($k = 12$): $SMD = -1.59$, 95%-KI $[-2.05, -1.13]$ Weitere Metaanalysen zeigen: • Einige Evidenz für Effekte von NET, KVT ohne Traumafokus, PCT, Group TF-KVT, guided internet-basierte KVT	Low Quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (9) Nicht-doppelte Studien Selektion (10) Nicht-doppelte Datenextraktion (11) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Auschlüsse nicht begründet (12) Keine detaillierte Beschreibung eingeschlossener Studie (11) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Acarturk et al. (2016) Adenauer et al. (2011) Ahmadi et al. (2015) Akbarian et al. (2015) Asukai et al. (2010) Basoglu et al. (2005) Basoglu et al. (2007) Beck et al. (2009) Bichescu et al. (2007) Blanchard et al. (2003) Bradshaw et al. (2014) Brom et al. (1989) Bryant et al. (2003) Bryant et al. (2011) Buhmann et al. (2016) Butollo et al. (2016) Capezzani et al. (2013) Carletto et al. (2016) Carlson et al. (1998) Castillo et al. (2016) Chard (2005) Cloitre et al. (2002) Cloitre et al. (2010) Deville et al. (1998) Deville and Spence (1999) Dorrepal et al. (2012) Duffy et al. (2007) Dunne et al. (2012) Echeburua et al. (1997) Ehlers et al. (2005)

	• Mindestens 70 % primäre PTBS Diagnose (Dauer von mindestens drei Monaten; gemäß DSM oder ICD; ermittelt durch klinische Diagnosestellung oder etabliertes diagnostisches Interview) • Erwachsene (≥ 18 Jahre) Ausschlusskriterien: • Sekundäranalysen von Daten, die bereits in den Metaanalysen enthalten waren • Kein kontinuierliches Maß für den PTBS-Schweregrad nach Behandlung	• Gruppentherapien: Gruppen-TF-KVT, Gruppen- und Individual-TF-KVT, Interpersonelle Therapie in Gruppen, Gruppen-Stabilisierungstherapie, Supportive Counselling in Gruppen • Außerdem: Paar-KVT		• Neue Evidenz für Effekte von single-session KVT, RTM, VRE, WET, kombinierter Gruppen- und Individual-TF-KVT und Paar-KVT • Keine ausreichende Evidenz für die Wirksamkeit von BEP, Supportive Counselling, Interpersoneller Therapie in Gruppen, Gruppen-Stabilisierungstherapie, Supportive Counselling in Gruppen, OEI, Psychodynamische Therapie, Entspannungstraining und Psychoedukation • Keine Evidenz für einen Unterschied zwischen TF-KVT und KVT ohne Traumafokus	Ehlers et al. (2003) Ehlers et al. (2014) Falsetti et al. (2008) Fecteau and Nicki (1999) Feske (2008) Foa et al. (1991) Foa et al. (1999) Foa et al. (2005) Foa et al. (2018) Fonzo et al. (2017) Forbes et al. (2012) Ford et al. (2011) Ford et al. (2013) Galovski et al. (2012) Gamito et al. (2010) Gersons et al. (2000) Gray et al. (2017) Hensel-Dittmann et al. (2011) Hinton et al. (2005) Hinton et al. (2011) Hogberg et al. (2007) Hollifield et al. (2007) Ironson et al. (2002) Ivarsson et al. (2014) Jacob et al. (2014) Jensen (1994) Johnson et al. (2011) Johnson et al. (2016) Karatzias et al. (2011) Keane et al. (1989) Krupnick et al. (2008) Kubany et al. (2003) Kubany et al. (2004) Laugharne et al. (2016) Lee et al. (2002) Lewis et al. (2017) Littleton et al. (2016)

						Litz et al. (2007) Marcus et al. (1997) Markowitz et al. (2015) Marks et al. (1998) McDonagh et al. (2005) McLay et al. (2011) McLay et al. (2017) Monson et al. (2012) Monson et al. (2006) Morath et al. (2014) Mueser et al. (2008) Nacasch et al. (2011) Neuner et al. (2010) Neuner et al. (2008) Neuner et al. (2004) Nijdam et al. (2012) Pacella et al. (2012) Paunovic (2011) Peniston & Kulkosky (1991) Power et al. (2002) Rauch et al. (2015) Ready et al. (2010) Reger et al. (2016) Resick et al. (2015) Resick et al. (2002) Resick et al. (2017) Rothbaum (1997) Rothbaum et al. (2005) Sautter et al. (2015) Scheck et al. (1998) Schnurr et al. (2003) Schnurr et al. (2007) Schnyder et al. (2011) Sloan et al. (2012) Sloan et al. (2018) Spence et al. (2011)

						Stenmark et al. (2013) Suris et al. (2013) Taylor et al. (2003) Tylee et al. (2017) Vaughan et al. (1994) Wells et al. (2015) Wells and Sembi (2004) Yehuda et al. (2014) Zang et al. (2014) Zang et al. (2013) Zlotnick et al. (1997)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Mavranezouli et al., 2020 Psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: a network metaanalysis DOI: 10.1017/S0033291720000070	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) MEDLINE, Embase, PsycINFO, CINAHL und The Cochrane Library (2) Trial Register: ISRCTN und ClinicalTrials.gov Suchzeitraum: Bis 01/2018 Einschluss: - Mindestens 80 % der Teilnehmenden mit PTBS-Diagnose nach ICD oder DSM oder klinisch bedeutsame PTB-Symptome festgestellt mittels eines validierten Fragebogens - Erstlinien Therapien für Erwachsene Ausschlusskriterien: - Hypnotherapie, psychosoziale Interventionen (Meditation, achtsamkeitsbasierte Stressreduzierung, unterstützte Beschäftigung, Peer- und praktische Unterstützung)	Erstlinientherapien für PTBS verglichen untereinander oder mit TAU oder inaktiver Kontrollgruppe	- PTB-Symptomreduktion - Remissionsrate	1. Inkludierte Studien: $k = 186$ inkludiert, davon $k = 90$ Studien in der Netzwerk-Metaanalyse 2. Ergebnisse: Überlegenheit im Vergleich mit Warteliste hinsichtlich Symptomreduktion (mindestens 100 Teilnehmende) - EMDR vs. Warteliste: $SMD = -2.07$, 95%-KI $[-2.70, -1.44]$ - Kombination somatische/kognitive Therapien vs. Warteliste: $SMD = -1.69$, 95%-KI $[-2.66, -0.73]$ - TF-KVT vs. Warteliste: $SMD = -1.46$, 95%-KI $[-1.87, -1.05]$ - Selbsthilfe mit Unterstützung vs. Warteliste: $SMD = -1.46$, 95%-KI $[-2.33, -0.59]$ - Nicht-traumafokussierte KVT vs. Warteliste: $SMD = -1.22$, 95%-KI $[-1.95, -0.49]$ - TF-KVT mit SSRIs vs. Warteliste: $SMD = -1.21$, 95%-KI $[-2.35, -0.07]$ - Selbsthilfe ohne Unterstützung vs. Warteliste: $SMD = -0.91$, 95%-KI $[-1.67, -0.15]$ - Beratung vs. Warteliste: $SMD = -0.73$, 95%-KI $[-1.41, -0.05]$ Keine Überlegenheit von Psychoedukation im Vergleich zu Warteliste Subgruppenanalyse: Keine Überlegenheit der einzelnen TF-KVT Interventionen untereinander	Low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (10) Kein angemessenes RoB (11) Finanzierungsquellen nicht berichtet (12) Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (16) Publikationsbias nicht untersucht/ diskutiert	siehe Appendix 5: Characteristics of studies included in the network meta-analysis, and full references https://doi.org/10.1017/S0033291720000070

	und körperliche Interventionen (Bewegung, Yoga, Akupunktur, Bio-Neuro-Feedback und repetitive transkranielle Magnetstimulation) Detailliere Ein- und Ausschlusskriterien siehe Appendix 2: https://doi.org/10.1017/S0033291720000070			Zusammenfassend: EMDR und TF-KVT scheinen am wirksamsten Symptome zu reduzieren sowie Remissionsraten zu verbessern		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
McLean et al., 2022 DOI: 10.1016/j.cpr.2021.102115 Exposure therapy for PTSD: A meta-analysis	Systematic Review & Metaanalyse Database: (1) PsycINFO und Medline (2) Literaturverzeichnis früherer Reviews und relevanter Artikel Suchzeitraum: Bis 10/2020 Einschlusskriterien: - Studienteilnehmende sind Erwachsene mit PTBS-Diagnose - Mindestens eine Experimentalbedingung mit Exposition - Mindestens eine Kontrollbedingung ohne Exposition - RCTs - Sprache: Englisch Ausschlusskriterien:-	Expositionstherapie verglichen mit passiven und aktiven Kontrollgruppen	PTB-Symptome	1. Inkludierte Studien: $N = 65$ RCTs 2. Ergebnisse: - Große signifikante Effekte von Expositionstherapie verglichen mit Warteliste ($g = 1.524$, 95%-KI [1.235, 1.814], $n = 35$) und TAU ($g = 1.248$, 95%-KI [0.684, 1.813], $n = 10$) - Kleiner signifikanter Effekt von Expositionstherapie verglichen mit nicht-traumafokussierter Therapie ($g = 0.301$, 95%-KI [0.16, 0.436], $n = 35$) - Keine Überlegenheit von Expositionstherapie verglichen mit Medikamenten ($g = 0.145$, 95%-KI [-0.312, 0.602], $n = 4$) und traumafokussierter Therapie ($g = -0.154$, 95%-KI [-0.56, 0.257], $n = 8$) - Paarweise Vergleiche: NET ($g = 1.297$, 95%-KI [0.729, 1.865], $n = 13$) und EMDR ($g = 1.060$, 95%-KI [0.589, 1.531], $n = 17$ Studien) effektiver als die anderen Expositionstherapien ($g = 0.469$, 95%-KI [0.221, 0.717], $n = 29$, $p = .009$ und $Q(1) = 4.696$, $p = .030$) - Anzahl der geplanten Sitzungen als signifikanter Moderator	Low quality Systematic Review & Metaanalyse Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (8) Keine detaillierte Beschreibung eingeschlossener Studien (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Asukai et al. (2010) Paunovi et al. (2011) Zang et al. (2014) Adenauer et al. (2011) Sloan et al. (2012) Acarturk et al. (2016) Nacasch et al. (2011) Power et al. (2002) Rothbaum et al. (1997) Rothbaum et al. (2005) Zang et al. (2013) Rousseau et al. (2019) Fecteau et al. (1999) Alghamdi et al. (2015) Fonzo et al. (2017) Wells et al. (2015) Neuner et al. (2004) Foa et al. (1999) Basoglu et al. (2007) Neuner et al. (2010) Resick et al. (2002) Bryant et al. (2003) Marks et al. (1998) Rauch et al. (2015) Carlson et al. (1998) Hensel-Dittmann et al. (2011) Schaal et al. (2009) Markowitz et al. (2015) Nijdam et al. (2012) Beck et al. (2009) Hogberg et al. (2007) Brom et al. (1989)

						Reger et al. (2016) Foa et al. (1991) Marcus et al. (1997) Stenmark et al. (2013) Van der Kolk et al. (2007) Foa et al. (2005) McLay et al. (2011) Foa et al. (2018) Nidich et al. (2018) Frommberger et al. (2004) Ghadoori et al. (2017) Schnurr et al. (2007) Myahira et al. (2012) Deville et al. (1998) McDonagh et al. (2005) Jacob et al. (2014) Zoellner et al. (2019) Jensen (1994) Thorp et al. (2019) Glynn et al. (1999) Ready et al. (2018) Schnurr et al. (2003) Lely et al. (2019) Yehuda et al. (2014) Carletto et al. (2016) Taylor et al. (2003) Tarrier et al. (1999) Neuner et al. (2008) Ter Heide et al. (2016) Popiel et al. (2015) Resick et al. (2008) Sloan et al. (2011) Sloan et al. (2018)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Mello et al., 2013 DOI: 10.2190/PM.46.4.b An update on the efficacy of cognitive-behavioral therapy, cognitive therapy, and exposure therapy for post-traumatic stress disorder	Systematic Review Database: (1) Medline, Embase, Cochrane (2) Literaturverzeichnis früherer Reviews und relevanter Artikel Suchzeitraum: 2006–09/2013 Einschlusskriterien: - Studien enthielten KVT, CT oder ET und haben diese miteinander, mit anderen etablierten Therapien oder mit passiven Kontrollgruppen verglichen Ausschlusskriterien: - Studien mit Tieren, Kindern oder mit Teilnehmenden ohne PTBS-Diagnose nach DSM-IV - Reviews, Fallstudien - Studien mit JADAD Score unter 3	KVT, kognitive Therapie (CT), Expositionstherapie, andere Therapien (EMDR, Skills Training, PCT, Psychoedukation, TAU...)	- PTB-Symptome - Dropout	1. Inkludierte Studien: $N = 29$ RCTs 2. Ergebnisse: KVT vs. Expositionstherapie: $n = 1$, kein signifikanter Unterschied zwischen CT und schriftlichen Bericht des Traumas KVT vs. CT: $n = 1$, kein signifikanter Unterschied KVT vs. andere Therapien: $n = 7$, Vergleich von KVT mit anderen Therapien wie EMDR, supportive counseling (SC), TAU; signifikante Überlegenheit von KVT im Vergleich mit TAU und SC, heterogene Befunde im Vergleich mit EMDR KVT vs. passive Kontrolle: $n = 7$, Höhere Symptomreduktion in der KVT-Gruppe, jedoch auch teilweise höheres Dropout Expositionstherapie vs. CT: $n = 2$, kein signifikanter Unterschied, CT als Ersatz wenn Patient:innen sich gegen Exposition entscheiden Expositionstherapie vs. andere Therapien: $n = 9$ Studien; insgesamt erzielt Expositionstherapie höhere Symptomreduktion Expositionstherapie vs. passive Kontrolle: $n = 6$, über alle Studien hinweg war Expositionstherapie hinsichtlich der Symptomreduktion überlegen; teilweise höhere Dropout-Raten	Critically low quality Systematic Review Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (3) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (7) Nicht-doppelte Datenextraktion (8) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (11) Kein angemessenes RoB (12) Finanzierungsquellen nicht berichtet (14) RoB wurde nicht interpretiert/ diskutiert (15) Heterogenität wurde nicht interpretiert/ diskutiert (17) Interessenskonflikte nicht angegeben	Asukai et al. (2010) Basoglu et al. (2006) Beck et al. (2009) Bichescu et al. (2006) Cloitre et al. (2010) Coffey et al. (2006) Cottraux (2008) Difede et al. (2007) Duffy et al. (2007) DuHamel et al. (2010) Ertl et al. (2011) Falsetti et al. (2008) Forbes et al. (2012) Hien et al. (2009) Hinton et al. (2009) Karatzias et al. (2007) Knaevelsrud & Maercker (2007) Litz et al. (2007) Maercker et al. (2006) Monson et al. (2006) Nacasch et al. (2011) Neuner et al. (2008) Nijdam et al. (2012) Pacella et al. (2012) Ready et al. (2010) Resick et al. (2008) Schnurr et al. (2007) Shalev et al. (2012) Sijbrandij et al. (2007)

				• CT vs. passive Kontrolle: $n = 2$ Studien, signifikante Überlegenheit von CT in beiden Studien hinsichtlich der Reduktion der PTB-Symptome, keine Unterschiede hinsichtlich des Dropouts		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Tran & Gregor, 2016 DOI: 10.1186/s12888-016-0979-2 The relative efficacy of bona fide psychotherapies for post-traumatic stress disorder: a meta-analytical evaluation of randomized controlled trials	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) 15 Studien aus Benish et al. (2008) übernommen (2) MEDLINE, Cinahl Health, Psychology and Behavioral Sciences Collection, PsycINFO, PsycArticles, PubMed, Social Sciences Fulltext, und Web of Knowledge und Web of Science (3) Literaturverzeichnis früherer Reviews und relevanter Artikel Suchzeitraum: - Einschlusskriterien: • RCTs • Vergleich von mindestens zwei bona fide Psychotherapien • Therapiedauer von mindestens zwei Sitzungen • Erwachsene mit PTBS-Diagnose nach DSM-III oder DSM-IV Ausschlusskriterien:-	Vergleich untereinander: Expositionstherapie, prolongierte Exposition (PE), Expositionstherapie mit PE kombiniert (EXPE), EMDR, KVT, present-centered therapies (PCT) (KVT z. B. Exposition, Seeking Safety, Image Rehearsal)	Zielgrößen: • PTB-Symptome • Symptome komorbider Störungen • Trauma-spezifische Symptome • Allgemeine Symptombelastung • Funktionsniveau • Lebensqualität (Anmerkung: mehrere sekundäre Outcomes wurden innerhalb einer Studie gemittelt) Erstes Follow-up: Zwischen ein und 15 Monate, 4.7 Monate im Durchschnitt Zweites Follow-up: Zwischen sechs und 24 Monaten, 10 Monate im Durchschnitt	1. Inkludierte Studien: $N = 22$ RCTs 2. Ergebnisse: Post-Messung • Insgesamt keine signifikante Überlegenheit einer Therapie gegenüber den Vergleichstherapien hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen und sekundärer Outcomes ($g = -0.02$ bis 0.10), aber tendenziell PCT weniger wirksam ($g = -0.17$, 95%-KI $[-0.32, 0.00]$) • Signifikante Überlegenheit von traumafokussierter Therapie im Vergleich mit nicht-traumafokussierter Therapie hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen ($g = 0.14$, 95%-KI $[0.01, 0.27]$) Erstes Follow-up • Insgesamt keine signifikante Überlegenheit einer Therapie gegenüber den Vergleichstherapien hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen und sekundärer Outcomes ($g = -0.04$ bis 0.10), aber tendenziell traumafokussierte KVT mit Exposition wirksamer ($g = 0.13$, 95%-KI $[0.00, 0.26]$) und PCT signifikant weniger wirksam ($g = -0.17$, 95%-KI $[-0.30, -0.04]$) hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen	Low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/nicht auf Abweichung eingegangen (5) Nicht-doppelte Studienelektion (6) Nicht-doppelte Datenextraktion (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Brom et al. (1989) Bryant et al. (2008) Cook et al. (2010) Cottraux et al. (2008) Deville & Spence (1999) Foa et al. (1991) Foa et al. (1999) Hien et al. (2004) Ironson et al. (2002) Lee et al. (2002) Marks et al. (1998) Mc Donagh et al. (2005) Neuner et al. (2004) Paunovic & Öst (2001) Power et al. (2002) Ready et al. (2010) Resick et al. (2002) Rothbaum et al. (2005) Schnurr et al. (2003) Schnurr et al. (2007) Tarrier et al. (1996) Taylor et al. (2003)

				• Signifikante Überlegenheit von traumafokussierter Therapie im Vergleich mit nicht-traumafokussierter Therapie hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen ($g = 0.17$, 95%-KI [0.05, 0.28]) Zweites Follow-Up • Insgesamt keine signifikante Überlegenheit einer Therapie gegenüber den Vergleichstherapien hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen und sekundärer Outcomes ($g = 0.02$ bis $g = 0.30$) • Signifikante Überlegenheit von traumafokussierter Therapie im Vergleich mit nicht-traumafokussierter Therapie hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen ($g = 0.23$, 95%-KI [0.01, 0.46]) <i>Anmerkung: Sekundäre Outcomes nicht einzeln berichtet</i>		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Yunitri et al., 2023 DOI: 10.1017/S0033291722003737 Comparative effectiveness of psychotherapies in adults with posttraumatic stress disorder: a network meta-analysis of randomised controlled trials	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Cochrane library, Embase, Medline-OVID, PubMed, Scopus und PsycInfo (2) Google Scholar (3) Literaturverzeichnisse früherer Metaanalysen/ systematischer Reviews Suchzeitraum: Bis 01/2021 Einschlusskriterien: • Erwachsene mit PTBS als primäre Diagnose • Interventionen: CPT, CT, EMDR, NET, PE, KVT, present centered therapy (PCT), BEP, psychodynamische Therapie (PDT) oder Kombinationen • Vergleichsbedingung Warteliste, standard care/TAU, andere von den Leitlinienempfohlene Behandlungen (CPT, CT, EMDR, NET, PE, KVT, PCT, BEP, PDT) Ausschlusskriterien:-	• Vergleich von neun Therapien: (1) CPT (2) CT (3) EMDR (4) NET (5) PE (6) KVT (7) PCT (8) BEP (9) PDT • Kontrolle: Nicht-Behandlung, TAU	• PTB-Symptomreduktion • Remissionsrate • Retention-Rate • Angstsymptome • Depressionssymptome	1. Inkludierte Studien: $k = 98$ Studien 2. Ergebnisse: PTB-Symptome: • Signifikante mittlere bis große Effekte von CPT, CT, NET, EMDR, PE, KVT und PCT (SMD-Range-1.53 bis-0.75, $k = 89$) • Keine signifikante Überlegenheit von BEP und TAU • PDT positive Richtung • Ranganalyse: CPT, EMDR und CT wirksamste Therapien, dann NET und PE gefolgt von KVT und PCT • < 6 Monate FU ($k = 30$ Studien): EMDR, CPT, CT, KVT, PE und NET signifikanter mittlerer bis hoher Effekt (SMD-Range-1.02 bis-0.39) mit moderater Heterogenität ($I^2 = 55.9\%$), dabei EMDR und CPT am effektivsten, dann CT und KVT und schließlich PE und PCT • Im ≥ 6 Monate FU ($k = 19$ Studien): CPT und EMDR signifikanter mittlerer bis hoher Effekt (SMD-Range-0.85 bis-0.64) mit moderater Heterogenität ($I^2 = 86.9\%$); PE, KVT, PCT, CT, BEP und PDT kein signifikanter Effekt Sekundäre Outcomes • Remissionsrate ($k = 46$): NET, CPT, EMDR, KVT, PE, BEP, CT und PCT signifikanter Effekt (RR-Range	High quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (11) Finanzierungsquellen nicht berichtet	siehe Supplement 5

				5.51 bis 1.70) mit hoher Heterogenität ($I^2 = 77.6\%$), dabei NET, EMDR und CPT am effektivsten, dann KVT und PE, schließlich BEP und CT und letztlich PCT • Retention-Rate ($k = 78$): Kein signifikanter Unterschied zu Nicht-Behandlung von CT, NET, EMDR, PCT, PDT, CPT und BEP (RR-Range 1.00 bis 0.79) mit moderater Heterogenität ($I^2 = 62.8\%$); KVT und PE signifikant • Angstsymptome ($k = 48$): NET, CT, KVT, EMDR und PE signifikanter mittlerer bis großer Effekt (SMD-Range -1.25 bis -0.52) mit hoher Heterogenität ($I^2 = 92.9\%$); im FU EMDR, KVT und CT signifikant • Depressionssymptome ($k = 68$): CPT, CT, EMDR, NET, PE und KVT signifikanter mittlerer bis großer Effekt (SMD-Range -1.46 bis -0.70) mit hoher Heterogenität ($I^2 = 80.7\%$); im FU CPT, EMDR und KVT signifikant Zusammenfassend: CPT, CT, EMDR und NET scheinen die effektivsten Psychotherapien zu sein		

Primärevidenz

N = 13 inkludierte Studien

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Bisson et al., 2013 DOI: 10.1002/1465 1858.CD00338 8.pub4. Psychological therapies for chronic post- traumatic stress disorder (PTSD) in adults	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE und PsycINFO über Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group's Specialised Register (2) Journal of Traumatic Stress, ISTSS Treatment Guidelines (3) Manuelle Suche in zentralen Journals, in Konferenzbeiträgen und anderen systematischen Reviews und Metaanalysen (4) Kontakt zu Expert:innen des Forschungsfelds (5) Überprüfung der Literaturverzeichnisse der inkludierten Studien (6) Studienregister: World Health Organization's trials portal (ICTRP), ClinicalTrials.gov, Pharmaunternehmen (7) graue Literatur Suchzeitraum:	Interventionen: - Individuelle TF-KVT: 49 Studien - Non-TF-KVT: 8 Studien - EMDR: 16 Studien - Gruppen TF-KVT: 10 Studien - Andere Therapieformen: 9 Studien Messzeitpunkte: - Nach Behandlungsende (BE) - Follow-up ein bis vier Monate (FU 1-4) - Follow-up fünf bis acht Monate (FU 5-8) - Follow-up neun bis zwölf Monate (FU 9-12)	PICO-relevante primäre Zielgröße(n): - PTB-Symptomschwere bewertet durch Kliniker:in PICO-relevante Sekundäre Zielgröße(n): - Depressivität - Angstsymptome - PTBS-Diagnose nach der Behandlung - PTB-Symptomschwere (Selbstbeurteilung) Nicht PICO-relevante Zielgrößen: - Nachteilige Auswirkungen - Dropout-Quoten	1. Inkludierte Studien: 70 (davon RCTs: 70) 2. Ergebnisse: EMDR vs. individual TF-KVT: PTB-Symptome (Kliniker:in) - BE (k = 7): kein Unterschied - FU 1-4 (k = 3): kein Unterschied PTB-Symptome (Selbstbericht) - BE (k = 7): kein Unterschied - FU 1-4 (k = 5): kein Unterschied PTBS-Diagnose - BE (k = 8): Kein Unterschied Depressivität: - BE (k = 8): Kein Unterschied - FU 1-4 (k = 5): Kein Unterschied Angstsymptome - BE (k = 5): EMDR überlegen (SMD = -0.28, 95%-KI [-0.53, 0.02]) - FU 1-4 (k = 2): kein Unterschied EMDR vs. Gruppen TF-KVT - Keine Studien gefunden	High quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (18) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Adenauer et al. (2011) Asukai et al. (2010) Basoglu et al. (2005) Basoglu et al. (2007) Beck et al. (2009) Bichescu et al. (2007) Blanchard et al. (2003) Brom et al. (1989) Bryant et al. (2003) Bryant et al. (2011) Carlson et al. (2008) Chard (2005) Cloitre et al. (2002) Cloitre et al. (2010) Cooper et al. (1989) Deville et al. (1998) Deville et al. (1999) Duffy et al. (2007) Dunne et al. (2012) Echeburua et al. (1997) Ehlers et al. (2003) Ehlers et al. (2005) Fecteau et al. (1999) Feske et al. (2008) Foa et al. (1991) Foa et al. (1999) Foa et al. (2005) Forbes et al. (2012) Galovski et al. (2012) Gamito et al. (2010) Gersons et al. (2000)

	Bis 04/2013 Einschlusskriterien: • RCTs, Cluster-RCTs und cross-over Studien mit psychologischer Therapie von chronischer PTBS in Erwachsenen (ab 18 Jahren) • Mindestens 70 % der Teilnehmenden mussten eine PTBS Diagnose haben (nach DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, ICD-9 oder ICD-10) • PTBS als Primärdiagnose • Interventionen: TF-KVT, EMDR, non-TF-KVT, Gruppen TF-KVT, Gruppen non-TF-KVT, andere psychologische Therapien Ausschlusskriterien: • Einschlusskriterien nicht erfüllt					Hensel-Dittmann et al. (2011) Hinton et al. (2005) Hinton et al. (2011) Hogberg et al. (2007) Hollifield et al. (2007) Ironson et al. (2002) Jensen et al. (1994) Keane et al. (1989) Kearney et al. (2013) Karkow et al. (2000) Karkow et al. (2001) Kubany et al. (2003) Kubany et al. (2004) Lee et al. (2002) Lindauer et al. (2005) Marcus et al. (1997) Marks et al. (1998) McDonagh et al. (2005) Monson et al. (2006) Mueser et al. (2008) Neuner et al. (2004) Neuner et al. (2008) Neuner et al. (2010) Nijdam et al. (2012) Paunovic et al. (2011) Peniston et al. (1991) Power et al. (2002) Ready et al. (2010) Resick et al. (2002) Rothbaum et al. (1997) Rothbaum et al. (2005) Scheck et al. (1998) Schnurr et al. (2003) Schnurr et al. (2007) Taylor et al. (2003) Vaughan et al. (1994)

						Wells et al. (2012) Zang et al. (2013) Zlotnick et al. (1997)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Cusack et al., 2016 DOI: 10.1016/j.cpr.2015.10.003 Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) MEDLINE, Cochrane Library, PILOTS database, CINAHL, PsycINFO, EMBASE, Web of Science, International Pharmaceutical Abstracts (2) Manuelle Suche in Literaturverzeichnissen von Reviews und eingeschlossenen Trials (3) Suche nach unveröffentlichten Studien über ClinicalTrials.gov, die Website der Food and Drug Administration, und die International Clinical Trials Registry Platform der Weltgesundheitsorganisation Suchzeitraum: Bis 05/2014 Einschlusskriterien: - Englischsprachiger Artikel - RCT mit einer Mindestdauer von 4 Wochen	60 Studien untersuchten psychologische Behandlungen - Eine Studie verglich psychologische und pharmakologische Behandlungen - Drei Studien untersuchten Kombinationen von psychologischen und pharmakologischen Behandlungen im Vergleich zu einer der beiden Behandlungen allein Psychologische Interventionen: - Cognitive processing therapy - Kognitive Therapie - Kognitive Kombinationstherapie - KVT-Exposition - KVT-Mixed - EMDR - NET - Brief electric psychotherapy) - Entspannungstraining - Seeking safety	- PTB-Symptome - Depressionssymptome - Angstsymptome - Lebensqualität - Funktionsniveau	1. Inkludierte Studien: - Qualitative Synthese: 64 RCTs - Quantitative Synthese: 31 RCTs 2. Ergebnisse: Allgemeine Wirksamkeit Kognitive Therapien: Evidenz unterstützt die Wirksamkeit kognitiver Therapien für (1) die Verbesserung von PTB-Symptomen (2) Verlust der PTBS-Diagnose (3) Verbesserung von Depressions- (4) und Angstsymptomen Expositionstherapie: Evidenz unterstützt die Wirksamkeit von Expositionstherapie für (1) die Verbesserung von PTB-Symptomen, (2) Verlust der PTBS-Diagnose, (3) Verbesserung von Depressionssymptomen für Personen mit PTBS KVT-mixed: Evidenz unterstützt die Wirksamkeit von KVT-mixed Interventionen für (1) die Verbesserung und PTB-Symptomen, (2) Verlust der PTBS-Diagnose, (3) Verbesserung von Depressions- und (4) Angstsymptomen EMDR: Evidenz unterstützt die Wirksamkeit von EMDR für (1) die Verbesserung von PTB-Symptomen, (2) Verlust der PTBS-	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (4) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (11) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (12) Keine detaillierte Beschreibung eingeschlossener Studien (14) Finanzierungsquellen nicht berichtet (15) Keine angemessenen statistischen Methoden verwendet (18) Heterogenität wurde nicht interpretiert/ diskutiert (19) Publikationsbias nicht untersucht/ diskutiert	Asukai et al. (2010) Basoglu et al. (2007) Blanchard et al. (2003) Boden et al. (2012) Bryant et al. (2003) Bryant et al. (2008) Carlson et al. (1998) Chard et al. (2005) Cloitre et al. (2002) Cloitre et al. (2010) Cook et al. (2010) Cottraux et al. (2008) Dunne et al. (2012) Ehlers et al. (2003) Ehlers et al. (2005) Ehlers et al. (2014) Fecteau & Nicki (1999) Foa et al. (1999) Foa et al. (2005) Foa et al. (2013) Forbes et al. (2012) Ford et al. (2011) Gamito et al. (2010) Gersons et al. (2000) Hien et al. (2004) Hien et al. (2009) Hinton et al. (2005) Hinton et al. (2009) Hinton et al. (2011) Hogberg et al. (2007) Hollifield et al. (2007) Johnson et al. (2011) Krakow et al. (2001) Kruse et al. (2009) Kubany et al. (2003)

	• Erwachsene Teilnehmer:innen mit PTBS gemäß den DSM-Kriterien (bis DSM-IV) • Untersuchung geeigneter psychologischer Interventionen im Vergleich zu einer Warteliste, üblicher Behandlung, keiner Intervention, Placebo oder einer anderen psychologischen oder pharmakologischen Intervention • FU mindestens vier Wochen nach Therapieende • Inkludierte psychologische Behandlungen: Brief Eclectic Psychotherapy (BEP), Cognitive Behavioral Therapy (KVT), Cognitive Therapy (CT), Cognitive Processing Therapy (CPT), Cognitive Restructuring (CR), Coping Skills Therapy, Stress Inoculation Therapy, Exposure Therapy, Prolonged Exposure (PE), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Hypnotherapy,	• Stressimpfungstraining		Diagnose, (3) Verbesserung der Depressionssymptome • NET: Evidenz unterstützt die Wirksamkeit von NET für (1) die Verbesserung von PTB-Symptomen und (2) den Verlust der PTBS-Diagnose • Electric psychotherapy: Evidenz unterstützt die Wirksamkeit für (1) die Verbesserung von PTB-Symptomen, (2) den Verlust der PTBS-Diagnose, (3) die Verbesserung von Depressions- und (4) Angstsymptomen • Coping skills: Nicht genug Evidenz, um die Wirksamkeit von Stressimpfungs- oder Entspannungstraining zu bestimmen Vergleichende Wirksamkeit • Allgemein zu wenig Evidenz, um die Wirksamkeit von Interventionen zu vergleichen • Vergleichbare Wirksamkeit von Expositionstherapie und Kognitiver Therapie • Überlegenheit von Expositionstherapie im Vergleich zu Entspannungstraining		Kubany et al. (2004) Liedl et al. (2011) Lindauer et al. (2005) Litz et al. (2007) Marks et al. (1998) McDonagh et al. (2005) Mills et al. (2012) Monson et al. (2006) Mueser et al. (2008) Nacasch et al. (2011) Neuner et al. (2004) Neuner et al. (2008) Neuner et al. (2010) Nijdam et al. (2012) Resick et al. (2002) Rothbaum et al. (1997) Rothbaum et al. (2005) Rothbaum et al. (2006) Sannibale et al. (2013) Schneier et al. (2012) Schnurr et al. (2003) Schnurr et al. (2007) Schnyder et al. (2011) Spence et al. (2011) Tarrier et al. (1999) Taylor et al. (2003) Van der Kolk et al. (2007) Van Emmerik et al. (2008) Zlotnick et al. (2009)

	Interpersonal Therapy, Psychodynamic Therapy, Narrative Exposure Therapy (NET) • Mind. einer der folgenden Endpunkte bewertet: PTBS-Symptome, Remission (keine Symptome mehr), Verlust der PTBS-Diagnose, Lebensqualität, Behinderung oder funktionelle Beeinträchtigung, Rückkehr zur Arbeit oder zum aktiven Dienst oder unerwünschte Ereignisse Ausschlusskriterien:-					

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Gerger et al., 2014 DOI: 10.1017/S0033291714000853 Integrating fragmented evidence by network meta-analysis: relative effectiveness of psychological interventions for adults with post-traumatic stress disorder	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) EMBASE, Medline, PsycINFO, Cochrane Controlled Trials Register und PSYNDX (2) Literaturverzeichnis früherer Reviews und Metaanalysen Suchzeitraum: 1980–2010 Einschlusskriterien: • PTBS-Diagnose oder subklinische PTBS • Psychologische Intervention verglichen mit Warteliste oder mit unspezifischer Intervention • Geeignete Interventionen: Einzelsetting, Face-to-Face, primärer Fokus auf PTBS Ausschlusskriterien:-	Vergleich von psychologischen Interventionen: KVT (incl. Stress inoculation training), CT, EMDR, Expositionstherapie (ET), other psychological intervention (OPI), stress management (SM), Supportive Therapie (ST)	• PTB-Symptome	1. Inkludierte Studien: $N = 66$ RCTs 2. Ergebnisse: • Große Effektstärken von KVT, CT, EMDR, ET, OPI im Vergleich mit Warteliste ($ES = -1.10$ bis -1.37) • Moderate Effektstärken von ST ($ES = -0.62$) und SM ($ES = -0.58$) im Vergleich mit Warteliste • Beim Vergleich untereinander ist nur EMDR ($ES = -1.37$) ST ($ES = -0.62$) überlegen	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (3) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (8) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Kein angemessenes RoB (11) Finanzierungsquellen nicht berichtet (14) RoB wurde nicht interpretiert/ diskutiert	siehe <i>Appendix References</i> in http://dx.doi.org/10.1017/S0033291714000853

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Hoppen et al., 2023 DOI: 10.1037/ccp0000809 The Efficacy and Acceptability of Psychological Interventions for Adult PTSD: A Network and Pairwise Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Ergebnisse aus der Suche von Morina et al. (2021) (2) MEDLINE, APA PsycInfo, Web of Science, und PTSDpubs (3) Literaturverzeichnis anderer Reviews und Metaanalysen (4) Trial Register U.S. VA Suchzeitraum: 09/2021–04/2022 Einschlusskriterien: • RCTs mit mindestens einem Arm psychologische Intervention verglichen mit passiver oder aktiver Kontrollgruppe oder anderer Intervention • Mittleres Alter der Teilnehmenden 18 Jahre oder älter • Mindestens zehn Teilnehmende pro Vergleichsgruppe • PTBS als primäre Diagnose und Behandlungsschwerpunkt	TF-KVT, EMDR, andere traumafokussierte psychologische Interventionen (TF-PI; i.e., non-TF-KVT und non-EMDR interventions mit Traumafokus; z. B. imagery rehearsal therapy), nicht-traumafokussierte psychologische Interventionen (Non-TF-PI; z. B. present-centered therapy) Dabei ist in TF-KVT zusammengefasst: Kognitive Therapie, Prolonged Exposure, narrative Expositionstherapie Kontrollbedingungen: Unterscheidung zwischen aktiven Kontrollbedingungen (ACC; supportive counseling, TAU) und passiven Kontrollbedingungen (PCC; Warteliste, minimale Aufmerksamkeit)	• PTB-Symptome (kurz-, mittel- und langfristig) FU1: ≤ 5 Monate nach Behandlungsende FU2: > 5 Monate nach Behandlungsende	1. Inkludierte Studien: $N = 157$ RCTs 2. Ergebnisse: Post-Treatment • Vergleich mit PCC TF-KVT $SMD = 1.14$, 95%-KI [1.01, 1.26], $k = 53$ EMDR $SMD = 1.06$, 95%-KI [0.84, 1.28], $k = 7$ TF-PIs $SMD = 0.83$, 95%-KI [0.56, 1.11], $k = 6$ Non-TF-PIs $SMD = 0.96$, 95%-KI [0.81, 1.12], $k = 18$ • Vergleich mit ACC TF-KVT $SMD = 0.60$, 95%-KI [0.46, 0.75], $k = 31$ EMDR $SMD = 0.53$, 95%-KI [0.31, 0.75], $k = 11$ TF-PIs $SMD = 0.30$, 95%-KI [0.01, 0.60], $k = 1$ Non-TF-PIs $SMD = 0.43$, 95%-KI [0.27, 0.60], $k = 16$ • Vergleich mit EMDR TF-KVT $SMD = 0.07$, 95%-KI [-0.14, 0.28], $k = 10$ TF-PIs $SMD = -0.23$, 95%-KI [-0.54, 0.08], $k = 2$ Non-TF-PIs $SMD = -0.10$, 95%-KI [-0.33, 0.14], $k = 1$ • Vergleich mit TF-PIs TF-KVT $SMD = 0.30$, 95%-KI [0.02, 0.58], $k = 2$ Non-TF-PIs $SMD = 0.13$, 95%-KI [-0.16, 0.42], $k = 2$	Low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (9) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (12) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Siehe Supplement (Chapter F) https://supp.apa.org/psycarticles/supplemental/ccp0000809/ccp0000809_supp.html

	- Mindestens 70 % der Teilnehmenden mit PTBS-Diagnose nach ICD oder DSM Ausschlusskriterien: - Komorbide Gehirnverletzung und Substanzabhängigkeit			- Vergleich mit Non-TF-Pls TF-KVT <i>SMD</i> = 0.17, 95%-KI [0.03, 0.31], <i>k</i> = 25 > 5 Monate Follow-Up - Vergleich mit PCC TF-KVT <i>SMD</i> = 0.71, 95%-KI [0.43, 0.98], <i>k</i> = 5 EMDR <i>SMD</i> = 0.43, 95%-KI [0.01, 0.83], <i>k</i> = 1 TF-Pls <i>SMD</i> = 0.62, 95%-KI [0.18, 1.05], <i>k</i> = 0 Non-TF-Pls <i>SMD</i> = 0.51, 95%-KI [0.19, 0.82], <i>k</i> = 0 - Vergleich mit ACC TF-KVT <i>SMD</i> = 0.71, 95%-KI [0.53, 0.90], <i>k</i> = 15 EMDR <i>SMD</i> = 0.43, 95%-KI [0.02, 0.83], <i>k</i> = 0 TF-Pls <i>SMD</i> = 0.62, 95%-KI [0.23, 1.02], <i>k</i> = 0 Non-TF-Pls <i>SMD</i> = 0.52, 95%-KI [0.29, 0.75], <i>k</i> = 1 - Vergleich mit EMDR TF-KVT <i>SMD</i> = 0.29, 95%-KI [-0.07, 0.65], <i>k</i> = 2 TF-Pls <i>SMD</i> = 0.20, 95%-KI [-0.21, 0.60], <i>k</i> = 1 Non-TF-Pls <i>SMD</i> = 0.09, 95%-KI [-0.30, 0.48], <i>k</i> = 0 - Vergleich mit TF-Pis TF-KVT <i>SMD</i> = 0.09, 95%-KI [-0.26, 0.44], <i>k</i> = 2 Non-TF-Pls <i>SMD</i> = -0.11, 95%-KI [-0.49, 0.28], <i>k</i> = 0 - Vergleich mit Non-TF-Pls TF-KVT <i>SMD</i> = 0.20, 95%-KI [0.04, 0.35], <i>k</i> = 13		

				<i>Anmerkung:</i> k = Anzahl der direkten Vergleiche; positive (negative) SMD spricht für die Psychologische Intervention (Vergleichsgruppe) des jeweiligen Vergleichs		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Hudays et al., 2022 Eye Movement Desensitization and Reprocessing versus Cognitive Behavior Therapy for Treating Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis DOI: 10.3390/ijerph192416836	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, PubMed, PsychINFO, Global Health via OvidSP (1910–present) und Scopus (2) Graue Literatur (3) Schneeballsystem Suchzeitraum: 01/2010–12/2020 Einschlusskriterien: - Teilnehmende: Kinder, Jugendliche oder Erwachsene mit PTBS-Diagnose - Verwendung von validierten Messinstrumenten - RCTs, welche EMDR und KVT vergleichen - Veröffentlichung auf Englisch - Publiziert zwischen 2010 und 2020 Ausschlusskriterien: - PTBS nicht im Fokus der Intervention	KVT verglichen mit EMDR	- PTB-Symptome - Depressionssymptome - Angstsymptome	1. Inkludierte Studien: $N = 8$ RCTs 2. Ergebnisse: PTB-Symptome: - Keine signifikanten Unterschiede zwischen EMDR und KVT zum Post-Treatment ($SMD = -0.14$, 95%-KI [-0.48, 0.21], $n = 7$) - Kein signifikanter Unterschied zwischen EMDR und KVT zum 3-Monats-Follow-Up ($SMD = -1.09$, 95%-KI [-4.63, 2.46], $n = 2$) Depressionssymptome: - Signifikante Überlegenheit von EMDR im Vergleich mit KVT zum Post-Treatment ($SMD = -2.43$, 95%-KI [-3.93, -0.94], $n = 3$), aber nicht zum 6-Monats-Follow-Up ($SMD = -5.10$, 95%-KI [-13.29, 23.49], $n = 1$) Angstsymptome: - Signifikante Überlegenheit von EMDR im Vergleich mit KVT zum Post-Treatment ($SMD = -3.99$, 95%-KI [-5.47, -2.52], $n = 3$), aber nicht zum 3-Monats-Follow-Up ($SMD = -3.49$, 95%-KI [-10.28, 3.30], $n = 3$)	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (4) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (11) Nicht-doppelte Studienelektion (12) Nicht-doppelte Datenextraktion (13) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (20) Finanzierungsquellen nicht berichtet (21) Keine angemessenen statistischen Methoden verwendet (22) Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (23) RoB wurde nicht interpretiert/ diskutiert (24) Heterogenität wurde nicht interpretiert/ diskutiert	De Roos et al. (2011) Nijdam et al. (2012) Diehle et al. (2015) Deville et al. (1999) Van den Berg et al. (2015) De Bont et al. (2016) De Roos et al. (2017) Nijdam et al. (2018) Stanbury & Drummond (2020)

	• Andere psychotherapeutische Verfahren • Andere Sprache • Bücher, Meinungsartikel					

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Jericho et al., 2021 DOI: 10.1111/acps.13366 Trauma-focused psychotherapies for post-traumatic stress disorder: A systematic review and network meta-analysis	Systematic Review & Meta-analysis Databases: EMBASE, PsychINFO, PTSDpubs & PubMed Suchzeitraum: Bis 01/2020 Einschlusskriterien: • RCTs, die bona-fide Psychotherapien mit einer Kontrollgruppe oder einer anderen Psychotherapie vergleichen • Beschreibung der Therapie muss mindestens zwei der folgenden Bedingungen erfüllen: (1) Verweis auf eine etablierte Schule oder einen etablierten Ansatz der Psychotherapie; (2) Beschreibung der Therapie, die einen Verweis auf einen psychologischen Prozess enthält; (3) Verweis auf ein Behandlungsmaterial, das als Leitfaden für die Durchführung der Behandlung verwendet wurde; (4)	• Brief Eclectic Therapy (BET, $k = 2$) • Kognitive Verhaltenstherapie (KVT, $k = 18$) • Cognitive Processing Therapy (CPT, $k = 5$) • Kognitive Therapie (CT, $k = 5$) • Dialogical Exposure Therapy (DET, $k = 1$) • Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR, $k = 18$) • Interpersonelle Therapie (IPT, $k = 1$) • Metakognitive Therapie (MCT, $k = 2$) • Narrative Exposure Therapy (NET, $k = 9$) • Psychodynamische Therapie (PDT, $k = 1$) • Prolonged Exposure (PE, $k = 25$) • Prolonged Exposure und Stressimpfungstraining (PE-SIT, $k = 2$) • Stressimpfungstraining (SIT, $k = 2$) • Skills training in affective and interpersonal regulation followed by prolonged exposure (STAIR-PE, $k = 1$)	PICO-relevant: • PTB-Symptome Nicht PICO-relevant: • Akzeptanz der Behandlung (operationalisiert durch die Dropout-Rate)	1. Inkludierte Studien: 82 RCTs ($N = 5775$) 2. Ergebnisse: Direkte Vergleiche: Signifikante Behandlungseffektivität im Vergleich zu WL für • KVT: $SMD = -0.74$, 95%-KI $[-1.14, -0.35]$ • CPT: $SMD = -1.14$, 95%-KI $[-1.97, -0.30]$ • CT: $SMD = -1.12$, 95%-KI $[-1.75, -0.48]$ • EMDR: $SMD = -1.17$, 95%-KI $[-1.58, -0.76]$ • MCT: $SMD = -2.50$, 95%-KI $[-3.67, -1.34]$ • NET: $SMD = -1.12$, 95%-KI $[-1.72, -0.52]$ • PE: $SMD = -1.27$, 95%-KI $[-1.68, -0.86]$ • SIT: $SMD = -1.61$, 95%-KI $[-2.95, -0.27]$ • WET: $SMD = -1.41$, 95%-KI $[-2.35, -0.47]$ Ergebnisse aus direkten Vergleichen: • PE signifikant effektiver als ACTST ($SMD = 0.67$, 95%-KI $[0.16, 1.18]$) und TAU ($SMD = -1.54$, 95%-KI $[-2.29, -0.79]$) • CPT signifikant effektiver als ACTST ($SMD = 3.09$, 95%-KI $[1.83,$	Moderate quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (8) Nicht-doppelte Datenextraktion (12) Finanzierungsquellen nicht berichtet (14) Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet	Acarturk et al. (2016) Aldahadha et al. (2012) Asukai et al. (2010) Basoglu et al. (2005) Bryant et al. (2019) Buhmann et al. (2016) Butollo et al. (2016) Capezzani et al. (2013) Carletto et al. (2016) Carlson et al. (1998) Cloitre et al. (2002) Coffey et al. (2006) Coffey et al. (2016) Cottraux et al. (2008) Deville & Spence (1998) Deville et al. (1999) Duffy et al. (2007) Dunne et al. (2012) Ehlers et al. (2005) Ehlers et al. (2003) Ehlers et al. (2014) Fecteau & Nicki (1999) Feske (2008) Foa et al. (1999) Foa et al. (2005) Foa et al. (2018) Fonzo et al. (2017) Forbes et al. (2012) Ford et al. (2011) Ford et al. (2018) Ghafoori et al. (2017) Hensel-Dittmann et al. (2011)

	Angabe von Wirkmechanismen • Individuelle Durchführung im direkten Kontakt • Behandlung von Erwachsenen (≥ 18 Jahre) • Primärdiagnose PTBS gemäß DSM-III-R, DSM-IV-TR, DSM-IV, DSM-5, ICD-9 oder ICD-10 • Englischsprachiges Paper publiziert in einem peer-reviewed Journal Ausschlusskriterien: • Verwendung des DSM-III zur Erhebung der Primärdiagnose PTBS • Gruppenintervention • Studien mit sequenziellen Behandlungen, für welche keine Extraktion direkter Vergleichsdaten zwischen Intervention möglich ist	• Trauma Affect Regulation: Guide for Education and Therapy (TARGET, $k = 2$) • Treatment as Usual (TAU, $k = 11$) • Virtual Reality Exposure Therapy (VRET, $k = 5$) • Written Exposure Therapy (WET, $k = 3$) • Warteliste (WL, $k = 45$) • Active Supportive Therapy (ACTST, $k = 16$) • Psychoedukation (PSYED, $k = 4$)		4.35]), allerdings signifikante Inkonsistenz zwischen Netzwerkschätzer und direktem Effekt festgestellt für diesen Vergleich Netzwerkschätzer zeigen: • MCT signifikant effektiver als KVT ($SMD = -1.60$, 95%-KI $[-2.68, -0.52]$), EMDR ($SMD = -1.13$, 95%-KI $[-2.21, -0.05]$), NET ($SMD = 1.35$, 95%-KI $[0.23, 2.47]$), PDT ($SMD = 1.77$, 95%-KI $[0.22, 3.33]$), VRET ($SMD = 1.50$, 95%-KI $[0.32, 2.68]$) und alle Kontrollbedingungen • CPT signifikant effektiver als KVT ($SMD = -0.95$, 95%-KI $[-1.57, -0.32]$), VRET ($SMD = 0.85$, 95%-KI $[0.06, 1.64]$) und alle Kontrollbedingungen • PE signifikant effektiver als KVT ($SMD = -0.55$, 95%-KI $[-0.95, -0.14]$) und alle Kontrollbedingungen, außer PSYED • PDT und STAIR-PE nicht signifikant effektiver als andere Therapien oder Kontrollbedingungen		Hinton et al. (2009) Hogberg et al. (2007) Jacob et al. (2014) Jensen (1994) Kohler et al. (2017) Kubany et al. (2004) Lee et al. (2002) Lely et al. (2019) Levi et al. (2016) Lindauer et al. (2008) Maguen et al. (2017) Markowitz et al. (2015) McLay et al. (2011) McLay et al. (2017) McDonagh et al. (2005) Miyahira et al. (2012) Monson et al. (2006) Morath et al. (2014) Mueser et al. (2008) Nacasch et al. (2011) Neuner et al. (2004) Neuner et al. (2008) Neuner et al. (2010) Nijdam et al. (2012) Pacella et al. (2012) Paunovic & Ost (2001) Perez-Dandieu et al. (2015) Power et al. (2002) Rauch et al. (2015) Ready et al. (2010) Reger et al. (2016) Resick et al. (2002) Rogers et al. (1999) Rothbaum (1997) Schnurr et al. (2007) Sloan et al. (2011) Sloan et al. (2012)

						Sloan et al. (2018) Steel et al. (2017) Suris et al. (2013) Tarrier et al. (1999) ter heide et al. (2016) Thorp et al. (2019) van Emmerik et al. (2008) van den Berg et al. (2015) Vera et al. (2011) Wells et al. (2012) Wells et al. (2015) Zang et al. (2013) Zang et al. (2014)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Khan et al., 2018 DOI: 10.7759/cureus.3250 Cognitive Behavioral Therapy versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Patients with Posttraumatic Stress Disorder: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) EMBASE, Medline und Cochrane Central Register of Controlled Trials (2) Literaturverzeichnisse von eingeschlossenen Studien Suchzeitraum: 01/1999–12/2017 Einschlusskriterien: - Teilnehmende: Kinder, Jugendliche oder Erwachsene - Veröffentlichung auf Englisch - Studien vergleichen KVT und EMDR - Studienteilnehmende mit PTBS-Diagnose nach DSM-IV oder DSM-5 - Ausreichend Daten zur Berechnung der Effektstärke Ausschlusskriterien: - PTBS nicht im Fokus der Intervention	KVT verglichen mit EMDR Varianten von KVT: - Imaginal Exposure (IE), - Trauma Treatment Protocol (TTP) - PE - TF-KVT - Stressimpfungstraining mit PE - Exposure (SITPE), Exposition plus kognitive Umstrukturierung (E + CR) - Brief Eclectic Psychotherapy	- PTB-Symptome - Angstsymptome - Depressionssymptome	1. Inkludierte Studien: $N = 14$ RCTs 2. Ergebnisse: PTB-Symptome: - Signifikante Überlegenheit von EMDR im Vergleich mit KVT zum Post-Treatment ($SMD = -0.43$, 95%-KI $[-0.73, -0.12]$, $n = 11$) - Keine Überlegenheit von EMDR zum 3-Monats-Follow-up ($SMD = -0.21$, 95%-KI $[-0.50, 0.08]$, $n = 4$) Angstsymptome: - Signifikante Überlegenheit von EMDR im Vergleich mit KVT zum Post-Treatment ($SMD = -0.71$, 95%-KI $[-1.21, -0.21]$, $n = 5$) Depressionssymptome: - Keine signifikante Überlegenheit von EMDR im Vergleich mit KVT zum Post-Treatment ($SMD = -0.21$, 95%-KI $[-0.44, 0.02]$, $n = 8$), ebenso zum 3 Monats-Follow-up ($SMD = 0.04$, 95%-KI $[-0.38, 0.46]$, $n = 5$)	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (4) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (9) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (12) Finanzierungsquellen nicht berichtet (14) Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (15) RoB wurde nicht interpretiert/ diskutiert (16) Heterogenität wurde nicht interpretiert/ diskutiert	Arabia et al. (2011) De Roos et al. (2011) Deville et al. (1999) Ironson et al. (2002) Jaberghaderi et al. (2004) Diehle et al. (2015) Lee et al. (2002) Power et al. (2002) De Roos et al. (2017) Rothbaum et al. (2005) Taylor et al. (2003) Nijdam et al. (2012) Capezzani et al. (2013) Van den Berg et al. (2015)

	• Andere psychotherapeutische Verfahren (psychodynamische Verfahren, Hypnotherapie, Selbsthilfe, Bio-Feedback,...)					

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Lewis et al., 2020 DOI: 10.1080/2000 8198.2020.17 29633 Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PubMed, PsycINFO, Embase, Cochrane database of randomized trials (2) Überprüfen der Referenzlisten eingeschlossener Studien (3) Durchsuchen der Studienportale der WHO und des U.S. National Institutes of Health (4) Kontaktaufnahme mit Experten auf dem Gebiet (5) Ergänzende Suche in PILOTS Suchzeitraum Bis 05/2018 Einschlusskriterien: • RCTs • Studie vergleicht eine psychologische Therapie zur Reduktion von PTB-Symptomen mit einer Kontrollgruppe (z. B. TAU, Warteliste), einer anderen psychologischen Therapie oder einer psychosozialen Intervention (z. B.	• Individuelle traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT): Brief Eclectic Psychotherapy (BEP), Cognitive Processing Therapy (CPT), Kognitive Therapie (CT), NET, PE, Single Session KVT, Reconsolidation of Traumatic Memories (RTM), Virtual Reality Exposure Therapy (VRE) • Weitere individuelle Therapien: EMDR, KVT ohne Traumafokus, Present Centred Therapy (PCT), Supportive Counselling, Written Exposure Therapy (WET), Observed and Experiential Integration (OEI), Interpersonelle Psychotherapie, Psychodynamische Psychotherapie, REM Desensitization, Emotional Freedom Technique (EFT), Dialogical Exposure Therapy (DET), Relaxation Training, Psychoedukation, geführte internetbasierte KVT mit Traumafokus	• PTB-Symptome	1. Inkludierte Studien: 114 RCTs ($n = 8171$) • 70 RCTs aus ursprünglichem Cochrane Review von Bisson et al. (2013) • 44 RCTs durch Update 2. Ergebnisse: Stärkste Evidenz für Effekte von Interventionen allgemein kategorisiert als TF-KVT und EMDR: • TF-KVT vs. Warteliste/TAU ($k = 51$): $SMD = -1.32$, 95%-KI $[-1.57, -1.08]$ • EMDR vs. Warteliste/TAU ($k = 11$): $SMD = -1.23$, 95%-KI $[-1.69, -0.76]$ Metaanalysen spezifischer manualisierter TF-KVTs zeigen stärkste Evidenz für einen Effekt von CPT, CT und PE: • CPT vs. Warteliste/TAU ($k = 4$): $SMD = -1.03$, 95%-KI $[-1.45, -0.61]$ • CT vs. Warteliste/TAU ($k = 4$): $SMD = -1.33$, 95%-KI $[-1.80, -0.86]$ • PE vs. Warteliste/TAU ($k = 12$): $SMD = -1.59$, 95%-KI $[-2.05, -1.13]$ Weitere Metaanalysen zeigen: • Einige Evidenz für Effekte von NET, KVT ohne Traumafokus, PCT, Group TF-KVT, guided internet-basierte KVT	Low Quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (13) Nicht-doppelte Studienselektion (14) Nicht-doppelte Datenextraktion (15) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/Ausschlüsse nicht begründet (16) Keine detaillierte Beschreibung eingeschlossener Studie (12) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Acarturk et al. (2016) Adenauer et al. (2011) Ahmadi et al. (2015) Akbarian et al. (2015) Asukai et al. (2010) Basoglu et al. (2005) Basoglu et al. (2007) Beck et al. (2009) Bichescu et al. (2007) Blanchard et al. (2003) Bradshaw et al. (2014) Brom et al. (1989) Bryant et al. (2003) Bryant et al. (2011) Buhmann et al. (2016) Butollo et al. (2016) Capezzani et al. (2013) Carletto et al. (2016) Carlson et al. (1998) Castillo et al. (2016) Chard (2005) Cloitre et al. (2002) Cloitre et al. (2010) Deville et al. (1998) Deville and Spence (1999) Dorrepal et al. (2012) Duffy et al. (2007) Dunne et al. (2012) Echeburua et al. (1997) Ehlers et al. (2005)

	Psychoedukation, Entspannungstraining) • Mindestens 70 % primäre PTBS Diagnose (Dauer von mindestens drei Monaten; gemäß DSM oder ICD; ermittelt durch klinische Diagnosestellung oder etabliertes diagnostisches Interview) • Erwachsene (≥ 18 Jahre) Ausschlusskriterien: • Sekundäranalysen von Daten, die bereits in den Metaanalysen enthalten waren • Kein kontinuierliches Maß für den PTBS-Schweregrad nach Behandlung	• Gruppentherapien: Gruppen-TF-KVT, Gruppen- und Individual-TF-KVT, Interpersonelle Therapie in Gruppen, Gruppen-Stabilisierungstherapie, Supportive Counselling in Gruppen • Außerdem: Paar-KVT		• Neue Evidenz für Effekte von single-session KVT, RTM, VRE, WET, kombinierter Gruppen- und Individual-TF-KVT und Paar-KVT • Keine ausreichende Evidenz für die Wirksamkeit von BEP, Supportive Counselling, Interpersoneller Therapie in Gruppen, Gruppen-Stabilisierungstherapie, Supportive Counselling in Gruppen, OEI, Psychodynamische Therapie, Entspannungstraining und Psychoedukation • Keine Evidenz für einen Unterschied zwischen TF-KVT und KVT ohne Traumafokus		Ehlers et al. (2003) Ehlers et al. (2014) Falsetti et al. (2008) Fecteau and Nicki (1999) Feske (2008) Foa et al. (1991) Foa et al. (1999) Foa et al. (2005) Foa et al. (2018) Fonzo et al. (2017) Forbes et al. (2012) Ford et al. (2011) Ford et al. (2013) Galovski et al. (2012) Gamito et al. (2010) Gersons et al. (2000) Gray et al. (2017) Hensel-Dittmann et al. (2011) Hinton et al. (2005) Hinton et al. (2011) Hogberg et al. (2007) Hollifield et al. (2007) Ironson et al. (2002) Ivarsson et al. (2014) Jacob et al. (2014) Jensen (1994) Johnson et al. (2011) Johnson et al. (2016) Karatzias et al. (2011) Keane et al. (1989) Krupnick et al. (2008) Kubany et al. (2003) Kubany et al. (2004) Laugharne et al. (2016) Lee et al. (2002) Lewis et al. (2017) Littleton et al. (2016)

						Litz et al. (2007) Marcus et al. (1997) Markowitz et al. (2015) Marks et al. (1998) McDonagh et al. (2005) McLay et al. (2011) McLay et al. (2017) Monson et al. (2012) Monson et al. (2006) Morath et al. (2014) Mueser et al. (2008) Nacasch et al. (2011) Neuner et al. (2010) Neuner et al. (2008) Neuner et al. (2004) Nijdam et al. (2012) Pacella et al. (2012) Paunovic (2011) Peniston and Kulkosky (1991) Power et al. (2002) Rauch et al. (2015) Ready et al. (2010) Reger et al. (2016) Resick et al. (2015) Resick et al. (2002) Resick et al. (2017) Rothbaum (1997) Rothbaum et al. (2005) Sautter et al. (2015) Scheck et al. (1998) Schnurr et al. (2003) Schnurr et al. (2007) Schnyder et al. (2011) Sloan et al. (2012) Sloan et al. (2018) Spence et al. (2011)

						Stenmark et al. (2013) Suris et al. (2013) Taylor et al. (2003) Tylee et al. (2017) Vaughan et al. (1994) Wells et al. (2015) Wells and Sembi (2004) Yehuda et al. (2014) Zang et al. (2014) Zang et al. (2013) Zlotnick et al. (1997)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Mavranzeouli et al., 2020 Psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: a network metaanalysis DOI: 10.1017/S0033291720000070	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) MEDLINE, Embase, PsycINFO, CINAHL und The Cochrane Library (2) Trial Register: ISRCTN und ClinicalTrials.gov Suchzeitraum: Bis 01/2018 Einschluss: - Mindestens 80 % der Teilnehmenden mit PTBS-Diagnose nach ICD oder DSM oder klinisch bedeutsame PTB-Symptome festgestellt mittels eines validierten Fragebogens - Erstlinien Therapien für Erwachsene Ausschlusskriterien: - Hypnotherapie, psychosoziale Interventionen (Meditation, achtsamkeitsbasierte Stressreduzierung, unterstützte Beschäftigung, Peer- und praktische Unterstützung)	Erstlinientherapien für PTBS verglichen untereinander oder mit TAU oder inaktiver Kontrollgruppe	- PTB-Symptomreduktion - Remissionsrate	1. Inkludierte Studien: $k = 186$ inkludiert, davon $k = 90$ Studien in der Netzwerk-Metaanalyse 2. Ergebnisse: Überlegenheit im Vergleich mit Warteliste hinsichtlich Symptomreduktion (mindestens 100 Teilnehmende) - EMDR vs. Warteliste: $SMD = -2.07$, 95%-KI [-2.70, -1.44] - Kombination somatische/kognitive Therapien vs. Warteliste: $SMD = -1.69$, 95%-KI [-2.66, -0.73] - TF-KVT vs. Warteliste: $SMD = -1.46$, 95%-KI [-1.87, -1.05] - Selbsthilfe mit Unterstützung vs. Warteliste: $SMD = -1.46$, 95%-KI [-2.33, -0.59] - Nicht-traumafokussierte KVT vs. Warteliste: $SMD = -1.22$, 95%-KI [-1.95, -0.49] - TF-KVT mit SSRIs vs. Warteliste: $SMD = -1.21$, 95%-KI [-2.35, -0.07] - Selbsthilfe ohne Unterstützung vs. Warteliste: $SMD = -0.91$, 95%-KI [-1.67, -0.15] - Beratung vs. Warteliste: $SMD = -0.73$, 95%-KI [-1.41, -0.05] Keine Überlegenheit von Psychoedukation im Vergleich zu Warteliste Subgruppenanalyse: Keine Überlegenheit der einzelnen TF-KVT Interventionen untereinander	Low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (13) Kein angemessenes RoB (14) Finanzierungsquellen nicht berichtet (15) Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (17) Publikationsbias nicht untersucht/ diskutiert	siehe Appendix 5: Characteristics of studies included in the network meta-analysis, and full references https://doi.org/10.1017/S0033291720000070

	und körperliche Interventionen (Bewegung, Yoga, Akupunktur, Bio-Neuro-Feedback und repetitive transkranielle Magnetstimulation) Detailliere Ein- und Ausschlusskriterien siehe Appendix 2: https://doi.org/10.1017/S0033291720000070			Zusammenfassend: EMDR und TF-KVT scheinen am wirksamsten Symptome zu reduzieren sowie Remissionsraten zu verbessern		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
McLean et al., 2022 DOI: 10.1016/j.j.cpr.2021.102115 Exposure therapy for PTSD: A meta-analysis	Systematic Review & Metaanalyse Database: (1) PsycINFO und Medline (2) Literaturverzeichnis früherer Reviews und relevanter Artikel Suchzeitraum: Bis 10/2020 Einschlusskriterien: - Studienteilnehmende sind Erwachsene mit PTBS-Diagnose - Mindestens eine Experimentalbedingung mit Exposition - Mindestens eine Kontrollbedingung ohne Exposition - RCTs - Sprache: Englisch Ausschlusskriterien:-	Expositionstherapie verglichen mit passiven und aktiven Kontrollgruppen	PTB-Symptome	1. Inkludierte Studien: $N = 65$ RCTs 2. Ergebnisse: - Große signifikante Effekte von Expositionstherapie verglichen mit Warteliste ($g = 1.524$, 95%-KI [1.235, 1.814], $n = 35$) und TAU ($g = 1.248$, 95%-KI [0.684, 1.813], $n = 10$) - Kleiner signifikanter Effekt von Expositionstherapie verglichen mit nicht-traumafokussierter Therapie ($g = 0.301$, 95%-KI [0.16, 0.436], $n = 35$) - Keine Überlegenheit von Expositionstherapie verglichen mit Medikamenten ($g = 0.145$, 95%-KI [-0.312, 0.602], $n = 4$) und traumafokussierter Therapie ($g = -0.154$, 95%-KI [-0.56, 0.257], $n = 8$) - Paarweise Vergleiche: NET ($g = 1.297$, 95%-KI [0.729, 1.865], $n = 13$) und EMDR ($g = 1.060$, 95%-KI [0.589, 1.531], $n = 17$ Studien) effektiver als die anderen Expositionstherapien ($g = 0.469$, 95%-KI [0.221, 0.717], $n = 29$, $p = .009$ und $Q(1) = 4.696$, $p = .030$) - Anzahl der geplanten Sitzungen als signifikanter Moderator	Low quality Systematic Review & Metaanalyse Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (9) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Keine detaillierte Beschreibung eingeschlossener Studien (11) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Asukai et al. (2010) Paunovi et al. (2011) Zang et al. (2014) Adenauer et al. (2011) Sloan et al. (2012) Acarturk et al. (2016) Nacasch et al. (2011) Power et al. (2002) Rothbaum et al. (1997) Rothbaum et al. (2005) Zang et al. (2013) Rousseau et al. (2019) Fecteau et al. (1999) Alghamdi et al. (2015) Fonzo et al. (2017) Wells et al. (2015) Neuner et al. (2004) Foa et al. (1999) Basoglu et al. (2007) Neuner et al. (2010) Resick et al. (2002) Bryant et al. (2003) Marks et al. (1998) Rauch et al. (2015) Carlson et al. (1998) Hensel-Dittmann et al. (2011) Schaal et al. (2009) Markowitz et al. (2015) Nijdam et al. (2012) Beck et al. (2009) Hogberg et al. (2007) Brom et al. (1989)

						Reger et al. (2016) Foa et al. (1991) Marcus et al. (1997) Stenmark et al. (2013) Van der Kolk et al. (2007) Foa et al. (2005) McLay et al. (2011) Foa et al. (2018) Nidich et al. (2018) Frommberger et al. (2004) Ghadoori et al. (2017) Schnurr et al. (2007) Myahira et al. (2012) Deville et al. (1998) McDonagh et al. (2005) Jacob et al. (2014) Zoellner et al. (2019) Jensen (1994) Thorp et al. (2019) Glynn et al. (1999) Ready et al. (2018) Schnurr et al. (2003) Lely et al. (2019) Yehuda et al. (2014) Carletto et al. (2016) Taylor et al. (2003) Tarrier et al. (1999) Neuner et al. (2008) Ter Heide et al. (2016) Popiel et al. (2015) Resick et al. (2008) Sloan et al. (2011) Sloan et al. (2018)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Mello et al., 2013 DOI: 10.2190/PM.46.4.b An update on the efficacy of cognitive-behavioral therapy, cognitive therapy, and exposure therapy for posttraumatic stress disorder	Systematic Review Database: (1) Medline, Embase, Cochrane (2) Literaturverzeichnis früherer Reviews und relevanter Artikel Suchzeitraum: 2006–09/2013 Einschlusskriterien: - Studien enthielten KVT, CT oder ET und haben diese miteinander, mit anderen etablierten Therapien oder mit passiven Kontrollgruppen verglichen Ausschlusskriterien: - Studien mit Tieren, Kindern oder mit Teilnehmenden ohne PTBS-Diagnose nach DSM-IV - Reviews, Fallstudien - Studien mit JADAD Score unter 3	KVT, kognitive Therapie (CT), Expositionstherapie, andere Therapien (EMDR, Skills Training, PCT, Psychoedukation, TAU...)	- PTB-Symptome - Dropout	1. Inkludierte Studien: $N = 29$ RCTs 2. Ergebnisse: KVT vs. Expositionstherapie: $n = 1$, kein signifikanter Unterschied zwischen CT und schriftlichen Bericht des Traumas KVT vs. CT: $n = 1$, kein signifikanter Unterschied KVT vs. andere Therapien: $n = 7$, Vergleich von KVT mit anderen Therapien wie EMDR, supportive counseling (SC), TAU; signifikante Überlegenheit von KVT im Vergleich mit TAU und SC, heterogene Befunde im Vergleich mit EMDR KVT vs. passive Kontrolle: $n = 7$, Höhere Symptomreduktion in der KVT-Gruppe, jedoch auch teilweise höheres Dropout Expositionstherapie vs. CT: $n = 2$, kein signifikanter Unterschied, CT als Ersatz wenn Patient:innen sich gegen Exposition entscheiden Expositionstherapie vs. andere Therapien: $n = 9$ Studien; insgesamt erzielt Expositionstherapie höhere Symptomreduktion Expositionstherapie vs. passive Kontrolle: $n = 6$, über alle Studien hinweg war Expositionstherapie hinsichtlich der Symptomreduktion überlegen; teilweise höhere Dropout-Raten	Critically low quality Systematic Review Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (4) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (8) Nicht-doppelte Datenextraktion (9) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (13) Kein angemessenes RoB (14) Finanzierungsquellen nicht berichtet (15) RoB wurde nicht interpretiert/ diskutiert (16) Heterogenität wurde nicht interpretiert/ diskutiert (18) Interessenskonflikte nicht angegeben	Asukai et al. (2010) Basoglu et al. (2006) Beck et al. (2009) Bichescu et al. (2006) Cloitre et al. (2010) Coffey et al. (2006) Cottraux (2008) Difede et al. (2007) Duffy et al. (2007) DuHamel et al. (2010) Ertl et al. (2011) Falsetti et al. (2008) Forbes et al. (2012) Hien et al. (2009) Hinton et al. (2009) Karatzias et al. (2007) Knaevelsrud & Maercker (2007) Litz et al. (2007) Maercker et al. (2006) Monson et al. (2006) Nacasch et al. (2011) Neuner et al. (2008) Nijdam et al. (2012) Pacella et al. (2012) Ready et al. (2010) Resick et al. (2008) Schnurr et al. (2007) Shalev et al. (2012) Sijbrandij et al. (2007)

				• CT vs. passive Kontrolle: $n = 2$ Studien, signifikante Überlegenheit von CT in beiden Studien hinsichtlich der Reduktion der PTB-Symptome, keine Unterschiede hinsichtlich des Dropouts		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Tran & Gregor, 2016 DOI: 10.1186/s12888-016-0979-2 The relative efficacy of bona fide psychotherapies for post-traumatic stress disorder: a meta-analytical evaluation of randomized controlled trials	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) 15 Studien aus Benish et al. (2008) übernommen (2) MEDLINE, Cinahl Health, Psychology and Behavioral Sciences Collection, PsycINFO, PsycArticles, PubMed, Social Sciences Fulltext, und Web of Knowledge und Web of Science (3) Literaturverzeichnis früherer Reviews und relevanter Artikel Suchzeitraum: - Einschlusskriterien: • RCTs • Vergleich von mindestens zwei bona fide Psychotherapien • Therapiedauer von mindestens zwei Sitzungen • Erwachsene mit PTBS-Diagnose nach DSM-III oder DSM-IV Ausschlusskriterien:-	Vergleich untereinander: Expositionstherapie, prolongierte Exposition (PE), Expositionstherapie mit PE kombiniert (EXPE), EMDR, KVT, present-centered therapies (PCT) (KVT z. B. Exposition, Seeking Safety, Image Rehearsal)	Zielgrößen: • PTB-Symptome • Symptome komorbider Störungen • Trauma-spezifische Symptome • Allgemeine Symptombelastung • Funktionsniveau • Lebensqualität (Anmerkung: mehrere sekundäre Outcomes wurden innerhalb einer Studie gemittelt) Erstes Follow-up: Zwischen ein und 15 Monate, 4.7 Monate im Durchschnitt Zweites Follow-up: Zwischen sechs und 24 Monaten, 10 Monate im Durchschnitt	1. Inkludierte Studien: $N = 22$ RCTs 2. Ergebnisse: Post-Messung • Insgesamt keine signifikante Überlegenheit einer Therapie gegenüber den Vergleichstherapien hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen und sekundärer Outcomes ($g = -0.02$ bis 0.10), aber tendenziell PCT weniger wirksam ($g = -0.17$, 95%-KI $[-0.32, 0.00]$) • Signifikante Überlegenheit von traumafokussierter Therapie im Vergleich mit nicht-traumafokussierter Therapie hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen ($g = 0.14$, 95%-KI $[0.01, 0.27]$) Erstes Follow-up • Insgesamt keine signifikante Überlegenheit einer Therapie gegenüber den Vergleichstherapien hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen und sekundärer Outcomes ($g = -0.04$ bis 0.10), aber tendenziell traumafokussierte KVT mit Exposition wirksamer ($g = 0.13$, 95%-KI $[0.00, 0.26]$) und PCT signifikant weniger wirksam ($g = -0.17$, 95%-KI $[-0.30, -0.04]$) hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen	Low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (3) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/nicht auf Abweichung eingegangen (7) Nicht-doppelte Studienelektion (8) Nicht-doppelte Datenextraktion (11) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Brom et al. (1989) Bryant et al. (2008) Cook et al. (2010) Cottraux et al. (2008) Deville & Spence (1999) Foa et al. (1991) Foa et al. (1999) Hien et al. (2004) Ironson et al. (2002) Lee et al. (2002) Marks et al. (1998) Mc Donagh et al. (2005) Neuner et al. (2004) Paunovic & Öst (2001) Power et al. (2002) Ready et al. (2010) Resick et al. (2002) Rothbaum et al. (2005) Schnurr et al. (2003) Schnurr et al. (2007) Tarrier et al. (1996) Taylor et al. (2003)

				• Signifikante Überlegenheit von traumafokussierter Therapie im Vergleich mit nicht-traumafokussierter Therapie hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen ($g = 0.17$, 95%-KI [0.05, 0.28]) Zweites Follow-Up • Insgesamt keine signifikante Überlegenheit einer Therapie gegenüber den Vergleichstherapien hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen und sekundärer Outcomes ($g = 0.02$ bis $g = 0.30$) • Signifikante Überlegenheit von traumafokussierter Therapie im Vergleich mit nicht-traumafokussierter Therapie hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen ($g = 0.23$, 95%-KI [0.01, 0.46]) <i>Anmerkung: Sekundäre Outcomes nicht einzeln berichtet</i>		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Yunitri et al., 2023 DOI: 10.1017/S0033291722003737 Comparative effectiveness of psychotherapies in adults with posttraumatic stress disorder: a network meta-analysis of randomised controlled trials	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Cochrane library, Embase, Medline-OVID, PubMed, Scopus und PsycInfo (2) Google Scholar (3) Literaturverzeichnisse früherer Metaanalysen/ systematischer Reviews Suchzeitraum: Bis 01/2021 Einschlusskriterien: • Erwachsene mit PTBS als primäre Diagnose • Interventionen: CPT, CT, EMDR, NET, PE, KVT, present centered therapy (PCT), BEP, psychodynamische Therapie (PDT) oder Kombinationen • Vergleichsbedingung Warteliste, standard care/TAU, andere von den Leitlinienempfohlene Behandlungen (CPT, CT, EMDR, NET, PE, KVT, PCT, BEP, PDT) Ausschlusskriterien:-	• Vergleich von neun Therapien: (1) CPT (2) CT (3) EMDR (4) NET (5) PE (6) KVT (7) PCT (8) BEP (9) PDT • Kontrolle: Nicht-Behandlung, TAU	• PTB-Symptomreduktion • Remissionsrate • Retention-Rate • Angstsymptome • Depressionssymptome	1. Inkludierte Studien: $k = 98$ Studien 2. Ergebnisse: PTB-Symptome: • Signifikante mittlere bis große Effekte von CPT, CT, NET, EMDR, PE, KVT und PCT (SMD-Range-1.53 bis-0.75, $k = 89$) • Keine signifikante Überlegenheit von BEP und TAU • PDT positive Richtung • Ranganalyse: CPT, EMDR und CT wirksamste Therapien, dann NET und PE gefolgt von KVT und PCT • < 6 Monate FU ($k = 30$ Studien): EMDR, CPT, CT, KVT, PE und NET signifikanter mittlerer bis hoher Effekt (SMD-Range-1.02 bis-0.39) mit moderater Heterogenität ($I^2 = 55.9\%$), dabei EMDR und CPT am effektivsten, dann CT und KVT und schließlich PE und PCT • Im ≥ 6 Monate FU ($k = 19$ Studien): CPT und EMDR signifikanter mittlerer bis hoher Effekt (SMD-Range-0.85 bis-0.64) mit moderater Heterogenität ($I^2 = 86.9\%$); PE, KVT, PCT, CT, BEP und PDT kein signifikanter Effekt Sekundäre Outcomes • Remissionsrate ($k = 46$): NET, CPT, EMDR, KVT, PE, BEP, CT und PCT signifikanter Effekt (RR-	High quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (12) Finanzierungsquellen nicht berichtet	siehe Supplement 5

				Range 5.51 bis 1.70) mit hoher Heterogenität ($I^2 = 77.6\%$), dabei NET, EMDR und CPT am effektivsten, dann KVT und PE, schließlich BEP und CT und letztlich PCT • Retention-Rate ($k = 78$): Kein signifikanter Unterschied zu Nicht-Behandlung von CT, NET, EMDR, PCT, PDT, CPT und BEP (RR-Range 1.00 bis 0.79) mit moderater Heterogenität ($I^2 = 62.8\%$); KVT und PE signifikant • Angstsymptome ($k = 48$): NET, CT, KVT, EMDR und PE signifikanter mittlerer bis großer Effekt (SMD-Range -1.25 bis -0.52) mit hoher Heterogenität ($I^2 = 92.9\%$); im FU EMDR, KVT und CT signifikant • Depressionssymptome ($k = 68$): CPT, CT, EMDR, NET, PE und KVT signifikanter mittlerer bis großer Effekt (SMD-Range -1.46 bis -0.70) mit hoher Heterogenität ($I^2 = 80.7\%$); im FU CPT, EMDR und KVT signifikant Zusammenfassend: CPT, CT, EMDR und NET scheinen die effektivsten Psychotherapien zu sein		

PICO 3

Aggregierte Evidenz

N = 5 inkludierte Studien

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Corrigan et al., 2020 DOI: 10.1037/trm0000261 Evaluating the Effectiveness of Phase-Oriented Treatment Models for PTSD- A Meta Analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Ovid MEDLINE, Ovid PSYCHINFO, ISI Web of Science (2) Referenzlisten der identifizierten Studien Suchzeitraum: Ab 01/2000 Einschlusskriterien: • Erwachsene • PTBS-Diagnose oder PTB-Symptome, die mittels eines standardisierten Maßes erhoben wurden • Therapieeffektivität mittels eines standardisierten Maßes zur Erhebung von PTBS-Symptomen vor und nach der Therapie • Studien verwendeten quantitative Analysen • Studien waren in Englisch • Studien wurden zwischen 2000 und 2020	Intervention (1) + (2) + ggf. (3): (1) Expositionsmethode (Drei bis zwölf Sitzungen), u. a. Expositionstherapie, imaginative Exposition, (modifizierte) PE, EMDR (2) Emotionsregulationsmethode (bis zu einem Jahr), u. a. DBT-Skills, Emotionsregulationstraining, Angstmanagement-Skills-Training (3) Ggf. Stabilisierung, u. a. DBT-Elemente, Verhaltensaktivierung, Kognitive Umstrukturierung, Psychoedukation, Kommunikationstraining, Psychoedukation Kontrolle: • Warteliste • Supportive counselling • Kommunikationsskills • DBT	PTB-Symptome	1. Inkludierte Studien: 13 (RCTs & NRCTs) 2. Ergebnisse: • Signifikante Reduktion der PTB-Symptomatik über alle Studien hinweg (großer Effekt), $d = 1.77$, 95%-KI [1.45, 2.08], $Z = 10.97$, $p < .001$) • Moderate Heterogenität der Studien ($I^2 = 52\%$), $Q = 26.88$, $p < .05$ • Subgruppenanalyse 1: Kleinerer Effekt als global, aber dennoch großer Effekt. Signifikante Reduktion der PTB-Symptomatik für Studien mit Kontrollgruppe ($n = 7$), $d = 0.82$, 95%-KI [0.3, 2.29], $Z = 3.04$, $p < .005$). • Subgruppenanalyse 2: Signifikante Reduktion der PTB-Symptomatik in „high complexity samples¹“ (großer Effekt), $d = 1.39$, 95%-KI [0.99, 1.79], $Z = 6.79$, $p < .001$) ¹ Studien, die sowohl Kindheits-trauma als auch PTB-Symptome untersuchten	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (1) Keine PICO-Komponenten (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (3) Auswahl der Studientypen für Einschluss nicht erläutert (5) Nicht-doppelte Studienelektion (6) Nicht-doppelte Datenextraktion (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (8) Keine detaillierte Beschreibung eingeschlossener Studien (9) Kein angemessenes RoB (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Bohus et al. (2013) Bryant et al. (2013) Cloitre et al. (2002) Cloitre et al. (2010) Crespo & Arinero (2010) Frueh et al. (2009) Harned et al. (2012) Harned et al. (2014) Hinton et al. (2005) Ironson et al. (2002) Ironson, Freund et al. (2002) Lee et al. (2002) Schubert et al. (2016) Steil et al. (2011)

	in einem peer-reviewed journal veröffentlicht Ausschlusskriterien: • Kinder und Jugendliche • Fallstudien • Qualitative Designs • Studien, die keine PTB-Symptome erheben • Studien in anderen Sprachen außer Englisch • Veröffentlicht vor 2000 • Artikel, die nicht in peer-reviewed Journals veröffentlicht wurden				(11) Keine angemessenen statistischen Methoden verwendet (12) Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (13) RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert (14) Heterogenität wurde nicht interpretiert/diskutiert (15) Publikationsbias nicht untersucht/diskutiert (16) Interessenskonflikte nicht angegeben	

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Lorbeer et al., 2022 DOI: 10.1159/000525756 STAIR und STAIR/NT zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungssymptomatik: Ein systematischer Übersichtsartikel	Systematic Review Database: (1) PsycINFO, PsycARTICLES, PSYINDEX, MEDLINE, PubMed und Web of Science (2) Nach dem Schneeballsystem wurden Literaturverzeichnisse geeigneter Publikationen überprüft Suchzeitraum: Bis 02/2022 Einschlusskriterien: - Wirksamkeit von STAIR, STAIR/NT oder deren Adaptationen wurde im Einzel- oder Gruppentherapiesetting untersucht - Stichproben waren Jugendliche oder Erwachsene, die mindestens ein traumatisches Ereignis erlitten haben - Wirksamkeitsbefunde wurden für mindestens einen der folgenden Endpunkte berichtet: PTB-Symptomatik, affektive Dysregulation, interpersonelle Probleme - Deutsche oder englische Sprache	STAIR und STAIR-Adaptationen: $n = 10$ STAIR/NT und STAIR/NT-Adaptationen: $n = 5$ (NT = Narrative Therapie)	PICO-relevante Zielgröße(n): - PTB-Symptome - Affektive Dysregulation Nicht PICO-relevante Zielgröße(n): - Interpersonelle Probleme - Dropout	1. Inkludierte Studien: 15 (davon kontrollierte Studien: neun) 2. Ergebnisse: Wirksamkeit STAIR und STAIR-Adaptationen auf PTB-Symptome - Alle eingeschlossenen Studien berichteten Effekte der Behandlung (unkontrollierte Studien: kleiner bis mittlerer Effekt, kontrollierte Studien: großer Effekt) Wirksamkeit STAIR/-Adaptationen auf affektive Dysregulation - Vier unkontrollierten Studien wurden kleine bis große Effekte der Behandlung auf die affektive Dysregulation vom Prä- zum Post-Messzeitpunkte berichtet (d zwischen 0.47 und 2.44) - In zwei kontrollierten Studien lagen ein mittlerer Effekt vom Prä- zum 3-Monats-Follow-Up im Vergleich zu einer aktiven Kontrollbedingung ($g = 0.75$) und ein Nulleffekt im Vergleich zu der internetbasierten Kurzform von STAIR zum Post-Messzeitpunkt vor ($d = 0.05$) Wirksamkeit STAIR/NT und STAIR/NT Adaptationen - Alle Studien zu STAIR/NT, STAIR/PE und STAIR/EMDR berichteten Effekte auf die PTB-	Critically low quality Systematic Review Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: - Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen - Auswahl der Studientypen für Einschluss nicht erläutert - Nicht-doppelte Studien-selektion - Nicht-doppelte Datenextraktion - Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet - Kein angemessenes RoB - Finanzierungsquellen nicht berichtet - RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert	Kontrollierte Studien: Cloitre et al. (2022) Gudiño et al. (2016) Jain et al. (2020) Trappler & Newville (2007) Tripodi et al. (2020) Cloitre et al. (2002) Cloitre et al. (2010) Oprel et al. (2021) van Vliet et al. (2021) Unkontrolliert Studien: Bauer et al. (2021) Fletcher et al. (2021) Jackson et al. (2019) MacIntosh et al. (2018) Weiss et al. (2018) Levitt et al. (2007)

	• Kontrollierte oder unkontrollierte publizierte Studien Ausschlusskriterien: • Fallstudien • Sekundäranalysen von bereits inkludierten Studien			Symptomatik, affektive Dysregulation • Kontrollierten Studie zu STAIR/NT ein großer Effekt vom Prä- zum Post-Messzeitpunkt vor ($d = 1.12$) • Im Vergleich zu passiver Kontrolle zeigt sich eine signifikante Reduktion der PTB-Symptomatik vom Prä- zum Postmesszeitpunkt ($d = 1.03$) • Vergleich STAIR/NT und STAIR/Unterstützung: Effekt von $d = 0.02$ auf PTB-Symptomatik zum Post-Messzeitpunkt • Vergleich STAIR/NT und Unterstützung/NT: Effekt $d = 0.35$ auf PTB-Symptomatik zum Post-Messzeitpunkt • Vergleich STAIR/PE zu intensiver PE & Vergleich STAIR/EMDR zu EMDR erwies sich STAIR/PE und STAIR/EMDR in der STAIR-Phase kurzfristig als weniger wirksam im Bezug auf PTB-Symptomatik → Effekte wurden im Laufe der Behandlung bis zum Post-Messzeitpunkt wieder ausgeglichen und STAIR/PE und STAIR/EMDR waren am Ende der Therapie jeweils genauso wirksam		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Melton et al., 2020 DOI: 10.3310/hta24430 Interventions for adults with a history of complex traumatic events: the INCITE mixed methods systematic review	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) CINAHL (Ab 1937), CENTRAL (seit Intercept, EMBASE (1974–2017), International Pharmaceutical Abstracts (Ab 1970), Ovid MEDLINE, MEDLINE Epub Ahead of Print and In-Process & Other Non-Indexed Citations (1946 bis Suche), PILOTS (Ab 1987), PsycINFO (1806–04/2017), Science Citation Index Einschlusskriterien: • Erwachsene (> 18 Jahre), die zu einem beliebigen Zeitpunkt im Leben ein komplexes, interpersonelles Trauma¹ erlebt haben (psychische Komorbiditäten waren kein Ausschlusskriterium) • Studien, in denen Teilnehmer:innen komplexe interpersonelle und/oder einmalige Traumata erlebt hatten, wurden dann eingeschlossen, wenn	Psychologische Interventionen • Traumafokussierte KVT, die mindestens eine der folgenden Techniken umfasst (Exposition, kognitive Therapie, Stress-Management) • EMDR • Andere, nicht überwiegend KVT-basierte psychologische Interventionen zur Behandlung von Traumata (u. a. Supportive Therapy, nicht direkte Beratung, psychodynamische Therapien, ACT, Hypnotherapie ...) Vergleichsinterventionen für psychologische Interventionen • WL • TAU • Keine Intervention • Symptom-Monitoring • Psychologisches Placebo • Alternative psychologische Behandlung • Pharmakologische Behandlung	PICO-relevante primäre Zielgröße(n) • PTB-Symptome PICO-relevante sekundäre Zielgröße(n) • Selbstberichtete PTB-Symptome • Depressionssymptome • Angstsymptome • Lebensqualität • Funktionsniveau	1. Inkludierte Studien: • Insgesamt: 113 (davon 109 RCTs) • PICO-relevant: Acht RCTs 2. Ergebnisse: PTB-Symptome (Sechs RCTs) • Starke Veränderung der PTB-Symptomatik durch (nicht) traumafokussierte phasenbasierte Interventionen (DBT, EMDR, IPT, traumafokussierte KVT) vs. Kontrolle, $ES = -1.13$, 95%-KI [-1.54, -0.73], $I^2 = 35.9\%$ Depressionssymptome (Vier RCTs) • Signifikante Reduktion der Depressionssymptomatik durch phasenbasierte Interventionen vs. Kontrolle, $ES = -1.03$, 95%-KI [-1.43, -0.63], $I^2 = 10.9\%$	Low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (6) Nicht-doppelte Datenextraktion (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (12) Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (13) RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert	PTB-Symptome (RCTs) Cloitre et al. (2002) Himmerich et al. (2016) Krupnick et al. (2008) McLay et al. (2011) Meffert et al. (2014) Ulmer et al. (2011) Depressionssymptome (RCTs) Cloitre et al. (2002) Krupnick et al. (2008) Meffert et al. (2014) Ulmer et al. (2011) Angstsymptome (RCTs) Cloitre et al. (2002) Wang et al. (2016) Weiss et al. (2015) Trial 1: CETA

	> 75 % der Teilnehmer:innen ein komplexes Trauma erlebt hatte. • Studien, die eine Erst- oder Zweitlinienpsychotherapie zur Symptomverbesserung (einschließlich Komorbiditäten) von trauma- und stressbedingten Störungen untersuchten (Einzel- oder Gruppensetting) Ausschlusskriterien: • Untersuchungen von präventiven Therapien oder Interventionen • Komorbide Substanzkonsumstörung • Ergänzende und alternative therapeutische Interventionen • Einstichproben-Studiendesign, unkontrollierte Beobachtungsstudien, single-subject designs, Fallstudien, Meinungsartikel, deskriptive Studien und Editorials	Pharmakologische Interventionen und deren Vergleichsinterventionen Siehe Publikation				

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Willis et al., 2023 DOI: 10.1016/j.ejtd.2022.100311 Stabilisation and Phase-Orientated Psychological Treatment for Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PsycInfo, Social Sciences Citation Index und PILOTS Suchzeitraum: Bis 08/2021 Einschlusskriterien: • Erwachsenen Teilnehmende • Klinisch signifikante Traumafolgesymptome gemessen anhand eines validierten Trauma-Maßes/diagnostischer Kriterien • Phase-orientierte Behandlung für Trauma • Behandlung nur der Phase 1 (Stabilisierung) für Trauma • Phase-orientierte Behandlung im Vergleich zu Vergleichsgruppen, einschließlich Kontrollgruppe, Warteliste, verzögerter Behandlungsbeginn oder TAU • Peer-reviewed • Englischsprachig Ausschlusskriterien:-	Qualitative Studien: $n = 6$ • Stabilisierung verglichen mit Kontrollgruppe (Mitgefühl-Resilienz Gruppe, psychodynamische imaginative Traumatherapie, Psychoedukation & Symptomanagement (drei Studien), Arbeitsbuch mit KVT Ansatz) Quantitative Studien: $n = 26$ • Stabilisation ohne Kontrolle: $n = 11$ Kontrollbedingungen: • PE (incl. intensivierte PE): $n = 3$ • Creating Change: $n = 1$ • EMDR: $n = 2$ • WL: $n = 1$ • TAU: $n = 1$ • Nicht-traumafokussierte Stabilisierung: $n = 1$ • DBT (mit und ohne DBT-PE): $n = 3$ • DBT-PTBS: $n = 1$ • KVT: $n = 1$ • Exposition: $n = 1$ • Modifizierte PE: $n = 1$	• Behandlungseffektivität	1. Inkludierte Studien: 31 (davon RCTs: neun) 2. Ergebnisse: • Qualitative Studien sprechen dafür, dass Stabilisationsinterventionen in der Gruppe helfen, Traumafolgesymptome zu reduzieren und auf traumafokussierte Therapie vorzubereiten • Mittlere Effekt für Reduktion von PTB-Symptomen von Stabilisierungsinterventionen ($d = 0.59$, 95%-KI [0.14, 1.04]), wenn nur RCTs berücksichtigt ergibt sich ein kleinerer Effekt ($d = 0.42$, 95%-KI [0.23, 0.61]) • Keine qualitativen Studien zu phasenbasierten Behandlungsansätzen • Große Effektstärke für phasenbasierte quantitative Studien ($d = 1.32$, 95%-KI [0.88, 1.76], auch wenn nur RCTs für die Analyse berücksichtigt werden ($d = 1.47$, 95%-KI [1.00, 1.95])) • Hinweise darauf, dass phasenbasierte Behandlung wirksamer ist als alleinige Stabilisierung ($d = 0.45$, 95%-KI [0.17, 0.72])	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (3) Auswahl der Studientypen für Einschluss nicht erläutert (6) Nicht-doppelte Datenextraktion (7) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (11) Finanzierungsquellen nicht berichtet (12) Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (14) RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert	Qualitative Studien: Ashfield et al. (2020) Zehetmair et al. (2019) Røberg et al. (2018) Stige et al. (2017) Karatzias et al. (2014) Stige et al. (2013) Quantitative Studien: <i>Stabilierung:</i> Baekkelund et al. (2021) Al Mughairbi et al. (2020) Norman et al. (2019) Mattheß et al. (2019) Jackson et al. (2019) Brand et al. (2019) Najavits et al. (2018) MacIntosh et al. (2018) Parra et al. (2017) ter Heide et al. (2016) Karatzias et al. (2014) Langmuir et al. (2012) Dorrepaal et al. (2012) ter Heide et al. (2011) Dorrepaal et al. (2010) Gatz et al. (2007) Phasenbasiert: Harned et al. (2021) Oprel et al. (2021) Dedert et al. (2020)

						Cameron et al. (2018) Harned et al. (2014) Bryant et al. (2013) Bohus et al. (2013) Harned et al. (2012) Cloitre et al. (2010) Cloitre et al. (2002)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Zeifman et al., 2021 DOI: 10.1016/j.j.cpr.2021.102030 Optimizing treatment for comorbid borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder: A systematic review of psychotherapeutic approaches and treatment efficacy	Systematic Review Database: (1) PsycInfo, MEDLINE, and PubMed (2) Literaturverzeichnisse der identifizierten Studien und relevanter Reviews Suchzeitraum: In 11/2020 Einschlusskriterien: - Die Teilnehmer:innen hatten eine (sub)klinische Borderline-Persönlichkeitsstörung und eine (sub)klinische PTBS nach DSM-III-R, DSM-IV oder DSM-5 oder das Vorhandensein der entsprechenden Symptome wurde durch ein validiertes Instrument festgestellt - Es wurde eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt - Die Ergebnisse der Behandlung bezüglich der BPS- oder PTB-Symptome wurden anhand eines validierten Maßes bewertet	PICO-relevante Interventionen: DBT-PTBS¹ vs. WL-TAU (RCT) vs. Cognitive processing therapy (CPT) (RCT) vs. kein Vergleich (NRSI) DBT + DBT PE² vs. kein Vergleich (NRSI) vs. DBT (RCT) EMDR + Stabilisierung + TAU vs. kein Vergleich (NRSI) ¹ Phasenbasierte Behandlung, die die Prinzipien der DBT und der kognitiven und expositionsbasierten traumafokussierten Behandlung integriert ² Einjährige, stufenweise ambulante Behandlung, die Standard-DBT mit angepasster PE kombiniert	PTB-Symptome BPS-Symptome	1. Inkludierte Studien: - Insgesamt: 21 (RCTs & NRSIs) - PICO-relevant: Sechs (davon drei RCTs) 2. PICO-relevante Ergebnisse: Allgemein: - Hinweise, dass phasenbasierte Ansätze PTB-Symptome effektiv reduzieren - Einige Studien zeigen positive Effekte in Bezug auf die Reduktion von BPS-Symptomatik - DBT + DBT PE und DBT-PTBS sind die am meisten empirisch unterstützten phasenbasierten Behandlungen für die Komorbidität → Hinweise, dass sie effektiver sind als BPS spezifische oder traumafokussierte spezifische Behandlungen DBT + DBT PE: - Überlegen im Vergleich zur DBT allein in Completer-Analysen, aber geringere Ergebnisse in ITT-Analysen (RCT) - Mehrheit der Teilnehmer:innen hatten nach der Behandlung keine PTB-Symptome mehr (NRSI) DBT-PTBS:	Critically low Systematic Review Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (3) Auswahl der Studientypen für Einschluss nicht erläutert (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (13) RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert (14) Heterogenität wurde nicht interpretiert/diskutiert	PICO-relevante Publikationen: Bohus et al. (2013) Bohus et al. (2020) Harned et al. (2012) Harned et al. (2014) Slotema et al. (2019) Steil et al. (2018)

	Ausschlusskriterien: • Die Teilnehmer:innen waren unter 18 Jahre alt • Fallstudien • Reviews • Konferenz Abstracts			• Symptommrückgang für PTB- und BPS-Symptome und hohe Remissionsraten (ITT: 67 %, Treatment Completer: 100 %; NRSI) • Im Vergleich zu TAU Reduktion von PTB-Symptomen und hohe PTBS-Remission, jedoch keine Unterschiede in Bezug auf BPS-Symptome oder BPS-Remission (multi-site RCT) • Überlegen im Vergleich zur traumafokussierten Behandlung (CPT) für sowohl PTB- als auch BPS-Symptome (RCT) EMDR + Stabilisierung • Starker Rückgang der PTB-Symptome und hohe PTBS-Remission (NRSI)		

Primärevidenz

N = 2 inkludierte Studien

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt						
Bohus et al., 2020 DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2020.2148 Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (DBT-PTSD) Compared With Cognitive Processing Therapy (CPT) in Complex Presentations of PTSD in Women Survivors of Childhood Abuse A Randomized Clinical Trial Studientyp: RCT	Anzahl der Patient:innen: 193 randomisiert Einschlusskriterien: • Weibliches biologisches Geschlecht und Geschlechtsidentität • 18 bis 65 Jahre alt • Diagnose PTBS nach DSM-5 • Sexueller oder körperlicher Missbrauch vor dem 18. Lebensjahr • Mindestens drei Kriterien für eine Borderline Persönlichkeitsstörung sind erfüllt, inklusive des Kriteriums affektive Instabilität • Teilnehmende stehen für mindestens ein Jahr zur Verfügung Ausschlusskriterien: • Aktuelle oder vorangegangene Diagnose: Borderline Persönlichkeitsstörung, Bipolar I, geistige Behinderung • Aktuelle schwere Psychopathologie, die unverzüglich behandlungsbedürftig sind (z. B. Body mass index < 16.5) • Lebensgefährdender Suizidversuch in den letzten zwei Monaten • Aktuelle Substanzabhängigkeit (Konsum innerhalb der letzten zwei Monate) • Expositionstherapie ist medizinische Kontraindikation • Höchst instabile Lebenssituation (z. B. Obdachlosigkeit) • Erhielten KVT und DBT-PTSD innerhalb des letzten Jahres	Gesamt: $n = 62$ (32 %) Interventionsgruppe/ DBT-PTBS: 25 Kontrollgruppe/CPT: 37	Dialektisch-Behaviorale Therapie für PTBS (DBT-PTBS) Nach standardisiertem Protokoll für das Vorgehen	Cognitiv-processing-Therapie (CPT)	Primäre Zielgröße(n): • CAPS-5 Score 15 Monate nach Randomisierung (PTB-Symptome) PICO-relevant sekundäre Zielgröße(n): • PTSD-Checkliste für DSM-5 • Beck Depression Inventory-II (Depressivität) • Dissociation Tension Scale mit den Subskalen Dauer und Intensität (Dissoziative Symptome) • Global Assessment of Functioning (Globales Funktionsniveau)	ITT-Analyse CAPS-5 Score • Signifikante Verbesserung in beiden Gruppen (DBT-PTSD: $d = 1.35$, CPT: $d = 0.98$) • Durchschnittliche Veränderung war bei DBT-PTBS größer als bei CPT (schwacher Effekt $d = 0.33$) • Prozentsatz von Patient:innen, die eine frühe Remission erreichten, war bei CPT signifikant größer als bei DBT-PTBS • Das gemischte lineare Modell zeigt einen steileren Anstieg linearer Verbesserungen bei DBT-PTBS ($\beta_{11} 0.93 \pm 0.47$) • Der ausgeprägtere Rückgang in der DBT-PTBS-Gruppe ist auf folgendes zurückzuführen:	RoB 2 Rating (1) Bias arising from the randomization process: Low (2) Bias due to deviations from intended interventions: Low (3) Bias due to missing outcome data: Some concerns (4) Bias in measurement of the outcome: Low (5) Bias in selection of the reported result: Low (6) Overall risk of bias rating: Some concerns

	(Selbstverletzung, Suizidalität, Hochrisikoverhalten sind kein Ausschlussgrund)						(1) Höhere Prozentsatz symptomatischer Remission (2) Reliable Verbesserung (3) Reliable Genesung	
	Pro Arm			Bestandteile: Individualtherapie, Hausaufgaben und telefonische Kontaktmöglichkeit falls nötig, • 45 wöchentliche Sitzungen über ein Jahr • Boosterphase: drei monatliche Sitzungen				
	Interventionsgruppe: <i>n</i> = 98	Kontrollgruppe: <i>n</i> = 95					(1) Höhere Zielgrößen: PTBS Checkliste für DSM-5 • Verbesserung in beiden Gruppen, DBT-PTSD: <i>d</i> = 1.55; CPT: <i>d</i> = 0.90 • Veränderung in DBT-PTBS-Gruppe größer als in CPT-Gruppe: between-group effect size <i>d</i> = 0.57 Dissoziative Symptome: • Dauer: signifikante Reduktion in beiden Gruppen • Intensität: signifikante Reduktion nur bei DBT-PTBS Depressivität: • Große Verbesserung bei DBT-PTSD (<i>d</i> = 0.98) • Mittelmäßige Verbesserung für CPT (<i>d</i> = 0.48)	

						• Signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ($d = 0.32$) • Die group x time Interaktion im gemischten linearen Modell war nicht signifikant Globales Funktionsniveau: • Mittelgroße Verbesserungen (DBT-PTSD: $d = 0.67$, CPT: $d = 0.51$)	

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen			Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt								
Raabe et al., 2022 DOI: 10.1016/j.jbtep.2022.101769 Imagery Rescripting as a stand-alone treatment for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse: A randomized controlled trial Studientyp: RCT	Anzahl der Patient:innen: 61 Einschlusskriterien: - Alter zwischen 18 und 65 Jahre - Primärdiagnose PTBS nach DSM-IV, die mit wiederholtem sexuellem oder körperlichem Missbrauch in der Kindheit vor dem 15. Lebensjahr zusammenhängt Ausschlusskriterien: - Substanzkonsumstörung oder Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV, die noch nicht für mindestens sechs Monate in Vollremission ist. - Signifikante kognitive Einschränkungen (definiert als ein ermittelter IQ von < 85 über Schul- und Bildungsleistung) - Psychotische oder bipolare Störung - Gebrauch von Benzodiazepinen - Lebensbedrohliche Selbstverletzung - Suizidversuche in den letzten zwölf Wochen - Aktuelle Bedrohungen, die emotionalen oder körperlichen Schaden verursachen - Unsichere/unstabile Lebensumstände - Eine Volldiagnose der antisozialen Persönlichkeitsstörung - Erhalt von Traumatherapie in den letzten sechs Monaten vor Beginn der Studie			Gesamt: $n = 10$ (16,4%) ImRs: $n = 6$ (19 %) STAIR/ImRs: $n = 4$ (13 %)	Imagery re-scripting (ImRs) 16 Sitzungen, zweimal wöchentlich 90 Minuten STAIR/ImRs Acht Sitzungen STAIR (einmal wöchentlich, 60 Minuten), gefolgt von 16 Sitzungen ImRs)	Warteliste (Acht Wochen)	Primäre Zielgröße(n): PTB-Symptome (mittels CAPS-IV & PDS) PICO-relevante sekundäre Zielgröße: Depressionssymptome (BDI-II)	Primäre Zielgröße(n): PTB-Symptome 1. WL vs. ImRs vs. STAIR - ImRs führte zu einer stärkeren Reduzierung des Schweregrads der PTBS (ES: 1.40–1.63) als STAIR (ES: 0.23–0.33) im Vergleich zur Warteliste - ImRs führte zu einer signifikant größeren Symptomverbesserung als WL und STAIR auch nach Kontrolle der individuellen Behandlungsdauer - Kein signifikanter Unterschied zwischen STAIR und WL in Bezug auf die Symptomverbesserung 2. ImRs vs. ImRs/STAIR - Signifikante Symptomverbesserung (within condition ES: 1.64–2.10), die bis zum 12-Wochen-Follow-up weiter zunahm	RoB 2 Rating (1) Bias arising from the randomization process: Low (2) Bias due to deviations from intended interventions: Low (3) Bias due to missing outcome data: Low (4) Bias in measurement of the outcome: High (5) Bias in selection of the reported result: Low (6) Overall risk of bias rating: High
Pro Arm									
	ImRs: $n = 21$	STAIR + ImRs: $n = 20$	WL: $n = 20$						

							(within-condition ES: 2.33–2.66), ohne signifikanten Unterschied zwischen den Bedingungen (between-condition ES, 0.21–0.45) • Nach der Behandlung hatten 70% in der ImRs-Gruppe und 86% in der STAIR/ImRs-Gruppe keine PTBS-Diagnose mehr • Interpretation: ImRs als effektive Behandlung für mit Kindheitstraumata zusammenhängender PTBS • Dass eine zusätzliche STAIR-Behandlung das Ergebnis verbessert, zeigen die Daten nicht Sekundäre Zielgröße(n): <i>Depressionssymptome</i> • Es gab keine signifikanten Zeit x Bedingung Effekte in Bezug auf die selbstberichteten Depressionswerte (BDI-II) • STAIR/ImRs vs.	

							ImRs: keine signifi- kanten Unter- schiede hinsicht- lich der Symptom- verbesserung	

PICO 4

Aggregierte Evidenz

N = 2 inkludierte Studien

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Bolton & Dorstyn, 2015 DOI: 10.1177/1357633X15571996 Telepsychology for Posttraumatic Stress Disorder: A systematic review	Systematic Review Database: (1) Cochrane Library, Embase, PILOTS, PubMed, PsycINFO und Web of Science (2) Peer-reviewed telemedizinische Zeitschriften: Journal of Telemedicine and Telecare und Journal of Telemedicine and e-Health (3) Literaturlisten der gefundenen Studien, relevanter Metaanalysen und systematischer Reviews Suchzeitraum: 01/1970 – 09/2014 Einschlusskriterien: • Englischsprachig • Telepsychologie als primäre Intervention • Erwachsene Teilnehmende • Teilnehmende erfüllten die diagnostischen Kriterien für eine PTBS	Telepsychologische Interventionen Modalität: • Video: fünf • Internet: sechs • Telefon: keine • Gruppenverfahren: eins → In den meisten Studien: Hybriddesign, mit Internet als primäre Behandlungsmodalität in Verbindung mit Echtzeit- (z. B. Telefonanrufe, erstes persönliches Treffen) oder asynchroner (E-Mail) Kommunikation mit Therapeut:in Kontrollbedingungen: • Keine Kontrolle: vier • Persönliche Therapie: fünf • Unterstützende Beratung: eine • Warteliste: eine	Kurz- und langfristige Behandlungseffekte von • PTB-Symptome • Angstsymptome • Depressionssymptome Nicht PICO-relevante Endpunkte: • Die methodische Qualität von PTSD-Studien zur Telepsychologie • Prozessergebnisse wie die Machbarkeit der Behandlung und die Therapieallianz	1. Inkludierte Studien: Elf (davon drei RCTs) 2. Ergebnisse: Kurzfristige Wirksamkeit Therapeut-unterstützten Internetprogrammen: • Signifikante Reduktion der Depression- und Angstsymptome, einschließlich PTBS • Signifikante Verbesserungen in Suizidgedanken, sozialer Funktion und Schlaflosigkeit Kurzfristige Wirksamkeit von Video-basierte Interventionen • Reduktionen affektiver Symptome • Personen mit persönlicher Therapie zeigten leicht höhere Behandlungserfolge • N_{fs} legt nahe, diese Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren Langfristige Wirksamkeit (ein bis sechs Monate) Internetbasierter Programme: • Gemischte Effekte • Reduktion von PTB-Symptomen und Depression-Symptomen • Erhöhtes Risiko für Alkoholkonsum im Laufe der Zeit (d = -0.60)	Critically Low quality Systematic Review Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (4) Keine umfassende Suchstrategie angewandt (Partial yes) (5) Nicht-doppelte Studienelektion (6) Nicht-doppelte Datenextraktion (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Klein et al. (2009) Lewis et al. (2013) Litz et al. (2007) Marchand et al. (2011) Spence et al. (2011) Spence et al. (2013) Germain et al. (2009) Morland et al. (2013) Ziemba et al. (2014) Littleton et al. (2012) Gros et al. (2011) Tuerk et al. (2010)

	oder PTB-Symptomatik • Standardisierte Selbstauskunft oder eine klinische Messung der physischen (z. B. funktionellen Fähigkeiten), psychologischen (z. B. Angst, Depression) oder sozialen Funktion (z. B. Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung) • Bereitstellung ausreichender Daten, damit Cohen's <i>d</i> berechnet werden kann Ausschlusskriterien: • Heterogene Stichproben mit komorbiden oder gemischten DSM-Diagnosen (z. B. akute Belastungsstörung, subklinische PTB-Symptome) • Daten für Teilnehmende mit einer PTBS Diagnose konnten nicht separat extrahiert werden • Interventionen für Debriefing, Krisenmanagement oder Telemedizin			und ein Rückgang in kognitiven und verhaltensbezogenen Symptomen ($d = 1.05$) und Depressivität ($d = 1.01$) Langfristige Wirksamkeit (ein bis sechs Monate) Video-basiert Programme: • Keine Aussage möglich		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Deng et al., 2019 DOI: 10.1016/j.jad.2019.07.086 The efficacy of virtual reality exposure therapy for PTSD symptoms: A systematic review and meta-analysis	Systematic Review & Meta-Analysis Database: (1) PubMed, Embase, Web of Science, Cochrane Central Register of Controlled Trials, PsycInfo, Science Direct und EBSCO (2) Referenzlisten der relevanten Studien und Reviews (3) Rücksprache mit relevanten Forschenden auf dem Gebiet, um relevante unveröffentlichte Studien zu identifizieren Suchzeitraum: bis 06/2019 Einschlusskriterien: • RCTs, Einzelgruppenstudien • Teilnehmende mit primärer Diagnose PTBS • Auswirkungen von Expositionsinterventionen untersuchten, die über Virtual-Reality-Geräte geliefert • Untersuchte Endpunkte: PTBS oder Depressionen	Intervention: • Virtual reality exposure therapy (VRET) Vergleichsinterventionen: • Kein Kontrolle: vier • Warteliste: drei • Placebo: zwei • Minimale Aufmerksamkeit: eine • TAU: eine • PE: zwei • Imaginierte Exposition: eine • CBT: eine • present-centered therapy: eine • ET: eine • Control exposure therapy: eine • VRET + Psychoedukation: eine	• PTB-Symptome • Depressionssymptome • Angstsymptome	1. Inkludierte Studien: 18 (Anzahl RCTs: 13) 2. Ergebnisse: • Signifikante moderate Effektgröße ($g = 0.327$, 95%-KI [0.105 – 0.550] für VRET im Vergleich zu Kontrollbedingungen bei PTB-Symptomen) • Der Effekt war größer, wenn VRET mit inaktiver Kontrollgruppe verglichen wurde als mit aktiver Kontrollgruppe ($g = 0.567$, $g = 0.017$) • Es bestand eine Dosis-Wirkungs-Beziehung, wobei mehr VRET-Sitzungen größere Effekte zeigten • langfristigen Effekt von VRET auf PTB-Symptome: 3-Monats-Follow-up $g = 0.697$, 6-Monats-Follow-up $g = 0.848$	Critically Low quality Meta-Analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (3) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (Partial Yes) (4) Keine umfassende Suchstrategie angewandt (Partial Yes) (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Aus-schlüsse nicht begründet (8) Keine detaillierte Beschreibung eingeschlossener Studien (Partial Yes) (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (12) Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (14) Heterogenität wurde nicht interpretiert/dis-kutiert	RCTs: Beidel et al. (2017) Botella et al. (2010) Difede et al. (2007) Difede et al. (2014) Gamito et al. (2010) McLay et al. (2010) McLay et al. (2017) McLay et al. (2011); Miyahira et al. (2012) Ready et al. (2010) Reger et al. (2016) Rothbaum et al. (2014) Roy et al. (2010) Nicht NRSI Beck et al. (2007) Ready et al. (2006) Rizzo et al. (2010) Wood et al. (2011) Zinzow et al. (2017)

	• Kontrollbedingungen müssen mind. eine nicht-VRET Gruppe beinhalten • Englischsprachig Ausschlusskriterien: • Tierstudien, Fallstudien, Studien Protokolle, Reviews und verwandte Meta-Analysen					

Primärevidenz

N = 1 inkludierte Studien

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen		Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt							
Ehlers et al., 2023 DOI: 10.1016/S2215-0366(23)00181-5 Therapist-assisted online psychological therapies differing in trauma focus for post-traumatic stress disorder (STOP-PTSD): a UK-based, single-blind, randomized controlled trial Studientyp: RCT	Anzahl der Patient:innen: 217 randomisiert Einschlusskriterien: - Mindestens 18 Jahre alt - PTBS als Hauptdiagnose - Englisch lesen und schreiben können - Über Internetzugang verfügen Ausschlusskriterien: - Psychose in der Vorgeschichte - Aktuelle Substanzkonsumstörung - Aktuelle Borderline-Persönlichkeitsstörung - Schwere akute Selbstmordgefahr - Bei Einnahme von Psychopharmaka seit mindestens einem Monat vor Randomisierung stabile Dosis, die während der Behandlung beibehalten werden soll - Falls Teilnehmer:innen zum Zeitpunkt der Rekrutierung eine psychologische Intervention für PTBS erhalten, muss diese Behandlung vor der Randomisierung beendet sein		Gesamt: $n = 16$ (7.4 %) Interventionsgruppe (iCT-PTSD): $n = 8$ Kontrollgruppen: (1) iStress-PTSD: $n = 7$ (2) WL: $n = 1$	Internet-delivered cognitive therapy for PTSD (iCT-PTSD) - Online-Therapie mit Therapeutenunterstützung - Wöchentliche Telefonate und Nachrichten in den ersten 12 Wochen, gefolgt von monatlichen Telefonaten - Therapeut:innen können Module lesen & Notizen für Teilnehmer:innen machen	(1) 3 Monate WL (2) iStress-PTSD - Lernen und üben diverser Bewältigungsstrategien - Therapeutenkontakt wie in iCT-PTSD	Primäre Zielgröße: - PTB-Symptome (PCL-5 Score; 13 Wochen nach Randomisierung) Sekundäre Zielgröße(n): - PTB-Symptome (CAPS-5 & IES-R) - Depressionssymptome (PHQ-9) - Angstsymptome (GAD-7) - Funktionsniveau (WSAS) - Lebensqualität (Q-LES-Q) Erhebungen 6 Wochen, 13 Wochen (Ende wöchentlichen Phase oder WL), 26 Wochen (Ende Booster-Phase), 39 Wochen und 65 Wochen nach Randomisierung	ITT-Analyse Primäre Zielgröße: - Überlegenheit von iCT-PTSD gegenüber iStress-PTSD mit einem adjustierten Unterschied von -4.92 (95%-KI [-8.92, -0.92]; $d = 0.38$ [0.07, 0.69]) auf der PCL-5 - iCT-PTSD & iStress-PTSD gegenüber WL überlegen auf der PCL-5; adjustierter Unterschied im Vergleich zur WL: 20.98 Punkte (95%-KI [15.50, 26.45]) für iCT-PTSD ($d = 1.67$ [1.23, 2.10]) und 16.19 Punkte (95%-KI [10.74, 21.63]) für iStress-PTSD ($d = 1.29$ [0.85, 1.72]) Sekundäre Zielgrößen: - iCT-PTSD nach 13 Wochen überlegen gegenüber iStress-	RoB 2 Rating (1) Bias arising from the randomization process: Low (2) Bias due to deviations from intended interventions: Low (3) Bias due to missing outcome data: Low (4) Bias in measurement of the outcome: Some concerns (5) Bias in selection of the reported result: Low (6) Overall risk of bias rating: Some concerns
	Pro Arm							
		Interventionsgruppe iCT-PTSD: $n = 92$; zusätzliche $n = 15$ Proband:innen randomisiert zu iCT-PTSD nach WL	Kontrollgruppen (1) Warteliste (WL): $n = 32$ (2) iStress-PTSD: $n = 93$; zusätzliche $n = 12$ Proband:innen randomisiert zu iStress-PTSD nach WL					

							PTSD bzgl. Symptomen von PTBS, Depression, Angst und Behinderung • Nach 26 Wochen zeigte iCT-PTSD-Gruppe auch überlegene Ergebnisse in Bezug auf Lebensqualität und Wohlbefinden • Während des Follow-ups (nach 39 und nach 65 Wochen) blieb iCT-PTSD iStress-PTSD in allen interessierenden Zielgrößen überlegen	

PICO 5

Aggregierte Evidenz

N = 6 inkludierte Studien

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Barrera et al., 2013 DOI: 10.1016/j.cpr.2012.09.005 A meta-analytic review of exposure in group cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder	Meta-analysis Database: (1) PsycINFO, PubMed, the Cochrane Library und Google Scholar (2) Manuelle Suche der Referenzlisten relevanter Reviewe, Empirischer Studien (Peer-reviewed) und Buchkapiteln Suchzeitraum: Bis 04/2012 Einschlusskriterien: • Studien zu Behandlungsergebnissen von Gruppen-KVT • Zielerkrankung: PTBS • RCT, clinical trails, random trails • Randomisierte Zuteilung in die Behandlungsbedingungen • Outcome: PTBS, PTB-Symptome • Alle Teilnehmenden waren über 18 Jahre alt und erfüllten die Kriterien für eine Diagnose PTBS nach DSM-II oder DSM-IV	Gruppen-KVT mit Gruppenexposition: $k = 5$ Gruppen-KVT ohne Gruppenexposition: $k = 6$	PTB-Symptome	1. Inkludierte Studien: neun (davon RCTs: neun) 2. Ergebnisse: • Große Prä-Post-Effektstärke von Gruppen-KVT auf PTB-Symptome $ES = 1.13$ ($SE = 0.22$, 95%-KI [0.69, 1.56]) • Die mittlere Effektstärke von der Post-Assessment-Messung bis zur Follow-up-Messung war marginal, was darauf hindeutet, dass die Symptomverbesserung nach der Behandlung aufrechterhalten wurde $ES = 0.12$ ($SE = 0.06$, 95%-KI [0.00, 0.25], $p = .052$) • Kein signifikanter Unterschied zwischen Behandlungen die Gruppenexposition einschlossen und denen die Gruppenexposition nicht eingeschlossen Moderatorenanalyse: • Signifikant größere Effektstärken bei nicht-Veteran:innen als bei Veteran:innen ($\delta = -0.59$)	A critically low quality Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (4) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (5) Nicht-doppelte Studien-selektion (8) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (12) Finanzierungsquellen nicht berichtet (13) Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet	Cook et al. (2010) Falsetti et al. (2008) Hinton et al. (2011) Hollifield et al. (2007) Schnurr et al. (2003) Beck (2009) Beidel et al. (2011) Chard (2005) Zlotnick et al. (1997)

	• Ausreichend Daten wurden berichtet, zur Berechnung der Effektgröße innerhalb der Teilnehmenden (Prä zu Post) für Gruppen-KVT Ausschlusskriterien: • Traumafokussierte Behandlung parallel zur Gruppen-KVT (Supportive Therapie & medikamentöse Behandlung zulässig) • Komorbide schwere mentale Erkrankungen (andere Komorbiditäten waren kein Ausschluss) • Nicht englischsprachige Publikation					

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Bisson et al., 2013 DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub4. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults	Meta-analysis (Update) Database: (1) Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE und PsycINFO über Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group's Specialised Register (2) Manuelle Suche im Journal of Traumatic Stress und das ISTSS Treatment Guidelines (3) Manuelle Suche in zentralen Journals, in Konferenzbeiträgen und anderen systematischen Reviews und Metaanalysen (4) Kontakt zu Expert:innen des Forschungsfelds (5) Überprüfung der Literaturverzeichnisse der inkludierten Studien (6) Studienregister: World Health Organization's trials portal (IC-TRP), ClinicalTrials.gov, Pharmaunternehmen (7) Graue Literatur Suchzeitraum: Bis 04/2013 Einschlusskriterien: • RCTs, Cluster-RCTs und	Individuelle TF-KVT: $k = 49$ Non-TF-KVT: $k = 8$ EMDR: $k = 16$ Gruppen TF-KVT: $k = 10$ Andere Therapieformen: $k = 9$ Messzeitpunkte: • Nach der Untersuchung • Follow-up (ein bis vier Monate, fünf bis acht Monate und neun bis zwölf Monate)	PICO-relevante primäre Zielgröße(n): • PTB-Symptom-schwere bewertet durch Kliniker:in PICO-relevante sekundäre Zielgröße(n): • Depressivität • Angstsymptome • PTBS-Diagnose nach der Behandlung • PTB-Symptom-schwere (Selbstbeurteilung) Nicht PICO-relevante Zielgrößen: • Nachteilige Auswirkungen • Drop-Out-Raten	1. Inkludierte Studien: 70 (davon RCTs: 70) 2. Ergebnisse: Gruppen TF-KVT vs. WL/ usual care PTB-Symptome (durch Kliniker:in): • Gruppen TF-KVT schnitt besser ab nach der Behandlung: $SMD = -1.28$, 95%-KI [-2.25, -0.31] • Nach 5- bis 8-Monaten schnitt Gruppen TF-KVT besser ab: $SMD = -0.72$, 95%-KI [-1.14, -0.32] PTB-Symptome (Selbstbeurteilung): • Gruppen TF-KVT überlegen nach Behandlung ($SMD = -1.20$, 95%-KI [-1.70, -0.69]) Depressivität: • Gruppen TF-KVT signifikant besser direkt nach der Behandlung ($SMD = -1.15$, 95%-KI [-1.98, -0.32]) und im Follow-up (1–4 Monate, $SMD = -0.62$, 95%-KI [-1.00, -0.24]) Angstsymptome: • Gruppen TF-KVT signifikant besser direkt nach der Behandlung ($SMD = -0.66$, 95%-KI [-1.06, -0.27]) und im Follow-up (1–4 Monate, $SMD = -0.43$, 95%-KI [-0.72, -0.14]) PTBS Diagnose: • Kein signifikanter Unterschied ($k = 1$)	High quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (13) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Gruppen TF-KVT: Beck et al. (2009) Chard (2005) Classen et al. (2001) Hinton et al. (2011) Hollifield et al. (2007) Kearney et al. (2013) Krakow et al. (2000) Krakow et al. (2001) Schnurr et al. (2003) Zlotnick et al. (1997) Gruppen non-TF-KVT: Schnurr et al. (2003) Andere: Siehe Publikation

	cross-over Studien mit psychologischer Therapie von chronischer PTBS in Erwachsenen (ab 18 Jahren) • Mindestens 70 % der Teilnehmenden mussten eine PTBS-Diagnose haben (nach DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, ICD-9 oder ICD-10) • PTBS als Primärdiagnose • Interventionen: TF-KVT, EMDR, non-TF-KVT, Gruppen TF-KVT, Gruppen non-TF-KVT, andere psychologische Therapien Ausschlusskriterien: • Einschlusskriterien nicht erfüllt			Gruppen TF-KVT vs. Gruppen non-TF-KVT: ($k = 1$) PTB-Symptome (durch Klinker:in) • kein signifikanter Unterschied PTB-Diagnose: • kein signifikanter Unterschied Gruppen non-KVT vs. Warteliste/ Usual care ($k = 1$): PTB-Symptome durch Klinker:in: • nicht in der Studie berichtet PTB-Symptome (Selbstbeurteilung): • kein Unterschied gefunden Depressivität: • Kein Unterschied gefunden Für folgende PICO-relevanten geplanten Analysen wurden keine Studien gefunden: • Individuelle TF-KVT vs. Gruppen TF-KVT • Individuelle TF-KVT vs. Gruppen nicht-TF-KVT • EMDR vs. Gruppen TF-KVT • EMDR vs. Gruppen non-TF-KVT • Individual non-TF-KVT vs. Gruppen TF-KVT • Individual non-TF-KVT vs. Gruppen-non-TF-KVT		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Kaptan et al., 2020 DOI: 10.1002/cpp.2549 Group eye movement desensitization and reprocessing interventions in adults and children: A systematic review of randomized and nonrandomized trials	Systematic Review Database: (1) PsychINFO, EMBASE, MEDLINE, Web of Science und The Cochrane Library (2) Manuelle Suche in Francine Shapiro Library und Journal of EMDR Practice and Research (3) Suche laufende Studien in U.K. Clinical Trials Gateway und The ISRCTN Registry (4) Referenzlisten der eingeschlossenen Studien (5) Persönlicher Kontakt zu Autor:innen relevanter Artikel Suchzeitraum: 01/1989–03/2020 Einschlusskriterien: • Effektivität von Gruppen-EMDR-Protokolle werden untersucht • Verwendung mindestens einer standardisierten Ergebnismessung • Quantitative Daten zur Wirksamkeit der Intervention • Englischsprachig	Vier verschiedene Gruppen-EMDR Protokolle: • EMDR Integrative Group Treatment Protocol (IGTP): 14 Studien • EMDR Integrative Group Treatment Protocol for Ongoing Traumatic Stress (IGTP-OTS): vier Studien • EMDR Group Traumatic Episode Protocol (G-TEP): vier Studien • EMDR Group Protocol with Children (GP/C): eine Studie Vergleichsinterventionen: • Keine: zwölf Studien • Inaktive Kontrolle: vier Artikel • Wartelistenkontrolle: vier Studien • Individuelle EMDR Behandlung: eine Studie • TF-KVT	• PTB-Symptome • Depressivität • Angstsymptomatik	1. Inkludierte Studien: 22 (davon RCTs: keine Angabe) • Zwölf one-arm trails • Zehn two-arm-trials 2. Ergebnisse: Die vorliegende Evidenz spricht dafür, dass Gruppen-EMDR in einer signifikanten Reduktion von PTB-Symptomen, Angstsymptomen und Depressivität resultiert	Low quality Systematic Review Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (4) Auswahl der Studientypen für Einschluss nicht erläutert (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Adúriz et al (2009) Allon (2015) Brennstuhl et al. (2019) Harris et al. (2018) Jarero et al. (2008) Jarero & Artigas (2010) Jarero et al. (2015) Jarero et al. (2017) Jarero et al. (2018) Korkmazlar et al. (2020) Lehmann et al. (2017) Maslovaric et al. (2017) Josefa Molero et al. (2019) Morrissey (2019) Osorio et al. (2018) Passoni et al. (2018) Perilli et al. (2019) Roberts (2018) Smyth-dent et al. (2019) Trentini et al. (2018) Tsouvelas et al. (2019) Yurtsever et al. (2018)

	Ausschlusskriterien: • Keine primären quantitativen Ergebnisse zur Wirksamkeit von Gruppen-EMDR • Kombination von Gruppen-EMDR-Protokollen mit anderen Therapien oder Interventionen					

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Lewis et al., 2020 DOI: 10.1080/20008198.2020.1729633 Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PubMed, PsychINFO, Embase, Cochrane database of randomized trials, PILOTS (2) Literaturverzeichnisse der inkludierten Studien (3) Kontaktaufnahme zu Experten des Feldes (4) Study trail registries der WHO und der U.S. National Institutes of Health Suchzeitraum: 01/2008–05/2018 (Update von Bisson et al., 2013) Einschlusskriterien: • RCTs • Psychologische Interventionen, die das Ziel haben, PTBS-Symptome zu verringern • Vergleich mit inaktiver oder (psychologischer/ psychosozialer) aktiver Kontrollgruppe • $\geq 70\%$ der Teilnehmer:innen haben eine PTBS-Diagnose nach	Gruppenfokussierte Interventionen vs. inaktive Kontrollen • Traumafokussierte KVT-Gruppentherapie vs. WL oder TAU • KVT-Gruppentherapie und KVT-Einzeltherapie vs. WL oder TAU • Gruppenstabilisierungstherapie vs. WL oder TAU • IPT-Gruppentherapie vs. WL oder TAU Gruppenfokussierte Interventionen vs. aktive Kontrollen • Traumafokussierte KVT-Gruppentherapie vs. Present-centered-Gruppentherapie • Traumafokussierte KVT-Gruppentherapie vs. Traumafokussierte KVT-Einzeltherapie • Nicht-traumafokussierte KVT-Gruppentherapie vs. supportive counselling (Gruppe)	Primäre Zielgröße(n): PTB-Symptomatik	1. Inkludierte Studien: 114 RCTs (davon ca. 11 PICO-relevant) 2. PICO-relevante Ergebnisse: Gruppenfokussierte Interventionen vs. inaktive Kontrollen • Traumafokussierte KVT-Gruppentherapie zeigte einen positiven Effekt im Vergleich zur Warteliste oder TAU, $k = 7$, $N = 313$, $SMD = -1.02$, 95%-KI $[-1.26, -0.78]$ • KVT-Gruppentherapie in Kombination mit KVT-Einzeltherapie zeigte einen positiven Effekt im Vergleich zur Warteliste oder TAU, $k = 1$, $N = 55$, $SMD = -2.32$, 95%-KI $[-3.01, -1.62]$ • Gruppenstabilisierungstherapie zeigte keinen Effekt im Vergleich zur Warteliste oder TAU, $k = 1$; $N = 71$, $SMD = -0.11$, 95%-KI $[-0.36, 0.57]$ • IPT-Gruppentherapie zeigte einen positiven Effekt im Vergleich zur Warteliste oder TAU, $k = 1$, $N = 48$, $SMD = -1.19$, 95%-KI $[-1.84, -0.54]$ Gruppenfokussierte Interventionen vs. aktive Kontrollen • Traumafokussierte KVT-Gruppentherapie zeigte einen positiven Effekt im Vergleich zu Present-centered-Gruppentherapie, $k = 2$,	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet	PICO-relevant: Castillo et al. (2016) Dorrepaal et al. (2012) Falsetti et al. (2008) Ford et al. (2013) Hinton et al. (2011) Hollifield et al. (2007) Krupnick et al. (2008) Resick et al. (2015) Resick et al. (2017) Schurr et al. (2003) Zlotnick et al. (1997) Weitere, nicht-PICO-relevante Studien

	ICD-oder DSM-Kriterien für mindestens drei Monate - Teilnehmer:innen ≥ 18 Jahre Ausschlusskriterien: - PTBS nicht als Primär-diagnose - Sekundäre Analysen bereits inkludierter Daten - Kein kontinuierliches Maß zur Bestimmung der PTBS-Schwere zum post-treatment			$N = 333$, $SMD = -0.44$, 95%-KI [-0.63, -0.24] - Traumafokussierte KVT-Einzeltherapie zeigte einen positiven Effekt im Vergleich zu traumafokussierten KVT-Gruppentherapie, $k = 1$, $N = 268$, $SMD = 0.35$, 95%-KI [0.11, 0.59] - Keine Evidenz für einen Unterschied zwischen nicht-traumafokussierte KVT-Gruppentherapie und supportive counselling (Gruppe), $k = 1$, $N = 72$, $SMD = -0.02$, 95%-KI [-0.48, 0.44]		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Mahoney et al., 2019 DOI: 10.1016/j.jad.2018.09.059 A systematic review and meta-analysis of group treatments for adults with symptoms associated with complex post-traumatic stress disorder	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Cochrane Database of Systematic Reviews, EMBASE, MedLine, PsychINFO, Social Services Abstracts, Sociological Abstracts, Web of Knowledge (u.a. Science Citation Index and Social Science Citation Index), World Health Organisation ICTRP, CINAHL, PubMed (2) Literaturverzeichnisse vorheriger Metaanalysen und systematischer Reviews Suchzeitraum: 12/2016 Einschlusskriterien: • RCTs • Erwachsene (≥ 18 Jahre) • Psychologische Interventionen für Menschen, die ein komplexes, interpersonelles Trauma erlebt haben • Mindestens ein Behandlungsarm, der als	Interventionen • Psychoedukation: u.a. psychologische Therapien wie Achtsamkeit • Trauma memory processing (TMP) (traumafokussierte Interventionen: Kombination aus in vivo oder imaginative Exposition mit kognitiver Umstrukturierung) • Psychoedukation Plus (Kombination aus Psychoedukation und TMP) Kontrollbedingungen • WL • TAU • Minimal attention control Siehe Supplementary material für die genaue Zuordnung einzelner Studien in die drei Interventionskategorien und für die genaue Beschreibung der Interventionen	PICO-relevante Zielgröße(n): • PTB-Symptome • Depressionssymptome	1. Inkludierte Studien: 36 RCTs 2. Ergebnisse: • Signifikanter Effekt gruppenbasierter, traumafokussierter Interventionen (Studien mit zwei aktiven Armen) im Vergleich zu TAU bzgl. PTB-Symptome (24 RCTs), $g = -0.66$, 95%-KI [-0.94, -0.37] und Depression (17 RCTs), $g = -0.95$, 95%-KI [-1.43, -0.48] • Kein Unterschied gruppenbasierter, traumafokussierter Interventionen im Vergleich zu nicht-traumafokussierten gruppenbasierten Interventionen bzgl. PTB-Symptomen (fünf RCTs), $g = 0.36$, $p = .238$, 95%-KI [-0.24, 0.96], und Depression (drei RCTs), $g = 0.05$, $p = .926$, 95%-KI [-1.06, 1.16] • Signifikanter Effekt von Psychoedukationsgruppen im Vergleich zu TAU bzgl. PTB-Symptomen (acht RCTs), $g = -0.49$, $p = .037$, 95%-KI [-0.94, -0.03], aber nicht für Depression (sechs RCTs), $g = -0.90$, $p = .064$, KI-95% [-1.85, 0.05] • Signifikanter Effekt von Psychoedukationsgruppen Plus im Vergleich zu TAU bzgl. PTB-Symptomen (zehn RCTs), $g = -0.60$, $p = .003$, 95%-KI [-1.00, -0.20], aber nicht für Depression (vier RCTs), g	Critically Low Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (5) Nicht-doppelte Studien Selektion (6) Nicht-doppelte Datenextraktion (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (16) Interessenskonflikte nicht angegeben	Alexander et al. (1989) Bass et al. (2013) Bohus et al. (2013) Bradley & Follingstad (2003) Chard (2005) Classen et al. (2001) Classen et al. (2011) Cole et al. (2007) Constantino et al. (2005) Crespo & Arinero (2010) Dorrepal et al. (2012) Falsetti et al. (2008) Ford et al. (2013) Frisman et al. (2008) Garland et al. (2016) Ghee et al. (2009) Graham-Bermann & Miller (2013) Hien et al. (2009) Hinton et al. (2011) Hollifield et al. (2017) Kaslow et al. (2010) Kelly et al. (2016) Krakow et al. (2001) Krupnick et al. (2008) Lau et al. (2007) McWhirter (2011) Messina et al. (2010) Messina et al. (2012) Mitchell et al. (2014) Rieckert & Moller (2000)

	spezifische psychologische Behandlung, um die Symptome und Erfahrungen im Zusammenhang mit komplexen Traumata zu lindern, zu stabilisieren oder die Teilnehmer darüber zu informieren • Die Behandlung fand zu mindestens 90% im Gruppensetting statt • Validierte Instrumente zur Erfassung der Outcomes (entweder Selbstbericht oder klinisches Interview) • Schweregrad der PTBS als Outcome oder der Schweregrad anderer Symptome, die mit komplexen Traumata in Zusammenhang stehen (Depression, psychische Belastung, Drogenmissbrauch und Dissoziation) • Artikel in Englisch und in einem peer reviewed Journal veröffentlicht Ausschlusskriterien: • Studien ausschließlich mit Veteranen			$= -0.77, p = .192, 95\text{-KI} [-1.92, 0.39]$ • Signifikanter Effekt von TMP-Gruppen im Vergleich zu TAU bzgl. PTB-Symptomen (sechs RCTs), $g = -0.98, 95\text{-KI} [-1.53, -0.43]$, und Depression (sieben RCTs), $g = -1.12, p = .014, 95\text{-KI} [-2.01, -0.23]$ • Kein Unterschied von TMP-Gruppen im Vergleich zu Psychoedukationsgruppen bzgl. PTB-Symptomen (vier RCTs), $g = -0.34, p = .337, 95\text{-KI} [-1.05, 0.36]$, und Depression (drei RCTs), $g = 0.29, p = .607, 95\text{-KI} [-0.83, 1.4]$		Sikkema et al. (2007, 2013) van der Kolk et al. (2014) Yeomans et al. (2010) Zlotnick et al. (1997) Zlotnick et al. (2009)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Schwartz et al., 2019 DOI: doi.org/10.1080/10503307.2017.1405168 Efficacy of group psychotherapy for posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) MEDLINE, CENTRAL, Web of Science, PsycINFO (2) Literaturverzeichnisse kürzlicher Reviews, Metaanalysen, eingeschlossener Studien (3) Suche nach unpublizierten Studien durch PROQuest Dissertations and Theses Full Text database und Anfragen bei Autor:innen Suchzeitraum: 01/1990–04/2017 Einschlusskriterien: • RCTs • Mindestens 70 % der Teilnehmer:innen (≥ 18 Jahre) hatten eine PTBS-Diagnose nach ICD oder DSM • PTB-Symptome waren die primäre Zielgröße • Behandlung in der Experimentalgruppe erfolgte in Gruppen (mindestens drei Per-	Gruppeninterventionen: • Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) • Interpersonal Therapy (IPT) • Psychodynamische Therapie (PDT) • Cognitive processing therapy (CPT) Aktive und inaktive Kontrollen (Gruppen- oder Einzelsetting) • Minimaler Kontakt • WL • TAU • Psychoedukation • Angewandte Muskelrelaxation • Supportive Gruppentherapie • Kognitive Einzeltherapie	Primäre Zielgröße(n): • PTB-Symptome Sekundäre Zielgröße(n): • Depressionssymptome • Angstsymptome	1. Inkludierte Studien: 20 RCTs 2. Ergebnisse: Gruppentherapie vs. inaktive Kontrollgruppen PTB-Symptome (13 RCTs): Gruppentherapie ist effektiver als inaktive Kontrollen, $g = 0.70$, 95%-KI [0.41, 0.99], $p < .001$, jedoch mit signifikanter Heterogenität, $Q = 29.92$, $p(Q) = .003$, $I^2 = 59.90\%$. Nach Entfernen eines Ausreißers: $g = 0.61$, $I^2 = 46.92\%$ Depressionssymptome (Sieben RCTs): Gruppentherapie ist effektiver als inaktive Kontrollen, $g = 0.61$, 95%-KI [0.14, 1.08] Angstsymptome (Fünf RCTs): Gruppentherapie ist effektiver als inaktive Kontrollen, $g = 0.53$, 95%-KI [0.17, 0.88] Gruppentherapie vs. aktive Kontrollgruppen PTB-Symptome (Acht RCTs): Gruppentherapie ist nicht effektiver als andere aktive Kontrollen, $g = -0.02$, 95%-KI [-0.22, 0.17], $p = .811$, mit moderater Heterogenität, $Q = 12.88$, $p(Q) < .075$, $I^2 = 45.66\%$. Depressionssymptome (Drei RCTs): Gruppentherapie ist nicht effektiver als andere aktive Kontrollen, $g = 0.06$, 95%-KI [-0.26, 0.38] Angstsymptome (Ein RCT):	Low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (7) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Auschlüsse nicht begründet (8) Keine detaillierte Beschreibung eingeschlossener Studien (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Gruppentherapie vs. inaktive Kontrollgruppen Akbarian et al. (2015) Beck et al. (2009) Castillo et al. (2016) Classen et al. (2001) Dorrepaal et al. (2021) Falsetti et al. (2008) Frisman et al. (2008) Hollifield et al. (2007) Krupnick et al. (2008) Kent et al. (2011) Zlotnick et al. (1997) Zlotnick et al. (2009) Gruppentherapie vs. aktive Kontrollgruppen Boden et al. (2011) Cook et al. (2010) Ford et al. (2013) Hien et al. (2009) Hinton et al. (2011) Resick et al. (2015) Resick et al. (2017) Schnurr et al. (2003)

	sonen), basiert auf einer formalen Theorie psychotherapeutischer Veränderung und wurde durch einen ausgebildeten Gruppenleiter:innen durchgeführt (mindestens fünf Sitzungen) • Kontrollbedingungen waren inaktiv (z. B. WL), aktiv (z. B. TAU, common factor control) oder alternative PTBS-Behandlungen • Daten zur PTBS-Schwere und ggf. sekundären Zielgrößen wie Depression oder Response/Remission • Nach 1990 veröffentlichte Studien Ausschlusskriterien:-			Gruppentherapie ist nicht effektiver als andere aktive Kontrollen, $g = 0.83$, 95%-KI [-0.16, 1.82]		

Primärevidenz

N = 0

PICO 6

Aggregierte Evidenz

N = 10

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Bisson et al., 2013 DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub4. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE und PsycINFO über Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group's Specialised Register (2) Manuelle Suche im Journal of Traumatic Stress und den ISTSS Treatment Guidelines (3) Manuelle Suche in zentralen Journals, in Konferenzbeiträgen und anderen systematischen Reviews und Metaanalysen (4) Kontakt zu Expert:innen des Forschungsfelds (5) Überprüfung der Literaturverzeichnisse der inkludierten Studien (6) Studienregister: World Health Organization's trials portal (IC-TRP), ClinicalTrials.gov, Pharmaunternehmen (7) Graue Literatur	Interventionen: - Individuelle TF-KVT: 49 Studien - Non-TF-KVT: 8 Studien - EMDR: 16 Studien - Gruppen TF-KVT: 10 Studien - Andere Therapieformen: 9 Studien Messzeitpunkte: - Nach Behandlungsende (BE) - Follow-up ein bis vier Monate (FU 1–4) - Follow-up fünf bis acht Monate (FU 5–8) - Follow-up neun bis zwölf Monate (FU 9–12) Follow-up Ergebnisse vorliegende für folgende Vergleiche: - Individual TF-KVT vs. WL/usual care - Individual TF-KVT vs. non-TF-KVT - Individual TF-KVT vs. „andere Therapien“ (weitere nicht PICO-relevante Vergleiche)	PICO-relevante primäre Zielgröße(n): - PTB-Symptomschwere bewertet durch Kliniker:in PICO-relevante Sekundäre Zielgröße(n): - Depressivität - Angstsymptome - PTBS-Diagnose nach der Behandlung - PTB-Symptomschwere (Selbstbeurteilung) Nicht PICO-relevante Zielgrößen: - Nachteilige Auswirkungen - Dropout-Quoten	1. Inkludierte Studien: 70 RCTs 2. Ergebnisse: Individual TF-KVT versus WL/usual care PTB-Symptome (Kliniker:in): - BE ($k = 28$): TF-KVT überlegen ($SMD = -1.62$, 95%-KI $[-2.03, -1.21]$) - FU 1–4 ($k = 4$): TF-KVT überlegen $SMD = -1.18$, 95%-KI $[-2.20, -0.17]$ - FU 5–8 ($k = 3$): TF-KVT überlegen ($SMD = -0.47$, 95%-KI $[-0.77, -0.18]$) - FU 9–12 ($k = 1$): TF-KVT überlegen ($SMD = 0.78$, 95%-KI $[-1.18, -0.39]$) PTB-Symptome (Selbstbericht): - BE ($k = 17$): TF-KVT überlegen ($SMD = -1.60$, 95%-KI $[-2.02, -1.18]$) - FU 1–4 ($k = 2$): TF-KVT überlegen ($SMD = -3.03$, 95%-KI $[-6.51, -0.45]$) - FU 5–8 ($k = 2$): TF-KVT überlegen ($SMD = -0.61$, 95%-KI $[-0.90, -0.32]$) - FU 9–12 ($k = 1$): TF-KVT überlegen ($SMD = -1.22$, 95%-KI $[-1.61, -0.83]$) Depressivität: - BE ($k = 29$): TF-KVT überlegen	High quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (19) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Adenauer et al. (2011) Asukai et al. (2010) Basoglu et al. (2005) Basoglu et al. (2007) Beck et al. (2009) Bichescu et al. (2007) Blanchard et al. (2003) Brom et al. (1989) Bryant et al. (2003) Bryant et al. (2011) Carlson et al. (2008) Chard (2005) Cloitre et al. (2002) Cloitre et al. (2010) Cooper et al. (1989) Devilly et al. (1998) Devilly et al. (1999) Duffy et al. (2007) Dunne et al. (2012) Echeburua et al. (1997) Ehlers et al. (2003) Ehlers et al. (2005) Fecteau et al. (1999) Feske et al. (2008) Foa et al. (1991) Foa et al. (1999) Foa et al. (2005) Forbes et al. (2012) Galovski et al. (2012) Gamito et al. (2010)

	Suchzeitraum: Bis 04/2013 Einschlusskriterien: • RCTs, Cluster-RCTs und cross-over Studien mit psychologischer Therapie von chronischer PTBS in Erwachsenen (ab 18 Jahren) • Mind. 70 % der Teilnehmenden mussten eine PTBS Diagnose haben (nach DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, ICD-9 oder ICD-10) • PTBS als Primärdiagnose • Interventionen: TF-KVT, EMDR, non-TF-KVT, Gruppen TF-KVT, Gruppen non-TF-KVT, andere psychologische Therapien Ausschlusskriterien: • Einschlusskriterien nicht erfüllt			($SMD = -1.31$, 95%-KI [-1.65,-0.98]) • FU 1–4 ($k = 7$): TF-KVT überlegen • FU 5–8 ($k = 3$): TF-KVT überlegen • FU 9–12 ($k = 1$): TF-KVT überlegen Angstsymptome: • BE ($k = 18$): TF-KVT überlegen ($SMD = -0.82$, 95%-KI [-1.03,-0.61]) • FU 1–4 ($k = 3$): TF-KVT überlegen • FU 9–12 ($k = 1$): kein Unterschied Individual TF-KVT vs. non-TF-KVT PTB-Symptome (Kliniker:in): • BE ($k = 7$): kein Unterschied • FU 1–4 ($k = 5$): TF-KVT überlegen • FU 5–8 ($k = 2$): kein Unterschied • FU 9–12 ($k = 2$): kein Unterschied Depressivität: • BE ($k = 6$): kein Unterschied • FU 1–4 ($k = 6$): kein Unterschied • FU 5–8 ($k = 2$): TF-KVT überlegen • FU 9–12 ($k = 1$): TF-KVT überlegen Angstsymptome: • BE ($k = 4$): kein Unterschied • FU 1–4 ($k = 4$): kein Unterschied • FU 5–8 ($k = 1$): kein Unterschied		Gersons et al. (2000) Hensel-Dittmann et al. (2011) Hinton et al. (2005) Hinton et al. (2011) Hogberg et al. (2007) Hollifield et al. (2007) Ironson et al. (2002) Jensen et al. (1994) Keane et al. (1989) Kearney et al. (2013) Karkow et al. (2000) Karkow et al. (2001) Kubany et al. (2003) Kubany et al. (2004) Lee et al. (2002) Lindauer et al. (2005) Marcus et al. (1997) Marks et al. (1998) McDonagh et al. (2005) Monson et al. (2006) Mueser et al. (2008) Neuner et al. (2004) Neuner et al. (2008) Neuner et al. (2010) Nijdam et al. (2012) Paunovic et al. (2011) Peniston et al. (1991) Power et al. (2002) Ready et al. (2010) Resick et al. (2002) Rothbaum et al. (1997) Rothbaum et al. (2005) Scheck et al. (1998) Schnurr et al. (2003) Schnurr et al. (2007) Taylor et al. (2003)

				• FU 9–12 ($k = 1$): kein Unterschied Individual TF-KVT vs. "andere Therapien" PTB-Symptome (Kliniker:in): • BE ($k = 10$): TF-KVT überlegen ($SMD = -0.48$, 95%-KI $[-0.83, -0.14]$) • FU 1–4 ($k = 8$): TF-KVT überlegen • FU 5–8 ($k = 4$): kein Unterschied • FU 9–12 ($k = 2$): TF-KVT überlegen PTB-Symptome (Selbstbericht): • BE ($k = 6$): TF-KVT überlegen • FU 1–4 ($k = 5$): TF-KVT überlegen • FU 5–8 ($k = 3$): kein Unterschied • FU 9–12 ($k = 2$): kein Unterschied Depressivität: • BE ($k = 9$): TF-KVT überlegen • FU 1–4 ($k = 7$): kein Unterschied • FU 5–8 ($k = 5$): kein Unterschied Angstsymptome: • BE ($k = 7$): TF-KVT überlegen • FU 1–4 ($k = 5$): kein Unterschied • FU 5–8 ($k = 2$): kein Unterschied		Vaughan et al. (1994) Wells et al. (2012) Zang et al. (2013) Zlotnick et al. (1997)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Ehring et al., 2014 Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse DOI: 10.1016/j.j.cpr.2014.10.004	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PsycINFO, Medline, PILOTS, Cochrane Central Register of Controlled Trials (2) Suche in den Literaturverzeichnissen früherer Metaanalysen und systematischer Reviews Suchzeitraum: Bis 11/2013 Einschlusskriterien: • Randomisierte Studie, in der mindestens eine aktive psychologische Behandlung mit mindestens einer Kontrollbedingung oder einer anderen aktiven Behandlungsbedingung verglichen wird • PTB-Symptome Hauptziel der Behandlung • Studienteilnehmer:innen mindestens 18 Jahre alt • Mindestens 90 % der Studienteilnehmer*innen haben vor dem Al-	Interventionen • Traumafokussierte KVT (Zehn RCTs) • Nicht-traumafokussierte KVT (Sechs RCTs) • EMDR (Drei RCTs) • Weitere Behandlungen (z. B. interpersonelle oder emotionsfokussierte Therapien, drei RCTs) Unabhängig der eigentlichen Klassifizierung wurden die Interventionen wie folgt eingeteilt: • Traumafokussierte Intervention? (Ja/Nein) • Einzel-, Gruppen- oder Kombinationstherapie? Kontrollbedingungen: • TAU • WL • 13 RCTs verglichen mindestens eine aktive Behandlung mit mindestens einer Kontrollbedingung • Drei Studien verwendeten ein randomisiertes Design zum Vergleich von mindestens zwei aktiven Bedingungen,	Primäre Zielgröße(n): • PTB-Symptome Sekundäre Zielgröße(n): • Depressionssymptome • Angstsymptome • Dissoziationssymptome • Dropout-Rate Follow-up-Zeiträume FU1 < sechs Monate FU2 ≥ sechs Monate FU Ergebnisse beziehen sich nur auf FU2	1. Inkludierte Studien: 16 RCTs (mit insgesamt 22 aktiven Behandlungsbedingungen) 2. Ergebnisse: Post-Treatment (PTB-Symptome) Alle Interventionen vs. WL Signifikanter, mittlerer bis großer Effekt, $g = 0.72$, 95%-KI [0.33, 1.11], $k = 9$ Einzelne Interventionen vs. WL • TF-KVT: signifikanter großer Effekt $g = 0.88$, 95%-KI [0.30, 1.47], $k = 3$ • EMDR: signifikanter mittlerer Effekt $g = 0.76$, 95%-KI [0.10, 1.42], $k = 2$ • Nicht-traumafokussierte Interventionen: nicht-signifikanter Effekt $g = 0.48$, 95%-KI [-0.28, 1.23], $k = 3$ Alle Interventionen vs. TAU/Placebo Nicht signifikanter Effekt, $g = 0.50$, 95%-KI [-0.11, 1.12], $k = 7$ Einzelne Interventionen vs. TAU/Placebo • TF-KVT: signifikanter großer Effekt $g = 1.72$, 95%-KI [0.58, 2.87], $k = 2$ • EMDR: nicht-signifikanter Effekt $g = 0.39$, 95%-KI [-0.36, 1.13], $k = 2$ • Nicht-traumafokussierte Interventionen: nicht-signifikanter Effekt $g = -0.12$, 95%-KI [-0.37, 1.13], $k = 3$	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (3) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/nicht auf Abweichung eingegangen (11) Kein angemessenes RoB (12) Finanzierungsquellen nicht berichtet (13) Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet	Bohus et al. (2013) Bradley & Follingstad (2003) Chard (2005) Cloitre et al. (2002) Cloitre et al. (2010) Dorrepal et al. (2012) Edmond et al. (1999) [& Edmond & Rubin (2004)] Krupnick et al. (2008) McDonagh et al. (2005) Paivio et al. (2010) Resick et al. (2008) Scheck et al. (1998) Sikkema et al. (2007) Van der Kolk et al. (2007) Zlotnick et al. (1997) Zlotnick et al. (2009)

	ter von 18 Jahren wiederholten sexuellen und/oder körperlichen Missbrauch erlebt; wenn weniger als 90 % der Stichprobe diese Art von Trauma erlebt haben, müssen separate Daten für die Untergruppe des Missbrauchs in der Kindheit in dem Artikel angegeben werden • Schweregrad der PTBS-Symptome wird berichtet; Messung mit einem validierten Instrument (Selbstauskunft oder strukturiertes klinisches Interview) mind. vor und nach der Behandlung oder vor der Behandlung und zu mind. einem FU-Zeitpunkt • Mindestens 10 Teilnehmer:innen pro Bedingung • Veröffentlicht in einem peer-reviewed Journal Ausschlusskriterien:-	enthielten aber keine Kontrollgruppe		Traumafokussierte vs. nicht-traumafokussierte Interventionen: Traumafokussierte Interventionen im Vergleich mit TAU/Placebo Kontrollgruppen ($g = 1.05$, 95%-KI [0.18, 1.92], $k = 4$) signifikant nicht-traumafokussierten Interventionen überlegen ($g = -0.12$, 95%-KI [-0.37, 0.12], $k = 3$), jedoch nicht im Vergleich mit passiver Kontrollgruppe Einzel- vs. Gruppentherapie zum posttreatment: Einzeltherapie im Vergleich mit TAU/Placebo Kontrollgruppen ($g = 0.80$, 95%-KI [-0.02, 1.62], $k = 5$) signifikant Gruppentherapie überlegen ($g = -0.14$, 95%-KI [-0.51, 0.23], $k = 2$), jedoch nicht im Vergleich mit passiver Kontrollgruppe Pretreatment-FU-Effekt (ohne Kontrollbedingung) der Interventionen • Großer Pre-FU-Effekt über alle Interventionen hinweg, $g = 1.56$, 95%-KI [1.35, 1.78], $k = 16$ • Alle Interventionen zeigten einen signifikanten Pre-FU-Effekt: TF-KVT, $g = 1.70$, 95%-KI [1.44, 1.97], $k = 9$ • Nicht-traumafokussierte KVT, $g = 1.11$, 95%-KI [0.73, 1.48], $k = 3$ • EMDR, $g = 2.00$, 95%-KI [1.24, 2.75], $k = 2$ • Weitere Behandlungen, $g = 1.49$, 95%-KI [1.05, 1.93], $k = 2$ Pretreatment-FU-Effekt (ohne Kontrollbedingung) traumafokussierter		

				vs. nicht-traumafokussierter Interventionen Traumafokussierte Interventionen ($g = 1.68$, 95%-KI [1.45, 1.91], $k = 12$) waren nicht-traumafokussierte Interventionen ($g = 1.23$, 95%-KI [0.85, 1.61], $k = 4$) überlegen		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Hoppen et al., 2023 DOI: 10.1037/ccp0000809 The Efficacy and Acceptability of Psychological Interventions for Adult PTSD: A Network and Pairwise Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials	Systematic Review & Metaanalyse Database: (1) Ergebnisse aus der Suche von Morina et al. (2021) (2) MEDLINE, APA PsycInfo, Web of Science, und PTSDpubs (3) Literaturverzeichnis anderer Reviews und Meta-Analysen (4) Trial Register U.S. VA Suchzeitraum: 09/2021–04/2022 Einschluss: • RCTs mit min. einem Arm psychologische Intervention verglichen mit passiver oder aktiver Kontrollgruppe oder anderer Intervention • Mittleres Alter der Teilnehmenden 18 Jahre oder älter • Mindestens 10 Teilnehmende pro Vergleichsgruppe • PTBS als primäre Diagnose und Behandlungsschwerpunkt	TF-CBT, EMDR, andere traumafokussierte psychologische Interventionen (TF-PI; i.e., non-TF-CBT und non-EMDR interventions mit Traumafokus; z.B. imagery rehearsal therapy), nicht-traumafokussierte psychologische Interventionen (Non-TF-PI; z.B. present-centered therapy) Dabei ist in TF-CBT zusammengefasst: Kognitive Therapie, Prolonged Exposure, narrative Expositionstherapie Kontrollbedingungen: Unterscheidung zwischen aktiven Kontrollbedingungen (ACC; supportive counseling, TAU) und passiven Kontrollbedingungen (PCC; Warteliste, minimal attention)	• PTB-Symptome (kurz-, mittel- und langfristig) FU1: ≤ 5 Monate nach Behandlungsende FU2: >5 Monate nach Behandlungsende	1. Inkludierte Studien: $N = 157$ RCTs 2. Ergebnisse: Post-Treatment Vergleich mit PCC • TF-CBT $SMD = 1.14$, 95%-KI [1.01, 1.26], $k = 53$ • EMDR $SMD = 1.06$, 95%-KI [0.84, 1.28], $k = 7$ • TF-PIs $SMD = 0.83$, 95%-KI [0.56, 1.11], $k = 6$ • Non-TF-PIs $SMD = 0.96$, 95%-KI [0.81, 1.12], $k = 18$ Vergleich mit ACC • TF-CBT $SMD = 0.60$, 95%-KI [0.46, 0.75], $k = 31$ • EMDR $SMD = 0.53$, 95%-KI [0.31, 0.75], $k = 11$ • TF-PIs $SMD = 0.30$, 95%-KI [0.01, 0.60], $k = 1$ • Non-TF-PIs $SMD = 0.43$, 95%-KI [0.27, 0.60], $k = 16$ Vergleich mit EMDR • TF-CBT $SMD = 0.07$, 95%-KI [-0.14, 0.28], $k = 10$ • TF-PIs $SMD = -0.23$, 95%-KI [-0.54, 0.08], $k = 2$ • Non-TF-PIs $SMD = -0.10$, 95%-KI [-0.33, 0.14], $k = 1$ Vergleich mit TF-PIs • TF-KVT $SMD = 0.30$, 95%-KI [0.02, 0.58], $k = 2$ • Non-TF-PIs $SMD = 0.13$, 95%-KI [-0.16, 0.42], $k = 2$	Low quality Systematic Review & Metaanalyse Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (7) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Aus-schlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet	s. Supplement (Chapter F) https://supp.apa.org/psycarticles/supplemental/ccp0000809/ccp0000809_supp.html

	• Mindestens 70% der Teilnehmenden mit PTBS-Diagnose nach ICD oder DSM Ausschluss: • Komorbide Gehirnverletzung und Substanzabhängigkeit			Vergleich mit Non-TF-Pls • TF-KVT $SMD = 0.17$, 95%-KI [0.03, 0.31], $k = 25$ > 5 Monate Follow-Up Vergleich mit PCC • TF-CBT $SMD = 0.71$, 95%-KI [0.43, 0.98], $k = 5$ • EMDR $SMD = 0.43$, 95%-KI [0.01, 0.83], $k = 1$ • TF-Pls $SMD = 0.62$, 95%-KI [0.18, 1.05], $k = 0$ • Non-TF-Pls $SMD = 0.51$, 95%-KI [0.19, 0.82], $k = 0$ Vergleich mit ACC • TF-KVT $SMD = 0.71$, 95%-KI [0.53, 0.90], $k = 15$ • EMDR $SMD = 0.43$, 95%-KI [0.02, 0.83], $k = 0$ • TF-Pls $SMD = 0.62$, 95%-KI [0.23, 1.02], $k = 0$ • Non-TF-Pls $SMD = 0.52$, 95%-KI [0.29, 0.75], $k = 1$ Vergleich mit EMDR • TF-KVT $SMD = 0.29$, 95%-KI [-0.07, 0.65], $k = 2$ • TF-Pls $SMD = 0.20$, 95%-KI [-0.21, 0.60], $k = 1$ • Non-TF-Pls $SMD = 0.09$, 95%-KI [-0.30, 0.48], $k = 0$ Vergleich mit TF-Pis • TF-CBT $SMD = 0.09$, 95%-KI [-0.26, 0.44], $k = 2$ • Non-TF-Pls $SMD = -0.11$, 95%-KI [-0.49, 0.28], $k = 0$ Vergleich mit Non-TF-Pis • TF-CBT $SMD = 0.20$, 95%-KI [0.04, 0.35], $k = 13$	

				<i>Anm.:</i> k = Anzahl der direkten Vergleiche; positive (negative) SMD spricht für die Psychologische Intervention (Vergleichsgruppe) des jeweiligen Vergleichs		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Kline et al., 2018 DOI: 10.1016/j.j.cpr.2017.10.009 Long-term efficacy of psychotherapy for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PsychInfo (2) Literaturverzeichnisse bisheriger Metaanalysen für RCTs und PTBS Suchzeitraum: 1980–2015 Einschlusskriterien: • Erwachsene ≥ 18 Jahre alt • PTBS-Diagnose • Psychotherapie mit mindestens drei Sitzungen zur primären Behandlung der PTB-Symptome • PTB-Symptome wurden vor der Therapie, zum Posttreatment und zum follow-up (mindestens sechs Monate nach dem Posttreatment) mittels eines validen und reliablen Messinstruments erhoben • Die Studie wurde in Englisch veröffentlicht • Mindestens 30 Patient:innen	Jede Behandlungsbedingung wurde als Behandlungs- oder Kontrollbedingung in eine von acht Gruppen eingeteilt Behandlungsbedingungen • Gemischte KVT-Interventionen (KVT-M) z.B. Kognitive Umstrukturierung, Psychoedukation, Entspannungstraining, Skills Training • Cognitive processing therapy • Cognitive Therapy • EMDR • Expositionstherapie z. B. Prolonged Exposure, imaginative Exposition Kontrollbedingungen • "non-directive" Kontrollen z. B. supportive counseling, relaxation • TAU • Warteliste	Primäre Zielgröße(n): • PTB-Symptom-schwere Follow-up Zeiträume • Sechs Monate ($k = 48$, 66.7 %) • Neun Monate ($k = 3$, 4.2 %) • Zwölf Monate ($k = 19$, 26.4 %) • 20 Monate ($k = 2$, 2.8 %)	1. Inkludierte Studien: 32 RCTs mit insgesamt 86 Bedingungen; 14 Bedingungen mussten ausgeschlossen werden, u. a. aufgrund von follow-up < sechs Monate 2. Ergebnisse Allgemeine Wirksamkeit über alle Bedingungen hinweg • Pretreatment bis Follow-up: $d = 1.88$, 95%-KI [1.68, 2.08] • Posttreatment bis Follow-up: $d = 0.17$, 95%-KI [0.10, 0.23] Vergleich der Wirksamkeit von Behandlungsbedingungen im Vergleich zu Kontrollbedingungen • Signifikante Unterschiede zwischen Behandlungsbedingungen ($d = 2.14$) und Kontrollbedingungen ($d = 1.04$) zwischen Pretreatment und follow-up ($p < .001$), aber nicht zwischen Posttreatment und follow-up ($p = .90$) Vergleich der Wirksamkeit der fünf Behandlungsbedingungen untereinander • Pretreatment bis Follow-up Keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Behandlungsbedingungen (signifikante Heterogenität, $I^2 = 96.73$)	Critically Low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (4) Keine umfassende Suchstrategie angewandt (7) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (14) Heterogenität wurde nicht interpretiert/diskutiert	Siehe Publikation

	• Geringes Risk of bias assessment Ausschlusskriterien: • Pharmakologische Behandlung • Telehealth Therapien			• Posttreatment bis follow-up (signifikante Heterogenität $I^2 = 69.57$) • Expositionstherapien ($d = 0.27$) zeigten eine höhere Wirksamkeit als die anderen Bedingungen ($d = .05, p = .005$) • KVT-M zeigten eine geringere Wirksamkeit ($d = -0.01$) als die anderen Bedingungen ($d = 0.21, p = 0.02$) Follow-up Zeitraum • Posttreatment bis Follow-up Effektgrößen waren signifikant größer für Bedingungen mit längeren Follow-up Zeiten (z. B. $\geq$ sechs Monate im Vergleich zu sechs Monaten, $p = .007$)		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Morina et al., 2021 DOI: 10.1017/S0033291721001641 Study quality and efficacy of psychological interventions for posttraumatic stress disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials	Systematic Review & Metaanalyse Database: (1) PsycINFO und Medline (2) Eingeschlossene Studien in Bisson et al. (2013) (3) Literaturverzeichnis anderer Reviews und Metaanalysen Suchzeitraum: 01/2013–09/2020 Einschluss: • Behandlungsschwerpunkt PTBS • Teilnehmende 17 und älter • Post-Assessment von min. 10 % der Teilnehmende pro Arm • Min. 70 % der Stichprobe mit PTBS-Diagnose • RCTs Ausschluss: • Komorbide Gehirnverletzung und Substanzabhängigkeit	Psychotherapie für PTBS (u.a. TF-KVT, EMDR) verglichen mit aktiver Kontrollbedingung (ACC) und passiver Kontrollbedingung (PCC)	PTB-Symptome FU1: ≤ Fünf Monate nach Posttreatment FU2: > Fünf Monate nach Posttreatment	1. Inkludierte Studien: $N = 136$ RCTs 2. Ergebnisse: • Alle Bedingungen vs. PCC: $g = 1.09$, 95%-KI [0.93, 1.25], $k = 77$ • Alle Bedingungen vs. ACC: $g = 0.47$, 95%-KI [0.35, 0.58], $k = 59$ • TF-KVT vs. PCC: $g = 1.23$, 95%-KI [1.00, 1.47], $k = 47$ • TF-KVT vs. ACC: $g = 0.49$, 95%-KI [0.33, 0.66], $k = 33$ • TF-KVT vs. andere aktive Vergleichsbedingung (nicht EMDR): $g = 0.08$, 95%-KI [-0.03, 0.20], $k = 19$ • TF-KVT vs. EMDR: $g = -0.06$, 95%-KI [-0.48, 0.35], $k = 19$ Studien • EMDR vs. PCC: $g = 1.19$, 95%-KI [0.76, 1.62], $k = 7$ Studien • EMDR vs. ACC: $g = 0.42$, 95%-KI [0.22, 0.62], $k = 11$ Studien • Auch im FU1 signifikante Überlegenheit der aktiven Bedingungen im Vergleich mit PCC ($g = 0.81$, 95%-KI [0.56, 1.05], $k = 21$ Studien) und auch ACC ($g = 0.47$, 95%-KI [0.31, 0.64], $k = 30$ Studien) • Auch im FU2 signifikante Überlegenheit der aktiven Bedingungen im Vergleich mit PCC ($g = 0.67$, 95%-KI [0.51, 0.83],	Low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (7) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Acarturk et al. (2016) Akbarian et al. (2015) Asukai et al. (2010) Basoglu et al. (2005) Basoglu et al. (2007) Beck et al. (2009) Belleville et al. (2018) Bisson et al. (2020) Blanchard et al. (2003) Bohus et al. (2013) Bohus et al. (2020) Bormann et al. (2008) Bormann et al. (2013) Boterhoven de Haan et al. (2020) Brom et al. (2017) Bryant et al. (2003) Bryant et al. (2011) Bryant et al. (2019) Butollo et al. (2016) Capezzani et al. (2013) Carletto et al. (2016) Carlson et al. (1998) Carlsson et al. (2018) Carter et al. (2013) Castillo et al. (2016) Chard (2005) Classen et al. (2020) Cloitre et al. (2002) Cloitre et al. (2010) Cottraux et al. (2008) Davis et al. (2020) Deville et al. (1998) Deville et al. (1999)

				$k = 8$ Studien) und auch ACC ($g = 0.78$, 95%-KI [0.54, 1.03], $k = 19$) • Auch im FU1 kein Unterschied zwischen EMDR und TF-KVT $g = -0.12$, 95%-KI [-0.72, 0.47], $k = 4$		Dorrepal et al. (2012) Duffy et al. (2007) Dunne et al. (2012) Echeburua et al. (1997) Ehlers et al. (2003) Ehlers et al. (2005) Ehlers et al. (2014) Engel et al. (2015) Fecteau et al. (1999) Foa et al. (1991) Foa et al. (1999) Foa et al. (2005) Foa et al. (2018) Forbes et al. (2012) Ford et al. (2011) Ford et al. (2013) Galovski et al. (2012) Gersons et al. (2000) Ghafoori et al. (2017) Goldstein et al. (2018) Gray et al. (2019) Hensel-Dittmann et al. (2011) Hinton et al. (2005) Hinton et al. (2011) Hollifield et al. (2007) Ivarsson et al. (2014) Jacob et al. (2014) Jalal et al. (2020) Jensen et al. (1994) Johnson et al. (2011) Johnson et al. (2016) Johnson et al. (2016) Keane et al. (1989) Kent et al. (2011) Krakow et al. (2000) Krakow et al. (2001) Krupnick et al. (2008)

						Kubany et al. (2003) Kubany et al. (2004) Lang et al. (2019) Langkaas et al. (2017) Laugharne et al. (2016) Lee et al. (2002) Lely et al. (2019) Lewis et al. (2017) Lindauer et al. (2005) Littleton et al. (2016) Littleton et al. (2016) Litz et al. 2007 Maguen et al. (2017) Marcus et al. (1997) Markowitz et al. (2015) Marks et al. (1998) McDonagh et al. (2005) Mitchell et al. (2014) Monson et al. (2006) Monson et al. (2012) Morath et al. (2014) Mueser et al. (2008) Nacasch et al. (2011) Neuner et al. (2004) Neuner et al. (2008) Neuner et al. (2010) Nidich et al. (2018) Nijdam et al. (2012) Niles et al. (2012) Orang et al. (2018) Pacella et al. (2012) Paunovic (2011) Power et al. (2002) Power et al. (2002) Rauch et al. (2015) Ready et al. (2018) Reger et al. (2016)

						Resick et al. (2002) Resick et al. (2015) Robjant et al. (2019) Rothbaum et al. (2005) Sautter et al. (2015) Schaal et al. (2009) Scheck et al. (1998) Schnurr et al. (2003) Schnur et al. (2007) Sloan et al. (2012) Sloan et al. (2018) Stanbury et al. (2020) Stenmark et al. (2013) Suris et al. (2013) Taylor et al. (2003) ter Heide et al. (2016) Thorp et al. (2019) Thorp et al. (2019) Tylee et al. (2017) van den Burg et al. (2015) van der Kolk et al. (2007) van der Kolk et al. (2014) van Gelderen et al. (2020) Vaughan et al. (1994) Wagner et al. (2019) Wahbeh et al. (2016) Wells et al. (2012) Wells et al. (2015) Yurtsever et al. (2018) Zang et al. (2013) Zang et al. (2014) Zlotnick et al. (1997) Zoellner et al. (2017)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Raghuraman et al., 2021 DOI: 10.1002/cpp.2486 Evaluating narrative exposure therapy for post-traumatic stress disorder and depression symptoms: A meta-analysis of the evidence base	Systematic Review & Metaanalyse Database: (1) PubMed, CINHAL, PsycINFO, Medline, Cochrane Library und Embase (2) NET-Expert:innen nach Publikationsliste zu NET-Forschung gefragt Suchzeitraum Bis 08. Dezember 2019 Einschluss: • RCTs, die NET untersuchen • Einschluss von Personen mit Trauma in der Vergangenheit und mit PTB-Symptomen • Keine Beschränkung hinsichtlich des Alters Ausschluss: • KIDNET als Adaptation	NET verglichen mit aktiver oder passiver Kontrollgruppe • NET: $n = 18$ Studien • Narrative Exposure Therapy for Forensic Offender Rehabilitation: $n = 4$ Studien • Kurformen der NET: $n = 2$ Studien • Kombination NET + interpersonelle Psychotherapie: $n = 1$ Studien Kontrollbedingung: • WL: $n = 10$ Studien • Keine Intervention: $n = 3$ • Psychoedukation: $n = 2$ • TAU: $n = 5$ Studien • Weitere, je einmal: Academic catch-up, Stressimpfungstraining, CBT, Present-centred therapy, Supportive counselling, Trauma Counselling, Interpersonelle Therapie, Behandlung durch Expert:innen, Emotional freedom Technik	• PTB-Symptome • PTBS-Diagnose • Depressionssymptome Jeweils kurz- (3–4 Monate), mittel- (6–7 Monate) und langfristig (≥ 12 Monate)	1. Inkludierte Studien: $N = 24$ RCTs 2. Ergebnisse: PTB-Symptome • PTB-Symptome: Signifikante Überlegenheit von NET im Vergleich mit beliebiger Kontrollbedingung (kurzfristig $SMD = -0.30$, 95%-KI $[-0.49, -0.11]$, $n = 15$ Studien; mittelfristig $SMD = -0.45$, 95%-KI $[-0.68, -0.23]$, $n = 13$ Studien; langfristig $SMD = -0.49$, 95%-KI $[-0.80, -0.18]$, $n = 7$ Studien) • Im Vergleich mit aktiver Kontrollbedingung keine signifikante Überlegenheit von NET ($SMD = -0.07$, 95%-KI $[-0.34, 0.20]$) PTBS-Diagnose: • Signifikante Überlegenheit von NET im Vergleich mit einer beliebigen Kontrollbedingung kurz- ($OR = 0.28$, 95%-KI $[0.12, 0.66]$, $n = 4$ Studien) und mittelfristig ($OR = 0.26$, 95%-KI $[0.13, 0.55]$, $n = 4$ Studien) • Keine signifikante Überlegenheit im 12-Monate Follow-Up ($OR = 0.68$, 95%-KI $[0.16, 2.87]$, $n = 3$ Studien) Depressionssymptome:	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (6) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Adenauer et al. (2011) Alghamdi et al. (2015) Al-Hadethe et al. (2015) Bichescu et al. (2007) Crombach et al. (2015) Ertl et al. (2011) Hensel-Dittmann et al. (2011) Hermenau et al. (2013) Hijazi et al. (2014) Hinsberger et al. (2019) Jacob et al. (2014) Kobach et al. (2015) Lely et al. (2019) Morath et al. (2014) Morath et al. (2014b) Neuner et al. (2004) Neuner et al. (2008) Neuner et al. (2010) Orang et al. (2018) Pabst et al. (2014) Schaal et al. (2000) Stenmark et al. (2013) Zang et al. (2013) Zang et al. (2014)

				• Signifikante Überlegenheit von NET im Vergleich mit beliebiger Kontrollbedingung (kurzfristig $SMD = -0.32$, 95%-KI $[-0.61, -0.03]$, $n = 11$ Studien; mittelfristig $SMD = -0.49$, 95%-KI $[-0.79, -0.20]$, $n = 10$ Studien; langfristig $SMD = -0.37$, 95%-KI $[-0.70, 0.02]$, $n = 7$ Studien)		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Siehl et al., 2021 DOI: 10.1080/10503307.2020.1847345 Systematic review and meta-analyses of the long-term efficacy of narrative exposure therapy for adults, children and perpetrators	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PubMed, PsycINFO, MEDLINE, Web of Science (2) Screening bisheriger Metaanalysen und systematischer Reviews (3) Kontaktierung von führenden Autor:innen im Feld der NET Suchzeitraum: Bis 03/2020 in Intervallen Einschlusskriterien: - Teilnehmer:innen aller Altersgruppen (wobei es mindestens eine Erwachsenengruppe in der Experimental- und Kontrollgruppe gab) - Mindestens eine Prä- und Postmessung - PTB-Symptomstärke wurde mittels eines validierten Instruments erhoben - RCTs - Eine Follow-Up Periode von mindestens sechs Monaten	Gruppierung der Studien anhand der Einschlusskriterien - Alle Studien - Alle high quality Studien - Alle Langzeiteffekt-Studien - Alle high quality und Langzeiteffekt-Studien Untersuchte Interventionen - NET - FORNET (NET for Forensic Offender Rehabilitation) - KIDNET (NET für Kinder) Kontrollgruppen - Aktive Kontrollen (z. B. TAU) - Inaktive Kontrollen (z. B. WL) - Hatte eine Studie mehr als eine Kontrollgruppe, wurde die aktivere für den Vergleich gewählt	Primäre Zielgröße(n): - PTB-Symptome - Depressionssymptome	1. Inkludierte Studien: aus 30 Ländern - Systematisches Review: 56 RCTs - Metaanalyse: 16 RCTs - Alle: 16 RCTs - High quality: 15 RCTs - Langzeiteffekte: 14 RCTs - Langzeiteffekte und high-quality: 12 RCTs 2. Ergebnisse: NET - Langzeiteffekte und high-quality-Studien zeigten einen großen Effekt auf die PTB-Symptomatik im Vergleich zu aktiven Kontrollen, $SMD = -1.18$, 95%-KI $[-1.77, -0.59]$, $I^2 = 74.1$, $k = 8$, $p < .001$ - Bezüglich des Vergleichs mit inaktiven Kontrollen, über alle Kontrollen hinweg und in Bezug auf Depressionssymptome wurden im Text und in Tabelle 1 widersprüchliche Ergebnisse berichtet	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: - Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen - Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet - Keine detaillierte Beschreibung eingeschlossener Studien - Finanzierungsquellen nicht berichtet - Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet - RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert - Heterogenität wurde nicht interpretiert/diskutiert	In Metaanalyse inkludierte RCTs: Adenauer et al. (2011) Alghamdi et al. (2015) Crombach & Siehl (2018) Ertl et al. (2011) Hensel-Dittmann et al. (2011) Hijazi et al. (2014) Lely et al. (2019) Morath, Gola et al. (2014) Morath, Moreno-Villanueva et al. (2014) Neuner et al. (2004) Neuner et al. (2008) Orang et al. (2018) Schaal et al. (2009) Stenmark et al. (2013) Zang et al. (2013) Zang et al. (2014)

	Ausschlusskriterien: • Studienprotokolle und Reviews					

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Torchalla & Strehlau, 2018 DOI: 10.1177/0145445517725048 The Evidence Base for Interventions Targeting Individuals With Work-Related PTSD: A Systematic Review and Recommendations	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PILOTS, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), MEDLINE, PubMed, PsycINFO, CINAHL und EMBASE (2) Referenzlisten der inkludierten Studien und zu anderen Studie über arbeitsbezogene Traumata (3) Google Scholar Option „search for related articles“ (4) Graue Literatur Suchzeitraum: Bis 10/ 2016 Einschlusskriterien: • Englischsprachig • Beinhalten quantitative Evaluation der Outcomes von psychotherapeutischen und pharmakologischen Therapien zur Behandlung von posttraumatischem Stress in Personen, die einem Trauma während ihrer Arbeit ausgesetzt waren • Studienteilnehmende	• Studien ohne Kontrollgruppe: sechs Studien • Studien mit Kontrollgruppe: fünf Studien Intervention: • Best Practice: eine Studie • TF-KVT: zwei Studien (zum Teil mit Exposition am Arbeitsplatz) • Brief Eclectic Psychotherapy: eine Studie • Early prolonged imaginal exposure: Eine Studie • EMDR: drei Studien • On-site Jobevaluation (Exposition mit Arbeit(splatz): eine Studie • Graduierte Arbeitsexposition: ein Artikel mit zwei Studien • Imaginatives Überschreiben und Verarbeiten: eine Studie Kontrollbedingungen: • TAU: zwei Studien • WL: zwei Studien • delayed prolonged imaginal exposure: eine Studie	• Rückkehrquote an den Arbeitsplatz • PTB-Symptome	1. Inkludierte Studien: 11 Studien (davon 2 RCTs; 6 Studien für die quantitative Synthese) 2. Ergebnisse PTB-Symptome • Psychotherapie reduziert die Symptome, von Baseline zu Follow-Up Rückkehr an den Arbeitsplatz • Psychotherapeutische Interventionen sind hilfreich, um Rückkehrquote zu steigern • Personen, die nach 6 Monaten nicht zurück am Arbeitsplatz waren, zeigten in allen Messzeitpunkten mehr PTB-Symptome • TF-KVT und EMDR sind effektive Therapien für arbeitsbedingte PTBS, die Rückkehrquoten an den Arbeitsplatz steigern damit an und liegen in einem Bereich von 58 % bis 80 % Risk Differenz [RD]-Berechnung ($k = 3$) • Anteil der arbeitenden Teilnehmenden, war zu den längsten follow-up Zeitpunkten um 83.1 % größer als zu Beginn der Studien (95%-KI [0.754, 0.909, $p < .001$])	Critically low quality Systematic Review Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (5) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (6) Nicht-doppelte Studien-selektion (9) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (14) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Bender et al. (2016) Difede et al. (2007) Gersons et al. (2000) Högberg et al. (2007) Weis et al. (2012) Grunert et al. (1989) Grunert et al. (1990) Grunert et al. (1992) Grunert et al. (2007) Högberg et al. (2008) Lansing et al. (2005)

	mit traumatischem Ereignis im Rahmen ihrer Arbeit erlebt und PTB-Symptomen • Erhobene Variablen Rückkehr zum Arbeitsplatz und PTB-Symptome Ausschlusskriterien: • Militärische oder damit gemischte Stichproben • Studien, die Personen miteinschlossen, die nicht traumatischen Stress in der Arbeit erlebt haben (z. B. Überstunden) • Präventive Interventionen für PTBS • Einziges Outcome nicht psychologisch und nicht Rückkehr ins Arbeitsleben • Outcomes wurden für jeden Teilnehmenden einzeln berichtet • Studien, die im Risk of bias Rating ein <i>weak</i> für ihre methodische Qualität erhielten • Fallstudien					

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Tran & Gregor, 2016 DOI: 10.1186/s12888-016-0979-2 The relative efficacy of bona fide psychotherapies for post-traumatic stress disorder: a meta-analytical evaluation of randomized controlled trials	Systematic Review & Metaanalyse Database: (1) 15 Studien aus Benish et al. (2008) übernommen (2) MEDLINE, Cinahl Health, Psychology and Behavioral Sciences Collection, PsycINFO, PsycArticles, PubMed, Social Sciences Fulltext, und Web of Knowledge und Web of Science (3) Literaturverzeichnis früherer Reviews und relevanter Artikel Suchzeitraum:- Einschlusskriterien: • RCTs • Vergleich von mindestens zwei bona fide Psychotherapien • Therapiedauer von mindestens zwei Sitzungen • Erwachsene mit PTBS-Diagnose nach DSM-III oder DSM-IV Ausschlusskriterien: -	Vergleich untereinander: Expositionstherapie, prolongierte Exposition (PE), Expositionstherapie mit PE kombiniert (EXPE), EMDR, CBT, present-centered therapies (PCT) (CBT z. B. Exposition, Seeking Safety, Image Rehearsal)	• PTB-Symptome • Symptome komorbider Störungen • Trauma-spezifische Symptome • Allgemeine Symptombelastung • Funktionsniveau • Lebensqualität (Anmerkung.: mehrere sekundäre Outcomes wurden innerhalb einer Studie gemittelt) Erstes Follow-Up: • Zwischen ein und 15 Monate • 4.7 Monate im Durchschnitt Zweites Follow-Up: • Zwischen sechs und 24 Monaten, • 10 Monate im Durchschnitt	1. Inkludierte Studien: $N = 22$ RCTs 2. Ergebnisse: Post-Messung • Insgesamt keine signifikante Überlegenheit einer Therapie gegenüber den Vergleichstherapien hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen und sekundärer Outcomes ($g = -0.02$ bis $g = 0.10$), aber tendenziell PCT weniger wirksam ($g = -0.17$, 95%-KI [-0.32, 0.00]) • Signifikante Überlegenheit von traumafokussierter Therapie im Vergleich mit nicht-traumafokussierter Therapie hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen ($g = 0.14$, 95%-KI [0.01, 0.27]) Erstes Follow-Up • Insgesamt keine signifikante Überlegenheit einer Therapie gegenüber den Vergleichstherapien hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen und sekundärer Outcomes ($g = -0.04$ bis $g = 0.10$), aber tendenziell TF-KVT mit Exposition wirksamer ($g = 0.13$, 95%-KI [0.00, 0.26]) und PCT signifikant weniger wirksam ($g = -0.17$, 95%-KI [-0.30, -0.04]) hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen	Low quality Systematic Review & Metaanalyse Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/nicht auf Abweichung eingegangen (5) Nicht-doppelte Studienelektion (6) Nicht-doppelte Datenextraktion (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Brom et al. (1989) Bryant et al. (2008) Cook et al. (2010) Cottraux et al. (2008) Deville & Spence (1999) Foa et al. (1991) Foa et al. (1999) Hien et al. (2004) Ironson et al. (2002) Lee et al. (2002) Marks et al. (1998) Mc Donagh et al. (2005) Neuner et al. (2004) Paunovic & Öst (2001) Power et al. (2002) Ready et al. (2010) Resick et al. (2002) Rothbaum et al. (2005) Schnurr et al. (2003) Schnurr et al. (2007) Tarrier et al. (1996) Taylor et al. (2003)

				• Signifikante Überlegenheit von traumafokussierter Therapie im Vergleich mit nicht-traumafokussierter Therapie hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen ($g = 0.17$, 95%-KI [0.05, 0.28]) Zweites Follow-up • Insgesamt keine signifikante Überlegenheit einer Therapie gegenüber den Vergleichstherapien hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen und sekundärer Outcomes ($g = 0.02$ bis $g = 0.30$) • Signifikante Überlegenheit von traumafokussierter Therapie im Vergleich mit nicht-traumafokussierter Therapie hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen ($g = 0.23$, 95%-KI [0.01, 0.46]) <i>Anmerkung: Sekundäre Outcomes nicht einzeln berichtet</i>		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Weber et al., 2021 DOI: 10.1017/S003329172100163X Long-term outcomes of psychological treatment for posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) MEDLINE, PsycINFO, PSYINDEX, PTSDpubs und Cochrane Library (2) Referenzliste inkludierter Primärstudien (3) Referenzlisten relevanter Übersichtsartikel Suchzeitraum: Bis 11/2019 Einschlusskriterien: • Erwachsenen Teilnehmende • Face-to-face psychologische PTBS-Behandlung • Mindestens 70 % der Teilnehmende haben eine PTBS-Diagnose nach DSM-IV, DSM-V oder ICD-10 • Entweder aktive oder passive, nicht pharmakologische Kontrollbedingung • PTB-Symptome als primäres Outcome mindestens 12 Monate nach Behandlungsende • RCT	Für PTB-Symptome (Prätest–Follow-up) • Aktive Behandlung: $k = 32$ (davon 25 traumafokussiert) • Aktive Kontrolle: $k = 11$ • Passive Kontrolle: $k = 1$ Dauer Follow-up: • Bis 12 Monate: $k = 26$ • Über 12 Monate: $k = 6$	• PTB-Symptome • Depressionssymptome	1. Inkludierte Studien: 24, davon 21 in der Metaanalyse inkludiert (davon RCTs: 24) 2. Ergebnisse: PTB-Symptome within-group • Große within-group Effektgröße von Prätest zu Follow-up ($g = 1.36$, 95%-KI [1.14, 1.57]) • Nicht-direktive Kontrollbedingungen zeigen eine mittlere Effektgrößere für denselben Zeitraum ($g = 0.59$, 95%-KI [0.14, 1.04]) • Aktive Behandlungen waren effektiver in der Reduktion der Symptomschwere als non-direktive Kontrollbedingungen von Prätest zu Follow-up • Traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Interventionen erzielten beide eine große Effektgrößen Prätest zu follow-up (TF: $g = 1.44$, 95%-KI [1.20, 1.67], non-TF: $g = 1.08$, 95%-KI [0.52, 1.63] und unterscheiden sich nicht signifikant voneinander • Von Posttest zu Follow-up verbesserten sich die PTB-Symptome leicht in der aktiven Kontrollbedingung PTB-Symptome between-group • Kleine Effektgröße für den Vergleich von aktiver und non-direktiver Kontrollgruppe bei	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (6) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Acierno et al. (2016) Blanchard et al. (2004) Cottraux et al. (2008) Dunn et al. (2007) Ertl et al. (2011) Foa et al. (1999) Foa et al. (2005) Haller et al. (2016) Hensel-Dittmann et al. (2011) Hien et al. (2015) Hien et al. (2009) Langkaas et al. (2017) Mueser et al. (2015) Nacasch et al. (2011) Neuner et al. (2004) Power et al. (2002) Resick et al. (2002) Resick et al. (2012) Rothbaum et al. (2014) Sloan, Marx et al. (2018) Sloan, Unger et al. (2018) Tarrier et al. (1999) Tarrier & Sommerfeld (2004) Thompson-Hollands et al. (2018)

	• Mindestens 10 Teilnehmende pro Arm • Deutsch- oder Englischsprachig Ausschlusskriterien:-			Follow-up ($g = 0.42$, 95%-KI [0.15, 0.68]) • Traumafokussierte Therapie zeigt eine mittlere Effektgröße verglichen mit Kontrolle bei follow-up ($g = 0.51$, 95%-KI [0.15, 0.86]) • Kein signifikanter Unterschied zwischen traumafokussierter und nicht traumafokussierter Therapie bei Follow-up Depressionssymptome within-group • Aktive Behandlungen zeigten eine mittlere Effektgröße von Prätest zu Follow-up ($g = 0.73$, 95%-KI [0.55, 0.71]) • Kleiner Effekt von non direkter Kontrolle von Prätest zu Follow-up ($g = 0.34$, 95%-KI [0.11, 0.58]) • Effekt von direkter Kontrolle signifikant kleiner als der von aktiver Kontrolle Prätest zu Follow-up • Mittlerer Effekt von traumafokussierter Therapie ($g = 0.78$, 95%-KI [0.58, 0.99]) Prätest zu Follow-up • Kleiner Effekt von nicht-traumafokussierter Therapie ($g = 0.45$, 95%-KI [0.17, 0.74]) von Prätest zu Follow-up • Unterschied zwischen der Effektgröße von traumafokussierter und nicht-traumafokussierter Therapie von Prätest zu Follow-up war nicht signifikant • Stabil von Posttest zu Follow-		

				up in den aktiven Behandlungsbedingungen und in Kontrollbedingungen Depressionssymptome between-group • Kein signifikanter Unterschied zwischen aktiver Behandlung und aktiver Kontrolle bei Follow-up ($g = 0.15$, 95%-KI [-0.02, 0.31]) • Verglichen mit aktiver Kontrollgruppe kleine Effektgröße von traumafokussierter Therapie bei follow-up ($g = 0.14$, 95%-KI [-0.03, 0.32]), die sich nicht signifikant von nicht-traumafokussierter Therapie unterscheiden		

Primärevidenz

N = 0 inkludierte Studien

PICO 7

Aggregierte Evidenz

N = 1 inkludierte Studien

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Hoppen et al., 2023 DOI: 10.1016/j.janxdis.2023.102684 Are psychological interventions for adult PTSD more efficacious and acceptable when treatment is delivered in higher frequency? A meta-analysis of randomized controlled trials	Systematic Review & Meta-Analysis Database: (1) Medline, PsycINFO, Web of Science und PTSDpubs (2) US Veteran Affairs (VA) trials registry (3) Referenzlisten aller inkludierter Studien (4) Überprüfung 177 verwandter qualitativer und quantitativer Übersichtsarbeiten Suchzeitraum: Erste Suche: Bis 09/2020 (vorherige Suche in Morina et al., 2021) 09/2022–04/2022 neue systematische Suche Zweite Suche mit erweiterten Suchbegriffen: Bis 09/2019: Zurückgriff auf die Suche von Sciarino et al. (2020) 09/2019–11/2022 eigene Suche Einschlusskriterien: • Randomisierung der	Behandlungsfrequenz: - Intensiv: mehr als 1.5 Sessions pro Woche (ca. 27 % aller Trails) - Standard: weniger als 1.5 Wochen pro Woche (ca. 73 % aller Trails) - Zusätzlich kontinuierliche Analyse Messzeitpunkte: - Behandlungsende ($n = 10\,556$) - Follow-Up unter fünf Monate ($n = 4\,654$) - Follow-up über fünf Monate ($n = 3453$) Aktive Behandlung: - TF-KVT - EMDR - Andere traumafokussierte Behandlungsansätze (TF-KVT und EMDR) - Nicht traumafokussierte Interventionen Kontrollgruppen: - Unterteilung in aktiv und passiv Direkter Vergleich:	PICO-relevante Zielgröße(n): - Vergleichbarkeit hinsichtlich Reduktion der PTB-Symptome Nicht PICO-relevante Zielgröße(n): - Behandlungsakzeptanz	1. Inkludierte Studien: 16 (davon RCTs: 160) → 24 neue RCTs inkludiert 2. Ergebnisse: Wirksamkeit der Behandlung unabhängig von Behandlungsfrequenz: - Großer Effekt verglichen mit passiver Kontrolle bei Behandlungsende ($g \geq 0.80$) - Großer Effekt verglichen mit passiver Kontrolle bei Follow-Up unter fünf Monaten - Moderater Effekt verglichen mit passiver Kontrolle bei Follow-Up über fünf Monaten Direkter Vergleich der Frequenz in head-to-head Trials, $n = 4$ - Nicht unterlegende Wirksamkeit von intensiver Behandlung zu Standard TF-KVT, $g = -0.11$, 95%-KI $[-0.28, 0.07]$ Indirekter Vergleich der Frequenz (selbe Vergleichsgruppe), $n = 158$ - Kein signifikanter Effekt, wenn Standard mit intensiver Behandlungsfrequenz verglichen wird - Keine signifikanten Moderatoren gefunden	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (10) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (15) Finanzierungsquellen nicht berichtet (15) Publikationsbias nicht untersucht/diskutiert	Direkter Vergleich: Dell et al. (in print) Foa et al. (2018) Oprel et al. (2021) Ehlers et al. (2021) Indirekter Vergleich: Supplementary data DOI: 10.1016/j.janxdis.2023.102684.

	Teilnehmenden • PTSD als primärer Behandlungsschwerpunkt • PTSD-Rate von $\geq 70\%$, die durch Interviews festgestellt wurde • Durchschnittsalter von ≥ 18 Jahren • Mindestteilnehmerzahl (N) ≥ 20 Ausschlusskriterien: • Erfassung der PTB-Symptome im Selbstbericht • Studien, die sich ausschließlich mit komorbider PTSD und Substanzkonsumstörungen oder traumatischen Hirnverletzungen fokussierten	• Vier Studien, davon drei zu PE (intensiv vs. Standard), eine zu kognitiver Therapie (intensiv vs. Standard)		• Beide Frequenzen erzielten große Effektgrößen verglichen mit passiven Kontrollbedingungen nach der Behandlung und mittlere Effektgrößen im Follow-up • Beide Frequenzen erzielten mittlere bis große Effektgrößen verglichen mit aktiven Kontrollbedingungen		

Primärevidenz

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen				Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt									
Ehlers et al., 2014 DOI: 10.1176/appi.ajp.2013.13040552 A Randomized Controlled Trial of 7-Day Intensive and Standard Weekly Cognitive Therapy for PTSD and Emotion-Focused Supportive Therapy Studientyp: RCT	Anzahl der Patient:innen: 121 Einschlusskriterien: - Primäre Diagnose einer PTBS nach DSM-IV - Im Alter zwischen 18 und 65 Jahren Ausschlusskriterien: - Vergangene Psychosen - Andauernde Substanzabhängigkeit, Borderline Persönlichkeitsstörung, akute Suizidalität - Dolmetscher wäre notwendig				Interventionsgruppe (Intensive kognitive Therapie): 3.3 % Kontrollgruppe (Standard kognitive Therapie): 3.2 %	Intensive kognitive Therapie (CT-PTSD): Fünf bis sieben Tage mit je zwei Sitzungen pro Tag	Standard Kognitive Therapie (CT-PTSD): Bis zu 12 Wöchentliche Einzelsitzungen über 3 Monate	Primäre Zielgröße(n): - PTBS-Symptome (CAPS, PDS) Sekundäre Zielgröße(n): - Funktionseinschränkung (Sheehan Disability Scale, SDS) - Angst (BAI) - Depression (BDI) - Lebensqualität (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire) Messzeitpunkte: - Vor der Behandlung 14 Wochen nach Randomisierung (Post) - Follow-up 27 und 40 Wochen nach Randomisierung	Kein signifikanter Unterschied zwischen intensiver und Standard kognitiver Therapie hinsichtlich PTBS (CAPS $d = 0.03$, 95%-KI [-12.06, 13.57]; PDS $d = 0.21$, 95%-KI [-7.26, 3.02]), Funktionseinschränkung ($d = .02$, 95%-KI [-3.63, 3.91]), Angst ($d = 0.33$, 95%-KI [-8.89, 1.90]), Depression ($d = .02$, 95%-KI [-4.52, 4.98]) und Lebensqualität ($d = 0.48$, 95%-KI [-0.42, 16.90]) zum Post-Zeitpunkt Weitere Ergebnisse: - Überlegenheit von kognitiver Therapie gegenüber supportiver Therapie hinsichtlich PTBS (CAPS und PDS), Angst und Funktionseinschränkung - Überlegenheit von Standard kognitiver Therapie gegenüber supportiver Therapie hinsichtlich Lebensqualität (intensive kognitiver	RoB 2 Rating (1) Bias arising from the randomization process: High (2) Bias due to deviations from intended interventions: Low (3) Bias due to missing outcome data: Low (4) Bias in measurement of the outcome: Low (5) Bias in selection of the reported result: Moderate (6) Overall risk of bias rating: High
	Pro Arm									
	Intensive kognitive Therapie: $n = 30$	Standard wöchentliche kognitive Therapie: $n = 31$	Supportive Therapie: $n = 30$	Warteliste: $n = 30$						

								Therapie nur Tendenz zur Überlegenheit • Keine Unterschiede hinsichtlich des Dropouts in den verschiedenen Gruppen	

Pharmakotherapeutische Verfahren

PICO 1

Aggregierte Evidenz

N = 14

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Cipriani et al., 2018 DOI: 10.1017/S003329171700349X Comparative efficacy and acceptability of pharmacological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: a network meta-analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, the National PTSD Center Pilots database und PubMed (2) Datenbanken wichtiger Regulierungsbehörden, Online-Register für klinische Studien (3) Referenzlisten (4) Persönlicher Kontakt zu Experten auf Forschungsgebiet (5) Internationales Trail Register der WHO (6) Handsuche in relevanten Journals, Konferenzbeiträgen und anderen systematischen Reviews und Metaanalysen (7) Regulierungsbehörden, Pharmaunternehmen Suchzeitraum: Bis 02/2016	Interventionen: • Sertralin • Olanzapin • Fluoxetin • Amitriptylin • Mirtazapin • Tiagabin • Venlafaxin • Nefazodone • Phenelzin • Imipramin • Citalopram • Bupropion • Paroxetin • NK1R Antagonist • Topiramate • Divalproex • Guanfacine • Brofaromin • Prazosin • Desipramin • Risperidon	PICO-relevante primäre Zielgrößen: • Veränderung der PTB-Symptome • Drop-out Sekundäre Zielgrößen • Dropout aufgrund von unerwünschten Ereignissen (adverse events) • Responderrate	1. Inkludierte Studien: 51 RCTs 2. Ergebnisse: Veränderung der PTB-Symptome • Desipramin, Fluoxetin, Paroxetin, Phenelzin, Risperidon, Sertralin und Venlafaxin waren wirksamer als Placebo • Phenelzin war vielen anderen aktiven Interventionen überlegen Dropout • Phenelzin war als einzige Intervention besser als Placebo (<i>OR</i> 7.50, 95%-KI [1.72, 32.80]) • Phenelzin war besser als die meisten anderen Interventionen Dropout aufgrund von unerwünschten Ereignissen: • Kein Medikament war dem Placebo signifikant überlegen • Sertralin und Paroxetin waren signifikant schlechter als Placebo (Sertralin: <i>OR</i> 0.59, 95%-KI [0.38, 0.91; Paroxetin: <i>OR</i> 0.63, 95%-KI [0.42, 0.94]) Hierarchische Clusteranalyse:	Low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Auschlüsse nicht begründet	Becker et al. (2007) Baker et al. (1995) Bartzokis et al. (2005) Brady et al. (2000) Brady et al. (2005) Butterfield et al. (2001) Carey et al. (2012) Connor et al. (1999) Davidson et al. (1990) Davidson et al. (2001) Davidson et al. (2003) Davidson, Rothbaum et al. (2006) Davidson, Baldwin et al. (2006) Davidson et al. (2007) Davis et al. (2004) Davis, Davidson et al. (2008) Davis, Ward et al. (2008) Friedman et al. (2007) NCT01000493 Hamner et al. (2009) Hertzberg et al. (2000) Hertzberg et al. (1999) Katz et al. (1994) Kosten et al. (1991) Krystal et al. (2011)

	Einschlusskriterien: • Doppelt verblindete RCTs • Vergleich eines Psychopharmakons in therapeutischer Dosis mit einem anderen Psychopharmakon oder Placebo in Tablettenform zur Behandlung von PTBS bei Erwachsenen • Amitriptylin, Clomipramin, Desipramin, Imipramin, Maprotilin, Mianserin, Tianeptin, Trazodon, Nefazodon, Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin, Bupropion, Desvenlafaxin, Venlafaxin, Duloxetin, Mirtazapin, Reboxetin, Brofaromin, Moclobemid, Phenelzin, Haloperidol, Chlorpromazin, Olanzapin, Risperidon, Quetiapi, Lithium, Lamotrigin, Valproat, Tiagabin, Guanfacin, Prazosin und selektive NK1R-Antagonisten, Kombination aus diesen und /oder Kombination mit Placebo • Teilnehmende 18 Jahre oder älter, mit Primär-diagnose PTBS			Ranking anhand der beiden primären Zielgrößen • Phenelzin schnitt im Vergleich zu den anderen Behandlungen sowohl hinsichtlich der Wirksamkeit als auch der Abbrecherquote besser ab • Mirtazapin erreichte hinsichtlich der Wirksamkeit einen relativ hohen Rang, SUCRA-Wert für die Abbrecherquote lag bei 51.5 % • Brofaromin zeigte gute Ergebnisse für beide Zielgrößen • Divalproex hat für das Zielgrößenpaar die schlechteste Platzierung		Lindley et al. (2007) Marshall et al. (2001) Marshall et al. (2007) Martenyi et al. (2002) Martenyi et al. (2007) Matthew et al. (2011) McRae et al. (2004) NCT00532493 Neylan et al. (2006) Padala et al. (2006) Panahi et al. (2011) Petrakis et al. (2012) Pfizer (2005, unpublished data) Reich et al. (2004) Rothbaum et al. (2008) GSK 29060 627 Raskind et al. (2007) Raskind et al. (2013) Spivak et al. (2006) Stein et al. (2003) Tucker et al. (2001) Tucker et al. (2003) Tucker et al. (2007) Van der Kolk et al. (1994) Yeh et al. (2010) Zohar et al. (2002)

	Ausschlusskriterien: • Quasi-randomisierte kontrollierte Studien, cross-over Studien • Medizinische Komorbiditäten (Psychiatrischer Komorbiditäten führte nicht zum Ausschluss), Langzeitstudien mit Maintenance Design					

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
De Moraes Costa et al., 2020 DOI: 10.1016/j.jpsychires.2020.07.046 Pharmacological treatments for adults with post-traumatic stress disorder: A network meta-analysis of comparative efficacy and acceptability	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Cochrane (Central), Embase, LILACS, PILOTS, PsycINFO, PubMed, Web of Science (2) Clinical trial registries (3) Literaturverzeichnisse identifizierter Studien und bisheriger Reviews Suchzeitraum: Bis 08/2018 Einschlusskriterien: • Erwachsene mit einer PTBS, diagnostiziert durch ein validiertes Instrument • Medikation als Mono- oder Kombinationstherapie für mindestens acht Wochen Ausschlusskriterien: • Studien, die behandlungsresistente Patient:innen untersuchten (vorherige Therapieversuche nicht erfolgreich)	Pharmakologische Therapie vs. Placebo/ anderes Medikament	PTB-Symptome	1. Inkludierte Studien: 58 RCTs 2. Ergebnisse: Folgende Medikationen senkten PTB-Symptome signifikant stärker als Placebo: • Topiramat ($SMD = -0.57$, 95%-KI $[-1.07, -0.10]$, moderate certainty of evidence) • Isoperidon ($SMD = -0.53$, 95%-KI $[-0.93, -0.15]$, low certainty of evidence) • Quetiapin ($SMD = -0.59$, 95%-KI $[-1.06, -0.11]$, high certainty of evidence) • Paroxetin ($SMD = -0.35$, 95%-KI $[-0.48, -0.21]$, high certainty of evidence) • Venlafaxin ($SMD = -0.25$, 95%-KI $[-0.44, -0.05]$, moderate certainty of evidence) • Fluoxetin ($SMD = -0.28$, 95%-KI $[-0.46, -0.08]$, moderate certainty of evidence) • Setralin ($SMD = -0.21$, 95%-KI $[-0.33, -0.09]$, moderate certainty of evidence) Folgende Medikationen senkten PTB-Symptome signifikant stärker als andere aktive Medikationen • Topiramat besser als Prazosin ($SMD = -0.60$, 95%-KI $[-1.11, -0.07]$, low certainty of evidence), Citalopram ($SMD = -0.76$,	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (12) Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (13) RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert (14) Heterogenität wurde nicht interpretiert/diskutiert	Baker et al. (1995) Bartzokis et al. (2005) Batki et al. (2014) Becker et al. (2007) Brady et al. (2000) Brady et al. (2005) Butterfield et al. (2001) Carey et al. (2012) Connor et al. (1999) Davidson et al. (1990) Davidson, Baldwin et al. (2006) Davidson, Rothbaum et al. (2006) Davidson et al. (2001) Davidson et al. (2003) Davidson et al. (2007) Davis et al. (2004) Davis et al. (2008) Fani et al. (2011) Friedman et al. (2007) GSK PAR 29060/627 Hamner et al. (2009) Hertzberg et al. (1999) Hertzberg et al. (2000) Katz et al. (1994-1995) Kosten et al. (1991) Li et al. (2017) Marshall et al. (2001) Marshall et al. (2007) Martenyi et al. (2002a/b) Martenyi et al. (2007)

				95%-KI [-1.44,-0.06], low certainty of evidence) und Divalproex (<i>SMD</i> = -0.76, 95%-KI [1.40,-0.15], low certainty of evidence) • Risperidon besser als Prazosin (<i>SMD</i> = -0.55, 95%-KI [-0.99,-0.12], low certainty of evidence), Tiagabin (<i>SMD</i> = -0.52, 95%-KI [-1.03,-1.49], low certainty of evidence), Citalopram (<i>SMD</i> = -0.72, 95%-KI [-1.32,-0.07], very low certainty of evidence) und Divalproex (<i>SMD</i> = -0.73, 95%-KI [-1.28,-0.18], low certainty of evidence) • Quetapin besser als Prazosin (<i>SMD</i> = -0.60, 95%-KI [-1.11,-0.10], moderate certainty of evidence), Citalopram (<i>SMD</i> = -0.77, 95%-KI [-1.45,-0.08], low certainty of evidence) und Divalproex (<i>SMD</i> = -0.78, 95%-KI [-1.38,-0.16], low certainty of evidence) • Paroxetin besser als Prazosin (<i>SMD</i> = -0.37, 95%-KI [-0.59,-0.13], low certainty of evidence), Citalopram (<i>SMD</i> = -0.53, 95%-KI [-1.03,-0.02], very low certainty of evidence) und Divalproex (<i>SMD</i> = -0.54, 95%-KI [-0.95,-0.12], low certainty of evidence) • Venlafaxin besser als Divalproex (<i>SMD</i> = -0.44, 95%-KI [-0.88,-0.01], low certainty of evidence)		Mathew et al. (2011) McRae et al. (2004) NCT00202449 NCT00302107 NCT00744055 NCT01000493 Neylan et al. (2006) Padala et al. (2006) Panahi et al. (2011) Petrakis et al. (2012) Petrakis et al. (2016) Pfizer 588 Ramaswamy et al. (2016) Ramaswamy et al. (2017) Raskind et al. (2007) Raskind et al. (2013) Raskind et al. (2018) Reich et al. (2004) Schneie et al. (2015) SKB627 Spivak et al. (2006) Tucker et al. (2001) Tucker et al. (2003) Tucker et al. (2007) Van der Kolk et al. (2007) Villareal et al. (2016) Yeh et al. (2011) Zohar et al. (2002)

				• Fluoxetin besser als Prazosin (<i>SMD</i> = -0.29, 95%-KI [-0.55,-0.02], low certainty of evidence) und Divalproex (<i>SMD</i> = -0.46, 95%-KI [-0.90,-0.02], low certainty of evidence) Die wirksamsten Medikationen für die Behandlung von PTB-Symptomen basierend auf der Netzwerkmetaanalyse (s. Table S2 im supplementary material) 1. Topiramat (Ranking probability = 0.6281) 2. Risperidon 3. Olanzapin 4. Quetiapin 5. Paroxetin 6. Desipramin 7. Venlafaxin 8. Mirtazapin 9. Fluoxetin 10. NK1R-A 11. Placebo 12. Ziprasidon 13. Setralin 14. Guanfacin 15. Nefazodon 16. Bupropion 17. Brofaomin 18. Prazosin 19. Vilazodon 20. Tiagabin 21. Citalopram 22. Divalproex 23. Amitriptylin 24. Lamotrigin 25. Phenelzin		

				26. Imipramin (Ranking probability = 0.228) Dropout-Vergleiche • Folgende Medikationen waren besser als Placebo in Bezug auf Dropouts: Phenelzin ($RR = 3.39$, 95%-KI [1.43, 11.09], moderate certainty of evidence), Lamotrigin ($RR = 4.39$, 95%-KI [1.18, 26.38], low certainty of evidence) und Fluoxetin ($RR = 1.28$, 95%-KI [1.01, 1.59], moderate certainty of evidence) • Quetiapin war besser als Olanzapin ($RR = 2.78$, 95%-KI [1.01, 9.66], moderate certainty of evidence) in Bezug auf Dropouts • Fluoxetin war besser als Setralin ($RR = 1.47$, 95%-KI [1.07, 2.00], low certainty of evidence) in Bezug auf Dropouts Die Medikationen mit der höchsten Acceptability/ dem geringsten Dropout basierend auf der Netzwerkmetaanalyse (s. Table S2 im supplementary material für die Ranking probabilities) 1. Phenelzine (Ranking probability = 0.9447) 2. Lamotrigine 3. Vilazodone 4. Quetiapine 5. Tiagabine 6. Ziprasidone 7. Topiramate 8. Fluoxetine 9. Prazosin 10. Imipramine		

				11. Citalopram 12. Venlafaxine 13. Mirtazapine 14. Paroxetine 15. Risperidone 16. Placebo 17. Sertraline 18. Brofaromine 19. Nefazodone 20. Divalproex 21. NK1R-A 22. Amitriptyline 23. Olanzapine 24. Desipramine 25. Guanfacine (Ranking probability = 0.1314)		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Feng et al., 2024 DOI: 10.1016/j.psychres.2023.115637 Effectiveness and safety of second-generation antipsychotics for psychiatric disorders apart from schizophrenia: A systematic review and meta-analysis	Meta-analysis Database: (1) PubMed, MEDLINE, Web of Science, The Cochrane Library, PsycINFO, Embase und PsychArticle Suchzeitraum: Bis 04/2022 Einschlusskriterien: - Studienart: Doppelblinde, randomisierte, kontrollierte Studien - Population: Personen mit psychischen Störungen, ausgenommen Schizophrenie und verwandte Störungen - Intervention: Verwendung von Antipsychotika der zweiten Generation (SGA) - Vergleichsgruppen: SGA vs. Placebo, SGA + andere Behandlung vs. andere Behandlung, SGA + andere Behandlung vs. Placebo + andere Behandlung - Veränderung von klinischen Maßen, Response-Raten, Remissionsraten, unerwünschte Effekte	- SGA vs. Placebo - SGA + andere Behandlung vs. andere Behandlung - SGA + andere Behandlung vs. Placebo + andere Behandlung SGAs für PTBS: Olanzapin (zwei Studien), Quetiapin (eine Studie), Risperidon (eine Studie) Andere SGAs, die für PTBS nicht gefunden wurden: Aripiprazol, Paliperidon, Lurasidon, Ziprasidon, Amisulprid, Loxapin, Clozapin und Sulpird Untersuchte psychische Störungen: bipolare Manie, bipolare Depression, Depression, Angststörungen, Schlaflosigkeit/Schlafstörung, ADHS, Zwangsstörung, Autismus, Epilepsie, Enzephalitis, Drogenmissbrauch, Demenz, Phobie, PTBS, Delirium, Persönlichkeitsstörung, Belastungsstörung und dissoziative Störung	Primäre Zielgröße: - Durchschnittliche Veränderungen der psychopathologischen Scores Sekundäre Zielgrößen: - Response-Rate und Remissionsrate - Unerwünschte Ereignisse	1. Inkludierte Studien: 181 RCTs - Davon 4 zu PTBS 2. Ergebnisse: - Behandlung war Placebo signifikant überlegen, mit einer Effektgröße von -0.79, 95%-KI $[-1.08, -0.50]$ - Olanzapin (2.5–15 mg/d, Behandlungsdauer acht bis 12 Wochen) zeigte die größte Wirksamkeit mit -0.98, 95%-KI $[-1.55, -0.41]$ Response-Rate - Nur für Olanzapin berichtet ($k = 2$): $OR = 12.35$, 95%-KI $[3.36, 45.40]$ Unerwünschte Ereignisse: wurde nicht spezifisch für PTBS berechnet, sondern über alle psychischen Störungen hinweg - Olanzapin ($k = 13$): $RR = 1.99$, 95%-KI $[1.64, 2.42]$ - Quetiapin ($n = 42$): $RR = 1.79$, 95%-KI $[1.67, 1.91]$ - Risperidon ($n = 14$): $RR = 1.49$, 95%-KI $[1.30, 1.71]$	Critically low quality Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (7) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (12) Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (16) RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert	Bartzokis et al. (2005) Carey et al. (2007) Carey et al. (2012) Villarreal et al. (2016)

	Ausschlusskriterien: • Patient:innen mit mehr als einer psychiatrischen Diagnose • Pharmakotherapie ist nicht die primäre Behandlungsmethode • Ungültige Daten					

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Han et al., 2014 DOI: 10.1016/j.jpsy-chi-res.2014.05.003 The potential role of atypical antipsychotics for the treatment of post-traumatic stress disorder	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PubMed, Embase/Medline, PsycINFO und Cochrane Library (2) Referenzlisten inkludierter Studien (3) Reviews Suchzeitraum: keine Angabe Einschlusskriterien: • RCTs • Studien, die einen der gesuchten atypischen Antipsychotika (AAs) mit Placebo bei Patienten mit PTBS verglichen • PTBS-Diagnose basierend auf dem DSM-IV • Veröffentlicht in englischsprachigen, peer-reviewten Fachzeitschriften Ausschlusskriterien: -	Atypische Antipsychotika vs. Placebo Atypische Antipsychotika: • Clozapin • Olanzapin • Risperidon • Ziprasidon • Quetiapin • Aripiprazol • Blonanserin • Amisulprid • Paliperidon • Lurasidon • Asenapin • Iloperidon	Primäre Zielgröße: • Veränderung der PTB-Symptome (Gesamtscore, Baseline zu Behandlungsende) Sekundäre Zielgrößen • Intrusionen, Vermeidung und Hyperarousal (Subscores im CAPS) • Responderrate • Depressivität • Nebenwirkungen • Drop-out	1. Inkludierte Studien: neun RCTs 2. Ergebnisse: Veränderung der PTB-Symptome (Gesamtscore CAPS) • Atypische Antipsychotika waren Placebo signifikant überlegen, $SMD = -0.29$, 95%-KI $[-0.47, -0.11]$ • Meta-Regression: Behandlungsdauer sowie Typ der Behandlung, des Traumas und des Antipsychotikums beeinflussen die Veränderung der PTB-Symptome nicht signifikant Intrusionen (CAPS Subscore) • Behandlung mit atypischen Antipsychotika waren signifikant besser als Placebo: $SMD = -0.37$, 95%-KI $[-0.57, -0.18]$ • Metaregression: Behandlungsdauer sowie Typ der Behandlung, des Traumas und des Antipsychotikums beeinflussen die Veränderung der Intrusionen nicht signifikant Vermeidung (CAPS Subscore) • Kein signifikanter Unterschied zu Placebo ($SMD = 0.17$, $p = .408$) • Meta-Regression: Typ der Behandlung, des Traumas und des Antipsychotikums üben einen signifikanten Einfluss aus	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (7) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (7) Nicht-doppelte Studien-selektion (8) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (11) Finanzierungsquellen nicht berichtet (15) RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert	Bartzokis et al. (2005) Butterfield et al. (2001) Carey et al. (2012) Hamner et al. (2003) Krystal et al. (2011) Padala et al. (2006) Reich et al. (2004) Rothbaum et al. (2008) Stein et al. (2002)

				Hyperarousal (CAPS Subscore) - Kein signifikanter Unterschied zu Placebo ($SMD = 0.37$, $p = -.088$) - Meta-Regression: Behandlungsdauer sowie Typ der Behandlung, des Traums und des Antipsychotikums beeinflussen die Veränderung des Hyperarousals nicht signifikant Depressivität - Behandlung mit atypischen Antipsychotika war signifikant wirksamer als Placebo ($SMD = 0.52$) - Meta-Regression: Typ der Behandlung übt einen signifikanten Einfluss aus Responder Analyse: - Wahrscheinlichkeit, auf die Behandlung anzusprechen war bei atypischen Antipsychotika signifikant größer als bei Placebo ($OR = 2.432$, 95%-KI [1.331, 4.447], $p = .004$) - Meta-Regression: Behandlungsdauer sowie Typ der Behandlung, des Traums und des Antipsychotikums beeinflussen die Responderrate nicht signifikant Dropout - Keine signifikanten Unterschiede aus jedem Grund oder aufgrund unerwünschter Er-		

				eignisse verglichen mit Placebo		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Hoskins et al., 2015 DOI: 10.1192/bjp.bp.114.148551 Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Medline, Medline In Process, EMBASE, the Health Management Information Consortium (HMIC) database, PsycINFO, ASSIA, CINAHL (2) Japanische, chinesische und WHO regionale Datenbanken (spanisch, russisch, portugiesisch) (3) Zur Suche von publizierten und nicht publizierten Studien: National Center for PTSD PILOTS database, the Cochrane Library, the Controlled Trials Register, Web of Knowledge, OpenSIGLE, Google Scholar (4) Literaturverzeichnisse der identifizierten Studien (5) Expertengruppe zur weiteren Identifizierung wichtiger Studien Suchzeitraum: Ab 10/2005 Einschlusskriterien:	Pharmakologische Behandlung vs. Placebo	PTB-Symptome	1. Inkludierte Studien: 51 RCTs 2. Ergebnisse: SSRIs vs. Placebo ● Paroxetin (vier RCTs): Reduzierte klinisch-bewertete PTB-Symptome signifikant stärker als Placebo, $SMD = -0.43$, 95%-KI [-0.53, -0.29] ● Sertralin (neun RCTs): Reduzierte klinisch-bewertete PTB-Symptome nicht signifikant stärker als Placebo, $SMD = -0.13$, 95%-KI [-0.27, 0.01] ● Fluoxetin (drei RCTs): Reduzierte klinisch-bewertete PTB-Symptome signifikant stärker als Placebo, $SMD = -0.24$, 95%-KI [-0.41, -0.08] Venlafaxin vs. Placebo ● Zwei RCTs: Reduzierte klinisch-bewertete PTB-Symptome signifikant stärker als Placebo, $SMD = -0.20$, 95%-KI [-0.35, -0.05] Olanzapin vs. Placebo ● Zwei RCTs: Reduzierte klinisch-bewertete PTB-Symptome nicht signifikant stärker als Placebo, $SMD = -0.61$, 95%-KI [-1.27, 0.05]	Critically low Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (12) Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (14) Heterogenität wurde nicht interpretiert/diskutiert	Baker et al. (1995) Brady et al. (2000) Brady et al. (2005) Braun et al. (1990) Butterfield et al. (2001) Carey et al. (2012) Connor et al. (1999) Connor et al. (2005) Davidson et al. (1990) Davidson et al. (2001) Davidson et al. (2001) Davidson et al. (2003) Davidson et al. (2004) Davidson et al. (2005) Davidson et al. (2006) Davidson et al. (2007) Davis et al. (2001) Davis et al. (2008) Friedman et al. (2007) Hertzberg et al. (1999) Hertzberg et al. (2000) Katz et al. (1994) Kosten et al. (1991) Marshall et al. (2001) Marshall et al. (2004) Martenyi et al. (2002) Martenyi et al. (2002) Martenyi et al. (2007) Matthew et al. (2011) McRae et al. (2004) Padala et al. (2006) Panahi et al. (2011) Petrakis et al. (2012) Pfizer588

	● Patient:innen mit einer PTBS nach ICD-10 oder DSM-5 (keine Beschränkungen bezüglich z. B. Komorbiditäten) ● Doppelblinde, randomisierte, placebo-kontrollierte Studien zur pharmakologischen Behandlung von PTBS ● Zusätzlich: Studien vor 2005, die in den NICE-, Cochrane- und ACPMH-Reviews berücksichtigt wurden ● Veröffentlichte und nicht veröffentlichte reports Ausschlusskriterien: ● Studien, mit einer laufenden oder neu initiierten traumafokussierte Psychotherapie ● Studien, in denen das zu testende Medikament als Ergänzung zur laufenden Pharmakotherapie diente ● Keine Open label trails			Hinweis: Für Ergebnisse mit selbstberichteten PTB-Symptomen als Zielgröße siehe Publikation		Pfizer589 Reist et al. (1989) Saygin et al. (2002) Shalev et al. (2011) SKB627 SKB650 Spivak et al. (2006) Tucker et al. (2001) Tucker et al. (2003) Tucker et al. (2007) Van der Kolk et al. (1994) Van der Kolk et al. (2004) Yeh et al. (2010) Zohar et al. (2002)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Hoskins, Bridges et al. 2021 DOI: 10.1080/20008198.2020.1802920 Pharmacological therapy for post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of monotherapy, augmentation and head-to-head approaches	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Cochrane Common Mental Disorders Group clinical trials registers data bases (MEDLINE, EMBASE und PsycINFO) (2) Ein- und Ausschlusslisten eines früheren systematischen Reviews- Hoskins et al., 2015- zur Pharmakotherapie (Studien bis 02/2013) (3) Referenzlisten identifizierter Studien (4) Persönlicher Kontakt zu Autor:innen unveröffentlichter Studien (5) Trail Register (6) Eine Liste der gefundenen Studien wurde auf die Website der International Society for Traumatic Stress gestellt und die Mitglieder sollten Studien, die noch fehlen vorschlagen Suchzeitraum: 01/2008–05/2016 (Update der Suche 2018) Einschlusskriterien: • Mind. 70 % der Teilnehmenden hatten	Vergleiche: • Monotherapie: Pharmakologische Behandlung vs. Placebo • Direktvergleich zwischen verschiedenen Pharmaka • Augmentation mit Pharmakotherapie vs. Augmentation mit Placebo	Primäre Zielgröße: • PTB-Symptome	1. Inkludierte Studien: 100 RCTs, für die qualitative Synthese: 115 Studien 2. Ergebnisse: Wirkstoff vs. Placebo • Kleiner positiver Effekt für SSRIs verglichen mit Placebo ($k = 19$) • Paroxetin, Venlafaxin, Fluoxetin und Sertralin waren signifikant besser als Placebo • Ein einzelnes RCT mit Quetiapin zeigt Überlegenheit gegenüber Placebo Augmentation mit Pharmakotherapie vs. Augmentation mit Placebo • Prazosin-Augmentation: kleiner positiver Effekt im Vergleich zu Placebo ($k = 10$) • Risperidon-Augmentation: kleiner positiver Effekt im Vergleich zu Placebo ($k = 5$) • Topiramat-Augmentation: kein signifikanter Unterschied zu Placebo ($k = 2$) • Einzelne kleine Studie zu Hydroxyzin, d-Cycloserin, Nabilon und Eszopiclon zeigten eine Überlegenheit gegenüber Placebo bei der Augmentation • Keine Evidenz für die Wirksamkeit von Aripiprazol, Baclofen, Bupropion, Guanfacin, Hydro-	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (8) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (9) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (12) Finanzierungsquellen nicht berichtet (13) Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet	Für Monotherapie Baker et al. (1995) Brady et al. (2000, 2005) Braun et al. (1991) Butterfield et al. (2001) Carey et al. (2012) Connor et al. (1999) Davidson (2004) Davidson, Baldwin et al. (2006) Davidson et al. (2007) Davidson et al. (1990, 2005) Davidson, Rothbaum et al. (2006) Davidson et al. (2001) Davidson et al. (2003) Davis et al. (2004) Davis et al. (2008) Dunlop et al. (2017) Feder et al. (2014) Friedman et al. (2007) Hertzberg et al. (1999) Hertzberg et al. (2000) Katz et al. (1994) Kosten et al. (1991) Kwako et al. (2015) Li et al. (2017) Marshall et al. (2001) Marshall et al. (2007) Martenyi et al. (2007)

	eine PTBS Diagnose • Teilnehmende waren mind. 18 Jahre alt • PTBS als Primärdiagnose • PTB-Symptome traten seit mind. drei Monaten auf • Englischsprachig • RCTs, die die Wirksamkeit einer pharmakologischen Intervention zur Reduktion der PTB-Symptome von Erwachsenen untersuchen • Monotherapie-Studien: müssen mind. ein Arm Placebo als Vergleich haben Oder Augmentationsstudien: Pharmakologisches Mittel + Augmentation vs. Pharmakologisches Mittel + Placebo Oder Direktvergleich mit andere Psychopharmaka oder einer psychologischen Intervention • Primäre Zielgröße waren PTB-Symptome Ausschlusskriterien:-			cortison, Mirtazapin, Olanzapin, Pregabalin, Natriumvalproat und Ziprasidon • Topiramat-Augmentation: kleiner statistisch signifikanter Unterschied im Vergleich zu Placebo ($k = 2$) Pharmakotherapie vs. Pharmakotherapie ($k = 7$) • Drei Studien zeigten, dass ein Medikament dem anderen überlegen war: Sertralin war überlegen gegenüber Citalopram und Nefazodon, Phenelzin war überlegen gegenüber Imipramin • Irgendeine Medikation vs. Sertralin ($k = 4$): kein statistisch signifikanter Unterschied (aber Tendenz zugunsten Sertralin) Pharmakotherapie vs. Psychotherapie ($k = 2$): SSRI vs. Psychotherapie • Kein Unterschied gefunden (einmal CBT und einmal EMDR)		Martenyi et al. (2002) Matthew et al. (2011) Padala et al. (2006) Panahi et al. (2011) Pfizer588 – sertraline Rasmusson et al. (2017) Reist et al. (1989) Shalev et al. (2011) Shestatzky et al. (1988) SKB627, Bryson, & Lawrinson (unpublished) SKB650, Bryson & Jeffery (unpublished) Sonne et al. (2006) Tucker et al. (2001) Tucker et al. (2003) Tucker et al. (2007) Van der Kolk et al. (1994, 2007) Villarreal et al. (2016) Yeh et al. (2010) Für Augmentationsansätze Ahmadpanah et al. (2014) Akuchekian & Amanat (2004) Attari et al. (2014) Baniyadi et al. (2014) Bartzokis et al. (2005) Batki et al. (2014) Becker et al. (2007) Germain et al. (2012) Golier et al. (2012) Hamner et al. (2000) Hamner et al. (2009)

						Heresco-Levy et al. (2002) Jetly et al. (2015) Krystal et al. (2011) Lindley et al. (2007) Ludascher et al. (2015) Manteghi et al. (2014) Monnelly et al. (2003) Naylor et al. (2015) Neylan et al. (2006) Petrakis et al. (2016) Pollack et al. (2011) Ramaswamy et al. (2016) Raskind et al. (2003) Raskind et al. (2007) Raskind et al. (2013) Raskind et al. (2018) Reich et al. (2004) Rothbaum et al. (2008) Schneier et al. (2015) Simpson et al. (2015) Stein et al. (2002) Taylor et al. (2008) Zohar et al. (2002) Pharmakotherapie vs. Pharmakotherapie Davidson et al. (2006) Katz et al. (1994) McRae et al. (2004) Petrakis et al. (2012) Saygin et al. (2002) Sonne et al. (2006) Van Liempt et al. (2012)

						Pharmakotherapie vs. Psychotherapie Buhmann et al. (2016) Frommberger et al. (2004) Jerud et al. (2016) Spivak et al. (2006) Van der Kolk et al. (1994) Medikamenten- gestützte Therapie (21 Studien) in einem separaten Artikel

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Huang et al., 2020 DOI: 10.3389/fphar.2020.00559 Comparative Efficacy and Acceptability of Pharmaceutical Management for Adults With Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Ovid Medline, EM-Base, CENTRAL, PsycINFO, Ovid Health and Psychosocial Instruments und ISIWeb of Science Suchzeitraum: Bis 06/2019 Einschlusskriterien: - Teilnehmende mind. 18 Jahre alt mit einer Primärdiagnose PTBS (DSM-II, DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR, DSM-V oder ICD-10) - Pharmakologische Behandlung (oral oder intravenös) für Erwachsene mit PTBS - Kontrolle: Placebo oder aktive Medikation - Zielgrößen: Wirksamkeit; Reduktionsrate der Kernsymptome, einschließlich Wiedererleben, Vermeidung und Übererregung; Reduktionsrate anderer Symptome, einschließlich Depression und Angst) und Akzeptanz	Pharmakologische Behandlung vs. Placebo Untersuchte Wirkstoffklassen und Wirkstoffe: Alpha-Blocker: Prazosin Antikonvulsiva: Tiagabin, Lamotrigin, Divalproex, Pregabalin, Topiramat Atypische Antipsychotika: Quetiapin, Aripiprazol, Risperidon, Olanzapin, Ziprasidon Beta-Blocker: Propranolol Corticosteroid: Dexamethason CRF1-Rezeptorantagonisten: GSK561679 Monoaminoxidase-Hemmer (MAOI): Brofaromin, Phenelzin N-Acetylcystein NDRI: Bupropion NK1-Rezeptor oder NK1-Antagonist: GR205171 Reversible Cholinesterase-Hemmer: Rivastigmin Antihistaminikum: Hydroxyzin - Serotonin-Antagonisten und Wiederaufnahmehemmer (SARI): Nefazodon - Serotonin-Modulator	PICO-relevante Zielgrößen - Reduktion der PTB-Symptome (Wirksamkeit) - Symptome des Wiedererlebens - Vermeidungssymptome - Depressionssymptome - Angstsymptome - Akzeptanz - Abbruchrate aufgrund von Nebenwirkungen Nicht PICO-relevante Zielgrößen: - Absetzen aus allen Gründen	1. Inkludierte Studien: 66 RCTs - Davon 57 für Behandlung vs. Placebo 2. Ergebnisse: Veränderung der PTB-Symptome (verglichen mit Placebo): Alle Psychopharmaka: $SMD = -0.33$, 95%-KI [-0.43, -0.23] Wirkstoffklassen, die signifikant besser waren als Placebo: Atypische Antipsychotika: $SMD = -0.30$, 95%-KI [-0.46, -0.13] SNRI: $SMD = -0.29$, 95%-KI [-0.44, -0.14] SSRI: $SMD = -0.33$, 95%-KI [-0.40, -0.25] TeCAs: $SMD = -1.87$, 95%-KI [-2.58, -0.89] Wirkstoffe, die signifikant besser waren als Placebo: Quetiapin: $SMD = -0.49$, 95%-KI [-0.93, -0.04] Risperidon: $SMD = -0.23$, 95%-KI [-0.42, -0.03] Fluoxetin: $SMD = -0.27$, 95%-KI [-0.42, -0.12] Hydroxyzin: $SMD = -1.56$, 95%-KI [-2.11, -1.02] Mirtazapin: $SMD = -1.87$, 95%-KI [-2.85, -0.89] Olanzapin: $SMD = -0.66$, 95%-KI [-1.19, -0.13]	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (9) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (8) Nicht-doppelte Studien-selektion (10) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (14) Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet	Davidson et al. (1990) Kosten et al. (1991) Katz et al. (1994) van der Kolk et al. (1994) Baker et al. (1995) Connor et al. (1999) Hertzberg et al. (1999) Brady et al. (2000) Hertzberg et al. (2000) Butterfield et al. (2001) Davidson et al. (2001) Marshall et al. (2001) Tucker et al. (2001) Martenyi et al. (2002) Stein et al. (2002) Zohar et al. (2002) Davidson et al. (2003) Hamner et al. (2003) Monnelly et al. (2003) Tucker et al. (2003) Davis et al. (2004) McRae et al. (2004) Reich et al. (2004) Akuchekian et al. (2004) Bartzokis et al. (2005) Davidson, Baldwin et al. (2006) Davidson, Rothbaum et al. (2006) Neylan et al. (2006) Padala et al. (2006) Spivak et al. (2006)

	• RCTs Ausschlusskriterien: • Schizophrenie, schizoaffektiven Störung oder bipolaren Störung • Kognitive Störung oder unmittelbares Suizidrisiko • Präventionsstudien oder Rückfallpräventionsstudien • Kombinationstherapie mit zwei oder mehr Medikamenten als Hauptintervention oder psychologische Behandlung in Kombination mit Medikamenten • Daten waren nicht verfügbar oder nicht aus der Originalforschung konvertierbar • Doppelte Veröffentlichung	und-Stimulator (SMS): Vilazodon • Serotonin-Norepinephrin-Wiederaufnahmehemmer (SNRIs): Venlafaxin • Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI): Sertralin, Fluoxetin, Paroxetin, Citalopram, Vilazodon • Trizyklische Antidepressiva: Amitriptylin, Imipramin • Tetrazyklische Antidepressiva (TeCAs): Mirtazapin • α2A-Rezeptor oder α2A-Agonist: Guanfacin		• Paroxetin: $SMD = -0.48$, 95%-KI [-0.60, -0.36] • Sertralin: $SMD = -0.22$, 95%-KI [-0.35, -0.10] • Venlafaxin: $SMD = -0.29$, 95%-KI [-0.44, -0.14] Symptome des Wiedererlebens (verglichen mit Placebo): • Alle: $SMD = -0.32$, 95%-KI [-0.41, 0.23] Wirkstoffklassen, die signifikant besser waren als Placebo: • Atypische Antipsychotika: $SMD = -0.37$, 95%-KI [-0.54, -0.19] • MAOI: $SMD = -1.07$, 95%-KI [-1.77, -0.38] • SSRIs: $SMD = -0.28$, 95%-KI [-0.36, -0.20] Wirkstoffe, die signifikant besser waren als Placebo: • Amitriptylin: $SMD = -0.75$, 95%-KI [-1.46, -0.04] • Quetiapin: $SMD = -0.53$, 95%-KI [-0.98, -0.09] • Risperidon: $SMD = -0.36$, 95%-KI [-0.56, -0.15] • Fluoxetin: $SMD = -0.24$, 95%-KI [-0.41, -0.08] • Paroxetin: $SMD = -0.39$, 95%-KI [-0.51, -0.27] • Sertralin: $SMD = -0.26$, 95%-KI [-0.47, -0.06] • Phenelzin: $SMD = -1.07$, 95%-KI [-1.77, -0.38] • Venlafaxin: $SMD = -0.20$, 95%-KI [-0.35, -0.05] Vermeidungssymptome	Becker et al. (2007) Davidson et al. (2007) Friedman et al. (2007) Lindley et al. (2007) Marshall et al. (2007) Martenyi et al. (2007) Raskind et al. (2007) Tucker et al. (2007) van der Kolk et al. (2007) Davis, Davidson et al. (2008) Davis, Ward et al. (2008) Rothbaum et al. (2008) Hamner et al. (2009) Krystal et al. (2011) Mathew et al. (2011) Panahi et al. (2011) Yeh et al. (2011) Carey et al. (2012) Raskind et al. (2013) Ahmadpanah et al. (2014) Baniasadi et al. (2014) Batki et al. (2014) Naylor et al. (2015) Back et al. (2016) Mahabir et al. (2016) Petrakis et al. (2016) Ramaswamy et al. (2016) Villarreal et al. (2016) Dunlop et al. (2017) Li et al. (2017) Ramaswamy et al. (2017) Rezaei Ardani et al. (2017)

				(verglichen mit Placebo): • Alle: $SMD = -0.27$, 95%-KI $[-0.33, -0.21]$ Wirkstoffklassen, die signifikant besser waren als Placebo • MAOIs: $SMD = -0.81$, 95%-KI $[-1.49, -0.14]$ • SNRIs: $SMD = -0.28$, 95%-KI $[-0.43, -0.13]$ • SSRIs: $SMD = -0.34$, 95%-KI $[-0.41, -0.26]$ Wirkstoffe, die signifikant besser waren als Placebo • Amitriptylin: $SMD = -0.90$, 95%-KI $[-1.62, -0.18]$ • Phenelzin: $SMD = -0.81$, 95%-KI $[-1.49, -0.14]$ • Venlafaxin: $SMD = -0.28$, 95%-KI $[-0.43, -0.13]$ • Fluoxetin: $SMD = -0.20$, 95%-KI $[-0.37, -0.04]$ • Sertralin: $SMD = -0.33$, 95%-KI $[-0.46, -0.20]$ • Paroxetin: $SMD = -0.42$, 95%-KI $[-0.54, -0.30]$ Hyperarousal (verglichen mit Placebo): • Alle: $SMD = -0.34$, 95%-KI $[-0.34, -0.22]$ Wirkstoffklassen, die signifikant besser waren als Placebo • Atypische Antipsychotika: $SMD = -0.37$, 95%-KI $[-0.54, -0.20]$ • SNRIs: $SMD = -0.25$, 95%-KI $[-0.40, -0.10]$ • SSRIs: $SMD = -0.37$, 95%-KI $[-0.49, -0.25]$ Wirkstoffe, die signifikant besser		Suris et al. (2017) Brunet et al. (2018) Hodgins et al. (2018) Raskind et al. (2018)

				<i>waren als Placebo</i> • Quetiapin: $SMD = -0.55$, 95%-KI [-1.00, -0.10] • Fluoxetin: $SMD = -0.27$, 95%-KI [-0.43, -0.10] • Paroxetin: $SMD = -0.40$, 95%-KI [-0.52, -0.27] • Sertralin: $SMD = -0.45$, 95%-KI [-0.75, -0.16] • Venlafaxin: $SMD = -0.25$, 95%-KI [-0.40, -0.10] Depressionssymptome (verglichen mit Placebo): • Alle: $SMD = -0.28$, 95%-KI [-0.34, -0.23] <i>Wirkstoffklassen, die signifikant besser waren als Placebo:</i> • Alpha Blocker: $SMD = -0.54$, 95%-KI [-0.95, -0.13] • Atypische Antipsychotika: $SMD = -0.33$, 95%-KI [-0.51, -0.15] • SNRIs: $SMD = -0.21$, 95%-KI [-0.36, -0.06] • SSRIs: $SMD = -0.28$, 95%-KI [-0.41, -0.16] • TeCAs: $SMD = -0.91$, 95%-KI [-1.76, -0.05] <i>Wirkstoffe, die signifikant besser waren als Placebo:</i> • Prazosin: $SMD = -0.54$, 95%-KI [-0.95, -0.13] • Amitriptylin: $SMD = -1.16$, 95%-KI [-1.90, -0.41] • Olanzapin: $SMD = -0.81$, 95%-KI [-1.41, -0.20] • Quetiapin: $SMD = -0.63$, 95%-KI [-1.08, -0.18] • Mirtazapin: $SMD = -0.91$,		

				95%-KI [-1.76,-0.05] • Vilazodon: <i>SMD</i> =-0.21, 95%-KI [-0.36,-0.06] • Fluoxetin: <i>SMD</i> =-0.25, 95%-KI [-0.40,-0.10] • Paroxetin: <i>SMD</i> =-0.49, 95%-KI [-0.61,-0.36] Angstsymptome: • Alle: <i>SMD</i> =-0.23, 95%-KI [-0.33,-0.14] Wirkstoffklassen, die signifikant besser waren als Placebo: • Atypischen Antipsychotika: <i>SMD</i> =-0.32, 95%-KI [-0.51,-0.12] • MAOI: <i>SMD</i> =-0.67, 95%-KI [-1.34,-0.01] • TCAs: <i>SMD</i> =-0.68, 95%-KI [-1.16,-0.21] • TeCAs: <i>SMD</i> =-0.89, 95%-KI [-1.74,-0.04] Wirkstoffe, die signifikant besser waren als Placebo: • Amitriptylin: <i>SMD</i> =-0.99, 95%-KI [-1.72,-0.26] • Fluoxetin: <i>SMD</i> =-0.28, 95%-KI [-0.44,-0.12] • Mirtazapin: <i>SMD</i> =-0.89, 95%-KI [-1.74,-0.04] • Phenelzin: <i>SMD</i> =-0.67, 95%-KI [-1.34,-0.01] Abbruchrate aufgrund von Nebenwirkungen: • Insgesamt: <i>RR</i> = 1.47, 95%-KI [1.24, 1.75] Wirkstoffklassen, mit signifikant mehr Abbrüchen als Placebo: • Atypische Antipsychotika:		

				$RR = 2.06$, 95%-KI [1.10, 3.84] • SSRIs: $RR = 1.37$, 95%-KI [1.08, 1.74] Wirkstoffe, mit signifikant mehr Abbrüchen als Placebo: • Paroxetin: $RR = 1.45$, 95%-KI [1.02, 2.07] • Topiramat: $RR = 2.61$, 95%-KI [1.09, 6.25] Meta-Regression: • Wirksamkeit der Medikation war bei jüngeren Patienten signifikant höher als bei älteren (Koeffizient = 0.02) • Koeffizienten für Publikationsjahr und Finanzierungsquelle wurden nicht signifikant		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Liu et al., 2014 DOI: 10.1016/j.psychres.2014.05.027 Efficacy and acceptability of atypical antipsychotics for the treatment of post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trials	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Medline, Embase, Cochrane Library (2) Manuelle Suche von Reviews und Metaanalysen zur Identifizierung von RCTs Suchzeitraum: Einschlusskriterien: • RCTs verglichen prospektiv mindestens ein atypisches Antipsychotikum (AA) mit Placebo oder einem anderen Medikament. • CAPS (Kliniker:in) war das primäre Maß für den Behandlungserfolg • Die Studienteilnehmer waren Erwachsene und hatten eine PTBS nach DSM-IV oder ICD-10 • Die Arbeiten wurden in peer-reviewed Zeitschriften veröffentlicht Ausschlusskriterien:	Atypische Antipsychotika vs. Placebo/ andere Medikamente	PTB-Symptome (overall; CAPS) PTB-Subkalensymptome (overall; CAPS)	1. Inkludierte Studien: Acht RCTs (Untersuchten entweder Olanzapin oder Risperidon) 2. Ergebnisse: Allgemeine PTB-Symptome • Bei AAs war eine signifikant größere Symptomreduktion zu beobachten als unter Placebo, $WMD = -5.89$, 95%-KI $[-9.21, -2.56]$ Wiedererleben • Bei AAs war eine signifikant größere Symptomreduktion zu beobachten als unter Placebo, $WMD = -2.58$, 95%-KI $[-3.83, -1.33]$ Vermeidung • Keine signifikant höhere Symptomreduktion durch AAs als durch Placebo ($p = .47$) Hyperarousal • Signifikant höhere Symptomreduktion durch AAs als durch Placebo ($p = .02$) Drop-out • Kein signifikanter Unterschied zwischen AAs und Placebo, $OR = 1.24$, 95%-KI $[0.78, 1.97]$ Subgruppenanalyse: • Chronische kampfbedingte PTBS: Signifikant höhere Symptomreduktion durch AAs als durch Placebo in Bezug auf die allgemeinen PTB-Symptome,	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (3) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (5) Nicht-doppelte Studien Selektion (7) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (9) Finanzierungsquellen nicht berichtet (12) Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (13) RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert	Bartzoki et al. (2005) Butterfield et al. (2001) Carey et al. (2012) Hamner et al. (2003) Krystal et al. (2011) Padala et al. (2006) Reich et al. (2004) Stein et al. (2002)

				WMD = -4.94, 95%-KI [-8.49,-1.39], $p = .006$, und das Wiedererleben, WMD = -2.33, 95%-KI [-3.63,-1.03], $p = .0004$. Jedoch nicht für Vermeidung und Hyperarousal • Monotherapie: Signifikant höhere Symptomreduktion durch AAs als durch Placebo in Bezug auf die allgemeinen PTB-Symptome, WMD = -12.50, 95%-KI [-21.88,-3.12], $p = .009$, Wiedererleben, WMD = -5.65, 95%-KI [-10.28;-1.03], $p = .02$, und Hyperarousal, WMD = -6.96, 95%-KI [-12.02,-1.90], $p = .007$. Jedoch nicht für Vermeidung. • Zusätzliche Behandlung (d. h. keine Monotherapie) Signifikant höhere Symptomreduktion durch AAs als durch Placebo in Bezug auf die allgemeinen PTB-Symptome, WMD = -4.94, 95%-KI [-8.49,-1.39], $p = .006$, und das Wiedererleben, WMD = -2.33, 95%-KI [-3.63,-1.03], $p = .0004$. Jedoch nicht für Vermeidung und Hyperarousal Sensitivitätsanalysen • Ausschluss der Studien von Bartzokis et al. (2005), Carey et al. (2012) und Krystal et al. (2011) veränderten die Ergebnisse des Hyperarousals: 95%-KI [-6.17, 1.06], [-4.81, 0.14], und [-7.80, 1.02]; $p = .17$, $.06$, und $.13$ (kein	

				signifikanter Effekt für die Monotherapie)		
Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Puetz et al., 2015 DOI: 10.1371/journal.pone.0126529 Effects of Pharmacotherapy on Combat Related PTSD, Anxiety, and Depression: A Systematic Review and Meta-Regression Analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Google Scholar, PLOTS, PsycINFO, PubMed und Web of Science (2) Referenzlisten gefundener Studien Suchzeitraum: Bis 11/ 2014 Einschlusskriterien: - Stichprobe, die ausschließlich Veteran:innen mit einer PTBS-Diagnose umfasst - Randomisierte, doppelblinde Zuordnung entweder zur Pharmakotherapie oder zur Placebo-Bedingung - Zielgröße: Schwere der PTB-Symptome, die zu Beginn sowie während und/oder nach der Intervention gemessen wurden Ausschlusskriterien: - Fehlende Daten, die für die Berechnung der Effektgröße für PTSD	Pharmakologische Behandlung vs. Placebo Untersuchte Wirkstoffe - Risperidon - Topiram - Amitriptylin - Nefazodon - Divalproex - Imipramin - Phenelzin - Prazosin - Fluoxetin - Guanfacin - Disulfiram - Naltrexon - Desipramin - Venlafaxin - Sertralin	Primäre Zielgrößen: - PTB-Symptom-schwere - Depressivität Untersuchte Moderatoren: - Art des Wirkstoffes - Behandlungsdauer - Interaktion von Behandlungsdauer und Art des Wirkstoffes Nicht PICO-relevante Zielgröße(n): - Angstsymptome	1. Inkludierte Studien: 18 RCTs 2. Ergebnisse: Schwere der PTB-Symptome - Wurde nach den pharmakotherapeutischen Interventionen signifikant reduziert ($\Delta = 0.38$, 95%-KI [0.23, 0.52], $z = 5.24$, $p < .001$) Moderatorenanalyse - Gesamtergebnis des multiplen Regressionsmodells zeigte eine signifikante Beziehung zur Effektgröße ($R^2 = 0.50$) - Ausschließlich die Art der Pharmakotherapie war unabhängig mit der Effektgröße verbunden ($\beta = 0.77$, $z = 3.15$, $p = .002$) - Signifikant größere Effekte wurden bei SSRIs und trizyklischen Antidepressiva festgestellt ($\Delta = 0.63$, 95%-KI [0.48, 0.78] im Vergleich zum Durchschnitt der Effektgrößen anderer Medikamententherapien ($\Delta = 0.10$, 95%-KI [-0.05, 0.25]) Depressivität Wurde nach den pharmakologischen Interventionen signifikant reduziert ($\Delta = 0.52$, 95%-KI [0.35, 0.70], $z = 5.81$, $p < .001$)	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: - Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen - Nicht-doppelte Studien-selektion - Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet - Finanzierungsquellen nicht berichtet - Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet - RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert	Bartzokis et al. (2004) Batki et al. (2014) Davidson et al. (1990) Davis et al. (2004) Davis et al. (2008) Frank et al. (1988) Germain et al. (2012) Hamner et al. (2003) Hertzberg et al. (2000) Martenyi & Soldatenkova (2006) Monnelly et al. (2003) Neylan et al. (2006) Petrakis et al. (2006) Raskind et al. (2003) Raskind et al. (2013) Reist et al. (1989) Rothbaum et al. (2008) Zohar et al. (2002)

	erforderlich sind • Keine Verwendung validierter Messinstrumente für PTBS/ PTB-Symptome			Moderatorenanalyse • Multiple Regressionsmodell für Depression zeigte eine signifikante Beziehung zur Effektgröße ($R^2 = 0.85$) • Wechselwirkung zwischen Therapiedauer und Effektgröße war signifikant ($\beta = 0.06$, $z = 2.22$) • Kritischer Punkt für die Behandlungsdauer: 13.6 Wochen ($t = -2.03$, $p = .050$)		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Williams et al., 2022 DOI: 10.1002/14651858.CD002795.pub3. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD) (Review)	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) CENTRA, CCMDCTR, Embase Ovid, MEDLINE, PsycINFO Ovid, PTSDPubs Proquest, WHO International Clinical Trials Registry Platform und ClinicalTrials.gov (2) Referenzlisten (3) Persönliche Kommunikation Suchzeitraum: Bis 11/2020 Einschlusskriterien: • RCTs (incl. cluster-randomisierte, cross-over Studien und Studien mit mehreren Behandlungsgruppen) • Erwachsene zwischen 18 und 85 Jahren mit PTBS-Diagnose (wie von den Studienautor:innen festgelegt) • Medikamentöse Behandlung von PTBS vs. Placebo oder andere medikamentöse Behandlung • Behandlung: Alpha-Blocker, Antikonvulsiva,	Relevante Vergleiche: • Antipsychotika vs. Placebo • Trizyklische Antidepressiva vs. Placebo • SSRIs vs. Placebo • SNRIs vs. Placebo • Benzodiazepine vs. Placebo • Hypnotika vs. Placebo Nicht PICO-relevante Vergleiche: • Alpha-Blocker vs. Placebo • Antikonvulsiva vs. Placebo • Dopamin-Beta-Hydroxylase-Inhibitoren vs. Placebo • Ganaxolon vs. Placebo • GR205171 vs. Placebo • GSK561679 vs. Placebo • MAO-Hemmer vs. Placebo • NaSSAs vs. Placebo • NK-1-Rezeptor-Antagonisten vs. Placebo • RIMAs vs. Placebo • SARIs vs. Placebo • Gesamteffekt der Medikation vs. Placebo • Direktvergleiche	Primäre Zielgröße(n): • Behandlungseffektivität: Ansprechen auf die Behandlung • Verträglichkeit: Behandlungsabbrüche aufgrund des Auftretens unerwünschter Ereignisse Sekundäre Zielgröße(n): • Reduktion der PTB-Symptome • Reduktion Depressionssymptome • Funktionseinschränkungen Nicht PICO-relevante Zielgröße(n): • Reduktion Angstsymptome	1. Inkludierte Studien: 54 RCTs 2. Ergebnisse: Antipsychotika vs. Placebo • Behandlungseffektivität: Kein Unterschied für Olanzapin, $RR = 0.51$, 95%-KI [0.16, 1.67] ($k = 2$) • Verträglichkeit: Obwohl mehr Teilnehmer in der antipsychotischen Gruppe aufgrund von Nebenwirkungen abgebrochen haben, zeigt die statistische Analyse keinen eindeutigen Unterschied im Gesamtschaden • Reduktion der PTB-Symptome (CAPS): Olanzapin, Risperidon und Quetiapin waren Placebo überlegen, in den Subskalen Intrusion und Hyperarousal, aber nicht für Vermeidung ($k = 3$) • Reduktion der PTB-Symptome (CGI-S): Olanzapin und Quetiapin waren Placebo überlegen ($k = 2$) • Reduktion der PTB-Symptome (DTS, Selbstbericht): keine signifikanten Effekte gefunden ($k = 3$) • Depressionssymptome: Olanzapin und Quetiapin waren Placebo überlegen ($k = 2$) • Funktionsfähigkeit: Olanzapin war Placebo nicht überlegen	Moderate quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (7) Nicht-doppelte Datenextraktion (7) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (12) Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet	Ahmadpanah et al. (2014) Baker et al. (1995) Becker et al. (2007) Brady et al. (2000) Braun et al. (1990) Butterfield et al. (2001) Carey et al. (2012) Chung et al. (2004) Connor et al. (1999) Connor et al. (2006) Davidson et al. (1990) Davidson, Londborg et al. (2001) Davidon et al. (2003) Davidson et al. (2005) Davidson, Baldwin et al. (2006) Davidson, Rothbaum et al. (2006) Davidson et al. (2007) Davis et al. (2004) Davis et al. (2008) Davis et al. (2020) Dowd et al. (2020) Dunlop et al. (2017) Feder et al. (2014) Friedman et al. 2007 GSK 29060 627 Hamner et al. (2008) Hertzberg et al. (1999) Hertzberg et al. (2000) Kaplan et al. (1996) Katz et al. (1994) Kosten et al. (1991)

	Antihistaminika, Antipsychotika, Benzodiazepine, Dopamin-Beta-Hydroxylase-Inhibitoren, Hypnotika, MAO-Hemmer, NK-1-Rezeptor-Antagonisten, NMDA-Rezeptor-Antagonisten, Noradrenalin- und Dopamin-Wiederaufnahmehemmer, Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, Noradrenerge und spezifische serotonerge Antidepressiva, Andere Medikamente (z. B. Ganaxolon, GR205171, GSK561679), Reversibler MAO-A-Hemmer, Second-Messenger-System-Präkursoren, Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, Serotonin-Antagonisten und Wiederaufnahmehemmer und Trizyklische Antidepressiva • Outcomes: Response, Verträglichkeit der Behandlung, PTB-Symptome, Depressionssymptome, Angstsymptome, funktionelle Einschränkungen, Drop-out			(k = 2) SSRI vs. Placebo • Behandlungseffektivität: Fluoxetin, Paroxetin und Sertralin waren Placebo überlegen (RR = 0.66, 95%-KI [0.59, 0.74], k = 8) • Mehr Responder als Placebo bei Behandlung mit Paroxetin (k = 3), mit Sertralin (k = 3), aber nicht für Fluoxetin (k = 2) • Verträglichkeit: Mehr Behandlungsabbrüche bei Fluoxetin, Paroxetin und Sertralin (9 %) verglichen mit Placebo (7 %) • Unterschiede hinsichtlich der Nebenwirkungen bei Paroxetin, aber nicht bei Sertralin und Fluoxetin • Reduktion der PTB-Symptome (CAPS): SSRIs besser als Placebo (k = 15) im Gesamtscore und allen drei Subskalen • Evidenz, dass Paroxetin (k = 6) und Sertralin (k = 6) die PTB-Symptome (CAPS) reduzieren, jedoch unzureichende Evidenz für Fluoxetin (k = 1) und Citalopram (k = 1) • Reduktion der PTB-Symptome (CGI-S): Fluoxetin, Paroxetin und Sertralin waren Placebo überlegen (k = 6) • Reduktion der PTB-Symptome (DTS): keine Evidenz für Vorteil von SSRIs (k = 10) • Sertralin war bei den Subskalen Intrusionen und Vermeidung überlegen (k = 5), jedoch nicht bei Hyperarousal		Li et al. (2017) Marshall et al. (2001) Marshall et al. (2007) Martenyi, Brown, Zhang, Prakash & Koke (2002) Martenyi, Brown, Zhang, Koke & Prakash (2002) Martenyi et al. (2007) Mathew et al. (2011) McCall et al. (2018) McRae et al. (2004) NCT00659230 NCT01000493 NCT01681849 Padala et al. (2006) Panahi et al. (2011) Pfizer588 Pfizer589 Raskind et al. (2018) Rasmusson et al. (2017) Reich et al. (2004) Reist et al. (1989) Saygin et al. (2002) Shestatzky et al. (1988) SKB627 SKB650 Smajkic et al. (2001) Spivak et al. (2006) Tucker et al. (2001) Tucker et al. (2003) Tucker et al. (2007) Van der Kolk et al. (1994) Van der Kolk et al. (2007) Villarreal et al. (2016)

	Ausschlusskriterien: • Begleitende Psychotherapie • Subgruppenanalysen		(DTS, $k = 4$) • Depressionssymptome: Kein Nachweis für einen Nutzen von Citalopram, Paroxetin oder Sertralin ($k = 3$) • Funktionalität: Fluoxetin, Paroxetin und Sertralin überlegen ($k = 6$) • Drop-out: Vergleichbar hoch (33 % vs. 28 %) • PTB-Symptome Langzeit (CAPS): kein Unterschied Trizyklische Antidepressiva vs. Placebo • Behandlungseffektivität: Amitriptylin überlegen (RR = 0.60, 95%-KI [0.38, 0.96], $k = 1$) • Nebenwirkungen: kein signifikanter Unterschied (Amitriptylin-, Desipramin- und Imipramin-Gruppen 23 % vs. Placebo-Gruppen 18 %) • Reduktion der PTB-Symptome (IES): kein Unterschied für Amitriptylin und Imipramin ($SMD = -0.54$, 95%-KI [-1.18, 0.10] im Gesamtscore, sowie für die Subskalen Intrusionen und Vermeidung ($k = 2$)) • Depressionssymptome: Kein Unterschied für Amitriptylin und Imipramin ($k = 2$) • Drop-out: Höher für Amitriptylin und Imipramin (34 %) SNRI vs. Placebo • Behandlungseffektivität: $k = 0$ • Reduktion der PTB-Symptome: Venlafaxin war überlegen im	Yeh et al. (2011) Zohar et al. (2002)

				Gesamtscore und für die Subskalen im CAPS ($k = 2$), DTS ($k = 1$) und CGI-S ($k = 2$) • Depressionssymptome: kein Unterschied ($k = 1$) • Funktionalität: Venlafaxin überlegen ($k = 2$) • Drop-out: Vergleichbare Höhe mit 30 % vs. 33 % Benzodiazepine vs. Placebo • Behandlungseffektivität: $k = 0$ • Verträglichkeit: Keine Nebenwirkungen aufgetreten, weder in Interventions- noch in Kontrollgruppe • Drop-out: Alprazolam-Gruppe (43 %) und der Placebo-Gruppe (33 %) ähnlich • Weitere sekundäre Zielgrößen: keine Studien gefunden Hypnotika vs. Placebo • Keine Studien zu den primären Zielgrößen gefunden • PTB-Symptome (Gesamtscore CAPS, CGI-S): kein Unterschied von Eszopiclon zu Placebo ($k = 1$) • Depressionssymptome: kein signifikanter Unterschied von Eszopiclon und Placebo • Drop-out: Eszopiclon 46 % vs. Placebo 35 %, nicht signifikant Subgruppenanalysen – klinische Kriterien Komorbide Depressionen • Behandlungseffektivität: Studien, die Teilnehmende mit		

				Depressionen inkludierten, erzielten bessere Ergebnisse als Studien, die diese ausgeschlossen haben ($Chi^2 = 2.57$, $df = 1$, $p = 0.11$, $I^2 = 61.1\%$) • PTB-Symptomstärke: Studien, die Teilnehmende mit Depressionen inkludierten, erzielten bessere Ergebnisse als Studien, die diese ausgeschlossen haben ($Chi^2 = 0.94$, $df = 1$, $p = .33$, $I^2 = 0\%$) Veteran:innen • PTB-Symptome (CAPS): Studien, die Teilnehmende ohne Kriegstrauma enthielten, zeigten einen stärkeren Rückgang nach medikamentöser Behandlung als Studien mit Teilnehmern, die Kriegstraumata erlebt haben ($Chi^2 = 4.21$, $df = 1$, $p = .04$, $I^2 = 76.3\%$)		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Xu et al., 2011 DOI:- Fluoxetine as a treatment for post-traumatic stress disorder	Meta-analysis Database: (1) Datenbanken wie MEDLINE, EBSCO, EMBASE und ELSEVIER (2) Referenzliste inkludierter Studien und anderer relevanter Review Artikel Suchzeitraum: bis 09/2010 Einschlusskriterien: - Studie die Fluoxetin für die Behandlung von PTBS verwendeten - RCTs - Teilnehmende erfüllen die Kriterien für eine PTBS-Diagnose nach DSM-III, III-R oder IV - Erwachsene Teilnehmende Ausschlusskriterien: - Studien mit Kindern oder überwiegend älteren Teilnehmenden	Fluoxetin vs. Placebo	Primäre Zielgröße: Effektivität - PTB-Symptome (Effektivität) - Anzahl der Responder (Effektivität) Sekundäre Zielgröße: - Unerwünschte Ereignisse	1. Inkludierte Studien: sieben RCTs 2. Ergebnisse: Effektivität - Geringere PTB-Symptome zum Ende der Behandlung mit Fluoxetin verglichen mit Placebo - Mehr Responder bei Behandlung mit Fluoxetin verglichen mit Placebo ($RR = 1.21$, 95%-KI [1.03, 1.43]) Unerwünschte Ereignisse: - Fluoxetin könnte zu einer erhöhten Anzahl an Nebenwirkungen führen ($RR = 1.45$, 95%-KI [1.22, 1.74], was jedoch nicht für alle unerwünschten Ereignisse gilt) - Kein Unterschied zwischen Fluoxetin und Placebo hinsichtlich Kopfschmerzen: $RR = 0.83$, 95%-KI [0.83, 1.58] - Übelkeit und Durchfall war häufiger nach der Einnahme von Fluoxetin verglichen mit Placebo	Critically low quality Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (3) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (4) Keine umfassende Suchstrategie angewandt (8) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (9) Kein angemessenes RoB (11) Finanzierungsquellen nicht berichtet (13) Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (14) RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert (14) Heterogenität wurde nicht interpretiert/diskutiert	Martenyi et al. (2007) van der Kolk et al. (2007) Martenyi et al. (2002) Barnett et al. (2002) Hertzbelg et al. (2000) Connor et al. (1999) Van der Kolk (1994)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Yan et al., 2022 DOI: 10.3389/fphar.2021.805354 Effectiveness, Acceptability and Safety of Pharmaceutical Management for Combat-Related PTSD in Adults Based on Systematic Review of Twenty-Two Randomized Controlled Trials	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) MEDLINE, EMBASE, Cochrane Library, Scopus, ScienceDirect und Web of Science Suchzeitraum: Bis 04/2021 Einschlusskriterien: • RCTs • Erwachsene mit kampfbedingter PTBS nach DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR, DSM-V und ICD-10 • Intervention: aktive pharmazeutische Verabreichung von Amitriptylin, Aripiprazol, Dexamethason, Fluoxetine, Guanfacin, Imipramin, Olanzapin, Phenelzin, Prazosin, Pregabalin, Quetiapin, Riluzol, Risperidon, Rivastigmin, Topiramat, Vilazodon und anderen aktiven Wirkstoffen (beliebige Dosierung und Behandlungsdauer) • Vergleich: Placebo	Aktive pharmakologische Behandlung vs. Placebo Untersuchte Wirkstoffe: • Amitriptylin ($n = 1$) • Aripiprazol ($n = 1$) • Dexamethason ($n = 1$) • Fluoxetine ($n = 1$) • Guanfacin ($n = 2$) • Imipramin ($n = 1$) • Olanzapin ($n = 1$) • Phenelzin ($n = 1$) • Prazosin ($n = 3$) • Pregabalin ($n = 1$) • Quetiapin ($n = 1$) • Riluzol ($n = 1$) • Risperidon ($n = 3$) • Rivastigmin ($n = 1$) • Topiramat ($n = 2$) • Vilazodon ($n = 1$)	Primäre Zielgröße: • Gesamtsymptome von kampfbedingtem PTBS Sekundäre Zielgröße: • Akzeptanz (Abbruch aus jeglichem Grund und Abbruch aufgrund von unerwünschten Ereignissen) • Veränderung der Symptome von Depressivität, Wiedererleben, Vermeidung, Hyperarousal Nicht PICO-relevante Zielgröße: • Veränderung der Angstsymptome	1. Inkludierte Studien: 22 RCTs • Davon 12 Studien mit einer rein männlichen Stichprobe 2. Ergebnisse: Effektivität <i>Kampfbedingten PTBS (Veränderungen der Gesamtsymptome)</i> • Signifikante Reduktion bei Quetiapin, $SMD = -0.49$, 95%-KI $[-0.93, -0.04]$ ($k = 1$) • Keine Signifikante Symptomreduktion für Topiramat, Guanfacin, Prazosin, Vilazodon, Risperidon und Olanzapin • Signifikanter Gesamteffekt der Intervention verglichen mit Placebo, $SMD = -0.36$, 95%-KI $[-0.62, -0.09]$ Depressivität • Signifikante Reduktion für Amitriptylin, $SMD = -1.16$, 95%-KI $[-1.90, -0.41]$ ($k = 1$) und Quetiapin, $SMD = -0.63$, 95%-KI $[-1.08, -0.18]$ ($k = 1$) • Keine signifikante Reduktion für Dexamethason, Guanfacin, Prazosin, Pregabalin, Riluzol, Risperidon, Topiramat und Vilazodon • Signifikanter Gesamteffekt der Intervention verglichen mit Placebo, $SMD = -0.28$, 95%-KI $[-0.45, -0.10]$ Wiedererleben • Signifikante Reduktion bei	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (5) Nicht-doppelte Studien-selektion (6) Nicht-doppelte Datenextraktion (7) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (12) Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (13) RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert	Spangler et al. (2020) Akuchekian & Amanat (2004) Baniasadi et al. (2014) Bartzokis et al. (2005) Davidson et al. (1990) Davis et al. (2008) Hamner et al. (2003) Hertzberg et al. (2000) Kosten et al. (1991) Kosten et al. (1991) Lindley et al. (2007) Monnelly et al. (2003) Naylor et al. (2015) Neylan et al. (2006) Petrakis et al. (2016) Ramaswamy et al. (2017) Raskind et al. (2007) Raskind et al. (2018) Rezaei Ardani et al. (2017) Stein et al. (2002) Surís et al. (2017) Villarreal et al. (2016)

	• Zielgröße: Effektivität (kampfeinsatzbezogene PTB-Symptomveränderung, Depressivität, Angstsymptome, Wiederbeleben, Vermeidung und Hyperarousal), Akzeptanz (Abbruch), unerwünschte Ereignisse (Schläfrigkeit, Sedierung, Schwindel, Parästhesien, Angstzustände und verschwommenes Sehen, generalisierte Angststörung und Schlafstörungen) Ausschlusskriterien: • Probanden mit Diagnose von Schizophrenie, schizophreniformer Störung, bipolarer Störung oder klinisch signifikanten suizidalen, Gewaltfantasien oder anderen Gefährdungen • Kombination von Behandlungsoptionen, die keine Medikamentenintervention umfassen • Doppelte Daten oder Daten, die nicht abrufbar waren			Amitriptylin ($SMD = -0.75$, 95%-KI $[-1.46, -0.04]$), Imipramin, $SMD = -1.07$, 95%-KI $[-1.77, -0.38]$ ($k = 1$) und Quetiapin, $SMD = -0.53$, 95%-KI $[-0.98, -0.09]$ ($k = 1$) • Keine signifikante Reduktion für: Guanfacin, Phenelzin, Prazosin, Risperidon, Rivastigmin und Vilazodon • Signifikanter Gesamteffekt der Intervention verglichen mit Placebo, $SMD = -0.33$, 95%-KI $[-0.52, -0.13]$ Vermeidung • Signifikante Reduktion bei Amitriptylin, $SMD = -0.90$, 95%-KI $[-1.62, -0.18]$ ($k = 1$) und Imipramin, $SMD = -0.81$, 95%-KI $[-1.49, -0.14]$ ($k = 1$) • Keine signifikante Reduktion für Guanfacin, Phenelzin, Prazosin, Quetiapin, Risperidon, Rivastigmin und Vilazodon • Signifikanter Gesamteffekt der Intervention verglichen mit Placebo $SMD = -0.24$, 95%-KI $[-0.43, -0.05]$ Hyperarousal • Signifikante Reduktion für Quetiapin, $SMD = -0.55$, 95%-KI $[-1.00, -0.10]$ ($k = 1$) • Keine signifikante Reduktion für Guanfacin, Prazosin, Risperidon, Rivastigmin und Vilazodon • Signifikanter Gesamteffekt der Interventionen verglichen mit Placebo, $SMD = -0.26$, 95%-KI		

				[-0.48,-0.03] Akzeptanz Absetzen aus allen Gründen • Signifikanter Unterschied zu Placebo für Risperidon, $RR = 1.77$, 95%-KI [1.09, 2.89] und Imipramin $RR = 0.32$, 95%-KI [0.12, 0.80] • Kein signifikanter Unterschied für die anderen Wirkstoffe, wobei für Dexamethason und Rivastigmin keine Ergebnisse berichtet wurden und die RR für Pregabalin nicht schätzbar war • Kein signifikanter Gesamteffekt über alle Interventionen verglichen mit Placebo $RR = 0.97$, 95%-KI [0.78, 1.20] Abbruchrate aufgrund von unerwünschten Ereignissen • Signifikanter Unterschied zu Placebo für Topiramat, $RR = 4.17$, 95%-KI [1.15, 15.13] • Kein signifikanter Unterschied für die anderen Wirkstoffe, wobei für Aripiprazol, Prazosin, Pregabalin und Rivastigmin keine Schätzung möglich war und für Quetiapin keine Informationen berichtet wurden • Signifikanter Gesamteffekt über alle aktiven Interventionen verglichen mit Placebo $RR = 2.42$, 95%-KI [1.41, 4.13] Unerwünschte Ereignisse keinen statistisch signifikanten		

				Unterschied zwischen den aktiven Vergleichsgruppen in allen Nebenwirkungen (einschließlich Schläfrigkeit, Sedierung, Schwindel, Parästhesie, Angst und verschwommenes Sehen, generalisierte Angststörung und Schlafstörungen) Dauer der Behandlung PTB-Symptome • Behandlungsdauer < 8 Wochen: $SMD = -0.21$, 95%-KI [-0.50, 0.08] (kein signifikanter Effekt) • Behandlungsdauer > 8 Wochen: $SMD = -0.27$, 95%-KI [-0.42, -0.11] (signifikanter Effekt) Depressivität • Kein signifikanter Unterschied für unter und über acht Wochen Stärke des Traumas Depressivität • Signifikante Verbesserung bei extrem starken PTB-Symptomen, nicht aber bei den nicht extrem starken Symptomen		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Zhang et al., 2023 DOI: 10.1016/j.pnpbp.2023.110754 Clinical outcomes of recommended active pharmacotherapy agents from NICE guideline for post-traumatic stress disorder: Network meta-analysis	Meta-analysis Database: (1) Ovid Medline, Embase, CENTRAL, PsycINFO, Ovid Health and Psychosocial Instruments und Web of Science Suchzeitraum: Bis 09/2022 Einschlusskriterien: • Erwachsene mit diagnostizierter PTBS nach DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR oder ICD-10 • Intervention: Verwendete Medikamente gemäß NICE-Richtlinie NG116: SSRIs (Vilazodon, Sertralin, Paroxetin, Fluoxetin, Citalopram, Vortioxetin), Atypische Antipsychotika (Ziprasidon, Risperidon, Olanzapin, Aripiprazol, Quetiapin) • Vergleichsgruppe: Placebo oder andere aktive Medikation • Zielgröße: CAPS-Score, Akzeptanz, Wiedererleben, Vermeidung und	Netzwerk Metaanalyse mit folgenden Wirkstoffen: • Olanzapin • Risperidon • Aripiprazol • Ziprasidon • Quetiapin • Venlafaxin • Sertralin • Paroxetin • Fluoxetin • Vilazodon • Citalopram • Placebo	Primäre Zielgrößen: • PTB-Symptomveränderung (CAPS) • Akzeptanz (Anzahl der vorzeitig ausgeschiedenen Patienten) Sekundäre Zielgrößen: • Wiedererleben (CAPS) • Vermeidung (CAPS) • Hyperarousal (CAPS) • Depression (HAM-D) Nicht PICO-relevante Zielgrößen: • Ängstlichkeit (HAM-A)	1. Inkludierte Studien: 30 RCTs 2. Ergebnisse: PTB-Symptomveränderung Signifikante Reduktion der CAPS-Symptome (im Vergleich zu Placebo) durch folgende Medikamente: • Olanzapin: <i>SMD</i> = -0.66, 95%-KI [-1.19, -0.13] • Risperidon: <i>SMD</i> = -0.23, 95%-KI [-0.42, -0.03] • Quetiapin: <i>SMD</i> = -0.49, 95%-KI [-0.93, -0.04] • Venlafaxin: <i>SMD</i> = -0.29, 95%-KI [-0.42, -0.16] • Sertralin: <i>SMD</i> = -0.23, 95%-KI [-0.34, -0.11] • Paroxetin: <i>SMD</i> = -0.48, 95%-KI [-0.60, -0.36] • Fluoxetin: <i>SMD</i> = -0.27, 95%-KI [-0.42, -0.12] SUCRA-Rangfolge • Olanzapin (87.6 %), Paroxetin (82.2 %) und Quetiapin (77.0 %) waren die effektivsten aktiven Medikamente zur Verbesserung der CAPS-Scores • Citalopram (5.2 %) schnitt schlechter ab als Placebo (18.3 %) Wiedererleben Signifikante Reduktion verglichen mit Placebo durch folgende Medikamente:	Critically low quality Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (7) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (12) Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (13) RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert (14) Heterogenität wurde nicht interpretiert/diskutiert	Brady et al. (2000) Butterfield et al. (2001) Carey et al. (2012) Connor et al. (1999) Davidson et al. (2001) Davidson, Rothbaum, van der Kolk et al. (2006) Davidson, Rothbaum, Tucker et al. (2006) Davis et al. (2004) Friedman et al. (2007) Hertzberg et al. (2000) Krystal et al. (2011) Li et al. (2017) Marshall et al. (2001) Marshall et al. (2001) Marshall et al. (2007) Martenyi et al. (2002) Martenyi et al. (2007) Monnelly et al. (2003) Naylor et al. (2015) Padala et al. (2006) Panahi et al. (2011) Ramaswamy et al. (2016) Reich et al. (2004) Rothbaum et al. (2008) Stein et al. (2002) Tucker et al. (2001) Tucker et al. (2003) Van der Kolk et al. (1994) Van der Kolk et al.

	Übererregung, Depression, Ängstlichkeit • RCTs • Englischsprachig Ausschlusskriterien: • Studie, die zwei oder mehr Medikament mit Psychotherapie kombinieren • Studien, die verschiedene Dosierungen des gleichen Medikaments untersuchen • Duplikate			• Risperidon: <i>SMD</i> = -0.36, 95%-KI [-0.56, -0.15] • Quetiapin: <i>SMD</i> = -0.53, 95%-KI [-0.98, -0.09] • Venlafaxin: <i>SMD</i> = -0.22, 95%-KI [-0.35, -0.09] • Sertralin: <i>SMD</i> = -0.18, 95%-KI [-0.30, -0.07] • Paroxetin: <i>SMD</i> = -0.39, 95%-KI [-0.51, -0.27] • Fluoxetin: <i>SMD</i> = -0.24, 95%-KI [-0.41, -0.08] SUCRA-Rangfolge • Quetiapin 84.1 %, Paroxetin 77.9 %, Risperidon 71.1 % waren am effektivsten • Placebo 12.6 %, Citalopram 19.3 %, Ziprasidon 27.5 % wurden am niedrigsten eingestuft Vermeidung Signifikante Reduktion verglichen mit Placebo durch folgende Medikamente: • Olanzapin: <i>SMD</i> = -0.73, 95%-KI [-1.38, -0.08] • Venlafaxin: <i>SMD</i> = -0.30, 95%-KI [-0.43, -0.17] • Sertralin: <i>SMD</i> = -0.33, 95%-KI [-0.44, -0.21] • Paroxetin: <i>SMD</i> = -0.42, 95%-KI [-0.54, -0.30] Direktvergleich • Im Direktvergleich reduzierte auch Fluoxetin verglichen mit Placebo die Symptome signifikant, <i>SMD</i> = -0.20, 95%-KI [-0.37, -0.04]	(2007) Villarreal et al. (2016) Zohar et al. (2002)

				SUCRA-Rangfolge • Am besten schnitten Olanzapin 92.6 %, Paroxetin 84.3 % und Sertralin 68.1 % ab • Citalopram 3.9 % und Risperidon 17.7 % schnitten schlechter ab als Placebo 26.8 % Hyperarousal Signifikante Reduktion verglichen mit Placebo durch folgende Medikamente: • Risperidon: <i>SMD</i> =-0.36, 95%-KI [-0.67,-0.05] • Venlafaxin: <i>SMD</i> =-0.32, 95%-KI [-0.57,-0.08] • Sertralin: <i>SMD</i> =-0.40, 95%-KI [-0.59,-0.22] • Paroxetin: <i>SMD</i> =-0.40, 95%-KI [-0.62,-0.17] Direktvergleich Wirkstoffe, die nur im Direktvergleich mit Placebo eine signifikante Reduktion zeigten: • Quetiapin: <i>SMD</i> =-0.55, 95%-KI [-1.00,-0.10] • Fluoxetin: <i>SMD</i> =-0.27, 95%-KI [-0.43,-0.10] SUCRA-Rangfolge • Am besten: Quetiapin 78.3 %, Sertralin 69.9 % und Paroxetin 69.4 % • Am schlechtesten: Placebo 14.5 %, Ziprasidon 38.3 % und Fluoxetin 46.8 % Depression Signifikante Reduktion verglichen mit Placebo durch folgende Medikamente:		

				• Olanzapin: <i>SMD</i> = -0.81, 95%-KI [-1.41, -0.20] • Quetiapin: <i>SMD</i> = -0.63, 95%-KI [-1.09, -0.18] • Venlafaxin: <i>SMD</i> = -0.21, 95%-KI [-0.37, -0.05] • Sertralin: <i>SMD</i> = -0.15, 95%-KI [-0.28, -0.01] • Paroxetin: <i>SMD</i> = -0.48, 95%-KI [-0.61, -0.35] • Fluoxetin: <i>SMD</i> = -0.25, 95%-KI [-0.41, -0.09] SUCRA-Rangfolge • Am besten: Olanzapin 88.6 %, Quetiapin 81.2 % und Paroxetin 74.1 % • Am schlechtesten: Placebo 5.4 %, Sertralin 27.5 % und Risperidon 35.3 % Akzeptanz • Kein signifikanter Unterschied zwischen Placebo und den einzelnen Wirkstoffen • Im direkten Vergleich zwischen den Interventionen ebenfalls kein signifikanter Unterschied SUCRA-Rangfolge • Am besten: Quetiapin 91.1 %, Citalopram 68.8 %, Venlafaxin 67.5 %, Ziprasidon 63.9 % und Fluoxetin 62.5 % • Placebo 44.4% • Am niedrigsten: Aripiprazol 11.8 %, Risperidon 23.4 %, Olanzapin 31.0 % und Sertralin 34.2 % Zusammenfassend:		

				• Paroxetin, Venlafaxin und Quetiapin werden als Behandlung empfohlen • Quetiapin speziell empfohlen für PTBS-Patienten mit Symptomen von Hyperarousal und Wiedererleben		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Zhao et al., 2020 DOI: 10.3389/fphar.2020.602447 Key Clinical Interest Outcomes of Pharmaceutical Administration for Veterans With Post-Traumatic Stress Disorder Based on Pooled Evidences of 36 Randomised Controlled Trials With 2,331 Adults	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Ovid Medline, EM-Base, The Cochrane Library, ISI Web of Science Suchzeitraum: Bis 01/2020 Einschlusskriterien: - PTBS-Diagnose nach DSM-IV, DSM-II oder DSM-IV-TR - Alle Patient:innen mit kriegsbezogener PTBS, mindestens 95% der Population Veteranen - Beliebige Substanz als Intervention - Vergleich mit anderer Substanz oder Placebo - RCT Ausschlusskriterien: - Studien mit präventivem Fokus, wiederkehrende - Doppelte Publikation - Intervention unterschied sich von Kontrollgruppe um zwei oder mehr Substanzen - Psychotherapie ist nicht in Intervention enthalten	Intervention - Atypische Antipsychotika (AA) - Kortikosteroide - Alpha-Blocker - Antikonvulsiva - Zentrale Muskelrelaxanzien - D-Cycloserin - N-Scetylcystein - Gamma-Aminobuttersäure (GABA) - Reversibler Cholinesterase-Hemmer - Serotonin-Antagonisten und Wiederaufnahmehemmer (SARIs) - SSRIs - Trizyklische Antidepressiva (TCAs) $\alpha 2$-Rezeptor-Agonis - Pregabalin - Monoaminoxidase-Hemmer (MAOIs) Kontrollbedingungen - Drei Studien mit aktiven Kontrollgruppen (Phenelzin, Alprazolam) - Placebo	PTB-Symptome PTBS-Subskalen Akzeptanz Response Nebenwirkungen	1. Inkludierte Studien: 36 RCTs 2. Ergebnisse: PTB-Symptome: Intervention vs. Placebo Kleiner, signifikanter Effekt im Vergleich mit Placebo, $SMD = -0.24$, 95%-KI $[-0.42, -0.06]$, $I^2 = 74\%$ PTB-Symptome: Vergleich der Wirkstoffe Signifikante Überlegenheit von AA, $SMD = -0.29$, 95%-KI $[-0.48, -0.11]$, $I^2 = 15\%$, und zentraler Muskelrelaxanzien, $SMD = -0.81$, 95%-KI $[-1.45, -0.16]$, im Vergleich mit Placebo Keine signifikante Überlegenheit im Vergleich mit Placebo der übrigen Wirkstoffe Vermeidung: Intervention vs. Placebo Kleiner, signifikanter Effekt im Vergleich mit Placebo, $SMD = -0.26$, 95%-KI $[-0.45, -0.07]$, $I^2 = 52\%$; dabei zeigten MAOIs, $SMD = -0.26$, 95%-KI $[-1.13, -0.22]$, $I^2 = 0\%$, und SSRIs, $SMD = -0.67$, 95%-KI $[-1.00, -0.34]$, I^2 NA, einen signifikanten Effekt, die übrigen Substanzen nicht Übererregung Intervention vs. Placebo Kleiner, signifikanter Effekt im Vergleich mit Placebo,	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: - Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/nicht auf Abweichung eingegangen - Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Aus-schlüsse nicht begründet - Finanzierungsquellen nicht berichtet - Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet - RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert	Akuchekian & Amanat (2004) Back et al. (2016) Baniyadi et al. (2014) Bartzokis et al. (2005) Batki et al. (2014) Chung et al. (2004) Davidson et al. (1990) Davis et al. (2004) Davis, Davidson et al. (2008) Davis, Ward et al. (2008) Frank et al. (1988) Friedman et al. (2007) Germain et al. (2012) Hamner et al. (2003) Hamner et al. (2009) Hertzberg et al. (2000) Kosten et al. (1991) Krystal et al. (2011) Lindley et al. (2007) Litz et al. (2012) Manteghi et al. (2014) Monnelly et al. (2003) Naylor et al. (2015) Neylan et al. (2006) Panahi et al. (2011) Petrakis et al. (2016) Ramaswamy et al. (2017) Raskind et al. (2007) Raskind et al. (2018) Rezaei Ardani et al. (2017) Rodgman et al. (2016)

				$SMD = -0.31$, 95%-KI $[-0.46, -0.16]$, $I^2 = 35\%$; dabei zeigten SSRIs, $SMD = -0.72$, 95%-KI $[-1.05, -0.39]$, $I^2 = 0\%$, einen signifikanten Effekt, die übrigen Substanzen nicht • Vermeidung: Intervention vs. Placebo Kleiner, signifikanter Effekt im Vergleich mit Placebo, $SMD = -0.30$, 95%-KI $[-0.42, -0.18]$, $I^2 = 39\%$; dabei zeigten MAOIs, $SMD = -0.83$, 95%-KI $[-1.37, -0.37]$, $I^2 = 0\%$, und AAs, $SMD = -0.38$, 95%-KI $[-0.57, -0.19]$, $I^2 = 0\%$, einen signifikanten Effekt, die übrigen Substanzen nicht • Response-Rate Höhere Response-Rate nach Medikament, $RR = 1.66$, 95%-KI $[1.01, 2.72]$, $I^2 = 59\%$; Alpha-Blockers, $RR = 6.00$, 95%-KI $[1.54, 23.44]$, I^2 NA), MAOI ($RR = 2.46$, 95%-KI $[1.10, 5.51]$) und TCAs ($RR = 2.59$, 95%-KI $[1.35, 4.98]$, $I^2 = 0\%$) zeigten signifikant höhere Response-Rate; die übrigen Substanzen nicht • Nebenwirkungen Mehr Nebenwirkungen durch Medikamente als Placebo, $RR = 1.83$, 95%-KI $[1.29, 2.60]$, $I^2 = 0\%$; Antikonvulsiva, $RR = 2.62$, 95%-KI $[1.13, 6.09]$, $I^2 = 0\%$, zeigten signifikant höhere Nebenwirkungen; die übrigen Substanzen nicht		Rothbaum et al. (2014) Stein et al. (2002) Surís et al. (2017) Villarreal et al. (2016) Zohar et al. (2002)

Primärevidenz

N = 0 inkludierte Studien

PICO 2

Aggregierte Evidenz

N = 9 inkludierte Studien

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Forman-Hoffman et al., 2018 DOI: / Psychological and Pharmacological Treatments for Adults with Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review Update	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) MEDLINE, Cochrane Library, Cochrane Clinical Trials Registry, PsycINFO, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Published International Literature on Traumatic Stress database (2) Graue Literatur ClinicalTrials.gov Suchzeitraum: Bis 09/2017 Einschlusskriterien: • Erwachsene Stichproben (≥ 18 Jahre), von denen die Mehrheit mit einer PTBS basierend auf den DSM-Kriterien diagnostiziert ist • Verschiedene Traumaarten (siehe S. 9 der Publikation)	<i>Hinweis: Die Metaanalyse untersuchte vier Fragestellungen, wovon nur die dritte für die vorliegende PICO relevant ist</i> In der identifizierten Studie wurde eine EMDR -Behandlung mit Fluoxetin und Placebo verglichen (achtwöchige Behandlungszeit mit Follow-up nach sechs Monaten)	PTB-Symptome	1. Inkludierte Studien (davon PICO-relevant): 193 RCTs (Eine RCT: Van der Kolk et al., 2007) 2. Ergebnisse: PTB-Symptomreduktion • Kein signifikanter Unterschied in der Differenz der Prä- und Post-Werte der PTB-Symptomatik (CAPS) auf Gruppenebene, $MD = -10.1, p = .13$ • Signifikant stärkere Symptomreduktion in der EMDR-Gruppe zum 6-Monats-FU, $MD = -16.3, p < .005$ Remission • Signifikant größere Remissionsrate in der EMDR-Gruppe zum 6-Monats-FU. Kein signifikanter Unterschied zum posttreatment Verlust der PTBS-Diagnose • Kein Unterschied zwischen den Gruppen zum posttreatment und FU Reduktion komorbider Depressionssymptome • Signifikant stärkere Abnahme der Depressionssymptome (BDI) in	High quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet	PICO-relevant Van der Kolk et al (2007)

	• Verschiedene psychologische Interventionen (siehe S. 9 der Publikation) • Verschiedene pharmakologische Interventionen, u. a. Sertralin, Paroxetin und Fluoxetin (siehe S. 9 der Publikation) • PTB-Symptomreduktion als Outcome Ausschlusskriterien: • Studien in anderen Sprachen als Englisch			der EMDR-Gruppe zum 6-Monats-FU, $MD = -6.68$, $p < .001$. Kein signifikanter Unterschied zum posttreatment zwischen den Gruppen Subgruppenanalyse: Traumatyp (Trauma im Erwachsenenalter vs. im Kindesalter, d. h. vor 18. Lebensjahr) • keine signifikanten Unterschiede in der vergleichenden Wirksamkeit von EMDR und Fluoxetin zwischen Personen mit Trauma im Kindes- oder Erwachsenenalter		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Hetrick et al., 2010 DOI: 10.1002/14651858.CD007316.pub2. Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD)	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) CCDANCTR-References Register (MEDLINE, EM BASE und PsycINFO, CENTRAL, PSYINDEX, LILACS, AMED und CINAHL) (2) Referenzlisten inkludierter Studien (3) Persönliche Kommunikation (4) Suche in Konferenzabstracts Suchzeitraum: Bis 06/2010 Einschlusskriterien: • RCTs, Cluster-randomisierte kontrollierte Studien und Crossover-Studien • Teilnehmende mit Primärdiagnose PTBS nach DSM oder ICD oder mit subklinischen Symptomen • Kombinationen jeglicher Art von Pharmakotherapie und jeglicher Art Psychotherapie • Psychopharmakotherapie: SSRIs, SNRIs,	Geplante Vergleiche: • Psychologische + pharmakologische Intervention vs. WL • Psychologische + pharmakologische Intervention vs. Placebo für Pharmakotherapie • Psychologische + pharmakologische Intervention vs. Standardbehandlung • Psychologische + pharmakologische Intervention vs. alleinige Pharmakotherapie • Psychologische + pharmakologische Intervention vs. alleinige psychologische Therapie Vergleiche der gefundenen Studien: • Sertralin vs. Sertralin + Prolonged Exposure (PE) • Sertralin vs. Sertralin + Gruppen Cognitive Processing Therapy (CPT) • Sertralin vs. Sertralin + tf-KVT • PE vs. PE + Paroxetin	Primäre Zielgrößen: • PTB-Symptome (Baseline zu Endpunkt) • Drop-out aufgrund von unerwünschten Ereignissen Sekundäre Zielgrößen: • PTB-Symptome Selbstbericht • Depressionssymptome • Ängstlichkeit • Globales Funktionsniveau • Suizidgedanken • Suizidversuche • Substanzmissbrauch • Berufliche und soziale Funktionsfähigkeit • Lebensqualität Nicht PICO-relevante Zielgrößen: • Behandlungskosten	1. Inkludierte Studien: vier RCTs 2. Ergebnisse: Psycho- & Pharmakotherapie vs. alleinige Pharmakotherapie (k = 2): PTB-Symptomstärke • Kein signifikanter Effekt in beiden Studien Drop-Out • Nur in einer Studie berichtet • Zeigt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen Depressionssymptome & Ängstlichkeit (k = 2): • Kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen (Depression: $SMD = -0.40$, 95%-KI [-0.86, 0.07], Angst: $SMD = -0.39$, 95%-KI [-0.85, 0.07]) Keine Daten zu: • PTB-Symptome (Selbstbericht) • Globales Funktionsniveau • Suizidgedanken- und versuche • Substanzmissbrauch • Berufliche und soziale Funktionsfähigkeit • Lebensqualität Psycho- & Pharmakotherapie vs. alleinige Psychotherapie (k = 1, PE vs. PE + Paroxetin): • Kein signifikanter Unterschied gefunden für PTB-Symptome,	High quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (alle erfüllt)	Cohen et al. (2007) Otto et al. (2003) Rothbaum et al. (2006) Simon et al. (2008) Gefundene, laufende Studien: Gamito et al. (2005) Guay (2007) Hicks et al. (2009) McAllister et al. (2009) Pai et al. (2004)

	trizyklische Antidepressiva, anxiolytische Medikamente, Stimmungsstabilisierer, atypische Antipsychotika und andere • Arten von Psychotherapie: Kognitive Therapie und Verhaltenstherapie inkl. Expositionstherapie und TF-KVT, EMDR, Interpersonelle Therapie, Supportive Counselling und psychodynamische Behandlungen • Kontrollbedingung: WL, Pharmakotherapeutisches Placebo, TAU, Standardbehandlung, Pharmakotherapie alleine und psychologische Therapie alleine • Zielgrößen: PTB-Symptome (Baseline zu Endpunkt), Drop-out aufgrund von unerwünschten Ereignissen, Depressionssymptome, Ängstlichkeit, Globales Funktionsniveau, Suizidgedanken, Suizidversuche, Substanzmissbrauch, berufliche und soziale Funktionsfähigkeit, Lebensqualität, Behandlungskosten			Drop-out, Globales Funktionsniveau • Keine Daten zu den anderen Zielgrößen Weiterer, nicht PICO-relevanter Vergleich: SSRI + TF-KVT vs. TF-KVT allein bei Kindern & Jugendlichen ($k = 1$)		

	Ausschlusskriterien: • Quasi-randomisierte kontrollierte Studien • Teilnehmende mit psychotischen Erkrankungen • Studien, die zwei pharmakologische oder zwei psychologische Therapien innerhalb einer Studie kombinieren • Studien, bei denen kombinierte Behandlung aus üblicher Versorgung und Psycho- oder Pharmakotherapie bestand					

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Hoskins et al., 2021 DOI: 10.1080/20008198.2020.1802920 Pharmacological therapy for post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of monotherapy, augmentation and head-to-head approaches	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Cochrane Common Mental Disorders Group clinical trials registers data bases (MEDLINE, EMBASE und PsycINFO) (2) Ein- und Ausschlusslisten eines früheren systematischen Reviews- Hoskins et al., 2015- zur Pharmakotherapie (Studien bis 02/2013) (3) Referenzlisten identifizierter Studien (4) Persönlicher Kontakt zu Autor:innen unveröffentlichter Studien (5) Trail Register (6) Eine Liste der gefundenen Studien wurde auf die Website der International Society for Traumatic Stress gestellt und die Mitglieder sollten Studien, die noch fehlen vorschlagen Suchzeitraum: 01/2008–05/2016 (Update der Suche 2018)	• Monotherapie: Pharmakologische Behandlung vs. Placebo • Direktvergleich zwischen verschiedenen Pharmaka • Augmentation mit Pharmakotherapie vs. Augmentation mit Placebo	Primäre Zielgröße: • PTB-Symptome	1. Inkludierte Studien: 100 (davon RCTs: 100, für die qualitative Synthese: 115 Studien) 2. Ergebnisse: Wirkstoff vs. Placebo • Kleiner positiver Effekt für SSRIs verglichen mit Placebo ($k = 19$) • Paroxetin, Venlafaxin, Fluoxetin und Sertralin waren signifikant besser als Placebo • Ein einzelnes RCT mit Quetiapin zeigt Überlegenheit gegenüber Placebo Augmentation mit Pharmakotherapie vs. Augmentation mit Placebo • Prazosin-Augmentation: kleiner positiver Effekt im Vergleich zu Placebo ($k = 10$) • Risperidon-Augmentation: kleiner positiver Effekt im Vergleich zu Placebo ($k = 5$) • Topiramat-Augmentation: kein signifikanter Unterschied zu Placebo ($k = 2$) • Einzelne kleine Studie zu Hydroxyzin, d-Cycloserin, Nabilon und Eszopiclon zeigten eine Überlegenheit gegenüber Placebo bei der Augmentation • Keine Evidenz für die Wirksamkeit von Aripiprazol, Baclofen, Bupropion, Guanfacin, Hydro-	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (10) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (11) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (16) Finanzierungsquellen nicht berichtet (14) Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet	Für Monotherapie Baker et al. (1995) Brady et al. (2000, 2005) Braun et al. (1991) Butterfield et al. (2001) Carey et al. (2012) Connor et al. (1999) Davidson (2004) Davidson, Baldwin et al. (2006) Davidson et al. (2007) Davidson et al. (1990, 2005) Davidson, Rothbaum et al. (2006) Davidson et al. (2001) Davidson et al. (2003) Davis et al. (2004) Davis et al. (2008) Dunlop et al. (2017) Feder et al. (2014) Friedman et al. (2007) Hertzberg et al. (1999) Hertzberg et al. (2000) Katz et al. (1994) Kosten et al. (1991) Kwako et al. (2015) Li et al. (2017) Marshall et al. (2001) Marshall et al. (2007) Martenyi et al. (2007)

	Einschlusskriterien: • Mind. 70 % der Teilnehmenden hatten eine PTBS Diagnose • Teilnehmende waren mind. 18 Jahre alt • PTBS als Primärdiagnose • PTB-Symptome traten seit mind. drei Monaten auf • Englischsprachig • RCTs, die die Wirksamkeit einer pharmakologischen Intervention zur Reduktion der PTB-Symptome von Erwachsenen untersuchen • Monotherapie-Studien: müssen mind. ein Arm Placebo als Vergleich haben <i>oder</i> Augmentationsstudien: Pharmakologisches Mittel + Augmentation vs. Pharmakologisches Mittel + Placebo <i>oder</i> Direktvergleich mit anderen Psychopharmaka oder einer psychologischen Intervention • Primäre Zielgröße waren PTB-Symptome Ausschlusskriterien:-			cortison, Mirtazapin, Olanzapin, Pregabalin, Natriumvalproat und Ziprasidon • Topiramat-Augmentation: kleiner statistisch signifikanter Unterschied im Vergleich zu Placebo ($k = 2$) Pharmakotherapie vs. Pharmakotherapie ($k = 7$) • Drei Studien zeigten, dass ein Medikament dem anderen überlegen war: Sertralin war überlegen gegenüber Citalopram und Nefazodon, Phenelzin war überlegen gegenüber Imipramin • Irgendeine Medikation vs. Sertralin ($k = 4$): kein statistisch signifikanter Unterschied (aber Tendenz zugunsten Sertralin) Pharmakotherapie vs. Psychotherapie ($k = 2$): SSRI vs. Psychotherapie • Kein Unterschied gefunden (einmal KVT und einmal EMDR)	Martenyi et al. (2002) Matthew et al. (2011) Padala et al. (2006) Panahi et al. (2011) Pfizer588 – sertraline Rasmusson et al. (2017) Reist et al. (1989) Shalev et al. (2011) Shestatzky et al. (1988) SKB627, Bryson, & Lawrinson (unpublished) SKB650, Bryson & Jeffery (unpublished) Sonne et al. (2006) Tucker et al. (2001) Tucker et al. (2003) Tucker et al. (2007) Van der Kolk et al. (1994, 2007) Villarreal et al. (2016) Yeh et al. (2010) Für Augmentationsansätze Ahmadpanah et al. (2014) Akuchekian & Amanat (2004) Attari et al. (2014) Baniyadi et al. (2014) Bartzokis et al. (2005) Batki et al. (2014) Becker et al. (2007) Germain et al. (2012) Golier et al. (2012) Hamner et al. (2000) Hamner et al. (2009)

						Heresco-Levy et al. (2002) Jetly et al. (2015) Krystal et al. (2011) Lindley et al. (2007) Ludascher et al. (2015) Manteghi et al. (2014) Monnelly et al. (2003) Naylor et al. (2015) Neylan et al. (2006) Petrakis et al. (2016) Pollack et al. (2011) Ramaswamy et al. (2016) Raskind et al. (2003) Raskind et al. (2007) Raskind et al. (2013) Raskind et al. (2018) Reich et al. (2004) Rothbaum et al. (2008) Schneier et al. (2015) Simpson et al. (2015) Stein et al. (2002) Taylor et al. (2008) Zohar et al. (2002) Pharmakotherapie vs. Pharmakotherapie Davidson et al. (2006) Katz et al. (1994) McRae et al. (2004) Petrakis et al. (2012) Saygin et al. (2002) Sonne et al. (2006) Van Liempt et al. (2012) Pharmakotherapie vs.

						Psychotherapie Buhmann et al. (2016) Frommberger et al. (2004) Jerud et al. (2016) Spivak et al. (2006) Van der Kolk et al. (1994) Medikamentenge- stützte Therapie (21 Studien) in einem se- paraten Artikel

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Kunzke et al., 2019 DOI: 10.1007/s00278-019-0339-z Pharmako- und/oder Psychotherapie bei posttraumatischer Belastungsstörung- Systematischer Überblick zu Therapieansätzen und ihrer Effektivität	Systematic Review Database: (1) Cochrane Central Register of Controlled Trials, PsychInfo, PubMed und Google Scholar (2) Referenzliste inkludiert Studien Suchzeitraum: (keine Angabe) Einschlusskriterien: - Studien, die Effektivität von Pharmakotherapie und Psychotherapie bei PTSD oder die Kombination beider Behandlungsformen mit einer Monotherapie verglichen - Randomisierte Studien Ausschlusskriterien:-	Effektivität von pharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten im Vergleich oder im Zusammenspiel mit Psychotherapie → Gefundene pharmakologische Behandlungen ausschließlich SSRIs	Reduktion der PTB-Symptome	1. Inkludierte Studien: sieben (davon RCTs: sieben) 2. Ergebnisse: CBT vs. Sertralin: kein signifikanter Effekt hinsichtlich der Reduktion der PTB-Symptome TF-KVT + Sertralin vs. TF-KVT + Placebo: kein signifikanter Gruppenunterschied hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen (Teilnehmende waren Kinder und Jugendliche) KVT vs. Paroxetin: CBT zeigt doppelt so starken Rückgang der PTB-Symptome (Selbstbericht), jedoch ist der Effekt nicht signifikant; kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Reduktion von Depressionssymptomen; im 6-Monats-Follow-Up haben die PTB-Symptome in der CBT-Gruppe weiter abgenommen, in der Paroxetin-Gruppe leicht zugenommen KVT + Sertralin vs. Sertralin: Kombinationsgruppe signifikant besser PE + Sertralin vs. Sertralin (Zuerst neun Wochen nur Sertralin dann hat eine Gruppe zusätzlich PE erhalten): kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen Prolonged cognitive behavioral exposure therapy + Paroxetin	Critically low quality Systematic Review Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: - Keine PICO-Komponenten - Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen - Keine umfassende Suchstrategie angewandt - Nicht-doppelte Studien-selektion - Nicht-doppelte Datenextraktion - Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet - Kein angemessenes RoB - Finanzierungsquellen nicht berichtet - RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert	Buhmann et al. (2016) Cohen et al. (2007) Frommberger et al. (2004) Otto et al. (2003) Schneier et al. (2011, 2012) Simon et al. (2008) Van der Kolk et al. (2007)

				vs. PCBT + Placebo: kein signifikanter Gruppenunterschied • PE + Paroxetin vs. PE + Placebo: kein signifikanter Unterschied (Trend zugunsten der Placebo-Gruppe) • Drei Gruppen EMDR, Fluoxetin und Placebo: Statistisch signifikante Unterschiede von EMDR und Fluoxetin verglichen mit Placebo im 6-Monats-Follow-up		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Lee et al., 2016 DOI: 10.1002/da.22511 Psychotherapy versus Pharmacotherapy for Posttraumatic Stress Disorder: Systemic Review and Meta-Analyses to Determine First-Line Treatments	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Medline, EMBASE, PILOTS, Cochrane Central Register of Controlled Trials, PsycINFO und Global Health Library Suchzeitraum: Bis 07/2015 Einschlusskriterien: - Randomisierte klinische Studien mit jeder Form der Therapie oder Medikation vs. aktive Kontrollgruppe oder Placebokontrolle - Intention-to-treat Analyse - Mind. acht Wochen Medikation oder acht Sitzungen Psychotherapie - Persönliche, manualisierte Einzelpsychotherapie musste in Interventions- und Kontrollgruppe durchgeführt werden (mind. 45 Min.) - PTBS-Diagnose nach DSM-III-R oder DSM-IV-TR zu Beginn der Behandlung erfüllt	- Medikation vs. Kontrolle - Medikation Prä- zu Posttreatment - Psychotherapie vs. aktive Kontrolle - Psychotherapie Prä- zu Posttreatment Interventionen: - Aripiprazol ($n = 1$) - Brofaromin ($n = 2$) - Bupropion ($n = 1$) - TF-KVT ($n = 2$) - Citalopram ($n = 1$) - Cognitive Processing Therapy (CPT; $n = 1$) - Divalproex ($n = 2$) - EMDR ($n = 2$) - Fluoxetin ($n = 5$) - Guanfacin ($n = 2$) - Interpersonelle Therapie ($n = 1$) - Mirtazapin ($n = 1$) - Nefazodon ($n = 1$) - Olanzapin ($n = 3$) - Paroxetin ($n = 7$) - Prolonged Exposure (PE) mit kognitiver Restrukturierung ($n = 2$) - PE ($n = 7$) - Prazosin ($n = 3$) - Risperidon ($n = 5$) - Sertralin ($n = 5$) - Stressimpfungstraining ($n = 1$) - Tiagabin ($n = 2$)	PTB-Symptome (CAPS, SPRINT oder PSS-I)	1. Inkludierte Studien: 55 RCTs 2. Ergebnisse: Monoagent Pharmakotherapie vs. Kontrolle Fluoxetin: Bei 8–12 Wochen kein signifikanter Unterschied <i>oder</i> ein kleiner Effekt (<i>fehlerhaft berichtet</i>), über 13 Wochen kein signifikanter Unterschied Paroxetin: Nach 8–12 Wochen signifikanter besser als Kontrolle, jedoch nicht nach 14–27 Wochen und über 34 Wochen Sertralin: Nach 8–12 Wochen signifikant besser als Kontrolle, jedoch nicht mehr nach 14–27 Wochen SSRIs - Signifikanter Verbesserung von Prä- zu Post-treatment bei 8–12 Wochen, 14–27 Wochen und über 34 Wochen - SSRIs schnitten besser ab als die aktive Kontrolle nach 8–12 Wochen (Effektgröße: -0.37, 95%-KI [-0.45, -0.29]) und bei über 34 Wochen (Effektgröße = -0.30, 95%-KI [-0.47, -0.12]) - SSRIs schnitten nicht besser ab als die aktive Kontrolle bei 14–27 Wochen	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (3) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (8) Keine detaillierte Beschreibung eingeschlossener Studien (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (11) Keine angemessenen statistischen Methoden verwendet (15) Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (16) Publikationsbias nicht untersucht/diskutiert	Baker et al. (1995) Bartzokis et al. (2004) Becker et al. (2007) Blanchard et al. (2003) Brady et al. (2000) Bryant et al. (2003) Butterfield et al. (2001) Carey et al. (2012) Carlson et al. (1998) Connor et al. (2005) Davidson, Baldwin et al. (2006) Davidson, Pearlstein et al. (2001) Davidson, Rothbaum et al. (2001) Davidson, Rothbaum et al. (2006) Davidson et al. (2003) Davidson et al. (2005) Davidson et al. (2007) Davis et al. (2004) Davis et al. (2008) Ehlers et al. (2014) Fani et al. (2009) Fani et al. (2011) Foa et al. (1991) Friedman et al. (2007) GlaxoSmithKline (2001, unveröffentlicht) Hamner et al. (2009) Katz et al. (1995) Krystal et al. (2011) Markowitz et al.

	• Messung der Zielgröße über: CAPS, SPRINT, PSSI Ausschlusskriterien: • Gruppentherapie • Nicht manualisierte Psychotherapieformen • Studien, mit 100 % Prävalenz einer Komorbidität • WL-Kontrolle, TAU-Kontrolle	• Topiramat ($n = 2$) • Venlafaxin ($n = 2$)				(2015) Marks et al. (1998) Martenyi, Brown, Zhang, Koke & Prakash et al. (2002) Martenyi, Brown, Zhang, Prakash & Koke (2002) Martenyi & Soldatenkova (2006) Martenyi et al. (2007) Marshall et al. (2001) Marshall et al. (2007) McDonough et al. (2005) Naylor et al. (2015) Neylan et al. (2006) Padala et al. (2006) Raskind et al. (2003) Raskind et al. (2007) Raskind et al. (2013) Rauch et al. (2014) Reich et al. (2004) Rothbaum et al. (2008) Schnurr et al. (2007) Schneier et al. (2012) Stein et al. (2002) Suris et al. (2013) Taylor et al. (2003) Tucker et al. (2000) Tucker et al. (2003) Tucker et al. (2007) Van der Kolk et al. (2007) Yeh et al. (2011) Zohar et al. (2002)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Merz et al., 2019 DOI: 10.1001/jama.psychiatry.2019.0951 Comparative Efficacy and Acceptability of Pharmacological, Psychotherapeutic, and Combination Treatments in Adults With Posttraumatic Stress Disorder	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Embase, Medline, PsycINFO, Cochrane Controlled Trials Register, and PSYNDX (2) Literaturverzeichnisse der identifizierten Studien Suchzeitraum: 01/1980–02/2018 Einschlusskriterien: • RCTs, die die Wirksamkeit pharmakologischer, psychologischer oder der Kombination beider Ansätze hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen vergleichen • Die Vergleichsbedingung musste mindestens eine aktive Behandlung sein. Warteliste oder Placebo-Kontrolle waren zusätzlich möglich • Erwachsene Stichproben	Vergleich von mindestens zwei aktiven Bedingungen (d. h. pharmakologische Intervention, psychologische Intervention, Kombination) • Pharmakologische Interventionen: überwiegend Sertralin, Paroxetin, Fluoxetin (bis auf zwei Studien mit MDMA) • Psychologische Interventionen: u. a. KVT, PE • Inaktive Kontrollbedingungen: Warteliste, Placebo	Primäre Zielgröße: PTB-Symptome Sekundäre Zielgröße: Dropout	1. Inkludierte Studien: Zwölf RCTs (Sechs davon lieferten auch Daten für die Analyse von Langzeiteffekten) 2. Ergebnisse: Kurzzeiteffekte (direkt nach Behandlungsende) • Keine signifikanten Unterschiede in der Wirksamkeit von pharmakologischen Interventionen und psychologischen Interventionen ($n = 4$) • Keine signifikanten Unterschiede in der Wirksamkeit von pharmakologischen Interventionen und kombinierten Interventionen ($n = 5$) Langzeiteffekte (Zeitraum nicht benannt) • Signifikant größere Wirksamkeit von psychotherapeutischen Interventionen im Vergleich zu pharmakologischen Interventionen in der Netzwerkmetaanalyse, $SMD = -0.83$, 95%-KI $[-1.59, -0.07]$, und der paarweisen Metaanalyse, $SMD = -0.63$, 95%-KI $[-1.18, -0.09]$ • Signifikant größere Wirksamkeit von kombinierten Interventionen im Vergleich zu pharmakologischen Interventionen allein in der	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (7) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (12) Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (13) RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert (15) Publikations-Bias nicht untersucht/diskutiert	Buhmann et al. (2016) Frommberger et al. (2004) Hien et al. (2015) Mithofer et al. (2011) Oehen et al. (2013) Popiel et al. (2015) Rauch et al. (2018) Rothbaum et al. (2006) Schneier et al. (2012) Simon et al. (2008) Su et al. (2007) Van der Kolk et al. (2007)

	• Sowohl Studien mit direkter Kombinationsbehandlung als auch „add-on“-Behandlung, d. h. späterer Start der zweiten Intervention Ausschlusskriterien: • Studien wurden ausgeschlossen, wenn fehlende Ergebnisdaten nicht berechnet, imputiert oder von den Autoren erhalten werden konnten			Netzwerkmetaanalyse, $SMD = -0.96$, 95%-KI $[-1.87, -0.04]$ Dropout • Keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Behandlungsmaßnahmen		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Sonis & Cook, 2019 DOI: 10.1016/j.psychres.2019.11.2637 Medication versus trauma-focused psychotherapy for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PubMed, PsycINFO, CINAHL, PTSDpubs (2) Literaturverzeichnisse systematischer Reviews und der eingeschlossenen Studien Suchzeitraum: 01/1980–12/2018 Einschlusskriterien: • RCTs • Erwachsene mit PTBS (Dauer der Erkrankung und Art des Traumas egal) • Vergleich eines SSRI oder SNRI mit einer traumafokussierten Psychotherapie Ausschlusskriterien: • Studien, die Medikation vs. Placebo oder Psychotherapie vs. Kontrollen untersuchen • Kombinationsbehandlung von Medikation und Psychotherapie im Vergleich zu einer der	Frommberger et al. (2004) KVT vs. Paroxetin Van der Kolk et al. (2007) EMDR vs. Fluoxetin vs. Placebo Popiel et al. (2015) Prolonged Exposure (PE) vs. Paroxetin vs. PE + Paroxetin Rauch et al. (2018) PE vs. Setralin vs. Setralin + PE	Primäre Zielgröße PTB-Symptome (posttreatment)	1. Inkludierte Studien: vier RCTs (Metaanalyse nur mit den zwei Studien, die kein high RoB hatten, sondern mit some concerns gerated wurden: Van der Kolk et al., Rauch et al.) 2. Ergebnisse: • Metaanalyse: Kein signifikanter Unterschied in der Wirksamkeit von pharmakologischer und psychotherapeutischer Behandlung, $SMD = 0.08$, 95%-KI [-0.48, 0.64] • Sensitivitätsanalyse: Einschluss aller vier Studien Kein signifikanter Unterschied in der Wirksamkeit von pharmakologischer und psychotherapeutischer Behandlung, $SMD = -0.16$, 95%-KI [-0.62, 0.30] • Schlussfolgerung der Autor:innen: Unzureichende Evidenz zur Beantwortung der Frage, ob eine Behandlung mit SSRI oder durch Psychotherapie effektiver zur Reduktion von PTB-Symptomen ist	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (5) Nicht-doppelte Studien-selektion (6) Nicht-doppelte Daten-extraktion (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Frommberger et al. (2004) Popiel et al. (2015) Rauch et al. (2018) Van der Kolk et al. (2007)

	beiden Interventionen allein					
	• Kombination von Medikations- und Psychotherapiebehandlung					

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Stewart & Wrobel, 2009 DOI: 10.7205/milmed-d-04-1507 Evaluation of the Efficacy of Pharmacotherapy and Psychotherapy in Treatment of Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorder: A Meta-Analytic Review of Outcome Studies	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PsychINFO (2) Literaturverzeichnisse der identifizierten Studien Suchzeitraum: Einschlusskriterien: • Kampfs-/kriegsbezogene PTBS nach DSM • Prä- und Postdaten waren verfügbar • Studien untersuchte entweder die Wirksamkeit einer psychotherapeutischen oder pharmakologischen Intervention Ausschlusskriterien: • Fallstudien • Stichprobe enthielt militärische und zivile Teilnehmer:innen • Kombination von pharmakologischer und psychotherapeutischer Behandlung	Pharmakologische Interventionen, u.a. Fluoxetin ($k = 1$, Martenyi et al., 2006) Imipramin ($k = 2$) Phenelzin ($k = 2$) Desipramin ($k = 1$) Divolproex ($k = 1$) Nefazodon ($k = 1$) Olanzapin ($k = 2$) Risperidon ($k = 2$) Psychotherapeutische Interventionen, u.a. • Traumafokussierte Therapie • Cognitive processing therapy (CPT) • Gruppenbasierte Therapie • Psychoedukation • Stressmanagement • Umgang mit Ärger	Primäre Zielgröße: PTB-Symptome Sekundäre Zielgröße: Depressionssymptome	1. Inkludierte Studien: 20 Studien (elf pharmakologisch, neun psychotherapeutisch) 2. Ergebnisse: PTB-Symptome • Signifikant stärkere PTB-Ausgangssymptomatik in den pharmakologischen Studien, $t(22) = -2.032, p = 0.054, d = 0.27$ • Signifikant stärkere Abnahme an PTB-Symptomen in Studien mit pharmakologischer Behandlung ($M_{\text{Diff\_Pharmakotherapie}} = -1.00, M_{\text{Diff\_Psychotherapie}} = -0.52, t(22) = -2.74, p = .01, d = 0.05$) • Signifikante Interaktionseffekt zwischen Behandlungsweise und Behandlungslänge mit stärkerer Abnahme in Studie mit pharmakologischer Behandlung, Depressionssymptome • Signifikant stärkere Abnahme an Depressionssymptomen in Studien mit pharmakologischer Behandlung ($M_{\text{Diff\_Pharmakotherapie}} = -0.70, M_{\text{Diff\_Psychotherapie}} = -0.32, t(15.77) = -2.26, p = .04, d = 0.16$) • Signifikanter Interaktionseffekt zwischen Behandlungsweise und Behandlungslänge, mit stärkerer Abnahme durch pharmakologische Behandlung	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (3) Auswahl der Studientypen für Einschluss nicht erläutert (4) Keine Umfassende Suchstrategie angewandt (5) Nicht-doppelte Studien Selektion (6) Nicht-doppelte Datenextraktion (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (8) Keine detaillierte Beschreibung eingeschlossener Studien (9) Kein angemessenes RoB (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Pharmakologische Studien Clark et al. (1999) Davis et al. (2000) Frank et al. (1988) Hertzberg et al. (2002) Kosten et al. (1991) Kozaric-Kovacic et al. (2005) Martenyi et al. (2006) Monnelly et al. (2003) Petty et al. (2001) Reist et al. (1989) Stein et al. (2002) Psychotherapeutische Studien Bolton et al. (2004) Creamer et al. (1999) Donovan et al. (2001) Forbes et al. (2005) Ford et al. (1997) Monson et al. (2006) Ruzek (2001) Schnurr et al. (2003) Turner et al. (2005)

					(11) Keine angemessenen statistischen Methoden verwendet (12) Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (13) RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert (14) Heterogenität wurde nicht interpretiert/diskutiert (15) Publikationsbias nicht untersucht/diskutiert (16) Interessenskonflikte nicht angegeben	

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Storm et al., 2021 DOI:- Comparing treatments for post-traumatic stress disorder – a systematic review	Systematic Review Database: (1) Embase, PubMed, ClinicalTrials (2) Literaturverzeichnisse der identifizierten Studien Suchzeitraum: Bis 04/2020 Einschlusskriterien: • RCTs • Patienten, die ein traumatisches Erlebnis nach ICD- und DSM-Definition erlebt haben • Vergleich psychotherapeutischer Interventionen (traumafokussierte Psychotherapie, KVT, Prolonged Exposure (PE), Cognitive processing therapy (CPT), EMDR, Narrative Exposure Therapy (NET), Stress management) mit pharmakologischer Behandlung durch Sertralin, Paroxetin, Fluoxetin oder Venlafaxin in Bezug auf	Psychotherapeutische Interventionen • PE • KVT • EMDR Pharmakologische Interventionen • Sertralin • Paroxetin • Fluoxetin Die eingeschlossenen Studien umfassten Vergleiche der Interventionen untereinander als auch den Vergleich der Kombinationsbehandlung zur pharmakologischen Behandlung	PTB-Symptome	1. Inkludierte Studien: Sieben RCTs 2. Ergebnisse: Sertralin vs. PE (k = 3) • Zoellner et al. (2019): PE besser als Sertralin • Rauch et al. (2019): PE + Placebo gleich effektiv wie Kombinationsbehandlung • Rothbaum et al. (2006) Kombinationsbehandlung besser als Sertralin allein Flexible KVT vs. Sertralin/Mianserin (k = 1) • Buhmann et al. (2016): Kein signifikanter Effekt der beiden Behandlungen. Jedoch Hinweis auf Wirksamkeit der Kombination von Antidepressiva mit Psychoedukation auf die beobachtete Depressionssymptomatik Paroxetin vs. traumafokussierte Psychotherapie (k = 2) • Schneier et al. (2012): PE + Paroxetin wirksamer als PE + Placebo in Bezug auf PTB-Symptome und Lebensqualität • Frommberger et al. (2004): KVT signifikant größere Symptomverbesserung als Paroxetin	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (5) Nicht-doppelte Studienelektion (6) Nicht-doppelte Datenextraktion (7) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Buhmann et al. (2016) Frommberger et al. (2004) Rauch et al. (2019) Rothbaum et al. (2006) Schneier et al. (2012) Van der Kolk et al. (2007) Zoellner et al. (2019)

	die Reduktion von PTB-Symptomen Ausschlusskriterien: • Patienten mit aktueller Psychose, bipolarer Störung oder aktueller Abhängigkeitserkrankung, pharmakotherapie-resistenter PTBS • Patienten, die eine Präventionsbehandlung für PTBS erhalten			Fluoxetin vs. EMDR • Van Kolk et al. (2007): Durch die Behandlung mit EMDR signifikant größere Symptomverbesserung als mit Fluoxetin oder Placebo		

Primärevidenz

N = 0 inkludierte Studien

PICO 3

Aggregierte Evidenz

N = 2 inkludierte Studien

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Huang et al., 2024 DOI: 10.1080/07853890.2024.2381696 Psychotherapeutic and pharmacological agents for post-traumatic stress disorder: network meta-analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PubMed, EMBASE, Cochrane Library, APA PsycNet Suchzeitraum: Bis 02/2023 Einschlusskriterien: Teilnehmer: • RCTs • Erwachsene mit einer gleichzeitigen Diagnose von PTBS (basierend auf standardisierten Diagnosekriterien: DSM-III, DSM-IV, DSM-IV-TR, DSM-5). Zusätzlich: Vorliegen einer signifikanten Schlafstörung • PTBS muss die Hauptursache der Schlafstörung sein; andere Begleiterkrankungen sind erlaubt • Alle Arten von psychotherapeutischen und	Pharmakologische Interventionen • Prazosin • Hydroxyzin • Nabilon • Zolpidem • Mianserin Psychotherapeutische Interventionen • KVT-Insomnie (kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie) • KVT-Insomnie plus IRT (KVT-Insomnie kombiniert mit Imagery Rehearsal Therapy) • IRT (Imagery Rehearsal Therapy) • Expositionstherapie • Hypnose	• PTB-Symptome • Depressionssymptome • Schlafqualität • Schwere der Alpträume • Gesamtschlafzeit • Akzeptanz der Behandlung	1. Inkludierte Studien: 20 Artikel mit 24 RCTs 2. Ergebnisse: PTB-Symptome (16 RCTs) <i>Indirekter Vergleich:</i> Signifikant stärkere Reduktion der PTB-Symptomatik im Vergleich zum Placebo bei • KVT- Insomnie ($SMD = -1.51$, 95%-KI [-2.55,-0.47]) • KVT- Insomnie plus IRT ($SMD = -1.71$, 95%-KI [-3.39,-0.03]) • Prazosin ($SMD = -0.87$, 95%-KI [1.59,-0.16]) • Hydroxyzin ($SMD = -1.06$, 95%-KI [-1.94,-0.19]) <i>Indirekter Vergleich:</i> Keine signifikant stärkere Reduktion der PTB-Symptomatik im Vergleich zu Placebo und allen anderen Behandlungen bei • Zolpidem ($SMD = 2.71$, 95%-KI [0.56, 4.86]) <i>Direkter Vergleich:</i> Signifikant stärkere Reduktion der PTB-Symptomatik im Vergleich zum Placebo bei • KVT-Insomnie ($SMD = -1.51$, 95%-KI [-2.15,-0.88])	Critically low Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (5) Nicht-doppelte Studiene Selektion (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (11) Keine angemessenen statistischen Methoden verwendet (12) Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (14) Heterogenität wurde nicht interpretiert/diskutiert	Abramowitz et al. (2008) Ahmadpanah et al. (2014) Arditte Hall et al. (2021) Belleville et al. (2018) Cook et al. (2010) Fletcher et al. (2006) Galovski et al. (2016) Jetly et al. (2015) Kristi et al. (2020) Krakow et al. (2000) Krakow et al. (2001) Margolies et al. (2013) Raskind et al. (2007) Raskind et al. (2018) Rousseau et al. (2018) Sandahl et al. (2021) Talbot et al. (2014) Ulmer et al. (2011) Walters et al. (2020) William et al. (2018)

	pharmakologischen Interventionen • Placebo oder andere psychotherapeutische/pharmakologische Interventionen (direkter Vergleich in Head-to-Head-Studien) Ausschlusskriterien: • Kardiovaskuläre Erkrankungen, traumatische Hirnverletzungen (TBI) oder andere nicht-psychologische Erkrankungen, die einen größeren Einfluss auf den mentalen Zustand der Patienten haben könnten • Schlafstörungen, die nicht durch PTBS verursacht wurden • Keine verfügbaren Daten in der Originalstudie oder Daten konnten nicht umgerechnet werden • Studien, die sich auf die Prävention von Rückfällen konzentrieren • Cross-Linking-Experimente • Doppelte Studien (Duplikate)			• KVT-Insomnie plus IRT ($SMD = -1.21$, 95%-KI [-2.18,-0.24]) • IRT ($SMD = -0.56$, 95%-KI [-0.86,-0.25]) • Nabilone ($SMD = -1.10$, 95%-KI [-2.08,-0.12]) <i>SUCRA:</i> KVT- Insomnie plus IRT (82.6 %), KVT- Insomnie (81.9 %), Hydroxyzin (66.6 %), Placebo (18.6 %), Zolpidem (0.2 %). Depression (11 RCTs) <i>Indirekter Vergleich:</i> Signifikant stärkere Reduktion der Depressions-symptomatik im Vergleich zum Placebo bei: • KVT-Insomnie ($SMD = -1.51$, 95%-KI [-2.10,-0.92]) • Exposition ($SMD = -2.17$, 95%-KI [-3.20,-1.14]) <i>Indirekter Vergleich:</i> Signifikante Verschlechterung der Depressions-symptomatik im Vergleich zum Placebo bei: • Zolpidem ($SMD = 1.77$, 95%-KI [0.59, 2.94]) <i>Direkter Vergleich:</i> Signifikant stärkere Reduktion der Depressions-symptomatik im Vergleich zu Placebo bei: • KVT-Insomnie ($SMD = -1.51$, 95%-KI [-2.05,-0.98])		

				• Expositionstherapie (<i>SMD</i> = -2.17, 95%-KI [-3.13,-1.21]) <i>SUCRA</i>: Expositionstherapie (98.2%), KVT-Insomnie (88.7%), KVT-Insomnie plus IRT (62.9 %), Placebo (30.3 %), Prazosin (29.8 %), IRT (24.5 %), Zolpidem (0.1 %). Schlafqualität (15 RCTs) <i>Indirekter Vergleich</i>: Signifikant stärkere Verbesserung der Schlafqualität im Vergleich zu Placebo bei: • KVT-Insomnie (<i>SMD</i> = -5.61, 95%-KI [-8.82,-2.40]) <i>Direkter Vergleich</i>: Signifikant stärkere Verbesserung der Schlafqualität im Vergleich zu Placebo bei: • IRT (<i>SMD</i> = -0.60, 95%-KI [-1.11,-0.09]) • KVT-INSOMNIE plus IRT (<i>SMD</i> = -1.55, 95%-KI [-2.39,-0.71]) • Exposition (<i>SMD</i> = -2.41, 95%-KI [-3.42,-1.40]) • Hydroxyzin (<i>SMD</i> = -1.42, 95%-KI [-1.97,-0.89]) <i>SUCRA</i>: KVT-Insomnie (97.3 %), Expositionstherapie (67.5 %), KVT-Insomnie plus IRT (57.8 %), Placebo (22.9 %) Schwere der Albträume (11 RCTs) <i>Indirekter Vergleich</i>: Signifikant stärkere Reduktion der Schwere der Albträume im Vergleich zum Placebo bei:		

				• IRT ($SMD = -0,65$, 95%-KI [-1.00,-0.31]) • Prazosin ($SMD = -1,20$, 95%-KI [-1.72,-0.67]) • Hydroxyzin ($SMD = -0,98$, 95%-KI [-1.58,-0.37]) <i>Direkter Vergleich:</i> Signifikant stärkere Reduktion der Albtraum-Schwere im Vergleich zum Placebo bei: • IRT ($SMD = -0,65$, 95%-KI [-1,02,-0,29]) • Prazosin ($SMD = -1,08$, 95%-KI [-1,81,-0,34]) • Hydroxyzin ($SMD = -1,16$, 95%-KI [-1,68,-0,64]) <i>SUCRA:</i> Prazosin (94.3 %), Hydroxyzin (81.2 %), IRT (63.3 %), Placebo (20.6 %). Schlafdauer (Sechs RCTs) <i>Indirekter Vergleich:</i> Signifikante Verlängerung der Schlafdauer im Vergleich zu Placebo bei: • KVT-Insomnie ($SMD = -1,51$, 95%-KI [-2.55,-0.47]) <i>Direkter Vergleich:</i> Signifikant stärkere Erhöhung der gesamten Schlafzeit (TST) im Vergleich zum Placebo bei: • KVT-INSOMNIE plus IRT ($SMD = 0.82$, 95%-KI [0.09, 1.56]) • Prazosin ($SMD = 1.10$, 95%-KI [0.58, 1.62])		

				Hydroxyzin ($SMD = 0.64$, 95%-KI [0.15, 1.13]) <i>SUCRA</i>: KVT-INSOMNIE (80.3 %), Prazosin (64.3 %), KVT-Insomnie plus IRT (51.8 %), Placebo (10.1 %) Akzeptanz der Behandlung (20 RCTs) Kein signifikanter Unterschied bezüglich der Akzeptanz zwischen direkten und indirekten Vergleichen <i>SUCRA</i>: KVT-INSOMNIE (79.1 %), Hypnose (58.8 %), Placebo (55.1 %), Zolpidem (53.8 %), Nabilon (53.1 %), Hydroxyzin (52.0 %), Prazosin (50.8 %), Mianserin (46.4 %), Expositionstherapie (36.4 %), KVT-INSOMNIE plus IRT (32.9 %), IRT (31.6 %)		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Khachatryan et al., 2016 DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2015.10.007 Prazosin for treating sleep disturbances in adults with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL, AMED, Scopus, Web of Science, PubMed und Cochran CENTRAL (2) Register für klinische Studien: Clinicaltrials.gov und controlled-trials.com Suchzeitraum: Bis 05/2015 Einschlusskriterien: • Randomisierte, doppeltverblindete, Placebo-kontrollierte Studien • Teilnehmende: Erwachsene mit PTBS-Diagnose und Schlafstörungen • Prazosin wird als aktive Behandlung untersucht Ausschlusskriterien: • Kohortenstudien, Fallkontrolle, Fallstudien, Fallserien und Studien ohne Kontrollgruppe • Reviews	Prazosin vs. Placebo	• Schlafqualität • PTB-Symptome • Schlafstörungen/Albträume • Globaler klinischer Eindruck	1. Inkludierte Studien: sechs RCTs 2. Ergebnisse: • Prazosin war signifikant effektiver als Placebo hinsichtlich der Verbesserung der Schlafqualität $g = 0.987$, 95%-KI [0.324, 1.651] • Prazosin war signifikant effektiver als Placebo hinsichtlich der Reduktion der PTB-Symptome, $g = 0.699$, 95%-KI [0.139, 1.260] • Prazosin war signifikant effektiver als Placebo hinsichtlich der Reduktion von Albträumen $g = 0.799$, 95%-KI [0.391, 1.207] • Prazosin war signifikant effektiver hinsichtlich globalen klinischen Eindrucks, $g = 1.142$, 95%-KI [0.698, 1.586] Moderatorenanalyse: • Keiner der untersuchten Moderatoren Alter, Geschlecht, Studiendauer in Wochen, Dosis in mg/Tag und Studienqualität zeigt einen signifikanten Effekt Weiteres: • Eine Studie berichtet, dass belastende Albträume bei der Absetzung von Prazosin wiederkehren, während eine andere Studie dies nicht bestätigen kann	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (16) Interessenskonflikte nicht angegeben	Raskind et al. (2007) Taylor et al. (2008) Germain et al. (2012) Ahmadpanah et al. (2014) Raskind et al. (2003) Raskind et al. (2013)

Primärevidenz

N = 1 inkludierte Studien

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen		Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt							
McCall et al., 2018 DOI: 10.1097/JCP.0000000000000968 A Pilot, Randomized Clinical Trial of Bedtime Doses of Prazosin Versus Placebo in Suicidal Posttraumatic Stress Disorder Patients With Nightmares Studientyp: RCT	Anzahl der Patient:innen: 20 Einschlusskriterien: - PTBS-Diagnose (CAPS) - Leichte bis moderate Suizidalität (SSI) - Mind. moderate Stärke der Albträume (DDNSI) Ausschlusskriterien: - Aktuelle Diagnose Alkohol- oder Substanzmissbrauch - Diagnose Schizophrenie im Laufe des Lebens - Aktuell bipolare manische oder hypomane Episode - Vorgeschichte von Ohnmachtsanfällen oder syncopale Episoden in den letzten sechs Monaten - Vorgeschichte von Hypotonie - Systolischer Blutdruck < 90 mmHg oder diastolischer Blutdruck < 50 mmHg		14 Personen, 70 % (zum 8. Besuch) Durchschnittlich 5.0 ± 2.6 Besuche	Einnahme von Prazosin vor dem Schlafengehen Dosis in mg/Tag (Männer, Frauen): Tag 1-2: 1, 1 Tag 3-7: 2, 2 Woche 2: 4, 2 Woche 3: 6, 4 Woche 4: 15, 10 Woche 5: 15, 10 Woche 6: 20, 10 (max. erlaubte Menge)	Einnahme von Placebo vor dem Schlafengehen	Primäre Zielgröße: - Schlaflosigkeitssymptome (ISI) Sekundäre Zielgrößen: - PTB-Symptome (PTSD Checklist, spezielle Version) - Depressionsstärke (HRSD) - Allgemeiner klinischer Zustand (CGI-S) - Schlafstörungen und Albträume (DDNSI) - Suizidgedanken (SSI) - Suizidalität (C-SSRS) Nicht PICO-relevante Zielgrößen: - Blutdruck - Puls	Längsschnittlich: - Verbesserung in allen psychometrischen Messungen ($p < .01$ für alle Messungen) Prazosin vs. Placebo: - Prazosin zeigte signifikant geringere Verbesserungen als Placebo für Schlafstörungen und Albträume, Schlaflosigkeit, Depressionsstärke und den allgemeinen klinischen Zustand - Der Behandlungseffekt war über alle acht Wochen signifikant, trat jedoch in den ersten vier Wochen nicht auf	RoB 2 Rating (7) Bias arising from the randomization process: Some concerns (8) Bias due to deviations from intended interventions: Low (9) Bias due to missing outcome data: High (10) Bias in measurement of the outcome: Low (11) Bias in selection of the reported result: Some concerns (12) Overall risk of bias rating: High
	Pro Arm		Dauer: Acht Wochen, mit wöchentlichen Besuchen, um die Versorgung mit der Studienmedikation für die folgende Woche zu erhalten					
	Interventionsgruppe: $n = 10$	Kontrollgruppe: $n = 10$						

PICO 4

Aggregierte Evidenz

N = 0 inkludierte Studien

Primärevidenz

N = 1 inkludierte Studien

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt						
Marshall et al., 2007 A Controlled Trial of Paroxetine for Chronic PTSD, Dissociation, and Interpersonal Problems in Mostly Minority Adults DOI: 10.1002/da.20176 Studientyp: RCT	Anzahl der Patient:innen: 70 63, die nach der initialen Placebo Phase randomisiert wurden 52 sind die Behandlung angetreten und Präerhebungen haben stattgefunden (ITT-Sample) Einschlusskriterien: - Patienten zwischen 18 und 65 Jahren mit einer chronischen PTBS nach DSM-IV (mindestens drei Monate) - Komorbide psychische Störung (Angst, affektiv oder Persönlichkeit) erlaubt, wenn PTBS die Diagnose mit primären Behandlungsbedarf war - Patient:innen waren vor Eintritt in die Studie für zwei Wochen medikationsfrei, wenn zuvor psychoaktive Medikamente eingenommen wurden, oder für vier Wochen, wenn zuvor Fluoxetin oder einen Monoaminoxidase-Hemmer eingenommen wurde Ausschlusskriterien: - Patient:innen, die zuvor mit Paroxetin in einer Dosierung von 20 mg oder mehr für mindestens 4 Wochen behandelt wurden - Psychotische Symptome oder akute Suizidalität	Allgemein: 42 % Paroxetin: 8 von 25 (32 %) Placebo: 14 von 27 (42 %)	Paroxetin 10 mg täglich - Bei weiterer Symptomatik Erhöhung der Dosis auf 20 mg in Woche zwei und drei, auf 40 mg für Woche vier bis sechs, auf 60 mg für Woche sieben bis zehn) Allgemeines Studiendesign - Alle Patient:innen erhielt für eine Woche eine Placebo-Medikation - Anschließend wurden die, deren Symptome sich nicht verbessert hatten in eine Experimental- und Kontrollgruppe randomisiert (10 Wochen Trial) - Weitere psychoaktive Medikationen oder Teilnahme an traumafokussierter Therapie waren nicht erlaubt	Placebo	PICO-relevante Zielgrößen - Dissoziative Symptome (DES) - Nebenwirkungen	Dissoziative Symptome Signifikant stärkere Abnahme der dissoziativen Symptomatik in der Experimentalgruppe im Vergleich zu der Kontrollgruppe, $\beta = -0.063$, $p = .0002$ Nebenwirkungen Keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen Unter den Patient:innen, die mindestens eine Woche der Medikation abgeschlossen hatten, wurden folgende Nebenwirkungen bei Paroxetin mindestens doppelt so häufig wie bei Placebo gemeldet Lichtempfindlichkeit: 4 von 23 (Paroxetin) vs. 2 von	RoB 2 Rating - Bias arising from the randomization process: Some concerns - Bias due to deviations from intended interventions: Low - Bias due to missing outcome data: Low - Bias in measurement of the outcome: Low - Bias in selection of the reported results: Some concerns Overall risk of bias rating: Some concerns

	• Kriterien für Substanzmissbrauchsstörungen waren innerhalb der letzten drei Monate erfüllt • Kriterien für Schizophrenie, schizoaffective Störung oder bipolare Störung im Laufe des Lebens erfüllt • In der Vergangenheit erfolgreiche Behandlung mit einem Antidepressivum gegen eine Major Depression • Instabile medizinische Erkrankung oder signifikante Abnormalitäten in Laboruntersuchungen oder im Elektrokardiogramm (EKG)					23 (Placebo) • <i>Verschwommenes Sehen</i>: 4 von 23 (Paroxetin) vs. 1 von 23 (Placebo) • <i>Tremor</i>: 2 von 23 (Paroxetin) vs. 1 von 23 (Placebo) • <i>Gewichtszunahme</i>: 4 von 23 (Paroxetin) vs. 2 von 23 (Placebo) • <i>Nasale Kongestion</i>: 4 von 23 (Paroxetin) vs. 1 von 23 (Placebo)	
	Pro Arm						
	Experimentalgruppe Paroxetin (n = 25)	Kontrollgruppe Placebo (n = 27)					

PICO 5

Aggregierte Evidenz

N = 1 inkludierte Studien

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Hoskins, Bridges et al. 2021 DOI: 10.1080/20008198.2020.1802920 Pharmacological therapy for post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of monotherapy, augmentation and head-to-head approaches	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Cochrane Common Mental Disorders Group clinical trials registers data bases (MEDLINE, EMBASE und PsycINFO) (2) Ein- und Ausschlusslisten eines früheren systematischen Reviews- Hoskins et al., 2015- zur Pharmakotherapie (Studien bis 02/2013) (3) Referenzlisten identifizierter Studien (4) Persönlicher Kontakt zu Autor:innen unveröffentlichter Studien (5) Trail Register (6) Eine Liste der gefundenen Studien wurde auf die Website der International Society for Traumatic Stress gestellt und die Mitglieder sollten Studien, die noch fehlen vorschlagen Suchzeitraum: 01/2008–05/2016 (Update der Suche 2018)	Vergleiche: • Monotherapie: Pharmakologische Behandlung vs. Placebo • Direktvergleich zwischen verschiedenen Pharmaka • Augmentation mit Pharmakotherapie vs. Augmentation mit Placebo	Primäre Zielgröße: • PTB-Symptome	1. Inkludierte Studien: 100 (davon RCTs: 100, für die qualitative Synthese: 115 Studien) 2. Ergebnisse: Wirkstoff vs. Placebo • Kleiner positiver Effekt für SSRIs verglichen mit Placebo ($k = 19$) • Paroxetin, Venlafaxin, Fluoxetin und Sertralin waren signifikant besser als Placebo • Ein einzelnes RCT mit Quetiapin zeigt Überlegenheit gegenüber Placebo Augmentation mit Pharmakotherapie vs. Augmentation mit Placebo • Prazosin-Augmentation: kleiner positiver Effekt im Vergleich zu Placebo ($k = 10$) • Risperidon-Augmentation: kleiner positiver Effekt im Vergleich zu Placebo ($k = 5$) • Topiramate-Augmentation: kein signifikanter Unterschied zu Placebo ($k = 2$) • Einzelne kleine Studie zu Hydroxyzin, d-Cycloserin, Nabilon und Eszopiclon zeigten eine Überlegenheit gegenüber Placebo bei der Augmentation	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (12) Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet	Für Monotherapie Baker et al. (1995) Brady et al. (2000, 2005) Braun et al. (1991) Butterfield et al. (2001) Carey et al. (2012) Connor et al. (1999) Davidson (2004) Davidson, Baldwin et al. (2006) Davidson et al. (2007) Davidson et al. (1990, 2005) Davidson, Rothbaum et al. (2006) Davidson et al. (2001) Davidson et al. (2003) Davis et al. (2004) Davis et al. (2008) Dunlop et al. (2017) Feder et al. (2014) Friedman et al. (2007) Hertzberg et al. (1999) Hertzberg et al. (2000) Katz et al. (1994) Kosten et al. (1991) Kwako et al. (2015) Li et al. (2017)

	Einschlusskriterien: • Mind. 70 % der Teilnehmenden hatten eine PTBS-Diagnose • Teilnehmende waren Mind. 18 Jahre alt • PTBS als Primärdiagnose • PTB-Symptome traten seit mind. drei Monaten auf • Englischsprachig • RCTs, die die Wirksamkeit einer pharmakologischen Intervention zur Reduktion der PTB-Symptome von Erwachsenen untersuchen • Monotherapie-Studien: müssen mind. ein Arm Placebo als Vergleich haben <i>Oder</i> Augmentationsstudien: Pharmakologisches Mittel + Augmentation vs. Pharmakologisches Mittel + Placebo <i>Oder</i> Direktvergleich mit andere Psychopharmaka oder einer psychologischen Intervention • Primäre Zielgröße waren PTB-Symptome			• Keine Evidenz für die Wirksamkeit von Aripiprazol, Baclofen, Bupropion, Guanfacin, Hydrocortison, Mirtazapin, Olanzapin, Pregabalin, Natriumvalproat und Ziprasidon • Topiramat-Augmentation: kleiner statistisch signifikanter Unterschied im Vergleich zu Placebo ($k = 2$) Pharmakotherapie vs. Pharmakotherapie ($k = 7$) • Drei Studien zeigten, dass ein Medikament dem anderen überlegen war: Sertralin war überlegen gegenüber Citalopram und Nefazodon, Phenelzin war überlegen gegenüber Imipramin • Irgendeine Medikation vs. Sertralin ($k = 4$): kein statistisch signifikanter Unterschied (aber Tendenz zugunsten Sertralin) Pharmakotherapie vs. Psychotherapie ($k = 2$): SSRI vs. Psychotherapie • Kein Unterschied gefunden (einmal CBT und einmal EMDR)		Marshall et al. (2001) Marshall et al. (2007) Martenyi et al. (2007) Martenyi et al. (2002) Matthew et al. (2011) Padala et al. (2006) Panahi et al. (2011) Pfizer588 – sertraline Rasmusson et al. (2017) Reist et al. (1989) Shalev et al. (2011) Shestatzky et al. (1988) SKB627, Bryson, & Lawrinson (unpublished) SKB650, Bryson & Jeffery (unpublished) Sonne et al. (2006) Tucker et al. (2001) Tucker et al. (2003) Tucker et al. (2007) Van der Kolk et al. (1994, 2007) Villarreal et al. (2016) Yeh et al. (2010) Für Augmentationsansätze Ahmadpanah et al. (2014) Akuchekian & Amanat (2004) Attari et al. (2014) Baniyasi et al. (2014) Bartzokis et al. (2005) Batki et al. (2014) Becker et al. (2007)

	Ausschlusskriterien:-					Germain et al. (2012) Golier et al. (2012) Hamner et al. (2000) Hamner et al. (2009) Heresco-Levy et al. (2002) Jetly et al. (2015) Krystal et al. (2011) Lindley et al. (2007) Ludascher et al. (2015) Manteghi et al. (2014) Monnelly et al. (2003) Naylor et al. (2015) Neylan et al. (2006) Petrakis et al. (2016) Pollack et al. (2011) Ramaswamy et al. (2016) Raskind et al. (2003) Raskind et al. (2007) Raskind et al. (2013) Raskind et al. (2018) Reich et al. (2004) Rothbaum et al. (2008) Schneier et al. (2015) Simpson et al. (2015) Stein et al. (2002) Taylor et al. (2008) Zohar et al. (2002) Pharmakotherapie vs. Pharmakotherapie Davidson et al. (2006) Katz et al. (1994) McRae et al. (2004) Petrakis et al. (2012) Saygin et al. (2002)

						Sonne et al. (2006) Van Liempt et al. (2012) Pharmakotherapie vs. Psychotherapie Buhmann et al. (2016) Frommberger et al. (2004) Jerud et al. (2016) Spivak et al. (2006) Van der Kolk et al. (1994) Medikamentengestützte Therapie (21 Studien) in einem separaten Artikel

Primärevidenz

N = 0 inkludierte Studien

PICO 6

Aggregierte Evidenz

N = 0 inkludierte Studien

Primärevidenz

N = 0 inkludierte Studien

PICO 7

N = 2 inkludierte Studien

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Hoskin, Sinner-ton et al., 2021 DOI: 10.1080/20008198.2020.1853379 Pharmacological-assisted Psychotherapy for Post-Traumatic Stress Disorder: a systematic review and meta-analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Cochrane Common Mental Disorders Group clinical trials registers databases (MEDLINE, EMBASE and PsycINFO) (2) Referenzlisten inkludierter Studien (3) Eine Liste der gefundenen Studien wurde auf die Website der International Society for Traumatic Stress gestellt und die Mitglieder sollten Studien, die noch fehlen vorschlagen (4) Persönlicher Kontakt Suchzeitraum: 08/2008–05/2016 (Update: 05/ 2018) Einschlusskriterien: • Mind. 70 % der Teilnehmende PTBS-Diagnose • Alle Teilnehmenden mind. 18 Jahre alt • PTBS sollte Primärdiagnose sein • PTB-Symptome seit	• SSRI/SNRI + Therapie vs. Therapie + Placebo (sechs Studien) • SSRI-Vergleich (zwei Studien) • D-Cycloserine vor Expositionstherapie (vier Studien) • MDMA-unterstützte Psychotherapie (vier Studien) • Einzelsubstanzen kombiniert mit therapeutischen Interventionen (Propranolol, Yohimbin, Cortisol und Methylenblau)	• PTB-Symptome erfasst durch Kliniker:in oder Selbstbericht	1. Inkludierte Studien: 21 (davon RCTs: 21, davon in der quantitativen Synthese: 19) 2. Ergebnisse: Psychotherapie + SSRI vs. Psychotherapie + Placebo (k = 4): • Drei Studien PE, eine Studie Seeking Safety • Kein signifikanter Effekt: $SMD = -0.22$, 95%-KI [-0.58, 0.14] D-Cycloserine-unterstützte Expositionstherapie vs. Placebo-unterstützte Expositionstherapie (k = 4) • Kein signifikanter Effekt: $SMD = 0.00$, 95%-KI [-0.45, 0.46] MDMA-unterstützte Therapie vs. Placebo/MDMA aktive Placebo-unterstützt Therapie (k = 2) • Signifikanter Effekt: $SMD = -1.09$, 95%-KI [-1.60, -0.58] SSRI + Therapie vs. SSRI alleine (k = 2) • Kein signifikanter Effekt: $SMD = 0.2$, 95%-KI [-1.01, 1.04]	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Aus-schlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (12) Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (15) Publikationsbias nicht untersucht/diskutiert	Buhman et al. (2016) Hien et al. (2015) Otto et al. (2003) Popiel et al. (2015) Rothbaum et al. (2006) Schneier et al. (2012) Simon et al. (2008) Sonne et al. (2016) De Kleine et al. (2012) Difede et al. (2014) Litz et al. (2012) Rothbaum et al. (2014) Mithoefer et al. (2010) Mithoefer et al. (2018) Oehen et al. (2013) Ot'alora et al. (2018) Brunet et al. (2018) Tuerk et al. (2018) Yehuda et al. (2015) Zoellner et al. (2017)

	mind. drei Monaten • Outcome: PTB-Symptome erfasst durch Kliniker:in oder Selbstbericht • RCTs, die die Wirksamkeit einer pharmakologisch unterstützten Psychotherapie zur Verringerung der Symptome von PTBS bei Erwachsenen untersucht, bei der der Vergleichsarm mindestens eine Psychotherapie, Medikation oder Psychotherapie + Placebo beinhaltete Ausschlusskriterien:-					

Adjuvante Verfahren

PICO 1

Aggregierte Evidenz

N = 0 inkludierte Studien

Primärevidenz

N = 0 inkludierte Studien

PICO 2

Aggregierte Evidenz

N = 0 inkludierte Studien

Primärevidenz

N = 2 inkludierte Studien

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen		Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt							
King et al., 2023 DOI: 10.3138/jmvfh-2022-0062 The mySELF group: Recreation- and art-based group therapy as adjunct treatment for posttraumatic stress disorder Studientyp: Beobachtungsstudie	Anzahl der Patient:innen: N = 36 • Insgesamt wurde das Programm von 48 Patient:innen durchlaufen • Fragebogendaten von 36 Patient:innen liegen vor • Haben im Durchschnitt bereits die Jahre Therapie in der OSI (operational stress injury) Klinik erhalten • Männlich: 33 Teilnehmende • Diagnose PTBS: 32 Teilnehmende • Zielgruppe: (ehemalige) Veteran:innen und Mitglieder der Royal Canadian Mounted Police Einschlusskriterien: • Stabilität der psychischen Symptome • Abgeschlossene oder fast abgeschlossene aktive Traumabehandlung • Teilnehmende erhielten eine Behandlung an einer OSI Klink • Mindestens eine psychische Erkrankung in Verbindung mit dem militärischen Einsatz oder dem Einsatz bei der Royal Canadian Mounted Police Ausschlusskriterien: -		• Sieben Personen haben abgesprochen • Von 36 Personen lagen die Daten zum Prä- und Postzeitpunkt vor, von 33 davon zusätzlich vom Follow-up Zeitpunkt (vier Monate)	Social life, Expression, Leisure and Food (mySELF) Gruppe • Dreistündige Sitzungen für 12 Wochen • Inhalt: Möglichkeiten zur Sozialisation, Musiktherapie, Kunsttherapie, Erholungstherapie sowie Ernährungsberatung • Durchführung durch ein multidisziplinäres Team Erhielten zum Teil parallele Psychotherapie	Keine Kontrolle	Zielgröße(n): • Lebensqualität (WHOQOL-BREF) • Depressivität, Angst und Stresssymptome (DASS21) • PTB-Symptome (PCL-5) • Zusätzliche, eigene Fragen Nicht PICO-relevante Zielgröße(n): • Einstellungen gegenüber Freizeitaktivitäten (kognitive, affektive und verhaltensbezogene Komponente) • Beobachtungen der Programmleiter:innen	Lebensqualität: • Signifikante Verbesserung in der umweltbezogenen Domäne • Kein signifikanter Unterschied in den Domänen physische Gesundheit, sozialen Beziehungen und in der psychologischen Domäne Depressivität, Angst und Stress: • Signifikante Verbesserung in allen drei Bereichen PTB-Symptome: • Signifikante Symptomreduktion Zusätzliche, eigene Fragen: • 97.2 % würden die mySELF Gruppe weiterempfehlen • 88.9 % berichten von einem erhöhten Wunsch nach Freizeitgestaltung	ROBINS-I Rating (1) Bias due to confounding: Serious (2) Bias in selection of participants into the study: Low (3) Bias in classification of interventions: Low (4) Risk of bias due to deviations from intended intervention: Low (5) Risk of bias due to missing data: Serious (6) Risk of bias in measurement of the outcome: Serious (7) Risk of bias in selection of the reported results: Moderate (8) Overall risk of bias rating: Serious
	Pro Arm							
	Interventionsgruppe: n = 36	Kontrollgruppe: keine						

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt						
Krupnick et al., 2017 An Internet-Based Writing Intervention for PTSD in Veterans: A Feasibility and Pilot Effectiveness Trial DOI: 10.1037/tra0000176 Studientyp: RCT	Anzahl der Patient:innen: $N = 34$ Veteran:innen (31 männlich, 3 weiblich), wovon - Nur 29 alle Einschlusskriterien erfüllten 31 die baseline assessments (16 Experimentalgruppe, 15 Kontrollgruppe) ausfüllten 18 die 12-weeks nach Baseline (6 Experimentalgruppe, 12 Kontrollgruppe) ausfüllten 14 die 24-weeks nach Baseline d. h. 24 Wochen danach (vier Experimentalgruppe, zehn Kontrollgruppe) ausfüllten - Qualitatives Feedback: Fünf Personen	75 % der Interventionsgruppe Drop-out auch in der Kontrollgruppe, aber geringer als in Interventionsgruppe	TAU + WIRED Warriors Internet Recovery & Education (WIRED): Online-Intervention bestehend aus therapeutengeleiteter Schreiben unter Anwendung von Prinzipien der PE und kognitiver Therapie	TAU	Zielgröße(n): - PTB-Symptome (PCL) aufgegliedert nach Subskalen (Intrusion, Vermeidung, Emotionale Taubheit, Hyperarousal) - Depression (PHQ-9) Nicht PICO-relevante Zielgröße(n): - Alkoholabhängigkeit (AUDIT)	PTB-Symptome PCL-Gesamtskala - Signifikanter Haupteffekt Gruppe ($p < .02$) - Nicht signifikanter Haupteffekt Zeit und Interaktionseffekt - Prä-Post (Zwölf Wochen): TAU + WIRED $d = 1.23$, TAU $d = 0.06$ - Prä-Post (24 Wochen): TAU + WIRED $d = 1.93$, TAU $d = 0.45$ PCL-Intrusionsskala - Signifikante Haupteffekte Gruppe ($p < .01$) und Zeit ($p < .02$) - Nicht signifikanter Interaktionseffekt - Prä-Post (Zwölf Wochen): TAU + WIRED $d = 0.36$, TAU $d = 0.20$ - Prä-Post (24 Wochen): TAU + WIRED $d = 0.61$, TAU $d = 0.59$ PCL-Vermeidungsskala - Haupt- und Interaktionseffekte nicht signifikant - Prä-Post (Zwölf Wochen): TAU + WIRED $d = 0.62$; TAU $d = 0.45$ - Prä-Post (24 Wochen): TAU + WIRED $d = 0.58$; TAU $d = 0.43$ PCL-Taubheitsskala - Haupt- und Interaktionseffekte nicht signifikant	RoB 2 Rating (1) Bias arising from the randomization process: Some concerns (2) Bias due to deviations from intended interventions: Low (3) Bias due to missing outcome data: High (4) Bias in measurement of the outcome: Low (5) Bias in selection of the reported result: Some concerns (6) Overall risk of bias rating: High
	Einschlusskriterien: - Abgeleiteter Dienst in OIF/OEF/OND - Älter als 18 Jahre - PCL-Score ≥ 50 - Teilnahme an einer Intake-Session des Trauma Services Program						
	Ausschlusskriterien: - Aktuelle Substanzabhängigkeit, akute Suizidalität, Psychose oder erhebliche kognitive Beeinträchtigung - Aktuelle Teilnahme an einer PE-, CPT- oder KVT-Behandlung						
	Pro Arm						
	Experimentalgruppe 18 Veteranen 9 Personen nahmen Antidepressiva - Eine Person erhielt zwei Sitzungen iRest	Kontrollgruppe 16 Veteranen - Im Laufe der Studie begannen 5 Personen CPT, wovon eine CPT abschloss - Acht erhielten					

	• Eine Person erhielt gegenwartszentrierte Therapie • Durchschnittliche Anzahl psychosozialer Behandlungen: 0.78	Antidepressiva • Eine Person erhielt Akupunktur • Durchschnittliche Anzahl psychosozialer Behandlungen: 2.44				• Prä-Post (Zwölf Wochen): TAU + WIRE $d = 0.49$; TAU $d = 0.07$ • Prä-Post (24 Wochen): TAU + WIRED $d = 0.74$; TAU $d = 0.54$ Hyperarousal-skala • Signifikante Haupteffekte Gruppe ($p < .01$) u. Zeit ($p < .01$) sowie signifikanter Interaktionseffekt ($p < .02$) • Prä-Post (Zwölf Wochen): TAU + WIRE $d = 1.01$, TAU $d = -0.32$ • Prä-Post (24 Wochen): TAU + WIRE $d = 1.95$, TAU $d = 0.27$ Depressionssymptome (PHQ-9) • Signifikante Haupteffekt Gruppe ($p < .03$) und Zeit ($p < .04$) • Nicht signifikanter Interaktionseffekt • Prä-Post (Zwölf Wochen): TAU + WIRED $d = 0.56$, TAU $d = 0.01$ • Prä-Post (24 Wochen): TAU + WIRED $d = 1.09$, TAU $d = 0.26$	

PICO 3

Aggregierte Evidenz

N = 0 inkludierte Studien

Primärevidenz

N = 0 inkludierte Studien

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

PICO 1, 2 & 3

Aggregierte Evidenz

N = 4 inkludierte Studien

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Corrigan et al., 2020 DOI: 10.1037/trm0000261 Evaluating the Effectiveness of Phase-Oriented Treatment Models for PTSD-A Meta-Analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) MEDLINE, PSYCHINFO und Web of Science (2) Referenzlisten der inkludierten Studien Suchzeitraum: Ab 01/2000 Bis (keine Angabe) Einschlusskriterien: • Erwachsene mit PTBS-Diagnose, oder die PTB-Symptome berichten, erhoben mit einem standardisierten Messinstrument • Wirksamkeitsmessung bezieht sich auf PTB-Symptome zu Beginn und am Ende der Behandlung • Englische Sprache • Quantitative Analyse • Veröffentlicht in einem peer-reviewed Journal • Veröffentlicht ab dem Jahr 2000	Interventionen: • Phasenbasierte Ansätze Kontrollgruppe: • WL: drei Mal • Supportive counselling: zwei Mal • Kommunikationsfähigkeiten: einmal • Keine Kontrolle: sieben Mal • DBT: einmal	• PTB-Symptome	1. Inkludierte Studien: 13 (davon RCTs: keine Angabe) 2. Ergebnisse: Signifikanter Behandlungseffekt (Prä- zu Postmessung), $d = 1.77$, 95%-KI [1.45, 2.08] Signifikanter großer Effekt verglichen mit den Kontrollgruppen, $d = 0.82$, 95%-KI [0.29, 2.29] Potenzielle KPTBS-Patienten (Subgruppenanalyse): Signifikanter, großer Behandlungseffekt, $d = 1.39$, 95%-KI [0.99, 1.79]	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (3) Auswahl der Studientypen für Einschluss nicht erläutert (5) Nicht-doppelte Studien-selektion (6) Nicht-doppelte Daten-extraktion (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (11) Keine angemessenen statistischen Methoden verwendet (14) Heterogenität wurde nicht interpretiert/diskutiert (15) Publikationsbias nicht untersucht/diskutiert	Bohus et al. (2013) Bryant et al. (2013) Cloitre et al. (2002) Cloitre et al. (2010) Crespo & Arinero (2010) Frueh et al. (2009) Harned et al. (2012) Harned et al. (2014) Hinton et al. (2005) Ironson et al. (2002) Lee et al. (2002) Schubert et al. (2016) Steil et al. (2011) Davon in der Subgruppenanalyse: Bohus et al. (2013) Cloitre et al. (2002) Cloitre et al. (2010) Steil et al. (2011)

	Ausschlusskriterien: • Studien mit Kindern und Jugendlichen • Fallstudien • Qualitative Designs					

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Darby et al., 2023 DOI: 10.1016/j.jad.2023.100628 Phase-based psychological interventions for complex post-traumatic stress disorder: A systematic review	Systematic Review Database: (1) EMBASE, MEDLINE, PsychINFO und PTSDpubs (2) Google Scholar (3) Referenzlisten Suchzeitraum: 01/2000 bis 03/2022 (Update: 01/2023) Einschlusskriterien: - Teilnehmende mit (1) KPTBS-Diagnose nach ICD-11 (2) PTBS-Diagnose nach ICD- oder DSM-Kriterien, die interpersonelle Missbrauch mit unter 18 Jahren erlebt haben oder (3) PTBS-Diagnose nach ICD- oder DSM-Kriterien und selbstberichtete KPTBS Symptome (erhoben mit einem validierten Messinstrument) - Studien mit gemischten Traumata, wenn der Großteil der Teilnehmenden (mind. 75 %) komplexe Traumata erlebt hatte - Phasenbasierte Behandlung mit den Phasen: (1) Sicherheit und	Phasenbasierte Interventionen: - TF-KVT - DBT-PTSD - D-CPT - STAIR - Stabilisierende Gruppenbehandlung Vergleichsinterventionen: - TAU - WL - Exposition allein - Kontrollbehandlung ohne Exposition	Primäre Zielgröße: - Veränderung der KPTB-Symptome von Prä- zu Posttreatment Sekundäre Zielgröße: - Effekt von Phase 1 auf Veränderungen in der Behandlung in Phase 2 Nicht PICO-relevante Zielgröße: - Wirksamkeit bei Kindern und jungen Personen	1. Inkludierte Studien: 12 (davon RCTs: keine Angabe) - Drei mit Population unter 18 Jahren 2. Ergebnisse: Wirksamkeit für KPTBS WL/TAU-Kontrolle (sechs Studien): 4/6 Studien zeigten eine signifikante Reduktion der PTB-Symptome von Prä- zu Posttreatment mit großen Effekten (Cohen's <i>d</i> zwischen 0.9–2.39) - Die anderen beiden Studien untersuchten stabilisierende Gruppenbehandlung und zeigten keinen signifikanten Unterschied von Interventions- zu Kontrollgruppe Phase 1 & 2 vs. Phase 2 alleine: 5/6 Studien zeigen signifikant besser Ergebnisse für die Behandlung mit beiden Phasen Personenzentrierte Expositionstherapie als Kontrolle (z. B. CPT; vier Studien): - Phasenbasierte Therapieformen waren überlegen Effekt von Phase 1 auf Phase 2 (fünf Studien): - Vier Studien zeigten keinen vorteiligen Effekt von Phase 1 auf Phase 2	Low quality Systematic Review Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (3) Auswahl der Studientypen für Einschluss nicht erläutert (5) Nicht-doppelte Studien-selektion (6) Nicht-doppelte Datenextraktion (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (13) RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert	Bækkelund et al. (2021) Bohus et al. (2013) Bohus et al. (2020) Cloitre et al. (2002) Cloitre et al. (2010) Cohen et al. (2004) Deblinger et al. (2006) Dorrepal et al. (2012) Kane et al. (2016) Kleindeinst et al., (2021) Rosner et al. (2019) Van Vliet et al. (2021)

	Stabilisierung, (2) Überprüfung und Neubewertung des Traumagedächtnisses, (3) Konsolidierung und Übergang ins Gemeinschaftsleben • Erste Phase in Einzel-, Gruppen- oder kombinierter Therapie, und zweite Phase in Einzeltherapie • Kontrolle: keine Behandlung, WL, TAU oder andere psychologische, nicht phasenbasierten Interventionen • Zilgröße: kPTB-Symptomstärke (Selbstbericht oder durch Kliniker:in) • Veröffentlicht in einem peer-reviewed Journal • Prospektive oder retrospektive quantitative Studien oder Mixed Methods-Studien, aus denen quantitative Daten extrahiert werden können Ausschlusskriterien: • Teilnehmende hatten eine einmalige traumatische Erfahrung oder ein nicht zwischenmenschliches traumatisches Ereignis • Querschnittsstudien,			• Eine Studie fand, dass Veränderungen in Phase 1 (wie therapeutische Allianz und Verbesserung der negativen Emotionsregulation) Prädiktoren für die Reduktion der PTB-Symptome in Phase 2 waren • Viele der Studien exkludierten Personen mit komorbiden Diagnosen		

	deskriptive Studien, Fallstudien, Reviews					

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Dorrepal et al., 2014 DOI: 10.3402/ejpt.v5.23613 Evidence-based treatment for adult women with child abuse-related Complex PTSD: a quantitative review	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) MEDLINE (2) Abstimmung der Ergebnisse mit Referenzen bestehender Reviews Suchzeitraum: 01/1965–05/2012 Einschlusskriterien: • Mehr als 50 % der Patient:innen erfüllen die Diagnosekriterien einer PTBS (DSM-III-R, DSM-IV oder hatten PTBS als Hauptbehandlungsziel) • Mehr als 50 % der Teilnehmenden hatten missbräuchliche Kindheitserfahrungen, oder Missbrauchserfahrungen in der Kindheit wurden separat analysiert • Randomisiertes Studiendesign • Teilnehmende mindestens 18 Jahre alt • Testung einer spezifischen psychotherapeutischen Behandlung gegen eine Kontrollbedingung und/oder eine	Interventionen/ Bedingungen: • KVT mit oder ohne PE und/oder Affektregulationstraining • Gegenwartszentrierte Therapie • TAU (während WL) • Nur WL Relevante untersuchte Personengruppen: • KPTBS im Zusammenhang mit Kindesmissbrauch (vier Studien) • PTBS im Zusammenhang mit Kindesmissbrauch (drei Studien)	PICO-relevante Zielgröße(n): • Effektgröße (PTB-Symptome) • Genesung • Verbesserungsrate • Drop-out • Zusätzliche Symptome der KPTBS	1. Inkludierte, relevante Studien: sieben (davon RCTs: sieben) 2. Ergebnisse: Prä-Post-Effektgröße (PTB-Symptome): • Die KPTBS im Zusammenhang mit Kindesmissbrauch zeigt im Vergleich zu nicht komplexer PTBS in Zusammenhang mit Kindesmissbrauch geringere Effektstärken • Bei KPTBS konnten keine Hinweise auf Unterschiede je nach Art der Behandlung festgestellt werden Genesungsrate: • Geringer in Studien zu KPTBS als in Studien zu PTBS • In Studien zu KPTBS höhere Genesungsrate für die alleinige Anwendung von Affektregulation verglichen mit Exposition allein (in ITT, nicht in CA) • In Studien zu KPTBS höhere Genesungsrate für die Anwendung von Affektregulation + Exposition verglichen mit Exposition allein (in ITT, nicht in CA) Drop-Out: • Bei KPTBS zeigt der Vergleich verschiedener Typen von KVT geringer Drop-outs in Affektre-	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (4) Keine umfassende Suchstrategie angewandt (5) Nicht-doppelte Studien-selektion (6) Nicht-doppelte Datenextraktion (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Kein angemessenes RoB (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (11) Keine angemessenen statistischen Methoden verwendet (16) Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (14) Heterogenität wurde nicht interpretiert/diskutiert (15) Publikationsbias nicht untersucht/diskutiert	Chard (2005) Classen et al. (2001) Cloitre et al. (2002) Cloitre et al. (2010) Dorrepal et al. (2012) McDonagh et al. (2005) Zlotnick et al. (1997)

	alternative Behandlung • Englischsprachig Ausschlusskriterien:-			gulation allein und Affektregulation + Exposition verglichen mit Exposition allein Verbesserungsraten: • Bei KPTBS 35 % vs. bei PTBS 65 % • Exposition allein zeigt im Vergleich zu Affektmanagement allein eine geringere Verbesserungsrate Zusätzliche Symptome der KPTBS: Zu wenig Informationen		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Karatzias et al., 2019 DOI: 10.1017/S0033291719000436 Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) MEDLINE, PsycINFO, EMBASE und PILOTS (2) Referenzlisten von früheren systematischen Reviews und Metaanalysen (3) ClinicalTrials.gov, Clinical Trials Gateway (4) Persönlicher Kontakt zu Forschenden Suchzeitraum: Bis 10/2017 (Update: 01/2018) Einschlusskriterien: • RCTs • Psychologische Interventionen (Einzel- oder Gruppensetting) für Personen ab 16 Jahren • Teilnehmende mit Diagnose PTBS (ICD-10 oder DSM-5) und mind. einem zusätzlichem Symptom für eine KPTBS (ICD-11) bei der Voruntersuchung Ausschlusskriterien: • Teilnehmende mit Ent-	Interventionen: • KVT • Expositionsbasierte Therapie allein (z. B. PE) • EMDR • Andere psychologische Interventionen z. B. Achtsamkeit Vergleich: • Untereinander • Mit Kontrollbedingungen: TAU (Inkl. Warteliste) oder TAU + nicht-spezifische therapeutische Intervention (z. B. Beratung)	• PTB-Symptome (Nach ICD-11) • Emotionsdysregulation • Kognitive Verzerrungen (Negatives Selbstkonzept) • Interpersonale Schwierigkeiten	1. Inkludierte Studien: 51 (davon RCTs: 51) 2. Ergebnisse: KVT vs. TAU: • Großer Effekt für PTB-Symptome, $g = -0.90$, 95%-KI [-1.11, -0.68] ($k = 27$) • Mittlere Effekt für Interpersonale Schwierigkeiten, $g = -0.66$, 95%-KI [-0.84, -0.48] ($k = 16$) • Großer Effekt für Emotionsdysregulation, $g = -1.42$, 95%-KI [-2.20, -0.65] ($k = 3$) • Großer Effekt für negativen Selbstbild, $g = -0.82$, 95%-KI [-1.19, -0.44] ($k = 9$) KVT vs. nicht-spezifische Kontrollintervention: • Kleiner Effekt auf Interpersonale Schwierigkeiten, $g = -0.32$, 95%-KI [-0.60, -0.03] ($k = 3$) • Kleiner Effekt auf PTB-Symptome, $g = -0.37$, 95%-KI [-0.66, -0.09] ($k = 9$) Expositionsbasierte Therapie allein vs. TAU: • Mittlerer Effekt auf Interpersonale Schwierigkeiten, $g = -0.59$, 95%-KI [-1.12, -0.07] ($k = 4$) • Mittlerer Effekt auf kognitive Verzerrungen, $g = -0.73$, 95%-KI [-1.03, -0.43] ($k = 3$)	High quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (11) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Ahmadi et al. (2015) Azad Marzabadi & Hashemi Zadeh (2014) Başoğlu et al. (2007) Beidel et al. (2019) Beidel et al. (2011) Bryant et al. (2013) Butollo et al. (2016) Cloitre et al. (2002) Difede et al. (2007) Dorrepaal et al. (2012) Duffy et al. (2007) Dunn et al. (2007) Dunne et al. (2012) Ehlers et al. (2014) Ehlers et al. (2005) Ehlers et al. (2003) Foa et al. (1999) Foa et al. (2005) Forbes et al. (2012) Ford et al. (2011) Galovski et al. (2011) Ghafoori et al. (2017) Harned et al. (2014) Hinton et al. (2009) Hinton et al. (2011) Högberg et al. (2007) Hollifield et al. (2007) Jung & Steil (2013) Keane et al. (1989) Kip et al. (2013) Krakow et al. (2001) Krupnick et al. (2008) Kubany et al. (2003) Kubany et al. (2004)

	wicklungs- oder geistiger Beeinträchtigung, neurodegenerative Erkrankungen oder erworbene und/oder traumatische Hirnverletzungen • Nicht Englischsprachig • Teilnehmende mit primärer Diagnose Substanzmissbrauchsstörung • Fallstudien, unkontrollierte Studien, Crossover-Studien			• Großer Effekt auf PTB-Symptome, $g = -1.05$, 95%-KI $[-1.52, -0.58]$ ($k = 6$) EMDR vs. TAU: • Mittlerer Effekt auf kognitive Verzerrungen, $g = -0.61$, 95%-KI $[-1.04, -0.17]$ ($k = 1$) • Mittlerer Effekt auf Interpersonale Schwierigkeiten, $g = -0.76$, 95%-KI $[-1.35, -0.16]$ ($k = 4$) • Großer Effekt auf Emotionsdysregulation, $g = -1.64$, 95%-KI $[-2.56, -0.72]$ ($k = 1$) • Großer Effekt auf PTB-Symptome, $g = -1.26$, 95%-KI $[-2.01, -0.51]$ ($k = 4$) EMDR vs. nicht-spezifische Interventionen: • Mittlerer Effekt für kognitive Verzerrungen, $g = -0.78$, 95%-KI $[-1.56, -0.01]$ ($k = 2$) • Mittlerer Effekt für PTB-Symptom, $g = -0.69$, 95%-KI $[-1.35, -0.03]$ ($k = 3$) • EMDR nicht signifikant überlegen hinsichtlich Interpersonale Schwierigkeiten und Emotionsdysregulation Vergleich KVT, Exposition und EMDR ($k = 2$) • EMDR war KVT überlegen hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen, $g = 0.37$, 95%-KI $[0.03, 0.71]$ ($k = 2$) • Keine weiteren signifikanten Unterschiede		Lindauer et al. (2005) Marks et al. (1998) McDonagh et al. (2005) Monson et al. (2006) Mueser et al. (2015) Mueser et al. (2008) Nijdam et al. (2012) Pacella et al. (2012) Power et al. (2002) Resick et al. (2002) Scheck et al. (1998) Steel et al. (2017) Surís et al. (2013) Talbot et al. (2014) Ter Heide et al. (2011) Ter Heide et al. (2016) Van den Berg et al. (2015)

				Moderatorenanalyse: • Studienqualität als signifikanter Moderator: eine niedrige Studienqualität ist assoziiert mit signifikant niedrigeren Effektgrößen • Signifikant geringere Effektstärke in Studien mit Personen, deren Traumata überwiegend in der Kindheit lagen, verglichen mit Studien mit Personen, deren Traumata überwiegend im Erwachsenenalter waren		

Primärevidenz

N = 2 inkludierte Studien für PICO 1 & 2

N = 0 inkludierte Studien für PICO 3

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt						
Bohus et al., 2020 DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2020.2148 Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (DBT-PTSD) Compared With Cognitive Processing Therapy (CPT) in Complex Presentations of PTSD in Women Survivors of Childhood Abuse A Randomized Clinical Trial Studientyp: RCT	Anzahl der Patient:innen: 193 randomisiert Einschlusskriterien: • Weibliches biologisches Geschlecht und Geschlechtsidentität • 18 bis 65 Jahre alt • Diagnose PTBS nach DSM-5 • Sexueller oder körperlicher Missbrauch vor dem 18 Lebensjahr • Mind. drei Kriterien für eine Borderline Persönlichkeitsstörung sind erfüllt, inklusive des Kriteriums affektive Instabilität • Teilnehmende stehen für mind. ein Jahr zur Verfügung Ausschlusskriterien: • Aktuelle oder vorangegangene Diagnose: Borderline Persönlichkeitsstörung, Bipolar I, geistige Behinderung • Aktuelle schwere Psychopathologie, die unverzüglich behandlungsbedürftig ist (z. B. Body mass index < 16.5) • Lebensgefährdender Suizidversuch in den letzten zwei Monaten • Aktuelle Substanzabhängigkeit (Konsum innerhalb der letzten zwei Monate) • Expositionstherapie ist medizinische kontraindiziert • Höchst instabile Lebenssituation (z. B. Obdachlosigkeit) • Erhielten CBT und DBT-PTSD innerhalb des letzten Jahres (Selbstverletzung, Suizidalität, Hochrisikoverhalten sind kein Ausschlussgrund)	Gesamt: $n = 62$ (32 %) Interventionsgruppe/ DBT-PTBS: 25 Kontrollgruppe/ CBT: 37	Dialektisch-Behaviorale Therapie für PTBS (DBT-PTBS) Nach standardisiertem Protokoll für das Vorgehen	Cognitiv-processing-Therapie (CPT)	Primäre Zielgröße(n): • CAPS-5 Score 15 Monate nach Randomisierung (PTB-Symptome) Sekundäre Zielgröße(n): alle erhobenen Ergebnisse diagnostischer Instrumente zu allen Messzeitpunkten (→ siehe Supplement) davon berichtet und PICO-relevant: • PTSD-Checkliste für DSM-5 • Beck Depression Inventory-II (Depressionssymptome) • Dissociation Tension Scale mit den Subskalen Dauer und Intensität (Dissoziative Symptome) • Global Assessment of Functioning (Globales Funktionsniveau)	ITT-Analyse CAPS-5 Score • Signifikante Verbesserung in beiden Gruppen (DBT-PTSD: $d = 1.35$, CPT: $d = 0.98$) • Durchschnittliche Veränderung war bei DBT-PTBS größer als bei CPT (schwacher Effekt $d = 0.33$) • Prozentsatz von Patienten, die eine frühe Remission erreichten, war bei CPT signifikant größer als bei CBT-PTBS • Das gemischte lineare Modell zeigt einen steileren Anstieg linearer Verbesserungen bei DBT-PTBS ($\beta_{11}, 0.93 \pm 0.47$) • Der ausgeprägtere Rückgang in der DBT-PTBS-Gruppe ist auf folgendes zurückzuführen:	RoB 2 Rating (7) Bias arising from the randomization process: Low (8) Bias due to deviations from intended interventions: Low (9) Bias due to missing outcome data: Some concerns (10) Bias in measurement of the outcome: Low (11) Bias in selection of the reported result: Low (12) Overall risk of bias rating: Some concerns

					(4) Höhere Prozentsatz symptomatischer Remission (5) Reliable Verbesserung (6) Reliable Genesung	
					Sekundäre Zielgrößen: <i>PTBS Checkliste für DSM-5:</i>	
					• Verbesserung in beiden Gruppen, DBT-PTSD: $d = 1.55$; CPT: $d = 0.90$	
					• Veränderung in DBT-PTBS-Gruppe größer als in CPT-Gruppe: between-group effect size $d = 0.57$	
					<i>Dissoziative Symptome:</i>	
					• Dauer: signifikante Reduktion in beiden Gruppen	
					• Intensität: signifikante Reduktion nur bei DBT-PTBS	
					<i>Depressionssymptome:</i>	
					• Große Verbesserung bei DBT-PTSD ($d = 0.98$)	
					• Mittelmäßige Verbesserung für CPT ($d = 0.48$)	

						• Signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ($d = 0.32$) • Die Gruppe x Zeit Interaktion im gemischten linearen Modell war nicht signifikant Globales Funktionsniveau: • Mittelgroße Verbesserungen (DBT-PTSD: $d = 0.67$, CPT: $d = 0.51$)	

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen		Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt							
Karatzias et al., 2024 Enhanced Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation versus Treatment as Usual for ICD-11 Complex PTSD: A Pilot Randomised Controlled Trial (The RESTORE Trial) DOI: 10.1159/000538428 Studientyp: RCT	Anzahl der Patient:innen: 56 Einschlusskriterien: • Erwachsene (18 Jahre oder älter) • In Betreuung einer nationalen britischen Wohltätigkeitsorganisation • Veteran der Streitkräfte • Sucht Hilfe wegen traumabedingter psychischer Belastung • Erfüllt die diagnostischen Kriterien der KPTBS (gemessen am ITQ) • Englischkenntnisse Ausschlusskriterien: • Vorliegen einer schweren psychotischen Störung (basierend auf früherer klinischer Diagnose) • Aktueller Alkohol- oder Drogenmissbrauch (beurteilt in klinischem Interview) • Schwere kognitive Beeinträchtigung (beurteilt in klinischem Interview) • Geplante gleichzeitige zusätzliche Behandlung		19 % ESTAIR 11 % TAU	Enhanced Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation (ESTAIR)bis zu 25 Sitzungen)	TAU	Primäre Zielgröße: KPTB-Symptome (ITQ) Sekundäre Zielgröße, u.a. Depressionssymptome Angstsymptome	kPTB-Symptome • Signifikante Abnahme der KPTB-Symptome von Baseline zu Follow-up innerhalb der Gruppen, $Difference_{Exp} = 9.45$, $d_{Exp} = 1.78$, $p < .001$, $Difference_{TAU} = 4.37$, $d_{TAU} = 0.87$, $p < .01$ • Stärkere Abnahme der Symptomatik in der Experimentalgruppe • Signifikanter Unterschied zwischen der KPTB-Symptome beider Gruppen zum posttreatment, $M_{Exp} = 9.83$, $M_{TAU} = 16.99$, $p < .001$, und zum Follow-up, $M_{Exp} = 10.12$, $M_{TAU} = 15.84$, $p = .004$. KPTBS-Diagnose • Zum posttreatment erfüllten noch 13.6 % der Teilnehmer:innen der Experimentalgruppe und 84 % der Kontrollgruppe die Diagnose KPTBS	RoB 2 Rating (1) Bias arising from the randomization process: Low (2) Bias due to deviations from intended interventions: Low (3) Bias due to missing outcome data: Low (4) Bias in measurement of the outcome: Some concerns (5) Bias in selection of the reported result: Low (6) Overall risk of bias rating: Some concerns
	Pro Arm							
	Experimentalgruppe: 28 Veteranen	Kontrollgruppe: 28 Veteranen						

						Angst- und Depressionssymptome • Abnahme in beiden Gruppen • Signifikant stärkere Abnahme in der Experimentalgruppe • Angst (TAU) Baseline = 17.32 Posttreatment = 13.76 Follow-up = 13.60 • Angst (Experimental) Baseline = 16.32 Posttreatment = 7.57 Follow-up = 8.09 • Depression (TAU) Baseline = 21.14 Posttreatment = 16.62 Follow-up = 25.16 • Depression (Experimental) Baseline = 18.39 Posttreatment = 8.37 Follow-up = 9.41	

Komorbide Psychische Störungen

PICO 1

Aggregierte Evidenz

N = 6 inkludierte Studien

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Grubaugh et al., 2021 DOI: 10.4088/JCP.20r13584 Meta-Analysis of the Treatment of Post-traumatic Stress Disorder in Adults with Comorbid Severe Mental Illness	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PubMed, Ovid, MEDLINE, PsycINFO, CINAHL, The Cochrane Library Suchzeitraum: 01/1998 – 03/2020 Einschlusskriterien: • Erwachsene mit PTBS und schweren, chronischen komorbiden Störungen wie Schizophrenie/psychotische Störungen oder affektiven Störungen • Open trials und RCTs, die eine psychosoziale Intervention für PTBS mit einem standardisierten Protokoll untersuchten • Validiertes Selbstberichtmaß oder durch Klinker:innen durchgeführte Messung der PTB-Symptomatik Ausschlusskriterien: • Studien, die auf die erste Episode der	Severe mental illness (SMI)-Komorbiditäten 1. Psychotische Störungen, u.a. • Schizophrenie • Schizoaffektive Störung 2. Affektive Störungen • Bipolare Störung • Depression Interventionen • Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) ($n = 7$) • Prolonged Exposure (PE) ($n = 2$) • EMDR ($n = 2$) • Brief treatment program ($n = 2$) • Within-group Evaluation von Prolonged exposure und EMDR ($n = 1$)	• PTB-Symptome • Psychopathologie • Psychotische Symptome	1. Inkludierte Studien: 14 (davon fünf RCTs, acht open trials, ein within-group controlled trial) 2. Ergebnisse (nur within-group Effekte): PTBS: Allgemeine Wirksamkeit • Große allgemeine Wirksamkeit der psychotherapeutischen Interventionen auf PTB-Symptome, $g = -1.01, p < .001, k = 34$ • Großer Effekt der einzelnen Interventionen auf die PTB-Symptomatik. Prolonged Exposure, $g = -1.46, p < .001, SE = 0.28, k = 5$, EMDR, $g = -1.35, p < .001, SE = 0.28, k = 5$, BTP, $g = -1.01, p < .001, SE = 0.28, k = 5$, KVT, $g = -0.81, p < .001, SE = 0.15, k = 17$ PTBS: Paarweise Gruppenvergleiche • Prolonged Exposure größere Effekte als KVT • Alle anderen Vergleiche nicht signifikant SMI: Allgemeine Wirksamkeit • Mittlere Effekte auf Psychopathologie, $g = -0.5, p < .001, SE = 0.08, k = 6$ und kleine bis mittlere Effekte auf psychotische Symptome, $g = -0.29, p < .006, SE = 0.11, k = 8$	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/nicht auf Abweichung eingegangen (3) Auswahl der Studientypen für Einschluss nicht erläutert (5) Nicht-doppelte Studiene Selektion (6) Nicht-doppelte Datenextraktion (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (9) Kein angemessenes RoB (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (11) Keine angemessenen statistischen Methoden verwendet (für NRSIs)	De Bont et al. (2013) De Bont et al. (2016) Van den Berg et al. (2015) Frueh et al. (2009) Grubaugh et al. (2016) Lu et al. (2009) Mueser et al. (2007) Mueser et al. (2008) Mueser et al. (2015) Nishith et al. (2015) Rosenberg et al. (2004) Steel et al. (2027) Van den Berg & van der Gaag (2012) Wolff et al. (2012)

	Krankheit fokussierten (Chronizität kann nicht sichergestellt werden) • Substanzkonsumsstörungen • Achse II-Populationen • Einzelfallstudien				(12) Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (13) RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert	

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Hien, Morgan-López et al., 2023 DOI: 10.1176/appi.ajp.22010071 Project Harmony: A Meta-Analysis with Individual Patient Data on Behavioral and Pharmacologic Trials for Comorbid Posttraumatic Stress and Alcohol or Other Drug Use Disorders	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PSYCINFO, MEDLINE (2) Clinicaltrials.gov Suchzeitraum: 1995- 2017 Einschlusskriterien: • RCTs • Psychologische oder pharmakologische Interventionen zur Behandlung von PTBS-Symptomen und/oder Alkohol- oder allgemeiner Substanzkonsumstörung • Prä- und Postmessungen von PTBS- und Substanzkonsumstörungssymptomen • Teilnehmer:innen ab 18 Jahren mit einer vollen oder subklinischen PTBS-Diagnose nach DSM-IV oder 5 Kriterien (subklinisch: Kriterien A, B, E, F und C oder D) Ausschlusskriterien:	Interventionen • Integrierte¹ traumafokussierte und pharmakologische Behandlung für Alkohol/Substanzkonsumstörung • Nicht-integrierte Traumafokussierte Behandlung • Integrierte traumafokussierte Behandlung • Pharmakologische Therapie für Alkohol/Substanzkonsumstörung • Nicht-pharmakologische Behandlung für Alkohol/Substanzkonsumstörung • Integrierte nicht-traumafokussierte Behandlung • Pharmakologische Therapie für PTBS Kontrollen • Placebo-Medikation • TAU Hinweis Für genaue Auflistung der Interventionen pro Kategorie siehe Tabelle 2 der Publikation	• PTB-Symptome • Schwere des Alkoholkonsums • Schwere der Substanzkonsumstörung	1. Inkludierte Studien: 36 RCTs 2. Ergebnisse: PTB-Symptome: Posttreatment • Wirksamkeit von TAU (prä-post): $d = -0.61$, 95%-KI [-0.72, -0.52] • Vergleichende Wirksamkeit: Überlegenheit folgender Interventionen im Vergleich zu TAU (aufsteigende Reihenfolge): (1) Placebo Medikation, $d = -0.32$, 95%-KI [-0.53, -0.12], (2) Pharmakologische Therapie für Alkohol/ Substanzkonsumstörung, $d = -0.41$, 95%-KI [-0.77, -0.08], (3) Integrierte traumafokussierte Behandlung, $d = -0.47$, 95%-KI [-0.94, -0.01], (4) Nicht-pharmakologische Behandlung für Alkohol/Substanzkonsumstörung, $d = -0.60$, 95%-KI [-0.80, -0.38], (5) Integrierte traumafokussierte und pharmakologische Behandlung, $d = -0.92$, 95%-KI [-1.57, -0.30]	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (7) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (8) Keine detaillierte Beschreibung eingeschlossener Studien (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (15) Publikations-Bias nicht untersucht/diskutiert (16) Interessenskonflikte nicht angegeben	Back et al. (2016) Back et al. (2019) Bodene et al. (2012) Hien et al. (2004) Hien et al. (2009) Ruglass et al. (2017) McDevitt-Murphy et al. (2014) McGovern (2011) McGovern (2015) Mills et al. (2012) Myers et al. (2015) Norman et al. (2012) Norman et al. (2019) Haller et al. (2016) Petrakis et al. (2016) Petrakis et al. (2020) Saladin (unpublished) Sannibale et al. (2013) Schacht et al. (2017) Schäfer et al. (2019) Sonne (unpublished) Zlotnick et al. (2003) Zlotnick et al. (2009) Vujanovic et al. (2018) Foa et al. (2013) Brief et al. (2013) Van Dam et al. (2013) Rosenthal (2013) Batki et al. (2014) Brady et al. (2005) Frisman et al. (2008) Petrakis et al. (2012) Perez-Dandieu and Tapia (2014) Stappenbeck et al. (2015)

	Keine genannt	¹ PTBS + Substanzkonsumstörung		PTB-Symptome: 12-Monate follow-up • Wirksamkeit von TAU (prä-post): $d = -1.16$, 95%-KI [-1.40, -0.92] • Vergleichende Wirksamkeit: Überlegenheit folgender Interventionen im Vergleich zu TAU (aufsteigende Reihenfolge): (1) Nicht-integrierte Traumafokussierte Behandlung, $d = -0.46$, 95%-KI [-0.93, -0.04] (2) Placebo Medikation, $d = -0.57$, 95%-KI [-1.08, -0.01], (3) Pharmakologische Therapie für Alkohol/ Substanzkonsumstörung, $d = -0.37$, 95%-KI [-2.15, -0.63] (4) Integrierte traumafokussierte und pharmakologische Behandlung, $d = -2.00$, 95%-KI [-3.38, -0.68] Alkoholkonsum: Posttreatment • Wirksamkeit von TAU (prä-post): $d = -0.37$, 95%-KI [-0.44, -0.30] • Vergleichende Wirksamkeit: Überlegenheit folgender Interventionen im Vergleich zu TAU (aufsteigende Reihenfolge):		Simpson et al. (2015) Kehle-Forbes et al. (2019)

				(1) Integrierte traumafokussierte Behandlung, $d = -0.42$, 95%-KI $[-0.74, -0.10]$ (2) Nicht-integrierte traumafokussierte Behandlung, $d = -0.45$, 95%-KI $[-0.64, -0.26]$ (3) Placebo Medikation, $d = 0.47$, 95%-KI $[-0.64, -0.31]$, (4) Pharmakologische Therapie für Alkohol/ Substanzkonsumstörung, $d = -0.83$, 95%-KI $[-1.07, -0.60]$ (5) Integrierte traumafokussierte und pharmakologische Behandlung, $d = -1.10$, 95%-KI $[-1.54, -0.68]$ Alkoholkonsum: 12-Monate follow-up • Wirksamkeit von TAU (prä-post): $d = -0.36$, 95%-KI $[-0.50, -0.22]$ • Vergleichende Wirksamkeit: Überlegenheit folgender Interventionen im Vergleich zu TAU (aufsteigende Reihenfolge): (1) Pharmakologische Therapie für Alkohol/ Substanzkonsumstörung, $d = -0.84$, 95%-KI $[-1.30, -0.41]$ (2) Integrierte traumafokussierte und pharmakologische Behandlung, $d = -1.24$, 95%-KI $[-2.03, -0.40]$ (3) Placebo Medikation, $d = -0.29$, 95%-KI $[-0.65, -0.09]$,	

				(4) Nicht-integrierte traumafo- kussierte Behandlung, $d = -0.24$, 95%-KI $[-0.51,$ $-0.03]$ Drogenkonsum: Posttreatment • Wirksamkeit von TAU (prä-post): $d = -0.53$, 95%-KI $[-0.61, -0.47]$ • Vergleichende Wirksamkeit: Keine signifikanten Vergleiche Drogenkonsum: 12-Monate follow- up • Wirksamkeit von TAU (prä-post): $d = -0.63$, 95%-KI $[-0.78, -0.47]$ • Vergleichende Wirksamkeit: Keine signifikanten Vergleiche		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Roberts et al., 2022 DOI: 10.1080/20008198.2022.2041831 A Systematic Review and Meta-analysis of Psychological Interventions for Comorbid Post-traumatic Stress Disorder and Substance Use Disorder	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) MEDLINE, PsycINFO, Embase, Cochrane CENTRAL, PTSDPubs, PTSD-Repository (2) ClinicalTrials.gov, WHO International Clinical Trials Registry Platform (3) Ausgeschlossene Studien der Literaturrecherche zu Roberts et al. (2016) (4) Literaturverzeichnisse identifizierter Studien und relevanter Reviews Suchzeitraum: Ab 2015 Update zu Roberts et al., 2016 Einschlusskriterien: • RCTs, clustere randomized trials, cross-over designs, die eine psychologische Intervention mit einer anderen alternativen Intervention oder einer Kontrollbedingung verglichen	Interventionen • Present-focused Interventionen (Seeking safety $k = 6$, TARGET $k = 1$) + TAU für Substanzkonsumstörung (SKS) • Traumafokussierte Interventionen ($k = 7$ Prolonged Exposure bzw. $k = 3$ spezifisch COPE model) + TAU für Substanzkonsumstörung • Integrierte KVT + TAU für Substanzkonsumstörung • Web-basierte KVT + TAU für Substanzkonsumstörung Kontrollbedingungen • TAU für Substanzkonsumstörung • TAU	Primäre Zielgrößen • PTB-Symptome (klinische Interviews > Selbstbericht) • Substanzkonsumstörung (klinische Interviews > biologische Marker > Selbstbericht) Weitere, PICO-relevante Zielgrößen • Vorliegen einer PTBS-/ Substanzkonsumstörung-Diagnose	1. Inkludierte Studien: 26 Studien (RCTs, Cluster randomized trials, Cross-over Designs) 2. Ergebnisse Intervention + TAU für SKS vs. TAU für SKS • Present-focused Interventionen: Kein signifikanter Zugewinn der Effektivität durch die Kombinationsbehandlung im Vergleich zum TAU allein zum posttreatment, FU1 und FU2 für PTB-Symptome, Symptome der Substanzkonsumstörung und des Alkoholmissbrauchs • Traumafokussierte Interventionen: Signifikanter Zugewinn der Effektivität durch die Kombinationsbehandlung im Vergleich zum TAU allein zum posttreatment, $k = 7$, $SMD = -0.36$, 95%-KI [-0.64, -0.08], $I^2 = 54\%$ (jedoch nicht klinisch relevant) und zum FU2, $k = 5$, $SMD = -0.48$, 95%-KI [-0.81, -0.15], $I^2 = 62\%$ für PTBS, jedoch nicht für Substanz- und Alkoholkonsum (außer für Alkohol zum FU2, $k = 4$, $SMD = -0.23$, 95%-KI [-0.44, -0.02], $I^2 = 0\%$) • Traumafokussierte Interventionen (Subgruppe: COPE)	Low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (6) Nicht-doppelte Datenextraktion (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (12) Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet	Acosta et al. (2017) Back et al. (2019) Boden et al. (2014) Capone et al. (2018) Coffey et al. (2006) Coffey et al. (2016) Foa et al. (2013) Frisman et al. (2008) Haller et al. (2016) Hien et al. (2004) Hien et al. (2009) Kehle-Forbes et al. (2019) McGovern et al. (2011) McGovern et al. (2015) Mills et al. (2012) Mueser et al. (2008) Myers et al. (2015) Najavits et al. (2006) Najavits et al. (2018) Norman et al. (2019) Possemato et al. (2019) Ruglass et al. (2017) Sannibale et al. (2013) Schacht et al. (2017) Schäfer et al. (2019) Stappenbeck et al. (2015) Zlotnick et al. (2009)

	- PTBS-Diagnose nach ICD-10 oder DSM-5 oder subklinische PTB-Symptome - Substanzkonsumstörung 60% der Stichprobe haben eine PTBS-Diagnose - Alle Altersgruppen (Falls existent, dann separater Bericht von Daten zu Kindern und Jugendlichen < 18 Jahre) Ausschlusskriterien: - Studien, die die Komorbidität von PTBS und Nikotinabhängigkeit untersuchten - Primär pharmakologische Interventionen und Kontrollen - Nicht-englische Studien			Kein signifikanter Zugewinn der Effektivität durch die Kombinationsbehandlung im Vergleich zum TAU allein zum posttreatment Integrated CBT: Kein signifikanter Zugewinn der Effektivität durch die Kombinationsbehandlung im Vergleich zum TAU allein zum posttreatment, FU1 und FU2 für PTB-Symptome, Symptome der Substanzkonsumstörung und des Alkoholmissbrauchs Integrated CBT (Subgruppe: ohne Haller et al., 2016, da Studie auf Cognitive Processing Therapy basierte) Signifikanter Zugewinn der Effektivität durch die Kombinationsbehandlung im Vergleich zum TAU allein für PTB-Symptome, $k = 3$; $SMD = -0.33$, 95%-KI $[-0.62, -0.04]$, $I^2 = 21\%$, jedoch nicht für Substanz- und Alkoholkonsum Vergleich aktiver Interventionen plus SKT Present-focused (COPE) vs. traumafokussiert (Seeking Safety): Überlegenheit der traumafokussierten Intervention plus TAU zum posttreatment, $k = 1$, $SMD = -0.49$, 95%-KI $[-0.86, -0.13]$ und zum FU2, $k = 1$, $SMD = -0.44$, 95%-KI $[-0.81, -0.08]$ für PTB-Symptome, aber nicht für Alkoholmissbrauch		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Simpson, 2021 DOI: 10.1016/j.janxdis.2021.102490 Efficacy and Acceptability of Interventions for Co-occurring PTSD and SUD: A Meta-analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PubMed, Embase, Cochrane Central Register of Controlled Trials, PsycINFO, CINAHL Complete, PTSDpubs, Web of Science, ProQuest Dissertations and Theses Global, ClinicalTrials.gov und the International Clinical Trials Registry Platform (2) Persönlicher Kontakt zu Autor:innen unpublizierter RCTs, identifiziert über Trail Register Suchzeitraum: Bis 07/2021 Einschlusskriterien: • Englischsprachig • Beurteilen die Effekte von kognitiver und/oder behavioralen Interventionen für PTBS und Substanzkonsumstörung (beides) • Patient:innen mindestens 18 Jahre alt • RCT • Ergebnisse sowohl zu PTB-Symptomatik als	• Traumafokussiert: $k = 19$ • Nicht-traumafokussiert: $k = 16$ • KVT manualisierte Substanzkonsum-Behandlung: $k = 12$ • Substanzkonsumstörung TAU: $k = 9$ • Keine/ minimale Behandlung: $k = 6$	• PTB-Symptome • Substanzgebrauchssymptome (SGS)	1. Inkludierte Studien: 28 RCTs 2. Ergebnisse: Within-group: • Alle fünf Arten von Bedingungen waren mit statistisch signifikanten, kleinen bis großen Reduktionen der PTB- und SGS-Symptome verbunden (post-treatment und Follow-up) • Traumafokussierte und manualisierte SGS-Behandlungen waren am stärksten mit großen Effektgrößen für PTB- und SGS-Outcomes assoziiert Between-group: • Traumafokussierte Interventionen signifikant größerer Effekt auf PTBS bei posttreatment ($g = 0.29$, [0.07, 0.52]) verglichen mit allen anderen Bedingungen, nicht aber bei Follow-up • Traumafokussierte Interventionen unterscheiden sich nicht von den anderen Bedingungen hinsichtlich der Reduktion von SGS-Symptomen • Nicht-traumafokussierte Interventionen zeigen keinen Unterschied verglichen mit allen anderen Bedingungen hinsichtlich PTBS bei posttreatment und Follow-up	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (1) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (7) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (8) Keine detaillierte Beschreibung eingeschlossener Studien (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (12) Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (14) Heterogenität wurde nicht interpretiert/diskutiert	Back et al. (2019) Boden et al. (2011) Capone et al. (2014) Coffey et al. (2016) Van Dam et al. (2013) Hamblen (2020) Hien et al. (2004) Hien et al. (2009) Kehle-Forbes et al. (2018) McGovern et al. (2011) McGovern et al. (2015) Mills et al. (2012) Myers et al. (2015) Najavits et al. (2018) Norman et al. (2019) Perez-Dandieu and Tapia (2014) Possemato et al. (2019) Ruglass et al. (2017) Sannibale et al. (2013) Schacht et al. (2017) Schäfer et al. (2019) Simpson et al. (2021) Stappenbeck et al. (2015) Vujanovic et al. (2018) Zlotnick et al. (2009) Persönliche Kommunikation (zwei Studien):

	auch zu Substanzgebrauch • Teilnehmende mind. komorbider PTBS und SUB (mind. 80 % beide Diagnosen oder klinische Präsentation wie PTBS und SUD) Ausschlusskriterien: • Nur sekundäre Indikatoren für Substanzgebrauch z. B. Craving wurden erhoben • Nicht beide Ergebnisse (PTBS und SGS) wurden in einem ambulanten Kontext erhoben • Teilmengen von Stichproben werden berichtet, wobei es nicht Ziel der Stichprobe war, beide Aspekte der Komorbidität zu adressieren			• Nicht-traumafokussierte Interventionen waren der manualisierten SGS-Behandlung hinsichtlich PTBS Behandlung bei Follow-up unterlegen ($g = -0.28$, 95%-KI [-0.56, -0.00])		Brief (o. J.) Haller (o. J.)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Sin et al., 2017 DOI: 10.1002/14651858.CD011464.pub2 Psychological Interventions for Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) in People with Severe Mental Illness	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Cochrane Schizophrenia Group's Trials Register (2) Referenzen der eingeschlossenen Studien (3) Bei Autor:innen nachfragen Suchzeitraum: bis 10. März 2016 Einschlusskriterien: • RCTs, die psychologische Interventionen zur Behandlung von PTBS und <i>severe mental illness</i> (SMI)¹ untersuchten • Einschluss von Adoleszenten (11–17 Jahre) und Erwachsenen diagnostiziert mit PTBS und behandelt in einem beliebigen klinischen Setting • Traumafokussierte Interventionen (TF-KVT, Gruppen TF-KVT, EMDR, andere Intervention mit Fokus auf PTB-Symptome)	• Traumafokussierte KVT (TF-KVT) • Traumafokussierte Gruppen-KVT • EMDR • Andere psychologische Intervention, die auf PTB-Symptome ausgelegt ist Verglichen mit: Warteliste, TAU, anderer psychologischer Intervention	• PTB-Symptome • Lebensqualität • Komorbide Psychosen • Depressive Symptome • Angstsymptome • Unerwünschte Nebeneffekte • Abbruch der Studie • Zufriedenheit und Akzeptanz der Behandlung • Gesundheitsökonomische Outcomes	1. Inkludierte Studien: $k = 8$ Artikel in qualitative Analyse, $k = 4$ Studien in quantitative Synthese 2. Ergebnisse: TF-KVT vs WL/ TAU ($n = 4$ Studien): • PTB-Symptome (clinician rated CAPS)¹: $MD = 13.5$, 95%-KI [-4.09, 30.39], $n = 1$ Studie • PTB-Symptome (Selbstauskunft PTCI)¹: $MD = -5.45$, 95%-KI [-33.61, 22.7], $n = 3$ Studien • Lebensqualität²: $MD = -3$, 95%-KI [-8.26, 2.26], $n = 1$ Studie • Funktionnniveau²: $MD = 0.8$, 95%-KI [-4.61, 6.21], $n = 1$ Studie • Komorbiditäten gesamt¹: $MD = 1$, 95%-KI [-9.96, 11.96], $n = 1$ Studie • Auch keine signifikante Überlegenheit hinsichtlich positiver psychotischer Symptome, negative psychotische Symptome, Halluzinationen, Wahn, Angstsymptome und Depressionssymptome EMDR vs. WL ($n = 1$ Studie) • PTB-Symptome (clinician rated CAPS)¹: $MD = 15.32$, 95%-KI [-25.99, -4.65], $n = 1$ Studie • PTB-Symptome (Selbstauskunft PTCI)¹: $MD = -23.27$, 95%-KI [-38.5, -8.04], $n = 1$ Studie TF-KVT vs. EMDR ($n = 1$ Studie)	Low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (14) Publikationsbias nicht untersucht/diskutiert	Mueser et al. (2008) Mueser et al. (2015) Steel et al. (2010) Van den Berg et al. (2015)

	Ausschlusskriterien: ● Quasi-randomisierte Studien Erläuterung: ¹ Definition anhand von 3 Dimensionen: 1) nicht-organische psychotische Störung; 2) Behandlungsdauer von zwei Jahren oder mehr und 3) Einschränkung, die zu Beeinträchtigungen der sozialen und beruflichen Funktion führt			● Keine signifikanten Unterschiede in den Outcomes PTBS, Remissionsrate <i>Anm.:</i> ¹negative (positive) MD spricht für die psychologische Intervention (Vergleichsgruppe) des jeweiligen Vergleichs ²positive (negative) MD spricht für die psychologische Intervention (Vergleichsgruppe) des jeweiligen Vergleichs		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Slotema et al., 2020 DOI: 10.1080/20008198.2020.1796188 Psychotherapy for Posttraumatic Stress disorder in Patients with Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis of Its Efficacy and Safety	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Medline, Pre-Medline, EMBASE (2) Google Scholar, um die Zitationen der inkludierten Studien zu überprüfen (3) Handsuche der Referenzlisten relevanter Publikationen und zentraler systematischer Reviews Suchzeitraum: Bis 06/2020 Einschlusskriterien: - Teilnehmende mit aktuell vorliegender PTBS nach DSM-IV oder DSM-5 - Teilnehmende mit vorliegender Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV oder DSM-5 - Ergebnismessungen, die den Schweregrad der PTB-Symptome unter Verwendung eines validierten Instruments (Selbstbericht oder strukturiertes klinisches Interview) bewerten	Psychotherapie (in alle Studien), davon: - Prolonged Exposure (PE): $n = 5$ (drei in Kombination mit DBT) - Dialektisch-behaviorale Therapie & traumafokussierte Interventionen (DBT + tf): $n = 2$ - Kognitive Verhaltenstherapie (KVT): $n = 3$ - Cognitive processing therapy (CPT): $n = 2$ - Narrative Exposure Therapy (NET): $n = 2$ - EMDR: $n = 1$ - Interpersonelle Gruppentherapie: $n = 1$ - EMDR + PE + physisches Training + Psychoedukation: $n = 1$ Komorbidität: 14/17 Studien untersuchten Patient:innen mit BPS	- PTB-Symptome - Depressionssymptome - Angstsymptome - Borderline Symptome - PTB-Symptome in Patient:innen mit BPS - PTB-Symptomen bei Follow-up (Mind. drei Monate)	1. Inkludierte Studien: Systematic Review: 17 (davon RCTs: acht) Metaanalyse: 14 (davon RCTs: vier, ursprünglich sechs, aber zwei davon wurden von den Autor:innen nicht als RCTs gewertet) 2. Ergebnisse: Review: 14/17 Studien berichten eine statistisch signifikante Reduktion der PTB-Symptomstärke Metanalysen: - RCTs vs. alle Studien zeigen signifikant geringere Hedges gs für die Reduktion von PTB- und Angstsymptomen Alle Studien: - PTBS: $g = 1.04$, $Z = 6.75$, $p < .001$ ($k = 14$) - Depressivität: $g = 0.73$, $Z = 3.85$, $p < .001$ ($k = 9$) - Angstsymptome: $g = 0.48$, $Z = 2.48$, $p = 0.013$ ($k = 5$) - Borderlinesymptome: 0.52, $Z = 2.87$, $p = 0.004$ ($k = 7$) - PTBS Patient:innen BPD: $g = 1.04$, $Z = 5.94$, $p < .001$ ($k = 13$) - PTBS nach drei Monaten: $g = 0.98$, $Z = 4.61$, $p < .001$ ($k = 9$)	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Aus-schlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (12) Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (13) RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert	Bohus et al. (2013) Harned et al. (2014) Kredlow et al. (2017) Feeny et al. (2002) Walter et al. (2012) Harned et al. (2012) Pabst et al. (2014) Steuwe et al. (2016) Holder et al. (2017) Meyers et al. (2017) Slotema et al. (2019) Steil et al. (2018) De Jongh et al. (2020) Cloitre & Koenen (2001) Hembree et al. (2004) Clarke et al. (2008)

	• Studiendesign: randomisiert kontrolliert, nicht-randomisiert oder unkontrolliert • Bei RCTs: eine Kontrollbedingung, die keine PTBS-Behandlung umfasst • Mind. Vor- und Nachbehandlungsbewertung • Englischsprachig • Veröffentlicht in einer peer-reviewed Zeitschrift • Ausreichend Daten für die Berechnung standardisierter Effektgrößen Ausschlusskriterien: • Keine ausreichenden Daten zur Berechnung standardisierter Effektgrößen führt zum Ausschluss aus der Metaanalyse, nicht aber aus dem qualitativen Review			Nur RCTs: • PTBS: $g = 0.54$, $Z = 3.17$, $p = .002$ ($k = 4$) • Depressivität: $g = 0.64$, $Z = 1.72$, signifikant ($k = 4$) • Angstsymptome: nicht signifikant ($g = 0.17$, $k = 3$) • Borderlinesymptome: nicht signifikant ($g = .43$, $k = 3$) • PTBS Patient:innen BPS: $g = 0.54$, $Z = 3.17$, $p = .002$ ($k = 4$) • PTBS nach 3 Monaten: $g = 0.82$, $Z = 3.19$, $p = .001$ ($k = 4$)		

Primärevidenz

N = 6 inkludierte Studien

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen Insgesamt	Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
Angelakis et al., 2020 DOI: 10.1016/j.janxdis.2020.102324 Comorbid Post-traumatic Stress disorder and Major Depressive Disorder: The Usefulness of a Sequential Treatment Approach within a Randomised Design Studientyp: RCT	Anzahl der Patient:innen: 53 (davon 48 Frauen) - Andere psychotherapeutische Interventionen z. B. Selbsthilfegruppen dürfen beibehalten werden, wenn sich diese nicht speziell an PTBS richten Einschlusskriterien: - Mind. 16 Jahre alt - Erfüllen die Kriterien für PTBS und Major Depression - Trauma liegt mind. einen Monat zurück - Falls Medikation eingenommen wird, dann stabile Dosis (mind. vier Wochen) - Bei vorliegendem Substanzmissbrauch: Zustimmung, den Gebrauch für den Behandlungszeitraum auf ein Minimum zu reduzieren oder ganz zu stoppen Ausschlusskriterien: - Analphabetismus - Aktuelle unkontrollierte Psychose - Schweres Schädel-Hirn-Trauma - Aktive Selbstmordabsicht - Aktuelle Substanz- oder Alkoholabhängigkeit, die vorrangige Aufmerksamkeit erfordert - Sind einem erheblichen Schadensrisiko	Dropout (< 12 Sitzungen absolviert) bei - CPT, dann Verhaltensaktivierungstherapie: 29 % - Nur CPT: 56 % - Verhaltensaktivierungstherapie, dann CPT: 53 %	Drei Behandlungsgruppen (1) Cognitive Processing Therapy (CPT), dann Verhaltensaktivierungstherapie für Depressionen - Fünf Sitzungen á 60 Min. Verhaltensaktivierungstherapie, gefolgt von zehn Sitzungen CPT (2) Verhaltensaktivierungstherapie, dann CPT - Zehn Sitzungen CPT gefolgt von fünf Sitzungen	(3) Nur CPT - Mind. 12 Sitzungen á 60 Min. - Bis zu drei zusätzliche Sitzungen bei Bedarf - Durchführung nach Manual	Primäre Zielgrößen: - PTB-Symptome (CAP, PCL) - Depressionssymptome (MINI, DASS-21) Nicht PICO-relevante, sekundäre Zielgrößen: - Posttraumatische Kognitionen (PTCI) - Reaktionsstil (RRS) - Stressbezogenes Grübeln (SRRS) - Emotionale Taubheit (Teile des CAPS, TAS)	Effektgrößen je Behandlung: - Alle drei Gruppen zeigten eine Reduktion in PTB-Symptome nach der Behandlung (1) CAPS: $d = 2.67$, HDI ₉₅ ¹ [1.56, 3.83] (2) CAPS: $d = 1.94$, HDI ₉₅ [1.11, 2.80] (3) CAPS: $d = 1.88$, HDI ₉₅ [1.13, 2.65] (Prob ² . = 1 für alle drei) - Alle drei Gruppen zeigen signifikante Reduktion der Depressionssymptome Paarweise Vergleiche (Effektgrößenunterschiede): (1) vs. (3)	RoB 2 Rating (1) Bias arising from the randomization process: Low (2) Bias due to deviations from intended interventions: Low (3) Bias due to missing outcome data: Some concerns (4) Bias in measurement of the outcome: Low (5) Bias in selection of the reported result: Some concerns (6) Overall risk of bias rating: Some concerns

¹ 95 % highest density intervals (HDI) gibt den Bereich an, in dem sich die 95 % wahrscheinlichsten Werte der Effektgröße befinden, basierend auf der beobachteten Verteilung der Daten

² Posterior Probability, ist die Wahrscheinlichkeit, dass der wahre Wert der Effektgröße eine bedeutende Größe hat, basierend auf den beobachteten Daten und den vorherigen Annahmen

	ausgesetzt (z. B. durch eine missbräuchliche Beziehung		Verhaltensaktivierungstherapie	CPT hier: • Abwandlung des Protokolls notwendig, da nur zehn Sitzungen angeboten werden • Ersten sechs Sitzungen keine Änderung (je 60 Min.) • 7. Bis 10. Sitzung je 90 Minuten lang (zwei Themen pro Sitzung)			• Vor- zu Nachbehandlung (CAPS): 0.78, 95%-HDI [-0.18, 1.91], Prob. = 0.88 • Vor- zu Nachbehandlung (PCL): .99, HDI₉₅ [-0.03, 1.97], Prob. = 0.96 • Vorbehandlung – 6-Monats-Follow-up (CAPS): 0.67, HDI₉₅ [-0.23, 1.72], Prob. = .85 (2) vs. (3) • Vor- zu Nachbehandlung (CAPS): 0.06 HDI₉₅ [-0.83, 0.96], Prob. = 0.44 • Vor- zu Nachbehandlung (PCL): -0.18, HDI₉₅ [-1.02, 0.66], Prob. = 0.57 • Vorbehandlung – 6-Monats-Follow-up (CAPS): 0.36 HDI₉₅ [-0.46, 1.29], Prob. = 0.69 • Vorbehandlung – 6-Monats-Follow-up (PCL): -0.22, HDI₉₅ [-1.15, 0.69], Prob. = 0.60 → Beide Kombinationen aus CPT und Verhaltensaktivierungstherapie sind nur CPT überlegen	
	Pro Arm							
	Interventionsgruppe: • Verhaltensaktivierungstherapie, dann CPT: n = 18 • CPT, dann Verhaltensaktivierungstherapie: n = 17	Kontrollgruppe: n = 18						
							(1) vs. (2)	

						• Vor- zu Nachbehandlung (CAPS): $d = 0.73$, $HDI_{95} [-0.25, 1.92]$, $Prob. = .85$ • Vor- zu Nachbehandlung (PCL): $d = 1.17$, $HDI_{95} [0.05, 2.21]$, $Prob. = .98$ → CPT, dann Verhaltensaktivierungstherapie zeigt bessere Ergebnisse als die anderen beiden Gruppen Remission für PTBS und Depression (6-Monats-Follow-up): (1) 49 % (95%-KI [0.26, 0.73]) (2) 11 % (95%-KI [0.01, 0.29]) (3) 18 % (95%-KI [0.03, 0.38])	

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen Insgesamt	Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
Bohus et al., 2020 DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2020.2148 Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (DBT-PTSD) Compared With Cognitive Processing Therapy (CPT) in Complex Presentations of PTSD in Women Survivors of Childhood Abuse A Randomized Clinical Trial Studientyp: RCT	Anzahl der Patient:innen: 193 randomisiert Einschlusskriterien: • Weibliches biologisches Geschlecht und Geschlechtsidentität • 18 bis 65 Jahre alt • Diagnose PTBS nach DSM-5 • Sexueller oder körperlicher Missbrauch vor dem 18. Lebensjahr • Mindestens drei Kriterien für eine Borderline Persönlichkeitsstörung sind erfüllt, inklusive des Kriteriums affektive Instabilität • Teilnehmende stehen für mindestens ein Jahr zur Verfügung Ausschlusskriterien: • Aktuelle oder vorangegangene Diagnose: Borderline Persönlichkeitsstörung, Bipolar I, geistige Behinderung • Aktuelle schwere Psychopathologie, die unverzüglich behandlungsbedürftig sind (z. B. Body mass index < 16.5) • Lebensgefährdender Suizidversuch in den letzten zwei Monaten • Aktuelle Substanzabhängigkeit (Konsum innerhalb der letzten zwei Monate) • Expositionstherapie ist medizinische Kontraindikation • Höchst instabile Lebenssituation (z. B. Obdachlosigkeit) • Erhielten KVT und DBT-PTSD innerhalb des letzten Jahres (Selbstverletzung, Suizidalität, Hochrisikoverhalten sind kein Ausschlussgrund)	Gesamt: $n = 62$ (32 %) Interventionsgruppe/ DBT-PTBS: 25 Kontrollgruppe/ CBT: 37	Dialektisch-Behaviorale Therapie für PTBS (DBT-PTBS) Nach standardisiertem Protokoll für das Vorgehen	Cognitiv-processing-Therapie (CPT)	Primäre Zielgröße(n): • CAPS-5 Score 15 Monate nach Randomisierung (PTB-Symptome) PICO-relevant sekundäre Zielgröße(n): • PTSD-Checkliste für DSM-5 • Beck Depression Inventory-II (Depressivität) • Dissociation Tension Scale mit den Subskalen Dauer und Intensität (Dissoziative Symptome) • Global Assessment of Functioning (Globales Funktionsniveau)	ITT-Analyse CAPS-5 Score • Signifikante Verbesserung in beiden Gruppen (DBT-PTSD: $d = 1.35$, CPT: $d = 0.98$) • Durchschnittliche Veränderung war bei DBT-PTBS größer als bei CPT (schwacher Effekt $d = 0.33$) • Prozentsatz von Patient:innen, die eine frühe Remission erreichten, war bei CPT signifikant größer als bei CBT-PTBS • Das gemischte lineare Modell zeigt einen steileren Anstieg linearer Verbesserungen bei DBT-PTBS ($\beta_{11} 0.93 \pm 0.47$) • Der ausgeprägtere Rückgang in der DBT-PTBS-Gruppe ist auf folgendes zurückzuführen: (1) Höhere Prozentsatz symptomatischer Remission	RoB 2 Rating (1) Bias arising from the randomization process: Low (2) Bias due to deviations from intended interventions: Low (3) Bias due to missing outcome data: Some concerns (4) Bias in measurement of the outcome: Low (5) Bias in selection of the reported result: Low (6) Overall risk of bias rating: Some concerns

	Pro Arm						
	Interventions- gruppe: $n = 98$	Kontrollgruppe: $n = 95$					
				Bestandteile: Individualtherapie, Hausaufgaben und telefonische Kontaktmöglichkeit falls nötig, • 45 wöchentliche Sitzungen über ein Jahr • Boosterphase: drei monatliche Sitzungen		(2) Reliable Verbesserung (3) Reliable Genesung Sekundäre Zielgrößen: PTBS Checkliste für DSM-5 • Verbesserung in beiden Gruppen, DBT-PTSD: $d = 1.55$; CPT: $d = 0.90$ • Veränderung in DBT-PTBS-Gruppe größer als in CPT-Gruppe: between-group effect size $d = 0.57$ Dissoziative Symptome: • Dauer: signifikante Reduktion in beiden Gruppen • Intensität: signifikante Reduktion nur bei DBT-PTBS Depressivität: • Große Verbesserung bei DBT-PTSD ($d = 0.98$) • Mittelgroße Verbesserung für CPT ($d = 0.48$) • Signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ($d = 0.32$)	

						- Die group x time Interaktion im gemischten linearen Modell war nicht signifikant Globales Funktionsniveau: - Mittelgroße Verbesserungen (DBT-PTSD: $d = 0.67$, CPT: $d = 0.51$)	

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen		Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt							
Haynes et al., 2020 DOI: 10.1016/j.jad.2020.09.009 Cognitive Behavioral Social Rhythm Group Therapy Versus Present Centered Group Therapy for Veterans with Posttraumatic Stress Disorder and Major Depressive Disorder: A Randomized Controlled Pilot Trial Studientyp: RCT	Anzahl der Patient:innen: 43 (männliche Veteranen) Einschlusskriterien: - PTBS nach DSM-IV-TR: Clinician Administered PTSD Scale mind. 40 - Major Depression (DSM-IV): Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) mind. 15 - Trauma mit 18 Jahren oder später - Clinician Administered PTSD Scale: mind. 40 - Schlafstörungen oder Störungen der täglichen Routine: positive DSM-IV-TR-Diagnose von primärer Insomnie, Insomnie im Zusammenhang mit PTBS oder Alpträumen (ohne Ausschluss von PTBS) oder erhebliche Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit aufgrund von Variabilität in ihrem Alltag Ausschlusskriterien: - Vorliegen von Komorbiditäten, die wahrscheinlich die Gruppenbehandlung beeinträchtigen (Aktuelle psychotische Erkrankung, vergangene/ aktuelle bipolare Störung, Substanzmissbrauch oder Substanzabhängigkeit)		CBSRT: 14 % PCT: 27 %	Cognitive Behavioral Social Rhythm Group Therapy (CBSRT)	Gegenwartszentrierte Therapie (PCT)	Primäre Zielgrößen ☑ PTB-Symptome (CAPS) ☑ Depressionssymptome (HAM-D) Sekundäre Zielgrößen: ☑ PTB-Symptome (PCL-M) ☑ Depressivität (IDS-SR) Nicht PICO-relevante Zielgrößen: - Schlaf - Durchführbarkeit - Messung täglicher Aktivität/ Messzeitpunkte: - Baseline - Während Behandlung - Post-Treatment 3-Monats-Follow-up 6-Monats-Follow-up	Machbarkeit: - Anwesenheit bei mind. neun von 12 Sitzungen: 64 % bei PCT, 86 % bei CBSRT PTB-Symptome: - Keine signifikanten Unterschiede in der Veränderung der Symptome (CAPS und PCL-M) - Signifikanter Haupteffekt Zeit - Klinisch bedeutsame Symptomreduktion (mind. 10 Punkte im CAPS) bei 27 % (PCT) bzw. 43 % (CBSRT) - Effektgröße für CAPS-Rating (within, korrigiert) $ES_{RMC} = 0.29$ für CBSRT, $ES_{RMC} = 0.06$ für PCT) Depressivität: - Keine signifikanten Unterschiede in der Veränderung der Symptome (HAM-D und IDS-SR) - Signifikanter Haupteffekt Zeit	RoB 2 Rating (1) Bias arising from the randomization process: high (2) Bias due to deviations from intended interventions: low (3) Bias due to missing outcome data: some concerns (4) Bias in measurement of the outcome: low (5) Bias in selection of the reported result: some concerns (6) Overall risk of bias rating: high
		Pro Arm		- Wöchentlich - Gruppensetting - Für 12 Wochen - Je zwei Stunden				
		Interventionsgruppe: $n = 21$ Kontrollgruppe: $n = 22$						

						• Klinisch bedeutende Symptomreduktion (mind. 50 % Reduktion in HAM-D) bei 14 % (PCT) bzw. 29 % (CBSRT) Weitere: • Steigender Social rhythm metric (SRM) Index war assoziiert mit sinkendem HAM-D Rating	

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt						
Kleindienst et al., 2021 DOI: 10.1037/ccp0000687 Treating Adults With a Dual Diagnosis of Borderline Personality Disorder and Posttraumatic Stress Disorder Related to Childhood Abuse: Results From a Randomized Clinical Trial Studientyp: RCT	Anzahl der Patient:innen: 93 (nur Frauen) Subgruppenanalyse aus Bohus et al. (2020) Einschlusskriterien Bohus et al. (2020): • Weibliches biologisches Geschlecht und Geschlechtsidentität • 18 bis 65 Jahre alt • Diagnose PTBS nach DSM-5 • Sexueller oder körperlicher Missbrauch vor dem 18. Lebensjahr • Mind. drei Kriterien für eine Borderline Persönlichkeitsstörung sind erfüllt, inklusive des Kriteriums affektive Instabilität • Teilnehmende stehen für mind. ein Jahr zur Verfügung Zusätzliche Einschlusskriterium für diese Subgruppenanalyse • Vorliegen beider Diagnosen (PTBS und Borderline Persönlichkeitsstörung) Ausschlusskriterien Bohus et al. (2020): • Aktuelle oder vorangegangene Diagnose: Schizophrenie, Bipolar I, geistige Behinderung • Aktuelle schwere Psychopathologie, die unverzüglich behandlungsbedürftig sind (z. B. Body-Mass-Index < 16.5) • Lebensgefährdender Suizidversuch in den letzten zwei Monaten • Aktuelle Substanzabhängigkeit (Konsum innerhalb der letzten zwei Monate) • Expositionstherapie ist medizinisch kontraindiziert • Höchst instabile Lebenssituation (z.B. Obdachlosigkeit) • Erhielten KVT und DBT-PTBS innerhalb	• Gesamt: 41.9 % • DBT-PTBS: 32.6 % • CPT 50.0 %	Dialektisch-Behaviorale Therapie für PTBS (DBT-PTBS)	Cognitiv-processing-Therapy (CPT) Ablauf: • Vier Sitzungen (Anamnese, Aufbau therapeutische Beziehung, Notfallpläne für Krisen) • 12 Sitzungen nach CPT-Protokoll • 29 weitere Sitzungen, individuell Themenauswahl je Patient:in (am CPT-Manual orientiert)	Primäre Zielgrößen: • PTB-Symptome (CAPS-5, PCL-5) • Borderline-Symptome (BSL-23) Sekundäre Zielgrößen: • Dissoziationen (DSS-7) • Depressionssymptome (BDI-II) • Globales Funktionsniveau (GAF) • Remission (frühe Remission oder Diagnosekriterien für eine PTBS sind nach der Behandlung nicht mehr erfüllt) Nicht PICO-relevante Zielgrößen: • Maladaptives Verhalten wie nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten	Prä-Post-Vergleich: Signifikante Reduktion der PTB- und Borderlinesymptome in beiden Gruppen • PTB-Symptome $d = 1.20$, 95%-KI [0.80, 1.58] bei DBT-PTBS • PTB-Symptome $d = 0.90$, 95%-KI [0.57, 1.22] bei CPT Zwischengruppenvergleich: • DBT-PTBS überlegen hinsichtlich der Symptomreduktion von PTB-, Borderline-Symptomen und Dissoziationen • Kein signifikanter Unterschied hinsichtlich Depressionssymptome, globales Funktionsniveau und Remission Bohus et al. (2020): Übereinstimmend mit den Ergebnissen aus Bohus et al. (2020), in der DBT-PTBS der CPT überlegen war	RoB 2 Rating (1) Bias arising from the randomization process: low (2) Bias due to deviations from intended interventions: low (3) Bias due to missing outcome data: Some concerns (4) Bias in measurement of the outcome: low (5) Bias in selection of the reported result: Some concerns (6) Overall risk of bias rating: Some concerns

	des letzten Jahres							
	Pro Arm			Bestandteile: Individualtherapie, Hausaufgaben und telefonische Kontaktmöglichkeit falls nötig,				
	Interventionsgruppe: <i>n</i> = 43	Kontrollgruppe: <i>n</i> = 50		• 45 wöchentliche Sitzungen über ein Jahr • Boosterphase: drei monatliche Sitzungen				

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen		Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt							
Steuwe et al., 2021 DOI: 10.3389/fpsy.2021.765348 Narrative Exposure Therapy in Patients with Post-traumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder in a Naturalistic Residential Setting: A Randomized Controlled Trial Studientyp: RCT	Anzahl der Patient:innen: 60 Einschlusskriterien: • Geschlecht: weiblich • Alter zwischen 18 und 65 Jahren • Diagnose Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS) und PTBS nach DSM-IV-TR sind erfüllt • Mind. 50 Punkte im CAPS • Mind. eine erfolglose vorangegangene ambulante Behandlung für BPS Ausschlusskriterien: • Zweifel an der Einwilligungs- und Vertragsfähigkeit • Schwangerschaft • Stillen • Vorangegangene Diagnose Schizophrenie • BMI < 16.5 • Aktueller Substanzmissbrauch • Suizidversuch innerhalb der letzten zwei Monate vor der Aufnahme • Anhaltender Kontakt zwischen Täter und Opfer • DBT oder expositionsbasierte Therapie innerhalb der letzten 12 Monate		Insgesamt 17 Personen (DBT: 13 Personen, NET: fünf Personen)	Narrative Exposure Therapy (NET) • Wöchentliche Sitzungen à 50 Min. vor und nach der Expositionsphase • Während der Expositionsphase zwei Sitzungen pro Woche à 90 Min. • 17 Sitzungen	Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) • Zehn Einzelsitzungen à 50 Min. (wöchentlich) • Wöchentliche Gruppenbehandlung (180 Min. Skilltraining, 45 Min. Achtsamkeitsübungen und Psychoedukation für BPS und patientengeführte Selbsthilfegruppe)	Primäre Zielgrößen: • PTB-Symptomstärke (CAPS, PDS) • Schweregrad der BPS (SCID-II) Sekundäre Zielgrößen: • Selbsteinschätzung von Psychopathologie und sozialem Funktionieren (PDS) • Dissoziationen (DES) • Depressivität (BDI-II) • Generelle psychiatrische Symptomatik (SCL-90-R) • Lebensqualität (WHOQOL)	PTB-Symptome: • Signifikante Reduktion über die Zeit • Keine Interaktion zwischen Zeit und Behandlung gefunden, d. h. keine Unterschiede zwischen den Gruppen über die Zeit hinweg hinsichtlich des Behandlungseffekts • Prä-Post-Vergleich (CAPS): Große Effektstärke für beide Bedingungen (NET: $g = 1.2$, DBT: $g = 1.3$) • Prä-Post-Vergleich (CAPS) bei 6 Monaten Follow-up: große Effektstärke für NET ($g = 1.0$) und moderate Effektstärke für DBT ($g = 0.8$) Weiteres: Signifikanter Unterschied der Behandlungsabschlussraten (NET: 82.8%, DBT: 55.2%) Reliable change bei 12-Monats-Follow-up: Unterschied nicht signifikant	RoB 2 Rating (1) Bias arising from the randomization process: Some concerns (2) Bias due to deviations from intended interventions: Low (3) Bias due to missing outcome data: High (4) Bias in measurement of the outcome: Low (5) Bias in selection of the reported result: Some concerns (6) Overall risk of bias rating: High
	Pro Arm			• Zehn Wochen • Stationäre Behandlung				
	Interventionsgruppe: $n = 30$	Kontrollgruppe: $n = 30$						

						(NET: 50 %, DBT: 37.5 %)	

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen		Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt							
Wilhelmus et al., 2023 DOI: 10.1016/j.jbtep.2023.101834 Adding EMDR for PTSD at the Onset of Treatment of Borderline Personality Disorder: A Pilot Study Studientyp: Beobachtungsstudie	Anzahl der Patient:innen: 12 - Durchführung in einem ambulanten Behandlungszentrum, das spezialisiert ist, auf Personen mit Persönlichkeitsstörungen Einschlusskriterien: - Über 18 Jahre alt - Diagnose BPS nach DSM-IV Achse II, festgestellt mit SCID-II - Diagnose PTBS, festgestellt mit CAPS-5 Ausschlusskriterien: - IQ unter 75 - Sprechen und Verstehen kein Niederländisch		25 %	EMDR + TAU TAU für BPS + acht wöchentliche EMDR-Sitzungen (je 90 Min.) EMDR: acht Wochen	TAU	Primäre Zielgröße: - PTB-Symptome (PCL-5) Sekundäre Zielgrößen - Weitere Psychopathologie und unerwünschte Ereignisse (KKL) - Funktionsniveau und grundsätzliche mentale Gesundheit (SDS) Wöchentliche Testungen	PTB-Symptome - Haupteffekte für die EMDR-Phase (B = -18,77, p < .0001) und die Nachuntersuchungsphase (B = -32.71, p < .0001) - Signifikanter Zeiteffekt innerhalb der EMDR-Phase (B = -5.84, p < .0001) - Innerhalb der EMDR-Phase durchschnittlicher Rückgang von PTB-Symptomen von 5.84 (PCL-5) Punkten von einer Sitzung zur nächsten Sekundäre Zielgrößen: - KKL: Signifikanter Haupteffet der EMDR-Phase (B = -6.71, p = .005), die Nachuntersuchungsphase (B = -10.01, p = .01) sowie Zeiteffekt während der EMDR-Phase (B = -1.42, p = .01)	ROBINS-I Rating (1) Bias due to confounding: Low (2) Bias in selection of participants into the study: Low (3) Bias in classification of interventions: Low (4) Risk of bias due to deviations from intended intervention: Low (5) Risk of bias due to missing data: Moderate (6) Risk of bias in measurement of the outcome: Moderate (7) Risk of bias in selection of the reported results: Moderate (8) Overall risk of bias rating: Moderate
	Pro Arm							
	Interventionsgruppe: n = 12	Kontrollgruppe: n = 12		- TAU ist Baseline, EMDR + TAU die Experimentalphase - Teilnehmende wurde randomisiert, ob nach zwei, vier oder sechs Wochen EMDR zusätzlich zu TAU beginnt - Gesamtlänge 14 Wochen 15 Sitzungen TAU TAU: - Entsprechend der Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders - Erlaubt keine Verwendung von evidenzbasierten Methoden, die zur Reduktion von PTB-Symptomen dienen - Therapeut:in entscheidet, welche Interventionen angewendet werden				

						• Einfluss von genereller Psychopathologie auf alltägliche Ereignisse (SDS): signifikanter Effekt der EMDR-Phase ($B = -1.27$, $p = .01$), der Nachuntersuchungsphase ($B = -3.19$, $p < .001$) und der Zeit während der EMDR-Phase ($B = -0.44$, $p < .001$) und während Nachuntersuchung ($B = -0.89$, $p = .01$) • Für den negativen Einfluss auf das soziale Funktionsniveau zeigt sich ein signifikanter Haupteffekt für EMDR-Phase ($B = -2.10$, $p = .001$, Nachuntersuchungsphase ($B = -2.92$, $p = 0.002$) und ein signifikanter Zeiteffekt innerhalb der EMDR-Phase ($B = -0.32$, $p = .047$)	

PICO 2, 3 & 4

Aggregierte Evidenz

N = 0 inkludierte Studien

Primärevidenz

N = 0 inkludierte Studien

Behandlung von älteren Personen

PICO 1

Aggregierte Evidenz

N = 0 inkludierte Studien

Primärevidenz

N = 9 inkludierte Studien

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen		Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt							
Bichescu et al., 2007 DOI: 10.1016/j.brat.2006.12.006 Narrative exposure therapy for political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression Studientyp: RCT	Anzahl der Patient:innen: 18 Einschlusskriterien: - Politisch Verfolgte (Teilnehmer der Bichescu et al. (2005) Studie) mit Volldiagnose einer PTBS ohne kognitive Einschränkungen Ausschlusskriterien: - Keine genannt		Kein Drop-out	Eine Sitzung Psychoedukation + fünf Sitzungen NET	Eine Sitzung Psychoedukation	Primäre Zielgröße(n): PTB-Symptome Sekundäre Zielgröße(n): Depressionssymptome	- PTBS-Remission bei 5/9 Patient:innen der Experimentalgruppe und 1/9 in der Kontrollgruppe - Signifikante Zeit-Gruppen Interaktionseffekte: Stärkere Symptomverbesserung für PTB-Symptome (Allgemein, Vermeidung und Arousal, jedoch nicht für Wiedererleben) und Depressionssymptome in der Experimentalgruppe (PTB-Symptome allgemein: $\eta^2 = 0.60$; Depression: $\eta^2 = 0.35$) - Within-Effekte: PTBS Experimentalgruppe: $\bar{pr\ddot{a}} = 11.8$, $\bar{post} = 5.4$,	RoB 2 Rating (1) Bias arising from the randomization process: Some concerns (2) Bias due to deviations from intended interventions: High (3) Bias due to missing outcome data: Low (4) Bias in measurement of the outcome: Some concerns (5) Bias in selection of the reported result: Some concerns (6) Overall risk of bias rating: High
	Pro Arm			Post-Messung: Sechs Monate nach Behandlungsende				
	Experimentalgruppe: 9 Patient:innen	Kontrollgruppe: 9 Patient:innen						

						$d = 3.15$; Kontrollgruppe: $prä = 11.4$, $post = 9.9$, $d = 0.31$ • Within-Effekte: Depression Experimentalgruppe: $prä = 15.8$, $post = 5.8$, $d = 0.97$; Kontrollgruppe: $prä = 17.0$, $post = 15.3$, $d = 0.21$	

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen		Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt							
Delrue et al., 2021 DOI: 10.1016/j.en-cep.2020.05.016 Cognitive treatment of post-traumatic stress disorder in the elderly. A longitudinal study Studientyp: Non-randomized control trial	Anzahl der Patient:innen: 32 Einschlusskriterien: - Fähigkeit, informierte Einwilligung zur Studie zu geben (keine oder nur leichte kognitive Störung) - Zustimmung zur Beibehaltung der psychiatrischen Behandlung für die Studiendauer in Absprache mit dem behandelnden Arzt - Patienten in der Kontrollgruppe mussten in der Lage sein, weiterhin an den psychologischen und kognitiven Workshops der Einrichtung teilzunehmen und der Teilnahme an wöchentlichen Gesprächen mit dem Psychologen zustimmen Ausschlusskriterien: - Keine genannt		Keine Angabe	KVT, adaptiert für ältere Patienten (20 Sitzungen) + Kognitive Workshops und Gespräche mit dem hausinternen Psychologen	Kognitive Workshops und Gespräche mit dem hausinternen Psychologen	Primäre Zielgröße(n): - PTB-Symptome (CAPS) Sekundäre Zielgröße(n): - Lebensqualität (ADRQL)	PTB-Symptome (posttreatment) - Signifikante Abnahme in der Experimentalgruppe zum Posttreatment unter den Schwellenwert (keine signifikanten Veränderungen in der Kontrollgruppe) - Symptomreduktion (Skalenswerte): Wiedererleben: 26.17, Vermeidung: 23.81. Hyperarousal: 17.94 PTB-Symptome (6-Monats-FU) - Keine signifikanten Veränderungen in beiden Gruppen im Vergleich zum Posttreatment PTB-Symptome (18-Monats-FU) - Keine signifikanten Veränderungen in beiden Gruppen im Vergleich zum Posttreatment Lebensqualität (nur	ROBINS-I Rating (1) Bias due to confounding: Moderate (2) Bias in selection of participants into the study: Low (3) Bias in classification of interventions: Low (4) Risk of bias due to deviations from intended intervention: No information (5) Risk of bias due to missing data: No information (6) Risk of bias in measurement of the outcome: Moderate (7) Risk of bias in selection of the reported results: Moderate (8) Overall risk of bias rating: No information
Pro Arm								
Experimentalgruppe 10 Patient:innen (später noch zusätzlich 6 aus der Kontrollgruppe)	Kontrollgruppe 10 Patient:innen (später noch 6 weitere)							

						Experimentalgruppe) • Signifikante Zunahme der Lebensqualität vom prä- zum Posttreatment (Zunahme um 260.61 Skalenpunkte) • Keine signifikanten Veränderungen zu den Follw-up-Zeitpunkten	

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen		Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt							
Forstmeier et al., 2023 DOI: 10.1002/jts.22933 Effect of Life Review Therapy for Holocaust Survivors: A randomized controlled trial Studientyp: RCT	Anzahl der Patient:innen: 49 Einschlusskriterien: - Holocaust-Überlebende (vor 1945 geboren, Erleben von Verfolgung, Konzentrationslager, sich Verstecken müssen, anderes traumatisches Event während der NS-Zeit) - Vermutliche Diagnose einer vollständig ausgeprägten oder subsyndromalen PTBS, anhaltenden Trauerstörung (ATS) oder Depression Ausschlusskriterien: - Vermutliche Demenz - Akute psychotische Störung - Akute Suizidalität <i>Bemerkung:</i> Von 47 Teilnehmenden haben 24 eine subsyndromale PTBS und 23 eine voll ausgeprägte PTBS		N = 5 Personen (COVID, Schlaganfall)	Life Review Therapie für Holocaustüberlebende (LRT-HS) 20–25 wöchentliche oder zweiwöchige Sitzungen; 3 Module (inklusive Life Review und narrativer Exposition)	„Social Club“: Möglichkeit zur Teilnahme an Aktivitäten wie Filmen, Vorträgen; Kurse in Kunst, Musik, Gedächtnistraining, Gymnastik, und Sprachen	Primäre Zielgröße(n): - PTB-Symptome - Depressionssymptome Sekundäre Zielgröße(n): - ATS-Symptome	Reduktion von PTB-Symptomen - Keine signifikante Überlegenheit der LRT-HS-Gruppe im Vergleich mit der Kontrollgruppe zum Post-Zeitpunkt $B = 5.35, t(75) = 1.46, p = .148$ - Zum Follow-up-Zeitpunkt signifikante Überlegenheit der LRT-HS Gruppe $B = 12.02, t(79) = 2.89, p = .005$ Reduktion von Depressionssymptomen - Signifikante Überlegenheit der LRT-HS Gruppe zum Post-Zeitpunkt, $B = 3.83, t(73) = 2.58, p = .012$, LRT-HS Gruppe zeigte weitere Symptomreduktion, während die Symptome der KG zunahmen - Zum Follow-up-Zeitpunkt keine signifikante Überlegenheit der LRT-HS Gruppe $B = 1.83, t(76) = 1.08, p = .282$	RoB 2 Rating (1) Bias arising from the randomization process: Low (2) Bias due to deviations from intended interventions: Low (3) Bias due to missing outcome data: Some concerns (4) Bias in measurement of the outcome: Low (5) Bias in selection of the reported result: Low (6) Overall risk of bias rating: Some concerns
	Pro Arm							
	Experimentalgruppe: 24 Patient:innen	Kontrollgruppe: 25 Patient:innen		Post-Messung: - Behandlungsende 6-Monats-Follow-up				

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen		Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt							
Gielkens et al., 2021 DOI: 10.3390/jcm10061246 Comparing Intensive Trauma-Focused Treatment Outcome on PTSD Symptom Severity in Older and Younger Adults Studientyp: Non-randomized control trial	Anzahl der Patient:innen: 124 Einschlusskriterien: • Mind. 18 Jahre alt • Diagnose PTBS laut CAPS-5 • Ausreichende Kenntnisse der niederländischen Sprache, um sich einer Behandlung zu unterziehen • Keine Suizidversuche innerhalb der letzten drei Monate vor Behandlungsbeginn Ausschlusskriterien: • Keine genannt		Während der Behandlung • Ältere Patient:innen: 3.9 % • Jüngere Patient:innen: 1.2 %	Ältere Teilnehmende: • Teilnehmende im Alter von 60+ Jahren • Durchschnittsalter: 64.1 Jahre (<i>SD</i> = 4.36, range 60–78 Jahre)	Jünger Teilnehmende: • Jünger als 60 und älter als 18 Jahre • Durchschnittsalter: 39.5 Jahre (<i>SD</i> = 11.32, range 19–58 Jahre)	Primäre Zielgröße(n): • PTB-Symptome (CAPS-5) Sekundäre Zielgröße(n): • Verlust der Diagnose PTBS • Komorbide psychiatrische Störungen	Behandlungseffekt (Prä- zu Postbehandlung) in der Gesamtstichprobe: • Signifikante, Starke Reduktion in CAPS-5 Score (<i>p</i> < .001, <i>partial</i> η^2 = 0.808) • Kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen (<i>p</i> = .639, <i>partial</i> η^2 = 0.002) hinsichtlich PTB-Symptomen Behandlungseffekt (PTB-Symptome), Subgruppenanalyse: • Behandlungseffekt wurde von Posttreatment zu Follow-up aufrechterhalten • Von Post-treatment bis Follow-up kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen • In der Subgruppenanalyse zeigten 77.4 % der jüngeren und 80.6 % der älteren Patient:innen einen Verlust der Diag-	ROBINS-I Rating (1) Bias due to confounding: Low (2) Bias in selection of participants into the study: Low (3) Bias in classification of interventions: Low (4) Risk of bias due to deviations from intended intervention: Low (5) Risk of bias due to missing data: Low (6) Risk of bias in measurement of the outcome: Low (7) Risk of bias in selection of the reported results: No information (8) Overall risk of bias rating: Low
Pro Arm Interventionsgruppe: <i>n</i> = 62 Kontrollgruppe: <i>n</i> = 62		Zweiwöchiges Behandlungsprogramm: • Insgesamt acht Sitzung, geteilt in zweimal vier Tage • Pro Tag: 90 Minuten PE, 90 Minuten EMDR und wechselnden Phasen von körperlicher Aktivität und Gruppenpsychoedukation • Ablauf: vier Behandlungstage mit Übernachtung, drei Tage zuhause, vier Behandlungstage mit Übernachtung						

						nose PTBS (Unterschied nicht signifikant) bei Post-treatment • In der Subgruppenanalyse zeigten 87.1 % der jüngeren und 77.4 % der älteren Patient:innen einen Verlust der PTBS Diagnose (Unterschied nicht signifikant) beim sechs-Monats-Follow-up	

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen		Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt							
Gielkens et al., 2022 DOI: 10.1037/tra0001402 The Feasibility of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for Older Adults With Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) and Comorbid Psychiatric and Somatic Disorders Studientyp: Beobachtungsstudie	Anzahl der Patient:innen: N = 30 Einschlusskriterien: • Mind. 60 Jahre alt • Diagnose PTBS nach CAPS-5 • Ausreichende Kenntnisse der niederländischen Sprache • Informierte Zustimmung • Es liegt keine komorbide psychische Störung vor, die anstelle einer PTBS den Schwerpunkt der Behandlung erfordern, z. B. schwere kognitive Störungen, psychotische Störungen Ausschlusskriterien: • Keine genannt		fünf Personen (17 %)	EMDR • 60 Minuten • Wöchentlich + drei zusätzliche Sitzungen Psychoedukation und Konzeptualisierung zu Beginn Behandlungsende: Diagnose PTBS nicht mehr erfüllt oder spätestens nach neun Monaten (Testung alle drei Monate)		Primäre Zielgröße(n): • PTB-Symptome (CAPS-5) • PTB-Symptome Selbstbericht (PSS-SR) Sekundäre Zielgröße(n): • Remissionsrate • Verlust der Diagnose PTBS • Komorbide psychiatrische Störungen (MINI, SCID II) • Vorhandensein und Stärke psychologischer Symptome (BSI)	PTB-Symptome (Prä- zu Post-Treatment) • CAPS-5: Signifikante und starker Behandlungseffekt der Zeit, $d = 2.59$ • PSS-SR: Signifikanter und starker Behandlungseffekt der Zeit, $d = 1.60$ Verlust der Diagnose • CAPS-5: bei 80 % • PSS-SR: bei 79.2 % • Keine Korrelation zwischen Verlust der PTBS-Diagnose und Anzahl an psychiatrischen und/oder somatischen Komorbiditäten sowie Anzahl an Traumata und traumatischen Kindheitserlebnissen Remissionsrate (Remission: Verlust der Diagnose + einen Testwert unter zwölf (CAPS-5) bzw. unter elf (PSS-SR) Punkten) • CAPS-5: 52 % • PSS-SR: 37.5 % • Signifikant korreliert mit Anzahl der traumatischen	ROBINS-I Rating (1) Bias due to confounding: Low (2) Bias in selection of participants into the study: No information (3) Bias in classification of interventions: Low (4) Risk of bias due to deviations from intended intervention: Low (5) Risk of bias due to missing data: Low (6) Risk of bias in measurement of the outcome: Serious (7) Risk of bias in selection of the reported results: Moderate (8) Overall risk of bias rating: Serious
	Pro Arm							
	Interventionsgruppe: • 3-Monatige-Behandlung: $n = 6$ • 6-Monatige-Behandlung: $n = 10$ • 9-Monatige-Behandlung: $n = 9$	Kontrollgruppe: keine						

						Kindheitserlebnissen (mittlerer Effekt)	

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt						
Knaevelsrud et al., 2014 DOI: 10.1097/NMD.000000000000178 Integrative Testimonial Therapy An Internet-Based, Therapist-Assisted Therapy for German Elderly Survivors of the World War II With Post-traumatic Stress Symptoms Studientyp: Beobachtungsstudie	Anzahl der Patient:innen: 30 Einschlusskriterien: • Erleben eines traumatischen Ereignisses als Kind oder Jugendlicher während des Zweiten Weltkriegs, das das Kriterium A für PTBS gemäß DSM-IV erfüllt (Kriegstraumatisierung) • Berichten von mindestens subsyndromalen PTB-Symptomen (Erfüllung von Kriterium B und entweder Kriterium C oder D) • Sprachfähigkeit, Texte auf Deutsch zu verstehen und zu schreiben Ausschlusskriterien: • Gleichzeitige Inanspruchnahme psychologischer Behandlung an einem anderen Ort • Drogen- oder Alkoholmissbrauch • Schwere Depression (BSI-18 Depressionswert > 3). • Suizidgefahr	4 Patient:innen (13.3 %)	Integrative Testimonial Therapy: Internetbasierte KVT für ältere Patient:innen mit PTBS, die in der Kindheit traumatisiert wurden Drei Messzeitpunkte: • Prä-treatment • Post-treatment • 3-Monats-Follow-up		Primäre Zielgröße(n): • PTB-Symptome (PDS) Sekundäre Zielgröße(n): • Depressions- und Angstsymptome (BSI) • Lebensqualität (EU-ROHIS)	PTB-Symptome • Overall: Signifikante Abnahme vom Prä- zum Postzeitpunkt ($MD = 3.33$, $p = .04$, $d = 0.43$) und vom Prä- zum 3-Monats-Follow-up-Zeitpunkt ($MD = 5.27$, $p = .006$, $d = 0.61$), nicht aber vom Post- zum Follow-up-Zeitpunkt ($MD = 1.93$, $p = .56$, $d = 0.22$) • Hyperarousal: Nur signifikante Abnahme vom Prä- zum 3-Monats-Follow-Up-Zeitpunkt ($MD = 1.7$, $p = .03$, $d = 0.53$) • Vermeidung: Signifikante Abnahme vom Prä- zum Postzeitpunkt ($MD = 2.40$, $p = .004$, $d = 0.61$) und vom Prä- zum 3-Monats-Follow-up-Zeitpunkt ($MD = 2.27$, $p = .04$, $d = 0.49$), nicht aber vom Post- zum Follow-up-Zeitpunkt	ROBINS-I Rating (1) Bias due to confounding: Moderate (2) Bias in selection of participants into the study: Low (3) Bias in classification of interventions: Low (4) Risk of bias due to deviations from intended intervention: No information (5) Risk of bias due to missing data: No information (6) Risk of bias in measurement of the outcome: Moderate (7) Risk of bias in selection of the reported results: Moderate (8) Overall risk of bias rating: No information
	Pro Arm						

						• Wiedererleben: Signifikante Abnahme vom Post- zum 3-Monats-Follow-up-Zeitpunkt ($MD = 1.33$, $p = .04$, $d = 0.39$) und vom Prä- zum 3-Monats-Follow-up-Zeitpunkt ($MD = 1.30$, $p = .05$, $d = 0.43$) • Die Completer-Analyse lieferte vergleichbare Ergebnisse Angst und Depression: Keine signifikanten Veränderungen Lebensqualität: Signifikante Veränderung vom Prä- zum Postzeitpunkt ($MD = -0.30$, $p = .002$, $d = 0.48$) und vom Prä- zum 3-Monats-Follow-up-Zeitpunkt ($MD = -0.24$, $p = .02$, $d = 0.40$),	

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen		Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt							
Knaevelsrud et al., 2017 DOI: 10.1016/j.jagp.2017.02.024 Efficacy and Feasibility of a Therapist-Guided Internet-Based Intervention for Older Persons with Childhood Traumatization: A Randomized Controlled Trial Studientyp: RCT	Anzahl der Patient:innen: 94 (> 60 Jahre) Einschlusskriterien: • Erleben eines traumatischen Ereignisses als Kind oder Jugendlicher während des Zweiten Weltkriegs, das das Kriterium A für PTSD gemäß DSM-IV erfüllt (Kriegstraumatisierung). • Berichten von mindestens subsyndromalen PTSD-Symptomen (Erfüllung von Kriterium B und entweder Kriterium C oder D) • Sprachfähigkeit, Texte auf Deutsch zu verstehen und zu schreiben Ausschlusskriterien: • Schwere Depression (Depressionswert > 3 im Brief Symptom Inventory-18) • Suizidgefahr (Teilnehmer, die im BSI-18 suizidale Gedanken angaben, wurden zur Überprüfung des Suizidrisikos kontaktiert) • Drogen- oder Alkoholmissbrauch • Gleichzeitige psychologische Behandlung woanders		Gesamtstichprobe: 9.4% Experimentalgruppe: 41 Completer • 3-Monatss-Follow-up: 38 • 6-Monats-Follow-up: 36 • 12-Monats-Follow-up: 37 Kontrollgruppe: 44 Completer	Integrative Testimonial Therapy: Internetbasierte KVT für ältere Patient:innen mit PTBS, die in der Kindheit traumatisiert wurden Fünf Messzeitpunkte: • Prä-treatment • Post-treatment • Follow-up: 3,6 und 12 Monate	Warteliste Zwei Messzeitpunkte: • Prä-treatment • Post-treatment	Primäre Zielgröße(n): • PTB-Symptome Sekundäre Zielgröße(n): • Depressions- und Angstsymptome (BSI-18) • Lebensqualität (EU-ROHIS)	PTB-Symptome (Prä-Post) • Signifikanter Zeit-Intervention-between-group-Effekt zugunsten der Interventionsgruppe (total: $d = 0.42$, Vermeidung: $d = 0.54$, Hyperarousal: $d = 0.47$) • Interventionsgruppe: Abnahme um 7.56 Skalenpunkte zum Post-treatment • Kontrollgruppe: Abnahme um 2.85 Skalenpunkte zum Posttreatment PTB-Symptome (post-Follow-Up für Interventionsgruppe): Keine signifikante Veränderung der allgemeinen PTB-Symptome vom Posttreatment zum 12-Monats-Follow-Up (mit Abnahme der Wiedererlebenssymptome; Vermeidung und Hyperarousal unverändert)	RoB 2 Rating (1) Bias arising from the randomization process: Some concerns (2) Bias due to deviations from intended interventions: Some concerns (3) Bias due to missing outcome data: Low (4) Bias in measurement of the outcome: Some concerns (5) Bias in selection of the reported result: Some concerns (6) Overall risk of bias rating: Some concerns
	Pro Arm							
	Experimentalgruppe: 47 Patient:innen	Kontrollgruppe: 47 Patient:innen						

						Depression und Angst (alle Zeitpunkte): Keine signifikanten Veränderungen Lebensqualität: • Signifikant stärkere Zunahme von Prä zu Post in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe • Keine weitere Verbesserung in der Interventionsgruppe von Post zu Follow-up	

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen		Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt							
Thorp et al., 2019 DOI: 10.1016/j.janxdis. 2019.02.003 A randomized controlled trial of prolonged exposure therapy versus relaxation training for older veterans with military-related PTSD Studientyp: RCT	Anzahl der Patient:innen: 87 - Männliche Veteranen (Durchschnittsalter: 65 Jahre, zwischen 60 und 89 Jahren, <i>SD</i> = 5.69) Einschlusskriterien: - Männliche U. S. Veteranen - Mind. 60 Jahre alt - Englischkenntnisse - Primärdiagnose PTBS mit klarer Erinnerung an das schlimmste erlebte Trauma Ausschlusskriterien: - Unbehandelte Psychose oder manische Episode innerhalb des letzten Jahres - Aktuelle Psychotherapie für PTBS oder Depression, aktuelle Expositionstherapie - Schwere Herz-Kreislaufs- oder Atemwegserkrankungen, die regelmäßige Therapieeteiligung erschweren - Positives Screening auf Substanzabhängigkeit innerhalb der letzten zwei Monate - Vorangegangenes Kopftrauma, dass mit einem Bewusstseinsverlust von mehr als 20 Min. einherging		31 % bei Post-treatment 48 % bei Follow-up	PE - Einzelsitzungen - Inhalte: Atemtechniken, imaginative Exposition, in-vivo-Exposition und Hausaufgaben	Entspannungstraining - Sitzung je 90 Minuten - Einzelsitzungen - Erlernen der progressive Muskelrelaxation	Primäre Zielgröße(n): - PTB-Symptome (CAPS) Sekundäre Zielgröße(n): - Komorbide psychische Störungen (SCID-IV-TR) - PTB-Symptome Selbstbericht (PCL-S) - Depressivität (PHQ-9)	Längsschnittanalyse (d. h. vor der Behandlung, nach der Behandlung, sechsmonatige Nachuntersuchung) - PTB-Symptome nehmen im Verlauf der Studie ab - Die Veränderungsrate nimmt im Verlauf der Nachbeobachtungszeit ab - Keine signifikanter Veränderung der Depressionssymptome über die Zeit PTB-Symptome (CAPS) - Kein signifikanter Haupteffekt Behandlungsbedingung - Abnahme der Symptome innerhalb beider Bedingungen - PE: within-group Effektstärke <i>d</i> = .89 für prä- zu post-treatment und <i>d</i> =-0.19 für post-treatment zu Follow-up - Entspannungstraining: within-group Effektstärke <i>d</i> = .68	RoB 2 Rating (1) Bias arising from the randomization process: High (2) Bias due to deviations from intended interventions: Low (3) Bias due to missing outcome data: Low (4) Bias in measurement of the outcome: Low (5) Bias in selection of the reported result: Some concerns (6) Overall risk of bias rating: High
	Pro Arm			Je 12 Sitzungen				
	Interventionsgruppe: <i>n</i> = 41	Kontrollgruppe: <i>n</i> = 46						

						für prä- zu post-treatment und $d = 0.19$ für post-treatment zu Follow-up PTB-Symptome Selbstbericht • Kein signifikanter Effekt der Behandlungsbedingung • Interaktion zwischen linearer Zeit und Behandlungsbedingung ($B = -28.14$, $p = .03$) und quadratische Zeit und Behandlungsbedingung ($B = 7.19$, $p = .03$) waren signifikant Sitzungseffekt • Symptomschwere zu Beginn variiert stark • PTB-Symptome sanken im Durchschnitt um 0.88 Punkte pro Woche ($p < .001$) • Depressionssymptome sanken um Schnitt um 0.18 Punkte pro Woche ($p = .001$)	

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen		Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt							
Yoder et al., 2013 DOI: dx.doi.org/10.2190/PM.45.2.b Effectiveness of prolonged exposure for PTSD in older veterans Studientyp: Beobachtungsstudie (Post-hoc Archivdaten)	Anzahl der Patient:innen: 66 Männer		Zehn Personen (15 %)	PE - Wöchentliche Einzelsitzungen - Behandlungslänge je nach individuellen Bedürfnissen des Patienten	---	Primäre Zielgröße(n): PTB-Symptome (PCL-M)	PTB-Symptome - Signifikante Reduktion der PTB-Symptome von Behandlungsbeginn zu Behandlungsende (ITT: $d = 1.53$, CA: $d = 1.90$) Depressivität: - Signifikante Reduktion der Depressivität von Behandlungsbeginn zu Behandlungsende (ITT: $d = 1.13$, CA: $d = 1.53$)	ROBINS-I Rating (1) Bias due to confounding: Serious (2) Bias in selection of participants into the study: Low (3) Bias in classification of interventions: Low (4) Risk of bias due to deviations from intended intervention: Low (5) Risk of bias due to missing data: Low (6) Risk of bias in measurement of the outcome: Moderate (7) Risk of bias in selection of the reported results: Moderate (8) Overall risk of bias rating: Serious
	Einschlusskriterien: - PTBS bedingt durch Kampfeinsatz - Behandlung im Veterans Administration Medical Center - Mind. 60 Jahre alt Ausschlusskriterien: - Keine							
	Pro Arm							
	Interventionsgruppe: $n = 66$							

PICO 2

Aggregierte Evidenz

N = 0 inkludierte Studien

Primärevidenz

N = 4 inkludierte Studien

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen		Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt							
Delrue et al., 2021 DOI: 10.1016/j.en-cep.2020.05.016 Cognitive treatment of post-traumatic stress disorder in the elderly. A longitudinal study Studientyp: Non-randomized control trial	Anzahl der Patient:innen: 32 Einschlusskriterien: - Fähigkeit, informierte Einwilligung zur Studie zu geben (keine oder nur leichte kognitive Störung) - Zustimmung zur Beibehaltung der psychiatrischen Behandlung für die Studiendauer in Absprache mit dem behandelnden Arzt - Patienten in der Kontrollgruppe mussten in der Lage sein, weiterhin an den psychologischen und kognitiven Workshops der Einrichtung teilzunehmen und der Teilnahme an wöchentlichen Gesprächen mit dem Psychologen zustimmen Ausschlusskriterien:-		Keine Angabe	KVT, adaptiert für ältere Patienten (20 Sitzungen) + Kognitive Workshops und Gespräche mit dem hausinternen Psychologen	Kognitive Workshops und Gespräche mit dem hausinternen Psychologen	Primäre Zielgröße(n): - PTB-Symptome (CAPS) Sekundäre Zielgröße(n): - Lebensqualität (ADRQL)	PTB-Symptome (posttreatment) - Signifikante Abnahme in der Experimentalgruppe zum Posttreatment unter den Schwellenwert (keine signifikanten Veränderungen in der Kontrollgruppe) - Symptomreduktion (Skalenspunkte): Wiedererleben: 26.17, Vermeidung: 23.81. Hyperarousal: 17.94 PTB-Symptome (6-Monats-FU) - Keine signifikanten Veränderungen in beiden Gruppen im Vergleich zum Posttreatment PTB-Symptome (18-Monats-FU) - Keine signifikanten Veränderungen in beiden Gruppen im Vergleich zum Posttreatment Lebensqualität (nur	ROBINS-I Rating (1) Bias due to confounding: Moderate (2) Bias in selection of participants into the study: Low (3) Bias in classification of interventions: Low (4) Risk of bias due to deviations from intended intervention: No information (5) Risk of bias due to missing data: No information (6) Risk of bias in measurement of the outcome: Moderate (7) Risk of bias in selection of the reported results: Moderate (8) Overall risk of bias rating: No information
Pro Arm								
Experimentalgruppe 10 Patient:innen (später noch zusätzlich 6 aus der Kontrollgruppe)	Kontrollgruppe 10 Patient:innen (später noch 6 weitere)							

						Experimentalgruppe) • Signifikante Zunahme der Lebensqualität vom prä- zum Posttreatment (Zunahme um 260.61 Skalenpunkte) • Keine signifikanten Veränderungen zu den Follow-up-Zeitpunkten	

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen		Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad	
	Insgesamt								
Forstmeier et al., 2023 DOI: 10.1002/jts.22933 Effect of Life Review Therapy for Holocaust Survivors: A randomized controlled trial Studientyp: RCT	Anzahl der Patient:innen: 49 Einschlusskriterien: - Holocaust-Überlebende (vor 1945 geboren, Erleben von Verfolgung, Konzentrationslager, sich Verstecken müssen, anderes traumatisches Event während der NS-Zeit) - Vermutliche Diagnose einer vollständig ausgeprägten oder subsyndromalen PTBS, anhaltenden Trauerstörung (ATS) oder Depression Ausschlusskriterien: - Vermutliche Demenz - Akute psychotische Störung - Akute Suizidalität <i>Bemerkung:</i> Von 47 Teilnehmenden haben 24 eine subsyndromale PTBS und 23 eine voll ausgeprägte PTBS		N = 5 Personen (COVID, Schlaganfall)	Life Review Therapie für Holocaustüberlebende (LRT-HS) 20–25 wöchentliche oder zweiwöchige Sitzungen; 3 Module (inklusive Life Review und narrativer Exposition)	„Social Club“: Möglichkeit zur Teilnahme an Aktivitäten wie Filmen, Vorträgen; Kurse in Kunst, Musik, Gedächtnistraining, Gymnastik, und Sprachen	Primäre Zielgröße(n): - PTB-Symptome - Depressionssymptome Sekundäre Zielgröße(n): - ATS-Symptome	PTB-Symptome - Keine signifikante Überlegenheit der LRT-HS-Gruppe im Vergleich mit der Kontrollgruppe zum Post-Zeitpunkt $B = 5.35, t(75) = 1.46, p = .148$ - Zum Follow-up-Zeitpunkt signifikante Überlegenheit der LRT-HS Gruppe $B = 12.02, t(79) = 2.89, p = .005$ Reduktion von Depressionssymptomen - Signifikante Überlegenheit der LRT-HS Gruppe zum Post-Zeitpunkt, $B = 3.83, t(73) = 2.58, p = .012$, LRT-HS Gruppe zeigte weitere Symptomreduktion, während die Symptome der KG zunahmen - Zum Follow-up-Zeitpunkt keine signifikante Überlegenheit der LRT-HS Gruppe $B = 1.83, t(76) = 1.08, p = .282$	RoB 2 Rating (1) Bias arising from the randomization process: Low (2) Bias due to deviations from intended interventions: Low (3) Bias due to missing outcome data: Some concerns (4) Bias in measurement of the outcome: Low (5) Bias in selection of the reported result: Low (6) Overall risk of bias rating: Some concerns	
	Pro Arm								Post-Messung: - Behandlungsende 6-Monats-Follow-up
	Experimentalgruppe: 24 Patient:innen	Kontrollgruppe: 25 Patient:innen							
Referenz und	Teilnehmer:innen		Drop-out	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad	

Studientyp	Insgesamt	Rate					
Knaevelsrud et al., 2014 DOI: 10.1097/NMD.000000000000178 Integrative Testimonial Therapy An Internet-Based, Therapist-Assisted Therapy for German Elderly Survivors of the World War II With Post-traumatic Stress Symptoms Studientyp: Beobachtungsstudie	Anzahl der Patient:innen: 30 Einschlusskriterien: • Erleben eines traumatischen Ereignisses als Kind oder Jugendlicher während des Zweiten Weltkriegs, das das Kriterium A für PTBS gemäß DSM-IV erfüllt (Kriegstraumatisierung) • Berichten von mindestens subsyndromalen PTB-Symptomen (Erfüllung von Kriterium B und entweder Kriterium C oder D) • Sprachfähigkeit, Texte auf Deutsch zu verstehen und zu schreiben Ausschlusskriterien: • Gleichzeitige Inanspruchnahme psychologischer Behandlung an einem anderen Ort • Drogen- oder Alkoholmissbrauch • Schwere Depression (BSI-18 Depressionswert > 3). • Suizidgefahr	4 Patient:innen (13.3%)	Integrative Testimonial Therapy: Internetbasierte KVT für ältere Patient:innen mit PTBS, die in der Kindheit traumatisiert wurden Drei Messzeitpunkte: • Prä-treatment • Post-treatment • 3-Monats-Follow-up	---	Primäre Zielgröße(n): • PTB-Symptome (PDS) Sekundäre Zielgröße(n): • Depressions- und Angstsymptome (BSI) • Lebensqualität (EU-ROHIS)	PTB-Symptome • Overall: Signifikante Abnahme vom Prä- zum Postzeitpunkt ($MD = 3.33$, $p = .04$, $d = 0.43$) und vom Prä- zum 3-Monats-Follow-up-Zeitpunkt ($MD = 5.27$, $p = .006$, $d = 0.61$), nicht aber vom Post- zum Follow-up-Zeitpunkt ($MD = 1.93$, $p = .56$, $d = 0.22$) • Hyperarousal: Nur signifikante Abnahme vom Prä- zum 3-Monats-Follow-Up-Zeitpunkt ($MD = 1.7$, $p = .03$, $d = 0.53$) • Vermeidung: Signifikante Abnahme vom Prä- zum Postzeitpunkt ($MD = 2.40$, $p = .004$, $d = 0.61$) und vom Prä- zum 3-Monats-Follow-up-Zeitpunkt ($MD = 2.27$, $p = .04$, $d = 0.49$), nicht aber vom Post- zum Follow-up-Zeitpunkt • Wiedererleben:	ROBINS-I Rating (1) Bias due to confounding: Moderate (2) Bias in selection of participants into the study: Low (3) Bias in classification of interventions: Low (4) Risk of bias due to deviations from intended intervention: No information (5) Risk of bias due to missing data: No information (6) Risk of bias in measurement of the outcome: Moderate (7) Risk of bias in selection of the reported results: Moderate (8) Overall risk of bias rating: No information
	Pro Arm						

						Signifikante Abnahme vom Post- zum 3-Monats-Follow-up-Zeitpunkt ($MD = 1.33$, $p = .04$, $d = 0.39$) und vom Prä- zum 3-Monats-Follow-up-Zeitpunkt ($MD = 1.30$, $p = .05$, $d = 0.43$) Die Completer-Analyse lieferte vergleichbare Ergebnisse Angst und Depression: Keine signifikanten Veränderungen Lebensqualität: Signifikante Veränderung vom Prä- zum Postzeitpunkt ($MD = -0.30$, $p = .002$, $d = 0.48$) und vom Prä- zum 3-Monats-Follow-up-Zeitpunkt ($MD = -0.24$, $p = .02$, $d = 0.40$),	

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen		Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt							
Knaevelsrud et al., 2017 DOI: 10.1016/j.jagp.2017.02.024 Efficacy and Feasibility of a Therapist-Guided Internet-Based Intervention for Older Persons with Childhood Traumatization: A Randomized Controlled Trial Studientyp: RCT	Anzahl der Patient:innen: 94 (> 60 Jahre) Einschlusskriterien: • Erleben eines traumatischen Ereignisses als Kind oder Jugendlicher während des Zweiten Weltkriegs, das das Kriterium A für PTSD gemäß DSM-IV erfüllt (Kriegstraumatisierung). • Berichten von mindestens subsyndromalen PTSD-Symptomen (Erfüllung von Kriterium B und entweder Kriterium C oder D) • Sprachfähigkeit, Texte auf Deutsch zu verstehen und zu schreiben Ausschlusskriterien: • Schwere Depression (Depressionswert > 3 im Brief Symptom Inventory-18) • Suizidgefahr (Teilnehmer, die im BSI-18 suizidale Gedanken angaben, wurden zur Überprüfung des Suizidrisikos kontaktiert) • Drogen- oder Alkoholmissbrauch • Gleichzeitige psychologische Behandlung woanders		Gesamtstichprobe: 9.4% Experimentalgruppe: 41 Completer • 3-Monats-Follow-up: 38 • 6-Monats-Follow-up: 36 • 12-Monats-Follow-up: 37 Kontrollgruppe: 44 Completer	Integrative Testimonial Therapy: Internetbasierte KVT für ältere Patient:innen mit PTBS, die in der Kindheit traumatisiert wurden Fünf Messzeitpunkte: • Prä-treatment • Post-treatment • Follow-up: 3,6 und 12 Monate	Warteliste Zwei Messzeitpunkte: • Prä-treatment • Post-treatment	Primäre Zielgröße(n): • PTB-Symptome Sekundäre Zielgröße(n): • Depressions- und Angstsymptome (BSI-18) • Lebensqualität (EU-ROHIS)	PTB-Symptome (Prä-Post) • Signifikanter Zeit-Intervention-between-group-Effekt zugunsten der Interventionsgruppe (total: $d = 0.42$, Vermeidung: $d = 0.54$, Hyperarousal: $d = 0.47$) • Interventionsgruppe: Abnahme um 7.56 Skalenpunkte zum Post-treatment • Kontrollgruppe: Abnahme um 2.85 Skalenpunkte zum Posttreatment PTB-Symptome (post-Follow-Up für Interventionsgruppe): Keine signifikante Veränderung der allgemeinen PTB-Symptome vom Posttreatment zum 12-Monats-Follow-Up (mit Abnahme der Wiedererlebenssymptome; Vermeidung und Hyperarousal unverändert)	RoB 2 Rating (7) Bias arising from the randomization process: Some concerns (8) Bias due to deviations from intended interventions: Some concerns (9) Bias due to missing outcome data: Low (10) Bias in measurement of the outcome: Some concerns (11) Bias in selection of the reported result: Some concerns (12) Overall risk of bias rating: Some concerns
Pro Arm Experimentalgruppe: 47 Patient:innen		Kontrollgruppe: 47 Patient:innen						

						Depression und Angst (alle Zeitpunkte): Keine signifikanten Veränderungen Lebensqualität: • Signifikant stärkere Zunahme von Prä zu Post in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe • Keine weitere Verbesserung in der Interventionsgruppe von Post zu Follow-up	

PICO 3, 4 & 5

Aggregierte Evidenz

N = 0 inkludierte Studien

Primärevidenz

N = 0 inkludierte Studien

Behandlung von Erwachsenen mit Fluchthintergrund

PICO 1 & 2

Aggregierte Evidenz

N = 0 inkludierte Studien

Primärevidenz

N = 0 inkludierte Studien

PICO 3

Aggregierte Evidenz

N = 7 inkludierte Studien

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Crumlish & O'Rourke, 2010 DOI: 10.1097/nmd.0b013e3181d61258 A Systematic Review of Treatments for Post-Traumatic Stress Disorder Among Refugees and Asylum-Seekers	Systematic Review Database: (1) Academic Search Premier; Allied and Complementary Medicine (AMED); Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL); CINAHL; EMBASE; Entrez-Pubmed; PsycInfo; Web of Science; PILOTS (2) Literaturverzeichnisse verschiedener PTBS treatment reviews (3) Suche in Journal of Refugee Studies, International Migration Review, the Journal of Traumatic Stress, Torture and Intervention. (4) Literaturverzeichnisse von Schlüsselbüchern und Buchkapiteln (5) Suche nach grauer Literatur mithilfe der Datenbanken aus dem Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Suchzeitraum: Bis 04/2010 Einschlusskriterien:	PICO-relevante Interventionen • Narrative exposure therapy (NET) vs. stress inoculation therapy (SIT) • NET vs. treatment as usual (TAU) • Kulturelladaptierte KVT vs. Warteliste • Kulturelladaptierte KVT vs. TAU • Traumafokussierte KVT (TF-KVT) vs. Expositionstherapie	PTB-Symptome	1. Inkludierte Studien: • Insgesamt: zehn RCTs (aus high- und low- to middle- income countries) • PICO-relevante Studien: fünf RCTs (aus high-income countries) 2. Ergebnisse: • Moderate Evidenz für NET (vier RCTs wovon zwei PICO-relevant, die Wirksamkeit (nicht) unterstützen) • Evidenz für KVT (drei RCTs, wovon zwei PICO-relevant, selbe Stichprobe, hoher und geringer RoB) • Cautious support für TF-KVT (eine high-RoB RCT)	Low quality Systematic Review Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (9) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (6) Nicht-doppelte Datenextraktion (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (14) Heterogenität wurde nicht interpretiert/diskutiert (16) Interessenskonflikte nicht angegeben	PICO-relevant: Hensel-Dittmann et al. (submitted) Hinton et al. (2004) Hinton et al. (2005) Neuner et al. (2009) Paunovic & Öst (2001) Weitere, PICO-irrelevante Studien: Otto et al. (2003) Neuner et al. (2004) Neuner et al. (2008) Ruf et al. (in press) Smajkic et al. (2001)

	• Pharmakologische oder psychologische RCTs zur Reduktion von PTBS bei Flüchtlingen oder Asylsuchenden (keine Altersbegrenzung; „forcibly displaced persons“) • PTBS-Diagnose nach DSM- oder ICD-Kriterien • Psychologische Studien mit psycho-therapeutischer Intervention (gelistet im Cochrane Review of psychological treatments in PTSD) im Vergleich zu aktiven Kontrollen, nicht spezifischen Kontrollen oder Warteliste Ausschlusskriterien:-					

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Gattinara & Pallini, 2017 DOI:- The Use of EMDR with Refugees and Asylum Seekers: A Review of Research Studies	Systematic Review Database: (1) Datenbanken: PsychINFO, Social Sciences Index, Medline, Google Scholar (2) Suche nach Artikeln von Autoren in diesem Forschungsfeld (3) Literaturverzeichnisse ausgewählter Paper Suchzeitraum: 01/1980–08/2017 Einschlusskriterien • Prä-Post-Testung • PTBS-Diagnose nach DSM-IV oder DSM-5 mit formalen Messinstrumenten oder durch klinische Beurteilung • Primärstudien Ausschlusskriterien:-	Eine PICO-relevante Fragestellung in Bezug auf Effektivität und potentielle Schädlichkeit der EMDR-Behandlung in der untersuchten Population • Zwei Studien zum Vergleich von EMDR- und Stabilisierungsbehandlung • Eine Studie zum Vergleich der EMDR-Behandlungseffektivität bei Menschen mit und ohne Fluchthintergrund Weitere, PICO-irrelevante Fragestellungen • Sechs Studien	In allen Studien: • PTB-Symptome Ter Heide et al. (2011) & Ter Heide et al. (2016) • Depressionssymptome • Angstsymptome • Lebensqualität	1. Inkludierte Studien: • Insgesamt: Neun Studien • PICO-relevante Studien: Eine randomisierte Pilotstudie, ein RCT, ein NRSI (aus high-income countries) 2. Ergebnisse: • EMDR-Behandlung hat keinen schädlichen Effekt auf die PTB-Symptomatik • EMDR-Behandlung verbessert die PTB-Symptomatik • EMDR-Behandlung ist einer Stabilisierungsintervention nicht unter- oder überlegen • Bei Menschen mit Fluchthintergrund ist eine EMDR-Behandlung weniger effektiv als in anderen klinischen Populationen	Critically low quality Systematic Review Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (3) Auswahl der Studientypen für Einschluss nicht erläutert (5) Nicht-doppelte Studien-selektion (6) Nicht-doppelte Datenextraktion (7) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (8) Keine detaillierte Beschreibung eingeschlossener Studien (9) Kein angemessenes RoB (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (13) RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert (14) Heterogenität wurde nicht interpretiert/diskutiert (15) Publikationsbias nicht untersucht/diskutiert	PICO-relevant Ter Heide & Smid (2015) Ter Heide et al. (2011) Ter Heide et al. (2016) Weitere, PICO-irrelevante Studien: Acarturk et al. (2016) Acarturk et al. (2015) Haagen et al. (2017) Lenhug et al. (2017) Oras et al. (2004) Zaghrou-Hodali et al. (2008)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Kip et al., 2020 DOI: 10.1002/cpp.2446 Psychological interventions for posttraumatic stress disorder and depression in refugees: A meta-analysis of randomized controlled trials	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PsycINFO, MEDLINE, and PILOTS (2) Literaturverzeichnisse der identifizierten Studien und Reviews Suchzeitraum: 01/1980–01/2019 Einschlusskriterien: - Studien mit Kindern/Jugendlichen (< 18 Jahre) oder Erwachsenen Geflüchteten - Randomisierte Zuteilung zu den Behandlungsbedingungen - Mindestens 10 Personen, die eine psychotherapeutische Intervention für PTBS, Depression oder beides abgeschlossen haben - Weniger als 50 % der Patienten in der Behandlungsbedingung erhielten Medikation für psychologische Beschwerden Ausschlusskriterien:-	Drei Studien: Narrative Exposure Therapy (NET) vs. aktive Kontrollgruppe - Supportive counselling (SC) & Psychoedukation (TAU) - Stress inoculation training (SIT) Elf Studien: Psychologische Intervention vs. Warteliste - Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) - NET - Common elements treatment approach (CETA) - Kulturelladaptierte KVT - KVT - Eye movement desensitization and reprocessing group traumatic episodic protocol (EMDR-G-TEP), - Interpersonelle Psychotherapie (IPT)	- PTB-Symptome (in allen Studien) - Depressionssymptome (in neun der elf Studien)	1. Inkludierte Studien (high- und upper-middle- & low-income countries): Qualitative Synthese: 17 RCTs (14 mit Erwachsenen und drei mit Kindern/Jugendlichen) Quantitative Synthese: 14 RCTs (Erwachsene/ Acht in upper-middle & low-income und sechs in high-income countries) 2. Ergebnisse (basierend auf Studien in upper-middle- & low-income und high-income countries): - Psychologische Interventionen reduzieren PTB-Symptome (durchschnittliche Effektgröße für den Vergleich Intervention vs. Kontrolle nach der Behandlung $g = 0.77$; 95%-KI [0.26, 1.28]) - Behandlungseffekte halten durchschnittlich mindestens sechs Monate an - Heterogenität der Effektgrößen ist nicht auf Medikamentenrate, Behandlungsdauer oder Zeit seit der Migration zurückzuführen	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (10) Kein angemessenes RoB (11) Finanzierungsquellen nicht berichtet (12) Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (13) RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert	Quantitative Synthese (high-income countries) Adenauer et al. (2011) Buhmann et al. (2016) Hensel-Dittmann et al. (2011) Hijazi et al. (2014) Morath et al. (2014) Stenmark et al. (2013) Quantitative Synthese (upper-middle- & low-income countries) Acarturk et al. (2015) Acarturk et al. (2016) Bolton et al. (2014) Meffert et al. (2014) Neuner et al. (2004) Neuner et al. (2008) Shaw et al. (2018) Yurtsever et al. (2018) Zusätzlich qualitative Synthese Ruf et al. (2010) Schottelkorb et al. (2012) Pfeiffer et al. (2018)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Lambert & Alhassoon, 2015 DOI: 10.1037/cou0000048 Trauma-Focused Therapy for Refugees: Meta-Analytic Findings	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PILOTS, Medline, PsycINFO und Google Scholar (2) Graue Literatur über PsycEXTRA Einschlusskriterien: - Teilnehmende waren erwachsene Flüchtlinge - Teilnehmende wurden randomisiert - Bedingungen umfassten eine etablierte traumafokussierte Therapie im Vergleich zu einer Kontrollbedingung - Ergebnisse wurden mit validierten psychologischen Maßnahmen bewertet Ausschlusskriterien: - Behandlung Betroffener in ihren Heimatländern - Die Studie umfasste allgemeine psychosoziale Dienste anstelle einer strukturierten Psychotherapie - Teilnehmer wurden nicht randomisiert - Die Studie verglich zwei bona fide Behandlungen ohne Vergleich zu einer Kontrollgruppe	Vergleich: bona fide¹ traumafokussierte Therapien vs. Kontrollgruppe (Wartelisten oder nicht traumafokussierte Intervention wie unterstützende Therapie) Interventionen: - NET - KVT - EMDR Analyse potenzieller Moderatoren: - Verwendung eines Dolmetschenden - Durchschnittliche Anzahl der erhaltenen Sitzungen - Ob die Kontrollgruppe eine Form der Intervention erhielt - Methode der PTBS-Bewertung (diagnostisches Interview vs. Selbstbericht) ¹ "Bona fide Therapie" wird definiert als eine, die auf psychologischer Theorie basiert, einem Protokoll oder Handbuch folgt und eine Begründung für Interventionen enthält	- PTB-Symptome - Depressionssymptome	1. Inkludierte Studien: 12 2. Ergebnisse: PTBS-Symptome (12 Studien) - Große aggregierte Effektgröße $g = 0.91$, 95%-KI [0.56, 1.52] Depressionssymptome (neun Studien) - Große aggregierte Effektgröße $g = 0.63$, 95%-KI [0.35, 0.92] Analyse potenzieller Moderatoren: - Signifikante Moderatoren: Durchschnittliche Anzahl der erhaltenen Sitzungen und Typ der Kontrollgruppe - Kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Verwendung von Dolmetschern (Ja vs. Nein; $b = .30$, $p = .428$, 95%-KI [0.44, 1.03])	Critically low quality Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: - Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen - Keine umfassende Suchstrategie angewandt - Nicht-doppelte Studienselektion - Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet - Kein angemessenes RoB - Finanzierungsquellen - Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet - RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert - Interessenskonflikte nicht angegeben	Adenauer et al. (2011) Hijazi et al. (2014) Hensel-Dittmann et al. (2011) Hinton et al. (2004) Hinton et al. (2009) Neuner et al. (2010) Neuner et al. (2008) Neuner et al. (2004) Stenmark et al. (2013) Stenmark et al. (2013) Ter Heide et al. (2011)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Nosé et al., 2017 DOI: 10.1371/journal.pone.0171030 Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries: Systematic review and meta-analysis	Systematic Review und Meta-analysis Database: (1) Cochrane Central Register of randomised trials (CENTRAL), CINAHL, EMBASE, PILLOTS, PsycINFO, PubMed and Web of Science (2) Graue Literatur über die Datenbanken, die im Cochrane Handbook für Systematic Reviews of Interventions (3) Referenzen der narrativen Reviews für psychosoziale Behandlung von PTSD in der Zielpopulation Suchzeitraum: Bis 07/2016 Einschlusskriterien: • RCT oder CTT • Der Effekt von psychosozialen Interventionen wurde untersucht • Psychosoziale Interventionen wurden kombiniert mit nicht-psychosozialen Interventionen, Warteliste, treatment as usual, usual care, repeated assessment oder minimal attention Kontrollgruppe, die mit psychologischem Placebo behandelt wurde	Vergleich: Psychosoziale Interventionen mit Warteliste oder TAU bei erwachsenen Geflüchteten und Asylbewerbern in high-income countries Untersuchte Interventionen: • Narrative Exposure Therapy (NET; fünf RCTs) • Andere Formen der KVT (fünf RCTs) • Traumafokussierte Psychotherapie (zwei CCTs) • Kultursensitiv-orientierte peer-Psychotherapie (CROP; ein RCT) • Familiengruppen-Intervention (FGI; ein RCT) • Gruppeninterventionen (zwei Studien in der Analyse berücksichtigt) Subgruppenanalyse: • Typ der Intervention • Anzahl der Sitzungen • Follow-up Zeitraum • Land der Studiendurchführung • Herkunftsland	Primäre Outcomes • PTB-Symptome Sekundäre Outcomes: • Depressionssymptome • PTB-Symptome bei Follow-up • Dropout • globales Funktionsniveau	1. Inkludierte Studien: 14 (12 RCTs, zwei CCTs) 2. Ergebnisse: PTBS-Symptome (12 Studien): • Reduktion durch psychosoziale Interventionen im Vergleich zu inaktiver Kontrolle, $SMD = -1.03$, 95%-KI [-1.55, 0.51] Depressions Symptome (acht Studien) • Reduktion durch psychosoziale Interventionen im Vergleich zur inaktiven Kontrollgruppe, $SMD = 1.10$, 95%-KI [-1.67, -0.54] PTB-Symptome bei Follow-up (drei Studien) • Psychosoziale Interventionen nicht wirksamer als die Kontrollgruppe, $SMD = 0.01$, 95%-KI [-1.26, 1.28] Drop-out Rate: • Kein Unterschied Globales Funktionsniveau • Keine Analyse möglich Subgruppen Analyse: • NET war die am besten gestützte Intervention • Effekt auf PTBS-Symptome in	Low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (13) RoB wurde nicht interpretiert/ diskutiert	Meta-Analysis RTCs Hinton et al. (2004) Hinton et al. (2005) Adenauer et al. (2011) Neuner et al. (2010) Stenmark et al. (2013) Morath et al. (2014) Renner et al. (2011) Hijazi et al. (2014) Liedl et al. (2011) Buhmann et al. (2016) CCTs Drozdek & Blowek (2010) Kruse et al. (2009) Zusätzliche für das Systematische Review Morath et al. (2014) Otto et al. (2003)

	• 18 Jahre oder älter • Geflüchtete oder Asylbewerber mit PTSD in high-income countries Ausschlusskriterien:-			CCTs größer als in RCTs • Größerer Effekt, wenn mehrere Sitzungen durchgeführt wurden und nach einer Dauer von mehr als vier Monaten		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Slobodin & de Jong, 2015 DOI: 10.1177/0020764014535752 Mental health interventions for traumatized asylum seekers and refugees: What do we know about their efficacy?	Systematic Review Database: (1) PsycINFO, Entrez-PubMed, PsycARTICLES. (2) Bisherige Reviews (3) Kontaktieren von bekannten Forschern in dem Feld Suchzeitraum: Keine Angabe Einschlusskriterien: - Quantitatives Messinstrument zur Erhebung von posttraumatischem Stress - Prä- und Postmessungen Ausschlusskriterien:-	PICO-relevante Interventionen 1. Narrative Exposure Therapy (NET) vs. - Treatment as usual (TAU) - Stress inoculation training (SIT) - Supportive counseling (SC) - Psychoedukation 2. KVT - Kultur-sensitive KVT (Flexibility and Sensation-Reprocessing Therapy) vs. Kontrollgruppe (nicht spezifiziert) - Coping-skills KVT (Entspannung, KVT, Psychoedukation, self-talk, Modellernen, Stressszenarien) vs. Kontrollgruppe (keine Behandlung) 3. EMDR - EMDR vs. Stabilisierung 4. Gruppeninterventionen - Traumafokussierte Gruppenprogramme vs. Warteliste - Gruppenintervention	Alle Studien - PTB-Symptome Palic & Elklit (2011) - Angstsymptome - Depressions-symptome	1. PICO-relevante inkludierte Studien (u.a. RCTs): - EMDR: Eine Studie - NET: Sieben Studien - CBT: Fünf Studien - Gruppe: Drei Studien 2. Ergebnisse: - NET reduziert PTB-Symptome - NET ist TAU in Bezug auf komorbide Angst- und Depressions-symptome nicht überlegen - Kultur-sensitive KVT reduziert PTB-Symptome - EMDR führt zu einer vergleichbaren Symptomverbesserung wie Stabilisierung - Es gibt nicht genug Evidenz zur Wirksamkeit der untersuchten Gruppeninterventionen	Critically low quality Systematic Review Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: - Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen - Auswahl der Studientypen für Einschluss nicht erläutert - Nicht-doppelte Studien-selektion - Nicht-doppelte Datenextraktion - Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet - Keine detaillierte Beschreibung eingeschlossener Studien - Kein angemessenes RoB - Finanzierungsquellen nicht berichtet - RoB wurde nicht interpretiert/ diskutiert - Heterogenität wurde nicht interpretiert/ diskutiert	Drozdek (1997) Drozdek et al. (2012) Halvorsen & Stenmark (2010) Hensel-Dittmann et al. (2011) Hinton et al. (2004) Hinton et al. (2005) Hinton et al. (2008) Neuner et al. (2004) Neuner et al. (2008) Neuner et al. (2010) Otto et al. (2003) Palic & Elklit (2011) Renner et al. (2011) Ruf et al. (2010) Snodgrass et al. (1993) Ter Heide et al. (2011) Weitere PICO-irrelevante Studien: Siehe Publikation

		vs. keine Behandlung Weitere, PICO-irrelevante Interventionen - Familieninterventionen - Multidisziplinäre Interventionen - Naturalistische Interventionen - Pharmakologische Interventionen - Vergleich psychodynamische Gruppenintervention mit/ohne Medikation				

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Turrini et al., 2021 DOI: 10.1136/bmjg-2021-005029 A network meta-analysis of psychosocial interventions for refugees and asylum seekers with PTSD	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Cochrane Central Register of randomised trials (CENTRAL), MEDLINE, PTSD-pubs PsycINFO, PubMed, CINAHL, EMBASE, Web of Science, WHO's International Clinical Trials Registry Platform, ClinicalTrials.gov (2) Handsuche in den Referenzlisten bereits veröffentlichter Reviews und Metaanalysen sowie Original-Forschungsartikel Suchzeitraum: Bis 02/2020 Einschlusskriterien: • Randomisierte kontrollierte Studie • Erwachsene Studienteilnehmer, die Asylbewerber- und/oder Flüchtlingsstatus gemäß der Definition des UNHCR haben • Studie testet die Wirksamkeit einer psychosozialen Intervention • Studie nimmt Vergleich von psychosozialer Intervention mit inaktiver Intervention	Vergleich: Interventionen untereinander sowie mit TAU und Warteliste (WL) Interventionen: • Kognitive Verhaltenstherapie (KVT; acht Studien) • Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR; fünf Studien) • Narrative Expositionstherapie (NET; sieben Studien) • Stabilisierung/ Stressmanagement (SSM; vier Studien) • Self-help plus (SH+; eine Studie) • Supportive/Trauma counselling (SC; zwei Studien) • Coffee and family education and support (eine Studie) • Cognitive restructuring (eine Studie) • Exposure therapy (eine Studie)	• PTB-Symptome • Depressionssymptome • Angstsymptome • Funktionsniveau	1. Inkludierte Studien: 23 Studien im Review; 18 Studien in Netzwerkanalyse 2. Ergebnisse: PTSS (18 Studien) • KVT effektiver als WL ($SMD = -1.41$, 95%-KI $[-2.43, -0.38]$ und als TAU ($SMD = -1.51$, 95%-KI $[-2.67, -0.36]$) • EMDR effektiver als WL ($SMD = -1.30$, 95%-KI $[-2.40, -0.20]$) • Folgende Interventionen nicht effektiver als WL: NET: $SMD = -0.48$, 95%-KI $[-1.85, 0.90]$ SC: $SMD = -0.22$, 95%-KI $[-2.47, 2.03]$ SH+: $SMD = -0.46$, 95%-KI $[-2.93, 2.01]$ SSM: $SMD = -0.91$, 95%-KI $[-2.26, 0.45]$ TAU: $SMD = 0.11$, 95%-KI $[-1.29, 1.5]$ • Keine signifikante Überlegenheit zwischen den Therapien • In Subgruppe HIC: KVT, NET und SSM statistisch signifikant effektiver als TAU Depression (13 Studien) • KVT statistisch signifikant effektiver als WL ($SMD = -2.03$, 95%-KI $[-3.87, -0.19]$)	Low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (1) Keine PICO-Komponenten (3) Keine Umfassende Suchstrategie angewandt (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (13) RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert	Acarturk et al. (2015) Acarturk et al. (2016) Adenauer et al. (2011) Buhmann et al. (2016) Carlsson et al. (2018) Hensel-Dittmann et al. (2011) Hijazi et al. (2014) Hinton et al. (2004) Hinton et al. (2005) Hinton et al. (2009) Liedl et al. (2011) Neuner et al. (2004) Neuner et al. (2008) Neuner et al. (2010) Otto et al. (2003) Paunovic & Ost (2001) Shaw et al. (2018) Stenmark et al. (2013) Ter Heide et al. (2011) Ter Heide et al. (2016) Tol et al. (2020) Weine et al. (2008) Yurtsever et al. (2018)

	(TAU, Warteliste) oder anderer aktiven psychosozialen Intervention vor • Mind. 80 % der Studienteilnehmer mit einer PTBS-Diagnose gemäß DSM oder ICD oder mit einer wahrscheinlichen Diagnose gemäß klinischen, strukturierten Interviews oder Selbstauskünften, die für die Bewertung von PTBS validiert wurden Ausschlusskriterien:-			• Andere Interventionen nicht statistisch signifikant effektiver als WL: EMDR: SMD = -1.02, 95%-KI [-2.73, 0.68] NET SMD = -0.81; 95%-KI [-3.37, 1.75] SH+ SMD = -2.61, 95%-KI [-7.69, 2.47] SSM SMD = -0.99, 95%-KI [-3.12, 1.14] TAU SMD = -2.03, 95%-KI [-5.95, 1.89] Angst (11 Studien) • KVT effektiver als WL (SMD = -1.97, 95%-KI [-3.67, -0.28] und als TAU (SMD = -2.34, 95%-KI [-4.38, -0.30])) • SSM und EMDR nicht effektiver als WL: EMDR: SMD = -1.99, 95%-KI [-4.49, 0.71], SSM: SMD = -1.79, 95%-KI [-4.59, 1.02] Funktionsniveau (eine Studie) • Für das Funktionsniveau nur ein indirekter Vergleich zwischen SSM und WL berechnet, der keinen signifikanten Unterschied ergab		

Primärevidenz

N = 2 inkludierte Studien

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen		Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt							
Barhoma et al., 2021 DOI: 10.1016/j.jad.2021.07.007 Stress management versus cognitive restructuring in trauma-affected refugees — A follow-up study on a pragmatic randomised trial Studientyp: RCT	Anzahl der Patient:innen in Completer-Analyse: 34 - Follow-up (sechs Monate): 74 - Follow-up (18 Monate): 34 Ein- und Ausschlusskriterien: Siehe Carlsson et al. (2018); Barhoma et al. (2021) ist eine 6 bzw. 18 Monate Follow-Up-Studie von Carlsson et al. (2018)		40 Personen (6-Monats-Follow-up zu 18-Monats-Follow-up)	Stressmanagement (SM) Das verwendete Manual umfasste folgende Techniken: - Entspannung - Aufmerksamkeitslenkung - Verhaltensaktivierung	Kognitive Umstrukturierung (CR) Hauptbestandteile der Behandlung: - Psychoedukation - CR von negativen Gedanken, die aus traumatischen Ereignissen resultieren - Exposition	Primäre Zielgröße: - PTB-Symptome (HTQ) Sekundäre Zielgrößen - Depression (HSCL-25, HAM-D) - Angstsymptome (HSCL-25, HAM-A) - Lebensqualität (WHO-5) - Funktionalität (SDS, GAF-S, GAF-F) - Schmerz (VAS) - Somatisierung (SCL-90 Items zur Somatisierung)	18-Monats-Follow-up: PTB-Symptome - Keine signifikante Differenz zwischen Pre-treatment und 18-Monat-Follow-up - Zehn (31%) Patient:innen zeigen eine signifikante Verbesserung der Symptome, davon drei aus der SM-Gruppe und sieben aus der CR-Gruppe - Drei Patient:innen zeigen eine signifikante Symptomverschlechterung (alle aus der CR-Gruppe) - Siehe auch Carlsson et al. (2018) Sekundäre Zielgrößen: - Patient:innen in SM-Gruppe hatten signifikant weniger Somatisierungssymptome ($\beta = 0.40$), Depressionen ($\beta = 0.29$) und Angst ($\beta = 0.37$) im Vergleich zur CR-Gruppe	RoB 2 Rating (1) Bias arising from the randomization process: Some concerns (2) Bias due to deviations from intended interventions: Low (3) Bias due to missing outcome data: Low (4) Bias in measurement of the outcome: Low (5) Bias in selection of the reported result: Some concerns (6) Overall risk of bias rating: Some concerns
	Pro Arm (beim 18-Monatss-Follow-up)							
	Interventionsgruppe (SM): 14 Teilnehmende	Kontrollgruppe (CR): 20 Teilnehmende						

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen Insgesamt	Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
Carlsson et al., 2018 DOI: 10.1016/j.psychres.2018.05.015 Stress management versus cognitive restructuring in trauma-affected refugees—A pragmatic randomised study Studientyp: RCT	Anzahl der Patient:innen: 140 • Intention-to-treat: 126 • Follow-up (sechs Monate): 74 Alle Patient:innen, die vom 15. Juni 2011 bis 31. März 2012 in das Competence Centre for Transcultural Psychiatry in Dänemark aufgenommen wurden und die Einschlusskriterien erfüllten, wurden zur Teilnahme an der Studie eingeladen Einschlusskriterien für die Aufnahme in der Klinik: • Mind. 18 Jahre alt • Flüchtling oder Familienmitglieder in Rahmen einer Familienzusammenführung mit einem Flüchtling, der Asyl in Dänemark erhalten hat • Vorliegen eines traumabedingten psychischen Problems • Ärztliche Überweisung • Behandlungsmotivation Zusätzliche Einschlusskriterien für die Studie: • Schwere psychische Traumatisierung (typischerweise Gefängnisaufenthalt mit Folter, organisierte Gewalt, Verfolgung oder Kriegserfahrungen) • PTBS-Diagnose nach ICD-10 • Einwilligung zur Studienteilnahme	16 Personen (11.42 %)	Stressmanagement (SM) Das verwendete Manual umfasste folgende Techniken: • Entspannung • Aufmerksamkeitslenkung • Verhaltensaktivierung	Kognitive Umstrukturierung (CR) Hauptbestandteile der Behandlung: • Psychoedukation • CR von negativen Gedanken, die aus traumatischen Ereignissen resultieren • Exposition	Primäre Zielgröße(n): • PTBS-Symptomstärke (HTQ) Sekundäre Zielgröße(n): • Depression (HSCL-25, HAM-D) • Angstsymptome (HSCL-25, HAM-A) • Lebensqualität (WHO-5) • Funktionalität (SDS, GAF-S, GAF-F) • Somatisierung (SCL-90 Items zur Somatisierung) Nicht PICO-relevante Zielgröße: • Schmerz (VAS)	PTBS-Symptomstärke: Kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen Somatisierung: • Kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen • Keine signifikante Verbesserung in beiden Gruppen Angstsymptome: Signifikant stärkere Verbesserung in der SM-Gruppe (Effektgröße 0.46, $p = .03$) Funktionalität: • Signifikante Verbesserung in beiden Gruppen	RoB 2 Rating (1) Bias arising from the randomization process: Some concerns (2) Bias due to deviations from intended interventions: Low (3) Bias due to missing outcome data: Low (4) Bias in measurement of the outcome: Low (5) Bias in selection of the reported result: Some concerns (6) Overall risk of bias rating: Some concerns

	Ausschlusskriterien: • Akuter Substanzmissbrauch • Psychotische Störung • Notwendigkeit einer Einweisung in eine psychiatrische Abteilung bei der Beurteilung vor der Behandlung						
	Pro Arm						
	Interventions- gruppe: <i>n</i> = 53	Kontrollgruppe: <i>n</i> = 52					

PICO 4

Aggregierte Evidenz

N = 0 inkludierte Studien

Primärevidenz

N = 0 inkludierte Studien

PICO 5

Aggregierte Evidenz

N = 0 inkludierte Studien

Primärevidenz

N = 3 inkludierte Studien

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen		Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt							
Askovic et al., 2020 DOI: 10.1177/1550059419849170) Evaluation of Neurofeedback for Posttraumatic Stress Disorder Related to Refugee Experiences Using Self-Report and Cognitive ERP Measures Studientyp: Beobachtungsstudie	Anzahl der Patient:innen: 26 - Daten wurden retrospektiv erhoben) - Alle Patient:innen wurden zum Neurofeedback überwiesen, aufgrund unzureichender Behandlungsreaktion bei trauma counseling - Gruppeneuteilung der Reihe nach: die ersten 13 Patient:innen waren in der Interventionsgruppe, weitere 13 waren auf der Warteliste Einschlusskriterien: - Teilnehmer:innen haben PTBS (Score von mehr als 2.5 im HTQ) - Komorbide Depression, Komorbide Angststörung oder Keine Komorbiditäten Ausschlusskriterien: - Gegenwärtige Substanzmissbrauchsstörung - Schwere neurologische Defizite - Vorliegen einer Entwicklungsstörung - Dringende medizinischer Versorgung notwendig		0 Personen (0 %)	Neurofeedback integriert mit trauma counseling (NFT) - Individuelle Auswahl des Neurofeedba ck Protokolls, je nach Symptomstärke und Art - Ein- bis zweieinstündige Sitzungen pro Woche, mit 20 Min. Neurofeedba ck und integriertem trauma counseling - Teilnehmend e erhielten 27 ± 12 Sitzungen über 46 ± 32 Wochen	Wartelistenkontrolle: Erhielten nur trauma counseling (TC) Teilnehmende erhielten 17 ± 8 Sitzungen über 45 ± 24 Wochen	Primäre Zielgrößen: - PTB-Symptome (HTQ) - Angstsymptome und Depression (HSCL-25) (Messzeitpunkte: Pre- und Post-Intervention) Nicht PICO-relevante Zielgrößen: - Kognitive Kontrolle (EEG)	- Verglichen mit TC hatte NFT eine größere Reduktion der Symptome von posttraumatischem Stress ($p = .002$), Angst ($p = .030$) und Depression, $p = .001$, nach der Therapie (unter Konstanthaltung der Anzahl der Therapiesitzungen) - Reduktion des PTBS-Symptomwerts unter einen diagnostischen Schwellenwert bei 12 von 13 Teilnehmenden in NFT-Gruppe im Vergleich zu einer Person in der Kontrollgruppe	ROBINS-I Rating (1) Bias due to confounding: Moderate (2) Bias in selection of participants into the study: Low (3) Bias in classification of interventions: Low (4) Risk of bias due to deviations from intended intervention: Low (5) Risk of bias due to missing data: Low (6) Risk of bias in measurement of the outcome: Moderate (7) Risk of bias in selection of the reported results: Moderate (8) Overall risk of bias rating: Moderate
Pro Arm								
	Interventionsgruppe: 13 Teilnehmende	Interventionsgruppe: 13 Teilnehmende						

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt						
Beck et al., 2021 DOI: 10.1080/20008198.2021.1930960 Music therapy was noninferior to verbal standard treatment of traumatized refugees in mental health care: Results from a randomized clinical trial Studientyp: RCT	Anzahl der Patient:innen: 74 Einschlusskriterien: • Erwachsenen Geflüchtete (Alter: 18 bis 68 Jahre) • PTBS-Diagnose (ICD-10 F43.1) oder anhaltende Persönlichkeitsveränderung nach katastrophalen Erfahrungen (F62.0) • Vorrübergehender oder dauerhafter Aufenthaltstitel • Sprechen arabisch, englisch oder dänisch Ausschlusskriterien: • Laufender Substanzmissbrauch • Beeinträchtigtes hören • Suizidalität • Starke dissoziative und/oder psychotische Symptome	TAU: 14 Personen (40 %) TF-MI: 2 Personen (5 %)	Musiktherapie: • Trauma-focussed music and imagery (TF-MI) • Durchgeführt von Musiktherapeut:innen Ablauf • Fünf bis 20 Minuten Kommunikation, dann Musik- und Imaginationsarbeit • Während des Musikhörens wurden die Teilnehmer:innen ermutigt, sich mit spontanen Bildern und Empfindungen im Dialog mit den Therapeut:innen zu beschäftigen • Nach jeder Musikhörsitzung wurde das Erlebnis verbal mit	TAU: Psychologische Gesprächstherapie • Orientiert sich an Behandlungsleitlinien • Phasen-orientiertes Vorgehen mit Stabilisierungsphase, Traumaexposition, Reorientierungsphase • Verwendung von Elementen aus traumorientierten kognitiven Verhaltenstherapie, psychodynamischen und narrativen Ansätzen	Primäre Zielgröße: • PTB-Symptome Sekundäre Zielgrößen: • Somatische Dissoziation (SDQ-20) • Psychoforme Dissoziation (DSS-20) • Bindung (RAAS) • Wohlbefinden (WHO-5) Messzeitpunkte: • Ende der Behandlung • Follow-up (sechs Monate)	PTB-Symptome: • TF-MI war dem TAU nicht unterlegen (mean difference at follow-up 0.14, 95%-KI [-0.10, 0.38]) Signifikante Veränderungen der sekundären Zielgrößen für TF-MI (Effektstärken): • Wohlbefinden: Behandlungsende: 0.58 Follow-up: 0.61 • Psychoforme Dissoziation: Follow-up: 0.35	RoB 2 Rating (1) Bias arising from the randomization process: Low (2) Bias due to deviations from intended interventions: Low (3) Bias due to missing outcome data: Low (4) Bias in measurement of the outcome: Low (5) Bias in selection of the reported result: Low (6) Overall risk of bias rating: Low

			den Thera- peut:innen verarbeitet				
	Pro Arm		Beide Interventionen:				
	Interventions- gruppe: 39 Teilneh- mende	Interventions- gruppe: 39 Teilneh- mende	• Drei Stunden Assessment • 16 wöchentliche, einstündige Traumatherapie Sitzungen • Ggf. zusätzliche medikamentöse Behandlung • Bei Bedarf bis zu 20 Sitzungen • Keine Verblindung der Thera- peut:innen hinsichtlich Diagnose und Komorbiditäten				

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt						
Morina et al., 2012 DOI: 10.3402/ejpt.v3i0.17660 Combining biofeedback and Narrative Exposure Therapy for persistent pain and PTSD in refugees: a pilot study Studientyp: Beobachtungsstudie	Anzahl der Patient:innen: 18 - Vorauswahl von 18 Personen, die alle in die Teilnahme einwilligten Einschlusskriterien: - Erfahrung von Folter/Krieg - DSM-IV-Diagnosen von anhaltenden Schmerzen (außer neuropathische Schmerzen) und komorbider PTBS - Keine psychoaktive Medikation oder stabile Dosis erforderlich (Teilnehmende unter Medikation mussten ihre Dosierung während der Studie beibehalten) Ausschlusskriterien: - Keine zusätzliche schmerz/traumazentrierte Psychotherapie während der Studie - Keine aktuellen psychotischen oder substanzbezogenen Störungen - Keine Vorgeschichte jeglicher organischen psychischen Störung - Keine Aktuellen Mord- oder Selbstmordgedanken - Kein wahrgenommenes Risiko einer Abschiebung innerhalb der nächsten 12 Wochen	Drei Personen (16.67 %)	Kombinierte Intervention aus zehn Sitzungen Biofeedback (BF) gefolgt von zehn Sitzungen NET	---	Primäre Zielgrößen: - Lebensqualität (EU-ROHIS-QOL) - PTBS-Symptome (CAPS) - Behandlungsmotivation für traumafokussierte Therapie Messzeitpunkte: - Pre-BF - Post-BF/pre-NET - Post-NET 3-Monats-Follow-up Nicht PICO-relevante Zielgrößen: - Schmerzstärke - Einschränkung durch den Schmerz	PTB-Symptome: - Keine signifikante Reduktion der PTB-Symptome nach der Beendigung der BF-Intervention - NET hat einen starken Effekt auf PTBS-Symptome ($d = 1.43$) Behandlungsmotivation: - Signifikante Zunahme der Motivation für traumafokussierte Therapie von pre- zu post-BF ($d = 1.01$, $p = .004$) - Teilnehmende mit starken BF-bezogenen Motivationszuwächsen zeigten während der NET größere Abnahmen der PTB-Symptome als Personen ohne ausgeprägte Motivationszuwächse ($p = .007$) Im Follow-up (verglichen mit post-treatment): - mittlerer Effekt für	ROBINS-I Rating (1) Bias due to confounding: Moderate (2) Bias in selection of participants into the study: Low (3) Bias in classification of interventions: Low (4) Risk of bias due to deviations from intended intervention: Low (5) Risk of bias due to missing data: Moderate (6) Risk of bias in measurement of the outcome: Serious (7) Risk of bias in selection of the reported results: Moderate (8) Overall risk of bias rating: Serious

						Lebensqualität kein Effekt für PTBS	

PICO 6

Aggregierte Evidenz

N = 1 inkludierte Studien

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Lambert & Alhassoon (2015) DOI: 10.1037/cou0000048 Trauma-Focused Therapy for Refugees: Meta-Analytic Findings	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PILOTS, Medline, PsycINFO und Google Scholar (2) Graue Literatur über PsycEXTRA Einschlusskriterien: - Teilnehmer:innen waren erwachsene Flüchtlinge - Teilnehmer:innen wurden randomisiert - Bedingungen umfassten eine etablierte traumafokussierte Therapie im Vergleich zu einer Kontrollbedingung - Ergebnisse wurden mit validierten psychologischen Maßnahmen bewertet Ausschlusskriterien: - Behandlung Betroffener in ihren Heimatländern - Die Studie umfasste	Vergleich: bona fide ¹ traumafokussierten Therapien vs. Kontrollgruppe (Wartelisten oder nicht traumafokussierte Intervention wie unterstützende Therapie) Treatment: - NET - CBT - EMDR Analyse potenzieller Moderatoren: - Verwendung von Dolmetschenden - Durchschnittliche Anzahl der erhaltenen Sitzungen - Ob die Kontrollgruppe eine Form der Intervention erhielt - Methode der PTBS-Bewertung (diagnostisches Interview vs. Selbstbericht). ¹ "Bona fide Therapie" wird definiert als eine, die auf psychologischer Theorie basiert, einem Protokoll oder Handbuch folgt und	- PTB-Symptome - Depressionssymptome	1. Inkludierte Studien: 12 2. Ergebnisse: PTBS Symptome (12 Studien) - Große aggregierte Effektgröße $g = 0.91$, 95%-KI [0.56, 1.52] Depressionssymptome (neun Studien) - Große aggregierte Effektgröße $g = 0.63$, 95%-KI [0.35, 0.92] Analyse potenzieller Moderatoren: - Kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Verwendung von Dolmetschern (Ja vs. Nein, $b = .30$, $p = .428$, 95%-KI [.44, 1.03]) - Signifikante Moderatoren: Durchschnittliche Anzahl der erhaltenen Sitzungen und Typ der Kontrollgruppe	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: - Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen - Keine umfassende Suchstrategie angewandt - Nicht-doppelte Studienselektion - Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet - Kein angemessenes RoB - Finanzierungsquellen - Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet - RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert - Interessenskonflikte nicht angegeben	Adenauer et al. (2011) Hijazi et al. (2014) Hensel-Dittmann et al. (2011) Hinton et al. (2004) Hinton et al. (2009) Neuner et al. (2010) Neuner et al. (2008) Neuner et al. (2004) Stenmark et al. (2013) Stenmark et al. (2013) Ter Heide et al. (2011)

	allgemeine psychosoziale Dienste anstelle einer strukturierten Psychotherapie • Teilnehmende wurden nicht randomisiert • Die Studie verglich zwei bona fide Behandlungen ohne Vergleich zu einer Kontrollgruppe	eine Begründung für Interventionen enthält				

Primärevidenz

N = 1 inkludierte Studien

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen		Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt							
Brune & Orosea, 2011 DOI: 10.1080/17542863.2010.537821 Intermediated communication by interpreters in psychotherapy with traumatized refugees Studientyp: Beobachtungsstudie	Anzahl der Patient:innen 190 (135 männlich, 55 weiblich); 76.8 % PTBS Einschlusskriterien: Geflüchtete in Schweden und Deutschland, die zwischen 1990 und 2004 behandelt wurden und in ihrem Heimatland Folter, Krieg oder Verfolgung erlebt haben oder inhaftiert waren Ausschlusskriterien:-		--- <					

		• Häufiger angestellt als andere Gruppe • Häufiger Berufsausbildung abgeschlossen • Besseres soziales Netz • Bessere Kompetenz der Gastlandessprache					

Behandlung von Erwachsenen mit Störung der Intelligenzentwicklung

PICO 1

Aggregierte Evidenz

N = 0 inkludierte Studien

Primärevidenz

N = 0 inkludierte Studien

PICO 2

Aggregierte Evidenz

N = 0 inkludierte Studien

Primärevidenz

N = 4 inkludierte Studien

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Drop-out Rate	Testverfahren	Studiendesign	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse
	Insgesamt					
Hall et al., 2014 DOI: 10.1111/bjc.12048 Measuring symptoms of post-traumatic stress disorder in people with intellectual disabilities: The development and psychometric properties of the Impact of Event Scale-Intellectual Disabilities (IES-IDs) Studientyp: Validierungsstudie	Anzahl der Teilnehmer:innen: 40 Erwachsene mit leichter Störung der Intelligenzentwicklung aus Teams des National Health Service (NHS), Wohnrichtungen und Tageszentren innerhalb Norfolk, Cambridgeshire und Suffolk in England 36 Betreuer für Fremdauskunftsmaße Einschlusskriterien: ≥ 18 Jahre, englischsprachig - Leichte Störung der Intelligenzentwicklung, diagnostiziert nach einem full scale IQ-Test (Range: 50–70) - Schwierigkeiten im adaptiven Verhalten (als erfüllt angenommen, wenn die Person spezifische Leistungen für Menschen mit leichter Störung der Evidenzentwicklung in Anspruch nahm) - Der Person war es möglich ihre Zustimmung zur Teilnahme zu erteilen oder zu verweigern Ausschlusskriterien: - Kein traumatisches Erlebnis im Rahmen der Trauma Information Form (TIF, siehe Publikation)	----	Untersuchtes Testverfahren: - The Impact of Event Scale – Intellectual Disabilities (IES-IDs) Vergleichende Testverfahren: - Lancaster and Northgate Trauma Scale (LANTS) - Glasgow Depression Scale (GDS) & Glasgow Depression Scale – Carer (GDS-C) - Glasgow Anxiety Scale (GAS) Diagnoseinstrumente: - Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence (WASI) zur Feststellung des generellen intellektuellen Funktionsniveaus (Test) - Semi-strukturiertes Interview	Zweimaliges Ausfüllen der Testverfahren im Abstand von zwei Wochen	- Reliabilität des IES-IDs und des LANTS - Validität des IES-IDs und des LANTS durch Korrelation beider Testverfahren und ihrer Zusammenhänge mit GDS und GAS	Reliabilität IES-IDs: Interne Konsistenz: Exzellent für die Gesamtskala und akzeptabel für alle Subskalen zu beiden Zeitpunkten (Cronbach's $\alpha = .72-.91$; nach Ausschluss von Item 7 auf der Avoidance-Subscale) Test-Retest-Reliabilität: Gut bis exzellent (ICC = .65- .86) Reliabilität LANTS: Interne Konsistenz: Gut bis exzellent für Selbst- und Fremdauskunft (Cronbach's $\alpha = .86-.92$) Test-Retest-Reliabilität: Exzellent (ICC = .80- .92) Validität: - Hohe Korrelation zwischen IES-IDs Skalen und dem Selbstbericht des LANTS ($r = .63-.76$) - Korrelation zwischen dem IES-IDs Gesamtscore und der Fremdauskunft des LANTS ($r = .28-.37$), jedoch nicht für alle Subskalen der IES-IDs - Korrelation zwischen IES-IDs (Gesamt und Subskalen) und LANTS (Selbst- und Fremdauskunft) mit Angst (GAS) - Korrelation zwischen IES-IDs (Gesamt und Subskalen) und LANTS (Selbstauskunft) mit selbstberichteter Depression (GDS)

			Trauma Information Form (TIF) zur Identifizierung von traumatischen Erlebnissen, die das A-Kriterium einer PTBS erfüllen			• Korrelation zwischen LANTS (Fremdauskunft) und fremdberichteter Depression (GDS-C)

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Drop-out Rate	Testverfahren	Studiendesign	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse
	Insgesamt					
Langdon et al. (2022) DOI: 10.1111/bjc.12421 Evaluation of an adapted version of the International Trauma Questionnaire for use by people with intellectual disabilities Studientyp: Validierungsstudie	Anzahl der Patient:innen: 40 Einschlusskriterien: • Sind aktuell oder waren vor kurzer Zeit Patient:innen in Diensten für Personen mit geistiger Behinderung von sechs Englischen NHS Trusts • Erfahrung mindestens eines traumatischen Erlebnisses im Laufe des Lebens Ausschlusskriterien:-	Drei (Messzeitpunkt 1 zu Messzeitpunkt 2)	ITQ-ID (International Trauma Questionnaire for use by people with intellectual disabilities) Durchführung als halbstrukturiertes Interview empfohlen Gemessene Zielgröße(n): • PTBS (ICD-11) • Störung der Selbstorganisation (DSO) • KPTBS (ICD-11), ergibt sich aus PTBS und DSO	Zeitraum: 05/2021–08/2021 Erster Messzeitpunkt: • Traumaexposition (TIF) • ITQ-ID • IES-ID (PTBS-Symptome nach ICD-10) Zweiter Messzeitpunkt: • ITQ-ID	• Reliabilität und Validität des ITQ-ID	Reliabilität: • Konsistenz Gut, Cronbach's α der Skalen zwischen .827 und .896 • Retest Reliabilität Exzellent, $ICC = .861$ (PTBS-Skala), DSO-Skala ($ICC = .932$), $KPTBS$-Skala ($ICC = .942$) • Für alle drei Skalen wird eine ein-Komponenten-Struktur gestützt Validität: • Konkurrente Validität Korrelation zwischen PTBS-Wert von ITQ-ID und IES-IDs ($r = .844$, $p < .001$) Geringer Korrelation zwischen ITQ-ID und IES-ID für Vermeidung ($r = .472$, $p < .002$) • ITQ-ID konnte zwischen Personen unterscheiden, die als behandlungsbedürftig identifiziert wurden und denjenigen, die es nicht waren Weiter Ergebnisse: • Signifikante Korrelation von PTSD- und DSO-Werte (gemessen mit ITQ-ID), $r(38) = .794$ • Signifikante Korrelation von PTSD- und DSO-Werte mit KPTBS, $r(38) = .942$, $r(38) = .940$ • Keine signifikante Korrelation von PTBS-, DSO- und KPTBS-Werten mit der Anzahl der berichtet traumatischen Ereignisse

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Drop-out Rate	Testverfahren	Studiendesign	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse
	Insgesamt					
Wigham et al., 2011 DOI: 10.1016/j.jridd.2011.06.008 The Lancaster and Northgate Trauma Scales (LANTS): The development and psychometric properties of a measure of trauma for people with mild to moderate intellectual disabilities Studientyp: Validierungsstudie	Part I: Konstruktion der LANTS Anzahl der Teilnehmer:innen: • Sechs Personen mit leichter bis moderater geistiger Behinderung • 16 Mitarbeitende, Kliniker:innen, zwei Familienbetreuer und zwei Vertreter Einschlusskriterien: Keine genannt Ausschlusskriterien: Keine genannt	Part I: 0 %	Itempool aus 48 Items • Offene und geschlossene Fragen • Versionen für Selbst- und Fremdauskunft • Informanten-Version: 6-stufige Likert Skala (Häufigkeit) • Selbstauskunft: 4-stufiges Antwortformat in Form von Adjektiven	Part I: Konstruktion der LANTS Generierung eines Itempools mithilfe (1) Systematisches Literaturreview der empirischen Evidenz zu Traumafolgen in Personen mit intellektueller Beeinträchtigung (2) Generelle Literatur zu Traumata (3) Meinung von Servicenutzern, Pflegenden, Befürworter und Mitarbeitenden → Verwendung des Fragebogenentwurfs mit 48 Items → bei der Verwendung wurde nach Auswirkung des Traumas gefragt, die nicht genannt sind	Part I: • Selektion von Items	Part I: • Basierend auf den entwickelten thematischen Kategorien wurden zwei Versionen des LANTS (Life Adverse Events and Trauma Scale) erstellt: Selbst- und Fremdauskunft • Inhaltsvalidität: Entfernung von Items, die in mehr als 20 % nicht beantwortet wurden (Selbstauskunft: 5, Fremdauskunft: 4)

	PART II: Psychometrische Eigenschaften der LANTS Anzahl der Teilnehmer:innenn: 99 Einschlusskriterien: • Geistige Behinderung • Erhalten Behandlung vom Northumbria University and Northumberland Tyne and Wear NHS Foundation Trust Anzahl der Teilnehmer:innen Informanten: 88 Einschlusskriterien: • Kennen den Teilnehmer:innen mindestens ein Jahr Ausschlusskriterien: -	Part II: 0 %	Lancaster and Northgate Trauma Scales (LANTS) • Selbstbericht: 20 Items • Fremdbbericht: 43 Items (Unterskalen: Verhaltensveränderung, Frequenz und Stärke)		PART II: • Reliabilität und Validität der LANTS	PART II Reliabilität: • Interne Konsistenz: Selbstbericht Cronbach's $\alpha = .84$, Fremdbbericht Cronbach's $\alpha = .82$ • Retest-Reliabilität (mit den Personen aus Part I): kein signifikanter Unterschied zwischen Test und Retest $Mdn = 39.2$ Konvergente Validität: • Signifikante Korrelation mit anderen Verfahren um Traumata zu messen • Signifikante Korrelationen von LANTS und überlappenden Konstrukten (z. B. Lebensereignisse und mentale Gesundheit) • Konvergenz der LANTS untereinander: signifikante Korrelation zwischen Selbstauskunft LANTS und der Skala Verhaltensveränderung der Fremdauskunft LANTS Konstruktvalidität: • Signifikante starke Korrelation zwischen LANTS und Bangor Life Events Schedule for Intellectual

						Disabilities (BLESID) im Selbst- und Fremdreport → Selbstauskunft BLESID und Selbstauskunft LANTS .45 → Fremdauskunft BLESID und Selbstauskunft LANTS zwischen .54 und .64 Weiter Ergebnisse: • Keine Korrelation zwischen Testergebnissen und Alter Geschlecht oder adaptiven Verhalten • Selbstauskunft LANTS korreliert signifikant mit einer der drei Fremdauskunft LANTS

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Drop-out Rate	Testverfahren	Studiendesign	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse
	Insgesamt					
Wigham et al., 2021 DOI: 10.1016/j.j.ridd.2021.103914 Short report and initial evaluation of the factor structure of the Lancaster and Northgate Trauma Scales (LANTS) Studientyp: Validierungsstudie	Anzahl der Teilnehmer:innen: 98 (14 Frauen, 84 Männer) Rekrutiert aus stationären Einrichtungen der Sozial- und Gesundheitsversorgung im Nord-Osten Englands über Mitarbeiter:innen Einschlusskriterien: • Leichte bis moderate intellectual disability • Fähigkeit zur Erteilung der Zustimmung zur Teilnahme Ausschlusskriterien: • Keine genannt	----	LANTS Fragebogen zur Erhebung von Traumasymptomen bei Menschen mit intellectual disability (29 Items)	Ziele der Studie • Faktorenstruktur des LANTS (Selbstbericht) evaluieren • Passung des LANTS in Bezug auf die ICD-11-Kriterien für die komplexe PTBS bestimmen Vorgehen • Der Fragebogen wurde den Teilnehmer:innen vorgelesen	• Faktorstruktur	Die Faktorenanalyse bestätigte die angenommene Vier-Faktoren-Struktur (nach Ausschluss von sieben Items aufgrund hoher Schiefe und/oder Kurtosis) • PTBS (Acht Items) • Negatives Selbstkonzept (Sechs Items) • Affektdysregulation (Sechs Items) • Interpersonelle Probleme (Neun Items) • Korrespondenz zwischen LANTS-Items und ICD-11-Kriterien für die komplexe PTBS

PICO 3

Aggregierte Evidenz

N = 0 inkludierte Studie

Primärevidenz

N = 0 inkludierte Studien

PICO 4

Aggregierte Evidenz

N = 0 inkludierte Studie

Primärevidenz

N = 0 inkludierte Studien

PICO 5

Aggregierte Evidenz

N = 0 inkludierte Studie

Primärevidenz

N = 1 inkludierte Studien

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt						
Karatzias et al., 2019 DOI: 10.1111/jar.12570 A mixed-methods, randomized controlled feasibility trial of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) plus Standard Care (SC) versus SC alone for DSM-5 Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in adults with intellectual	Anzahl der Patient:innen: 29 Einschlusskriterien: - Eine Diagnose einer leichten bis mittelschweren intellektuellen Beeinträchtigung - Im Alter zwischen 18 und 65 Jahren - Waren traumatischen Lebensereignissen ausgesetzt (wie in CTQ oder LEC-5 definiert) - Anschließende traumatische Symptomatik (wie definiert in PCL-5) Ausschlusskriterien: - Unwilligkeit zur Teilnahme oder Unfähigkeit, Einwilligung zu geben - Nicht Erreichen des Cut-offs (< 38) für PTBS im PCL-5 - Schwerwiegendes herausforderndes Verhalten - Vorgeschichte psychotischer	Interventionsgruppe (EDMR + Standard Care): 20 % Kontrollgruppe (Nur Standard Care): 7 %	EDMR und Standard Care Bis zu acht einstündige Sitzungen EDMR	Nur Standard Care	Primäre Zielgröße: - PTB-Symptome (PCL-C) Sekundäre Zielgrößen: - Angstsymptome (GAS-ID) - Depressionssymptome (GDS-LD) - Psychische Belastung (CORE-LD) Messzeitpunkte: - Vor der Behandlung - Eine Woche nach Ende der Behandlung 3-Monats-Follow-up	Signifikante Reduktion, der Teilnehmenden mit PTBS-Diagnose EDMR + Standard Care: - Post-treatment: 60 % ohne Diagnose - Follow-up: 47 % ohne Diagnose Nur Standard Care: - Post-Treatment: 27 % ohne Diagnose - Follow-up: 27 % ohne Diagnose Weitere Ergebnisse: - Signifikante Interaktion	RoB 2 Rating (1) Bias arising from the randomization process: Low (2) Bias due to deviations from intended interventions: Low (3) Bias due to missing outcome data: Moderate (4) Bias in measurement of the outcome: Low (5) Bias in selection of the reported result: Moderate (6) Overall risk of bias rating: Moderate

disabilities Studientyp: RCT	Erkrankungen					zwischen Zeit und Gruppe für das Outcome Angst, aber für keines der anderen Outcomes	
	• Aktuelle Substanzstörung • Vorhandensein suizidaler Gedanken oder Absicht gemäß klinischem Interview • Unfähigkeit, den Anforderungen des Interviews und der Therapie aufgrund der Behinderung gerecht zu werden						
	Pro Arm						
Interventionsgruppe (EDMR + Standard Care): n = 15	Kontrollgruppe (Nur Standard Care): n = 14			• Signifikante Verbesserung der Angstsymptomatik bei EMDR + Standard Care			

PICO 6

Aggregierte Evidenz

N = 0 inkludierte Studie

Primärevidenz

N = 0 inkludierte Studien

Diagnostik der PTBS bei Kindern und Jugendlichen

PICO 1

Aggregierte Evidenz

N = 0 inkludierte Studien

Primärevidenz

N = 2 inkludierte Studien

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Testverfahren	Studiendesign	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse
	Insgesamt				
Eilers et al., 2024 DOI: 10.1007/s00103-024-03860-2 Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse einer Querschnittsstudie zu Auswirkungen der neu formulierten Diagnosen PTBS und kPTBS in der ICD-11	Anzahl der Teilnehmer:innen: 88 Kinder und Jugendliche (7–17 Jahre) und 79 Bezugspersonen Einschlusskriterien: - Alter zwischen 7 und 17 Jahren - Ausreichende Deutschkenntnisse - Mindestens ein traumatisches Ereignis in der Lebensgeschichte (erhoben mit der CATS-2 Checkliste) Ausschlusskriterien:-	Child and Adolescent Trauma Screen 2 (CATS-2) - Ein 3-teiliger Fragebogen zur Erfassung posttraumatischer Stresssymptomatik nach DSM-5 und ICD-11 für Kinder und Jugendliche im Alter von 7 bis 17 Jahren Teil 1: Ereignis-Checkliste mit 15 potenziell traumatischen Ereignissen (<i>Ja/Nein</i>-Skala) Teil 2: Erfassung der Häufigkeit von posttraumatischen Stresssymptomen in den letzten 4 Wochen mit 25 Fragen auf einer 4-stufigen Likert-Skala. Die Erhebung berücksichtigt DSM-5-, ICD-11-PTBS- und ICD-11-kPTBS-Kriterien sowie altersgerechte Symptomvarianten, wie z. B. Wiedererleben in Form von Spiel - Zur Berechnung der DSM-5-PTBS-Symptomschwere fließen 20 Items ein Teil 3: Mit fünf <i>Ja/Nein</i>-Frage wird die Beeinträchtigung in wichtigen Funktionsbereichen erfasst.	Die Daten wurden im Rahmen der Validierung des CATS-2 erhoben (Siehe Sachser et al., 2022 für detaillierte Beschreibung des Studienablaufs)	- Kategoriale Häufigkeiten der Diagnosen - Diagnostische Übereinstimmung zwischen ICD-11 und ICD-10/DSM-5 - PTB-Symptomschwere	Kategoriale Häufigkeiten der Diagnosen im Selbst- und Fremdbereich nach dem CATS-2 Selbstbericht: - DSM-5-PTBS: 63 Personen (71.6 %) - ICD-10-PTBS: 63 Personen (71.6 %) - ICD-11-PTBS: 10 Personen (11.4 %) - ICD-11-kPTBS: 20 Personen (22.7 %) Fremdbereich: - DSM-5-PTBS: 38 Personen (48.1 %) - ICD-10-PTBS: 34 Personen (43.0 %) - ICD-11-PTBS: 2 Personen (2.9 %) - ICD-11-kPTBS: 13 Personen (18.8 %) → Auch für den entwicklungsangepassten ICD-11-Algorithmus waren die Häufigkeiten der ICD-11 Diagnosen geringer (Berücksichtigung von selbstschädigendem und verletzendem Verhalten und Konzentrationsschwierigkeiten als weitere Übererregungssymptome) Diagnostische Übereinstimmung: Selbstbericht: ICD-11-PTBS/-kPTBS mit DSM-5 und ICD-10-PTBS schwach, $\kappa = 0.34$, mit entwicklungsangepasstem Algorithmus mäßig, $\kappa = 0.50$ Fremdbereich: ICD-11-PTBS/-kPTBS mit DSM-5 mäßig, $\kappa = 0.47$, mit ICD-10 mäßig, κ

		• Zwei Versionen: Selbst- und Fremdurteil Fragebogen zur Attribution der Kriterien für Selbstorganisation und- regulation (SSO) • Erfasst im Bericht von Bezugspersonen, ob Veränderungen in den sechs SSO-Symptomen der ICD-11-kPTBS bei Kindern und Jugendlichen auf ein traumatisches Ereignis oder den aktuellen Entwicklungsstand zurückzuführen sind • Die Fragen basieren auf den ICD-11-SSO-Kriterien Für jedes der sechs Symptome wird die Attribution mithilfe einer 5-stufigen Skala bewertet			= 0.49, mit entwicklungsangepasstem Algorithmus gut, $\kappa = 0.64$ Symptomschwere: • Die Gruppe von ICD-11-PTBS und-kPTBS hatte eine höhere PTBS-Symptomschwere ($M = 40.67$, $SD = 7.83$) als die Gruppe ohne ICD-11-PTBS ($M = 25.62$, $SD = 12.03$, $p < .001$); Beide Gruppen lagen über Cut-off für klinisch relevante Symptomatik • Entwicklungsangepasster Algorithmus: ICD-11-PTBS und kPTBS: $M = 39.88$, $SD = 7.86$; keine ICD-11-PTBS: $M = 23.15$, $SD = 11.29$, $p < .001$; Beide Gruppen über Cut-off für klinisch relevante Symptomatik Attribution der SSO durch die Bezugspersonen: • Die ICD-11-SSO-Symptomschwere hing mit der Einschätzung als ereignisbedingt und altersbedingt zusammen • Kein Zusammenhang der ICD-11-PTBS- und -SSO-Symptomschwere im Selbstbericht mit der angegebenen Attribution der SSO-Symptome

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Testverfahren	Studiendesign	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse
	Insgesamt				
Vasileva et al., 2018 DOI: 10.1002/jts.22314 Posttraumatic Stress Disorder in Very Young Children: Diagnostic Agreement Between ICD-11 and DSM-5	Anzahl der Teilnehmer:innen: $N_1 = 147$; $N_2 = 149$ Einschlusskriterien (Stichprobe 1: Deutsche Stichprobe): • Erziehungsberechtigte von Kindern im Alter von 3–6 • Kinder mussten sich in langfristiger Pflege befinden • Es durfte keine diagnostizierte Autismus-Spektrum-Störung vorliegen • Die Kinder mussten ein potenziell traumatisches Ereignis erlebt haben, nicht innerhalb des letzten Monats Einschlusskriterien (Stichprobe 2: Schweizer Stichprobe): • Eltern von Kindern im Alter von 1–4 (mit Verbrennungswunden) • Krankenhausaufenthalt $\geq$ eine Woche • Kein Verdacht oder Nachweis auf Kindesmisshandlung bei Aufnahme • keine Hinweise auf kognitive Beeinträchtigungen laut medizinischen Unterlagen Ausschlusskriterien:-	Young Child PTSD Checklist • 23 Items zu PTBS-Symptomen bei Kindern • Bewertung auf einer 5-Punkte-Likert-Skala von <i>überhaupt nicht</i> (0) bis <i>jeden Tag</i> (4) • Nutzung von 18 Items, die den DSM-5-Symptomen entsprechen, um Kombinationen von ICD-11- und DSM-5-Symptomen zu berechnen Erfassung funktioneller Beeinträchtigungen mithilfe von fünf zusätzlichen Items	Ablauf • Erfassung traumatischer Ereignisse durch YCPC und DIPA • Erhebung der PTBS-Symptomschwere nach ICD-11 und DSM-5 und der Funktionseinschränkung (YCPC) Zwei Schwellenwerte zur Bewertung der Symptomatik • Niedriger Schwellenwert: Score von mindestens 1 (einmal pro Woche oder seltener/einmal gelegentlich) • Hoher Schwellenwert: Score von mindestens 2 (zwei- bis viermal pro Woche/etwa die Hälfte der Zeit) ICD-11- und DSM-5-Algorithmen zur Berechnung der PTBS-Raten • ICD-11(2): Erfordert zwei Wiedererlebenssymptome. • ICD-11(3): Erfordert drei Wiedererlebenssymptome, einschließlich aufdringlicher Erinnerungen	• PTBS-Raten in Abhängigkeit verschiedener DSM-5 und ICD-11-Algorithmen • Diagnostische Übereinstimmungen zwischen DSM-5 und ICD-11 Vorhersagekraft von DSM-5 und ICD-11 in Bezug auf die Funktionsbeeinträchtigung	Häufigkeit der PTBS-Diagnosen nach ICD-11 vs. DSM-5 Niedrigste PTBS-Raten mit ICD-11(2)-Kriterien: • Niedrige Schwelle: 34.7 % in der deutschen Stichprobe, 0.7 % in der Schweizer Stichprobe • Hohe Schwelle: 15.6 % in der deutschen Stichprobe, keine Fälle in der Schweizer Stichprobe Höchste PTBS-Raten mit DSM-5-Kriterien: • Niedrige Schwelle: 60.5 % in der deutschen Stichprobe, 1.3 % in der Schweizer Stichprobe • Hohe Schwelle: 30.6 % in der deutschen Stichprobe, keine Fälle in der Schweizer Stichprobe Vergleiche: • Vergleich ICD-11(2) und ICD-11(3): Keine oder nur geringe Unterschiede in den PTBS-Raten • Vergleich ICD-11(2) und DSM-5: 1) Anteil derer, die die ICD-11(2)-Kriterien erfüllten, war 0.6 %–25.8 % niedriger als bei den DSM-5-Kriterien 2) In allen Clustern (außer dem Erregungskcluster in der Schweizer Stichprobe) identifizierten die ICD-11-Kriterien weniger positive Fälle als die DSM-5-Kriterien Diagnostische Übereinstimmung: Deutsche Stichprobe • Moderate Übereinstimmung zwischen ICD-11(2) und DSM-5-Kriterien: Niedrigere Schwelle: 74.2%, $\kappa = 0,51$ Höhere Schwelle: 82.3%, $\kappa = 0,52$ • DSM-5-Kriterien identifizierten signifikant mehr PTBS-Fälle als die ICD-11(2)-Kriterien

			(nicht unbedingt wiedererlebt) - Zusätzlich 18 alternative ICD-11(2)-Algorithmen: siehe Publikation <i>ICD-11(A0)–ICD-11(A2)</i>: Varianten mit null oder einem Vermeidungssymptom. <i>ICD-11(A3)–ICD-11(A17)</i>: Anpassungen mit Kombinationen von zwei bis sechs Symptomen aus den Bereichen Vermeidung und negativen Veränderungen in Stimmung und Kognition		(McNemar's $\chi^2(1, N = 147) = 36.03, p < .001$; McNemar's $\chi^2(1, N = 147) = 16,96, p < .001$.) Schweizer Stichprobe - Moderate Übereinstimmung zwischen ICD-11(2) und DSM-5-Kriterien: Niedrigere Schwelle: 99.3%, $\kappa = 0.66$ Höhere Schwelle: keine Analyse durchgeführt, da keine Kinder gemäß diesem Kriterium eingestuft wurden Kein signifikanter Unterschied zwischen der Anzahl der durch ICD-11(2) und DSM-5 identifizierten Personen (McNemar's $\chi^2(1, N = 149) = 0$). Modifikationen des ICD-11 Vermeidungsclusters - Systematische Untersuchung von Anpassungen des ICD-11-Vermeidungsclusters identifizierte alternative Symptomkombinationen, die zu einer höheren Übereinstimmung mit den DSM-5-Anforderungen führten (siehe Publikation) Vorhersagekraft der Funktionsbeeinträchtigung - DSM-5-Kriterien zeigten eine höhere Vorhersagekraft für funktionelle Beeinträchtigungen im Vergleich zu den ICD-11-Algorithmen - DSM-5-Kriterien waren mit weniger Kindern ohne PTBS und funktionellen Beeinträchtigungen sowie mehr Kindern mit PTBS und funktionellen Beeinträchtigungen assoziiert als die ICD-11-Algorithmen - Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind mit PTBS funktionelle Beeinträchtigungen hat (im Vergleich zu einem Kind ohne PTBS), war bei den DSM-5-Kriterien am höchsten

					Die Vorhersagekraft für funktionelle Beeinträchtigungen war bei den Algorithmen ICD-11(2) und ICD-11(3) niedriger

PICO 2

Aggregierte Evidenz

N = 2 inkludierte Studien

Publikation	Untersuchte Studien	Untersuchtes Testverfahren (ggf. Vergleich)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Haktanir et al., 2024 DOI: 10.1080/07481756.2024.2318552 Reliability Generalization Meta-Analysis of the Child PTSD Symptom Scale for DSM-5 (CPSS-5)	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Web of Science, Scopus und Google Scholar (2) Google Scholar: Suche der gleichen Schlüsselbegriffe (3) Alle Studie die von Foa et al., 2018 (Originale CPSS-5 Studie) zitiert wurden Suchzeitraum: 01/2018–07/2023 Einschlusskriterien: • Veröffentlicht in einem peer-reviewed Journal • Verwendung von CPSS-5 oder einer übersetzten Version • Stichprobenspezifische psychometrische Reliabilität wird berichtet • In englischer Sprache veröffentlicht Ausschlusskriterien: • Reliabilitätsberechnungen auf Grundlage des Datensatzes von Foa et al. (Originalfassung) oder anderen Forschenden	Child PTSD Symptom Scale for DSM-5 (CPSS-5) • Selbstbericht • Basierend auf DSM-5 Kriterien einer PTBS • 27 Items: 20 zur Erfassung der Häufigkeit von PTB-Symptomen, 7 zur Bewertung der funktionellen Beeinträchtigung	Reliabilität	1. Inkludierte Studien: 27 Studien 2. Ergebnisse: • Exzellente aggregierte Reliabilität: .91, 95%-KI [.90, .93], $\tau^2 < .01$, $p < .01$ • Starke Heterogenität: $I^2 = 95.25$ • Signifikante Gruppenunterschiede für Art des Traumas: Exzellente interne Konsistenz für Polytrauma, Gewalterfahrungen, Verletzungen- oder krankheitsbezogene Traumata, interne Konsistenz für andere Traumata bei .87 (gut) • Signifikante Gruppenunterschiede für Wohnort der Teilnehmende: Nordamerika schnitt besser ab als alle anderen	Tamir et al. (2022) Christensen et al. (2021) Metzler et al. (2023) Eads et al. (2023) Hocking et al. (2023) Mohajerin et al. (2023) Falk et al. (2020) Rooney et al. (2022) Orengo-Aguayo et al. (2022) Lee & Brown (2022) Peh et al. (2022) Soltani et al. (2018) Soltani et al. (2022) Zhen & Zhou (2022) White & Ugueto (2022) Ainamani et al. (2022) Ainamani et al. (2021) Stewart et al. (2021) Nelson et al. (2021) Evans et al. (2022) Asnaani et al. (2021) Mactavish et al. (2021) Rodrigues-Quintana & Ugueto (2021) Hasson et al. (2021) Pavlova et al. (2020) Kassam-Adams et al. (2019) Beveridge et al. (2018) Soltani et al. (2018)

Publikation	Untersuchte Studien	Untersuchtes Testverfahren (ggf. Vergleich)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Sarr et al., 2024 DOI: 10.1002/cpp.3012 A Systematic Review of the Assessment of ICD-11 Complex Post-Traumatic Stress Disorder (CPTSD) in Young People and Adults	Systematic Review Database: (1) Cochrane Library, Pubmed, PsycInfo, PTSDpubs und Web of Science (2) Referenzlisten inkludierter Studien und von Reviews zur KPTBS Suchzeitraum: 05/2013–10/2023 Einschlusskriterien: - Englischsprachig - Empirische Studien, die peer-reviewed wurden - Verwendung der ICD-11 Definition von KPTBS - Stichprobe ≥ 8 Jahre, die aus einem klinischen Setting rekrutiert wurden und Symptome, die die KPTBS-Kriterien erfüllen und/oder KPTBS beurteilt werden; oder Stichprobe von Fachleuten, die über die Beurteilung von KPTBS berichten - Beurteilung von ICD-11 KPTBS in einem der folgenden Bereiche: Maßnahmen, Unterscheidungsmerkmale oder klinische Überlegungen Ausschlusskriterien: - Graue Literatur - Studien, die keine ausreichenden Informationen zur ICD-11 KPTBS	International Trauma Questionnaire (ITQ; Cloitre et al., 2018) - In 21 Studien 18 Items mit einer Fünfpunkte-Skala oder einer Ja/Nein-Skala - Eine Studie untersuchte junge Personen mit dem ITQ - Eine Studie untersuchte Jugendliche ab 16 Jahren mit dem ITQ International Trauma Questionnaire–Child and Adolescent Version (ITQ-CA; Cloitre et al. 2015) - Zwei Studien C- PTSD Interview Scale (Ouimette et al., 1996) Child and Adolescent Trauma Screen 2 (Sachser et al., 2022) Weitere Messinstrumente für Erwachsene	PICO-relevante Zielgröße: - Messinstrumente zur Diagnose zur KPTBS bei jungen Menschen (sieben bis 18 Jahre) Nicht PICO-relevante Zielgröße: - Messinstrumente zur Diagnose der KPTBS bei Erwachsenen	1. Inkludierte Studien: 36 (sechs Studien mit Kinder und Jugendliche) 2. Ergebnisse: ITQ - Reliabilität: Moderat bis hoch - Verwendung bei jungen Personen zeigt hohe Reliabilität - Eine Studie: Faktorreliabilität PTSD-Skala .86 und Skala Störung der Selbstorganisation 0.91 ITQ-CA: - Reliabilität: Moderat bis hoch - Faktorreliabilität PTSD-Skala .85, Faktorreliabilität Skala Störung der Selbstorganisation .95 - Eine Studie: Interne Reliabilität Gesamtskala .87 C- PTSD Interview Scale - Moderate Reliabilität Child and adolescent Trauma Screen 2: Interne Konsistenz: - Selbstbericht KPTBS Skala .83 - Fremdbericht Caregiver KTPTBS .87	ITQ-CA (Haselgruber, Sölva, and Lueger-Schuster (2020a) Ho et al. (2022) ITQ Haselgruber, Sölva, and Lueger-Schuster (2020) Wright et al. (2021; ab 16 Jahren) C-PTSD Interview Scale Shin et al. (2021; ab 13 Jahren)

	Beurteilung liefern • Studien, die sich nur auf einen Aspekt der KPTBS-Kriterien konzentrieren				

Primärevidenz

N = 4 inkludierte Studien

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Testverfahren	Studiendesign	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse
	Insgesamt				
Foa et al., 2018 DOI: 10.1080/15374416.2017.1350962 Psychometrics of the Child PTSD Symptom Scale for DSM-5 for Trauma-Exposed Children and Adolescents Studientyp: Validierungsstudie	Anzahl der Teilnehmer:innen: 64 - Durchschnittsalter: 14.06 Jahre ($SD = 2.47$), von 8–18 Jahren Einschlusskriterien: - Kriterium-A-Trauma vor mindestens einem Monat - Zwischen acht und 18 Jahre alt Ausschlusskriterien: - Schwierigkeiten beim Lesen oder Sprechen von Englisch - Schwere Entwicklungsstörung - Aktive Suizidalität	Child PTSD Symptom Scale for DSM-5 (CPSS-5) - Selbstberichtversion CPSS-5-SR und Interviewversion CPSS-5-I - Insgesamt 27 Items, 20 Symptomitems - Basiert auf der CPSS - Bearbeitungszeit: Selbstbericht ca. 5 bis 10 Minuten, Interviewversion ca. 30 Minuten	Zwei Sitzungen 1.Sitzung: - Gruppe A: CPSS-5-SR, CPPS-5-I, MASC/CDI - Gruppe B: CPSS-5-SR, SPSS-5-I, MASC/CDI - Gruppe C: CPSS-5-SR 2.Sitzung: - Gruppe A: CPSS-5-SR - Gruppe B: CPSS-5-SR, CPSS-5-I - Gruppe C: CPSS-5-SR, CPSS-5-I, MASC/CDI Messinstrumente: - CPSS-5-SR (PTB-Symptome, Selbstbericht) - CPPS-5-I (PTB-Symptome, Interviewversion) - MASC (Angstsymptome) - CDI (depressive Symptome)	- Reliabilität - Validität - Cut-off-Werte für Diagnose	Interne Konsistenz: CPSS-5-I - Gesamt: $\alpha = .92$, 95%-KI [.88, .94] - Subskala Intrusionen: $\alpha = .81$ - Subskala Vermeidung: $\alpha = .67$ - Subskala Veränderung in Kognitionen und Stimmung: $\alpha = .84$ - Subskala Hyperarousal: $\alpha = .72$ CPSS-5-SR - Gesamt: $\alpha = .92$, 95%-KI [.89, .95] - Subskala Intrusionen: $\alpha = .81$ - Subskala Vermeidung: $\alpha = .63$ - Subskala Veränderung in Kognitionen und Stimmung: $\alpha = .86$ - Subskala Hyperarousal: $\alpha = .72$ Retest-Reliabilität CPSS-5-I - Gesamt: $\alpha = .93$, 95%-KI [.84, .98] - Subskala Intrusionen: $\alpha = .81$ - Subskala Vermeidung: $\alpha = .76$ - Subskala Veränderung in Kognitionen und Stimmung: $\alpha = .86$ - Subskala Hyperarousal: $\alpha = .81$ CPSS-5-SR - Gesamt: $\alpha = .80$, 95%-KI [.68, .90] - Subskala Intrusionen: $\alpha = .70$ - Subskala Vermeidung: $\alpha = .51$ - Subskala Veränderung in Kognitionen und Stimmung: $\alpha = .77$ - Subskala Hyperarousal: $\alpha = .78$

					Konvergente Validität: • Für CPSS-5-I und CPSS-5-SR gut, Kappa von .74, 95%-KI [.54, .91] und 87.9 % Übereinstimmung Diskriminante Validität: • CPSS-5-I und CPSS-5-SR-Werte waren signifikant mit MASC und CDI-Werten korreliert • Korrelation von CPSS-5-I und CPSS-5-SR mit MASC und CDI waren signifikant niedriger als die Korrelation von CPSS-5-I und CPSS-5-SR Cut-off-Werte (Diagnose) • Diagnose für Werte ≥ 30.5, damit Sensitivität .93 und Spezifität .82 Vergleich zwischen CPSS-5-I und CPSS-5-SR • 88.1 % Übereinstimmung hinsichtlich Diagnose • Teilnehmende hatten signifikant höhere Gesamtwerte im CPSS-5-SR als im CPSS-5-I

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Testverfahren	Studiendesign	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse
	Insgesamt				
Ramos et al., 2022 DOI: 10.1007/s40653-021-00406-5 Psychometric Properties of the Parent-Report Version of the UCLA PTSD Reaction Index for DSM-5 Studientyp: Validierungsstudie	Anzahl der Teilnehmer:innen: 457 Einschlusskriterien: • Kinder und Jugendliche im Alter von sieben bis 17 Jahren • Mindestens ein potenziell traumatisches Ereignis erlebt (gemäß DSM-5, Kriterium A) • Die teilnehmenden Kinder mussten die portugiesische Sprache beherrschen Ausschlusskriterien: -	UCLA PTSD Reaction Index for DSM-5 (RI-5) • Entwicklungsangepasstes Screeningtool für PTBS bei Kindern und Jugendlichen • Alter: sieben bis 17 Jahre • Erste Teil: Screening nach 22 potenziellen Trauma • Zweiter Teil: PTB-Symptome (Beurteilen der Häufigkeit)	Ein Messzeitpunkt: • Soziodemografischer Fragebogen • RI-5 in der Eltern/Caregiver-Version • Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	• Reliabilität • Validität • Faktorenstruktur	Interne Konsistenz: • Gesamtscore: $\alpha = .96$ • Nach Kategorien: akzeptabel bis gut, $\alpha = .74$ bis $\alpha = .91$ Diskriminante Validität: Korrelationen zwischen SDQ Internalisierung und Externalisierung Werte und RI-5 (Gesamtwert, Kategorien und dissoziative Symptome) • Alle Korrelationen signifikant und positiv • Alle Korrelationskoeffizienten über .70 Faktorenstruktur: • Vier-Faktoren-Struktur der Eltern/Caregiver-Version wurde bestätigt, ($CFI = .95$, $SRMSR = .08$, $RMSEA = .04$)

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Testverfahren	Studiendesign	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse
	Insgesamt				
Kaplow et al., 2020 DOI: 10.1016/j.jaac.2018.10.019 Validation of the UCLA PTSD Reaction Index for DSM-5: A Developmentally Informed Assessment Tool for Youth Studientyp: Validierungsstudie → Gleiche Studien wie Rolon-Arroyo et al., 2020	Studie 1	RI-5	Erhobene Zielgrößen: - PTB-Symptome (RI-5) - Depressionssymptome (SMFQ Child Version) Entwicklung der Items - Item-Kandidaten wurden aus der DSM-IV-Version übernommen oder umformuliert - Entwicklung neuer Items, um neue DSM-5 Symptome abzudecken - Fokusgruppe mit Kliniker:innen für Feedback Testung der Items 20 Kliniker:innen testeten die Items in ihrer Praxis, indem sie die Fragen an Patienten stellten und deren Verständnis überprüften - Feedback durch Kliniker:innen	- Bewertung und Optimierung der Klarheit, Entwicklungsangemessenheit und Akzeptanz der Items des RI-5-Fragebogens durch qualitative Rückmeldungen eines Panels von 20 Fachexperten - Interne Konsistenz - Kriteriumsvalidität	Interne Konsistenz (α): - Zwischen .76 und .89 für alle Subskalen (außer Kriterium C: $\alpha = .67$) - Gesamtscore: $\alpha = .94$ (exzellent) Validität: - Positive Korrelationen zwischen der Gesamtanzahl an erlebten Traumata ($r = .35$) und den SMFQ-Gesamtscore - Alle RI-5-Kategoriescores zeigten ebenfalls positive Korrelationen mit den SMFQ-Gesamtscores: Kriterium B: $r = .56$, Kriterium C: $r = .48$, Kriterium D: $r = .70$, Kriterium E: $r = .50$ - Der Gesamtscore der RI-5-Skala korrelierte stark mit den SMFQ-Gesamtscore ($r = .68$)
	Anzahl der Teilnehmer:innen: 486 Einschlusskriterien: - Mindestens ein traumatisches Ereignis - Zwischen sieben und 17 Jahre alt Ausschlusskriterien: -				
	Studie 2				
	Anzahl der Teilnehmer:innen: 41 Einschlusskriterien: Zwischen sieben und 17 Jahre alt	RI-5	Erhobene Zielgrößen: - Demografische Informationen - RI-5 - CAPS-CA-5	- Replikation der Ergebnisse von Studie 1 (Interne Konsistenz) - Diagnostische Genauigkeit im Ver-	Interne Konsistenz: - Zwischen .81 und .95 (gute bis exzellent), mit Ausnahme von Kriterium C mit $\alpha = .69$ - Gesamtscore $\alpha = .96$ (exzellent)

	• Mindestens ein traumatisches Erlebnis Ausschlusskriterien:-			gleich zu Goldstandard (strukturiertes klinisches Interview)	Vergleich der Ergebnisse von Studie 1 und Studie 2: (α Studie 1/ α Studie 2) • Kriterium B: .86/.85 • Kriterium C: .67/.69 • Kriterium D: .89/.92 • Kriterium E: .76/.81 • Dissoziativer Subtyp: .87/.95 • Gesamtscore: .94/.96 Diskriminante Gruppenvalidität, diagnostische Genauigkeit und klinische Bedeutsamkeit: • Jugendliche, die die vollständigen diagnostischen Kriterien für PTBS erfüllten, erzielen in allen Kriterienkategorien sowie in den Gesamtskalenwerten des RI-5 signifikant höhere Werte als Jugendliche, die die vollständigen diagnostischen Kriterien nicht erfüllten • Alle RI-5-Kategorien diskriminieren PTBS-Diagnosestatus signifikant besser als Zufall • RI-5-Gesamtscore zeigt die beste diagnostische Genauigkeit (Sensitivität: 1.00, Spezifität .86)

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Testverfahren	Studiendesign	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse
	Insgesamt				
Rolon-Arroyo et al., 2020 DOI: 10.1016/j.jaac.2019.06.015 The UCLA PTSD Reaction Index for DSM-5 Brief Form: A Screening Tool for Trauma-Exposed Youths Studientyp: Validierungsstudie → Gleiche Studien wie Kaplow et al., 2020	Studie 1 Anzahl der Teilnehmer:innen: 486 Einschlusskriterien: • Zwischen sieben und 18 Jahre alt • Mindestens ein traumatisches Erlebnis Ausschlusskriterien:-	RI-5-BF • Kurzversion der RI-5 • Ziel war, drei Items pro Skala für das Screening zu wählen	Vgl. Kaplow et al., 2020	• Faktorenstruktur • Item-Response-Theorie: Diskriminationsfähigkeit und Messinvarianz • Reliabilität	Faktorenstruktur: • Guter Fit: $CFI = .96$, $Tucker\ Lewis\ Index = .99$, $RMSEA = 0.06$ Item-Response-Theorie Modelle: • Die höchste Diskriminationsfähigkeit bei mittleren Trait-Leveln (50. Perzentil) in den ausgewählten Items bestätigt, dass der Fragebogen gut darin ist, Unterschiede in der typischen Merkmalsausprägung zu erfassen • Gleiche Ergebnisse bei Splittung in Altersgruppen (7–13 vs. 14–18 Jahre) und Gesamtstichprobe spricht für Messinvarianz Reliabilität: • Gesamt: .90 (exzellent)
	Studie 1 Anzahl der Teilnehmer:innen: 41 Einschlusskriterien: • Befinden sich in psychologischer Behandlung • Zwischen sieben und 17 Jahre alt • Teilnehmende hatten mind. ein potenziell traumatisierendes Erlebnis Ausschlusskriterien:-	RI-5-BF (identische Version zu Studie 1)	Vgl. Kaplow et al., 2020	• Reliabilität (Replikation der Ergebnisse aus Studie 1) • Diskriminante Gruppenvalidität und klinischer Nutzen	Reliabilität: • Gesamt: .93 (exzellent) Diskriminante Gruppenvalidität für RI-5-BF • ROC zeigt, dass RI-5-BF akkurat zwischen Personen mit und ohne PTBS differenzieren kann • Diskriminationsleistung der Subskalen und des Gesamtwerts besser als Zufall • Idealer Cut-off-Wert: 21, für maximale Spezifität (.86), Sensitivität (1.00) und Klassifizierungsgenauigkeit (.92)

PICO 3

Aggregierte Evidenz

N = 0 inkludierte Studien

Primärevidenz

N = 0 inkludierte Studien

Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen

PICO 1

Aggregierte Evidenz

N = 0 inkludierte Studien

Primärevidenz

N = 2 inkludierte Studien

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen		Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt							
Cohen et al., 2007 DOI: 10.1097/chi.0b013e3180547105 A Pilot Randomized Controlled Trial of Combined Trauma-Focused CBT and Sertraline for Childhood PTSD Symptoms Studientyp: RCT	Anzahl der Patient:innen: 24 randomisiert Einschlusskriterien: • Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 17 Jahren • PTB-Symptome im Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch (mindestens 5 Symptome und min. eines in jedem der drei Cluster des K-SADS) • Elternteil oder Betreuungsperson der/die Zustimmung geben und teilnehmen konnte Ausschlusskriterien: • Nicht englischsprachig • Schizophrenie oder andere aktive psychotische Störung, mental retardiert, tiefgreifende Entwicklungsstörung • Einnahme von Psychopharmaka • Patient:innen mit Unverträglichkeit oder Überempfindlichkeit gegenüber selektiven SSRIs oder Sertralin		Gesamt: $n = 2$ (8.33 %) Interventionsgruppe: $n = 1$ (8.33 %) Kontrollgruppe: $n = 1$ (8.33 %)	TF-KVT + Sertralin • An den ersten 3 Tagen 25 mg/Tag, dann 50 mg/Tag für 2 Wochen • Falls keine Symptomverbesserung, Erhöhung auf 100 mg/Tag für zwei Wochen • Auf dieselbe Weise Erhöhung bis 200 mg/Tag • mittlere Maximaldosis 172.73 mg/Tag	TF-KVT + Placebo	Primäre Zielgrößen: • PTB-Symptome (Interview; K-SADS-PL-PTSD) • PTB-Symptome (Selbstauskunft; CPSS) Sekundäre Zielgrößen: • Funktionsniveau (CGAS, Interview) • Depressionssymptome (Selbstauskunft, MFQ) • Angstsymptome (Selbstauskunft; SCARED) • Childrens' Attributions and Perceptions Scale (Selbstauskunft) • Child Behavior Checklist (Elternauskunft) • Depressionssymptome der Eltern (Selbstauskunft, BDI) • Nebenwirkungen (SEF-CA)	• K-SADS: Signifikanter Zeiteffekt, aber kein signifikanter Interaktionseffekt Gruppe × Zeit • Signifikante Interaktion Gruppe × Zeit hinsichtlich Funktionsniveau • Bei den übrigen Outcomes signifikanter Haupteffekt Zeit, aber kein Interaktionseffekt Insgesamt: • In beiden Gruppen Verbesserung von PTB-, Depressions- und Angstsymptomen sowie Verhaltensproblemen • Behandlungseffekt geht vermutlich auf TF-KVT zurück und nicht auf Sertralin	RoB 2 Rating (1) Bias arising from the randomization process: Low (1) Bias due to deviations from intended interventions: Low (2) Bias due to missing outcome data: Low (3) Bias in measurement of the outcome: Low (4) Bias in selection of the reported result: Some concerns (5) Overall risk of bias rating: Some concerns
	Pro Arm			TF-KVT nach dem Manual von Cohen et al. (2006) über 12 Wochen mit 12 parallelen Sitzungen für Kind und Elternteil				
	TF-KVT + Sertralin: $n = 12$	TF-KVT + Placebo: $n = 12$						

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt						
Robb et al., 2010 DOI: 10.1089/cap.2009.0115 Sertraline Treatment of Children and Adolescents With Posttraumatic Stress Disorder: A Double-Blind, Placebo-Controlled Trial Studientyp: RCT	Anzahl der Patient:innen: 131 Einschlusskriterien: • Kinder und Jugendliche zwischen sechs und 17 Jahren • Erfüllen der PTBS-DSM-IV Kriterien nach K-SADS-PL • UCLA-PTSD-RI ≥ 30 Punkte • Clinical Global Impressions–Severity-I ≥ 4 Punkte • Verlässliche Eltern oder Erziehungsbeachtigte • Falls weiblich: nicht schwanger, nicht stillend; negativer Schwangerschaftstest und Zustimmung zur Verhütung erforderlich • Schriftliche Einwilligung eines Elternteils und/oder Erziehungsberechtigten Ausschlusskriterien: • Trauma andauernd oder kehrt wahrscheinlich wieder • Patient:innen, die in der Vergangenheit DSM-IV Kriterien für bipolare Störung, Schizophrenie oder eine andere psychotische Störung, Bulimie, Anorexia nervosa oder Autismus-Spektrum-Störung erfüllten • Patient:innen mit Suizidversuch in der Vorgeschichte oder mit Suizidrisiko • Patient:innen, die in den letzten 6 Monaten DSM-IV-Kriterien für Substanzmissbrauch oder Abhängigkeit erfüllt haben • Patient:innen, die sich in Therapie für PTBS befinden • Patient:innen mit einer Vorgeschichte	Gesamt: $n = 31$ (23.66 %) Interventionsgruppe: $n = 20$ (29.9 %) Kontrollgruppe: $n = 11$ (17.7 %)	Sertralin 50-200 mg 10 Wochen doppelt verblindete Behandlung mit flexibler Dosis Sertralin (50–200 mg/Tag)	Placebo	Primäre Zielgröße: • PTB-Symptome (strukturiertes Interview; UCLA-PTSD-RI) Sekundäre Zielgrößen: • PTB-Symptome (Elternauskunft; Child Stress Disorder Checklist; CSDC) • Funktionsniveau (Elternauskunft; Child Stress Disorder Checklist; CSDC) • CGI-S and CGI-Improvement (CGI-I) • Depressionssymptome (Children's Depression Rating Scale–Revised; CDRS-R) • Lebensqualität (Pediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, PQ-LES-Q)	• Kein signifikanter Unterschied zwischen Sertralin und Placebo hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen (Interview), Funktionsniveau, Depressionssymptome und Lebensqualität • Signifikante Überlegenheit von Sertralin hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen laut Fremdbericht (95%-KI der Differenz [-9.9,-1.4]) • Nebenwirkungen von Sertralin verglichen mit Placebo nicht signifikant häufiger Insgesamt: Sertralin war dem Placebo weder bei der primären Zielgröße (der UCLA PTSD) oder bei der sekundären Zielgröße überlegen	RoB 2 Rating (1) Bias arising from the randomization process: Some concerns (2) Bias due to deviations from intended interventions: Low (3) Bias due to missing outcome data: Low (4) Bias in measurement of the outcome: Low (5) Bias in selection of the reported result: Low (6) Overall risk of bias rating: Some concerns

	von Anfallsleiden oder mit kognitiven oder neurologischen Defiziten								
	• Patient:innen mit klinisch bedeutsamen Anomalien bei der körperlichen Untersuchung • Patient:innen, die gleichzeitig psychotrope Psychopharmaka benötigen, mit Ausnahme von Diphenhydramin oder Chloralhydrat oder Stimulanzien für ADHS • Patient:innen mit Unverträglichkeit oder Überempfindlichkeit gegenüber selektiven SSRIs oder Sertralin								
	Pro Arm								
Interventionsgruppe: <i>n</i> = 67	Kontrollgruppe: <i>n</i> = 62								

PICO 2

Aggregierte Evidenz

N = 16 inkludierte Studien

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Gillies et al., 2013 DOI: 10.1002/ebch.1916 Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents (Review)	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Review Group's Specialised Register (CCDANCTR), enthält: CENTRAL, EMBASE, MEDLINE und PsycINFO, ICTRP, ClinicalTrials.gov, Pharmaunternehmen (2) Referenzlisten relevanter Studien (3) Manuelle Suche in zentralen Journals, Konferenzberichten und anderen Reviews und Metaanalysen Suchzeitraum: Bis 12/2011 Einschlusskriterien: • Parallele, cross-over, cluster-randomisierte und quasi randomisierte kontrollierte Studien • Teilnehmende zwischen 3 und 18 Jahren mit einer PTBS-Diagnose	Vergleiche: • Narrative Therapie vs. Kontrolle: $k = 3$ • KVT vs. Kontrolle: $k = 3$ • EMDR vs. Kontrolle: $k = 2$ • Andere psychologische Therapien vs. Kontrolle: $k = 2$ • KVT vs. Supportive counselling: $k = 1$ • Narrative Therapie vs. Supportive counselling: $k = 1$ • Narrative Therapie vs. Meditation und Entspannung: $k = 1$ • Expositionstherapie vs. interpersonelle Therapie: $k = 1$	Primäre Zielgrößen: • PTB-Symptomverbesserung • Verbesserung der Diagnose PTBS gemessen hinsichtlich PTBS Diagnosekriterien (ICD-10, DSM-IV TR) Sekundäre Zielgrößen: • Depressivität • Angstsymptome • Ausmaß von Verhaltensproblemen • Unerwünschte Ereignisse (keine Studien gefunden) • Lebensqualität (keine Studie gefunden) Nicht PICO-relevant: • Drop-out zu Follow-up • Kosten	1. Inkludierte Studien: 14 (davon RCTs: 14, keine quasi randomisierten Studie inkludiert) 2. Ergebnisse: Gesamt (Intervention vs. Kontrolle): • PTBS-Diagnose: signifikant geringer bei Interventionsgruppe kurz- und mittelfristig, aber nicht langfristig • PTB-Symptome: signifikant geringer bei Interventionsgruppe kurz- und mittelfristig, aber nicht langfristig • Angstsymptome und Depressivität: Intervention kurzfristig, aber nicht mittel- und langfristig KVT vs. Kontrolle: • PTBS-Diagnose: signifikant größere Verbesserung (KVT) • PTB-Symptome: signifikant Reduktion kurz- und mittelfristig, • Angstsymptome: keine Unterschiede • Depressivität: signifikant geringer kurzfristig, mittelfristig nicht signifikant Narrative Therapie vs. Kontrolle • PTBS-Diagnose: Narrative Therapie signifikant besser mittel-	High quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Ahmad et al. (2007) Ahrens & Rexford (2002) Catani et al. (2009) Chemtob et al. (2022) Cohen et al. (2004) Cohen et al. (2011) Ertl et al. (2011) Gilboa-Schechtman et al. (2010) Gordon et al. (2008) King et al. (2000) Najavits et al. (2006) Ruf et al. (2010) Schauer (2008) Smith et al. (2007)

	- Intervention: Psychologische Therapie für PTBS - Vergleichsintervention: TAU, WL, keine Behandlung, Pharmakologische Behandlung, andere Behandlung Ausschlusskriterien: - Parallele, cross-over, cluster-randomisierte und quasi randomisierte kontrollierte Studien			fristig, langfristig nicht signifikant - PTB-Symptome: kein signifikanter Unterschied (gesamt), - Übererregung und Widererleben signifikant geringer bei Narrativer Therapie - Depressivität: kein Unterschied EMDR vs. Kontrolle: - PTB-Symptome (gesamt): kein signifikanter Unterschied - Wiedererleben signifikant geringer bei EMDR ($SMD = -0.75$, 95%-KI [-1.46, -0.04]) - Angstsymptome: kein signifikanter Unterschied - Depressivität: kein signifikanter Unterschied Andere psychologischen Therapie vs. Kontrolle: - PTB-Symptome: signifikante Reduktion bei anderen psychologischen Therapien - Depressivität: kein signifikanter Unterschied		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Gutermann et al., 2016 DOI: 10.1007/s10567-016-0202-5 Psychological Treatments for Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in Children, Adolescents, and Young Adults: A Meta-Analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PubMed, PsycINFO/ Psynex, Web of Science, Cochrane Library, PILOTS (2) Referenzlisten relevanter Metaanalysen und Reviews (3) Kontaktieren von Expert:innen Suchzeitraum: 01/1980 – 04/2014 Einschlusskriterien: ● PTBS-Diagnose ● Studien mit Kindern und/oder Jugendlichen bis maximal 25 Jahre ● Anwendung einer psychologischen Behandlung zur Reduktion von PTSD-Symptomen (keine nicht-interaktiven Interventionen) ● Untersuchung von psychologischen Behandlungen, die mindestens 50 % der Behandlungszeit direkt am Kind oder Jugendlichen angewendet wurden,	Interventionen: ● KVT ● EMDR ● Psychoedukation ● Andere traumafokussierte Interventionen ● Entspannung/Meditation ● Supportive Therapy ● Psychodynamische Interventionen ● Andere nicht-traumafokussierte Interventionen (z.B. Spieltherapie, Kunsttherapie,...) Kontrollen: ● Ohne Möglichkeit auf Behandlung ● WL ● TAU ● Aktive Kontrolle (d. h. unspezifische, nicht-psychotherapeutische Behandlung)	Primäre Zielgröße: ● PTB-Symptome Sekundäre Zielgrößen: ● Depressionssymptome ● Angstsymptome	1. Inkludierte Studien: 135 Studien (davon 62 RCTs) 2. Ergebnisse: Gepoolte prä-post-Effektstärken ● Alle untersuchten Interventionen haben die PTB-Symptome signifikant verbessert ($g = 0.52$ bis $g = 1.9$) ● Im Prä-Post-Vergleich waren folgende am effektivsten: Meditation/Entspannung ($k = 3$, $g = 1.9$), EMDR ($k = 12$, $g = 1.18$, 95%-KI [0.91, 1.45]) und KVT ($k = 85$, $g = 0.99$, 95%-KI [0.89, 1.08]) (deskriptiv, keine Hypothesentests durchgeführt) ● Einzeltherapie ($k = 67$, $g = 1.09$, 95%-KI [0.97, 1.20]) hatte eine höhere Effektstärke als Gruppentherapie ($k = 66$, $g = 0.71$, 95%-KI [0.61, 0.82]) und als die Kombination aus Gruppen- und Einzeltherapie ($k = 11$, $g = 0.81$, 95%-KI [0.54, 1.07]) (deskriptiv, keine Hypothesentests durchgeführt) Intervention vs. nicht-aktive Kontrollen ● KVT ($k = 17$, $g = 1.39$, 95%-KI [0.8, 1.69]), EMDR ($k = 4$, $g = 0.38$, 95%-KI [-0.26, 1.01]) und Psychoedukation ($k = 10$, $g = 0.77$, 95%-KI [0.40, 1.15]) sind effektiver als nicht-aktive Kontrollen.	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (4) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (5) Auswahl der Studientypen für Einschluss nicht erläutert (5) Nicht-doppelte Studiene Selektion (6) Nicht-doppelte Datenextraktion (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (8) Keine detaillierte Beschreibung eingeschlossener Studien (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Ahmad et al. (2007) Ahrens & Rexford (2002) Anderson et al. (2010) Baráth (1996) Berger & Gelkopf (2009) Berger et al. (2012) Berger et al. (2007) Berkowitz et al. (2011) Brown & Shapiro (2006) CATS Consortium (2010) Cain et al. (2010) Carrión et al. (2013) Catani et al. (2009) Celano et al. (1996) Chemtob et al. (2002) Cohen et al. (2004) Cohen & Mannarino (1997) Cohen et al. (2011) Cohen et al. (2004) Cohen et al. (2005) Cohen et al. (2007) Coulter (2000) Danielson et al. (2012) Danielson et al. (2010) De Roos et al. (2011) Deblinger et al. (1996) Deblinger et al. (1990) Deblinger et al. (2001) Dietz et al. (2012)

	• Bei Eltern-Kind-Interventionen: Verfügbarkeit quantitativer prä-post-Messungen der PTB-Symptome (und Depressions- sowie Angstsymptomen) • Bei Studien, die passive und aktive Kontrollgruppen (keine psychologische Intervention) hatten, wurde die aktive Kontrollgruppe gewählt Ausschlusskriterien: • Einzelfallstudie oder weniger als acht Patienten • Die Stichprobe überlappt mit der anderer eingeschlossener Studien • Nicht genügend Daten, die verwendet werden konnten • Volltext war nicht zugänglich			• Andere traumafokussierte Interventionen, Supportive Therapy und andere nicht-traumafokussierte Interventionen sind nicht signifikant besser als nicht-aktive Kontrollen • Einzeltherapie ($k = 12$, $g = 1.05$, 95%-KI [0.64, 1.45]), Gruppentherapie ($k = 26$, $g = 0.77$, 95%-KI [0.52, 1.03]) und die Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie ($k = 4$, $g = 1.26$, 95%-KI [0.62, 1.91]) sind signifikant besser als nicht-aktive Kontrollen Intervention vs. aktive Kontrollen • KVT ($k = 21$, $g = 0.52$, 95%-KI [0.40, 0.63]) und EMDR ($k = 3$, $g = 0.72$, 95%-KI [0.31, 1.13]) sind effektiver als aktive Kontrollen • Andere nicht-traumafokussierte Interventionen sind nicht effektiver als aktive Kontrollen ($k = 3$, $g = 0.06$, 95%-KI [-0.25, 0.38]) • Einzel- ($k = 22$, $g = 0.48$, 95%-KI [0.35, 0.61]) und Gruppentherapien ($k = 8$, $g = 0.40$, 95%-KI [0.19, 0.62]) sind effektiver als nicht-aktive Kontrollen Subgruppenanalyse: RCTs • Bei KVT ($k = 34$, $g = 0.79$, 95%-KI [0.62, 0.96]), EMDR ($k = 7$, $g = 0.20$, 95%-KI [0.09, 0.89]) und Psychoedukation ($k = 9$, $g = 0.56$, 95%-KI [0.27, 0.85]) verbesserte sich die Symptomatik signifikant	Entholt et al. (2005) Ellis et al. (2013) Ertl et al. (2011) Farkas et al. (2010) Foa et al. (2013) Ford et al. (2012) Gelkopf & Berger (2009) Giannopoulou et al. (2006) Gilboa-Schechtman et al. (2010) Glodich (2000) Goenjian et al. (1997) Gordon et al. (2004) Gordon et al. (2008) Grefe (2012) Gupta & Zimmer (2008) Habigzang et al. (2013) Habigzang et al. (2009) Hamama et al. (2011) Hartman (2011) Hsu (2003) Jaberghaderi et al. (2004) Jarero et al. (2008) Jaycox et al. (2010) Jaycox et al. (2009) Jensen et al. (2013) Jordans et al. (2010) Kataoka et al. (2003) Kazak et al. (2004) Kemp et al. (2014) Kemp et al. (2010) King et al. (2000) Kjellgren et al. (2013) Kolko et al. (2003)

				• Bei anderen traumafokussierten Therapien ($k = 5$, $g = 0.19$, 95%-KI [-0.22, 0.60]) und Supportive Therapy ($k = 3$, $g = 0.22$, 95%-KI [-0.28, 0.72]) war keine signifikante Veränderung zu beobachten • Einzeltherapie ($k = 34$, $g = 0.64$, 95%-KI [0.46, 0.82]), Gruppentherapie ($k = 24$, $g = 0.64$, 95%-KI [0.44, 0.84]) und die Kombination aus Gruppen- und Einzeltherapie ($k = 4$, $g = 0.76$, 95%-KI [0.26, 1.26]) verbesserten die Symptomatik signifikant • Für weitere Subgruppenanalysen (Traumatyp, PTBS klinisch vs. subklinisch siehe Publikation) Subgruppenanalyse: Caretaker • Studien, in denen Caretaker in die Behandlung einbezogen wurden zeigten signifikant größere Effektstärken als Studien, in denen die Interventionen ausschließlich mit den Kindern/Jugendlichen durchgeführt wurden (within-group; pooled analysis) Angst- und Depressionssymptome • Prä-Post über alle Studien hinweg: moderater Effekt für Depressions- ($g = 0.62$, 95%-KI [0.55, 0.69]) und für Angstsymptome ($g = 0.64$, 95%-KI [0.56, 0.73]) • Vergleich mit nicht-aktiven Kontrollen: moderater Effekt für Depressions- ($g = 0.60$, 95%-KI	Kolko et al. (2011) Krakow et al. (2001) Lange & Ruwa (2010) Lange-Nielsen et al. (2012) Layne et al. (2001) Layne et al. (2008) Lesmana et al. (2009) Linning (2007) Lyshak-Stelzer et al. (2007) Lytle et al. (2002) Matulis et al. (2014) McClatchey et al. (2009) McCullough (2012) McMullen et al. (2013) Misurell et al. (2013) Misurell et al. (2011) Möhlen et al. (2005) Nilsson & Wadsby (2010) Nolan et al. (2002) Odell (2010) Oras et al. (2004) Ormhaug et al. (2014) Overbeek et al. (2013) O'Callaghan et al. (2013) Paul O'Callaghan et al. (2013) Pfeffer et al. (2002) Pifalo (2002) Pifalo (2006) Pityaratstian et al. (2007) Pityaratstian et al. (2014)

				[0.41, 0.79]) und für Angstsymptome ($g = 0.67$, 95%-KI [0.45, 0.89]) • Vergleich mit aktiven Kontrollen: kleiner Effekt für Depressions- ($g = 0.37$, 95%-KI [0.27, 0.46]) und für Angstsymptome ($g = 0.42$, 95%-KI [0.29, 0.55]) • RCTs: moderater Effekt für Depressions- ($g = 0.46$, 95%-KI [0.34, 0.59]) und für Angstsymptome ($g = 0.50$, 95%-KI [0.36, 0.65])		Qouta et al. (2012) Raider et al. (2008) Reyes & Asbrand (2005) Reyes et al. (1996) Ribchester et al. (2010) Rivera (2008) Ronan & Johnston (1999) Ronholt et al. (2013) Rosenberg et al. (2011) Ruf et al. (2010) Runyon et al. (2010) Runyon et al. (2009) Sakai et al. (2010) Salloum (2008) Salloum et al. (2001) Salloum & Overstreet (2008) Salloum & Overstreet (2012) Schauer (2008) Scheck et al. (1998) Scheeringa & Weems (2014) Scheeringa et al. (2011) Schottelkorb et al. (2012) Shechtman & Mor (2010) Shooshtary et al. (2008) Simmer-Dvonch (1999) Sinclair et al. (1995) Smith et al. (2007)

						Soberman (1999) Springer et al. (2012) Stallard et al. (2006) Staples et al. (2011) Stein et al. (2003) Taussig & Culhane (2010) Thabet et al. (2005) Tol et al. (2008) Tol et al. (2014) Tol et al. (2012) Tourigny & Hebert (2007) Tourigny et al. (2005) Trowell et al. (2002) Truppi (2001) Vandervord Nixon et al. (2012) Wolmer et al. (2011) Wolmer et al. (2003) Zehnder, Meuli, & Landolt (2010)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Gutermann et al., 2017 DOI: 10.1007/s10567-017-0242-5 Meta-analysis of the Long-Term Treatment Effects of Psychological Interventions in Youth with PTSD Symptoms <i>Follow-up-Analyse zu Gutermann et al. (2016)</i>	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PubMed, PsycINFO/ Psynex, Web of Science, Cochrane Library, PILOTS (2) Referenzlisten relevanter Metaanalysen und Reviews (3) Kontaktieren von Experten Suchzeitraum: 01/1980 – 04/2014 Einschlusskriterien: • Kinder und Jugendliche bis 25 Jahre mit PTB-Symptomen • Quantitative Erfassung der Effektivität psychologischer Interventionen zur Reduktion von PTB-Symptomen • Mindestens sieben Patient:innen in der Studie Ausschlusskriterien: Keine genannt	Interventionen • KVT (FU1: $k = 23$; FU2: $k = 15$) • Primär psychoedukativ (FU1: $k = 2$; FU2: $k = 3$) • EMDR (FU1: $k = 4$; FU2: $k = 1$) • Andere traumafokussierte Interventionen (FU1: $k = 0$; FU2: $k = 2$) • Entspannung/Meditation (FU1: $k = 1$; FU2: $k = 3$) • Supportive Therapy (FU1: $k = 0$; FU2: $k = 1$) • Psychodynamische Therapien (FU1: $k = 0$; FU2: $k = 1$) Kontrollen • Ohne Möglichkeit auf Behandlung oder Warteliste • TAU oder aktive Kontrolle Follow-up-Zeiträume FU1 (< sechs Monate) FU2 (≥ sechs Monate)	PTB-Symptome	1. Inkludierte Studien: 47 Studien 2. Ergebnisse: Gepoolte Prä-FU-Effektstärken (within-groups) • FU1 (< sechs Monate): $k = 30$, $g = 0.99$, 95%-KI [0.83, 1.16] • FU2 (≥ sechs Monate): $k = 26$, $g = 1.24$, 95%-KI [1.04, 1.45] • RCTs (alle FU-Zeiträume): $k = 19$, $g = 0.38$, 95%-KI [0.22, 0.55] Intervention vs. nicht-aktive Kontrollen • FU1 (< sechs Monate): $k = 6$, $g = 0.50$, 95%-KI [0.13, 0.89] • FU2 (≥ sechs Monate): $k = 6$, $g = 0.62$, 95%-KI [0.33, 0.91] • RCTs (alle FU-Zeiträume): $k = 8$, $g = 0.50$, 95%-KI [0.24, 0.76] Intervention vs. aktive Kontrollen • FU1 (< sechs Monate): $k = 6$, $g = 0.38$, 95%-KI [0.03, 0.74] • FU2 (≥ sechs Monate): $k = 7$, $g = 0.38$, 95%-KI [0.08, 0.67] • RCTs (alle FU-Zeiträume): $k = 11$, $g = 0.41$, 95%-KI [0.17, 0.65] Subgruppenanalysen: • Within-group-Effekte von Interventionen, die mit ($g = 1.22$, 95%-KI [1.01, 1.43]) und ohne Caretaker ($g = 1.10$, 95%-KI [0.82,	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (3) Auswahl der Studientypen für Einschluss nicht erläutert (5) Nicht-doppelte Studien Selektion (6) Nicht-doppelte Datenextraktion (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (8) Keine detaillierte Beschreibung eingeschlossener Studien (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (11) Keine angemessenen statistischen Methoden verwendet (für NRSIs)	Catani et al. (2009) CATS Consortium (2010) Chemtob et al. (2002) Cohen et al. (2004) Cohen et al. (1997) Cohen et al. (2005) Danielson et al. (2010) Danielson et al. (2012) De Roos et al. (2011) Deblinger et al. (1996) Deblinger et al. (2001) Ellis et al. (2013) Ertl et al. (2011) Farkas et al. (2010) Fao et al. (2013) Giannopoulou et al. (2006) Gilboa-Schechtman et al. (2010) Goenjian et al. (1997) Gordon et al. (2004) Gordon et al. (2008) Habigzang et al. (2013) Hsu et al. (2003) Jarero et al. (2008) Jaycox et al. (2009) King et al. (2000) Layne et al. (2008) Matulis et al. (2014) McClatchey et al. (2009) Nixon et al. (2012) Overbeek et al. (2013)

				1.37]) durchgeführt wurden, unterscheiden sich nicht signifikant voneinander	(12) Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (13) RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert (14) Heterogenität wurde nicht interpretiert/diskutiert	Pityaratstian et al. (2014) Qouta et al. (2012) Ribchester et al. (2010) Ronan et al. (1999) Rosenberg et al. (2011) Sakai et al. (2010) Salloum et al. (2008) Salloum et al. (2012) Scheringa et al. (2014) Soberman et al. (1999) Springer et al. (2012) Staples et al. (2011) Taussig et al. (2010) Tol et al. (2008) Trowel et al. (2002) Wolmer et al. (2003) Zehnder et al. (2010)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
De Haan et al., 2024 DOI: 10.1026/S2352-4642(23)00253-5 Efficacy and moderators of efficacy of cognitive behavioural therapies with a trauma focus in children and adolescents: an individual participant data meta-analysis of randomised trials	Meta-analysis Database: (1) PsycInfo via Ebsco, MEDLINE, Embase via Ovid, Cochrane Central Register of Controlled Trials und INAHL (2) Graue Literatur ClinicalTrials.gov und ISRCTN (3) Preprint Archive: PsyArXiv und bioRxiv (4) Referenzlisten der inkludierten Studien (5) Persönlicher Kontakt zu Autor:innen auf dem Gebiet für unpublizierte Studien (6) Kommunikation über soziale Medien über die geplante Metaanalyse Suchzeitraum: 01/2018 –12/2019 + Studien, die für die NICE Leitlinien identifiziert wurden (bis Januar/2018) Einschlusskriterien: • Randomisierte Interventionsstudien • Englische Sprache • Population: Teilnehmende zwischen 6 und 18 Jahren, mit traumatischen Erfahrungen	TF-KVT Formen: • Missbrauchs-fokussierte KVT • Traumafokussierte KVT • KVT • Kognitive Therapie • Kognitive behaviorale Schreibtherapie • CPT • NET • PE • Trauma Affektregulation Kontrollbedingungen: • Keine Intervention/ WL • TAU • Pharmakologische Therapie • Individuelle nicht-tf psychosoziale Interventionen • EMDR • Emotional Freedom techniques	Primäre Zielgröße: • PTB-Symptome (Selberbericht) nach Behandlungsende Sekundäre Zielgrößen: • PTB-Symptome (Fremdbericht, separat nach Gruppen) • PTB-Symptome (Selbstbericht) zu Follow-up: 1–3, 4–6 Monate, 7–12, 18, 24 Monate) • PTBS-Diagnose • Symptome komorbider Störungen (Depression, Angstbezogen und externalisierende Probleme)	1. Inkludierte Studien: 25 (davon RCTs: 25) 2. Ergebnisse: Meta-Analyse individueller Teilnehmerdaten PTB-Symptome (Behandlungsende): • Bei TF-KVTs im Mittel geringer als Kontrollbedingung, wenn für PTB-Symptome vor Behandlungsbeginn kontrolliert wird, $b = -13.17$, 95%-KI $[-17.84, -8.50]$, $p < .001$, $\tau^2 = 103.72$ • Bei 1–3, 4–6- und 7–12 Monats-Follow-up TF-KVTs der Kontrollbedingung überlegen bei Kontrolle der PTB-Symptome vor Behandlungsbeginn • Effekt bleibt stabil bei Kontrolle über Kovariaten (Alter, Geschlecht, Traumatyp, Trauma Vergangenheit, PTB-Symptome, Stärke dysfunktionaler Kognitionen) Angstbezogenen Störungen • TF-KVT vs. Kontrolle: signifikanter Effekt in Richtung TF-KVT • Effekt bleibt stabil bei Kontrolle über Kovariaten Depressivität: • TF-KVT vs. Kontrolle: signifikanter Effekt in Richtung TF-	Critically low quality Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (6) Nicht-doppelte Datenextraktion (7) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (15) Publikationsbias nicht untersucht/diskutiert	Al-Hadethe et al. (2015) Catani et al. (2009) Hitchcock et al. (2022) Dawson et al. (2018) de Roos et al. (2017) Foa et al. (2013) Ford et al. (2012) Gilboa-Schechtman et al. (2010) Goldbeck et al. (2016) Hermenau et al. (2013) Hultmann et al. (2023) Jaberghaderi et al. (2019) Jensen et al. (2014) Kenardy et al. (2010) Diehle et al. (2015) Meiser-Stedman et al. (2017) Murray et al. (2015) Peltonen et al. (2019) Rosner et al. (2019) Rossouw et al. (2016; pilot) Rossouw et al. (2018) Smith et al. (2007) King et al. (2000)

	und klinische relevanten Ausmaß an PTB-Symptomen • Verwendung eines TF-KVT Protokolls (in Person oder online) Ausschlusskriterien: • Duplikate • Keine brauchbaren Alterbereichsdaten extrahierbar • Nicht manualisierte TV-KVT • Gruppenformat • Behandlungen mit nur einer Sitzung • Kein Post-treatment Bewertung • Keine standardisierten Messinstrumente für PTB-Symptome • Keine klinisch relevanten Daten zu den PTB-Symptomen extrahierbar • Vergleichsbedingung außerhalb des Protokolls			KVT • Effekt bleibt stabil bei Kontrolle über Kovariaten Externalisierende Probleme: • Kein signifikanter Effekt gefunden • Keine Veränderung bei Kontrolle der Kovariaten PTB-Symptome (18 Monate und 24 Monate): • Zu wenig Daten, keine Metaanalyse möglich TF-KVT vs. keine Behandlung & TAU: • TF-KVT assoziiert mit geringeren PTB-Symptomen nach der Behandlung • TF-KVT assoziiert mit geringeren externalisierenden Symptomen nach der Behandlung TF-KVT vs. nicht-TF-psychoziale Interventionen: • Kein Unterschied hinsichtlich PTB-Symptome und externalisierenden Problemen Moderatorenanalyse: • PTB-Symptome für der Behandlung hatten einen moderierenden Effekt auf PTB-Symptome nach der Behandlung • Depressionssymptome vor der Behandlung hatten einen moderierenden Effekt auf Depres-		

				sionssymptome nach der Behandlung • Externalisierende Probleme vor der Behandlung hatten keinen Effekt auf die externalisierenden Probleme nach der Behandlung Einbezug der Eltern/Bezugspersonen • Kein moderierender Effekt von Einbezug der Eltern/ Bezugspersonen in TF-KVTs bzgl. PTBS ($b = 4.04$, 95% KI $[-4.65, 12.74]$, $p = .36$) und sekundären Outcomes ($b = 1.26$ bis 3.80, alle $p \geq .094$) • Signifikant geringere PTB-Symptome nach TF-KVTs mit und ohne Einbezug der Eltern/ Bezugsperson im Vergleich zu Kontrollbedingungen. Ähnliche Effekte zugunsten von TF-KVTs für sekundäre Zielgrößen, mit Ausnahme externalisierendes Verhalten • Signifikanter Unterschied bzgl. externalisierendem Verhalten nach TF-KVTs mit Einbezug der Eltern/Bezugsperson im Vergleich zu Kontrollbedingungen, aber kein signifikanter Unterschied nach TF-KVTs ohne Einbezug der Eltern/Bezugsperson im Vergleich zu Kontrollbedingungen		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Hoogsteder et al., 2022 DOI: 10.1177/0306624X211010290 A Meta-Analysis of the Effectiveness of EMDR and TF-CBT in Reducing Trauma Symptoms and Externalizing Behavior Problems in Adolescents	Meta-analysis Database: (1) PsychINFO, ERIC, Web of Science und Medline (2) Referenzlisten relevanter Metaanalysen und systematischer Review (3) Referenzlisten und Zitationen der gefundenen Studien (4) Manuelle Suche Suchzeitraum: Bis 04/2019 Einschlusskriterien: • Experimentalbedingung erhielt eine evidenzbasierte TF Behandlung • Teilnehmende zwischen 11 und 21 Jahren alt • RCT • Teilnehmende haben PTB-Symptome oder (subklinische) PTBS und externalisierende Verhaltensprobleme • PTB-Symptome und externalisierende Verhaltensprobleme wurden mit validen Messinstrumenten erhoben • Behandlungsinterven-	Interventionen: • EMDR: $k = 1$ • TF-KVT: $k = 7$ Kontrollbedingungen: • Keine Behandlung: $k = 6$ • TAU: $k = 3$	Zielgröße(n): • PTB-Symptome • Externalisierendes Problemverhalten Moderatorenanalyse Untersuchte Moderatoren: • Zielgröße (PTB-Symptome, Externalisierende Probleme) • Interventionstyp (EMDR, TF-KVT) • Behandlungsintensität (Dauer, Anzahl der Sitzungen) • Gruppenkomponenten (ja/nein) • Involviertheit der Eltern (ja/nein) • Alter und Geschlecht der Adoleszenten • Methodische Charakteristika (Follow-up, Kontrollgruppentyp, Informant, ITT/ CA, Publikationsjahr, Impact Faktor)	1. Inkludierte Studien: acht (davon RCTs: acht) 2. Ergebnisse: Gesamteffekt • Großer signifikanter Gesamteffekt von Traumabehandlung auf PTB-Symptome und externalisierende Probleme ($d = 0.909$, 95%-KI [0.550, 1.268]) • Keine signifikante Differenz zwischen den untersuchten Interventionen (TF-KVT oder EMDR) und TAU Likelihood-Ratio Test • Signifikante Varianz innerhalb der Studien • Signifikante Varianz zwischen Studien Moderatorenanalyse • Traumabehandlung hatte einen größeren Einfluss auf PTB-Symptome ($d = 1.123$) als auf externalisierende Probleme ($d = 0.666$) • Alter des Adoleszenten war ein signifikanter Moderator für den Gesamteffekt (größere Effekt für ältere Patient:innen) • Art der Kontrollgruppe war ein signifikanter Moderator: TF-KVT und EMDR waren zu keiner Behandlung überlegen, aber nicht zu TAU	Critically low quality Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (6) Nicht-doppelte Studien-selektion (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (11) Kein angemessenes RoB (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (12) Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet	Cohen et al. (2005) Farkas et al. (2010) Goldbeck et al. (2016) King et al. (2000) McMullen et al. (2013) O'Callaghan et al. (2015) O'Callaghan et al. (2013) Shein-Szydlo et al. (2016)

	tionen wurde mit ausreichender Programmintegrität durchgeführt (nach Einschätzung der Autor:innen) • Studien enthielten ausreichende statistische Daten, um Effektgrößen für diese mehrstufige Metaanalyse berechnen zu können Ausschlusskriterien: Keine genannt			• Kein signifikanter Unterschied zwischen Behandlung mit und ohne Eltern • Gruppenkomponenten (ja/nein) war kein signifikanter Moderator für den Gesamteffekt		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Hoppen, Meiser-Stedman et al., 2023 DOI: 10.1192/bjp.2023.24 Efficacy of psychological interventions for post-traumatic stress disorder in children and adolescents exposed to single versus multiple traumas: meta-analysis of randomised controlled trials	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PsycInfo, MEDLINE, Web of Science, PTSDpubs (2) Literaturverzeichnisse der eingeschlossenen Studien (3) 41 verwandte qualitative und quantitative Reviews (4) Studien von Hoppen & Morina (2020): $k = 45$ Suchzeitraum: Bis 04/2019 Einschlusskriterien: • Randomisierte Gruppenzuteilung • Alle Teilnehmer:innen hatten eine partielle oder volle PTBS zur Baseline • PTBS war der primäre Fokus der Behandlung und die primäre Zielgröße • Durchschnittliches Alter der Stichprobe: > 19 • Stichprobengröße ≥ 20	Interventionen • Traumafokussierte KVT (z.B. PE, kognitive Verarbeitungstherapie) • EMDR • Weitere psychologische Interventionen (z.B. psychoanalytische Behandlung; spirituelles, hypnotisch-unterstützte Behandlung) • Multidisziplinäre Behandlungen (z. B. intensive multimodale Gruppenprogramme, Familientherapie, Erholungstechniken) Kontrollen • Passive Kontrollen (z. B. WL, keine Behandlung) • Aktive Kontrollen (z. B. TAU, supportive Counselling)	• PTB-Symptome zu FU1 • PTB-Symptome zu FU2 FU1: 1-5 Monate nach Behandlung FU2: > 5 Monate nach Behandlung	1. Inkludierte Studien: 51 RCTs 2. Ergebnisse: (Aufgrund zu weniger Studien für einige geplante Vergleiche konnten diese nicht durchgeführt werden) • Untersuchte psychologische Interventionen sind sowohl für die Behandlung von Personen, die einmalig als auch für Personen, die mehrfach ein Trauma erlebt haben effektiv • Keine Analyse zeigte einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen • Psychologische Interventionen vs. passive Kontrollen: Überlegenheit beider Gruppen im Vergleich zur passiven Kontrolle zum posttreatment (einmaliges Trauma: $g = 1.09$, 95%-KI [0.70, 1.48], $k = 8$, mehrere Traumata: $g = 1.11$, 95%-KI [0.74, 1.47], $k = 12$; kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen) • Ähnliche Ergebnisse für beide Gruppen für traumafokussierte KVT ($g \geq 1.10$) Traumafokussierte KVT vs. andere psychologische Interventionen • Wirksamkeit traumafokussierter KVT vergleichbar mit anderen	Low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (8) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (14) Heterogenität wurde nicht interpretiert/diskutiert	Ahmad et al. (2007) Ahrens & Rexford (2002) Al-Hadethe et al. (2015) Auslander et al. (2017) Auslander et al. (2020) Barron et al. (2016) Barron et al. (2020) Carrion et al. (2013) Catani et al. (2009) Celano et al. (1996) Chemtob et al. (2002) Chen et al. (2004) Cohen et al. (2004) Cohen, et al. (2005) Cohen et al. (2011) Danielson et al. (2012) Dawson et al. (2018) de Roos et al. (2011) de Roos et al. (2017) Diehle et al. (2015) Dorsey et al. (2020) Ertl et al. (2011) Foa et al. (2013) Ford et al. (2012) Gilboa-Schechtman et al. (2010) Goldbeck et al. (2016) Gordon et al. (2008) Hitchcock et al. (2021) Jensen et al. (2014) Kameoka et al. (2020)

	Ausschlusskriterien: • Studien, die teilweise oder vollständig einen präventiven Ansatz verfolgten • Komorbiditäten nur dann eingeschlossen, wenn PTBS die Primär-diagnose und die primäre Zielgröße war • Non-inferiority trials, die nur zwei Arme aus derselben Interventionsfamilie verglichen haben			psychologischen Interventionen (z. B. EMDR, multidisziplinäre Behandlungen) für beide Gruppen Langzeiteffekte • Hinweis auf Wirksamkeit zum FU1 bei passiven Kontrollen für multiple Traumata ($g = 0.67$) • Hinweis auf Wirksamkeit zum FU2 bei aktiven Kontrollen für multiple Traumata ($g = 0.49$), jedoch nicht zum FU1 Traumahäufigkeit als kontinuierliche Variable • Kein signifikanter Zusammenhang zwischen Häufigkeit und Effektivität		Kemp et al. (2010) King et al. (2000) Langley et al. (2015) Lesmana et al. (2009) McMullen et al. (2013) Meentken et al. (2020) Meiser-Stedman et al. (2017) Molero et al. (2019) Murray et al. (2015) O'Callaghan et al. (2013) O'Callaghan et al. (2015) Osorio et al. (2018) Peltonen & Kangaslampi (2019) Pityaratstian et al. (2015) Roque-Lopez et al. (2021) Rosner et al. (2019) Rossouw et al. (2020) Ruf et al. (2010) Santiago et al. (2018) Schauer (2008) Scheeringa et al. (2011) Schottelkorb et al. (2012) Shechtman & Mor (2010) Shein-Szydlo et al. (2016) Sloan et al. (2011) Smith et al. (2007) Stein et al. (2003) Trowell et al. (2002)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Huang et al., 2022 DOI: 10.1186/s12888-022-03867-6 The efficacy and acceptability of exposure therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PubMed, EMBASE, Cochrane, Web of Science, PsycINFO, CINAHL, ProQuest Dissertations und LILACS (2) Internationale Studienregister World Health Organization trials portal, ClinicalTrials.gov und Australian New Zealand Clinical Trials Registry Suchzeitraum: Bis 08/2020 Einschlusskriterien: • RCTs • Teilnehmende waren unter 18 Jahren, die die Diagnosekriterien für eine PTBS erfüllen, mit subklinischer PTBS oder klinische signifikanten PTB-Symptomen • Intervention: Expositionsbasierte Therapie (PE, NET, KIDNET, etc.) • N > 10 • Kontrollgruppe: aktive Kontrollgruppe, TAU oder WL	Interventionen • Zwei Studie PE • Zwei Studien NET • Zwei Studien KIDNET Vergleichsinterventionen: • WL: zwei Studien • Aktive Kontrollgruppe: drei Studien • TAU: eine Studie	Primäre Zielgröße: • Wirksamkeit (PTB-Symptome bei Behandlungsende) Sekundäre Zielgröße(n): • PTB-Symptome bei Follow-up • Depressionssymptome • Lebensqualität • Funktionsniveau	1. Inkludierte Studien: sechs (davon RCTs: sechs) 2. Ergebnisse: PTB-Symptomstärke bei Behandlungsende (k = 6): • Expositionsbasierte Interventionen waren signifikant besser in der Symptomreduktion als Kontrollbedingungen, $SMD = -0.47$, 95%-KI [-0.91, -0.03] PTB-Symptome bei Follow-up (k = 4): • Expositionsbasierte Therapie signifikant wirksamer als Kontrollbedingungen ($SMD = -0.64$, 95%-KI [-1.17, -0.10]) Depressionssymptome bei Behandlungsende (k = 3): • Expositionsbasierte Therapie signifikant besser in Symptomreduktion als Kontrollbedingungen ($SMD = -0.58$, 95%-KI [-0.93, -0.22]) Lebensqualität und Funktionsniveau bei Behandlungsende (k = 3): • Kein signifikanter Unterschied Subgruppenanalyse (für die primäre Zielgröße): • Expositionsbasierte Therapie war bei Patient:innen mit einfachem Trauma den Kontrollbedingungen überlegen, jedoch nicht bei multiplen Trauma	Low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Catani et al. (2009) Foa et al. (2013) Peltonen et al. (2019) Rossouw et al. (2018) Ruf et al. (2010) Schauer (2008)

	Ausschlusskriterien: • Einschlusskriterien nicht erfüllt			• PE war der Kontrollgruppe signifikant überlegen, NET und KIDNET nicht • Alter: für Patient:innen ab 14 Jahren war expositionsbasierte Therapie wirksamer, für Patient:innen unter 14 gab es keinen Unterschied zu den Kontrollgruppen		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Hudays et al., 2022 DOI: 10.3390/ijerph192416836 Eye Movement Desensitization and Reprocessing versus Cognitive Behavior Therapy for Treating Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, PubMed, PsychINFO, Global Health via OvidSP (1910–present) und Scopus (2) Graue Literatur (3) Schneeballsuche Suchzeitraum: 01/ 2010–2/2020 Einschlusskriterien: • Fokus aus Kinder, Jugendliche und Erwachsene • PTBS-Diagnose • Valide und Reliable Messinstrumente wurden verwendet • RCTs • Vergleich zwischen EMDR und KVT • Englischsprachig • Veröffentlichung zwischen 2010 und 2020 Ausschlusskriterien: • Andere Behandlungsformen für PTB-Symptome • Deskriptive Artikel	Vergleich von EMDR mit KVT • Drei Studie mit Kindern und Jugendlichen (4–18 Jahre) • Fünf Studien mit Erwachsenen	• PTB-Symptome • Depressivität • Angstsymptome	1. Inkludierte Studien: acht (davon RCTs: acht) 2. Ergebnisse: PTB-Symptome • Behandlungsende: kein signifikanter Unterschied ($k = 7$) • 3-Monats-Follow-up: kein signifikanter Unterschied ($k = 2$) bei Kindern und Jugendlichen Depressivität • Behandlungsende: Signifikant stärkere Reduktion bei EMDR verglichen mit KVT ($k = 3$, $p = .001$, $SDM = 2.43$, 95%-KI [3.93, 0.94]) bei Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen • 6-Monats-Follow-up: kein signifikanter Unterschied Angstsymptome • Behandlungsende: Signifikant stärkere Reduktion bei EMDR verglichen mit KVT ($k = 3$, $p < .001$) bei Kindern und Jugendlichen • 3-Monats-Follow-up: kein signifikanter Unterschied ($k = 2$, $p = .31$) bei Kindern und Jugendlichen	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (5) Nicht-doppelte Studien-selektion (6) Nicht-doppelte Daten-extraktion (7) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Aus-schlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (12) Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (15) Heterogenität wurde nicht interpretiert/dis-kutiert	Mit Kindern und Jugendlichen: De Roos et al. (2011) Diehle et al. (2015) De Roos et al. (2017) Mit Erwachsenen: Nijdam et al. (2012) Van den Berg et al. (2015) De Bont et al. (2016) Nijdam et al. (2018) Stanbury et al. (2020)

	• Bücher • Meinungsbezogene Artikel • Nicht englischsprachig					

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
John-Baptiste Bastien et al., 2020 DOI: 10.1017/S0033291720002007 The effectiveness of psychological interventions for post-traumatic stress disorder in children, adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Embase, Medline und PsycINFO (2) Open Grey und Google Scholar für graue Literatur (3) Referenzlisten inkludierter Studien Suchzeitraum: 01/2011–07/2019 Einschlusskriterien: - Studien mit Menschen - Englischsprachig - RCT oder Cluster-RCTs - Psychologische Intervention als Behandlung für PTBS - Teilnehmende zwischen 3 und 25 Jahren alt mit Diagnose PTBS - Kontrollgruppe mit alternativer Behandlung, TAU, WL oder keiner Behandlung Ausschlusskriterien: - Studienteilnehmende inkludiert, deren Trauma innerhalb des letzten Monats lag - Konferenzbeiträge	Interventionen: - TF-KVT: 13 Studien - Teaching Recovery Techniques: zwei Studien - Non-TF-KVT: drei Studien - PE: drei Studien - EMDR: drei Studien - NET: eine Studie Kontrollbedingungen: - Alternative Behandlungen: elf Studien - WL: neun Studien - TAU: drei Studien - Keine Behandlung: eine Studie - SC: drei Studien	Reduktion von PTB-Symptomen	1. Inkludierte Studien: 16 (Metaanalyse, davon RCTs: 16) - Qualitative Synthese: 27 2. Ergebnisse: Metaanalyse: - Psychologische Interventionen waren der Kontrollbedingung überlegen ($d = -0.44$, 95%-KI [-0.68, -0.20]) Subgruppenanalyse (13 Studien): Therapieart: - Non-TF-KVT war nicht wirksamer als Kontrollbedingungen (drei Studien) - TF-KVT und EMDR waren signifikant besser als KVT (zehn Studien) - EMDR war TF-KVT überlegen Altersgruppen: - Behandlung war für Jugendliche und junge Erwachsene besser als die Kontrollbedingungen ($d = -0.30$, 95%-KI [-0.58, -0.02]) - Behandlung war für Kinder nicht besser als Kontrollbedingung (eine Studie, $d = -1.18$, 95%-KI [-2.50, 0.14]) Sensitivitätsanalyse: - Normalverteilte Daten: acht Studien, mittlerer Effekt $d = -0.59$, 95%-KI [-0.89, -0.29]	Low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (12) Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (14) Heterogenität wurde nicht interpretiert/diskutiert (16) Interessenskonflikte nicht angegeben	Metaanalyse: Barron et al. (2016) Chen et al. (2014) Church et al. (2012) Cohen et al. (2011) De Roos et al. (2011, 2017) Diehle et al. (2015) Ertl et al. (2011) Foa et al. (2013) Ford et al. (2012) Goldbeck et al. (2016) Jensen et al. (2014) Nixon et al. (2012) Pityaratstian et al. (2015) Scheeringa et al. (2011) Schottelkorb et al. (2012) Zusätzliche in der qualitativen Synthese: Barron et al. (2013) Dawson et al. (2018) Deblinger et al. (2011) Dorsey et al. (2014) Mannarino et al. (2012) Murray et al. (2015) Nixon et al. (2017) Pfeiffer et al. (2018) Rosner et al. (2019) Rossouw et al. (2016) Rossouw et al. (2018)

	Studien mitgemischten Stichproben, die junge Patient:innen und Erwachsenen enthalten					

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Lenz & Hollenbaugh, 2015 DOI: 10.1177/2150137815573790 Meta-Analysis of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Treating PTSD and Co-occurring Depression Among Children and Adolescents	Systematic Review & Metaanalyse Database: (1) PsycINFO, Pubmed, Academic OneFile, Web of Science, PsycARTICLES, Google Scholar, Dissertations and Theses databases (2) Journalspezifische Suchen in Behavior Therapy, Journal of Counseling and Development, Counseling Outcome Research and Evaluation, Journal of Mental Health Counseling, Journal of Trauma Practice, Journal of Traumatic Stress, The Counseling Psychologist, Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma (3) Referenzlisten der inkludierten Studien Suchzeitraum: 01/2000–12/2014 Einschlusskriterien: Quantitatives Forschungsdesign für den Vergleich zwischen zwei Gruppen	Experimentalbedingung: - TF-KVT ($k = 21$ Studien) Kontrollbedingungen: - Alternative Behandlung zu TF-KVT ($k = 14$) - Keine Behandlung oder Warteliste ($k = 7$)	- PTB-Symptome - Depressions-symptome	1. Inkludierte Studien: 21 kontrollierte Studien 2. Ergebnisse: PTB-Symptome - TF-KVT ist WL signifikant überlegen ($k = 7$); Hedge's $g = -1.48$, 95%-KI [-2.13, -0.83]], wobei die Ergebnisse signifikante Heterogenität aufweisen ($Q(6) = 51.73$, $p < .01$; $I^2 = 88.40$) - Durchschnittsalter und Wohnsitz der Teilnehmer:innen wurden als signifikante Moderatoren identifiziert. - TF-KVT ist alternativen Behandlungen signifikant überlegen ($k = 14$ Studien; Hedge's $g = -0.28$, 95%-KI [-0.44, -0.11]), wobei die Ergebnisse eine signifikante Heterogenität aufweisen ($Q(14) = 28.98$, $p = .01$; $I^2 = 51.70$). Durchschnittsalter der Studienteilnehmer:innen wurde als signifikanter Moderator identifiziert Depressionssymptome - TF-KVT ist Warteliste-KGs signifikant überlegen ($k =$ sieben Studien; Hedge's $g = -0.78$, 95%-KI [-1.41, -0.15]), signifikante Heterogenität ($Q(4) = 19.77$, $p < .01$; $I^2 = 79.77$) - Wohnsitz wurde als signifikanter Moderator identifiziert	Critically Low Quality Systematic Review & Meta-Analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: - Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen - Auswahl der Studientypen für Einschluss nicht erläutert - Nicht-doppelte Studienelektion - Nicht-doppelte Datenextraktion - Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet - Keine detaillierte Beschreibung eingeschlossener Studien - Kein angemessenes RoB - Finanzierungsquellen nicht berichtet - Keine angemessenen statistischen Methoden verwendet - Potentieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet	King et al. (2000) Deblinger et al. (2001) Kataoka et al. (2003) Cohen et al. (2004) Cohen et al. (2005) Lyshak-Stelzer et al. (2007) Smith et al. (2007) Berger et al. (2007) Runyon et al. (2010) Jaycox et al. (2010) Deblinger et al. (2011) Scheeringa et al. (2011) Cohen et al. (2011) Nixon et al. (2012) Schottelkorb et al. (2012) McMullen et al. (2013) O'Callaghan et al. (2013) Ormhaug et al. (2014) Jensen et al. (2014) Diehle et al. (2014)

	• Studien veröffentlicht in einem peer-reviewed Journal, Dissertationen oder Diplomarbeiten • Primärer Fokus auf der Behandlung von PTBS nach DSM-IV oder DSM-5 • Berechtigung zur Studienteilnahme wurde von einer geschulten psychosozialen Fachkraft bestätigt • TF-KVT war eine in der Studie implementierte therapeutische Strategie • Verwendung standardisierter Instrumente zur Erfassung der Symptomschwere vor und nach der Behandlung • Mittelwert und Standardabweichung der PTB-Symptomschwere vor und nach der Behandlung wurden berichtet • Studie wurde in englischer Sprache veröffentlicht Ausschlusskriterien: • Ergebnissen aus Einzel-, Gruppen-, Einzelfall-, Intent-to-treat-Analysen oder Korrelationsstudien			• TF-KVT ist alternativen Behandlungen nicht signifikant überlegen ($k = 10$; Hedge's $g = -0.25$, 95%-KI $[-0.39, 0.09]$), keine signifikante Heterogenität ($Q(10) = 14.66$, $p = .15$; $I^2 = 31.80$)	(13) RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert	

	• Keine Merkmale der Prä-Test-Daten bewertet • Keine Informationen zu Teilnehmermerkmalen berichtet • Studie enthält Daten, die in mehreren Veröffentlichungen berichtet wurden					

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Mavranouzouli et al., 2020 DOI: doi:10.1111/jcpp.13094 Research Review: Psychological and psychosocial treatments for children and young people with posttraumatic stress disorder: a network meta-analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) MEDLINE, Embase, PsycINFO, CINAHL, The Cochrane Library Suchzeitraum: Bis 01/2018 Update der NICE PTSD guideline (2005) Einschlusskriterien: • Untersuchung psychologischer und psychosozialer Interventionen zur Behandlung von klinisch relevanten PTB-Symptomen bei Kindern und Jugendlichen (unter 18 Jahren) bei denen das traumatische Erlebnis mehr als einen Monat her war (Zum Einschluss in die Netzwerk-Metaanalyse mehr als drei Monate) • Klinisch relevante PTB-Symptome wurden definiert als PTBS-Diagnose nach DSM-, ICD-, WHO-Kriterien oder Baseline-scores über dem Schwellenwert	Traumafokussierte KVT, u.a. • Kognitive Therapie für PTBS • Traumafokussierte KVT (nach dem Cohen-Manual) • Kognitive Verarbeitungstherapie (CPT) • Exposition (imaginativ oder in-vivo, PE, narrative Exposition) • Traumafokussierte Gruppen-KVT Weitere untersuchte Interventionen, u.a. • Familientherapie • Meditation • Elternt raining • Spieltherapie • Kombinierte somatische und kognitive Therapie Kontrollbedingungen • TAU • Warteliste	• PTB-Symptomveränderung (Baseline und Ende; 29 RCTs) • PTB-Symptomveränderung (Baseline und 1–4-Monats-Follow-up; zehn RCTs) • Remission (neun RCTs)	1. Inkludierte Studien: 32 RCTs 2. Ergebnisse: PTB-Symptomveränderung (Baseline und Ende) • Alle Formen der traumafokussierten Einzeltherapie zeigten große Effekte im Vergleich zur Warteliste. Variation der Effektstärken von $SMD = -2.94$, 95%-KI $[-3.94, -1.95]$ für kognitive Therapie (jedoch kleine Stichprobe $N = 25$) bis $SMD = -1.17$, 95%-KI $[-1.78, -0.54]$ für TF-KVT nach Cohen ($N = 349$) • Positiver Effekt traumafokussierter Gruppentherapie, $SMD = -0.91$, 95%-KI $[-1.48, -0.34]$, jedoch nicht wirksamer als traumafokussierte Einzel-KVT • Folgende weitere Interventionen zeigten signifikante Effekte (Effektivität in absteigender Reihenfolge): somatisch/kognitive Therapien ($SMD = -2.14$, 95%-KI $[-3.34, -0.92]$); zweitbeste Intervention), Eltern-Kind-Psychotherapie, kombinierte TF-KVT mit Elternt raining, Meditation, Spieltherapie und EMDR, $SMD = -0.99$, 95%-KI $[-1.76, -0.23]$ PTB-Symptomveränderung (Baseline und 1-4Monate follow-up)	Low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (5) Nicht-doppelte Studienlesektion (6) Nicht-doppelte Datenextraktion (8) Keine detaillierte Beschreibung eingeschlossener Studien (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (12) Potenzieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (14) Heterogenität wurde nicht interpretiert/diskutiert (15) Publikationsbias nicht untersucht/diskutiert	Ahrens et al. (2002) Al-Hadethe et al. (2015) Auslander et al. (2017) Berger et al. (2009) Chen et al. (2014) Cohen et al. (1998) Cohen et al. (2005a) Cohen et al. (2011) Cohen et al. (2005b) Deblinger et al. (1996) Deblinger et al. (1999) de Roos et al. (2017) Diehle et al. (2015) Lindauer et al. (2009) Ertl et al. (2011) Neuner et al. (2007) Foa et al. (2013a) McLean et al. (2015a) Capaldi et al. (2016) Kaczurkin et al. (2016) Zandberg et al. (2016) Ford et al. (2012) Gilboa-Schechtman et al. (2004) Gilboa-Schechtman et al. (2010) Goldbeck et al. (2016) Sachser et al. (2016) Jaycox et al. (2009) Jensen et al. (2014) King et al. (2000) Langley et al. (2015) Meiser-Stedman et al. (2010)

	auf einem validierten Instrument • Untersuchte Zielgrößen: PTB-Symptome zum Ende, Veränderungswerte, Response, Remission (definiert als Anzahl von Personen, die die diagnostischen Kriterien nicht mehr erfüllen oder deren Scores unterhalb des Schwellenwerts eines validierten Instruments liegen) Ausschlusskriterien: Keine genannt			• Folgende Interventionen zeigten signifikante Effekte (Effektivität in absteigender Reihenfolge): kombinierte somatische/ kognitive Therapien vs. Warteliste, <i>SMD</i> = -1.80, 95%-KI [-3.01, -0.58], Cohen TF-KVT, traumafokussierte Gruppen-KVT, kombinierte TF-KVT mit Elternteraining, <i>SMD</i> = -0.94, 95%-KI [-1.84, -0.04] (Hinweis: alle Interventionen außer traumafokussierte Gruppen-KVT wurden an kleinen Stichproben getestet) Remission (neun RCTs) • Alle Formen der traumafokussierten Einzeltherapie zeigten bessere Effekte im Vergleich zur Warteliste. Variation der Effektstärken von <i>mean LOR</i> = 2.81, 95%-KI [0.87, 5.13] für Narrative Exposition, gefolgt von kognitiver Therapie für PTBS, PE bis zu Cohen traumafokussierte KVT, <i>mean LOR</i> = 0.89, 95%-KI [-0.15, 1.64] (Hinweis: alle Interventionen außer traumafokussierte Gruppen-KVT wurden an kleinen Stichproben getestet)		Meiser-Stedman et al. (2017) Pityaratstian et al. (2015) Ruf et al. (2010) Schottelkorb et al. (2012) Shein-Szydlo et al. (2016) Smith et al. (2007) Stein et al. (2003a) Kataoka et al. (2011) Ahmad et al. (2007) Ahmad et al. (2008) Soberman et al. (2002) Kazak et al. (2004) Lieberman et al. (2005) Lieberman et al. (2006) Ghosh Ippen et al. (2011) Deeba et al. (2015) Gordon et al. (2006) Gordon et al. (2008)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Moreno-Alcázar et al., 2017 DOI: 10.3389/fpsyg.2017.01750 Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Children and Adolescent with Post-traumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials	Systematic Review & Metaanalyse Database: (1) PubMed, Medline, Scopus, ScienceDirect (2) Referenzlisten der inkludierten Studien u. vorheriger Metaanalysen Suchzeitraum Bis 01/2017 Einschlusskriterien: • Kinder oder Jugendliche, die traumatische Ereignisse erlebt haben und eine PTBS-Diagnose oder Symptome aufweisen • RCTs zur Bewertung der Wirksamkeit von EMDR im Vergleich zu einer Kontrollbedingung (TAU, Warteliste, andere psychologische Behandlung) • Notwendige Daten für Analysen in Studie gegeben Ausschlusskriterien:-	Experimentalbedingung: • EMDR ($k = 8$) Kontrollbedingungen: • KVT ($k = 3$) • WL ($k = 3$) • Keine Behandlung ($k = 1$) • Aktive Kontrolle ($k = 1$)	• PTB-Symptome • Depressionssymptome • Angstsymptome	1. Inkludierte Studien: Acht RCTs 2. Ergebnisse: PTB-Symptome • Signifikante Reduktion Trauma-assoziiierter Symptome durch EMDR ($d = -0.49$, 95%-KI $[-0.87, -0.10]$, $p = .013$; $k = 8$), wobei die Analyse moderate, aber nicht statistisch signifikante Heterogenität aufweist ($I^2 = 52\%$, $p = .072$) Depressionssymptome • Keine signifikante Reduktion von Depressionssymptomen durch EMDR ($d = -0.27$, 95%-KI $[-0.61, 0.07]$, $p = .118$; $k = 5$), wobei die Analyse keine Heterogenität aufweist ($I^2 = 11\%$, $p = .416$) Angstsymptome • Signifikante Reduktion von Angstsymptomen durch EMDR ($d = -0.44$, 95%-KI $[-0.76, -0.13]$, $p = .006$; $k = 5$), wobei die Analyse keine Heterogenität aufweist ($I^2 = 1\%$, $p = .747$)	Critically Low Quality Systematic Review & Meta-Analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (4) Keine umfassende Suchstrategie angewandt (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (12) Potenzieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (13) RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert	Scheck et al. (1998) Chemtob et al. (2002) Soberman et al. (2002) Jaberghaderi et al. (2004) Ahmad et al. (2007) Kemp et al. (2010) De Roos et al. (2011) Diehle et al. (2015)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Samarah, 2022 DOI: 10.1037/trm000427 Narrative exposure therapy to address PTSD symptomatology with refugee and migrant children and youth: A review	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Academic Search Complete (EBSCO), Embase, ProQuest-PsycInfo, CENTRAL (2) „Reference Harvesting“/ „Citation Chasing“ unter Verwendung der inkludierten Studien Suchzeitraum 01/2000 –12/2021 Einschlusskriterien: • Flüchtlinge mit einem Alter von ≤ 18 Jahre • Erhöhte Trauma-assoziierte Symptome vor Interventionsbeginn, erfasst durch ein oder mehrere valide und reliable Instrumente • Verwendung von mind. einem validen und reliablen Instrument zu Erfassung von PTB-Symptomen, auch nach Interventionsende • Untersuchung von NET oder KIDNET • RCTs Ausschlusskriterien:	Experimentalbedingung: • NET ($k = 2$) • KIDNET ($k = 2$) Kontrollbedingungen: • TAU ($k = 2$) • Warteliste ($k = 1$) • Meditation-Relaxation ($k = 1$)	• PTB-Symptome (berichtet in drei Studien) • Depressionssymptome (in einer Studie berichtet)	1. Inkludierte Studien: Vier RCTs 2. Ergebnisse: Catani et al. (2009) • Vergleich von KIDNET mit Meditation-Relaxation • Kein signifikanter Unterschied zwischen Bedingungen • Sowohl Experimental- als auch Kontrollbedingung übertreffen die erwartete Rate an Spontanerholung Ruf et al. (2010) • Vergleich von KIDNET mit Wartelistekontrollgruppe • Signifikante und klinisch relevante Reduktion von PTB-Symptomen durch KIDNET im Vergleich zu keiner signifikanten Veränderung in der Kontrollbedingung ($g = 1.9$) Peltonen & Kangaslampi (2019) & Kangaslampi & Peltonen (2020) • Beide Studien verwenden die gleiche Stichprobe, Unterschied liegt in den berichteten Zielgrößen • Vergleich von NET mit TAU • Nur in NET-Gruppe signifikante Reduktion in PTB-Symptomen mit großer Effektstärke ($d = 0.83$) • Kein Unterschied in Effekten hinsichtlich Kognitionen oder Erinnerungen	Critically Low Quality Systematic Review Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (5) Nicht-doppelte Studiene Selektion (6) Nicht-doppelte Datenextraktion (7) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (9) Kein angemessenes RoB (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (13) RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert	Catani et al. (2009) Ruf et al. (2010) Peltonen & Kangaslampi (2019) Kangaslampi & Peltonen (2020)

	• Nicht-Flüchtlingskinder • Flüchtlingskinder, die nach Umsiedelung in das Zielland Gewalt ausgesetzt waren • Adaptierte Versionen von NET, die nicht KID-NET sind • Qualitative, präexperimentelle und quasi-experimentelle Studien • Jegliche Form narrativer Therapie als Kontrollbedingung • Verwendung von nicht validierten Instrumenten zur Erfassung der PTB-Symptome			• Verbesserung durch die Behandlung ausschließlich signifikant für die Qualität der traumatischen Erinnerungen		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Xiang et al., 2021 DOI: 10.1136/eb-mental-2021-300346 Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a systematic review and network meta-analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PubMed, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Embase, Web of Science, PsycINFO, CINAHL, PILOTS, ProQuest Dissertations und Trailregister (2) Persönlicher Kontakt mit Forschenden Suchzeitraum: Bis 12/2020 Einschlusskriterien: - Teilnehmende max. 18 Jahre alt mit Diagnose PTBS (DSM, ICD) oder subklinischer PTBS oder klinische signifikanter PTBS - Vergleich zwischen einer manualisierten oder strukturierten Psychotherapie mit einer anderen Psychotherapie oder Kontrolle Ausschlusskriterien: - Akute Belastungsreaktion - Anpassungsstörung - Kombinierte Therapien - N < 10	Interventionsbedingungen: - Gruppen TF-KVT - Individuelle TF-KVT - Gruppen non-TF-KVT - Individuelle non-TF-KVT - Eltern-only TF-KVT - EMDR - Verhaltenstherapie - CPT - Kognitive Therapie - Psychodynamische Therapie - Spieltherapie - Stressmanagement - Familientherapie - Supportive Therapie Kontrollbedingungen: - Keine Behandlung - TAU - WL	PICO-relevante Zielgrößen: - Wirksamkeit (PTB-Symptome bei Behandlungsende) - PTB-Symptome bei Follow-up - Depressivitätssymptome - Angstsymptome Nicht PICO-relevante Zielgrößen: - Akzeptanz	1. Inkludierte Studien: 56 (davon RCTs: 56) 2. Ergebnisse: Paarweise Metaanalyse Wirksamkeit - Nach der Behandlung: CPT, Kognitive Therapie, Gruppen non-TF-KVT, individuelle TF-KVT, unterstützende Therapie, EMDR und Gruppen TF-KVT waren besser als WL - Bei Follow-up: CPT, Verhaltenstherapie, individuelle TF-KVT und Gruppen TF-KVT waren besser als WL Depressivität - Verhaltenstherapie und individuelle TF-KVT signifikant besser als unterstützende Therapie - CPT, Gruppen TF-KVT und individuelle TF-KVT signifikant besser als WL - EMDR signifikant besser als individuelle TF-KVT - Gruppen TF-KVT und individuelle TF-KVT signifikant besser als TAU Angstsymptome: - Kognitive Therapie signifikant besser als WL - Individuelle TF-KVT signifikant besser als individuelle non-TF-KVT, unterstützende Therapie, TAU und WL	Low quality Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (7) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Aus-schlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (14) Heterogenität wurde nicht interpretiert/dis-kutiert	Ahmad et al. (2007) Ahmadi et al. (2018) Ahrens & Rexford (2002) Berkowitz et al. (2011) Catani et al. (2009) Chemtob et al. (2002) Chen et al. (2014) de Roos et al. (2011) Diehle et al. (2015) Ehnholt et al. (2005) Ehnholt et al. (2013) Foa et al. (2009) Foa et al. (2013) Giannopoulou et al. (2006) Goenjian et al. (1997) Goenjian et al. (2005) Goenjian et al. (2008) Hensel-Dittmann et al. (2011) Jensen et al. (2013) Jordans et al. (2010) Kataoka et al. (2003) Kenardy et al. (2008) King et al. (2000) Kohli et al. (2015) Lenz & Hollenbaugh (2015) Litz et al. (2016) McMullen et al. (2013) Macehaux et al. (2015) Malekoff (2008) Mohlen et al. (2005)

				Netzwerk Metaanalyse Wirksamkeit (Behandlungsende) • CPT, Verhaltenstherapie, Kognitive Therapie, Gruppen non-TF-KVT, individual TF-KVT and EMDR signifikant besser als alle Kontrollbedingungen (SMDs zwischen-1.40 und-0.46) • CPT, Verhaltenstherapie und individuelle TF-KVT signifikant besser als unterstützende Therapie (SMDs zwischen-1.08 und-0.58) Wirksamkeit (Follow-up) • CPT, Verhaltenstherapie, Stressmanagement, individuelle TF-KVT und EMDR wirksamer als alle Kontrollbedingungen und unterstützende Therapie (SMDs zwischen-2.42 und-0.41, Gruppen TF-KVT wirksamer als alle Kontrollbedingungen (SMDs zwischen-0.82 und-0.2) • CPT, Verhaltenstherapie und Stressmanagement, Gruppen non-TF-KVT, individueller TF-KVT und Gruppen TF-KVT überlegen (SMDs zwischen-1.63 und-0.69)		Nixon et al. (2008) Oras et al. (2004) Pityaratstian et al. (2015) Qouta et al. (2003) Qouta et al. (2012) Rosner et al. (2019) Saltzman et al. (2001) Salloum & Overstreet (2008) Salloum & Overstreet (2012) Schafer et al. (2004) Schauer et al. (2004) Schottelkorb et al. (2012) Shechtman & Mor (2010) Shein-Szydlo et al. (2016) Smith et al. (2007) Stein et al. (2003) Tol et al. (2014) Tol et al. (2008) van Wyk & Schweitzer (2014) Zang et al. (2013) Zhang et al. (2018) Zhou et al. (2014) Yule et al. (2015) Weems et al. (2009) Wolmer et al. (2012) Wolmer et al. (2011)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Xian-Ju et al., 2022 DOI: 10.1016/j.jad.2022.04.111 Cognitive behavioral therapy for children and adolescents with post-traumatic stress disorder: meta-analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) the Ovid MEDLINE, Ovid Embase, Cochrane Library, Web of Science, Scopus, CINAHL Complete, Google Scholar Suchzeitraum: Bis 07/2021 Einschlusskriterien: • Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren mit PTBS • KVT als untersuchte Intervention • Kontrollgruppen bestehend aus anderen Interventionen, TAU, Warteliste oder psychologischer Behandlungen (darunter auch child-centered therapy, EMDR und reminder-focused positive psychiatry (RFPP)) • Veränderung der PTB-Symptome gemessen mit folgenden Instrumenten: Child PTSD Symptom Scale (CPSS), Clinician-administered	Interventionen: • Traumafokussierte KVT (+ Elternkurse) • Modifizierte KVT • Cognitive Behavior Writing Therapy • Kulturell modifizierte KVT Kontrollen: • Child-centered therapy • TAU • EMDR • Keine Behandlung/ general support • Warteliste	• PTB-Symptome (gesamt) • Wiedererleben • Vermeidung • Hyperarousal • Angstsymptome • Depressionssymptome	1. Inkludierte Studien: 19 RCTs 2. Ergebnisse: • Allgemeine PTB-Symptome (elf RCTs): KVT reduzierte signifikant die Schwere der allgemeinen PTB-Symptome im Vergleich zur Kontrollgruppe, einschließlich CAPS ($SMD = -0.41$, 95%-KI [-0.71, -0.12]), CPSS ($SMD = -0.88$, 95%-KI [-1.42, -0.34]) und UCLA-PTSD RI ($SMD = -1.70$, 95%-KI [-2.98, -0.42]) • Wiedererleben (drei RCTs): KVT reduzierte signifikant die Schwere der Wiedererlebenssymptome im Vergleich zur Kontrollgruppe, $SMD = -0.38$, 95%-KI [-0.55, -0.20] • Vermeidung (fünf RCTs): KVT reduzierte nicht signifikant besser Vermeidungssymptome im Vergleich zur Kontrolle, $SMD = 0.38$, 95%-KI [-0.55, 1.31]. • Hyperarousal (vier RCTs): KVT reduzierte signifikant die Schwere des Hyperarousals im Vergleich zur Kontrollgruppe, $SMD = -0.29$, 95%-KI [-0.47, -0.12]. • Depression (zehn RCTs): KVT reduzierte signifikant die Schwere der Depressionssymptome im Vergleich zur Kontrollgruppe, $SMD = -0.43$, 95%-KI [-0.70, -0.17]. • Angstsymptome (neun RCTs):	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (8) Keine detaillierte Beschreibung eingeschlossener Studien (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (12) Potenzieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (13) RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert (14) Heterogenität wurde nicht interpretiert/diskutiert	Ahmadi et al. (2020) Chen et al. (2014) Cohen et al. (2004) Cohen et al. (2011) Deblinger et al. (2006) De Roos et al. (2017) Diehle et al. (2015) Goldbeck et al. (2016) Jensen et al. (2014) Jensen et al. (2017) Madigan et al. (2015) McMullen et al. (2013) O'Callaghan et al. (2013) Ormhaug et al. (2014) Pityaratstian et al. (2011) Scheeringa et al. (2011) Shein-Szyldo et al. (2016) Shirk et al. (2014) Smith et al. (2007)

	PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA), University of California–Los Angeles Post Traumatic Stress Disorder Reaction Index (UCLA-PTSD RI) • Reduktion der allgemeinen PTB-Symptome (primäre Zielgröße) • RCTs Ausschlusskriterien: • Unvollständige Daten • Die Interventionsgruppe erhielt KVT und andere Behandlungen • Intellektuelle Beeinträchtigung, psychische Störungen oder schwerwiegende emotionale und Verhaltensprobleme			KVT reduzierte signifikant die Schwere der Angstsymptome im Vergleich zur Kontrolle, $SMD = -0.29$, 95%-KI [-0.56, -0.03] • Follow-up (≤ 4 Monate): KVT reduzierte die allgemeine PTB-Symptomatik signifikant basierend auf dem CAPS-Score ($SMD = -0.45$, 95%-KI [-0.72, -0.19]), dem CPSS-Score ($SMD = -1.06$, 95%-KI [-1.71, -0.41]) und dem UCLA-PTSD RI-Score ($SMD = -1.70$, 95%-KI [-2.98, -0.42]) • Follow-up (> 4 Monate): KVT reduzierte die allgemeine PTB-Symptomatik nicht signifikant basierend auf dem CAPS-Score ($SMD = 0.84$, 95%-KI [-0.66, 2.35]) und dem CPSS-Score ($SMD = -0.24$, 95%-KI [-0.70, 0.21])		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Xie et al., 2024 DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2023.11.012 The efficacy and acceptability of group trauma-focused cognitive behavior therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PubMed, EMBASE, Cochrane, Web of Science, PsycINFO, CINAHL, ProQuest Dissertations, LILACS und internationale Trial Registers Suchzeitraum: Bis 04/2022 Einschlusskriterien: • RCTs • Kinder und Jugendliche (Alter ≤ 18 Jahre) mit PTB-Symptomen • Gruppentherapie TF-KVT durchgeführt nach einem festgelegten Manual • ≥ 10 Teilnehmende • Kontrollgruppe: TAU, Warteliste oder keine Behandlung Ausschlusskriterien: • Stichprobe besteht aus Polizeibeamten, Rettungssanitätern, Feuerwehrleuten, Flüchtlingen, Militärpersonal oder Veteranen	Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie in der Gruppe Verglichen mit TAU, Warteliste oder keiner Behandlung	• PTB-Symptome • Akzeptanz (Drop-out) • Depressionssymptome • Angstsymptome • Lebensqualität/ Funktionsniveau	1. Inkludierte Studien: 11 RCTs 2. Ergebnisse: • Überlegenheit von TF-KVT in der Gruppe im Vergleich mit Kontrollgruppe hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen: $SMD = -0.43$, 95%-KI $[-0.65, -0.22]$, $I^2 = 75\%$, $n = 11$ Studien • Kein signifikanter Unterschied hinsichtlich Akzeptanz: $OR = 1.55$, 95%-KI $[0.36, 6.62]$, $I^2 = 74\%$, $n = 11$ Studien TF-KVT in der Gruppe im Vergleich mit Kontrolle hinsichtlich sekundärer Outcomes • PTB-Symptome zum Follow-Up: $SMD = -0.33$, 95%-KI $[-0.52, -0.13]$, $I^2 = 64\%$, $n = 9$ Studien • Depressionssymptome: $SMD = -0.29$, 95%-KI $[-0.49, -0.09]$, $I^2 = 54\%$, $n = 8$ Studien • Angstsymptome: $SMD = -0.12$, 95%-KI $[-0.27, 0.04]$, $I^2 = 0\%$, $n = 4$ Studien • Lebensqualität/ Funktionsniveau: $SMD = -0.03$, 95%-KI $[-0.49, 0.42]$, $I^2 = 87\%$, $n = 3$ Studien Subgruppenanalysen:	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (12) Potenzieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (13) RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert (14) Finanzierungsquellen nicht berichtet (16) Interessenskonflikte nicht angegeben	Ahmadi et al. (2018) Mahmoudi-Gharaei et al. (2009) Ooi et al. (2016) Pfeiffer et al. (2018) Pityaratstian et al. (2014) Santiago et al. (2018) Stein et al. (2003) Tol et al., (2008) Tol et al., (2014) Dorsey et al. (2020) Langley et al. (2015)

	• Niedrige Studienqualität • Artikel vor 1980 veröffentlicht			• Patient:innen mit PTB-Symptomen profitierten mehr von der Therapie, als solche mit (sub-) klinischer PTBS • Patient:innen mit Komorbiditäten profitieren mehr, als solche ohne • Kein signifikanter Unterschied in Abhängigkeit von der Art des Traumas, der Behandlungsdauer, dem Anteil der weiblichen Patienten oder der Altersgruppe <i>Anm.:</i> negative (positive) SMD spricht für die psychologische Intervention (Vergleichsgruppe) des jeweiligen Vergleichs		

Primärevidenz

N = 6 inkludierte Studien

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen Insgesamt	Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
Eilers et al., 2021 DOI: 10.1080/2000819 8.2021.1929024 Response of young patients with probable ICD-11 complex PTSD to treatment with developmentally adapted cognitive processing therapy Studientyp: Sekundäranalyse	Anzahl der Patient:innen: N = 44 - Daten von Rosner et al. (2019): RCT zu entwicklungsangepasster CPT (D-CPT) vs. WL - Sekundäranalyse - Nur die Daten aus der Interventionsbedingung werden inkludiert - Zwischen 14 und 21 Jahren alt - Behandlung mit entwicklungsangepasster CPT (D-CPT) Einschlusskriterien: - Primärdiagnose PTBS nach DSM-IV (missbrauchsbezogen) - Adoleszenten zwischen 14 und 21 Jahren alt - Ausreichende Deutschkenntnisse - Keine oder stabile psychopharmakologische Medikation - Stabile Lebensumstände Ausschlusskriterien: - Erhebliche Suizidalität - Lebensbedrohliches selbstverletzendes Verhalten innerhalb der letzten sechs Monate - IQ unter 76 - Tiefgreifende Entwicklungsstörung, aktuelle oder zurückliegende psychotische oder bipolare Störung - Aktuelle Substanzabhängigkeit (Abstinenz unter 6 Monaten) - Substanzinduzierte Störung - Aktuelle Psychotherapie	Baseline zu drei Monaten: 34.1 % Baseline zu sechs Monaten: 36.64 % Baseline zu Nach der Behandlung: 50 %	KPTBS erfüllen wahrscheinlich die Diagnose KPTBS (retrospektive Zuteilung)	Non-KPTBS erfüllen wahrscheinlich die Diagnose KPTBS nach ICD-11	Primäre Zielgröße(n): - PTB-Symptome (CAPS-CA) - PTB-Symptome im Selbstbericht (UCLA-PTSD-RI) - Borderlinesymptome (BSL-23) - Depressivität (BDI-II) Nicht PICO-relevante Zielgröße(n): - Dropout Messzeitpunkte: - Baseline 3 Monate in Behandlung 6 Monate in Behandlung - Nach Behandlungsende	Behandlungseffekt: - Großer Effekt von Baseline zu drei Monate später in beiden Gruppen hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen (kPTBS: $d = 2.16$ (CAPS-CA), $d = 1.80$ (UCLA-PTSD-RI); non-kPTBS: $d = 1.39$ (CAPS-CA), $d = 1.66$ (UCLA-PTSD-RI)) - Kein Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich der Verbesserungsgeschwindigkeit der PTB-Symptome (Interaktion Gruppe x vergangene Zeit) Ansprechbarkeit für Behandlung: - Kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen zu keinem der vier Messzeitpunkte	ROBINS-I Rating (1) Bias due to confounding: Moderate (2) Bias in selection of participants into the study: Low (3) Bias in classification of interventions: Low (4) Risk of bias due to deviations from intended intervention: No information (5) Risk of bias due to missing data: Moderate (6) Risk of bias in measurement of the outcome: Moderate (7) Risk of bias in selection of the reported results: Moderate (8) Overall risk of bias rating: Moderate

	Pro Arm						
	Interventionsgruppe: <i>n</i> = 19	Kontrollgruppe: <i>n</i> = 25					
				Behandlung mit entwicklungs- angepasster CPT (D-CPT): • Behandlungsbausteine: Vorbereitung, Aufbau von Behandlungsmotivation, Emotionsregulationstraining und intensive CPT mit ca. 15 Sitzungen über vier Wochen • Insgesamt 30 Sitzungen und sechs optionalen zusätzlichen Sitzungen • Zeitraum: über 16 bis 20 Wochen			

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen Insgesamt	Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
Hébert & Amédée, 2020 DOI: 10.1080/20008198.2020.1807171 Latent class analysis of post-traumatic stress symptoms and complex PTSD in child victims of sexual abuse and their response to Trauma Focused Cognitive Behavioural Therapy Studientyp: Prä-Post-Design	Anzahl der Patient:innen: N = 384 - Setting: Kinderschutzzentren in Montreal, Quebec und Kanada - Intrafamiliärer sexueller Missbrauch: 69.9 %, Missbrauch durch einen bekannten Täter: 28.5 %, fremder Täter: 1.6 % - Schwere Missbrauchshandlungen (Penetration oder versuchte Penetration) in 66.2 % der Fälle - Chronischer Missbrauch, der länger als 6 Monate andauert: 38.5 % Einschlusskriterien: - Kinder zwischen 6 und 14 Jahren - Kind hat von Missbrauch berichtet und das Fall wurde von den Kinderschutzdienststellen bestätigt - Kind wurde an das Kinderschutzzentrum überwiesen - Kind wird von einem nicht tatbeteiligten Erziehungsberechtigten begleitet - Kind spricht englisch oder französisch Ausschlusskriterien: - Kind spricht weder Englisch noch Französisch - Kind hat erhebliche Entwicklungsverzögerungen, die es ihm unmöglich machen, die Maßnahme abzuschließen	Von den Kindern, die an der ersten Bewertung teilnahmen, wurden: 20 nicht an TF-KVT überwiesen (5.20 %) - Zwei begannen die Behandlung nicht (0.52 %) 36 absolvierten weniger als drei Behandlungen (9.38 %)	TF-KVT	-	Primäre Zielgröße(n): - PTBS (CITES II Subskalen; Ableitung eines dichotomen Scores, ob das Kind mind. ein Symptom als <i>sehr wahr</i> angaben) - kPTBS: Störung der Selbstorganisation, Affektregulationsstörung, Anhaltende Überzeugung des Gefühls der Wertlosigkeit, Schuldgefühle in Zusammenhang mit dem traumatischen Ereignis, anhaltende Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen Sekundäre Zielgröße(n): - Dissoziation (Child Dissociative Checklist) - Verhaltensprobleme (CBCL, zwei Subskalen) - PTBS (CITES II Gesamtwertung der PTBS-Skalen)	Latente Klassenanalyse: - Drei Klassen Lösung am besten - Die Klassen wurde wie folgt benannt: komplexe PTBS (kPTBS), klassische PTBS und Resilienz - Kinder in der kPTBS-Gruppe hatten die höchste Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Symptomen, Kinder in der Resilienz-Gruppe die niedrigste und Kinder in der klassischen PTBS-Gruppe lagen zwischen den beiden anderen Klassen (Ausnahme: kein Unterschied zwischen PTBS und kPTBS für Vermeidung) - Kein Interklassenunterschied hinsichtlich Alter und Familienstruktur - Interklassenunterschied Geschlecht: Mädchen wurden wahrscheinlicher der kPTBS Klasse zugeordnet	ROBINS-I Rating (1) Bias due to confounding: Low (2) Bias in selection of participants into the study: Low (3) Bias in classification of interventions: Low (4) Risk of bias due to deviations from intended intervention: No information (5) Risk of bias due to missing data: Serious (6) Risk of bias in measurement of the outcome: Serious (7) Risk of bias in selection of the reported results: Serious (8) Overall risk of bias rating: Serious
	Pro Arm Interventionsgruppe: n = 326 Kontrollgruppe: keine						

						Symptomveränderung nach TF-KVT innerhalb der Klassen (gepaarte t-Tests): PTB-Symptomatik: • Verbesserung bei klassischer und kPTBS für kontinuierlichen Score • Veränderung bei kPTBS größer als bei klassischer PTBS ($d = 0.90$, 95%-KI [0.63, 1.16]) • In allen drei Gruppen Reduktion der dissoziativen Symptome • In allen drei Gruppen Reduktion der externalisierenden und internalisierten Verhaltensproblemen, beurteilt durch die Eltern • Die Klasse zeigt die größte Effektstärke ($d = .76$–$.78$) • Kinder in der Resilienzklasse zeigten keine Symptomreduktion, aber eine Reduktion von Dissoziationen und Verhaltensproble-	

						men (externalisierend und internalisierend) kPTBS-Symptome (Affektdysregulation, Beeinträchtigung des Selbstkonzepts, interpersonelle Beziehungen) • Kinder zeigen in alle drei Domänen eine signifikante Verbesserung • Mittlere Effektstärke für Emotionsregulation ($d = 0.65, p < .001$) und für interpersonelle Probleme ($d = 0.50, p < .001$) Durchschnittliche Anzahl besuchter Sitzungen: • Kein signifikanter Unterschied	

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen Insgesamt	Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
Hendriks et al., 2017 DOI: 10.1111/jcpp.12756 Intensive prolonged exposure treatment for adolescent complex posttraumatic stress disorder: a single-trial design Studientyp: Prä-Post-Design	Anzahl der Patient:innen: N = 10 • Acht Mädchen, zwei Jungen • Neun Teilnehmende erfüllen die Kriterien für ein komorbide Störung • Alle berichteten von aktiver Dysregulation, negativem Selbstkonzept und interpersonellen Problemen Einschlusskriterien: • Alter zwischen 12 und 18 Jahren • Geschichte von multiplen, interpersonellen Traumata • Diagnosekriterien DSM-IV-TR sind voll erfüllt (K-SADS-PL-PTSD) • Schriftliche Einverständniserklärung • Einteilung in eine von fünf Baseline Längen (vier bis acht Wochen), je zwei Ausschlusskriterien: • Suizidversuch innerhalb der letzten acht Wochen vor Studieneintritt • Unfähigkeit, Niederländisch zu sprechen und zu schreiben • IQ ≤ 70 • Veränderung in psychoaktiver Medikation innerhalb der letzten acht Wochen vor Studieneintritt • Anhaltendes Trauma durch einen Erziehungsberechtigten, der Teil des aktuellen primären Betreuungssystems des Kindes ist • Aktuelle DSM-IV-PTBS-Diagnose des Erziehungsberechtigten, wenn dieser in die aktuelle Behandlung des Kindes involviert ist	0 %	Intensive PE Therapie • 15 Sitzungen auf fünf Wochenenden aufgeteilt Ablauf eines Behandlungstages, je drei 90 Minuten Sitzungen (Imaginäre Exposition, Exposition durch Zeichnung, Exposition in vivo) Zusätzlichenahmen Eltern an Sitzungen zur Psychoedukation und zur sozialen Unterstützung teil Booster Sitzungen	Keine	Primäre Zielgröße(n): • PTB-Symptomstärke über die letzte Woche (UCLA PTSD-R, Selbstbericht) • PTBS-Diagnosestatus (K-SADS-PL PTSD) • PTB-Symptomstärke bewertet durch Kliniker:in (K-SADS-PL PTSD) Sekundäre Zielgröße(n): • Depressivität (BDI) • Angstsymptome (SCARED) • Dissoziative Symptome (BPD 47 symptom checklist) • Unerwünschte Nebenwirkungen Weitere, Nicht PICO-relevante Zielgröße(n): • Dropout	PTB-Symptome (Selbstbericht) • Signifikante Reduktion ($p = .002$, Edgington's additive method) Symptomstärke (durch Kliniker:in) • Signifikante Baseline-zu-posttreatment Reduktion des Gesamtscores ($z = -2.81$, $p = .005$, Effektstärke: $r = .63$) • Baseline-zu-3-Monats-Follow-up, signifikanter großer Effekt ($z = -2.81$, $p = .005$, $r = .63$) • Baseline-zu-6-Monats-Follow-up, signifikanter großer Effekt ($z = -2.81$, $p = .005$, $r = .63$) Sekundäre Zielgrößen: PTB-Diagnose: • Baseline zu Post-treatment: Reduktion von zehn zu sechs • Baseline zu Follow-	ROBINS-I Rating (1) Bias due to confounding: Serious (2) Bias in selection of participants into the study: Moderate (3) Bias in classification of interventions: Low (4) Risk of bias due to deviations from intended intervention: No information (5) Risk of bias due to missing data: Low (6) Risk of bias in measurement of the outcome: Moderate (7) Risk of bias in selection of the reported results: Low (8) Overall risk of bias rating: Serious
	Pro Arm						

	Interventions- gruppe: $n = 10$	Kontrollgruppe: keine				up: Reduktion von zehn zu zwei Depressivität: • Signifikante Reduktion zu Posttreatment und Follow-up Angstsymptome: • Signifikante Reduktion zu Posttreatment und Follow-up Dissoziative Symptome: • Signifikante Reduktion zu Posttreatment und Follow-up Sicherheit: • Keine negative Ereignisse wie Suizidversuch während der Behandlungsphase • Keiner der Teilnehmenden zeigte Symptomanstieg • Kein Teilnehmender berichtete von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch während der Behandlungsphase • Nichtsignifikante Reduktion von Suizidgedanken, selbstverletzenden Verhalten und ag-	

						gressiven Verhal- ten	

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen		Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt							
Jensen et al., 2022 DOI: 10.1080/2000806 6.2022.2114630. Complex PTSD and treatment outcomes in TF-CBT for youth: a naturalistic study Studientyp: Quasi-Experimentelle Studie	Anzahl der Patient:innen: 73 (posttreatment data von 30 Patient:innen) Einschlusskriterien: • Erleben mindestens eines traumatischen Ereignisses • Zwischen sechs und 18 Jahren alt • PTB-Symptome von klinischer Relevanz (CATS-2 Score ≥ 15) • Erfüllte Kriterien der kPTBS oder PTBS Ausschlusskriterien: Keine genannt		18 Patient:innen (24.7%) Gründe: • Angebot einer anderen Behandlung ($n = 5$) • Umzug ($n = 2$) • Wunsch, die Behandlung zu beenden ($n = 4$) • Keine Informationen ($n = 7$)	TF-KVT (12-16 Sitzungen bzw. bis zu 30 für Patient:innen mit KPTBS) In die Analyse einbezogene Zeitpunkte T1: Prä-Treatment ($n = 75$) T2: Sitzung 5 ($n = 19$) T3: Sitzung 10 ($n = 15$) T4: Sitzung 15 ($n = 5$) T5: Post-Treatment ($n = 30$)		Zielgröße(n): • PTB-Symptome • KPTB-Symptome • Disturbance in self-organization (DSO)	PTB-Symptome (ITT-Analyse, $n = 73$) • Höhere Prä-Treatment Werte bei KPTBS (Differenz = 2.82, $p = .002$) • Die PTB-Symptome nahmen im Durchschnitt um 1.42 ($p < .001$) Skalenpunkte für PTBS und um 2.09 ($p < .001$) Skalenpunkte für KPTBS ab (T1-T5). Signifikant stärkere Abnahme für KPTBS (Differenz = -0.66, $p = .015$) KPTB-Symptome (ITT-Analyse, $n = 73$) • Höhere Prä-Treatment Werte bei kPTBS (Differenz = 9.24, $p < .001$) • Die KPTB-Symptome nahmen im Durchschnitt um 2.28 ($p < .001$) Skalenpunkte für PTBS und um 4.16 ($p < .001$) Skalenpunkte für KPTBS	ROBINS-I Rating (1) Bias due to confounding: Moderate (2) Bias in selection of participants into the study: Low (3) Bias in classification of interventions: Low (4) Risk of bias due to deviations from intended intervention: Low (5) Risk of bias due to missing data: Moderate (6) Risk of bias in measurement of the outcome: Moderate (7) Risk of bias in selection of the reported results: Moderate (8) Overall risk of bias rating: Moderate
	Pro Arm 45 Patient:innen mit kPTBS 28 Patient:innen mit PTBS							

						ab (T1-T5). Signifikant stärkere Abnahme für kPTBS (Differenz = -1.87, $p < .001$) Disturbance in self-organization (DSO) (ITT-Analyse, $n = 73$) • Höhere Prä-Treatment Werte bei KPTBS (Differenz = 6.43, $p < .001$) • Stärkere Abnahme bei KPTBS (Differenz = -1.22, $p < .001$) Remission (Vorhandene Posttreatment Daten, $n = 30$) • Patient:innen mit kPTBS ($n = 19$) hatten zum Posttreatment keine KPTBS mehr. Drei hatten eine PTBS • Patient:innen mit PTBS ($n = 11$) hatten zum Posttreatment keine PTBS mehr Drop-out & Behandlungseinheiten • Die Drop-out-Rate und die durchschnittliche Anzahl an Behandlungen	

						war in beiden Gruppen gleich PICO-irrelevant: Charakteristika von jungen Patient:innen mit KPTBS im Vergleich zu jungen Patient:innen mit PTBS	

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen	Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt						
Ross et al., 2021 DOI: 10.1016/j.chiabu.2020.104734 Complex trauma and Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy: How do trauma chronicity and PTSD presentation affect treatment outcome? Studientyp: Quasi-Experimentelle Studie	Anzahl der Patient:innen: Teilnehmer einer Studie zur Effektivität von TF-CBT für Kinder (4–17 Jahre) Intent-to-treat: 176 - Traumatypen: 79 einfache PTBS, 65 2_kPTBS1, 32 3_kPTBS2 - Chronizität: 87 akutes Trauma, 89 chronisches Trauma Completers: 86 Einschlusskriterien: - Subklinische PTB-Symptomen (mindestens fünf Symptome) Ausschlusskriterien: - Akute Psychose, schwere Verhaltensstörung oder tiefgreifende Entwicklungsstörung - Andere Diagnosen, die die kognitive Funktionsfähigkeit oder Sprachfähigkeiten beeinträchtigen ¹ Erfüllen zwei kPTBS-Symptome ² Erfüllen drei kPTBS-Symptome	56 Teilnehmer:innen zur Zwischenevaluation 34, der 120 Patient:innen bis zum Ende der Behandlung	TF-KVT		Zielgröße(n): (k)PTB-Symptome (CPSS) - Interpersonelle Beziehungen - Schuldgefühle - Emotionale Kontrolle - Emotionale Dysregulation - Gefühle der Unzulänglichkeit	Chronizität als Moderator der Symptomverbesserung? Baseline: Keine signifikanten Unterschiede in den zwischen akutem und chronischem Trauma ITT: Signifikante Verbesserung der Symptome über die Sitzungen hinweg, jedoch bei keinem Outcome Hinweis auf einen moderierenden Effekt von Chronizität Completer: Kein Hinweis auf einen moderierenden Effekt von Chronizität, außer für emotionale Kontrolle (stärkere Veränderung pro Sitzung bei akutem Trauma), $B = -0.159$, $p = .045$, 95%-KI [-0.314, -0.003] Traumatyp als Moderator der Symptomverbesserung? Baseline: Signifikant stärkere	ROBINS-I Rating (1) Bias due to confounding: Serious (2) Bias in selection of participants into the study: Low (3) Bias in classification of interventions: Low (4) Risk of bias due to deviations from intended intervention: Low (5) Risk of bias due to missing data: Serious (6) Risk of bias in measurement of the outcome: Moderate (7) Risk of bias in selection of the reported results: Low (8) Overall risk of bias rating: Serious
	Pro Arm						

						Symptomatik bei 2_kPTBS und 3_kPTBS im Vergleich zu PTBS • ITT: Kein Hinweis auf einen moderierenden Effekt von Chronizität außer für Interpersonal Relations. Stärkere Veränderung pro Sitzung bei PTSD im Vergleich zu 2_kPTBS, $B = -0.235$, $p = .007$, 95%-KI [0.66, 0.405] • Completer: Kein Hinweis auf einen moderierenden Effekt von Chronizität außer für (K)PTBS-Symptome. Stärkere Veränderung pro Sitzung bei PTSD im Vergleich zu 2_kPTBS, $B = -0.19$, $p = .024$, 95%-KI [-0.035, -0.003] Vergleich zwischen Completern und Dropouts • Signifikanter Unterschied in der emotionalen Kontrolle zwischen Completern	

						($M = 58.63$; $SD = 13.36$), und Dropouts ($M = 64.50$, $SD = 13.26$), $t(174) = 2.93$, $p = .004$ • Keine signifikanten Unterschiede bei Traumatyp, $\chi^2(1, N = 176) = .208$, $p = .649$, und Chronizität, $\chi^2(2, N = 176) = 1.74$, $p = .410$ Anzahl der Sitzungen • Keine signifikanten Unterschiede in der Anzahl der Sitzungen basierend auf dem Traumatyp, $F(1, 175) = 2.71$, $p = .10$. • keine signifikanten Unterschiede in der Anzahl der Sitzungen basierend auf der Chronizität, $F(2, 173) = 1.86$, $p = .16$	

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen		Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt							
Sachser et al., 2017 DOI: 10.1111/jcpp.12640 Complex PTSD as proposed for ICD-11: validation of a new disorder in children and adolescents and their response to Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy Studientyp: Sekundäranalyse	Anzahl der Patient:innen: N = 155 - Daten aus einem RCT zur TF-KVT vs. WL (Goldbeck et al., 2016) mit 169 Teilnehmenden - Ausschluss von vier Teilnehmenden, weil Daten fehlten, die für die Messung von kPTBS wichtig sind - Mädchen: 72.3 %, Durchschnittsalter 13.01 (<i>SD</i> = 2.83) - Latente Klassenanalysen mit den Teilnehmenden, die mindestens acht Sitzungen TF-KVT erhalten haben Einschlusskriterien: - Kinder und Jugendliche zwischen sieben und 17 Jahren - Mindestens ein traumatisches Erlebnis nach dem Alter von zwei Jahren - Mindestens PTB-Symptome mittlerer Symptomstärke (CAPS-CA Gesamtscore ≥ 35) - Ausreichende Deutschkenntnisse Ausschlusskriterien: - Fehlende Daten, die für die kPTBS wichtig sind		Completer Analysies - PTBS-Gruppe: neun zum Follow-up - KPTBS-Gruppe: vier zum Follow-up	TF-CBT 12 Sitzungen, wöchentlich, 90 Minuten - Einbezug der nicht tatverdächtigten Eltern oder Bezugspersonen	(Kontrollbedingung nicht in die Analyse mit aufgenommen)	Primäre Zielgröße(n): - PTB-Symptome (CAPS-CA) - Interpersonelle Probleme (ein Item aus dem UCLA PTSD RI) - KPTBS: sechs Items für die Kernsymptome der PTBS und sechs Items für die zusätzlichen Symptome der kPTBS (Items aus CAPS-CA und UCLA PTSD RI) Sekundäre Zielgröße(n): - Komorbide psychische Störungen nach DSM-IV (K-SADS) - kognitive Verzerrungen im Zusammenhang mit dem Trauma (CPTCI)	Latente Klassenanalyse: - Lösung mit zwei Klassen, zeigt die besten Ergebnisse verglichen mit einer Klasse sowie drei und vier Klassen - Die zwei Klassen wurde als PTBS und kPTBS gelabelt Vergleich der beiden Klassen: - Signifikante Unterschiede hinsichtlich Geschlecht, Art des Traumas und komorbider Depressionen - Komorbide Depression war in der kPTBS Klasse häufiger bei Mädchen und Opfern interpersonelle Gewalt Behandlung von PTBS vs. kPTBS (n = 61; CAPS-CA): - Beide Gruppen zeigten eine signifikante Symptomreduktion über die Zeit	ROBINS-I Rating (1) Bias due to confounding: Moderate (2) Bias in selection of participants into the study: Serious (3) Bias in classification of interventions: Low (4) Risk of bias due to deviations from intended intervention: Low (5) Risk of bias due to missing data: Moderate (6) Risk of bias in measurement of the outcome: Moderate (7) Risk of bias in selection of the reported results: Low (8) Overall risk of bias rating: Serious
Pro Arm								
	Interventionsgruppe (PTBS): n = 47	Kontrollgruppe (KPTBS): n = 27						

						• Große Prä-Post-Effektgrößen für beide Gruppen (PTBS: $d = 2.81$; kPTBS: $d = 1.37$) • Signifikanter Gruppenunterschied nach der Behandlung ($d = 1.13$) • Parallele Behandlungsverläufe für beide Gruppen, die sich nur durch die Höhe der Vor- und Nachwerte für die kPTBS-Gruppen unterschieden • Teilnehmende in der kPTBS-Gruppe zeigten signifikant mehr PTB-Symptome am Anfang und am Ende der Behandlung • Keine signifikante Interaktion zwischen Gruppe und Zeit Behandlung von KPTB-Symptomen mit TF-KVT: • Signifikante Verbesserung in allen sechs Items (Prä-Post-Vergleich) in der kPTBS-Gruppe, für alle, die die Behandlung abschlossen (Störung	

						der Selbstorganisation) • Mittlere Effektstärken für Emotionsregulation ($d = 0.40-0.60$) • Große Effektstärken für negatives Selbstkonzept und interpersonelle Probleme ($d = 0.87-1.16$)	

PICO3

Aggregierte Evidenz

N = 13

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Beer, 2018 DOI: 10.1891/1933-3196.12.4.177 Efficacy of EMDR Therapy for Children With PTSD: A Review of the Literature	Systematic Review & Metaanalyse Database: Google search engine; Website of the EMDR Institute- the Francine Shapiro Library Suchzeitraum: Nicht berichtet Einschlusskriterien: - Englische Sprache - Teilnehmer:innen sind Kinder und Jugendliche - Messung von Effekten des EMDR-Standardprotokolls für die Behandlung von PTBS oder anderen Trauma-assoziierten Symptomen Ausschlusskriterien: - Nicht englisch-sprachige Studien - Erwachsene Teilnehmer:innen - Studien ohne Behandlungsevaluation - EMDR im Gruppenformat	Intervention - EMDR im Einzelsetting (15 Studien) Kontrollbedingungen - Aktives Zuhören (eine Studie) - Warteliste (drei Studien) - TAU (eine Studie) (Traumafokussierte) KVT (vier Studien) - Cognitive Behavioral Writing Therapy (eine Studie)	- PTB-Symptome - Komorbide Symptome	1. Inkludierte Studien: 15 Studien (zwei Studien ohne Kontrollgruppe, vier Studien mit Kontrollgruppe, aber ohne randomisierte Zuteilung, neun RCTs) 2. Ergebnisse: - Alle 15 Studien berichten übereinstimmend von einer signifikanten Verringerung der PTB-Symptome - In den meisten Studien zudem eine signifikante Verringerung der gemessenen komorbiden Symptome, allerdings nicht in Diehle et al. (2015) und der Metaanalyse von Moreno-Alcázar et al. (2017) - Vergleich von EMDR mit verschiedenen traumafokussierten KVT-Interventionen ($k =$ vier Studien) zeigt keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Behandlungsbedingungen bzgl. der Reduktion in PTB-Symptomen - Belege, dass EMDR effizienter ist und kürzere Therapiesitzungen benötigt (de Roos et al., 2011, 2017; Jaberghaderi et al., 2004), allerdings in Diehle et al. (2015) nicht festgestellt	Critically Low Quality Systematic Review Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: - Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen - Nicht-doppelte Studienelektion - Nicht-doppelte Datenextraktion - Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet - Kein angemessenes RoB - Finanzierungsquellen nicht berichtet - Interessenskonflikte nicht angegeben	Primärstudien: Hensel (2009) Ribchester et al. (2010) Puffer et al. (2000) Kemp et al. (2010) Wadaa et al. (2010) Tang et al. (2015) Schreck et al. (1998) Chemtob et al. (2002) Soberman et al. (2002) Jaberghaderi et al. (2004) Ahmad et al. (2007) Wanders et al. (2008) De Roos et al. (2011) Diehle et al. (2015) De Roos et al. (2017) Metaanalysen: Rodenburg et al. (2009) Brown et al. (2017) Moreno-Alcázar et al. (2017)

	• Integration von EMDR in andere Interventionen • Verwendung einzelner Bestandteile des EMDR-Standardprotokolls in Kombination mit anderen Interventionen • Fokus auf nicht-traumaassoziierte Symptome					

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Gutermann et al., 2016 DOI: 10.1007/s10567-016-0202-5 Psychological Treatments for Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in Children, Adolescents, and Young Adults: A Meta-Analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PubMed, PsycINFO/ Psynex, Web of Science, Cochrane Library, PILOTS (2) Referenzlisten relevanter Meta-Analysen und Reviews (3) Kontaktieren von Expert:innen Suchzeitraum: 01/1980 – 04/2014 Einschlusskriterien: ● PTBS-Diagnose ● Studien mit Kindern und/oder Jugendlichen bis maximal 25 Jahre ● Anwendung einer psychologischen Behandlung zur Reduktion von PTSD-Symptomen (keine nicht-interaktiven Interventionen) ● Untersuchung von psychologischen Behandlungen, die mindestens 50 % der Behandlungszeit direkt am Kind oder Jugendlichen angewendet wurden,	Interventionen: ● KVT ● EMDR ● Psychoedukation ● Andere traumafokussierte Interventionen ● Entspannung/Meditation ● Supportive Therapy ● Psychodynamische Interventionen ● Andere nicht-traumafokussierte Interventionen (z.B. Spieltherapie, Kunsttherapie,...) Kontrollen: ● Ohne Möglichkeit auf Behandlung ● WL ● TAU ● Aktive Kontrolle (d. h. unspezifische, nicht-psychotherapeutische Behandlung)	Primäre Zielgröße: ● PTB-Symptome Sekundäre Zielgrößen: ● Depressionssymptome ● Angstsymptome	1. Inkludierte Studien: 135 Studien (davon 62 RCTs) 2. Ergebnisse: Gepoolte prä-post-Effektstärken ● Alle untersuchten Interventionen haben die PTB-Symptome signifikant verbessert ($g = 0.52$ bis $g = 1.9$) ● Im Prä-Post-Vergleich waren folgende am effektivsten: Meditation/Entspannung ($k = 3$, $g = 1.9$), EMDR ($k = 12$, $g = 1.18$, 95%-KI [0.91, 1.45]) und KVT ($k = 85$, $g = 0.99$, 95%-KI [0.89, 1.08]) (deskriptiv, keine Hypothesentests durchgeführt) ● Einzeltherapie ($k = 67$, $g = 1.09$, 95%-KI [0.97, 1.20]) hatte eine höhere Effektstärke als Gruppentherapie ($k = 66$, $g = 0.71$, 95%-KI [0.61, 0.82]) und als die Kombination aus Gruppen- und Einzeltherapie ($k = 11$, $g = 0.81$, 95%-KI [0.54, 1.07]) (deskriptiv, keine Hypothesentests durchgeführt) Intervention vs. nicht-aktive Kontrollen ● KVT ($k = 17$, $g = 1.39$, 95%-KI [0.8, 1.69]), EMDR ($k = 4$, $g = 0.38$, 95%-KI [-0.26, 1.01]) und Psychoedukation ($k = 10$, $g = 0.77$, 95%-KI [0.40, 1.15]) sind effektiver als nicht-aktive Kontrollen	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (3) Auswahl der Studientypen für Einschluss nicht erläutert (5) Nicht-doppelte Studien Selektion (6) Nicht-doppelte Datenextraktion (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (8) Keine detaillierte Beschreibung eingeschlossener Studien (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Ahmad et al. (2007) Ahrens & Rexford (2002) Anderson et al. (2010) Baráth (1996) Berger & Gelkopf (2009) Berger et al. (2012) Berger et al. (2007) Berkowitz et al. (2011) Brown & Shapiro (2006) CATS Consortium (2010) Cain et al. (2010) Carrión et al. (2013) Catani et al. (2009) Celano et al. (1996) Chemtob et al. (2002) Cohen et al. (2004) Cohen & Mannarino (1997) Cohen et al. (2011) Cohen et al. (2004) Cohen et al. (2005) Cohen et al. (2007) Coulter (2000) Danielson et al. (2012) Danielson et al. (2010) De Roos et al. (2011) Deblinger et al. (1996) Deblinger et al. (1990) Deblinger et al. (2001) Dietz et al. (2012)

	• Bei Eltern-Kind-Interventionen: Verfügbarkeit quantitativer prä-post-Messungen der PTB-Symptome (und Depressions- sowie Angstsymptomen) • Bei Studien, die passive und aktive Kontrollgruppen (keine psychologische Intervention) hatten, wurde die aktive Kontrollgruppe gewählt Ausschlusskriterien: • Einzelfallstudie oder weniger als acht Patienten • Die Stichprobe überlappt mit der anderer eingeschlossener Studien • Nicht genügend Daten, die verwendet werden konnten • Volltext war nicht zugänglich			• Andere traumafokussierte Interventionen, Supportive Therapy und andere nicht-traumafokussierte Interventionen sind nicht signifikant besser als nicht-aktive Kontrollen • Einzeltherapie ($k = 12$, $g = 1.05$, 95%-KI [0.64, 1.45]), Gruppentherapie ($k = 26$, $g = 0.77$, 95%-KI [0.52, 1.03]) und die Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie ($k = 4$, $g = 1.26$, 95%-KI [0.62, 1.91]) sind signifikant besser als nicht-aktive Kontrollen Intervention vs. aktive Kontrollen • KVT ($k = 21$, $g = 0.52$, 95%-KI [0.40, 0.63]) und EMDR ($k = 3$, $g = 0.72$, 95%-KI [0.31, 1.13]) sind effektiver als aktive Kontrollen • Andere nicht-traumafokussierte Interventionen sind nicht effektiver als aktive Kontrollen ($k = 3$, $g = 0.06$, 95%-KI [-0.25, 0.38]) • Einzel- ($k = 22$, $g = 0.48$, 95%-KI [0.35, 0.61]) und Gruppentherapien ($k = 8$, $g = 0.40$, 95%-KI [0.19, 0.62]) sind effektiver als nicht-aktive Kontrollen Subgruppenanalyse: RCTs • Bei KVT ($k = 34$, $g = 0.79$, 95%-KI [0.62, 0.96]), EMDR ($k = 7$, $g = 0.20$, 95%-KI [0.09, 0.89]) und Psychoedukation ($k = 9$, $g = 0.56$, 95%-KI [0.27, 0.85]) verbesserte sich die Symptomatik signifikant	Entholt et al. (2005) Ellis et al. (2013) Ertl et al. (2011) Farkas et al. (2010) Foa et al. (2013) Ford et al. (2012) Gelkopf & Berger (2009) Giannopoulou et al. (2006) Gilboa-Schechtman et al. (2010) Glodich (2000) Goejian et al. (1997) Gordon et al. (2004) Gordon et al. (2008) Grefe (2012) Gupta & Zimmer (2008) Habigzang et al. (2013) Habigzang et al. (2009) Hamama et al. (2011) Hartman (2011) Hsu (2003) Jaberghaderi et al. (2004) Jarero et al. (2008) Jaycox et al. (2010) Jaycox et al. (2009) Jensen et al. (2013) Jordans et al. (2010) Kataoka et al. (2003) Kazak et al. (2004) Kemp et al. (2014) Kemp et al. (2010) King et al. (2000) Kjellgren et al. (2013) Kolko et al. (2003)

				• Bei anderen traumafokussierten Therapien ($k = 5$, $g = 0.19$, 95%-KI [-0.22, 0.60]) und Supportive Therapy ($k = 3$, $g = 0.22$, 95%-KI [-0.28, 0.72]) war keine signifikante Veränderung zu beobachten • Einzeltherapie ($k = 34$, $g = 0.64$, 95%-KI [0.46, 0.82]), Gruppentherapie ($k = 24$, $g = 0.64$, 95%-KI [0.44, 0.84]) und die Kombination aus Gruppen- und Einzeltherapie ($k = 4$, $g = 0.76$, 95%-KI [0.26, 1.26]) verbesserten die Symptomatik signifikant • Für weitere Subgruppenanalysen (Traumatyp, PTBS klinisch vs. subklinisch siehe Publikation) Subgruppenanalyse: Caretaker • Studien, in denen Caretaker in die Behandlung einbezogen wurden zeigten signifikant größere Effektstärken als Studien, in denen die Interventionen ausschließlich mit den Kindern/Jugendlichen durchgeführt wurden (within-group; pooled analysis) Angst- und Depressionssymptome • Prä-Post über alle Studien hinweg: moderater Effekt für Depressions- ($g = 0.62$, 95%-KI [0.55, 0.69]) und für Angstsymptome ($g = 0.64$, 95%-KI [0.56, 0.73]) • Vergleich mit nicht-aktiven Kontrollen: moderater Effekt für Depressions- ($g = 0.60$, 95%-KI	Kolko et al. (2011) Krakow et al. (2001) Lange & Ruwa (2010) Lange-Nielsen et al. (2012) Layne et al. (2001) Layne et al. (2008) Lesmana et al. (2009) Linning (2007) Lyshak-Stelzer et al. (2007) Lytle et al. (2002) Matulis et al. (2014) McClatchey et al. (2009) McCullough (2012) McMullen et al. (2013) Misurell et al. (2013) Misurell et al. (2011) Möhlen et al. (2005) Nilsson & Wadsby (2010) Nolan et al. (2002) Odell (2010) Oras et al. (2004) Ormhaug et al. (2014) Overbeek et al. (2013) O'Callaghan et al. (2013) Paul O'Callaghan et al. (2013) Pfeffer et al. (2002) Pifalo (2002) Pifalo (2006) Pityaratstian et al. (2007) Pityaratstian et al. (2014)

				[0.41, 0.79]) und für Angstsymptome ($g = 0.67$, 95%-KI [0.45, 0.89]) • Vergleich mit aktiven Kontrollen: kleiner Effekt für Depressions- ($g = 0.37$, 95%-KI [0.27, 0.46]) und für Angstsymptome ($g = 0.42$, 95%-KI [0.29, 0.55]) • RCTs: moderater Effekt für Depressions- ($g = 0.46$, 95%-KI [0.34, 0.59]) und für Angstsymptome ($g = 0.50$, 95%-KI [0.36, 0.65])		Qouta et al. (2012) Raider et al. (2008) Reyes & Asbrand (2005) Reyes et al. (1996) Ribchester et al. (2010) Rivera (2008) Ronan & Johnston (1999) Ronholt et al. (2013) Rosenberg et al. (2011) Ruf et al. (2010) Runyon et al. (2010) Runyon et al. (2009) Sakai et al. (2010) Salloum (2008) Salloum et al. (2001) Salloum & Overstreet (2008) Salloum & Overstreet (2012) Schauer (2008) Scheck et al. (1998) Scheeringa & Weems (2014) Scheeringa et al. (2011) Schottelkorb et al. (2012) Shechtman & Mor (2010) Shoostary et al. (2008) Simmer-Dvonch (1999) Sinclair et al. (1995) Smith et al. (2007)

						Soberman (1999) Springer et al. (2012) Stallard et al. (2006) Staples et al. (2011) Stein et al. (2003) Taussig & Culhane (2010) Thabet et al. (2005) Tol et al. (2008) Tol et al. (2014) Tol et al. (2012) Tourigny & Hebert (2007) Tourigny et al. (2005) Trowell et al. (2002) Truppi (2001) Vandervord Nixon et al. (2012) Wolmer et al. (2011) Wolmer et al. (2003) Zehnder, Meuli, & Landolt (2010)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
De Haan et al., 2024 DOI: 10.1026/S2352-4642(23)00253-5 Efficacy and moderators of efficacy of cognitive behavioural therapies with a trauma focus in children and adolescents: an individual participant data meta-analysis of randomised trials	Meta-analysis Database: (1) PsycInfo via Ebsco, MEDLINE, Embase via Ovid, Cochrane Central Register of Controlled Trials und INAHL (2) Graue Literatur ClinicalTrials.gov und ISRCTN (3) Preprint Archive: PsyArXiv und bioRxiv (4) Referenzlisten der inkludierten Studien (5) Persönlicher Kontakt zu Autor:innen auf dem Gebiet für unpublizierte Studien (6) Kommunikation über soziale Medien über Metaanalysevorhaben Suchzeitraum: 01/2018-12/2019 + Studien, die für die NICE Leitlinien identifiziert wurden (bis Januar/2018) Einschlusskriterien: • Randomisierte Interventionsstudien • Englische Sprache • Population: Teilnehmende zwischen 6 und 18 Jahren, mit traumatischen Erfahrungen	TF-KVT Formen: • Missbrauchsfokussierte KVT • Traumafokussierte KVT • KVT • Kognitive Therapie • Kognitive behaviorale Schreibtherapie • CPT • NET • PE • Trauma Affektregulation Kontrollbedingungen: • Keine Intervention/ WL • TAU • Pharmakologische Therapie • Individuelle nicht-tf psychosoziale Interventionen • EMDR • Emotional Freedom techniques	Primäre Zielgröße(n): • PTB-Symptome (Selberbericht) nach Behandlungsende Sekundäre Zielgröße(n): • PTB-Symptome (Fremdbericht, separat nach Gruppen) • PTB-Symptome (Selbstbericht) zu Follow-up: 1–3, 4–6 Monate, 7–12, 18, 24 Monate) • PTBS-Diagnose • Symptome komorbider Störungen (Depression, Angstbezogen und externalisierende Probleme)	1. Inkludierte Studien: 25 (davon RCTs: 25) 2. Ergebnisse: Metaanalyse individueller Teilnehmerdaten PTB-Symptome (Behandlungsende): • Bei TF-KVTs im Mittel geringer als Kontrollbedingung, wenn für PTB-Symptome vor Behandlungsbeginn kontrolliert wird, $b = -13.17$, 95%-KI $[-17.84, -8.50]$, $p < .001$, $\tau^2 = 103.72$ • Bei 1–3, 4–6- und 7–12 Monats-Follow-up TF-KVTs der Kontrollbedingung überlegen bei Kontrolle der PTB-Symptome vor Behandlungsbeginn • Effekt bleibt stabil bei Kontrolle über Kovariaten (Alter, Geschlecht, Traumatyp, Trauma Vergangenheit, PTB-Symptome, Stärke dysfunktionaler Kognitionen) Angstbezogenen Störungen • TF-KVT vs. Kontrolle: signifikanter Effekt in Richtung TF-KVT • Effekt bleibt stabil bei Kontrolle über Kovariaten Depressivität: • TF-KVT vs. Kontrolle: signifikanter Effekt in Richtung TF-KVT	Critically low quality Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (6) Nicht-doppelte Datenextraktion (7) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (15) Publikationsbias nicht untersucht/diskutiert	Al-Hadethe et al. (2015) Catani et al. (2009) Hitchcock et al. (2022) Dawson et al. (2018) de Roos et al. (2017) Foa et al. (2013) Ford et al. (2012) Gilboa-Schechtman et al. (2010) Goldbeck et al. (2016) Hermenau et al. (2013) Hultmann et al. (2023) Jaberghaderi et al. (2019) Jensen et al. (2014) Kenardy et al. (2010) Diehle et al. (2015) Meiser-Stedman et al. (2017) Murray et al. (2015) Peltonen et al. (2019) Rosner et al. (2019) Rossouw et al. (2016; pilot) Rossouw et al. (2018) Smith et al. (2007) King et al. (2000)

	und klinische relevanten Ausmaß an PTB-Symptomen • Verwendung eines KVT-tf Protokolls (in Person oder online) Ausschlusskriterien: • Duplikate • Keine brauchbaren Altersbereichsdaten extrahierbar • Nicht manualisierte TF-KVT • Gruppenformat • Behandlungen mit nur einer Sitzung • Kein Post-treatment Bewertung • Keine standardisierten Messinstrumente für PTB-Symptome • Keine klinisch relevanten Daten zu den PTB-Symptomen extrahierbar • Vergleichsbedingung außerhalb des Protokolls			• Effekt bleibt stabil bei Kontrolle über Kovariaten Externalisierende Probleme: • Kein signifikanter Effekt gefunden • Keine Veränderung bei Kontrolle der Kovariaten PTB-Symptome (18 Monate und 24 Monate): • Zu wenig Daten, keine Metaanalyse möglich TF-KVT vs. keine Behandlung & TAU: • TF-KVT assoziiert mit geringeren PTB-Symptomen nach der Behandlung • TF-KVT assoziiert mit geringeren externalisierenden Symptomen nach der Behandlung TF-KVT vs. nicht-tf-psychoziale Interventionen: • Kein Unterschied hinsichtlich PTB-Symptome und externalisierenden Problemen Moderatorenanalyse: • PTB-Symptome für der Behandlung hatten einen moderierenden Effekt auf PTB-Symptome nach der Behandlung • Depressionssymptome vor der Behandlung hatten einen moderierenden Effekt auf Depressionssymptome nach der Behandlung		

				• Externalisierende Probleme vor der Behandlung hatten keinen Effekt auf die externalisierenden Probleme nach der Behandlung Einbezug der Eltern/Bezugspersonen • Kein moderierender Effekt von Einbezug der Eltern/ Bezugspersonen in TF-KVTs bzgl. PTBS ($b = 4.04$, 95% KI [-4.65, 12.74], $p = .36$) und sekundären Outcomes ($b = 1.26$ bis 3.80, alle $p \geq .094$) • Signifikant geringere PTB-Symptome nach TF-KVTs mit und ohne Einbezug der Eltern/ Bezugsperson im Vergleich zu Kontrollbedingungen. Ähnliche Effekte zugunsten von TF-KVTs für sekundäre Outcomes, mit Ausnahme des Outcomes externalisierendes Verhalten. • Signifikanter Unterschied bzgl. externalisierendem Verhalten nach TF-KVTs mit Einbezug der Eltern/Bezugsperson im Vergleich zu Kontrollbedingungen, aber kein signifikanter Unterschied nach TF-KVTs ohne Einbezug der Eltern/Bezugsperson im Vergleich zu Kontrollbedingungen		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Hille & Werner, 2023 DOI: 10.1007/s00278-023-00692-4 Effektivität der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Google Scholar, Web of Science Core Collection, Medline, PsychINFO, PubMed, Cochrane Library Suchzeitraum 1997–10/2022 Suche nach Metaanalysen: Einschlusskriterien: • Veröffentlichung in peer-reviewed Zeitschriften • Durchführung einer systematischen Literaturrecherche • Mind. vier Studien in die Overall-Metaanalyse eingeschlossen, Subgruppenanalysen durften weniger Studien einschließen • Studien quantitativ kombiniert • Erscheinungsdatum zwischen 1997 und Oktober 2022 • Einschluss von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 21 Jahre (Studien mit bis	• Breites Spektrum traumaorientierter Ansätze der KVT (KIDNET, Prolonged Exposure, versch. Versionen der TF-KVT) • Ca. 40 % der Primärstudien vergleichen mit aktiver Kontrollbedingung (z. B. EMDR, Play Therapy, Psychologische Beratung) • Ca. 60 % der Primärstudien vergleichen mit passiver Kontrollbedingung (z. B. Warteliste-kontrollgruppe, TAU)	• PTB-Symptome	1. Inkludierte Studien: Aus neun Metaanalysen insg. 46 RCTs in Reanalyse inkludiert, davon 15 RCTs zum TF-KVT-Manual nach Cohen et al. 2. Ergebnisse: Gesamter Studienpool: • Mittlerer Effekt bzgl. PTB-Symptomreduktion ($k = 46$) beträgt $g = -0.60$, 95%-KI $[-0.81, -0.40]$, allerdings erhebliche statistische Heterogenität: $I^2 = 80\%$, 95%-KI $[69\%, 88\%]$ • Test der Kontrollgruppe als Moderatorvariable statistisch signifikant: (1) TF-KVT vs. Wartekontrollgruppe ($k = 18$): $g = -0.88$ (95%-KI $[-1.44, -0.62]$; $p < .01$); (2) TF-KVT vs. TAU ($k = 9$): $g = -0.67$ (95%-KI $[-1.04, -0.29]$; $p < .01$); (3) TF-KVT vs. andere traumafokussierte Therapie ($k = 19$): $g = -0.26$ (95%-KI $[-0.5, -0.02]$; $p = .04$) Studien zum TF-KVT-Manual nach Cohen et al.: • Mittlerer Effekt bzgl. PTB-Symptomreduktion ($k = 15$) beträgt $g = -0.44$, 95%-KI $[-0.69, -0.19]$ • Test der Kontrollgruppe als Moderatorvariable statistisch signifikant: (1) TF-KVT vs. Wartekontrollgruppe ($k = 3$ Studien): $g = -0.60$ (95%-KI $[-1.12, -0.08]$; $p = .03$); (2) TF-KVT vs. TAU ($k = 4$): $g = -0.66$ (95%-KI $[-1.00, -0.31]$; $p <$	Critically Low Quality Systematic Review & Meta-Analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/nicht auf Abweichung eingegangen (5) Nicht-doppelte Studien Selektion (8) Keine detaillierte Beschreibung eingeschlossener Studien (9) Kein angemessenes RoB (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (12) Potenzieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (13) RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert	Identifizierte Metaanalysen: Cary & McMillen (2012) Gutermann et al. (2016) Hoogsteder et al. (2022) Hoppen & Morina (2020) John-Baptiste et al. (2020) Lenz & Hollenbaugh (2015) Lewey et al. (2018) Morina et al. (2016) Morina et al. (2017) Aus Metaanalysen identifizierte u. inkludierte Primärstudien: Ahrens & Rexford (2002) Auslander et al. (2017) Barron et al. (2016) Berger et al. (2007) Catani et al. (2009) Celano et al. (1996) Cohen et al. (2004) Cohen et al. (2011) Cohen et al. (2005) Costantino et al. (2014) Dawson et al. (2018) Deblinger et al. (1996) Deblinger et al. (2011)

	zu 25-Jährigen wurden eingeschlossen) ● Population erlebte mind. ein traumatisches Ereignis ● Population leidet unter vollständiger PTBS oder PTBS-Symptomen (nach DSM oder ICD diagnostiziert) ● Untersuchung von TF-KVT (mind. als Subgruppenanalyse) ● Veränderung der PTB-Symptome oder PTBS-Diagnose, gemessen durch klinische Interviews, Fragebögen oder Bewertungen von Kliniker:innen ● Alle Vergleichsgruppen Ausschlusskriterien: ● Netzwerk-Metaanalysen Suche nach Primärstudien in identifizierten Metaanalysen: ● Randomisiert-kontrollierte Studien ● Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 21 Jahre (Studien mit bis zu 25-Jährigen wurden eingeschlossen) ● Population hat mind. ein traumatisches Ereignis erlebt			.01); (3) TF-KVT vs. andere traumafokussierte Therapie ($k = 8$): $g = -0.18$ (95%-KI [-0.46, 0.10]; $p = .19$)		Deblinger et al. (2001) Diehle et al. (2015) Ertl et al. (2011) Foa et al. (2013) Gilboa-Schechtman et al. (2010) Goldbeck et al. (2016) Hermenau et al. (2013) Jaycox et al. (2010) Jensen et al. (2014) Kataoka et al. (2003) King et al. (2000) Lyshak-Stelzer et al. (2007) McMullen et al. (2013) Meiser-Stedman et al. (2017) Murray et al. (2015) Nixon et al. (2012) O'Callaghan et al. (2013) O'Callaghan et al. (2015) Ormhaug et al. (2014) Peltonen & Kangaslampi (2019) Pityaratstian et al. (2015) De Roos et al. (2011) Rosner et al. (2019) Rossouw et al. (2018) Ruf et al. (2010) Runyon et al. (2010) Schaal et al. (2009) Schauer (2008) Scheeringa et al. (2011) Schottelkorb et al.

	• Population leidet unter vollständiger PTBS oder PTBS-Symptomen (nach DSM oder ICD diagnostiziert) • Untersuchung von TfkVT • Alle Vergleichsgruppen • Veränderung der PTBS-Symptome/-Diagnose, gemessen durch klinische Interviews, Fragebögen oder Bewertungen von Kliniker:innen					(2012) Shein-Szydlo et al. (2016) Smith et al. (2007) Stein et al. (2003)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Hoogsteder et al., 2022 DOI: 10.1177/0306624X211010290 A Meta-Analysis of the Effectiveness of EMDR and TF-CBT in Reducing Trauma Symptoms and Externalizing Behavior Problems in Adolescents	Meta-analysis Database: (1) PsychINFO, ERIC, Web of Science und Medline (2) Referenzlisten relevanter Metaanalysen und systematischer Review (3) Referenzlisten und Zitationen der gefundenen Studien (4) Manuelle Suche Suchzeitraum: Bis 04/2019 Einschlusskriterien: • Experimentalbedingung erhielt eine evidenzbasierte TF Behandlung • Teilnehmende zwischen 11 und 21 Jahren alt • RCT • Teilnehmende haben PTB-Symptome oder (subklinische) PTBS und externalisierende Verhaltensprobleme • PTB-Symptome und externalisierende Verhaltensprobleme wurden mit validen Messinstrumenten erhoben • Behandlungsinterven-	Interventionen: • EMDR: $k = 1$ • TF-KVT: $k = 7$ Kontrollbedingungen: • Keine Behandlung: $k = 6$ • TAU: $k = 3$	Zielgröße(n): • PTB-Symptome • Externalisierendes Problemverhalten Moderatorenanalyse Untersuchte Moderatoren: • Zielgröße (PTB-Symptome, Externalisierende Probleme) • Interventionstyp (EMDR, TF-KVT) • Behandlungsintensität (Dauer, Anzahl der Sitzungen) • Gruppenkomponenten (ja/nein) • Involviertheit der Eltern (ja/nein) • Alter und Geschlecht der Adoleszenten • Methodische Charakteristika (Follow-up, Kontrollgruppentyp, Informant, ITT/ CA, Publikationsjahr, Impact Faktor)	1. Inkludierte Studien: acht (davon RCTs: acht) 2. Ergebnisse: Gesamteffekt • Großer signifikanter Gesamteffekt von Traumabehandlung auf PTB-Symptome und externalisierende Probleme ($d = 0.909$, 95%-KI [0.550, 1.268]) • Keine signifikante Differenz zwischen den untersuchten Interventionen (TF-KVT oder EMDR) und TAU Likelihood-Ratio Test • Signifikante Varianz innerhalb der Studien • Signifikante Varianz zwischen Studien Moderatorenanalyse • Traumabehandlung hatte einen größeren Einfluss auf PTB-Symptome ($d = 1.123$) als auf externalisierende Probleme ($d = 0.666$) • Alter des Adoleszenten war ein signifikanter Moderator für den Gesamteffekt (größere Effekt für ältere Patient:innen) • Art der Kontrollgruppe war ein signifikanter Moderator: TF-KVT und EMDR waren zu keiner Behandlung überlegen, aber nicht zu TAU	Critically low quality Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (5) Nicht-doppelte Studien-selektion (7) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (9) Kein angemessenes RoB (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (12) Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet	Cohen et al. (2005) Farkas et al. (2010) Goldbeck et al. (2016) King et al. (2000) McMullen et al. (2013) O'Callaghan et al. (2015) O'Callaghan et al. (2013) Shein-Szydlo et al. (2016)

	tionen wurde mit ausreichender Programmintegrität durchgeführt (nach Einschätzung der Autor:innen) • Studien enthielten ausreichende statistische Daten, um Effektgrößen für diese mehrstufige Metaanalyse berechnen zu können Ausschlusskriterien: Keine genannt			• Kein signifikanter Unterschied zwischen Behandlung mit und ohne Eltern • Gruppenkomponenten (ja/nein) war kein signifikanter Moderator für den Gesamteffekt		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Hoppen, Meiser-Stedman et al., 2023 DOI: 10.1192/bjp.2023.24 Efficacy of psychological interventions for post-traumatic stress disorder in children and adolescents exposed to single versus multiple traumas: meta-analysis of randomised controlled trials	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PsycInfo, MEDLINE, Web of Science, PTSDpubs (2) Literaturverzeichnisse der eingeschlossenen Studien (3) 41 verwandte qualitative und quantitative Reviews (4) Studien von Hoppen & Morina (2020): $k = 45$ Suchzeitraum: Bis 04/2019 Einschlusskriterien: • Randomisierte Gruppenzuteilung • Alle Teilnehmer:innen hatten eine partielle oder volle PTBS zur Baseline • PTBS war der primäre Fokus der Behandlung und die primäre Zielgröße • Durchschnittliches Alter der Stichprobe: > 19 • Stichprobengröße ≥ 20	Interventionen • Traumafokussierte KVT (z.B. PE, kognitive Verarbeitungstherapie) • EMDR • Weitere psychologische Interventionen (z.B. psychoanalytische Behandlung; spirituelles, hypnotisch-unterstützte Behandlung) • Multidisziplinäre Behandlungen (z. B. intensive multimodale Gruppenprogramme, Familientherapie, Erholungstechniken) Kontrollen • Passive Kontrollen (z. B. WL, keine Behandlung) • Aktive Kontrollen (z. B. TAU, supportive Counselling)	• PTB-Symptome zu FU1 • PTB-Symptome zu FU2 FU1: 1-5 Monate nach Behandlung FU2: > 5 Monate nach Behandlung	1. Inkludierte Studien: 51 RCTs 2. Ergebnisse: (Aufgrund zu weniger Studien für einige geplante Vergleiche konnten diese nicht durchgeführt werden) • Untersuchte psychologische Interventionen sind sowohl für die Behandlung von Personen, die einmalig als auch für Personen, die mehrfach ein Trauma erlebt haben effektiv • Keine Analyse zeigte einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen • Psychologische Interventionen vs. passive Kontrollen: Überlegenheit beider Gruppen im Vergleich zur passiven Kontrolle zum posttreatment (einmaliges Trauma: $g = 1.09$, 95%-KI [0.70, 1.48], $k = 8$, mehrere Traumata: $g = 1.11$, 95%-KI [0.74, 1.47], $k = 12$; kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen) • Ähnliche Ergebnisse für beide Gruppen für traumafokussierte KVT ($g \geq 1.10$) Traumafokussierte KVT vs. andere psychologische Interventionen • Wirksamkeit traumafokussierter KVT vergleichbar mit anderen psychologischen Interventionen	Low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (9) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (11) Finanzierungsquellen nicht berichtet (15) Heterogenität wurde nicht interpretiert/diskutiert	Ahmad et al. (2007) Ahrens & Rexford (2002) Al-Hadeth et al. (2015) Auslander et al. (2017) Auslander et al. (2020) Barron et al. (2016) Barron et al. (2020) Carrion et al. (2013) Catani et al. (2009) Celano et al. (1996) Chemtob et al. (2002) Chen et al. (2004) Cohen et al. (2004) Cohen, et al. (2005) Cohen et al. (2011) Danielson et al. (2012) Dawson et al. (2018) de Roos et al. (2011) de Roos et al. (2017) Diehle et al. (2015) Dorsey et al. (2020) Ertl et al. (2011) Foa et al. (2013) Ford et al. (2012) Gilboa-Schechtman et al. (2010) Goldbeck et al. (2016) Gordon et al. (2008) Hitchcock et al. (2021) Jensen et al. (2014) Kameoka et al. (2020)

	Ausschlusskriterien: • Studien, die teilweise oder vollständig einen präventiven Ansatz verfolgten • Komorbiditäten nur dann eingeschlossen, wenn PTBS die Primär-diagnose und die primäre Zielgröße war • Non-inferiority trials, die nur zwei Arme aus derselben Interventionsfamilie verglichen haben			(z. B. EMDR, multidisziplinäre Behandlungen) für beide Gruppen Langzeiteffekte • Hinweis auf Wirksamkeit zum FU1 bei passiven Kontrollen für multiple Traumata ($g = 0.67$) • Hinweis auf Wirksamkeit zum FU2 bei aktiven Kontrollen für multiple Traumata ($g = 0.49$), jedoch nicht zum FU1 Traumahäufigkeit als kontinuierliche Variable • Kein signifikanter Zusammenhang zwischen Häufigkeit und Effektivität		Kemp et al. (2010) King et al. (2000) Langley et al. (2015) Lesmana et al. (2009) McMullen et al. (2013) Meentken et al. (2020) Meiser-Stedman et al. (2017) Molero et al. (2019) Murray et al. (2015) O'Callaghan et al. (2013) O'Callaghan et al. (2015) Osorio et al. (2018) Peltonen & Kangaslampi (2019) Pityaratstian et al. (2015) Roque-Lopez et al. (2021) Rosner et al. (2019) Rossouw et al. (2020) Ruf et al. (2010) Santiago et al. (2018) Schauer (2008) Scheeringa et al. (2011) Schottelkorb et al. (2012) Shechtman & Mor (2010) Shein-Szydlo et al. (2016) Sloan et al. (2011) Smith et al. (2007) Stein et al. (2003) Trowell et al. (2002)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Huang et al., 2022 DOI: 10.1186/s12888-022-03867-6 The efficacy and acceptability of exposure therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PubMed, EMBASE, Cochrane, Web of Science, PsycINFO, CINAHL, ProQuest Dissertations und LILACS (2) Internationale Studienregister World Health Organization trials portal, ClinicalTrials.gov und Australian New Zealand Clinical Trials Registry) Suchzeitraum: Bis 08/2020 Einschlusskriterien: • RCTs • Teilnehmende waren unter 18 Jahren, die die Diagnosekriterien für eine PTBS erfüllen, mit subklinischer PTBS oder klinische signifikanten PTB-Symptomen • Intervention: Expositionsbasierte Therapie (PE, NET, KIDNET, etc.) • N > 10 • Kontrollgruppe: aktive Kontrollgruppe, TAU	Interventionen • Zwei Studie PE • Zwei Studien NET • Zwei Studien KIDNET Vergleichsinterventionen: • WL: zwei Studien • Aktive Kontrollgruppe: drei Studien • TAU: eine Studie	Primäre Zielgröße: • Wirksamkeit (PTB-Symptome bei Behandlungsende) Sekundäre Zielgröße(n): • PTB-Symptome bei Follow-up • Depressionssymptome • Lebensqualität • Funktionsniveau	1. Inkludierte Studien: sechs (davon RCTs: sechs) 2. Ergebnisse: PTB-Symptomstärke bei Behandlungsende (k = 6): • Expositionsbasierte Interventionen waren signifikant besser in der Symptomreduktion als Kontrollbedingungen, $SMD = -0.47$, 95%-KI [-0.91, -0.03] PTB-Symptome bei Follow-up (k = 4): • Expositionsbasierte Therapie signifikant wirksamer als Kontrollbedingungen ($SMD = -0.64$, 95%-KI [-1.17, -0.10]) Depressionssymptome bei Behandlungsende (k = 3): • Expositionsbasierte Therapie signifikant besser in Symptomreduktion als Kontrollbedingungen ($SMD = -0.58$, 95%-KI [-0.93, -0.22]) Lebensqualität und Funktionsniveau bei Behandlungsende (k = 3): • Kein signifikanter Unterschied Subgruppenanalyse (für die primäre Zielgröße): • Expositionsbasierte Therapie war bei Patient:innen mit einfachem Trauma den Kontrollbedingungen überlegen, jedoch nicht bei multiplen	Low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (8) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (11) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Catani et al. (2009) Foa et al. (2013) Peltonen et al. (2019) Rossouw et al. (2018) Ruf et al. (2010) Schauer (2008)

	oder WL Ausschlusskriterien: • Einschlusskriterien nicht erfüllt			Trauma • PE war der Kontrollgruppe signifikant überlegen, NET und KIDNET nicht • Alter: für Patient:innen ab 14 Jahren war expositions-basierte Therapie wirksamer, für Patient:innen unter 14 gab es keinen Unterschied zu den Kontrollgruppen		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Hudays et al., 2022 DOI: 10.3390/ijerph192416836 Eye Movement Desensitization and Reprocessing versus Cognitive Behavior Therapy for Treating Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, PubMed, PsychINFO, Global Health via OvidSP (1910–present) und Scopus (2) Graue Literatur (3) Schneeballsuche Suchzeitraum: 01/2010 –12/2020 Einschlusskriterien: - Fokus aus Kinder, Jugendliche und Erwachsene - PTBS-Diagnose - Valide und Reliable Messinstrumente wurden verwendet - RCTs - Vergleich zwischen EMDR und KVT - Englischsprachig - Veröffentlichung zwischen 2010 und 2020 Ausschlusskriterien: - Andere Behandlungsformen für PTB-Symptome - Deskriptive Artikel	Vergleich von EMDR mit KVT - Drei Studie mit Kindern und Jugendlichen (4–18 Jahre) - Fünf Studien mit Erwachsenen	- PTB-Symptome - Depressivität - Angstsymptome	1. Inkludierte Studien: acht (davon RCTs: acht) 2. Ergebnisse: PTB-Symptome - Behandlungsende: kein signifikanter Unterschied ($k = 7$) 3-Monats-Follow-up: kein signifikanter Unterschied ($k = 2$) bei Kindern und Jugendlichen Depressivität - Behandlungsende: Signifikant stärkere Reduktion bei EMDR verglichen mit KVT ($k = 3$, $p = .001$, $SDM = 2.43$, 95%-KI [3.93,0.94]) bei Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen 6-Monats-Follow-up: kein signifikanter Unterschied Angstsymptome - Behandlungsende: Signifikant stärkere Reduktion bei EMDR verglichen mit KVT ($k = 3$, $p < .001$) bei Kindern und Jugendlichen 3-Monats-Follow-up: kein signifikanter Unterschied ($k = 2$, $p = .31$) bei Kindern und Jugendlichen	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: - Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen - Nicht-doppelte Studien-selektion - Nicht-doppelte Datenextraktion - Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet - Finanzierungsquellen nicht berichtet - Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet - Heterogenität wurde nicht interpretiert/diskutiert	Mit Kindern und Jugendlichen: De Roos et al. (2011) Diehle et al. (2015) De Roos et al. (2017) Mit Erwachsenen: Nijdam et al. (2012) Van den Berg et al. (2015) De Bont et al. (2016) Nijdam et al. (2018) Stanbury et al. (2020)

	• Bücher • Meinungsbezogene Artikel • Nicht englischsprachig					

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
John-Baptiste Bastien et al., 2020 DOI: 10.1017/S0033291720002007 The effectiveness of psychological interventions for post-traumatic stress disorder in children, adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Embase, Medline und PsycINFO (2) Open Grey und Google Scholar für graue Literatur (3) Referenzlisten inkludierter Studien Suchzeitraum: 01/2011–07/2019 Einschlusskriterien: - Studien mit Menschen - Englischsprachig - RCT oder Cluster-RCTs - Psychologische Intervention als Behandlung für PTBS - Teilnehmende zwischen 3 und 25 Jahren alt mit Diagnose PTBS - Kontrollgruppe mit alternativer Behandlung, TAU, WL oder keiner Behandlung Ausschlusskriterien: - Studienteilnehmende inkludiert, deren Trauma innerhalb des letzten Monats lag - Konferenzbeiträge	Interventionen: - TF-KVT: 13 Studien - Teaching Recovery Techniques: zwei Studien - Non-TF-KVT: drei Studien - PE: drei Studien - EMDR: drei Studien - NET: eine Studie Kontrollbedingungen: - Alternative Behandlungen: elf Studien - WL: neun Studien - TAU: drei Studien - Keine Behandlung: eine Studie - SC: drei Studien	Reduktion von PTB-Symptomen	1. Inkludierte Studien: 16 (Metaanalyse, davon RCTs: 16) - Qualitative Synthese: 27 2. Ergebnisse: Metaanalyse: - Psychologische Interventionen waren der Kontrollbedingung überlegen ($d = -0.44$, 95%-KI [-0.68, -0.20]) Subgruppenanalyse (13 Studien): Therapieart: - Non-TF-KVT war nicht wirksamer als Kontrollbedingungen (drei Studien) - TF-KVT und EMDR waren signifikant besser als KVT (zehn Studien) - EMDR war TF-KVT überlegen Altersgruppen: - Behandlung war für Jugendliche und junge Erwachsene besser als die Kontrollbedingungen ($d = -0.30$, 95%-KI [-0.58, -0.02]) - Behandlung war für Kinder nicht besser als Kontrollbedingung (eine Studie, $d = -1.18$, 95%-KI [-2.50, 0.14]) Sensitivitätsanalyse: - Normalverteilte Daten: acht Studien, mittlerer Effekt $d = -0.59$, 95%-KI [-0.89, -0.29]	Low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (12) Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (14) Heterogenität wurde nicht interpretiert/diskutiert (16) Interessenskonflikte nicht angegeben	Metaanalyse: Barron, Abdallah, & Heltne (2016) Chen et al. (2014) Church et al. (2012) Cohen et al. (2011) De Roos et al. (2011, 2017) Diehle et al. (2015) Ertl et al. (2011) Foa et al. (2013) Ford et al. (2012) Goldbeck et al. (2016) Jensen et al. (2014) Nixon et al. (2012) Pityaratstian et al. (2015) Scheeringa et al. (2011) Schottelkorb et al. (2012) Zusätzliche in der qualitativen Synthese: Barron et al. (2013) Dawson et al. (2018) Deblinger et al. (2011) Dorsey et al. (2014) Mannarino et al. (2012) Murray et al. (2015) Nixon et al. (2017) Pfeiffer et al. (2018) Rosner et al. (2019) Rossouw et al. (2016) Rossouw et al. (2018)

	• Studien mitgemischten Stichproben, die junge Patient:innen und Erwachsenen enthalten					

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Manzoni et al., 2021 DOI: 10.1016/j.jad.2020.12.088 Eye movement desensitization and reprocessing: The state of the art of efficacy in children and adolescent with post traumatic stress disorder	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PubMed, Psycinfo, Scopus Suchzeitraum Bis 01/2020 Einschlusskriterien: - Teilnahme von Kindern und Jugendlichen mit traumatischen Erlebnissen und PTB-Symptomen oder-Diagnose - Bericht der Ergebnisse eines RCTs, in dem die Wirksamkeit von EMDR im Vergleich zu einer Kontrollbedingung (z. B. TAU, Warteliste, eine andere psychologische Behandlung) untersucht wurde - Studien, die Statistiken und ausreichend Daten für Analysen enthalten Ausschlusskriterien: - Sekundäranalysen - Studien mit Erwachsenen Teilnehmer:innen - Einzelfallberichte	- Interventionsgruppe: EMDR ($k = 8$) - Kontrollgruppe: Keine Behandlung ($k = 2$), Warteliste ($k = 2$), KVT ($k = 3$)	- PTB-Symptom - Depressionssymptome - Angstsymptome	1. Inkludierte Studien: Acht RCTs 2. Ergebnisse: - EMDR bei der Behandlung von PTB-Symptomen bei Kindern und Jugendlichen wirksam - Bzgl. Depressions- und Angstsymptome gemischte (wenn auch ermutigende) Beweise für die Wirksamkeit von EMDR - Inkludierte Studien deuten darauf hin, dass EMDR altersgerecht modifiziert werden sollte und die Dauer der Sitzungen anzupassen ist - Die Anwesenheit der Eltern in den Sitzungen scheint die Behandlungsergebnisse nicht zu beeinflussen	Critically Low quality Systematic Review Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: - Keine PICO-Komponenten - Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/nicht auf Abweichung eingegangen - Nicht-doppelte Studienteilnahme - Nicht-doppelte Datenextraktion - Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet - Kein angemessenes RoB - Finanzierungsquellen nicht berichtet - RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert	Chemtob et al. (2002) Oras et al. (2004) Ahmad et al. (2007) Kemp et al. (2009) De Roos et al. (2015) Diehle et al. (2015) De Roos et al. (2017) Karadag et al. (2019)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Mavranouzouli et al., 2020 DOI: doi:10.1111/jcpp.13094 Research Review: Psychological and psychosocial treatments for children and young people with posttraumatic stress disorder: a network meta-analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) MEDLINE, Embase, PsycINFO, CINAHL, The Cochrane Library Suchzeitraum: Bis 01/2018 Update der NICE PTSD guideline (2005) Einschlusskriterien: - Untersuchung psychologischer und psychosozialer Interventionen zur Behandlung von klinisch relevanten PTB-Symptomen bei Kindern und Jugendlichen (unter 18 Jahren) bei denen das traumatische Erlebnis mehr als einen Monat her war (Zum Einschluss in die Netzwerk-Metaanalyse mehr als drei Monate) - Klinisch relevante PTB-Symptome wurden definiert als PTBS-Diagnose nach DSM-, ICD-, WHO-Kriterien oder Baseline-scores über dem Schwellenwert	Traumafokussierte KVT, u.a. - Kognitive Therapie für PTBS - Traumafokussierte KVT (nach dem Cohen-Manual) - Kognitive Verarbeitungstherapie (CPT) - Exposition (imaginativ oder in-vivo, PE, narrative Exposition) - Traumafokussierte Gruppen-KVT Weitere untersuchte Interventionen, u.a. - Familientherapie - Meditation - Elterntraining - Spieltherapie - Kombinierte somatische und kognitive Therapie Kontrollbedingungen - TAU - Warteliste	- PTB-Symptomveränderung (Baseline und Ende; 29 RCTs) - PTB-Symptomveränderung (Baseline und 1–4-Monats-Follow-up; zehn RCTs) - Remission (neun RCTs)	1. Inkludierte Studien: 32 RCTs 2. Ergebnisse: PTB-Symptomveränderung (Baseline und Ende) - Alle Formen der traumafokussierten Einzeltherapie zeigten große Effekte im Vergleich zur Warteliste. Variation der Effektstärken von $SMD = -2.94$, 95%-KI [-3.94, -1.95] für kognitive Therapie (jedoch kleine Stichprobe $N = 25$) bis $SMD = -1.17$, 95%-KI [-1.78, -0.54] für TF-KVT nach Cohen ($N = 349$) - Positiver Effekt traumafokussierter Gruppentherapie, $SMD = -0.91$, 95%-KI [-1.48, -0.34], jedoch nicht wirksamer als traumafokussierte Einzel-KVT - Folgende weitere Interventionen zeigten signifikante Effekte (Effektivität in absteigender Reihenfolge): somatisch/kognitive Therapien ($SMD = -2.14$, 95%-KI [-3.34, -0.92]); zweitbeste Intervention), Eltern-Kind-Psychotherapie, kombinierte TF-KVT mit Elterntraining, Meditation, Spieltherapie und EMDR, $SMD = -0.99$, 95%-KI [-1.76, -0.23] PTB-Symptomveränderung (Baseline und 1–4-Monats-Follow-up) - Folgende Interventionen zeigten signifikante Effekte (Effektivität in	Low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (5) Nicht-doppelte Studienselektion (5) Nicht-doppelte Datenextraktion (8) Keine detaillierte Beschreibung eingeschlossener Studien (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (12) Potenzieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (14) Heterogenität wurde nicht interpretiert/diskutiert (14) Publikationsbias nicht untersucht/diskutiert	Ahrens et al. (2002) Al-Hadethe et al. (2015) Auslander et al. (2017) Berger et al. (2009) Chen et al. (2014) Cohen et al. (1998) Cohen et al. (2005a) Cohen et al. (2011) Cohen et al. (2005b) Deblinger et al. (1996) Deblinger et al. (1999) de Roos et al. (2017) Diehle et al. (2015) Lindauer et al. (2009) Ertl et al. (2011) Neuner et al. (2007) Foa et al. (2013a) McLean et al. (2015a) Capaldi et al. (2016) Kaczurkin et al. (2016) Zandberg et al. (2016) Ford et al. (2012) Gilboa-Schechtman et al. (2004) Gilboa-Schechtman et al. (2010) Goldbeck et al. (2016) Sachser et al. (2016) Jaycox et al. (2009) Jensen et al. (2014) King et al. (2000) Langley et al. (2015) Meiser-Stedman et al. (2010)

	auf einem validierten Instrument • Untersuchte Zielgrößen: PTB-Symptome zum Ende, Veränderungswerte, Response, Remission (definiert als Anzahl von Personen, die die diagnostischen Kriterien nicht mehr erfüllen oder deren Scores unterhalb des Schwellenwerts eines validierten Instruments liegen) Ausschlusskriterien:-			absteigender Reihenfolge): kombinierte somatische/ kognitive Therapien vs. Warteliste, <i>SMD</i> = -1.80, 95%-KI [-3.01, -0.58], Cohen TF-KVT, traumafokussierte Gruppen-KVT, kombinierte TF-KVT mit Elternteraining, <i>SMD</i> = -0.94, 95%-KI [-1.84, -0.04] (Hinweis: alle Interventionen außer traumafokussierte Gruppen-KVT wurden an kleinen Stichproben getestet) Remission (neun RCTs) • Alle Formen der traumafokussierten Einzeltherapie zeigten bessere Effekte im Vergleich zur Warteliste. Variation der Effektstärken von <i>mean LOR</i> = 2.81, 95%-KI [0.87, 5.13] für Narrative Exposition, gefolgt von kognitiver Therapie für PTBS, PE bis zu Cohen traumafokussierte KVT, <i>mean LOR</i> = 0.89, 95%-KI [-0.15, 1.64] (Hinweis: alle Interventionen außer traumafokussierte Gruppen-KVT wurden an kleinen Stichproben getestet)		Meiser-Stedman et al. (2017) Pityaratstian et al. (2015) Ruf et al. (2010) Schottelkorb et al. (2012) Shein-Szydlo et al. (2016) Smith et al. (2007) Stein et al. (2003a) Kataoka et al. (2011) Ahmad et al. (2007) Ahmad et al. (2008) Soberman et al. (2002) Kazak et al. (2004) Lieberman et al. (2005) Lieberman et al. (2006) Ghosh Ippen et al. (2011) Deeba et al. (2015) Gordon et al. (2006) Gordon et al. (2008)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Verado & Cioccolanti, 2017 Traumatic experiences and EMDR in childhood and adolescence A review of the scientific literature on efficacy studies	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PsycINFO, MEDLINE, Google Scholar, Cochrane Library Suchzeitraum Nicht berichtet Einschlusskriterien: - Studie hat eine Kontrollbedingung (z. B. andere psychotherapeutische Behandlung für PTBS oder Warteliste) - Kinder und Jugendliche werden hinsichtlich PTB-Symptomen behandelt - Randomisierte Zuteilung in Interventions- und Kontrollgruppe - Studie schließt Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre ein - Studienpublikation zwischen 2007 und Zeitpunkt der Suche Ausschlusskriterien: Keine genannt	- Interventionsgruppe: EMDR ($k = 5$) - Kontrollgruppe: Warteliste ($k = 3$), TF-KVT ($k = 2$)	PTB-Symptome	1. Inkludierte Studien: Fünf RCTs 2. Ergebnisse: - Analysierte Studien deuten auf Wirksamkeit von EMDR bei Kindern hin - Beim Vergleich von EMDR mit anderen traumafokussierten Psychotherapien, wie TF-KVT, zeigt sich ein geringer, aber signifikanter Zusatznutzen von EMDR - Eine geringere Anzahl von EMDR Sitzungen ist mit positiveren Ergebnissen assoziiert	Critically Low Quality Systematic Review Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: - Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen - Nicht-doppelte Studien Selektion - Nicht-doppelte Datenextraktion - Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet - Kein angemessenes RoB - Finanzierungsquellen nicht berichtet - RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert - Heterogenität wurde nicht interpretiert/diskutiert - Interessenskonflikte nicht angegeben	Ahmad et al. (2007) Kemp et al. (2010) De Roos et al. (2011) Diehle et al. (2015) Haasanzadeh & Khalatbari (2016)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Xiang et al., 2021 DOI: 10.1136/eb-mental-2021-300346 Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a systematic review and network meta-analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PubMed, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Embase, Web of Science, PsycINFO, CINAHL, PILOTS, ProQuest Dissertations und Trailregister (2) Persönlicher Kontakt mit Forschenden Suchzeitraum: Bis 12/2020 Einschlusskriterien: - Teilnehmende max. 18 Jahre alt mit Diagnose PTBS (DSM, ICD) oder subklinischer PTBS oder klinische signifikanter PTBS - Vergleich zwischen einer manualisierten oder strukturierten Psychotherapie mit einer anderen Psychotherapie oder Kontrolle Ausschlusskriterien: - Akute Belastungsreaktion - Anpassungsstörung - Kombinierte Therapien - N < 10	Interventionsbedingungen: - Gruppen TF-KVT - Individuelle TF-KVT - Gruppen non-TF-KVT - Individuelle non-TF-KVT - Eltern-only TF-KVT - EMDR - Verhaltenstherapie - CPT - Kognitive Therapie - Psychodynamische Therapie - Spieltherapie - Stressmanagement - Familientherapie - Supportive Therapie Kontrollbedingungen: - Keine Behandlung - TAU - WL	PICO-relevante Zielgrößen: - Wirksamkeit (PTB-Symptome bei Behandlungsende) - PTB-Symptome bei Follow-up - Depressivitätssymptome - Angstsymptome Nicht PICO-relevante Zielgrößen: - Akzeptanz	1. Inkludierte Studien: 56 (davon RCTs: 56) 2. Ergebnisse: Paarweise Metaanalyse Wirksamkeit - Nach der Behandlung: CPT, Kognitive Therapie, Gruppen non-TF-KVT, individuelle TF-KVT, unterstützende Therapie, EMDR und Gruppen TF-KVT waren besser als WL - Bei Follow-up: CPT, Verhaltenstherapie, individuelle TF-KVT und Gruppen TF-KVT waren besser als WL Depressivität - Verhaltenstherapie und individuelle TF-KVT signifikant besser als unterstützende Therapie - CPT, Gruppen TF-KVT und individuelle TF-KVT signifikant besser als WL - EMDR signifikant besser als individuelle TF-KVT - Gruppen TF-KVT und individuelle TF-KVT signifikant besser als TAU Angstsymptome: - Kognitive Therapie signifikant besser als WL - Individuelle TF-KVT signifikant besser als individuelle non-TF-KVT, unterstützende Therapie, TAU und WL	Low quality Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (8) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Aus-schlüsse nicht begründet (11) Finanzierungsquellen nicht berichtet (15) Heterogenität wurde nicht interpretiert/dis-kutiert	Ahmad et al. (2007) Ahmadi et al. (2018) Ahrens & Rexford (2002) Berkowitz et al. (2011) Catani et al. (2009) Chemtob et al. (2002) Chen et al. (2014) de Roos et al. (2011) Diehle et al. (2015) Ehnholt et al. (2005) Ehnholt et al. (2013) Foa et al. (2009) Foa et al. (2013) Giannopoulou et al. (2006) Goenjian et al. (1997) Goenjian et al. (2005) Goenjian et al. (2008) Hensel-Dittmann et al. (2011) Jensen et al. (2013) Jordans et al. (2010) Kataoka et al. (2003) Kenardy et al. (2008) King et al. (2000) Kohli et al. (2015) Lenz & Hollenbaugh (2015) Litz et al. (2016) McMullen et al. (2013) Macehaux et al. (2015) Malekoff (2008) Mohlen et al. (2005)

				Netzwerk Metaanalyse Wirksamkeit (Behandlungsende) • CPT, Verhaltenstherapie, Kognitive Therapie, Gruppen non-TF-KVT, individual TF-KVT and EMDR signifikant besser als alle Kontrollbedingungen (SMDs zwischen-1.40 und-0.46) • CPT, Verhaltenstherapie und individuelle TF-KVT signifikant besser als unterstützende Therapie (SMDs zwischen-1.08 und-0.58) Wirksamkeit (Follow-up) • CPT, Verhaltenstherapie, Stressmanagement, individuelle TF-KVT und EMDR wirksamer als alle Kontrollbedingungen und unterstützende Therapie (SMDs zwischen-2.42 und-0.41, Gruppen TF-KVT wirksamer als alle Kontrollbedingungen (SMDs zwischen-0.82 und-0.2) • CPT, Verhaltenstherapie und Stressmanagement, Gruppen non-TF-KVT, individueller TF-KVT und Gruppen TF-KVT überlegen (SMDs zwischen-1.63 und-0.69)		Nixon et al. (2008) Oras et al. (2004) Pityaratstian et al. (2015) Qouta et al. (2003) Qouta et al. (2012) Rosner et al. (2019) Saltzman et al. (2001) Salloum & Overstreet (2008) Salloum & Overstreet (2012) Schafer et al. (2004) Schauer et al. (2004) Schottelkorb et al. (2012) Shechtman & Mor (2010) Shein-Szydlo et al. (2016) Smith et al. (2007) Stein et al. (2003) Tol et al. (2014) Tol et al. (2008) van Wyk & Schweitzer (2014) Zang et al. (2013) Zhang et al. (2018) Zhou et al. (2014) Yule et al. (2015) Weems et al. (2009) Wolmer et al. (2012) Wolmer et al. (2011)

Primärevidenz

N = 0 inkludierte Studien

PICO 4

Aggregierte Evidenz

N = 0 inkludierte Studien

Primärevidenz

N = 0 inkludierte Studien

PICO 5

Aggregierte Evidenz

N = 4 inkludierte Studien

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
De Haan et al., 2024 DOI: 10.1026/S2352-4642(23)00253-5 Efficacy and moderators of efficacy of cognitive behavioural therapies with a trauma focus in children and adolescents: an individual participant data meta-analysis of randomised trials	Meta-analysis Database: (1) PsycInfo via Ebsco, MEDLINE, Embase via Ovid, Cochrane Central Register of Controlled Trials und INAHL (2) Graue Literatur ClinicalTrials.gov und ISRCTN (3) Preprint Archive: PsyArXiv und bioRxiv (4) Referenzlisten der inkludierten Studien (5) Persönlicher Kontakt zu Autor:innen auf dem Gebiet für unpublizierte Studien (6) Kommunikation über soziale Medien über die geplante Metaanalyse Suchzeitraum: 01/2018 –12/2019 + Studien, die für die NICE Leitlinien identifiziert wurden (bis Januar/2018) Einschlusskriterien: • Randomisierte Interventionsstudien • Englische Sprache	TF-KVT Formen: • Missbrauchs-fokussierte KVT • Traumafokussierte KVT • KVT • Kognitive Therapie • Kognitive behaviorale Schreibtherapie • CPT • NET • PE • Trauma Affektregulation Kontrollbedingungen: • Keine Intervention/ WL • TAU • Pharmakologische Therapie • Individuelle nicht-tf psychosoziale Interventionen • EMDR • Emotional Freedom techniques	Primäre Zielgröße: • PTB-Symptome (Selberbericht) nach Behandlungs-ende Sekundäre Zielgrößen: • PTB-Symptome (Fremdbericht, separat nach Gruppen) • PTB-Symptome (Selbstbericht) zu Follow-up: 1–3, 4–6 Monate, 7–12, 18, 24 Monate) • PTBS-Diagnose • Symptome komorbider Störungen (Depression, Angst-bezogen und externalisierende Probleme)	1. Inkludierte Studien: 25 (davon RCTs: 25) 2. Ergebnisse: Metaanalyse individueller Teilnehmerdaten PTB-Symptome (Behandlungs-ende): • Bei TF-KVTs im Mittel geringer als Kontrollbedingung, wenn für PTB-Symptome vor Behandlungsbeginn kontrolliert wird, $b = -13.17$, 95%-KI $[-17.84, -8.50]$, $p < .001$, $\tau^2 = 103.72$ • Bei 1–3, 4–6- und 7–12 Monats-Follow-up TF-KVTs der Kontrollbedingung überlegen bei Kontrolle der PTB-Symptome vor Behandlungsbeginn • Effekt bleibt stabil bei Kontrolle über Kovariaten (Alter, Geschlecht, Traumatyp, Trauma Vergangenheit, PTB-Symptome, Stärke dysfunktionaler Kognitionen) Angstbezogenen Störungen • TF-KVT vs. Kontrolle: signifikanter Effekt in Richtung TF-KVT • Effekt bleibt stabil bei Kontrolle über Kovariaten	Critically low quality Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (6) Nicht-doppelte Datenextraktion (7) Keine Liste der eingeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (15) Publikationsbias nicht untersucht/diskutiert	Al-Hadeth et al. (2015) Catani et al. (2009) Hitchcock et al. (2022) Dawson et al. (2018) de Roos et al. (2017) Foa et al. (2013) Ford et al. (2012) Gilboa-Schechtman et al. (2010) Goldbeck et al. (2016) Hermenau et al. (2013) Hultmann et al. (2023) Jaberghaderi et al. (2019) Jensen et al. (2014) Kenardy et al. (2010) Diehle et al. (2015) Meiser-Stedman et al. (2017) Murray et al. (2015) Peltonen et al. (2019) Rosner et al. (2019) Rossouw et al. (2016; pilot) Rossouw et al. (2018) Smith et al. (2007) King et al. (2000)

	- Population: Teilnehmende zwischen 6 und 18 Jahren, mit traumatischen Erfahrungen und klinische relevanten Ausmaß an PTB-Symptomen - Verwendung eines TF-KVT Protokolls (in Person oder online) Ausschlusskriterien: - Duplikate - Keine brauchbaren Alterbereichsdaten extrahierbar - Nicht manualisierte TV-KVT - Gruppenformat - Behandlungen mit nur einer Sitzung - Kein Post-treatment Bewertung - Keine standardisierten Messinstrumente für PTB-Symptome - Keine klinisch relevanten Daten zu den PTB-Symptomen extrahierbar - Vergleichsbedingung außerhalb des Protokolls			Depressivität: - TF-KVT vs. Kontrolle: signifikanter Effekt in Richtung TF-KVT - Effekt bleibt stabil bei Kontrolle über Kovariaten Externalisierende Probleme: - Kein signifikanter Effekt gefunden - Keine Veränderung bei Kontrolle der Kovariaten PTB-Symptome (18 Monate und 24 Monate): - Zu wenig Daten, keine Metaanalyse möglich TF-KVT vs. keine Behandlung & TAU: - TF-KVT assoziiert mit geringeren PTB-Symptomen nach der Behandlung - TF-KVT assoziiert mit geringeren externalisierenden Symptomen nach der Behandlung TF-KVT vs. nicht-TF-psychosoziale Interventionen: - Kein Unterschied hinsichtlich PTB-Symptome und externalisierenden Problemen Moderatorenanalyse: - PTB-Symptome für der Behandlung hatten einen moderierenden Effekt auf PTB-Symptome nach der Behandlung		

				• Depressionssymptome vor der Behandlung hatten einen moderierenden Effekt auf Depressionssymptome nach der Behandlung • Externalisierende Probleme vor der Behandlung hatten keinen Effekt auf die externalisierenden Probleme nach der Behandlung Einbezug der Eltern/Bezugspersonen • Kein moderierender Effekt von Einbezug der Eltern/ Bezugspersonen in TF-KVTs bzgl. PTBS ($b = 4.04$, 95% KI $[-4.65, 12.74]$, $p = .36$) und sekundären Outcomes ($b = 1.26$ bis 3.80, alle $p \geq .094$) • Signifikant geringere PTB-Symptome nach TF-KVTs mit und ohne Einbezug der Eltern/ Bezugsperson im Vergleich zu Kontrollbedingungen. Ähnliche Effekte zugunsten von TF-KVTs für sekundäre Zielgrößen, mit Ausnahme externalisierendes Verhalten • Signifikanter Unterschied bzgl. externalisierendem Verhalten nach TF-KVTs mit Einbezug der Eltern/Bezugsperson im Vergleich zu Kontrollbedingungen, aber kein signifikanter Unterschied nach TF-KVTs ohne Einbezug der Eltern/Bezugsperson im Vergleich zu Kontrollbedingungen		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Hoogsteder et al., 2022 DOI: 10.1177/0306624X211010290 A Meta-Analysis of the Effectiveness of EMDR and TF-CBT in Reducing Trauma Symptoms and Externalizing Behavior Problems in Adolescents	Meta-analysis Database: (1) PsychINFO, ERIC, Web of Science und Medline (2) Referenzlisten relevanter Metaanalysen und systematischer Review (3) Referenzlisten und Zitationen der gefundenen Studien (4) Manuelle Suche Suchzeitraum: Bis 04/2019 Einschlusskriterien: • Experimentalbedingung erhielt eine evidenzbasierte TF Behandlung • Teilnehmende zwischen 11 und 21 Jahren alt • RCT • Teilnehmende haben PTB-Symptome oder (subklinische) PTBS und externalisierende Verhaltensprobleme • PTB-Symptome und externalisierende Verhaltensprobleme wurden mit validen Messinstrumenten erhoben • Behandlungsinterven-	Interventionen: • EMDR: $k = 1$ • TF-KVT: $k = 7$ Kontrollbedingungen: • Keine Behandlung: $k = 6$ • TAU: $k = 3$	Zielgröße(n): • PTB-Symptome • Externalisierendes Problemverhalten Moderatorenanalyse Untersuchte Moderatoren: • Zielgröße (PTB-Symptome, Externalisierende Probleme) • Interventionstyp (EMDR, TF-KVT) • Behandlungsintensität (Dauer, Anzahl der Sitzungen) • Gruppenkomponenten (ja/nein) • Involviertheit der Eltern (ja/nein) • Alter und Geschlecht der Adoleszenten • Methodische Charakteristika (Follow-up, Kontrollgruppentyp, Informant, ITT/ CA, Publikationsjahr, Impact Faktor)	1. Inkludierte Studien: acht (davon RCTs: acht) 2. Ergebnisse: Gesamteffekt • Großer signifikanter Gesamteffekt von Traumabehandlung auf PTB-Symptome und externalisierende Probleme ($d = 0.909$, 95%-KI [0.550, 1.268]) • Keine signifikante Differenz zwischen den untersuchten Interventionen (TF-KVT oder EMDR) und TAU Likelihood-Ratio Test • Signifikante Varianz innerhalb der Studien • Signifikante Varianz zwischen Studien Moderatorenanalyse • Traumabehandlung hatte einen größeren Einfluss auf PTB-Symptome ($d = 1.123$) als auf externalisierende Probleme ($d = 0.666$) • Alter des Adoleszenten war ein signifikanter Moderator für den Gesamteffekt (größere Effekt für ältere Patient:innen) • Art der Kontrollgruppe war ein signifikanter Moderator: TF-KVT und EMDR waren zu keiner Behandlung überlegen, aber nicht zu TAU	Critically low quality Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (7) Nicht-doppelte Studien-selektion (8) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (12) Kein angemessenes RoB (11) Finanzierungsquellen nicht berichtet (17) Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet	Cohen et al. (2005) Farkas et al. (2010) Goldbeck et al. (2016) King et al. (2000) McMullen et al. (2013) O'Callaghan et al. (2015) O'Callaghan et al. (2013) Shein-Szydlo et al. (2016)

	tionen wurde mit ausreichender Programmintegrität durchgeführt (nach Einschätzung der Autor:innen) • Studien enthielten ausreichende statistische Daten, um Effektgrößen für diese mehrstufige Metaanalyse berechnen zu können Ausschlusskriterien:-			• Kein signifikanter Unterschied zwischen Behandlung mit und ohne Eltern • Gruppenkomponenten (ja/nein) war kein signifikanter Moderator für den Gesamteffekt		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Gutermann et al., 2016 DOI: 10.1007/s10567-016-0202-5 Psychological Treatments for Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in Children, Adolescents, and Young Adults: A Meta-Analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PubMed, PsycINFO/ Psynex, Web of Science, Cochrane Library, PILOTS (2) Referenzlisten relevanter Metaanalysen und Reviews (3) Kontaktieren von Expert:innen Suchzeitraum: 01/1980–04/2014 Einschlusskriterien: - PTBS-Diagnose - Studien mit Kindern und/oder Jugendlichen bis maximal 25 Jahre - Anwendung einer psychologischen Behandlung zur Reduktion von PTSD-Symptomen (keine nicht-interaktiven Interventionen) - Untersuchung von psychologischen Behandlungen, die mindestens 50 % der Behandlungszeit direkt am Kind oder Jugendlichen angewendet wurden,	Interventionen: - KVT - EMDR - Psychoedukation - Andere traumafokussierte Interventionen - Entspannung/Meditation - Supportive Therapy - Psychodynamische Interventionen - Andere nicht-traumafokussierte Interventionen (z. B. Spieltherapie, Kunsttherapie,...) Kontrollen: - Ohne Möglichkeit auf Behandlung - WL - TAU - Aktive Kontrolle (d. h. unspezifische, nicht-psychotherapeutische Behandlung)	Primäre Zielgröße: - PTB-Symptome Sekundäre Zielgrößen: - Depressionssymptome - Angstsymptome	1. Inkludierte Studien: 135 Studien (davon 62 RCTs) 2. Ergebnisse: Gepoolte prä-post-Effektstärken - Alle untersuchten Interventionen haben die PTB-Symptome signifikant verbessert ($g = 0.52$ bis $g = 1.9$) - Im Prä-Post-Vergleich waren folgende am effektivsten: Meditation/Entspannung ($k = 3$, $g = 1.9$), EMDR ($k = 12$, $g = 1.18$, 95%-KI [0.91, 1.45]) und KVT ($k = 85$, $g = 0.99$, 95%-KI [0.89, 1.08]) (deskriptiv, keine Hypothesentests durchgeführt) - Einzeltherapie ($k = 67$, $g = 1.09$, 95%-KI [0.97, 1.20]) hatte eine höhere Effektstärke als Gruppentherapie ($k = 66$, $g = 0.71$, 95%-KI [0.61, 0.82]) und als die Kombination aus Gruppen- und Einzeltherapie ($k = 11$, $g = 0.81$, 95%-KI [0.54, 1.07]) (deskriptiv, keine Hypothesentests durchgeführt) Intervention vs. nicht-aktive Kontrollen - KVT ($k = 17$, $g = 1.39$, 95%-KI [0.8, 1.69]), EMDR ($k = 4$, $g = 0.38$, 95%-KI [-0.26, 1.01]) und Psychoedukation ($k = 10$, $g = 0.77$, 95%-KI [0.40, 1.15]) sind effektiver als nicht-aktive Kontrollen.	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (6) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (7) Auswahl der Studientypen für Einschluss nicht erläutert (9) Nicht-doppelte Studien Selektion (10) Nicht-doppelte Datenextraktion (11) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (12) Keine detaillierte Beschreibung eingeschlossener Studien (11) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Ahmad et al. (2007) Ahrens & Rexford (2002) Anderson et al. (2010) Baráth (1996) Berger & Gelkopf (2009) Berger et al. (2012) Berger et al. (2007) Berkowitz et al. (2011) Brown & Shapiro (2006) CATS Consortium (2010) Cain et al. (2010) Carrion et al. (2013) Catani et al. (2009) Celano et al. (1996) Chemtob et al. (2002) Cohen et al. (2004) Cohen & Mannarino (1997) Cohen et al. (2011) Cohen et al. (2004) Cohen et al. (2005) Cohen et al. (2007) Coulter (2000) Danielson et al. (2012) Danielson et al. (2010) De Roos et al. (2011) Deblinger et al. (1996) Deblinger et al. (1990) Deblinger et al. (2001) Dietz et al. (2012)

	• Bei Eltern-Kind-Interventionen: Verfügbarkeit quantitativer prä-post-Messungen der PTB-Symptome (und Depressions- sowie Angstsymptomen) • Bei Studien, die passive und aktive Kontrollgruppen (keine psychologische Intervention) hatten, wurde die aktive Kontrollgruppe gewählt Ausschlusskriterien: • Einzelfallstudie oder weniger als acht Patienten • Die Stichprobe überlappt mit der anderer eingeschlossener Studien • Nicht genügend Daten, die verwendet werden konnten • Volltext war nicht zugänglich			• Andere traumafokussierte Interventionen, Supportive Therapy und andere nicht-traumafokussierte Interventionen sind nicht signifikant besser als nicht-aktive Kontrollen • Einzeltherapie ($k = 12$, $g = 1.05$, 95%-KI [0.64, 1.45]), Gruppentherapie ($k = 26$, $g = 0.77$, 95%-KI [0.52, 1.03]) und die Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie ($k = 4$, $g = 1.26$, 95%-KI [0.62, 1.91]) sind signifikant besser als nicht-aktive Kontrollen Intervention vs. aktive Kontrollen • KVT ($k = 21$, $g = 0.52$, 95%-KI [0.40, 0.63]) und EMDR ($k = 3$, $g = 0.72$, 95%-KI [0.31, 1.13]) sind effektiver als aktive Kontrollen • Andere nicht-traumafokussierte Interventionen sind nicht effektiver als aktive Kontrollen ($k = 3$, $g = 0.06$, 95%-KI [-0.25, 0.38]) • Einzel- ($k = 22$, $g = 0.48$, 95%-KI [0.35, 0.61]) und Gruppentherapien ($k = 8$, $g = 0.40$, 95%-KI [0.19, 0.62]) sind effektiver als nicht-aktive Kontrollen Subgruppenanalyse: RCTs • Bei KVT ($k = 34$, $g = 0.79$, 95%-KI [0.62, 0.96]), EMDR ($k = 7$, $g = 0.20$, 95%-KI [0.09, 0.89]) und Psychoedukation ($k = 9$, $g = 0.56$, 95%-KI [0.27, 0.85]) verbesserte sich die Symptomatik signifikant	Entholt et al. (2005) Ellis et al. (2013) Ertl et al. (2011) Farkas et al. (2010) Foa et al. (2013) Ford et al. (2012) Gelkopf & Berger (2009) Giannopoulou et al. (2006) Gilboa-Schechtman et al. (2010) Glodich (2000) Goenjian et al. (1997) Gordon et al. (2004) Gordon et al. (2008) Grefe (2012) Gupta & Zimmer (2008) Habigzang et al. (2013) Habigzang et al. (2009) Hamama et al. (2011) Hartman (2011) Hsu (2003) Jaberghaderi et al. (2004) Jarero et al. (2008) Jaycox et al. (2010) Jaycox et al. (2009) Jensen et al. (2013) Jordans et al. (2010) Kataoka et al. (2003) Kazak et al. (2004) Kemp et al. (2014) Kemp et al. (2010) King et al. (2000) Kjellgren et al. (2013) Kolko et al. (2003)

				• Bei anderen traumafokussierten Therapien ($k = 5$, $g = 0.19$, 95%-KI [-0.22, 0.60]) und Supportive Therapy ($k = 3$, $g = 0.22$, 95%-KI [-0.28, 0.72]) war keine signifikante Veränderung zu beobachten • Einzeltherapie ($k = 34$, $g = 0.64$, 95%-KI [0.46, 0.82]), Gruppentherapie ($k = 24$, $g = 0.64$, 95%-KI [0.44, 0.84]) und die Kombination aus Gruppen- und Einzeltherapie ($k = 4$, $g = 0.76$, 95%-KI [0.26, 1.26]) verbesserten die Symptomatik signifikant • Für weitere Subgruppenanalysen (Traumatyp, PTBS klinisch vs. subklinisch siehe Publikation) Subgruppenanalyse: Caretaker • Studien, in denen Caretaker in die Behandlung einbezogen wurden zeigten signifikant größere Effektstärken als Studien, in denen die Interventionen ausschließlich mit den Kindern/Jugendlichen durchgeführt wurden (within-group; pooled analysis) Angst- und Depressionssymptome • Prä-Post über alle Studien hinweg: moderater Effekt für Depressions- ($g = 0.62$, 95%-KI [0.55, 0.69]) und für Angstsymptome ($g = 0.64$, 95%-KI [0.56, 0.73]) • Vergleich mit nicht-aktiven Kontrollen: moderater Effekt für Depressions- ($g = 0.60$, 95%-KI	Kolko et al. (2011) Krakow et al. (2001) Lange & Ruwa (2010) Lange-Nielsen et al. (2012) Layne et al. (2001) Layne et al. (2008) Lesmana et al. (2009) Linning (2007) Lyshak-Stelzer et al. (2007) Lytle et al. (2002) Matulis et al. (2014) McClatchey et al. (2009) McCullough (2012) McMullen et al. (2013) Misurell et al. (2013) Misurell et al. (2011) Möhlen et al. (2005) Nilsson & Wadsby (2010) Nolan et al. (2002) Odell (2010) Oras et al. (2004) Ormhaug et al. (2014) Overbeek et al. (2013) O'Callaghan et al. (2013) Paul O'Callaghan et al. (2013) Pfeffer et al. (2002) Pifalo (2002) Pifalo (2006) Pityaratstian et al. (2007) Pityaratstian et al. (2014)

				[0.41, 0.79]) und für Angstsymptome ($g = 0.67$, 95%-KI [0.45, 0.89]) • Vergleich mit aktiven Kontrollen: kleiner Effekt für Depressions- ($g = 0.37$, 95%-KI [0.27, 0.46]) und für Angstsymptome ($g = 0.42$, 95%-KI [0.29, 0.55]) • RCTs: moderater Effekt für Depressions- ($g = 0.46$, 95%-KI [0.34, 0.59]) und für Angstsymptome ($g = 0.50$, 95%-KI [0.36, 0.65])		Qouta et al. (2012) Raider et al. (2008) Reyes & Asbrand (2005) Reyes et al. (1996) Ribchester et al. (2010) Rivera (2008) Ronan & Johnston (1999) Ronholt et al. (2013) Rosenberg et al. (2011) Ruf et al. (2010) Runyon et al. (2010) Runyon et al. (2009) Sakai et al. (2010) Salloum (2008) Salloum et al. (2001) Salloum & Overstreet (2008) Salloum & Overstreet (2012) Schauer (2008) Scheck et al. (1998) Scheeringa & Weems (2014) Scheeringa et al. (2011) Schottelkorb et al. (2012) Shechtman & Mor (2010) Shooshtary et al. (2008) Simmer-Dvonch (1999) Sinclair et al. (1995) Smith et al. (2007)

						Soberman (1999) Springer et al. (2012) Stallard et al. (2006) Staples et al. (2011) Stein et al. (2003) Taussig & Culhane (2010) Thabet et al. (2005) Tol et al. (2008) Tol et al. (2014) Tol et al. (2012) Tourigny & Hebert (2007) Tourigny et al. (2005) Trowell et al. (2002) Truppi (2001) Vandervord Nixon et al. (2012) Wolmer et al. (2011) Wolmer et al. (2003) Zehnder, Meuli, & Landolt (2010)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Szota et al., 2023 DOI: 10.1007/s10567-022-00415-2 Interventions Involving Caregivers for Children and Adolescents Following Traumatic Events: A Systematic Review and Meta-Analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PubMed, PsycINFO, ERIC, COCHRANE, PSYNDDEX (2) Referenzlisten aktueller Reviews Suchzeitraum 01/1980–06/2021 Einschlusskriterien: • Kinder und Jugendliche bis 21 Jahre • Diagnose einer Anpassungsstörung, (K)PTBS oder andere psychische Störung nach DSM oder ICD aufgrund eines traumatischen Erlebnisses • Operationalisierung von Symptomen mit evaluierten klinischen Interviews, Selbstbewertungsinstrumenten oder extern bewerteten Erhebungsinstrumenten • Teilnahme an einer psychotherapeutischen oder psychologischen Intervention, die den Einbezug von	Interventionen: • Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (KVT; $k = 17$, wovon $k = 14$ TF-KVT nach Cohen et al. (2016)) • KVT ($k = 4$) • Misshandlungs-spezifische KVT ($k = 3$) • Bounce Back Intervention ($k = 2$) • Risikoreduktion durch Familientherapie ($k = 2$) Kontrollbedingungen: • Aktive Behandlung ($k = 15$), insb. EMDR ($k = 3$), Kind KVT ($k = 2$), Kindzentrierte Therapie ($k = 2$), TF-KVT nach Cohen et al. (2016; $k = 2$) • Passive Intervention ($k = 13$) • Warteliste ($k = 9$)	• PTB-Symptome • Depressivität • Angstsymptome • Externalisierende Verhaltensstörungen • Internalisierende Symptome • Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) • Verhaltensprobleme	1. Inkludierte Studien: 44 Studien 2. Ergebnisse: PTB-Symptome: • Psychotherapeutische Interventionen mit Einbezug der Eltern oder Bezugspersonen zum Ende der Intervention signifikant effektiver als passive und aktive Kontrollbedingungen ($k = 28$): $g = -0.34$, 95%-KI [-0.53,-0.14] • Statistisch Heterogenität: $I^2 = 70\%$ Depressivität: • Psychotherapeutische Interventionen mit Einbezug der Eltern oder Bezugspersonen zum Ende der Intervention signifikant effektiver als passive und aktive Kontrollbedingungen ($k = 22$): $g = -0.29$, 95%-KI [-0.46,-0.11] • Statistisch signifikante moderate Heterogenität: $I^2 = 52\%$ Angstsymptome: • Psychotherapeutische Interventionen mit Einbezug der Eltern oder Bezugspersonen zum Ende der Intervention signifikant effektiver als passive und aktive Kontrollbedingungen ($k = 14$): $g = -0.25$, 95%-KI [-0.42,-0.08] • Nicht statistisch signifikante niedrige Heterogenität: $I^2 = 18\%$	Low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (6) Nicht-doppelte Datenextraktion (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Aas et al. (2019) Berkowitz et al. (2011) Cohen & Mannarino (1996) Cohen & Mannarino (1997) Cohen & Mannarino (1998) Cohen et al. (2004) Cohen et al. (2011) Cohen et al. (2005) Danielson et al. (2020) Danielson et al. (2012) Dawson et al. (2018) Deblinger et al. (1996) Deblinger et al. (2011) Deblinger et al. (2006) Deblinger et al. (1999) Diehle et al. (2015) Dorsey et al. (2020) Goldbeck et al. (2016) Hitchcock et al. (2022) Jaberghaderi et al. (2019) Jaycox et al. (2010) Jensen et al. (2014) Jouriles et al. (2001) Kassam-Adams et al. (2011) Kataoka et al. (2003) King et al. (2000) Kolko (1996) Konanur et al. (2015)

	Bezugspersonen beinhaltet • Vergleich der Intervention mit einer Kontrollbedingung mit oder ohne Einbezug der Bezugsperson • Evaluiertes Ergebnismaß, das die Wirksamkeit der Intervention als diagnostischen Status, Symptomschweregrad oder Funktionsniveau der Teilnehmer operationalisiert • Mind. ein Prä- und ein Post-Assessment • RCT, quasi-randomisierte kontrollierte Studie, Wirksamkeitsstudie Ausschlusskriterien: • Einzelfall-, Fallkontroll- und Kohortenstudien • Dissertationen • Nicht in englischer oder deutscher Sprache			Externalisierende Verhaltensstörungen • Psychotherapeutische Interventionen mit Einbezug der Eltern oder Bezugspersonen zum Ende der Intervention nicht signifikant effektiver als passive und aktive Kontrollbedingungen ($k = 7$): $g = -0.04$, 95%-KI $[-0.56, 0.47]$ • Statistisch signifikante Heterogenität: $I^2 = 85\%$		Langley et al. (2015) Love & Fox (2019) Mannarino et al. (2012) Meiser-Stedman et al. (2017) Murray et al. (2015) Nixon et al. (2012) Nixon et al. (2017) O'Callaghan et al. (2013) Overbeek et al. (2013) Roos et al. (2011) Salloum et al. (2016) Santiago et al. (2018) Scheeringa et al. (2011) Schottelkorb et al. (2012) Swart & Apsche (2014) Tutus et al. (2017)

Primärevidenz

N = 0 inkludierte Studien

PICO 6

Aggregierte Evidenz

N = 2 inkludierte Studien

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Hoogsteder et al., 2022 DOI: 10.1177/0306624X211010290 A Meta-Analysis of the Effectiveness of EMDR and TF-CBT in Reducing Trauma Symptoms and Externalizing Behavior Problems in Adolescents	Meta-analysis Database: (1) PsychINFO, ERIC, Web of Science und Medline (2) Referenzlisten relevanter Metaanalysen und systematischer Review (3) Referenzlisten und Zitationen der gefundenen Studien (4) Manuelle Suche Suchzeitraum: Bis 04/2019 Einschlusskriterien: • Experimentalbedingung erhielt eine evidenzbasierte TF-Behandlung • Teilnehmende zwischen 11 und 21 Jahren alt • RCT • Teilnehmende haben PTB-Symptome oder (subklinische) PTBS und externalisierende Verhaltensprobleme • PTB-Symptome und externalisierende Verhaltensprobleme wurden mit validen Messinstrumenten erhoben • Behandlungsinterventionen wurde mit aus-	Interventionen: • EMDR: $k = 1$ • TF-KVT: $k = 7$ Kontrollbedingungen: • Keine Behandlung: $k = 6$ • TAU: $k = 3$	Zielgröße(n): • PTB-Symptome • Externalisierendes Problemverhalten Moderatorenanalyse Untersuchte Moderatoren: • Zielgröße (PTB-Symptome, Externalisierende Probleme) • Interventionstyp (EMDR, TF-KVT) • Behandlungsintensität (Dauer, Anzahl der Sitzungen) • Gruppenkomponenten (ja/nein) • Involviertheit der Eltern (ja/nein) • Alter und Geschlecht der Adoleszenten • Methodische Charakteristika (Follow-up, Kontrollgruppentyp, Informant, ITT/ CA, Publikationsjahr, Impact Faktor)	1. Inkludierte Studien: acht (davon RCTs: acht) 2. Ergebnisse: Gesamteffekt • Großer signifikanter Gesamteffekt von Traumabehandlung auf PTB-Symptome und externalisierende Probleme ($d = 0.909$, 95%-KI [0.550, 1.268]) • Keine signifikante Differenz zwischen den untersuchten Interventionen (TF-KVT oder EMDR) und TAU Likelihood-Ratio Test • Signifikante Varianz innerhalb der Studien • Signifikante Varianz zwischen Studien Moderatorenanalyse • Traumabehandlung hatte einen größeren Einfluss auf PTB-Symptome ($d = 1.123$) als auf externalisierende Probleme ($d = 0.666$) • Alter des Adoleszenten war ein signifikanter Moderator für den Gesamteffekt (größere Effekt für ältere Patient:innen) • Art der Kontrollgruppe war ein signifikanter Moderator: TF-KVT und EMDR waren zu keiner Behandlung überlegen, aber nicht zu TAU • Kein signifikanter Unterschied zwischen Behandlung mit und	Critically low quality Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (5) Nicht-doppelte Studien-selektion (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (9) Kein angemessenes RoB (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (12) Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet	Cohen et al. (2005) Farkas et al. (2010) Goldbeck et al. (2016) King et al. (2000) McMullen et al. (2013) O'Callaghan et al. (2015) O'Callaghan et al. (2013) Shein-Szydlo et al. (2016)

	reichender Program- mintegrität durchge- führt (nach Einschät- zung der Autor:innen) • Studien enthielten aus- reichende statistische Daten, um Effektgrö- ßen für diese mehrstu- fige Metaanalyse be- rechnen zu können Ausschlusskriterien:-			ohne Eltern • Gruppenkomponenten (ja/ nein) war kein signifikanter Moderator für den Gesamtef- fekt		

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Xie et al., 2024 DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2023.11.012 The efficacy and acceptability of group trauma-focused cognitive behavior therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PubMed, EMBASE, Cochrane, Web of Science, PsycINFO, CINAHL, ProQuest Dissertations, LILACS und internationale Trial Registers Suchzeitraum: Bis 04/2022 Einschluss: • RCTs • Kinder und Jugendliche (Alter ≤ 18 Jahre) mit PTB-Symptomen • Gruppentherapie TF-KVT durchgeführt nach einem festgelegten Manual • ≥ 10 Teilnehmende • Kontrollgruppe: TAU, Warteliste oder keine Behandlung Ausschluss: • Stichprobe besteht aus Polizeibeamten, Rettungssanitätern, Feuerwehrleuten, Flüchtlingen, Militärpersonal oder Veteranen	Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie in der Gruppe Verglichen mit TAU, Warteliste oder keiner Behandlung	• PTB-Symptome • Akzeptanz (Drop-out) • Depressionssymptome • Angstsymptome • Lebensqualität/ Funktionsniveau	1. Inkludierte Studien: 11 RCTs 2. Ergebnisse: • Überlegenheit von TF-KVT in der Gruppe im Vergleich mit Kontrollgruppe hinsichtlich der Reduktion von PTB-Symptomen: $SMD = -0.43$, 95%-KI $[-0.65, -0.22]$, $I^2 = 75\%$, $n = 11$ Studien • Kein signifikanter Unterschied hinsichtlich Akzeptanz: $OR = 1.55$, 95%-KI $[0.36, 6.62]$, $I^2 = 74\%$, $n = 11$ Studien TF-KVT in der Gruppe im Vergleich mit Kontrolle hinsichtlich sekundärer Outcomes • PTB-Symptome zum Follow-Up: $SMD = -0.33$, 95%-KI $[-0.52, -0.13]$, $I^2 = 64\%$, $n = 9$ Studien • Depressionssymptome: $SMD = -0.29$, 95%-KI $[-0.49, -0.09]$, $I^2 = 54\%$, $n = 8$ Studien • Angstsymptome: $SMD = -0.12$, 95%-KI $[-0.27, 0.04]$, $I^2 = 0\%$, $n = 4$ Studien • Lebensqualität/ Funktionsniveau: $SMD = -0.03$, 95%-KI $[-0.49, 0.42]$, $I^2 = 87\%$, $n = 3$ Studien Subgruppenanalysen:	Critically low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/ nicht auf Abweichung eingegangen (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (12) Potenzieller Einfluss des RoB auf einzelne Studien nicht bewertet (13) RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert (14) Finanzierungsquellen nicht berichtet (16) Interessenskonflikte nicht angegeben	Ahmadi et al. (2018) Mahmoudi-Gharaei et al. (2009) Ooi et al. (2016) Pfeiffer et al. (2018) Pityaratstian et al. (2014) Santiago et al. (2018) Stein et al. (2003) Tol et al. (2008) Tol et al. (2014) Dorsey et al. (2020) Langley et al. (2015)

	• Niedrige Studienqualität • Artikel vor 1980 veröffentlicht			• Patient:innen mit PTB-Symptomen profitierten mehr von der Therapie, als solche mit (sub-) klinischer PTBS • Patient:innen mit Komorbiditäten profitieren mehr, als solche ohne • Kein signifikanter Unterschied in Abhängigkeit von der Art des Traumas, der Behandlungsdauer, dem Anteil der weiblichen Patienten oder der Altersgruppe <i>Anm.:</i> negative (positive) SMD spricht für die Psychologische Intervention (Vergleichsgruppe) des jeweiligen Vergleichs		

Primärevidenz

N = 0 inkludierte Studien

Allgemeine Behandlungsprinzipien

PICO 1

Aggregierte Evidenz

N = 2 inkludierte Studien

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Gehring et al., 2020 DOI: 10.1186/s12875-020-01244-4 Psychological interventions for posttraumatic stress disorder involving primary care physicians: systematic review and Meta-analysis of randomized controlled trials	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Medline, Embase, PsycINFO, the Cochrane Central Register of Controlled trials, CINAHL (2) Online verfügbare Konferenzberichte und Literaturverzeichnisse der eingeschlossenen Studien und relevanter Reviews (3) International Clinical Trials Registry Platform Suchzeitraum: Bis 11/2016 (Update: bis 02/2019) Einschlusskriterien: - Cluster- und individuelle RCTs - Psychologische Interventionen zur Reduktion von PTB-Symptomen (geeignet: KVT, NET, EMDR, weitere Therapien wie IPT, Schreibtherapie, ...)	- Stepped Enhancement of PTSD Services Using Primary Care (STEP S-UP) vs. usual care - Delivery of Self Training and Education for Stressful Situations-Primary Care version (DESTRESS-PC) vs. usual care durch Hausärzt:in (geschult für PTBS-Identifikation und Behandlung,...) - Coordinated anxiety learning and management (CALM) vs. usual care und auf Wunsch Weiterleitung an mental health Spezialist:in - Prolonged Exposure for Primary Care (PE-PC) vs. wöchentlicher Telefonkontakt und die Möglichkeit, die Intervention nach sechs Wochen ebenfalls zu erhalten	PTB-Symptome	1. Inkludierte Studien: Vier RCTs (Drei in Metaanalyse eingeschlossen) 2. Ergebnisse: Drei RCTs: 0-6 Monate Psychologische Interventionen unter Einbezug von Hausärzt:innen zeigte kleine bis keine Auswirkungen auf die PTB-Symptome sechs 0-6 Monate nach der Intervention, $SMD = -0.1$, 95%-KI [-0.24, 0.04] Zwei RCTs: 12-18 Monate Psychologische Interventionen in der Primärversorgung könnten PTB-Symptome langfristig (12-18 Monate) verbessern, $SMD = -0.23$, 95%-KI [-0.38, -0.08]	Low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (10) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet	Engel et al. (2016) Engel et al. (2015) Craske et al. (2011) Nicht in Metaanalyse eingeschlossen: Cigrang et al. (2017)

	• Erwachsene ab 18 Jahren mit einer PTBS-Diagnose (nach DSM-IV, DSM-5 oder ICD-10) oder klinisch relevanten PTB-Symptomen, bestimmt durch validierte Instrumente • Therapeutische Umsetzung durch Hausärzte oder nicht-ärztliche primäre Gesundheitsversorger (unter Einbindung des Hausarztes) • Kontrollgruppen: Können aktive Interventionen wie Case Management oder kooperative Versorgung enthalten, jedoch ohne die oben genannten psychologischen Interventionen Ausschlusskriterien: • Interventionen, die nur Case Management oder andere Dienstleistungsmodelle (wie kooperative Versorgung) ohne die aufgeführten psychologischen Interventionen beinhalten					

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Schleyer et al., 2022 DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2022.03.010 Group therapy in primary care settings for the treatment of posttraumatic stress disorder: A systematic literature review	Systematic Review Database: (1) Scholar, PubMed, PsycInfo, CINAHL, and Cochran Review Suchzeitraum: bis 02/2022 Einschlusskriterien: • Patient:innen in der Primärversorgung mit Traumasymptomen • Patient:innen nahmen an einer Traumagruppentherapie teil. Ausschlusskriterien • Traumagruppentherapie und Ergebnisse wurden nicht beschrieben • Die Traumagruppentherapie fokussierte nicht auf Primärversorgungspatienten • Studien ohne Traumagruppentherapie für Primärversorgungspatienten	Empson et al. (2017): Seeking Safety Group Therapy (Pilotstudie) Katz et al. (2020): Brief Warrior Renew Group Therapy (Pragmatische Studie) Krupnick et al. (2008): IPT vs. Warteliste (RCT) Possemato et al. (2016): Primary Care Brief Mindfulness Training vs. TAU (RCT)	PTB-Symptome	1. Inkludierte Studien: Vier (darunter zwei RCT) 2. Ergebnisse: Empson et al. (2017): PTB-Symptome reduzierten sich vom Prä- zum Postzeitpunkt Katz et al. (2020): Patient:innen, die die Gruppentherapie abschlossen, zeigten eine signifikante Reduktion der PTB-Symptome sowie der Depressions- und Angstsymptome und des negativen Denkens Krupnick et al. (2008): Die IPT-Gruppe hatte einen signifikanten Rückgang der PTB-Symptome sowie der Depressionssymptome und eine Verbesserung der Interpersonellen Fähigkeiten zum Postzeitpunkt und zum vier-Monate-Follow-up Possemato et al. (2016): Signifikanter Rückgang der PTB-Symptome in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe, die noch zum acht-Wochen-Follow-up anhielten	Critically low quality Systematic Review Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (1) Keine PICO-Komponenten (2) Review-Methoden vor Durchführung nicht explizit festgelegt/nicht auf Abweichung eingegangen (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Ausschlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet (13) RoB wurde nicht interpretiert/diskutiert (14) Heterogenität wurde nicht interpretiert/diskutiert	Empson et al. (2017) Katz et al. (2020) Krupnick et al. (2008) Possemato et al. (2016)

Primärevidenz

N = 0 inkludierte Studien

PICO 2

Aggregierte Evidenz

N = 0 inkludierte Studien

Primärevidenz

N = 0 inkludierte Studien

PICO 3

Aggregierte Evidenz

N = 0 inkludierte Studien

Primärevidenz

N = 0 inkludierte Studien

PICO 4

Aggregierte Evidenz

N = 1 inkludierte Studien

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Micklitz et al., 2024 DOI: 10.1177/15248380231169481 Efficacy of Psychosocial Interventions for Survivors of Intimate Partner Violence: A Systematic Review and Meta-Analysis	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) PsycINFO, Medline, Embase und Cochrane Central Register of Controlled Trials (2) Referenzliste der inkludierten Studien (3) Studienregistrierungen und Protokolle Suchzeitraum: Bis 03/2022 (Update 08/2022) Einschlusskriterien: - Teilnehmende haben häusliche Gewalt erlebt (Einzelperson oder Paar); Täter:innen waren nicht teilnahmeberechtigt - Psychosoziale Interventionen, die sich an häusliche Gewalt und psychische Gesundheit richten oder an die psychosozialen Folgen von Überlebenden häuslicher Gewalt - Kontrollgruppe: keine	k = 29 Advocacy-Interventionen k = 27 psychologische Interventionen k = 24 integrative Interventionen Für die Metaanalyse: nur inaktive Kontrollgruppe berücksichtigt - Keine Behandlung - WL - TAU - Placebo	PICO-relevant: - PTBS - Häusliche Gewalt - Depressivität - Lebensqualität Nicht PICO-relevant: - Sicherheitsbezogene Verhaltensweisen - Soziale Unterstützung - Selbstwirksamkeit - Selbstwertgefühl - Alkoholgebrauch - Angstsymptome - Entscheidungskonflikt - Empowerment	1. Inkludierte Studien: 80 im systematischen Review, 40 in der Metaanalyse (davon RCTs: 80) 2. Ergebnisse: PTBS: - Kleiner signifikanter Gesamteffekt zugunsten psychosozialer Interventionen verglichen mit Kontrollbedingungen ($SMD = -0.15$, 95%-KI $[-0.29, -0.01]$, $p = .04$) - Subgruppenanalyse: kleiner, signifikanter Effekt für integrative Interventionen ($SMD = -0.30$, 95%-KI $[-0.57, -0.03]$, $p = .003$), kein signifikanter Effekt für advocacy ($SMD = 0.01$, 95%-KI $[-0.09, 0.11]$, $p = .85$) und psychosozialer Interventionen ($SMD = -0.31$, 95%-KI $[-0.71, 0.09]$, $p = .12$) Häusliche Gewalt - Kein signifikanter Gesamteffekt der psychosozialen Interventionen in der Reduktion von häuslicher Gewalt verglichen mit der Kontrollgruppe ($SMD = -0.02$, 95%-KI $[-0.09, 0.06]$, $p = .70$)	Low quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (7) Keine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt/ Aus-schlüsse nicht begründet (10) Finanzierungsquellen nicht berichtet	In Metaanalyse inkludiert: Alamshahi et al. (2020) Andersson et al. (2021) Bahadir-Yilmaz et al. (2018) Bradley et al. (2011) Choi et al. (2018) Choo et al. (2016) Constantino et al. (2005) Constantino et al. (2015) Decker et al. (2020) Engebakken-Flaathen et al. (2022) Ford-Gilboe et al. (2020) Franzblau et al. (2008) Galano et al. (2017) Gallegos et al. (2020) Ghahari et al. (2017) Gilbert et al. (2006) Glass et al. (2017) Glass et al. (2021) Gupta et al. (2017) Hegarty et al. (2019) Iverson et al. (2021) Johnson et al. (2011) Johnson et al. (2016)

	Behandlung, Warteliste, Placebo, TAU oder andere Behandlung • Ergebnisse: quantitative Messungen im Zusammenhang mit IPV, psychischer Gesundheit, psychosozialem Wohlbefinden, Zufriedenheit mit oder Akzeptanz der Behandlung oder Therapie-treue • RCT • Publiziert in einem peer-reviewed Journal Ausschlusskriterien: • Interventionen, die ausschließlich auf Prävention dienen, auf Gatekeeper (z. B. Hausärzt:innen, Lehrkräfte) abzielen oder auf Risikofaktoren, wirtschaftliches Wohlergehen, körperliche Sicherheit oder körperliche Symptome			• Signifikante Subgruppenanalyse für theoretischen Ansatz: kleiner Effekt für psychologische ($SMD = -0.29$, 95%-KI $[-0.54, -0.03]$, $p = .03$) und integrative Interventionen ($SMD = -0.23$, 95%-KI $[-0.40, -0.07]$, $p = .006$) hinsichtlich der Reduktion häuslicher Gewalt, kein Effekt für Advocacy-Interventionen Depressivität: • Kleiner signifikanter Gesamteffekt ($SMD = -0.15$ [95%-KI $[-0.25, -0.04]$, $p = .006$]) • Signifikanter Gruppenunterschied hinsichtlich Behandlungsintensität: Hohe Intensität geht mit größerer Symptomreduktion einher Lebensqualität: • Signifikanter, kleiner Effekt ($SMD = 0.14$, 95%-KI $[0.03, 0.26]$, $p = .02$) hinsichtlich der Steigerung der Lebensqualität		Kaslow et al. (2010) Koziol-McLain et al. (2018) Kubany et al. (2003) Kubany et al. (2004) McFarlane et al. (2002) McFarlane et al. (2006) Moreira et al. (2020) Murray et al. (2020) Noor-mohamadi et al. (2021) Rhodes et al. (2015) Saftlas et al. (2014) Seyyedadooh Abad et al. (2021) Stevens et al. (2015) Sullivan et al. (1992) Tiwari et al. (2010) Zlotnick et al. (2011) Zlotnick et al. (2019)

Primärevidenz

N = 0 inkludierte Studien

PICO 5

Aggregierte Evidenz

N = 1 inkludierte Studien

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Methodische Bemerkungen / Evidenzklasse	Literaturbelege / eingeschlossene Publikationen
Kalra et al., 2021 DOI: 10.1002/14651858.CD012423.pub2 Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women (Review)	Systematic Review & Meta-analysis Database: (1) Cochrane Register of Studies Online (CENTRAL), MEDLINE Ovid, MEDLINE In-Process & Other Non-Indexed Citations Ovid, MEDLINE Epub Ahead of Print Ovid, Embase Ovid, ERIC EBSCOhost, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, PsycINFO Ovid, Cochrane Database of Systematic Reviews, Popline, Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), African Index Medicus (AIM), WorldHealthOrganization Library and Information-Networks for Knowledge (WHOLIS), WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP), ClinicalTrials.gov (2) Referenzliste relevanter systematischer Reviews und der inkludierten Studien	Experimentalbedingung: - Nur wenige Studien lieferten umfassende Details zu den Inhalten der IPV-Schulungen, wobei erhebliche Unterschiede zwischen den Studien festgestellt wurden - Die Zeitrahmen der IPV-Schulungen reichten von 15-minütigen, kurzen Aufklärungssitzungen bis hin zu drei Tagen intensiver IPV-Schulungen mit Klinik-Follow-Up-Besuchen durch Ausbilder:innen, um die Praxisfähigkeiten zu unterstützen; mehr als die Hälfte der einbezogenen Studien boten maximal zwei Stunden IPV-Training an - Methoden der IPV-Schulung als Teil der Intervention sehr heterogen Kontrollbedingungen: - Keine Behandlung, Warteliste oder Placebo ($k = 12$) - TAU ($k = 3$) - Teilkomponente der	Primäre Zielgrößen: - Einstellungen oder Überzeugungen zu IPV - Bereitschaft, mit Überlebenden von IPV umzugehen/auf sie zu reagieren - Wissen über IPV - Überweisungen Sekundäre Zielgrößen: - Dokumentation oder Identifizierung von Partnergewalt - Psychische Gesundheit von Frauen, die IPV überlebt haben	1. Inkludierte Studien: 19 RCTs inkludiert in Review; sieben RCTs inkludiert in Metaanalyse 2. Ergebnisse: Erkennung von Traumafolgestörungen: - Haist et al. (2007; $n = 27$) und Gürkan et al. (2017; $n = 190$) finden keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen in (1) der Identifizierung von standardisierten Patient:innen, die mit Fallbeispielen vorgestellt wurden, die darauf hindeuten, dass sie IPV erlebt haben bzw. (2) richtigen Antworten auf Fragen bzgl. Diagnose und klinische Reaktion auf IPV - Lo Fo Wong et al. (2006): HCPs in Interventionsgruppe identifizierten Patient:innen/ Überlebende von IPV mehr als viermal so häufig wie die Kontrollgruppe ($RR = 4.54$, 95%-KI [2.5, 8.09]; $p < .001$; $n = 54$) Vermittlung in soziale Einrichtungen: - Short et al. (2006b): Untersuchung einer mind. vierstündigen Online-IPV-Schulung ($n =$	High Quality Systematic Review & Meta-analysis Nicht-erfüllte AMSTAR-Kriterien: (12) Potentieller Einfluss des RoB einzelner Studien nicht bewertet	Ayaba-Apawu (2016) Brienza et al. (2005) Coonrod et al. (2000) Cutshall (2019) Danley et al. (2004) Edwardsen et al. (2006) Gupta et al. (2017) Gürkan et al. (2017) Haist et al. (2007) Harris et al. (2002) Hegarty et al. (2013) Hsieh et al. (2006) Lo Fo Wong et al. (2006) Mauch (1982) Moskovic et al. (2008) Ragland (1989) Sharps et al. (2016) Short & Hooker (2006b) Vakily et al. (2017)

	(3) Folgende Webseiten: World Bank, Violence Prevention, International Council of Nurses, Centers for Disease Control and Prevention, Centre for Public Health (4) Persönliche Kommunikation mit Autor:innen inkludierter Studien und anderen Expert:innen Suchzeitraum: Bis 06/2020 Einschlusskriterien: • RCTs und Quasi-RCTs • Alle „Healthcare Providers“ (HCP) und HCP-Student:innen in allen Bereichen des Gesundheitswesens, die direkt Gesundheitsdienstleistungen erbringen • Jedes strukturierte (berufsbegleitende) Fortbildungsprogramm, dessen zentrale Komponente darauf abzielt, die Fähigkeit von HCPs zu verbessern, interpersonelle Gewalt (IPV) gegen Frauen ab 16 Jahren zu erkennen und darauf zu reagieren • Vergleichsgruppe erhält kein Training, Warteliste, Placebo, TAU	Multikomponenten-Intervention im Interventionsarm ($k = 4$)		44 HCPs) im Vergleich zu keiner Schulung ($n = 37$ HCPs); weder sechs noch 12 Monate nach der Intervention signifikante Ergebnisse bzgl. Überweisungsaktivitäten Verhinderung von weiteren Gewalttaten/ erneute Traumatisierung: • Haist et al. (2007; $n = 27$): Teilnehmer:innen der Interventionsgruppe waren eher in der Lage, in ihren Interaktionen mit standardisierten Patient:innen eine erfolgreiche Sicherheitsplanung durchzuführen ($p = .04$) ($OR = 4.44$, 95%-KI [1.04, 19.0]) • Short et al. (2006b): Untersuchung einer mind. vierstündigen Online-IPV-Schulung ($n = 44$ HCPs) im Vergleich zu keiner Schulung ($n = 37$ HCPs); sechs und 12 Monate nach der Intervention keinen oder kleinen Effekt bzgl. Sicherheitsplanung		

	oder eine Teilkomponente der Multikomponenten-Intervention im Interventionsarm • Für Einschlusskriterien zu Outcomes siehe Publikation, da an dieser Stelle zu umfangreich Ausschlusskriterien: • HCPs, die nicht unmittelbar in der Gesundheitsversorgung tätig sind • Studien, die sich nur mit dem Screening auf oder der Identifizierung von IPV befassen • Studien, die sich mit Schulungen befassten, bei denen der Schwerpunkt auf mehreren Arten von Gewalt lag, einschließlich Vergewaltigung und Kindesmissbrauch, und bei denen die Forscher nicht angegeben haben, dass sie IPV einschlossen • Studien zu Schulungs- und Aufklärungsmaßnahmen, die sich mit häuslicher Gewalt befassen, die nicht von einem Partner ausgeübt wurde oder sich gegen Frauen in einer					

	aktuellen oder frühe- ren intimen Beziehung richtet					

Primärevidenz

N = 1 inkludierte Studien

Referenz und Studientyp	Teilnehmer:innen		Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Hauptergebnisse	Evidenzgrad
	Insgesamt							
Hegarty et al., 2013 DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60052-5 Screening and counselling in the primary care setting for women who have experienced intimate partner violence (WEAVE): a cluster randomised controlled trial Studientyp: RCT	Anzahl der Patient:innen: 272 Frauen und 52 Ärzt:innen Einschlusskriterien: Frauen • Feste Adresse • Keine kognitiven Einschränkungen • Ausreichende Englischkenntnisse • Angst vor dem (Ex-)Partner innerhalb der letzten zwölf Monate Einschlusskriterien: Ärzt:innen • Arbeiten mindestens drei Tage/Woche • Verwenden elektronische Patientenakten • 70 % oder mehr ihrer Patient:innen sprechen Englisch Ausschlusskriterien: Frauen • Haben den Arzt gewechselt Ausschlusskriterien: Ärzt:innen • Keine der Patientinnen erfüllte die Einschlusskriterien		30 % der Frauen	Frauen: Patientinnen erhielten in Abhängigkeit des Bedarfs 1–6 kostenlose Beratungstermine über sechs Monate hinweg Ärzt:innen: Training des “Healthy Relationships Training Programme” zum Umgang mit betroffenen Frauen und der Durchführung einer Beratung	Frauen: Bei Anliegen während der Studie erhielten sie die übliche medizinische Versorgung durch ihre Ärzt:innen Ärzt:innen: Kein Training	Sicherheitsplanung und -verhalten • Lebensqualität • Mentale Gesundheit (SF-12) • Depressionssymptome • Angstsymptome	• Kein signifikanter Unterschied der beiden Gruppen hinsichtlich Sicherheitsplanung und -verhalten nach 6 und 12 Monaten • Kein signifikanter Unterschied der beiden Gruppen hinsichtlich Lebensqualität und mentaler Gesundheit nach 6 und 12 Monaten • Frauen in der Interventionsgruppe hatten eine geringere Depressions-symptomatik nach 12 Monaten als die Kontrollgruppe • Kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich der Angst-symptomatik nach 6 und 12 Monaten	RoB 2 Rating (1) Bias arising from the randomization process: Low (2) Bias due to deviations from intended interventions: Some concerns (3) Bias due to missing outcome data: Low (4) Bias in measurement of the outcome: Low (5) Bias in selection of the reported result: Low (6) Overall risk of bias rating: Some concerns
Pro Arm								
	Interventionsgruppe: 25 Ärzt:innen & 137 Patient:innen	Kontrollgruppe: 27 Ärzt:innen & 135 Patient:innen						

PICO 6

Aggregierte Evidenz

N = 0 inkludierte Studien

Primärevidenz

N = 0 inkludierte Studien

GRADE-Profile

Diagnostik

Keine Studieneinschlüsse und/oder keine GRADE-Profilerstellung.

Psychotherapeutische Verfahren

PICO 1 & 2

PICO 1: Effektivität psychotherapeutischer Interventionen (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Psychotherapie) im Vergleich zu sowohl inaktiven als auch aktiven Kontrollbedingungen**PICO 2:** Systematische Überlegenheit einer Variante der traumafokussierten Psychotherapie

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studien	Studiendesign	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	Psychotherapeutische Interventionen	Inaktive & aktive Kontrollbedingungen	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		
PTB-Symptome												
89 ^a	randomisierte klinische Studien	nicht schwerwiegend ^b	schwerwiegend ^c	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend ^d	starker Verdacht auf Publikationsbias ^e starke Assoziation	□ Signifikante mittlere bis große Effekte von CPT, CT, NET, EMDR, PE, CBT und PCT (SMD-Range -1.53 bis -0.75); keine signifikanten Effekte von BEP und TAU; PDT in Richtung eines positiven Effekts, aber mit großer Heterogenität □ Ranganalyse: CPT, EMDR und CT wirksamste Therapien (oberes Quartil), dann NET und PE (zweites Quartil) gefolgt von CBT und PCT (drittes Quartil)			⊕⊕⊕○ Moderat	KRITISCH	
Depressionssymptome												
68 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend ^f	sehr schwerwiegend ^g	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend ^h	keine	NET, CT, CBT, EMDR und PE signifikanter mittlerer bis großer Effekt (SMD-Range -1.25 bis -0.52)			⊕○○○ Sehr niedrig	KRITISCH	
Angstsymptome												
48 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend ^f	sehr schwerwiegend ⁱ	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend ^j	keine	CPT, CT, EMDR, NET, PE und CBT signifikanter mittlerer bis großer Effekt (SMD-Range -1.46 bis -0.70)			⊕○○○ Sehr niedrig	KRITISCH	
Lebensqualität ^k												
9 ^l	randomisierte klinische Studien	Schwerwiegend ^m	- ⁿ	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend	keine	□ Prä-/Post-Effektstärke mit Warteliste als KG (k = 6): Mittlere Effektstärke: g = 0.630, 95%-KI [0.435, 0.825] □ Prä-/Post-Effektstärke mit aktiver KG (k = 5): Kleine Effektstärke: g = 0.367, 95%-KI [0.114, 0.591]			⊕⊕⊕○ Moderat	WICHTIG	
Funktionsniveau												
-	-	-	-	-	-	-	-			-	-	

BEP: Brief eclectic psychotherapy; **CBT:** Cognitive behaviour therapy; **CPT:** Cognitive processing therapy; **CT:** Cognitive therapy; **EMDR:** Eye movement desensitisation and reprocessing; **KG:** Kontrollgruppe; **KI:** Konfidenzintervall; **NET:** Narrative exposure therapy; **PCT:** Present centred therapy; **PDT:** Psychodynamic therapy; **PE:** Prolonged exposure; **SMD:** Standardised Mean Difference; **TAU:** Treatment as usual.

Explanations

a. Yunitri, N., Chu, H., Kang, X. L., Wiratama, B. S., Lee, T. Y., Chang, L. F., Liu, D., Kustanti, C. Y., Chiang, K. J., Chen, R., Tseng, P., & Chou, K. R. (2023). Comparative effectiveness of psychotherapies in adults with posttraumatic stress disorder: a network meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychological medicine*, 53(13), 6376–6388. <https://doi.org/10.1017/S0033291722003737>

- b. Geringes, moderates und hohes Verzerrungsrisiko für 24.7%, 41.6% bzw. 33.7% der inkludierten RCTs. Sensitivitätsanalysen zeigen, dass das Risiko für Bias die Ergebnisse bzgl. PTB-Symptome nicht signifikant beeinflusst.
- c. Basierend auf GRADE Bewertung durch Autoren. Ergebnispräsentation ermöglicht keine detaillierte Bewertung.
- d. Nur für wenige Vergleiche (BEP, TAU, PDT) enthält das KI 0, sodass Empfehlung unterschiedlich ausfallen würde, je nachdem ob die obere oder die untere Grenze des KIs der Wahrheit entspricht.
- e. Visuell keine Funnel-Plot-Asymmetrie feststellbar, Egger's test jedoch signifikant ($p = 0.0009$).
- f. Geringes, moderates und hohes Verzerrungsrisiko für 24.7%, 41.6% bzw. 33.7% der inkludierten RCTs. Ergebnispräsentation ermöglicht keine detailliertere Bewertung.
- g. Erhebliche Heterogenität: $I^2 = 92.2\%$
- h. Nur für wenige Vergleiche (PCT, BEP, TAU, PDT) enthält das KI 0, sodass Empfehlung unterschiedlich ausfallen würde, je nachdem ob die obere oder die untere Grenze des KIs der Wahrheit entspricht.
- i. Beträchtliche Heterogenität: $I^2 = 80.7\%$
- j. Nur für wenige Vergleiche (CPT, PCT, BEP, TAU, PDT) enthält das KI 0, sodass Empfehlung unterschiedlich ausfallen würde, je nachdem ob die obere oder die untere Grenze des KIs der Wahrheit entspricht.
- k. Bewertung des Endpunkts Lebensqualität nur für PICO 1 gültig. Erläuterung: Mangelnde Evidenz bezüglich des Endpunkts Lebensqualität für PICO 2.
- l. Fortin, M., Fortin, C., Savard-Kelly, P., Guay, S., & El-Baalbaki, G. (2021). The effects of psychotherapies for posttraumatic stress disorder on quality of life in the civilian population: A meta-analysis of RCTs. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 13(6), 673–683. <https://doi.org/10.1037/tra0000992>
- m. Quality Assessment Tool for Quantitative Studies (QATQS) zeigt moderate Studienqualität in 77,78% der Studien. Ergebnispräsentation ermöglicht keine detaillierte Bewertung.
- n. Bewertung der Inkonsistenz nicht anwendbar. Erläuterung: Keine Angaben zur Inkonsistenz gegeben.

PICO 3

PICO: Phasenbasierte psychotherapeutische Interventionen im Vergleich zu rein traumafokussierten oder nicht-traumafokussierten psychotherapeutischen Interventionen

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studien	Studiendesign	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	phasenbasierte psychotheapeutische Behandlungsansätze	psychotherapeutische Behandlungsansätze	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		
PTB-Symptome												
3 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	nicht schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^{b,c}	nicht schwerwiegend	keine	Vergleich Stabilisierung vs. phasenbasierte Ansätze (<i>n</i> = 3 RCTs): <i>d</i> = .45, 95%-KI [.17, .72]			 Sehr niedrig	KRITISCH	
Depressionssymptome												
4 ^d	randomisierte klinische Studien	sehr schwerwiegend	nicht schwerwiegend ^e	schwerwiegend ^b	schwerwiegend ^f	keine	Signifikante Reduktion der Depressionssymptomatik durch phasenbasierte Interventionen vs. Wartelisten-KG (<i>n</i> = 4; ES = -1.03, 95%-KI [-1.43, -.63])			 Sehr niedrig	KRITISCH	
Angstsymptome												
-	-	-	-	-	-	-	-			-	-	
Lebensqualität												
-	-	-	-	-	-	-	-			-	-	
Funktionsniveau												
-	-	-	-	-	-	-	-			-	-	

ES: Effektstärke; KI: Konfidenzintervall; RCT: Randomisierte kontrollierte Studie.

Explanations

- a. Willis, N., Dowling, C., & O'Reilly, G. (2023). Stabilisation and phase-orientated psychological treatment for posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 7(1), Article 100311. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2022.100311>
- b. In der PICO geforderte Vergleichsintervention nicht gegeben
- c. Eingeschränkte Repräsentanz phasenbasierter Ansätze (z.B. kein STAIR enthalten)
- d. Melton, H., Meader, N., Dale, H., Wright, K., Jones-Diette, J., Temple, M., Shah, I., Lovell, K., McMillan, D., Churchill, R., Barbui, C., Gilbody, S., & Coventry, P. (2020). Interventions for adults with a history of complex traumatic events: the INCiTE mixed-methods systematic review. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 24(43), 1–312. <https://doi.org/10.3310/hta24430>
- e. Sehr geringe Heterogenität: $I^2 = 10.9\%$
- f. Optimale Informationsgröße (OIS) nicht gegeben

PICO 4

PICO: Videobasierte Psychotherapie in Echtzeit im Vergleich zu Psychotherapie im direkten Kontakt zwischen Patient:innen und Therapeut:innen

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studien	Studiendesign	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	Videobasierte Therapie in Echtzeit	Psychotherapeutischen Interventionen im direkten Kontakt zwischen Patient:innen und Therapeut:innen	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		
PTB-Symptome (Nachbeobachtung: Bereich 0 Tage bis 6 Monate; bewertet mit: CAPS/ CAPS-5, PCL-C, PCL-M)												
10 ^a	randomisierte klinische Studien	sehr schwerwiegend	nicht schwerwiegend ^b	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend	keine	▮ Erprobte Interventionen: CPT (4 RCTs), PE (3 RCTs), KVT (2 RCTs), Interventionen für Bewältigungskompetenzen (1 RCT) ▮ Keine statistischen Unterschiede zwischen Telemedizin und Face-to-Face unmittelbar nach der Behandlung (SMD = -0.00, 95%-KI [-0.18, 0.17]), noch 1-3 Monaten (SMD = -0.13, 95%-KI [-0.36, 0.10]) oder 6 Monaten (SMD = -0.11, 95%-KI [-0.28, 0.06]) nach der Behandlung				⊕⊕○○ Niedrig	KRITISCH
Depressionssymptome (Nachbeobachtung: Bereich 0 Tage bis 6 Monate; bewertet mit: BDI/ BDI-II, PHQ-9)												
6 ^a	randomisierte klinische Studien	sehr schwerwiegend	nicht schwerwiegend ^c	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend	keine	▮ Erprobte Interventionen: PE (3 RCTs), CPT (2 RCTs), KVT (1 RCT) ▮ Keine signifikanten Unterschiede zwischen Telemedizin und Face-to-Face unmittelbar nach der Behandlung (SMD = 0.08, 95%-KI [-0.10, 0.27]), noch 1-3 Monaten (SMD = 0.14, 95%-KI [-0.32, 0.59]) oder 6 Monaten (SMD = -0.02, 95%-KI [-0.26, 0.22]) nach der Behandlung				⊕⊕○○ Niedrig	KRITISCH
Angstsymptome												
-	-	-	-	-	-	-	-				-	-
Lebensqualität (bewertet mit: SF-36)												
1 ^a	randomisierte klinische Studien	sehr schwerwiegend	- ^d	nicht schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^e	keine	▮ Erprobte Intervention: KVT (1 RCT) ▮ Vergleichbare Verbesserung des SF-36-Physical-Score in beiden Gruppen: 4.4% Anstieg in der Telemedizin-Gruppe und 4.5% Anstieg in der Face-to-Face-Gruppe von vor bis nach der Intervention. ▮ Anstieg der SF-36-Werte für psychische Gesundheit von 45.8% in der Telemedizin-Gruppe und von 37.9% in der Face-to-Face-Gruppe				⊕○○○ Sehr niedrig	WICHTIG
Funktionsniveau												
-	-	-	-	-	-	-	-				-	-

BDI: Beck Depression Inventory; **CAPS:** Clinician-Administered PTSD Scale; **CPT:** Cognitive Processing Therapy; **KI:** Konfidenzintervall; **KVT:** Kognitive Verhaltenstherapie; **PCL-C:** PTSD Checklist – Civilian; **PCL-M:** PTSD Checklist – Military; **PE:** Prolonged Exposure Therapy; **PHQ-9:** Patient Health Questionnaire; **RCT:** Randomisierte kontrollierte Studie; **SF-36:** Short Form Survey; **SMD:** Standardized Mean Difference.

Explanations

a. Scott, A. M., Bakht, M., Greenwood, H., Cardona, M., Clark, J., Krzyzaniak, N., Peiris, R., & Glasziou, P. (2022). Real-Time Telehealth Versus Face-to-Face Management for Patients With PTSD in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 83(4), 21r14143. <https://doi.org/10.4088/JCP.21r14143>

- b. Geringe Heterogenität: $I^2 < 29\%$
- c. Sehr geringe Heterogenität: $I^2 < 15\%$
- d. Bewertung der Inkonsistenz nicht anwendbar. Erläuterung: Nur eine Studie berücksichtigt.
- e. Optimale Informationsgröße (OIS) nicht gegeben

PICO: Internet-basierte kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zu Warteliste

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studien	Studiendesign	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	Internet-basierte kognitive Verhaltenstherapie	Warteliste	Relativ (95% KI)	Absolut (95% KI)		
10 ^a	randomisierte klinische Studien	sehr schwerwiegend	schwerwiegend ^b	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend	keine	311	297	-	SMD 0.61 SD weniger (0.93 weniger bis 0.29 weniger)	⊕○○○ Sehr niedrig	KRITISCH
Depressionssymptome (bewertet mit: BDI, PHQ, CES-D; higher score = worse outcome)												
7 ^a	randomisierte klinische Studien	sehr schwerwiegend	schwerwiegend ^c	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend	keine	240	233	-	SMD 0.51 SD weniger (0.97 weniger bis 0.06 weniger)	⊕○○○ Sehr niedrig	KRITISCH
Angstsymptome (bewertet mit: BAI, GAD-7; higher score = worse outcome)												
5 ^a	randomisierte klinische Studien	sehr schwerwiegend	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^d	keine	175	170	-	SMD 0.61 SD weniger (0.89 weniger bis 0.33 weniger)	⊕○○○ Sehr niedrig	KRITISCH
Lebensqualität (bewertet mit: EQ-5D; higher score = better outcome)												
3 ^a	randomisierte klinische Studien	sehr schwerwiegend	-	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^d	keine	113	116	-	SMD 0.59 SD höher (0.18 höher bis 1.01 höher)	⊕○○○ Sehr niedrig	WICHTIG
Funktionsniveau												
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

BAI: Beck Anxiety Inventory; **BDI:** Beck Depression Inventory; **CAPS-5:** Clinician-Administered PTSD; **CES-D:** Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; **GAD-7:** Generalized Anxiety Disorder 7-Item Scale; **IES-R:** Impact of Event Scale – Revised; **KI:** Konfidenzintervall; **PCL-CPSS-I:** PTSD Checklist-Child Posttraumatic Stress Scale – Interview for DSM-5; **PDS:** Posttraumatic Diagnostic Scale; **PHQ:** Patient Health Questionnaire; **SMD:** Standardised Mean Difference.

Explanations

- a. Simon, N., Robertson, L., Lewis, C., Roberts, N. P., Bethell, A., Dawson, S., & Bisson, J. I. (2021). Internet-based cognitive and behavioural therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *The Cochrane Library*, 2021(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd011710.pub3>
- b. Beträchtliche Heterogenität: $I^2= 69\%$
- c. Beträchtliche Heterogenität: $I^2= 80\%$
- d. Optimale Informationsgröße (OIS) nicht gegeben.

PICO 5

PICO: (Traumafokussierte) psychotherapeutische Behandlung im Gruppensetting im Vergleich zu inaktiven und aktiven (insb. (traumafokussierte) Psychotherapie im Einzelsetting) Kontrollbedingungen

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studien	Studiendesign	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	(Traumafokussierte) Psychotherapeutische Behandlung im Gruppensetting	Inaktive und aktive (insb. (traumafokussierte) Psychotherapie im Einzelsetting) Kontrollbedingungen	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		
PTB-Symptome (bewertet mit: CAPS, IES-R, PSS, TSC-40, DTS, PCL, Trauma Symptom Inventory, CR-PTSD, SIDES, PTCI, PDS)												
20 ^a	randomisierte klinische Studien	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^b	schwerwiegend ^c	schwerwiegend ^d	keine	⊞ Signifikante Überlegenheit von Gruppentherapie im Vergleich zu passiver KG (k = 12): g = 0.70, 95%-KI [0.41, 1.00] ⊞ Keine Überlegenheit von Gruppentherapie im Vergleich zu aktiver KG (k = 8): g = -0.02, 95%-KI [-0.22, 0.17]		⊕○○○ Sehr niedrig		KRITISCH	
Depressionssymptome (bewertet mit: BDI, HSCL-25, GAIN)												
10 ^a	randomisierte klinische Studien	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^c	schwerwiegend ^d	keine	⊞ Signifikante Überlegenheit von Gruppentherapie im Vergleich zu passiver KG (k = 7): g = 0.61, 95%-KI [0.14, 1.08] ⊞ Keine Überlegenheit von Gruppentherapie im Vergleich zu aktiver KG (k = 3): g = 0.06, 95%-KI [-0.26, 0.38]		⊕⊕○○ Niedrig		KRITISCH	
Angstsymptome (bewertet mit: BAI, HSCL-25, GAIN, STAI, SCL-90)												
6 ^a	randomisierte klinische Studien	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend ^e	schwerwiegend ^c	sehr schwerwiegend ^{d,f,g}	keine	⊞ Signifikante Überlegenheit von Gruppentherapie im Vergleich zu passiver KG (k = 5): g = 0.53, 95%-KI [0.17, 0.88] ⊞ Keine Überlegenheit von Gruppentherapie im Vergleich mit aktiver KG (k = 1): g = 0.83, 95%-KI [-0.16, 1.82]		⊕○○○ Sehr niedrig		KRITISCH	
Lebensqualität												
-	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-
Funktionsniveau												
-	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-

BAI: Beck Anxiety Inventory; **BDI:** Beck Depression Inventory; **CAPS:** Clinician Administered PTSD Symptom Scale; **CR-PTSD:** Crime-Related Post-Traumatic Stress Scale of the SCL-90; **DTS:** Davidson Trauma Scale; **GAIN:** Global Appraisal of Individual Needs depression subscale; **HSCL-25:** Hopkins Symptom Checklist-25; **IES-R:** Impact of Event Scale-Revised; **KG:** Kontrollgruppe; **KI:** Konfidenzintervall; **PCL:** PTSD Checklist; **PDS:** Posttraumatic Stress Diagnostic Scale; **PSS:** Posttraumatic Symptom Scale; **PTCI:** Post-Traumatic Cognitions Inventory; **SCL-90:** Symptom Checklist-90-R anxiety subscale; **SIDES:** Structured Interview of Disorders of Extreme Stress; **STAI:** State-Trait Anxiety Inventory; **TSC-40:** Trauma Symptom Checklist.

Explanations

a. Schwartze, D., Barkowski, S., Strauss, B., Knaevelsrud, C., & Rosendahl, J. (2019). Efficacy of group psychotherapy for posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy Research*, 29(4), 415–431. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1405168>

b. Moderate Heterogenität: $I^2 = 45.66\%$

c. In PICO geforderte Intervention und Vergleichsintervention nicht vollständig gegeben. Erläuterung: Nicht alle untersuchten Gruppentherapien traumafokussiert. Kein Vergleich mit traumafokussierter Psychotherapie im Einzelsetting.

- d. KI enthält 0, sodass Empfehlung unterschiedlich ausfallen würde, je nachdem ob die obere oder die untere Grenze des KIs der Wahrheit entspricht.
- e. Bewertung der Inkonsistenz nicht anwendbar. Erläuterung: Nur eine Studie berücksichtigt.
- f. Optimale Informationsgröße (OIS) nicht gegeben.
- g. Breites KI.

PICO 6

PICO: Mittel- und langfristige Wirksamkeit von (traumafokussierten) psychotherapeutischen Interventionen

Certainty assessment							Ne der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
Ne der Studien	Studiendesig n	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	(Traumafokussierte) Psychotherapeutische Behandlung		Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		

Langfristige PTB-Symptome (Nachbeobachtung: Bereich 12 Monate bis 74 Monate)

10 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^b	nicht schwerwiegend ^d	nicht schwerwiegend	keine	□ Signifikante Überlegenheit psychotherapeutischer Behandlung im Vergleich zu nicht-direktiven KGs ($k = 10$): $g = 0.42$, 95%-KI [0.15, 0.68] □ Signifikante Überlegenheit traumafokussierter Interventionen im Vergleich zu nicht-direktiven KGs ($k = 8$): $g = 0.51$, 95%-KI [0.15, 0.86] □ Keine Überlegenheit traumafokussierter Interventionen im Vergleich zu nicht-traumafokussierten Interventionen ($k = 3$): $g = 0.35$, 95%-KI [-0.03, 0.74]			⊕○○○ Sehr niedrig	KRITISCH

Langfristige Depressionssymptome (Nachbeobachtung: Bereich 12 Monate bis 74 Monate)

7 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend ^d	schwerwiegend ^c _d	keine	□ Signifikante Überlegenheit psychotherapeutischer Behandlung im Vergleich zu nicht-direktiven KGs ($k = 7$): $g = 0.15$, 95%-KI [-0.02, 0.31] □ Keine Überlegenheit traumafokussierter Interventionen im Vergleich zu nicht-direktiven KGs ($k = 6$): $g = 0.14$, 95%-KI [-0.03, 0.32] □ Keine Überlegenheit traumafokussierter Interventionen im Vergleich zu nicht-traumafokussierten Interventionen ($k = 3$): $g = 0.10$, 95%-KI [-0.38, 0.58]			⊕⊕○○ Niedrig	KRITISCH

Mittel- und langfristige Angstsymptome (Nachbeobachtung: Bereich 9 Monate bis 12)

1 ^e	randomisierte klinische Studien	sehr schwerwiegend	nicht schwerwiegend ^f	nicht schwerwiegend ^d	schwerwiegend ^c	keine	□ Keine Überlegenheit von traumafokussierten Interventionen im Vergleich zu Warteliste/TAU ($k = 1$): SMD = -0.33, 95%-KI [-0.71, 0.05] □ Keine Überlegenheit von traumafokussierten Interventionen im Vergleich zu nicht-traumafokussierten Interventionen ($k = 1$): SMD = -0.88, 95%-KI [-1.81, 0.04]			⊕○○○ Sehr niedrig	KRITISCH

Mittel- und langfristige Lebensqualität

-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Mittel- und langfristiges Funktionsniveau

-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

KG: Kontrollgruppe; KI: Konfidenzintervall; SMD: standardised mean difference; TAU: Treatment As Usual.

Explanations

a. Weber, M., Schumacher, S., Hannig, W., Barth, J., Lotzin, A., Schäfer, I., Ehring, T., & Kleim, B. (2021). Long-term outcomes of psychological treatment for posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 51(9), 1420–1430. <https://doi.org/10.1017/S003329172100163X>b. Beträchtliche Heterogenität: $I^2 = 69.76\%$

c. KI enthält 0, sodass Empfehlung unterschiedlich ausfallen würde, je nachdem ob die obere oder die untere Grenze des KIs der Wahrheit entspricht.

d. Kleiner Effekt.

e. Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2013(12), CD003388. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub4>

f. Bewertung der Inkonsistenz nicht anwendbar. Erläuterung: Nur eine Studie berücksichtigt.

PICO 7

PICO: (Traumafokussierte) psychotherapeutische Behandlung mit einer von der Standardbehandlungsfrequenz von einmal pro Woche abweichenden Behandlungsfrequenz im Vergleich zu (traumafokussierter) psychotherapeutischer Behandlung mit der Standardbehandlungsfrequenz von einmal pro Woche

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studie n	Studiendesign	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	(Traumafokussierte) psychotherapeutische Behandlung mit einer von der Standardbehandlungsfrequenz von einmal pro Woche abweichenden Behandlungsfrequenz	(Traumafokussierte) psychotherapeutische Behandlung mit der Standardbehandlungsfrequenz von einmal pro Woche	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		
PTB-Symptome												
4 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend	schwerwiegend _b	keine	Im direkten Vergleich kein signifikanter Unterschied zwischen intensiver vs. Standard TF-KVT ($k = 4, g = -.11, 95\%-KI [-.28, .07]$)			⊕⊕○○ Niedrig		KRITISCH
Depressionssymptome (bewertet mit: BDI)												
1 ^c	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	- ^d	nicht schwerwiegend	sehr schwerwiegend _b	keine	Kein signifikanter Unterschied zwischen intensiver und Standard Kognitiver Therapie (CT-PTSD; $d = .02, 95\%-KI [-4.52, 4.98]$)			⊕○○○ Sehr niedrig		KRITISCH
Angstsymptome (bewertet mit: BAI)												
1 ^c	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	- ^d	nicht schwerwiegend	sehr schwerwiegend _b	keine	Kein signifikanter Unterschied zwischen intensiver und Standard Kognitiver Therapie (CT-PTSD; $d = .33, 95\%-KI [-8.89, 1.90]$)			⊕○○○ Sehr niedrig		KRITISCH
Lebensqualität												
-	-	-	-	-	-	-	-			-		-
Funktionsniveau												
-	-	-	-	-	-	-	-			-		-

BAI: Beck Anxiety Inventory; **BDI:** Beck Depression Inventory; **KI:** Konfidenzintervall; **TF-KVT:** Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie

Explanations

a. Hoppen, T. H., Kip, A., & Morina, N. (2023). Are psychological interventions for adult PTSD more efficacious and acceptable when treatment is delivered in higher frequency? A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Anxiety Disorders*, 95(102684), 102684. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102684>

b. Optimale Informationsgröße (OIS) nicht gegeben.

c. Ehlers, A., Hackmann, A., Grey, N., Wild, J., Liness, S., Albert, I., Deale, A., Stott, R., & Clark, D. M. (2014). A randomized controlled trial of 7-day intensive and standard weekly cognitive therapy for PTSD and emotion-focused supportive therapy. *The American Journal of Psychiatry*, 171(3), 294–304. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13040552>

d. Bewertung der Inkonsistenz nicht anwendbar. Erläuterung: Nur eine Studie berücksichtigt.

Pharmakotherapeutische Verfahren

PICO 1

PICO: Pharmakotherapie mit Antidepressiva im Vergleich zu Placebo bei erwachsenen Personen mit einer PTBS

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studien	Studiendesig n	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	Pharmakotherapie mit Antidepressiva	Placebo	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		

PTB-Symptome (bewertet mit: CAPS, IES)

21 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	nicht schwerwiegend ^b	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^{c,d}	keine	□ SSRI: Signifikante Überlegenheit von Fluoxetin, Paroxetin und Sertralin im Vergleich mit Placebo (CAPS; MD = -4.01, 95%-KI [-7.48, -2.34], 15 Studien); höhere Response-Rate (RR = 0.66, 95%-KI [0.59, 0.74], 8 Studien) □ Trizyklische Antidepressiva: Keine signifikante Überlegenheit von Amitriptylin und Imipramin im Vergleich mit Placebo (IES; SMD = -0.54, 95%-KI [-1.18, 0.10], 2 Studien); höhere Response-Rate (RR = 0.60, 95%-KI [0.38, 0.96], 1 Studie) □ SNRI: Signifikante Überlegenheit von Venlafaxin im Vergleich mit Placebo (CAPS; MD = -8.11, 95%-KI [-12.29, -3.92], 2 Studien) □ SARI: Keine signifikante Überlegenheit von Nefazodon im Vergleich mit Placebo (CAPS; MD = -5.60, 95%-KI [-21.26, 10.06], 1 Studie) □ MAO: Signifikante Überlegenheit von Phenelzin im Vergleich mit Placebo (IES; SMD = -1.06, 95%-KI [-1.75, -0.36], 1 Studie)			⊕⊕○○ Niedrig ^{b,c,d}	KRITISCH

PTB-Subskalen (bewertet mit: CAPS, IES)

13 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	nicht schwerwiegend ^e	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^c	keine	□ SSRI: Signifikante Überlegenheit von SSRIs im Vergleich mit Placebo für die Skalen Wiedererleben/Intrusionen (CAPS; MD = -1.86, 95%-KI [-2.82, -0.90], 8 Studien), Vermeidung/Taubheit (CAPS; MD = -3.68, 95%-KI [-4.82, -2.54], 8 Studien), Übererregung (CAPS; MD = -2.45, 95%-KI [-3.30, -1.59], 8 Studien) □ Trizyklische Antidepressiva: Keine Überlegenheit von Amitriptyline oder Imipramin für eine der Subskalen (IES, 2 Studien) □ SNRI: Signifikante Überlegenheit von Venlafaxin im Vergleich mit Placebo für die Skalen Wiedererleben/Intrusionen (CAPS; MD = -0.23, 95%-KI [-0.44, -0.02], 1 Studie), Vermeidung/Taubheit (CAPS; MD = -0.23, 95%-KI [-0.44, -0.02], 1 Studie), Übererregung (CAPS; MD = -0.24, 95%-KI [-0.45, -0.03], 1 Studie) □ SARI: Keine Überlegenheit von Nefazodon für eine der Subskalen (CAPS, 1 Studie) □ MAO: Signifikante Überlegenheit von Phenelzin im Vergleich mit Placebo für die Skala Wiedererleben/Intrusion (IES; SMD = -1.07, 95%-KI [-1.77, -0.38], 1 Studie) und der Skala Vermeidung/Taubheit (IES; SMD = -0.81, 95%-KI [-1.49, -0.14], 1 Studie)			⊕⊕○○ Niedrig ^{c,e}	KRITISCH

Mittel (6 Monate)- und langfristige (12 Monate) PTB-Symptome

-	-	-	-	-	-	-	-			-	KRITISCH

Dropout aufgrund eines Adverse Events

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studien	Studiendesig n	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	Pharmakotherapie mit Antidepressiva	Placebo	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		
21 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	nicht schwerwiegend ^f	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^g	keine	□ SSRI: Höheres Dropout aufgrund von Nebenwirkungen bei Fluoxetin, Paroxetin und Sertralin (9%) als Placebo (7%) □ Trizyklische Antidepressiva: Kein höheres Dropout aufgrund von Nebenwirkungen bei Amitriptylin, Desipramin und Imipramin (23%) als Placebo (18%) □ SNRI: Kein Höheres Dropout aufgrund von Nebenwirkungen bei Venlafaxine (4%) als Placebo (3%) □ SARI: Höheres Dropout aufgrund von Nebenwirkungen bei Nefazodon (32%) als Placebo (13%) □ MAO: Kein höheres Dropout bei Phenelzin (21%) als Placebo (11%)				 Niedrig ^{f,g}	WICHTIG
Depressionssymptome (bewertet mit: HAM-D)												
7	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	nicht schwerwiegend ^h	nicht schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^{i,j}	keine	□ SSRI: Keine signifikante Überlegenheit von Citalopram, Paroxetin oder Sertralin im Vergleich mit Placebo (HAM-D; SMD = 0.20, 95%-KI [-0.44, 0.04], 3 Studien) □ Trizyklische Antidepressiva: Keine signifikante Überlegenheit von Amitriptyline oder Imipramine im Vergleich mit Placebo (HAM-D; SMD = -0.67, 95%-KI [-1.58, 0.25], 2 Studien) □ SNRI: Keine Signifikante Überlegenheit von Venlafaxin im Vergleich mit Placebo (HAM-D, SMS = -0.20, 95%-KI [-0.42, 0.02], 1 Studie) □ SARI: - □ MAO: Keine signifikante Überlegenheit von Phenelzin im Vergleich mit Placebo (HAM-D; MD = -2.08, 95%-KI [-7.15, -1.55], 1 Studie)				 Sehr niedrig ^{h,i,j}	WICHTIG

CAPS: Clinician Administered PTSD Scale; **IES:** Impact of Event Scale; **SSRIs:** Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer; **SNRI:** Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Inhibitoren; **SNRI:** Serotoninantagonisten und -wiederaufnahmehemmer; **MAO:** Monoaminoxidasehemmer; **KI:** Konfidenzintervall; **HAM-D:** Hamilton Depression Scale

Explanations

a. Williams, T., Phillips, N. J., Stein, D. J., & Ipser, J. C. (2022). Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). The Cochrane Library, 2022(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd002795.pub3>

b. Moderate Heterogenität für SSRI ($I^2 = 53\%$)

c. Bei einigen Vergleichen Breite der Konfidenzintervalle

d. Trizyklische Antidepressiva: KI enthält 0

e. Beträchtliche Heterogenität TCA für die Skala Vermeidung/Taubheit ($I^2 = 86\%$)

f. Beträchtliche Heterogenität für SNRI ($I^2 = 92\%$)

g. Ergebnisse sprechen nicht eindeutig für oder gegen die Anwendung einiger Wirkstoffe

h. Beträchtliche Heterogenität bei TCA ($I^2 = 72\%$)

i. KI enthält für alle Vergleiche 0

j. Breite der Konfidenzintervalle

PICO: Pharmakotherapie mit Antipsychotika im Vergleich zu Placebo bei erwachsenen Personen mit einer PTBS

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studien	Studiendesign	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	Pharmakotherapie mit Antipsychotika	Placebo	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		

PTB-Symptome (bewertet mit: CAPS)

4 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^b	keine	□ Keine Überlegenheit von Olanzapin im Vergleich mit Placebo hinsichtlich der Response Rate (RR = 0.51, 95%-KI [0.16, 1.67], 2 Studien) □ Signifikante Symptomreduktion durch Olanzapin, Risperidone und Quetiapin im Vergleich mit Placebo (MD = -14.10, 95%-KI [-22.57, -5.62], 3 Studien)			⊕⊕○○ Niedrig ^b	KRITISCH

PTB-Subskalen (bewertet mit: CAPS)

3 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	nicht schwerwiegend ^c	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^{b,d}	keine	□ Signifikante Symptomreduktion auf der Skala Wiedererleben/Intrusionen (MD = -4.73, 95%-KI [-7.55, -1.90] und der Skala Übererregung (MD = -5.14, 95%-KI [-8.16, -2.11]) □ Keine Signifikante Überlegenheit auf der Subskala Vermeidung/Taubheit (MD = -6.01, 95%-KI [13.72, 1.70])			⊕⊕○○ Niedrig ^{b,c,d}	KRITISCH

PTBS-Mittel (6 Monate)- und langfristige (12 Monate) PTB-Symptome

-	-	-	-	-	-	-	-			-	KRITISCH

Dropout aufgrund eines Adverse Events

5 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	schwerwiegend ^e	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^b	keine	□ Doppelt so viele Patient:innen in der Interventionsgruppe brachen die Behandlung aufgrund von Nebenwirkungen ab verglichen mit der Placebo-Kontrollgruppe (16% vs. 7%) □ Aber: Kein signifikanter Effekt von Nebenwirkungen (RR = 0.94, 95%-KI [0.85, 1.03])			⊕○○○ Sehr niedrig ^{b,e}	WICHTIG

Depressionssymptome (bewertet mit: HAM-D)

2 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend	keine	□ Signifikante Überlegenheit von Olanzapin und Quetiapin im Vergleich mit Placebo hinsichtlich der Reduktion von Depressionssymptomen (SMD = 0.62, 95%-KI [-1.01, -0.23], 2 Studien)			⊕⊕⊕○ Moderat	WICHTIG

CAPS: Clinician Administered PTSD Scale, **KI:** Konfidenzintervall, **HAM-D:** Hamilton Depression Scale

Explanations

a. Williams, T., Phillips, N. J., Stein, D. J., & Ipser, J. C. (2022). Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). The Cochrane Library, 2022(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd002795.pub3>

b. Breite der Konfidenzintervalle

c. Beträchtliche Heterogenität für die Skala Vermeidung/Taubheit ($I^2 = 65\%$)

d. KI enthält für eine Skala 0.

e. Moderate Heterogenität ($I^2 = 50\%$)

PICO 2

PICO: Pharmakotherapie mit SSRIs im Vergleich zu Psychotherapie oder der Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie mit SSRIs bei erwachsenen Personen mit einer PTBS

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studien	Studiendesign	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	Pharmakotherapie mit SSRIs	Psychotherapie oder Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie mit SSRIs	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		

PTB-Symptome

12 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend ^d	schwerwiegend ^b	schwerwiegend ^{c,d}	schwerwiegend ^e	keine	Kurzfristige PTB-Symptome (zum Post-Assessment): - Weder Netzwerk-Metaanalyse noch paarweise Metaanalyse finden einen signifikanten Unterschied zwischen Pharmakotherapie, Psychotherapie und der Kombination Langfristige PTB-Symptome (zum letzten verfügbaren Follow-Up): - Sowohl Netzwerk-Metaanalyse ($k = 6$; SMD = -0,83, 95%-KI [-1,59, -0,07]) als auch paarweise Metaanalyse ($k = 3$, SMD = -0,63, 95%-KI [-1,18, -0,09]) zeigen eine signifikante Überlegenheit der Psychotherapie im Vergleich zur Pharmakotherapie - Netzwerk-Metaanalyse ($k = 6$, SMD = -0,96, 95%-KI [-1,88, -0,04]) zeigt eine signifikante Überlegenheit der Kombination beider Behandlungen im Vergleich zur Pharmakotherapie allein, während in der paarweisen Metaanalyse für diesen Vergleich keine Signifikanz vorliegt			⊕○○○ Sehr niedrig ^{b,c,d,e}	KRITISCH

Drop-Out

12 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend ^d	schwerwiegend ^f	sehr schwerwiegend ^{c,d,g}	schwerwiegend ^h	keine	Sowohl Netzwerk-Metaanalyse als auch paarweise Metaanalyse deuten auf geringere Drop-Out-Raten bei psychotherapeutischen Interventionen im Vergleich zu pharmakologischen und kombinierten Interventionen hin, allerdings ohne statistische Signifikanz.			⊕○○○ Sehr niedrig ^{c,d,f,g,h}	KRITISCH

Depressionssymptome

2 ⁱ	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend ^d	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^{j,k}	keine	Hinweise auf stärkere Symptomreduktion bei kombinierten Interventionen im Vergleich zur alleinigen Pharmakotherapie, allerdings ohne statistisch Signifikanz.			⊕○○○ Sehr niedrig ^{j,k}	KRITISCH

Angstsymptome

2 ⁱ	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend ^d	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^{j,k}	keine	Hinweise auf stärkere Symptomreduktion bei kombinierten Interventionen im Vergleich zur alleinigen Pharmakotherapie, allerdings ohne statistisch Signifikanz.			⊕○○○ Sehr niedrig ^{j,k}	WICHTIG

SSRIs: Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer; SMD: Standardized Mean Difference; KI: Konfidenzintervall

Explanations

- a. Merz, J., Schwarzer, G., & Gerger, H. (2019). Comparative Efficacy and Acceptability of Pharmacological, Psychotherapeutic, and Combination Treatments in Adults With Posttraumatic Stress Disorder: A Network Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 76(9), 904–913. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0951>
- b. Einige Vergleiche weisen eine beträchtliche Heterogenität auf: $I^2 = 0\%$ bis 88%
- c. In zwei der zwölf inkludierten Studien wurde als pharmakologische Intervention nicht ein SSRI, sondern der Wirkstoff MDMA eingesetzt
- d. In vier der zwölf inkludierten Studien wurde als psychotherapeutische Intervention kein traumafokussiertes Verfahren eingesetzt
- e. Breite KIs und einige KIs enthalten 0, sodass Empfehlung unterschiedlich ausfallen würde, je nachdem ob die obere oder die untere Grenze des KIs der Wahrheit entspricht
- f. Einige Vergleiche weisen eine beträchtliche Heterogenität auf: $I^2 = 48\%$ bis 86%
- g. Outcome bezieht sich nicht ausschließlich auf Drop-Out wegen unerwünschter Ereignisse
- h. Odds Ratio (OR) KIs enthalten 1, sodass Empfehlung unterschiedlich ausfallen würde, je nachdem ob die obere oder die untere Grenze des KIs der Wahrheit entspricht
- i. Hetrick, S. E., Purcell, R., Garner, B., & Parslow, R. (2010). Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane database of systematic reviews*, (7), CD007316. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007316.pub2>
- j. Optimale Informationsgröße (OIS) nicht gegeben
- k. KIs sind breit und enthalten 0, sodass Empfehlung unterschiedlich ausfallen würde, je nachdem ob die obere oder die untere Grenze des KIs der Wahrheit entspricht

PICO 3

PICO: Pharmakotherapie im Vergleich zu Placebo bei Personen mit einer PTBS und Symptomen einer Schlafstörung

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studien	Studiendesign	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	Pharmakotherapie	Placebo	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		
Schlafqualität												
6 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	schwerwiegend ^b	nicht schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^{c,d}	keine	Keine signifikante Überlegenheit von Prazosin (SMD = -1.06, 95%-KI [-3.21, 1.09]), Hydroxyzine (SMD = -0.80, 95%-KI [-3.83, 2.24]) und Mianserin (SMD = -0.23, 95%-KI [-3.17, 2.71]) im Vergleich mit Placebo			 Sehr niedrig ^{b,c,d}		KRITISCH
Albtraumschwere												
3 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	schwerwiegend ^a	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend	keine	Signifikante Überlegenheit von Prazosin (SMD = -1.20, 95%-KI [-1.72, 0.67] und Hydroxyzine (SMD = -0.98, 95%-KI [-1.58, -0.37]) im Vergleich mit Placebo			 Niedrig ^a		KRITISCH
Schlafdauer												
3 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^{c,d}	keine	Keine signifikante Überlegenheit von Prazosin (SMD = -1.08, 95%-KI [-0.38, 2.54]) und Hydroxyzine (SMD = 0.66, 95%-KI [-0.79, 2.12]) im Vergleich mit Placebo			 Sehr niedrig ^{c,d}		KRITISCH

SMD: Standardized Mean Difference; KI: Konfidenzintervall

Explanations

- a. Huang, C.-Y., Zhao, Y.-F., Zhang, Z.-X., Liu, R.-B., Liu, J.-L., Li, X.-Z., Luo, J., Yue, L., & Zhang, C. (2024). Psychotherapeutic and pharmacological agents for post-traumatic stress disorder with sleep disorder: network meta-analysis. Annals of Medicine, 56(1), 2381696. <https://doi.org/10.1080/07853890.2024.2381696>
- b. Erhebliche Heterogenität $I^2 = 96\%$ für Prazosin; bei übrigen Substanzen nicht beurteilbar aufgrund von Einzelstudien
- c. KI enthält für alle Vergleiche 0
- d. Sehr breite Konfidenzintervalle für alle Wirkstoffe
- e. Beträchtliche Heterogenität $I^2 = 64\%$ für Prazosin

PICO 4

PICO: Pharmakotherapie mit Opioidantagonisten oder Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRIs; insb. Paroxetin) im Vergleich zu Placebo bei erwachsenen Personen mit einer PTBS

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studien	Studiendesig n	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	Pharmakotherapie mit Opioidantagonisten oder Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRIs) (Paroxetin)	Placebo	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		

Dissoziative Symptome

1 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	- ^b	nicht schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^c	keine	Signifikant stärkere Abnahme der dissoziativen Symptomatik in der Experimentalgruppe ($n = 25$) im Vergleich zu der Kontrollgruppe ($n = 27$), $\beta = -0.063$, $p = 0.0002$			⊕○○○ Sehr niedrig ^{b,c}	KRITISCH

Nebenwirkungen

1 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	- ^b	nicht schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^c	keine	Kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen.			⊕○○○ Sehr niedrig ^{b,c}	KRITISCH

Explanations

a. Marshall, R. D., Lewis-Fernandez, R., Blanco, C., Simpson, H. B., Lin, S.-H., Vermes, D., Garcia, W., Schneier, F., Neria, Y., Sanchez-Lacay, A., & Liebowitz, M. R. (2007). A controlled trial of paroxetine for chronic PTSD, dissociation, and interpersonal problems in mostly minority adults. *Depression and Anxiety*, 24(2), 77–84. <https://doi.org/10.1002/da.20176>

b. Nicht beurteilbar. Grund: Einzelstudie.

c. Optimale Informationsgröße (OIS) nicht erreicht.

PICO 5

PICO: Pharmakotherapie mit Antidepressiva plus Pharmakotherapie mit Antipsychotika im Vergleich zu Pharmakotherapie mit Antidepressiva plus Placebo bei erwachsenen Personen mit einer PTBS

Certainty assessment							Ne der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
Ne der Studien	Studiendesign	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	Pharmakotherapie mit Antidepressiva plus Pharmakotherapie mit Antipsychotika	Pharmakotherapie mit Antidepressiva plus Placebo	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		

PTB-Symptome

5	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^b	keine	196	194	-	SMD 0.24 SD weniger (0.44 weniger bis 0.04 weniger)	⊕⊕○○ Niedrig ^b	KRITISCH

KI: Konfidenzintervall; SMD: Standardised Mean Difference

Explanations

a. Hoskins, M. D., Bridges, J., Sinnerton, R., Nakamura, A., Underwood, J. F. G., Slater, A., Lee, M. R. D., Clarke, L., Lewis, C., Roberts, N. P., & Bisson, J. I. (2021). Pharmacological therapy for post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of monotherapy, augmentation and head-to-head approaches. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1802920.

<https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1802920>

b. Optimale Informationsgröße (OIS) nicht gegeben.

PICO 6

Keine Studien eingeschlossen

PICO 7

PICO: Pharmakologische Augmentation zu einer traumafokussierten Psychotherapie im Vergleich zu Augmentation mit Placebo bei erwachsenen Personen mit PTBS

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studien	Studiendesig n	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	pharmakologische Augmentation zu einer traumafokussierten Psychotherapie	Augmentation mit Placebo	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		
PTB-Symptome												
4 ^a	randomisierte klinische Studien	sehr schwerwiegend	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^b	schwerwiegend ^c	keine	Hinweise auf stärkere Symptomreduktion bei Augmentation traumafokussierter Psychotherapie mit SSRIs im Vergleich zur Augmentation mit Placebo, allerdings ohne statistische Signifikanz.			⊕○○○ Sehr niedrig ^{b,c}		KRITISCH
Drop-Out												
1 ^d	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	nicht schwerwiegend ^e	nicht schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^{f,g}	keine	Keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Augmentation traumafokussierter Psychotherapie mit Paroxetin im Vergleich zur Augmentation mit Placebo.			⊕○○○ Sehr niedrig ^{e,f,g}		KRITISCH

SSRIs: Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer; **KI:** Konfidenzintervall

Explanations

a. Hoskins, M. D., Sinnerton, R., Nakamura, A., Underwood, J. F. G., Slater, A., Lewis, C., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Lee, M., & Clarke, L. (2021). Pharmacological-assisted Psychotherapy for Post-Traumatic Stress Disorder: a systematic review and meta-analysis. *European journal of psychotraumatology*, 12(1), 1853379. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1853379>

b. In einer der vier inkludierten Studien wurde als psychotherapeutische Intervention kein traumafokussiertes Verfahren eingesetzt

c. Breite KIs, welche 0 enthalten, sodass Empfehlung unterschiedlich ausfallen würde, je nachdem ob die obere oder die untere Grenze des KIs der Wahrheit entspricht

d. Hetrick, S. E., Purcell, R., Garner, B., & Parslow, R. (2010). Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane database of systematic reviews*, (7), CD007316. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007316.pub2>

e. Bewertung der Inkonsistenz nicht anwendbar. Erläuterung: Nur eine Studie berücksichtigt.

f. Optimale Informationsgröße (OIS) nicht gegeben

g. Breites Risk Ratio (RR) KI, welches 1 enthält, sodass Empfehlung unterschiedlich ausfallen würde, je nachdem ob die obere oder die untere Grenze des KIs der Wahrheit entspricht

Adjuvante Verfahren

PICO 1

Keine Studieneinschlüsse und/oder Grade Profilerstellung

PICO 2

Frage: Psychotherapie mit additiver künstlerischer Therapie im Vergleich zu Psychotherapie ohne additive künstlerische Therapie bei Personen mit (k)PTBS

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studien	Studiendesign	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	Psychotherapie mit additiver künstlerischer Therapie	Psychotherapie ohne additive künstlerische Therapie	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		
PTB-Symptome (bewertet mit: PCL-M)												
1 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	„b	schwerwiegend ^c	sehr schwerwiegend ^{d,e}	keine	□ Experimentalgruppe erhält TAU + WIRED (<i>n</i> = 18), Kontrollgruppe erhält TAU (<i>n</i> = 16) □ Signifikanter Haupteffekt Gruppe (<i>p</i> < .02); nicht signifikanter Haupteffekt Zeit u. Interaktionseffekt □ Prä-Post (Zwölf Wochen): TAU + WIRED <i>d</i> = 1.23; TAU <i>d</i> = 0.06 □ Prä-Post (24 Wochen): TAU + WIRED <i>d</i> = 1.93; TAU <i>d</i> = 0.45		⊕○○○ Sehr niedrig		KRITISCH	
Depressionssymptome (bewertet mit: PHQ-9)												
1 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	„b	schwerwiegend ^c	sehr schwerwiegend ^{d,f}	keine	□ Experimentalgruppe erhält TAU + WIRED (<i>n</i> = 18), Kontrollgruppe erhält TAU (<i>n</i> = 16) □ Signifikante Haupteffekte Gruppe (<i>p</i> < .03) u. Zeit (<i>p</i> < .04); nicht signifikanter Interaktionseffekt □ Prä-Post (Zwölf Wochen): TAU + WIRED <i>d</i> = 0.56; TAU <i>d</i> = 0.01 □ Prä-Post (24 Wochen): TAU + WIRED <i>d</i> = 1.09; TAU <i>d</i> = 0.26		⊕○○○ Sehr niedrig		KRITISCH	

TAU: Treatment As Usual; **WIRED:** Warriors Internet Recovery & Education

Explanations

a. Krupnick, J. L., Green, B. L., Amdur, R., Alaoui, A., Belouali, A., Roberge, E., Cueva, D., Roberts, M., Melnikoff, E., & Dutton, M. A. (2017). An Internet-based writing intervention for PTSD in veterans: A feasibility and pilot effectiveness trial. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 9(4), 461–470. <https://doi.org/10.1037/tra0000176>

b. Bewertung der Inkonsistenz nicht anwendbar. Erläuterung: Nur eine Studie berücksichtigt.

c. (1) Selektive Population: Nur Veteranen eingeschlossen (ggf. mangelnde Generalisierbarkeit aufgrund von spezifischer Traumaart); (2) Einschlusskriterium PTB-Symptome statt -Diagnose.

d. Optimale Informationsgröße (OIS) nicht gegeben.

e. Ergebnisse sprechen weder eindeutig für noch gegen die Anwendung der Intervention, da ein signifikanter Haupteffekt Gruppe, aber kein signifikanter Haupteffekt Zeit oder Interaktionseffekt

f. Ergebnisse sprechen weder eindeutig für noch gegen die Anwendung der Intervention, da signifikante Haupteffekte Gruppe und Zeit, aber kein signifikanter Interaktionseffekt

PICO 3

Keine Studieneinschlüsse und/oder Grade Profilerstellung

PICO 4

Frage: Psychotherapie mit Sport im Vergleich zu Psychotherapie ohne Sport bei Personen mit (k)PTBS

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studien	Studiendesign	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	Psychotherapie mit Sport	Psychotherapie ohne Sport	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		

PTB-Symptome (bewertet mit: PCL, CAPS)

4 ^{a,b,c,d}	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	schwerwiegend ^e	nicht schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^{f,g}	keine	□ Bryant et al. (2023): Keine signifikante Überelegenheit von Expositionstherapie und Sport ($n = 65$) im Vergleich zu Expositionstherapie und Stretching ($n = 65$) zum Post-Assessment, aber zum 6-Monate Follow-up ($p = 0.023$) □ Young-Mc Caughan et al. (2022): Keine signifikante Überlegenheit von Imaginal Exposure und Exercise ($n = 19$) im Vergleich zu Imaginal exposure ($n = 19$) □ Powers et al. (2015): Große Effektstärke von PE + Sport im Vergleich zu PE (insgesamt $n = 9$): $d = 2.65$ □ Rosenbaum et al. (2015): Signifikante Verbesserung von TAU + Sport ($n = 39$) im Vergleich zu TAU ($n = 42$) auf der PCL-C: MD = -5.4, 95%-KI [10.5; 0.3], $p = 0.04$			⊕○○○ Sehr niedrig	KRITISCH

Depressionssymptome (bewertet mit: BDI, DASS)

2 ^{a,d}	randomisierte klinische Studien	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^e	nicht schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^{f,g}	keine	□ Bryant et al. (2023): Keine signifikante Überelegenheit von Expositionstherapie und Sport im Vergleich zu Expositionstherapie und Stretching zum Post-, aber zum 6-Monate Follow-up Zeitpunkt ($p = 0.022$) □ Rosenbaum et al. (2015): Signifikante Verbesserung von TAU + Sport im Vergleich zu TAU auf der Depressionsskala des DASS: MD = 7.0, 95%-KI [11.9; 2.1], $p = 0.006$			⊕○○○ Sehr niedrig	KRITISCH

Angstsymptome (bewertet mit: BAI, DASS)

2 ^{a,d}	randomisierte klinische Studien	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^e	nicht schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^{f,g}	keine	□ Bryant et al. (2023): Keine signifikante Überelegenheit von Expositionstherapie und Sport im Vergleich zu Expositionstherapie und Stretching zum Post- und 6-Monate Follow-up Zeitpunkt □ Rosenbaum et al. (2015): Signifikante Verbesserung von TAU + Sport im Vergleich zu TAU auf der Angstska des DASS: MD = 6.3, 95%-KI [10.3; 2.3], $p = 0.003$			⊕○○○ Sehr niedrig	KRITISCH

PE: Prolonged Exposure; TAU: Treatment as Usual

Explanations

a. Bryant, R. A., Dawson, K. S., Azevedo, S., Yadav, S., Cahill, C., Kenny, L., Maccallum, F., Tran, J., Rawson, N., Tockar, J., Garber, B., & Keyan, D. (2023). Augmenting trauma-focused psychotherapy for post-traumatic stress disorder with brief aerobic exercise in Australia: a randomised clinical trial. *The lancet. Psychiatry*, 10(1), 21–29. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00368-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00368-6)

b. Powers, M. B., Medina, J. L., Burns, S., Kauffman, B. Y., Monfils, M., Asmundson, G. J., Diamond, A., McIntyre, C., & Smits, J. A. (2015). Exercise Augmentation of Exposure Therapy for PTSD: Rationale and Pilot Efficacy Data. *Cognitive behaviour therapy*, 44(4), 314–327. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1012740>

- c. Young-McCaughan, S., Peterson, A. L., Mintz, J., Hale, W. J., Dondanville, K. A., Borah, E. V., Blount, T. H., Blankenship, A. E., Fina, B. A., Hall-Clark, B. N., Hernandez, A. M., Jacoby, V. M., Malach, S. L., Williams, J. M., Compton, K. E., Bingham, M. O., Vriend, C. A., Inman, A. W., Brundige, A., Arzola, S. M., ... Yarvis, J. S. (2022). Testing the role of aerobic exercise in the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms in U.S. active duty military personnel: a pilot study. *Cognitive behaviour therapy*, 51(4), 309–325. <https://doi.org/10.1080/16506073.2021.2001689>
- d. Rosenbaum, S., Nguyen, D., Lenehan, T., Tiedemann, A., van der Ploeg, H. P., & Sherrington, C. (2011). Exercise augmentation compared to usual care for post traumatic stress disorder: a randomised controlled trial (the REAP study: Randomised Exercise Augmentation for PTSD). *BMC psychiatry*, 11, 115. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-115>
- e. Widersprüchliche Befunde zwischen Studien
- f. Optimale Informationsgröße (OIS) nicht gegeben.
- g. Ergebnisse sprechen weder eindeutig für noch gegen Anwendung der Intervention

Frage: Psychotherapie mit TMS im Vergleich zu Psychotherapie ohne TMS bei Personen mit (k)PTBS

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studien	Studiendesig n	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	Psychotherapie mit TMS	Psychotherapie ohne TMS	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		
PTB-Symptome (bewertet mit: CAPS, PCL)												
3 ^{a,b,c}	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	schwerwiegend ^d	nicht schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^{e,f}	keine	▯ Fryml et al. (2018): Keine Überlegenheit von PE + TMS (<i>n</i> = 5) im Vergleich zu PE + Sham (<i>n</i> = 3): 55% Symptomreduktion in Interventionsgruppe (90% KI [8.5,53.5]), 40% Symptomreduktion (90%-KI [13.6, 73.0]) in Kontrollgruppe ▯ Kozel et al. (2018): CPT + TMS (<i>n</i> = 54) im Vergleich zu CPT + Sham (<i>n</i> = 49): Im PCL CPT + TMS zu allen Messzeitpunkten überlegen, <i>d</i> ≥ 0.89; im CAPS CPT + TMS nur zu drei von fünf Messzeitpunkten überlegen, <i>d</i> ≥ 0.79 (session-5, 3-month FU, 6-month FU; nicht bei session-9 und 1-month FU) ▯ Osuch et al. (2009): Keine signifikante Überlegenheit von Expositionstherapie + TMS (<i>n</i> = 9) im Vergleich zu Expositionstherapie + Sham (<i>n</i> = 8):				⊕○○○ Sehr niedrig	KRITISCH
Depressionssymptome (bewertet mit: HAM-D, QIDS)												
2 ^{a,c}	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	schwerwiegend ^d	nicht schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^{e,f}	keine	▯ Fryml et al. (2018): Überlegenheit von PE+ TMS (<i>n</i> = 5) im Vergleich zu PE + Sham (<i>n</i> = 3) nach der vorletzten (<i>p</i> = 0.013) und letzten Sitzung (<i>p</i> = 0.002). ▯ Kozel et al. (2018): Keine signifikante Überlegenheit von CPT + TMS (<i>n</i> = 54) im Vergleich zu CPT + Sham (<i>n</i> = 49) zu allen Messzeitpunkten (<i>p</i> ≥ 0.18).				⊕○○○ Sehr niedrig	KRITISCH

PE: Prolonged Exposure; **TMS:** Transkranielle Magnetstimulation; **CPT:** Cognitive Processing Therapy

Explanations

a. Kozel, F. A., Motes, M. A., Didehban, N., DeLaRosa, B., Bass, C., Schraufnagel, C. D., Jones, P., Morgan, C. R., Spence, J. S., Kraut, M. A., & Hart, J., Jr (2018). Repetitive TMS to augment cognitive processing therapy in combat veterans of recent conflicts with PTSD: A randomized clinical trial. *Journal of affective disorders*, 229, 506–514. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.046>

b. Osuch, E. A., Benson, B. E., Luckenbaugh, D. A., Geraci, M., Post, R. M., & McCann, U. (2009). Repetitive TMS combined with exposure therapy for PTSD: a preliminary study. *Journal of anxiety disorders*, 23(1), 54–59. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.03.015>

c. Frym, L. D., Pelic, C. G., Aciermo, R., Tuerk, P., Yoder, M., Borckardt, J. J., Juneja, N., Schmidt, M., Beaver, K. L., & George, M. S. (2019). Exposure Therapy and Simultaneous Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation: A Controlled Pilot Trial for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *The journal of ECT*, 35(1), 53–60. <https://doi.org/10.1097/YCT.0000000000000505>

d. Widersprüchliche Befunde zwischen Studien

e. Optimale Informationsgröße (OIS) nicht gegeben.

f. Ergebnisse sprechen weder eindeutig für noch gegen Anwendung der Intervention

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

PICO 1

PICO: Psychotherapeutische Intervention (traumafokussiert und nicht-traumafokussiert) im Vergleich zu inaktiven und aktiven Kontrollbedingungen bei Erwachsenen mit kPTBS

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studien	Studiendesign	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	psychotherapeutische Intervention	inaktive oder aktive Kontrollbedingung	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		
PTB-Symptome												
32 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	schwerwiegend ^b	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^c	starke Assoziation	▣ KVT: Signifikante Überlegenheit im Vergleich mit TAU/WL, $g = -0.90$, 95%-KI [-1.11, -0.68], $k = 27$ Studien ▣ Expositionstherapie: Signifikante Überlegenheit im Vergleich mit TAU/WL, $g = -1.05$, 95%-KI [-1.52, -0.58], $k = 6$ Studien ▣ EMDR: Signifikante Überlegenheit im Vergleich mit TAU/WL, $g = -1.26$, 95%-KI [-2.01, -0.51], $k = 4$ Studien			⊕⊕○○ Niedrig ^{b,c}	KRITISCH	
PTB-Symptome + 1, 2 oder 3 SSO-Symptome												
32 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	schwerwiegend ^d	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^c	starke Assoziation	▣ KVT: Signifikante Überlegenheit im Vergleich mit TAU/WL, $g = -0.81$, 95%-KI [-1.00, -0.62], $k = 27$ Studien ▣ Expositionstherapie: Signifikante Überlegenheit im Vergleich mit TAU/WL, $g = -0.86$, 95%-KI [-1.25, -0.47], $k = 6$ Studien ▣ EMDR: Signifikante Überlegenheit im Vergleich mit TAU/WL, $g = -1.15$, 95%-KI [-1.92, -0.37], $k = 4$ Studien			⊕⊕○○ Niedrig ^{c,d}	KRITISCH	
Emotionsregulation												
4 ^a	randomisierte klinische Studien	sehr schwerwiegend	schwerwiegend ^e	nicht schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^f	starke Assoziation	▣ KVT: Signifikante Überlegenheit im Vergleich mit TAU/WL, $g = -1.42$, 95%-KI [-2.20, -0.65], $k = 3$ Studien ▣ EMDR: Signifikante Überlegenheit im Vergleich mit TAU/WL, $g = -1.64$, 95%-KI [-2.56, -0.72], $k = 1$ Studie			⊕○○○ Sehr niedrig ^{e,f}	KRITISCH	
Kognitive Verzerrungen (Negatives Selbstkonzept)												
11 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	schwerwiegend ^g	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^h	keine	▣ KVT: Signifikante Überlegenheit im Vergleich mit TAU/WL, $g = -0.82$, 95%-KI [-1.19, -0.44], $k = 9$ Studien ▣ Expositionstherapie: Signifikante Überlegenheit im Vergleich mit TAU/WL, $g = -0.73$, 95%-KI [-1.03, -0.43], $k = 3$ Studien ▣ EMDR: Signifikante Überlegenheit im Vergleich mit TAU/WL, $g = -0.61$, 95%-KI [-1.04, -0.17], $k = 1$ Studien			⊕○○○ Sehr niedrig ^{g,h}	WICHTIG	

Interpersonale Schwierigkeiten

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studien	Studiendesign	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	psychotherapeutische Intervention	inaktive oder aktive Kontrollbedingung	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		
20 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	schwerwiegend ^d	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^e	starker Verdacht auf Publikationsbias ^j	□ KVT: Signifikante Überlegenheit im Vergleich mit TAU/WL, $g = -0.66$, 95%-KI [-0.84, -0.48], $k = 16$ Studien □ Expositionstherapie: Signifikante Überlegenheit im Vergleich mit TAU/WL, $g = -0.59$, 95%-KI [-1.12, -0.07], $k = 4$ Studien □ EMDR: Signifikante Überlegenheit im Vergleich mit TAU/WL, $g = -0.76$, 95%-KI [-1.35, -0.16], $k = 4$ Studien			⊕○○○○ Sehr niedrig ^{c,i,j}	WICHTIG	

KVT: Kognitive Verhaltenstherapie; **TAU:** Treatment as usual; **WL:** Warteliste; **KI:** Konfidenzintervall; **EMDR:** Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Explanations

a. Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., Hyland, P., Maercker, A., Ben-Ezra, M., Coventry, P., Mason-Roberts, S., Bradley, A., & Hutton, P. (2019). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(11), 1761–1775. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000436>

b. Erhebliche Heterogenität: $I^2 = 76\%$ bis 79%

c. Für einige Vergleiche optimale Informationsgröße (OIS) nicht gegeben; für einige Vergleiche breite KIs

d. Erhebliche Heterogenität: $I^2 = 68\%$ bis 81%

e. Erhebliche Heterogenität: $I^2 = 71\%$ (KVT).

f. Optimale Informationsgröße (OIS) bei beiden Interventionen nicht gegeben; breite KIs

g. Erhebliche Heterogenität: $I^2 = 79\%$ (KVT).

h. Optimale Informationsgröße (OIS) für die Mehrzahl der Vergleiche nicht gegeben.

i. Erhebliche Heterogenität: $I^2 = 45\%$ bis 73%

j. Publikationsbias für KVT

PICO 2

PICO: Traumafokussierte psychotherapeutische Interventionen im Vergleich zu nicht-traumafokussierten psychotherapeutischen Interventionen bei Erwachsenen mit kPTBS

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studien	Studiendesign	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	traumafokussierte psychotherapeutische Intervention	nicht-traumafokussierte psychotherapeutische Intervention	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		
PTB-Symptome												
4 ^a	randomisierte klinische Studien	sehr schwerwiegend	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^b	sehr schwerwiegend ^{c,d}	keine	Keine signifikante Überlegenheit traumafokussierter Interventionen (nur Exposition) im Vergleich mit Kontrollintervention (KVT), $g = -0.03$, 95%-KI [-0.23, 0.17]			⊕○○○ Sehr niedrig ^{b,c,d}	KRITISCH	
PTB-Symptome + 1, 2 oder 3 SSO-Symptome												
4 ^a	randomisierte klinische Studien	sehr schwerwiegend	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^b	sehr schwerwiegend ^{c,d}	keine	Keine signifikante Überlegenheit traumafokussierter Interventionen (nur Exposition) im Vergleich mit Kontrollintervention (KVT), $g = -0.04$, 95%-KI [-0.27, 0.19]			⊕○○○ Sehr niedrig ^{b,c,d}	KRITISCH	
Interpersonale Schwierigkeiten												
3 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^{c,d}	keine	Keine signifikante Überlegenheit traumafokussierter Interventionen (nur Exposition) im Vergleich mit Kontrollintervention (KVT), $g = 0.07$, 95%-KI [-0.26, 0.39]			⊕○○○ Sehr niedrig ^{c,d}	WICHTIG	

KVT: Kognitive Verhaltenstherapie; **KI:** Konfidenzintervall

Explanations

a. Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., Hyland, P., Maercker, A., Ben-Ezra, M., Coventry, P., Mason-Roberts, S., Bradley, A., & Hutton, P. (2019). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(11), 1761–1775. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000436>

b. Bei einer der vier Studien ist die Vergleichsintervention eine traumafokussierte Intervention (CPT), anstatt wie in der PICO gefordert, eine nicht-traumafokussierte Intervention

c. Optimale Informationsgröße (OIS) nicht gegeben.

d. KI enthält 0, sodass Empfehlung unterschiedlich ausfallen würde, je nachdem ob die obere oder die untere Grenze des KIs der Wahrheit entspricht

PICO 3

Keine Studieneinschlüsse und/oder Grade Profilerstellung

Komorbide Psychische Störungen

PICO 1

PICO 1: Psychotherapeutische Intervention im Vergleich zu inaktiven und aktiven Kontrollbedingungen bei Patient:innen mit PTBS-Symptomen und Substanzkonsumstörung im Erwachsenenalter (ab 18 Jahren)

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studien	Studiendesign	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	Psychotherapeutische Intervention	Inaktive und aktive Kontrollbedingungen	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		

PTB-Symptome

18 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	schwerwiegend ^b	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^{c,d}	keine	⊕ Signifikante Überlegenheit von Traumafokussierter KVT und TAU für SUD im Vergleich mit nur TAU für SUD (SMD = -0.36, 95%-KI [-0.64, -0.08], n = 7 Studien) ⊕ Keine signifikante Überlegenheit von Gegenwartszentrierter Therapie und TAU für SUD im Vergleich mit nur TAU für SUD (SMD = -0.02, 95%-KI [-0.16, 0.12], n = 6 Studien) ⊕ Keine signifikante Überlegenheit von ICBT und TAU für SUD im Vergleich mit nur TAU für SUD (SMD = -0.24, 95%-KI [-0.51, 0.03], n = 4 Studien) ⊕ Keine signifikante Überlegenheit von Web-based CBT und TAU für SUD im Vergleich mit nur TAU für SUD (SMD = -0.07, 95%-KI [-0.63, 0.49], n = 1 Studien)			⊕⊕⊕⊕ Sehr niedrig ^{b,c,d}	KRITISCH

Substanzkonsumstörung-Symptome

13 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^e	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^{f,g}	keine	⊕ Keine signifikante Überlegenheit von Traumafokussierter KVT und TAU für SUD im Vergleich mit nur TAU für SUD (SMD = 0.16, 95%-KI [-0.63, 0.95], n = 3 Studien) ⊕ Keine signifikante Überlegenheit von Gegenwartszentrierter Therapie und TAU für SUD im Vergleich mit nur TAU für SUD (SMD = -0.13, 95%-KI [-0.42, 0.16], n = 5 Studien) ⊕ Keine signifikante Überlegenheit von ICBT und TAU für SUD im Vergleich mit nur TAU für SUD (SMD = -0.08, 95%-KI [-0.30, 0.13], n = 4 Studien)			⊕⊕⊕⊕ Sehr niedrig ^{e,f,g}	KRITISCH

Alkoholkonsumstörung-Symptome

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studien	Studiendesign	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	Psychotherapeutische Intervention	Inaktive und aktive Kontrollbedingungen	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		
10 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	schwerwiegend ^h	nicht schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^{i,j}	keine	□ Keine signifikante Überlegenheit von Traumafokussierter KVT und TAU für SUD im Vergleich mit nur TAU für SUD (SMD = 0.05, 95%-KI [-0.21, 0.31], n = 3 Studien) □ Keine signifikante Überlegenheit von Gegenwartszentrierter Therapie und TAU für SUD im Vergleich mit nur TAU für SUD (SMD = -0.21, 95%-KI [-0.67, 0.25], n = 3 Studien) □ Keine signifikante Überlegenheit von ICBT und TAU für SUD im Vergleich mit nur TAU für SUD (SMD = 0.02, 95%-KI [-0.19, 0.24], n = 4 Studien) □ Keine signifikante Überlegenheit von Web-based CBT und TAU für SUD im Vergleich mit nur TAU für SUD (SMD = 0.11, 95%-KI [-0.39, 0.61], n = 1 Studien)			⊕○○○ Sehr niedrig^{h,i,j}	KRITISCH	

KVT: Kognitive Verhaltenstherapie; SUD: Substanzmissbrauchsstörung; TAU: Treatment As Usual; KI: Konfidenzintervall; ICBT: Integrated Cognitive Behavioural Therapy

Explanations

a. Roberts, N. P., Lotzin, A., & Schäfer, I. (2022). A systematic review and meta-analysis of psychological interventions for comorbid post-traumatic stress disorder and substance use disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2041831. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2041831>

b. Moderate Heterogenität: I^2 zwischen 0% und 54%

c. Ergebnisse sprechen weder eindeutig für noch gegen Anwendung der Interventionen PCT, ICBT, Web-based CBT

d. Optimale Informationsgröße (OIS) für Web-based CBT nicht gegeben

e. Beträchtliche Heterogenität: I^2 zwischen 0% und 81%

f. Ergebnisse sprechen weder eindeutig für noch gegen Anwendung der Interventionen PCT, TF-CBT, ICBT

g. Optimale Informationsgröße (OIS) für TF-CBT nicht gegeben

h. Moderate Heterogenität: I^2 zwischen 0% und 66%

i. Ergebnisse sprechen weder eindeutig für noch gegen Anwendung der Interventionen PCT, TF-CBT, ICBT, Web-based CBT

j. Optimale Informationsgröße (OIS) für TF-CBT und Web-based CBT nicht gegeben

PICO 1: Psychotherapeutische Intervention im Vergleich zu inaktiven und aktiven Kontrollbedingungen bei Patient:innen mit PTBS-Symptomen und komorbider nicht-organischer psychotischer Störungen im Erwachsenenalter (ab 18 Jahren)

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studien	Studiendesign	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	Psychotherapeutische Intervention	inaktiven und aktiven Kontrollbedingungen	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		
PTB-Symptome												
4 ^a	randomisierte klinische Studien	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^b	nicht schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^{c,d}	keine	□ TF-KVT vs. Warteliste/ TAU ($k = 3, n = 155$): (1) CAPS: Kein Effekt zwischen den Gruppen; (2) PTCI: Kurzfristig kein Effekt zwischen den Gruppen, mittelfristig Effekt zugunsten von TF-KVT ($k = 3, n = 133$); (3) PSS-SR: Über alle Messzeitpunkte (kurzfristig, mittelfristig) Effekt zugunsten von TF-KVT ($k = 1, n = 85-86$) □ EMDR vs. Warteliste ($k = 1, n = 83$): Über alle Messinstrumente (CAPS, PTCI, PSS-SR) und Messzeitpunkte (kurzfristig, mittelfristig) hinweg Effekt zugunsten von EMDR □ TF-KVT vs. EMDR ($k = 1, n = 91$): Über alle Messinstrumente (CAPS, PTCI, PSS-SR) und Messzeitpunkte (kurzfristig, mittelfristig) hinweg kein Effekt zwischen den Gruppen gefunden □ TF-KVT vs. Psychoedukation ($k = 1, n = 49-54$): Über alle Messinstrumente (CAPS, PTCI) und Messzeitpunkte (kurzfristig, mittelfristig, langfristig) hinweg kein Effekt zwischen den Gruppen gefunden			⊕○○○ Sehr niedrig ^{b,c,d}	KRITISCH	
Lebensqualität												
2 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^{c,d}	keine	□ TF-KVT vs. Warteliste/ TAU ($k = 2, n = 9-46$): Über alle Messinstrumente und Messzeitpunkte (kurzfristig, mittelfristig) hinweg kein Effekt zwischen den Gruppen gefunden □ TF-KVT vs. Psychoedukation ($k = 1, n = 48-54$): Über alle Messinstrumente und Messzeitpunkte (kurzfristig, mittelfristig, langfristig) hinweg kein Effekt zwischen den Gruppen gefunden			⊕○○○ Sehr niedrig ^{c,d}	KRITISCH	
Symptome einer Psychose												
2 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^{c,d}	keine	□ TF-KVT vs. Warteliste/ TAU ($k = 1, n = 9-61$): Über alle Messinstrumente und Messzeitpunkte (kurzfristig, mittelfristig) hinweg kein Effekt zwischen den Gruppen gefunden			⊕○○○ Sehr niedrig ^{c,d}	KRITISCH	
Depressionssymptome												
2 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^{c,d}	keine	□ TF-KVT vs. Warteliste/ TAU ($k = 2, n = 48-49$): Über alle Messzeitpunkte (kurzfristig, mittelfristig) hinweg kein Effekt zwischen den Gruppen gefunden			⊕○○○ Sehr niedrig ^{c,d}	WICHTIG	
Angstsymptome												
2 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^{c,d}	keine	□ TF-KVT vs. Warteliste/ TAU ($k = 2, n = 9-35$): Über alle Messzeitpunkte (kurzfristig, mittelfristig) hinweg kein Effekt zwischen den Gruppen gefunden			⊕○○○ Sehr niedrig ^{c,d}	WICHTIG	

TF-KVT: Kognitive Verhaltenstherapie; **TAU:** Treatment As Usual; **CAPS:** Clinician Administered PTSD Scale; **PSS-SR:** PTSD Scale-Self Report; **PTCI:** Post-Traumatic Cognitions Inventory; **EMDR:** Eye movement desensitization and reprocessing; **KI:** Konfidenzintervall

Explanations

- a. Sin, J., Spain, D., Furuta, M., Murrells, T., & Norman, I. (2017). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder (PTSD) in people with severe mental illness. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1(1), CD011464. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011464.pub2>
- b. Beträchtliche Heterogenität: $I^2 = 62.54 - 75.82\%$
- c. Optimale Informationsgröße (OIS) nicht gegeben
- d. KI mind. einiger Vergleiche enthält 0, sodass Empfehlung unterschiedlich ausfallen würde, je nachdem ob die obere oder die untere Grenze des KIs der Wahrheit entspricht

PICO 2, 3 & 4

Keine Studieneinschlüsse und/oder GRADE-Profilierungen

Behandlung von älteren Personen

PICO 1

PICO: Psychotherapeutische Intervention im Vergleich zu anderer psychotherapeutischer Interventionen, Treatment As Usual oder Warteliste bei älteren Patient:innen mit einer (k)PTBS

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studien	Studiendesign	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	Psychotherapeutische Intervention	Anderen psychotherapeutische Intervention, TAU oder Warteliste	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		
PTB-Symptome												
9a,b,c,d,e,f,g,h,i	Beobachtungsstudien	sehr schwerwiegend	schwerwiegend ^j	schwerwiegend ^k	schwerwiegend ^l	keine	- Keine signifikante Überlegenheit von PE im Vergleich zu Entspannungsverfahren, signifikante Symptomreduktion in beiden Gruppen (CAPS; $k = 1$ Studie) - PE resultiert in signifikanter Symptomreduktion von Behandlungsbeginn zu Behandlungsende (ITT: $d = 1.53$, CA: $d = 1.90$; $k = 1$) - Signifikante stärkere Symptomreduktion durch NET im Vergleich zu PED ($p < .001$, $k = 1$ Studie) - Kombiniertes traumafokussiertes Behandlungsprogramm (PE, EMDR, physische Aktivität, Psychoedukation in der Gruppe): Signifikante Symptomreduktion in Gruppe aus älteren und jüngeren Patient:innen (partielles $\eta^2 = 0.808$), kein signifikanter Unterschied zwischen älteren und jüngeren Gruppen (partielles $\eta^2 = 0.002$) - Signifikante Symptomverbesserung nach EMDR ($p < 0.001$, $d = 2.59$, $k = 1$ Studie) - Signifikante Überlegenheit von Internetintervention (asynchroner Patient:innenkontakt) im Vergleich zu Warteliste ($p = 0.007$, $d = 0.42$, 95%-KI [-0.83, 0.001], $k = 1$ Studie) - Signifikante Symptomreduktion nach Internetintervention ($d = 0.43 - 0.84$; $k = 2$ Studien) - Keine signifikante Symptomreduktion nach CBT-Intervention angepasst für Ältere ($k = 1$ Studie) - Keine Überlegenheit von Life Review Therapie im Vergleich zu "Social Club"-Kontrolle zum Post-Zeitpunkt, aber zum 6 Monate FU ($B = 12.02$, $p = .005$; $k = 1$ Studie)				⊕○○○ Sehr niedrig ^{j,k,l}	KRITISCH
Lebensqualität												
3b,f,g	Beobachtungsstudien	schwerwiegend	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^k	schwerwiegend ^m	keine	- Signifikante Überlegenheit von Internetintervention (asynchroner Patient:innenkontakt) im Vergleich zu Warteliste ($p < 0.001$, $d = 0.39$, 95%-KI [-0.02, 0.80]) - Signifikante Verbesserung nach Internetintervention ($d = 0.48-0.60$; $k = 2$ Studien) - Signifikante Verbesserung nach CBT-Intervention angepasst für Ältere ($p < 0.01$, $k = 1$ Studie)				⊕○○○ Sehr niedrig ^{k,m}	KRITISCH

Depressionssymptome (bewertet mit: BDI, BSI, PHQ-9)

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studien	Studiendesign	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	Psychotherapeutische Intervention	Anderen psychotherapeutische Intervention, TAU oder Warteliste	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		
5 ^{a,c,f,h,i}	Beobachtungsstudien	schwerwiegend	schwerwiegend ^j	schwerwiegend ^k	sehr schwerwiegend ^l	keine	⊞ Keine signifikante Überlegenheit von PE im Vergleich zu Entspannungsverfahren, keine signifikante Symptomreduktion in beiden Gruppen ($k = 1$ Studie) ⊞ Signifikante stärkere Symptomreduktion durch NET im Vergleich zu PED ($p < .05$, $k = 1$ Studie) ⊞ PE resultiert in signifikanter Symptomreduktion von Behandlungsbeginn zu Behandlungsende (ITT: $d = 1.13$, CA: $d = 1.53$; $k = 1$) ⊞ Keine signifikante Symptomreduktion von Prä- zu Post-Zeitpunkt nach Internetintervention (asynchroner Patient:innenkontakt, $k = 1$ Studie) ⊞ Signifikante Überlegenheit von Life Review Therapie im Vergleich zu "Social Club"-Kontrolle zum Post-Zeitpunkt ($B = 3.83$, $p = .012$), aber nicht zum 6 Monate FU ($k = 1$ Studie)				⊕○○○ Sehr niedrig^{k,l,m}	KRITISCH
Angstsymptome (bewertet mit: BSI)												
1 ^f	Beobachtungsstudien	schwerwiegend	- ^m	schwerwiegend ^k	sehr schwerwiegend ^{l,n}	keine	Keine signifikante Symptomreduktion von Prä- zu Post-Zeitpunkt nach Internetintervention (asynchroner Patient:innenkontakt, $k = 1$ Studie)				⊕○○○ Sehr niedrig^{m,n,k,l}	WICHTIG

BDI: Beck Depressions-Inventar; **BSI:** Brief Symptom Inventory; **CA:** Completer Analyse; **CAPS:** Clinician-Administered PTSD Scale; **CBT:** Cognitive Behavioral Therapy; **EMDR:** Eye Movement Desensitization and Reprocessing; **FU:** Follow-Up Assessment; **ITT:** Intention to Treat Analyse; **KI:** Konfidenzintervall; **NET:** Narrative Exposure Therapy; **PE:** Prolongierte Exposition; **PED:** Psychoeducation; **PHQ-9:** Patient Health Questionnaire-9; **TAU:** Treatment As Usual.

Explanations

a. Bichescu, D., Neuner, F., Schauer, M., & Elbert, T. (2007). Narrative exposure therapy for political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression. *Behaviour research and therapy*, 45(9), 2212–2220. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.12.006>

b. Delrue N. (2021). Cognitive treatment of post-traumatic stress disorder in the elderly. A longitudinal study. *L'Encephale*, 47(1), 64–71. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.05.016>

c. Forstmeier, S., Zimmermann, S., van der Hal, E., Auerbach, M., Kleinke, K., Maercker, A., & Brom, D. (2023). Effect of Life Review Therapy for Holocaust Survivors: A randomized controlled trial. *Journal of Traumatic Stress*, 36(3), 628–641. <https://doi.org/10.1002/jts.22933>

d. Gielkens, E. M. J., de Jongh, A., Sobczak, S., Rossi, G., van Minnen, A., Voorendonk, E. M., Rozendaal, L., & van Alphen, S. P. J. (2021). Comparing Intensive Trauma-Focused Treatment Outcome on PTSD Symptom Severity in Older and Younger Adults. *Journal of clinical medicine*, 10(6), 1246. <https://doi.org/10.3390/jcm10061246>

e. Gielkens, E. M. J., Sobczak, S., Rossi, G., & van Alphen, S. P. J. (2022). The feasibility of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for older adults with posttraumatic stress disorder (PTSD) and comorbid psychiatric and somatic disorders. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*, 10.1037/tra0001402

f. Knaevelsrud, C., Böttche, M., Pietrzak, R. H., Freyberger, H. J., Renneberg, B., & Kuwert, P. (2014). Integrative testimonial therapy: an Internet-based, therapist-assisted therapy for German elderly survivors of the World War II with posttraumatic stress symptoms. *The Journal of nervous and mental disease*, 202(9), 651–658. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000178>

g. Knaevelsrud, C., Böttche, M., Pietrzak, R. H., Freyberger, H. J., & Kuwert, P. (2017). Efficacy and Feasibility of a Therapist-Guided Internet-Based Intervention for Older Persons with Childhood Traumatization: A Randomized Controlled Trial. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 25(8), 878–888. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.02.024>

h. Thorp, S. R., Glassman, L. H., Wells, S. Y., Walter, K. H., Gebhardt, H., Twamley, E., Golshan, S., Pittman, J., Penski, K., Allard, C., Morland, L. A., & Wetherell, J. (2019). A randomized controlled trial of prolonged exposure therapy versus relaxation training for older veterans with military-related PTSD. *Journal of anxiety disorders*, 64, 45–54. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.02.003>

i. Yoder, M. S., Lozano, B., Center, K. B., Miller, A., Aciermo, R., & Tuerk, P. W. (2013). Effectiveness of prolonged exposure for PTSD in older veterans. *International journal of psychiatry in medicine*, 45(2), 111–124. <https://doi.org/10.2190/PM.45.2.b>

j. Widersprüchliche Befunde zwischen Studien.

- k. Mindestens ein Teil der eingeschlossenen Studien setzt PTB-Symptome, statt wie in der PICO gefordert PTBS-Diagnose, für einen Einschluss voraus
- l. Ergebnisse sprechen weder eindeutig für noch gegen Anwendung der Intervention.
- m. Bewertung der Inkonsistenz nicht anwendbar. Erläuterung: Nur eine Studie berücksichtigt.
- n. Optimale Informationsgröße (OIS) nicht gegeben.

PICO 2

PICO: Für ältere Personen angepasste oder entwickelte psychotherapeutische Intervention im Vergleich zu anderer psychotherapeutischer Interventionen, Treatment As Usual oder Warteliste bei älteren Patient:innen mit einer (k)PTBS

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studien	Studiendesign	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	Für ältere Personen angepasste oder entwickelte psychotherapeutische Intervention	Andere psychotherapeutische Intervention, TAU oder Warteliste	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		

PTB-Symptome

4 ^{a,b,c,d}	Beobachtungsstudien	schwerwiegend	schwerwiegend ^e	schwerwiegend ^f	schwerwiegend ^g	keine	- Signifikante Überlegenheit von Internetintervention (asynchroner Patient:innenkontakt) im Vergleich mit Warteliste ($p = 0.007$, $d = 0.42$, 95%-KI [-0.83, 0.001], $k = 1$ Studie) - Signifikante Symptomreduktion nach Internetintervention ($d = 0.43 - 0.84$; $k = 2$ Studien) - Keine signifikante Symptomreduktion nach CBT-Intervention angepasst für Ältere ($p > 0.01$, $k = 1$ Studie) - Keine Überlegenheit von Life Review Therapie im Vergleich zu "Social Club"-Kontrolle zum Post-Zeitpunkt, aber zum 6 Monate FU ($B = 12.02$, $p = .005$; $k = 1$ Studie)		⊕○○○ Sehr niedrig ^{e,f,g}	KRITISCH

Lebensqualität

3 ^{a,c,d}	Beobachtungsstudien	schwerwiegend	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^f	schwerwiegend ^g	keine	- Signifikante Überlegenheit von Internetintervention (asynchroner Patient:innenkontakt) im Vergleich mit Warteliste ($p < 0.001$, $d = 0.39$, 95%-KI [-0.02, 0.80]) - Signifikante Verbesserung nach Internetintervention ($d = 0.48 - 0.60$; $k = 2$ Studien) - Signifikante Verbesserung nach CBT-Intervention angepasst für Ältere ($p < 0.01$, $k = 1$ Studie)		⊕○○○ Sehr niedrig ^{f,g}	KRITISCH

Depressionssymptome (bewertet mit: BSI)

2 ^{b,d}	Beobachtungsstudien	schwerwiegend	schwerwiegend ^e	schwerwiegend ^f	sehr schwerwiegend ^{g,h}	keine	- Keine signifikante Symptomreduktion von Prä- zu Post-Zeitpunkt nach einer Internetintervention (asynchroner Patient:innenkontakt, $k = 1$ Studie) - Signifikante Überlegenheit von Life Review Therapie im Vergleich zu "Social Club"-Kontrolle zum Post-Zeitpunkt ($B = 3.83$, $p = .012$), aber nicht zum 6 Monate FU ($k = 1$ Studie)		⊕○○○ Sehr niedrig ^{e,f,g,h}	KRITISCH

Angstsymptome (bewertet mit: BSI)

1 ^d	Beobachtungsstudien	schwerwiegend	- ⁱ	schwerwiegend ^f	sehr schwerwiegend ^{g,h}	keine	Keine signifikante Symptomreduktion von Prä- zu Post-Zeitpunkt nach einer Internetintervention (asynchroner Patient:innenkontakt, $k = 1$ Studie)		⊕○○○ Sehr niedrig ^{f,g,h,i}	WICHTIG

BSI: Brief Symptom Inventory; **CBT:** Cognitive Behavioral Therapy; **FU:** Follow-Up Assessment; **KI:** Konfidenzintervall; **TAU:** Treatment As Usual.

Explanations

- a. Delrue N. (2021). Cognitive treatment of post-traumatic stress disorder in the elderly. A longitudinal study. *L'Encephale*, 47(1), 64–71. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.05.016>
- b. Forstmeier, S., Zimmermann, S., van der Hal, E., Auerbach, M., Kleinke, K., Maercker, A., & Brom, D. (2023). Effect of Life Review Therapy for Holocaust Survivors: A randomized controlled trial. *Journal of Traumatic Stress*, 36(3), 628–641. <https://doi.org/10.1002/jts.22933>
- c. Knaevelsrud, C., Böttche, M., Pietrzak, R. H., Freyberger, H. J., & Kuwert, P. (2017). Efficacy and Feasibility of a Therapist-Guided Internet-Based Intervention for Older Persons with Childhood Traumatization: A Randomized Controlled Trial. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 25(8), 878–888. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.02.024>
- d. Knaevelsrud, C., Böttche, M., Pietrzak, R. H., Freyberger, H. J., Renneberg, B., & Kuwert, P. (2014). Integrative testimonial therapy: an Internet-based, therapist-assisted therapy for German elderly survivors of the World War II with posttraumatic stress symptoms. *The Journal of nervous and mental disease*, 202(9), 651–658. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000178>
- e. Widersprüchliche Befunde zwischen Studien.
- f. Eingeschlossene Studien setzten PTB-Symptome, statt wie in der PICO gefordert PTBS-Diagnose, für einen Einschluss voraus.
- g. Optimale Informationsgröße (OIS) nicht gegeben.
- h. Ergebnisse sprechen weder eindeutig für noch gegen Anwendung der Intervention.
- i. Bewertung der Inkonsistenz nicht anwendbar. Erläuterung: Nur eine Studie berücksichtigt.

PICO 3, 4 & 5

Keine Studieneinschlüsse und/oder GRADE-Profilerstellung.

Behandlung von Erwachsenen mit Fluchthintergrund

PICO 1 & 2

Keine Studieneinschlüsse und/oder GRADE-Profilherstellungen

PICO 3

PICO: Psychotherapeutische Interventionen (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte) im Vergleich zu aktiven und inaktiven Kontrollbedingungen bei geflüchteten Erwachsenen mit einer (k)PTBS

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studien	Studiendesign	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	Psychotherapeutische Interventionen (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte)	Aktive und inaktive Kontrollbedingungen	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		
PTB-Symptome (Nachbeobachtung: Bereich 2 Monate bis 12 Monate; bewertet mit: CAPS, HTQ, PDS)												
14 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^b	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^d	starker Verdacht auf Publikationsbias ^e starke Assoziation Dosis-Wirkungsbeziehung	⊞ Eingeschlossene Studien untersuchen NET (5 RCTs), KVT (5 RCTs), TFP (2 CCTs), CROP (1 RCT), FGI (1 RCT) ⊞ Psychosoziale Interventionen signifikant effektiver als inaktiven Kontrollbedingungen (SMD=-1.03, p=.00, 95%-KI [-1.55, -0.1]) ⊞ Subgruppenanalyse für Art der psychosozialen Intervention (NET, KVT, TFP, CROP) nicht signifikant (p=.18)				⊕○○○ Sehr niedrig	KRITISCH
Depression (Nachbeobachtung: Bereich 2 Monate bis 12 Monate)												
8 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^f	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^d	starke Assoziation	⊞ Eingeschlossene Studien untersuchen NET (3 RCTs), KVT (3 RCTs), TFP (1 CCT), CROP (1 RCT) ⊞ Psychosoziale Interventionen signifikant effektiver als inaktive Kontrollbedingungen (SMD=-1.10, p=.00, 95%-KI [-1.67, -0.54]) ⊞ Subgruppenanalyse für Art der psychosozialen Intervention (NET, KVT, TFP, CROP) nicht signifikant (p=.92)				⊕○○○ Sehr niedrig	KRITISCH
Angstsymptome (bewertet mit: u.a. HSCL-25)												
11 ^g	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^{h,i}	schwerwiegend ^j	sehr schwerwiegend ^{d,k}	starke Assoziation	⊞ Eingeschlossene Studien untersuchen KVT (5 RCTs), SSM (4 RCTs) und EMDR (3 RCTs) ⊞ KVT signifikant effektiver als WL (SMD=-1.97, 95%-KI [-3.67, -0.28]) und als TAU (SMD=-2.34, 95%-KI [-4.38, -0.30]) ⊞ SSM und EMDR nicht signifikant effektiver als WL				⊕○○○ Sehr niedrig	KRITISCH
Funktionsniveau (bewertet mit: SDS, GAF)												
2 ^g	randomisierte klinische Studien	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend ^l	nicht schwerwiegend	extremely serious ^{c,d,m}	keine	⊞ Eingeschlossene Studien untersuchen KVT (2 RCTs) und SSM (1 RCT) ⊞ KVT ist weder signifikant effektiver als WL noch als SSM				⊕○○○ Sehr niedrig	WICHTIG

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studien	Studiendesign	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	Psychotherapeutische Interventionen (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte)	Aktive und inaktive Kontrollbedingungen	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		
2 ^{n.o}	randomisierte klinische Studien	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^p	extremely serious ^{c,m}	keine	□ Vergleich von SM (n=62) und CR (n=64) □ Keine signifikante Reduktion von Somatisierungssymptomen innerhalb von CR und SM zum Post-Ass. und 6-Monate-FU; zum 18-Monate-FU signifikante Reduktion von Somatisierungssymptomen in SM (p=.05), aber keine signifikante Reduktion von Somatisierungssymptomen in CR □ Kein signifikanter Unterschied in Somatisierungssymptomreduktion zwischen SM und CR zum Post-Ass. und 6-Monate-FU; zum 18-Monate FU in SM signifikant höhere Somatisierungssymptomreduktion als in CR (p=.02)				⊕○○○ Sehr niedrig	WICHTIG

CAPS: Clinician-Administered PTSD Scale; **CR:** Cognitive Restructuring; **CROP:** Culture-Sensitive Oriented Peer; **EMDR:** Eye Movement Desensitization and Reprocessing; **FGI:** Family Group Intervention; **FU:** Follow-Up Assessment; **GAF:** Global Assessment of Functioning; **HSCL-25:** Hopkins Symptom Checklist – 25; **HTQ:** Harvard Trauma Questionnaire; **KI:** Konfidenzintervall; **KVT:** Kognitive Verhaltenstherapie; **NET:** Narrative Expositionstherapie; **PDS:** Posttraumatic Diagnostic Scale; **Post-Ass.:** Post-Assessment; **SDS:** Sheehan Disability Scale; **SI-SCL-90:** Subskala für Somatisierung der Symptom Checklist 90-Item Version; **SM:** Stress Management; **SMD:** Standardized Mean Difference; **SSM:** Stabilisation/Stress Management; **TAU:** Treatment As Usual; **TFP:** traumafokussierte Psychotherapie

Explanations

- a. Nosé, M., Ballette, F., Bighelli, I., Turrini, G., Purgato, M., Tol, W., Priebe, S., & Barbui, C. (2017). Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries: Systematic review and meta-analysis. *PLoS one*, 12(2), e0171030. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171030>
- b. Erhebliche Heterogenität (Insg. $I^2=86\%$; NET $I^2=37\%$; KVT $I^2=91\%$; TFP $I^2=85\%$)
- c. Optimale Informationsgröße (OIS) nicht gegeben
- d. Breite(s) KI(s)
- e. Visuelle Inspektion des Funnel Plots und der der Egger-Test ($p=.04$) deutet auf die Möglichkeit eines Publikationsbias hin
- f. Erhebliche Heterogenität (Insg. $I^2=81\%$; NET $I^2=70\%$; CBT $I^2=93\%$)
- g. Turrini, G., Tedeschi, F., Cuijpers, P., Del Giovane, C., Kip, A., Morina, N., Nosé, M., Ostuzzi, G., Purgato, M., Ricciardi, C., Sijbrandij, M., Tol, W., & Barbui, C. (2021). A network meta-analysis of psychosocial interventions for refugees and asylum seekers with PTSD. *BMJ global health*, 6(6), e005029. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005029>
- h. Statistischer Test auf Heterogenität ist signifikant ($p<0.001$)
- i. Erhebliche Heterogenität bei einigen paarweisen Vergleichen, die hauptsächlich KVT und WL umfassen ($I^2=92.2\%$ bzw. $I^2=86.0\%$)
- j. Kombination aus Studien in HICs und LMICs, nicht eindeutig identifizierbar zu welchem Anteil
- k. KI enthält 0 für EMDR, SSM und TAU, sodass Empfehlung unterschiedlich ausfallen würde, je nachdem ob die obere oder die untere Grenze des KI der Wahrheit entspricht
- l. Tests auf Heterogenität und Inkohärenz waren aufgrund der begrenzten verfügbaren Daten nicht möglich
- m. KIs enthalten 0, sodass Empfehlung unterschiedlich ausfallen würde, je nachdem ob die obere oder die untere Grenze des KI der Wahrheit entspricht
- n. Carlsson, J., Sonne, C., Vindbjerg, E., & Mortensen, E. L. (2018). Stress management versus cognitive restructuring in trauma-affected refugees-A pragmatic randomised study. *Psychiatry research*, 266, 116–123. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.015>
- o. Barhoma, M., Sonne, C., Lommen, M. J. J., Mortensen, E. L., & Carlsson, J. (2021). Stress management versus cognitive restructuring in trauma-affected refugees - A follow-up study on a pragmatic randomised trial. *Journal of affective disorders*, 294, 628–637. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.007>
- p. Verwendung von Somatisierungsskizzen im SCL-90 anstatt spez. Somatisierungsinstrument, wie den Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ - 20)

PICO 4

Keine Studieneinschlüsse und/oder GRADE-Profilierungen

PICO 5

PICO: Adjuvante Verfahren im Vergleich zu Warteliste bei geflüchteten Erwachsenen mit einer (k)PTBS

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studien	Studiendesign	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	Adjuvante Verfahren	Warteliste	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		
PTBS (Nachbeobachtung: Bereich 0 Tage bis 6 Monate; bewertet mit: HTQ, CAPS)												
3 ^{a,b,c}	Beobachtungsstudie n	schwerwiegen d	schwerwiegend d	nicht schwerwiegen d	sehr schwerwiegend e	keine	□ Beck et al. (2021): RCT zum Vergleich von Musiktherapie (tr-MI; n=39) versus TAU (n=35); zum Post-Ass. und 6-Monate-FU tr-MI TAU nicht unterlegen □ Askovic et al. (2020): NRSI zum Vergleich von Neurofeedback kombiniert mit Trauma Counseling (NFT; n=13) versus nur Trauma Counseling (TC; n=13); signifikant größere Reduktion von PTB-Symptomen durch NFT als durch TC (p=.002) □ Morina et al. (2012): Einarmige Studie zur Untersuchung von 10 Sitzungen schmerzfokussierte Behandlung mit Biofeedback (BF) gefolgt von 10 Sitzungen NET (n=18); signifikante Reduktion in PTB-Symptomen durch BF gefolgt von NET (p<.001); Pre BF - Post BF/Pre NET: d=0.1, Post BF/Pre NET - Post NET: d=1.43, Post NET - 3M-FU: d=-0.01			⊕○○○ Sehr niedrig		KRITISCH
Depression (bewertet mit: HSCL-25)												
1 ^b	Beobachtungsstudie n	schwerwiegen d	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegen d	sehr schwerwiegend e	keine	NFT führt im Vergleich zu TC zu einer signifikant größeren Reduktion von Depressionssymptomen von Prä-Intervention zum Post-Ass. (p=.001)			⊕○○○ Sehr niedrig		KRITISCH
Angst (bewertet mit: HSCL-25)												
1 ^b	Beobachtungsstudie n	schwerwiegen d	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegen d	sehr schwerwiegend e	keine	NFT führt im Vergleich zu TC zu einer signifikant größeren Reduktion von Angstsymptomen von Prä-Intervention zum Post-Ass. (p=.030)			⊕○○○ Sehr niedrig		KRITISCH
Somatisierung (Nachbeobachtung: Bereich 0 Tage bis 6 Monate; bewertet mit: SDQ-20)												
1 ^a	randomisierte klinische Studien	nicht schwerwiegen d	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegen d	sehr schwerwiegend e	keine	Keine signifikante Reduktion von Somatisierungssymptomen durch tr-MI von Prä-Intervention zum Post-Ass. (d=-0.01) und von Prä-Intervention zum 6-Monate-FU (d=0.10); kein Zwischengruppenvergleich berichtet			⊕⊕○○ Niedrig		WICHTIG
Funktionsniveau												
-	-	-	-	-	-	-	-			-		-

BF: schmerzfoкусиerte Behandlung mit Biofeedback; **CAPS:** Clinician-Administered PTSD Scale; **FU:** Follow-Up Assessment; **HSCL-25:** Hopkins Symptom Checklist - 25; **HTQ:** Harvard Trauma Questionnaire; **NET:** Narrative Expositionstherapie; **NFT:** Neurofeedback kombiniert mit Trauma Counseling; **NRSI:** Nicht-randomisierte Studien zu Interventionen; **Post-Ass.:** Post-Assessment; **RCT:** Randomisierte kontrollierte Studie; **SDQ-20:** Somatoform Dissociation Questionnaire; **TAU:** Treatment As Usual; **TC:** Trauma Counseling; **tr-MI:** Musiktherapie

Explanations

- a. Beck, B. D., Meyer, S. L., Simonsen, E., Sogaard, U., Petersen, I., Arnfred, S. M. H., Tellier, T., & Moe, T. (2021). Music therapy was noninferior to verbal standard treatment of traumatized refugees in mental health care: Results from a randomized clinical trial. *European journal of psychotraumatology*, 12(1), 1930960. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1930960>
- b. Askovic, M., Watters, A. J., Coello, M., Aroche, J., Harris, A. W. F., & Kropotov, J. (2020). Evaluation of Neurofeedback for Posttraumatic Stress Disorder Related to Refugee Experiences Using Self-Report and Cognitive ERP Measures. *Clinical EEG and neuroscience*, 51(2), 79–86. <https://doi.org/10.1177/1550059419849170>
- c. Morina, N., Maier, T., Bryant, R., Knaevelsrud, C., Wittmann, L., Rufer, M., Schnyder, U., & Müller, J. (2012). Combining biofeedback and Narrative Exposure Therapy for persistent pain and PTSD in refugees: a pilot study. *European journal of psychotraumatology*, 3, 10.3402/ejptv3i0.17660. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.17660>
- d. Eingeschränkte Vergleichbarkeit aufgrund unterschiedlicher Interventionen und Vergleichsgruppen in den Studien
- e. Optimale Informationsgröße (OIS) nicht gegeben

PICO 6

PICO: Psychotherapeutische Interventionen (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte) unter Verwendung von Dolmetschenden im Vergleich zu solchen ohne Dolmetschende bei geflüchteten Erwachsenen mit einer (k)PTBS

Certainty assessment							Ne der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
Ne der Studie n	Studiendesign	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	Psychotherapeutischen Interventionen (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte) unter Verwendung von Dolmetschenden	Psychotherapeutische Interventionen (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte) ohne Dolmetschende	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		
PTSS (bewertet mit: CAPS, WHO-CDI, HTQ, PDS)												
10 ^a	randomisierte klinische Studien	sehr schwerwiegend	schwerwiegend ^b	schwerwiegend ^c	sehr schwerwiegend ^d	keine	Subgruppenanalyse ergibt keinen signifikanten Unterschied in der Symptomreduktion nach einer Psychotherapie (KVT, NET, EMDR) mit ($k = 5$) versus ohne ($k = 5$) Dolmetscher $b = .30$, $p = .428$, 95%-KI [-.44, 1.03]		 Sehr niedrig		KRITISCH	
Depression (bewertet mit: HSCL-25, HAM-D)												
3 ^{e,f,g}	Beobachtungsstudien	schwerwiegend	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend ^h	sehr schwerwiegend ⁱ	keine	□ d'Ardenne et al. (2007): Signifikante Symptomreduktion durch Psychotherapie sowohl mit ($n = 36$), als auch ohne Dolmetscher ($n = 30$); kein Zwischengruppenvergleich berichtet □ Sander et al. (2019): Signifikante Symptomreduktion durch Psychotherapie sowohl mit ($n = 331$), als auch ohne Dolmetscher ($n = 242$); kein signifikanter Unterschied zum Post-Ass. zwischen beiden Gruppen □ Brune et al. (2011): Signifikante Symptomreduktion durch Psychotherapie sowohl mit ($n = 93$), als auch ohne Dolmetscher ($n = 97$); kein signifikanter Unterschied zum Post-Ass. zwischen beiden Gruppen		 Sehr niedrig		KRITISCH	
Angst (bewertet mit: HAM-A)												
1 ^f	Beobachtungsstudien	schwerwiegend	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend	sehr schwerwiegend ⁱ	keine	Signifikante Symptomreduktion durch Psychotherapie sowohl mit ($n = 329$), als auch ohne Dolmetscher ($n = 240$); kein signifikanter Unterschied zum Post-Ass. zwischen beiden Gruppen		 Sehr niedrig		KRITISCH	
Somatisierung (bewertet mit: SI-SCL-90)												
1 ^f	Beobachtungsstudien	schwerwiegend	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend	sehr schwerwiegend ⁱ	keine	Keine signifikante Symptomreduktion durch Psychotherapie mit Dolmetscher ($n = 337$), aber signifikante Symptomreduktion durch Psychotherapie ohne Dolmetscher ($n = 245$); signifikanter Unterschied zum Post-Ass. zwischen beiden Gruppen		 Sehr niedrig		WICHTIG	
Funktionsniveau												
-	-	-	-	-	-	-	-		-		-	

CAPS: Clinician-Administered PTSD Scale; **EMDR:** Eye Movement Desensitization and Reprocessing; **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale; **HAM-D:** Hamilton Depression Rating Scale; **HSCL-25:** Hopkins Symptom Check List - 25; **HTQ:** Harvard Trauma Questionnaire; **KI:** Konfidenzintervall; **KVT:** Kognitive Verhaltenstherapie; **NET:** Narrative Expositionstherapie; **PDS:** Posttraumatic Diagnostic Scale; **Post-Ass.:** Post-Assessment; **SI-SCL-90:** Subskala für Somatisierung der Symptom Checklist 90-Item Version; **WHO-CDI:** World Health Organization Composite International Diagnostic Interview

Explanations

- a. Lambert, J. E., & Alhassoon, O. M. (2015). Trauma-focused therapy for refugees: Meta-analytic findings. *Journal of Counseling Psychology*, 62(1), 28–37. <https://doi.org/10.1037/cou0000048>
- b. Beträchtliche Heterogenität ($I^2 = 64.54\%$)
- c. 20% eingeschlossener Studien aus LMICs
- d. KI enthält 0, sodass Empfehlung unterschiedlich ausfallen würde, je nachdem ob die obere oder die untere Grenze des KI der Wahrheit entspricht
- e. d' Ardenne, P., Ruaro, L., Cestari, L., Fakhoury, W., & Priebe, S. (2007). Does Interpreter-Mediated CBT with Traumatized Refugee People Work? A Comparison of Patient Outcomes in East London. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(3), 293–301. doi:10.1017/S1352465807003645
- f. Sander, R., Laugesen, H., Skammeritz, S., Mortensen, E. L., & Carlsson, J. (2019). Interpreter-mediated psychotherapy with trauma-affected refugees - A retrospective cohort study. *Psychiatry research*, 271, 684–692. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.058>
- g. Brune, M., Eiroá-Orosa, F. J., Fischer-Ortman, J., Delijaj, B., & Haasen, C. (2011). Intermediated communication by interpreters in psychotherapy with traumatized refugees. *International Journal of Culture and Mental Health*, 4(2), 144–151. <https://doi.org/10.1080/17542863.2010.537821>
- h. Brune et al. (2011): Nur 76,8% der Stichprobe PTBS-Diagnose
- i. Optimale Informationsgröße (OIS) nicht gegeben

Behandlung von Erwachsenen mit Störung der Intelligenzentwicklung (SIE)

PICO 1, 2, 3 & 4

Keine Studieneinschlüsse und/oder GRADE-Profilherstellungen.

PICO 5

PICO: Für Menschen mit SIE und (k)PTBS entwickelte oder angepasste traumafokussierte Psychotherapie im Vergleich zu einer beliebigen Kontrollbedingung bei Erwachsenen mit einer SIE seit Kindheit und (k)PTBS-Diagnose

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studien	Studiendesig n	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	Für Menschen mit SIE und (k)PTBS entwickelte oder angepasste traumafokussierte Psychotherapie	Beliebige Kontrollbedingungen	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		

PTB-Symptomreduktion (bewertet mit: PCL-5)

1 ^a	randomisierte klinische Studien	nicht schwerwiegend	^b	nicht schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^c	keine	□ Vergleich EMDR + SC (n = 15) vs. SC (n = 14): Signifikanter Haupteffekt Zeit (p = .00, $\eta^2 = .71$), kein signifikanter Interaktionseffekt Zeit x Gruppe □ EMDR + SC-Gruppe: 9 (60 %) bzw. 7 (47 %) Teilnehmer:innen wiesen zum Post-Ass. bzw. zum 3-Monats-FU keine PTBS-Diagnose mehr auf □ SC-Gruppe: 4 (27%) Teilnehmer:innen wiesen zum Post-Ass. und zum 3-Monats-FU keine PTBS-Diagnose mehr auf			⊕⊕○○ Niedrig	KRITISCH

Verbesserung der adaptiven Fähigkeiten

-	-	-	-	-	-	-	-			-	-

Verbesserung der Lebensqualität

-	-	-	-	-	-	-	-			-	-

EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing; **FU:** Follow-Up Assessment; **PCL-5:** Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5; **Post-Ass.:** Post-Assessment Zeitpunkt; **SC:** Standard Care.

Explanations

a. Karatzias, T., Brown, M., Taggart, L., Truesdale, M., Sirisena, C., Walley, R., Mason-Roberts, S., Bradley, A., & Paterson, D. (2019). A mixed-methods, randomized controlled feasibility trial of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) plus Standard Care (SC) versus SC alone for DSM-5 Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in adults with intellectual disabilities. *Journal of applied research in intellectual disabilities: JARID*, 32(4), 806–818. <https://doi.org/10.1111/jar.12570>

b. Bewertung der Inkonsistenz nicht anwendbar. Erläuterung: Nur eine Studie berücksichtigt.

c. Optimale Informationsgröße (OIS) nicht gegeben

PICO 6

Keine Studieneinschlüsse und/oder GRADE-Profilherstellungen.

Diagnostik der PTBS bei Kindern und Jugendlichen

PICO 1, 2 & 3

Keine Studieneinschlüsse und/oder GRADE-Profilerstellung

Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen

PICO 1

PICO: Alleinige Behandlung mit Psychopharmaka verglichen mit Behandlung mit Placebo bei Kindern und Jugendlichen mit PTB-Symptomen (Alter ≤ 18)

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studie n	Studiendesign	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	Alleinige Behandlung mit Psychopharmaka	Behandlung mit Placebo	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		
PTB-Symptome (bewertet mit: UCLA-PTSD-RI)												
1 ^a	randomisierte klinische Studien	nicht schwerwiegend	„b	nicht schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^{c,d}	keine	□ Intervention: Sertralin (<i>n</i> = 67); Kontrollgruppe: Placebo (<i>n</i> = 61) □ Kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Symptomreduktion zwischen beiden Gruppen (<i>p</i> = 0.20)				⊕⊕○○ Niedrig	KRITISCH
Depressionssymptome (bewertet mit: CDRS-R)												
1 ^a	randomisierte klinische Studien	nicht schwerwiegend	„b	nicht schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^{c,d}	keine	□ Intervention: Sertralin (<i>n</i> = 67); Kontrollgruppe: Placebo (<i>n</i> = 61) □ Kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Symptomreduktion zwischen beiden Gruppen (<i>p</i> = 0.21)				⊕⊕○○ Niedrig	KRITISCH

CDRS-R: Children's Depression Rating Scale – Revised; **CI:** confidence interval; **MD:** mean difference; **UCLA-PTSD-RI:** UCLA Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index.

Explanations

a. Robb, A. S., Cueva, J. E., Sporn, J., Yang, R., & Vanderburg, D. G. (2010). Sertraline treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder: A double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 20(6), 463–471. <https://doi.org/10.1089/cap.2009.0115>

b. Bewertung der Inkonsistenz nicht anwendbar. Erläuterung: Nur eine Studie berücksichtigt

c. Optimale Informationsgröße (OIS) nicht gegeben

d. KI enthält 0, sodass Empfehlung unterschiedlich ausfallen würde, je nachdem ob die obere oder die untere Grenze des KIs der Wahrheit entspricht

PICO: Kombinationstherapie aus Psychotherapie und Psychopharmaka verglichen mit Kombinationstherapie aus Psychotherapie und Placebo bei Kindern und Jugendlichen mit PTB-Symptomen (Alter ≤ 18)

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studie n	Studiendesign	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	Kombinationstherapie aus Psychotherapie und Psychopharmaka	Kombinationstherapie aus Psychotherapie und Placebo	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		
PTB-Symptome (bewertet mit: K-SADS)												
1 ^a	randomisierte klinische Studien	nicht schwerwiegend ^d	– ^b	nicht schwerwiegend	extremely serious ^{c,d}	keine	⊥ Intervention: TF-CBT + Sertralin (<i>n</i> = 12); Kontrollgruppe: TF-CBT + Placebo (<i>n</i> = 12) ⊥ Verbesserung beider Gruppen vom Prä- zum Post-Zeitpunkt, kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen zum Post-Zeitpunkt		⊕○○○ Sehr niedrig		KRITISCH	
Depressionssymptome (bewertet mit: MFQ)												
1 ^a	randomisierte klinische Studien	nicht schwerwiegend ^d	– ^b	nicht schwerwiegend	extremely serious ^{c,d}	keine	⊥ Intervention: TF-CBT + Sertralin (<i>n</i> = 12); Kontrollgruppe: TF-CBT + Placebo (<i>n</i> = 12) ⊥ Verbesserung beider Gruppen vom Prä- zum Post-Zeitpunkt, kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen zum Post-Zeitpunkt		⊕○○○ Sehr niedrig		KRITISCH	
Angstsymptome (bewertet mit: SCARED)												
1 ^a	randomisierte klinische Studien	nicht schwerwiegend ^d	– ^b	nicht schwerwiegend	extremely serious ^{c,d}	keine	⊥ Intervention: TF-CBT + Sertralin (<i>n</i> = 12); Kontrollgruppe: TF-CBT + Placebo (<i>n</i> = 12) ⊥ Verbesserung beider Gruppen vom Prä- zum Post-Zeitpunkt, kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen zum Post-Zeitpunkt		⊕○○○ Sehr niedrig		KRITISCH	
Funktionsniveau (bewertet mit: CGAS)												
1 ^a	randomisierte klinische Studien	nicht schwerwiegend ^d	– ^b	nicht schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^c	keine	⊥ Intervention: TF-CBT + Sertralin (<i>n</i> = 12); Kontrollgruppe: TF-CBT + Placebo (<i>n</i> = 12) ⊥ Verbesserung beider Gruppen vom Prä- zum Post-Zeitpunkt, und auch signifikante Interaktion zwischen Gruppe x Zeit		⊕⊕○○ Niedrig		WICHTIG	

CGAS: Children's Global Assessment Scale; **KI:** confidence interval; **K-SADS:** Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; **MFQ:** Mood and Feelings Questionnaire; **SCARED:** Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders; **TF-CBT:** Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy.

Explanations

a. Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Perel, J. M., & Staron, V. (2007). A pilot randomized controlled trial of combined trauma-focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(7), 811–819. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e3180547105>

b. Bewertung der Inkonsistenz nicht anwendbar. Erläuterung: Nur eine Studie berücksichtigt

c. Optimale Informationsgröße (OIS) nicht gegeben

d. KI enthält 0, sodass Empfehlung unterschiedlich ausfallen würde, je nachdem ob die obere oder die untere Grenze des KIs der Wahrheit entspricht

PICO 2 & 3

PICO: Effektivität psychotherapeutischer Interventionen im Vergleich zu sowohl inaktiven als auch aktiven Kontrollbedingungen bei Kindern und Jugendlichen mit kPTB-Symptomen

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studien	Studiendesign	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	Psychotherapeutische Interventionen	Inaktive & aktive Kontrollbedingungen	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		
PTB-Symptome (CAPS-CA, CITES II, UCLA PTSD-RI, CATS-2, CPSS)												
6 ^a	Beobachtungsstudien	schwerwiegend	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^b	nicht schwerwiegend	keine	□ In allen Studien signifikante Symptomreduktion nachgewiesen (Therapie: D-CPT, Tf-KVT, PE) □ In $k = 5$ Studien Vergleich von kPTBS-Population mit PTBS-Population: Höhere Symptomlast zum Prä-Zeitpunkt, aber kein Unterschied im Therapieverlauf □ große within subjekt Effektstärke $d = 0.90$ bis 2.16 in $k = 3$ Studien			⊕○○○ Sehr niedrig	KRITISCH	

CAPS-CA: Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents; **CATS-2:** Child and Adolescent Trauma Screen – Version 2; **CITES II:** Childhood PTSD Inventory – Second Version; **CPSS:** Child PTSD Symptom Scale; **D-CPT:** Developmentally adapted cognitive processing therapy; **KI:** Konfidenzintervall; **PE:** Prolonged exposure; **Tf-KVT:** Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie; **UCLA PTSD-RI:** UCLA Post-Traumatic Stress Disorder Reaction Index.

Explanations

a. Eilers, R., Rimane, E., Vogel, A., Renneberg, B., Steil, R., & Rosner, R. (2021). Response of young patients with probable ICD-11 complex PTSD to treatment with developmentally adapted cognitive processing therapy. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1929024>

Hébert, M., & Amédée, L. M. (2020). Latent class analysis of post-traumatic stress symptoms and complex PTSD in child victims of sexual abuse and their response to Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1807171>

Hendriks, L., de Kleine, R. A., Heyvaert, M., Becker, E. S., Hendriks, G.-J., & van Minnen, A. (2017). Intensive prolonged exposure treatment for adolescent complex posttraumatic stress disorder: a single-trial design. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 58(11), 1229–1238. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12756>

Jensen, T. K., Braathu, N., Birkeland, M. S., Ormhaug, S. M., & Skar, A.-M. S. (2022). Complex PTSD and treatment outcomes in TF-CBT for youth: a naturalistic study. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2). <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2114630>

Ross, S. L., Sharma-Patel, K., Brown, E. J., Hunt, J. S., & Chaplin, W. F. (2021). Complex trauma and Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy: How do trauma chronicity and PTSD presentation affect treatment outcome? *Child Abuse & Neglect*, 111(104734), 104734. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104734>

Sachser, C., Keller, F., & Goldbeck, L. (2017). Complex PTSD as proposed for ICD-11: validation of a new disorder in children and adolescents and their response to Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 58(2), 160–168. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12640>

b. Patient:innen weisen mutmaßlich kPTB-Symptome auf; kein validiertes Messinstrument für kPTBS verwendet

PICO: Effektivität psychotherapeutischer Interventionen im Vergleich zu sowohl inaktiven als auch aktiven Kontrollbedingungen bei Kindern und Jugendlichen mit (k)PTB-Symptomen

PICO: Systematische Überlegenheit einer Variante der traumafokussierten Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit (k)PTB-Symptomen

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studien	Studiendesign	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	Psychotherapeutische Interventionen	Inaktive & aktive Kontrollbedingungen	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		
PTB-Symptome												
56 ^a	randomisierte klinische Studien	nicht schwerwiegend ^b	schwerwiegend ^c	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^d	starke Assoziation	■ Im Vergleich mit Warteliste Überlegenheit von CPT (SMD = -1.30, 95%-KI [-2.08, -0.52]), CT (SMD = -1.02, 95%-KI [-1.83, -0.22]), BT (SMD = -0.96, 95%-KI [-1.55, -0.38]), nicht-traumafokussierte KVT im Gruppensetting (SMD = -0.92, 95%-KI [-1.60, -0.24]), TF-KVT im Einzelsetting (SMD = -0.80, 95%-KI [-1.09, -0.52]), EMDR (SMD = -0.60, 95%-KI [-0.99, -0.21]), TF-KVT im Gruppensetting (SMD = -0.50, 95%-KI [-0.79, -0.20]) ■ Im Vergleich mit TAU Überlegenheit von CPT (SMD = -1.16, 95%-KI [-2.04, -0.28]), CT (SMD = -0.88, 95%-KI [-1.74, -0.03]), BT (SMD = -0.82, 95%-KI [-1.42, -0.23]), nicht-traumafokussierte KVT im Gruppensetting (SMD = -0.78, 95%-KI [-1.54, -0.02]), TF-KVT im Einzelsetting (SMD = -0.66, 95%-KI [-1.02, -0.31]), EMDR (SMD = -0.46, 95%-KI [-0.92, -0.01]) ■ Im Vergleich mit Supportive Therapy Überlegenheit von CPT (SMD = -1.08, 95%-KI [-1.96, -0.20]), BT (SMD = -0.74, 95%-KI [-1.29, -0.20]), TF-KVT im Einzelsetting (SMD = -0.58, 95%-KI [-0.92, -0.24])			⊕⊕⊕○ Moderat	KRITISCH	
Depressionssymptome												
41 ^a	randomisierte klinische Studien	nicht schwerwiegend ^b	schwerwiegend ^c	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^d	keine	■ Im Vergleich mit Warteliste Überlegenheit von CPT (SMD = -1.16, 95%-KI [-1.80, -0.51]), BT (SMD = -0.75, 95%-KI [-1.33, -0.16]), TF-KVT im Einzelsetting (SMD = -0.52, 95%-KI [-0.77, -0.26]), EMDR (SMD = -0.46, 95%-KI [-0.84, -0.07]), TF-KVT im Gruppensetting (SMD = -0.29, 95%-KI [-0.53, -0.04]) ■ Im Vergleich mit TAU Überlegenheit von CPT (SMD = -1.17, 95%-KI [-1.92, -0.42]), BT (SMD = -0.76, 95%-KI [-1.34, -0.19]), TF-KVT im Einzelsetting (SMD = -0.53, 95%-KI [-0.87, -0.19]), EMDR (SMD = -0.47, 95%-KI [-0.91, -0.04]) ■ Im Vergleich mit Supportive Therapy Überlegenheit von CPT (SMD = -1.10, 95%-KI [-1.85, -0.34]), BT (SMD = -0.69, 95%-KI [-1.17, -0.20]), TF-KVT im Einzelsetting (SMD = -0.46, 95%-KI [-0.77, -0.15]) ■ Im Vergleich mit nicht traumafokussierter Therapie Überlegenheit von CPT (SMD = -1.02, 95%-KI [-1.84, -0.20]) ■ Im Vergleich mit TF-KVT im Gruppensetting Überlegenheit von CPT (SMD = -0.87, 95%-KI [-1.56, -0.18])			⊕⊕○○ Niedrig	KRITISCH	

Angstsymptome

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studien	Studiendesign	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	Psychotherapeutische Interventionen	Inaktive & aktive Kontrollbedingungen	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		
26 ^a	randomisierte klinische Studien	nicht schwerwiegend ^b	schwerwiegend ^f	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^d	keine	ⓘ Im Vergleich mit Warteliste Überlegenheit von CT (SMD = -0.69, 95%-KI [-1.32, 0.06]), TF-KVT im Einzelsetting (SMD = -0.49, 95%-KI [-0.73, -0.25]), EMDR (SMD = -0.51, 95%-KI [-0.88, -0.14]) ⓘ Im Vergleich mit Supportive Therapy Überlegenheit von TF-KVT im Einzelsetting (SMD = -0.31, 95%-KI [-0.57, -0.05]) ⓘ Im Vergleich mit TF-KVT im Gruppensetting Überlegenheit von TF-KVT im Einzelsetting (SMD = -0.42, 95%-KI [-0.80, -0.04])				⊕⊕○○ Niedrig	KRITISCH
Funktionseinschränkung (bewertet mit: CGAS)												
3 ^g	randomisierte klinische Studien	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^h	nicht schwerwiegend ⁱ	sehr schwerwiegend ^{j,k}	keine	Keine signifikanten Unterschiede zwischen Expositionstherapie (PE, KIDNET) und aktiven Kontrollbedingungen (Supportive Counseling, Meditation-Relaxation) nach Ende der Intervention: SMD = 0.15, 95%-KI [-0.47, 0.76]				⊕○○○ Sehr niedrig	WICHTIG
Externalisierende Verhaltensstörungen (bewertet mit: AESC, SDQ, TSCC, CBCL, AAS, YSR)												
14 ^l	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^m	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^k	keine	ⓘ Kein Effekt von CBTs-TF im Vergleich zu Kontrollbedingungen ($b = -2.76$, SE 1.67, $p = 0.098$). ⓘ Ergebnisse explorativer zweistufiger Netzwerk-Metaanalyse: Signifikante Effekte von CBTs-TF im Vergleich zu keiner Intervention ($b = -7.70$, 95%-KI [-10.59, -4.81]) und TAU ($b = -5.57$, 95%-KI [-8.39, -2.75]); kein Effekt von CBTs-TF im Vergleich zu nicht-traumafokussierten psychosozialen Interventionen ($b = 0.93$, 95%-KI [-2.60, 4.46]); signifikante Überlegenheit von traumafokussierte psychosozialen nicht-CBT Interventionen gegenüber CBTs-TF ($b = 7.45$, 95%-KI [3.12, 11.78])				⊕○○○ Sehr niedrig	WICHTIG

CPT: Cognitive processing therapy; **CT:** Cognitive therapy; **BT:** Behavioral Therapy; **KVT:** Kognitive Verhaltenstherapie; **TF-KVT:** Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie; **EMDR:** Eye movement desensitisation and reprocessing; **PE:** Prolonged exposure; **KIDNET:** kindgerechte Form der Narrativen Expositionstherapie; **CBTs-TF:** trauma-focused cognitive behavioral therapies; **TAU:** Treatment as usual; **SMD:** Standardised Mean Difference; **KI:** Konfidenzintervall

Explanations

- Xiang, Y., Cipriani, A., Teng, T., Del Giovane, C., Zhang, Y., Weisz, J. R., Li, X., Cuijpers, P., Liu, X., Barth, J., Jiang, Y., Cohen, D., Fan, L., Gillies, D., Du, K., Ravindran, A. V., Zhou, X., & Xie, P. (2021). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a systematic review and network meta-analysis. *Evidence-Based Mental Health*, 24(4), 153–160. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2021-300346>
- Sensitivitätsanalyse zeigt keinen Unterschied bei Kontrolle für Risk of Bias
- Signifikante beträchtliche Heterogenität: $I^2 = 75\%$
- Für einige Vergleiche breite 95%-KIs
- Signifikante moderate Heterogenität: $I^2 = 55\%$
- Signifikante moderate Heterogenität: $I^2 = 50\%$
- Huang, T., Li, H., Tan, S., Xie, S., Cheng, Q., Xiang, Y., & Zhou, X. (2022). The efficacy and acceptability of exposure therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 22(1), 259. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03867-6>
- Statistisch signifikante beträchtliche Heterogenität: $I^2 = 68\%$
- Bewertung des Endpunkts Funktionseinschränkung nur für PICO 2 gültig. Erläuterung: In PICO 3 geforderter Vergleich nicht gegeben, da keine Varianten der traumafokussierten Psychotherapie miteinander verglichen

j. Optimale Informationsgröße (OIS) nicht gegeben

k. KI enthält 0, sodass Empfehlung unterschiedlich ausfallen würde, je nachdem ob die obere oder die untere Grenze des KIs der Wahrheit entspricht

l. de Haan, A., Meiser-Stedman, R., Landolt, M. A., Kuhn, I., Black, M. J., Klaus, K., Patel, S. D., Fisher, D. J., Haag, C., Ukoumunne, O. C., Jones, B. G., Flaiyah, A. M., Catani, C., Dawson, K., Bryant, R. A., de Roos, C., Ertl, V., Foa, E. B., Ford, J. D., Gilboa-Schechtman, E., ... Dalgleish, T. (2024). Efficacy and moderators of efficacy of cognitive behavioural therapies with a trauma focus in children and adolescents: an individual participant data meta-analysis of randomised trials. *The Lancet. Child & adolescent health*, 8(1), 28–39. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(23\)00253-5](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(23)00253-5)

m. Tau-Quadrat = 34.88, somit Standardabweichung von 5.91 im Vergleich zu einer mittleren Effektgröße (b) von 2.76

PICO 4

Keine Studieneinschlüsse und/oder GRADE-Profilerstellung

PICO 5

PICO: Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen mit Einbezug der Eltern oder Bezugspersonen im Vergleich zu psychotherapeutischen Interventionen ohne Einbezug der Eltern oder Bezugspersonen bei Kindern und Jugendlichen mit (k)PTB-Symptomen

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studien	Studiendesign	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	Psychotherapeutische Interventionen mit Einbezug der Eltern oder Bezugspersonen	Psychotherapeutische Interventionen ohne Einbezug der Eltern oder Bezugspersonen	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		
PTB-Symptome (bewertet mit: K-SADS-E, PTSD-composite, ADIS-PTSD-Total, CPSS, TSCC PTSD, CROPS, CAPS-CA, UCLA PTSD-RI, TSCYC, CPTSDI)												
25 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	schwerwiegend ^b	sehr schwerwiegend ^{c,d}	nicht schwerwiegend	keine	Psychotherapeutische Interventionen mit Einbezug der Eltern oder Bezugspersonen zum Ende der Intervention signifikant effektiver als passive und aktive Kontrollbedingungen ($k = 28$): $g = -0.34$, 95%-KI [-0.53 -0.14]				Sehr niedrig	KRITISCH
Depressionssymptome (bewertet mit: CDI, BDS, CES-D, MFQ, RCADS-MDD)												
22 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	schwerwiegend ^e	sehr schwerwiegend ^{c,d}	nicht schwerwiegend	keine	Psychotherapeutische Interventionen mit Einbezug der Eltern oder Bezugspersonen zum Ende der Intervention signifikant effektiver als passive und aktive Kontrollbedingungen ($k = 22$): $g = -0.29$, 95%-KI [-0.46, -0.11]				Sehr niedrig	KRITISCH
Angstsymptome (bewertet mit: STAIC-T, R-CMAS, MASC, SCARED, SCAS)												
14 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	nicht schwerwiegend ^f	sehr schwerwiegend ^{c,d}	nicht schwerwiegend	keine	Psychotherapeutische Interventionen mit Einbezug der Eltern oder Bezugspersonen zum Ende der Intervention signifikant effektiver als passive und aktive Kontrollbedingungen ($k = 14$): $g = -0.25$, 95%-KI [-0.42, -0.08]				Sehr niedrig	KRITISCH
Externalisierende Verhaltensstörungen (bewertet mit: YSR-Externalizing, BASC-2 Externalizing, AYPAC Conduct problems)												
4 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^g	sehr schwerwiegend ^{c,d}	schwerwiegend ^h	keine	Psychotherapeutische Interventionen mit Einbezug der Eltern oder Bezugspersonen zum Ende der Intervention nicht signifikant effektiver als passive und aktive Kontrollbedingungen ($k = 7$): $g = -0.04$, 95%-KI [-0.56, 0.47]				Sehr niedrig	WICHTIG

KI: Konfidenzintervall

Explanations

- Szota, K., Schulte, K. L., & Christiansen, H. (2023). Interventions Involving Caregivers for Children and Adolescents Following Traumatic Events: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical child and family psychology review*, 26(1), 17–32. <https://doi.org/10.1007/s10567-022-00415-2>
- Statistisch signifikante beträchtliche Heterogenität: $I^2 = 70\%$
- In PICO geforderte Population nicht vollständig gegeben. Erläuterung: PTB-Symptome kein Einschlusskriterium, sondern Anpassungsstörung, (komplexe) PTBS oder andere durch ein traumatisches Erlebnis verursachte psychische Störung.
- In PICO geforderte Vergleichsintervention nicht vollständig gegeben. Erläuterung: Nicht alle eingeschlossenen RCTs nehmen einen Vergleich mit psychotherapeutischen Interventionen ohne Einbezug der Eltern oder Bezugspersonen vor.
- Statistisch signifikante moderate Heterogenität: $I^2 = 52\%$
- Nicht statistisch signifikante niedrige Heterogenität: $I^2 = 18\%$
- Statistisch signifikante erhebliche Heterogenität: $I^2 = 85\%$

h. KI enthält 0, sodass Empfehlung unterschiedlich ausfallen würde, je nachdem ob die obere oder die untere Grenze des KIs der Wahrheit entspricht

PICO 6

PICO: Wirksamkeit (traumafokussierter) psychotherapeutischer Interventionen im Gruppensetting im Vergleich zu (traumafokussierten) psychotherapeutischen Interventionen in Einzelsetting oder (in)aktiven Kontrollbedingungen bei Kindern und Jugendlichen mit (k)PTB-Symptomen

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studien	Studiendesig n	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	(Traumafokussierte) psychotherapeutische Behandlung im Gruppensetting	(Traumafokussierte) psychotherapeutische Behandlung im Einzelsetting oder (in)aktive Kontrollbedingung	Relati v (95% CI)	Absolut (95% CI)		
PTB-Symptome (Nachbeobachtung: Bereich 1 Monat bis 12 Monate; bewertet mit: CRIES, PSS, CATS, UCLA-RI, CPSS)												
11 ^a	randomisierte klinische Studien	nicht schwerwiegend ^b	schwerwiegend ^c	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend	keine	Signifikante Überlegenheit von traumafokussierter Gruppentherapie im Vergleich zur Kontrollgruppe (Warteliste, TAU; k = 11 Studien): SMD = -0.43, 95%-KI [-0.65, -0.22], auch zum Follow-Up Zeitpunkt (k = 9 Studien) SMD = -0.33, 95%-KI [-0.52, -0.13]		 Moderat		KRITISCH	
Depressionssymptome												
8 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	schwerwiegend ^d	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend	keine	Signifikante Überlegenheit von traumafokussierter Gruppentherapie im Vergleich zur Kontrollgruppe (Warteliste, TAU; k = 8 Studien): SMD = -0.29, 95%-KI [-0.49, -0.09]		 Niedrig		KRITISCH	
Angstsymptome												
4 ^a	randomisierte klinische Studien	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend ^e	nicht schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^{f,g}	keine	Keine signifikante Überlegenheit von traumafokussierter Gruppentherapie im Vergleich zur Kontrollgruppe (Warteliste, TAU; k = 4 Studien): SMD = -0.12, 95%-KI [-0.27, 0.04]		 Niedrig		KRITISCH	
Funktionsniveau												
3 ^a	randomisierte klinische Studien	nicht schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^h	nicht schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^{f,g}	keine	Keine signifikante Überlegenheit von traumafokussierter Gruppentherapie im Vergleich zur Kontrollgruppe (Warteliste, TAU; k = 3 Studien): SMD = -0.03, 95%-KI [-0.49, 0.42]		 Sehr niedrig		WICHTIG	

TAU: Treatment as usual; SMD: Standardised Mean Difference; KI: Konfidenzintervall

Explanations

a. Xie, S., Cheng, Q., Tan, S., Li, H., Huang, T., Xiang, Y., & Zhou, X. (2024). The efficacy and acceptability of group trauma-focused cognitive behavior therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 86, 127–134. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2023.11.012>

b. Sensitivitätsanalyse zeigt keine signifikante Veränderung der Ergebnisse bei Kontrolle für Risk of Bias

c. Statistisch signifikante beträchtliche Heterogenität: $I^2 = 75\%$

d. Statistisch signifikante moderate Heterogenität: $I^2 = 54\%$

e. Keine Heterogenität: $I^2 = 0\%$

f. Optimale Informationsgröße (OIS) nicht gegeben

g. KI enthält 0, sodass Empfehlung unterschiedlich ausfallen würde, je nachdem ob die obere oder die untere Grenze des KIs der Wahrheit entspricht

h. Statistisch signifikante erhebliche Heterogenität: $I^2 = 87\%$

Allgemeine Behandlungsprinzipien

PICO 1

PICO: PTBS-Interventionen in Zusammenarbeit mit der Primärversorgung / unter Einbeziehung des hausärztlichen Settings im Vergleich zu Treatment-As-Usual oder keiner Vergleichsgruppe bei Erwachsenen mit PTBS

Certainty assessment							N _e der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
N _e der Studien	Studiendesign	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	PTBS-Interventionen in Zusammenarbeit mit der Primärversorgung/unter Einbeziehung des hausärztlichen Settings	Treatment-As-Usual oder keiner Vergleichsgruppe	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		

PTB-Symptome

3 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegen ^d	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^b	sehr schwerwiegend ^{c,d}	keine	⊞ Keine signifikante Überlegenheit von psychologischen Interventionen unter Einbezug von Hausärzt:innen sechs Monate nach der Intervention im Vergleich zur Kontrollbedingung (SMD = -0.1, 95%-KI [-0.24, 0.04], <i>k</i> = 3 Studien) ⊞ Signifikante Überlegenheit von psychologischen Interventionen unter Einbezug von Hausärzt:innen zwölf Monate nach der Intervention im Vergleich zu Kontrollbedingung (SMD = -0.23, 95%-KI [-0.38, -0.08], <i>k</i> = 2 Studien)			⊕○○○ Sehr niedrig ^{b,c,d}	

KI: Konfidenzintervall; **SMD:** Standardized Mean Difference

Explanations

a. Gehringer, R., Freytag, A., Krause, M., Schlattmann, P., Schmidt, K., Schulz, S., Zetzulka, S. J., Wolf, F., Grininger, J., Berger, M., Vollmar, H. C., & Gensichen, J. (2020). Psychological interventions for posttraumatic stress disorder involving primary care physicians: systematic review and Meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Family Practice*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01244-4>

b. Einschluss von Personen mit PTB-Symptomen anstatt wie in der PICO gefordert Personen mit PTBS-Diagnose

c. Optimale Informationsgröße (OIS) nicht gegeben.

d. KI enthält 0, sodass Empfehlung unterschiedlich ausfallen würde, je nachdem ob die obere oder die untere Grenze des KI der Wahrheit entspricht.

PICO 2 & 3

Keine Studieneinschlüsse und/oder GRADE-Profilierungen

PICO 4

PICO: Auf besondere Gewaltform abgestimmte Therapie oder Intervention im Vergleich zu nicht auf besondere Gewaltformen abgestimmte Therapie oder Intervention/ keine Vergleichsgruppe bei Personen mit einer (k)PTBS

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studien	Studiendesign	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	Auf besondere Gewaltform abgestimmte Therapie oder Intervention	Nicht auf besondere Gewaltformen abgestimmte Therapie oder Intervention / keine Vergleichsgruppe	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		
PTB-Symptome												
12 ^a	randomisierte klinische Studien	sehr schwerwiegend	schwerwiegend ^b	schwerwiegend ^c	schwerwiegend ^d	keine	□ Kleiner Effekt von integrativen Interventionen im Vergleich zu inaktiven Kontrollbedingungen (<i>SMD</i> = -0.30, 95%-KI [-0.57, -0.03], <i>p</i> = .003) □ Kein Effekt von Advocacy-Interventionen im Vergleich zu inaktiven Kontrollbedingungen (<i>SMD</i> = 0.01, 95%-KI [-0.09, 0.11], <i>p</i> = 0.85)		⊕○○○ Sehr niedrig ^{b,c}		KRITISCH	
Reduktion häuslicher Gewalt												
15 ^a	randomisierte klinische Studien	sehr schwerwiegend	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^c	schwerwiegend ^d	keine	□ Kleiner Effekt von integrativen Interventionen im Vergleich zu inaktiven Kontrollbedingungen (<i>SMD</i> = -0.23, 95%-KI [-0.40, -0.07], <i>p</i> = .006) □ Kein Effekt von Advocacy-Interventionen im Vergleich zu inaktiven Kontrollbedingungen (<i>SMD</i> = 0.07, 95%-KI [-0.01, 0.15], <i>p</i> = .07)		⊕○○○ Sehr niedrig ^{c,d}		KRITISCH	
Depressionssymptome												
20 ^a	randomisierte klinische Studien	sehr schwerwiegend	schwerwiegend ^e	schwerwiegend ^c	schwerwiegend ^d	keine	□ Moderater Effekt von integrativen Interventionen im Vergleich zu inaktiven Kontrollbedingungen (<i>SMD</i> = -0.35, 95%-KI [-0.66, -0.04], <i>p</i> = .03) □ Kein Effekt von Advocacy-Interventionen im Vergleich zu inaktiven Kontrollbedingungen (<i>SMD</i> = -0.06, 95%-KI [-0.13, 0.01], <i>p</i> = .09)		⊕○○○ Sehr niedrig ^{c,d,e}		KRITISCH	
Lebensqualität												
3 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	nicht schwerwiegend	sehr schwerwiegend ^{c,f}	schwerwiegend ^g	keine	Signifikante Überlegenheit von psychosozialen Interventionen im Vergleich zu inaktiven Kontrollbedingungen (<i>SMD</i> = 0.14, 95%-KI [0.03, 0.26], <i>p</i> = .02)		⊕○○○ Sehr niedrig ^{c,f,g}		WICHTIG	

KI: Konfidenzintervall; SMD: Standardized Mean Difference

Explanations

a. Micklitz, H. M., Glass, C. M., Bengel, J., & Sander, L. B. (2024). Efficacy of psychosocial interventions for survivors of intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence & Abuse*, 25(2), 1000–1017. <https://doi.org/10.1177/15248380231169481>

b. Moderate Heterogenität in Subgruppenanalyse integrativer Interventionen: $I^2 = 58\%$

c. Kein Einschlusskriterium bzgl. PTBS-Diagnose oder PTB-Symptome in Metaanalyse gegeben.

d. KI enthält 0 für einige Vergleiche, sodass Empfehlung unterschiedlich ausfallen würde, je nachdem ob die obere oder die untere Grenze des KI der Wahrheit entspricht.

e. Moderate Heterogenität in Subgruppenanalyse integrativer Interventionen: $I^2 = 67\%$

f. Einige der enthaltenen Interventionen sind nicht ausreichend an die spezifische Gewaltform angepasst.

g. Optimale Informationsgröße (OIS) nicht gegeben

PICO 5

PICO: Trauma-Informed-Care-Schulung für HCPs im Vergleich zu keiner Schulung für HCPs in der Behandlung von Patient:innen mit Verdacht auf Traumafolgestörungen

Certainty assessment							№ der Patienten		Wirkung		Certainty	Wichtigkeit
№ der Studien	Studiendesig n	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	Trauma-Informed-Care-Schulung für HCPs	Keine Schulung für HCPs	Relativ (95% CI)	Absolut (95% CI)		
Erkennung von Traumafolgestörungen												
3 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	schwerwiegend ^b	nicht schwerwiegend	schwerwiegend ^c	keine	□ Haist et al. (2007; <i>n</i> = 27) und Gürkan et al. (2017; <i>n</i> = 190) finden keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen in (1) der Identifizierung von standardisierten Patient:innen, die mit Fallbeispielen vorgestellt wurden, die darauf hindeuten, dass sie IPV erlebt haben bzw. (2) richtigen Antworten auf Fragen bzgl. Diagnose und klinische Reaktion auf IPV □ Lo Fo Wong et al. (2006): HCPs in Interventionsgruppe identifizierten Patient:innen/ Überlebende von IPV mehr als viermal so häufig wie die Kontrollgruppe (RR = 4.54, 95%-KI [2.5, 8.09]; <i>p</i> < 0.001; <i>n</i> = 54)			⊕○○○ Sehr niedrig ^{b,c}		KRITISCH
Vermittlung in soziale Einrichtungen												
1 ^a	randomisierte klinische Studien	sehr schwerwiegend	- ^d	schwerwiegend ^e	schwerwiegend ^f	keine	Short et al. (2006b): Untersuchung einer mind. vierstündigen Online-IPV-Schulung (<i>n</i> = 44 HCPs) im Vergleich zu keiner Schulung (<i>n</i> = 37 HCPs); weder sechs noch 12 Monate nach der Intervention signifikante Ergebnisse bzgl. Überweisungsaktivitäten			⊕○○○ Sehr niedrig ^{d,e,f}		KRITISCH
Verhinderung von weiteren Gewalttaten/ erneute Traumatisierung												
2 ^a	randomisierte klinische Studien	schwerwiegend	schwerwiegend ^b	schwerwiegend ^e	sehr schwerwiegend ^{c,f}	keine	Haist et al. (2007; <i>n</i> = 27): Teilnehmer:innen der Interventionsgruppe waren eher in der Lage, in ihren Interaktionen mit standardisierten Patient:innen eine erfolgreiche Sicherheitsplanung durchzuführen (<i>p</i> = 0.04) (OR 4.44, 95%-KI [1.04, 19.0]) Short et al. (2006b): Untersuchung einer mind. vierstündigen Online-IPV-Schulung (<i>n</i> = 44 HCPs) im Vergleich zu keiner Schulung (<i>n</i> = 37 HCPs); sechs und 12 Monate nach der Intervention keinen oder kleinen Effekt bzgl. Sicherheitsplanung			⊕○○○ Sehr niedrig ^{b,c,e,f}		KRITISCH

HCPs: Healthcare Professionals; IPV: Interpersonal Violence; KI: Konfidenzintervall; OR: Odds Ratio; RR: Risk Ratio

Explanations

a. Kalra, N., Hooker, L., Reisenhofer, S., Di Tanna, G. L., & García-Moreno, C. (2021). Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD012423. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012423.pub2>

b. Widersprüchliche Befunde zwischen den Studien

c. Ergebnisse sprechen weder eindeutig für noch gegen Anwendung der Intervention.

d. Bewertung der Inkonsistenz nicht anwendbar. Erläuterung: Nur eine Studie berücksichtigt.

e. Short et al. (2006b): Outcome bewertet auf Basis der gesamten Praxistätigkeiten anstatt des Verhaltens der einzelnen HCPs; Ergebnisverzerrung, da durchschnittlich vier HCPs in einer Praxis tätig, von denen nur einer an der Schulung teilgenommen hatte

f. Optimale Informationsgröße (OIS) nicht gegeben.

PICO 6

Keine Studieneinschlüsse und/oder GRADE-Profilierungen

AMSTAR 2 Profile

Das *A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews* (**AMSTAR**, https://amstar.ca/Amstar_Checklist.php) hat sich als eines der am häufigsten verwendeten Bewertungsinstrumente zur Qualitätsbewertung systematischer Reviews etabliert. Dabei haben die Autor:innen dieses Tools einen Vorschlag für eine Gesamteinschätzung in das Vertrauen in die Review-Ergebnisse eingeführt, auch Aussagesicherheit genannt. Nach einem festgelegten Algorithmus wird die Aussagesicherheit eines Reviews (auf der Grundlage von 16 Items) als hoch, moderat, niedrig oder kritisch niedrig bewertet.

Diagnostik

PICO 1, 2 & 3

Keine Studieneinschlüsse und/oder AMSTAR-Bewertung durchgeführt.

Psychotherapeutische Behandlung

PICO 1

Autor:innen	Gesamtbe- wertung	1 Beinhalten die Forschungsfragen und Ein- schlusskriterien für den Review die PICO-Kom- ponenten?	2 Ist in dem Re- view-Bericht ex- plizit angege- ben, dass die Review-Metho- den vor der Durchführung des Reviews festge- legt wurden, und werden in dem Bericht jeg- liche Abwei- chungen vom Protokoll begründet?	3 Erläutern die Review-Autor:in- nen ihre Aus- wahl der Stu- dientypen für den Einschluss in den Review?	4 Haben die Re- view-Autor:in- nen für ihre Lite- ratursuche eine umfassende Suchstrategie angewandt?	5 Haben die Re- view-Autor:in- nen die Studien- selektion dop- pelt durchge- führt?	6 Haben die Re- view-Autor:in- nen die Daten- extraktion dop- pelt durchge- führt?	7 Haben die Re- view-Autor:in- nen eine Liste der ausgeschlos- senen Studien bereitgestellt und die Ausschlüsse be- gründet?	8 Haben die Re- view-Autor:in- nen die einge- schlossenen Stu- dien angemes- sen detailliert beschrieben?	9 Haben die Re- view-Autor:in- nen eine ange- messene Tech- nik für die Be- wertung des Ri- sikos für Bias (RoB) in den ein- zelnen, in den Review einge- schlossenen Studien ange- wandt?	10 Haben die Re- view-Autor:in- nen die Finan- zierungsquellen der in den Re- view einge- schlossenen Studien angege- ben?	11 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Au- tor:innen ange- messene Methoden für die statistische Zusammenfas- sung der Ergeb- nisse ange- wandt?	12 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Au- tor:innen den potenziellen Einfluss des RoB der einzelnen Studien auf die Ergebnisse der Meta-Analyse bzw. andere For- men der Evidenz-syn- these bewertet?	13 Haben die Re- view-Autor:in- nen dem RoB der einzelnen Studien im Rah- men der Interpreta- tion/Diskussion der Ergebnisse des Reviews Rechnung getra- gen?	14 Haben die Re- view-Autor:in- nen für jegliche in den Ergebnis- sen des Reviews beobachtete Heterogenität zufriedenstel- lende Erklärun- gen bereitge- stellt und die Heterogenität diskutiert?	15 Sofern eine quantitative Synthese durch- geführt wurde: Haben die Re- view-Autor:in- nen eine angemessene Untersuchung von Publikati- ons-Bias („Small Study Bias“) durch- geführt und ihren wahrscheinli- chen Einfluss auf die Ergeb- nisse des Re- views diskutiert?	16 Haben die Re- view-Autor:in- nen jegliche po- tenzielle Quel- len für Interes- sens-konflikte, einschließlich jeglicher Finan- zierung, die sie für die Durch- führung des Re- views erhalten haben, angege- ben?
Althobati et al. (2020)	Niedrig	Ja	Ja	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Barrera et al. (2013)	Kritisch niedrig	Ja	Teilweise Ja	Ja	Teilweise Ja	Nein	Nein	Nein	Teilweise Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja
Belsher et al. (2019)	Hoch	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Bisson et al. (2013)	Hoch	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Brown et al. (2022)	Kritisch niedrig	Nein	Nein	Ja	Teilweise Ja	Ja	Nein	Nein	Teilweise Ja	Nein	Nein	Keine Me- taanalyse	Keine Me- taanalyse	Ja	Ja	Keine Me- taanalyse	Ja
Cusack et al. (2016)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Teilweise Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja
Cujpers et al. (2020)	Niedrig	Ja	Teilweise Ja	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Teilweise Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Dawson et al. (2021)	Kritisch niedrig	Ja	Ja	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Ja	Teilweise Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja
Ehring et al. (2014)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise ja	Ja	Ja	Teilweise ja	Teilweise ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja

Etherton & Farley (2020)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Nein	Ja	Nein	Teilweise Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Fortin et al. (2021)	Moderat	Ja	Teilweise Ja	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Ja	Teilweise Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein
Gerger et al. (2014)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Teilweise Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja
Grech & Grech (2020)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja
Hoppen et al. (2023)	Niedrig	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Hudays et al. (2022)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja
Jericho et al. (2021)	Moderat	Ja	Ja	Ja	Teilweise Ja	Ja	Nein	Teilweise Ja	Teilweise Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja
Khan et al. (2018)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Teilweise Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja
Lewis et al. (2020)	Niedrig	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Liu et al. (2022)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Ja	Nein	Nein	Teilweise Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja
Mavranezouli et al. (2020)	Niedrig	Ja	Ja	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja
McLean et al. (2022)	Niedrig	Ja	Ja	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Mello et al. (2013)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Ja	Nein	Nein	Teilweise Ja	Nein	Nein	Keine Metaanalyse	Keine Metaanalyse	Nein	Nein	Keine Metaanalyse	Nein
Morina et al. (2021)	Niedrig	Ja	Ja	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Raghuraman et al. (2021)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Ja	Nein	Nein	Teilweise Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Rasines-Laudes &	Kritisch niedrig	Ja	Ja	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Teilweise Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja

Serrano-Pintado (2023)	<i>Kritisch niedrig</i>																
Wei & Chen (2021)		Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein
Yunitri et al. (2023)	<i>Hoch</i>	Ja	Ja	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

PICO 2																	
Autor:innen	Gesamtbe- wertung	1 Beinhalten die Forschungsfr- agen und Ein- schlusskriterien für den Review die PICO-Kom- ponenten?	2 Ist in dem Re- view-Bericht ex- plizit angege- ben, dass die Review-Metho- den vor der Durchführung des Reviews festge- legt wurden, und werden in dem Bericht jeg- liche Abwei- chungen vom Protokoll begründet?	3 Erläutern die Review-Autor:in- nen ihre Aus- wahl der Stu- dientypen für den Einschluss in den Review?	4 Haben die Re- view-Autor:in- nen für ihre Lite- ratursuche eine umfassende Suchstrategie angewandt?	5 Haben die Re- view-Autor:in- nen die Studien- selektion dop- pelt durchge- führt?	6 Haben die Re- view-Autor:in- nen die Daten- extraktion dop- pelt durchge- führt?	7 Haben die Re- view-Autor:in- nen eine Liste der ausgeschlos- senen Studien bereitgestellt und die Ausschlüsse be- gründet?	8 Haben die Re- view-Autor:in- nen die einge- schlossenen Stu- dien angemes- sen detailliert beschrieben?	9 Haben die Re- view-Autor:in- nen eine ange- messene Tech- nik für die Be- wertung des Ri- sikos für Bias (RoB) in den ein- zelnen, in den Review einge- schlossenen Studien ange- wandt?	10 Haben die Re- view-Autor:in- nen die Finan- zierungsquellen der in den Re- view einge- schlossenen Studien angege- ben?	11 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Au- tor:innen ange- messene Methoden für die statistische Zusammenfas- sung der Ergeb- nisse ange- wandt?	12 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Au- tor:innen den potenziellen Einfluss des RoB der einzelnen Studien auf die Ergebnisse der Meta-Analyse bzw. andere For- men der Evidenz-syn- these bewertet?	13 Haben die Re- view-Autor:in- nen dem RoB der einzelnen Studien im Rah- men der Interpreta- tion/Diskussion der Ergebnisse des Reviews Rechnung getra- gen?	14 Haben die Re- view-Autor:in- nen für jegliche in den Ergebnis- sen des Reviews beobachtete Heterogenität zufriedenstel- lende Erklärun- gen bereitge- stellt und die Heterogenität diskutiert?	15 Sofern eine quantitative Synthese durch- geführt wurde: Haben die Re- view-Autor:in- nen eine angemessene Untersuchung von Publikati- ons-Bias („Small Study Bias“) durchgeführt und ihren wahrscheinli- chen Einfluss auf die Ergeb- nisse des Re- views diskutiert?	16 Haben die Re- view-Autor:in- nen jegliche po- tenzielle Quel- len für Interes- sens-konflikte, einschließlich jeglicher Finan- zierung, die sie für die Durch- führung des Re- views erhalten haben, angege- ben?
Bisson et al. (2013)	Hoch	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Cusack et al. (2016)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Teilweise Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja
Gerger et al. (2014)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Teilweise Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja
Hoppen et al. (2023)	Niedrig	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Hudays et al. (2022)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja
Jericho et al. (2021)	Moderat	Ja	Ja	Ja	Teilweise Ja	Ja	Nein	Teilweise Ja	Teilweise Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja
Khan et al. (2018)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Teilweise Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja
Lewis et al. (2020)	Niedrig	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Mavranezouli et al. (2020)	Niedrig	Ja	Ja	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja
McLean et al. (2022)	Niedrig	Ja	Ja	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Mello et al. (2013)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Ja	Nein	Nein	Teilweise Ja	Nein	Nein	Keine Me- taanalyse	Keine Me- taanalyse	Nein	Nein	Keine Me- taanalyse	Nein
Tran & Gregor (2016)	Niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Nein	Nein	Ja	Teilweise Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Yunitri et al. (2023)	Hoch	Ja	Ja	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

PICO 3

Autor:innen	Gesamtbewertung	1 Beinhalten die Forschungsfragen und Einschlusskriterien für den Review die PICO-Komponenten?	2 Ist in dem Review-Bericht explizit angegeben, dass die Review-Methoden vor der Durchführung des Reviews festgelegt wurden, und werden in dem Bericht jegliche Abweichungen vom Protokoll begründet?	3 Erläutern die Review-Autor:innen ihre Auswahl der Studientypen für den Einschluss in den Review?	4 Haben die Review-Autor:innen für ihre Literatursuche eine umfassende Suchstrategie angewandt?	5 Haben die Review-Autor:innen die Studien-selektion doppelt durchgeführt?	6 Haben die Review-Autor:innen die Datenextraktion doppelt durchgeführt?	7 Haben die Review-Autor:innen eine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt und die Ausschlüsse begründet?	8 Haben die Review-Autor:innen die eingeschlossenen Studien angemessen detailliert beschrieben?	9 Haben die Review-Autor:innen eine angemessene Technik für die Bewertung des Risikos für Bias (RoB) in den einzelnen, in den Review eingeschlossenen Studien angewandt?	10 Haben die Review-Autor:innen die Finanzierungsquellen der in den Review eingeschlossenen Studien angegeben?	11 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen angemessene Methoden für die statistische Zusammenfassung der Ergebnisse angewandt?	12 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen den potenziellen Einfluss des RoB der einzelnen Studien auf die Ergebnisse der Meta-Analyse bzw. andere Formen der Evidenzsynthese bewertet?	13 Haben die Review-Autor:innen dem RoB der einzelnen Studien im Rahmen der Interpretation/Diskussion der Ergebnisse des Reviews Rechnung getragen?	14 Haben die Review-Autor:innen für jegliche in den Ergebnissen des Reviews beobachtete Heterogenität zufriedenstellende Erklärungen bereitgestellt und die Heterogenität diskutiert?	15 Sofern eine quantitative Synthese durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen eine angemessene Untersuchung von Publikations-Bias („Small Study Bias“) durchgeführt und ihren wahrscheinlichen Einfluss auf die Ergebnisse des Reviews diskutiert?	16 Haben die Review-Autor:innen jegliche potenzielle Quellen für Interessenskonflikte, einschließlich jeglicher Finanzierung, die sie für die Durchführung des Reviews erhalten haben, angegeben?
Corrigan et al. (2020)	Kritisch niedrig	Nein	Nein	Nein	Teilweise Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Lorbeer et al. (2020)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Nein	Teilweise Ja	Nein	Nein	Nein	Teilweise Ja	Nein	Nein	Keine Metaanalyse	Keine Metaanalyse	Nein	Ja	Keine Metaanalyse	ja
Melton et al. (2020)	Niedrig	Ja	Ja	Ja	Teilweise Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja
Willis et al. (2020)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Nein	Teilweise Ja	Ja	Nein	Nein	Teilweise Ja	Teilweise ja/ Teilweise Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Nicht bewertet	Ja
Zeifman et al. (2021)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Nein	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Teilweise Ja	Teilweise Ja	Ja	Keine Metaanalyse	Keine Metaanalyse	Nein	Nein	Keine Metaanalyse	Ja

PICO 4

Autor:innen	Gesamtbe- wertung	1 Beinhalten die Forschungsfra- gen und Ein- schlusskriterien für den Review die PICO-Kom- ponenten?	2 Ist in dem Re- view-Bericht ex- plizit angege- ben, dass die Review-Metho- den vor der Durchführung des Reviews festge- legt wurden, und werden in dem Bericht jeg- liche Abwei- chungen vom Protokoll begründet?	3 Erläutern die Review-Autor:in- nen ihre Aus- wahl der Stu- dientypen für den Einschluss in den Review?	4 Haben die Re- view-Autor:in- nen für ihre Lite- ratursuche eine umfassende Suchstrategie angewandt?	5 Haben die Re- view-Autor:in- nen die Studien- selektion dop- pelt durchge- führt?	6 Haben die Re- view-Autor:in- nen die Daten- extraktion dop- pelt durchge- führt?	7 Haben die Re- view-Autor:in- nen eine Liste der ausgeschlos- senen Studien bereitgestellt und die Ausschlüsse be- gründet?	8 Haben die Re- view-Autor:in- nen die einge- schlossenen Stu- dien angemes- sen detailliert beschrieben?	9 Haben die Re- view-Autor:in- nen eine ange- messene Tech- nik für die Be- wertung des Ri- sikos für Bias (RoB) in den ein- zelnen, in den Review einge- schlossenen Studien ange- wandt?	10 Haben die Re- view-Autor:in- nen die Finan- zierungsquellen der in den Re- view einge- schlossenen Studien angege- ben?	11 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Au- tor:innen ange- messene Methoden für die statistische Zusammenfas- sung der Ergeb- nisse ange- wandt?	12 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Au- tor:innen den potenziellen Einfluss des RoB der einzelnen Studien auf die Ergebnisse der Meta-Analyse bzw. andere For- men der Evidenz-syn- these bewertet?	13 Haben die Re- view-Autor:in- nen dem RoB der einzelnen Studien im Rah- men der Interpre- tation/Diskussion der Ergebnisse Rechnung getra- gen?	14 Haben die Re- view-Autor:in- nen für jegliche in den Ergebnis- sen des Reviews beobachtete Heterogenität zufriedenstel- lende Erklärun- gen bereitge- stellt und die Heterogenität diskutiert?	15 Sofern eine quantitative Synthese durch- geführt wurde: Haben die Re- view-Autor:in- nen eine angemessene Untersuchung von Publikati- ons-Bias („Small Study Bias“) durch- geführt und ihren wahrscheinli- chen Einfluss auf die Ergeb- nisse des Re- views diskutiert?	16 Haben die Re- view-Autor:in- nen jegliche po- tenzielle Quel- len für Interes- sens-konflikte, einschließlich jeglicher Finan- zierung, die sie für die Durch- führung des Re- views erhalten haben, angege- ben?
Bolton & Dorstyn (2015)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja / Ja	Nein	Keine Me- taanalyse	Keine Me- taanalyse	Ja	Ja	Ja	Ja
Deng et al. (2019)	Kritisch niedrig	Ja	Teilweise Ja	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Teilweise Ja	Ja / Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja
Eshuis et al., 2021	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja
Goreis et al. (2020)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Nein	Teilweise Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein
Heo & Park (2022)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja
Kothgass- ner et al. (2019)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein / Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja
Küster et al. (2016)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Teilweise Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja
Lewis et al. (2018)	Hoch	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Lewis et al. (2019)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Nicht be- wertet	Nein

Motraghi et al. (2013)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Nein	Ja	Nein	Teilweise Ja	Teilweise Ja	Ja	Keine Metaanalyse	Ja	Ja	Ja	Keine Metaanalyse	Nein
Olthuis et al. (2016)	Niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein
Ontario health (2021)	Moderat	Ja	Ja	Ja	Teilweise Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Nicht bewertet	Nein
Scott et al. (2022)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja
Sijbrandij et al. (2016)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Nein	Nein	Nein	Ja	Teilweise Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja
Simon et al. (2021)	Hoch	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Stefanopoulou et al. (2020)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Nein	Nein	Nein	Teilweise Ja	Nein	Nein	Keine Metaanalyse	Keine Metaanalyse	Nein	Nein	Keine Metaanalyse	Ja
Sunjaya et al. (2019)	Kritisch niedrig	Nein	Nein	Nein	Teilweise Ja	Nein	Nein	Nein	Teilweise Ja	Nein	Nein	Keine Metaanalyse	Keine Metaanalyse	Nein	Ja	Keine Metaanalyse	Ja

PICO 5

Autor:innen	Gesamtbe- wertung	1 Beinhalten die Forschungsfr- agen und Ein- schlusskriterien für den Review die PICO-Kom- ponenten?	2 Ist in dem Re- view-Bericht ex- plizit angege- ben, dass die Review-Metho- den vor der Durchführung des Reviews festge- legt wurden, und werden in dem Bericht jeg- liche Abwei- chungen vom Protokoll begründet?	3 Erläutern die Review-Autor:in- nen ihre Aus- wahl der Stu- dientypen für den Einschluss in den Review?	4 Haben die Re- view-Autor:in- nen für ihre Lite- ratursuche eine umfassende Suchstrategie angewandt?	5 Haben die Re- view-Autor:in- nen die Studien- selektion dop- pelt durchge- führt?	6 Haben die Re- view-Autor:in- nen die Daten- extraktion dop- pelt durchge- führt?	7 Haben die Re- view-Autor:in- nen eine Liste der ausgeschlos- senen Studien bereitgestellt und die Ausschlüsse be- gründet?	8 Haben die Re- view-Autor:in- nen die einge- schlossenen Stu- dien angemes- sen detailliert beschrieben?	9 Haben die Re- view-Autor:in- nen eine ange- messene Tech- nik für die Be- wertung des Ri- sikos für Bias (RoB) in den ein- zelnen, in den Review einge- schlossenen Studien ange- wandt?	10 Haben die Re- view-Autor:in- nen die Finan- zierungsquellen der in den Re- view einge- schlossenen Studien angege- ben?	11 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Au- tor:innen ange- messene Methoden für die statistische Zusammenfas- sung der Ergeb- nisse ange- wandt?	12 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Au- tor:innen den potenziellen Einfluss des RoB der einzelnen Studien auf die Ergebnisse der Metaanalyse bzw. andere For- men der Evidenz-syn- these bewertet?	13 Haben die Re- view-Autor:in- nen dem RoB der einzelnen Studien im Rah- men der Interpreta- tion/Diskussion der Ergebnisse des Reviews Rechnung getra- gen?	14 Haben die Re- view-Autor:in- nen für jegliche in den Ergebnis- sen des Reviews beobachtete Heterogenität zufriedenstel- lende Erklärun- gen bereitge- stellt und die Heterogenität diskutiert?	15 Sofern eine quantitative Synthese durch- geführt wurde: Haben die Re- view-Autor:in- nen eine angemessene Untersuchung von Publikati- onsbias („Small Study Bias“) durchgeführt und ihren wahrscheinli- chen Einfluss auf die Ergeb- nisse des Re- views diskutiert?	16 Haben die Re- view-Autor:in- nen jegliche po- tenzielle Quel- len für Interes- sens-konflikte, einschließlich jeglicher Finan- zierung, die sie für die Durch- führung des Re- views erhalten haben, angege- ben?
Barrera et al. (2013)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja
Bisson et al. (2013)	Hoch	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Kaptan et al. (2020)	Niedrig	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Teilweise Ja	Ja	Nein	Keine Me- taanalyse	Keine Me- taanalyse	Ja	Ja	Keine Me- taanalyse	Ja
Lewis et al. (2020)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise ja	Ja	Ja	Nein	Teilweise ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Mahoney et al. (2019)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise ja	Nein	Nein	Nein	Teilweise ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein
Schwartz et al. (2019)	Niedrig	Ja	Ja	Ja	Teilweise ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

PICO 6

Autor:innen	Gesamtbe- wertung	1 Beinhalten die Forschungsfra- gen und Ein- schlusskriterien für den Review die PICO-Kom- ponenten?	2 Ist in dem Re- view-Bericht ex- plizit angege- ben, dass die Review-Metho- den vor der Durchführung des Reviews festge- legt wurden, und werden in dem Bericht jeg- liche Abwei- chungen vom Protokoll begründet?	3 Erläutern die Review-Autor:in- nen ihre Aus- wahl der Stu- dientypen für den Einschluss in den Review?	4 Haben die Re- view-Autor:in- nen für ihre Lite- ratursuche eine umfassende Suchstrategie angewandt?	5 Haben die Re- view-Autor:in- nen die Studien- selektion dop- pelt durchge- führt?	6 Haben die Re- view-Autor:in- nen die Daten- extraktion dop- pelt durchge- führt?	7 Haben die Re- view-Autor:in- nen eine Liste der ausgeschlos- senen Studien bereitgestellt und die Ausschlüsse be- gründet?	8 Haben die Re- view-Autor:in- nen die einge- schlossenen Stu- dien angemes- sen detailliert beschrieben?	9 Haben die Re- view-Autor:in- nen eine ange- messene Tech- nik für die Be- wertung des Ri- skos für Bias (RoB) in den ein- zelnen, in den Review einge- schlossenen Studien ange- wandt?	10 Haben die Re- view-Autor:in- nen die Finan- zierungsquellen der in den Re- view einge- schlossenen Studien angege- ben?	11 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Au- tor:innen ange- messene Methoden für die statistische Zusammenfas- sung der Ergeb- nisse ange- wandt?	12 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Au- tor:innen den potenziellen Einfluss des RoB der einzelnen Studien auf die Ergebnisse der Meta-Analyse bzw. andere For- men der Evidenz-syn- these bewertet?	13 Haben die Re- view-Autor:in- nen dem RoB der einzelnen Studien im Rah- men der Interpreta- tion/Diskussion der Ergebnisse des Reviews Rechnung getra- gen?	14 Haben die Re- view-Autor:in- nen für jegliche in den Ergebnis- sen des Reviews beobachtete Heterogenität zufriedenstel- lende Erklärun- gen bereitge- stellt und die Heterogenität diskutiert?	15 Sofern eine quantitative Synthese durch- geführt wurde: Haben die Re- view-Autor:in- nen eine angemessene Untersuchung von Publikati- ons-Bias („Small Study Bias“) durchgeführt und ihren wahrscheinli- chen Einfluss auf die Ergeb- nisse des Re- views diskutiert?	16 Haben die Re- view-Autor:in- nen jegliche po- tenzielle Quel- len für Interes- sens-konflikte, einschließlich jeglicher Finan- zierung, die sie für die Durch- führung des Re- views erhalten haben, angege- ben?
Bisson et al. (2013)	Hoch	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ehring et al. (2014)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise ja	Ja	Ja	Teilweise ja	Teilweise ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja
Hoppen et al. (2023)	Niedrig	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Kline et al. (2018)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Teilweise ja	Teilweise ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja
Morina et al. (2021)	Niedrig	Ja	Ja	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Raghuraman et al. (2021)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Teilweise Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Siehl et al. (2021)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja
Torchalla & Strehlau (2018)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Nein	Keine Me- taanalyse	Keine Me- taanalyse	Ja	Ja	Keine Me- taanalyse	Ja
Tran & Gregor (2016)	Niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Nein	Nein	Ja	Teilweise Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Weber et al. (2021)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

PICO 7

Autor:innen	Gesamtbewertung	1 Beinhalten die Forschungsfragen und Einschlusskriterien für den Review die PICO-Komponenten?	2 Ist in dem Review-Bericht explizit angegeben, dass die Review-Methoden vor der Durchführung des Reviews festgelegt wurden, und werden in dem Bericht jegliche Abweichungen vom Protokoll begründet?	3 Erläutern die Review-Autor:innen ihre Auswahl der Studientypen für den Einschluss in den Review?	4 Haben die Review-Autor:innen für ihre Literatursuche eine umfassende Suchstrategie angewandt?	5 Haben die Review-Autor:innen die Studien-selektion doppelt durchgeführt?	6 Haben die Review-Autor:innen die Datenextraktion doppelt durchgeführt?	7 Haben die Review-Autor:innen eine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt und die Ausschlüsse begründet?	8 Haben die Review-Autor:innen die eingeschlossenen Studien angemessen detailliert beschrieben?	9 Haben die Review-Autor:innen eine angemessene Technik für die Bewertung des Risikos für Bias (RoB) in den einzelnen, in den Review eingeschlossenen Studien angewandt?	10 Haben die Review-Autor:innen die Finanzierungsquellen der in den Review eingeschlossenen Studien angegeben?	11 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen angemessene Methoden für die statistische Zusammenfassung der Ergebnisse angewandt?	12 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen den potenziellen Einfluss des RoB der einzelnen Studien auf die Ergebnisse der Meta-Analyse bzw. andere Formen der Evidenzsynthese bewertet?	13 Haben die Review-Autor:innen dem RoB der einzelnen Studien im Rahmen der Interpretation/Diskussion der Ergebnisse des Reviews Rechnung getragen?	14 Haben die Review-Autor:innen für jegliche in den Ergebnissen des Reviews beobachtete Heterogenität zufriedenstellende Erklärungen bereitgestellt und die Heterogenität diskutiert?	15 Sofern eine quantitative Synthese durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen eine angemessene Untersuchung von Publikations-Bias („Small Study Bias“) durchgeführt und ihren wahrscheinlichen Einfluss auf die Ergebnisse des Reviews diskutiert?	16 Haben die Review-Autor:innen jegliche potenzielle Quellen für Interessenskonflikte, einschließlich jeglicher Finanzierung, die sie für die Durchführung des Reviews erhalten haben, angegeben?
Hoppen et al. (2023)	Kritisch niedrig	Ja	Teilweise Ja	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja

Pharmakotherapeutische Verfahren

PICO 1

Autor:innen	Gesamtbewertung	1 Beinhalten die Forschungsfrage und Einschlusskriterien für den Review die PICO-Komponenten?	2 Ist in dem Review-Bericht explizit angegeben, dass die Review-Methoden vor der Durchführung des Reviews festgelegt wurden, und werden in dem Bericht jegliche Abweichungen vom Protokoll begründet?	3 Erläutern die Review-Autor:innen ihre Auswahl der Studientypen für den Einschluss in den Review?	4 Haben die Review-Autor:innen für ihre Literatursuche eine umfassende Suchstrategie angewandt?	5 Haben die Review-Autor:innen die Studien-selektion doppelt durchgeführt?	6 Haben die Review-Autor:innen die Datenextraktion doppelt durchgeführt?	7 Haben die Review-Autor:innen eine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt und die Ausschlüsse begründet?	8 Haben die Review-Autor:innen die eingeschlossenen Studien angemessen detailliert beschrieben?	9 Haben die Review-Autor:innen eine angemessene Technik für die Bewertung des Risikos für Bias (RoB) in den einzelnen, in den Review eingeschlossenen Studien angewandt?	10 Haben die Review-Autor:innen die Finanzierungsquellen der in den Review eingeschlossenen Studien angegeben?	11 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen angemessene Methoden für die statistische Zusammenfassung der Ergebnisse angewandt?	12 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen den potenziellen Einfluss des RoB der einzelnen Studien auf die Ergebnisse der Meta-Analyse bzw. andere Formen der Evidenzsynthese bewertet?	13 Haben die Review-Autor:innen dem RoB der einzelnen Studien im Rahmen der Interpretation/Diskussion der Ergebnisse des Reviews Rechnung getragen?	14 Haben die Review-Autor:innen für jegliche in den Ergebnissen des Reviews beobachtete Heterogenität zufriedenstellen die Erklärungen bereitgestellt und die Heterogenität diskutiert?	15 Sofern eine quantitative Synthese durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen eine angemessene Untersuchung von Publikations-Bias („Small Study Bias“) durchgeführt und ihren wahrscheinlichen Einfluss auf die Ergebnisse des Reviews diskutiert?	16 Haben die Review-Autor:innen jegliche potenzielle Quellen für Interessenskonflikte, einschließlich jeglicher Finanzierung, die sie für die Durchführung des Reviews erhalten haben, angegeben?
Cipriani et al. (2018)	Niedrig	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Teilweise Ja	Ja/ enthält nur RCTs	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
De Moraes Costa et al. (2020)	Kritisch niedrig	Ja	Teilweise ja	Ja	Teilweise ja	Ja	Ja	Nein	Teilweise ja	Ja/ enthält nur RCTs	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja
Feng et al. (2023)	Kritisch niedrig	Ja	Ja	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Teilweise Ja	Ja/ enthält nur RCTs Teilweise	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja
Han et al. (2014)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja/ enthält nur RCTs	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja
Hoskins et al. (2015)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Teilweise ja	Ja/ enthält nur RCTs	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja
Hoskins, Bridges et al. (2021)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja/ enthält nur RCTs	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja
Huang et al. (2020)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja/ enthält nur RCTs	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja

Liu et al. (2014)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise ja	Nein	Ja	Nein	Teilweise ja	Nein/ enthält nur RCTs	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja
Puetz et al. (2015)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Nein	Ja	Nein	Teilweise Ja	Teilweise Ja/ enthält nur RCTs	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja
Williams et al. (2022)	Moderat	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja/ enthält nur RCTs	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja
Xu et al. (2011)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Teilweise Ja	Nein/ enthält nur RCTs	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja
Yan et al. (2022)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Nein	Nein	Nein	Teilweise Ja	Ja/ enthält nur RCTs	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja
Zhang et al. (2023)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja
Zhao et al. (2020)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Teilweise Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja

PICO 2																	
Autor:innen	Gesamtbewertung	1 Beinhalten die Forschungsfragen und Einschlusskriterien für den Review die PICO-Komponenten?	2 Ist in dem Review-Bericht explizit angegeben, dass die Review-Methoden vor der Durchführung des Reviews festgelegt wurden, und werden in dem Bericht jegliche Abweichungen vom Protokoll begründet?	3 Erläutern die Review-Autor:innen ihre Auswahl der Studientypen für den Einschluss in den Review?	4 Haben die Review-Autor:innen für ihre Literatursuche eine umfassende Suchstrategie angewandt?	5 Haben die Review-Autor:innen die Studien-selektion doppelt durchgeführt?	6 Haben die Review-Autor:innen die Datenextraktion doppelt durchgeführt?	7 Haben die Review-Autor:innen eine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt und die Ausschlüsse begründet?	8 Haben die Review-Autor:innen die eingeschlossenen Studien angemessen detailliert beschrieben?	9 Haben die Review-Autor:innen eine angemessene Technik für die Bewertung des Risikos für Bias (RoB) in den einzelnen, in den Review eingeschlossene Studien angewandt?	10 Haben die Review-Autor:innen die Finanzierungsquellen der in den Review eingeschlossenen Studien angegeben?	11 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen angemessene Methoden für die statistische Zusammenfassung der Ergebnisse angewandt?	12 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen den potenziellen Einfluss des RoB der einzelnen Studien auf die Ergebnisse der Meta-Analyse bzw. andere Formen der Evidenzsynthese bewertet?	13 Haben die Review-Autor:innen dem RoB der einzelnen Studien im Rahmen der Interpretation/Diskussion der Ergebnisse des Reviews Rechnung getragen?	14 Haben die Review-Autor:innen für jegliche in den Ergebnissen des Reviews beobachtete Heterogenität zufriedenstellende Erklärungen bereitgestellt und die Heterogenität diskutiert?	15 Sofern eine quantitative Synthese durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen eine angemessene Untersuchung von Publikations-Bias („Small Study Bias“) durchgeführt und ihren wahrscheinlichen Einfluss auf die Ergebnisse des Reviews diskutiert?	16 Haben die Review-Autor:innen jegliche potenzielle Quellen für Interessenskonflikte, einschließlich jeglicher Finanzierung, die sie für die Durchführung des Reviews erhalten haben, angegeben?
Forman-Hoffman et al. (2018)	Hoch	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Teilweise ja	Ja/ Enthält nur RCTs	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Hetrick et al. (2010)	Hoch	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja/ Enthält nur RCTS	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Hoskins et al. (2021)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja/ Enthält nur RCTs	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja
Kunzke et al. (2019)	Kritisch niedrig	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Enthält nur RCTs	Nein	keine Metaanalyse	keine Metaanalyse	Nein	Ja	keine Metaanalyse	Ja
Lee et al. (2016)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Teilweise Ja	Ja/ enthält nur RCTs	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja
Merz et al, (2019)	Kritisch niedrig	Ja	Teilweise ja	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Teilweise ja	Ja/ Enthält nur RCTs	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja
Sonis & Cook (2019)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise ja	Nein	Nein	Nein	Teilweise ja	Ja/ Enthält nur RCTs	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Stewart & Wrobel (2009)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein/ Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

Storm et al. (2021)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise ja	Nein	Nein	Nein	Teilweise ja	Ja/ Enthält nur RCTs	Nein	Keine Metaanalys e	Keine Metaanalys e	Ja	Ja	Keine Metaanalys e	Ja

PICO 3

Autor:innen	Gesamtbe- wertung	1 Beinhalten die Forschungsfra- gen und Einschlusskrit- erien für den Review die PICO- Komponenten ?	2 Ist in dem Review-Bericht explizit angegeben, dass die Review- Methoden vor der Durchführung des Reviews festgelegt wurden, und werden in dem Bericht jegliche Abweichungen vom Protokoll begründet?	3 Erläutern die Review- Autor:innen ihre Auswahl der Studientypen für den Einschluss in den Review?	4 Haben die Review- Autor:innen für ihre Literatursuche eine umfassende Suchstrategie angewandt?	5 Haben die Review- Autor:innen die Studien- selektion doppelt durchgeführt?	6 Haben die Review- Autor:innen die Datenextraktion doppelt durchgeführt?	7 Haben die Review- Autor:innen eine Liste der ausgeschlos- senen Studien bereitgestellt und die Ausschlüsse begründet?	8 Haben die Review- Autor:innen die einge- schlossenen Studien angemessen detailliert beschrieben?	9 Haben die Review- Autor:innen eine angemessene Technik für die Bewertung des Risikos für Bias (RoB) in den einzelnen, in den Review eingeschlossene n Studien angewandt?	10 Haben die Review- Autor:innen die Finanzierungsqu- ellen der in den Review einge- schlossenen Studien angegeben?	11 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review- Autor:innen angemessene Methoden für die statistische Zusammenfas- sung der Ergebnisse angewandt?	12 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review- Autor:innen den potenziellen Einfluss des RoB der einzelnen Studien auf die Ergebnisse der Meta-Analyse bzw. andere Formen der Evidenz- synthese bewertet?	13 Haben die Review- Autor:innen dem RoB der einzelnen Studien im Rahmen der Interpretation/D- iskussion der Ergebnisse des Reviews Rechnung getragen?	14 Haben die Review- Autor:innen für jegliche in den Ergebnissen des Reviews beobachtete Heterogenität zufriedenstellen de Erklärungen bereitgestellt und die Heterogenität diskutiert?	15 Sofern eine quantitative Synthese durchgeführt wurde: Haben die Review- Autor:innen eine angemessene Untersuchung von Publikations- Bias („Small Study Bias“)“ durchgeführt und ihren wahrscheinliche n Einfluss auf die Ergebnisse des Reviews diskutiert?	16 Haben die Review- Autor:innen jegliche potenzielle Quellen für Interessens- konflikte, einschließlich jeglicher Finanzierung, die sie für die Durchführung des Reviews erhalten haben, angegeben?
Huang et al. (2024)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Nein	Ja	Nein	Teilweise Ja	Ja/ enthält nur RCTs	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja
Khachatryan et al. (2016)		Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja/ enthält nur RCTs	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein

PICO 4
Keine Studieneinschlüsse und/oder AMSTAR-Bewertung durchgeführt.

PICO 5

Autor:innen	Gesamtbewertung	1 Beinhalten die Forschungsfragen und Einschlusskriterien für den Review die PICO-Komponenten?	2 Ist in dem Review-Bericht explizit angegeben, dass die Review-Methoden vor der Durchführung des Reviews festgelegt wurden, und werden in dem Bericht jegliche Abweichungen vom Protokoll begründet?	3 Erläutern die Review-Autor:innen ihre Auswahl der Studientypen für den Einschluss in den Review?	4 Haben die Review-Autor:innen für ihre Literatursuche eine umfassende Suchstrategie angewandt?	5 Haben die Review-Autor:innen die Studien-selektion doppelt durchgeführt?	6 Haben die Review-Autor:innen die Datenextraktion doppelt durchgeführt?	7 Haben die Review-Autor:innen eine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt und die Ausschlüsse begründet?	8 Haben die Review-Autor:innen die eingeschlossenen Studien angemessen detailliert beschrieben?	9 Haben die Review-Autor:innen eine angemessene Technik für die Bewertung des Risikos für Bias (RoB) in den einzelnen, in den Review eingeschlossenen Studien angewandt?	10 Haben die Review-Autor:innen die Finanzierungsquellen der in den Review eingeschlossenen Studien angegeben?	11 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen angemessene Methoden für die statistische Zusammenfassung der Ergebnisse angewandt?	12 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen den potenziellen Einfluss des RoB der einzelnen Studien auf die Ergebnisse der Meta-Analyse bzw. andere Formen der Evidenzsynthese bewertet?	13 Haben die Review-Autor:innen dem RoB der einzelnen Studien im Rahmen der Interpretation/Diskussion der Ergebnisse des Reviews Rechnung getragen?	14 Haben die Review-Autor:innen für jegliche in den Ergebnissen des Reviews beobachtete Heterogenität zufriedenstellen de Erklärungen bereitgestellt und die Heterogenität diskutiert?	15 Sofern eine quantitative Synthese durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen eine angemessene Untersuchung von Publikations-Bias („Small Study Bias“) durchgeführt und ihren wahrscheinlichen Einfluss auf die Ergebnisse des Reviews diskutiert?	16 Haben die Review-Autor:innen jegliche potenzielle Quellen für Interessenskonflikte, einschließlich jeglicher Finanzierung, die sie für die Durchführung des Reviews erhalten haben, angegeben?
Hoskins, Bridges et al. (2021)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja/ enthält nur RCTs	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja

PICO 6
Keine Studieneinschlüsse und/oder AMSTAR-Bewertung durchgeführt.

PICO 7

Autor:innen	Gesamtbewertung	1 Beinhalten die Forschungsfragen und Einschlusskriterien für den Review die PICO-Komponenten?	2 Ist in dem Review-Bericht explizit angegeben, dass die Review-Methoden vor der Durchführung des Reviews festgelegt wurden, und werden in dem Bericht jegliche Abweichungen vom Protokoll begründet?	3 Erläutern die Review-Autor:innen ihre Auswahl der Studientypen für den Einschluss in den Review?	4 Haben die Review-Autor:innen für ihre Literatursuche eine umfassende Suchstrategie angewandt?	5 Haben die Review-Autor:innen die Studien-selektion doppelt durchgeführt?	6 Haben die Review-Autor:innen die Datenextraktion doppelt durchgeführt?	7 Haben die Review-Autor:innen eine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt und die Ausschlüsse begründet?	8 Haben die Review-Autor:innen die eingeschlossenen Studien angemessen detailliert beschrieben?	9 Haben die Review-Autor:innen eine angemessene Technik für die Bewertung des Risikos für Bias (RoB) in den einzelnen, in den Review eingeschlossenen Studien angewandt?	10 Haben die Review-Autor:innen die Finanzierungsquellen der in den Review eingeschlossenen Studien angegeben?	11 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen angemessene Methoden für die statistische Zusammenfassung der Ergebnisse angewandt?	12 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen den potenziellen Einfluss des RoB der einzelnen Studien auf die Ergebnisse der Meta-Analyse bzw. andere Formen der Evidenzsynthese bewertet?	13 Haben die Review-Autor:innen dem RoB der einzelnen Studien im Rahmen der Interpretation/Diskussion der Ergebnisse des Reviews Rechnung getragen?	14 Haben die Review-Autor:innen für jegliche in den Ergebnissen des Reviews beobachtete Heterogenität zufriedenstellende Erklärungen bereitgestellt und die Heterogenität diskutiert?	15 Sofern eine quantitative Synthese durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen eine angemessene Untersuchung von Publikations-Bias („Small Study Bias“) durchgeführt und ihren wahrscheinlichen Einfluss auf die Ergebnisse des Reviews diskutiert?	16 Haben die Review-Autor:innen jegliche potenzielle Quellen für Interessenskonflikte, einschließlich jeglicher Finanzierung, die sie für die Durchführung des Reviews erhalten haben, angegeben?
Hoskins, Sinnerton et al. (2021)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja/ Enthält nur RCTs	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja
Hetrick et al. (2010)	Hoch	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja/ Enthält nur RCTs	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Adjuvante Verfahren

PICO 1, 2, 3 & 4

Keine Studieneinschlüsse und/oder AMSTAR-Bewertung durchgeführt.

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

PICO 1, 2 & 3

Autor:innen	Gesamtbewertung	1 Beinhalten die Forschungsfragen und Einschlusskriterien für den Review die PICO-Komponenten?	2 Ist in dem Review-Bericht explizit angegeben, dass die Review-Methoden vor der Durchführung des Reviews festgelegt wurden, und werden in dem Bericht jegliche Abweichungen vom Protokoll begründet?	3 Erläutern die Review-Autor:innen ihre Auswahl der Studientypen für den Einschluss in den Review?	4 Haben die Review-Autor:innen für ihre Literatursuche eine umfassende Suchstrategie angewandt?	5 Haben die Review-Autor:innen die Studien-selektion doppelt durchgeführt?	6 Haben die Review-Autor:innen die Datenextraktion doppelt durchgeführt?	7 Haben die Review-Autor:innen eine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt und die Ausschlüsse begründet?	8 Haben die Review-Autor:innen die eingeschlossenen Studien angemessen detailliert beschrieben?	9 Haben die Review-Autor:innen eine angemessene Technik für die Bewertung des Risikos für Bias (RoB) in den einzelnen, in den Review eingeschlossenen Studien angewandt?	10 Haben die Review-Autor:innen die Finanzierungsquellen der in den Review eingeschlossenen Studien angegeben?	11 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen angemessene Methoden für die statistische Zusammenfassung der Ergebnisse angewandt?	12 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen den potenziellen Einfluss des RoB der einzelnen Studien auf die Ergebnisse der Meta-Analyse bzw. andere Formen der Evidenzsynthese bewertet?	13 Haben die Review-Autor:innen dem RoB der einzelnen Studien im Rahmen der Interpretation/Diskussion der Ergebnisse des Reviews Rechnung getragen?	14 Haben die Review-Autor:innen für jegliche in den Ergebnissen des Reviews beobachtete Heterogenität zufriedenstellen de Erklärungen bereitgestellt und die Heterogenität diskutiert?	15 Sofern eine quantitative Synthese durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen eine angemessene Untersuchung von Publikations-Bias („Small Study Bias“) durchgeführt und ihren wahrscheinlichen Einfluss auf die Ergebnisse des Reviews diskutiert?	16 Haben die Review-Autor:innen jegliche potenzielle Quellen für Interessenskonflikte, einschließlich jeglicher Finanzierung, die sie für die Durchführung des Reviews erhalten haben, angegeben?
Corrigan et al. (2020)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Nein	Teilweise Ja	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja
Darby et al. (2023)	Niedrig	Ja	Teilweise Ja	Nein	Teilweise Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Teilweise Ja	Nein	Keine Metaanalyse	Keine Metaanalyse	Nein	Ja	Keine Metaanalyse	Ja
Dorrepaal et al. (2014)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja
Karatzias et al. (2019)	Hoch	Ja	Ja	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Komorbide Psychische Störungen

PICO 1

Autor:innen	Gesamtbewertung	1 Beinhalten die Forschungsfrage und Einschlusskriterien für den Review die PICO-Komponenten?	2 Ist in dem Review-Bericht explizit angegeben, dass die Review-Methoden vor der Durchführung des Reviews festgelegt wurden, und werden in dem Bericht jegliche Abweichungen vom Protokoll begründet?	3 Erläutern die Review-Autor:innen ihre Auswahl der Studientypen für den Einschluss in den Review?	4 Haben die Review-Autor:innen für ihre Literatursuche eine umfassende Suchstrategie angewandt?	5 Haben die Review-Autor:innen die Studien-selektion doppelt durchgeführt?	6 Haben die Review-Autor:innen die Datenextraktion doppelt durchgeführt?	7 Haben die Review-Autor:innen eine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt und die Ausschlüsse begründet?	8 Haben die Review-Autor:innen die eingeschlossenen Studien angemessen detailliert beschrieben?	9 Haben die Review-Autor:innen eine angemessene Technik für die Bewertung des Risikos für Bias (RoB) in den einzelnen, in den Review eingeschlossenen Studien angewandt?	10 Haben die Review-Autor:innen die Finanzierungsquellen der in den Review eingeschlossenen Studien angegeben?	11 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen angemessene Methoden für die statistische Zusammenfassung der Ergebnisse angewandt?	12 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen den potenziellen Einfluss des RoB der einzelnen Studien auf die Ergebnisse der Meta-Analyse bzw. andere Formen der Evidenzsynthese bewertet?	13 Haben die Review-Autor:innen dem RoB der einzelnen Studien im Rahmen der Interpretation/Diskussion der Ergebnisse des Reviews Rechnung getragen?	14 Haben die Review-Autor:innen für jegliche in den Ergebnissen des Reviews beobachtete Heterogenität zufriedenstellen de Erklärungen bereitgestellt und die Heterogenität diskutiert?	15 Sofern eine quantitative Synthese durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen eine angemessene Untersuchung von Publikations-Bias („Small Study Bias“) durchgeführt und ihren wahrscheinlichen Einfluss auf die Ergebnisse des Reviews diskutiert?	16 Haben die Review-Autor:innen jegliche potenzielle Quellen für Interessenskonflikte, einschließlich jeglicher Finanzierung, die sie für die Durchführung des Reviews erhalten haben, angegeben?
Grubaugh et al. (2021)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Nein	Teilweise ja	Nein	Nein	Nein	Teilweise ja	Nein (RCTs) / Nein (NRSIs)	Nein	Ja (RCTs)/ Nein (NRSI)	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja
Hien, Morgan-López et al. (2023)	Kritisch niedrig	Ja	Ja	Ja	Teilweise ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein
Hien, Papini et al. (2023)	Kritisch niedrig	Ja	Ja	Ja	Teilweise ja	Ja	Ja	Nein	Teilweise ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja
Kline et al. (2021)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Meshberg-Cohen (2021)	Kritisch niedrig	Nein	Nein	Nein	Teilweise Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Keine Metaanalyse	Keine Metaanalyse	Nein	Ja	Keine Metaanalyse	Ja
Roberts et al. (2015)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise ja	Ja	Ja	Nein	Teilweise ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja
Roberts et al. (2022)	Niedrig	Ja	Ja	Ja	Teilweise ja	Ja	Nein	Nein	Teilweise ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja

Simpson et al. (2017)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Ja	Nein	Nein	Teilweise Ja	Teilweise Ja	Nein	Keine Metaanalyse	Keine Metaanalyse	Nein	Ja	Keine Metaanalyse	Ja
Simpson et al. (2021)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja
Sin et al. (2017)	Niedrig	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja
Sin & Spain, (2017)	Kritisch niedrig	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja
Slotema et al. (2020)	Kritisch niedrig	Ja	Teilweise Ja	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Teilweise Ja	Teilweise Ja (RCT)/ Nein (NRSI)	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja
Snoek et al. (2021)	Kritisch niedrig	Ja	Ja	Nein	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Teilweise Ja	Ja (RCT)/ Nein (NRSI)	Ja	Ja (RCT)/ Nein (NRSI)	Ja	Jaa	Ja	Ja	Ja
Taylor et al. (2017)	Kritisch niedrig	Nein	Nein	Ja	Teilweise ja	Nein	Nein	Nein	Teilweise ja	Nein (RCT) / Nein (NRSI)	Nein	Keine Metanalyse	Keine Metanalyse	Nein	Nein	Keine Metanalyse	Ja
Zeifman et al. (2021)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Nein	Teilweise ja	Ja	Ja	Nein	Teilweise ja	Teilweise ja (RCT & NRSI)	Nein	Keine Metanalyse	Keine Metanalyse	Nein	Nein	Keine Metanalyse	Ja

PICOS 2, 3 & 4
Keine Studieneinschlüsse und/oder AMSTAR-Bewertung durchgeführt.

Behandlung von älteren Personen
PICO 1, 2, 3, 4 & 5
Keine Studieneinschlüsse und/oder AMSTAR-Bewertung durchgeführt.

Behandlung von Erwachsenen mit Fluchthintergrund
PICO 1 & 2
Keine Studieneinschlüsse und/oder AMSTAR-Bewertung durchgeführt.

PICO 3

Autor:innen	Gesamtbewertung	1 Beinhalten die Forschungsfrage n und Einschlusskriterien für den Review die PICO-Komponenten?	2 Ist in dem Review-Bericht explizit angegeben, dass die Review-Methoden vor der Durchführung des Reviews festgelegt wurden, und werden in dem Bericht jegliche Abweichungen vom Protokoll begründet?	3 Erläutern die Review-Autor:innen ihre Auswahl der Studientypen für den Einschluss in den Review?	4 Haben die Review-Autor:innen für ihre Literatursuche eine umfassende Suchstrategie angewandt?	5 Haben die Review-Autor:innen die Studienselektion doppelt durchgeführt?	6 Haben die Review-Autor:innen die Datenextraktion doppelt durchgeführt?	7 Haben die Review-Autor:innen eine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt und die Ausschlüsse begründet?	8 Haben die Review-Autor:innen die eingeschlossenen Studien angemessen detailliert beschrieben?	9 Haben die Review-Autor:innen eine angemessene Technik für die Bewertung des Risikos für Bias (RoB) in den einzelnen, in den Review eingeschlossenen Studien angewandt?	10 Haben die Review-Autor:innen die Finanzierungsquellen der in den Review eingeschlossenen Studien angegeben?	11 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen angemessene Methoden für die statistische Zusammenfassung der Ergebnisse angewandt?	12 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen den potenziellen Einfluss des RoB der einzelnen Studien auf die Ergebnisse der Meta-Analyse bzw. andere Formen der Evidenzsynthese bewertet?	13 Haben die Review-Autor:innen dem RoB der einzelnen Studien im Rahmen der Interpretation/Diskussion der Ergebnisse des Reviews Rechnung getragen?	14 Haben die Review-Autor:innen für jegliche in den Ergebnissen des Reviews beobachtete Heterogenität zufriedenstellende Erklärungen bereitgestellt und die Heterogenität diskutiert?	15 Sofern eine quantitative Synthese durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen eine angemessene Untersuchung von Publikations-Bias („Small Study Bias“) durchgeführt und ihren wahrscheinlichen Einfluss auf die Ergebnisse des Reviews diskutiert?	16 Haben die Review-Autor:innen jegliche potenzielle Quellen für Interessenskonflikte, einschließlich jeglicher Finanzierung, die sie für die Durchführung des Reviews erhalten haben, angegeben?
Crumlish & O’Rourke (2010)	Niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise ja	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Teilweise Ja/ enthält nur RCTs	Nein	keine Meta-Analyse	keine Meta-Analyse	Ja	Nein	keine Meta-Analyse	Nein
Gattinara et al. (2017)	Kritisch Niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja/ enthält nur RCTs	Nein	keine Meta-Analyse	keine Meta-Analyse	Nein	Nein	keine Meta-Analyse	Ja
Kip et al. (2020)	Kritisch niedrig	Ja	Teilweise Ja	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Ja	Teilweise Ja	Nein/ enthält nur RCTs	Nein	Ja	keine Meta-Analyse	Nein	Ja	Ja	Ja
Lambert et al. (2015)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise ja	Nein	Ja	Nein	Teilweise Ja	Nein/ enthält nur RTCs	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Nein
Nosè et al. (2017)	Niedrig	Ja	Ja	Ja	Teilweise ja	ja	ja	ja	ja	Ja/ Ja	Nein	Ja/ Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja
Slobodin & de Jong (2015)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Nein	Teilweise ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein/ Nein	Nein	Keine Metaanalyse	Keine Metaanalyse	Nein	Nein	Keine Metaanalyse	Ja
Turrini et al. (2021)	niedrig	Nein	Ja	Ja	Teilweise ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja/ enthält nur RCTs	Nein	Ja/ keine Metaanalyse	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja

PICO 4 & 5
Keine Studieneinschlüsse und/oder AMSTAR-Bewertung durchgeführt.

PICO 6

Autor:innen	Gesamtbewertung	1 Beinhalten die Forschungsfrage n und Einschlusskriterien für den Review die PICO-Komponenten?	2 Ist in dem Review-Bericht explizit angegeben, dass die Review-Methoden vor der Durchführung des Reviews festgelegt wurden, und werden in dem Bericht jegliche Abweichungen vom Protokoll begründet?	3 Erläutern die Review-Autor:innen ihre Auswahl der Studientypen für den Einschluss in den Review?	4 Haben die Review-Autor:innen für ihre Literatursuche eine umfassende Suchstrategie angewandt?	5 Haben die Review-Autor:innen die Studienselektion doppelt durchgeführt?	6 Haben die Review-Autor:innen die Datenextraktion doppelt durchgeführt?	7 Haben die Review-Autor:innen eine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt und die Ausschlüsse begründet?	8 Haben die Review-Autor:innen die eingeschlossenen Studien angemessen detailliert beschrieben?	9 Haben die Review-Autor:innen eine angemessene Technik für die Bewertung des Risikos für Bias (RoB) in den einzelnen, in den Review eingeschlossenen Studien angewandt?	10 Haben die Review-Autor:innen die Finanzierungsquellen der in den Review eingeschlossenen Studien angegeben?	11 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen angemessene Methoden für die statistische Zusammenfassung der Ergebnisse angewandt?	12 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen den potenziellen Einfluss des RoB der einzelnen Studien auf die Ergebnisse der Meta-Analyse bzw. andere Formen der Evidenzsynthese bewertet?	13 Haben die Review-Autor:innen dem RoB der einzelnen Studien im Rahmen der Interpretation/Diskussion der Ergebnisse des Reviews Rechnung getragen?	14 Haben die Review-Autor:innen für jegliche in den Ergebnissen des Reviews beobachtete Heterogenität zufriedenstellende Erklärungen bereitgestellt und die Heterogenität diskutiert?	15 Sofern eine quantitative Synthese durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen eine angemessene Untersuchung von Publikations-Bias („Small Study Bias“) durchgeführt und ihren wahrscheinlichen Einfluss auf die Ergebnisse des Reviews diskutiert?	16 Haben die Review-Autor:innen jegliche potenzielle Quellen für Interessenskonflikte, einschließlich jeglicher Finanzierung, die sie für die Durchführung des Reviews erhalten haben, angegeben?
Lambert et al. (2015)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise ja	Nein	Ja	Nein	Teilweise Ja	Nein/enthält nur RTCs	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Nein

Behandlung von Erwachsenen mit Störung der Intelligenzentwicklung (SIE)
PICO 1, 2, 3, 4, 5 & 6
Keine Studieneinschlüsse und/oder AMSTAR-Bewertung durchgeführt.

Diagnostik der PTBS bei Kindern und Jugendlichen
PICO 1,2 & 3
Keine Studieneinschlüsse und/oder AMSTAR-Bewertung durchgeführt.

Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen

PICO 1

Keine Studieneinschlüsse und/oder AMSTAR-Bewertung durchgeführt.

PICO 2

Autor:innen	Gesamtbewertung	1 Beinhalten die Forschungsfrage n und Einschlusskriterien für den Review die PICO-Komponenten?	2 Ist in dem Review-Bericht explizit angegeben, dass die Review-Methoden vor der Durchführung des Reviews festgelegt wurden, und werden in dem Bericht jegliche Abweichungen vom Protokoll begründet?	3 Erläutern die Review-Autor:innen ihre Auswahl der Studientypen für den Einschluss in den Review?	4 Haben die Review-Autor:innen für ihre Literatursuche eine umfassende Suchstrategie angewandt?	5 Haben die Review-Autor:innen die Studien-selektion doppelt durchgeführt?	6 Haben die Review-Autor:innen die Datenextraktion doppelt durchgeführt?	7 Haben die Review-Autor:innen eine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt und die Ausschlüsse begründet?	8 Haben die Review-Autor:innen die eingeschlossenen Studien angemessen detailliert beschrieben?	9 Haben die Review-Autor:innen eine angemessene Technik für die Bewertung des Risikos für Bias (RoB) in den einzelnen, in den Review eingeschlossene n Studien angewandt?	10 Haben die Review-Autor:innen die Finanzierungsquellen der in den Review eingeschlossenen Studien angegeben?	11 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen angemessene Methoden für die statistische Zusammenfassung der Ergebnisse angewandt?	12 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen den potenziellen Einfluss des RoB der einzelnen Studien auf die Ergebnisse der Meta-Analyse bzw. andere Formen der Evidenzsynthese bewertet?	13 Haben die Review-Autor:innen dem RoB der einzelnen Studien im Rahmen der Interpretation/Diskussion der Ergebnisse des Reviews Rechnung getragen?	14 Haben die Review-Autor:innen für jegliche in den Ergebnissen des Reviews beobachtete Heterogenität zufriedenstellende Erklärungen bereitgestellt und die Heterogenität diskutiert?	15 Sofern eine quantitative Synthese durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen eine angemessene Untersuchung von Publikations-Bias („Small Study Bias“) durchgeführt und ihren wahrscheinlichen Einfluss auf die Ergebnisse des Reviews diskutiert?	16 Haben die Review-Autor:innen jegliche potenzielle Quellen für Interessenskonflikte, einschließlich jeglicher Finanzierung, die sie für die Durchführung des Reviews erhalten haben, angegeben?
Gillies et al. (2013)	Hoch	Ja	Ja	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Guterman n et al. (2016)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Nein	Teilweise ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Teilweise ja (RCT/NRSI)	Nein	Ja (RCT) Nein (NRSI)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Guterman n et al. (2017)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Nein	Teilweise ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Teilweise ja (RCT/NRSI)	Nein	Ja (RCT) Nein (NRSI)	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja
De Haan et al. (2024)	Kritisch niedrig	Ja	Ja	Ja	Teilweise Ja	Ja	Nein	Nein	Teilweise Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja
Hoogstede r et al. (2022)	Kritisch niedrig	Ja	Teilweise Ja	Ja	Teilweise Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja
Hoppen et al. (2023)	Niedrig	Ja	Teilweise ja	Ja	Teilweise ja	Ja	Ja	Nein	Teilweise ja	Teilweise ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja
Huang et al. (2022)	Niedrig	Ja	Teilweise Ja	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Hudays et al. (2022)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja

John-Baptiste Bastien et al. (2020)	Niedrig	Ja	Teilweise Ja	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Lenz & Hollenbaugh (2015)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Nein	Teilweise ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein/ Nein	Nein	Ja/ Nein	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja
Mavranezouli et al. (2020)	Niedrig	Ja	Teilweise ja	Ja	Teilweise ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja
Moreno-Alcázar et al. (2017)	Kritisch niedrig	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Teilweise ja	Ja/ Enthält nur RCTs	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja
Samarah (2022)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise ja	Nein	Nein	Nein	Teilweise ja	Nein/ Enthält nur RCTs	Nein	Keine Metaanalyse	Keine Metaanalyse	Nein	Ja	Keine Metaanalyse	Ja
Xiang et al (2021)	Niedrig	Ja	Ja	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja
Xian-Yu et al. (2020)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja
Xie et al. (2024)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Nein

PICO 3																	
Autor:innen	Gesamtbewertung	1 Beinhalten die Forschungsfragen und Einschlusskriterien für den Review die PICO-Komponenten?	2 Ist in dem Review-Bericht explizit angegeben, dass die Review-Methoden vor der Durchführung des Reviews festgelegt wurden, und werden in dem Bericht jegliche Abweichungen vom Protokoll begründet?	3 Erläutern die Review-Autor:innen ihre Auswahl der Studientypen für den Einschluss in den Review?	4 Haben die Review-Autor:innen für ihre Literatursuche eine umfassende Suchstrategie angewandt?	5 Haben die Review-Autor:innen die Studien-selektion doppelt durchgeführt?	6 Haben die Review-Autor:innen die Datenextraktion doppelt durchgeführt?	7 Haben die Review-Autor:innen eine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt und die Ausschlüsse begründet?	8 Haben die Review-Autor:innen die eingeschlossenen Studien angemessen detailliert beschrieben?	9 Haben die Review-Autor:innen eine angemessene Technik für die Bewertung des Risikos für Bias (RoB) in den einzelnen, in den Review eingeschlossene Studien angewandt?	10 Haben die Review-Autor:innen die Finanzierungsquellen der in den Review eingeschlossenen Studien angegeben?	11 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen angemessene Methoden für die statistische Zusammenfassung der Ergebnisse angewandt?	12 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen den potenziellen Einfluss des RoB der einzelnen Studien auf die Ergebnisse der Meta-Analyse bzw. andere Formen der Evidenzsynthese bewertet?	13 Haben die Review-Autor:innen dem RoB der einzelnen Studien im Rahmen der Interpretation/Diskussion der Ergebnisse des Reviews Rechnung getragen?	14 Haben die Review-Autor:innen für jegliche in den Ergebnissen des Reviews beobachtete Heterogenität zufriedenstellende Erklärungen bereitgestellt und die Heterogenität diskutiert?	15 Sofern eine quantitative Synthese durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen eine angemessene Untersuchung von Publikations-Bias („Small Study Bias“) durchgeführt und ihren wahrscheinlichen Einfluss auf die Ergebnisse des Reviews diskutiert?	16 Haben die Review-Autor:innen jegliche potenzielle Quellen für Interessenskonflikte, einschließlich jeglicher Finanzierung, die sie für die Durchführung des Reviews erhalten haben, angegeben?
Beer (2018)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise ja	Nein	Nein	Nein	Teilweise ja	Nein	Nein	keine Metaanalysen	keine Metaanalysen	Ja	Ja	keine Meta-Analysen	Nein
Guterman et al. (2016)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Nein	Teilweise ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Teilweise ja (RCT/NRSI)	Nein	Ja (RCT) Nein (NRSI)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
De Haan et al. (2024)	Kritisch niedrig	Ja	Ja	Ja	Teilweise Ja	Ja	Nein	Nein	Teilweise Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja
Hille & Werner (2023)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein/ enthält nur RCTs	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja
Hoogsteder et al. (2022)	Kritisch niedrig	Ja	Teilweise Ja	Ja	Teilweise Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja
Hoppen et al. (2023)	Niedrig	Ja	Teilweise ja	Ja	Teilweise ja	Ja	Ja	Nein	Teilweise ja	Teilweise ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja
Huang et al. (2022)	Niedrig	Ja	Teilweise Ja	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Hudays et al. (2022)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja

John-Baptiste Bastien et al. (2020)	Niedrig	Ja	Teilweise Ja	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Manzoni et al. (2021)	Kritisch niedrig	Nein	Nein	Ja	Teilweise ja	Nein	Nein	Nein	Teilweise ja	Nein/enthält nur RCTs	Nein	keine Meta-Analysen	keine Meta-Analysen	Nein	Ja	keine Meta-Analysen	Ja
Mavranezouli et al. (2020)	Niedrig	Ja	Teilweise ja	Ja	Teilweise ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja
Verado & Cioccolanti (2017)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise ja	Nein	Nein	Nein	Teilweise ja	Nein/enthält nur RCTs	Nein	keine Meta-Analysen	keine Meta-Analysen	Nein	Nein	keine Meta-Analysen	Nein
Xiang et al (2021)	Niedrig	Ja	Ja	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja

PICO 4
Keine Studieneinschlüsse und/oder AMSTAR-Bewertung durchgeführt.

PICO 5

Autor:innen	Gesamtbe- wertung	1 Beinhalten die Forschungsfrage n und Einschlusskriteri- en für den Review die PICO- Komponenten?	2 Ist in dem Review-Bericht explizit angegeben, dass die Review- Methoden vor der Durchführung des Reviews festgelegt wurden, und werden in dem Bericht jegliche Abweichungen vom Protokoll begründet?	3 Erläutern die Review- Autor:innen ihre Auswahl der Studientypen für den Einschluss in den Review?	4 Haben die Review- Autor:innen für ihre Literatursuche eine umfassende Suchstrategie angewandt?	5 Haben die Review- Autor:innen die Studien- selektion doppelt durchgeführt?	6 Haben die Review- Autor:innen die Datenextraktion doppelt durchgeführt?	7 Haben die Review- Autor:innen eine Liste der ausgeschlos- senen Studien bereitgestellt und die Ausschlüsse begründet?	8 Haben die Review- Autor:innen die einge- schlossenen Studien angemessen detailliert beschrieben?	9 Haben die Review- Autor:innen eine angemessene Technik für die Bewertung des Risikos für Bias (RoB) in den einzelnen, in den Review eingeschlossene n Studien angewandt?	10 Haben die Review- Autor:innen die Finanzierungsqu- ellen der in den Review einge- schlossenen Studien angegeben?	11 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review- Autor:innen angemessene Methoden für die statistische Zusammenfas- sung der Ergebnisse angewandt?	12 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review- Autor:innen den potenziellen Einfluss des RoB der einzelnen Studien auf die Ergebnisse der Meta-Analyse bzw. andere Formen der Evidenz- synthese bewertet?	13 Haben die Review- Autor:innen dem RoB der einzelnen Studien im Rahmen der Interpretation/D iskussion der Ergebnisse des Reviews Rechnung getragen?	14 Haben die Review- Autor:innen für jegliche in den Ergebnissen des Reviews beobachtete Heterogenität zufriedenstellen de Erklärungen bereitgestellt und die Heterogenität diskutiert?	15 Sofern eine quantitative Synthese durchgeführt wurde: Haben die Review- Autor:innen eine angemessene Untersuchung von Publikations- Bias („Small Study Bias“) durch- geführt und ihren wahrscheinliche n Einfluss auf die Ergebnisse des Reviews diskutiert?	16 Haben die Review- Autor:innen jegliche potenzielle Quellen für Interessens- konflikte, einschließlich jeglicher Finanzierung, die sie für die Durchführung des Reviews erhalten haben, angegeben?
De Haan et al. (2024)	Kritisch niedrig	Ja	Ja	Ja	Teilweise ja	Ja	Nein	Nein	Teilweise ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja
Gutermann et al. (2016)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Nein	Teilweise ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Teilweise ja (RCT/NRSI)	Nein	Ja (RCT)/ Nein (NRSI)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Hoogsteder et al. (2022)	Kritisch niedrig	Ja	Teilweise ja	Ja	Teilweise ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja
Szota et al. (2023)	Niedrig	Ja	Ja	Ja	Teilweise ja	Ja	Nein	Nein	Teilweise ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

PICO 6

Autor:innen	Gesamtbewertung	1 Beinhalten die Forschungsfragen und Einschlusskriterien für den Review die PICO-Komponenten?	2 Ist in dem Review-Bericht explizit angegeben, dass die Review-Methoden vor der Durchführung des Reviews festgelegt wurden, und werden in dem Bericht jegliche Abweichungen vom Protokoll begründet?	3 Erläutern die Review-Autor:innen ihre Auswahl der Studientypen für den Einschluss in den Review?	4 Haben die Review-Autor:innen für ihre Literatursuche eine umfassende Suchstrategie angewandt?	5 Haben die Review-Autor:innen die Studien-selektion doppelt durchgeführt?	6 Haben die Review-Autor:innen die Datenextraktion doppelt durchgeführt?	7 Haben die Review-Autor:innen eine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt und die Ausschlüsse begründet?	8 Haben die Review-Autor:innen die eingeschlossenen Studien angemessen detailliert beschrieben?	9 Haben die Review-Autor:innen eine angemessene Technik für die Bewertung des Risikos für Bias (RoB) in den einzelnen, in den Review eingeschlossenen Studien angewandt?	10 Haben die Review-Autor:innen die Finanzierungsquellen der in den Review eingeschlossenen Studien angegeben?	11 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen angemessene Methoden für die statistische Zusammenfassung der Ergebnisse angewandt?	12 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen den potenziellen Einfluss des RoB der einzelnen Studien auf die Ergebnisse der Meta-Analyse bzw. andere Formen der Evidenzsynthese bewertet?	13 Haben die Review-Autor:innen dem RoB der einzelnen Studien im Rahmen der Interpretation/Diskussion der Ergebnisse des Reviews Rechnung getragen?	14 Haben die Review-Autor:innen für jegliche in den Ergebnissen des Reviews beobachtete Heterogenität zufriedenstellende Erklärungen bereitgestellt und die Heterogenität diskutiert?	15 Sofern eine quantitative Synthese durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen eine angemessene Untersuchung von Publikations-Bias („Small Study Bias“) durchgeführt und ihren wahrscheinlichen Einfluss auf die Ergebnisse des Reviews diskutiert?	16 Haben die Review-Autor:innen jegliche potenzielle Quellen für Interessenskonflikte, einschließlich jeglicher Finanzierung, die sie für die Durchführung des Reviews erhalten haben, angegeben?
Hoogsteder et al. (2022)	Kritisch niedrig	Ja	Teilweise Ja	Ja	Teilweise Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja
Xie et al. (2024)	Kritisch niedrig	Ja	Nein	Ja	Teilweise Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Nein

Allgemeine Behandlungsprinzipien

PICO 1

Autor:innen	Gesamtbewertung	1 Beinhalten die Forschungsfrage und Einschlusskriterien für den Review die PICO-Komponenten?	2 Ist in dem Review-Bericht explizit angegeben, dass die Review-Methoden vor der Durchführung des Reviews festgelegt wurden, und werden in dem Bericht jegliche Abweichungen vom Protokoll begründet?	3 Erläutern die Review-Autor:innen ihre Auswahl der Studientypen für den Einschluss in den Review?	4 Haben die Review-Autor:innen für ihre Literatursuche eine umfassende Suchstrategie angewandt?	5 Haben die Review-Autor:innen die Studien-selektion doppelt durchgeführt?	6 Haben die Review-Autor:innen die Datenextraktion doppelt durchgeführt?	7 Haben die Review-Autor:innen eine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt und die Ausschlüsse begründet?	8 Haben die Review-Autor:innen die eingeschlossenen Studien angemessen detailliert beschrieben?	9 Haben die Review-Autor:innen eine angemessene Technik für die Bewertung des Risikos für Bias (RoB) in den einzelnen, in den Review eingeschlossenen Studien angewandt?	10 Haben die Review-Autor:innen die Finanzierungsquellen der in den Review eingeschlossenen Studien angegeben?	11 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen angemessene Methoden für die statistische Zusammenfassung der Ergebnisse angewandt?	12 Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen den potenziellen Einfluss des RoB der einzelnen Studien auf die Ergebnisse der Meta-Analyse bzw. andere Formen der Evidenzsynthese bewertet?	13 Haben die Review-Autor:innen dem RoB der einzelnen Studien im Rahmen der Interpretation/Diskussion der Ergebnisse des Reviews Rechnung getragen?	14 Haben die Review-Autor:innen für jegliche in den Ergebnissen des Reviews beobachtete Heterogenität zufriedenstellen die Erklärungen bereitgestellt und die Heterogenität diskutiert?	15 Sofern eine quantitative Synthese durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen eine angemessene Untersuchung von Publikations-Bias („Small Study Bias“) durchgeführt und ihren wahrscheinlichen Einfluss auf die Ergebnisse des Reviews diskutiert?	16 Haben die Review-Autor:innen jegliche potenzielle Quellen für Interessenskonflikte, einschließlich jeglicher Finanzierung, die sie für die Durchführung des Reviews erhalten haben, angegeben?
Gehring et al. (2020)	Niedrig	Ja	Ja	Ja	Teilweise ja	Ja	Ja	Nein	Teilweise ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Schleyer et al. (2022)	Kritisch niedrig	Nein	Nein	Ja	Teilweise ja	Ja	Ja	Nein	Teilweise ja	Ja	Nein	Keine Metaanalyse	Keine Metaanalyse	Nein	Nein	Keine Metaanalyse	Ja

PICO 2 & 3
Keine Studieneinschlüsse und/oder AMSTAR-Bewertung durchgeführt.

PICO 4

Autor:innen	Gesamtbewertung	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
		Beinhalten die Forschungsfrage n und Einschlusskriterien für den Review die PICO-Komponenten?	Ist in dem Review-Bericht explizit angegeben, dass die Review-Methoden vor der Durchführung des Reviews festgelegt wurden, und werden in dem Bericht jegliche Abweichungen vom Protokoll begründet?	Erläutern die Review-Autor:innen ihre Auswahl der Studientypen für den Einschluss in den Review?	Haben die Review-Autor:innen für ihre Literatursuche eine umfassende Suchstrategie angewandt?	Haben die Review-Autor:innen die Studien-selektion doppelt durchgeführt?	Haben die Review-Autor:innen die Datenextraktion doppelt durchgeführt?	Haben die Review-Autor:innen eine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt und die Ausschlüsse begründet?	Haben die Review-Autor:innen die eingeschlossenen Studien angemessen detailliert beschrieben?	Haben die Review-Autor:innen eine angemessene Technik für die Bewertung des Risikos für Bias (RoB) in den einzelnen, in den Review eingeschlossene n Studien angewandt?	Haben die Review-Autor:innen die Finanzierungsquellen der in den Review eingeschlossenen Studien angegeben?	Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen angemessene Methoden für die statistische Zusammenfassung der Ergebnisse angewandt?	Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen den potenziellen Einfluss des RoB der einzelnen Studien auf die Ergebnisse der Meta-Analyse bzw. andere Formen der Evidenz-synthese bewertet?	Haben die Review-Autor:innen dem RoB der einzelnen Studien im Rahmen der Interpretation/Diskussion der Ergebnisse des Reviews Rechnung getragen?	Haben die Review-Autor:innen für jegliche in den Ergebnissen des Reviews beobachtete Heterogenität zufriedenstellende Erklärungen bereitgestellt und die Heterogenität diskutiert?	Sofern eine quantitative Synthese durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen eine angemessene Untersuchung von Publikations-Bias („Small Study Bias“) durchgeführt und ihren wahrscheinlichen Einfluss auf die Ergebnisse des Reviews diskutiert?	Haben die Review-Autor:innen jegliche potenzielle Quellen für Interessenskonflikte, einschließlich jeglicher Finanzierung, die sie für die Durchführung des Reviews erhalten haben, angegeben?
Micklitz et al. (2024)	Niedrig	Ja	Ja	Ja	Teilweise ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

PICO 5

Autor:innen	Gesamtbewertung	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
		Beinhalten die Forschungsfrage n und Einschlusskriterien für den Review die PICO-Komponenten?	Ist in dem Review-Bericht explizit angegeben, dass die Review-Methoden vor der Durchführung des Reviews festgelegt wurden, und werden in dem Bericht jegliche Abweichungen vom Protokoll begründet?	Erläutern die Review-Autor:innen ihre Auswahl der Studientypen für den Einschluss in den Review?	Haben die Review-Autor:innen für ihre Literatursuche eine umfassende Suchstrategie angewandt?	Haben die Review-Autor:innen die Studien-selektion doppelt durchgeführt?	Haben die Review-Autor:innen die Datenextraktion doppelt durchgeführt?	Haben die Review-Autor:innen eine Liste der ausgeschlossenen Studien bereitgestellt und die Ausschlüsse begründet?	Haben die Review-Autor:innen die eingeschlossenen Studien angemessen detailliert beschrieben?	Haben die Review-Autor:innen eine angemessene Technik für die Bewertung des Risikos für Bias (RoB) in den einzelnen, in den Review eingeschlossene n Studien angewandt?	Haben die Review-Autor:innen die Finanzierungsquellen der in den Review eingeschlossenen Studien angegeben?	Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen angemessene Methoden für die statistische Zusammenfassung der Ergebnisse angewandt?	Sofern eine Meta-Analyse durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen den potenziellen Einfluss des RoB der einzelnen Studien auf die Ergebnisse der Meta-Analyse bzw. andere Formen der Evidenzsynthese bewertet?	Haben die Review-Autor:innen dem RoB der einzelnen Studien im Rahmen der Interpretation/Diskussion der Ergebnisse des Reviews Rechnung getragen?	Haben die Review-Autor:innen für jegliche in den Ergebnissen des Reviews beobachtete Heterogenität zufriedenstellende Erklärungen bereitgestellt und die Heterogenität diskutiert?	Sofern eine quantitative Synthese durchgeführt wurde: Haben die Review-Autor:innen eine angemessene Untersuchung von Publikations-Bias („Small Study Bias“) durchgeführt und ihren wahrscheinlichen Einfluss auf die Ergebnisse des Reviews diskutiert?	Haben die Review-Autor:innen jegliche potenzielle Quellen für Interessenskonflikte, einschließlich jeglicher Finanzierung, die sie für die Durchführung des Reviews erhalten haben, angegeben?
Kalra et al. (2021)	Hoch	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja

PICO 6

Keine Studieneinschlüsse und/oder AMSTAR-Bewertung durchgeführt.

ROB 2 Profile

Das Risk of Bias Tool 2 für randomisierte Studien (**RoB 2**, <https://www.riskofbias.info/welcome/rob-2-0-tool> | <https://methods.cochrane.org/risk-bias-2>) ist ein empfohlenes Instrument zur Bewertung des Verzerrungsrisikos bei randomisierten Studien. RoB 2 ist in Verzerrungsbereiche („Domains“) gegliedert, die sich auf verschiedene Aspekte des Studiendesigns, der Studiendurchführung und der Berichterstattung konzentrieren. Innerhalb jedes Bereichs zielen Signalfragen („Signalling questions“) darauf ab, Informationen über Merkmale der Studie zu erhalten, die für das Verzerrungsrisiko relevant sind. Ein Algorithmus erstellt auf der Grundlage der Antworten eine vorgeschlagene Bewertung des Verzerrungsrisikos, das sich aus jedem Bereich ergibt. Das Ergebnis kann ein „geringes“ oder „hohes“ Verzerrungsrisiko sein oder „einige Bedenken“ ausdrücken.

Die **Antwortoptionen** der Signalfragen für die RoB 2-Items sind die folgenden.

- Ja („Yes“ „Y“)
- Wahrscheinlich ja („Probably yes“ „PY“)
- Wahrscheinlich nein („Probably no“ „PN“)
- Nein („No“ „N“)
- Keine Informationen („No information“ „NI“)

Auf die Beantwortung der Signalfragen folgt die Bewertung des Biasrisikos für die jeweilige Domäne, für die es die folgenden drei Optionen gibt:

Geringes Verzerrungsrisiko

Das Biasrisiko der Studie wurde in Bezug auf das Ergebnis in allen Domänen als niedrig eingeschätzt.

Einige Bedenken

Die Studie wurde hinsichtlich des Biasrisikos in Bezug auf das Ergebnis in mindestens einer Domäne als „mit einigen Bedenken“ behaftet eingeschätzt, das Biasrisiko wurde jedoch in keiner Domäne als „hoch“ eingeschätzt.

Hohes Verzerrungsrisiko

Das Biasrisiko der Studie wurde in Bezug auf das Ergebnis in mindestens einer Domäne als hoch eingeschätzt;
oder

Die Studie wurde hinsichtlich des Biasrisikos in Bezug auf das Ergebnis in mehreren Domänen als „mit einigen Bedenken“ behaftet eingeschätzt, in einer Weise, die das Vertrauen in das Ergebnis substantiell verringert.

Methoden zur Verringerung von Bias und Auswirkungen von Bias in kontrollierten Studien³

Selection-Bias

Um bei der Auswahl der Studienpopulation einen Selection-Bias zu vermeiden, der zu Gruppenunterschieden in wesentlichen Patientencharakteristika, wie beispielsweise dem Alter oder Erkrankungsstatus, führen kann, werden die Teilnehmer den Interventionsgruppen zufällig zugeteilt (randomisiert). Für eine erfolgreiche Randomisierung, d. h. Ähnlichkeit der zu vergleichenden Gruppen, sind drei Faktoren maßgeblich: eine ausreichend große Studienpopulation, die Wahl einer adäquaten Randomisierungsmethode und die Geheimhaltung des Randomisierungsschemas (verdeckte Gruppenzuteilung, englisch: Allocation concealment). Die Kenntnis des Randomisierungsplans, beispielsweise einer Zufallszahlentabelle, birgt die Gefahr einer selektiven Zuordnung von Patienten zu Behandlungsgruppen auf der Basis prognostischer Faktoren: Studienteilnehmer, die für eine Behandlung vorgesehen waren, mögen als ungeeignet erscheinen und werden zurückgewiesen, wohingegen andere vorsätzlich einer geeignet erscheinenden Gruppe zugeteilt werden.

Performance-Bias

Ein Performance-Bias wird durch Unterschiede in der Behandlung der Patienten zusätzlich zur Intervention und in den Rahmenbedingungen hervorgerufen, oftmals nur in einer Behandlungsgruppe. Er kann durch Verblindung des Studienpersonals reduziert werden.

Detection-Bias

Auch der Detection-Bias, der entsteht, wenn bekannt ist, welcher Behandlungsgruppe ein Patient zugeordnet ist und dies die Ergebnismessung beeinflusst, kann durch Verblindung verringert werden. Allerdings ist in vielen nicht medikamentösen Studien eine Verblindung nur schwer zu realisieren und wird entsprechend selten vorgenommen, obwohl zumindest eine verblindete Endpunkterhebung (auch Zielgrößen- oder Outcome-Erhebung) meistens möglich ist. Daraus folgt nicht zwingend ein gravierender Qualitätsmangel der Studie, jedoch können viele Endpunkte durch das Wissen um die Behandlung eines Studienteilnehmers beeinflusst werden. Folglich entsteht durch die fehlende Verblindung ein Risiko für Bias.

Verblindung und verdeckte Gruppenzuteilung sind unterschiedliche Aspekte, die oft miteinander verwechselt werden. Die verdeckte Gruppenzuteilung muss bereits bei der Aufnahme eines Teilnehmers in eine Studie gewährleistet sein, um einen Selection-Bias zu vermeiden. Die Verblindung muss hingegen nach der Aufnahme beginnen, um Performance- und Detection-Bias zu verringern.

Attrition-Bias

Ein Attrition-Bias entsteht durch den Studienabbruch einzelner Teilnehmer, weil dieser in der Regel nicht zufällig erfolgt und weil er bei hohen Ausfallzahlen sowie Gruppenunterschieden in der Häufigkeit von Studienabbrüchen den Effekt einer Randomisierung aufhebt. Eine Verletzung des Studienprotokolls oder ein Loss-to Follow-up können unterschiedlichste Ursachen haben, wie beispielsweise mangelnde Wirksamkeit oder schwer zu tolerierende Nebenwirkungen, aber auch Desinteresse oder Unzuverlässigkeit der Patienten. Um die potentielle Über- oder Unterschätzung eines Interventionseffektes aufgrund von Studienabbrüchen zu verringern, sollte eine Intention-to-treat-Analyse durchgeführt werden. Dazu werden zur Auswertung alle Patienten den Behandlungsgruppen zugerechnet, denen sie ursprünglich randomisiert zugeordnet waren. Zur Kompensation fehlender Messwerte von ausgeschiedenen Teilnehmern stehen verschiedene Methoden zur Verfügung.

³ Aus Buchberger et al. 2014 (Bewertung des Risikos für Bias in kontrollierten Studien <https://www.springermedizin.de/bewertung-des-risikos-fuer-bias-in-kontrollierten-studien/8013308>)

Diagnostik

PICO 1-3

Keine Primärevidenz eingeschlossen und/oder keine RoB 2-Bewertung durchgeführt.

Psychotherapeutische Behandlung
PICO 1

			Bias-Domäne					Legende	
PICO	Autor:innen	Gesamtbewertung	1	2	3	4	5		Geringes Verzerrungsrisiko
			Bias durch den Randomisierungsprozess	Bias durch Abweichungen von den vorgesehenen Interventionen	Bias durch fehlende Ergebnisdaten	Bias durch die Ergebnismessung	Bias durch Selektion des berichteten Ergebnisses		
			Selection Bias Verzerrte Zuteilung zu Studiengruppen	Performance Bias Verzerrung durch ungleiche Behandlungen abgesehen von Interventionen	Attrition Bias Verzerrung durch Gruppenunterschiede in der Anzahl und Begründung von Studienabbrüchen	Detection Bias Verzerrte Erfassung von Ergebnissen	Reporting Bias Verzerrung durch selektives Berichten von positiven Ergebnissen		
1	Steinert et al. (2017)	Some concerns							
1	Christensen et al. (2013)	High							

Study ID	Steinert_2017	Aim	Assignment to intervention (the “intention-to-treat” effect)		
Experimental	Resource-oriented trauma therapy combined with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) resource installation (ROTATE)	Comparator	Waiting-List Control (WLC)	Source	Journal article(s)
Outcome	PTB-Symptome	Results		Weight	1

Domain	Signalling question	Response	Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?	Y	
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	Y	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	Y	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Y	
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Y	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	PN	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA	
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	PN	
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	N	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y	

	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	Y	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	PN	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	PY	
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	N	
	Risk of bias judgement	Low	

Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns

Study ID	Christensen_2013	Aim	Assignment to intervention (the “intention-to-treat” effect)		
Experimental	Ego State Therapy (EST)	Comparator	Ochberg Counting Method (placebo)	Source	Journal article(s)
Outcome	PTB-Symptome	Results		Weight	1
Domain	Signalling question		Response		Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?		PN		
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?		NI		
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?		PN		
	Risk of bias judgement		Some concerns		
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?		Y		
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?		Y		
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?		PN		
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?		NA		
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?		NA		
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?		NI		

	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NI	
	Risk of bias judgement	High	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	NI	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	N	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	PY	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NI	
	Risk of bias judgement	High	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	PY	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	PN	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	NA	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	Risk of bias judgement	High	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	NI	

	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Overall bias	Risk of bias judgement	High	

PICO 2
Keine Primärevidenz eingeschlossen und/oder keine RoB 2-Bewertung durchgeführt.

PICO 3

			Bias-Domäne					Legende	
PICO	Autor:innen	Gesamtbewertung	1	2	3	4	5		Geringes Verzerrungsrisiko
			Bias durch den Randomisierungsprozess	Bias durch Abweichungen von den vorgesehenen Interventionen	Bias durch fehlende Ergebnisdaten	Bias durch die Ergebnismessung	Bias durch Selektion des berichteten Ergebnisses		
			Selection Bias Verzerrte Zuteilung zu Studiengruppen	Performance Bias Verzerrung durch ungleiche Behandlungen abgesehen von Interventionen	Attrition Bias Verzerrung durch Gruppenunterschiede in der Anzahl und Begründung von Studienabbrüchen	Detection Bias Verzerrte Erfassung von Ergebnissen	Reporting Bias Verzerrung durch selektives Berichten von positiven Ergebnissen		
3	Bohus et al. (2020)	Some concerns							
3	Raabe et al. (2022)	High							

Study ID	Bohus_2020	Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	DBT-PTBS	Comparator	CPT	Source	Journal article(s)
Outcome	PTB-Symptome	Results		Weight	1
Domain	Signalling question			Response	Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			Y	
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			PY	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			N	
	Risk of bias judgement			Low	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			Y	
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?			Y	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?			PN	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?			NA	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?			NA	
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?			Y	

	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	PN	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	Y	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	PN	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	N	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	PY	

	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	PN	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN	
	Risk of bias judgement	Low	
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns	

Study ID	Raabe_2022	Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	(1) ImRs (2) STAIR/ImRs	Comparator	Waitlist	Source	Journal article(s)
Outcome	PTSS, depression, functioning	Results		Weight	1
Domain	Signalling question		Response		Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?		Y		
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?		Y		
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?		PN		
	Risk of bias judgement		Low		
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?		Y		
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?		Y		
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?		N		
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?		NA		
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?		NA		
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?		Y		

	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y	Percent overall outcome attrition: 8.2% (5/61)
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	PN	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	PDS
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PY	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	PY	
	Risk of bias judgement	High	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y	

	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	N	
	Risk of bias judgement	Low	
Overall bias	Risk of bias judgement	High	

PICO 4

			Bias-Domäne					Legende	
PICO	Autor:innen	Gesamtbewertung	1	2	3	4	5		Geringes Verzerrungsrisiko
			Bias durch den Randomisierungsprozess	Bias durch Abweichungen von den vorgesehenen Interventionen	Bias durch fehlende Ergebnisdaten	Bias durch die Ergebnismessung	Bias durch Selektion des berichteten Ergebnisses		
			Selection Bias Verzerrte Zuteilung zu Studiengruppen	Performance Bias Verzerrung durch ungleiche Behandlungen abgesehen von Interventionen	Attrition Bias Verzerrung durch Gruppenunterschiede in der Anzahl und Begründung von Studienabbrüchen	Performance Bias Verzerrung durch ungleiche Behandlungen abgesehen von Interventionen Detection Bias Verzerrte Erfassung von Ergebnissen	Reporting Bias Verzerrung durch selektives Berichten von positiven Ergebnissen		
4	Ehlers et al. (2023)	Some concerns							

Study ID	Ehlers_2023	Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	(1) iCT-PTSD (2) iStress-PTSD	Comparator	3-month waiting list	Source	Journal article(s)
Outcome	PTSS, depression, anxiety, functioning, quality of life	Results		Weight	1
Domain	Signalling question		Response		Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?		Y		
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?		Y		
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?		PN		
	Risk of bias judgement		Low		
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?		Y		
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?		Y		
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?		PN		
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?		NA		
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?		NA		
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?		Y		

	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PY	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	PN	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y	

	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	N	
	Risk of bias judgement	Low	
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns	

PICO 5 & 6
Keine Primärevidenz eingeschlossen und/oder keine RoB 2-Bewertung durchgeführt.

PICO 7

			Bias-Domäne					Legende	
PICO	Autor:innen	Gesamtbewertung	1	2	3	4	5	+ ! -	Geringes Verzerrungsrisiko Einige Bedenken Hohes Verzerrungsrisiko
			Bias durch den Randomisierungsprozess	Bias durch Abweichungen von den vorgesehenen Interventionen	Bias durch fehlende Ergebnisdaten	Bias durch die Ergebnismessung	Bias durch Selektion des berichteten Ergebnisses		
			Selection Bias Verzerrte Zuteilung zu Studiengruppen	Performance Bias Verzerrung durch ungleiche Behandlungen abgesehen von Interventionen	Attrition Bias Verzerrung durch Gruppenunterschiede in der Anzahl und Begründung von Studienabbrüchen	Detection Bias Verzerrte Erfassung von Ergebnissen	Reporting Bias Verzerrung durch selektives Berichten von positiven Ergebnissen		
7	Ehlers et al. (2014)	High		+	+	+			

Study ID	Ehlers_2014	Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	Intense CT	Comparator	Standard CT	Source	Journal article(s)
Outcome	PTSS, anxiety, depression, functioning, quality of life	Results		Weight	1
Domain	Signalling question		Response		Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			N	Use of the Minimization procedure
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			PN	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			PY	
	Risk of bias judgement			High	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1 Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			Y	
	2.2 Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?			Y	
	2.3 If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?			PN	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?			NA	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?			NA	
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?			Y	

	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	N	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	NI	Retrospectively registered

	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	PN	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Overall bias	Risk of bias judgement	High	

Pharmakotherapeutische Verfahren

PICO 1 & 2

Keine Primärevidenz eingeschlossen und/oder keine RoB 2-Bewertung durchgeführt.

PICO 3

			Bias-Domäne					Legende	
PICO	Autor:innen	Gesamtbewertung	1	2	3	4	5		Geringes Verzerrungsrisiko
			Bias durch den Randomisierungsprozess	Bias durch Abweichungen von den vorgesehenen Interventionen	Bias durch fehlende Ergebnisdaten	Bias durch die Ergebnismessung	Bias durch Selektion des berichteten Ergebnisses		
			Selection Bias Verzerrte Zuteilung zu Studiengruppen	Performance Bias Verzerrung durch ungleiche Behandlungen abgesehen von Interventionen	Attrition Bias Verzerrung durch Gruppenunterschiede in der Anzahl und Begründung von Studienabbrüchen	Performance Bias Verzerrung durch ungleiche Behandlungen abgesehen von Interventionen	Detection Bias Verzerrte Erfassung von Ergebnissen	Reporting Bias Verzerrung durch selektives Berichten von positiven Ergebnissen	
3	McCall et al. (2018)	High							

Study ID	McCall et al. (2018)	Aim	ITT		
Experimental	Prazosin	Comparator	Placebo	Source	Journal article
Outcome	Schlafstörungen	Results		Weight	
Domain	Signalling question			Response	Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			NI	Block Randomisierung (keine weiteren Informationen)
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			NI	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			N	
	Risk of bias judgement			Some concerns	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			PN	Double blinded
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?			PN	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?			NA	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?			NA	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?			NA	
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?			Y	

	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	N	70 % (14/20)
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	Y	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	PY	
	Risk of bias judgement	High	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	N	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	NI	

	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	NI	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	NI	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Overall bias	Risk of bias judgement	High	

PICO 4

			Bias-Domäne					Legende	
PICO	Autor:innen	Gesamtbewertung	1	2	3	4	5	+ ! -	Geringes Verzerrungsrisiko Einige Bedenken Hohes Verzerrungsrisiko
			Bias durch den Randomisierungsprozess	Bias durch Abweichungen von den vorgesehenen Interventionen	Bias durch fehlende Ergebnisdaten	Bias durch die Ergebnismessung	Bias durch Selektion des berichteten Ergebnisses		
			Selection Bias Verzerrte Zuteilung zu Studiengruppen	Performance Bias Verzerrung durch ungleiche Behandlungen abgesehen von Interventionen	Attrition Bias Verzerrung durch Gruppenunterschiede in der Anzahl und Begründung von Studienabbrüchen	Detection Bias Verzerrte Erfassung von Ergebnissen	Reporting Bias Verzerrung durch selektives Berichten von positiven Ergebnissen		
4	Marshall et al. (2007)	Some concerns	!	+	+	+	!		

Study ID	Marshall et al. (2007)	Aim	Assignment to the intervention (the “intention-to-treat effect”)		
Experimental	Paroxetine	Comparator	Placebo	Source	Journal article(s)
Outcome	Dissoziative Symptome	Results		Weight	1
Domain	Signalling question			Response	Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			NI	
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			NI	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			N	
	Risk of bias judgement			Some concerns	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			N	
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?			N	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?			-	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?			-	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?			-	
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?			Y	

	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	-	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	PY	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	-	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	-	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	N	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	-	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	-	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	N	

	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	NI	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	NI	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns	

PICO 5 & 6
Keine Primärevidenz eingeschlossen und/oder keine RoB 2-Bewertung durchgeführt.

PICO 7

			Bias-Domäne					Legende	
PICO	Autor:innen	Gesamtbewertung	1	2	3	4	5	+ ! -	Geringes Verzerrungsrisiko Einige Bedenken Hohes Verzerrungsrisiko
			Bias durch den Randomisierungsprozess	Bias durch Abweichungen von den vorgesehenen Interventionen	Bias durch fehlende Ergebnisdaten	Bias durch die Ergebnismessung	Bias durch Selektion des berichteten Ergebnisses		
			Selection Bias Verzerrte Zuteilung zu Studiengruppen	Performance Bias Verzerrung durch ungleiche Behandlungen abgesehen von Interventionen	Attrition Bias Verzerrung durch Gruppenunterschiede in der Anzahl und Begründung von Studienabbrüchen	Detection Bias Verzerrte Erfassung von Ergebnissen	Reporting Bias Verzerrung durch selektives Berichten von positiven Ergebnissen		
7	Rauch et al. (2018)	Low	+	+	+	+	+		

Study ID	Rauch et al. (2018)	Aim	Assignment to the intervention (the “intention-to-treat effect”)		
Experimental	PE + Sertralin PE + Placebo Enhanced medication + Sertralin	Comparator		Source	Journal article(s)
Outcome	PTB-Symptome	Results		Weight	1
Domain	Signalling question			Response	Comments

Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?	Y	
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	PY	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	PN	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	PN	
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	PN	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	-	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	-	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	-	
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	PY	
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	-	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	Y	

	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	-	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	-	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	PN	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	N	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	-	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	-	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	PY	
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	PN	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN	
	Risk of bias judgement	Low	
Overall bias	Risk of bias judgement	Low	

Adjuvante Verfahren

PICO 1

Keine Primärevidenz eingeschlossen und/oder keine RoB 2-Bewertung durchgeführt.

PICO 2

			Bias-Domäne					Legende	
PICO	Autor:innen	Gesamtbewertung	1	2	3	4	5	+ Geringes Verzerrungsrisiko	! Einige Bedenken
			Bias durch den Randomisierungsprozess	Bias durch Abweichungen von den vorgesehenen Interventionen	Bias durch fehlende Ergebnisdaten	Bias durch die Ergebnismessung	Bias durch Selektion des berichteten Ergebnisses		
			Selection Bias Verzerrte Zuteilung zu Studiengruppen	Performance Bias Verzerrung durch ungleiche Behandlungen abgesehen von Interventionen	Attrition Bias Verzerrung durch Gruppenunterschiede in der Anzahl und Begründung von Studienabbrüchen	Detection Bias Verzerrte Erfassung von Ergebnissen	Reporting Bias Verzerrung durch selektives Berichten von positiven Ergebnissen		
2	Krupnick et al., 2017	High	!	+	-	+	!		

Study ID	Krupnick et al., 2017	Aim	Assignment to the intervention (the “intention-to-treat effect”)		
Experimental	TAU + WIRED	Comparator	TAU	Source	Journal article(s)
Outcome	PTB-Symptome	Results		Weight	1
Domain	Signalling question			Response	Comments

Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?	NI	
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	NI	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	PN	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Y	
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Y	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	PN	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	-	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	-	
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	PY	
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	-	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	N	

	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	PY	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	PY	
	Risk of bias judgement	High	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	PN	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	PN	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	-	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	-	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	N	
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	PN	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	NI	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Overall bias	Risk of bias judgement	High	

PICO 3
Keine Primärevidenz eingeschlossen und/oder keine RoB 2-Bewertung durchgeführt.

PICO 4

			Bias-Domäne					Legende	
PICO	Autor:innen	Gesamtbewertung	1	2	3	4	5	Geringes Verzerrungsrisiko	Einige Bedenken
			Bias durch den Randomisierungsprozess	Bias durch Abweichungen von den vorgesehenen Interventionen	Bias durch fehlende Ergebnisdaten	Bias durch die Ergebnismessung	Bias durch Selektion des berichteten Ergebnisses		
			Selection Bias Verzerrte Zuteilung zu Studiengruppen	Performance Bias Verzerrung durch ungleiche Behandlungen abgesehen von Interventionen	Attrition Bias Verzerrung durch Gruppenunterschiede in der Anzahl und Begründung von Studienabbrüchen	Detection Bias Verzerrte Erfassung von Ergebnissen	Reporting Bias Verzerrung durch selektives Berichten von positiven Ergebnissen		
4	Allen et al. (2021)	Some concerns							
4	Bryant et al. (2023)	Low							
4	Engel et al. (2014)	Low							
4	Fine et al. (2024)	Low							
4	Fryml et al. (2018)	Some concerns							
4	Galovski et al. (2016)	High							
4	Haller et al. (2023)	Some concerns							
4	Kozel et al. (2018)	Some concerns							
4	Osuch et al. (2009)	Some concerns							
4	Powers et al. (2015)	High							

4	Polak et al. (2015)	High	!	-	-	!	!
4	Rosenbaum et al. (2015)	High	+	+	!	-	+
4	Young-McCaughan et al. (2022)	High	!	+	-	+	!

Study ID	Allen_2021	Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	TF-CBT + AAT	Comparator	TF-CBT	Source	Journal article(s)
Outcome	PTSD	Results		Weight	1
Domain	Signalling question		Response		Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?		PY		
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?		NI		
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?		N		
	Risk of bias judgement		Some concerns		
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?		Y		
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?		Y		
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?		N		
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?		NA		
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?		NA		
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?		Y		

	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	N	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	Y	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	N	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	Y	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	N	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	N	

	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	N	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns	

Study ID	Bryant_2023	Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	Exposure therapy with aerobic exercise	Comparator	Exposure therapy with passive stretching	Source	Journal article(s)
Outcome	PTSD	Results		Weight	1
Domain	Signalling question			Response	Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			Y	
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			Y	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			PN	
	Risk of bias judgement			Low	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			Y	
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?			Y	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?			N	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?			NA	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?			NA	
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?			Y	

	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	N	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y	

	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	N	
	Risk of bias judgement	Low	
Overall bias	Risk of bias judgement	Low	

Study ID	Engel_2014	Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	Acupuncture + Usual PTSD care	Comparator	Usual Care	Source	Journal article(s)
Outcome	PTSD	Results		Weight	1
Domain	Signalling question			Response	Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			Y	
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			Y	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			N	
	Risk of bias judgement			Low	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			Y	
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?			Y	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?			PN	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?			NA	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?			NA	
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?			Y	

	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	N	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y	

	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	PN	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	N	
	Risk of bias judgement	Low	
Overall bias	Risk of bias judgement	Low	

Study ID	Fine_2024	Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	TF-CBT + Neurofeedback	Comparator	TF-CBT	Source	Journal article(s)
Outcome	PTSD	Results		Weight	1
Domain	Signalling question			Response	Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			Y	
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			PY	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			N	
	Risk of bias judgement			Low	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			Y	
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?			Y	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?			N	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?			NA	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?			NA	
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?			Y	

	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	N	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y	

	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	PN	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN	
	Risk of bias judgement	Low	
Overall bias	Risk of bias judgement	Low	

Study ID	FrymI_2018	Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	rTMS + PE	Comparator	Sham rTMS + PE	Source	Journal article(s)
Outcome	PTSD	Results		Weight	1
Domain	Signalling question			Response	Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			Y	
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			NI	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			NI	
	Risk of bias judgement			Some concerns	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			N	
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?			N	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?			NA	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?			NA	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?			NA	
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?			Y	

	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	N	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	N	

	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	PN	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns	

Study ID	Galovski_2016	Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	Sleep-directed hypnosis + CPT	Comparator	Sleep and symptom monitoring + CPT	Source	Journal article(s)
Outcome	PTSD	Results		Weight	1
Domain	Signalling question		Response		Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?		Y		
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?		Y		
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?		N		
	Risk of bias judgement		Low		
Bias due to deviations from intended interventions	2.1 Were participants aware of their assigned intervention during the trial?		Y		
	2.2 Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?		Y		
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?		PN		
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?		NA		
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?		NA		
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?		Y		

	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	PN	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	PY	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	PY	
	Risk of bias judgement	High	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	N	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y	

	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	PN	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN	
	Risk of bias judgement	Low	
Overall bias	Risk of bias judgement	High	

Study ID	Haller_2023	Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	Tf-CBT + Pranayama	Comparator	Tf-CBT	Source	
Outcome	PTB-Symptome (PCL-5)	Results		Weight	1
Domain	Signalling question			Response	Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			Y	
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			Y	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			PN	
	Risk of bias judgement			Low	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1 Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			Y	
	2.2 Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?			Y	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?			PN	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?			NA	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?			NA	
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?			Y	

	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	PY	Independent t-tests and chi-square tests were used to analyze whether missing data are completely at random (MCAR)
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	PN	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	PN	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	N	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	PN	Registrierung ja, aber kein Analyseplan

	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	PN	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns	

Study ID	Kozel_2018	Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	rTMS + CPT	Comparator	Sham rTMS + CPT	Source	Journal article(s)
Outcome	PTSD	Results		Weight	1
Domain	Signalling question		Response		Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?		Y		
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?		Y		
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?		NI		
	Risk of bias judgement		Some concerns		
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?		N		
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?		N		
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?		NA		
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?		NA		
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?		NA		
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?		Y		

	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	PN	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	PY	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	PN	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	N	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y	

	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	PN	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN	
	Risk of bias judgement	Low	
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns	

Study ID	Osuch_2009	Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	imaginal exposure therapy with rTMS	Comparator	sham	Source	Journal article(s)
Outcome	PTSD	Results		Weight	1
Domain	Signalling question			Response	Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			NI	
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			NI	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			NI	
	Risk of bias judgement			Some concerns	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			N	
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?			Y	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?			PN	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?			NA	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?			NA	
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?			PY	

	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	PY	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	N	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	NI	

	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns	

Study ID	Powers_2015	Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	PE + exercise	Comparator	PE	Source	Journal article(s)
Outcome	PTSD	Results		Weight	1
Domain	Signalling question			Response	Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			Y	
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			NI	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			PN	
	Risk of bias judgement			Some concerns	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			Y	
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?			Y	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?			PN	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?			NA	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?			NA	
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?			NI	

	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NI	
	Risk of bias judgement	High	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	NI	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	N	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	PY	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NI	
	Risk of bias judgement	High	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	N	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y	

	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	PN	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN	
	Risk of bias judgement	Low	
Overall bias	Risk of bias judgement	High	

Study ID	Polak_2015	Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	TF-CBT with complementary breathing biofeedback to exposure	Comparator	TF-CBT	Source	Journal article(s)
Outcome	PTSD	Results		Weight	1
Domain	Signalling question			Response	Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			Y	
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			NI	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			PN	
	Risk of bias judgement			Some concerns	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			Y	
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?			Y	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?			PN	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?			NA	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?			NA	
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?			NI	

	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	PY	
	Risk of bias judgement	High	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	NI	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	N	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	Y	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	Y	
	Risk of bias judgement	High	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	Y	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	N	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	NI	

	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Overall bias	Risk of bias judgement	High	

Study ID	Rosenbaum_2015	Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	Exercise program + TAU	Comparator	TAU	Source	Journal article(s)
Outcome	PTSD	Results		Weight	1
Domain	Signalling question			Response	Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			Y	
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			Y	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			N	
	Risk of bias judgement			Low	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			Y	
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?			Y	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?			PN	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?			NA	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?			NA	
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?			Y	

	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	N	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	Y	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	PN	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	Y	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	PY	
	Risk of bias judgement	High	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y	

	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	PN	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN	
	Risk of bias judgement	Low	
Overall bias	Risk of bias judgement	High	

Study ID	Young-McCaughan_2022	Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	imaginal exposure plus exercise	Comparator	(1) imaginal exposure only; (2) exercise only; (3) no exercise/no exposure therapy	Source	Journal article(s)
Outcome	PTSD	Results		Weight	1
Domain	Signalling question			Response	Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			PY	
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			NI	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			N	
	Risk of bias judgement			Some concerns	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			Y	
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?			Y	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?			N	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?			NA	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?			NA	
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?			Y	

	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	N	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	PY	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NI	
	Risk of bias judgement	High	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	PN	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	N	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	NI	Kein Protokoll/ keine Präregistrierung

	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	PN	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Overall bias	Risk of bias judgement	High	

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
PICO 1, 2 & 3

			Bias-Domäne					Legende	
PICO	Autor:innen	Gesamtbewertung	1	2	3	4	5		Geringes Verzerrungsrisiko
			Bias durch den Randomisierungsprozess	Bias durch Abweichungen von den vorgesehenen Interventionen	Bias durch fehlende Ergebnisdaten	Bias durch die Ergebnismessung	Bias durch Selektion des berichteten Ergebnisses		
			Selection Bias Verzerrte Zuteilung zu Studiengruppen	Performance Bias Verzerrung durch ungleiche Behandlungen abgesehen von Interventionen	Attrition Bias Verzerrung durch Gruppenunterschiede in der Anzahl und Begründung von Studienabbrüchen	Detection Bias Verzerrte Erfassung von Ergebnissen	Reporting Bias Verzerrung durch selektives Berichten von positiven Ergebnissen		
3	Bohus et al. (2020)	Some concerns							
1, 2 & 3	Karatzias et al. (2024)	Some concerns							

Study ID	Bohus et al. (2020)	Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	DBT-PTBS	Comparator	CPT	Source	Journal article(s)
Outcome	PTB-Symptome	Results		Weight	1
Domain	Signalling question		Response		Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?		Y		
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?		PY		
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?		N		
	Risk of bias judgement		Low		
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?		Y		
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?		Y		
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?		PN		
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?		NA		
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?		NA		
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?		Y		

	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	PN	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	Y	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	PN	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	N	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	PY	

	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	PN	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN	
	Risk of bias judgement	Low	
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns	

Study ID	Karatzias et al. (2024)	Aim	Assignment to the intervention (the “intention-to-treat effect”)		
Experimental	ESTAIR	Comparator	TAU	Source	Journal article(s)
Outcome	kPTB-Symptome	Results		Weight	1
Domain	Signalling question		Response		Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			Y	
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			Y	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			N	
	Risk of bias judgement			Low	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			Y	
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?			Y	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?			PN	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?			-	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?			-	
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?			PY	

	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	-	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	PY	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	-	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	-	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PY	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	PN	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y	

	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	PN	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN	
	Risk of bias judgement	Low	
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns	

Komorbide Psychische Störungen
PICO 1

			Bias-Domäne					Legende	
PICO	Autor:innen	Gesamtbewertung	1	2	3	4	5		Geringes Verzerrungsrisiko
			Bias durch den Randomisierungsprozess	Bias durch Abweichungen von den vorgesehenen Interventionen	Bias durch fehlende Ergebnisdaten	Bias durch die Ergebnismessung	Bias durch Selektion des berichteten Ergebnisses		
			Selection Bias Verzerrte Zuteilung zu Studiengruppen	Performance Bias Verzerrung durch ungleiche Behandlungen abgesehen von Interventionen	Attrition Bias Verzerrung durch Gruppenunterschiede in der Anzahl und Begründung von Studienabbrüchen	Detection Bias Verzerrte Erfassung von Ergebnissen	Reporting Bias Verzerrung durch selektives Berichten von positiven Ergebnissen		
1	Bohus et al. (2020)	Some concerns							
1	Angelakis et al. (2020)	Some concerns							
1	Heyne et al. (2020)	High risk							
1	Kleindienst et al. (2021)	Some concerns							
1	Steuwe et al. (2021)	High risk							

Study ID	Angelakis et al., 2020	Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	CPT/BA, BA/CPT	Comparator	CPT	Source	
Outcome	PTB-Symptome	Results		Weight	
Domain	Signalling question		Response		Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?		Y		
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?		PY		
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?		PN		
	Risk of bias judgement		Low		
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?		Y		
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?		Y		
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?		PN		
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?		NA		
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?		NA		
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?		Y		

	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	PN	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	PY	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	PN	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	N	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	PN	

	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns	

Study ID	Bohus et al. 2020	Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	DBT-PTBS	Comparator	CPT	Source	Journal article(s)
Outcome	PTB-Symptome	Results		Weight	1
Domain	Signalling question			Response	Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			Y	
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			PY	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			N	
	Risk of bias judgement			Low	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			Y	
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?			Y	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?			PN	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?			NA	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?			NA	
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?			Y	

	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	PN	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	Y	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	PN	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	N	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	PY	

	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	PN	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN	
	Risk of bias judgement	Low	
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns	

Study ID	Heynes et al., 2020	Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	Cognitive Behavioral Social Rhythm Group Therapy (CBSRT)	Comparator	Gegenwartszentrierte Therapie (PCT)	Source	
Outcome	PTB-Symptome	Results		Weight	
Domain	Signalling question		Response		Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			Y	
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			PN	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			PN	
	Risk of bias judgement			High	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			Y	
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?			Y	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?			PN	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?			NA	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?			NA	
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?			PY	

	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N	Zu Post-Treatment: 13 % Drop-out
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	PN	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	Y	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	PN	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	PN	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	PN	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	PN	Clinical trial registration: NCT00984698. aber kein Aanalyseplan

	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	PN	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Overall bias	Risk of bias judgement	High	

Study ID	Kleindienst et al., 2021	Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	DBT-PTBS	Comparator	CPT	Source	
Outcome	PTB-Symptome	Results		Weight	
Domain	Signalling question		Response		Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			Y	
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			PY	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			N	
	Risk of bias judgement			Low	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			Y	
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?			Y	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?			PN	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?			NA	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?			NA	
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?			Y	

	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	PN	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	PY	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	PN	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	N	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	PN	

	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	N	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns	

Study ID	Steuwe et al. 2021	Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	NET	Comparator	DBT	Source	
Outcome	PTB-Symptome	Results		Weight	
Domain	Signalling question		Response		Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			NI	
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			NI	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			N	
	Risk of bias judgement			Some concerns	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			Y	
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?			Y	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?			PN	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?			NA	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?			NA	
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?			Y	

	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	N	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	py	(siehe Gründe für Dropout aus der Anlage; bei DBT Dropout aufgrund von Suizidalität, Substanzmissbrauch und selbstverletzendem Verhalten)
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	Y	
	Risk of bias judgement	High	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	N	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	PN	Trial registration: ClinicalTrials.gov, identifier: NCT02517723 -> aber kein Analyseplan

	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Overall bias	Risk of bias judgement	High	

PICO 2, 3 & 4
Keine Primärevidenz eingeschlossen und/oder keine RoB 2-Bewertung durchgeführt.

Behandlung von älteren Personen
PICO 1

			Bias-Domäne					Legende	
PICO	Autor:innen	Gesamtbewertung	1	2	3	4	5		Geringes Verzerrungsrisiko
			Bias durch den Randomisierungsprozess	Bias durch Abweichungen von den vorgesehenen Interventionen	Bias durch fehlende Ergebnisdaten	Bias durch die Ergebnismessung	Bias durch Selektion des berichteten Ergebnisses		
			Selection Bias Verzerrte Zuteilung zu Studiengruppen	Performance Bias Verzerrung durch ungleiche Behandlungen abgesehen von Interventionen	Attrition Bias Verzerrung durch Gruppenunterschiede in der Anzahl und Begründung von Studienabbrüchen	Detection Bias Verzerrte Erfassung von Ergebnissen	Reporting Bias Verzerrung durch selektives Berichten von positiven Ergebnissen		
1	Bichescu et al. (2007)	High							
1 & 2	Forstmeier et al. (2023)	Some concerns							
1 & 2	Knaevelsrud et al. (2017)	Some concerns							
1	Thorp et al. (2019)	High							

Study ID	Forstmeier et al., 2023	Aim	Assignment to the intervention (the “intention-to-treat effect”)		
Experimental	LRT-HS	Comparator	Social Club	Source	Journal article(s)
Outcome	PTB-Symptome	Results		Weight	1
Domain	Signalling question		Response		Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			Y	
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			PY	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			N	
	Risk of bias judgement			Low	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			Y	
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?			Y	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?			PN	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?			-	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?			-	
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?			Y	

	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	-	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	No	5 Personen fehlen
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	No	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	Yes	Angegebene Gründe: COVID, Schlaganfall
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	PN	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	PN	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	N	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	-	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	-	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y	

	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	N	
	Risk of bias judgement	Low	
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns	

Study ID	Knaevelsrud et al., 2017	Aim	Assignment to the intervention (the “intention-to-treat effect”)		
Experimental	Internet-based CBT	Comparator	Waitlist	Source	Journal article(s)
Outcome	PTB-Symptome	Results		Weight	1
Domain	Signalling question		Response		Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			Y	
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			NI	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			N	
	Risk of bias judgement			Some concerns	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			Y	
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?			Y	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?			NI	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?			-	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?			-	
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?			Y	

	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	-	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	PY	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	-	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	-	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PY	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	PN	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	N	

	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	PN	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	NI	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns	

PICO 2

			Bias-Domäne					Legende	
PICO	Autor:innen	Gesamtbewertung	1	2	3	4	5		Geringes Verzerrungsrisiko
			Bias durch den Randomisierungsprozess	Bias durch Abweichungen von den vorgesehenen Interventionen	Bias durch fehlende Ergebnisdaten	Bias durch die Ergebnismessung	Bias durch Selektion des berichteten Ergebnisses		
			Selection Bias Verzerrte Zuteilung zu Studiengruppen	Performance Bias Verzerrung durch ungleiche Behandlungen abgesehen von Interventionen	Attrition Bias Verzerrung durch Gruppenunterschiede in der Anzahl und Begründung von Studienabbrüchen	Detection Bias Verzerrte Erfassung von Ergebnissen	Reporting Bias Verzerrung durch selektives Berichten von positiven Ergebnissen		
1 & 2	Forstmeier et al. (2023)	Some concerns							Einige Bedenken
1 & 2	Knaevelsrud et al. (2017)	Some concerns							
									Hohes Verzerrungsrisiko

Study ID	Forstmeier et al., 2023	Aim	Assignment to the intervention (the “intention-to-treat effect”)		
Experimental	LRT-HS	Comparator	Social Club	Source	Journal article(s)
Outcome	PTB-Symptome	Results		Weight	1
Domain	Signalling question			Response	Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			Y	
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			PY	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			N	
	Risk of bias judgement			Low	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			Y	
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?			Y	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?			PN	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?			-	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?			-	
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?			Y	

	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	-	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	No	5 Personen fehlen
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	No	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	Yes	Angegebene Gründe: COVID, Schlaganfall
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	PN	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	PN	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	N	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	-	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	-	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y	

	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	N	
	Risk of bias judgement	Low	
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns	

Study ID	Knaevelsrud et al., 2017	Aim	Assignment to the intervention (the “intention-to-treat effect”)		
Experimental	Internet-based CBT	Comparator	Waitlist	Source	Journal article(s)
Outcome	PTB-Symptome	Results		Weight	1
Domain	Signalling question		Response		Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			Y	
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			NI	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			N	
	Risk of bias judgement			Some concerns	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			Y	
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?			Y	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?			NI	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?			-	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?			-	
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?			Y	

	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	-	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	PY	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	-	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	-	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PY	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	PN	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	N	

	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	PN	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	NI	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns	

PICO 3, 4 & 5
Keine Primärevidenz eingeschlossen und/oder keine RoB 2-Bewertung durchgeführt.

Behandlung von Erwachsenen mit Fluchthintergrund

PICO 1, 2, 3 & 4

Keine Primärevidenz eingeschlossen und/oder keine RoB 2-Bewertung durchgeführt.

PICO 5

			Bias-Domäne					Legende	
PICO	Autor:innen	Gesamtbewertung	1	2	3	4	5		Geringes Verzerrungsrisiko
			Bias durch den Randomisierungsprozess	Bias durch Abweichungen von den vorgesehenen Interventionen	Bias durch fehlende Ergebnisdaten	Bias durch die Ergebnismessung	Bias durch Selektion des berichteten Ergebnisses		
			Selection Bias Verzerrte Zuteilung zu Studiengruppen	Performance Bias Verzerrung durch ungleiche Behandlungen abgesehen von Interventionen	Attrition Bias Verzerrung durch Gruppenunterschiede in der Anzahl und Begründung von Studienabbrüchen	Detection Bias Verzerrte Erfassung von Ergebnissen	Reporting Bias Verzerrung durch selektives Berichten von positiven Ergebnissen		
5	Beck et al. 2021	Low							

Study ID	Beck et al. 2021	Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	Intervention Trauma-focused Music and Imagery (TMI)	Comparator	Control TAU	Source	Journal article(s)
Outcome	PTSS	Results		Weight	1
Domain	Signalling question		Response		Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			Y	
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			PY	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			PN	
	Risk of bias judgement			Low	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			PY	
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?			Y	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?			PN	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?			NA	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?			NA	
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?			Y	

	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	N	The primary outcome (HTQ) was rated at EOT and FU by external psychologists, who were blinded to the treatment group. The questionnaire data were blinded to the researchers and therapists until all data had been collected.
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	

Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y	Study Protocol Beck et al., 2018
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	N	
	Risk of bias judgement	Low	
Overall bias	Risk of bias judgement	Low	

Behandlung von Erwachsenen mit Störung der Intelligenzentwicklung (SIE)
PICO 1, 2, 3 & 4
Keine Primärevidenz eingeschlossen und/oder keine RoB 2-Bewertung durchgeführt.

PICO 5			Bias-Domäne					Legende	
PICO	Autor:innen	Gesamtbewertung	1	2	3	4	5	+ ! -	Geringes Verzerrungsrisiko Einige Bedenken Hohes Verzerrungsrisiko
			Bias durch den Randomisierungsprozess	Bias durch Abweichungen von den vorgesehenen Interventionen	Bias durch fehlende Ergebnisdaten	Bias durch die Ergebnismessung	Bias durch Selektion des berichteten Ergebnisses		

Study ID	Karatzias et al., 2019	Aim	Assignment to intervention (the “intention-to-treat” effect)		
Experimental	EMDR + SC	Comparator	SC	Source	Journal article(s)
Outcome	PTB-Symptome	Results		Weight	1
Domain	Signalling question			Response	Comments

Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?	Y	
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	Y	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	N	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	PY	
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Y	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	PN	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	-	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	-	
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Y	An intention-to-treat analysis using last-observation-carried-forward (LOCF) approach was performed.
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	-	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	N	

	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	PY	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	PN	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	PN	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	N	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	-	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	-	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	NI	
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	PN	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns	

PICO 6
Keine Primärevidenz eingeschlossen und/oder keine RoB 2-Bewertung durchgeführt.

Diagnostik der PTBS bei Kindern und Jugendlichen

PICO 1, 2 & 3

Keine Primärevidenz eingeschlossen und/oder keine RoB 2-Bewertung durchgeführt.

Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen
PICO 1

			Bias-Domäne					Legende
PICO	Autor:innen	Gesamtbewertung	1	2	3	4	5	
			Bias durch den Randomisierungsprozess	Bias durch Abweichungen von den vorgesehenen Interventionen	Bias durch fehlende Ergebnisdaten	Bias durch die Ergebnismessung	Bias durch Selektion des berichteten Ergebnisses	
				Performance Bias Verzerrung durch ungleiche Behandlungen abgesehen von Interventionen	Attrition Bias Verzerrung durch Gruppenunterschiede in der Anzahl und Begründung von Studienabbrüchen	Performance Bias Verzerrung durch ungleiche Behandlungen abgesehen von Interventionen Detection Bias Verzerrte Erfassung von Ergebnissen	Reporting Bias Verzerrung durch selektives Berichten von positiven Ergebnissen	
1	Robb et al. (2010)	Some concerns	!	+	+	+	+	+
1	Cohen et al. (2007)	Some concerns	+	+	+	+	!	

Study ID	Robb et al. (2010)	Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	Sertralin	Comparator	Placebo	Source	Journal article(s)
Outcome	PTSS, Depression, Functioning	Results		Weight	1
Domain	Signalling question			Response	Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			PY	
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			NI	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			N	
	Risk of bias judgement			Some concerns	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			N	
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?			N	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?			NA	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?			NA	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?			NA	

	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Y	
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	PY	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	PN	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	

Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y	
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	PN	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN	
	Risk of bias judgement	Low	
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns	

Study ID	Cohen et al. (2007)	Aim			
Experimental	TF-KVT + Sertralin	Comparator	TF-KVT + Placebo	Source	Journal article(s)
Outcome	PTSS, Depression, Functioning	Results		Weight	1
Domain	Signalling question			Response	Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			Y	
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			Y	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			N	
	Risk of bias judgement			Low	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			N	
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?			N	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?			NA	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?			NA	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?			NA	
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?			Y	

	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	PN	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	NI	

	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	PN	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns	

PICO 2, 3, 4, 5 & 6

Keine Primärevidenz eingeschlossen und/oder keine RoB 2-Bewertung durchgeführt.

Allgemeine Behandlungsprinzipien
PICO 1, 2, 3 & 4
Keine Primärevidenz eingeschlossen und/oder keine RoB 2-Bewertung durchgeführt.

PICO 5

			Bias-Domäne					Legende	
PICO	Autor:innen	Gesamtbewertung	1	2	3	4	5		Geringes Verzerrungsrisiko
			Bias durch den Randomisierungsprozess	Bias durch Abweichungen von den vorgesehenen Interventionen	Bias durch fehlende Ergebnisdaten	Bias durch die Ergebnismessung	Bias durch Selektion des berichteten Ergebnisses		
			Selection Bias Verzerrte Zuteilung zu Studiengruppen	Performance Bias Verzerrung durch ungleiche Behandlungen abgesehen von Interventionen	Attrition Bias Verzerrung durch Gruppenunterschiede in der Anzahl und Begründung von Studienabbrüchen	Performance Bias Verzerrung durch ungleiche Behandlungen abgesehen von Interventionen Detection Bias Verzerrte Erfassung von Ergebnissen	Reporting Bias Verzerrung durch selektives Berichten von positiven Ergebnissen		
5	Hegarty et al. (2013)	Some concerns							

Study ID	Hegarty et al., 2013	Aim	Assignment to the intervention (the “intention-to-treat effect”)		
Experimental	Counseling + Liste von Hilfsangeboten	Comparator	Liste von Hilfsangeboten	Source	Journal article(s)
Outcome	Safety planning and behaviour	Results		Weight	1
Domain	Signalling question		Response		Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			Y	
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			Y	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			N	
	Risk of bias judgement			Low	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			Y	
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?			Y	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?			NI	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?			-	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?			-	
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?			PY	

	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	-	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	PN	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	-	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	-	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	PN	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	N	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	-	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	-	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	PY	

	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	PN	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN	
	Risk of bias judgement	Low	
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns	

PICO 6
Keine Primärevidenz eingeschlossen und/oder keine RoB 2-Bewertung durchgeführt.

ROBINS I Profile

Das ROBINS-I-Tool basiert auf dem Cochrane RoB-Tool für randomisierte Studien, bei dem ebenfalls das Verzerrungsrisiko innerhalb bestimmter Verzerrungsbereiche bewertet wird. Es bietet eine systematische Möglichkeit, die verfügbare Evidenz in Bezug auf das Risiko einer Verzerrung bei NRSI zu organisieren und zu präsentieren. Das Ergebnis kann ein „geringes“, „mäßiges“, „schwerwiegendes“ und „kritisches“ Verzerrungsrisiko sein.

Die **Antwortoptionen** der Signalfragen für die ROBINS-Items sind die folgenden.

- Ja („Yes“ „Y“)
- Wahrscheinlich ja („Probably yes“ „PY“)
- Wahrscheinlich nein („Probably no“ „PN“)
- Nein („No“ „N“)
- Keine Informationen („No information“ „NI“)

Auf die Beantwortung der Signalfragen folgt die Bewertung des Biasrisikos für die jeweilige Domäne, für die es die folgenden drei Optionen gibt:

Geringes Risiko der Verzerrung

Die Studie ist vergleichbar mit einer gut durchgeführten randomisierten Studie

Mäßiges Risiko der Verzerrung

Die Studie liefert stichhaltige Belege für eine nicht-randomisierte Studie kann aber nicht als vergleichbar mit einer gut durchgeführten randomisierten Studie angesehen werden

Schwerwiegendes Risiko der Verzerrung

Die Studie weist einige wichtige Probleme auf

Kritisches Risiko der Verzerrung

Die Studie ist zu problematisch, um nützliche Beweise zu liefern und sollte nicht in eine Synthese einbezogen werden

Diagnostik

PICO 1, 2 & 3

Keine Primärevidenz eingeschlossen und/oder keine RoB 2-Bewertung durchgeführt.

Psychotherapeutische Behandlung
PICO 1, 2 & 3
Keine Primärevidenz eingeschlossen und/oder keine RoB 2-Bewertung durchgeführt.

Pharmakotherapeutische Verfahren

PICO 1, 2, 3, 4, 5, 6 & 7

Keine Primärevidenz eingeschlossen und/oder keine RoB 2-Bewertung durchgeführt.

Adjuvante Verfahren

PICO 1

Keine Primärevidenz eingeschlossen und/oder keine RoB 2-Bewertung durchgeführt.

PICO 2

PICO	Autor:innen	Gesamtbewertung	Bias-Domäne						
			1 Risk of bias due to confounding	2 Risk of bias in selection of participants into the study	3 Risk of bias in classification of interventions	4 Risk of bias due to deviations from intended intervention	5 Risk of bias due to missing data	6 Risk of bias in measurement of the outcome	7 Risk of bias in selection of the reported results
2	King et al. (2023)	<i>Serious</i>	Serious	Low	Low	Low	Serious	Serious	Moderate

Study ID	King et al. (2013)	Aim			
Experimental/ Control	myself/ keine Kontrolle	Outcome	PTB-Symptome	Source	Journal article(s)
Domain	Signaling question			Response	Comments
Bias due to confounding	1.1 Is there potential for confounding of the effect of intervention in this study?			Y	
	1.2 Was the analysis based on splitting participants' follow up time according to intervention received?			N	
	1.3 Were intervention discontinuations or switches likely to be related to factors that are prognostic for the outcome?			-	
	1.4 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains?			PN	
	1.5 If Y/PY to 1.4: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			-	
	1.6 Did the authors control for any post-intervention variables that could have been affected by the intervention?			N	
	1.7 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains and for time-varying confounding?			-	
	1.8 If Y/PY to 1.7: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			-	
	Risk of bias judgement			Serious	
Bias in selection of participants into the study	2.1. Was selection of participants into the study (or into the analysis) based on participant characteristics observed after the start of intervention?			PN	
	2.2. If Y/PY to 2.1: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be associated with intervention?			-	

	2.3.If Y/PY to 2.2: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be influenced by the outcome or a cause of the outcome?	-	
	2.4 Do start of follow-up and start of intervention coincide for most participants?	PY	
	2.5. If Y/PY to 2.2 and 2.3, or N/PN to 2.4: Were adjustment techniques used that are likely to correct for the presence of selection biases?	-	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in classification of interventions	3.1 Were intervention groups clearly defined?	PY	
	3.2 Was the information used to define intervention groups recorded at the start of the intervention?	PY	
	3.3 Could classification of intervention status have been affected by knowledge of the outcome or risk of the outcome?	N	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to deviations from intended interventions	4.1 ITT: Were there deviations from the intended intervention beyond what would be expected in usual practice?	-	
	4.2 ITT: If Y/PY to 4.1: Were these deviations from intended intervention unbalanced between groups and likely to have affected the outcome?	-	
	4.3 CA: Were important co-interventions balanced across intervention groups?	-	Keine kontrollierte Studie
	4.4 CA: Was the intervention implemented successfully for most participants?	PY	
	4.5 CA: Did study participants adhere to the assigned intervention regimen?	PY	
	4.6 CA: If N/PN to 4.3, 4.4 or 4.5: Was an appropriate analysis used to estimate the effect of starting and adhering to the intervention?	-	

	Risk of bias judgement	low	
Bias due to missing data	5.1 Were outcome data available for all, or nearly all, participants?	N	
	5.2 Were participants excluded due to missing data on intervention status?	N	
	5.3 Were participants excluded due to missing data on other variables needed for the analysis?	Y	
	5.4 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Are the proportion of participants and reasons for missing data similar across interventions?	-	
	5.5 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Is there evidence that results were robust to the presence of missing data?	N	
	Risk of bias judgement	Serious	
Bias due to measurement of outcome	6.1 Could the outcome measure have been influenced by knowledge of the intervention received?	Y	
	6.2 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	6.3 Were the methods of outcome assessment comparable across intervention groups?	-	
	6.4 Were any systematic errors in measurement of the outcome related to intervention received?	NI	
	Risk of bias judgement	Serious	
Risk of bias in selection of the reported results	7.1. ... multiple outcome measurements within the outcome domain?	PN	
Is the reported effect estimate	7.2 ... multiple analyses of the intervention-outcome relationship?	PN	

likely to be selected, on the basis of the results from ...	7.3 ... different subgroups?	PN	
	Risk of bias judgement	Moderate	Nicht präregistriert
Overall bias	Risk of bias judgement	Serious	

PICO 3 & 4

Keine Primärevidenz eingeschlossen und/oder keine RoB 2-Bewertung durchgeführt.

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

PICO 1, 2 & 3

Keine Primärevidenz eingeschlossen und/oder keine RoB 2-Bewertung durchgeführt.

Komorbide Psychische Störungen
PICO 1

PICO	Autor:innen	Gesamtbewertung	Bias-Domäne						
			1 Risk of bias due to confounding	2 Risk of bias in selection of participants into the study	3 Risk of bias in classification of interventions	4 Risk of bias due to deviations from intended intervention	5 Risk of bias due to missing data	6 Risk of bias in measurement of the outcome	7 Risk of bias in selection of the reported results
1	Wilhelmus et al. (2023)	Moderate Risk	Low	Low	Low	Low	Moderate	Moderate	Moderate

Study ID	Wilhelmus et al. (2023)	Aim	CA		
Experimental/ Control	EMDR + TAU / TAU	Outcome	PTB-Symptome	Source	Journal article(s)
Domain	Signalling question			Response	Comments
Bias due to confounding	1.1 Is there potential for confounding of the effect of intervention in this study?			Y	
	1.2 Was the analysis based on splitting participants’ follow up time according to intervention received?			N	
	1.3 Were intervention discontinuations or switches likely to be related to factors that are prognostic for the outcome?			NA	
	1.4 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains?			N	
	1.5 If Y/PY to 1.4: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			Y	
	1.6 Did the authors control for any post-intervention variables that could have been affected by the intervention?			N	
	1.7 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains and for time-varying confounding?			Y	
	1.8 If Y/PY to 1.7: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			Y	
	Risk of bias judgement			Low	
Bias in selection of participants into the study	2.1. Was selection of participants into the study (or into the analysis) based on participant characteristics observed after the start of intervention?			PN	
	2.2. If Y/PY to 2.1: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be associated with intervention?			PN	

	2.3.If Y/PY to 2.2: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be influenced by the outcome or a cause of the outcome?	NA	
	2.4 Do start of follow-up and start of intervention coincide for most participants?	Y	
	2.5. If Y/PY to 2.2 and 2.3, or N/PN to 2.4: Were adjustment techniques used that are likely to correct for the presence of selection biases?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in classification of interventions	3.1 Were intervention groups clearly defined?	Y	
	3.2 Was the information used to define intervention groups recorded at the start of the intervention?	Y	
	3.3 Could classification of intervention status have been affected by knowledge of the outcome or risk of the outcome?	N	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to deviations from intended interventions	4.1 ITT: Were there deviations from the intended intervention beyond what would be expected in usual practice?	NA	
	4.2 ITT: If Y/PY to 4.1: Were these deviations from intended intervention unbalanced between groups and likely to have affected the outcome?	NA	
	4.3 CA: Were important co-interventions balanced across intervention groups?	Y	
	4.4 CA: Was the intervention implemented successfully for most participants?	PY	
	4.5 CA: Did study participants adhere to the assigned intervention regimen?	PY	
	4.6 CA: If N/PN to 4.3, 4.4 or 4.5: Was an appropriate analysis used to estimate the effect of starting and adhering to the intervention?	NA	

	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing data	5.1 Were outcome data available for all, or nearly all, participants?	N	
	5.2 Were participants excluded due to missing data on intervention status?	N	
	5.3 Were participants excluded due to missing data on other variables needed for the analysis?	PN	
	5.4 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Are the proportion of participants and reasons for missing data similar across interventions?	NA	
	5.5 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Is there evidence that results were robust to the presence of missing data?	PN	
	Risk of bias judgement	Moderate	
Bias due to measurement of outcome	6.1 Could the outcome measure have been influenced by knowledge of the intervention received?	Y	
	6.2 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	6.3 Were the methods of outcome assessment comparable across intervention groups?	Y	
	6.4 Were any systematic errors in measurement of the outcome related to intervention received?	PN	
	Risk of bias judgement	Moderate	
Risk of bias in selection of the reported results	7.1. ... multiple outcome measurements within the outcome domain?	PN	
Is the reported effect estimate	7.2 ... multiple analyses of the intervention-outcome relationship?	NI	

likely to be selected, on the basis of the results from ...	7.3 ... different subgroups?	PN	
	Risk of bias judgement	Moderate	
Overall bias	Risk of bias judgement	Moderate	

PICO 2, 3 & 4
Keine Primärevidenz eingeschlossen und/oder keine RoB 2-Bewertung durchgeführt.

Behandlung von älteren Personen
PICO 1 & 2

PICO	Autor:innen	Gesamtbewertung	Bias-Domäne						
			1 Risk of bias due to confunding	2 Risk of bias in selection of participants into the study	3 Risk of bias in classification of interventions	4 Risk of bias due to deviations from intended intervention	5 Risk of bias due to missing data	6 Risk of bias in measurement of the outcome	7 Risk of bias in selection of the reported results
1 & 2	Delrue et al. (2021)	No information	Moderate	Low	Low	No information	No information	Moderate	Moderate
1	Gielkens et al. (2021)	Low Risk	Low	Low	Low	Low	Low	Low	No Information
1	Gielkens et al. (2022)	Serious Risk	Low	No information	Low	Low	Low	Serious	Moderate
1 & 2	Knaevelsrued al. (2014)	Moderate Risk	Moderate	Low	Low	No information	Low	Moderate	Moderate
1	Yoder et al. (2013)	Serious Risk	Serious	Low	Low	Low	Low	Moderate	Moderate

Study ID	Delrue et al., 2021	Aim	to assess the effect of assignment to intervention		
Experimental/ Control	Altersangepasste KVT + Support / Support	Outcome	PTSD-symptoms	Source	Journal article(s)
Domain	Signalling question			Response	Comments
Bias due to confounding	1.1 Is there potential for confounding of the effect of intervention in this study?			Y	
	1.2 Was the analysis based on splitting participants’ follow up time according to intervention received?			PN	
	1.3 Were intervention discontinuations or switches likely to be related to factors that are prognostic for the outcome?			-	
	1.4 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains?			N	
	1.5 If Y/PY to 1.4: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			-	
	1.6 Did the authors control for any post-intervention variables that could have been affected by the intervention?			N	
	1.7 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains and for time-varying confounding?			-	
	1.8 If Y/PY to 1.7: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			-	
	Risk of bias judgement			Moderate	
Bias in selection of participants into the study	2.1. Was selection of participants into the study (or into the analysis) based on participant characteristics observed after the start of intervention?			N	

	2.2. If Y/PY to 2.1: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be associated with intervention?	-	
	2.3.If Y/PY to 2.2: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be influenced by the outcome or a cause of the outcome?	-	
	2.4 Do start of follow-up and start of intervention coincide for most participants?	PY	
	2.5. If Y/PY to 2.2 and 2.3, or N/PN to 2.4: Were adjustment techniques used that are likely to correct for the presence of selection biases?	-	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in classification of interventions	3.1 Were intervention groups clearly defined?	PY	
	3.2 Was the information used to define intervention groups recorded at the start of the intervention?	PY	
	3.3 Could classification of intervention status have been affected by knowledge of the outcome or risk of the outcome? Vom outcome auf die Intervention schließen #8meistens no)	N	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to deviations from intended interventions	4.1 ITT: Were there deviations from the intended intervention beyond what would be expected in usual practice?	NI	
	4.2 ITT: If Y/PY to 4.1: Were these deviations from intended intervention unbalanced between groups and likely to have affected the outcome?	-	
	4.3 CA: Were important co-interventions balanced across intervention groups?	-	
	4.4 CA: Was the intervention implemented successfully for most participants?	-	
	4.5 CA: Did study participants adhere to the assigned intervention regimen?	-	

	4.6 CA: If N/PN to 4.3, 4.4 or 4.5: Was an appropriate analysis used to estimate the effect of starting and adhering to the intervention?	-	
	Risk of bias judgement	No information	
Bias due to missing data	5.1 Were outcome data available for all, or nearly all, participants?	NI	
	5.2 Were participants excluded due to missing data on intervention status?	NI	
	5.3 Were participants excluded due to missing data on other variables needed for the analysis?	NI	
	5.4 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Are the proportion of participants and reasons for missing data similar across interventions?	-	
	5.5 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Is there evidence that results were robust to the presence of missing data?	-	
	Risk of bias judgement	No information	
Bias due to measurement of outcome	6.1 Could the outcome measure have been influenced by knowledge of the intervention received?	Y	
	6.2 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	6.3 Were the methods of outcome assessment comparable across intervention groups?	Y	
	6.4 Were any systematic errors in measurement of the outcome related to intervention received?	PY	
	Risk of bias judgement	Moderate	
Risk of bias in selection of the reported results	7.1. ... multiple outcome measurements within the outcome domain?	PN	

Is the reported effect estimate likely to be selected, on the basis of the results from ...	7.2 ... multiple analyses of the intervention-outcome relationship?	PN	
	7.3 ... different subgroups?	N	
	Risk of bias judgement	Moderate	
Overall bias	Risk of bias judgement	No information	

Study ID	Gielkens et al., 2021	Aim	ITT (assess the effect of assignment to/starting the intervention)		
Experimental/ Control	PE + EMDR + Gruppenpsychoedukation + körperliche Aktivität	Outcome	PTB-Symptome	Source	Journal article(s)
Domain	Signalling question			Response	Comments
Bias due to confounding	1.1 Is there potential for confounding of the effect of intervention in this study?			Y	
	1.2 Was the analysis based on splitting participants’ follow up time according to intervention received?			N	
	1.3 Were intervention discontinuations or switches likely to be related to factors that are prognostic for the outcome?			N	
	1.4 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains?			PY	
	1.5 If Y/PY to 1.4: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			Y	
	1.6 Did the authors control for any post-intervention variables that could have been affected by the intervention?			PN	
	1.7 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains and for time-varying confounding?			Y	
	1.8 If Y/PY to 1.7: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			Y	
	Risk of bias judgement			Low	
Bias in selection of participants into the study	2.1. Was selection of participants into the study (or into the analysis) based on participant characteristics observed after the start of intervention?			Y	
	2.2. If Y/PY to 2.1: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be associated with intervention?			PN	

	2.3.If Y/PY to 2.2: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be influenced by the outcome or a cause of the outcome?	NA	
	2.4 Do start of follow-up and start of intervention coincide for most participants?	PY	
	2.5. If Y/PY to 2.2 and 2.3, or N/PN to 2.4: Were adjustment techniques used that are likely to correct for the presence of selection biases?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in classification of interventions	3.1 Were intervention groups clearly defined?	Y	
	3.2 Was the information used to define intervention groups recorded at the start of the intervention?	Y	
	3.3 Could classification of intervention status have been affected by knowledge of the outcome or risk of the outcome?	N	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to deviations from intended interventions	4.1 ITT: Were there deviations from the intended intervention beyond what would be expected in usual practice?	N	
	4.2 ITT: If Y/PY to 4.1: Were these deviations from intended intervention unbalanced between groups and likely to have affected the outcome?	NA	
	4.3 CA: Were important co-interventions balanced across intervention groups?	NA	
	4.4 CA: Was the intervention implemented successfully for most participants?	NA	
	4.5 CA: Did study participants adhere to the assigned intervention regimen?	NA	
	4.6 CA: If N/PN to 4.3, 4.4 or 4.5: Was an appropriate analysis used to estimate the effect of starting and adhering to the intervention?	NA	

	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing data	5.1 Were outcome data available for all, or nearly all, participants?	Y	
	5.2 Were participants excluded due to missing data on intervention status?	N	
	5.3 Were participants excluded due to missing data on other variables needed for the analysis?	PY	
	5.4 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Are the proportion of participants and reasons for missing data similar across interventions?	NA	
	5.5 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Is there evidence that results were robust to the presence of missing data?	PY	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to measurement of outcome	6.1 Could the outcome measure have been influenced by knowledge of the intervention received?	Y	
	6.2 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	6.3 Were the methods of outcome assessment comparable across intervention groups?	Y	
	6.4 Were any systematic errors in measurement of the outcome related to intervention received?	N	
	Risk of bias judgement	Low	
Risk of bias in selection of the reported results	7.1. ... multiple outcome measurements within the outcome domain?	NI	
Is the reported effect estimate	7.2 ... multiple analyses of the intervention-outcome relationship?	NI	

likely to be selected, on the basis of the results from ...	7.3 ... different subgroups?	NI	
	Risk of bias judgement	No information	Registrierung nicht auffindbar
Overall bias	Risk of bias judgement	Low	

Study ID	Gielkens et al., 2022	Aim	CA (assess the effect of starting and adhering to intervention)		
Experimental/Control	EMDR	Outcome	PTB-Symptome	Source	Journal article(s)
Domain	Signalling question			Response	Comments
Bias due to confounding	1.1 Is there potential for confounding of the effect of intervention in this study?			Y	
	1.2 Was the analysis based on splitting participants’ follow up time according to intervention received?			N	
	1.3 Were intervention discontinuations or switches likely to be related to factors that are prognostic for the outcome?			NA	
	1.4 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains?			Y	
	1.5 If Y/PY to 1.4: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			Y	
	1.6 Did the authors control for any post-intervention variables that could have been affected by the intervention?			N	
	1.7 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains and for time-varying confounding?			NA	
	1.8 If Y/PY to 1.7: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			NA	
	Risk of bias judgement			Low	
Bias in selection of participants into the study	2.1. Was selection of participants into the study (or into the analysis) based on participant characteristics observed after the start of intervention?			NI	
	2.2. If Y/PY to 2.1: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be associated with intervention?			NI	

	2.3.If Y/PY to 2.2: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be influenced by the outcome or a cause of the outcome?	NA	
	2.4 Do start of follow-up and start of intervention coincide for most participants?	Y	
	2.5. If Y/PY to 2.2 and 2.3, or N/PN to 2.4: Were adjustment techniques used that are likely to correct for the presence of selection biases?	NA	
	Risk of bias judgement	No information	
Bias in classification of interventions	3.1 Were intervention groups clearly defined?	Y	
	3.2 Was the information used to define intervention groups recorded at the start of the intervention?	Y	
	3.3 Could classification of intervention status have been affected by knowledge of the outcome or risk of the outcome?	N	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to deviations from intended interventions	4.1 ITT: Were there deviations from the intended intervention beyond what would be expected in usual practice?	NA	
	4.2 ITT: If Y/PY to 4.1: Were these deviations from intended intervention unbalanced between groups and likely to have affected the outcome?	NA	
	4.3 CA: Were important co-interventions balanced across intervention groups?	Y	Keine Kontrollgruppe
	4.4 CA: Was the intervention implemented successfully for most participants?	Y	
	4.5 CA: Did study participants adhere to the assigned intervention regimen?	Y	
	4.6 CA: If N/PN to 4.3, 4.4 or 4.5: Was an appropriate analysis used to estimate the effect of starting and adhering to the intervention?	NA	

	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing data	5.1 Were outcome data available for all, or nearly all, participants?	N	
	5.2 Were participants excluded due to missing data on intervention status?	N	
	5.3 Were participants excluded due to missing data on other variables needed for the analysis?	Y	
	5.4 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Are the proportion of participants and reasons for missing data similar across interventions?	NA	Nur eine Gruppe
	5.5 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Is there evidence that results were robust to the presence of missing data?	Y	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to measurement of outcome	6.1 Could the outcome measure have been influenced by knowledge of the intervention received?	Y	
	6.2 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	6.3 Were the methods of outcome assessment comparable across intervention groups?	Y	
	6.4 Were any systematic errors in measurement of the outcome related to intervention received?	Y	
	Risk of bias judgement	Serious	Nur eine Gruppe; CAPS-5 zum Teil durch Therapeut:innen erhoben; Erhebung zum Teil nicht verblindet hinsichtlich der Ziele der Studie
Risk of bias in selection of the reported results	7.1. ... multiple outcome measurements within the outcome domain?	N	
Is the reported effect estimate	7.2 ... multiple analyses of the intervention-outcome relationship?	PN	

likely to be selected, on the basis of the results from ...	7.3 ... different subgroups?	PN	
	Risk of bias judgement	Moderate	Preregistriert: Netherlands trial Register database (Trial NL6394/ NTR6569), kein Analyseplan
Overall bias	Risk of bias judgement	Serious	

Study ID	Knaevelsrud et al., 2014	Aim	to assess the effect of assignment to intervention		
Experimental/ Control	Internet-based therapy / No Control	Outcome	PTSD-symptoms	Source	Journal article(s)
Domain	Signalling question				Comments
Bias due to confounding	1.1 Is there potential for confounding of the effect of intervention in this study?			PY	
	1.2 Was the analysis based on splitting participants' follow up time according to intervention received?			N	
	1.3 Were intervention discontinuations or switches likely to be related to factors that are prognostic for the outcome?			-	
	1.4 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains?			N	
	1.5 If Y/PY to 1.4: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			-	
	1.6 Did the authors control for any post-intervention variables that could have been affected by the intervention?			N	
	1.7 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains and for time-varying confounding?			-	
	1.8 If Y/PY to 1.7: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			-	
	Risk of bias judgement			Moderate	
Bias in selection of participants into the study	2.1. Was selection of participants into the study (or into the analysis) based on participant characteristics observed after the start of intervention?			N	
	2.2. If Y/PY to 2.1: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be associated with intervention?			-	

	2.3.If Y/PY to 2.2: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be influenced by the outcome or a cause of the outcome?	-	
	2.4 Do start of follow-up and start of intervention coincide for most participants?	PY	
	2.5. If Y/PY to 2.2 and 2.3, or N/PN to 2.4: Were adjustment techniques used that are likely to correct for the presence of selection biases?	-	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in classification of interventions	3.1 Were intervention groups clearly defined?	Y	
	3.2 Was the information used to define intervention groups recorded at the start of the intervention?	Y	
	3.3 Could classification of intervention status have been affected by knowledge of the outcome or risk of the outcome?	N	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to deviations from intended interventions	4.1 ITT: Were there deviations from the intended intervention beyond what would be expected in usual practice?	NI	
	4.2 ITT: If Y/PY to 4.1: Were these deviations from intended intervention unbalanced between groups and likely to have affected the outcome?	-	
	4.3 CA: Were important co-interventions balanced across intervention groups?	-	
	4.4 CA: Was the intervention implemented successfully for most participants?	-	
	4.5 CA: Did study participants adhere to the assigned intervention regimen?	-	
	4.6 CA: If N/PN to 4.3, 4.4 or 4.5: Was an appropriate analysis used to estimate the effect of starting and adhering to the intervention?	-	

	Risk of bias judgement	No information	
Bias due to missing data	5.1 Were outcome data available for all, or nearly all, participants?	N	
	5.2 Were participants excluded due to missing data on intervention status?	N	
	5.3 Were participants excluded due to missing data on other variables needed for the analysis?	N	
	5.4 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Are the proportion of participants and reasons for missing data similar across interventions?	Y	
	5.5 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Is there evidence that results were robust to the presence of missing data?	PY	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to measurement of outcome	6.1 Could the outcome measure have been influenced by knowledge of the intervention received?	Y	
	6.2 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	6.3 Were the methods of outcome assessment comparable across intervention groups?	Y	
	6.4 Were any systematic errors in measurement of the outcome related to intervention received?	PN	
	Risk of bias judgement	Moderate	
Risk of bias in selection of the reported results	7.1. ... multiple outcome measurements within the outcome domain?	PN	
Is the reported effect estimate	7.2 ... multiple analyses of the intervention-outcome relationship?	PN	

likely to be selected, on the basis of the results from ...	7.3 ... different subgroups?	N	
	Risk of bias judgement	Moderate	
Overall bias	Risk of bias judgement	Moderate	

Study ID	Yoder et al., 2013	Aim	to assess the effect of assignment to intervention		
Experimental/ Control	PE/ keine Kontrolle	Outcome	PTB-Symptome	Source	Journal article(s)
Domain	Signalling question			Response	Comments
Bias due to confounding	1.1 Is there potential for confounding of the effect of intervention in this study?			Y	
	1.2 Was the analysis based on splitting participants' follow up time according to intervention received?			N	
	1.3 Were intervention discontinuations or switches likely to be related to factors that are prognostic for the outcome?			N	
	1.4 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains?			N	
	1.5 If Y/PY to 1.4: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			NA	
	1.6 Did the authors control for any post-intervention variables that could have been affected by the intervention?			N	
	1.7 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains and for time-varying confounding?			N	
	1.8 If Y/PY to 1.7: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			NA	
	Risk of bias judgement			Serious	
Bias in selection of participants into the study	2.1. Was selection of participants into the study (or into the analysis) based on participant characteristics observed after the start of intervention?			N	Archivdaten
	2.2. If Y/PY to 2.1: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be associated with intervention?			NA	

	2.3.If Y/PY to 2.2: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be influenced by the outcome or a cause of the outcome?	NA	
	2.4 Do start of follow-up and start of intervention coincide for most participants?	Y	
	2.5. If Y/PY to 2.2 and 2.3, or N/PN to 2.4: Were adjustment techniques used that are likely to correct for the presence of selection biases?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in classification of interventions	3.1 Were intervention groups clearly defined?	Y	
	3.2 Was the information used to define intervention groups recorded at the start of the intervention?	Y	
	3.3 Could classification of intervention status have been affected by knowledge of the outcome or risk of the outcome?	N	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to deviations from intended interventions	4.1 ITT: Were there deviations from the intended intervention beyond what would be expected in usual practice?	PN	
	4.2 ITT: If Y/PY to 4.1: Were these deviations from intended intervention unbalanced between groups and likely to have affected the outcome?	NA	
	4.3 CA: Were important co-interventions balanced across intervention groups?	Y	Nur eine Gruppe
	4.4 CA: Was the intervention implemented successfully for most participants?	PY	
	4.5 CA: Did study participants adhere to the assigned intervention regimen?	PY	
	4.6 CA: If N/PN to 4.3, 4.4 or 4.5: Was an appropriate analysis used to estimate the effect of starting and adhering to the intervention?	NA	

	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing data	5.1 Were outcome data available for all, or nearly all, participants?	N	Für 85 %
	5.2 Were participants excluded due to missing data on intervention status?	N	
	5.3 Were participants excluded due to missing data on other variables needed for the analysis?	N	
	5.4 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Are the proportion of participants and reasons for missing data similar across interventions?	Y	Nur eine Gruppe
	5.5 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Is there evidence that results were robust to the presence of missing data?	PY	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to measurement of outcome	6.1 Could the outcome measure have been influenced by knowledge of the intervention received?	Y	
	6.2 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	Selbstbericht
	6.3 Were the methods of outcome assessment comparable across intervention groups?	Y	Nur eine Gruppe
	6.4 Were any systematic errors in measurement of the outcome related to intervention received?	PN	
	Risk of bias judgement	Moderate	
Risk of bias in selection of the reported results	7.1. ... multiple outcome measurements within the outcome domain?	PN	
Is the reported effect estimate	7.2 ... multiple analyses of the intervention-outcome relationship?	PN	

likely to be selected, on the basis of the results from ...	7.3 ... different subgroups?	PN	
	Risk of bias judgement	Moderate	
Overall bias	Risk of bias judgement	Serious	

PICO 3, 4 & 5
Keine Primärevidenz eingeschlossen und/oder keine RoB 2-Bewertung durchgeführt.

Behandlung von Erwachsenen mit Fluchthintergrund

PICO 1, 2, 3 & 4

Keine Primärevidenz eingeschlossen und/oder keine RoB 2-Bewertung durchgeführt.

PICO 5

PICO	Autor:innen	Gesamtbewertung	Bias-Domäne						
			1 Risk of bias due to confounding	2 Risk of bias in selection of participants into the study	3 Risk of bias in classification of interventions	4 Risk of bias due to deviations from intended intervention	5 Risk of bias due to missing data	6 Risk of bias in measurement of the outcome	7 Risk of bias in selection of the reported results
5	Askovic et al., 2020	Moderate Risk	Moderate	Low	Low	Low	Low	Moderate	Moderate
5	Morina et al., 2012	Serious Risk	Moderate	Low	Low	Low	Moderate	Serious	Moderate

Study ID	Askovic et al. (2020)	Aim	CA (assess the effect of starting and adhering to intervention)		
Experimental/ Control	Neurofeedback/ Warteliste	Outcome	PTB-Symptome	Source	Journal article(s)
Domain	Signalling question			Response	Comments
Bias due to confounding	1.1 Is there potential for confounding of the effect of intervention in this study?			PY	
	1.2 Was the analysis based on splitting participants’ follow up time according to intervention received?			N	
	1.3 Were intervention discontinuations or switches likely to be related to factors that are prognostic for the outcome?			NA	
	1.4 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains?			N	
	1.5 If Y/PY to 1.4: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			NA	
	1.6 Did the authors control for any post-intervention variables that could have been affected by the intervention?			N	
	1.7 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains and for time-varying confounding?			N	
	1.8 If Y/PY to 1.7: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			NA	
	Risk of bias judgement			Moderate	
Bias in selection of participants into the study	2.1. Was selection of participants into the study (or into the analysis) based on participant characteristics observed after the start of intervention?			N	
	2.2. If Y/PY to 2.1: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be associated with intervention?			NA	

	2.3.If Y/PY to 2.2: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be influenced by the outcome or a cause of the outcome?	NA	
	2.4 Do start of follow-up and start of intervention coincide for most participants?	y	
	2.5. If Y/PY to 2.2 and 2.3, or N/PN to 2.4: Were adjustment techniques used that are likely to correct for the presence of selection biases?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in classification of interventions	3.1 Were intervention groups clearly defined?	Y	
	3.2 Was the information used to define intervention groups recorded at the start of the intervention?	Y	
	3.3 Could classification of intervention status have been affected by knowledge of the outcome or risk of the outcome?	PN	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to deviations from intended interventions	4.1 ITT: Were there deviations from the intended intervention beyond what would be expected in usual practice?		
	4.2 ITT: If Y/PY to 4.1: Were these deviations from intended intervention unbalanced between groups and likely to have affected the outcome?		
	4.3 CA: Were important co-interventions balanced across intervention groups?	Y	
	4.4 CA: Was the intervention implemented successfully for most participants?	Y	
	4.5 CA: Did study participants adhere to the assigned intervention regimen?	PY	
	4.6 CA: If N/PN to 4.3, 4.4 or 4.5: Was an appropriate analysis used to estimate the effect of starting and adhering to the intervention?	NA	

	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing data	5.1 Were outcome data available for all, or nearly all, participants?	PY	
	5.2 Were participants excluded due to missing data on intervention status?	PN	
	5.3 Were participants excluded due to missing data on other variables needed for the analysis?	PN	
	5.4 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Are the proportion of participants and reasons for missing data similar across interventions?	Y	
	5.5 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Is there evidence that results were robust to the presence of missing data?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to measurement of outcome	6.1 Could the outcome measure have been influenced by knowledge of the intervention received?	Y	
	6.2 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	6.3 Were the methods of outcome assessment comparable across intervention groups?	Y	
	6.4 Were any systematic errors in measurement of the outcome related to intervention received?	PN	
	Risk of bias judgement	Moderate	
Risk of bias in selection of the reported results	7.1. ... multiple outcome measurements within the outcome domain?	N	
Is the reported effect estimate	7.2 ... multiple analyses of the intervention-outcome relationship?	N	

likely to be selected, on the basis of the results from ...	7.3 ... different subgroups?	N	
	Risk of bias judgement	Moderate	
Overall bias	Risk of bias judgement	Moderate	

Study ID	Morina et al. (2012)	Aim	CA (assess the effect of starting and adhering to intervention)		
Experimental/Control	Biofeedback + NET/-	Outcome	PTB-Symptome	Source	Journal article(s)
Domain	Signalling question			Response	Comments
Bias due to confounding	1.1 Is there potential for confounding of the effect of intervention in this study?			PY	
	1.2 Was the analysis based on splitting participants’ follow up time according to intervention received?			N	
	1.3 Were intervention discontinuations or switches likely to be related to factors that are prognostic for the outcome?			NA	
	1.4 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains?			N	
	1.5 If Y/PY to 1.4: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			NA	
	1.6 Did the authors control for any post-intervention variables that could have been affected by the intervention?			N	
	1.7 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains and for time-varying confounding?			N	
	1.8 If Y/PY to 1.7: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			NA	
	Risk of bias judgement			Moderate	
Bias in selection of participants into the study	2.1. Was selection of participants into the study (or into the analysis) based on participant characteristics observed after the start of intervention?			N	
	2.2. If Y/PY to 2.1: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be associated with intervention?			NA	

	2.3.If Y/PY to 2.2: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be influenced by the outcome or a cause of the outcome?	NA	
	2.4 Do start of follow-up and start of intervention coincide for most participants?	Y	
	2.5. If Y/PY to 2.2 and 2.3, or N/PN to 2.4: Were adjustment techniques used that are likely to correct for the presence of selection biases?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in classification of interventions	3.1 Were intervention groups clearly defined?	Y	
	3.2 Was the information used to define intervention groups recorded at the start of the intervention?	Y	
	3.3 Could classification of intervention status have been affected by knowledge of the outcome or risk of the outcome?	PN	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to deviations from intended interventions	4.1 ITT: Were there deviations from the intended intervention beyond what would be expected in usual practice?	NA	
	4.2 ITT: If Y/PY to 4.1: Were these deviations from intended intervention unbalanced between groups and likely to have affected the outcome?	NA	
	4.3 CA: Were important co-interventions balanced across intervention groups?	NA	
	4.4 CA: Was the intervention implemented successfully for most participants?	Y	
	4.5 CA: Did study participants adhere to the assigned intervention regimen?	PY	
	4.6 CA: If N/PN to 4.3, 4.4 or 4.5: Was an appropriate analysis used to estimate the effect of starting and adhering to the intervention?	NA	

	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing data	5.1 Were outcome data available for all, or nearly all, participants?	N	
	5.2 Were participants excluded due to missing data on intervention status?	PN	
	5.3 Were participants excluded due to missing data on other variables needed for the analysis?	PN	
	5.4 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Are the proportion of participants and reasons for missing data similar across interventions?	NA	
	5.5 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Is there evidence that results were robust to the presence of missing data?	NI	
	Risk of bias judgement	Moderate	
Bias due to measurement of outcome	6.1 Could the outcome measure have been influenced by knowledge of the intervention received?	Y	
	6.2 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	6.3 Were the methods of outcome assessment comparable across intervention groups?	NA	
	6.4 Were any systematic errors in measurement of the outcome related to intervention received?	Y	
	Risk of bias judgement	Serious	Clinicians as outcome assessors
Risk of bias in selection of the reported results	7.1. ... multiple outcome measurements within the outcome domain?	N	
Is the reported effect estimate	7.2 ... multiple analyses of the intervention-outcome relationship?	N	

likely to be selected, on the basis of the results from ...	7.3 ... different subgroups?	N	
	Risk of bias judgement	Moderate	
Overall bias	Risk of bias judgement	Serious	

PICO 6

PICO	Autor:innen	Gesamtbewertung	Bias-Domäne						
			1 Risk of bias due to confounding	2 Risk of bias in selection of participants into the study	3 Risk of bias in classification of interventions	4 Risk of bias due to deviations from intended intervention	5 Risk of bias due to missing data	6 Risk of bias in measurement of the outcome	7 Risk of bias in selection of the reported results
6	Brune et al., 2011	Moderate Risk	Moderate	No information	Low	Low	Low	Moderate	Moderate
6	D'Ardenne et al., 2007	Moderate Risk	No information	Low	Low	Low	Low	Moderate	Moderate
6	Sander et al., 2019	Moderate Risk	Moderate	Low	Low	Moderate	Low	Moderate	Moderate

Study ID	Brune et al. (2011)	Aim	CA (assess the effect of starting and adhering to intervention)		
Experimental/Control	With/Without Interpreter	Outcome	Depression	Source	Journal article(s)
Domain	Signalling question			Response	Comments
Bias due to confounding	1.1 Is there potential for confounding of the effect of intervention in this study?			Y	
	1.2 Was the analysis based on splitting participants' follow up time according to intervention received?			N	
	1.3 Were intervention discontinuations or switches likely to be related to factors that are prognostic for the outcome?			NA	
	1.4 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains?			PY	
	1.5 If Y/PY to 1.4: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			NI	
	1.6 Did the authors control for any post-intervention variables that could have been affected by the intervention?			N	
	1.7 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains and for time-varying confounding?			PY	
	1.8 If Y/PY to 1.7: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			NI	
	Risk of bias judgement			Moderate	
Bias in selection of participants into the study	2.1. Was selection of participants into the study (or into the analysis) based on participant characteristics observed after the start of intervention?			PN	

	2.2. If Y/PY to 2.1: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be associated with intervention?	NA	
	2.3.If Y/PY to 2.2: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be influenced by the outcome or a cause of the outcome?	NA	
	2.4 Do start of follow-up and start of intervention coincide for most participants?	NI	
	2.5. If Y/PY to 2.2 and 2.3, or N/PN to 2.4: Were adjustment techniques used that are likely to correct for the presence of selection biases?	NA	
	Risk of bias judgement	No information	
Bias in classification of interventions	3.1 Were intervention groups clearly defined?	Y	
	3.2 Was the information used to define intervention groups recorded at the start of the intervention?	PY	
	3.3 Could classification of intervention status have been affected by knowledge of the outcome or risk of the outcome?	N	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to deviations from intended interventions	4.1 ITT: Were there deviations from the intended intervention beyond what would be expected in usual practice?	NA	
	4.2 ITT: If Y/PY to 4.1: Were these deviations from intended intervention unbalanced between groups and likely to have affected the outcome?	NA	
	4.3 CA: Were important co-interventions balanced across intervention groups?	PY	
	4.4 CA: Was the intervention implemented successfully for most participants?	PY	
	4.5 CA: Did study participants adhere to the assigned intervention regimen?	PY	

	4.6 CA: If N/PN to 4.3, 4.4 or 4.5: Was an appropriate analysis used to estimate the effect of starting and adhering to the intervention?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing data	5.1 Were outcome data available for all, or nearly all, participants?	PY	
	5.2 Were participants excluded due to missing data on intervention status?	PN	
	5.3 Were participants excluded due to missing data on other variables needed for the analysis?	PN	
	5.4 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Are the proportion of participants and reasons for missing data similar across interventions?	NA	
	5.5 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Is there evidence that results were robust to the presence of missing data?	NI	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to measurement of outcome	6.1 Could the outcome measure have been influenced by knowledge of the intervention received?	PY	
	6.2 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	6.3 Were the methods of outcome assessment comparable across intervention groups?	Y	
	6.4 Were any systematic errors in measurement of the outcome related to intervention received?	PN	
	Risk of bias judgement	Moderate	
Risk of bias in selection of the reported results	7.1. ... multiple outcome measurements within the outcome domain?	PN	

Is the reported effect estimate likely to be selected, on the basis of the results from ...	7.2 ... multiple analyses of the intervention-outcome relationship?	PY	
	7.3 ... different subgroups?	PN	
	Risk of bias judgement	Moderate	
Overall bias	Risk of bias judgement	Moderate	

Study ID	D'Ardenne et al. (2007)	Aim	ITT (assess the effect of assignment to/starting the intervention)		
Experimental/ Control	With/Without Interpreter	Outcome	Depression	Source	Journal article(s)
Domain	Signalling question			Response	Comments
Bias due to confounding	1.1 Is there potential for confounding of the effect of intervention in this study?			PY	
	1.2 Was the analysis based on splitting participants' follow up time according to intervention received?			N	
	1.3 Were intervention discontinuations or switches likely to be related to factors that are prognostic for the outcome?			NA	
	1.4 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains?			N	
	1.5 If Y/PY to 1.4: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			NA	
	1.6 Did the authors control for any post-intervention variables that could have been affected by the intervention?			N	
	1.7 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains and for time-varying confounding?			N	
	1.8 If Y/PY to 1.7: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			NA	
	Risk of bias judgement			Moderate	
Bias in selection of participants into the study	2.1. Was selection of participants into the study (or into the analysis) based on participant characteristics observed after the start of intervention?			PN	
	2.2. If Y/PY to 2.1: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be associated with intervention?			NA	

	2.3.If Y/PY to 2.2: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be influenced by the outcome or a cause of the outcome?	NA	
	2.4 Do start of follow-up and start of intervention coincide for most participants?	Y	
	2.5. If Y/PY to 2.2 and 2.3, or N/PN to 2.4: Were adjustment techniques used that are likely to correct for the presence of selection biases?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in classification of interventions	3.1 Were intervention groups clearly defined?	PY	
	3.2 Was the information used to define intervention groups recorded at the start of the intervention?	PY	
	3.3 Could classification of intervention status have been affected by knowledge of the outcome or risk of the outcome?	N	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to deviations from intended interventions	4.1 ITT: Were there deviations from the intended intervention beyond what would be expected in usual practice?	N	
	4.2 ITT: If Y/PY to 4.1: Were these deviations from intended intervention unbalanced between groups and likely to have affected the outcome?	NA	
	4.3 CA: Were important co-interventions balanced across intervention groups?	NA	
	4.4 CA: Was the intervention implemented successfully for most participants?	NA	
	4.5 CA: Did study participants adhere to the assigned intervention regimen?	NA	
	4.6 CA: If N/PN to 4.3, 4.4 or 4.5: Was an appropriate analysis used to estimate the effect of starting and adhering to the intervention?	NA	

	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing data	5.1 Were outcome data available for all, or nearly all, participants?	N	
	5.2 Were participants excluded due to missing data on intervention status?	PN	
	5.3 Were participants excluded due to missing data on other variables needed for the analysis?	N	
	5.4 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Are the proportion of participants and reasons for missing data similar across interventions?	NA	
	5.5 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Is there evidence that results were robust to the presence of missing data?	NI	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to measurement of outcome	6.1 Could the outcome measure have been influenced by knowledge of the intervention received?	Y	
	6.2 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	6.3 Were the methods of outcome assessment comparable across intervention groups?	Y	
	6.4 Were any systematic errors in measurement of the outcome related to intervention received?	PN	
	Risk of bias judgement	Moderate	
Risk of bias in selection of the reported results	7.1. ... multiple outcome measurements within the outcome domain?	N	
Is the reported effect estimate	7.2 ... multiple analyses of the intervention-outcome relationship?	N	

likely to be selected, on the basis of the results from ...	7.3 ... different subgroups?	N	
	Risk of bias judgement	Moderate	
Overall bias	Risk of bias judgement	Moderate	

Study ID	Sander et al. (2019)	Aim	CA (assess the effect of starting and adhering to intervention)		
Experimental/Control	With/Without Interpreter	Outcome	Depression, Angst, Somatisierung	Source	Journal article(s)
Domain	Signalling question			Response	Comments
Bias due to confounding	1.1 Is there potential for confounding of the effect of intervention in this study?			PY	
	1.2 Was the analysis based on splitting participants’ follow up time according to intervention received?			N	
	1.3 Were intervention discontinuations or switches likely to be related to factors that are prognostic for the outcome?			NA	
	1.4 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains?			PY	
	1.5 If Y/PY to 1.4: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			NI	
	1.6 Did the authors control for any post-intervention variables that could have been affected by the intervention?			PN	
	1.7 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains and for time-varying confounding?			N	
	1.8 If Y/PY to 1.7: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			NA	
	Risk of bias judgement			Moderate	
Bias in selection of participants into the study	2.1. Was selection of participants into the study (or into the analysis) based on participant characteristics observed after the start of intervention?			N	
	2.2. If Y/PY to 2.1: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be associated with intervention?			NA	

	2.3.If Y/PY to 2.2: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be influenced by the outcome or a cause of the outcome?	NA	
	2.4 Do start of follow-up and start of intervention coincide for most participants?	Y	
	2.5. If Y/PY to 2.2 and 2.3, or N/PN to 2.4: Were adjustment techniques used that are likely to correct for the presence of selection biases?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in classification of interventions	3.1 Were intervention groups clearly defined?	PY	
	3.2 Was the information used to define intervention groups recorded at the start of the intervention?	Y	
	3.3 Could classification of intervention status have been affected by knowledge of the outcome or risk of the outcome?	N	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to deviations from intended interventions	4.1 ITT: Were there deviations from the intended intervention beyond what would be expected in usual practice?	NA	
	4.2 ITT: If Y/PY to 4.1: Were these deviations from intended intervention unbalanced between groups and likely to have affected the outcome?	NA	
	4.3 CA: Were important co-interventions balanced across intervention groups?	PN	
	4.4 CA: Was the intervention implemented successfully for most participants?	PY	
	4.5 CA: Did study participants adhere to the assigned intervention regimen?	PY	
	4.6 CA: If N/PN to 4.3, 4.4 or 4.5: Was an appropriate analysis used to estimate the effect of starting and adhering to the intervention?	NA	

	Risk of bias judgement	Moderate	
Bias due to missing data	5.1 Were outcome data available for all, or nearly all, participants?	PY	
	5.2 Were participants excluded due to missing data on intervention status?	N	
	5.3 Were participants excluded due to missing data on other variables needed for the analysis?	N	
	5.4 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Are the proportion of participants and reasons for missing data similar across interventions?	NA	
	5.5 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Is there evidence that results were robust to the presence of missing data?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to measurement of outcome	6.1 Could the outcome measure have been influenced by knowledge of the intervention received?	Y	
	6.2 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	6.3 Were the methods of outcome assessment comparable across intervention groups?	Y	
	6.4 Were any systematic errors in measurement of the outcome related to intervention received?	PN	
	Risk of bias judgement	Moderate	
Risk of bias in selection of the reported results	7.1. ... multiple outcome measurements within the outcome domain?	N	
Is the reported effect estimate	7.2 ... multiple analyses of the intervention-outcome relationship?	N	

likely to be selected, on the basis of the results from ...	7.3 ... different subgroups?	N	
	Risk of bias judgement	Moderate	
Overall bias	Risk of bias judgement	Moderate	

Behandlung von Erwachsenen mit Störung der Intelligenzentwicklung (SIE)
PICO 1, 2, 3, 4, 5 & 6
Keine Primärevidenz eingeschlossen und/oder keine RoB 2-Bewertung durchgeführt.

Diagnostik der PTBS bei Kindern und Jugendlichen

PICO 1,2 & 3

Keine Primärevidenz eingeschlossen und/oder keine RoB 2-Bewertung durchgeführt.

Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen

PICO 1

Keine Primärevidenz eingeschlossen und/oder keine RoB 2-Bewertung durchgeführt.

PICO 2

PICO	Autor:innen	Gesamtbewertung	Bias-Domäne						
			1 Risk of bias due to confounding	2 Risk of bias in selection of participants into the study	3 Risk of bias in classification of interventions	4 Risk of bias due to deviations from intended intervention	5 Risk of bias due to missing data	6 Risk of bias in measurement of the outcome	7 Risk of bias in selection of the reported results
2	Eilers et al. (2021)	Moderate Risk	Moderate	Low	Low	No information	Moderate	low	Moderate
2	Hébert & Amédée (2020)	Serious Risk	low	Low	Low	No information	Serious	Serious	Serious
2	Hendriks et al., 2017	Serious Risk	Serious	Moderate	Low	No Information	Low	Moderate	Low
2	Jensen et al. (2021)	Moderate Risk	Moderate	Low	Low	Low	Moderate	Moderate	Moderate
2	Ross et al. (2022)	Serious Risk	Serious	Low	Low	Low	Serious	Moderate	Low
2	Sachser et al., 2017	Serious Risk	Moderate	Serious	Low	Low	Moderate	Moderate	Low

Study ID	Eilers et al., 2021	Aim			
Experimental/ Control	Adaptierte CPT	Outcome	(k)PTB-Symptome	Source	Journal article(s)
Domain	Signalling question		Response		Comments
Bias due to confounding	1.1 Is there potential for confounding of the effect of intervention in this study?			Y	
	1.2 Was the analysis based on splitting participants' follow up time according to intervention received?			N	
	1.3 Were intervention discontinuations or switches likely to be related to factors that are prognostic for the outcome?			N	
	1.4 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains?			PY	
	1.5 If Y/PY to 1.4: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			PY	
	1.6 Did the authors control for any post-intervention variables that could have been affected by the intervention?			PN	
	1.7 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains and for time-varying confounding?			-	
	1.8 If Y/PY to 1.7: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			-	
	Risk of bias judgement			moderate	
Bias in selection of participants into the study	2.1. Was selection of participants into the study (or into the analysis) based on participant characteristics observed after the start of intervention?			PN	
	2.2. If Y/PY to 2.1: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be associated with intervention?			-	

	2.3.If Y/PY to 2.2: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be influenced by the outcome or a cause of the outcome?	-	
	2.4 Do start of follow-up and start of intervention coincide for most participants?	Y	
	2.5. If Y/PY to 2.2 and 2.3, or N/PN to 2.4: Were adjustment techniques used that are likely to correct for the presence of selection biases?	-	
	Risk of bias judgement	low	
Bias in classification of interventions	3.1 Were intervention groups clearly defined?	Y	
	3.2 Was the information used to define intervention groups recorded at the start of the intervention?	Y	
	3.3 Could classification of intervention status have been affected by knowledge of the outcome or risk of the outcome?	N	
	Risk of bias judgement	low	
Bias due to deviations from intended interventions	4.1 ITT: Were there deviations from the intended intervention beyond what would be expected in usual practice?	NI	
	4.2 ITT: If Y/PY to 4.1: Were these deviations from intended intervention unbalanced between groups and likely to have affected the outcome?	NI	
	4.3 CA: Were important co-interventions balanced across intervention groups?	-	
	4.4 CA: Was the intervention implemented successfully for most participants?	-	
	4.5 CA: Did study participants adhere to the assigned intervention regimen?	-	
	4.6 CA: If N/PN to 4.3, 4.4 or 4.5: Was an appropriate analysis used to estimate the effect of starting and adhering to the intervention?	-	

	Risk of bias judgement	no information	
Bias due to missing data	5.1 Were outcome data available for all, or nearly all, participants?	N	
	5.2 Were participants excluded due to missing data on intervention status?	N	
	5.3 Were participants excluded due to missing data on other variables needed for the analysis?	PN	
	5.4 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Are the proportion of participants and reasons for missing data similar across interventions?	-	
	5.5 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Is there evidence that results were robust to the presence of missing data?	NI	
	Risk of bias judgement	moderate	
Bias due to measurement of outcome	6.1 Could the outcome measure have been influenced by knowledge of the intervention received?	Y	
	6.2 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	Selbstbericht
	6.3 Were the methods of outcome assessment comparable across intervention groups?	Y	
	6.4 Were any systematic errors in measurement of the outcome related to intervention received?	PN	
	Risk of bias judgement	low	
Risk of bias in selection of the reported results	7.1. ... multiple outcome measurements within the outcome domain?	PN	
Is the reported effect estimate	7.2 ... multiple analyses of the intervention-outcome relationship?	NI	

likely to be selected, on the basis of the results from ...	7.3 ... different subgroups?	PN	
	Risk of bias judgement	moderate	
Overall bias	Risk of bias judgement	moderate	

Study ID	Hébert & Amédée, 2020	Aim			
Experimental/ Control	TF-KVT	Outcome	(k)PTB-Symptome	Source	Journal article(s)
Domain	Signalling question			Response	Comments
Bias due to confounding	1.1 Is there potential for confounding of the effect of intervention in this study?			Y	
	1.2 Was the analysis based on splitting participants' follow up time according to intervention received?			N	
	1.3 Were intervention discontinuations or switches likely to be related to factors that are prognostic for the outcome?			-	
	1.4 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains?			PY	Alter, Familienstruktur, Geschlecht, Anzahl der Sitzungen
	1.5 If Y/PY to 1.4: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			Y	
	1.6 Did the authors control for any post-intervention variables that could have been affected by the intervention?			N	
	1.7 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains and for time-varying confounding?			-	
	1.8 If Y/PY to 1.7: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			-	
	Risk of bias judgement			low	
Bias in selection of participants into the study	2.1. Was selection of participants into the study (or into the analysis) based on participant characteristics observed after the start of intervention?			N	
	2.2. If Y/PY to 2.1: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be associated with intervention?			-	

	2.3.If Y/PY to 2.2: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be influenced by the outcome or a cause of the outcome?	-	
	2.4 Do start of follow-up and start of intervention coincide for most participants?	Y	
	2.5. If Y/PY to 2.2 and 2.3, or N/PN to 2.4: Were adjustment techniques used that are likely to correct for the presence of selection biases?	-	
	Risk of bias judgement	low	
Bias in classification of interventions	3.1 Were intervention groups clearly defined?	PY	TF-KVT
	3.2 Was the information used to define intervention groups recorded at the start of the intervention?	Y	(nur eine Gruppe)
	3.3 Could classification of intervention status have been affected by knowledge of the outcome or risk of the outcome?	N	
	Risk of bias judgement	low	
Bias due to deviations from intended interventions	4.1 ITT: Were there deviations from the intended intervention beyond what would be expected in usual practice?	-	
	4.2 ITT: If Y/PY to 4.1: Were these deviations from intended intervention unbalanced between groups and likely to have affected the outcome?	-	
	4.3 CA: Were important co-interventions balanced across intervention groups?	-	Keine kontrollierte Studie
	4.4 CA: Was the intervention implemented successfully for most participants?	NI	
	4.5 CA: Did study participants adhere to the assigned intervention regimen?	NI	
	4.6 CA: If N/PN to 4.3, 4.4 or 4.5: Was an appropriate analysis used to estimate the effect of starting and adhering to the intervention?	NI	

	Risk of bias judgement	no information	
Bias due to missing data	5.1 Were outcome data available for all, or nearly all, participants?	N	84 %
	5.2 Were participants excluded due to missing data on intervention status?	N	
	5.3 Were participants excluded due to missing data on other variables needed for the analysis?	Y	
	5.4 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Are the proportion of participants and reasons for missing data similar across interventions?	-	(keine Kontrollgruppe)
	5.5 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Is there evidence that results were robust to the presence of missing data?	PN	
	Risk of bias judgement	serious	
Bias due to measurement of outcome	6.1 Could the outcome measure have been influenced by knowledge of the intervention received?	Y	
	6.2 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	6.3 Were the methods of outcome assessment comparable across intervention groups?	-	Nur eine Gruppe
	6.4 Were any systematic errors in measurement of the outcome related to intervention received?	PN	
	Risk of bias judgement	serious	
Risk of bias in selection of the reported results	7.1. ... multiple outcome measurements within the outcome domain?	PN	
Is the reported effect estimate	7.2 ... multiple analyses of the intervention-outcome relationship?	PN	

likely to be selected, on the basis of the results from ...	7.3 ... different subgroups?	PN	
	Risk of bias judgement	serious	Keine Registrierung/ kein a priori Plan für die Analyse
Overall bias	Risk of bias judgement	serious	

Study ID	Hendriks et al. (2017)	Aim			
Experimental/ Control	Intensive PE	Outcome	PTB-Symptome	Source	Journal article(s)
Domain	Signalling question			Response	Comments
Bias due to confounding	1.1 Is there potential for confounding of the effect of intervention in this study?			Y	
	1.2 Was the analysis based on splitting participants' follow up time according to intervention received?			PN	
	1.3 Were intervention discontinuations or switches likely to be related to factors that are prognostic for the outcome?			-	
	1.4 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains?			PY	Multiple-Baseline-Design
	1.5 If Y/PY to 1.4: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			PY	
	1.6 Did the authors control for any post-intervention variables that could have been affected by the intervention?			N	.
	1.7 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains and for time-varying confounding?			-	
	1.8 If Y/PY to 1.7: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			-	
	Risk of bias judgement			serious	
Bias in selection of participants into the study	2.1. Was selection of participants into the study (or into the analysis) based on participant characteristics observed after the start of intervention?			PN	
	2.2. If Y/PY to 2.1: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be associated with intervention?			-	

	2.3.If Y/PY to 2.2: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be influenced by the outcome or a cause of the outcome?	-	
	2.4 Do start of follow-up and start of intervention coincide for most participants?	PN	
	2.5. If Y/PY to 2.2 and 2.3, or N/PN to 2.4: Were adjustment techniques used that are likely to correct for the presence of selection biases?	PY	
	Risk of bias judgement	moderate	
Bias in classification of interventions	3.1 Were intervention groups clearly defined?	PY	
	3.2 Was the information used to define intervention groups recorded at the start of the intervention?	PY	
	3.3 Could classification of intervention status have been affected by knowledge of the outcome or risk of the outcome?	N	
	Risk of bias judgement	low	
Bias due to deviations from intended interventions	4.1 ITT: Were there deviations from the intended intervention beyond what would be expected in usual practice?	NI	
	4.2 ITT: If Y/PY to 4.1: Were these deviations from intended intervention unbalanced between groups and likely to have affected the outcome?	NI	
	4.3 CA: Were important co-interventions balanced across intervention groups?	-	
	4.4 CA: Was the intervention implemented successfully for most participants?	-	
	4.5 CA: Did study participants adhere to the assigned intervention regimen?	-	
	4.6 CA: If N/PN to 4.3, 4.4 or 4.5: Was an appropriate analysis used to estimate the effect of starting and adhering to the intervention?	-	

	Risk of bias judgement	no information	
Bias due to missing data	5.1 Were outcome data available for all, or nearly all, participants?	Y	
	5.2 Were participants excluded due to missing data on intervention status?	PN	
	5.3 Were participants excluded due to missing data on other variables needed for the analysis?	PN	
	5.4 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Are the proportion of participants and reasons for missing data similar across interventions?	-	
	5.5 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Is there evidence that results were robust to the presence of missing data?	PY	
	Risk of bias judgement	low	
Bias due to measurement of outcome	6.1 Could the outcome measure have been influenced by knowledge of the intervention received?	Y	
	6.2 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	6.3 Were the methods of outcome assessment comparable across intervention groups?	-	Nur eine Gruppe
	6.4 Were any systematic errors in measurement of the outcome related to intervention received?	PN	independent trained assessors
	Risk of bias judgement	moderate	Nur eine Gruppe
Risk of bias in selection of the reported results	7.1. ... multiple outcome measurements within the outcome domain?	PN	
Is the reported effect estimate	7.2 ... multiple analyses of the intervention-outcome relationship?	PN	

likely to be selected, on the basis of the results from ...	7.3 ... different subgroups?	PN	
	Risk of bias judgement	low	
Overall bias	Risk of bias judgement	serious	

Study ID	Jensen et al. (2022)	Aim	To assess the effect of assignment to intervention		
Experimental/ Control	TF-KVT /-	Outcome	(k)PTBS-symptoms	Source	Journal article(s)
Domain	Signalling question			Response	Comments
Bias due to confounding	1.1 Is there potential for confounding of the effect of intervention in this study?			PY	
	1.2 Was the analysis based on splitting participants' follow up time according to intervention received?			N	
	1.3 Were intervention discontinuations or switches likely to be related to factors that are prognostic for the outcome?			-	
	1.4 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains?			PY	
	1.5 If Y/PY to 1.4: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			PY	
	1.6 Did the authors control for any post-intervention variables that could have been affected by the intervention?			N	
	1.7 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains and for time-varying confounding?			-	
	1.8 If Y/PY to 1.7: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			-	
	Risk of bias judgement			moderate	
Bias in selection of participants into the study	2.1. Was selection of participants into the study (or into the analysis) based on participant characteristics observed after the start of intervention?			N	
	2.2. If Y/PY to 2.1: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be associated with intervention?			-	

	2.3.If Y/PY to 2.2: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be influenced by the outcome or a cause of the outcome?	-	
	2.4 Do start of follow-up and start of intervention coincide for most participants?	PY	
	2.5. If Y/PY to 2.2 and 2.3, or N/PN to 2.4: Were adjustment techniques used that are likely to correct for the presence of selection biases?	-	
	Risk of bias judgement	low	
Bias in classification of interventions	3.1 Were intervention groups clearly defined?	Y	
	3.2 Was the information used to define intervention groups recorded at the start of the intervention?	Y	
	3.3 Could classification of intervention status have been affected by knowledge of the outcome or risk of the outcome?	N	
	Risk of bias judgement	low	
Bias due to deviations from intended interventions	4.1 ITT: Were there deviations from the intended intervention beyond what would be expected in usual practice?	PN	
	4.2 ITT: If Y/PY to 4.1: Were these deviations from intended intervention unbalanced between groups and likely to have affected the outcome?	-	
	4.3 CA: Were important co-interventions balanced across intervention groups?	-	
	4.4 CA: Was the intervention implemented successfully for most participants?	-	
	4.5 CA: Did study participants adhere to the assigned intervention regimen?	-	
	4.6 CA: If N/PN to 4.3, 4.4 or 4.5: Was an appropriate analysis used to estimate the effect of starting and adhering to the intervention?	-	

	Risk of bias judgement	low	
Bias due to missing data	5.1 Were outcome data available for all, or nearly all, participants?	N	
	5.2 Were participants excluded due to missing data on intervention status?	N	
	5.3 Were participants excluded due to missing data on other variables needed for the analysis?	N	
	5.4 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Are the proportion of participants and reasons for missing data similar across interventions?	-	
	5.5 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Is there evidence that results were robust to the presence of missing data?	NI	
	Risk of bias judgement	moderate	
Bias due to measurement of outcome	6.1 Could the outcome measure have been influenced by knowledge of the intervention received?	Y	
	6.2 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	6.3 Were the methods of outcome assessment comparable across intervention groups?	-	
	6.4 Were any systematic errors in measurement of the outcome related to intervention received?	PY	
	Risk of bias judgement	moderate	
Risk of bias in selection of the reported results	7.1. ... multiple outcome measurements within the outcome domain?	PN	
Is the reported effect estimate	7.2 ... multiple analyses of the intervention-outcome relationship?	PN	

likely to be selected, on the basis of the results from ...	7.3 ... different subgroups?	N	
	Risk of bias judgement	moderate	
Overall bias	Risk of bias judgement	moderate	

Study ID	Ross et al. (2021)	Aim	To assess the effect of assignment to intervention		
Experimental/ Control	TF-CBT /-	Outcome	(k)PTBS-Symptome	Source	Journal article(s)
Domain	Signalling question		Response		Comments
Bias due to confounding	1.1 Is there potential for confounding of the effect of intervention in this study?			Y	
	1.2 Was the analysis based on splitting participants’ follow up time according to intervention received?			N	
	1.3 Were intervention discontinuations or switches likely to be related to factors that are prognostic for the outcome?			-	
	1.4 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains?			PN	
	1.5 If Y/PY to 1.4: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			-	
	1.6 Did the authors control for any post-intervention variables that could have been affected by the intervention?			N	
	1.7 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains and for time-varying confounding?			-	
	1.8 If Y/PY to 1.7: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			-	
	Risk of bias judgement			serious	
Bias in selection of participants into the study	2.1. Was selection of participants into the study (or into the analysis) based on participant characteristics observed after the start of intervention?			N	
	2.2. If Y/PY to 2.1: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be associated with intervention?			-	

	2.3.If Y/PY to 2.2: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be influenced by the outcome or a cause of the outcome?	-	
	2.4 Do start of follow-up and start of intervention coincide for most participants?	PY	
	2.5. If Y/PY to 2.2 and 2.3, or N/PN to 2.4: Were adjustment techniques used that are likely to correct for the presence of selection biases?	-	
	Risk of bias judgement	low	
Bias in classification of interventions	3.1 Were intervention groups clearly defined?	Y	
	3.2 Was the information used to define intervention groups recorded at the start of the intervention?	Y	
	3.3 Could classification of intervention status have been affected by knowledge of the outcome or risk of the outcome?	N	
	Risk of bias judgement	low	
Bias due to deviations from intended interventions	4.1 ITT: Were there deviations from the intended intervention beyond what would be expected in usual practice?	N	
	4.2 ITT: If Y/PY to 4.1: Were these deviations from intended intervention unbalanced between groups and likely to have affected the outcome?	-	
	4.3 CA: Were important co-interventions balanced across intervention groups?	-	
	4.4 CA: Was the intervention implemented successfully for most participants?	-	
	4.5 CA: Did study participants adhere to the assigned intervention regimen?	-	
	4.6 CA: If N/PN to 4.3, 4.4 or 4.5: Was an appropriate analysis used to estimate the effect of starting and adhering to the intervention?	-	

	Risk of bias judgement	low	
Bias due to missing data	5.1 Were outcome data available for all, or nearly all, participants?	N	
	5.2 Were participants excluded due to missing data on intervention status?	N	
	5.3 Were participants excluded due to missing data on other variables needed for the analysis?	N	
	5.4 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Are the proportion of participants and reasons for missing data similar across interventions?	-	
	5.5 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Is there evidence that results were robust to the presence of missing data?	PY	
	Risk of bias judgement	serious	
Bias due to measurement of outcome	6.1 Could the outcome measure have been influenced by knowledge of the intervention received?	Y	
	6.2 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	6.3 Were the methods of outcome assessment comparable across intervention groups?	-	
	6.4 Were any systematic errors in measurement of the outcome related to intervention received?	PY	
	Risk of bias judgement	moderate	
Risk of bias in selection of the reported results	7.1. ... multiple outcome measurements within the outcome domain?	PN	
Is the reported effect estimate	7.2 ... multiple analyses of the intervention-outcome relationship?	PN	

likely to be selected, on the basis of the results from ...	7.3 ... different subgroups?	N	
	Risk of bias judgement	low	
Overall bias	Risk of bias judgement	serious	

Study ID	Sachser et al., 2017	Aim			
Experimental/ Control	Tf-CBT	Outcome	(k)PTB-Symptome	Source	Journal article(s)
Domain	Signalling question			Response	Comments
Bias due to confounding	1.1 Is there potential for confounding of the effect of intervention in this study?			Y	
	1.2 Was the analysis based on splitting participants' follow up time according to intervention received?			N	
	1.3 Were intervention discontinuations or switches likely to be related to factors that are prognostic for the outcome?			-	
	1.4 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains?			PN	
	1.5 If Y/PY to 1.4: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			-	
	1.6 Did the authors control for any post-intervention variables that could have been affected by the intervention?			N	.
	1.7 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains and for time-varying confounding?			-	
	1.8 If Y/PY to 1.7: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?			-	
	Risk of bias judgement			moderate	
Bias in selection of participants into the study	2.1. Was selection of participants into the study (or into the analysis) based on participant characteristics observed after the start of intervention?			PY	
	2.2. If Y/PY to 2.1: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be associated with intervention?			PY	

	2.3.If Y/PY to 2.2: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be influenced by the outcome or a cause of the outcome?	PY	
	2.4 Do start of follow-up and start of intervention coincide for most participants?	PY	
	2.5. If Y/PY to 2.2 and 2.3, or N/PN to 2.4: Were adjustment techniques used that are likely to correct for the presence of selection biases?	PN	
	Risk of bias judgement	serious	
Bias in classification of interventions	3.1 Were intervention groups clearly defined?	Y	
	3.2 Was the information used to define intervention groups recorded at the start of the intervention?	Y	
	3.3 Could classification of intervention status have been affected by knowledge of the outcome or risk of the outcome?	N	
	Risk of bias judgement	low	
Bias due to deviations from intended interventions	4.1 ITT: Were there deviations from the intended intervention beyond what would be expected in usual practice?	-	
	4.2 ITT: If Y/PY to 4.1: Were these deviations from intended intervention unbalanced between groups and likely to have affected the outcome?	-	
	4.3 CA: Were important co-interventions balanced across intervention groups?	Y	
	4.4 CA: Was the intervention implemented successfully for most participants?	PY	
	4.5 CA: Did study participants adhere to the assigned intervention regimen?	PY	
	4.6 CA: If N/PN to 4.3, 4.4 or 4.5: Was an appropriate analysis used to estimate the effect of starting and adhering to the intervention?	-	

	Risk of bias judgement	low	
Bias due to missing data	5.1 Were outcome data available for all, or nearly all, participants?		
	5.2 Were participants excluded due to missing data on intervention status?	N	
	5.3 Were participants excluded due to missing data on other variables needed for the analysis?	PN	
	5.4 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Are the proportion of participants and reasons for missing data similar across interventions?	-	
	5.5 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Is there evidence that results were robust to the presence of missing data?	NI	
	Risk of bias judgement	moderate	
Bias due to measurement of outcome	6.1 Could the outcome measure have been influenced by knowledge of the intervention received?	Y	
	6.2 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	6.3 Were the methods of outcome assessment comparable across intervention groups?	-	Nur eine Gruppe
	6.4 Were any systematic errors in measurement of the outcome related to intervention received?	N	
	Risk of bias judgement	moderate	
Risk of bias in selection of the reported results	7.1. ... multiple outcome measurements within the outcome domain?	N	
Is the reported effect estimate	7.2 ... multiple analyses of the intervention-outcome relationship?	PN	

likely to be selected, on the basis of the results from ...	7.3 ... different subgroups?	PN	
	Risk of bias judgement	low	
Overall bias	Risk of bias judgement	serious	

PICO 3, 4, 5 & 6

Keine Primärevidenz eingeschlossen und/oder keine RoB 2-Bewertung durchgeführt.

Allgemeine Behandlungsprinzipien
PICO 1–6
Keine Primärevidenz eingeschlossen und/oder keine RoB 2-Bewertung durchgeführt.

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AA	Atypische Antipsychotika
ABR	Akute Belastungsreaktion
ACC	Aktive Kontrollbedingung(en)
ACT	Acceptance and Commitment Therapy
ACTST	Active Supportive Therapy
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
AG	Arbeitsgruppe
AMED	Allied and Complementary Medicine Database
AMSTAR	A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews (https://amstar.ca/index.php)
Amyg-EFP-NF	Amygdala Electrical-Finger-Print Neurofeedback
Anm.	Anmerkung
APA	American Psychological Association
ARET	Augmented Reality Exposure Therapy
ASD	Acute Stress Disorder
ATS	Anhaltenden Trauerstörung
AUC	Area Under the Curve (in der ROC-Analyse)
<i>b</i>	Nichtstandardisierter Regressionskoeffizient
B	Nichtstandardisierter Regressionskoeffizient
BA	Verhaltensaktivierung (engl. Behavioral Activation)
BATD	Verhaltensaktivierung für Depression
BATE	Verhaltensaktivierung mit Exposition
BE	Behandlungsende
BEP	Brief Eclectic Psychotherapy
BET	Brief Eclectic Therapy
BF	Biofeedback
BIC	Bayesian Information Criterion
BPS	Borderline Persönlichkeitsstörung
bzgl.	bezüglich

CA	Completer-Analyse
ca.	Circa
CALM	Coordinated Anxiety Learning and Management
CBSRT	Cognitive Behavioral Social Rhythm Therapy
CBT-PTBS	Kognitive Verhaltenstherapie (engl. CBT) für PTBS
CCDANCTR	Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Review Group’s Specialised Register
CCRCT	Cochrane Central Register of Controlled Trials
CD	Compact Disc
CENTRAL	Cochrane Database of Controlled Clinical Trials
CETA	Common Elements Treatment Approach
CFA	Konfirmatorische Faktorenanalyse
CFI	Comparative Fit Index
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Datenbank)
COPE	Concurrent treatment of PTSD and Substance Use Disorders using Prolonged Exposure
COVID	Corona Virus Disease
CPT	Cognitive Processing Therapy
CR	Kognitive Umstrukturierung
CRF1-Rezeptorantagonisten	Antagonisten des Corticotropin-Releasing-Factor-1-Rezeptors
CROP	Kultursensitiv-orientierte peer-Psychotherapie
CT	Kognitive Therapie
CTP	Competence Centre for Transcultural Psychiatry
CCT	Controlled Clinical Trial
<i>d</i>	Cohen’s <i>d</i>
d. h.	Das heißt
DBT	Dialektisch-Behaviorale Therapie (engl. Dialectical Behaviour Therapy)
DBT-PTBS	Dialektisch-Behaviorale Therapie für Posttraumatische Belastungsstörung
DBT-PTSD	Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder
D-CBT	Entwicklungsangepasster CBT
D-CPT	Developmentally Adapted Cognitive Processing Therapy

DES	Dissoziative Symptome
DESTRESS-PC	Delivery of Self Training and Education for Stressful Situations-Primary Care version
DET	Dialogical Exposure Therapy
d_{Exp}	Effektstärke (Cohen's d) für die Prä-Post-Veränderung innerhalb der Experimentalgruppe
d_{Exp1}	Effektstärke der Experimentalgruppe 1
d_{Exp2}	Effektstärke der Experimentalgruppe 2
d_{Exp3}	Effektstärke der Experimentalgruppe 3
$Differenz_{Exp}$	Veränderung in der Experimentalgruppe
$Differenz_{TAU}$	Veränderung in der Treatment-as-usual-Kontrollgruppe
$d_{Kontrolle}$	Effektstärke der Kontrollgruppe
DOI	Digital Object Identifier
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
DSM-5-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision
DSO	Störung der Selbstorganisation (engl. Disturbance in self-organization)
d_{TAU}	Effektstärke (Cohen's d) für die Prä-Post-Veränderung innerhalb der Treatment-as-usual-Kontrollgruppe
EEG	Elektroenzephalografie
EFA	Exploratorische Faktorenanalyse
EFT	Emotional Freedom Technique
EKG	Elektrokardiogramm
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EMDR-G-TEP	Eye Movement Desensitization and Reprocessing Group traumatic episodic Protocol
engl.	Englisch
ES	Effektstärke (engl. Effect Size)
ESRMC	Effektstärke innerhalb der Gruppe (Effect Size Repeated Measures Corrected)
EST	Ego State Therapy
ESTAIR	Enhanced Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation
ET	Expositionstherapie

EW	Expressive Writing
EXPE	Expositionstherapie mit PE kombiniert
FGI	Familiengruppen-Intervention
FORNET	NET for Forensic Offender Rehabilitation
FU	Follow-up
FU1	Erster Follow-up Messzeitpunkt
FU2	Zweiter Follow-up Messzeitpunkt
<i>g</i>	Hedges' <i>g</i> (Effektstärke)
GABA	Gamma-Aminobuttersäure
ggf.	Gegebenenfalls
HDI	Highest Density Interval
HMD	Head-Mounted Display
HMIC	Health Management Information Consortium
HPC	Healthcare Providers
I^2	Maß für Heterogenität
IBI-EW	Internetbasiertes Expressive Writing
I-C/BT	Internet-Based Cognitive and Behavioural Therapy
ICC	Intraklassenkorrelationskoeffizient (engl. Intraclass Correlation Coefficient)
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision
ICD-11	International Classification of Diseases, 11th Revision
ICN	Inconsistency
iCT-PTSD	Internet-delivered Cognitive Therapy for PTSD
ICTRP	World Health Organization's Trials Portal
IE	Imaginal Exposure
i-KVT	Interventionen, die Therapie basierend auf KVT Prinzipien über das Internet mittels eines interaktiven Programms liefert
ImRs	Imagery Rescripting
INCiTE	Interventions for Complex Traumatic Events
INF	Infrequency

inkl.	Inklusive
insb.	Insbesondere
IPT	Interpersonelle Psychotherapie
IPV	Intimate Partner Violence
IQ	Intelligenzquotient
iRest	Integrative Restoration Yoga Nidra Meditation
IRT	Imagery Rehearsal Therapy
IRT (Diagnostik)	Item-Response-Theorie
iStress-PTSD	Internet-Delivered Stress Management Therapy for PTSD
ISTSS	International Society for Traumatic Stress Studies
ITT	Intention-to-Treat
JADAD	Jadad Score (Bewertungsinstrument für die methodische Qualität randomisierter Studien)
<i>k</i>	Anzahl der direkten Vergleiche / Effektgrößen, die in die Metaanalyse eingehen
KG	Kontrollgruppe
KI	Konfidenzintervall
KPTBS	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
KPTB-Symptome	Komplexe Posttraumatische Belastungssymptome
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
KVT-IBIs	Internetbasierten KVT-Interventionen
LOR	Log-odds Ratio
<i>M</i>	Mittelwert (Mean)
MA	Minimale Aufmerksamkeit (engl. Minimal Attention)
MAOI	Monoaminoxidase-Hemmer
max.	Maximal
MBSR	Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion
McNemar's χ^2	McNemar-Test für verbundene Stichproben
MCT	Metakognitive Therapie
<i>MD</i>	Mean Difference (mittlere Differenz)
MDMA	3,4-Methylendioxy-N-methylamphetamin,
<i>M_{Exp}</i>	Mittelwert der Experimentalgruppe (engl. Mean Experimental Group)

mg	Milligram
<i>MID</i>	Minimally Important Difference
Min.	Minuten
Mind.	Mindestens
mind.	Mindestens
MSS	Maternity Support Service
<i>M_{TAU}</i>	Mittelwert in der Treatment-as-Usual-Gruppe (engl. Mean Treatment-As-Usual)
mySELF	My Social life, Expression, Leisure, and Food
N	Anzahl der Teilnehmenden
<i>n</i>	Stichprobengröße (Anzahl der Beobachtungen oder Teilnehmenden in einer Analyse)
NA	Keine Angabe (nicht verfügbar oder nicht zutreffend)
NDRI	Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahmehemmer (engl. Norepinephrine-Dopamine Reuptake Inhibitor)
NET	Narrative Expositionstherapie
<i>n_{Exp1}</i>	Stichprobengröße der Experimentalgruppe 1
<i>n_{Exp2}</i>	Stichprobengröße der Experimentalgruppe 2
<i>n_{Exp3}</i>	Stichprobengröße der Experimentalgruppe 3
<i>Nfs</i>	Fail-safe N
NFT	Neurofeedback integriert mit trauma counseling
NHS	National Health Service
NHS EED	National Health Service Economic Evaluation Database
NI	No Information
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NK1R-A	Neurokinin-1-Rezeptor-Antagonist
<i>n_{Kon}</i>	Stichprobengröße der Kontrollgruppe
<i>NNT</i>	Number Needed to Treat
non-TF-KVT	Nicht-traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie
Non-TF-PI	Nicht-traumafokussierte psychologische Interventionen
NRCT	Non-Randomized Controlled Trial
NRSI	Non-Randomized Studies of Interventions

NT	Narrative Therapie
OEI	Observed and Experiential Integration
OR	Odds Ratio
p	p-Wert
PAI	Personality Assessment Inventory
PCC	Passive Kontrollbedingung(en)
PCT	Gegenwartszentrierte Therapie (engl. Present-centered therapy)
PDT	Psychodynamische Therapie
PE	Prolonged Exposure
PE-PC	Prolonged Exposure for Primary Care
PE-SIT	Prolonged Exposure und Stressimpfungstraining
PICO	Population, Intervention, Comparison, Outcome (Schema zur Formulierung klinischer Fragestellungen)
PIM	Positive Impression Management
Prob.	Wahrscheinlichkeit (engl. Probability)
PsycNet	APA-Plattform für psychologische Fachliteratur
PSYED	Psychoedukation
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTB-Symptome	Posttraumatische Belastungssymptome
Q	Q-Statistik
QATOS	Quality Assessment Tool for Systematic Reviews of Observational Studies
r	Korrelationskoeffizient
RCT	Randomisierte kontrollierte Studie (engl. Randomized Controlled Trial)
RD	Risk Differenz
REM Desensitization	Rapid Eye Movement (Schlafphase) zur Desensibilisierung
RFPP	Reminder-focused Positive Psychiatry
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
RoB	Risk of Bias
RoB 2	Risk of Bias 2 (Tool zur Bewertung des Bias in RCTs)
ROBINS	Risk of Bias in non-randomized Studies of Interventions
ROC	Receiver Operating Characteristic

ROTATE	Resource-Oriented Trauma Therapy Combined with EMDR Resource Installation
RR	Risk Ratio (relative risk, relatives Risiko)
RTM	Reconsolidation of Traumatic Memories
rTMS	Repetitive transkranielle Magnetresonanzstimulation
S.	Seite
s.	siehe
SARI	Serotonin-Antagonisten und Wiederaufnahmehemmer
SC	Supportive Counseling
Sek.	Sekunden
<i>SEM</i>	Standardfehler des Mittelwerts (engl. Standard Error of the Mean)
SGA	Antipsychotika der zweiten Generation
SGS	Substanzgebrauchssymptome
SH+	Self-help plus
SIT	Stressimpfungstraining (engl. stress inoculation therapy)
SITPE	Stress inoculation training with prolonged exposure
SKS	Substanzkonsumstörung
SM	Stressmanagement
<i>SMD</i>	Standardized Mean Difference
SMI	Severe Mental Illness
SMS	Serotonin-Modulator und-Stimulator
SNRI	Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Inhibitoren
SRM	Social Rhythm Metric
<i>SRMSR</i>	Standardized Root Mean Square Residual
SSM	Stabilisierung/ Stressmanagement
SSO	Schwierigkeiten der Selbstorganisation und- regulation
SSRI	Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
ST	Supportive Therapie
STAIR	Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation
STAIR-PE	Skills Training in Affective and interpersonal Regulation followed by Prolonged Exposure
STEPS-UP	Stepped Enhancement of PTSD Services Using Primary Care

SUCRA	Surface Under the Cumulative Ranking Curve
T	Messzeitpunkt (engl. timepoint)
TARGET	Trauma Adaptive Recovery Group Education and Therapy
TAU	Treatment as Usual
TBI	Traumatische Hirnverletzungen
TC	Trauma Counseling
TeCAs	Tetrazyklische Antidepressiva
tf	Traumafokus / traumafokussiert
TF-CBT	Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy
TF-KVT	Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie
TF-MI	Trauma-focused Music and Imagery
TF-PI	Traumafokussierte psychologische Interventionen
<i>TLI</i>	Tucker-Lewis Index
TMP-Gruppen	Trauma Memory Processing
Trial Register U.S. VA	Trial Register – United States Department of Veterans Affairs
TTP	Trauma Treatment Protocol
u. a.	Unter anderem
UK	United Kingdom
v. a.	Vor allem
VA	Veteran Affairs
VA/DoD	U.S. Department of Veterans Health/Department of Defense
VR	Virtual Reality
VRET	Virtual Reality Exposure Therapy
VR-GET	Virtual-Reality-Based Graded Exposure Therapy
vs.	Versus
WET	Written Exposure Therapy
WHO	Weltgesundheitsorganisation (engl. World Health Organisation)
WL	Warteliste
WLC	Wartelistenkontrolle (engl. Waiting-List Control)
<i>WMD</i>	Weighted mean difference

WT	Expositionsbasierte Schreibtherapie (Writting therapy)
Z	Z-Statistik
z. B.	zum Beispiel
α	Cronbachs Alpha
β	Regressionskoeffizient
κ	Cohen's Kappa
τ^2	Interstudienvarianz

S3-Leitlinie

Posttraumatische Belastungsstörung

Anlage 6 | Angaben zu Interessenkonflikten

AWMF-Register Nr. 155/ 001
Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-001>
Version: 2.0

Federführung

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)

Koordination

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Konsortialpartner

Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt (KU)

Ludwig-Maximilian-Universität München (LMU)

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF23008 gefördert.

Tabelle zur Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten

Im Folgenden sind die Interessenerklärungen als tabellarische Zusammenfassung dargestellt sowie die Ergebnisse der Interessenkonfliktbewertung und Maßnahmen, die nach Diskussion der Sachverhalte von der der LL-Gruppe beschlossen und im Rahmen der Konsensuskonferenz umgesetzt wurden.

Leitlinienkoordination: Schäfer, Ingo; Jacobsen, Britta; Lehmann, Kirsten

Leitlinie: Leitlinie PTBS

Registernummer: 155-001

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Dr. Bachem, Rahel	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT), Board member Vivo International Schweiz, Wissenschaftliche Tätigkeit: keine, Klinische Tätigkeit: keine, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Dr. Benecke, Andrea	nein	nein	Deutsche Stiftung Organtrans-plantation; Vorträge bei vielen Akteuren des Gesundheitswesens (DGPPN; DGPM; VPKD; BAfF; Pfllegetag usw.)	Prof. T. Legenbauer, Prof. M. Beutel	nein	nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Landessprecherin RLP) Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (Mitglied) Deutsche Diabetesgesellschaft (Mitglied) Deutsche Adipositasgesellschaft (Mitglied) Vizepräsidentin der LPK RLP Vizepräsidentin (seit 05/23 Präsidentin der BPTK, Wissenschaftliche Tätigkeit: Diabetes und Essstörungen; psychische Erkrankungen bei Diabetes, Klinische Tätigkeit: Behandlung von DiabetespatientInnen, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Leiterin der Ausbildungsambulanz an der Universität Mainz (VT),	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Persönliche Beziehung: nein	
Prof. Dr. Dr. Bergemann, Niels	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) - Leiter des Referats Psychiatrie und Psychotherapie für Einsatzkräfte, Deutsche Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie (DGWMP) - Vorsitzender des Arbeitskreises Psychosoziale Medizin und Netzwerke, Mitglied im Wehrmedizinischen Beirat des Bundesministeriums der Verteidigung für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie, Sprecher des Beirats des Psychotraumazentrums der Bundeswehr am Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Mitgliedschaft in der Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie (AGNP), Mitglied in der Arbeitsgruppe Therapeutisches Drug-Monitoring (TDM), Mitgliedschaft in der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT), Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychopharmakotherapie, Therapeutisches Drug-Monitoring, Klinische Tätigkeit: Affektive Erkrankungen, frauenspezifische psychische Erkrankungen, PTBS, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Symposien auf Tagungen und Kongressen, Mitwirkung, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. med. Bering, Robert	Gerichtsgutachter	Aktion Psychisch Kranker, e.V.	Sigmund Freud Privatuniversität, Wien und verschiedene andere Auftraggeber	Klett Cotta Verlag	Universität Kopenhagen	nein	Mitglied: Deutsche Vereinigung für Rehabilitation DGPPN DeGPT DKPM, Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychotraumatologie Rehabilitation, Klinische Tätigkeit: Psychosomatische Medizin Psychotherapie Psychotraumatologie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Keine Federführung, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
PD Dr. Biedermann, Sarah	nein	nein	Curriculum der Ärztekammer Hamburg zur Weiterbildung Sexualmedizin	nein	Charité Berlin	nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie, Wissenschaftliche Tätigkeit: Forschung zu Folgen von Traumatisierung auf Sexualität bei PTBS und Borderline-Persönlichkeitsstörung Einfluss traumatischer Erfahrungen bei sexuellen Minderheiten, Klinische Tätigkeit: Therapie von Borderline- und komplexer Traumafolgestörungen, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Prof. Dr. med. Bohus, Martin	DFG	Oberberg Kliniken	AWP Freiburg	nein	BMBF; DFG	nein	Mitglied: Deutscher Dachverband DBT European DBT Association World DBT Association, Wissenschaftliche Tätigkeit: Forschung zu BPD und PTSD, Klinische Tätigkeit: Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: AWP Freiburg, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Brünger, Volker	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: nein, Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	
Prof. Dr. Burgmer, Markus	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: nein, Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Dr. phil. Böhm, Karsten	nein	nein	Universitäten, VT-Ausbildungsinstitute, EMDR-Institut	Hogrefe Springer, HD Thieme	nein	nein	Mitglied: EMDRIA Deutschland e.V., Wissenschaftliche Tätigkeit: PTBS, kPTBS, Zwangsstörungen, Publikationen bei Hogrefe (blaue Reihe), Springer (Buch), Springer (Buchkapitel), Thieme (Buchkapitel), Dunod (Buchkapitel französisch), Klinische Tätigkeit: PTBS, kPTBS, Zwangsstörungen, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Senior Trainer EMDR Europe, Dozent am EMDR-Institut im Leitungsgremium PSP Basel im Bereich Supervision und Selbsterfahrung, Universität Basel, Persönliche Beziehung: nein Vorträge/Weiterbildungsangebote an Universitäten, Privatkliniken und Ausbildungsinstituten (auch außeruniversitär). Trainer und Ausbildungsleiter zu PTBS und kPTBS, oft mit einem Schwerpunkt auf EMDR-Therapie	EMDR COI: moderat: Limitierung von Leitungsfunktion; Stimmenthaltung bei psychotherapeutischen Themen mit AUSSCHLIEßLICH EMDR-Bezug
Prof. Dr. Dipl.-Psych. Böttche, Maria	nein	nein	nein	nein	Misereor e.V.	nein	Mitglied: Vorstandsmitglied, Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie, Vorstandsmitglied European Society for Traumatic Stress Studies, Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychotraumatologie (Verhaltenstherapie), Internet-	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							basierte Therapien, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Curriculum "Spezielle Psychotherapie" und "Spezielle Psychotherapie für Kinder und Jugendliche" der DeGPT, Persönliche Beziehung: nein	
Dr. Büttner, Melanie	nein	nein	Fachverbände/ Gemeinnützige Vereine (ÄPK München, BIF Berlin, DeGPT, DGfS, DGPF, DGSMTW, DGT, DGV, HSI Heidelberg, IGST, ISG Freiburg, ISTOB, LPTW, ÖAGG, ÖGV, PIA Linz, Refugio München, THZM München, tima Tübingen, VÖPP, VPA Linz), Ärztekammer Hamburg in Kooperation mit der DGfS, Kirchliche Träger (EFL, Pro familia, Bistum Augsburg), Universitäre Einrichtungen	nein	Mitarbeit in verschiedenen Studien. Kooperationen mit TU München, LMU München, UKE Hamburg, Charité Berlin, MSH Hamburg, Klinik St. Irmingard	nein	Mitglied: Ich wirke mit im Fort- und Weiterbildungsausschuss der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, im Ausschuss für Fort- und Weiterbildung der Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft, in der Sektion Sexualmedizin der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin, in der AG Trauma und Sexualität der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie, in der AG Trauma und Gewalt der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie im Beirat der Zeitschrift für Sexualforschung (Organ der DGfS). Zusätzlich bin ich Mitglied in der International Academy of Sex Research und der Gesellschaft für Sexualpädagogik, Wissenschaftliche Tätigkeit: Sexuelle Gesundheit, Folgen von Gewalt/Trauma, Gewaltprävention, Klinische Tätigkeit: Sexuelle Gesundheit, Folgen von Gewalt/Trauma, Gewaltprävention, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: spt-Institut München. Inhaberin sowie	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			(LMU München, UKE Hamburg, Universität Bielefeld), Kliniken privater Träger (Klinik St. Irmingard, Psychosomatische Klinik Kloster Dießen), Kommerzielle Fortbildungsinstitute (AiT Berlin, Auditorium Netzwerk, Beltz Schematherapie Kongress, fortschritte Hamburg, IDA Berlin, IfES Berlin, isiberlin, KIRINUS München, LifeLessons, OAP Freiburg, Praxis für Sexualität Duisburg, Schloss Hofen, School of Life Berlin, sexologisch Linz, Udana, ZAP Wien, zptn				inhaltliche und organisatorische Leitung, Persönliche Beziehung: keine Herausgeberin von "Sexualität & Trauma" (Schattauer) und "Handbuch Häusliche Gewalt" (Schattauer). Autorin von "Ist das normal? - Sprechen wir über Sex, wie du ihn willst"	

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Niedersachsen)					
Dr. med. Chuey-Ferrer, Laycen	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: Vorstandsmitglied EMDRIA Deutschland e.V., Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: Leitung Abteilung Integrative Sucht- und Traumatherapie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	EMDR COI: gering: Limitierung von Leitungsfunktion bei psychotherapeutischen Themen mit AUSSCHLIEßLICH EMDR-Bezug
Prof. Dr. med. Driessen, Martin	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: nein, Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Dr. Dürich, Christian	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie / Psychodynamische Psychotherapie (DFT) e.V., Wissenschaftliche Tätigkeit: Westfälische Arbeitsgemeinschaft für Psychosomatik, Psychotherapie und Psychoanalyse e. V., Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Dr. Eberhard-Kaechele, Marianne	nein	BTD, Berufsverband der TanztherapeutInnen Deutschlands	Wechselnde Anbieter von Kongressen, z.B. BTD, DKPM, DeGPT und wechselnde Anbieter von Fortbildungen	nein	Im Rahmen meiner Tätigkeit an der DSHS Köln	nein	Mitglied: Berufsverband der TanztherapeutInnen Deutschlands, Mitglied des erweiterten Vorstands und des wissenschaftlichen Beirats, Wissenschaftliche Tätigkeit: Tanztherapie bei Trauma Folgestörungen, Bewegungstherapie in der	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Psychiatrie/Psychosomatik, Klinische Tätigkeit: Trauma Folgestörungen, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Ich bin nur als Gastdozent in Fortbildungen von Drittanbietern tätig., Persönliche Beziehung: nein	
Dr. Eger, Thomas	nein	AKPP in der DGZMK	nein	nein	Universität Münster	nein	Mitglied: nein, Wissenschaftliche Tätigkeit: PTBS, Parodontitis und CMD, Klinische Tätigkeit: PTBS, Parodontitis und CMD, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Prof. Dr. phil. Ehring, Thomas	nein	Oberberg GmBh, Mitglied des Scientific Board	verschiedenen Kliniken, Universitäten und Institutionen der Fort- und Weiterbildung (z.B. Schönklinik; MUNIP; vfkv, Universität Göttingen)	Autor eines Patientenratgebers zur Posttraumatischen Belastungsstörung im Hogrefe-Verlag	nein	nein	Mitglied: Mitglied Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Mitglied Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatology (DeGPT), Wissenschaftliche Tätigkeit: Schwerpunkt meiner Forschung ist die Posttraumatische Belastungsstörung und ihre Behandlung, Klinische Tätigkeit: Schwerpunkt meiner klinischen Tätigkeit ist die Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Koordinator des Fortbildungscurriculums "Spezielle Psychotraumathe- rapie" an der LMU München, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Dr. Eilers, Rebekka	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: nein, Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Prof. Dr.	Fachberatung	nein	Mitarbeiterfort	Fachbuch	nein	nein	Mitglied: Mitglied DeGPT, Leitung	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Elbing, Ulrich	für Wohnheimteam wegen eines Bewohners mit kPTBS, Fachberatung in Einrichtungen der Behindertenhilfe in Deutschland und der Schweiz Bezug zur Leitlinie		bildung Behinderteneinrichtung zu PTBS	mit Kapitel zu Trauma und Behinderung			der AG Trauma und Behinderung, Wissenschaftliche Tätigkeit: Trauma und geistige Beeinträchtigung, siehe Publikationen oben, Klinische Tätigkeit: Niedergelassen in eigener Praxis für Psychotherapie mit Schwerpunkt Trauma-Behandlung, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	
Prof. Dr. med. Fegert, Jörg	UKS Universitätsklinikum des Saarlands/Staatskanzlei	Servier	Umfassende Vortragstätigkeit, insbesondere für zahlreiche Bundes- und Landesministerien, hauptsächlich zum Thema Kinderschutz, Leitung Medizinische Kinderschutzhotline (BMFSFJ)	Siehe Literaturliste	Beteiligung am ADOPT-Projekt, Prof. Döpfner (Köln)	nein	Mitglied: Präsident der Deutschen Traumastiftung, Vorsitzender „Dazugehören e.V.“, Head of the Policy Division of ESCAP, Gewählter Präsident von ESCAP, Vorsitzender Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen beim BMFSFJ und Mitglied, Mitglied Nationaler Rat gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen, Vorstandmitglied der APK e.V., Sprecher des Zentrums für Traumaforschung, Mitglied im Deutschen Komitee für UNICEF, Wissenschaftliche Tätigkeit: Kinderschutz, Förderung von Kindern mit Teilhabebeeinträchtigungen, belastende Kindheitserfahrungen, Klinische Tätigkeit: Allgemeine Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Kinderschutz, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Leitung AZVT (Ausbildungszentrum Verhaltenstherapie) am UKU,	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							jährlich Co-Leitung Facharztrepetitorium der DGKJP und Curriculum Entwicklungspsychopharmakologie der DGKJP, in Verbindung mit Dreiländerinstitut, Persönliche Beziehung: nein	
Prof. Dr. Frodl, Thomas	nein	nein	nein	nein	Janssen-Cilag, Boehringer Ingelheim	nein	Mitglied: Gesellschaft zur Förderung der evidenzbasierten Therapie der Schizophrenie, DGPPN, DGBP, DVÄT, 2. Vorsitzender, Wissenschaftliche Tätigkeit: Depressionsforschung, ADHS-Forschung, Schizophrenieforschung, PTSD Forschung, Borderline-Forschung, Klinische Tätigkeit: Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
PD Dr. med. Frommberger, Ulrich	Gutachter für Gerichte	nein	Kliniken Ärztekammer Kongresse	ohne Bezug zur Industrie o.ä.	nein	nein	Mitglied: DGPPN DeGPT AGNP DGBP, Wissenschaftliche Tätigkeit: Traumafolgestörungen, Klinische Tätigkeit: Allgemeine Psychiatrie, Traumafolgestörungen, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nicht federführend, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Dr. phil. Georg, Anna	nein	nein	nein	nein	ZI Mannheim	nein	Mitglied: Mentalisierungs-basierte Therapie D-A-CH (MBT-DACH), Mitgliedschaft, Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Mitgliedschaft, Society for Psychotherapy Research, Mitgliedschaft, Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychodynamische, Mentalisierungs- und	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							bindungsbasierte Therapiekonzepte, deren Wirksamkeit und Therapieprozesse; Grundlagenorientierte Forschung zu Eltern-Kind-Interaktionen, Transmission von Trauma in Risikofamilien, Klinische Tätigkeit: Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie, Mentalisierungs-basierte Therapie, Säuglings-/Kleinkind-Eltern-Psychotherapie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Curriculum Frühe Kindheit - Säuglings-/Kleinkind-Eltern-Psychotherapie (SKEPT), Persönliche Beziehung: nein	
Prof. Dr. Glaesmer, Heide	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: nein, Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Graf, Ute	nein	nein	Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen	nein	nein	nein	Mitglied: DGVT, Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: Behandlung traumatisierter Patient:innen, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	Psychotherapie (Verhaltenstherapie) COI: gering: Limitierung von Leitungsfunktion zum Thema Psychotherapie (Verhaltenstherapie) bei PTBS
Harfst, Timo	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: nein, Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Heizmann, Sabrina	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e.V. als Mandatsträgerin und weiteren	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Leitlinien, Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: Winkelwaldklinik GmbH, Arbeit als Ergotherapeutin (hauptsächlich im onkologischen Bereich, jedoch auch in der geriatrischen Rehabilitation), Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	
Henrich, Michael	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: DTPPP, since 9/2023 in the board of directors Member of DeGPT and INPS (interdisziplinäres Netzwerk Psychotraumatologie Schweiz) Mitglied EMDR Schweiz, main treatment used in therapy, Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: Practice Psycotraumatology also with refugees, nativ speaking spanish, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Prof. Dr. med. Herrmann, Markus	nein	nein	BDA (Hausärzterverband Berlin)	nein	nein	nein	Mitglied: DEGAM, BDA (Hausärzterverband), DPG (Psychoanalyse), DAP Berlin Staatlich anerkanntes Aus- und Weiterbildungsinstitut für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, Gruppenpsychotherapie, Clinical activity: Kassenärztliche Praxis für Allgemeinmedizin, Psychotherapie, Psychoanalyse, Suchtmedizin, Homöopathie, Participation in education/training: DAP Berlin dapberlin.de https://www.dapberlin.de Staatlich anerkanntes Aus- und Weiterbildungsinstitut für	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, analytischer Psychotherapie, Gruppenpsychotherapie Wissenschaftliche Tätigkeit: , Klinische Tätigkeit: , Beteiligung an Fort-/Ausbildung: , Persönliche Beziehung:	
Dr. med. Hofmann, Arne	Gezeitenhausklinik Wesseling	nein	EMDR Institut Deutschland sowie verschiedene deutsche und internationale Fachgesellschaften aus dem Traumabereich	seit 2022 Dr. Maria Lehnung, EMDR Institut Deutschland	Gezeitenhaus Klinik Schloss Eichholz Wesseling, psychiatrische Abteilung der Universität Ulm	nein	Mitglied: Ich bin einer der Gründer sowie Ehrenmitglied der DeGPT und von EMDRIA Deutschland. Bei EMDRIA Deutschland e.V. bin ich noch heute im Vorstand. Für meine Arbeit beim Aufbau von Versorgungsstrukturen für psychisch traumatisierte Menschen habe ich 2018 das Bundesverdienstkreuz erhalten., Wissenschaftliche Tätigkeit: Ich habe zwei Bücher beschrieben und neben einer Reihe von Buchkapiteln 65 wissenschaftliche Artikel veröffentlicht. Mein h-index ist 19, Klinische Tätigkeit: 1994-1997 habe ich die erste, Schwerpunktstation für traumatisierte Patienten in einer psychiatrischen Klinik in Deutschland gegründet und geleitet (Klinik Hohe Mark Oberursel) 1997-2000 habe ich die Traumaambulanz für Opfer von Akuttrauma an der psychologischen Fakultät der Universität Köln mitbegründet und geleitet. in dieser Zeit habe ich auch das Großschadensereignissen Eschede und die Opfer des Massakers am Gutenberg	EMDR COI: moderat: Limitierung von Leitungsfunktion; Stimmenthaltung bei psychotherapeutischen Themen mit AUSSCHLIEßLICH EMDR-Bezug

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Gymnasium in Erfurt mit betreut. 2000-2022 weichen der Ausbildung von Traumatherapeuten tätig und habe das EMDR Institut Deutschland geleitet. 2016 bis heute habe ich einen Traumaschwerpunktstation in Wesseling mit aufgebaut und bin bis heute Supervisor dort. Seit 2010 hatte ich eine Supervisionsgruppe im Zentrum für Folteropfer in Köln und 2015 haben wir mit EMDRIA Deutschland e.V. in Zusammenarbeit mit den psychosozialen Zentren in NRW im Kontakt mit dem Ministerium für Soziales einige Verbesserungen der Versorgungsstruktur von Flüchtlingen erreichen können, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: EMDR Institut Deutschland 1992 gegründet, 2022 an Nachfolgerin abgegeben. Vielfache Referententätigkeit zum Thema der Behandlung von Traumafolgestörungen mit EMDR bei Fachgesellschaften, Ausbildungsinstituten und in Kliniken, Persönliche Beziehung: nein Ich bin absolut parteilich darin, dass traumazentrierte Psychotherapie noch stärker ein Teil der Versorgung psychisch kranker Menschen auf höchstem wissenschaftlichen Niveau werden muss. Ich glaube dies mit meinen obigen Angaben belegen zu	

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							können.	
Dr. Ilic, Marie	nein	nein	Gesellschaft für unterstützte Kommunikation	nein	nein	nein	Mitglied: nein, Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein EMDR-Weiterbildung in 2023 abgeschlossen	COI: keine, keine
Jacobsen, Britta	Keine	Keine	Keine	Keine	Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Gesundheit, Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), Innovationsfond, Innovationsfond, Innovationsfond	Keine	Member: Keine, Scientific activity: Opioidbezogene Störungen, Alkoholkonsum(-störungen), Epidemiologie verschiedener legaler und illegaler Substanzen, Cannabis, (k)PTBS, Clinical activity: Keine, Participation in education/training: Keine, Personal relationships: Keine	COI: keine: keine
Dr. Joksimovic, Ljiljana	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: Vorstandsvorsitzende des Dachverbandes für transkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in deutschsprachigem Raum (DTPPP e.V.), Wissenschaftliche Tätigkeit: Traumatherapie bei Menschen mit Flucht- und Zuwanderungsgeschichte, Klinische Tätigkeit: Klinische Traumatherapie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Institut für Psychotherapie und Psychosomatik (IPPP e.V), Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Dr.	Gutachterin	nein	Weiterbildung	nein	nein	nein	Mitglied: VAKJP - Berufsverband,	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Kallenbach, Gudrun			für analytische und tiefenpsychologische Psychotherapie				Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: Eigene klinische Arbeit mit Patient*innen dieses Störungsbildes, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	
Prof. Dr. Kessler, Eva-Marie	nein	Mitglied des Fachlichen Beirates der Alzheimer Gesellschaft (seit 2021), Abgeordnete der Bundespsychotherapeutenkammer für die Nationale Demenzstrategie (seit 2021), Mitglied des Beraternetzwerks zur „Unterstützung der gesetzlichen Krankenkassen bei eigenen Evaluationsvorhaben – Pilotphase“ für die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung BZgA, Erstellung einer Broschüre zum Thema Altersbilder in den Medien BMFSFJ	nein	nein	PI/Konsortialpartnerin von „BRIDGE – Behaviorale und körperliche Aktivierung für multimorbide, ältere Patient:innen mit depressiven Symptomen beim stationär-ambulanten Übergang“: laufende Konzeptförderung mit Einladung für Vollartrag durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses G-BA, Projektleiterin/Konsortialführung von „PSY-CARE – Depression bei zuhause lebenden Pflegebedürftigen – Kurzzeitpsychotherapie im Behandlungsteam mit Hausärzten und Pflegenden“ (Laufzeit 2018 bis 2021; gefördert durch den Innovationsfonds beim Gemeinsamen	nein	Mitglied: nein, Wissenschaftliche Tätigkeit: Ageismus/ Altersbilder/ Alterdiskriminierung Psychotherapie im Alter, Klinische Tätigkeit: Psychotherapeutische Tätigkeit mit älteren Menschen in der Hochschulambulanz der Medical School Berlin, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
					Bundesausschuss G-BA), Projektleiterin von „IM/AGE-19 – WIE SCHÜTZEN WIR DIE SCHWACHEN?– Altersbilder in deutschen Medien während der Covid-19-Pandemie“ (Laufzeit 2020 – 2022; gefördert durch die Josef und Luise Kraft Stiftung), Projektleiterin von „Age_ISM – Altersbilder und Diskriminierung“ (Laufzeit 2021 bis 2022; gefördert von der Antidiskriminierungsstelle des Bundes beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend BMFSFJ)			
Prof. Dr. Kiefer, Falk	Regeneron	Invidor	Lundbeck, Otsuka	nein	BMBF Aerial, DFG GRK, BMBF Target-Oxy, DFG SFB TRR265	nein	Mitglied: DG-Sucht, aktuell Präsident, DGPPN, Mitglied, EPA, zuletzt Co-Chair Section of Addictive Behaviours, Deutsche Suchtstiftung, Vorstand, Wissenschaftliche Tätigkeit: Suchttherapie, Klinische Tätigkeit: Suchttherapie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Prof. Dr. Dipl.-Psych. Kleim, Birgit	nein	nein	University of Zurich, other Universities in	nein	Swiss National Science Foundation, UMZH University Medicine	nein	Mitglied: nein, Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Switzerland and Germany				Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	
Prof. Dr. Knaevelsrud, Christine	MindDoc	Oberbergklinik, Servier, Boehringer-Ingelheim	verschiedenen Ausbildungsinsti- tuten (u.a. ZEP, ZPHU, DGVt) und Kliniken	Ca 10 Buchkapitel zum Thema PTSD	Techniker Krankenkasse, BMBF, DAAD, EU, Innovationsfond, DFG, BMG	nein	Mitglied: DGVt DeGPT DGPs, Wissenschaftliche Tätigkeit: u.a. PTSD, Klinische Tätigkeit: u.a. PTSD, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Konrads, Diana	nein	nein	LVR LWL SHG Alexianer	nein	nein	nein	Mitglied: nein, Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Kraugmann, Ilka	Psychotherapeutenkammer NRW: Delegierte der 5. Kammerversammlung in der Fraktion Bündnis KJP (bis Mai 2024)	Fachbeirat CHAT-Projekt: Checken, Abklären und Entscheide, Tun: Jugendliche gegen sexualisierte Gewalt unter Jugendlichen stark machen.Forschungsprojekt in der Förderlinie des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, Fachbeirat der Landesfachstelle für Prävention sexualisierter Gewalt NRW	Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Gleichstellung sbeauftragte der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln	nein	Barbara Kavemann (SOFFI e.V.) und Bianca Nagel (SOCLES); Mitglied der Forschungsgruppe: "Elternschaft nach sexueller Gewalt in Kindheit und Jugend"	nein	Mitglied: s. oben: Delegierter der Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW in der Fraktion Bündnis KJP, Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein Im Grunde nein. Der Transparenz wegen die Angabe folgender Mitgliedschaften: Deutsche Gesellschaft für Trauma und Dissoziation e. V. Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e. V. Kompetenznetz KJP WL	COI: keine: keine
Prof. Dr. med. Kruse, Johannes	Gerichtsgutachten	Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie der BÄK und der BpTK, Arbeitsausschuss "Psychische	Weiterbildungsverbund Psychosomatische Medizin und Psychotherapi	Elsevier, Schattauer, Thieme	BMBF/DZD, BMBF/DLR, Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss,	nein	Mitglied: Vorsitzender und anschl. Past President der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), Sprecher der Ständigen Konferenz	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
		Gesundheit des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V, AG "Ärztliche Psychotherapie" der BÄK	e Hessen in der DGPM und Fortbildungsakademie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der DGPM		GKV-Spitzenverband, BMBF/DLR, Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss, BMBF/DZD		ärztlicher psychotherapeutischer Verbände (StäKo), DeGPT - keine Funktion, DKPM - keine Funktion, Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen, Klinische Studien, Psychotraumatologie, Somatoforme Störungen, Psychodiabetologie, Klinische Tätigkeit: Stationäre psychosomatische Behandlung, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Weiterbildungsverbund Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Hessen in der DGPM und Fortbildungsakademie der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), Persönliche Beziehung: nein	
Krämer, Diana	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: nein, Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Dr. Kupsch, Wolfgang	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: DGPPR - Vorstandsmitglied (Psychosomatische Rehabilitation), DGPT Landesverband BaWü Vorstandsmitglied, Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychosomatische Rehabilitation, Geschichte der Psychotherapie, Klinische Tätigkeit: Stationäre psychosomatische Rehabilitation, Ambulante Psychotherapie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Weissenstein-Klinik St. Blasien	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Weiterbildungsbefugter, Psychoanalytisches Seminar Freiburg Vorsitzender, AWI, Universitätsklinik Freiburg i. Br., Persönliche Beziehung: nein	
Prof. Dr. Köllner, Volker	Kassenärztliche Bundesvereinigung	nein	Dozent im Curriculum Psychokardiologie der DGK und im Curriculum Präventivmedizin der DGPPR	Patientenratgeber "Mein Herz und meine Seele" (Psychokardiologie) bei Trias und Handbuch der Psychosomatischen Medizin in der Rehabilitation bei Elsevier, 2020. Ansonsten nur unbezahlte wissenschaftliche Publikationen. Mitherausgeber der Zeitschriften Psychotherapie im Dialog (Thieme) und Ärztliche Psychotherapie (Klett-Cotta)	Studie zu Psychosom. Frühintervention am Arbeitsplatz (FRIAA, Multicenterstudie), gefördert von BMBF, PoCoRe Multicenterstudie zur Rehabilitation beim Post Covid Syndrom, Förderung durch DRV Bund	nein	Mitglied: Vorsitzender der dt. Gesellschaft für Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR), Vorstandsmitglied der DGPM, Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychokardiologie, seit 9/2021 auch Post Covid Rehabilitation, Klinische Tätigkeit: Psychokardiologie, Psychotraumatologie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Lachnit, Andreas	nein	nein	Sächsischer Weiterbildungskreis Psychotherapie Chemnitz e.V.	DGPPS e.V.	nein	nein	Mitglied: DGPPS e.V., DGKiM e.V., DGKJ e.V., GNP e.V., Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: Leitung Abt. Pädiatrische Psychosomatik, Leitung Kinderschutzgruppe, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Prof. Dr. Lampe, Astrid	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: DeGPT Vorstand, Wissenschaftliche Tätigkeit: Forschung zu CpTSD /PTSD im stationären Setting, Klinische Tätigkeit: Leitung Rehaklinik Österreich mit Traumaschwerpunkt, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Prof. Dr. phil. Landolt, Markus	nein	Marie Meterhofer Institut für das Kind, Zürich	Universität Zürich, postgradualer Studiengang in Kinderpsychotraumatologie (CAS)	Hogrefe-Verlag, Springer Verlag	Universität Zürich, UFSP ITINERARE	nein	Mitglied: Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen, Schweizerische Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychologie, European Society for Traumatic Stress Studies ESTSS, Schweizerische Gesellschaft für Psychologie, Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie DeGPT, American Psychological Association, Society for Pediatric Psychology, Swiss School of Public Health, Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychotraumatologie, patient-reported Outcomes, Klinische Tätigkeit: Psychotraumatologie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Direktor des CAS in Kinderpsychotraumatologie an der Universität Zürich,	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Persönliche Beziehung: nein	
Lehmann, Kirsten	Gutachterin wissenschaftlicher Artikel (Paper) in Fachzeitschriften (Suchttherapie)	nein	Vorträge auf Tagungen, Konferenzen	nein	nein	nein	Mitglied: Mitglied im Förderverein für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (FISD e.V.), Mitglied im (y)CHCR & PH (Center for Health Care Research and Public Health), Vorstandsmitglied im Norddeutschen Suchtforschungsverbund e. V. (seit Mai 2025), Wissenschaftliche Tätigkeit: Sozialwissenschaftliche Suchtforschung ((Medizinisches) Cannabis, Opiode, Opioid-Agonisten-Therapie, PTBS), Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Dr. Leidl, Barbara	nein	nein	Immedica Pharma Germany GmbH, Vitaflo Deutschland GmbH	nein	nein	nein	Mitglied: Mitgliedschaften: DGKJ, Mitgliedschaft Bündnis Kinder- und Jugendreha, Mitgliedschaft DGSPJ, Mitgliedschaft DGPPS, Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Leithner, Cosima	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: nein, Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Prof. Dr. Lindner, Reinhard	nein	nein	nein	nein	LVR-Klinik Köln, Uni Halle Projekt: Suizidprävention Deutschland. Aktueller Stand und Perspektiven, -Klinik Köln, Uni Halle/Wien Projekt: Förderung	nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention, Deutsche Akademie für Suizidprävention stv. Vorsitzender, DGPT, DGG, DGPPN, APH, IASP, Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland, Wissenschaftliche Tätigkeit: Projekte s.o., seit 2020	Psychoanalyse COI: gering: Limitierung von Leitungsfunktion zum Thema Psychoanalyse bei der psychotherapeutischen Behandlung der PTBS

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
					von suizidpräventiven Kenntnissen in Institutionen und Gesellschaft – SuiKom, Museum für Sepulkralkultur Projekt: Beratungseinheit anlässlich der Ausstellung "Suizid. Let's talk about it", UKE, Kinder- und Jugendpsychiatrie, UKE, Institut f. Psychotherapie, Uni Potsdam		16 Originalarbeiten zum Thema Suizid, 10 Buchbeiträge zum Thema Suizid, diverse Vorträge auch, Klinische Tätigkeit: Psychodynamische Psychotherapie in freier Praxis, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: APH Hamburg, AEMI Hamburg, Institut für Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Nordwestdeutsche Gesellschaft für ärztliche Fortbildung, Persönliche Beziehung: nein	
Linne-Rotermund, Thorsten	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: Einfaches Mitglied im DFKGT (Deutscher Fachverband für Kunst- und Gestaltungstherapie), Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: Kunsttherapie im Rahmen von Rehabilitation für Erwachsene, Abteilung für Psychotherapeutische Medizin mit Psychotraumatologie, Patientenschulungen zu PTBS (Psychoedukation), Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Prof. Dr. Lotzin, Annett	nein	Decisive Consulting	Centre for Psychotraumatology (ZEP), Treatment Initiative for Victim Protection (BIOS-BW) e.V.	nein	BMBF, DAAD, Daimler und Benz, German Research Foundation	nein	Mitglied: Member of the Board of the German-speaking Society for Psychotraumatology e.V. (DeGPT), Member of the "Future International Leadership Group" of the European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS), Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: nein,	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	
Prof. Dr. Lueger-Schuster, Brigitte	Beirat zur Förderlinie "Forschung zu sexualisierter Gewalt gegen Kinder und Jugendliche im pädagogischen Kontext, BM für Wissenschaft, Deutschland	Sozialwissenschaftlicher Beirat des Österreichischen Bundesheers	nein	nein	Univ. Hamburg, Ingo Schäfer, Uni Klinik Ulm	nein	Mitglied: DeGPT, ESTSS, Wissenschaftliche Tätigkeit: Validierung der ICD-11 Kriterien für PTBS und KPTBS für Erwachsene und Kinder, Klinische Tätigkeit: Leitung eines Mentor*innenprogramms für ukrainische Studierende der Universität Wien, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Dr. Lütje, Wolf	Rechtsanwältin/ Richter	nein	Deutscher Hebammenverband, Bildungsinstitut Fachbereiche Gesundheitswesen, Akademie Ottenstein, Fortbildungszentrum Bensberg, EUG Hamm (Elternschule und Gesundheitszentrum)	Thieme, Frauenarzt, Gyne, Presse, Kösel. Mabuse	nein	nein	Mitglied: Präsident DGPF, Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Vorbereitung Jahrestagungen der DGPF, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Prof. Dr. Dr. Maercker, Andreas	nein	Psychotraumazentrum der Bundeswehr, Zentrum Überleben	diverse Kongresse von Fachgesellschaften, Weiterbildungen in einigen öffentl. und Privat-Kliniken	Springer-Verlag	nein	nein	Mitglied: nein, Wissenschaftliche Tätigkeit: diverse internationale Forschung und Publikationen zu PTSD, komplexen PTSD, anhaltende Trauerstörung, Klinische Tätigkeit: Therapien der PTSD, komplexen PTSD, anhaltende Trauerstörung	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							(Teilzeit: < 10% Wochenarbeitszeit), Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	
Dr. Mayer, Birgit	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: Mitgliedschaft in der DeGPT. Kein Vorstandsmitglied, aber Co-Leitung einer interdisziplinären Arbeitsgruppe der DeGPT, die erste Behandlungsempfehlungen für die Arbeit mit traumatisierten Menschen mit kogn. Beeinträchtigung erarbeitet, Wissenschaftliche Tätigkeit: Forschungsprojekt zur Anwendung der NET bei Menschen mit kogn. oder psychischer Beeinträchtigung - Praxisprojekt. Keine Finanzierung oder Sponsoring erhalten. > Thema der Promotion Okt.2020, Klinische Tätigkeit: Trauma, Traumapädagogik und -therapie bei Menschen mit kogn. (und/oder psych.)Beeinträchtigung Diverse Publikationen, jedoch ohne Honorar, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Prof. Dr. Messer, Thomas	nein	ROVI, Janssen-Cilag	ROVI, Janssen-Cilag Otsuka/Lundbeck	nein	ROVI, Janssen-Cilag	nein	Mitglied: DGPPN, AMÜP-AGATE, AGNP, DÄVT, Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychopharmakologische Polypharmazie, Notfall-Psychiatrie, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. Dipl.-Psych. Michael, Tanja	nein	Psychotraumazentrum der Bundeswehr	nein	nein	nein	nein	Mitglied: Mitglied der Association for Psychological Science, Mitglied der European Association for Traumatic Stress Studies, Wissenschaftliche Tätigkeit: regelmäßige wissenschaftliche Publikationen in Fachjournals. Einige dieser beschäftigen sich inhaltlich mit den Folgen von Traumatisierung. Die Schwerpunkte meiner Arbeit sind psychische Folgen von Traumata und anderen aversiven Ereignissen: ich erforsche sowohl die Prozesse, die zu Psychopathologie beitragen als auch die, die zu Gesundheit / Resilienz beitragen, Klinische Tätigkeit: Supervision der Behandlung von traumatisierten Patienten in der universitären Lehr- und Forschungsambulanz, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Wissenschaftliche Leitung und Gesellschafterin des WIPS (Weiterbildungsinstitut für Psychotherapie an der Universität des Saarlandes), Persönliche Beziehung: nein Ich habe ein Sachbuch "55 Fragen an die Seele. Wie sie tickt und was ihr Halt gibt" zusammen mit der Wissenschaftsjournalistin Corinna Hartmann geschrieben, welches im Juni 2023 bei dtv erschienen ist. In dem Buch gibt es auch einige Kapitel zum Umgang mit Traumatisierung.	COI: keine: keine
Müller,	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: nein, Wissenschaftliche	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Hannah							Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	
Prof. Dr. Dipl.-Psych. Neuner, Frank	nein	nein	Diverse Universitäten und Kliniken	Manual der Narrativen Expositionstherapie	BMBF	BIPP GmbH	Mitglied: Vivo e. V., Wissenschaftliche Tätigkeit: Zahlreiche Publikationen zur Ätiologie und Therapie von Traumafolgestörungen, Klinische Tätigkeit: Supervision und Durchführung von Traumatherapien, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Beteiligung und Leitung mehrerer Ausbildungen in Traumatherapie, mit Schwerpunkt auf Narrative Expositionstherapie, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Dr. Niemeyer, Helen	nein	nein	DGPPN ZPHU ZEP ZPP DGVt BAP	nein	Leichsenring/Enhance; Knaevelsrud/Weisser Ring und andere PANNE Projekt, BUA	nein	Mitglied: DGPs SIPS Psychotherapeutenkammer, Wissenschaftliche Tätigkeit: Forschungsschwerpunkte: Digitale Interventionen (insbesondere bei Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) und Depression) Psychotherapieforschung (insbesondere zu PTBS und komplexer Traumatisierung) Soziale Faktoren und psychische Gesundheit Embodiment und Körpertherapie (bei PTBS und Depression) Open Science und Meta-Research Publikationsbias Interdisziplinäre Forschung (Soziologie und Psychologie) Systematische Reviews, Meta-Analysen, Forschungsqualität, Klinische Tätigkeit: nur im Rahmen der wissenschaftlichen	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Studien, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	
Dr. Nohr, Laura	nein	nein	Bischof-Hermann-Stiftung Münster	nein	Bundesministerium für Bildung & Forschung (BMBF), TK Techniker Krankenkasse, Internationalisierung sbooster der FU Berlin, Anreizmittel des Fachbereichs Erziehungswissenschaft und Psychologie der FU Berlin, Elfriede-Dietrich-Stiftung	nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs) - Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie - IG Transkulturelle Klinische Psychologie und Psychotherapie 2017 - 08/2021 aktives Mitglied 08/2021 bis aktuell Sprecherin/Koordinatorin, Wissenschaftliche Tätigkeit: Barrieren in der Gesundheitsversorgung Transkulturelle Aspekte Psychotherapie mit Geflüchteten Diskriminierung PTBS/ Trauer Validierung von Messinstrumenten, Klinische Tätigkeit: Akutpsychiatrie Sucht + Komorbiditäten (besonders Psychose, Trauma, Persönlichkeitsstörungen), Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Orwat-Fischer, Antje	Bundespsychotherapeutenkammer, IMPP, Psychotherapeutenkammer Hessen (LPPKJP)	wissenschaftlicher Beirat der Zeitschrift PdP Psychodynamische Psychotherapie	nein	nein	nein	nein	Mitglied: Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/Psychodynamische Psychotherapie e. V. (DFT), Vizepräsidentin im Ehrenamt, Berufsverband deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP/vpp) KEINE FUNKTION; NUR MITGLIED, Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) KEINE FUNKTION; NUR MITGLIED, Deutsche Psychotherapeutenvereinigung	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							(DPtV) KEINE FUNKTION; NUR MITGLIED, European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS) KEINE FUNKTION; NUR MITGLIED, Combat Veterans e. V. KEINE FUNKTION; NUR MITGLIED, Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	
Prof. Dr. Plener, Paul	Boehringer-Ingelheim	nein	2020 17.-18.01.: Universität Innsbruck: 27.01. Steiermärkische Krankenanstalten GmbH: 25.04.: Psychotherapeutenkammer Hessen: 14.10. Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie (ÖGPB): 15.10. kokon Bad Erlach: 24.10.Consilium live/ Infectopharm: 13.11.: Wiener Ärztekammer. 18.-19.11.: 11.03-	nein	Psychosozialer Dienst der Stadt Wien, FWF: TORN: study on online triggers for self-injury	nein	Mitglied: Executive board of the Austrian Association for Child and Adolescent Psychiatry (ÖGKJP), Executive board of the German-speaking Society for Psychotraumatology (DeGPT), Wissenschaftliche Tätigkeit: Suicidality, Nonsuicidal Self-Injury, Trauma, Klinische Tätigkeit: Leading a child and adolescent psychiatric department, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			12.03.2019: Internationaler Bund Berlin: 21.-22.11. Centrum Integrative Psychotherapie: 04.-05.12: Ausbildungszentrum Verhaltenstherapie, Universität Ulm, 09.12: vamos – Verein zur Integration : 17.12. Deutscher Ethikrat: 2021 03.03. Jugendregionale Form Carnuntum: 23.03.: Verein I.S.I. – Initiativen für soziale Integration: 16.03.: Pädagogische Hochschule Oberösterreich : 14.04.: Öster. Gesellschaft für Allgemeinmedizin: 19.05.: Gerot Lannach Pharma GmbH:					

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			01.09.: glnko Stiftung für Prävention: 02.09.: pro mente Oberösterreich : 08.-09.09. Internationaler Bund: 23.09.: bemotiv GmbH: 24.09.: Psychosozialer Dienst BGLD GmbH: 24.09.: Kongress für Schulgesundh eit: 05.10.: Dachverband berufliche Integration Austria : 21.10: Steiermärkisch e Krankenanstalt en GmbH 29.10. Consilium live/ Infectopharm: 09.11.: GO-ON Suizidpräventi on Steiermark : 10.11.: GO- ON Suizidpräventi on Steiermark : 11.11.: GlaxoSmithKli ne Pharma					

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			GmbH: 17.12.: pro mente Kärnten GmbH 2022: 22.02. Stiftsgymnasiu m Melk: 23.02. Volkswirtschaf tliche Gesellschaft Kärnten: 11.04. Vortrag Medis: 07.05. Universität für Musik und Darstellende Kunst: 08.05. AWP Berlin: 11.05. Jobmesse Hollabrunn: 11.05. AKIP Köln: 01.06. NOÖ Landeskliniku m Mauer: 01.06. Meducately: 11.06. Wiener Ärztchammer: 18.06. Engadiner Sommerakade mie: 18.07.Österr. Gesellschaft für Allgemeinmedi zin: 08.09. DFG Klausurwoche. 30.08.					

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Consilium GmbH: 29.09. Internationaler Bund: 02.10. CIP München: 05.10. Bildungsdirektion Wien: 05.10. pro mente Kärnten: 10.10. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie: 10.10. Kinder- und Jugendnetzwerk NÖ: 20.10. Gutachter f. Landeskrankenanstalten Betriebsgesellschaft: 20.10. Vortrag Vitos GmbH: 9.11. Elterbildung Tirol: 17.11. Meducately: 12.12. Consilumi GbmH: 25.11. Wiener Ärztekammer: 01.12. Infectopharm Überarbeitung Infomaterialien: 2023: 18.01.					

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Bundesapothekerkammer. 20.0. AZVT Ulm 11.03. Ergotherapie Austria: 12.05. Pädiatrischer Frühlingskurs: 14.03. FH Campus Wien: 13.04. Diakonie: 19.04. Consilium 29.04. Traumzentrum „Boje“: 12.05. Angeline Pharma: 14.05. Pro Mente OÖ: 25.05 vamos Verein zur Integration: 25.09. Internationaler Bund: 02.10. Consilium 03.10. Dachverband der Sozialversicherungsträger: 04.10. Amt der NÖ Landesregierung: 05.10. Medice Expertenforum : 19.10. Dachverband					

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			der Sozialversicherungsträger: 23.10. Österr. Gesellschaft für VT: 20.11. Landeshauptstadt München					
Rau, Heinrich	Begutachtung im Rahmen von gerichtlichen Aufträgen oder als Sachverständiger für Versicherungen	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: nein, Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: Psychotraumatologie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Dr. med. Reddemann, Olaf	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, Mitglied Sektion Leitlinien und Qualität, Sprecher bzw. Co-Sprecher der AG Psychosomatik, Deutscher Hausärzterverband, DGPM, Balintgesellschaft, DZvhA jeweils ohne besondere Funktion, Carus-Stiftung, Stiftungsbeirat, Wissenschaftliche Tätigkeit: Rauchstoppberatung in der Hausarztpraxis, Psychotraumatologie und hausärztliche Versorgung, somatisches Kranksein von Menschen mit schweren psychischen Störungen, Klinische Tätigkeit: hausärztliche Versorgung, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Kurse der psychosomatischen	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Grundversorgung für das IhF (Institut für hausärztliche Fortbildung) und die Ärztliche Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung Nordrhein, Persönliche Beziehung: nein	
Prof. Dr. Reuner, Gitta	Unfallkassen	Das frühgeborene Kind e.V.	nein	Hogrefe Verlag, Springer / Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Pearson Deutschland GmbH	nein	nein	Mitglied: DGSPJ e.V. Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, Mitglied, BDP Bund Deutscher Psychologinnen und Psychologen, Mitglied, GNP e.V. Gesellschaft für Neuropsychologie, Kassenprüferin, DeGPT e.V. Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie, Mitglied, Wiss. Beirat Bundesverband das frühgeborene Kind e.v., Mitglied, Famoses e.V. (Förderverein Schulungsprogramm Epilepsie), Mitglied, Neuro Kinderhilfe e.V., Mitglied, Wissenschaftliche Tätigkeit: Fachbuch Neuropsychologie bei Kindern und Jugendlichen (zus. mit K. Lidzba, R. Everts), Fachbuch zu neuropsychologischen Aspekten der Entwicklung von Kindern/Jugendlichen mit hirnorganischen Störungen, Fachartikel (Koautorin) zu Entwicklung nach Epilepsiechirurgie, Klinische Tätigkeit: Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit (schweren) (chronischen) somatischen Erkrankungen, Klinische Neuropsychologie bei Kindern mit ZNS-Schädigungen, Psychotraumatheapie bei Kindern und Jugendlichen mit	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							schweren somatischen Erkrankungen, Fluchterfahrungen, Unfällen, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Curriculum Kinderneuropsychologie in Zusammenarbeit mit der Südwest Akademie für Neuropsychologie, Heidelberg, Konzeption und Realisation, Persönliche Beziehung: nein	
Rixe, Jacqueline	nein	Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie	Fachhochschule der Diakonie, von 10/2015-09/2021 befristete Arbeitsverträge für unterschiedliche Funktionen, seit 10/2021 Lehrbeauftragte	nein	Land NRW, Bezirksregierung Detmold	nein	Mitglied: Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP), Wissenschaftliche Tätigkeit: Behandlungsvereinbarungen in der Akutpsychiatrie; Zusammenhänge zwischen Psychosozialen Funktionsniveau und Psychopathologischer Symptomatik, Kindheitstraumata als Mediator, Klinische Tätigkeit: Forschung und Lehre, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: verantwortlich für das Schulungsprogramm für neue Pflegemitarbeiter*innen in der Psychiatrie (EvKB), als Leiterin des Referats Evidenzbasierte Pflegepraxis federführend verantwortlich erst seit 02/2021, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Prof. Dr. phil. Rosner, Rita	Diverse wissenschaftliche Zeitschriften	Beirat der klinischen Studien CBITS - Universität Ulm	Healthy Projects, Oberbergklinik, DGPPN, ZAP Wien, Malteser Eichstätt, LMU München, PTK Bayern,	Hogrefe, Elsevier, Kohlhammer	BaySTMAS, DFG, BMBF, DFG, Innovationsfonds	nein	Mitglied: Psychotherapeutenkammer Bayern Delegierte, Mitglied Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie Mitglied, Deutsche Gesellschaft für Psychologie Mitglied, Hochschullehrerverband Mitglied, European Society for Traumatic	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			weitere Vorträge bei Universitäten und Kliniken				Stress Symptoms Mitglied, Wissenschaftliche Tätigkeit: Behandlung der Anhaltenden Trauerstörung (ATS) Diagnose ATS, Prävalenz, Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit PTBS, Klinische Tätigkeit: Behandlung ATS, Behandlung PTBS bei Kindern und Jugendlichen, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	
Prof. Dr. med. Röpke, Stefan	nein	BI International GmbH HPZ: 4547-02-03 Binger Straße 173 55216 Ingelheim am Rhein DE811138149	IVB Berlin, Hohenzollerndamm 125/6, 14199 Berlin, AWP Berlin, Tempelhofer Damm 227	nein	Bionorica SE, Kerschensteinerstr. 11 -15 · 92318 Neumarkt, BMBF, DFG, Innovationsfond, BMBF, DFG	nein	Mitglied: DeGPT DGBP (Vorschlagende Organisation) DGPPN, Wissenschaftliche Tätigkeit: PTBS, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Trauma, Depression, Genetik, Klinische Tätigkeit: Behandlung von Patienten mit PTBS, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Curriculum spezielle Psychotraumatheapie für Erwachsenen an der awp Berlin, Tempelhofer Damm 227, Persönliche Beziehung: nein Short Title Medical condition Ph Participation duration Eudra-CT number Sponsor Role Biogen ENVISION MCI AD and mild AD III 2022-2023 IND-Number 106230 Biogen Deputy Alektor AL002 MCI AD and mild AD II 2021-2023 2019-001476-11 Alektor Deputy Roche PostGraduate WN42171 MCI AD and mild AD III 2021-2023 2020-000766-42 Roche Deputy Roche Graduation WN29722 Gantenerumab MCI AD and mild AD II 2020-2023 2020-001384-87 Roche Deputy Biogen	COI: moderat: In Abstimmung mit Frau Schwier (AWMF): AG-Leitung kann aufrecht erhalten bleiben. Stimmenthaltung bei PTBS-Themen und jeglichen Empfehlungen zur Pharmakotherapie (Doppelabstimmungen: Enthaltung bei nicht 100 %-iger Zustimmung einer Empfehlung)

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							EMBARK MCI AD and mild AD III b 2020-2023 2019-004368-22 Biogen Deputy Roche WN29922 MCI AD and mild AD III 2020-2022 2017-001364-38 Roche Deputy Biogen Tango MCI AD and mild AD II 2020-2022 2017-002901-37 Biogen Deputy Eisai BAN2401 MCI AD and mild AD III 2020-2023 2018-004739-58 Eisai Deputy CBT late Depression 2018-2022 n.a. University Hospital Tuebingen Deputy Genentech Tauriel MTAU9937A MCI AD and mild AD II 2018-2020 2017-001800-31 Genentech Deputy Saphir PQ912 MCI AD and mild AD II 2015-2016 2014-001967-11 Probiobdrug Deputy Lilly Amaranth MCI AD and mild AD II-III 2015-2018 2014-002601-38 Lilly Deputy CL2-38093-011 Mild to moderate AD II 2011-2013 2008-007670-37 Servier Deputy AFFiRiS006A Mild to moderate AD II 2010-2014 2009-016504-22 Affiris Independent Physican Open Label Study of MDMA-assisted Psychotherapy for Treatment of PTSD With Optional fMRI Sub-Study PTSD II 2020-2023 NCT04030169 MAPS Deputy	
Prof. Dr. Sachser, Cedric	nein	nein	Universitäre Ausbildungsinsti- tuten // Für Studientherapi- en	nein	BMBF, DFG, Porticus	nein	Mitglied: DeGPT, Wissenschaftliche Tätigkeit: Vielzahl an Publikationen zur Nosologie, Diagnostik und Behandlung der PTBS im Kindes- und Jugendalter, Klinische Tätigkeit: Diagnostik und Behandlung von Kindern und	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Jugendlichen mit Traumafolgestörungen., Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein TF-KVT Trainer	
Prof. Dr. Sappok, Tanja	nein	Autismus Deutschland	Ärztekammer Westfalen Lippe	Div. Autorenhonore, insbesondere Hogrefe, Kohlhammer, aber auch Springer, Elsevier, Klett-Cotta	Stiftung Freie Wohlfahrtspflege, Freiraum; Innovative Lehre	nein	Mitglied: DGSG, DGPPN, EAMHID, WTAS, Wissenschaftliche Tätigkeit: Autismus, Emotionale Entwicklung, Demenz, FASD, Intelligenzminderung, Verhaltensstörungen, psychische Gesundheit, Klinische Tätigkeit: Menschen mit Behinderungen, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Ärztekammer Westfalen-Lippe: Curriculum Medizin für Menschen mit Behinderungen, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Prof. Dr. Schalinski, Inga	nein	Mitglied im Beirat des Psychotraumatologie zentrums der Bundeswehr	NET- The Institute	nein	nein	nein	Mitglied: vivo international DeGPT Mitglied in der Landespsychotherapeutenkammer Berlin & Bayern, Wissenschaftliche Tätigkeit: Zusammenhänge zwischen vergangener Erfahrungen (Belastenden Kindheitserfahrungen und traumatischen Erfahrungen über die Lebensspanne) und Behandlung der PTBS mit Narrativer Expositionstherapie, Klinische Tätigkeit: Behandlung der PTBS bei psychiatrischer Komorbidität, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: 1 Schulung am AWP Berlin für die Narrative Expositionstherapie in Vertretung, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Dr. med. Schellong, Julia	Boehringer-Ingelheim, Sozialgerichte und Berufsgenossenschaften	nein	SLAEK	nein	DFG, EFRE, Horizon 2020, Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt bzw. Landesdirektion Freistaat Sachsen, Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt bzw. Landesdirektion Freistaat Sachsen	nein	Mitglied: DGPPN DeGPT EMDRIA DGPT DGPM DKPM ISTSS, Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychotraumatologie, Psychosomatik, Versorgungsforschung, Telemedizin, Klinische Tätigkeit: Psychotraumatologie, Psychosomatik, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Dr. Scheuer, Sandra	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: Mitglied der Psychotherapeutenkammer Bayern; Pflichtmitgliedschaft, keine Funktion im Berufsverband, Wissenschaftliche Tätigkeit: Keine in den 3 Kalenderjahren davor, Klinische Tätigkeit: Psychotherapeutische Tätigkeit, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Dr. Schmidt, Ulrike	Boehringer Ingelheim	nein	Simon und Kucher, Jansen Pharmaceutica	nein	nein	nein	Mitglied: Geschäftsführerin der Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie (AGNP eV) (Ehrenamt), Wissenschaftliche Tätigkeit: Traumafolgestörungen, neurobiologische Grundlagen und drug targets sowie Biomarker, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: moderat: In Abstimmung mit Frau Schwier (AWMF): AG-Co-Leitung kann aufrecht erhalten bleiben. Stimmenthaltung bei PTBS-Themen und jeglichen Empfehlungen zur Pharmakotherapie (Doppelabstimmungen: Enthaltung bei nicht 100 %-iger Zustimmung einer Empfehlung)
Schreiner,	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: DVE Deutscher Verband	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Anke							Ergotherapie, Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	
Schreyer, Bianca	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: nein, Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Dr. Schroth, Sarah	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: Mitglied der DGPPR und DGPM, erweitertes Vorstandsmitglied der DGPPR, Wissenschaftliche Tätigkeit: Publikationen zu Akzeptanz- und Commitementherapie, PTBS und Anpassungsstörung, Klinische Tätigkeit: Verhaltenstherapie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Prof. Dr. med. Schäfer, Ingo	nein	nein	DGPPN, DeGPT, Kliniken	Hogrefe-Verlag, Klett-Cotta Verlag	BMAS, Ev. Kirche Deutschland, Blüchert-Stiftung, BMBF, BMG, Integrationsbeauftragte Bund, EU	nein	Mitglied: DG-Sucht, DeGPT, NSF, DGPPN, Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychotraumatologie, Suchtforschung, Klinische Tätigkeit: Psychotraumatologie, Suchtmedizin, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Gesellschafter/Geschäftsführer Zentrum für Psychotraumatologie Hamburg, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Dr. Schäflein, Eva	sehr selten Gerichtsgutachten/BG Gutachten im Rahmen der klinischen Tätigkeit	nein	Kongresse, Studierendunterricht	s. Publikationen	diverse Studien, s. z. B. Publikationen	nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie DeGPT ESTSS EMDRIA DGPM, Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychotraumatologie, Klinische Tätigkeit: Posttraumatische Belastungsstörungen, dissoziative	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Störungen, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: ab und zu Fortbildungen Psychotraumatologie, zB Workshop EMDRIA Tag; aber aktuell keine Tätigkeit an einem Ausbildungsinstitut oder dergleichen, Persönliche Beziehung: nein	
Semmlinger, Verena	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: nein, Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Prof. Dr. Spitzer, Carsten	nein	nein	Institut für Psychotherapie (IfP) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Institut für Psychotherapie und Psychoanalyse Mecklenburg-Vorpommern (IPPMV), Lehrinstitut Lübeck-ZAP Nord GmbH Zentrum Ausbildung Psychotherapie (ZAP-Nord)	nein	Projektleiter im Forschungsverbund "Gesundheitliche Langzeitfolgen von SED-Unrecht", Bundesstiftung zur Aufarbeitung der SED-Diktatur	nein	Mitglied: Arbeitskreis Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD), Mitglied (Schatzmeister) im Präsidium des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM); Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin(DGPM), Mitgliedschaften in der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT), in der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP), in der Arbeitsgemeinschaft Psychodynamischer Professorinnen und Professoren (APPP), im Wissenschaftlichen Beirat der Deutschen Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT) e.V., im Vorstand (Schatzmeister) der Norddeutschen	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Arbeitsgemeinschaft für Psychotherapie und Psychosomatik e.V. (NAGPP e. V.), in der Ethikkommission der Universitätsmedizin Rostock und in der Unabhängigen Aufarbeitungskommission von sexuellem Missbrauch in der Metropole Hamburg (auf Vorschlag der Landesregierung Mecklenburg-Vorpommerns), Wissenschaftliche Tätigkeit: Dissoziation und Psychotraumatologie (Diagnostik und klinische Bedeutung; neurobiologische Korrelate) Psychotherapie (Ergebnis- und Versorgungsforschung; interpersonale Modelle; Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik [OPD]) Diagnostik und Klassifikation Persönlichkeitsstörungen (Struktur und Organisation; entwicklungspsychologische Aspekte) Traumatischer Stress und körperliche Erkrankungen (epidemiologischer Ansatz), Klinische Tätigkeit: Dissoziation und Psychotraumatologie (Diagnostik und klinische Bedeutung; neurobiologische Korrelate) Psychotherapie (Ergebnis- und Versorgungsforschung; interpersonale Modelle; Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik [OPD]) Diagnostik und Klassifikation	

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Persönlichkeitsstörungen (Struktur und Organisation; entwicklungspsychologische Aspekte) Traumatischer Stress und körperliche Erkrankungen (epidemiologischer Ansatz), Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	
Dr. Dipl.-Psych. Stammel, Nadine	nein	nein	Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftliche Psychotherapie	nein	Misereor	nein	Mitglied: Einfaches Mitglied in der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie und der European Society for the Study of Traumatic Stress, Wissenschaftliche Tätigkeit: Transkulturelle klinische Psychologie und Psychotraumatologie, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Prof. Dr. Dipl.-Psych. Steil, Regina	Fresenius Stiftung, Deutsche Kinderschutzstiftung	nein	Psychiatrische und Psychosomatische Kliniken, Psychotherapeutenkammern, Ausbildungsinstitute, Weiterbildungsinstitute	Beltz-Verlag, Hogrefe-Verlag, Elsevier-Verlag	BMBF	nein	Mitglied: Ehrenmitglied der DeGPT, Weißer Ring Deutschland, Mitglied im Coeditorenteam des European Journal of Psychotraumatology, Mitglied der DGPs, Wissenschaftliche Tätigkeit: Forschung zur Evaluation von Psychotherapien der PTBS. Darunter: Imagery Rescripting, Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie, Dialektisch-Behaviorale Therapie, Entwicklungsangepasste kognitive Verhaltenstherapie. Forschung zur Moderatoren und Mediatoren des Therapieerfolges. Forschung zu therapeutischer Adhärenz und Kompetenz in Bezug auf diese Interventionen. Forschung zur Behandlung und	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Diagnostik der PTBS. Forschung zur Diagnostik der kPTBS, Klinische Tätigkeit: Traumafokussierte Psychotherapie der PTBS, der kPTSD; Tätigkeit als Supervisorin in diesem Bereich, Tätigkeit in der Fort- und Weiterbildung, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Bis 2022 Beteiligung bei der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftliche Psychotherapie Freiburg, dort Verantwortung der Ausbildung im Schwerpunkt Behandlung der PTBS, Wissenschaftliche Geschäftsführerin der Ausbildungsambulanz Verhaltenstherapie bei Erwachsenen der Goethe-Universität Frankfurt; Grundlage meiner Stelle, Leiterin der Lehrambulanz am Institut für Psychologie der Goethe-Universität zur Durchführung des ambulanten Praktikums zur Berufsqualifizierenden Tätigkeit BQTIH bei Studierenden des Studienganges Master in Klinischer Psychologie und Psychotherapie, Persönliche Beziehung: nein	
Dr. med. Stellermann-Strehlow, Kerstin	nein	nein	KinderTraumalinstitut, DGVt Berlin, LiWa NRW	nein	EU und Charité Promise ELPIS Studie	nein	Mitglied: EMDRIA eV, EMDR Europe, DeGPT, Wissenschaftliche Tätigkeit: PROMISE ELPIS - Standards in treatment and care of children and adolescents who are victims of online violence at childhood/barnahus Houses, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung:	EMDR COI: gering: keine leitenden Funktionen zum Thema EMDR

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Kindertraumainstitut: DEGPT Curriculum spezielle Traumatherapie mit KJ EMDR Trainerin am Kindertraumainstitut, DGVT, LIWA sowie UKM, Persönliche Beziehung: nein	
Stern, Alex	nein	nein	nein	Uniklinikum Eppendorf, Inst. f. Sexualforschung, DRV Westfalen	nein	nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung-, vernachlässigung und sexualisierter Gewalt (DGfPI) e.V. (Mitgliedschaft ohne besondere Funktion), German Alliance for Global Health Research (GLOHRA) (Mitgliedschaft ohne besondere Funktion), COST Action CA19106 - Multi-Sectoral Responses to Child Abuse and Neglect in Europe: Incidence and Trends (Euro-CAN) (Management Committee-Mitglied für Deutschland), Selbsthilfe von & für Menschen mit Gewalterfahrungen, Wissenschaftliche Tätigkeit: Health Inequalities & Othering; Evidence & Epistemic Injustice; LGBTI Health; Trauma, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
PD Dr. Thoma, Myriam	nein	nein	I regularly teach at the University of Zurich as well as for a multitude of institutions of further	I regularly write chapters for books	SNSF	nein	Mitglied: FSP https://www.psychologie.ch/en , SGVT SSTCC http://www.sgvt-sstcc.ch , Wissenschaftliche Tätigkeit: Stress, Traumata, Resilience over the Life Span Clinical Geropsychology, Klinische Tätigkeit: I am working at the	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			education / training activities in Psychotherapy in the German-speaking part of Switzerland				UZH and as such, I am academically interested in a multitude of topics related to stress, traumata, resilience over the life span and Clinical Geropsychology. I regularly publish articles, write chapters and work in an academic environment, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: I give regular (training) courses for a multitude of different further education institutions for Psychotherapy. My usual topics that I teach are ICD-11, complex PTSD, resilience in older age / across the life span, psychopathology, stress, Persönliche Beziehung: nein	
Prof. Dr. Weierstall-Pust, Roland	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: DeGPT, Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Werner, Deborah	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: nein, Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Dr. Willmund, Gerd-Dieter	Berufsgenossenschaften, Gerichte	nein	AWP Berlin	nein	nein	nein	Mitglied: DGPPN (Referat Einsatzkräfte) DGWMP (Arbeitskreis Psychosoziale Medizin), Wissenschaftliche Tätigkeit: Suizidalität in den Streitkräften Psychotraumatologie im Militär, Klinische Tätigkeit: Behandlung von Traumafolgeerkrankungen Behandlung von affektiven Erkrankunegn, Beteiligung an	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: Zahnärzte Falkensee (Ehefrau Inh.)	
Prof. Dr. phil. Wittmann, Lutz	nein	nein	Mitteldeutsche Akademie für Psychotherapie, Klinikum Ernst von Bergmann Potsdam	nein	nein	nein	Mitglied: Arbeitsgemeinschaft psychodynamischer Professorinnen und Professoren, DeGPT, Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychotraumatologie, Psychotherapieforschung, Traumforschung, Klinische Tätigkeit: Psychoanalytische Psychotherapie, u.a. Traumabehandlung, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Dr. Wochele-Thoma, Thomas	nein	Austrian Health Forum	AAMP Akademie für Arbeitsmedizin	nein	Ludwig Boltzmann Institut für digital health and patient safety	nein	Mitglied: Mitglied des Kuratoriums des Anton Proksch Institut, Mitglied des Vorstands der Milton Erickson Gesellschaft Austria, Mitglied des obersten Sanitätsrats des Gesundheitsministers, Mitglied/Kassier des Vorstands des Kriseninterventionszentrums, Wissenschaftliche Tätigkeit: Auswirkungen der Pandemie, Impairments in psychological functioning in refugees and asylum seekers, Klinische Tätigkeit: Gerontopsychiatrie / Versorgung Hochbetagter, Medical care for refugees, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Prof. Dr. Wurm, Susanne	nein	nein	TUCed - An-Institut für Transfer und Weiterbildung GmbH der	nein	Kompetenzcluster Ernährungsforschung, enable - Förderung gesunder Ernährung in allen	nein	Mitglied: Reine Mitgliedschaft: Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs), Mitglied des Vorstandes Sektion 3 der Deutschen Gesellschaft für	COI: keine: keine

S3-Leitlinie PTBS | Anlage 6 Interessenerklärungen

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:nnenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Univ. Chemnitz Regelmässiges Angebot einer 2-tägigen Lehrveranstaltung im Rahmen der postgradualen Fortbildung Klinische Gerontopsychotherapie (Basismodul Einführung in die Gerontologie)		Lebensphasen* (Prävention von Mangelernährung im Alter), Transsektorales Interventionsprogramm zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung in Regensburg [TIGER], Evaluierung des Gesundheitsberichts der Landespolizei Mecklenburg-Vorpommern, Collaborative Doctoral Partnerships (CDP), initiative of the Joint Research Centre (JRC), Clinician Scientist Program: Meeting the Challenges of Chronic Age-Related Diseases in Rural Areas		Gerontologie und Geriatrie, Reine Mitgliedschaft: Gerontological Society of America (GSA), Reine Mitgliedschaft: Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM), Wissenschaftliche Tätigkeit: - Gesundheit im mittleren und höheren Erwachsenenalter - Präventions- und Interventionsansätze für gesundes Älterwerden - Altersbilder (Vorstellungen vom eigenen Älterwerden, Altersstereotype) - Psychosoziale Risiken und Ressourcen für Gesundheit und Gesundheitsverhalten - Ältere Erwerbstätige und Erwerbsarbeit im Ruhestand, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	

S3-Leitlinie

Posttraumatische Belastungsstörung

Anlage 7 | Informationsblatt für Betroffene

AWMF-Register Nr. 155/ 001

Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-001>

Version: 2.0

Federführung

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)

Koordination

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Konsortialpartner

Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt (KU)

Ludwig-Maximilian-Universität München (LMU)

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF23008 gefördert.

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

und

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS)

Informationsblatt für Betroffene zur S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung

Traumata...

...sind Ereignisse, die für Betroffene so gravierend sind, dass sie zu anhaltenden psychischen Folgen führen. Beispiele sind (u.a.):

...Naturkatastrophen

...Krieg

...Schwere Unfälle

...Körperliche oder sexuelle Übergriffe

In den ersten Tagen und Wochen nach solchem Erlebnis treten oft starke Gefühle wie Angst, Traurigkeit, Schuld, Wut oder tiefe Verzweiflung auf.

In vielen Fällen klingen diese Reaktionen von selbst wieder ab. Mit Unterstützung von Familie, Freund:innen und dem eigenen sozialen Umfeld gelingt es vielen Menschen, sich zu erholen.

Wenn die belastenden Gefühle nicht nachlassen oder sogar stärker werden, kann dies ein Hinweis darauf sein, dass sich eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) oder andere psychische Erkrankung entwickelt hat.

Die PTBS...

...ist eine psychische Erkrankung nach traumatischen Ereignissen mit folgenden typischen Anzeichen:

- **Wiedererleben** des traumatischen Ereignisses (z.B. sich aufdrängende Bilder, Albträume, „Flashbacks“)
- **Vermeidung** von Gedanken oder Reizen, die damit in verbunden sind (z.B. Situationen, Orte, Personen),
- **Gefühl anhaltender Bedrohung** (z.B. besondere Wachsamkeit, starke Schreckhaftigkeit)

Die komplexe PTBS...

...entsteht zumeist nach schweren und wiederholten traumatischen Ereignissen.

Zusätzlich zu den Symptomen der PTBS leiden Betroffene unter:

- **Problemen im Umgang mit Gefühlen**
(z.B. sehr starke Gefühle, Probleme sich zu beruhigen, innere Leere)
- **Negativem Selbstbild**
(z.B. Schuld- oder Schamgefühle, sich wertlos fühlen)
- **Schwierigkeiten in Beziehungen**
(z.B. Angst vor Nähe, Probleme anderen zu vertrauen)

BEHANDLUNGEN...

...können verschiedene Formen von Hilfen beinhalten.

- **Psychologische Therapien** sind die Therapie der Wahl und erzielen die besten Ergebnisse. Das Trauma wird Schritt für Schritt bearbeitet und neue Bewältigungsstrategien erlernt.
- **Medikamentöse Therapien** können unterstützend wirksam sein, z.B. um besser schlafen zu können oder die Stimmung zu verbessern.
- **Weitere Therapieansätze** können unterstützend wirksam sein, als Teil einer umfassenden Behandlung, z.B. Sport- und Bewegungstherapie oder Ergotherapie.
- **Die Behandlung körperlicher Beschwerden** (auch im zahnmedizinischen Bereich) kann ebenfalls wichtig sein.

Die Angebote richten sich nach dem individuellen Bedarf und können ambulant, tagesklinisch oder stationär sowie in verschiedenen Bereichen der Versorgung (z.B. Praxis, Krankenhaus, Rehabilitation) erfolgen.

Anlaufstellen



Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)
www.degpt.de/hilfe-fuer-betroffene



Traumaambulanzen (Projekt HILFT)
www.projekt-hilft.de



Einrichtungen der Opferhilfe
www.hilfe-info.de
Suche: "Einrichtungen der Opferhilfe"

Bei medizinischen Notfällen, Feuerwehr- und Polizeinotfällen: **112**

Ärztlicher Bereitschaftsdienst bei nicht lebensbedrohlichen Fällen: **116117**

Telefonseelsorge: **0800 1110111** oder **0800 1110222**

Hinweis

Weitere Informationen können der *S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung* entnommen werden:
<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-001>

Die Angaben in diesem Informationsblatt entsprechen den Ergebnissen sowie der Methodik der Leitlinie (Version 2.0). Die Interessenerklärungen sind im Anhang dieser Leitlinie zu finden.

Eine Leitlinie unter Federführung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT), finanziert durch den Innovationsfonds des Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt – dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!

Erstellungsdatum: Januar 2026

Autor:innen dieses Informationsblatts: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Projektleitung und Koordination: Prof. Dr. Ingo Schäfer, MPH, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

S3-Leitlinie

Posttraumatische Belastungsstörung

Anlage 8 | Ergänzende Ressourcen der AGs

AWMF-Register Nr. 155/ 001

Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-001>

Version: 2.0

Federführung

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)

Koordination

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Konsortialpartner

Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt (KU)

Ludwig-Maximilian-Universität München (LMU)

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF23008 gefördert.

Inhaltsverzeichnis

AG Diagnostik	3
AG Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung	4
AG Allgemeine Behandlungsprinzipien.....	7

AG Diagnostik

Hilfreiche Webseiten

- Die Universität Zürich stellt auf der folgenden Webseite psychometrisch validierte Diagnostikinstrumente in deutscher Sprache zur Erfassung von (k)PTBS-Symptomen und anderen traumaassoziierten Bereichen kostenlos für Forschung und Praxis zur Verfügung: <https://www.psychologie.uzh.ch/de/bereiche/hea/psypath/ForschungTools/Erhebungsverfahren-f%C3%BCr-Forschungs--und-Therapiezwecke.html>
- Die Plattform Q-Cultural der Universität Leipzig bietet ein modulares Tool mit psychometrisch geprüften Fragebögen zur Diagnostik psychischer Störungen und Belastungen sowie Risiko- und Schutzfaktoren von Menschen mit Fluchterfahrung in verschiedenen Sprachen an. Im Kernmodul werden Fragebögen zur Verfügung gestellt, mit denen die häufigsten psychischen Störungen bei Menschen mit Fluchterfahrung erfasst werden können (darunter PTBS). Ergänzend Instrumente sind im Zusatzmodul integriert. Alle Instrumente stehen nach einer Registrierung kostenlos zur Verfügung: <https://www.q-cultural.de/>
- Unter dem folgenden Link können verschiedene Sprachversionen des ITI (International Trauma Inventory, ICD-11) zur Diagnostik der (k)PTBS und des ITQ (International Trauma Questionnaire, ICD-11) zur Erfassung der (k)PTBS-Symptomschwere heruntergeladen werden. Des Weiteren werden weiterführende Informationen und Validierungsstudien zum Thema Trauma und assoziierten Bereichen (auf Englisch) zur Verfügung gestellt: <https://www.traumameasuresglobal.com/>
- Das U.S. Department of Veterans Affairs stellt kostenlose Informationen zum Thema (k)PTBS (auf Englisch) zur Verfügung. Unter dem untenstehenden Link finden sich hilfreiche Informationen für Betroffene sowie Behandelnde. Darunter auch verschiedene Diagnostikinstrumente (auf Englisch) und Informationen zu ihrer Anwendung: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/overview/index.asp>

AG Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

Validierte Screeningverfahren zur Erfassung der Schweregrades der PTBS nach DSM-5 Kriterien bzw. ICD-11 Kriterien bei Kindern und Jugendlichen.

CATS: Der Child and Adolescent Trauma Screen (CATS) von Sachser et al. 2017 ist ein auch in deutscher Sprache vorliegendes Verfahren zur Erfassung der PTBS gemäß DSM-5 bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren. Der CATS liegt in einer Selbst- und Fremdeinschätzungsform für Kinder und Jugendliche im Alter von 7-17 Jahren sowie eine Fremdbeurteilung für 3-6 Jahre alte Vorschulkinder vor. Die Fragebögen sind in drei Teile gegliedert. Zunächst wird mit einer Liste von 15 Items das Vorliegen eines traumatischen Ereignisses abgefragt. Anschließend werden mittels 20 Fragen auf einer 4-stufigen Häufigkeitsskala die Symptome einer PTBS erfasst. Im letzten Teil des CATS wird mit fünf Items das Vorliegen funktionaler Einschränkungen in wichtigen Lebensbereichen erfasst. Der CATS zeigte sich in der psychometrischen Überprüfung als reliables und valides Instrument (Sachser et al., 2017). Für die Gesamtskala ergab sich eine sehr hohe interne Konsistenz und auch die Konstruktvalidität und Faktorstruktur konnte bestätigt werden. Versionen in verschiedenen Sprachen, darunter auch häufige Sprachen nach Europa geflüchteter Menschen, liegen vor.

ITQ-CA: Der International Trauma Questionnaire - Child and Adolescent Version ist ein auch in deutscher Sprache vorliegendes Verfahren zur Erfassung der PTBS und kPTBS gemäß ICD-11 Kriterien bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 7-17 Jahren. Der ITQ liegt in einer Selbst- und Fremdeinschätzungsform für Kinder und Jugendliche vor. Der Fragebogen enthält keine Checkliste potenziell traumatischer Ereignisse. Mittels 6 Fragen wird auf einer 5-stufigen Häufigkeits- bzw. Belastungsskala die Symptome einer PTBS und mittels ergänzenden 6 Fragen die Symptome einer kPTBS erfasst. Es erfolgt jeweils separat für die PTBS bzw. kPTBS die Einschätzung des Vorliegens funktionaler Einschränkungen in wichtigen Lebensbereichen. Der ITQ-CA zeigt in der psychometrischen Überprüfung für die PTBS-Skala eine akzeptable interne Konsistenz, für die kPTBS Skala eine hohe interne Konsistenz. Ebenso konnten die Konstruktvalidität und Faktorstruktur bestätigt werden (Haselgruber et al., 2019; Haselgruber et al., 2020). Versionen in verschiedenen Sprachen, darunter auch verschiedene andere europäische Sprachen und Chinesisch, liegen vor.

CATS-2: Der Child and Adolescent Trauma Screen 2 (CATS-2) ist ein auch in deutscher Sprache vorliegendes Verfahren zur Erfassung der PTBS gemäß DSM-5 und ICD-11 sowie der kPTBS nach ICD-11 bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 7-17 Jahren. Der CATS-2 liegt in einer Selbst- und Fremdeinschätzungsform für Kinder und Jugendliche im Alter von 7-17 Jahren vor. Die Fragebögen

sind in drei Teile gegliedert. Zunächst wird mit einer Liste von 16 Items das Vorliegen eines traumatischen Ereignisses abgefragt. Anschließend werden mittels 25 Fragen auf einer 4-stufigen Häufigkeitsskala die Symptome einer PTBS erfasst. Im letzten Teil des CATS-2 wird mit fünf Items das Vorliegen funktionaler Einschränkungen in wichtigen Lebensbereichen erfasst. Der CATS-2 zeigte sich in der psychometrischen Überprüfung als reliables und valides Instrument (Sachser et al., 2022). Für die Gesamtskalen ergaben sich akzeptable bis sehr hohe interne Konsistenzen und auch die Konstruktvalidität sowie Faktorstruktur konnte bestätigt werden. Versionen in verschiedenen Sprachen, darunter auch häufige Sprachen nach Europa geflüchteter Menschen, liegen vor.

CAPS-CA-5: Die Clinician Administered PTSD Scale for DSM-5 Child and Adolescent Version (CAPS-CA-5) ist ein klinisches Interview mit 30 Items, welches auf den DSM-5-Kriterien für Kinder und Jugendliche ab sieben Jahren basiert. Es handelt sich um eine modifizierte Version der CAPS-5, der altersgerechte Items und bildliche Antwortmöglichkeiten enthält. Ähnlich wie das CAPS-5 erfasst das CAPS-CA-5 die 20 DSM-5-Symptome der PTBS. Für jedes Symptom gibt es standardisierte Fragen und Beispiele. Darüber hinaus zielen die Fragen auf den Beginn und die Dauer der Symptome, die subjektive Belastung, die Auswirkungen der Symptome auf das Funktionsniveau, die Beeinträchtigung der Entwicklung, die allgemeine Antwortgültigkeit, den Gesamtschweregrad der PTBS, und Angaben zum dissoziativen Subtyp (Depersonalisation und Derealisation) ab. Es liegt eine deutsche Übersetzung vor und die interne Konsistenz der Gesamtskala zeigte sich als sehr hoch (Sachser et al., 2022). Bezüglich der Inter-Rater-Reliabilität zeigte sich in einer amerikanischen Stichprobe eine substanzielle Übereinstimmung (Shahidullah et al., 2023).

Kinder-DIPS: Das Diagnostische Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (KinderDIPS) ist ein strukturiertes Interview sowohl zur direkten Befragung des Kindes bzw. Jugendlichen im Alter von 6 bis 18 Jahren als auch zur Befragung der Eltern. Die beiden Versionen nehmen je ungefähr 60 Minuten in Anspruch. Das Kinder-DIPS ermöglicht die Diagnose psychischer Störungen gemäß DSM-5 und ICD-10, die Erfassung der auslösenden Faktoren sowie die durch die Störung bedingte Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen. Das Verfahren gliedert sich in folgende drei Teile:

- Screeningteil zur Erfassung der im Vordergrund stehenden Probleme der letzten sechs Monate
- Spezieller Teil zur Erfassung der spezifischen psychischen Störungen
- Abschnitt zur Erhebung der psychiatrischen Anamnese und Familienanamnese

Die Testgütekriterien des Kinder-DIPS sind befriedigend bis sehr gut. Das Verfahren enthält auch ein Modul zur Erhebung der Symptomatik der PTBS und ist deshalb zur traumaspezifischen Diagnostik im

Kindes– und Jugendalter geeignet. Der Vorteil des Kinder-DIPS liegt darin, dass bei Durchführung des gesamten Interviews, das Vorhandensein komorbider Störungen ebenfalls erhoben werden kann.

Im angloamerikanischen Sprachraum werden für die Erfassung der PTBS nach DSM-5 Kriterien bei Kindern und Jugendlichen zwischen 7-17 Jahren noch folgende Instrumente verwendet, welche gute psychometrische Eigenschaften aufweisen, welche allerdings nicht in deutscher Sprache vorliegen bzw. validiert sind:

- Child PTSD Symptom Scale for DSM-5 (CPSS-5; Foa et al., 2017)
- UCLA Child/Adolescent PTSD Reaction Index for DSM-5 (Kaplow et al., 2020)

Nach Möglichkeit sollten insbesondere bei Menschen mit Fluchterfahrung muttersprachliche Instrumente eingesetzt werden, um bei unzureichenden Deutschkenntnissen die Validität der Diagnostik zu erhöhen.

AG Allgemeine Behandlungsprinzipien

Ressourcen zur Partnerschaftsgewalt („Intimate Partner Violence“, IPV)

Informationen bietet zum Beispiel das nationale Hilfetelefon "Gewalt gegen Frauen" ein bundesweites Beratungsangebot für Frauen, die Gewalt erlebt haben oder noch erleben. Unter der Nummer 116 016 und via Online-Beratung werden Betroffene aller Nationalitäten unterstützt, mit und ohne Behinderung – 365 Tage im Jahr, rund um die Uhr. Auch Angehörige, Freundinnen und Freunde sowie Fachkräfte werden anonym und kostenfrei beraten.

Die Leitlinien der WHO-Richtlinien für das Gesundheitswesen und weitere Informationen finden sich z.B. bei <https://www.signal-intervention.de/>

Über die E-Learning Plattform Kinderschutz stehen verschiedene frei verfügbare Online-Kurse zu den Themen Kinderschutz und Traumatisierung zur Teilnahme zur Verfügung (z.B. „Traumapädagogik“, „Sexualisierte Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“, „Schutzkonzepte zur Gewaltprävention im ehrenamtlichen Kontext“, „Gute Kinderschutzverfahren“ u.v.m.). Das Angebot richtet sich an interessierte Personen aus allen Bundesländern: <https://www.grundkurs.elearning-kinderschutz.de/>



S3-Leitlinie

Posttraumatische Belastungsstörung

Langversion der S3-Leitlinie | Fassung vom 27.02.2026

Federführung

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)

Koordination

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Konsortialpartner

Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt (KU)

Ludwig-Maximilian-Universität München (LMU)

AWMF-Register Nr. 155/ 001

Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-001>

Version: 7.0

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF23008 gefördert.

Herausgebende

Prof. Dr. Ingo Schäfer, Hamburg
Prof. Dr. Thomas Ehring, München
PD Dr. Ulrich Frommberger, Sölden
Britta Jacobsen, Hamburg
Prof. Dr. Christine Knaevelsrud, Berlin
Prof. Dr. Astrid Lampe, Schruns
Kirsten Lehmann, Hamburg
Cosima Leithner, München
Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker, Zürich
Prof. Dr. Paul Plener, Wien
Prof. Dr. Rita Rosner, Eichstätt
Bianca Schreyer, Eichstätt
Prof. Dr. Carsten Spitzer, Rostock

Federführende Fachgesellschaft

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e. V. (DeGPT)

Geschäftsstelle
Sophie-von-La-Roche-Straße 4
56077 Koblenz
Telefon: (0261) 2874 2192
info@degpt.de

Leitliniensekretariat

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52, 20246 Hamburg
Telefon: 040 / 7410-57902
zis-gs@uke.de

Bitte wie folgt zitieren:

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie. S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung, Version 7.0, 27.02.2026, Verfügbar unter:
<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-001> [Zugriff am Datum].

AWMF-Registernummer 155 - 001

Link zur Leitlinie: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-001>

Inhaltsverzeichnis

WAS GIBT ES NEUES?	4
DIE WICHTIGSTEN EMPFEHLUNGEN AUF EINEN BLICK	5
1. GELTUNGSBEREICH UND ZWECK	10
1.1 ZIELSETZUNG UND FRAGESTELLUNG	10
1.2 VERSORGUNGSBEREICH	10
1.3 PATIENT:INNENZIELGRUPPE	10
1.4 ANWENDENDENGRUPPE/ADRESSAT:INNEN	10
1.5 DOKUMENTE ZUR ANWENDUNG DER LEITLINIE	10
2. ZUSAMMENSETZUNG DER LEITLINIENGRUPPE	11
2.1 LEITLINIENKOORDINATION	11
2.2 BETEILIGTE FACHGESELLSCHAFTEN UND ORGANISATIONEN	12
2.3 PATIENT:INNENBETEILIGUNG	17
2.4 METHODISCHE BEGLEITUNG	18
3.1 DIAGNOSTIK	19
3.1.1 <i>Einleitung</i>	19
3.1.2 <i>Klinische Fragestellungen</i>	20
3.1.3 <i>Empfehlungen</i>	21
3.1.4 <i>Hintergrund der Evidenz</i>	23
3.1.5 <i>Empfehlungen für zukünftige Forschung</i>	36
3.2 PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG	37
3.2.1 <i>Einleitung</i>	37
3.2.2 <i>Klinische Fragestellungen</i>	37
3.2.3 <i>Empfehlungen</i>	39
3.2.4 <i>Hintergrund der Evidenz</i>	40
3.2.5 <i>Empfehlungen für zukünftige Forschung</i>	44
3.3 PHARMAKOTHERAPEUTISCHE VERFAHREN	46
3.3.1 <i>Einleitung</i>	46
3.3.2 <i>Klinische Fragestellungen</i>	46
3.3.3 <i>Empfehlungen</i>	47
3.3.4 <i>Hintergrund der Evidenz</i>	48
3.3.5 <i>Empfehlungen für zukünftige Forschung</i>	54
3.4 ADJUVANTE VERFAHREN	55
3.4.1 <i>Einleitung</i>	55
3.4.2 <i>Klinische Fragestellungen</i>	56
3.4.3 <i>Empfehlungen</i>	57
3.4.4 <i>Hintergrund der Evidenz</i>	58
3.4.5 <i>Empfehlungen für zukünftige Forschung</i>	64
3.5 KOMPLEXE POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG	65
3.5.1 <i>Einleitung</i>	65
3.5.2 <i>Klinische Fragestellungen</i>	66
3.5.3 <i>Empfehlungen</i>	67
3.5.4 <i>Hintergrund der Evidenz</i>	67
3.5.5 <i>Empfehlungen für zukünftige Forschung</i>	72
3.6 KOMORBIDE PSYCHISCHE STÖRUNGEN	74
3.6.1 <i>Einleitung</i>	74
3.6.2 <i>Klinische Fragestellungen</i>	75

3.6.3	<i>Empfehlungen</i>	76
3.6.4	<i>Hintergrund der Evidenz</i>	77
3.6.5	<i>Empfehlungen für zukünftige Forschung</i>	81
3.7	BEHANDLUNG VON ÄLTEREN PERSONEN	82
3.7.1	<i>Einleitung</i>	82
3.7.2	<i>Klinische Fragestellungen</i>	83
3.7.3	<i>Empfehlungen</i>	84
3.7.4	<i>Hintergrund der Evidenz</i>	85
3.7.5	<i>Empfehlungen für zukünftige Forschung</i>	91
3.8	BEHANDLUNG VON ERWACHSENEN MIT FLUCHTHINTERGRUND	92
3.8.1	<i>Einleitung</i>	92
3.8.2	<i>Klinische Fragestellungen</i>	93
3.8.3	<i>Empfehlungen</i>	94
3.8.4	<i>Hintergrund der Evidenz</i>	95
3.8.5	<i>Empfehlungen für zukünftige Forschung</i>	101
3.9	BEHANDLUNG VON ERWACHSENEN MIT STÖRUNG DER INTELLIGENZENTWICKLUNG (SIE)	102
3.9.1	<i>Einleitung</i>	102
3.9.2	<i>Klinische Fragestellungen</i>	103
3.9.3	<i>Empfehlungen</i>	104
3.9.4	<i>Hintergrund der Evidenz</i>	106
3.9.5	<i>Empfehlungen für zukünftige Forschung</i>	114
3.10	DIAGNOSTIK DER PTBS BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN	116
3.10.1	<i>Einleitung</i>	116
3.10.2	<i>Klinische Fragestellungen</i>	116
3.10.3	<i>Empfehlungen</i>	118
3.10.4	<i>Hintergrund der Evidenz</i>	119
3.10.5	<i>Empfehlungen für zukünftige Forschung</i>	122
3.11	BEHANDLUNG DER PTBS BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN	123
3.11.1	<i>Einleitung</i>	123
3.11.2	<i>Klinische Fragestellungen</i>	124
3.11.3	<i>Empfehlungen</i>	126
3.11.4	<i>Hintergrund der Evidenz</i>	128
3.11.5	<i>Empfehlungen für zukünftige Forschung</i>	136
3.12	ALLGEMEINE BEHANDLUNGSPRINZIPIEN	137
3.12.1	<i>Einleitung</i>	137
3.12.2	<i>Klinische Fragestellungen</i>	138
3.12.3	<i>Empfehlungen</i>	139
3.12.4	<i>Hintergrund der Evidenz</i>	141
3.12.5	<i>Empfehlungen für zukünftige Forschung</i>	153
4	WICHTIGE FORSCHUNGSFRAGEN	155
5	VERWENDETE ABKÜRZUNGEN	157
6	LITERATURVERZEICHNIS	160

Was gibt es Neues?

Bei der Aktualisierung der Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) handelt es sich um eine vollständige Überarbeitung nach den aktuellen Vorgaben des AWMF-Regelwerks. Somit wurden alle klinischen Fragen der vorherigen Version der Leitlinie überarbeitet und an das PICO-Schema angepasst und die Literatursuche nicht aktualisiert, sondern neu durchgeführt. Das Kapitel zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen wurde umfassend überarbeitet und die Leitlinie um drei Kapitel zu speziellen Gruppen von Betroffenen ergänzt: Erwachsene mit Störung der Intelligenzentwicklung (SIE), Personen mit Fluchthintergrund und ältere Menschen.

Diese Kapitel wurden überarbeitet:

Es wurden alle Kapitel überarbeitet.

Sonstige Neuerungen:

Das Kapitel „Versorgung“ wurde durch das Kapitel „Allgemeine Behandlungsprinzipien“ ersetzt, das im Gegensatz zum alten Kapitel eigene Empfehlungen enthält.

Die wichtigsten Empfehlungen auf einen Blick

Alle Empfehlungen sind bei der Aktualisierung mit „geprüft [2026]“, „modifiziert [2026]“ und „neu [2026]“ gekennzeichnet.

Diagnostik

1.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Bei jeder psychodiagnostischen Befund- und Anamneseerhebung im Erwachsenenalter soll erfasst werden, ob ein potenziell traumatisches Ereignis in der Lebensgeschichte erlebt wurde.	
	vgl. Bovin et al. (2021); Greene et al. (2016); Padin et al. (2022); Schnurr et al. (2021)	
	Konsensstärke: 95,8 % (Starker Konsens)	

Psychotherapeutische Behandlung

2.1	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)	
Empfehlungsgrad A ↑↑	Patient:innen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung soll eine traumafokussierte Psychotherapie* im Einzelsetting angeboten werden, bei der der Schwerpunkt auf der Auseinandersetzung mit den traumatischen Ereignissen und den dazugehörigen Kognitionen, Emotionen und Erinnerungen liegt.		
Yunitri et al. (2023), Bisson et al. (2013), Cuijpers et al. (2020), Cusack et al. (2016), Ehrling et al. (2014), Fortin et al. (2021), Gerger et al. (2014), Grech & Grech (2020), Hoppen et al. (2023), Hudays et al. (2022), Jericho et al. (2022), Khan et al. (2018), Lewis et al. (2020), Mavranezouli et al. (2020), McLean et al. (2022), Morina et al. (2021), Raghuraman et al. (2021), Wei & Chen (2021)			
Qualität der Evidenz			
PTBS: moderat ⊕⊕⊕⊖	Depression: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Angst: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Lebensqualität: moderat ⊕⊕⊕⊖
	Konsensstärke: 92,9 % (Konsens)		
*insbesondere folgende Interventionen werden aufgrund der robusten Evidenz empfohlen (alphabetische Aufzählung): Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Kognitive Therapie (KT), Kognitive Verarbeitungstherapie (Cognitive Processing Therapy, CPT), Narrative Expositionstherapie (NET), Prolongierte Exposition (PE).			

Pharmakotherapeutische Verfahren

3.1	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)	
Empfehlungsgrad A ↑↑	Bei der Behandlung der PTBS soll primär eine traumafokussierte Psychotherapie angeboten werden. Eine Pharmakotherapie ist die Behandlung der zweiten Wahl, beispielsweise bei Patient:innenpräferenz, unzureichendem Ansprechen oder fehlender Verfügbarkeit einer traumafokussierten Psychotherapie.		
Hofman et al. 2018, Hetrick et al. 2010, Hoskins et al. 2021, Kunzke et al. 2019, Lee et al. 2016, Merz et al. 2019*, Sonis & Cook 2019, Stewart & Wrobel 2009, Storm et al. 2021.			
Qualität der Evidenz			
PTBS: sehr niedrig ⊕⊕⊕⊕	Drop-out: sehr niedrig ⊕⊕⊕⊕	Depression: sehr niedrig ⊕⊕⊕⊕	Angst: sehr niedrig ⊕⊕⊕⊕
	Konsensstärke: 92,6 % (Konsens)		
*GRADE-Profil			

Adjuvante Verfahren

4.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)
Empfehlungsgrad B ↑	Personen mit (k)PTBS sollte Sport- und Bewegungstherapie als adjuvante Therapie in einem traumaspezifischen, multimodalen* Behandlungsplan angeboten werden.	
Bryant et al., 2023; Powers et al., 2015; Young-McCaughan et al., 2022; Rosenbaum et al. 2015		
Qualität der Evidenz		
PTBS-Symptome: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Depressionssymptome: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Angstsymptome: niedrig ⊕⊕⊖⊖
	Konsensstärke: 92 % (Konsens)	

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

5.1	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)
Empfehlungsgrad B ↑	Für eine kPTBS nach ICD-11 sollte die psycho-therapeutische Behandlung mit einer Kombination traumafokussierter Techniken erfolgen, bei denen Schwerpunkte auf der Verarbeitung der Erinnerung an die traumatischen Erlebnisse und/oder ihrer Bedeutung liegen sowie auf Techniken zur Emotionsregulation, und zur Verbesserung des Selbstwertgefühls sowie von Beziehungsstörungen im Sinne der Bearbeitung dysfunktionaler zwischenmenschlicher Muster.	
Dorrepaal 2014, Karatzias 2019*, Corrigan 2020, Darby 2023, Bohus 2020, Karatzias 2024		
Qualität der Evidenz		
kPTBS-Symptome: niedrig ⊕⊕⊖⊖	PTBS-Symptome + 1, 2 oder 3 DSO-Symptome: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Emotionsregulation: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖
Negatives Selbstkonzept: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Interpersonale Schwierigkeiten: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	
	Konsensstärke: 90,9 % (Konsens)	
*GRADE-Profil		

Komorbide Psychische Störungen

6.1	Evidenzbasierte Empfehlung		Neu (2026)
Empfehlungsgrad A ↑↑	Patient:innen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung und komorbiden psychischen Störungen soll eine traumafokussierte Psychotherapie im Einzelsetting angeboten werden, bei der der Schwerpunkt auf der Auseinandersetzung mit den traumatischen Ereignissen und den dazugehörigen Kognitionen, Emotionen und Erinnerungen liegt.		
Grubaugh et al. 2021, Hien et al. 2023a, Roberts et al. 2022, Simpson et al. 2021, Slotema et al. 2020, Sin et al. 2017b			
Qualität der Evidenz			
PTBS-Symptome: sehr niedrig ⊕⊕⊕⊕	Lebensqualität: sehr niedrig ⊕⊕⊕⊕	Psychose: sehr niedrig ⊕⊕⊕⊕	Depression: sehr niedrig ⊕⊕⊕⊕
Angst: sehr niedrig ⊕⊕⊕⊕	Substanzkonsumstörung: sehr niedrig ⊕⊕⊕⊕	Alkoholkonsumstörung: sehr niedrig ⊕⊕⊕⊕	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)		

Behandlung von älteren Personen

7.4	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Auch bei älteren Erwachsenen soll bei der Behandlung einer PTBS primär eine traumafokussierte Psychotherapie angeboten werden. Eine Pharmakotherapie ist die Behandlung der zweiten Wahl. Dabei sollen unerwünschte Wirkungen und Interaktionen zwischen den Medikamenten berücksichtigt werden. Nebenwirkungen von Medikamenten sollten von der PTBS-Symptomatik differentialdiagnostisch unterschieden werden.	
	Yu et al. 2017, Treves et al. 2018	
	Konsensstärke: 82,6 % (Konsens)	

Behandlung von Erwachsenen mit Fluchthintergrund

8.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)
Empfehlungsgrad B ↑	PTBS-Patient:innen mit Fluchthintergrund sollte, wie anderen PTBS-Patient:innen auch, eine traumafokussierte Therapie angeboten werden.	
Nosè et al., 2017		
Qualität der Evidenz		
PTBS: sehr niedrig ⊕⊖ ⊖⊖		
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

Behandlung von Erwachsenen mit SIE

9.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Bis zum Vorliegen validierter diagnostischer Kriterien sollte sich die Beurteilung der Symptomatik an den Hinweisen des Diagnostic Manual – Intellectual Disability 2 (DM-ID2, Fletcher et al., 2018) orientieren. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass sich Symptome einer (k)PTBS mit zunehmender Schwere der Störung der Intelligenzentwicklung unklarer zeigen und sich eher vegetativ, körperlich, psychomotorisch und auf der Verhaltensebene ausdrücken.	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

Diagnostik der PTBS bei Kindern und Jugendlichen

10.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Die Erhebung einer differenzierten kindlichen Traumaanamnese in Form eines Selbst- und eines Fremdbberichtes soll Teil der Befunderhebung bei allen psychodiagnostischen Abklärungen im Kindes- und Jugendalter sein.	
	Landolt et al., 2013; Lewis et al., 2019	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen

11.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)
Empfehlungsgrad A ↑↑	Kindern und Jugendlichen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung soll eine traumafokussierte Psychotherapie* im Einzelsetting angeboten werden, bei der der Schwerpunkt auf der Auseinandersetzung mit den traumatischen Ereignissen und den dazugehörigen Kognitionen, Emotionen und Erinnerungen liegt.	
Xiang et al., 2021; Hoppen et al., 2023; De Haan et al., 2024; Huang et al., 2022		
Qualität der Evidenz		
PTBS: moderat ⊕⊕⊕⊖	Depression: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Angst: niedrig ⊕⊕⊖⊖
Funktionseinschränkung: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Externalisierende Verhaltensstörung: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	
	Konsensstärke: 77,1 % (Konsens)	
*Kinder: Umfassendste Evidenz: Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT nach Cohen et al.) Weitere Evidenz: Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Narrative Expositionstherapie (KidNET) bei kriegstraumatisierten aus LMICs *Jugendliche: Umfassendste Evidenz: Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT nach Cohen et al.) Weitere Evidenz: Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Narrative Expositionstherapie (KidNET) bei kriegstraumatisierten aus LMICs, Prolongierte Exposition (PE), Kognitive Verarbeitungstherapie (Cognitive Processing Therapy, CPT), Kognitive Therapie (CT-PTSD)		

Allgemeine Behandlungsprinzipien

12.7	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)
Empfehlungsgrad B ↑	Bei Hinweisen auf Partnerschaftsgewalt (Häusliche Gewalt) sollte Patient:innen mit (k)PTBS der Einbezug des spezifischen Fachberatungssystems in die Behandlung angeboten werden.	
Micklitz 2024		
Qualität der Evidenz		
PTBS: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Reduktion häusliche Gewalt: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Depression: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖ Lebensqualität: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖
	Konsensstärke: 92,3 % (Konsens)	

1. Geltungsbereich und Zweck

1.1 Zielsetzung und Fragestellung

Die Leitlinie soll zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität und der interdisziplinären Kooperation bei der Versorgung betroffener Patient:innen beitragen. Neben den dynamischen Entwicklungen im Feld soll bei der Revision den besonderen Bedürfnissen wichtiger Betroffenen (weiter) Rechnung getragen werden, insbesondere von Kindern und Jugendlichen, Erwachsenen mit Störung der Intelligenzentwicklung, Personen mit Fluchthintergrund und älteren Menschen.

1.2 Versorgungsbereich

Die Leitlinie adressiert settingübergreifend die Diagnostik und Therapie von Personen mit PTBS. Dies umfasst sowohl die primär- und spezialärztliche Versorgung im ambulanten wie (teil-)stationären Bereich als auch die psychotherapeutische Versorgung.

1.3 Patient:innenzielgruppe

Die Zielgruppe dieser Leitlinie sind Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche mit (k)PTBS einschließlich spezieller Zielgruppen (Personen mit kognitiven Einschränkungen, Personen mit Fluchthintergrund und ältere Personen).

1.4 Anwendendengruppe/Adressat:innen

Die Leitlinie richtet sich an Fachpersonen, die Menschen mit posttraumatischen psychischen Störungsbildern behandeln. Dies umfasst den Bereich der primärärztlichen Versorgung durch Hausärzte oder Krankenhausambulanzen bis hin zur traumaspezifischen, fachärztlichen und fachpsychotherapeutischen Versorgung in spezialisierten ambulanten oder stationären Behandlungssettings. Sie richtet sich zudem an andere medizinische Fachbereiche wie die zahnärztliche Versorgung oder die Gynäkologie und Geburtshilfe.

1.5 Dokumente zur Anwendung der Leitlinie

- S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörungen
- Leitlinienreport
- Anlage 1: Anmerkungen der Patient:innenvertretung
- Anlage 2: Klinische PICO-Fragen
- Anlage 3: Suchstrategien
- Anlage 4: Flussdiagramme der Aggregierten Evidenz und Primärdaten
- Anlage 5: Evidenztabelle, GRADE-Profil, AMSTAR-2-Profil, RoB-2-Profil und SIGN-Profil
- Anlage 6: Angaben zu Interessenkonflikten
- Anlage 7: Informationsblatt für Betroffene
- Anlage 8: Ergänzende Ressourcen der AGs

Alle Inhalte der Leitlinie sind abrufbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-001>
Registernummer 155 - 001

2. Zusammensetzung der Leitliniengruppe

2.1 Leitlinienkoordination

Leitlinienkoordination:

Prof. Dr. med. Ingo Schäfer, MPH
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Martinistr. 52
D-20246 Hamburg
i.schaefer@uke.de

Leitliniensekretariat:

Britta Jacobsen
jacobsen@zis-hamburg.de

Kirsten Lehmann
k.lehmann@uke.de

Steuergruppe:

Prof. Dr. Thomas Ehring (Deutsche Gesellschaft für Psychologie)
PD Dr. Ulrich Frommberger (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.)
Prof. Dr. Christine Knaevelsrud (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie)
Prof. Dr. Astrid Lampe (Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik)
Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker (Ad personam)
Prof. Dr. Paul Plener (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.)
Prof. Dr. Rita Rosner (Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie Verhaltenstherapie)
Prof. Dr. Ingo Schäfer (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie)
Prof. Dr. Carsten Spitzer (Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin)

2.2. Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen

Tabelle 1: Mitglieder der Leitliniengruppe

Mandatstragende einer Fachgesellschaft	Fachgesellschaft/ Organisation	Zeitraum
Dr. Andrea Benecke	Bundespsychotherapeutenkammer	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Dr. Niels Bergemann	Deutsche Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
PD Dr. Sarah Biedermann	Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Karsten Böhm	Eye Movement Desensitization and Reprocessing International Association (EMDRIA) Deutschland e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Martin Bohus	Dachverband Dialektisch Behaviorale Therapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Volker Brünger	Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland BED e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Markus Burgmer	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Melanie Büttner	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e. V.; Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Martin Driessen	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Christian Dürich	Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie / psychodynamische Psychotherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Marianne Eberhard-Kaechele	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Thomas Eger	Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Thomas Ehring	Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Rebekka Eilers	Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie Verhaltenstherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Jörg Fegert	Europäische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (European Society for Child and Adolescent Psychiatry)	01.09.2023 bis Projektende

Mandatstragende einer Fachgesellschaft	Fachgesellschaft/ Organisation	Zeitraum
Prof. Dr. Thomas Frodl	Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
PD Dr. Ulrich Frommberger	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Anna Georg	Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Ute Graf	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Timo Harfst	Bundespsychotherapeutenkammer	01.09.2023 bis Projektende
Sabrina Heizmann	Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland BED e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Michael Henrich	Dachverband für Transkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Markus Herrmann	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Arne Hofmann	Eye Movement Desensitization and Reprocessing International Association (EMDRIA) Deutschland e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Marie Ilic	Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Ljiljana Joksimovic	Dachverband für Transkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Gudrun Kallenbach	Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e.V.	01.09.2023 bis 11.11.2024
Prof. Dr. Eva-Marie Kessler	Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Falk Kiefer	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Christine Knaevelsrud	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Volker Köllner	Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V.	01.09.2023 bis Projektende

Mandatstragende einer Fachgesellschaft	Fachgesellschaft/ Organisation	Zeitraum
Diana Konrads	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Diana Krämer	Deutscher Verband Ergotherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Ilka Kraugmann	Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Johannes Kruse	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Wolfgang Kupsch	Deutsche Gesellschaft für klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Andreas Lachnit	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Astrid Lampe	Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Markus Landolt	Schweizerische Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychologie	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Barbara Leidl	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Reinhard Lindner	Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Thorsten Linne-Rotermund	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Annett Lotzin	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster	Berufsverband Österreichischer PsychologInnen	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Wolf Lütje	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Birgit Mayer	Swiss Society for Health in Intellectual Disability	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Thomas Messer	Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Frank Neuner	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende

Mandatstragende einer Fachgesellschaft	Fachgesellschaft/ Organisation	Zeitraum
Antje Orwat-Fischer	Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie / psychodynamische Psychotherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Paul Plener	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Heinrich Rau	Psychotraumazentrum der Bundeswehr	01.09.2023 bis Projektende
Olaf Reddemann	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Gitta Reuner	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Jaqueline Rixe	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Stefan Röpke	Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Rita Rosner	Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie Verhaltenstherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Tanja Sappok	Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Ingo Schäfer	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Eva Schäflein	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Julia Schellong	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Sandra Scheuer	Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Ulrike Schmidt	Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Anke Schreiner	Deutscher Verband Ergotherapeuten e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Sarah Schroth	Deutsche Gesellschaft für klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation e.V.	01.09.2023 bis Projektende

Mandatstragende einer Fachgesellschaft	Fachgesellschaft/ Organisation	Zeitraum
Prof. Dr. Carsten Spitzer	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Alex Stern	Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Gerd Willmund	Psychotraumazentrum der Bundeswehr	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Lutz Wittmann	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Thomas Wochele-Thoma	Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Susanne Wurm	Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Weitere Teilnehmende	Funktion & Fachgesellschaft/ Organisation	Zeitraum
Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker	Steuergruppenmitglied	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Rahel Bachem	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Robert Bering	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Maria Böttche	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Laycen Chuey-Ferrer	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Ulrich Elbing	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Heide Glaesmer	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Birgit Kleim	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
Cosima Leithner	AG- Mitarbeit, Leitliniensekretariat	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Tanja Michael	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende

Weitere Teilnehmende	Funktion & Fachgesellschaft/ Organisation	Zeitraum
Dr. Helen Niemeyer	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Laura Nohr	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Cedric Sachser	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Inga Schalinski	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
Bianca Schreyer	AG- Mitarbeit, Leitliniensekretariat	01.09.2023 bis Projektende
Verena Semmlinger	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Nadine Stammel	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Regina Steil	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Kerstin Steller mann-Strehlow	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
PD Dr. Myriam Thoma	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Roland Weierstall-Pust	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende

Die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft und Deutsche Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaft konnten aufgrund von mangelnder personeller Ressourcen nicht teilnehmen. Als mögliche Patient:innenvertretung wurde die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. angefragt, diese konnten jedoch aufgrund von mangelnder personeller Ressourcen nicht teilnehmen.

2.3 Patient:innenbeteiligung

Die Leitlinie wurde unter direkter Beteiligung von Vertretenden der Patient:innen erstellt. Frau Ilka Kraugmann und Herr Alex Stern des Betroffenenrats der Unabhängigen Bundesbeauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) waren stimmberechtigt und vom 01.09.2023 bis zum Ende des Projekts an der Erstellung der Leitlinie beteiligt. Als zusätzliche Patient:innenvertretung wurde die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. angefragt, die jedoch aufgrund von mangelnden personellen Ressourcen nicht teilnehmen konnte.

2.4 Methodische Begleitung

Bei der Erstellung/Aktualisierung wurde die Leitlinie durch Prof. Dr. Ina B. Kopp und Frauke Schwier, AWMF Leitlinienberaterinnen, methodisch beraten und neutral moderiert.

Die Evidenzaufbereitung erfolgte durch Mitarbeitende des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (Britta Jacobsen (BJ) und Kirsten Lehmann (KL)), der Ludwig-Maximilians-Universität München (Cosima Leithner (CL)) und der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt (Bianca Schreyer (BS)).

3.1 Diagnostik

Laura Nohr, Christine Knaevelsrud, Niels Bergemann, Markus Burgmer, Brigitte Lueger-Schuster, Heinrich Rau, Gerd D. Willmund, & Helen Niemeyer

3.1.1 Einleitung

Die weltweite Prävalenz von mindestens einem potenziell traumatischen Ereignis in der Lebensgeschichte beträgt 70,4% (1). Als Folge eines oder mehrerer solcher Ereignisse entwickeln 24% der Personen im Laufe ihres Lebens eine Posttraumatische Belastungsstörung (2). Die 1-Monatsprävalenz der PTBS liegt in Deutschland bei 1,5% (3). Für die im ICD-11 neu aufgenommene Diagnose der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (kPTBS) zeigen aktuelle Studien Prävalenzen zwischen 0,5% (1-Monatsprävalenz in Deutschland;) (3) und bis zu 13% (4) Lebenszeitprävalenz in Großbritannien; vgl. (3, 5). Demzufolge entwickelt nur ein Teil der Personen, die (mindestens) ein potenziell traumatisches Ereignis im Laufe ihres Lebens erleben, anschließend eine (k)PTBS als Traumafolgestörung. Daher sind die zentralen Bausteine der Diagnostik der (k)PTBS die Erfassung von traumatischen Ereignissen in der Lebensgeschichte sowie von assoziierten Folgen auf symptomatischer und funktionaler Ebene. Für die Diagnosestellung in klinischer Praxis und Forschung sind die definierten Kriterien nach der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (6) - bzw. ab ihrer Gültigkeit nach der aktualisierten Version ICD-11 - und/oder nach dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (7) relevant. Teilweise unterscheiden sich die diagnostischen Kriterien in der ICD-10 bzw. ICD-11 und dem DSM-5 voneinander, sodass sich je nach verwendetem Klassifikationssystem Unterschiede in der Diagnosestellung ergeben können. Sollte eine Person in der Traumaanamnese mehr als ein potenziell traumatisches Ereignis beschreiben, so ist zunächst das Ereignis zu bestimmen, das aktuell als subjektiv am stärksten belastend erlebt wird, und für das die darauf bezogene Symptomatik erhoben wird (sog. Indextrauma).

Nicht jedes potenziell traumatische Lebensereignis oder jeder schwere Stressor führt zur Entwicklung einer PTBS. Traumabezogene Reaktionen oder Symptome nach belastenden Ereignissen sind nicht mit dem Vorliegen einer (k)PTBS gleichzusetzen. Akute Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen können auftreten und sind häufig selbstlimitierend. Eine Entwicklung hin zu einer PTBS ist möglich, jedoch nicht der Regelfall und bedarf einer sorgfältigen differenzialdiagnostischen Abklärung.

Die spezifische Diagnosestellung der (k)PTBS sollte in eine Gesamtdiagnostik eingebettet sein, welche die Aus- und Nachwirkungen der traumatischen Erfahrung auf die aktuelle Lebenssituation, komorbide Erkrankungen sowie Chronifizierungsfolgen erfasst, aber auch salutogenetische Faktoren und den prätraumatischen Status erfragt.

Störungsimmanente Aspekte, wie eine reduzierte zwischenmenschliche Vertrauensfähigkeit, insbesondere nach interpersonellen Traumatisierungen, oder auch Schwierigkeiten einzelne Aspekte des Traumas/der Traumatisierungen wiederzugeben (z.B. bei dissoziativen

Symptomen) können auch in der Diagnostik der (k)PTBS relevant werden. Hilfreich sind u.a. die Herstellung einer sicheren, störungsfreien Gesprächsatmosphäre und Berücksichtigung von spezifischen Kontrollbedürfnissen, u.a. adäquates Eingehen auf notwendige Rahmenbedingungen (ausreichender körperlicher Abstand zur Untersuchungsperson, ggf. Türen offenlassen, Entfernen von Auslösereizen im Gesprächsraum) sowie ein aktives Erfragen der posttraumatischen Belastungssymptome, da viele Patient:innen nicht spontan davon berichten. Möglicherweise kann es durch die Auseinandersetzung mit den eigenen Symptomen kurzfristig zu einem Anstieg der subjektiven Belastung kommen. In der Regel halten diese negativen emotionalen Zustände aber nicht an (8).

Vor dem Hintergrund der Evidenz und basierend auf Expert:innenwissen wurden neun Empfehlungen im Expert:innengremium formuliert. Die Empfehlungen beruhen auf verschiedenen Stichproben und Populationen (z.B. Einsatzkräfte des Militärs, Allgemeinbevölkerung, oder klinische Stichproben mit Verdacht auf (k)PTBS). Für spezifische Gruppen können sich ggf. Anpassungen des Vorgehens als günstig erweisen, wie z.B. eine sprachliche und kulturelle Adaptation bei Menschen mit Migrations- oder Fluchterfahrung, oder bei Personen mit Störung der Intelligenzentwicklung.

Im Anlage 8 befinden sich zusätzliche Informationen (hilfreiche Webseiten), welche nicht in diesem Kapitel abgebildet sind.

3.1.2 Klinische Fragestellungen

1. Welches der ausgewählten, in deutscher Sprache verfügbaren Instrumente zeigt bei der Anwendung an Personen, bei denen ein Verdacht auf PTBS (entsprechend ICD-10-, ICD-11- bzw. DSM-5-Kriterien) geprüft werden soll, eine zufriedenstellende Güte?
2. Welches der ausgewählten, in deutscher Sprache verfügbaren Instrumente zeigt bei der Anwendung an Personen, bei denen ein Verdacht auf kPTBS (entsprechend ICD-11-Kriterien) geprüft werden soll, eine zufriedenstellende Güte?
3. Welche der ausgewählten, in deutscher Sprache verfügbaren Instrumente zur Erfassung der psychosozialen Funktionsfähigkeit und/oder Lebensqualität zeigen bei der Anwendung an Personen mit (k)PTBS (entsprechend ICD-10-, ICD-11- bzw. DSM-5-Kriterien) eine zufriedenstellende Güte?

3.1.3 Empfehlungen

1.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Bei jeder psychodiagnostischen Befund- und Anamneseerhebung im Erwachsenenalter soll erfasst werden, ob ein potenziell traumatisches Ereignis in der Lebensgeschichte erlebt wurde.	
	vgl. Bovin et al. (2021); Greene et al. (2016); Padin et al. (2022); Schnurr et al. (2021)	
	Konsensstärke: 95,8 % (Starker Konsens)	

1.2	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Wenn mindestens ein potenziell traumatisches Ereignis berichtet wird oder unklar ist, ob potenziell traumatische Ereignisse in der Lebensgeschichte erlebt wurden, soll eine differenzierte Traumaanamnese erfolgen.	
	vgl. Weathers et al. (2013); Weis et al. (2022)	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

1.3	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Wenn keine differenzierte Traumaanamnese möglich ist, sollen PTBS-Screeninginstrumente eingesetzt werden.	
	vgl. Baker et al. (2024); Baker & Smith (2023); Bohnert et al. (2016); Cameron et al. (2024) Greene et al. (2016); Magwood et al. (2023); Van den Berk-Clark et al. (2021)	
	Konsensstärke: 96 % (Starker Konsens)	

1.4	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Bei Vorliegen mindestens eines potenziell traumatischen Ereignisses soll zur Unterstützung der (k)PTBS-Diagnostik ein strukturiertes Interview angewandt werden oder die Erfassung der posttraumatischen Symptomatik mittels eines validierten Selbstberichtsinstrumentes erfolgen. Wenn möglich, ist ein strukturiertes Interview zu bevorzugen.	
	vgl. Margraf & Schneider (2009); Schellong et al. (2019)	
	Konsensstärke: 87,5 % (Konsens)	

1.5	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Als strukturierte Interviews sollen aufgrund ihrer psychometrischen Güte die deutschen Versionen des ITI (International Trauma Inventory, ICD-11) oder der CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5) zur Diagnostik der PTBS genutzt werden.	
	vgl. Bachem et al. (2024); Wojutari et al. (2024)	
	Konsensstärke: 92 % (Konsens)	

1.6	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Als Selbstberichtsinstrumente sollen aufgrund ihrer psychometrischen Güte die deutschen Versionen der PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5), der PDS-5 (PTSD Diagnostic Scale for DSM-5) oder des ITQ (International Trauma Questionnaire, ICD-11) zur Erfassung der posttraumatischen Symptomatik verwendet werden.	
	vgl. Forkus et al. (2023); Pettrich et al. (2024); Wittmann et al. (2021)	
	Konsensstärke: 96 % (Starker Konsens)	

1.7	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Als strukturiertes Interview soll aufgrund der psychometrischen Güte die deutsche Version des ITI (International Trauma Inventory, ICD-11) zur Diagnostik der kPTBS genutzt werden.	
	vgl. Bachem et al. (2024); Seiler et al. (2023)	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

1.8	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Als Selbstberichtsinstrument soll aufgrund der psychometrischen Güte die deutsche Version des ITQ (International Trauma Questionnaire, ICD 11) zur Erfassung der komplexen posttraumatischen Symptomatik verwendet werden.	
	vgl. Seiler et al. (2023)	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

1.9	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Im Rahmen der Diagnostik der (k)PTBS sollte die psychosoziale Funktionsfähigkeit und/oder Lebensqualität mit erhoben werden. Zur Erfassung sollten diagnoseübergreifende reliable und valide Instrumente eingesetzt werden.	
	vgl. Benfer & Litz (2023); Mahony & Marx (2020); Rodriguez et al. (2012); Scoglio et al. (2022)	
	Konsensstärke: 91,3 % (Konsens)	

3.1.4 Hintergrund der Evidenz

3.1.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 1.1

Darlegung der Evidenzgrundlage

Der psychodiagnostischen Befund- und Anamneseerhebung kommt für die weitere Behandlung eine weichenstellende Bedeutung zu. Hierbei ist es wichtig, eine ausreichend vertrauensvolle Beziehung herzustellen, die es dem/der Patient:in ermöglicht, sich mit den traumatischen Erfahrungen und möglichen Folgesymptomen auseinander zu setzen und diese mitzuteilen. Viele Betroffene vermeiden es, z.B. aufgrund von Schamerleben oder der störungsimmanenten Vermeidungssymptomatik, über erlebte Traumatisierungen zu sprechen, oder haben aufgrund von dissoziativer Symptomatik nur schwer Zugang, wodurch sowohl traumatische Erfahrungen als auch damit zusammenhängende Symptome ohne eine aktive Exploration übersehen werden können. Aufgrund der hohen Prävalenzen von potenziell traumatischen Ereignissen über die Lebensspanne hinweg und der (k)PTBS (1-3, 5, 9, 10) sowie einer häufigen Komorbidität von (k)PTBS mit anderen psychischen Erkrankungen (11-14), sollte daher auch bei Patient:innen, die nicht unmittelbar davon berichten und bei denen möglicherweise erst einmal ein anderes Anliegen im Vordergrund steht, aktiv nach Traumatisierungen und daraus resultierenden Belastungen gefragt werden, um diese nicht zu übersehen. Die (k)PTBS geht zudem mit einer Reihe von negativen gesundheitlichen Folgen einher, wie z.B. arteriellen, muskuloskelettalen, gastrointestinalen, dermatologischen, autoimmunen und zerebrovaskulären Erkrankungen (10, 15). Menschen mit (k)PTBS nehmen daher auch häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch (16, 17) und die erste Anlaufstelle für Personen mit traumatischen Erfahrungen und (k)PTBS-Symptomen können neben Psychotherapeut:innen auch Hausärzt:innen (oder andere Fachärzt:innen) aufgrund von körperlichen Symptomen sein. Studien aus dem Bereich der hausärztlichen Versorgung und anderen primären Versorgungskontexten zeigen, dass potenziell traumatische Ereignisse und mögliche (k)PTBS-Symptome hier nicht immer spontan berichtet werden (18). Vor Beginn einer Behandlung sollte auch deshalb eine gründliche Anamnese und Diagnostik durchgeführt werden, da es durch eine ausbleibende oder eine nicht indizierte Behandlung zur Chronifizierung und hohen gesellschaftlichen Kosten kommen kann und die Ressourcen des Gesundheitssystems nicht effizient eingesetzt werden (19, 20).

Eine aktive Erfragung im Rahmen einer umfassenden Befund- und Anamneseerhebung erlaubt gezielt eine darauffolgende, vertiefte Exploration (siehe Empfehlung 1.2) und anschließend ggf. eine traumaspezifische Diagnostik und Symptomerfassung (siehe Empfehlung 1.4). In Settings mit geringeren zeitlichen und personellen Ressourcen wird für die Anamnese auch der Einsatz von Screeninginstrumenten als sinnvoll erachtet (siehe Empfehlung 1.3).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Eine nicht erkannte und entsprechend behandelte Störung kann chronifizieren und zu einer dauerhaften und schweren Beeinträchtigung der psychischen und somatischen Gesundheit sowie des psychosozialen Funktionsniveaus und der gesellschaftlichen Teilhabe der Betroffenen führen (21-23). Bei Einhaltung des oben beschriebenen Vorgehens ist kein Schaden durch das Erfragen potenziell traumatischer Erfahrungen in der Lebensgeschichte zu erwarten. Daher wird bzgl. des proaktiven Erfragens von traumatischen Erfahrungen in der Lebensgeschichte nach Abwägung von Nutzen und Schaden eine starke Empfehlung ausgesprochen.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Diese Empfehlung gilt für alle Personengruppen. Ggf. muss das Vorgehen individuell angepasst werden, z.B. indem zusätzlich fremdanamnestiche Informationen erhoben werden.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Die Erfassung erfolgt im Rahmen eines empathischen Anamnesegesprächs. Den Patient:innen wird dabei übermittelt, dass potenziell traumatische Ereignisse bei jede:r Patient:in unabhängig vom Vorstellungsgrund erfragt werden, damit nichts übersehen wird. Der/die Patient:in ist zu ermutigen, alle Fragen zu stellen, die sie oder er zur Befund- und Anamneseerhebung hat. Für die Bereitschaft von Patient:innen, von ihren Traumatisierungen zu berichten, wird Wertschätzung ausgedrückt. Eine ausführliche Exploration aller potenziell traumatischen Erfahrungen ist im Erstgespräch nicht notwendig; in Folge kann eine ausführliche Traumaanamnese durchgeführt werden (siehe Empfehlung 1.2).

3.1.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 1.2

Darlegung der Evidenzgrundlage

Das Ziel einer Traumaanamnese besteht darin, zu erfassen, welche potenziell traumatischen Ereignisse eine Person in ihrer Lebensgeschichte erlebt hat. Ziel ist es die Ereignisse zu identifizieren, die zu emotionalen Reaktionen führten. Dem Risiko, eine (k)PTBS zu entwickeln, liegt zudem ein Dosis-Wirkungs-Effekt zugrunde: Je häufiger und schwerer die traumatischen Erfahrungen sind, desto wahrscheinlicher entwickelt sich eine PTBS-Symptomatik (24). Eine differenzierte Traumaanamnese erlaubt mehr Details zu potenziell traumatischen Ereignissen zu erfragen. Dabei kann u.a. erfragt werden, wie viele potenziell traumatische Ereignisse erlebt wurden, wann diese erlebt wurden, ob sie selbst erlebt oder beobachtet wurden, inwiefern sie subjektiv als traumatisch erlebt wurden, etc. Diese Informationen bereiten ggf. eine weiterführende (k)PTBS-Diagnostik sowie darüber hinaus eine weiterführende (Differential-)Diagnostik vor, da potenziell traumatische Ereignisse in der Lebensgeschichte auch einen Risikofaktor für weitere psychische Störungen darstellen. Weiterhin können so

potenzielle Retraumatisierungen identifiziert werden und eine Akkumulation (Traumaload) erkannt werden (25-28).

Bei der Traumaanamnese ist es in der Regel initial nicht notwendig bzw. indiziert, Details der traumatischen Erfahrungen zu explorieren, sondern ausreichend, zunächst eine kurze Beschreibung des Erlebten zu erheben. Ein Instrument für die Traumaanamnese ist die Life Events Checklist für das DSM-5 (LEC-5)(29), die 17 potenziell traumatische Ereignisse bzw. Kategorien enthält. Sie ist als Interview oder als Selbstbericht durchführbar. Die LEC-5 weist in der englischsprachigen Version gute psychometrische Kennwerte auf z.B. (30). Sie ist frei erhältlich, auch in der deutschen Version. Eine Abklärung akuter Bedrohung ist zu diesem Zeitpunkt äußerst relevant. In der Diagnostik, insbesondere bei zwischenmenschlichen Traumatisierungen in der Vorgeschichte, sind Fragen dazu, ob es im Leben der Person aktuell weiterhin bzw. erneut potenziell traumatische Ereignisse gibt, wichtig. Wenn der Verdacht auf anhaltende körperliche oder sexuelle Gewalt oder Sicherheitsbedenken bestehen, ist es unerlässlich zu besprechen, wie die Sicherheit der Person erhöht werden kann.

Nach potenziell traumatischen Ereignissen kann es zu unterschiedlichen Belastungsreaktionen kommen. Der Zweck einer (k)PTBS-Diagnostik besteht im Folgeschritt darin, festzustellen, ob die Person (k)PTBS-Symptome aufweist, die mit einem oder mehreren der identifizierten Belastungen verursachenden Ereignisse zusammenhängen. Sowohl die differenzierte Traumaanamnese als auch die anschließende Diagnostik potenzieller (k)PTBS- Symptome sollen durch einschlägig qualifizierte Personen durchgeführt werden.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Eine ausführliche Traumaanamnese ist weichenstellend für den weiteren Verlauf der Diagnostik. Nach Abwägung von Nutzen und Schaden einer ausführlichen Traumaanamnese wird eine starke Empfehlung ausgesprochen.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Diese Empfehlung gilt für alle Personengruppen. Ggf. muss das Vorgehen individuell angepasst werden, z.B. indem zusätzlich fremdanamnestiche Informationen erhoben werden.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Dem/der Patient:in wird zu Beginn das Vorgehen und der Ablauf der Traumaanamnese erläutert, und der/die Patient:in ist zu ermutigen, auch hier alle Fragen zu stellen, die er/sie zur Traumaanamnese hat. Es gelten die in der Einleitung allgemein beschriebenen Empfehlungen zur qualitativ guten Durchführung diagnostischer Gespräche.

3.1.4.3 Hintergrundtext zur Empfehlung 1.3

Darlegung der Evidenzgrundlage

Wie oben beschrieben, ist es zentral, potenziell traumatische Erfahrungen und daraus resultierende Symptome und Beeinträchtigungen in verschiedenen Behandlungskontexten proaktiv zu erfragen. Wenn keine differenzierte Traumaanamnese möglich ist, sollen PTBS-Screeninginstrumente eingesetzt werden. Screeninginstrumente ermöglichen eine verlässliche und ressourcenschonende erste Übersicht über potenziell traumatische Ereignisse in der Lebensgeschichte und/oder die PTBS-Symptomatik. So können Personen mit wahrscheinlicher PTBS verlässlich identifiziert und entsprechend passende Behandlungsangebote gemacht werden, was eine effiziente Nutzung verfügbarer Ressourcen im Gesundheitssystem erlaubt vgl. (18).

Aus verschiedenen Gründen kann eine differenzierte Traumaanamnese nicht möglich sein. Dies können sprachliche Barrieren sein, wenn Behandler:in und Patient:in nicht in einer gemeinsamen Sprache kommunizieren können z.B. bei Menschen mit Fluchterfahrung, die ein hohes Risiko für das Erleben eines traumatischen Ereignisses und für die Entwicklung einer Traumafolgestörung haben (31-33). Auch in anderen Kontexten, wie der hausärztlichen Versorgung oder anderen primären Versorgungskontexten gibt es zeitliche Restriktionen und weitere Hürden, die es nicht immer erlauben, eine ausführliche Traumaanamnese mit allen Patient:innen durchzuführen (34). In Populationen von Einsatzkräften, die im beruflichen Kontext wiederholt mit potenziell traumatischen Erfahrungen konfrontiert sein können (wie z.B. im Militär, bei Feuerwehr, Polizei und im Rettungsdienst), ist ein regelmäßiger und wiederholter Einsatz von Screeninginstrumenten ebenfalls eine Möglichkeit zur Identifikation von berufsbedingten Belastungen und möglichen Bedarfen (35, 36) .

Der Einsatz von reliablen und validen Screeninginstrumenten ist ein Schritt, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass anschließend eine gezielte ausführliche Traumaanamnese und (k)PTBS-Diagnostik bei Personen mit auffälligen Ergebnissen stattfindet (z.B. in Veteran:innen-Stichproben) (37, 38) und somit einer Chronifizierung und langfristigen Einschränkung der Gesundheit und Teilhabe vorgebeugt wird. Auch in Stichproben mit Menschen mit Fluchterfahrungen zeigen verschiedene Screeninginstrumente eine ausreichende psychometrische Güte und entsprechenden Nutzen für die kosteneffiziente Identifikation von weiteren Bedarfen (39). Als hilfreiche Instrumente haben sich der “Primary Care PTSD Screen for DSM-5” (PC-PTSD-5)(40) und die Kurzversionen der PCL-5 (41-43) erwiesen. Zudem hat sich die “Life Events Checklist for DSM-5” (LEC-5)(29) zur Erfassung potenziell traumatischer Ereignisse als geeignet für den Einsatz in verschiedenen Sprachen und Personengruppen gezeigt. In diesem Bereich fehlen allerdings internationale Übersichtsarbeiten und aggregierte Evidenz sowie Literatur für den deutschsprachigen Raum.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Aufgrund des minimalen zeitlichen Aufwands und der breiten Verfügbarkeit von Screeninginstrumenten mit ausreichender psychometrischer Güte in der internationalen Literatur und dem Potenzial Personen mit potenzieller PTBS zu identifizieren, wird eine starke Empfehlung ausgesprochen, Screeninginstrumente zu verwenden, wenn keine differenzierte Traumaanamnese möglich ist. Der Aufwand und die Belastung der Patient:innen durch das Screeninginstrument ist minimal. Ein Schaden beim Einsatz von Screeninginstrumenten ist nicht zu erwarten, sodass der Nutzen deutlich überwiegt.

Wichtige Diskussionspunkte waren der optimale Einsatz der Screeninginstrumente. Dieser sollte gründlich abgewogen werden vor dem Hintergrund der verfügbaren (zeitlichen) Ressourcen, wenn keine differenzierte Traumaanamnese möglich ist.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Diese Empfehlung gilt uneingeschränkt für alle Personengruppen, bei denen keine differenzierte Traumaanamnese möglich ist und die selbstständig in der Lage sind, ein Screeninginstrument auszufüllen.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Der Einsatz der Screeninginstrumente findet bestenfalls in einer ungestörten Umgebung und mit ausreichender Privatsphäre statt, sodass andere Personen keine Einblicke in die persönlichen Angaben haben. Screeninginstrumente können sowohl mit Papier und Stift als auch auf digitalen Endgeräten wie Tablets ausgefüllt werden. Nach einem positiven Screening sollten zeitnah weitere Schritte hinsichtlich einer umfassenden (k)PTBS-Diagnostik in die Wege geleitet werden.

3.1.4.4 Hintergrundtext zur Empfehlung 1.4

Darlegung der Evidenzgrundlage

In der Regel sollen systematische Instrumente ergänzend zu Anamnesegesprächen und einer sorgfältigen Exploration im klinischen Alltag eingesetzt werden, um die Diagnostik der (k)PTBS zu unterstützen. Grundsätzlich ist zwischen Selbstberichts- und Diagnoseinstrumenten zu unterscheiden. Letztere liegen meist als strukturierte klinische Interviews vor. Die Vorteile eines strukturierten klinischen Interviews liegen in einer höheren Beurteilerübereinstimmung und einer zuverlässigeren Diagnosestellung (44). Für die Verwendung von Interviews sollte ausreichend klinische Erfahrung mit Traumafolgestörungen vorliegen und die Anwendung der Interviews sollte in einer Schulung erlernt werden. Im Gegensatz zu klinischen Interviews ist die Anwendung von Selbstberichtsinstrumenten meist zeitökonomischer, da sie von dem/der Patient:in selbst ausgefüllt werden. Sie können wichtige Informationen über das gesamte Symptomspektrum sowie über Symptommhäufigkeit, -intensität und Beeinträchtigungsgrad geben. Zudem ergänzen und untermauern Selbstberichtsinstrumente den klinischen Eindruck.

Die Durchführung von strukturierten oder standardisierten Interviews, die ursprünglich zur Sicherung zuverlässiger Diagnosen im Bereich der Forschung entwickelt wurden, ist auch in der klinischen Praxis empfohlen (45). Strukturierte Interviews erlauben eine systematische Erfassung der entsprechenden Kriterien und durch die standardisierte Befunderhebung werden die Diagnosen und eine Einschätzung der aktuellen Symptomschwere zuverlässiger (44). Sie erlauben im Gegensatz zu Selbstberichtsinstrumenten eine Diagnosestellung. Selbstberichtsmaße erlauben eine systematische Erfassung der aktuellen Symptomschwere und ihres Verlaufs vor, während und nach der Behandlung, hingegen keine Diagnosestellung.

Die Verwendung von Interviews ist (zeit-)aufwändiger in der Vorbereitung und Durchführung als die von Selbstberichtsinstrumenten. Dafür ist mit Interviews eine umfassendere Befunderhebung möglich (46). Zeitliche Kapazitäten und die angestrebte Befundtiefe können miteinander abgewogen werden, um zu einer Entscheidung zu kommen. Bei geringeren zeitlichen Ressourcen ist statt der Durchführung von Interviews auch die Verwendung eines Selbstberichtsinstrumentes zur Erfassung der Traumaanamnese, der Symptomschwere oder auch als Screeninginstrument möglich (47). Vor der Durchführung sollten sich die Behandelnden mit dem jeweiligen Instrument ausreichend vertraut machen.

Nach der Diagnosestellung und/oder einer initialen Symptomerfassung mittels eines Selbstberichtsinstrumentes können letztere im therapeutischen Prozess auch zur Behandlungsplanung, zur Erfassung des therapeutischen Fortschritts im Therapieverlauf, und ggf. zur Anpassung des Vorgehens eingesetzt werden. Weiterhin ist zu bedenken, dass sowohl bei Interviews als auch bei Selbstberichtsinstrumenten Versionen für unterschiedliche Beurteilungszeiträume vorliegen und die Symptome entweder z.B. für die letzte Woche, den letzten Monat oder den schlechtesten Monat abgefragt werden können.

Folgende (psychometrische) Gütekriterien sind relevant und wurden in der diesem Kapitel zugrunde liegenden Literatur zur Untersuchung der Instrumente angewendet: 1. Validität; 2. Reliabilität; 3. Utility/Ökonomie; 4. Sensitivität für Veränderung.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Die Güte der Diagnose wird durch die Verwendung von Interviews erhöht, und Selbstberichtsinstrumente erlauben eine valide und reliable Erfassung der Symptomschwere. Je nach zeitlichen und personellen Ressourcen ist abzuwägen, welche Instrumente angewendet werden. Von der Anwendung ist kein Schaden zu erwarten, weshalb eine starke Empfehlung für den Einsatz von strukturierten klinischen Interviews und Selbstberichtsinstrumenten ausgesprochen wird. Diskutiert wurde die Machbarkeit der Umsetzung von strukturierten diagnostischen Interviews in der klinischen Praxis und die Abstufung, zwar generell Interviews und Selbstberichtsinstrumente zu empfehlen, aufgrund der Güte aber auf die bevorzugte Wahl der zeit- und durchführungsintensiveren Interviews hinzuweisen.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Diese Empfehlung gilt für alle Personengruppen. Ggf. muss das Vorgehen individuell angepasst werden, z.B. indem zusätzlich fremdanamnestic Informationen erhoben werden. Entsprechende Instrumente müssen möglicherweise an die Bedürfnisse von spezifischen Personengruppen angepasst werden.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Vor der Anwendung von strukturierten Interviews wird die Teilnahme an einer Schulung empfohlen. Bei der Verwendung und Auswertung von Interviews und Selbstberichtsinstrumenten sollte die Aufmerksamkeit weiterhin bei dem/der Patient:in liegen und nicht nur ein Wert eingetragen oder "abgelesen" werden. Wie auch generell bei der Anamnese gilt es, das Vorgehen mit dem/der Patient:in zu besprechen, es angemessen zu erklären, sowie die Fragen des/der Patient:in zu beantworten.

3.1.4.5 Hintergrundtext zur Empfehlung 1.5

Darlegung der Evidenzgrundlage

Der Einsatz der beiden strukturierten Interviews ITI (International Trauma Inventory, ICD-11)(48) sowie CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5)(49) in ihren deutschen Versionen zur Unterstützung der Diagnostik der PTBS wird empfohlen, da es sich zum aktuellen Zeitpunkt um die beiden einzigen strukturierten Interviews zur Diagnostik der PTBS in deutscher Sprache mit ausreichender psychometrischer Güte handelt, die die Kriterien der PTBS nach aktuell oder zukünftig gültigen Klassifikationssystemen erfassen (ICD-10, ICD-11, DSM-5). Beide Instrumente sind frei zugänglich und können daher in den verschiedenen Versorgungskontexten kostenfrei eingesetzt werden.

Die Literatursuche wurde auf weitere Instrumente ausgeweitet, die im deutschsprachigen Bereich in der Praxis Anwendung finden, wie z.B. das CIDI-5 (Composite International Diagnostic Interview, Version 5)(50), das ETI (Essener Trauma Inventar)(51) oder das SCID-5-CV (Structured Clinical Interview for DSM-5, Clinician Version) (52, 53), wobei das ETI die diagnostischen Kriterien der PTBS nach DSM-IV erhebt und für die transdiagnostischen Instrumente CIDI-5 und SCID-5-CV keine ausreichenden Validierungsergebnisse der PTBS-Sektion in deutscher Sprache vorliegen. Bekannte und in der Praxis bewährte Instrumente wie das ETI bedürfen daher einer Aktualisierung, um eine Diagnostik anhand der aktuell und/ oder zukünftig gültigen Diagnosekriterien zu gewährleisten. Transdiagnostische Instrumente wie das CIDI-5 und SCID-5-CV können im klinischen Alltag eine Möglichkeit darstellen, die PTBS gleichzeitig mit anderen Komorbiditäten bzw. differentialdiagnostisch zu anderen Störungen zu betrachten. Auch hier werden Studien aus dem deutschen Sprachraum mit ausreichend hohen Anteilen an Patient:innen mit PTBS benötigt.

Weiterhin besteht eine Diskrepanz zwischen verfügbaren Instrumenten und Literatur im internationalen, in der Regel englisch-sprachigen Raum im Vergleich zum deutschen Sprachraum. Eine Vielzahl von Studien validieren die CAPS-5 in englischer Sprache, sowie vereinzelt in unterschiedlichen nicht-englischsprachigen Kontexten, und belegen die Güte des Instrumentes in verschiedenen Sprachen und Kulturen (54). Diese umfassende Validierung und Zuverlässigkeitsbewertung unterstützt die Verwendung der CAPS-5 als robustes Instrument zur Diagnose der PTBS in verschiedenen Bevölkerungsgruppen und Umgebungen.

Auch für das ITI gibt es international mehr Validierungsstudien als im deutschsprachigen Raum. Es liegen u.a. Studien aus Deutschland (55), Litauen (56), Schweden (57), Südkorea (58) und in einer Stichprobe von Menschen mit Fluchterfahrung (59) vor. Diese zeigen eine ausreichende psychometrische Güte für die Verwendung des ITI in verschiedenen Sprachen und Kontexten. Aggregierte Evidenz in Form von Meta-Analysen oder systematischen Literaturreviews zur Verwendung des ITI liegt noch nicht vor.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Die Nutzung von strukturierten diagnostischen Interviews wurde ausführlich im Hintergrundtext zur vierten Empfehlung dargestellt. Hinzu kommt, dass eine standardisierte Durchführung von Patient:innen in der Regel sehr gut akzeptiert wird (60). Ein unmittelbarer Schaden ist nicht zu erwarten. Zudem sind beide Instrumente frei zugänglich und somit in verschiedenen Kontexten gut nutzbar. Daher führte die Abwägung von Nutzen und Schaden zu einem starken Empfehlungsgrad für den Einsatz des ITI und der CAPS-5. Insbesondere bei der CAPS-5 handelt es sich um ein Instrument, das vor allem im Forschungskontext Anwendung findet. Gleichzeitig ist der Nutzen für die Praxis bei ausreichend vorhandenen zeitlichen Ressourcen ebenfalls gegeben. Das ITI stellt eine Alternative dar, mit der gleichzeitig PTBS und kPTBS diagnostiziert werden können. Die Anwendungsdauer wird aus Patient:innenperspektive als insgesamt gut eingeschätzt (55).

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft

Keine.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Für die qualitativ gute Durchführung der strukturierten Interviews CAPS-5 und ITI gelten dieselben Empfehlungen, die in der Einleitung sowie unter Empfehlung 4 beschrieben wurden.

3.1.4.6 Hintergrundtext zur Empfehlung 1.6

Darlegung der Evidenzgrundlage

Wir empfehlen den Einsatz der drei im deutschen Sprachraum psychometrisch validierten Selbstberichtsinstrumente PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5)(61), PDS-5 (PTSD Diagnostic Scale for DSM-5)(62) oder ITQ (International Trauma Questionnaire, ICD-11)(63) zur Erfassung der posttraumatischen Symptomatik. Diese Selbstberichtsinstrumente können in der Diagnostik zur Erhebung der Symptomschwere, während der Behandlung zur Verlaufsmessung und nach Abschluss der Behandlung zur Evaluation des Therapieerfolgs (auch im Rahmen von Katamnesen) eingesetzt werden. Eine Diagnosestellung basierend einzig auf Selbstberichtsinstrumenten ist nicht möglich. Bei den drei oben genannten Selbstberichtsinstrumenten handelt es sich zum aktuellen Zeitpunkt um die einzigen zur Erfassung der PTBS-Symptomschwere in deutscher Sprache mit ausreichender psychometrischer Güte, die die Symptome der PTBS nach aktuell oder zukünftig gültigen Klassifikationssystemen erfassen (ICD-10, ICD-11, DSM-5). Alle drei Instrumente sind kostenfrei im Internet verfügbar. Insbesondere der ITQ wird in diversen Sprachversionen angeboten (vgl. www.traumameasuresglobal.com/itq), wodurch der Einsatz in verschiedenen Kontexten erleichtert wird. Insgesamt existiert eine Vielzahl an Studien im internationalen, in der Regel englisch-sprachigen Raum im Vergleich zum deutschen Sprachraum, die die psychometrische Güte der PCL-5 belegen. Diese umfassende, internationale Validierung und Zuverlässigkeitsbewertung unterstützt die Verwendung der PCL-5 als robustes Instrument zur Erhebung der Symptomschwere der PTBS in verschiedenen demographischen und klinischen Bevölkerungsgruppen und Umgebungen. Neben einer Validierungsstudie im deutschen Sprachraum (62) liegen weitere internationale Studien zur psychometrischen Güte des Selbstberichtsinstruments PDS-5 vor (z.B. Arabisch: (64); Englisch: (64, 65)). Auch für den ITQ gibt es international mehr Validierungsstudien (vgl. www.traumameasuresglobal.com/itq) als im deutschsprachigen Raum (66). Es liegt zudem eine adaptierte Version für Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung in englischer Sprache vor (67). Diese zeigen die psychometrische Güte für die Verwendung des ITQ in verschiedenen Sprachen und Kontexten. Aktuell gibt es keine weiteren Instrumente, die auf den Kriterien nach ICD-10, ICD-11 oder dem DSM-5 beruhen und in deutschen Stichproben ausreichend psychometrisch validiert wurden. Neben den beschriebenen Selbstberichtsinstrumenten wurde auch nach Literatur für die IES-R (Impact of Event Scale - revised)(68) gesucht. Diese beruht jedoch auf den DSM-IV-Kriterien und entspricht somit keinem aktuellen Klassifikationssystem, weshalb eine Aktualisierung und anschließende psychometrische Validierung notwendig ist, um die Erhebung der Symptome entsprechend aktuellen Kriterien zu gewährleisten.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Der Einsatz von Selbstberichtsinstrumenten vor, während und nach der Behandlung ist eine zusätzliche Möglichkeit des Symptommonitorings und kann einer Anpassung des therapeutischen Vorgehens und der Qualitätssicherung während der Behandlung dienen. Gleichzeitig sind Selbstberichtsinstrumente in der Regel leicht zu handhaben und auszuwerten und benötigen wenig zusätzliche Ressourcen des/der Behandler:in (45). Zudem sind die empfohlenen Instrumente frei zugänglich. Vor dem Hintergrund von Kosten und Nutzen

wurde eine starke Empfehlung zur Verwendung von Selbstberichtsinstrumenten zur Erfassung der Symptomschwere ausgesprochen.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Diese Empfehlung bezieht sich auf alle Personengruppen, die ausreichend lesen können und in deren Sprache eine Version der Instrumente vorliegt. Für andere Personengruppen muss ggf. das Vorgehen den Umständen angepasst werden, z.B. mithilfe von Sprachmittlung oder anderer Unterstützung beim Ausfüllen der Selbstberichtsinstrumente.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Psychometrische Studien zur Anwendung der verschiedenen Selbstberichtsinstrumente in unterschiedlichen Populationen deuten darauf hin, dass sich je nach Merkmalen der Population (z.B. Alter, Geschlecht, Veteran:innen vs. Zivilist:innen) die Cut-off-Werte für eine klinisch bedeutsame PTBS-Symptomatik und/oder für eine klinisch bedeutsame Veränderung der Symptomatik unterscheiden können. Diese sollten bei der Anwendung berücksichtigt werden.

3.1.4.7 Hintergrundtext zur Empfehlung 1.7

Darlegung der Evidenzgrundlage

Bei der Diagnose der kPTBS handelt es sich um eine vergleichsweise neue diagnostische Kategorie, die erstmals mit der Einführung der ICD-11 in ein Klassifikationssystem aufgenommen wurde. Dementsprechend wird sie zukünftig auch im deutschsprachigen Versorgungssystem reliabel und valide diagnostiziert werden müssen. Bislang existiert ein strukturiertes diagnostisches Interview zur Diagnostik der kPTBS, das in einer psychometrisch validierten Version für den deutschen Sprachraum vorliegt. Das ITI wurde bereits im Hintergrundtext zu Empfehlung 5 vorgestellt. Die Vorteile des ITI liegen neben seiner internationalen Anwendung darin, dass es parallel die Diagnostik der PTBS und kPTBS ermöglicht und kostenfrei zugänglich ist. Um mithilfe der CAPS-5 ebenfalls kPTBS diagnostizieren zu können, wurde ein zusätzliches Set an Items entwickelt. Das COPISAC (Complex PTSD Item Set additional to the Clinician Administered PTSD Scale) wurde international bereits validiert und eingesetzt. Für den deutschen Sprachraum wird die psychometrische Güte aktuell untersucht (vgl. (69)). Ein weiteres im englischsprachigen Raum vorliegendes semi-strukturiertes Interview gemäß ICD-11 ist die SOTS (Symptoms of Trauma Scale). Sie wurde bislang noch nicht ins Deutsche übersetzt, und auch für die englische Version sind weitere Validierungsstudien notwendig (70).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Auch im Rahmen der Diagnostik einer kPTBS gelten die gleichen Vorteile und Abwägungen eines strukturierten diagnostischen Interviews wie bei der Diagnostik der PTBS. Aufgrund dessen wird eine starke Empfehlung für die Verwendung eines strukturierten diagnostischen Interviews ausgesprochen. Das ITI hat zusätzlich den Vorteil, dass beide Diagnosen in einem Interview erfasst werden.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Keine.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Für die Durchführung des strukturierten Interviews ITI gelten dieselben Empfehlungen einer qualitativ guten Durchführung, die in der Einleitung sowie unter Empfehlung 4 beschrieben wurden.

3.1.4.8 Hintergrundtext zur Empfehlung 1.8

Darlegung der Evidenzgrundlage

Wie unter 1.4.7 ausgeführt, handelt es sich bei der kPTBS um eine neue diagnostische Kategorie in der ICD-11. Zur zukünftigen reliablen und validen Erfassung der Symptomschwere der kPTBS vor, während und nach der Behandlung sind auch hier, wie bei der PTBS, Selbstberichtsinstrumente zu empfehlen. Bislang existiert mit dem ITQ ein Selbstberichtsinstrument zur Erfassung der Symptomschwere der kPTBS, das in einer psychometrisch validierten Version für den deutschen Sprachraum vorliegt. Der ITQ wurde bereits unter 1.4.5 vorgestellt. Die Vorteile des ITQ liegen in der parallelen Erfassung der Symptomschwere der PTBS und kPTBS, in dem kostenfreien Zugang und in der internationalen Anwendbarkeit. Bislang gibt es nur eine Studie für die Validierung der deutschen Version des ITQ (66) und es liegen keine weiteren Instrumente vor, die in deutschen Stichproben ausreichend psychometrisch validiert wurden. Insgesamt sind daher weitere Studien empfehlenswert, um eine valide Erfassung der kPTBS Symptomatik zu untersuchen. Für die Durchführung weiterer Studien spricht aus ethischer Sicht auch, dass eine Studienteilnahme von Personen mit PTBS in der Regel nicht als belastend empfunden wird, sondern sogar häufig als positiv und von gesellschaftlichem Nutzen erlebt wird. Bei der kPTBS gibt es bislang keine Hinweise darauf, dass dies hier anders sein sollte (71).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Auch bei der Erfassung der Symptomschwere der kPTBS gelten die gleichen generellen Vorteile und Abwägungen des Einsatzes von Selbstberichtsinstrumenten wie bei der PTBS. Aufgrund dessen wird eine starke Empfehlung für die Verwendung eines

Selbstberichtsinstrumente ausgesprochen. Der ITQ hat zusätzlich den Vorteil, dass Symptome beider Diagnosen in einem Instrument erfasst werden.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft

Diese Empfehlung bezieht sich auf alle Personengruppen, die ausreichend lesen können und in deren Sprache eine Version des ITQ vorliegt. Für andere Personengruppen muss ggf. das Vorgehen den Umständen angepasst werden, z.B. mithilfe von Sprachmittlung oder anderer Unterstützung beim Ausfüllen der Selbstberichtsinstrumente.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

3.1.4.9 Hintergrundtext zur Empfehlung 1.9

Darlegung der Evidenzgrundlage

Im Rahmen einer ganzheitlichen Behandlung und Genesung sollten neben der Reduktion der störungsspezifischen (k)PTBS-Symptome auch Veränderungen im psychosozialen Funktionsniveau, der Lebensqualität und der gesellschaftlichen Teilhabe im diagnostischen Prozess berücksichtigt werden. Für das Leben und den Alltag von Personen mit (k)PTBS spielen Beeinträchtigungen in diesen Lebensbereichen eine wichtige Rolle. In einer umfassenden Befund- und Anamneseerhebung werden über den Fokus auf eine mögliche (k)PTBS und die Diagnose hinaus idealerweise auch die resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe, die Familien-, Wohn- und Arbeitssituation, der gesundheitliche Status, und für die (k)PTBS relevante Faktoren wie Täterkontakte, dependente Gewaltbeziehungen, oder z.B. der Rechts- und Aufenthaltsstatus bei Menschen mit Fluchterfahrung erhoben. Diese Informationen können im Rahmen von rechtlichen Angelegenheiten nach Traumatisierungen im beruflichen Kontext, im Rahmen der Anwendung von Opferentschädigungsgesetzen und anderen zivilrechtlichen Prozessen von Relevanz sein. Weitere Erhebungen können im Verlauf der Behandlung sowie nach der Behandlung und während der Katamnesen sinnvoll sein. Die oben genannten Übersichtsarbeiten geben einen Überblick über die international, oft in Englisch verfügbaren Instrumente sowie ihre Stärken und Schwächen (72-75). Einige der oben genannten strukturierten diagnostischen Interviews und Selbstberichtsinstrumente (z.B. CAPS-5, ITI, PCL-5, ITQ) erfassen mit einzelnen Items die Beeinträchtigung durch die (k)PTBS-Symptomatik. Diese Items können bereits wichtige Informationen zu möglichen Beeinträchtigungen und/oder Veränderungen in diesen Bereichen geben. International gibt es bereits drei Instrumente, die Beeinträchtigungen des psychosozialen Funktionsniveaus, der Lebensqualität und der gesellschaftlichen Teilhabe spezifisch für PTBS erfassen: das IPF (Inventory of Psychosocial Functioning)(76), seine Kurzversion B-IPF (Brief Inventory of Psychosocial Functioning)(77) und das PRFI (Posttraumatic Stress Related Functioning Inventory)(78). Die ersten beiden Instrumente wurden im englischen Sprachraum und im

Kontext der Versorgung von Veteran:innen entwickelt und evaluiert. Zukünftig muss ihre Nützlichkeit für andere von (k)PTBS-betroffene Populationen und Sprachversionen untersucht werden. Bislang liegen in deutscher Sprache keine störungsspezifischen oder im Kontext der (k)PTBS psychometrisch validierten Messinstrumente vor. Verschiedene Instrumente zur Erhebung des psychosozialen Funktionsniveaus, der Lebensqualität und der gesellschaftlichen Teilhabe über verschiedene Störungsbilder hinweg liegen auch auf Deutsch vor, aber noch nicht immer in psychometrisch validierten Versionen. Zur Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus gehören dazu bspw. die folgenden Instrumente (vgl. Correll et al. 2025; (79)): die MOS SF-36 (Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey)(80) und ihre Kurzform MOS SF-12 (Medical Outcomes Study 12-item Short-Form Health Survey; z.B. (81)) sowie die WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule II) (82, 83). Zur Erhebung des Wohlbefindens im Kontext von PTBS eignet sich der PWI (Personal Wellbeing Index) (84). Zur Erfassung der Lebensqualität und Lebenszufriedenheit können der Q-LES-Q-SF (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire - Short Form) (85, 86), die WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Brief Version) (87) oder der WHO-5 (World Health Organization Well-Being Index) (88) eingesetzt werden. Darüber hinaus haben sich über Störungsbilder hinweg der EQ-5D-5L (European Quality of Life 5-Dimension 5-Level questionnaire) (89, 90) und das QOLI (Quality of Life Inventory)(91) als nützlich erwiesen.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Ein umfassender diagnostischer Prozess ist bereits zeitaufwändig und in bestimmten klinischen Kontexten mit Herausforderungen verbunden. Die Erhebung von Beeinträchtigungen des psychosozialen Funktionsniveaus, der Lebensqualität und der gesellschaftlichen Teilhabe kann zusätzliche Ressourcen erfordern. Diese sind jedoch je nach Wahl des Instruments als gering einzuschätzen. Der Nutzen der entsprechenden Erfassung kann sowohl für den Therapieverlauf als auch für das Leben der Patient:innen einen deutlichen Zugewinn bedeuten. Möglicher Schaden durch die Erhebung ist nicht zu erwarten. Daher wird eine Empfehlung für die Erhebung von Beeinträchtigungen des psychosozialen Funktionsniveaus, der Lebensqualität und der gesellschaftlichen Teilhabe ausgesprochen.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Diese Empfehlung gilt prinzipiell für alle Personengruppen. Die Wahl des Instruments und die Art der Durchführung der Erhebung sollten auf möglicherweise vorhandene spezifische Bedürfnisse von Personengruppen angepasst werden.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Bei der Wahl des Instruments sollte geprüft werden, welches Konstrukt in einem konkreten Fall von Interesse ist. Je nach Funktion der Erhebung für den diagnostischen Prozess und therapeutischen Verlauf können das psychosoziale Funktionsniveau, die Lebensqualität und

die gesellschaftliche Teilhabe unterschiedlich gewichtet werden. Zudem sollte individuell geprüft werden, wie umfassend die Erhebung sein soll und inwiefern die psychometrische Güte für eine bestimmte Population bereits gezeigt werden konnte.

3.1.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung

- Aktualisierung von in der Praxis bewährten Instrumenten für DSM-5 und ICD-11.
- Übersetzung von etablierten englischsprachigen Instrumenten und Validierung der deutschen Versionen.
- Validierungen bei spezifischen Populationen (z.B. Menschen mit Störung der Intelligenzentwicklung) und Untersuchung von verschiedenen Cut-Offs und der psychometrischen Güte in den unterschiedlichen Populationen unter Berücksichtigung genderbezogener Aspekte und weiterer Merkmale der Populationen.
- Psychometrische Testung von verschiedenen Screeninginstrumenten im deutschen Sprachraum und Quantifizierung ihres Nutzens im Gesundheitssystem.

3.2 Psychotherapeutische Behandlung

Markus Burgmer, Thomas Ehring, Thomas Frodl, Cosima Leithner, Verena Semmlinger, Regina Steil, Lutz Wittmann

3.2.1 Einleitung

In diesem Kapitel werden die Empfehlungen zur psychotherapeutischen Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei Erwachsenen vorgestellt und diskutiert. Zur Behandlung der PTBS bei Erwachsenen liegen verschiedene Interventionen vor, die in kontrollierten Therapiestudien untersucht worden sind. Ein zentrales Merkmal zur Einteilung verschiedener psychotherapeutischer Behandlungsansätze ist dabei die Unterscheidung zwischen *traumafokussierten* und *nicht-traumafokussierten* Interventionen.

Traumafokussierte Interventionen sind definiert als Behandlungsansätze, bei denen der Schwerpunkt auf der Auseinandersetzung mit den traumatischen Ereignissen und den dazugehörigen Kognitionen, Emotionen und Erinnerungen liegt. Bei *nicht-traumafokussierten* Interventionen liegt dementsprechend das Hauptaugenmerk nicht auf der Bearbeitung von traumabezogenen Kognitionen, Emotionen und Erinnerungen; sie beinhalten stattdessen zum Beispiel die Vermittlung von Fertigkeiten der Emotionsregulation, der Lösung aktueller Probleme oder des Umgangs mit posttraumatischen Belastungssymptomen.

Neben der Frage, welche Interventionen bei PTBS im Vergleich zu Kontrollbedingungen effektiv sind, wird in diesem Kapitel ebenfalls die Frage adressiert, ob es eine systematische Überlegenheit bestimmter Varianten der Psychotherapie gibt, wie die langfristigen Effekte der Psychotherapie zu bewerten sind, und ob bestimmte Modifikationen des Standardvorgehens (d.h. phasenbasierte Interventionen, technologiegestützte Interventionen, Interventionen im Gruppensetting und Interventionen in höherer Sitzungsfrequenz) zu empfehlen sind.

3.2.2 Klinische Fragestellungen

1. Welche psychotherapeutischen Interventionen (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Psychotherapie) sind bei Patient:innen mit PTBS-Symptomen im Erwachsenenalter effektiver als sowohl inaktive als auch aktive Kontrollbedingungen hinsichtlich der Reduktion von PTBS-, Depressions- und Angstsymptomen sowie der Steigerung der Lebensqualität und des Funktionsniveaus?
2. Gibt es eine systematische Überlegenheit einer Variante der traumafokussierten Psychotherapie bei Patient:innen mit PTBS-Symptomen im Erwachsenenalter hinsichtlich der Reduktion von PTBS-, Depressions- und Angstsymptomen sowie der Steigerung der Lebensqualität und des Funktionsniveaus?
3. Sind phasenbasierte psychotherapeutische Interventionen bei Patient:innen mit PTBS-Symptomen im Erwachsenenalter effektiver als rein traumafokussierte oder nicht-traumafokussierte psychotherapeutische Interventionen hinsichtlich der Reduktion von

PTBS-, Depressions- und Angstsymptomen sowie der Steigerung der Lebensqualität und des Funktionsniveaus?

4. Wie ist die Effektivität technologiegestützter (traumafokussierter) psychotherapeutischer Interventionen bei Patient:innen mit PTBS-Symptomen im Erwachsenenalter im Vergleich zu inaktiven und aktiven (insbesondere traumafokussierte psychotherapeutische Interventionen im direkten Kontakt zwischen Patient:innen und Therapeut:innen) Kontrollbedingungen hinsichtlich der Reduktion von PTBS-, Depressions- und Angstsymptomen sowie der Steigerung der Lebensqualität und des Funktionsniveaus?
5. Wie ist die Effektivität (traumafokussierter) psychotherapeutischer Behandlung von Patient:innen mit PTBS-Symptomen im Erwachsenenalter im Gruppensetting im Vergleich zu inaktiven und aktiven (insbesondere traumafokussierte psychotherapeutische Behandlung im Einzelsetting) Kontrollbedingungen hinsichtlich der Reduktion von PTBS-, Depressions- und Angstsymptomen sowie der Steigerung der Lebensqualität und des Funktionsniveaus?
6. Sind (traumafokussierte) psychotherapeutische Interventionen bei Patient:innen mit PTBS-Symptomen im Erwachsenenalter auch mittel- und langfristig wirksam hinsichtlich PTBS-, Depressions- und Angstsymptomen sowie der Lebensqualität und des Funktionsniveaus?
7. Welche Behandlungsfrequenz einer (traumafokussierten) psychotherapeutischen Behandlung von Patient:innen mit PTBS-Symptomen im Erwachsenenalter führt zu einer vergleichbaren oder höheren Effektivität als die Standardbehandlungsfrequenz von einmal pro Woche hinsichtlich der Reduktion von PTBS-, Depressions- und Angstsymptomen sowie der Steigerung der Lebensqualität und des Funktionsniveaus?

3.2.3 Empfehlungen

2.1	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)	
Empfehlungsgrad A ↑↑	Patient:innen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung soll eine traumafokussierte Psychotherapie* im Einzelsetting angeboten werden, bei der der Schwerpunkt auf der Auseinandersetzung mit den traumatischen Ereignissen und den dazugehörigen Kognitionen, Emotionen und Erinnerungen liegt.		
Yunitri et al. (2023), Bisson et al. (2013), Cuijpers et al. (2020), Cusack et al. (2016), Ehrling et al. (2014), Fortin et al. (2021), Gerger et al. (2014), Grech & Grech (2020), Hoppen et al. (2023), Hudays et al. (2022), Jericho et al. (2022), Khan et al. (2018), Lewis et al. (2020), Mavranezouli et al. (2020), McLean et al. (2022), Morina et al. (2021), Raghuraman et al. (2021), Wei & Chen (2021)			
Qualität der Evidenz			
PTBS: moderat ⊕⊕⊕⊖	Depression: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Angst: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Lebensqualität: moderat ⊕⊕⊕⊖
	Konsensstärke: 92,9 % (Konsens)		
*insbesondere folgende Interventionen werden aufgrund der robusten Evidenz empfohlen (alphabetische Aufzählung): Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Kognitive Therapie (KT), Kognitive Verarbeitungstherapie (Cognitive Processing Therapy, CPT), Narrative Expositionstherapie (NET), Prolongierte Exposition (PE).			

2.2	Konsensbasiertes Statement	Neu (2026)
	Für eine generell notwendige vorausgehende Stabilisierungsphase vor einer traumafokussierten Psychotherapie liegt derzeit für erwachsene Patient:innen mit einer PTBS keine Evidenz vor.	
	Lorbeer et al. (2022), Bisson et al. (2013), Cuijpers et al. (2020), Cusack et al. (2016), Ehrling et al. (2014), Fortin et al. (2021), Gerger et al. (2014), Grech & Grech (2020), Hoppen et al. (2023), Hudays et al. (2022), Jericho et al. (2022), Khan et al. (2018), Lewis et al. (2020), Mavranouzouli et al. (2020), McLean et al. (2022), Morina et al. (2021), Raghuraman et al. (2021), Wei & Chen (2021), Yunitri et al. (2023)	
	Konsensstärke: 90 % (Konsens)	

2.3	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)
Empfehlungsgrad 0 ⇔	Bei entsprechender Präferenz kann Psychotherapie (einschließlich traumafokussierter Psychotherapie, s. Empfehlung 2.1) für PTBS-Patient:innen auch unter Nutzung zertifizierter Videodienstanbieter erwogen werden. Dabei sind Rahmenbedingungen, Indikation sowie Risiken und Nebenwirkungen der videogestützten Therapie zu berücksichtigen.	
Scott et al. (2022)		
Qualität der Evidenz		
PTBS: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Depression: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Lebensqualität: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖
	Konsensstärke: 96,7 % (Starker Konsens)	

2.4	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)
Empfehlungsgrad 0 ⇔	Traumafokussierte Psychotherapie für PTBS kann Patient:innen auch in höherer Frequenz (d. h. mehrfach in der Woche) angeboten werden.	
Hoppen et al. (2023), Ehlers et al. (2014)		
Qualität der Evidenz		
PTBS: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Depression: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Angst: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

3.2.4 Hintergrund der Evidenz

3.2.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 2.1

Darlegung der Evidenzgrundlage

Eine Vielzahl an Meta-Analysen belegt die Überlegenheit traumafokussierter Psychotherapie im Vergleich zu nicht-traumafokussierter Psychotherapie bei der Behandlung von PTBS bei Erwachsenen. Einige dieser Meta-Analysen, darunter die von Yunitri et al. (2023)(92), untersuchen zudem die Wirksamkeit spezifischer Varianten der traumafokussierten Psychotherapie im Vergleich untereinander.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Die Formulierung einer starken Empfehlung, trotz der nur moderaten Certainty of Evidence nach GRADE, lässt sich unter anderem mit der Eindeutigkeit der Ergebnisse über viele verschiedene Meta-Analysen hinweg begründen, welche in der GRADE-Bewertung keine Berücksichtigung findet, da diese auf nur einer Meta-Analyse basiert. Zwar scheinen traumafokussierte Interventionen mit einer höheren Abbruchrate der Psychotherapie assoziiert zu sein (93), allerdings auch mit einer sehr deutlich höheren Effektivität bei der Reduktion von PTBS-Symptomen (z.B. (92-94)). Die Empfehlung in der bestehenden S3-Leitlinie wurde dahingehend präzisiert, dass spezifische traumafokussierte Methoden empfohlen werden. Dies dient unter anderem der Verdeutlichung, was genau unter traumafokussierter Therapie zu verstehen ist. Die Auswahl der genannten Manuale basiert primär auf den Ergebnissen von Yunitri et al. (2023)(92), spiegelt aber auch die Ergebnisse weiterer Meta-Analysen wider (z.B. (93, 95-97)).

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Allen erwachsenen Personen, die an einer PTBS leiden, soll eine traumafokussierte Psychotherapie, insbesondere eine der als wirksam benannten Varianten, angeboten werden. Nach einer Aufklärung über die psychotherapeutischen Optionen können Wünsche der Patient:innen berücksichtigt werden (z.B. die Präferenz einer Psychotherapie mit oder ohne formale Expositionselemente). Es gibt derzeit keine Hinweise darauf, dass eine *lege artis* durchgeführte traumafokussierte Psychotherapie bei der PTBS die Aussagefähigkeit in

Strafverfahren beeinträchtigt. Dennoch sollten die Patient:innen darüber aufgeklärt werden, dass bei einer Glaubwürdigkeitsbeurteilung mögliche Einflüsse psychotherapeutischer Maßnahmen auf eine Aussage kritisch geprüft werden könnten, so dass sie eine informierte Entscheidung über den zeitlichen Zusammenhang zwischen Psychotherapie und Strafverfahren treffen können. Praxishinweise zum Verhältnis von Psychotherapie und Strafverfahren wurden von einer Expertinnen- und Expertengruppe im Bundesministerium der Justiz erarbeitet (98).

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

In der Literatur bestehen Hinweise, dass bei der Behandlung von PTBS Psychotherapie im Gruppensetting weniger effektiv ist als Psychotherapie im Einzelsetting (z.B. (93, 99)), so dass das Einzelsetting als Behandlung erster Wahl empfohlen wird. Eine Ausnahme stellt die Cognitive Processing Therapy dar. Hier wurden vergleichsweise gute Effekte für die Durchführung in der Gruppe berichtet (100). Wie in Empfehlung 12.1 empfohlen, ist bei der Diagnostik und Therapie zudem das *shared decision making* zu beachten, bei dem die Bedarfe der Patient:innen in die Therapieplanung einfließen, wie z.B. die Wahl eines Therapieverfahrens oder Behandlungsfokus mit Bedacht auf die jeweilige Lebenssituation der Patient:innen (vgl. auch Anlage 1).

3.2.4.2 Hintergrundtext zum Statement 2.2

Darlegung der Evidenzgrundlage

Die in Empfehlung 2.1 empfohlenen hochwirksamen Therapieprogramme für PTBS beginnen unmittelbar mit der traumafokussierten Therapie ohne vorherige Stabilisierungsphase. Daraus lässt sich ableiten, dass eine Stabilisierungsphase vor der traumafokussierten Therapie nicht generell notwendig ist. Bisher liegen nur wenige randomisierte kontrollierte Studien vor, die die Behandlungseffektivität traumafokussierter Therapie mit und ohne vorheriger Stabilisierungsphase vergleichen; die wenigen vorliegenden Studien zeigen jedoch keine Überlegenheit einer phasenbasierten Behandlung mit Stabilisierungsphase gegenüber unmittelbarer traumafokussierter Therapie (z.B. (101-103)). Die Formulierung des Statements erschien notwendig, da in der klinischen Praxis die Annahme, dass eine Stabilisierungsphase vor der traumafokussierten Therapie generell notwendig sei, weit verbreitet ist, auch wenn dies nicht der Evidenzlage entspricht. Die Verwendung einer Stabilisierungsphase kann jedoch die Symptomreduktion verzögern, die Behandlungsdauer unnötig verlängern und somit zu einer länger anhaltenden Belastung auf Seiten der Patient:innen führen. Das Statement beabsichtigt, den Einsatz traumafokussierter Interventionen so früh wie möglich in der Behandlung von PTBS zu fördern. Eine die traumafokussierte Therapie vorbereitende Phase ist nur bei speziellen Indikationen angezeigt (z.B. akute Suizidalität oder den Therapiefortschritt behindernde schwere Dissoziation). Es ist darauf hinzuweisen, dass das Vorliegen zusätzlicher komorbider Störungen bei der PTBS der Regelfall ist; für die

Berücksichtigung komorbider Störungen sowie des Vorliegens einer komplexen PTBS bei der Therapieplanung wird auf die entsprechenden spezialisierten Kapitel dieser Leitlinie verwiesen (s. Kapitel 3.5 und 3.6).

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Keine.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung.

Keine.

3.2.4.3 Hintergrundtext zur Empfehlung 2.3

Darlegung der Evidenzgrundlage

Die Meta-Analyse von Scott et al. (2022) (104) ergab basierend auf 13 Studien, dass kein signifikanter Unterschied in der Wirksamkeit psychotherapeutischer PTBS-Behandlung mittels Videodienstanbieter im Vergleich zur Behandlung vor Ort besteht. Dieses Ergebnis gilt für alle von Scott et al. (2022) (104) untersuchten Endpunkte, darunter PTBS- und Depressionssymptome, therapeutische Arbeitsbeziehung, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität. Zudem scheint dieses Ergebnis auch langfristig stabil zu sein.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Es wird eine offene Empfehlung ausgesprochen, da die Evidenzgrundlage einen vergleichbaren Nutzen von psychotherapeutischer PTBS-Behandlung mittels zertifizierter Videodienstanbieter im Vergleich zur Behandlung vor Ort nahelegt. Die Ergebnisse zu den untersuchten Endpunkten deuten nicht auf erhöhte Risiken oder Nebenwirkungen hin, die mit dem Angebot von Psychotherapie mittels zertifizierter Videodienstanbieter verbunden wären. Zusätzlich bietet die Psychotherapie mittels zertifizierter Videodienstanbieter den Vorteil, den Zugang zu angemessener Behandlung zu verbessern, insbesondere für Patient:innen, die aufgrund körperlicher oder psychosozialer Einschränkungen nicht in der Lage sind, regelmäßig vor Ort Psychotherapie aufzusuchen.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Bei Vorliegen von Risiken für Selbst- oder Fremdgefährdung oder den Therapiefortschritt behindernden Symptomen (z.B. starken dissoziativen Symptomen) ist der Therapie vor Ort im direkten Kontakt der Vorzug zu geben.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Verweise auf zertifizierte Videoanbieter sowie Best-Practice-Regelungen finden sich auf den Internetseiten der Kassenärztlichen Vereinigungen, Ärztekammern und Psychotherapeutenkammern (in Deutschland). Die dort aufgeführten aktuellen Hinweise sind für eine qualitativ gute Durchführung zu beachten. Insbesondere ist es wichtig sicherzustellen, dass der reguläre Therapierahmen eingehalten wird, wie zum Beispiel, dass die Patient:innen allein im Raum sind, niemand mithören oder -sehen kann und die Schweigepflicht gewahrt wird. Für die Wahl einer Therapie im direkten Kontakt vs. einer Therapie mittels zertifizierter Videoanbieter ist eine partizipative Entscheidungsfindung unter Berücksichtigung der spezifischen Voraussetzungen und Präferenz des/der Patient:in wichtig.

3.2.4.4 Hintergrundtext zur Empfehlung 2.4

Darlegung der Evidenzgrundlage

Randomisierte kontrollierte Studien zeigen, dass die Wirksamkeit von Psychotherapie, die in höherer Frequenz angeboten wird, sich nicht von der Wirksamkeit von Psychotherapie in Standardfrequenz bei der Behandlung von PTBS unterscheidet (101, 105-107). Dies wird durch die von Hoppen et al. (2023) (108) durchgeführte Meta-Regression unterstützt. Die Autor:innen fanden zudem heraus, dass die Abbruchrate bei traumafokussierten Interventionen geringer ist, wenn sie mit einer Frequenz von mehr als eineinhalb Sitzungen pro Woche durchgeführt werden, im Vergleich zu einer Frequenz von weniger oder gleich eineinhalb Sitzungen pro Woche.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Es wird eine offene Empfehlung ausgesprochen, da die Evidenzgrundlage einen vergleichbaren Effekt von Psychotherapie für PTBS in höherer Frequenz (mehrfach in der Woche) im Vergleich zur Standardfrequenz (einmal in der Woche) nahelegt. Obwohl Unterschiede in der Abbruchrate und eine schnellere Symptomreduktion eine gerichtete Empfehlung nahelegen, müssen die verfügbaren zeitlichen Ressourcen von Psychotherapeut:innen wie auch Patient:innen, Abrechnungsmöglichkeiten und Umsetzungsmöglichkeiten im jeweiligen Gesundheitssystem sowie die noch begrenzte Studienlage berücksichtigt werden, was letztendlich zu einer offenen Empfehlung führt.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Keine.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Für die Wahl einer Therapie im regulären Format vs. in einer erhöhten Behandlungsfrequenz ist eine partizipative Entscheidungsfindung unter Berücksichtigung der spezifischen Voraussetzungen und Präferenz des/der Patient:in wichtig. Im Falle eines stagnierenden Therapieerfolgs kann eine höhere Frequenz der Psychotherapiesitzungen im Sinne der Therapieintensivierung partizipativ mit dem/der Patient:in erwogen werden.

3.2.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung

- Untersuchung der Wirksamkeit phasenbasierter psychotherapeutischer Ansätze im direkten Vergleich zur Wirksamkeit rein traumafokussierter psychotherapeutischer Ansätze.
- Systematische Erforschung von Prädiktoren für Therapiemisserfolg sowie die Entwicklung und Validierung neuer oder modifizierter Interventionen für Patient:innen, die derzeit nicht ausreichend bzw. weniger als andere von Psychotherapie profitieren.
- Systematische Evaluation der Wirksamkeit verschiedener psychodynamischer Behandlungsansätze bei PTBS aufgrund der hohen Bedeutung der Verfahren der Psychoanalytischen Psychotherapie sowie der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie im deutschen Gesundheitssystem, sowie der systemischen Psychotherapie.
- Weitere Studien zur Wirksamkeit bzw. zur weiteren Verbesserung von Gruppenpsychotherapie bei PTBS.
- Studien zur Wirksamkeit digitaler Gesundheitsanwendungen als Stand-Alone- sowie als Add-On-Interventionen im Rahmen der PTBS-Behandlung.
- Verbesserung der Studienlage zur langfristigen Wirksamkeit psychotherapeutischer PTBS-Behandlung.
- Hohe Priorität sollte Forschung zur Wirksamkeit traumafokussierter Psychotherapie im stationären Setting und der Wirksamkeit von PTBS-Behandlungen in der Routineversorgung haben. Neben kontrollierter Therapieforschung sollten naturalistische Forschungsansätze und pragmatische klinische Studien in repräsentativen klinischen Settings und mit wenigen Ausschlusskriterien durchgeführt werden.
- Detaillierte Beschreibung des Nebenwirkungsprofils verschiedener traumafokussierter sowie nicht-traumafokussierter Therapieansätze bei PTBS, wie sie etwa für die Aufklärung von Patient:innen notwendig ist.
- In zukünftigen Studien sollte therapeutische Adhärenz und Kompetenz reliabel und valide erfasst und deren Bedeutung für den Therapieerfolg sorgfältig untersucht werden, um zu ergründen, wie wichtig diese Aspekte der qualitativ guten Durchführung bei der Psychotherapie der PTBS sind.

- Studien zu unerwünschten/ negativen Folgen von Therapieverfahren unter Partizipation von Betroffenen.
- Studien zu traumasensibler Akutversorgung in Krisen unter Partizipation von Betroffenen.

3.3 Pharmakotherapeutische Verfahren

Stefan Röpke, Ulrike Schmidt, Ullrich Frommberger, Niels Bergemann, Julia Schellong

3.3.1 Einleitung

Eine Pharmakotherapie kann ein wesentlicher Baustein in der Behandlung von Patient:innen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) sein. In dieser Indikation sind in Deutschland die beiden Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs) Sertralin und Paroxetin zugelassen. Neben der PTBS-Kernsymptomatik können Schlafstörungen (Insomnie und Alpträume) Ziel einer Pharmakotherapie sein. Für all diese Indikationen gibt es auch gut evaluierte und wirksame psychotherapeutische Verfahren. Neben der Indikation, der genauen Zielsymptomatik, der Wahl der geeigneten Substanz und dem Abwägen erwünschter und unerwünschter Wirkung, ist die Einschätzung der Rolle der Psychotherapie in Bezug auf die Pharmakotherapie relevant.

3.3.2 Klinische Fragestellungen

1. Ist eine Pharmakotherapie mit Antidepressiva oder Antipsychotika bei erwachsenen Personen mit einer PTBS effektiver hinsichtlich der Verringerung der PTBS-Symptome, unterscheidbar in der Anzahl oder Ausprägung der Nebenwirkungen, Verringerung der Depressionssymptome oder Verbesserung der Lebensqualität im Vergleich zu Placebo?
2. Ist eine Pharmakotherapie mit Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRIs) bei erwachsenen Personen mit einer PTBS effektiver hinsichtlich der Verringerung der PTBS-Symptome, unterscheidbar in der Anzahl oder Ausprägung der Nebenwirkungen, Verringerung der Depressionssymptome oder Angstsymptome oder Verbesserung der Lebensqualität im Vergleich zu einer Psychotherapie oder der Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie mit SSRIs?
3. Ist eine Pharmakotherapie bei erwachsenen Personen mit einer PTBS und Schlafstörungen (Insomnie oder Alpträume) effektiver hinsichtlich der Verbesserung der Schlafparameter und Alpträume im Vergleich zu Placebo?
4. Ist eine Pharmakotherapie bei erwachsenen Personen mit PTBS und dissoziativen Symptomen effektiver hinsichtlich der Verringerung der dissoziativen Symptome im Vergleich zu Placebo?
5. Führt eine pharmakologische Augmentation (als Einzelintervention) zu einer Pharmakotherapie bei erwachsenen Personen mit PTBS zu einer Verringerung der PTBS-Symptome, unterscheidbaren Anzahl oder Ausprägung der Nebenwirkungen, Verringerung der Depressionssymptome oder Angstsymptome oder Verbesserung der Lebensqualität im Vergleich zu einer Augmentation mit Placebo zu einer Pharmakotherapie?

6. Ist eine Pharmakotherapie mit Benzodiazepinen oder Z-Substanzen bei erwachsenen Personen mit PTBS effektiver hinsichtlich der Verringerung der PTBS-Symptome, einer unterscheidbaren Anzahl oder Ausprägung der Nebenwirkungen, Verringerung der Depressionssymptome oder Angstsymptome oder Verbesserung der Lebensqualität im Vergleich zu Placebo
7. Führt eine pharmakologische Augmentation (als Einzelintervention) zu einer traumafokussierten Psychotherapie bei erwachsenen Personen mit PTBS zu einer Verringerung der PTBS-Symptome, unterscheidbaren Anzahl oder Ausprägung der Nebenwirkungen, Verringerung der Depressionssymptome oder Angstsymptome oder Verbesserung der Lebensqualität im Vergleich zu einer Augmentation mit Placebo zu einer traumafokussierten Psychotherapie?

3.3.3 Empfehlungen

3.1	Evidenzbasierte Empfehlung		Neu (2026)
Empfehlungsgrad A ↑↑	Bei der Behandlung der PTBS soll primär eine traumafokussierte Psychotherapie angeboten werden. Eine Pharmakotherapie ist die Behandlung der zweiten Wahl, beispielsweise bei Patient:innenpräferenz, unzureichendem Ansprechen oder fehlender Verfügbarkeit einer traumafokussierten Psychotherapie.		
Hofman et al. 2018, Hetrick et al. 2010, Hoskins et al. 2021, Kunzke et al. 2019, Lee et al. 2016, Merz et al. 2019*, Sonis & Cook 2019, Stewart & Wrobel 2009, Storm et al. 2021.			
Qualität der Evidenz			
PTBS: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Drop-out: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Depression: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Angst: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖
	Konsensstärke: 92,6 % (Konsens)		
*GRADE-Profil			

3.2	Evidenzbasierte Empfehlung		Neu (2026)
Empfehlungsgrad A ↑↑	Eine psychopharmakologische Behandlung der PTBS soll mit Sertralin, Paroxetin, Fluoxetin* oder Venlafaxin* erfolgen.		
Cipriani et al. 2018, De Moraes Costa et al. 2020, Feng et al. 2024, Han et al. 2014, Hoskins et al. 2015, Hoskins et al. 2021, Huang et al. 2020, Liu et al. 2014, Puetz et al. 2015, Williams et al. 2022**.			
Qualität der Evidenz			
PTBS-Symptome: niedrig ⊕⊕⊖⊖	PTBS Subskalen: niedrig ⊕⊕⊖⊖	PTBS mittel- und langfristige Symptome: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Depression: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖
	Konsensstärke: 88 % (Konsens)		
*Off-Label, außerhalb der Zulassung			
**GRADE-Profil			

3.3	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)
Empfehlungsgrad 0 ⇔	Eine psychopharmakologische Behandlung von Albträumen im Rahmen einer PTBS kann mit Prazosin* erwogen werden.	
Huang et al. 2024**, Khachatryan et al. 2016		
Qualität der Evidenz		
Schlafqualität: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Albtraumschwere: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Schlafdauer: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖
	Konsensstärke: 82,6 % (Konsens)	
*Off-Label, in Deutschland nur über internationale Apotheken zu beziehen. Ähnliche Alpha-1-Adrenorezeptor-Antagonisten sind in Deutschland verfügbar, jedoch nicht ausreichend evaluiert. (z. B. Doxazosin)		
**GRADE-Profil		

3.4	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Im Rahmen einer traumafokussierten Psychotherapie sollte eine Pharmakotherapie nur zur Behandlung von Schlafstörungen oder komorbiden Störungen angeboten werden.	
	Hetrick et al., 2010, Kunzke et al., 2019, Storm et al., 2021, Rauch et al. 2019, Rothbaum et al. 2006	
	Konsensstärke: 86,4 % (Konsens)	

3.5	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Benzodiazepine und Z-Substanzen sollen nicht zur Behandlung der PTBS eingesetzt werden.	
	Guina et al. 2015, Dowd et al. 2020	
	Konsensstärke: 95,7 % (Starker Konsens)	

3.3.4 Hintergrund der Evidenz

Auf der Basis der identifizierten Evidenz konnten Empfehlungen zu den klinischen Fragestellungen 1 bis 3, 5 und 6 formuliert werden, nicht jedoch zu den Fragestellungen 4 und 7. So wurde etwa die Wirkung einer Pharmakotherapie auf dissoziative Symptome bei Patient:innen mit PTBS (Fragestellung 4) nur in sehr wenigen Studien untersucht (109). Der Zusatznutzen einer Pharmakotherapie zusätzlich zu einer Psychotherapie zur Behandlung von Patient:innen mit PTBS wurde in wenigen Studien untersucht (kleiner positiver Effekt einer Prazosin- und einer Risperidon-Augmentation)(110). Da Prazosin eine Empfehlung zur Behandlung von Albträumen bei PTBS hat (siehe Empfehlung 3.3) und die Wirkung nicht klar von der Wirkung auf die PTBS-Gesamt-Symptomatik abgegrenzt wurde, kann keine generelle Empfehlung von Prazosin außerhalb der Behandlung von Albträumen gegeben werden. Aufgrund der wenigen Studien zu Risperidon und Antipsychotika im Allgemeinen in dieser Indikation, der geringen Stärke der Effekte und den möglichen unerwünschten Wirkungen,

kann keine generelle Empfehlung einer Risperidon-Augmentation zur Behandlung von Patient:innen mit PTBS gegeben werden.

3.3.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 3.1

Darlegung der Evidenzgrundlage

Sehr wenige empirische Studien vergleichen direkt die Wirkung von Pharmakotherapie, traumafokussierter Psychotherapie oder deren Kombination (z.B. (110, 111)). Indirekte Vergleiche der Effektstärken haben erhebliche methodische Einschränkungen (z.B. fehlende Verblindung und vergleichbare Kontrollbedingungen in den Psychotherapiestudien) und können deshalb nicht valide zum Vergleich der Interventionen herangezogen werden. Die wenigen direkten Vergleichsstudien untersuchten die Wirkung von SSRIs im Vergleich zu traumafokussierter Psychotherapie oder der Kombination: Die Meta-Analyse von Hoskins et al. (2021) (110) konnten 4 Vergleichsstudien identifizieren (112-115) und keinen Wirkunterschied zwischen SSRIs und traumafokussierter Psychotherapie finden. Eine weitere Meta-Analyse untersuchte den kurzzeitigen und langzeitigen Wirkunterschied zwischen Psychotherapie und Pharmakotherapie bei Patient:innen mit PTBS und fand keinen kurzzeitigen Wirkunterschied, jedoch eine signifikante Überlegenheit der Psychotherapie über eine längere Zeit (111). Diese Untersuchung hat jedoch erhebliche methodische Einschränkungen (z.B. Einschluss reiner Augmentationsstudien (116-118), Einschluss von Patient:innen mit PTBS und komorbider Suchterkrankung (118) oder Augmentationsstudien mit 3,4-Methyldioxy-N-methylamphetamin (MDMA;)(119, 120)). Die Studie von Rauch et al. 2019 (121), die keinen Wirkunterschied zwischen Sertralin, prolongierter Exposition oder der Kombination findet, ist aufgrund der hohen Fallzahl hervorzuheben. Der systematische Review von Storm et al. 2021 (122) identifiziert 6 direkte Vergleichsstudien zwischen traumafokussierter Psychotherapie und SSRIs (112, 113, 115, 116, 121, 123). Neben den 5 bereits besprochenen Studien ist die Studie von Zoellner et al. 2019 (123) hervorzuheben, die keinen Wirkunterschied zwischen Sertralin und prolongierter Exposition finden konnte, im follow-up aber eine bessere Wirkung von prolongierter Exposition findet. Die Meta-Analysen und Übersichten von Hoffman et al. 2018 (124), Hetrick et al. 2010(125), Kunzke et al. 2019 (126), Lee et al. 2016 (127), Sonis & Cook 2019 (128) und Stewart & Wrobel 2009 (129) verweisen im Wesentlichen auf die bereits zitierten Primärstudien. Die vorliegenden Studien geben keinen Hinweis auf einen Vorteil einer Kombination aus einem SSRI und einer traumafokussierten Psychotherapie gegenüber einer Behandlung mit einem SSRI allein (z.B. (121)).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Aktuell gibt es keine klare Evidenz, dass eine traumafokussierte Psychotherapie einer Medikation mit einem SSRI hinsichtlich Wirksamkeit bei Patient:innen mit PTBS überlegen ist. Die wenigen, meist methodisch sehr limitierten Studien zur Pharmakotherapie stehen jedoch einer deutlich robusteren Datenlage zur Wirksamkeit der traumafokussierten Psychotherapie bei der PTBS gegenüber. Zusätzlich deuten einige Daten darauf hin, dass die traumafokussierte

Psychotherapie der Pharmakotherapie bei der Behandlung der PTBS im Langzeitverlauf überlegen ist (z.B. (123)). Die unzureichenden Daten zur Langzeitwirkung einer Pharmakotherapie, die möglichen unerwünschten Wirkungen und potenzielle Absetzeffekte machen die SSRIs zur Therapie der zweiten Wahl bei Patient:innen mit PTBS. Eine Pharmakotherapie mit einem SSRI hat eine Reihe von möglichen unerwünschten Wirkungen, die berücksichtigt und bei der Entscheidung zwischen verschiedenen Verfahren (z.B. traumafokussierter Psychotherapie) beachtet werden müssen. Zusätzlich sollten mögliche Absetzeffekte von Beginn an mitgedacht werden.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Die meisten pharmakologischen Studien zur Wirkung von SSRIs haben Patient:innen mit PTBS im höheren Alter ausgeschlossen. Aussagen zu älteren Menschen (>65 Jahre) können nur bedingt getroffen werden. Siehe dazu auch die Empfehlung 7.3 und 7.4 des Kapitels Behandlung von älteren Personen.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

In der Studie von Rauch et al. 2019 (121) wurde in der Pharmakotherapie-Bedingung ein regelmäßiges (30-minütiges) Medikamenten-Managementgespräch durchgeführt. Der fehlende Wirkunterschied zur Psychotherapie in dieser Studie deutet darauf hin, dass regelmäßige Gespräche zu erwünschten und unerwünschten Wirkungen sowie Symptomverläufen hilfreich sein können. Eine unwirksame Pharmakotherapie soll abgesetzt werden.

3.3.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 3.2

Darlegung der Evidenzgrundlage

Alle bisher verfügbaren medikations-übergreifenden Meta-Analysen zur Pharmakotherapie der PTBS weisen auf eine signifikante Wirkung von Antidepressiva vom Typ der Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs) im Vergleich zu Placebo bei Erwachsenen mit PTBS hin (110, 130-135). Hierbei liegen Wirkungsnachweise für die SSRIs Sertralin, Paroxetin und Fluoxetin vor. Die Ergebnisse anderer Meta-Analysen, die weitere Studien einschließen, unterstreichen diese Befunde (110, 131, 133). Die Evidenz für Citalopram oder andere SSRIs ist nicht ausreichend für eine Empfehlung (130). Der neueste Review der Cochrane-Library für Evidenzbasierte Medizin stellt insgesamt fest, dass SSRI-Antidepressiva das Mittel der 1. Wahl bei der Pharmakotherapie von Patient:innen mit PTBS darstellen (130). Die überwiegende Mehrzahl der aufgeführten Meta-Analysen fand zusätzlich, dass Venlafaxin in der medikamentösen Behandlung von Patient:innen mit PTBS der Behandlung mit Placebo überlegen ist bzw. dass an einer PTBS leidende Erwachsene von der Behandlung mit Venlafaxin profitieren (110, 131-134). Die therapeutischen Effekte von SSRIs und Venlafaxin auf die PTBS-Kernsymptomatik sind insgesamt klein bis mittel.

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat bislang nur Paroxetin und Sertralin offiziell zur Behandlung der PTBS zugelassen. Somit können die hier zusätzlich

zur medikamentösen Behandlung der PTBS empfohlenen Antidepressiva Fluoxetin und Venlafaxin nur *off-label* verschrieben werden. Hierbei sind die allgemeinen Vorschriften zur *Off-label* Verordnung, insbesondere die erforderliche gesonderte Aufklärung der Patient:innen, zu beachten. Zwei Medikations-übergreifende Meta-Analysen ergaben, dass an einer PTBS leidende Erwachsene von der Behandlung mit den Atypischen Antipsychotika Quetiapin und Risperidon profitieren (110, 131). Außerdem ergab eine Diagnose-übergreifende Meta-Analyse zur Wirksamkeit von Atypischen Antipsychotika der zweiten Generation auf unterschiedliche psychiatrische Erkrankungen, dass Olanzapin PTBS-Symptome signifikant stärker besserte als Placebo (136). Drei Jahre zuvor waren Huang und Kolleg:innen in ihrer Diagnose- und Medikationsübergreifenden Meta-Analyse zu demselben Ergebnis gekommen. Die Autor:innen berichteten außerdem, dass auch andere Atypische Antipsychotika wie beispielsweise Quetiapin und Risperidon effektiver bei der Behandlung von Patient:innen mit PTBS sind als Placebo (132). Angesichts der teilweise ausgeprägten unerwünschten Wirkungen von Atypischen Antipsychotika, die ihrer vergleichsweise geringen Wirkung auf die PTBS-Symptome gegenüberstehen, kann die Behandlung von Patient:innen mit PTBS mit Atypika nicht empfohlen werden. Zu diesen unerwünschten Wirkungen der Neuroleptika zählen vor allem extrapyramidal-motorische Symptome (EPMS) inklusive Früh- und Spätdyskinesien und Gewichtszunahme mit teils deutlich lebensverkürzenden kardiovaskulären Folgen.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Aus der dargestellten Literatur wurde die Empfehlung, dass eine psychopharmakologische Behandlung der PTBS bei Erwachsenen mit Sertralin, Paroxetin, Fluoxetin oder Venlafaxin erfolgen soll, abgeleitet. Eine Psychopharmakotherapie kann grundsätzlich unerwünschte Wirkungen haben und erfordert daher eine individuelle Kosten-Nutzen-Analyse vor allem im Hinblick auf möglicherweise vorbestehende körperliche Erkrankungen, insbesondere solche des Herzens, der Leber, der Niere und des Zentralen Nervensystems.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Zu älteren Menschen und Kinder und Jugendliche siehe die Kommentare bzw. Empfehlungen in den entsprechenden Kapiteln.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Zu Beginn und im Verlauf einer Pharmakotherapie ist ein klinisches Monitoring der unerwünschten Wirkungen sowie die Bestimmung der Blutkonzentrationen der verabreichten Psychopharmaka zur Beurteilung der individuell aufgrund genetischer Variationen sehr unterschiedlichen Verstoffwechslung der Präparate erforderlich.

3.3.4.3 Hintergrundtext zur Empfehlung 3.3

Darlegung der Evidenzgrundlage

Eine Netzwerk-Meta-Analyse fand für die Imagery Rehearsal Therapy, Prazosin und Hydroxyzin einen positiven Effekt auf Albträume und Schlafdauer bei Patient:innen mit PTBS (137). Die Schlafqualität wurde durch psychotherapeutische Verfahren (Kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie, Imagery Rehearsal Therapy und prolongierte Exposition) und Hydroxyzin verbessert. Allerdings basieren alle Aussagen zu Hydroxyzin auf nur einer einzigen Studie, in der 34 Patient:innen mit der Substanz behandelt wurden (138). Eine frühere Meta-Analyse zeigte ebenfalls, dass Prazosin die Albträume im Rahmen einer PTBS reduziert und die Schlafqualität verbessert (139). Valide Daten zur Behandlung von Insomnie im Rahmen einer PTBS liegen nicht vor, deshalb kann keine klare Empfehlung aufgrund von vorliegenden Studien gegeben werden.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Da wirksame psychotherapeutische Verfahren zur Behandlung von Albträumen bei PTBS vorliegen, bei einer Pharmakotherapie mit unerwünschten Wirkungen gerechnet werden muss und die Langzeiteffekte einer Pharmakotherapie wenig untersucht sind ist eine offene Empfehlung ausgesprochen worden. Es handelt sich um eine offene Empfehlung, da z.B. eine Multicenterstudie vorliegt, in die viele Patient:innen eingeschlossen wurden, die keinen Effekt von Prazosin auf Albträume im Rahmen einer PTBS bei U.S. amerikanischen Veteran:innen findet (140). Zusätzlich gibt es wirksame psychotherapeutische Interventionen, z.B. die Imagery Rehearsal Therapy (137).

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Die meisten pharmakologischen Studien zur Wirkung von SSRIs haben Patient:innen mit PTBS im höheren Alter ausgeschlossen. Aussagen zu älteren Menschen (>65 Jahre) können nur bedingt getroffen werden. Siehe auch die Empfehlung des Kapitels Behandlung von älteren Personen (Kapitel 3.7).

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Prazosin ist nicht für die Behandlung von Albträumen im Rahmen einer PTBS zugelassen und muss deshalb off-label verordnet werden. Weiterhin ist Prazosin in Deutschland nur noch über die Internationale Apotheke (Einzelimport nach § 73 Abs. 3 AMG) erhältlich. Andere Alpha-1-Adrenorezeptor-Antagonisten sind in Deutschland verfügbar, jedoch noch nicht ausreichend evaluiert (z. B. Doxazosin).

3.3.4.4 Hintergrundtext zur Empfehlung 3.4

Darlegung der Evidenzgrundlage

Eine Pharmakotherapie (z.B. mit einem SSRI) zusätzlich zu einer traumafokussierten Psychotherapie konnte keinen Zusatznutzen in Bezug auf die Wirksamkeit auf die

Kernsymptome der PTBS zeigen (116, 121, 122, 125, 126). Eine Kombination aus einer spezifischen Psychotherapie und MDMA zur Behandlung einer PTBS scheint vielversprechend, ist gegenwärtig jedoch in Deutschland nicht möglich (141, 142). Schlafstörungen (Insomnie und Alpträume) treten bei bis zu 90% der Patient:innen mit PTBS auf und sind mit Symptomschwere, Komorbiditäten und Suizidalität assoziiert (137, 143). Zur pharmakologischen Behandlung von Alpträumen bei Patient:innen mit PTBS sei auf die Empfehlung 3.3 verwiesen. Obwohl zur pharmakologischen Behandlung der Insomnie keine validen Daten vorliegen, ist ein Behandlungsversuch angelehnt an die Leitlinie „Insomnie bei Erwachsenen“ (144) empfohlen, auch wenn dort keine explizite Empfehlung für die Behandlung der Insomnie bei PTBS gegeben wird. Patient:innen mit PTBS leiden oft zusätzlich an komorbiden psychischen Störungen (145). Im Rahmen einer traumafokussierten Psychotherapie sollen komorbide Störungen pharmakologisch entsprechend den jeweiligen Leitlinien behandelt werden. Generell gilt: Unwirksame Medikamente sollen abgesetzt werden.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Eine Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden einer Pharmakotherapie bei Insomnie und komorbiden Störungen findet sich in den jeweiligen Leitlinien. Bei der Behandlung der Insomnie allgemein und von Alpträumen bei PTBS liegen effektive psychotherapeutische Interventionen vor. Die Pharmakotherapie ist in beiden Indikationen die Behandlung der zweiten Wahl, bei Nichtverfügbarkeit oder Unwirksamkeit der Psychotherapie bzw. Patient:innenpräferenz.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Viele Psychopharmaka sind bei Kindern und Jugendlichen (<18 Jahre) und älteren Menschen (oft >65 Jahre) nicht evaluiert. Siehe hierzu auch die Kommentare bzw. Empfehlungen in den entsprechenden Kapiteln (Kapitel 3.7 und 3.11).

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

3.3.4.5 Hintergrundtext zur Empfehlung 3.5

Darlegung der Evidenzgrundlage

In einem systematischen Review und einer Meta-Analyse untersuchten Guina et al. (2015) (146) die Evidenz von Benzodiazepinen in der Behandlung einer PTBS. Sie identifizierten 18 klinische und Beobachtungsstudien mit insgesamt 5236 Patient:innen. Studiendesigns, Methodik und Patient:innengruppen zeigten eine hohe Heterogenität in zumeist kleinen Studien. Guina et al. fanden keine positiven Effekte in der Prävention oder Behandlung von PTBS-Symptomen. Die Effekte der Benzodiazepine würden sich nicht signifikant von Placebo unterscheiden. Eine Schlussfolgerung der Autor:innen ist, dass die Risiken die möglichen kurzfristigen positiven Effekte überwiegen würden. Sie sehen daher eine Behandlung von

Patient:innen mit einer PTBS oder nach akuter Traumatisierung mit Benzodiazepinen als relativ kontraindiziert an. Die Wirkung von Non-Benzodiazepin-Hypnotika am Beispiel von Eszopiclon auf die häufigen Schlafstörungen bei Patient:innen mit PTBS wurden von Dowd et al. (2020) (147) in einem kleinen RCT gegen Placebo untersucht. Es fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen in Bezug auf Schlafparameter und PTBS-Symptomatik. Die Autor:innen schlussfolgern, dass es keine spezifischen positiven Effekte von Eszopiclon auf die PTBS-Symptomatik und den damit assoziierten Schlafstörungen gibt.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Guina et al. (2015) (146) geben bei der Verwendung von Benzodiazepinen bei PTBS das signifikant erhöhte Risiko der Entwicklung einer PTBS nach akuter Traumatisierung, die Verschlechterung des Gesamt-Schweregrades und der Prognose der PTBS und eine Toleranzentwicklung bzgl. der hypnotischen und muskelrelaxierenden Wirkungen innerhalb von Tagen bis Wochen sowie der antikonvulsiven und anxiolytischen Effekten innerhalb von Wochen bis Monaten als problematisch an. Negative kognitive Effekte von Benzodiazepinen können sowohl bei kurz- wie langfristigem Gebrauch und dosisabhängig aus Einschränkungen in Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Lernen bestehen. Benzodiazepine können weiterhin zur Verschlechterung von Ergebnissen einer Psychotherapie führen (146). Zusätzlich können Benzodiazepine zu vermehrten Aggressionen, Impulsivität, Depressionen und Substanzmissbrauch führen.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Keine.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

3.3.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung

- Die erwünschten und unerwünschten Wirkungen einer traumafokussierten Psychotherapie im Vergleich zu einer Pharmakotherapie (SSRI) im Langzeitverlauf bei Patient:innen mit PTBS sollten erforscht werden.
- Die Wirksamkeit einer pharmakologischen Behandlung von Patient:innen mit PTBS und Insomnie sollte erforscht werden.
- Die Wirksamkeit einer pharmakologischen Behandlung Patient:innen mit PTBS und dissoziativen Symptomen sollte erforscht werden.
- Den Zusatznutzen einer Augmentation mit einem Antipsychotikum zu einer SSRI-Medikation bei der Behandlung von Patient:innen mit PTBS
- Die Wirksamkeit von diversen psychopharmakologischen Strategien bei chronischen und therapieresistenten Verläufen sollte erforscht werden.

3.4 Adjuvante Verfahren

Robert Bering, Tanja Michael, Volker Brünger, Marianne Eberhard-Kaechele, Sabrina Heizmann, Volker Köllner, Diana Krämer, Thorsten Linne-Rotermund, Anke Schreiner

3.4.1 Einleitung

Wir definieren adjuvante Verfahren als zusätzliche therapeutische Interventionen zu den in nationalen und internationalen PTBS-Leitlinien empfohlenen psychotherapeutischen Verfahren oder Pharmakotherapie. Diese Verfahren werden im weiteren Verlauf als Standardverfahren (SV) bezeichnet.

Die Palette der adjuvanten Verfahren ist groß. Darunter fallen z.B. Ergotherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Künstlerische Therapie (Kunst-, Musik-, Tanz-, Theatertherapie u.a.), Physiotherapie, Soziotherapie, ggf. psychiatrische Pflege sowie therapeutische Maßnahmen oder Interventionen wie Körpertherapie, Akupunktur, Mediation, tiergestützte Interventionen, Biofeedback und Transkranielle Magnetstimulation (TMS). Somit sind adjuvante Verfahren teilweise mit Interventionen assoziiert, die sich auf eine lange Tradition der stationären multiprofessionellen Therapie und Rehabilitation berufen können. Viele dieser Verfahren sind Teil sogenannter Komplexleistungen und von den Kostenträgern anerkannt. Hierzu zählen z.B. Ergotherapie, Sport- und Bewegungstherapie sowie die Physiotherapie. Künstlerische Therapien werden seit den 1980er Jahre im stationären Kontext finanziert. Eine zweite Gruppe von adjuvanten Verfahren stammt aus der Alternativmedizin. In Deutschland haben sie eine lange Tradition. So genießen Akupunktur und Naturheilverfahren z.B. Anerkennung bei den ärztlichen Weiterbildungen. Mehr und mehr Aufmerksamkeit gewinnen in der Forschung und Praxis neuro- und biomodulatorische Interventionen. Hierzu zählen wir das TMS sowie das Bio- und Neurofeedback.

Im Unterschied zur Beurteilung der Standardverfahren (SV), wäre die Wirksamkeit der adjuvanten Verfahren nach der Formel SV+Adjuvanz versus SV zu beurteilen. Gemäß dem „Goldstandard“ der evidenzbasierten Medizin wäre das beste Studiendesign, um die Wirksamkeit von adjuvanten Verfahren zu untersuchen, das Vorliegen von randomisierten kontrollierten Studien (RCTs), in denen gezeigt wird, dass SV+Adjuvanz dem Standardverfahren überlegen ist. Die Literatursuche zu diesem Kapitel hat ergeben, dass adjuvante Verfahren eher im Vergleichsgruppendesign gegen Standardverfahren untersucht worden sind, aber nicht als Adjuvanz. Auch von diesen Studien erfüllen nur sehr wenige die hohen methodischen Anforderungen, so dass überwiegend nur die Beurteilung auf der Grundlage eines Expert:innenurteils bleibt.

3.4.2 Klinische Fragestellungen

1. Sind adjuvante Verfahren* zusätzlich zu den in nationalen und internationalen PTBS-Leitlinien empfohlenen psychotherapeutischen Verfahren (Traumafokussierte Psychotherapie, Kognitive Verhaltenstherapie, EMDR) oder einer Pharmakotherapie bei Personen mit einer (k)PTBS (siehe Anlage 2 für Definition der Population) effektiver hinsichtlich der PTBS-Symptomreduktion, Verbesserung der psychischen Gesundheit, Steigerung des Wohlbefindens, Steigerung der Lebensqualität, Verbesserung der Emotionen oder Reduktion von Dissoziation im Vergleich zu keiner der (der definierten) adjuvanten Verfahren?

* Die Suche nach adjuvanten Verfahren inkludierte die folgenden Ansätze: Akupunktur, Neurofeedback, Saikokeishikankyoto, Somatic Experiencing, Transcranial Magnetic Stimulation, Yoga, Exercise („exercise“, „aerobic exercise“, „sports“), Insomnia treatment, Animal-assisted interventions, Hypnosis, Biofeedback, Nature-based treatment, Mantram repetition, METTA (Loving-Kindness Meditation, compassion meditation) und Soziotherapie.

2. Sind adjuvante Künstlerische Therapien zusätzlich zu einem in nationalen und internationalen PTBS-Leitlinien empfohlenen psychotherapeutischen Verfahren (Traumafokussierte Psychotherapie, Kognitive Verhaltenstherapie, EMDR, TAU) bei Personen mit einer (k)PTBS (siehe Anlage 2 für Definition der Population) effektiver hinsichtlich der PTBS-Symptomreduktion, Verbesserung der psychischen Gesundheit, Verbesserung der Emotionen, Reduktion von Dissoziation, Steigerung der Lebensqualität oder Steigerung des Wohlbefindens im Vergleich zu keiner (der definierten) adjuvanten Künstlerischen Therapien?
3. Sind adjuvante ergotherapeutische Interventionen zusätzlich zu den in nationalen und internationalen PTBS-Leitlinien empfohlenen psychotherapeutischen Verfahren (Traumafokussierte Psychotherapie, Kognitive Verhaltenstherapie, EMDR) oder einer Pharmakotherapie bei Personen mit einer (k)PTBS (siehe Anlage 2 für Definition der Population) effektiver hinsichtlich der Verbesserung der Lebensqualität, Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, häufigeren Partizipation an bedeutungsvollen Betätigungen, selbstständigen Lebensführung, emotionaler und mentaler Stabilisierung oder Prävention von Folgeerkrankungen im Vergleich zu keinen adjuvanten ergotherapeutischen Interventionen (inkl. einem Treatment-As-Usual)?

3.4.3 Empfehlungen

4.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Personen mit (k)PTBS kann Physiotherapie bzw. Soziotherapie als adjuvante Therapie in einem traumaspezifischen, multimodalen Behandlungsplan angeboten werden.	
	Konsensstärke: 80 % (Konsens)	
*unter einem multimodalen Behandlungsplan verstehen wir alle Varianten der Kombination der Standardverfahren und adjuvanten Verfahren in stationären, ambulanten, sektoren- und rechtskreisübergreifenden Settings in der Krankenbehandlung und Rehabilitation.		

4.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)
Empfehlungsgrad B ↑	Personen mit (k)PTBS sollte Sport- und Bewegungstherapie als adjuvante Therapie in einem traumaspezifischen, multimodalen Behandlungsplan angeboten werden.	
Bryant et al., 2023; Powers et al., 2015; Young-McCaughan et al., 2022; Rosenbaum et al. 2015		
Qualität der Evidenz		
PTBS-Symptome: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Depressionssymptome: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Angstsymptome: niedrig ⊕⊕⊖⊖
	Konsensstärke: 92 % (Konsens)	

4.3	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Personen mit (k)PTBS können aufgrund der positiven klinischen Erfahrung im stationären Setting auch hinsichtlich der Wirkung auf komorbide Störungen adjuvante Künstlerische Therapien* in einem traumaspezifischen, multimodalen Behandlungsplan angeboten werden.	
	Annous et al. 2022, Baker et al. 2018, King et al. 2023, Morison et al. 2022, Quian et al. 2023, Schnitzer et al. 2021, Schouten et al. 2014, Smriti et al. 2022, Tomaszewski et al. 2023, Uttley et al. 2015	
	Konsensstärke: 76,9 % (Konsens)	
*(Kunst-, Musik-, Tanz-, Theater-, expressives Schreiben und Poesietherapie)		

4.4	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Patient*innen mit (k)PTBS, die aufgrund von Einschränkungen in Körperfunktionen, -strukturen, bedeutungsvollen Betätigungen sowie Alltagsaktivitäten und beruflichen Anforderungen in ihrer Teilhabe beeinträchtigt sind, sollte eine ergotherapeutische Intervention als adjuvante Maßnahme in einem integrativen Gesamtbehandlungsplan angeboten werden.	
	Kerr et al 2020; Speicher et al 2014, Cows 2009, Gindi et al 2016; Kinney et al 2020, Beauchesne et al 2015, Müller et al 2019, Eakman et al 2017	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

3.4.4 Hintergrund der Evidenz

Als Erweiterung zur S3-Leitlinienempfehlung von 2019 können wir ein differenzierteres Bild der bestehenden Evidenz vorlegen. Sport und Bewegung genießen einen Empfehlungsgrad, der sich auf aggregierte Evidenz aus mehreren Studien berufen kann. Die Empfehlungen zu Soziotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie und Künstlerische Therapien sind weiter ausdifferenziert. Hierdurch weicht die offene Formulierung mit beispielhafter Aufzählung von adjuvanten Verfahren aus 2019 einer konkreten Positivliste.

3.4.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 4.1

Darlegung der Evidenzgrundlage

Die Leitliniengruppe hat sich dazu entschieden, nur solchen adjuvanten Verfahren eine Empfehlung auf der Grundlage eines klinischen Expert:innenkonsenses auszusprechen, die sich auf eine breit gefächerte klinische Erfahrung in der Therapie und in der Rehabilitation stützen können. Der Einschluss von Sozio- und Physiotherapie ist im multiprofessionellen Setting in der Therapie und Rehabilitation fest verankert. Die Physiotherapie ist als Sammelbegriff nicht in die Literatursuche eingeflossen. Allerdings werden eine Vielzahl von unterschiedlichen beschriebenen therapeutischen Interventionen von Physiotherapeut:innen im multiprofessionellen Setting durchgeführt, die von der klassischen Physiotherapie bis zu speziellen traumaadaptierten Verfahren reichen (z.B. (148)).

Weitere adjuvante Verfahren können sich auf eine wachsende Evidenz stützen, konnten jedoch auf Grund der methodischen Vorgaben nicht inkludiert werden und somit nicht Teil der Empfehlung werden. Dies betrifft zum einen bio- und neuromodulatorischen Verfahren wie das Biofeedback (149), das Neurofeedback (150-152) sowie die Transkranielle Magnetstimulation (TMS) (153-155). Zu den alternativmedizinischen Verfahren zählen Einflüsse aus anderen Kulturkreisen, wie Akupunktur (156-158), Yoga (159, 160) Mantram repetition (161), METTA (Loving-Kindness Meditation, compassion meditation) (162), Varianten von Naturheilverfahren (Saikokeishikankyoto) (163) und *Somatic Experiencing* (534). Des Weiteren zählen wir Erlebnistherapie (164), tiergestützte Interventionen (Hunde und Pferde) (165-168) sowie *Insomnia treatment* (sleep, REM, Hypnose einschließlich Hypnotherapie (169, 170) dazu. Zusätzlich zu den methodischen Exklusionsgründen, ist diese Entscheidung u.a. damit begründet, dass das Risiko potenzieller Schäden (z.B. durch Nebenwirkungen) sowie der finanzielle und personelle Aufwand im Verhältnis zum Nutzen in unserer Evidenzbewertung nicht abschätzbar sind. Verfahren wie TMS, Bio- und Neurofeedback gehen z.B. mit einem hohen technischen Aufwand einher und haben z.T. Nebenwirkungen. Bei anderen adjuvanten Verfahren ist (noch) kein hinreichender Konsens definiert. Dies gilt zum Beispiel für die Akupunktur, womit ganz unterschiedliche Konzepte gemeint sein können (Nadel, Druckpunkt-, Elektro- oder Laserakupunktur, Traditionelle Chinesische Medizin oder die französische Schule). Die große Variabilität des Einsatzes von tiergestützter Therapie und der hohe Aufwand, der mit der Arbeit von Tieren einhergeht, macht es schwer, zum jetzigen Zeitpunkt eine generalisierte klinische Empfehlung zu dieser Form adjuvanter Therapien auszusprechen.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Aufgrund der fehlenden empirischen Evidenz mit ausreichender methodischer Qualität beruht diese Empfehlung auf einem Expert:innenkonsensus. Wie oben bereits geschrieben, sind die Sozio- und Physiotherapie im ambulanten und stationären Setting nachhaltig etabliert, so dass zu diesen Formen die breiteste Erfahrungsbasis existiert.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Keine.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Adjuvante Verfahren haben ggf. einen hohen Erwartungseffekt, weil sie mit der Ablehnung der Schulmedizin assoziiert sein können und ein hohes Potenzial, das Behandlungsbündnis zu stärken.

3.4.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 4.2

Gesundheitsförderliche körperliche Aktivität („Health-enhancing Physical Activity“) hat nicht nur einen präventiven Effekt für Herz- Kreislauferkrankungen und Typ-II-Diabetes, sondern ihre Effekte sind auch in Bezug auf depressive und Angststörungen gut belegt (s. nationale Empfehlungen für Bewegung für Erwachsene www.bewegungsempfehlungen.de)(171). Der Einsatz der körperlichen Aktivität in der Behandlung psychischer Erkrankungen gestaltet sich im Vergleich zu den eher allgemeinen Vorgaben zur präventiven Nutzung als ein weitaus komplexeres Vorgehen, das Begleitung durch Bewegungstherapie benötigt. Eine bloße Empfehlung zu mehr körperlicher Aktivität reicht hier in der Regel nicht aus. Primäres Ziel ist die positive therapeutische Wirkung auf die jeweilige Störung oder Erkrankung im Kontext einer Gesamtbehandlungsstrategie.

Darlegung der Evidenzgrundlage

Belege für den Effekt eines zusätzlichen Einsatzes von körperlicher Aktivität in der Behandlung der PTBS ergeben sich u.a. aus den Arbeiten von Bryant et al. (2023) (172), Powers et al. (2015) (173) und Rosenbaum et al. (2015) (174). In der Meta-Analyse von Rosenbaum et al. (2015) (174) zeigte sich die körperliche Aktivität im Vergleich zu den Kontrollbedingungen als signifikant überlegen, während in der kleinen randomisierten Studie von Powers et al (2015) (173) und der größeren von Bryant et al. (2023) (172) körperliche Aktivität die Wirksamkeit von Expositionstherapie verbesserte. So waren bei Bryant et al (2023) (172) Aerobic-Übungen mit einer stärkeren Verringerung der CAPS-2-Werte verbunden (SMD: 12,1, 95%-CI: 2,4–21,8; p=0,023). In einer Studie von Young-McCaughan (2022) (175) konnte das adjuvante Paradigma nicht bestätigt werden. Allerdings war das Ausdauertraining allein der Kontrollbedingung in gleichem Maße überlegen, wie die Imaginationstherapie bzw. die kombinierte Behandlung. Es ist darauf hinzuweisen, dass die psychotherapeutische Intervention hier mit 5 x 60 Minuten wesentlich kürzer als in der Studie von Bryant et al. (2023) (172) war. Zu beachten ist, dass sich Evidenz für zwei unterschiedliche Paradigmen des Einsatzes von Bewegung bzw. Bewegungstherapie fand. In der Metaanalyse von Rosenbaum et al. (2015) (174) fand sich ein

positiver Effekt für den adjuvanten Einsatz von gesundheitsförderlicher Aktivität und Bewegungstherapie insgesamt, also zeitlich unabhängig von der Expositionstherapie. Dies entspricht der Befundlage auch bei anderen psychischen Erkrankungen, v. a. der Depression (NVL Depression) (176). Darüber hinaus fanden die RCTs von Powers und Bryant eine Verbesserung des Effekts der Traumakonfrontation, wenn unmittelbar vorher eine Einheit aeroben Trainings absolviert wird. Der RCT von Young-McCaughan (175) fand diesen speziellen Effekt nicht, wohl aber einen Effekt von Bewegungstherapie insgesamt gegenüber der Kontrollbedingung.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Über die o.g. Studien hinaus sind Sport und Bewegungstherapien in Verbindung mit psychischen Störungen (v. a. depressive Störungen) als relevante Behandlungsmöglichkeit breit abgestützt (177). Zu beachten ist auch, dass eine PTBS sowohl ein Risikofaktor für das Auftreten körperlicher Erkrankungen (v.a. Herz- Kreislauferkrankungen ist) oder im Rahmen dieser Erkrankungen auftreten kann (178, 179). Der gut belegte Effekt von körperlicher Aktivität und Bewegungstherapie auf komorbide körperliche Erkrankungen muss daher zusätzlich beachtet werden. In der Zusammenschau erschien eine „Sollte-Empfehlung“ der aktuell vorliegenden Evidenz angemessen.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Sport und Bewegungstherapie hat ein breites Indikationsspektrum. Hiervon sind lediglich Patient:innen ausgeschlossen, die von einer akuten somatischen Erkrankung mit aktueller Einschränkung der körperlichen Belastung betroffen sind. Ansonsten ist in der Regel auch bezüglich der somatischen Komorbidität ein positiver Effekt von Bewegungstherapie zu erwarten (zu Herzerkrankungen) z.B. (180). Im Zweifelsfall sollte die Aufnahme von Bewegungstherapie vorher mit dem/der behandelnden somatischen Ärzt:in abgeklärt werden. Zudem liegt die Evidenzgrundlage dieser Empfehlung gilt nur für Erwachsene aber nicht für Kinder und Jugendliche vor.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Bei den komplexen Herausforderungen bei der Behandlung psychischer Erkrankungen und speziell der PTBS mit Bewegungstherapie ist die Durchführung durch qualifizierte Sport- und Bewegungstherapeuten sinnvoll. Sie beruht auf der Integration und Verbindung von indikationsspezifischen psychopathologischen Kenntnissen mit der bewegungswissenschaftlichen Expertise. Zusätzlich müssen die motivationalen, reflektiven und regulatorischen Faktoren der Patient:innen berücksichtigt werden. Sport- und Bewegungstherapie unterscheiden sich von der klassischen Physiotherapie durch die aktive Ausrichtung, den Gruppenrahmen und die Multidimensionalität in Zielen und Interventionsebenen (z. B. Stärkung der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz). Dies kann nur durch besonders qualifizierte Bewegungstherapeut:innen durchgeführt werden. Ausgehend von einer dreijährigen, akademischen oder nicht-akademischen Ausbildung im Bewegungsfach (z.B. Sportwissenschaft) bietet der Deutsche Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (www.dvgs.de) entsprechende Qualifikationsangebote zur Fort- und

Weiterbildung, u.a. mit dem Schwerpunkt Psychiatrie, Psychosomatik, Sucht (181). Im Traumabereich empfehlen sich zusätzliche spezielle Weiterbildungen (z.B. um mögliche Triggersituationen zu erkennen).

3.4.4.3 Hintergrundtext zur Empfehlung 4.3

Darlegung der Evidenzgrundlage

Zu den Künstlerischen Therapien (Kunst-, Musik, Tanz-, Theatertherapie u.a.) konnten keine Studien gefunden werden, in welchen diese randomisiert, kontrolliert und als Zusatz zu den in nationalen und internationalen PTBS-Leitlinien empfohlenen psychotherapeutischen Verfahren untersucht wurden. In verschiedenen Studien zeigen sich positive Effekte Künstlerischer Therapien in der Behandlung von (k)PTBS, allerdings ohne Bezug zur Bedingung der Adjuvanz(182-185) etc. In der aktuellen dritten Auflage der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen von 2024 erhielten Künstlerische Therapien mit ihren Spezialisierungen in Musik-, Kunst-, Tanz- und Theatertherapie eine Empfehlung (Empfehlungsgrad B) (186). Eine Veröffentlichung der WHO verdeutlicht unter Einbeziehung der Ergebnisse von 3.000 Studien die Bedeutung der Künstlerischen Therapien für das Gesundheitswesen hinsichtlich der Verbesserung von Befindlichkeit und Gesundheit (187). Im Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs bestätigen die Beschreibungen vieler Betroffener mit PTBS die klinische Beobachtung, dass Künstlerische Therapien von Patient:innen als hilfreich empfunden werden („Patient:innenpräferenz“). Zudem spricht ein Teil der PTBS-Patient:innen nicht auf empirisch gestützte Behandlungen an, wobei die Non-response Raten bis zu 50% betragen (188, 189). Eine häufige klinische Beobachtung ist, dass Künstlerische Therapien Patient:innen erreichen können, die auf herkömmliche Behandlungen nicht ansprechen, vermutlich durch den Zugang zu rechtshemisphärischen, impliziten Gedächtnisinhalten über Sinneswahrnehmung und unmittelbares Verhalten während der Nutzung des ästhetischen Mediums (190-192) oder durch die Distanzierung von Scham- und Schuldgefühlen, die in Verbaltherapien Vermeidungsverhalten begünstigen (193). In einer Studie mit Veteranen berichteten diese, dass sie Kunsttherapie in Verbindung mit Kognitiver Verarbeitungstherapie (CPT) als hilfreich bei der Verarbeitung von Traumatisierungen erlebten, da sie gesunde Distanzierung, ein verbessertes Trauma-Gedächtnis und einen besseren Zugang zu Emotionen ermöglichte (194). Auch wenn die Verwendung von Sprache als therapeutisches Medium erschwert ist, z.B. wenn die Betroffenen der deutschen Sprache nicht mächtig sind, z.B. aus Altersgründen, aufgrund von Dissoziation, der Inhibition des Sprachzentrums oder in Bezug auf Erfahrungen, die verbal nur unzureichend beschrieben werden können, unterstützen die Künstlerischen Therapien den Therapieprozess, indem nicht-sprachliche Inhalte erschlossen und für die weitere Verarbeitung in der Psychotherapie verfügbar gemacht werden können (183).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Künstlerische Therapien gehören zu den weit verbreiteten adjuvanten Verfahren. In der psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland beispielsweise erhielten 66% der Rehabilitand:innen im Jahr 2019 mindestens eine Leistung aus diesem Bereich (535). In der „Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation“ (KTL) der DRV Bund, in der „Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie“ (PPP-RL) des Gemeinsamen Bundes-Ausschusses (G-BA), im „Operationen- und Prozedurenschlüssel“ (OPS), vom BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) herausgegebene amtliche Klassifikation, sowie in der EPPIK-Studie (Projekt zur Überprüfung der Eignung des „Plattformmodells“ als Instrument zur Personalbemessung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken; gefördert durch den Innovationsfonds des G-BA) werden die Künstlerischen Therapien als eigenständiges Angebot aufgeführt. Aufgrund der fehlenden empirischen Evidenz mit ausreichender methodischer Qualität beruht diese Empfehlung dabei auf einem Expert:innenkonsensus. Zur Risikoabwägung ist zu sagen, dass für Künstlerische Therapien gilt, dass Effekte, die zu ihrer Wirksamkeit beitragen, nicht immer planbar in ihrer Intensität sind. So können Interventionen beispielsweise die Wahrnehmung von Emotionen anregen, die im Einzelfall dann als belastend erlebt werden können. Werden die Emotionen nicht im Rahmen der therapeutischen Begleitung reguliert, könnte sich daraus ein potenzielles Risiko einer temporären Verschlechterung ergeben. Wie bei allen psychotherapeutisch wirkenden Interventionen geht ein Risiko vor allem von einer nicht trauma-adaptierten Vorgehensweise aus (195). Dem ist durch geeignete Konzepte und entsprechende Ausbildung entgegenzuwirken (191, 196).

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Bei Personen, welche die angebotenen künstlerischen Interventionen nicht akzeptieren, sowie bei Personen, die zu starke/ zu viele Triggerreize im Rahmen einer Künstlerischen Therapie erleben, ist deren Wirksamkeit in Frage gestellt. Je nach Präferenz und Verfügbarkeit sind andere Künstlerische Therapien geeignete Alternativangebote. Der Einsatz von psychotherapeutisch wirkenden Verfahren bei Schwangeren wird als Risikofaktor diskutiert. Studien legen allerdings nahe, dass die Vorteile insgesamt überwiegen (197). Eine Studie zeigte, dass kunstbasierte Interventionen bei Schwangeren Angst- und Depressionssymptome wirkungsvoll und kosteneffektiv reduzieren könnten (185).

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Bei der Durchführung der Künstlerischen Therapien sind nach den Standards der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien die Absolvierung einer entsprechenden Ausbildung in einer Künstlerischen Therapieform und nicht nur die Beherrschung einer Kunstform bzw. Künstlerische Pädagogik maßgeblich (198). Zudem empfehlen sich traumaspezifische Fortbildungen zur traumaadaptierten Form des Verfahrens und eine Mitgliedschaft in einem Berufsverband, u.a. da dies auf einen Ethikkodex verpflichtet.

3.4.4.4 Hintergrundtext zur Empfehlung 4.4

Darlegung der Evidenz

Über die Suchstrategie ließ sich derzeit keine primäre Evidenz zu Ergotherapie als adjuvantem Verfahren finden, bzw. lediglich Untersuchungen mit niedrigerem Evidenzgrad, direkte Effekte auf die (k)PTBS-Symptomatik sprechen (199-206). Im Bereich der für die Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) bedeutenden Lebensbereiche lassen sich in Bezug auf Arbeit und Beschäftigung folgende Aussagen treffen: Ergotherapie unterstützt Patient:innen bei der Partizipation an bedeutungsvollen Betätigungen (200, 203, 205, 206). Dazu gehören je nach Altersgruppe auch die (schnellere) Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit, des Kindergartenbesuchs oder die Rückkehr in die Schule (200-202, 204, 205). Die Teilhabe kann, je nach individuellem Schwerpunkt der Patient:innen, den Kategorien Selbstversorgung, häusliches Leben, Erholung (Schlaf, Selbstregulation) und freizeitbezogene Aktivitäten zugeordnet werden. Zudem sind auch die Umweltfaktoren hinsichtlich der sozialen Teilhabe an bedeutungsvollen Beziehungen (z. B. Pflege von Freundschaften) relevant und können in der Therapie adressiert werden. Ergotherapie bietet für Patient:innen zudem Unterstützung bei Aufbau und Stärkung des Selbstwertes und der Selbstwirksamkeit (201, 207). Die Wirksamkeit ergotherapeutischer Behandlungen bei (k)PTBS wird weiter durch eine breite klinische Erfahrung gestützt, die sowohl im stationären als auch im ambulanten Kontext zunehmend etabliert ist. Schließlich liegt eine umfangreiche Sekundärliteratur vor, die die Bedeutung ergotherapeutischer Interventionen in diesem Bereich unterstreicht: So wird ihre Bedeutung für eine strukturierte und sichere Wiedereingliederung in den Beruf betont. Expertenempfehlungen weisen zudem darauf hin, dass die Ergotherapie das Ziel verfolgt, sinnstiftende und erfüllende Betätigungen im Alltag (wieder) zu erlangen (vgl. (208)). Die ergotherapeutische Forschung ist im deutschsprachigen Raum bislang ein kleines und noch im Entstehen begriffenes akademisches Feld, v.a. auch wegen der noch nicht grundständigen Akademisierung der Berufsgruppe. Die geringe Menge an Evidenz hängt auch damit zusammen. Deshalb wird dringend empfohlen, weitere Forschung zu ergotherapeutischen Maßnahmen im Bereich der PTBS voranzutreiben.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Aufgrund der oben genannten Befunde, die eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf das adjuvante Setting zulassen, sowie einer breiten positiven klinischen Erfahrung und dem bedeutungsvollen Beitrag zur aktuellen Versorgungslandschaft als settingunabhängige, krankenkassenfinanzierte Behandlungsmöglichkeit, wurde eine konsensbasierte „Sollte-Empfehlung“ ausgesprochen. Dies auch, da es unter Berücksichtigung des potenziellen Nutzens in Bezug auf die aktuelle Versorgungslandschaft von (k)PTBS-Betroffenen als besonderes gut anzusehen ist, dass die Ergotherapie als Heilmittel sowohl als stationäre als auch als kassenfinanzierte ambulante Leistung (§ 32 SGB V) eine Ergänzung im Behandlungskonzept darstellt. Die Möglichkeit, Ergotherapie auch aufsuchend im häuslichen Umfeld durchzuführen (§ 125 SGB V), erweitert den Zugang zur Versorgung für diese

Zielgruppen entscheidend und unterstützt eine alltagsnahe und betätigungsbezogene Behandlung der Betroffenen, beispielsweise im Rahmen von *Home Treatment*.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Die von uns aufgezeigte Evidenz bezieht sich hauptsächlich auf Erwachsene mit den Diagnosen der (k)PTBS und Kinder in derselben Diagnosegruppe.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Für eine qualitativ hochwertige Durchführung der Therapie sollte der/die Ergotherapeut:in über traumaspezifisches, professionsübergreifendes Wissen und entsprechende ergotherapeutische Behandlungstechniken verfügen.

3.4.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung

- Forschung zur Wirksamkeit adjuvanter Verfahren bei (k)PTBS mit methodisch hochwertigen Studiendesigns ist erforderlich.
- Forschung dazu, welche Aspekte der adjuvanter Verfahren am wirksamsten bei der Behandlung traumatisierter Erwachsener sind und welche Gruppen (z.B. in Bezug auf Alter, Geschlecht, Traumaexposition und Symptomprofil) am meisten davon profitieren, ist erforderlich.
- Studien zu möglichen negativen Effekten der Verfahren und zur Non-Response sind erforderlich.
- Forschung zu Fragen der Kosteneffektivität adjuvanter Verfahren ist erforderlich.
- Einrichtung spezieller Förderausschreibungen (wie beispielsweise beim *National Institute of Health* in den USA) zu Forschung zu Adjuvanter Therapien ist erforderlich.

3.5 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

Andreas Maercker, Annett Lotzin, Rahel Bachem, Robert Bering, Thomas Ehring, Thomas Frodl, Astrid Lampe, Brigitte Lueger-Schuster, Antje Orwat-Fischer, Eva Schäfflein, Julia Schellong, Sarah Schroth, Carsten Spitzer

3.5.1 Einleitung

Die Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS) wurde mit der Einführung der ICD-11 im Jahr 2019 zu einer im Versorgungssystem anerkannten Diagnose (209). Sie beschreibt ein Symptombild, welches in der Regel durch besonders schwere, langandauernde und sich wiederholende traumatische Erlebnisse hervorgerufen wird, denen Betroffene nur schwer oder gar nicht entkommen konnten (z.B. langanhaltende häusliche Gewalt, wiederholter sexueller oder körperlicher Missbrauch in der Kindheit, Folter, Sklaverei, Völkermord). Neben den klassischen Symptomen der PTBS leiden Betroffene mit kPTBS zusätzlich unter (1) einer gestörten Affektregulation; (2) tiefgreifenden negativen Selbstüberzeugungen (z.B. sich selbst als erniedrigt, unterlegen oder wertlos zu erleben, begleitet von Scham-, Schuld- oder Versagensgefühlen im Zusammenhang mit dem traumatischen Ereignis; und (3) Beziehungsschwierigkeiten, wie etwa Beziehungen aufrechtzuerhalten und sich Anderen nahe zu fühlen. Die zusätzlichen Symptomgruppen werden als "Störungen der Selbstorganisation" (engl. „Disorders of Self-Organization“; DSO) zusammengefasst. Die Diagnose wird nur vergeben, wenn die genannten Symptome zu bedeutsamen psychosozialen Beeinträchtigungen in einem oder mehreren Funktionsbereichen (z.B. familiär, sozial, ausbildungsbezogen, beruflich) führen. Begleitende Störungen der Wahrnehmung oder des Bewusstseins können sich in dissoziativen Zuständen wie Amnesien, dissoziativen Episoden oder Depersonalisation äußern. Die Vorläuferdiagnose im ICD-10 ist die "Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung" (F62.0). Internationale Studien zeigen, dass die durchschnittliche Beeinträchtigungsschwere bei kPTBS höher ist als bei der PTBS (im Vergleichszusammenhang auch "Klassische PTBS" genannt)(210) und Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe einschließt, die besondere berufliche, familiäre und soziale Problemlagen mit sich bringen (211). Dabei ist es wichtig, zwischen der Gesundheitsstörung (ICD-11) und den Gesundheitsfolgen (ICF) zu unterscheiden. Im DSM-5 Diagnosesystem (7) ist die kPTBS-Diagnose nicht enthalten. Klinisch schwerer beeinträchtigte Patient:innen können dort als "Dissoziativer Subtyp der PTBS" diagnostiziert werden. Systematische empirische Vergleiche von kPTBS und dem dissoziativen PTBS-Subtyp stehen noch aus. Randomisierte Therapiestudien zur kPTBS sind aufgrund der relativen Neuheit der Diagnose nur begrenzt verfügbar. Die bis 2024 vorliegenden Meta-Analysen verwendeten daher approximative Definitionen der kPTBS als Einschlusskriterien. Eingeschlossen wurden dabei Studien mit Patient:innengruppen, die etwa langanhaltende häusliche Gewalt, wiederholten sexuellen oder körperlichen Missbrauch in der Kindheit oder Folter erlebt hatten. Als Einschlusskriterien galten das Vorliegen aller klassischen PTBS-Symptome und dazu Indikatoren aus mindestens zwei der drei Symptomgruppen der Störungen der Selbstorganisation.

3.5.2. Klinische Fragestellungen

1. Führt eine psychotherapeutische Intervention zur Behandlung der PTBS oder kPTBS (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Psychotherapie) bei erwachsenen Personen mit einer (k)PTBS zu einer Verbesserung des (k)PTBS Gesamtscores, der (k)PTBS Subskalen, Emotionsregulation, kognitiven Verzerrungen, interpersonalen Schwierigkeiten, Dissoziation oder der Drop-Out-Rate im Vergleich zu einer inaktiven Kontrollbedingung (z.B. Nichtbehandlung, Wartelistenkontrollgruppe) oder aktiven Kontrollbedingungen (z. B. TAU, andere psychotherapeutische Intervention zur Behandlung anderer Störungen, pharmakologische Intervention zur Behandlung der kPTBS)?
2. Sind traumafokussierte psychotherapeutische Interventionen zur Behandlung der kPTBS oder PTBS bei Patient:innen mit kPTBS effektiver als aktive psychotherapeutische Kontrollbedingungen (nicht-traumafokussierte psychotherapeutische Intervention zur Behandlung der kPTBS oder PTBS, andere psychotherapeutische Intervention zur Behandlung anderer Störungen) hinsichtlich der (k)PTBS Subskalen, Emotionsregulation, kognitiven Verzerrungen, interpersonalen Schwierigkeiten, Dissoziation oder der Drop-Out-Rate?
3. Gibt es Unterschiede in der Effektivität psychotherapeutischer Interventionen zur Behandlung der kPTBS bei verschiedenen Patient:innengruppen* hinsichtlich der (k)PTBS Subskalen, Emotionsregulation, kognitiven Verzerrungen, interpersonalen Schwierigkeiten, Dissoziation oder der Drop-Out-Rate?

*Männer vs. Frauen, unterschiedliche Altersgruppen/ Krankheitsdauern/ Traumaarten (Missbrauchs- und Misshandlungs-erfahrung in der Kindheit, Soldat:innen/Kriegsveteran:innen, medizinisches Trauma)

3.5.3 Empfehlungen

5.1	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)
Empfehlungsgrad B ↑	Für eine kPTBS nach ICD-11 sollte die psycho-therapeutische Behandlung mit einer Kombination traumafokussierter Techniken erfolgen, bei denen Schwerpunkte auf der Verarbeitung der Erinnerung an die traumatischen Erlebnisse und/oder ihrer Bedeutung liegen sowie auf Techniken zur Emotionsregulation, und zur Verbesserung des Selbstwertgefühls sowie von Beziehungsstörungen im Sinne der Bearbeitung dysfunktionaler zwischenmenschlicher Muster.	
Dorrepaal 2014, Karatzias 2019*, Corrigan 2020, Darby 2023, Bohus 2020, Karatzias 2024		
Qualität der Evidenz		
kPTBS-Symptome: niedrig ⊕⊕⊖⊖	PTBS-Symptome + 1, 2 oder 3 DSO-Symptome: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Emotionsregulation: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖
Negatives Selbstkonzept: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Interpersonale Schwierigkeiten: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	
	Konsensstärke: 90,9 % (Konsens)	
*GRADE-Profil		

5.2	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Ein mehrere Phasen umfassendes Vorgehen sollte einem ausschließlich isoliert traumafokussierten Vorgehen vorgezogen werden.	
	Darby 2023, Dorrepal 2014, Bohus 2020, Cloitre 2002	
	Konsensstärke: 91,3 % (Konsens)	

5.3	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Psychotherapie für kPTBS kann auch in höherer Frequenz (d. h. mehrfach in der Woche) angeboten werden.	
	Hoppen et al. 2023, Ehlers et al. 2014	
	Konsensstärke: 96 % (Starker Konsens)	

3.5.4 Hintergrund der Evidenz

Auf der Basis der identifizierten Evidenz konnten Empfehlungen zu den klinischen Fragestellungen 1 bis 3 formuliert werden. Welche spezifischen Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe aus der kPTBS resultieren und in welcher Wechselwirkung sie zu den Kontextfaktoren stehen, konnte auf Grund von fehlenden Studien nicht beantwortet werden.

3.5.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 5.1

Darlegung der Evidenzgrundlage

Eine Reihe an Meta-Analysen und systematischen Reviews (212-215) untersuchte die Effektivität von psychotherapeutischen Interventionen wie (traumafokussierte) kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT), Expositionstherapie und *Eye Movement Desensitization and*

Reprocessing (EMDR) zur Behandlung der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (kPTBS) und/oder der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei vorliegendem Missbrauch in der Kindheit. Eine der Meta-Analysen (215) erfüllte einen hohen Qualitätsstandard, die weiteren Meta-Analysen und Reviews wiesen jedoch eine geringe Qualität nach A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews (AMSTAR) auf. Neben den o.g. Meta-Analysen und Reviews wurden zwei Primärstudien herangezogen, deren Ergebnisse von der Arbeitsgruppe als besonders relevant für die Behandlung der kPTBS eingeschätzt wurden. Die Studien untersuchten die Effektivität der PTBS-Interventionen DBT-PTSD (Dialektisch-Behaviorale-Therapie PTSD) (216) und ESTAIR (4), die beide auf komplexe Traumafolgestörungen zugeschnitten sind. Die Meta-Analyse von Karatzias et al. (2019) (215) zeigte bei Patient:innen mit diagnostizierter PTBS und zusätzlichen kPTBS-Symptomen große Effekte von KVT, Expositionstherapie und EMDR auf die Reduktion von PTBS-Symptomen im Vergleich zu *Treatment-As-Usual* (TAU) oder Warteliste (WL). KVT erzielte zudem große Effekte auf die Emotionsregulation und kognitive Verzerrungen sowie mittlere Effekte auf interpersonelle Schwierigkeiten. EMDR erzielte in einer Studie große Effekte auf die Emotionsregulation und mittlere Effekte auf kognitive Verzerrungen und interpersonelle Probleme. Expositionstherapie erzielte mittlere Effekte auf kognitive Verzerrungen und interpersonelle Schwierigkeiten. Dorrepaal et al. (2014) (214) untersuchten in ihrer Meta-Analyse bei Erwachsenen mit kPTBS oder PTBS im Zusammenhang mit Missbrauchserfahrungen in der Kindheit die Effektivität von KVT mit oder ohne *Prolonged Exposure* (PE) und/oder Affektregulationstraining sowie gegenwartszentrierte Therapie im Vergleich zu einer Kontrollbedingung oder einer alternativen Behandlung. Bei Patient:innen mit kPTBS zeigten sich geringere Effektstärken und niedrigere Genesungsraten. Affektregulationstraining (allein oder kombiniert) war bei kPTBS effektiver als eine reine Expositionsbehandlung. Die Abbruchraten waren bei Expositionsbehandlung höher. Corrigan et al. (2020) (212) untersuchten phasenbasierte Ansätze bei vorliegender PTBS. Im Vergleich zu den Kontrollinterventionen erwies sich ein phasenbasierter Ansatz für die Subgruppe von (k)PTBS-Patient:innen mit Kindheitstraumatisierungen und PTBS-Symptomen ein signifikanter, großer Behandlungseffekt. Das Review von Darby et al. (2023) (213) untersuchte die Wirksamkeit von TF-KVT, DBT-PTSD, *Dynamic Cognitive Processing Therapy* (D-CPT), *Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation* (STAIR) und stabilisierenden Gruppenangeboten im Vergleich zu verschiedenen Kontrollbedingungen (WL, TAU, Intervention ohne Exposition, nur Exposition). In vier Studien zu traumafokussierten Interventionen wurden große Effekte auf PTBS-Symptome nachgewiesen. Phasenbasierte Ansätze waren einer alleinigen Expositionsbehandlung überlegen. Der RCT von Bohus et al. (2020) (216) verglich DBT-PTSD mit CPT bei Frauen mit PTBS nach sexuellem/körperlichem Missbrauch. Beide Therapieansätze reduzierten PTBS-Symptome signifikant, DBT-PTSD aber stärker und mit geringerer Abbruchrate. Sekundäre Endpunkte wie Depression, globale Funktionsfähigkeit und Intensität dissoziativer Symptome verbesserten sich ebenfalls stärker unter DBT-PTSD. Der RCT von Karatzias et al. (2024) (4) untersuchte bei Veteran:innen mit kPTBS das phasenbasierte *Enhanced Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation* (ESTAIR), das speziell für die Behandlung der kPTBS entwickelt wurde. Im Vergleich zu TAU

zeigte sich ESTAIR effektiver bei PTBS- und DSO-Symptomen sowie depressiven und Angstsymptomen. Nur 13,6 % der ESTAIR-Gruppe erfüllten nach der Therapie noch die kPTBS-Diagnose (vs. 84 % unter TAU). Für beide RCT-Studien zeigt die Gesamtbewertung des Risikos für Bias (RoB 2) Bedenken hinsichtlich potenzieller Verzerrungen. Die vorliegenden Studienergebnisse deuten darauf hin, dass evidenzbasierte traumafokussierte PTBS-Behandlungen wie TF-KVT, PE und EMDR im Vergleich zu Wartelisten oder aktiven Kontrollen ebenfalls bei Patient:innen mit kPTBS effektiv PTBS- und DSO-Symptome reduzieren. Im Vergleich zu Patient:innen mit klassischer PTBS nach Kindesmissbrauch zeigten sich für die kPTBS etwas geringere Behandlungseffekte bezüglich der PTBS-Symptome. Neuere traumafokussierte Ansätze wie DBT-PTSD und STAIR erwiesen sich in ersten Studien ebenfalls als effektiv in der Behandlung der kPTBS. ESTAIR erzielte in einer Studie signifikante Verbesserungen bezüglich der Reduktion von DSO-Symptomen, DBT-PTSD erwies sich als effektiv zur Behandlung emotionaler Dysregulation. Ergänzende Informationen zu den Screeningverfahren befinden sich im Anlage 8.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Insgesamt ist die Studienqualität in vielen Fällen begrenzt und weitere hochwertige RCTs sind erforderlich. Methodische Einschränkungen betreffen daher die häufig geringe Qualität der Evidenz in mehreren Studien, die die Aussagekraft der Ergebnisse einschränken. Trotz der methodischen Einschränkungen unterstreichen die vorliegenden Studien die Bedeutung eines Behandlungsansatzes, der traumafokussierte Behandlungstechniken mit Strategien zur Emotionsregulation und zur Bearbeitung zwischenmenschlicher Schwierigkeiten kombiniert. Der Nutzen überwiegt mögliche Schäden die in den vorliegenden Studien nicht über die üblichen Nebenwirkungen von Psychotherapie hinausgingen. Somit ist der Empfehlungsgrad B für diese Empfehlung angemessen. Ein Großteil der berücksichtigten Studien basieren noch nicht auf den Diagnosekriterien der kPTBS nach ICD-11. Diese Studien schlossen Patient:innen auf der Basis einer diagnostizierten PTBS sowie dem Vorliegen von Kindheitstraumatisierungen ein, oder aufgrund von Fragebogendaten zu Symptomen der (k)PTBS, ohne dass eine Diagnose der kPTBS mit standardisierten und validierten Instrumenten abgesichert wurde. Diese Vorgehensweise könnte die Genauigkeit und Reproduzierbarkeit der Ergebnisse beeinträchtigen, da eine zuverlässige Diagnosestellung für die Evaluierung der Behandlungseffekte bedeutsam ist.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Die in die Studien eingeschlossenen Patient:innen müssen spezifische Ausschlusskriterien erfüllen. So wurden z.B. Menschen mit komorbiden Suchterkrankungen oder dissoziativen Identitätsstörungen häufig ausgeschlossen, was die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf diese Patient:innengruppen einschränkt.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

3.5.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 5.2

Darlegung der Evidenzgrundlage

Es gibt keine passende aggregierte oder primäre direkte Evidenz, die den Vergleich eines phasenbasierten Vorgehens mit einem ausschließlich trauma-fokussierten Ansatz untersucht. Auf Grundlage der vorhandenen Literatur kann lediglich von indirekter Evidenz ausgegangen werden. Deshalb wurde hier ein Expert:innenkonsens erarbeitet. Diese Empfehlung stützt sich als Expert:innenkonsens neben der klinischen Erfahrung auf die Befunde der Übersichtsarbeiten von Dorrepaal et al. (2014) (214) und Darby et al. (2023) (213) sowie auf die Ergebnisse von Bohus et al. (2020) (216) und Karatzias et al. (2024) (4). Die Begriffe „phasenbasiert“ bzw. „mehrere Phasen umfassendes Vorgehen“ benennen ein multimodales Vorgehen, das aus mehreren Komponenten besteht (213) und explizit keine zeitliche Einteilung in Stabilisierung, Konfrontation und Integration. Aggregierte Evidenz: Dorrepaal et al. (2014) (214) konstatieren in ihrem Review, dass innerhalb einer Untergruppe der Patient:innen mit kPTBS, die Kombination von Exposition und Affektmanagement zu einem günstigeren Resultat und weniger Abbrüchen führte als Exposition allein. Dieser Effekt wurde jedoch nur in der Intention-to-treat-Analyse gefunden, nicht in der Completer-Analyse. Ähnlich dazu stellten Darby et al. (2023) (213) in ihrem Review fest, dass phasenbasierte Behandlungen wirksam sind, in einigen Fällen sogar deutlich wirksamer als einphasige Therapien. Die Effektgrößen reichten von $d=0,02$ - $1,6$ für Studien mit einer passiven Kontrolle und $d=0,12$ - $1,29$ für Studien mit aktiver Kontrolle. Der Einfluss von Phase 1 auf die Ergebnisse von Phase 2 war uneinheitlich, wobei nur eine Studie einen signifikanten Nutzen feststellte. Primäre Evidenz: In der randomisiert-kontrollierten Studie von Bohus et al. (2020) (216) wurde für eine multikomponente, phasenbasierte Behandlung mit DBT-PTSD ein besseres Therapieergebnis beschrieben als für CPT. Die Stichprobe bestand aus Frauen mit sexualisierter Gewalt in Kindheit und Jugend, PTBS und mindestens drei Symptomen einer Borderline Störung. Auch Karatzias et al. (2024) (4) berichten von einer deutlichen Überlegenheit des phasenbasierten multikomponenten ESTAIR Programms im Vergleich zu TAU-Bedingungen bei Veteranen.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Die vorliegenden Arbeiten berichten überwiegend von einer Überlegenheit des multikomponenten phasenbasierten Vorgehens. Darüber hinaus wurde in keiner der Publikationen ein diesbezüglicher Nachteil berichtet. Es gilt jedoch zu bedenken, dass keine der Studien den Fokus der Fragestellung explizit auf den Vergleich eines phasenbasierten Vorgehens mit einem ausschließlich Trauma-fokussierten Ansatz gelegt hatte, so dass derzeit lediglich von einer indirekten Evidenz ausgegangen werden kann. Für verlässliche Aussagen zum phasenbasierten Vorgehen bei kPTBS liegen bislang keine ausreichenden direkten Evidenzen vor. Die durchgeführte Risk of Bias Analyse mithilfe von AMSTAR ergab eine niedrige Aussagesicherheit für das Review von Darby und eine kritisch niedrige

Aussagesicherheit für die Arbeit von Dorrepaal (2014) (214). Dabei zeigten sich die Einschränkungen v.a. bezüglich der Interpretation und Diskussion des Einflusses des RoBs der Primärstudien auf die Ergebnisse der Reviews (214). Für die Studien von Karatzias et al. (2024) (4) und Bohus et al. (2020) (216) bestehen hinsichtlich des Verzerrungsrisikos Bedenken, allerdings wurde das Bias Risiko in keiner der Domänen als hoch eingeschätzt. Obwohl der Begriff „phasenbasiert“ international breite Akzeptanz findet, sollte dem Ausdruck „multikomponente phasenbasierte“ Behandlung der Vorzug gegeben werden, da er keine zeitliche Abfolge der einzelnen Therapiebausteine impliziert.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Es wurden nur Studien einbezogen, deren Population in Ländern mit hohem Einkommen („High-Income Countries“) lebt, sodass diese Empfehlung möglicherweise nicht auf Menschen mit kPTBS und Fluchthintergrund aus Ländern mit mittlerem oder geringem Einkommen übertragbar ist. Ebenso fehlt es an Evidenz für Menschen mit körperlichen und kognitiven Einschränkungen, ältere Personengruppen und Menschen mit zahlreichen und gegebenenfalls schweren körperlichen Komorbiditäten. Zu diesen spezifischen Populationen liegen noch keine Arbeiten vor.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

5.5.4.3 Hintergrundtext zur Empfehlung 5.3

Darlegung der Evidenzgrundlage

Die aktuelle Operationalisierung der kPTBS erfolgte erst mit dem Erscheinen der ICD-11 im Jahr 2019, daher fehlen Studien zu der Frage, ob eine höhere Frequenz psychotherapeutischer Interventionen das Behandlungsergebnis verbessert oder andere Vorteile haben könnte. Da weder primäre noch aggregierte Evidenz vorliegt, kann hier lediglich indirekte Evidenz angenommen werden, die durch klinisches Erfahrungswissen von Expert:innen ergänzt wird. Während für die klassische PTBS zwei systematische Übersichten (217, 218) nahelegten, dass evidenzbasierte Psychotherapien, die hinsichtlich einer intensivierten „Darreichungsform“ angepasst wurden, gutes Ansprechen, hohe Wirksamkeit und geringe Abbruchraten zeigen, fand eine aktuelle Meta-Analyse, die 160 Studien mit insgesamt 10.556 Patient:innen einschloss, keine Wirksamkeitsunterschiede zwischen Standard- und höherer Frequenz (108). Hingegen fanden sich Hinweise, dass die Abbruchraten bei höher frequent „applizierten“ traumafokussierten Interventionen geringer sind als bei der „Standardddosis“ (108). Die Befunde dieser Meta-Analyse lassen sich nach klinischer Expertise auf die Psychotherapie der kPTBS übertragen, so dass hier eine offene Empfehlung auf Basis eines Expertenkonsens ausgesprochen wird. In den Meta-Analysen und systematischen Reviews zur Psychotherapie der kPTBS, die zu Empfehlung 5.1 ausgewertet wurden (212-215), finden sich keine Angaben zu Frequenz oder Intensität der „Darreichungsform“.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Als klarer Nutzen einer höheren Frequenz ist bei gleicher Wirksamkeit die Zeit bis zum Ansprechen, bis zur Symptomreduktion und ggf. bis zur Remission sowie die geringeren Abbruchquoten im Vergleich zur Standarddosis hervorzuheben. Damit können individuelles Leid verkürzt und vermutlich gesundheitsökonomische Ressourcen gespart werden. Gleichwohl sind die verfügbaren Ressourcen und Umsetzungsmöglichkeiten im Gesundheitssystem sowie die indirekte Evidenzbasierung und die insgesamt begrenzte Studienlage zu bedenken, so dass aktuell kein höherer Empfehlungsgrad möglich scheint. Ein weiterer Diskussionspunkt ist die Frage, ob durch eine höhere Frequenz die therapeutische Allianz gestärkt werden könnte, da so die Möglichkeit bestünde, Allianzrupturen frühzeitig zu erkennen und zeitnah zu bearbeiten. Da es zu dem möglichen Zusammenhang von „Behandlung der kPTBS – höhere Frequenz – Stärkung der therapeutischen Allianz“ bisher keine Evidenz gibt, entsteht aus dem Diskussionspunkt eine Forschungsempfehlung.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Für eine höherfrequente Psychotherapie sind die an anderer Stelle dieser Leitlinien berichteten, relativen Kontraindikationen für die (k)PTBS auch zu beachten.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

3.5.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung

- Studien zur Wirksamkeit intensiverer traumafokussierter Therapieansätze bei kPTBS, u.a. unter Einbeziehung der Interaktion mit Merkmalen der therapeutischen Allianz sind erforderlich.
- Die langfristige Wirksamkeit intensiverer kPTBS-Behandlung sollte erforscht werden.
- Die Auswirkung von Frequenz und Intensität auf (langfristige) Wirkung und Abbruchraten sollte erforscht werden.
- Die systematische Erforschung der Auswirkungen der kPTBS auf die funktionale Gesundheit ist erforderlich.

- Systematische Studien zu Schädigungen der psychomentalen Funktionen und Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe nach der ICF durch eine kPTBS sowie der Wechselwirkung mit Kontextfaktoren sollten erforscht werden.

3.6 Komorbide Psychische Störungen

Ingo Schäfer, Melanie Büttner, Laycen Chuey-Ferrer, Volker Koellner, Annett Lotzin, Olaf Reddemann, Inga Schalinski

3.6.1 Einleitung

Die meisten Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) erfüllen die Diagnosen weiterer psychischer Störungen, am häufigsten die einer affektiven Störung, Angststörung, somatoformen Störungen oder Störung durch Substanzgebrauch. Weiter können PTBS-Patient:innen zusätzliche Symptome wie Dissoziation und psychotische Symptome, bzw. potenziell gefährdende Verhaltensweisen wie suizidale Handlungen oder Selbstverletzung aufweisen. Studien an repräsentativen Bevölkerungsstichproben ergaben, dass etwa 80% der Personen mit PTBS die Lebenszeitdiagnose mindestens einer weiteren psychischen Störung erfüllten, zwei Drittel erfüllten sogar zwei oder mehr (219, 220). So erfüllten etwa im Australischen *National Survey of Mental Health and Wellbeing* (221) 77% der Frauen und 86% der Männer mit PTBS die Lebenszeitdiagnose einer weiteren psychischen Störung. Dies betraf insbesondere Angststörungen (Frauen: 54%, Männer: 52%), affektive Störungen (Frauen: 51%, Männer: 50%) und Störungen durch Substanzgebrauch (Frauen: 32%, Männer: 65%). In einer deutschen Studie von Perkonig et al. (2000) (222) wiesen in einer Bevölkerungsstichprobe von Jugendlichen und jungen Erwachsenen 87% der Personen mit PTBS mindestens eine weitere psychische Störung und 77% zwei oder mehr auf. Weiter liegen zahlreiche Befunde vor, die hohe Raten der PTBS bei Personen mit anderen psychischen Diagnosen deutlich machten. In klinischen Stichproben betrug die Rate einer komorbiden PTBS 15%-41% bei Personen mit der Diagnose einer Störung durch Substanzgebrauch (223) und 33%-79% bei emotional instabiler Persönlichkeitsstörung (224). In europäischen Studien fanden sich auch bei Patient:innen mit chronischen Depressionen (225), Zwangsstörungen (226), Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (227) und bipolaren Störungen (228) PTBS-Raten zwischen 12% und 30%. Auch ein erhöhtes wechselseitiges relatives Risiko für PTBS und ADHS (229) bzw. Schmerzstörungen (230) wurde gefunden.

Die Befundlage zu den Auswirkungen psychischer Komorbiditäten deutet auf reduzierte Effekte evidenzbasierter Methoden zur Behandlung der PTBS hin. So fanden Meta-Analysen, dass depressive Symptome und Persönlichkeitsstörungen mit einer geringeren Reduktion von PTBS-Symptomen im Rahmen traumafokussierter Behandlungen assoziiert waren (231, 232), bzw. dass die Effektstärken bei Patient:innen mit Störungen durch Substanzgebrauch geringer ausfielen als aus der Literatur zu PTBS-Patient:innen ohne diese Komorbidität bekannt (233). Studien, die den Einfluss komorbider PTBS bei anderen Diagnosegruppen untersuchten, legen ebenfalls einen Einfluss auf Behandlungsverlauf und -ergebnis nahe (z.B.(234)). Allerdings fanden sich für Behandlungsmethoden wie der traumafokussierten Therapie bei komorbiden Patient:innen immer noch mittlere bis hohe Effekte (235, 236) und eine Überlegenheit gegenüber anderen Behandlungsansätzen (233, 237). Aufgrund der Befürchtung, dass komorbide Syndrome bei der PTBS zu einer erhöhten Anzahl unerwünschter Ereignisse führen, wurden komorbide Patient:innen häufig von Studien zur Behandlung der PTBS ausgeschlossen (238), sodass lange unklar war, ob deren Ergebnisse auf sie übertragbar sind.

Inzwischen befasste sich eine wachsende Zahl von Studien explizit mit der Behandlung von komorbiden Patient:innen ohne, dass sich dabei eine erhöhte Rate von unerwünschten Ereignissen zeigte (235, 239, 240).

Für die Behandlung von PTBS-Patient:innen, die weitere Diagnosen erfüllen, sind neben dem Schweregrad der verschiedenen Diagnosen auch ihre wechselseitigen Auswirkungen relevant. Prinzipiell kann die Behandlung integriert (gleichzeitige Behandlung beider bzw. aller Störungen durch denselben Behandler), sequenziell (Behandlung zunächst einer Störung, dann der anderen), oder parallel (gleichzeitige Behandlung der Störungen in unterschiedlichen Behandlungen) erfolgen. Häufig wird eine integrierte oder parallele Behandlung von PTBS und weiteren Diagnosen empfohlen. Studien, die unterschiedliche Behandlungsmodi (z.B. sequenzielle und integrierte Behandlung) direkt vergleichen, stehen jedoch bislang aus. Eine vorrangige Behandlung weiterer Diagnosen wird zum Teil als indiziert angesehen, wenn diese, wie es etwa bei schweren Depressionen der Fall sein kann, verhindern, dass Patient:innen von der PTBS-Behandlung ausreichend profitieren oder sie angemessen in Anspruch nehmen können (z.B. (241)). Manche Leitlinien betonen dagegen eher, dass das Vorliegen komorbider Störungen keinen Ausschlussgrund in Bezug auf traumafokussierte Behandlungen darstellt (z.B. (242)).

3.6.2 Klinische Fragestellungen

Den Empfehlungen dieses Kapitels liegen die folgenden klinischen Fragen zugrunde:

1. Sind psychotherapeutische Interventionen (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Psychotherapie) bei Patient:innen im Erwachsenenalter mit PTBS-Symptomen und komorbiden psychischen Störungen (ICD-10 F1 bis F9) effektiver hinsichtlich der Reduktion von PTBS-, Sucht-, Psychose-, Depressions- oder Angstsymptomen, oder der Steigerung der Lebensqualität oder des Funktionsniveaus im Vergleich zu inaktiven oder aktiven Kontrollbedingungen?
2. Sind (traumafokussierte) psychotherapeutische Behandlungen im Gruppensetting bei Patient:innen im Erwachsenenalter mit PTBS-Symptomen und komorbiden psychischen Störungen (ICD-10 F1 bis F9) effektiver hinsichtlich der Reduktion von PTBS-, Sucht-, Psychose-, Depressions- oder Angstsymptomen oder der Steigerung der Lebensqualität oder des Funktionsniveaus im Vergleich zu inaktiven und aktiven Kontrollgruppen (insb. (traumafokussierte) psychotherapeutische Behandlung im Einzelsetting)?
3. Sind (traumafokussierte) psychotherapeutische Behandlungen bei Patient:innen im Erwachsenenalter mit PTBS-Symptomen und komorbiden psychischen Störungen (ICD-10 F1 bis F9) effektiver hinsichtlich langfristiger Effekte in Bezug auf die Reduktion von PTBS-, Sucht-, Psychose-, Depressions- oder Angstsymptomen oder die Steigerung der Lebensqualität oder des Funktionsniveaus im Vergleich zu einer inaktiven Kontrollbedingung?

4. Beeinflusst eine traumafokussierte psychotherapeutische Behandlung Patient:innen im Erwachsenenalter mit PTBS-Symptomen und komorbiden psychischen Störungen (ICD-10 F1 bis F9) häufiger hinsichtlich schwerwiegender unerwünschter Ereignisse, stationärer Einweisungen, Suizidgedanken oder -versuche oder der Symptomatik der PTBS oder komorbiden psychischen Störung im Vergleich zu einer nicht-traumafokussierten psychotherapeutischen Behandlung oder TAU oder einer inaktiven Kontrollbedingung?

3.6.3 Empfehlungen

6.1	Evidenzbasierte Empfehlung		Neu (2026)
Empfehlungsgrad A ↑↑	Patient:innen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung und komorbiden psychischen Störungen soll eine traumafokussierte Psychotherapie im Einzelsetting angeboten werden, bei der der Schwerpunkt auf der Auseinandersetzung mit den traumatischen Ereignissen und den dazugehörigen Kognitionen, Emotionen und Erinnerungen liegt.		
Grubaugh et al. 2021, Hien et al. 2023a, Roberts et al. 2022*, Simpson et al. 2021, Slotema et al. 2020, Sin et al. 2017b*			
Qualität der Evidenz			
PTBS-Symptome: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Lebensqualität: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Psychose: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Depression: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖
Angst: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Substanzkonsumstörung: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Alkoholkonsumstörung: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)		
*GRADE-Profil: Roberts et al. 2022 (PTBS-, Alkohol- & Substanzkonsumstörung-Symptome) Sin et al. 2017b (PTBS-, Depressions- & Angstsymptome, Lebensqualität, Symptome einer Psychose)			

6.2	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Bei der Behandlung der (komplexen) PTBS sollte die klinische Komorbidität in einem Gesamtbehandlungsplan mit „partizipativer Entscheidungsfindung“ berücksichtigt werden.	
	Kline et al. 2021, Snoek et al. 2021, Simpson et al. 2021, Roberts et al. 2022	
	Konsensstärke: 82,6 % (Konsens)	

6.3	Konsensbasiertes Statement	Neu (2026)
	Auch Patient:innen mit (k)PTBS und potentiell gefährdenden Symptomen (z.B. Suizidalität, psychotische Symptome, Selbstverletzung, Fremdaggression, Substanzkonsum), soll, sofern diese nicht mit schwerwiegenden Störungen der Verhaltenskontrolle einhergehen, eine traumafokussierte Psychotherapie angeboten werden.	
	Slotema et al. 2021, Mills et al. 2012, van den Berg et al. 2015	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

6.4	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Wenn bei Patient:innen mit (k)PTBS aktuell schwerwiegende Störungen der Verhaltenskontrolle vorliegen, sollen diese zunächst behandelt und eine traumafokussierte Psychotherapie im Verlauf angeboten werden.	
	Slotema et al. 2021, Mills et al. 2012, van den Berg et al. 2015	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

3.6.4 Hintergrund der Evidenz

Auf der Basis der identifizierten Evidenz konnten Empfehlungen zur klinischen Fragestellung 1 formuliert werden (Empfehlungen 6.1 und 6.2). Zur zweiten und dritten Fragestellung (Behandlung im Gruppensetting sowie Langzeit-Effekte der psychotherapeutischen Behandlung) konnte keine Evidenz gefunden werden, die es erlaubt hätte mit ausreichender Sicherheit Empfehlungen daraus abzuleiten. Auch aus Sicht der beteiligten Expert:innen reichen die bisherigen Erkenntnisse dazu aktuell nicht aus. Zur vierten Fragestellung konnte keine direkte Studienevidenz gefunden werden, so dass zu dieser Frage ein Statement (6.3) und eine Empfehlung (6.4) auf der Basis eines Expert:innen-Konsens formuliert wurde.

3.6.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 6.1

Darlegung der Evidenzgrundlage

Zur Behandlung der PTBS bei Patient:innen, die zusätzlich weitere psychische Störungen aufweisen, liegen mehrere aktuelle Meta-Analysen vor. Sie konzentrieren sich jeweils auf randomisierte kontrollierte Therapiestudien (RCTs) bei bestimmten Diagnosegruppen, wobei dies neben der Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (235) und Störungen durch Substanzgebrauch (233, 237, 243) Patient:innen mit „Severe Mental Illness“ betrifft, also zumeist gemischten Stichproben von Patient:innen mit schweren Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, bipolaren Störungen und Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis (236, 536). In die Meta-Analyse von Slotema et al. (2021) (235) konnten vier RCTs mit insgesamt n=141 Patient:innen einbezogen werden, in denen (modifizierte) Formen der Prolongierten Exposition (PE) oder verhaltenstherapeutische Interventionen zur Arbeit an traumabezogenen Kognitionen und Überzeugungen zum Einsatz kamen. Dabei ergab sich eine mittlere bis hohe standardisierte Effektgröße für die Reduktion der PTBS-Symptomatik ($g=0,54$), wobei die Wirkung mindestens 3 Monate anhielt ($g=0,82$). Über alle 12 in die Meta-

Analyse einbezogenen Studien hinweg fand sich auch ein signifikanter Rückgang von Depressions-, Angst- und Borderline-Symptomen ($g=0,48-1,04$) aber keine Zunahme von selbstverletzendem Verhalten, Suizidversuchen oder Krankenhausaufenthalten. In die drei Meta-Analysen zu Patient:innen mit komorbiden Störungen durch Substanzgebrauch wurden 28 (243), 27 (233) und 36 (237) RCTs eingeschlossen, die ein Spektrum von traumafokussierten und nicht-traumafokussierten Behandlungsansätzen untersuchten. Alle drei Meta-Analysen kamen zu dem Ergebnis, dass traumafokussierte Interventionen (am häufigsten PE sowie *Cognitive Processing Therapy* und andere verhaltenstherapeutische Ansätze, die sich auf traumabezogene Kognitionen fokussierten) anderen Behandlungsansätzen in Bezug auf die Reduktion der PTBS-Symptomatik zu Behandlungsende überlegen waren. In der Regel waren traumafokussierte Ansätze dabei mit suchtspezifischen Interventionen kombiniert worden. Manualisierte suchtspezifische Interventionen waren sowohl traumafokussierten als auch nicht-traumafokussierten Ansätzen in Bezug auf Outcomes in Zusammenhang mit der Substanzkonsumstörung überlegen. Den nicht-traumafokussierten Ansätzen waren sie teilweise auch in Bezug auf PTBS-Outcomes überlegen. In die Meta-Analyse von Grubaugh et al. (2021) (236) wurden 14 Studien eingeschlossen, darunter 4 RCTs mit insgesamt $n=525$ Patient:innen. Bei den Interventionen handelte es sich in drei Studien um einen verhaltenstherapeutischen Ansatz, der sich auf traumabezogene Kognitionen und Überzeugungen konzentriert und in einer Studie um den Vergleich von PE mit Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Traumafokussierte Interventionen (PE bzw. EMDR) hatten größere Effekte auf die PTBS-Symptomatik als nicht-traumafokussierte verhaltenstherapeutische Interventionen mit Fokus auf traumabezogene Kognitionen ($g=1,32$ vs. $g=0,84$).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Wie aus den obigen Meta-Analysen hervorgeht, spricht die verfügbare Evidenz dafür, dass traumafokussierte Ansätze bei Patient:innen mit PTBS und psychischen Komorbiditäten die stärksten Effekte in Bezug auf eine Reduktion der PTBS-Symptomatik zeigen. Dieses Ergebnis fand sich über verschiedene Diagnosegruppen hinweg und die Anzahl der betreffenden Studien rechtfertigt eine starke Empfehlung („soll angeboten werden“). Dies auch vor dem Hintergrund, dass für die jeweiligen Behandlungsgruppen keine Zunahme von selbstverletzendem Verhalten, Suizidversuchen oder Krankenhausaufenthalten berichtet wurde, so dass keine generelle Zunahme schädlicher Effekte mit traumafokussierten Interventionen verbunden zu sein scheint. Risiken, die bei einem Teil der Patient:innen mit komorbiden Störungen vorliegen können, werden in Statement 6.3 aufgegriffen (s.u.).

Bislang kamen in den meisten Studien Varianten der PE zum Einsatz, in einer Studie EMDR. Daraus kann, wie die Entwicklung der Studienlage bei PTBS-Patient:innen ohne Komorbiditäten in den letzten Jahren zeigt, jedoch nicht geschlossen werden, dass andere Behandlungsansätze nicht mit vergleichbaren Effekten verbunden sein können oder dass sie erhöhte Risiken mit sich bringen. Von einer Nennung spezifischer traumafokussierter Interventionen in der Empfehlung wurde deshalb abgesehen.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Keine.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

3.6.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 6.2

Für den Verlauf der Erkrankung bei komorbiden Patient:innen sind neben der PTBS-Symptomatik auch die jeweiligen komorbiden Symptome bzw. Syndrome von Bedeutung. Die aktuell verfügbare Evidenz deutet darauf hin, dass die Behandlung mit PTBS-spezifischen Interventionen auch auf Komorbiditäten positive Auswirkungen haben kann (z.B. (235, 236)). Allerdings ist dies nicht grundsätzlich der Fall und die Studienlage spricht dafür, dass neben PTBS-spezifischen Interventionen häufig weitere, störungsspezifische Ansätze in den Gesamtbehandlungsplan integriert werden müssen. Empfehlung 6.2 trägt dem Rechnung, indem sie deutlich macht, dass auch die jeweiligen Komorbiditäten bei der Behandlungsplanung berücksichtigt werden müssen.

Darlegung der Evidenzgrundlage

Sowohl Studien zum Einfluss komorbider Symptome auf das Ergebnis der PTBS-Behandlung (z.B. (231, 232)), als auch Meta-Analysen zu den Effekten PTBS-spezifischer Interventionen bei komorbiden Patient:innen (z.B.(233, 243), sprechen dafür, dass komorbide Syndrome im Rahmen der PTBS-Behandlung gesondert berücksichtigt werden müssen. In der Meta-Analyse von Roberts et al. (2022) (233) fand sich für keine der PTBS-Interventionen Belege für einen Nutzen in Bezug auf den Substanzkonsum, der über den von Standard-Suchtbehandlungen hinausgeht und teilweise waren sie diesen Behandlungen unterlegen (233). Auch in der Meta-Analyse von Simpson et al. (2021) (243) waren weder die traumafokussierte noch die nicht-traumafokussierte Behandlung überlegen in Bezug auf Sucht-Outcomes. Vielmehr übertrafen manualisierte Suchtbehandlungen die Effekte von traumafokussierten Behandlungen auf Sucht-Outcomes und die Effekte von nicht-traumafokussierten Behandlungen sogar in Bezug auf die PTBS-Outcomes (243). Es erscheint deshalb notwendig, auch störungsspezifische Interventionen für die jeweiligen Komorbiditäten in angemessener Weise in den Gesamtbehandlungsplan zu integrieren.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Da die Empfehlung nicht auf einer spezifischen Recherche zur Frage beruht, inwieweit komorbide Syndrome im Rahmen der Behandlung adressiert werden müssen, wurde sie als Expert:innenkonsens formuliert. Der starke Empfehlungsgrad („soll ... berücksichtigt werden“) beruht auf den klaren Ergebnissen der oben genannten Meta-Analysen, die nahelegen, dass zumindest bei einem Teil der komorbiden PTBS-Patient:innen spezifische Interventionen

integriert werden müssen, um die jeweiligen Komorbiditäten in angemessener Weise zu berücksichtigen.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Keine.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

3.6.4.3 Hintergrundtext zu Statement 6.3 und Empfehlung 6.4

Darlegung der Evidenzgrundlage

In verschiedenen Studien (z.B. (239, 240)) bzw. Meta-Analysen (z.B. (235)) fanden sich keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Häufigkeit von schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen (SUE) zwischen Interventions- und Kontrollgruppen. Daraus ergibt sich, dass komorbide Störungen keine generelle Kontraindikation für eine traumafokussierte Behandlung darstellen. Im Einzelfall können Symptome und Verhaltensweisen wie Suizidalität, Selbstverletzung, psychotisches Erleben oder Substanzkonsum aus klinischer Sicht allerdings durchaus zu Gefährdungen führen, so dass eine traumafokussierte Behandlung zum jeweiligen Zeitpunkt noch nicht indiziert sein kann, wenn diese Symptome mit schwerwiegenden Störungen der Verhaltenskontrolle einhergehen (Empfehlung 3), sondern erst wenn sie erfolgreich behandelt wurden (Empfehlung 4).

Begründung des Statements bzw. Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Kontrollierte Untersuchungen, die sich primär mit den Auswirkungen der Studienbedingung auf SUE bei Patient:innen mit PTBS und komorbiden Störungen befassen, konnten nicht identifiziert werden. Das Statement 6.3 und die Empfehlung 6.4 beruhen deshalb auf einem Expert:innenkonsens, der - neben der oben genannten indirekten Evidenz - auf der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Arbeitsgruppe beruht. Dabei wurde Wert daraufgelegt, herauszuarbeiten, dass sich nicht aus komorbiden Störungen oder Symptomen an sich, was den meisten inzwischen vorliegenden Studien bei komorbiden Patient:innengruppen widersprechen würde, sondern aus den daraus möglicherweise resultierenden schwerwiegenden Störungen der Verhaltenskontrolle zeitweise Kontraindikationen ergeben können (Statement 6.3). Die Formulierung „potenzielle Gefährdung“ in Zusammenhang mit Substanzkonsum könnte dabei als stigmatisierend empfunden werden und Substanzkonsum stellt auch im Kontext von Traumatherapien keinesfalls eine grundsätzlich Gefährdung dar. Wie auch in Bezug auf die anderen Symptome wurde deshalb betont, dass nur im Falle von negativen Auswirkungen auf die Verhaltenskontrolle eine mögliche Gefährdung besteht. Zugleich soll mit Empfehlung 4 erreicht werden, dass der Nutzen traumafokussierter Angebote betroffenen Patient:innen nach Behandlung etwaiger Störungen der Verhaltenskontrolle im Verlauf zugute kommt.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Keine.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

3.6.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung

- Die Abgrenzung der PTBS von ADHS bzw. Autismusspektrumsstörungen sollte erforscht werden.
- Zwanghaftes Sexualverhalten, sexuelles Risikoverhalten, nicht-stoffgebundene Abhängigkeiten und andere Syndrome bei (k)PTBS-Patient:innen, die der Regulation von Emotionen dienen können, sollten erforscht werden.
- Zustände mit Bezug zu sexueller Gesundheit bei (k)PTBS-Patient:innen, wie z.B. Geschlechtsinkongruenz, Sexuelle Schmerzstörungen und Sexuelle Dysfunktion, sollten erforscht werden.
- Vergleiche gleichzeitiger (paralleler und integrativer) bzw. zeitlich aufeinanderfolgender (sequenzieller) Behandlungsstrategien sind erforderlich.
- Längerfristige Auswirkungen der Interventionen auf die einzelnen komorbiden Störungen, ihre Interaktionen mit der (k)PTBS und den Krankheitsverlauf.
- Gruppeninterventionen bei (k)PTBS-Patient:innen mit komorbiden Störungen sollten erforscht werden.
- Vorliegen und Auswirkungen körperlicher Komorbiditäten bei (k)PTBS-Patient:innen sollten erforscht werden.

3.7 Behandlung von älteren Personen

Heide Glaesmer, Eva-Marie Kessler, Reinhard Lindner, Antje Orwat-Fischer, Julia Schellong, Myriam V. Thoma, Susanne Wurm

3.7.1 Einleitung

Altern vollzieht sich, biologisch, psychologisch und sozial betrachtet, ein Leben lang. In vielen Bereichen der Arbeitswelt gilt die Zugehörigkeit zur Gruppe der „älteren Personen“ häufig bereits für Menschen ab einem chronologischen Alter von 50 Jahren. In der Geriatrie - speziell im Fall der geriatrischen Reha - wird dagegen ein Alter von 70 Jahren als Kriterium für ältere Patient:innen angesetzt. Am gebräuchlichsten ist derzeit jedoch immer noch, den Beginn der Lebensphase des Alters bei 65 Jahren anzusetzen (gesetzliche Regelaltersgrenze). Auch wenn die Regelaltersgrenze derzeit stufenweise auf 67 Jahre heraufgesetzt wird und das Statistische Bundesamt die Gruppe der älteren Menschen zunehmend ab dem Alter von 67 Jahren definiert, ist weiterhin das Alter von 65 Jahren ein etablierter, internationaler Konsens zur Definition älterer Menschen.

Mit zunehmender Länge des Lebens (d.h. steigendem chronologischen Alter) wächst die Wahrscheinlichkeit, einem oder mehreren traumatischen Erlebnissen ausgesetzt zu sein. In bevölkerungsbasierten Untersuchungen in Deutschland berichten 27,1% bis 76,5% der älteren Personen traumatische Erfahrungen über die Lebensspanne (244-246). Für Deutschland beträgt die Prävalenz von PTBS bei Menschen ab 60-Jahren nach ICD-10 3,44% bis 3,9% (244, 247). Werden subsyndromale Symptombilder hinzugezogen, steigt dieser Anteil bei den ab 60-Jährigen auf 7,25% bis 9,9% (244, 247).

Für spezifische Populationen finden sich erwartungsgemäß höhere Prävalenzen für die PTBS bei älteren Menschen, so zum Beispiel bei älteren Menschen in der Langzeitpflege (248), bei älteren Veteranen (249), bei ehemaligen Betroffenen von Fremdunterbringung als Minderjährige (250) und Patient:innen in der primärärztlichen Praxis (17). In einer deutschen Studie wurde dort eine Prävalenz der PTBS von 6,5% gefunden und es wurde deutlich, dass diese häufig nicht von den behandelnden Ärzt:innen identifiziert wurde, dass oft auch die traumatischen Erfahrungen nicht bekannt waren und die Patient:innen häufig mit somatischen Beschwerden unklarer Ursache vorstellig wurden (251). In psychotherapeutischen und gerontopsychiatrischen Settings ist von deutlich höheren Prävalenzen auszugehen.

Traumatische Erfahrungen können bei älteren Personen weit zurückliegen oder auch erst in der unmittelbaren Vergangenheit geschehen sein. Gerade bei lang zurückliegenden Traumatisierungen sind die Langzeitverläufe zu beachten und in der Regel werden hier verschiedene Verlaufsmuster (PTBS mit verzögertem Beginn vs. chronische PTBS mit ggf. fluktuierendem Schweregrad) unterschieden. Im höheren Alter spielen zudem altersbedingte Veränderungen und Herausforderungen eine Rolle für das Wiederauftreten von psychischen Folgen traumatischer Erfahrungen, die nicht immer dem Vollbild einer PTBS entsprechen, sondern oft auch andere Symptome miteinschließen und/oder subklinisch ausgeprägt sind (siehe dazu auch (252)). Zudem leiden ältere Personen mit traumatischen Erfahrungen und

PTBS häufig unter komorbiden psychischen Störungen, darunter zum Beispiel sehr häufig unter Depressionen und somatoforme Störungen (253). Sie sind auch häufiger von körperlichen Erkrankungen betroffen als Menschen ohne traumatische Erfahrungen oder eine PTBS (254, 255). Deren Berücksichtigung in der Behandlung ist somit maßgeblich, zum Beispiel als Kontraindikation für bestimmte psychotherapeutische Techniken (z.B. Expositionsverfahren) oder bei der psychopharmakologischen Behandlung. Darüber hinaus wird seit einigen Jahren die Bedeutung traumatischer Erfahrungen und der PTBS als Risikofaktor für das Auftreten von Demenzen und kognitiven Abbau diskutiert (256, 257). Das Risiko, im Alter bei Vorliegen einer PTBS eine Demenz zu entwickeln, war dabei fast 2- bis 4-fach erhöht im Vergleich zu Personen ohne PTBS (258, 259). Außerdem gibt es Evidenz dafür, dass die Schwere der PTBS-Symptomatik mit einem beschleunigten kognitiven Abbau verbunden ist (260). Auch wenn es erste Hinweise zum Zusammenhang von traumatischen Erfahrungen und PTBS mit kognitiven Veränderungen und Demenzen im Alter gibt, ist die Befundlage insgesamt noch uneinheitlich und basiert im Wesentlichen auf spezifische Betroffenenengruppen (z.B. Kriegsveteranen).

Es lässt sich festhalten, dass ein substanzieller Anteil älterer Menschen traumatische Erfahrungen über die Lebensspanne gemacht hat, wenngleich die PTBS nur bei einer kleinen Gruppe älterer Menschen vorkommt. Dennoch können sich die langfristigen psychischen Auswirkungen eines Traumas verstärkt im höheren Lebensalter manifestieren und manifeste Symptome erneut auftreten, verschärft durch normative altersassoziierte Verlusterfahrungen (z.B. körperlichen Abbau, Verlust von Bezugspersonen, eingeschränkte Selbständigkeit) sowie körperliche Erkrankungen und negative Erfahrungen im Rahmen medizinischer Behandlungen (261, 262). Hieraus ergibt sich die Relevanz der sachgerechten Diagnostik und Versorgung deutlich. Vor diesem Hintergrund und basierend auf der Expertise der beteiligten Kolleg:innen wurden fünf klinische Fragestellungen und fünf Empfehlungen formuliert.

3.7.2 Klinische Fragestellungen

1. Sind psychotherapeutische Interventionen zur Reduktion von PTBS-Symptomen als primäres Outcome (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Therapie) bei älteren Patient:innen mit einer (k)PTBS wirksam in der Verbesserung von PTBS-Symptomen (Gesamt und Subskalen), Depressionssymptomen, Angstsymptomen, Lebensqualität oder Funktionsniveau?
2. Sind für Ältere angepasste oder entwickelte psychotherapeutische Interventionen zur Reduktion von PTBS-Symptomen als primäres Outcome (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Therapie) bei älteren Patient:innen mit einer (k)PTBS wirksam in der Verbesserung von PTBS-Symptomen (Gesamt und Subskalen), Depressionssymptomen, Angstsymptomen, Lebensqualität oder Funktionsniveau?
3. Ist eine Pharmakotherapie bei älteren Patient:innen mit einer (k)PTBS effektiver in der Verringerung von PTBS-Symptomen, Depressionssymptomen, Angstsymptomen, Verbesserung der Lebensqualität, der Funktionalität oder unterscheidbar in der Anzahl

oder Ausprägung der Nebenwirkungen im Vergleich zu Placebo oder einer Psychotherapie?

4. Sind spezifische traumainformierte Pflegekonzepte für ältere Patient:innen mit einer (k)PTBS effektiver in der Verbesserung der Lebensqualität, Funktionalität, Teilhabe oder Verminderung von PTBS-Symptomen, Angstsymptomen oder Depressionssymptomen im Vergleich zu nicht-traumainformierten Pflegekonzepten oder keiner Kontrollgruppe?
5. Sind psychotherapeutische Interventionen mit Behandlungsansätzen für ältere Patient:innen bei älteren Patient:innen mit Verdacht auf eine (k)PTBS und Vulnerabilität (bspw. Demenz, kognitive Beeinträchtigungen, Multimorbidität) effektiver in der Verbesserung der Lebensqualität, Verminderung von PTBS-Symptomen, Angstsymptomen, Verbesserung der Funktionalität, Verminderung der Depressionssymptome oder Verbesserung der Teilhabe im Vergleich zu einem *Treatment-As-Usual* bzw. keiner Psychotherapie mit Behandlungsansätzen für vulnerable Ältere oder keiner Kontrollgruppe?

3.7.3 Empfehlungen

7.1	Evidenzbasierte Empfehlung		Neu (2026)
Empfehlungsgrad B ↑	Menschen über 65 Jahren mit Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung sollten traumafokussierte psychotherapeutische Interventionen zur Reduktion von PTBS-Symptomen angeboten werden.		
Bichescu et al. 2007, Delrue 2021, Forstmeier et al. 2023, Gielkens et al. 2021, Gielkens et al. 2022, Knaevelsrud 2014, Knaevelsrud 2017, Thorp 2019, Yoder 2013			
Qualität der Evidenz			
PTBS: sehr niedrig ⊕⊕⊕⊕	Lebensqualität: sehr niedrig ⊕⊕⊕⊕	Depression: sehr niedrig ⊕⊕⊕⊕	Angst: sehr niedrig ⊕⊕⊕⊕
	Konsensstärke: 100 % Starker Konsens		

7.2	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Auch hochaltrigen Patient:innen (≥ 80 Jahre) sowie Menschen mit kognitiven Einschränkungen bzw. leichten und mittelgradigen Demenzen mit PTBS-Symptomen sollte eine traumafokussierte Behandlung angeboten werden.	
	Amano & Toichi, 2017; van der Wielen et al., 2019	
	Konsensstärke: 95 % (Starker Konsens)	

7.3	Konsensbasiertes Statement	Neu (2026)
	Aufgrund der mangelnden Studienlage kann derzeit keine spezifische Empfehlung zur Psychopharmakotherapie bei PTBS für Menschen über 65 Jahre ausgesprochen werden.	
	Konsensstärke: 90 % (Konsens)	

7.4	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Auch bei älteren Erwachsenen soll bei der Behandlung einer PTBS primär eine traumafokussierte Psychotherapie angeboten werden. Eine Pharmakotherapie ist die Behandlung der zweiten Wahl. Dabei sollen unerwünschte Wirkungen und Interaktionen zwischen den Medikamenten berücksichtigt werden. Nebenwirkungen von Medikamenten sollten von der PTBS-Symptomatik differentialdiagnostisch unterschieden werden.	
	Yu et al. 2017, Treves et al. 2018	
	Konsensstärke: 82,6 % (Konsens)	

7.5	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Traumainformierte Pflegekonzepte* sollten in der Betreuung älterer Patient:innen mit PTBS-Symptomen angeboten werden.	
	O'Malley 2023	
	Konsensstärke: 82,6 % (Konsens)	
*Elemente eines traumainformatierten Pflegekonzeptes sind die Fähigkeit von Personal, PTBS-Symptome zu erkennen und ihren Beitrag zu Gesundheit und Gesundheitsverhalten älterer Personen zu erkennen; angemessen auf die Symptomatik zu reagieren; eine sichere Umgebung zu schaffen und vorhandene Ressourcen zu stärken.		

3.7.4 Hintergrund der Evidenz

Es gibt auf Basis der derzeitigen Befundlage keine Hinweise, dass die für das Erwachsenenalter etablierten und validierten Interventionen nicht auch für ältere Menschen gut anwendbar sind. Allerdings fanden sich keine für ältere Menschen angepasste PTBS-Interventionen, die im Detail beschrieben und empirisch validiert sind. Deshalb konnte keine Empfehlung zur klinischen Fragestellung 2 formuliert werden.

3.7.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 7.1

Darlegung der Evidenzgrundlage

Die Evidenzgrundlage zur Behandlung von PTBS bei älteren Patient:innen ist sehr begrenzt. Insbesondere ist die methodische Qualität (Stichprobengröße, Vergleichsinterventionen, Randomisierung etc.) der Studien sehr kritisch zu betrachten. Neun relevante Studien konnten identifiziert werden, welche jedoch jeweils unterschiedliche Therapieansätze bei älteren Patient:innen mit PTBS untersucht haben. Sie deuten darauf hin, dass traumafokussierte Therapieansätze, unabhängig vom spezifischen Verfahren, auch bei älteren Patient:innen wirksam sind und vergleichbare Effekte wie bei jüngeren Betroffenen erzielen können (263-271). Dabei können individuelle Faktoren, wie die kumulative Belastung durch traumatische Kindheitserfahrungen, den Behandlungserfolg modifizieren. Trotz methodischer Limitationen unterstützt die vorliegende Evidenz den Einsatz traumafokussierter Interventionen in der PTBS-Behandlung älterer Menschen, auch wenn diese angesichts der begrenzten Evidenzlage mit Vorsicht zu interpretieren sind.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Die Evidenzbasis zur PTBS-Behandlung bei älteren Patient:innen ist durch eine geringe Anzahl und eine als kritisch zu betrachtende methodische Qualität der verfügbaren Studien eingeschränkt. Zudem weisen die vorliegenden Untersuchungen hinsichtlich der verwendeten Interventionen und der teilweise widersprüchlichen Befunde Limitationen auf. Insbesondere sind die meisten Studien durch relativ kleine Stichprobengrößen und das Fehlen von Kontrollgruppen und einer Randomisierung charakterisiert. Auch die Datenlage zu sekundären Outcomes, wie etwa der funktionellen Verbesserung, ist bislang unzureichend, sodass eine fundierte Empfehlung derzeit nicht möglich ist. Zum aktuellen Zeitpunkt gibt es keine Hinweise darauf, dass die für Erwachsene validierten Interventionen bei der PTBS-Behandlung bei älteren Menschen schädlich sein könnten (264, 268). Ebenso liegen keine eindeutigen Belege dafür vor, dass die in den Studien untersuchten Therapien bei älteren Menschen (im Vergleich zu jüngeren) einen geringeren Nutzen erzielen (270, 272). Angesichts der häufig vorliegenden psychischen Komorbiditäten (z. B. affektive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen) sowie funktioneller Einschränkungen und gesundheitlicher Probleme (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Autoimmunerkrankungen, Schmerzen) bei älteren PTBS-Patient:innen ist es zudem ratsam, diese im Rahmen der Therapie engmaschig zu überwachen und den Kontakt zu den behandelnden Hausärzt:innen sicherzustellen (265, 267, 270-273).

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Da das durchschnittliche Alter der in den relevanten Studien untersuchten Patient:innen überwiegend im mittleren bis späten sechsten beziehungsweise frühen siebten Lebensjahrzehnt lag, existieren derzeit keine ausreichenden Evidenzen zur Behandlung von Patient:innen im sehr hohen Alter (85+ Jahre) oder bei Vorliegen signifikanter kognitiver Einschränkungen (abgesehen von vereinzelten Fallberichten). Für diese Personengruppen kann daher momentan keine fundierte Empfehlung abgegeben werden. Angesichts des demografischen Wandels und des wachsenden Anteils älterer Menschen besteht ein dringender Forschungsbedarf hinsichtlich der Wirksamkeit sowohl traumafokussierter als auch nicht-traumafokussierter Therapieansätze bei (k)PTBS sowie zur Frage, ob altersangepasste Interventionen benötigt werden. Dies gilt ebenso für Patient:innen mit einem lange zurückliegenden Indextrauma, das mit einem verzögerten, fluktuierenden oder chronifizierten Krankheitsverlauf assoziiert ist, wie für solche, die eine PTBS als Folge eines kürzlich erlebten traumatischen Ereignisses entwickelt haben.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Die klinischen Erfahrungen sprechen dafür, PTBS-Expositionsverfahren graduiert durchzuführen, um psychophysiologische Übererregung, die gerade im sehr hohen Alter schneller (physiologisch und subjektiv) auftritt, zu vermeiden. Im Rahmen von

Lebensrückblicktherapie bietet es sich an, eine gemäßigte Traumaexposition anzustreben, im Mittelpunkt steht die Integration des Traumas in die eigene Lebensbilanz (274).

3.7.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 7.2

Darlegung der Evidenzgrundlage

Es fehlt an Interventionsforschung, die sich spezifisch mit der Behandlung von Älteren mit kognitiven Einschränkungen und Demenzen mit PTBS beschäftigt. Eine Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2023 identifizierte neun Fallgeschichten, mit insgesamt 11 Fällen in denen *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR), Prolonged Exposure, kognitive Verhaltenstherapie oder Pharmakotherapie beschrieben wurden und zeichnet ein positives Bild bzgl. der Symptomreduktion (275). Aufgrund methodischer Mängel kann daraus keine fundierte Empfehlung abgeleitet werden. Aus diesem Grund wurde ein Expert:innenkonsensus formuliert, der sich auf klinische Erfahrungen und Fallstudien stützt (276-278). Die derzeitige Befundlage spricht dafür bei milden Formen demenzieller Entwicklungen eine traumafokussierte Behandlung anzubieten, bei ausgeprägteren Demenzen mit EMDR über die Körperarbeit (*Tapping*) zur Beruhigung und Normalisierung des Hyperarousals beizutragen (279-281).

Während Menschen, die an einer milden Verlaufsform einer Demenz erkrankt sind oder sich in einem frühen Stadium befinden, noch weiterhin über viele kognitive Funktionen verfügen, ist dies bei schwereren Verlaufsformen nicht der Fall. Amano & Toiichi (2017) (278) beschäftigen sich in ihrer Einzelfall-Studie mit der Behandlung von schwer an Demenz erkrankten Patient:innen mit EMDR. Neben den Beeinträchtigungen der Gedächtnis- und Exekutivfunktionen kommt es bei einer Demenzerkrankung häufig auch zu schweren verhaltensbezogenen und psychologischen Demenzsymptomen (BPSD; *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*), die sich nur schwer medikamentös behandeln lassen. Diese Symptome scheinen häufig mit der Erinnerung an verstörende traumatische Ereignisse aus der Vergangenheit verbunden zu sein. Da das EMDR-Standardprotokoll nicht unmittelbar auf Patient:innen mit Demenz anwendbar ist, wurde ein modifiziertes Protokoll entwickelt, die EMDR-Vor-Ort-Methode (*on-the-spot-EMDR*), welche deutliche Verbesserung der BPSD, die auch katamnestisch nach sechs Monaten weiterhin festzustellen war, aufwies. Dabei wird *Tapping* als bilaterale Stimulation eingesetzt, weil die meisten Patient:innen mit fortgeschrittener Demenz ihre Augenbewegungen nicht gemäß den Anweisungen des/der Therapeut:in kontrollieren können.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Aufgrund der fehlenden empirischen Evidenz mit ausreichender methodischer Qualität beruht diese Empfehlung auf einem Expert:innenkonsensus.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Keine

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine

3.7.4.3 Hintergrundtext zum Statement 7.3

Darlegung der Evidenzgrundlage

An den meisten Studien zur medikamentösen Behandlung der PTBS haben ältere Erwachsene nicht teilgenommen und/oder wurden nicht als Untergruppe spezifisch betrachtet, so dass die Ergebnisse aus der Recherche für die psychopharmakologische Behandlung der PTBS bei Erwachsenen nicht verallgemeinert werden können. Sollte dennoch wegen Patient:innenpräferenzen, unzureichendem Ansprechen oder fehlender Verfügbarkeit einer traumafokussierten Psychotherapie eine Pharmakotherapie erwogen werden, gelten die gleichen Empfehlungen wie für die Behandlung Erwachsener unter 65 Jahren (130). Aufgrund der mangelnden Evidenzlage bei Patient:innen über 65 Jahren orientiert sich die pharmakologische Behandlung der PTBS in dieser Altersgruppe an den Empfehlungen für die Behandlung von Erwachsenen (s. Kapitel 3.3).

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Keine.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

3.7.4.4 Hintergrundtext zur Empfehlung 7.4

Aufgrund häufiger psychischer und körperlicher Komorbiditäten, veränderter Pharmakokinetik, Polymedikation und vermutlich geringerer Wirksamkeit von antidepressiver Medikation bei älteren Menschen ist die Psychopharmakotherapie mit besonderem Bedacht einzusetzen (282). Verstärktes Augenmerk soll zudem auf die Differenzierung zwischen PTBS-Symptomatik und möglichen Nebenwirkungen von Medikamenten gelegt werden. Umso mehr soll daher, wie bei jüngeren Erwachsenen, bei der Behandlung einer PTBS primär eine traumafokussierte Psychotherapie angeboten werden. Eine Pharmakotherapie bleibt die Behandlung der zweiten Wahl.

Darlegung der Evidenzgrundlage

An den meisten Studien zur medikamentösen Behandlung der PTBS haben ältere Erwachsene nicht teilgenommen und/oder wurden nicht als Untergruppe spezifisch betrachtet. Es fehlt dementsprechend an geeigneter empirischer Evidenz. Eine Studie deutet allerdings darauf

hin, dass ältere Menschen weniger gut auf psychotherapeutische wie medikamentöse Behandlung, auch von PTBS, ansprechen könnten als jüngere Patient:innen (282). Von den 1.004 Teilnehmer:innen der CALM-Studie waren 134 (13,3%) 60-75 Jahre alt (282). Obwohl sich weder die Art der (kombinierten) Behandlung noch die Abbruchquoten zwischen älteren und jüngeren Erwachsenen unterschieden, dauerte es bei älteren Erwachsenen länger, bis sie auf die Behandlung ansprachen, als bei jüngeren Erwachsenen. Zudem war bei ihnen die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Auftretens der Symptome im 18-monatigen Nachuntersuchungszeitraum größer. Als Erklärung für das verzögerte und weniger robuste Ansprechen auf die Behandlung bei älteren Erwachsenen wurden altersbedingte pharmakodynamische Veränderungen sowie verändertes Lernverhalten diskutiert (282). Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRIs) wie Venlafaxin zeigten bei älteren Personen in einer Studie in Taiwan ein signifikant höheres Risiko für einen Wechsel der Medikation, eine Augmentation und einen Krankenhausaufenthalt bei depressiven Patient:innen. Auch wurde auf häufigere Nebenwirkungen und die Interaktion mit kardiovaskulärer Medikation hingewiesen (283). Ältere Erwachsene reagieren oft empfindlicher auf Nebenwirkungen von Medikamenten und haben mehr gleichzeitig auftretende medizinische Probleme und Medikamentenverordnungen als jüngere Menschen (284). Daher wird empfohlen, bei der Einführung eines neuen Medikaments mit einer niedrigen Dosis zu beginnen und bei Bedarf Anpassungen vorzunehmen (47). Besonders im Fokus sollen bei älteren Menschen unerwünschte Wirkungen und Interaktionen zwischen verordneten Medikamenten stehen. Da die Wahrscheinlichkeit größer ist, dass ältere Personen Medikamente für eine bestimmte Erkrankung erhalten, sollte immer auf Wechselwirkungen zwischen Medikamenten geachtet werden - insbesondere bei der Verschreibung von SNRIs (283, 285). Insbesondere in psychiatrischen Versorgungsstrukturen für ältere Menschen werden häufig mehrere Medikamente für psychische und körperliche Erkrankungen verschrieben. Diese Verordnungspläne können zu einer hohen anticholinergen Belastung führen, oft als unbeabsichtigte Folge gleichzeitiger Verschreibung von Medikamenten mit mäßiger anticholinergischer Wirkung (286). Bei einer Querschnittsstudie von 622 zufällig in Praxen ausgewählten Patient:innen mit einem Durchschnittsalter von 77,2 ($\pm 6,2$) Jahren und einer durchschnittlichen Einnahme von 5,6 Medikamenten war mindestens eine anticholinerge Medikation bei 78 Patient:innen vorhanden (12,5%) (287). Vom Einsatz von Benzodiazepinen zur Behandlung der PTBS wird für alle Altersgruppen abgeraten (s. Kapitel 3.3). SSRIs werden in der Regel gut vertragen (288), allerdings konnten keine Studien zum Einsatz von SSRIs zur Behandlung der PTBS bei älteren Menschen gefunden werden. Für eine Kombination von Kalziumkanalblockern (Antihypertonika) mit SSRIs war zwar für Personen, die wegen Hypertonie behandelt wurden, ein positiver Effekt auch auf die depressive Symptomatik und die kognitiven Funktionen beschrieben worden (537), andererseits war diese Medikamentenkombination mit erhöhter Sturzgefahr verbunden (538).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Aufgrund der fehlenden empirischen Evidenz mit ausreichender methodischer Qualität beruht diese Empfehlung auf einem Expert:innenkonsensus.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Keine.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Generell ist bei der Behandlung von älteren Personen mit PTBS ein erhöhtes Sturzrisiko zu beachten (289, 290). Wie immer bei der Pharmakotherapie geht es hier um die Abwägung der Nebenwirkungen, Möglichkeiten nicht-pharmakologischer Behandlungen und Folgen einer Nicht-Behandlung. Zu Beginn und im Verlauf einer Pharmakotherapie ist ein klinisches Monitoring der unerwünschten Wirkungen sowie die Bestimmung der Blutkonzentrationen der verabreichten Psychopharmaka zur Beurteilung der aufgrund genetischer und komorbiditätsbedingter Variationen sehr unterschiedlichen Verstoffwechslung der Präparate erforderlich.

3.7.4.5 Hintergrundtext zur Empfehlung 7.5

Darlegung der Evidenzgrundlage

Pflege kann traumatische Erinnerungen auslösen oder PTBS-Symptome verschlimmern bzw. zu einem erneuten Trauma führen. Dazu gehört die Erfahrung von Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins im Kontext von vernachlässigenden, unsensiblen oder auch gewaltvollen, autoritären oder demütigenden Pflegepraktiken sowie im Rahmen von invasiven medizinischen Behandlungen. Die Implementierung eines traumainformierten Pflegeansatzes kann einen Pflegekontext ermöglichen, der Patient:innen nicht nur nicht erneut traumatisiert, sondern darüber hinaus die Anzeichen einer Traumafolgestörung erkennt, darauf reagiert, die Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen besser unterstützt und zu deren stärkerer Einbindung und ihrem Empowerment beiträgt (291, 292). Traumainformierte Pflege kann potenziell auch Symptome lindern, Krankheitsverläufe verbessern, Pflegezeiten verkürzen, Notaufnahmen und Krankenhausaufenthalte reduzieren und dadurch Kosten senken. Obwohl der Begriff "traumainformierte Pflege" häufig verwendet wird, liegt bisher noch kein systematisch evaluiertes, evidenzbasiertes Konzept dafür vor. Jüngst wurde ein Überblicksartikel von O'Malley et al. (2023) (248) publiziert, aus dem folgende Elemente eines traumafokussierten Pflegekonzeptes abgeleitet wurden: Erkennung von PTBS-Symptomen durch Personal und Verständnis dafür, wie sich ein Trauma auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten auswirken kann; Reaktion des Personals auf die Offenlegung von Traumatisierungen; Schaffung einer sicheren, vertrauensvollen und vorausschaubaren Umgebung, die Auslöser und erneute Traumatisierung vermeidet; Förderung vorhandener Ressourcen und Stärken von Patient:innen. Strategien zur Implementierung von traumainformierter Pflege sind demnach beispielsweise Mitarbeitende, welche darin geschult werden, traumabezogene Screening-Maßnahmen durchzuführen.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Aufgrund der fehlenden empirischen Evidenz mit ausreichender methodischer Qualität beruht diese Empfehlung auf einem Expert:innenkonsensus.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Keine.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

3.7.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung

- Validierung, Anpassung oder neue Entwicklung von diagnostischen Instrumenten für ältere Menschen.
- Systematische Untersuchung des Einsatzes und der Wirksamkeit von PTBS-Behandlungsansätzen bei alten und vor allem hochaltrigen Menschen. Dabei sollte besonders der Frage nachgegangen werden, ob und inwiefern alterssensible Anpassungen notwendig und wirksam sind.
- Methoden und Wirkmechanismen in der Behandlung von Älteren mit kognitiven Einschränkungen und Demenzen mit PTBS.

3.8 Behandlung von Erwachsenen mit Fluchthintergrund

Annett Lotzin, Eva Schäflein, Frank Neuner, Karsten Böhm, Ljiljana Joksimovic, Maria Böttche, Michael Henrich, Nadine Stammel, Roland Weierstall-Pust, Sarah Schroth

3.8.1 Einleitung

Die Prävalenzzahlen von Traumafolgestörungen (v.a. PTBS, Depression und Angst) sind bei Menschen mit Fluchthintergrund deutlich höher als in der Gesamtbevölkerung. Dies weisen auch Studien aus, die in Deutschland durchgeführt wurden. So zeigte ein systematisches Review bei asylsuchenden und geflüchteten Menschen in Deutschland Prävalenzzahlen zwischen 11,4 - 46,5% für die PTBS (293). Eine registerbasierte Studie von geflüchteten Menschen aus Syrien in Deutschland konnte zeigen, dass die Prävalenz der PTBS über einen Zeitraum von 1,5 Jahren auf einem hohen Level blieb (1. Messzeitpunkt: 13,9%; nach 1,5 Jahren: 13,0%) (294). Eine höhere wahrgenommene Diskriminierung, eine höhere Anzahl von erlebten traumatischen Ereignissen sowie eine kürzere Zeit seit Erhalt der Aufenthaltserlaubnis waren Prädiktoren für psychischen Stress (294). Dabei ist festzuhalten, dass in den meisten Fällen nicht nur eine PTBS, sondern auch komorbide Störungen vorliegen. In einer Studie von Nesterko und Kolleg:innen (2020) (295) zeigten 54,7% der Personen mit einer PTBS ebenso Symptome einer Somatisierungsstörung, 48,8% der Personen mit einer PTBS ebenso eine Depression und 33,7% der Personen mit einer PTBS zeigten zusätzlich sowohl depressive als auch Symptome einer Somatisierungsstörung. Bei behandlingssuchenden Menschen mit Fluchthintergrund in der Schweiz (245) bzw. in Österreich (296) zeigten 21,3% bzw. 49,5% Hinweise auf das Vorliegen einer komplexen PTBS. Eine Fluchterfahrung führt nicht zwangsläufig zur Entwicklung einer PTBS. Geflüchtete Menschen stellen jedoch aufgrund potenziell kumulativer Belastungen vor, während und nach der Flucht eine besonders vulnerable Gruppe mit erhöhtem Risiko für traumabezogene psychische Störungen dar. Ein wesentlicher Unterschied von Geflüchteten zur Gesamtbevölkerung besteht darin, dass sie zu den am meisten benachteiligten Gruppen in der Gesellschaft und speziell auch im Gesundheitssystem gehören. Geflüchtete Menschen erleben im Exilland häufig in hohem Maße Rassismus, Diskriminierung, Entwertung, soziale Ausgrenzung und Isolation. Die Zerstörung sozialer Netzwerke und die Trennung von Angehörigen durch die Flucht bedingen einen Verlust von sozialer Unterstützung. Geflüchtete Menschen sind die einzige Gruppe, denen ohne richterlichen Beschluss allein in Abhängigkeit ihres Aufenthaltsstatus grundlegende Rechte wie das Recht auf Arbeit und das Recht, den Aufenthaltsort frei wählen zu können, aberkannt werden können. Die erzwungene Armut, prekäre Wohnsituationen in Unterkünften mit unzureichenden Rückzugsmöglichkeiten und anhaltendem Bedrohungserleben beschränken die Möglichkeiten der Teilhabe und Partizipation und bedeuten anhaltenden Stress, der eine Erholung von traumatischen Erlebnissen verhindern kann. Dies begründet eine isolierte Betrachtung dieser Gruppe im Hinblick auf die Erfordernisse und Evidenz der Behandlung der PTBS.

Menschen mit Fluchthintergrund sind zu unterschiedlichen Zeitpunkten (vor, während und nach der Flucht) Stressoren und/oder Traumatisierungen ausgesetzt, aufgrund derer psychische Störungen, wie die PTBS entstehen können. Vor der Behandlung ist daher eine

ausführliche Diagnostik wichtig, um zu eruieren, ob die PTBS vor, während oder nach der Flucht bzw. aufgrund welcher Ereignisse sie entwickelt wurde. Vor allem haben aktuelle sozialstrukturelle und psychosoziale Kontextfaktoren am neuen Wohnort (z.B. Diskriminierung sowie Postmigrationsstressoren, wie Asylstatus, Wohnverhältnisse) einen starken Einfluss auf die Schwere der Symptome der PTBS (293) und sind somit wichtige Inhalte im therapeutischen Setting. Ebenso ist der Fokus bei Menschen mit Fluchthintergrund nicht nur auf Traumatisierungen vor und während der Flucht zu richten, sondern auch auf aktuelle Traumatisierungen und Stressoren (z.B. Rassismuserfahrungen, Diskriminierung).

3.8.2 Klinische Fragestellungen

1. Welche Durchführungsart bzw. Instrumentenart unter Berücksichtigung der u.g. Aspekte sind am effektivsten in der Diagnose der (k)PTBS bei geflüchteten Personen oder Menschen, die Deutsch nicht als Erstsprache sprechen?
2. Wie effektiv ist es, mithilfe von verschiedenen Übersetzungsformen von klinischen Instrumenten, eine (k)PTBS bei geflüchteten Menschen zu diagnostizieren?
3. Welche psychotherapeutischen Interventionen (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Psychotherapie) sind bei geflüchteten Menschen mit einer (k)PTBS effektiver als sowohl inaktive als auch aktive Kontrollbedingungen hinsichtlich der Reduktion von PTBS-Symptomen sowie weiterer Outcomes?
4. Ist eine Psychotherapie in Kombination mit Sozialarbeit bei geflüchteten Menschen mit einer PTBS effektiver als eine Psychotherapie ohne zusätzliche Sozialarbeit?
5. Sind adjuvante Verfahren (Kreative Therapie, incl. Kunsttherapie, Musiktherapie, physical Exercise, Yoga, Biofeedback) bei geflüchteten Menschen mit einer PTBS effektiver als Warteliste in der Behandlung?
6. Sind psychotherapeutische Interventionen (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Psychotherapie) unter Verwendung von Dolmetschenden bei geflüchteten Menschen mit einer (k)PTBS effektiver als solche ohne Dolmetschende hinsichtlich der Reduktion von PTBS-Symptomen sowie weiteren Outcomes?

3.8.3 Empfehlungen

8.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Zur Unterstützung der Diagnostik bei geflüchteten Menschen sollten, wie bei anderen (k)PTBS-Patient:innen, psychometrische Tests und/oder strukturierte klinische Interviews eingesetzt werden. Es sollte ein in der Erstsprache der Patient:innen validiertes Instrument eingesetzt werden. Falls das nicht verfügbar ist, sollte ein übersetztes, nicht validiertes Instrument verwendet werden. Eine ad hoc Übersetzung sollte nur eingesetzt werden, wenn keine validierten und/oder übersetzten Instrumente vorliegen.	
	z. B. Andisha et al., 2023, Karnouk et al., 2021; Magwood et al., 2022 und 2023	
	Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	

8.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)
Empfehlungsgrad B ↑	PTBS-Patient:innen mit Fluchthintergrund sollte, wie anderen PTBS-Patient:innen auch, eine traumafokussierte Therapie angeboten werden.	
Nosè et al., 2017		
Qualität der Evidenz		
PTBS: sehr niedrig ⊕⊖ ⊖⊖		
	Konsensstärke: 100 % Starker Konsens	

8.3	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Die sozialstrukturellen und psychosozialen Kontextfaktoren sollten in der Therapie von PTBS-Patient:innen mit Fluchthintergrund berücksichtigt werden.	
	z.B. Jannesari et al., 2020; Nickerson et al., 2011, Specker et al., 2024	
	Konsensstärke: 78,1 % (Konsens)	

8.4	Evidenzbasiertes Statement	Neu (2026)
	Es gibt aktuell zu wenige Studien, die die Wirksamkeit von adjuvanten Therapien bei PTBS-Patient:innen mit Fluchthintergrund untersuchen.	
	z.B. Beck et al., 2021; Askovic et al., 2020; Morina et al., 2012	
	Konsensstärke: 90 % (Konsens)	

8.5	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Wenn Sprachbarrieren nicht durch eine sprachliche Passung von Patient:in und Therapeut:in aufgelöst werden können, sollte die Therapie mit geschulten Sprachmittler:innen durchgeführt werden.	
	z.B. Lambert & Alhassoon, 2015, Brune et al., 2011, D'Ardenne et al., 2007, Sander et al., 2019	
	Konsensstärke: 96,7 % (Starker Konsens)	

3.8.4 Hintergrund der Evidenz

Fragestellung 1 und 2 wurden bei der Formulierung der Empfehlungen gemeinsam berücksichtigt.

3.8.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 8.1

Darlegung der Evidenzgrundlage

Es konnten keine Studien gefunden werden, die direkt unterschiedliche Durchführungsarten (d.h. mit/ohne ad hoc Übersetzung durch Sprachmittelnde, mit/ohne kultureller Adaptation) oder unterschiedliche Arten von Instrumenten (z.B. Screeninginstrumente, Interviews) miteinander vergleichen. Daher wurde ein Expert:innenkonsens erarbeitet für den der Evidenzgrad B ausgesprochen wurde, da die Leitliniengruppe kein Schadenspotenzial erkennt, wenn die klinische Diagnostik mit psychometrischen Tests oder diagnostischen Interviews unterstützt wird und Studien vorliegen, in denen Screeninginstrumente/Fragebögen und strukturierte diagnostische Interviews reliabel und valide die PTBS und kPTBS erfassen. Eine Meta-Analyse zeigt, dass Screeninginstrumente für PTBS (v.a. HTQ und PCL-5) bei geflüchteten Menschen reliabel und valide angewendet werden können. Eine Überlegenheit war für keines der untersuchten Screeninginstrumente in dieser Meta-Analyse gegeben (39). Primärstudien zeigen, dass übersetzte und kultursensibel validierte Fragebögen und Interviews PTBS sowie kPTBS bei Menschen mit Fluchthintergrund abbilden (z.B. (297) - kPTBS mit Hilfe des ITQ in Dari; (298) - PTBS mithilfe des M.I.N.I Interviews in Arabisch; (299) - PTBS mithilfe des HTQ in unterschiedlichen Sprachen). Bei der Anwendung von Screeninginstrumenten ist zu beachten, dass der Cut-Off Wert, der eine potenziell vorhandene PTBS anzeigt, in Abhängigkeit des kulturellen Hintergrunds variieren kann (39). Eine kulturelle Validierung ist daher wichtig und liegt für einige Instrumente bereits vor (300). Aufgrund dieser potenziell variierenden Cut-Off Werte sowie aufgrund der fehlenden Standardisierung bei ad hoc Übersetzungen sollte ein validiertes Instrument in der Erstsprache eingesetzt werden, wenn dieses vorliegt.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Auf der Basis eines Expert:innenkonsens wurde zu den klinischen Fragestellungen 1 und 2 eine gemeinsame Empfehlung formuliert, da keine passende aggregierte oder primäre Evidenz zur Beantwortung dieser Fragen gefunden werden konnte und beide sich auf die Gestaltung und den Inhalt der klinischen Diagnostik beziehen. Diese Empfehlung ist im Einklang mit internationalen PTBS-Leitlinien z.B. Australian Guidelines for Refugees; Phoenix Australia, 2020; NICE Guidelines, 2018) (241, 301). Diese weisen explizit darauf hin, dass standardisierte Beurteilungsinstrumente verwendet werden sollten, wobei auf kulturelle Sensibilität zu achten ist und falls erforderlich, eine Übersetzung in der bevorzugten Sprache erfolgen sollte.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Keine.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung.

Es sollten übersetzte und kulturell validierte Adaptationen für die Unterstützung der klinischen Diagnostik angewendet werden, um auf den höchstmöglichen Standard zurückzugreifen. Von ad hoc Übersetzungen ist abzusehen (sofern Übersetzungen vorliegen), da hier keine Standardisierung (d.h. gleiche Formulierungen der Items/Fragen über Patient:innen hinweg) möglich ist.

3.8.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 8.2**Darlegung der Evidenzgrundlage**

In einer Meta-Analyse von Nosè et al. (2017) (302) wurden anhand von 12 RCTs und 2 CCTs (Controlled Clinical Trials) die Effekte psychosozialer Interventionen zur Behandlung von erwachsenen Menschen mit Fluchthintergrund mit PTBS in Ländern mit hohem Einkommen im Vergleich zu einer Warteliste oder *Treatment-As-Usual* (TAU) verglichen. Die Mehrheit der Studien untersuchte entweder die Narrative Expositionstherapie (NET; k=5) oder Varianten der kognitiv-behavioralen Therapie (CBT; k=5). Bei Behandlungsende erwiesen sich psychosoziale Interventionen im Vergleich zu Kontrollgruppen als wirksam, um PTBS-Symptome zu verringern (SMD=-1,03, 95%-CI [-1,55, -0,51]). Auch die depressive Symptomatik nahm ab (SMD=-1,10, 95%-CI [-1,67, -0,54]). Bezüglich der Reduktion der PTBS-Symptome war die NET die wirksamste Intervention (SMD=-0,78, 95%-CI [-1,18, -0,38]). Trauma-fokussierte Psychotherapien zeigten hohe Effektstärken (SMD=-1,92; 95%-CI [-3,05, -0,80]). Andere (nicht traumafokussierte) Varianten von CBT zeigten keine Überlegenheit im Vergleich zu den Kontrollgruppen. Separate Ergebnisse für unterschiedliche Kontrollbedingungen (passive Warteliste, aktive Kontrollgruppe) wurden nicht berichtet. Zur Follow-up-Erhebung (~4 Monate nach Behandlungsende) konnte keine Evidenz für die Überlegenheit psychosozialer Interventionen festgestellt werden (SMD=0,01, 95%-CI [-1,26, 1,28]). Die durchgeführte *Risk of Bias (RoB) Analyse* mithilfe von AMSTAR ergab eine niedrige Qualität für die Meta-Analyse von Nosè et al. (2017) (302). Dabei zeigten sich die Einschränkungen v.a. bezüglich der Interpretation und Diskussion des Einflusses des RoBs der Primärstudien auf die Ergebnisse der Meta-Analyse (302).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Die aggregierte Evidenz betraf primär traumafokussierte Interventionen (v.a. NET, CBT) im Vergleich zu Wartelisten, bei der (moderate) Evidenz zum Potenzial traumafokussierter Interventionen zur Reduktion von PTBS-Symptomen zu finden ist. Bezüglich der komplexen PTBS und weiterer komorbider Störungen wurden keine Studien gefunden, die den Einschlusskriterien für die PICO-Frage entsprochen haben. Keine der in die Meta-Analyse eingeschlossenen Primärstudien hat eine traumafokussierte (TF) Therapie mit einer nicht-TF PTBS Behandlung verglichen. Die eingeschlossenen Studien weisen zudem eine teilweise eingeschränkte Qualität auf so dass es weiterer kontrollierter Studien bedarf. Auch wenn die Überlegenheit der TF-Therapien somit für die Subgruppe der Personen mit Fluchthintergrund

nicht unmittelbar belegt ist, spricht die generelle Überlegenheit der TF-Therapien bei unterschiedlichsten Gruppen traumatisierter Patient:innen sowie der Beleg dieser Therapien auch für geflüchtete Patient:innen für eine klare Empfehlung des Einsatzes der TF-Therapien auch in dieser Patient:innengruppe. Auch Internationale PTBS-Leitlinien (z.B. (301)) weisen auf die Wirksamkeit von traumafokussierten Interventionen bei PTBS-Patient:innen mit Fluchthintergrund hin.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Es wurden nur Studien einbezogen, deren Stichproben in Ländern mit hohem Einkommen (*High-Income Countries*) lebten, sodass diese Empfehlung nicht zutreffend sein muss für Menschen mit PTBS und Fluchthintergrund in Ländern mit mittlerem oder geringem Einkommen (*Middle-/Low-Income Countries*).

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

3.8.4.3 Hintergrundtext zur Empfehlung 8.3

Darlegung der Evidenzgrundlage

In der Forschung gibt es klare Hinweise dass Postmigrationsstressoren - über den Effekt der Erfahrungen im Heimatland und Flucht hinaus - mit psychischen Störungen einhergehen und diese bedingen können (303, 304). Ein sicherer Aufenthaltsstatus kann eine Reduktion des Stresses und eine Verbesserung der psychischen Gesundheit bewirken (Nickerson et al., 2011), was dessen Nutzen unterstreicht. Ein weiterer Faktor, der geflüchtete Menschen von anderen traumatisierten Personengruppen unterscheidet, ist der besonders schwierige Zugang zum Gesundheitssystem, insbesondere auch zu psychotherapeutischer Behandlung. Dabei gibt es Barrieren auf Seiten der Personen mit Fluchthintergrund, aber vor allem auch auf Seiten der Behandler:innen (305-307). Zu den in der Forschung untersuchten Barrieren gehören das Verständnis der geflüchteten Menschen für psychische Störungen, die Angst vor Stigmatisierung, das fehlende Wissen über das Versorgungssystem, Einstellung gegenüber Psychotherapie sowie Sprachbarrieren, praktische und strukturelle Probleme und Einstellung und Kompetenz der Therapeut:innen. Während die Bedeutung der Barrieren auf Seiten der geflüchteten Menschen, wie etwa kulturelle Unterschiede, häufig überschätzt werden, scheinen vor allem strukturelle Benachteiligungen und Sprachprobleme die bestehenden Behandlungsbarrieren zu erklären (305-307).

Neben dem Befund, dass traumatisierte Geflüchtete bisher nur in absoluten Ausnahmefällen eine adäquate, leitliniengerechte Behandlung erhalten (306-308), gibt es bisher keine experimentell überprüfte Evidenz über Implikationen soziostruktureller Faktoren für die Behandlung von geflüchteten Menschen mit Traumafolgestörungen. Es gibt allerdings Hinweise darauf, dass Einstellungen gegenüber Geflüchteten, die von Diskriminierung, Rassismus, der Hervorhebung von klischeehaften Merkmalen sowie einer falschverstandenen Überbewertung kultureller Unterschiede geprägt sind, die Bereitschaft zur Behandlung von

Geflüchteten reduzieren (305-307). Eine Überbewertung der Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Fluchthintergrund birgt also die Gefahr einer Verschärfung des bestehenden Versorgungsproblems und damit einen potenziellen Schaden, insofern es die Bereitschaft zur leitliniengerechten Behandlung reduziert. Da aber entsprechende Stressoren (etwa bei krisenhaften Zuspitzungen des Aufenthaltsstatus oder der Wohnsituation) die Durchführung einer manualisierten Behandlung auch erheblich erschweren können, birgt das Ausklammern dieser Faktoren aus der Therapie ebenfalls die große Gefahr, dass die leitliniengerechte Therapie nicht fachgerecht durchgeführt werden kann. Nicht selten sind Psychotherapeut:innen diejenigen Personen im Gesundheitssystem, die die Lebenswirklichkeit geflüchteter Patient:innen im Einzelfall am besten kennen und ebenso mit systemischen Ungerechtigkeiten konfrontiert sind. Ein Wissen um derartige Faktoren und deren Berücksichtigung in der Therapie wird von den Expert:innen dieser Arbeitsgruppe als hilfreich, wenn nicht unumgänglich betrachtet. Ergänzend zu der gezielten Behandlung der PTBS-Symptome könnte eine Begleitung durch sozialarbeiterische Unterstützung in einigen Fällen auch eine pragmatische Lösung darstellen. Auch Internationale PTBS-Leitlinien (z.B. (301)) weisen sehr ausführlich auf die Bedeutung sozialstruktureller und psychosozialer Kontextfaktoren im Sinne von Postmigrationsstressoren und deren Beachtung in der Behandlung hin.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Es gibt keine passende aggregierte oder primäre Evidenz zur Beantwortung der klinischen Fragestellung 4. Daher wurde hier ein Expert:innenkonsens erarbeitet.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Keine.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

3.8.4.4 Hintergrundtext zum Statement 8.4

Darlegung der Evidenzgrundlage

Es existieren nur wenige Studien, die die Wirksamkeit von (ausschließlich) angewandten adjuvanten Verfahren bei Personen mit Fluchthintergrund belegen. Dabei variieren die Studien hinsichtlich des eingeschätzten Risk of Bias (low - (309); moderate - (310); serious - (311)) und umfassen nur eine kleine Stichprobengröße (13 bis 39 Personen pro Gruppe). Es wurde deshalb keine Behandlungsempfehlung, sondern ein evidenzbasiertes Statement formuliert. Adjuvante Verfahren könnten PTBS-Patient:innen mit Fluchthintergrund zusätzlich zu einer traumafokussierten Intervention angeboten werden. Primärstudien zeigen, dass das zusätzliche Angebot von adjuvanten Verfahren zu keinem Schaden führt, sondern in Kombination mit traumafokussierter Intervention ebenso zu einer Verbesserung der PTBS-

Symptomatik (310, 311). In einer nicht-randomisierten Studie zeigte Neurofeedback in Kombination mit Traumacounselling eine signifikant höhere Reduktion der PTBS-Symptomatik im Vergleich zu alleinigem Traumacounselling (310) und in einer einarmigen Interventionsstudie zeigte die Kombination aus Biofeedback und NET eine signifikante Reduktion der PTBS-Symptome, wobei die Reduktion hier der NET zugeschrieben wird (311). Eine Primärstudie für traumafokussierte Musik- und Imaginationsbehandlung zeigte im Vergleich zu einer bewährten PTBS-Behandlung keine Unterlegenheit in der Reduktion der PTBS-Symptome (309). Es ist davon auszugehen, dass die Kombination aus adjuvanten Verfahren und traumafokussierter Intervention ebenso wie bei anderen PTBS-Patient:innengruppen zu einem Nutzen führt (vgl. Kapitel 3.4).

Personengruppen, auf die das Statement nicht zutrifft/Alternativen

Keine.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

3.8.4.5 Hintergrundtext zur Empfehlung 8.5

Darlegung der Evidenzgrundlage

Es gab nur unzureichende Evidenz zur Beantwortung der klinischen Fragestellung 6. Die aggregierte Evidenz umfasst eine Meta-Analyse zu traumafokussierten Interventionen für Menschen mit Fluchthintergrund, in der der Einsatz von sprachmittelnden Personen als Metaregressor bzgl. der Reduktion der PTBS-Symptomatik untersucht wurde (312). Die primäre Evidenz umfasst Beobachtungsstudien, die retrospektiv Behandlungen von Menschen mit Fluchthintergrund mithilfe einer sprachmittelnden Person im Vergleich zu Behandlungen ohne sprachmittelnde Personen vergleicht und dabei u.a. Symptome der Depression, Angst und Somatisierung untersucht (313-315). Die Studien zeigen, dass Psychotherapie unter Einsatz von sprachmittelnden Personen zu einer Symptomreduktion im Verlauf der Behandlung führt (315) und meist nicht weniger effektiv ist als solche ohne sprachmittelnde Personen (312-314). In den Studien wurde als Vergleich zur Behandlung mit sprachmittelnden Personen, eine Behandlung ohne Sprachmittlung (wenn die Person mit Fluchthintergrund bereits ausreichende Kenntnisse der Sprache des derzeitigen Aufenthaltslandes hatte oder wenn Patient:in und Therapeut:in eine andere ausreichend sprachliche Passung vorweisen) durchgeführt. Aus nachvollziehbaren Gründen liegt keine Studie vor, in der Behandlungen mit Einsatz von Sprachmittelnden versus Behandlungen ohne aufgelöste Sprachbarriere untersucht wurden. Diese Studien, wie auch die praktische Erfahrung zeigen, dass Psychotherapie mit Sprachmittelnden zu einer bedeutsamen Reduktion der psychopathologischen Symptomatik führt. Somit kann geschlussfolgert werden, dass der Einsatz von Sprachmittelnden nicht zu einem Schaden führt, sondern ähnlich gute Therapieergebnisse erzielt werden können wie Therapien ohne Sprachmittelnde. Dabei ist es wichtig, professionelle und für den Umgang mit traumatisierten Geflüchteten geschulte

Sprachmittelnde einzusetzen, und nicht Angehörige der Patient:innen oder nicht-fachspezifisches Personal hinzuzuziehen.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Insgesamt wurde die Evidenz zur Beantwortung der Fragestellung als unsicher eingeschätzt, weshalb ein Expert:innenkonsens erarbeitet wurde. In den gesichteten Studien wurden keine Aussagen über die Qualifikation der Sprachmittelnden getätigt. Die praktische Erfahrung zeigt jedoch, dass es wichtig ist, geschulte Sprachmittelnde einzusetzen, weshalb dieser Zusatz in die Empfehlung aufgenommen wurde.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Keine.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Im Kontext von Flucht und Migration werden für dolmetschende Personen verschiedene Bezeichnungen verwendet, wie trans- oder interkulturelle Dolmetschende oder Sprachmittelnde bzw. Sprach- und Kulturmittelnde. Die Leitliniengruppe hat sich auf den Begriff Sprachmittelnde geeinigt, da dieser überwiegend in Deutschland und Österreich verwendet wird. Im Gegensatz zu an Hochschulen ausgebildeten und staatlich geprüften Dolmetschenden handelt es sich bei Sprachmittelnden im Kontext von Flucht/Migration um Personen mit unterschiedlichen Ausbildungsniveaus und zum Teil ohne rechtlich anerkannte Berufsbezeichnung. In der Regel übersetzen Sprachmittelnde konsekutiv (d.h. zeitlich versetzt) und sind im Raum anwesend. Seit einiger Zeit gibt es auch die Möglichkeit Sprachmittelnde online oder per Telefon hinzuzuschalten, sodass eine physische Anwesenheit nicht zwangsläufig notwendig ist. Die Leitung und Durchführung von Sitzungen mit Sprachmittelnden obliegen den jeweiligen Behandler:innen. Hierfür sind auch auf Seiten der Behandelnden Kenntnisse notwendig und Richtlinien einzuhalten (siehe z.B. (316, 317)). Es wäre daher empfehlenswert, wenn das Thema Sprachmittlung bereits Teil der praktischen psychotherapeutischen und medizinischen Grundausbildung wird. Auf Grundlage des vorliegenden praktischen Wissens wird empfohlen, die Therapie mit geschulten Sprachmittelnden durchzuführen. Deshalb erscheint es wichtig, ein Hauptaugenmerk auf die Ausbildung von qualifizierten Sprachmittelnden zu legen. Wünschenswert wäre dabei, national einheitliche Curricula zu etablieren. Es gibt bisher im deutschsprachigen Raum keine einheitlichen Ausbildungen oder Schulungen von Sprachmittelnden im Fluchtkontext. Nur in der Schweiz werden bestimmte Zugangskriterien verlangt für die Zulassung zur Prüfung zum Erlangen eines eidgenössischen Diploms (318). Sprachmittlung bei ambulanten oder stationären Behandlungen von Geflüchteten wird nicht von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt (319). Eine Beantragung der Kostenübernahme ist zwar im Einzelfall über das Sozialamt möglich, aber oftmals langwierig und wegen bürokratischer Hürden oft nicht umsetzbar (320). Die fehlende Finanzierung von Sprachmittelnden führt meist dazu, dass Menschen mit Fluchthintergrund aufgrund der Sprachbarriere nicht in die ambulante Therapie aufgenommen werden und so hauptsächlich auf die Aufnahme an speziellen Einrichtungen

wie psychosoziale oder universitäre Zentren angewiesen sind, die begrenzte Behandlungskapazitäten haben. Dies führt zu langen Wartezeiten und fördert die Ungleichheit hinsichtlich psychotherapeutischer Versorgung. Um eine gleichberechtigte und bedarfsgerechte medizinische und psychosoziale Versorgung für alle Geflüchteten zu gewährleisten, ist es erforderlich qualifizierte Sprachmittelnde einzusetzen wo eine muttersprachliche Behandlung nicht gewährleistet ist und die Sprachkenntnisse des Aufnahmelandes unzureichend sind.

3.8.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung

- Prüfung der Messinvarianz in allen Sprachen für die jeweiligen Fragebögen ist zeitaufwendig und nicht leistbar. Zukünftige Forschung sollte deshalb darauf fokussieren, wie Fragebögen übersetzt/getestet werden müssen, um über verschiedene Sprachen hinweg eine gute Messinvarianz zu erzielen, d.h. zu erforschen, welche Methoden zu einer hohen Übertragbarkeit unter Beibehaltung der psychometrischen Qualität führen.
- Überprüfung der Effektivität und des Umfangs einer generellen psychosozialen und sozialmedizinischen Unterstützung ergänzend oder im Rahmen einer PTBS-Behandlung um die Frage zu beantworten, ob die Berücksichtigung soziostruktureller Faktoren in der PTBS-Therapie hilfreich sind und falls ja, auf welche Weise.
- Forschung dazu, wie die Sprachbarriere in der Therapie besser überwunden werden kann (z.B. Therapieerfolg mit und ohne Sprachmittlung mit gleich hochwertig ausgebildeten Sprachmittelnden um einen Verzerrungseffekt auszuschließen und höhere Ergebnisqualität zu erzielen).

3.9 Behandlung von Erwachsenen mit Störung der Intelligenzentwicklung (SIE)

Birgit Mayer, Marie Ilic, Ulrich Elbing, Tanja Sappok

3.9.1 Einleitung

Nutzende der ambulanten Eingliederungshilfe berichteten bei einer Befragung zu 87% über Gewalt in der Familie und zu 50% über physische Gewalt als Erwachsene:r (321). Eine größere Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (322) berichtete, dass die Prävalenz von sexualisierter Gewalt bei Frauen mit Behinderung ca. 2-3mal so hoch ist wie bei Frauen ohne Behinderung. Das Leben in Institutionen stellt dabei ein besonderes Risiko dar. So haben Kinder und Jugendliche, die in Heimen oder Pflegefamilien aufwachsen, ein bis zu siebenfach erhöhtes Risiko, misshandelt oder sexuell missbraucht zu werden (323). Exposition gegenüber traumatischen Erlebnissen ist bei Menschen mit Störung der Intelligenzentwicklung (SIE) zudem mit einer höheren Rate von PTBS assoziiert (321, 324, 325). Bei unsicherer Datenlage zur exakten Prävalenz der PTBS bei Menschen mit SIE deuten Schätzungen darauf hin, dass diese mit ca. 10% (z.B. (326)) deutlich höher liegt als in der Allgemeinbevölkerung (Schätzung für in Deutschland 1,5% bis 2%; (327)).

Nach Catani und Sossalla (2015) (321) ist die PTBS bei Personen mit SIE häufig von umfassenden körperlichen und psychischen Folgen begleitet. Dies entspricht den generellen Befunden zur PTBS und komorbiden körperlichen und psychische Störungen, die bei ca. 80% der Patient:innen vorliegen (327). Das Erleben mehrerer Arten widriger Kindheitserfahrungen (*Adverse Childhood Experiences; ACE*) kann durch die neuronalen Veränderungen, die in diesem Kontext entstehen können, auch zu kognitiven Beeinträchtigungen führen (328). Je nach sensibler Phase der Hirnentwicklung können dabei unterschiedliche Folgen auftreten (329, 330). Insgesamt scheint ein Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen, dem Schweregrad der SIE und der Entwicklung von erheblich beeinträchtigenden Symptomen bei allen methodischen Vorbehalten gesichert zu sein (325). Die höhere Expositionsrate trifft zudem bei dieser Gruppe häufig auf verminderte Bewältigungsressourcen und protektive Faktoren (325, 331).

Eine PTBS-Symptomatik wird in der Regelversorgung häufig im Sinne eines *diagnostic overshadowings* auf die SIE zurückgeführt und nicht als eigenständige psychische Erkrankung erkannt, insbesondere bei Menschen mit schwereren SIE, die keine Auskunft über ihr inneres Erleben geben können. Daher steht zu vermuten, dass die PTBS bei Menschen mit SIE bislang unterdiagnostiziert ist. Zudem besteht in den deutschsprachigen Ländern ein Mangel an adäquater, leitliniengerechter Behandlung für diese Zielgruppe, insbesondere im psychotherapeutischen Bereich. In dieser Leitlinie sind Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung als Erwachsene (18 Jahre und älter) mit einer SIE (IQ < 70), die bereits vor dem 18. Lebensjahr vorliegt, definiert. Die Arbeitsgruppe geht davon aus, dass alle PICO-Fragenklinischen Fragen zu Diagnose und Behandlung der PTBS (Hauptkapitel) der vorangehenden Kapitel in gleicher Weise auch für die Zielgruppe der erwachsenen Menschen

mit SIE relevant sind. Die klinischen Fragen dieses Kapitels der AG konzentrieren sich daher auf spezifische Ergänzungsfragen zu den allgemeinen PICO-Fragenklinischen Fragestellungen.

3.9.2 Klinische Fragestellungen

1. Wie effektiv ist der Einsatz von auf die Zielgruppe angepassten, evaluierten diagnostischen Kriterien oder biologischen Markern einer (k)PTBS für Erwachsene mit SIE?
2. Wie effektiv ist der Einsatz von Screeninginstrumenten (Selbst- oder Fremdauskunft) sowie Instrumenten zur Diagnosesicherung (Selbst- oder Fremdauskunft) bei (k)PTBS für Personen mit SIE?
3. Wie effektiv ist der Einsatz von spezifisch für Erwachsene mit SIE und (k)PTBS entwickelten oder adaptierten Stabilisierungsmethoden hinsichtlich einer Verbesserung von Stresstoleranz sowie selbstregulativen und sozialen Kompetenzen?
4. Wie effektiv sind Anpassungen des psychotherapeutischen Settings speziell für Menschen mit SIE und (k)PTBS hinsichtlich Symptomreduktion, Qualität der therapeutischen Beziehung, Compliance, Therapiezufriedenheit und Reduktion der Dropout-Rate?
5. Ist der Einsatz von speziell für Menschen mit SIE und (k)PTBS angepassten oder entwickelten therapeutischen Methoden der traumafokussierten Therapie (wie EMDR, NET, CBT) effektiv für Symptomreduktion, Verbesserung der adaptiven Fähigkeiten sowie Verbesserung der Lebensqualität?
6. Welche Psychopharmaka sind bei Erwachsenen mit einer SIE und (k)PTBS am wirksamsten?

3.9.3 Empfehlungen

9.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Bis zum Vorliegen validierter diagnostischer Kriterien sollte sich die Beurteilung der Symptomatik an den Hinweisen des Diagnostic Manual – Intellectual Disability 2 (DM-ID2, Fletcher et al., 2018) orientieren. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass sich Symptome einer (k)PTBS mit zunehmender Schwere der Störung der Intelligenzentwicklung unklarer zeigen und sich eher vegetativ, körperlich, psychomotorisch und auf der Verhaltensebene ausdrücken.	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

9.2	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Bei ausreichender sprachlicher Kompetenz sollten bei Personen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung (SIE) und Verdacht auf eine (k)PTBS zur Erfassung und Bewertung der (k)PTBS validierte Instrumente (z. B. Impact of Events Scale – Intellectual Disabilities IES-IDs, International Trauma Questionnaire – Intellectual Disabilities ITQ-ID, Lancaster and Northgate Trauma Scale LANTS) eingesetzt werden.	
	Hall et al. 2014, Langdon et al. 2023, Wigham et al. 2011, Wigham et al. 2021	
	Konsensstärke: 96,6 % (Starker Konsens)	

9.3	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Techniken zur Selbstregulation und Stressbewältigung sollten an den Schweregrad der Störung der Intelligenzentwicklung (SIE) adaptiert werden. Sie sollten vor dem Beginn einer traumafokussierten Therapie eingesetzt werden, wenn massive emotionale Dysregulation und extreme Erregungszustände mit Selbst- und Fremdgefährdung vorliegen. Insbesondere bei einem niedrigen sozio-emotionalen Entwicklungsstand sollten hierbei Strategien der assistierten bzw. interaktiven Affektregulation für die Person mit SIE zusammen mit ihren Bezugspersonen (Familienmitglieder, jeweils verantwortliche Mitarbeiter:innen in Institutionen) erarbeitet werden.	
	Konsensstärke: 90,9 % (Konsens)	

9.4	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Für die Behandlungsplanung und Anpassung des therapeutischen Settings sollte neben der Diagnostik der psychischen Erkrankung(en) auch die Schwere und das genauere Profil der Störung der Intelligenzentwicklung (SIE), des expressiven und rezeptiven Kommunikationsvermögens, der sozio-emotionale Entwicklungsstand sowie ggf. psychomotorische Einschränkungen berücksichtigt werden. Dies sollte beispielsweise durch das Verwenden Leichter Sprache, Anpassung von Therapiematerial sowie Hilfsmitteln zur Veranschaulichung und Kommunikation erfolgen.	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

9.5	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
Empfehlungsgrad 0 ⇔	Traumafokussierte Methoden können bei entsprechender Indikation (vergl. allgemeine Empfehlungen) auch bei Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen Störung der Intelligenzentwicklung (SIE) und (k)PTBS erwogen werden, um die Symptome einer (k)PTBS wirksam zu reduzieren.	
Karatzias et al. 2019		
Qualität der Evidenz		
PTBS: niedrig ⊕⊕⊖⊖		
	Konsensstärke: 92,6 % (Konsens)	

9.6	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Die Methode der Konfrontation sollte entsprechend der Schwere der Störung der Intelligenzentwicklung (SIE) ausgewählt und angepasst werden, um die Wirksamkeit der Intervention nicht durch mangelnde Passung zu gefährden.	
	Konsensstärke: 96,4 % (Starker Konsens)	

9.7	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Bei unzureichendem Ansprechen auf eine Psychotherapie kann eine medikamentöse Behandlung mit Serotonin-(SSRI)- oder Serotonin/Noradrenalin-(SNRI)-Wiederaufnahmehemmern entsprechend den allgemeinen Empfehlungen* erwogen werden.	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	
*vgl. Empfehlungen 3.1 und 3.2 im Kapitel <i>Pharmakotherapeutische Verfahren</i>		

9.8	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Behandler:innen sollten bei der Gabe von Medikamenten (siehe Empfehlung 9.7 in diesem Kapitel) bei Personen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung (SIE) und (k)PTBS auf das erhöhte Interaktionsrisiko bei Polypharmazie und die Nebenwirkungsrate achten. Bei der Eindosierung sollte mit einer niedrigen Anfangsdosis begonnen und auf ein langsames Aufdosieren geachtet werden. Die Zieldosis sollte im Bedarfsfall anhand des Plasmaspiegels bestimmt werden.	
	Konsensstärke: 94,7 % (Konsens)	

3.9.4 Hintergrund der Evidenz

Insgesamt hat die systematische Literaturrecherche wenig Evidenz erbracht, sodass bei der Formulierung der Empfehlungen auch allgemeine Empfehlungen, z.B. zur Psychotherapie bei Menschen mit SIE, sowie klinische Erfahrung eingeflossen sind.

3.9.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 9.1

Darlegung der Evidenzgrundlage

Konsistent mit anderen Recherchen zur internationalen Publikationslage (332-334) hat auch die Recherche zu dieser Leitlinie bestätigt, dass es hinsichtlich der diagnostischen Kriterien keinen konsolidierten Wissensstand gibt. Ein ganzheitliches medizinisches Vorgehen in der Entwicklung und Anwendung spezifischer, valider diagnostischen Kriterien wird zwar als Notwendigkeit gefordert und im wachsenden Maße in Pionierarbeiten eingelöst (333-336), ist jedoch ebenfalls noch nicht etabliert. Es besteht zudem Einigkeit darüber, dass Symptom-Beschreibungen für Verhalten und emotionale Äußerungen und deren Zuordnungen zu den Diagnose-Kriterien einer (k)PTBS fehlen (337). Mit zunehmender Schwere der SIE drücken sich Symptome weniger eindeutig und eher vegetativ, körperlich, psychomotorisch und auf der Verhaltensebene aus. Erschwert wird diese Problematik durch die mit stärkerer SIE geringere Möglichkeit, dass die betroffene Person ihre für den/die Beobachter:in schwer einzuordnende Symptome durch verbale Selbstauskunft vereindeutigen kann. Wigham et al. (2011) (338) finden in ihrem Literaturreview Symptome wie stereotypes Verhalten, herausforderndes aggressives Verhalten und eine verringerte Selbstfürsorge. Flashbacks können wie aktuelle Erlebnisse oder psychotische Symptome erscheinen (335, 336). Sequeira et al. (2003) (339) fanden in einer Studie zu den Folgen sexueller Gewalt bei den Teilnehmer:innen mit SIE im Vergleich zu denjenigen ohne SIE signifikant häufiger aggressives und agitiertes Verhalten mit Fremdaggression, Selbstverletzung, Wutausbrüchen und plötzlichen Stimmungswechseln (vgl. (332)). Die Gruppe mit SIE zeigte zudem signifikant mehr Symptome sozialen Rückzugs. Kildahl, Oddli et al. (2020) (335, 336) berichteten ein breiteres Spektrum an Vermeidungsverhalten. Auch plötzliche Erregungszustände und negative Stimmungswechsel sind nach den Erfahrungen dieser Arbeitsgruppe am besten beobachtbar.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Das *Diagnostic Manual–Intellectual Disability 2* (DM-ID2; (332)) überträgt das DSM-5 auf Menschen mit SIE und arbeitet im Kapitel 15 zur PTBS sehr differenziert den oben skizzierten Diskussionsstand in der Fachliteratur auf. Die in Druck befindliche deutsche Ausgabe (325) aktualisiert nochmals die Literaturrecherche und systematisiert - ebenfalls unter Hinweis auf die noch ausstehende Validierung die berichteten Befunde - nach Grad der SIE. Damit stellt das DM-ID2 (332) die aktuell fundierteste und differenzierteste Basis für eine (k)PTBS-Diagnose dar, was sich auch in der prominenten Verwendung der englischen Version in der internationalen Fachliteratur niederschlägt. Aufgrund der hohen inhaltlichen Übereinstimmungen und Überschneidungen mit dem entsprechenden Kapitel dort ist das DM-ID2 auch zur Verschlüsselung der Diagnose nach ICD-11 anwendbar. Aufgrund der fehlenden empirischen Evidenz zu dieser Frage mit ausreichender methodischer Qualität beruht diese Empfehlung auf einem Expert:innenkonsensus.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Keine.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Aufgrund des Risikos des *diagnostic overshadowing* (340, 341) liegt eine (k)PTBS möglicherweise dann vor, wenn die Verhaltens- und Äußerungsweisen von Menschen mit SIE mehreren Diagnosen zugeordnet werden können und Hinweise zur Vereindeutigung nicht ersichtlich sind. Die Arbeitsgruppe um Bakken (333-336) berichtet in diesem Zusammenhang wiederholt psychiatrische Fehldiagnosen in der Vorgeschichte der von ihnen diagnostizierten und behandelten Personen mit SIE und (k)PTBS. Zudem zeigt sich in der praktischen Erfahrung der an dieser Leitlinie beteiligten Expert:innen, dass schwer einzuordnende Symptome bei Menschen mit SIE häufig nicht weiter abgeklärt werden, vor allem bei mittlerer und schwerer SIE und bei Kommunikationsproblemen der Klient:innen (s. auch (335, 336)). Insbesondere der Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik bietet sich bei Menschen mit SIE dazu an, eine Traumaabklärung in den diagnostischen Standard zu integrieren. Wenn dies nicht möglich ist, wäre es sinnvoll, in den Arztberichten zu vermerken, dass eine solche Abklärung nicht vorgenommen wurde.

3.9.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 9.2

Darlegung der Evidenzgrundlage

Derzeit liegen keine international etablierten Instrumente zur Sicherung der Diagnose (k)PTBS bei Personen mit SIE vor, weshalb sich die Empfehlung auf Screening-Instrumente bezieht. Die Autor:innen der bislang entwickelten und international diskutierten Instrumente benennen als Verwendungszweck ebenfalls Screening, jedoch nicht Sicherung der Diagnose (338, 342). Für Menschen mit leichter SIE, die über die nötigen Fähigkeiten zur Selbstauskunft verfügen, liegen inzwischen Screening-Fragebögen mit ersten Validierungsstudien vor. Hall und

Mitarbeiter (2014) (342) haben die etablierte IES-R (*Impact of Events Scale, revised*) in einfache englische Sprache mit einer visuell gestützten Abfrage potenziell traumatisierender Erlebnisse (Zeichnungen von Ereignissen, wie ein Autounfall, verschiedene Formen interpersoneller Gewalt) übertragen lassen und dabei die Items der IES-R in Anordnung, Format und Wortwahl modifiziert und die Skala von 5 auf 3 Stufen reduziert. Inhaltlich wurden keine Änderungen vorgenommen, um die Validität zu erhalten. Die neue *Impact of Events Scale – Intellectual Disabilities* (IES-IDs) wurde mit dem bereits vorliegenden PTBS-Screeninginstrument LANTS (*Lancaster and Northgate Trauma Scale*) von Wigham et al. (2011) (338) verglichen; traumatische Erfahrungen wurden mit der ebenfalls neuen bildgestützten TIF (*Trauma Information Form*) erhoben. Während Hall et al. (2014) (342) gute psychometrische Eigenschaften berichten, wurden für den LANTS dieser Zusammenhang nicht gefunden. Wegen methodischer Mängel bzw. Intransparenz der Ergebnisse wurde die Arbeit von Langdon et al. (2023) (67) nicht herangezogen, welche für das *International Trauma Questionnaire – Intellectual Disabilities* (ITQ-ID) das *International Trauma Questionnaire* (ITQ) in das englische Pendant zur Einfachen Sprache übertrugen. Es existieren eine Übersetzung in deutscher Sprache und eine Validierungsstudie zum IES-IDs und LANTS, jedoch sind die Instrumente noch nicht allgemein zugänglich (343). Darüber hinaus legen Kroese und Mitarbeitende (2016) (344) einen ersten Beleg für die Brauchbarkeit von IES-IDs und LANTS zur Veränderungsmessung vor. Mit dem ITQ ((3, 345) deutsche Übersetzung: (66, 346)) liegt ein erstes Instrument nach dem ICD-11 vor, das auch die kPTBS abbildet. Der ITQ liegt mit 5-stufiger Likertskala in deutscher Version und Leichter Sprache vor (347) und entspricht damit dem ITQ-ID. Eine Validierung steht noch aus.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Insgesamt wurde die Evidenz zur Beantwortung der Fragestellung als unsicher eingeschätzt, weshalb ein Expert:innenkonsens erarbeitet wurde. Auch wenn es noch keine für diese Personengruppe validierten Instrumente gibt, weisen Praxiserfahrungen auf einen Nutzen hin. Wie bei Menschen ohne Beeinträchtigung kann man davon ausgehen, dass sich auch Menschen mit SIE beim Einsatz standardisierter Instrumente ernstgenommen fühlen (348). Standardisierte Instrumente zu verwenden, signalisiert zudem, dass die befragte Person nicht die einzige ist, der solche Ereignisse wie die erfragten widerfahren sind, was normalisierend und entlastend wirken kann.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Wenn Menschen mit SIE die in Einfacher Sprache gehaltenen Inhalte der oben genannten Instrumente auch mit Erläuterung nicht sicher verstehen und somit ihre sprachliche Kompetenz zur Verwendung von Fragebögen nicht hinreichend ist, bietet die Systematik des DM-ID2 (332) die Möglichkeit zur diagnostischen Bewertung von Symptomverhalten auch jenseits der Sprachbarriere (s. 3.9.4.1).

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Bei höherem Schweregrad der SIE (z.B. im sprachlichen Verständnis und in der sprachlichen Mitteilungsfähigkeit) nehmen Bedeutung und Gewicht fremdanamnestischer Angaben und Verhaltensbeobachtungen bei der Diagnosestellung zu. Obwohl grundsätzlich und aus ethischen wie auch rechtlichen Gründen Betroffene zunächst die ersten und gegebenenfalls auch die einzigen Personen sind, die zu einer möglichen (k)PTBS befragt werden, werden im Versorgungsalltag bisher häufig die Angehörigen oder Bezugspersonen ohne SIE von Betroffenen mit SIE bei der Diagnostik befragt, häufig zuerst oder sogar ausschließlich. Durch dieses Vorgehen besteht ein hohes Risiko, zumindest die Selbstwertproblematik von Menschen mit SIE und möglicher (k)PTBS zu verstärken. Fremdanamnestischen Angaben kommt daher eine adjuvante Rolle zu, unter der Bedingung mangelnden sprachlichen Verständnisses und fehlender eigener Mitteilungsmöglichkeiten der betroffenen Person mit SIE und möglicher (k)PTBS. Hierbei ist ggf. auch die Reliabilität der Aussagen der betroffenen Person mit SIE zu berücksichtigen. Es kann vorkommen, dass Fragen sozial erwünscht beantwortet werden, oder die Beantwortung von der Art der Formulierung (z.B. Recency-Effekt bei Auswahloptionen; (349), S. 55) abhängt. Ebenso kann es sein, dass Fragen zur Stimmung ausschließlich durch sehr kurzfristig zurückliegende oder bevorstehende Ereignisse dominiert werden. In diesen Fällen sollten fremdanamnestische Angaben ergänzend berücksichtigt werden. Bei der Befragung von Bezugspersonen zu Ereignissen personaler (sexueller) Gewalt besteht zudem ein erhebliches Risiko, mit den Bezugspersonen die Täter:innen oder Täter-loyale Personen zu befragen. Bei gegebener rechtlicher Einwilligungsfähigkeit bedarf es in jedem Falle des dokumentierten informierten Einverständnisses der betroffenen Person mit SIE, von wem fremdanamnestische Angaben erfragt werden dürfen. Auch Personen, die nicht geschäftsfähig sind und einen rechtlichen Beistand haben, können ggf. die Frage verstehen und entscheiden, ob und zu welchen Inhalten dritte Personen befragt werden. In solchen Fällen kann es aus ethischen und therapeutischen Gründen geboten sein, das Einverständnis einzuholen, auch wenn dies juristisch nicht erforderlich ist. Hier ist es empfehlenswert, die in den deutschsprachigen Ländern jeweils gültigen Rechtsgrundlagen zu berücksichtigen. Weil die zu Grunde liegenden Instrumente wie ITQ oder IES-R deutschsprachig gut zugänglich publiziert sind, können diese hilfsweise auch in Interviewform angewendet werden, um deren inhaltliche Systematik diagnostisch zu nutzen und die Qualität der Diagnoseerstellung im Vergleich zu einer unsystematischen Befragung maßgeblich zu verbessern.

3.9.4.3 Hintergrundtext zur Empfehlung 9.3

Menschen mit mittelgradigen oder schweren SIE weisen häufig entwicklungsbedingt und/oder aufgrund eines unzureichend lernförderlichen Umfelds keine sichere Emotionsregulations-Kompetenz auf. Auch Menschen mit leichtgradiger SIE können betroffen sein, wenn normale Entwicklungsphasen der emotionalen und sozialen Entwicklung stressbedingt, z.B. durch erlebte frühkindliche Traumatisierungen, nicht abschließend

erfolgen konnten. Dies kann dazu führen, dass diesen Menschen in Stresssituationen trotz höherer kognitiver Fähigkeiten keine selbstständige Emotionsregulation mehr gelingt und eine verbale oder kognitive Bearbeitung nicht möglich ist. Auch intensive positive Emotionen (z. B. Freude über Geburtstag) können zu selbst- oder fremdverletzendem Verhalten als Versuch der emotionalen Regulation führen. Auch wenn man heute nicht mehr grundsätzlich davon ausgeht, dass vor einer Traumatherapie eine Stabilisierungsphase erfolgen muss, so ist bei einer solchen Ausgangslage die Verbesserung der Selbstregulation eine notwendige Voraussetzung, um traumafokussierte Maßnahmen ohne unverantwortbare Risiken anwenden zu können.

Darlegung der Evidenzgrundlage

Stenfert Kroese et al. (2016) (344) untersuchten in ihrer Pilotstudie zur Anwendung der Trauma-fokussierten Kognitiven Verhaltenstherapie bei Menschen mit leichter oder mittelgradiger SIE und komplexer PTBS in 3 Gruppen (n=3, n=5 und n=4) eine 12-wöchige standardisierte Gruppenintervention. Die Symptome wurden mit der IES-ID gemessen. Im Median nahmen die geschilderten Symptome um 27 Prozent ab. Neben weiteren qualitativen Rückmeldungen betrafen von den Betroffenen als wichtig erachtete Punkte Rollenspiele, die Teilnahme von Mitarbeiter:innen an den Übungen, Entspannungsübungen, Reizüberflutung vermeiden Alternativen zur Entspannung, mehr Tipps zum Umgang mit Albträumen. Erste Ergebnisse zur EMDR bei Menschen mit SIE deuten darauf hin, dass die stabilisierende Behandlung für Menschen mit SIE möglich und akzeptabel ist, phasenweise auch als Ferntherapie (350). Die statistische Auswertung in Bezug auf die Symptomlast steht noch aus.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Insgesamt wurde die Evidenz zur Beantwortung der Fragestellung als unsicher eingeschätzt, weshalb ein Expert:innenkonsens erarbeitet wurde. Für das Üben stabilisierender Maßnahmen, wie auch generell in der Therapie, liegen in der Praxis sehr gute Erfahrungen mit der «Leichten Sprache» vor (351, 352). Auch die Nutzung von Piktogrammen (z. B. Metacom; <https://www.metacom-symbole.de/>) oder Methoden der Unterstützten Kommunikation kann hilfreich sein.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Gute Praxis erfordert die Berücksichtigung des Schweregrades der SIE bei der Wahl und Gestaltung stabilisierender und aller weiterer therapeutischer Maßnahmen, z.B. anhand von BEP-KI-k (Befindlichkeits-orientiertes Entwicklungsprofil für normal begabte Kinder und Menschen mit Intelligenzminderung – Kurzform; (353)) und SEED (Skala zur Emotionalen Entwicklung - Diagnostik; (354, 355)). Zeigt sich im Entwicklungsprofil ein emotionaler Entwicklungsstand vor der Bildung der Theory of Mind, also ein emotionales Referenzalter von unter 4 Jahren, ist eine selbstständige Emotionsregulation nicht erwartbar. In diesem Fall ist die externe bzw. interpersonelle Affektregulation durch Bezugspersonen wichtig. Dies kann von den Betreuenden durch Ausbildung in spezifischen Deeskalationstechniken erlernt werden. Weiterhin sind körper- und wahrnehmungsbasierte Techniken anwendbar, die auf

die Wahrnehmungsverarbeitung fokussieren, z.B. Handmassage, Angebot eines warmen Bades, Besuch eines Snoezelraumes; gemeinsames Singen, gemeinsames Joggen oder Therapiehunde.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Ein niedriger emotionaler Entwicklungsstand erfordert neben der therapeutischen Beziehungsgestaltung auch in der Alltagsgestaltung in einem professionellen Kontext (Schule, Wohneinrichtung, spezifische Arbeitsplatzangebote u.ä.) das Einüben und Anwenden von Stabilisierungstechniken im unmittelbaren Kontakt mit einer Bezugsperson. In der praktischen Arbeit hat es sich deshalb bewährt, Bezugspersonen (Familienmitglieder; jeweils verantwortliche Mitarbeitende in Institutionen) über Diagnose und Symptomatik einer (k)PTBS bei Menschen mit einer SIE sowie über die Bedeutung eines sicheren Umfeldes aufzuklären, um Beziehungsabbrüche zu verhindern und Verständnis für das Vermeiden möglicher Trigger im Alltag zu vermitteln (333, 334). Zum jetzigen Zeitpunkt liegen zu diesem Thema keine belastbaren Studien vor. Für die Umfeldgestaltung hat sich eine traumapädagogische Grundhaltung (356) mit dem Konzept des Sicheren Ortes (357) bewährt. Von gleicher Notwendigkeit ist die Aufklärung der Personen selbst und die häufig entlastend wirkende Validierung ihrer Symptome als normale Reaktionen auf unnormale Erlebnisse.

3.9.4.4 Hintergrundtext zur Empfehlung 9.4

Darlegung der Evidenzgrundlage

Zu Effekten von Anpassungen des psychotherapeutischen Settings speziell für Menschen mit SIE und (k)PTBS konnten keine empirischen Studien identifiziert werden. In Bezug auf ein mögliches Vorgehen werden in der Literatur werden die sog. „*Hurley-Adaptations*“ (358, 359) genannt: Vereinfachung, Anpassung der Sprache, vermehrte praktische Übungen, Berücksichtigung des Entwicklungsstandes, direkter Stil, Flexibilität in den Methoden, Einbezug von Bezugspersonen, Beachtung von Übertragung / Gegenübertragung, Thematisieren von behinderungsbedingten Besonderheiten. Avrin, Charlton & Tallant (1998) empfehlen für die Arbeit mit traumatisierten Kindern mit Entwicklungsverzögerung ein reduziertes Arbeitstempo, viele Wiederholungen, Zusammenfassungen, eine feste Sitzungsstruktur und Visualisierungen. Gleiches gilt bei erwachsenen Menschen mit SIE und einem entsprechenden Entwicklungsprofil. Therapiesitzungen können bei reduzierter Konzentrationsdauer verkürzt oder durch praktische Übungen aufgelockert werden (360). Zur Erfassung des emotionalen Entwicklungsstands stehen mehrere Verfahren zur Auswahl (s.o. Kap. 9.4.3.; BEP-KI-K, (353); SEED-2, (361); SEN, (362)). Zur fundierten Diagnostik kommen zunächst gängige Intelligenztests für Erwachsene in Frage, wie z. B. WAIS, RIAS oder sprachfreie Tests wie der SON 6-40. Bei vermuteter schwerer oder tiefgreifender SIE empfehlen Sappok et al. (2024) (349) Testverfahren, die für Kinder entwickelt worden sind und die Angabe eines Referenzalters erlauben (z.B. SON-R 2-8) oder die für mehrere Altersgruppen entwickelt sind (z.B. RIAS oder SON-R 6-40).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Es konnte keine empirische Evidenz zur Beantwortung der Fragestellung identifiziert werden, weshalb ein Expert:innenkonsens erarbeitet wurde.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Keine.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Die Beziehungsgestaltung ist bei der therapeutischen Arbeit mit Menschen mit SIE maßgeblich für das Gelingen, weshalb empfohlen, diesem Aspekt mehr Raum zu geben ist als üblich (363, 364). Gute Erfahrungen liegen in der Praxis dafür vor, in der therapeutischen Arbeit mit den traumatisierten Menschen mit SIE in erster Linie alleine zu arbeiten. Für den Therapieverlauf ist hilfreich mit dieser Klientel primär alleine zu arbeiten, als weitere Personen einzubeziehen.

3.9.4.5 Hintergrundtext zur Empfehlung 9.5 und 9.6

Darlegung der Evidenzgrundlage

Die systematischen Reviews von Byrne (2022) (365), McNally, Taggart & Shelvin (2021) (366) sowie Elbing et al. (2022) (367) finden übereinstimmend, dass zu den Therapieverfahren für Menschen mit SIE und (k)PTBS Einzelfallstudien und Studien mit kleiner Fallzahl in unterschiedlicher methodischer Qualität überwiegen. Bei einer leicht oder mittelgradigen SIE gibt es erste kleinere Studien und Fallberichte zur Wirksamkeit von CBT (340, 368), NET (369), imaginary rescripting (370), sowie EMDR Standard- (oder Kinder-) Protokollen (Scoping Review von Smith et al., 2021 (371); Multiple Baseline Study von Verhagen et al., 2022(372)). Bei einer schwergradigen oder tiefgreifenden SIE gibt es einzelne Fallberichte über die Anwendung von EMDR-Kinderprotokollen (z.B. story telling) basierend auf fremdanamnestischen Informationen (z.B. (373)). Ein systematisches Review (364) analysierte Schwierigkeiten und Anpassungen bei der Nutzung von EMDR mit Menschen mit SIE. Die Autor:innen empfehlen das EMDR-Protokoll für Kinder und Jugendliche zu verwenden, da es bereits die Anpassung auf den Entwicklungsstand erlaubt.

Die Wirkung einer EMDR-Behandlung bei Menschen, mit einer leicht- bis mittelgradigen SIE, im Vergleich zu einer Standardbehandlung wurde zudem in einem ersten RCT von Karatzias und Kollegen untersucht (374). Die Anwendung der NET (Narrative Expositionstherapie) bei Menschen mit leichter bis mittelgradiger SIE (n=10) und zusätzlichen psychiatrischen Diagnosen oder schwerer chronischer psychischer Beeinträchtigung (n=5) wurde in einer kleinen Studie erprobt (369, 375).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Aufgrund der sehr begrenzten Evidenz (lediglich ein RCT von (374)) wurde eine Empfehlung 9.5 schwach („können erwogen werden“) und Empfehlung 9.6 als Expert:innenkonsens formuliert.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Keine.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Die Zustimmung zu einer traumafokussierten Behandlung umfasst die Aufklärung in Leichter Sprache und die gemeinsame Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Methode. Gilderthorp (2015) (376) weist darauf hin, dass gerade bei traumakonfrontativen Behandlungen wie EMDR besonderes Augenmerk auf das Einverständnis zu legen ist. Sie berichtet von Fallbeispielen, in denen Menschen mit SIE eine unsichere Zustimmung geben und möglicherweise durch ihr Verhalten (Weigerung zur Therapie zu kommen, kurzfristige Absagen) zeigten, dass sie der Behandlung nicht zustimmen. Andere Autor:innen weisen auf die Möglichkeit hin, dass Menschen mit SIE soziale erwünschte Antworten geben (377). In solchen Fällen ist es angezeigt, das Einverständnis und die Therapieadhärenz nach Möglichkeit zu klären, zu gewinnen und nötige Anpassungen vorzunehmen (z. B. Therapiepause, Anpassung der Therapieziele).

Barol und Seubert (2010) (377) berichten gute Erfahrungen durch folgende Anpassungen im EMDR-Setting bei dieser Personengruppe: häufigere Überprüfung des Stress-Levels (SUD-Level), häufigeres „Pendeln“ von dysfunktionalem Material zu positiven Ressourcen, das Traumamaterial in kleinere, leichter zu bearbeitende Events aufteilen, vermehrtes verbales Engagement während der Behandlung, um die Klienten engagiert im Fokus zu halten.

3.9.4.6 Hintergrundtext zur Empfehlung 9.7 und 9.8

Darlegung der Evidenzgrundlage

Zur pharmakologischen Behandlung von Menschen mit SIE und (k)PTBS liegt aktuell keine spezifische Studienevidenz vor. Empfehlungen zu dieser Frage zu geben isterscheinen jedoch aufgrund der in der Praxis häufig anzutreffenden Polypharmazie, insbesondere mit Antipsychotika, gerade bei Menschen mit SIE und einer möglichen (k)PTBS und damit verbundener herausfordernder Verhaltensweisen notwendig. Bei fehlendem Psychotherapieerfolg kann nach Cooray und Hiremath (2020) (378) ergänzend eine medikamentöse Behandlung mit Serotonin-(SSRI) oder Serotonin/Noradrenalin-(SNRI) Wiederaufnahmehemmern erwogen werden. Dabei kommen grundsätzlich die im Kapitel 3 empfohlenen Medikamente auch für Erwachsene mit einer SIE in Frage, insbesondere Sertralin oder Venlafaxin. Paroxetin ist bei Menschen mit einer SIE in Kombination mit Expositionstherapie aufgrund limitierter Datenlage eingeschränkt zu empfehlen (378). Trizyklika sollten dagegen aufgrund der anticholinergen Nebenwirkungen vermieden

werden. Wie bereits im Kapitel 3 empfohlen, sollten auch bei Personen mit SIE keine Benzodiazepine eingesetzt werden. Die NICE-Guidelines empfehlen, Psychopharmaka bei Menschen mit SIE indikationsgerecht und möglichst in Monotherapie einzusetzen (379). Hierbei sind die Patientenzentriertheit der Medikamentengabe, die regelmäßige Indikationsprüfung, „drug holidays“ und Drugmonitoring zu beachten. Psychopharmaka sollten mit einer niedrigen Anfangsdosis begonnen und langsam aufdosiert werden („start low, go slow“; (379)). Spiegelkontrollen zur Sicherstellung der richtigen Zieldosis sind sinnvoll, insbesondere bei unzureichender Wirksamkeit oder Nebenwirkungen.

Eine Empfehlung zu geben ist jedoch aufgrund der in der Praxis häufig anzutreffenden Polypharmazie, insbesondere mit Antipsychotika, gerade bei Menschen mit SIE und einer möglichen (k)PTBS und damit verbundener herausfordernder Verhaltensweisen notwendig.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Es konnte keine empirische Evidenz zur Beantwortung der Fragestellungen identifiziert werden, weshalb jeweils ein Expert:innenkonsens erarbeitet wurde.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Keine.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

3.9.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung

- Aufbauend auf den Hinweisen des Diagnostic Manual – Intellectual Disability 2 (DM-ID2, (332)) sollte die Symptomatik einer (k)PTBS bei Erwachsenen mit Störung der Intelligenzentwicklung (SIE) vertiefend erforscht und dabei das gesamte Spektrum der SIE in seinem Entwicklungsbezug in den Blick genommen werden.
- Ergänzung der vorliegenden Instrumente zum Screening einer (k)PTBS um Versionen in konsequent Leichter Sprache und deren Validierung.
- Weitere Entwicklung und Evaluation von Techniken zur – ggf. assistierten – Emotionsregulation.
- Untersuchungen zu Anpassungen des therapeutischen Settings an die Schwere und das genauere Profil der Störung der Intelligenzentwicklung (SIE), des expressiven und rezeptiven Kommunikationsvermögens, des sozio-emotionalen Entwicklungsstandes sowie ggf. an psychomotorische Einschränkungen.
- Studien zur Wirksamkeit der verschiedenen traumafokussierten Methoden bei Personen mit SIE und (k)PTBS
- Studien zur Wirksamkeit von Psychopharmaka bei Personen mit SIE und (k)PTBS

- Forschung zu Diagnostik, Therapeutischen Methoden und Settinganpassungen sollte in partizipativer Weise erfolgen und frühzeitig im Forschungsprozess die Perspektiven der Betroffenen einbeziehen.
- Bei der nächsten Überarbeitung dieser Leitlinie ist die Beteiligung von betroffenen Erwachsenen mit SIE anzuraten, wofür ein entsprechender zeitlicher Vorlauf erforderlich sein wird.

3.10 Diagnostik der PTBS bei Kindern und Jugendlichen

Markus Landolt und Cedric Sachser

Unter Mitarbeit von: *Anna Georg, Gudrun Kallenbach, Ilka Kraugmann, Paul Plener, Gitta Reuner, Rita Rosner, Bianca Schreyer, Kerstin Stellermann-Strehlow.*

3.10.1 Einleitung

Die Diagnose der PTBS und der kPTBS im Kindes- und Jugendalter sollte anhand klinischer Kriterien erfolgen und auf den allgemeinen Prinzipien altersgerechter klinisch-psychologischer Diagnostik basieren (vgl.(380)). Sie stützt sich auf den klinischen Befund, der im Rahmen einer diagnostischen Exploration des Kindes erhoben wird (Gespräch, Spiel, Beobachtung). Dieser Befund wird durch eine weiterführende operationalisierte Diagnostik in Form von Fragebögen und/oder Interviews ergänzt (Selbst- und Eltern- bzw. Bezugspersonenurteil). Im Kindes- und Jugendalter sind die Erhebung einer differenzierten Anamnese sowie der aktuellen familiären und schulischen Bedingungen von besonderer Bedeutung. Angesichts der hohen Prävalenz komorbider Störungen und Symptome nach Traumaexposition ist es wichtig, die Diagnostik breit anzulegen und nicht ausschließlich auf die spezifischen Symptome der PTBS und kPTBS zu fokussieren. Da Eltern und Angehörige insbesondere internalisierende Symptome ihrer Kinder häufig unterschätzen (539), ist eine direkte Exploration des Kindes unerlässlich. Wichtig ist bei der Diagnostik zudem die Beurteilung der funktionellen Einschränkungen, welche zwingend in der Beurteilung mitberücksichtigt werden müssen und Teil der Diagnosekriterien sind. Die Diagnose der PTBS erfolgt anhand der Kriterien in der ICD-11 bzw. im DSM-5, die sich insofern erheblich unterscheiden, als dass diese in der ICD-11 sehr viel enger gefasst sind.

3.10.2 Klinische Fragestellungen

1. Wie sensitiv sind die aktuellen PTBS-Diagnosekriterien (DSM-5 vs. ICD-11) für die Diagnose einer PTBS im Kindes- und Jugendalter?
2. Welche der u.g. Instrumente (nach DSM-5, ICD-11) weisen hinsichtlich der genannten Outcome-Kriterien (s.u.) eine zufriedenstellende psychometrische Güte auf?
 - 2a. Welche der Instrumente nach DSM-5 (CATS-2, CPSS-5, UCLA PTSD-RI-5 und CAPS-CA) weisen hinsichtlich Validität, Reliabilität, Sensitivität, Sensitivität für Veränderung, Spezifität und Utility/Ökonomie eine zufriedenstellende psychometrische Güte zur Diagnostik der PTBS auf?
 - 2b. Welche der Instrumente nach ICD-11 (ITQ-CA und CATS-2) weisen hinsichtlich Validität, Reliabilität, Sensitivität, Sensitivität für Veränderung, Spezifität und Utility/Ökonomie eine zufriedenstellende psychometrische Güte zur Diagnostik der PTBS auf?

- 2c. Welche der Instrumente nach ICD-11 (ITQ-CA und CATS-2) weisen hinsichtlich Validität, Reliabilität, Sensitivität, Sensitivität für Veränderung, Spezifität und Utility/Ökonomie eine zufriedenstellende psychometrische Güte zur Diagnostik der kPTBS auf?
3. Welches in deutscher Sprache verfügbare Instrument (CAPS-CA-5, CATS-2, ITQ-Child, CPSS-5, UCLA-5, Kidscreen, GCQ, HRQoL, PedsQL, YQOL und C-GAS) weist hinsichtlich Validität, Reliabilität, Sensitivität, Sensitivität für Veränderung, Spezifität und Utility/Ökonomie eine ausreichend zufriedenstellende Güte auf, um die psychosoziale Funktionsfähigkeit und/oder Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit PTBS/kPTBS zu erfassen?

3.10.3 Empfehlungen

10.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Die Erhebung einer differenzierten kindlichen Traumaanamnese in Form eines Selbst- und eines Fremdberichtes soll Teil der Befunderhebung bei allen psychodiagnostischen Abklärungen im Kindes- und Jugendalter sein.	
	Landolt et al., 2013; Lewis et al., 2019	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

10.2	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Bei Vorliegen eines oder mehrerer potenziell traumatischer Ereignisse soll ab dem Alter von 7 Jahren die PTBS-Diagnostik gemäß klinischen Kriterien basierend auf der ICD-11 oder dem DSM-5 erfolgen. Es sollen dabei die entwicklungsangepassten Symptomvarianten für die jeweilige Altersgruppe berücksichtigt werden.	
	Eilers et al., 2024; Meiser-Stedman et al., 2017.	
	Konsensstärke: 96,4 % (Starker Konsens)	

10.3	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Bei Vorliegen eines oder mehrerer potenziell traumatischer Ereignisse soll unter dem Alter von 6 Jahren die PTBS-Diagnostik anhand der DSM-5 Kriterien für das Vorschulalter erfolgen.	
	Vasileva et al., 2018; Meiser-Stedman et al, 2017; Scheeringa et al., 2010	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

10.4	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Bei Vorliegen eines oder mehrerer potenziell traumatischer Ereignisse soll ab dem Alter von 7 Jahren und älter die kPTBS-Diagnostik gemäß klinischen Kriterien basierend auf der ICD-11 erfolgen. Es sollen dabei die entwicklungsangepassten Symptomvarianten für die jeweilige Altersgruppe berücksichtigt werden.	
	Sachser et al, 2022, Chiu et al, 2023	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

10.5	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Bei Vorliegen eines oder mehrerer potenziell traumatischer Ereignisse sollten PTBS spezifische sowie valide und reliable Instrumente (Screeningverfahren und/oder Interview) gemäß den DSM-5 (z.B. CATS-2 oder CAPS-CA-5) - oder ICD-11-Kriterien (z. B. ITQ-CA oder CATS-2) eingesetzt werden.	
	Haselgruber et al., 2020; Sachser et al., 2022; Shahidullah et al., 2023	
	Konsensstärke: 93,1 % (Konsens)	

10.6	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Bei Vorliegen eines oder mehrerer potenziell traumatischer Ereignisse sollten kPTBS spezifische sowie valide und reliable Instrumente (Screeningverfahren und/oder Interview) gemäß den ICD-11-Kriterien (z. B. ITQ-CA oder CATS-2) eingesetzt werden.	
	Haselgruber et al., 2020; Sachser et al., 2022	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

3.10.4 Hintergrund der Evidenz

3.10.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 10.1

Darlegung der Evidenzgrundlage

Diese Empfehlung basiert auf der früheren Version dieser S3-Leitlinie und der Tatsache, dass die Lebenszeitprävalenz im Bereich der Gültigkeit der Leitlinie in Bezug auf Traumaexposition im Jugendalter ca. 50% beträgt, sowohl bei weiblichen als auch bei männlichen Jugendlichen (381). Im klinischen Kontext ist diese Rate wahrscheinlich noch höher. Entsprechend sollte eine Traumanamnese grundsätzlich bei allen klinischen Zuweisungen durchgeführt werden, da traumatische Ereignisse einen wichtigen Risikofaktor für die Entstehung psychischer Störungen und ein obligater Bestandteil der diagnostischen Kriterien für eine PTBS bzw. kPTBS darstellen. Dabei soll ein altersadäquates Vorgehen gewählt werden und es soll der familiäre und kulturelle Kontext berücksichtigt werden.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Aufgrund der fehlenden empirischen Evidenz mit ausreichender methodischer Qualität beruht diese Empfehlung auf einem Expert:innenkonsensus.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Keine.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Die Erhebung einer Traumanamnese sollte mit Hilfe von strukturierten und validierten Checklisten erfolgen. Primär sollen im Rahmen einer sorgfältigen Traumanamnese die Art und Häufigkeit sowie, falls möglich, der Zeitpunkt der erlebten Ereignisse erfasst werden, ohne dabei schon auf inhaltliche Details einzugehen (380). Es empfiehlt sich hierbei der Einsatz strukturierter Checklisten, da diese in der Regel zu vollständigeren Informationen führen als allgemein gehaltene, offene Fragen. Eine in deutscher Sprache erhältliche, auf interpersonelle Traumatisierung fokussierte Checkliste, welche auch im Kindes- und Jugendalter angewendet werden kann, ist die KERF (382). Besonders gut geeignet und einfach zugänglich sind auch Ereignis-Checklisten, die im Rahmen von klinischen Interviews oder Fragebögen zur Erfassung der PTBS eingesetzt werden, wie beispielsweise die Traumacheckliste aus dem CATS-2 (383).

3.10.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 10.2**Darlegung der Evidenzgrundlage**

Die ICD-11 Kriterien für eine PTBS sind enger gefasst als jene im DSM-5. Dafür wurde im ICD-11 neu die Diagnose einer kPTBS hinzugefügt, welche drei zusätzliche Symptomcluster mit je zwei Symptomen aus dem Bereich der Selbstorganisation und -regulation (SSO) beinhalten. In der ICD-11 werden in der englischen Ausgabe entwicklungsabhängige Symptomvarianten erwähnt, die bisher aber nicht in deutscher Übersetzung vorliegen. Damit ist die Evidenz in Bezug auf eine entwicklungsangepasste PTBS-Diagnostik (z.B. (384, 385)) bisher in den Klassifikationssystemen nur ungenügend berücksichtigt (386). Die empirischen Befunde über alle Altersklassen zeigen, dass sich mit den ICD-11 Kriterien, auch unter Berücksichtigung der altersspezifischen Symptombeschreibungen, geringere Häufigkeitsraten ergeben im Vergleich zur ICD-10 und zum DSM-5 (386, 387).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Entwicklungsspezifischen Symptomausprägungen sind in der ICD-11 nur im Begleittext erwähnt und nicht Teil der formalen Diagnosekriterien. Diese sollten jedoch in der Diagnosestellung zwingend mitberücksichtigt werden. Die enger gefasste Konzeptualisierung der PTBS-Diagnose in der ICD-11 bringt sonst die Gefahr mit sich, dass Kinder und Jugendliche trotz deutlicher Funktionseinschränkungen die PTBS-Diagnose nicht erfüllen. Aufgrund der fehlenden empirischen Evidenz mit ausreichender methodischer Qualität beruht diese Empfehlung auf einem Expert:innenkonsensus.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Bei Kindern, die 6 Jahre und jünger sind, sollen die DSM-5 Diagnosekriterien des Subtyps für Kinder ≤ 6 Jahre verwendet werden (siehe Empfehlung 10.3).

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

3.10.4.3 Hintergrundtext zur Empfehlung 10.3**Darlegung der Evidenzgrundlage**

Für das Alter von 6 Jahren oder jünger gibt es im DSM-5 einen PTBS-Subtyp mit angepassten Diagnosekriterien. Wie Vasileva et al. (2018) (387) zeigen, schneiden die ICD-11 Kriterien in Bezug auf ihre Sensitivität in dieser Altersgruppe deutlich schlechter ab als die DSM-5 Kriterien des Subtyps ≤ 6 J. Auch frühere Studien haben bereits gezeigt, dass Kriterien für Erwachsene auf junge Kinder nicht anwendbar sind (z.B. (384, 388, 389)).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Die enger gefasste Konzeptualisierung der PTBS-Diagnose in der ICD-11 bringt die Gefahr mit sich, dass Kinder im Alter von 6 Jahren oder jünger trotz deutlicher Funktionseinschränkungen

die PTBS-Diagnose nicht erfüllen. Aufgrund der fehlenden empirischen Evidenz mit ausreichender methodischer Qualität beruht diese Empfehlung auf einem Expert:innenkonsensus.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Bei sehr jungen Kleinkindern und Säuglingen von 2 Jahren oder jünger, ist die Validität der DSM-5 Kriterien für Vorschulkinder (≤ 6 Jahre) nicht gesichert.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

10.4.4 Hintergrundtext zur Empfehlung 10.4

Darlegung der Evidenzgrundlage

Die Anwendbarkeit der kPTBS-Diagnose gemäß ICD-11 hat sich für das Kindes- und Jugendalter in unterschiedlichen Kontexten, Altersgruppen und Stichproben bestätigt (390-394), indem sich das Profil der kPTBS von jenem der PTBS unterscheiden ließ und sich differentielle Prädiktoren für die Unterscheidung zeigten.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Aufgrund der fehlenden empirischen Evidenz mit ausreichender methodischer Qualität beruht diese Empfehlung auf einem Expert:innenkonsensus.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Zur Anwendbarkeit der kPTBS-Diagnose und zur Sensitivität der Diagnosekriterien bei Kindern im Vorschulalter (≤ 6 J) gibt es keinerlei Studien.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

3.10.4.5 Hintergrundtext zur Empfehlung 10.5 - 10.6

Darlegung der Evidenzgrundlage

Die Diagnosestellung der PTBS im Kindes- und Jugendalter sollte nach den jeweils gültigen klinischen Kriterien erfolgen und sich auf die allgemeinen Grundlagen altersgerechter klinisch-psychologischer Diagnostik stützen (380). Dabei sollten Screeningverfahren benutzt werden, die auf aktuellen diagnostischen Kriterien (DSM-5 bzw. ICD-11) beruhen, psychometrisch ausreichend validiert sind sowie in einer deutschen Übersetzung vorliegen. Ergänzend sollten, falls verfügbar, klinische Interviews zur Diagnosesicherung verwendet werden. Aktuell sind in deutscher Sprache mehrere validierte Screeningverfahren zur Erfassung der Schweregrades nach DSM-5 Kriterien bzw. ICD-11 Kriterien vorhanden (s. Anlage 8).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Aufgrund der fehlenden empirischen Evidenz mit ausreichender methodischer Qualität beruht diese Empfehlung auf einem Expert:innenkonsensus.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Keine.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Eine Durchführung, Auswertung und klinisches Feedback der Ergebnisse gemäß den Vorgaben/Richtlinien der jeweiligen Instrumente ist angezeigt, um die Objektivität, Reliabilität und Validität der Ergebnisse zu gewährleisten und die relevanten Informationen und Ergebnisse in einer sicheren und validierenden Art gegenüber gescreenten oder interviewten Kindern und Jugendlichen mitzuteilen. Eine leige Artis Durchführung von standardisierten Fragebogen- und Interviewverfahren kann zu einer kurzfristigen Belastung führen, welche in der Regel jedoch schnell wieder abklingt (395).

3.10.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung

- Entwicklungsangepasste Diagnosekriterien für kPTBS im Alter von 6 Jahren und jünger entwickeln und validieren
- Instrumente zur Erfassung der PTBS und kPTBS bei Kindern von 6 Jahren und jünger (weiter)entwickeln und validieren.
- Fragebögen zu spezifisch PTBS und kPTBS bezogenen Funktionseinschränkungen entwickeln und validieren.

3.11 Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen

Rita Rosner, Paul Plener, Cedric Sachser, Anna Georg, Bianca Schreyer

Unter Mitarbeit von: Markus Landolt, Gitta Reuner, Gudrun Kallenbach, Ilka Kraugmann, Kerstin Stellermann-Strehlow

3.11.1 Einleitung

Zur Behandlung der PTBS im Kindes- und Jugendalter liegen unterschiedliche psychotherapeutische Interventionen vor, zu denen wiederum ein unterschiedliches Ausmaß an Evidenz vorliegt. Psychotherapeutische Behandlungstechniken können in traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Interventionen unterteilt werden. Traumafokussierte Interventionen sind definiert als Therapieansätze, bei denen der Schwerpunkt auf der Verarbeitung der Erinnerung an das traumatische Ereignis und/oder der Veränderung seiner Bedeutung für das heutige Leben liegt (396, 397). Nicht-traumafokussierte Interventionen sind dagegen Therapieansätze, bei welchen der Fokus auf die Vermittlung von Fertigkeiten der Emotionsregulation und/oder dem Umgang mit posttraumatischen Belastungssymptomen (Psychoedukation) liegt.

Dem Bereich der traumafokussierten Interventionen sind verschiedene Manuale zuzuordnen. Das am breitesten untersuchte Manual, die traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT) nach Cohen et al. (398, 399) wurde speziell für Kinder und Jugendliche entwickelt. Da dieses Manual einen generischen Namen hat und in der Forschung eine Reihe von unterschiedlichen Manualen unter dem Begriff traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie zusammengefasst werden, werden wir im folgenden Text immer dann, wenn das spezifische Manual nach Cohen et al. gemeint ist, die Erstautorin mit nennen. Darüber hinaus wurden etablierte Verfahren zur Behandlung der PTBS bei Erwachsenen altersangemessen adaptiert, wie *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR; (400, 401)), die kinderspezifische Variante der Narrativen Expositionstherapie (KidNET; (402)), die Entwicklungsangepasste Kognitive Verarbeitungstherapie (E-KVT, engl. D-CPT; (403)), die Kognitive Therapie (CT-PTSD; (404)) oder die Prolongierte Exposition für Jugendliche (PE-A; (405)).

Dabei gehören die TF-KVT, KidNET, E-KVT, CT-PTSD und PE-A zu den Ansätzen der Kognitiven Verhaltenstherapie. Diese Manuale unterscheiden sich u.a. in der Dosis und in der Betonung und Umsetzung expositionsorientierter vs. kognitiver Techniken und in Bezug auf den angenommenen Hauptwirkmechanismus (Gedächtnisveränderungen, kognitive Umstrukturierung, Habituation). EMDR hat als Elemente die umfassende Aktualisierung einer pathogenen Erinnerung, deren Nachverarbeitungsprozess durch den Aufbau eines dualen Fokus mittels bilateraler Stimulation und kurze Expositionsphasen. EMDR kann in allen Richtlinienverfahren Anwendung finden.

Diese Manuale unterscheiden sich zudem im Umfang des Einbezugs von Bezugspersonen. Während beispielsweise in der TF-KVT nach Cohen et al. 50% der Therapiezeit für Bezugspersonen verwendet wird, beziehen andere Manuale die Bezugspersonen, meist Eltern oder Mitarbeiter:innen aus Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, zu ein bis zwei Terminen mit ein (z.B. EMDR, KidNET). Beim Anteil des Einbezugs von Bezugspersonen ist aber

nicht nur das Manual entscheidend, sondern auch das Alter und der Entwicklungsstand. Zur Behandlung traumatisierter Kinder im Vorschulalter und jünger liegt ein Manual von Lieberman und Horn (406) vor, das auf psychoanalytischer und Bindungstheorie sowie den Ergebnissen der trauma- und entwicklungspsychopathologischen Forschung basiert und Ideen der kognitiv-behavioralen und sozialen Lerntheorie integriert. Bei diesem Manual werden Bezugspersonen 100% der Therapiezeit involviert, wobei mit Eltern und Kind gemeinsam gearbeitet wird.

Für weitere psychodynamische Ansätze liegen Manuale zur Behandlung der PTBS im Kindes- und Jugendalter (z.B. Psychodynamisch-Imaginative Traumatherapie) vor, jedoch keine Ergebnisse zu Wirksamkeitsstudien. Diese können u.a. traumatische Szenarien im Spiel oder als integrierte Trauma-Module in der therapeutischen Arbeit behandeln.

Bei phasenbasierten Ansätzen werden traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Techniken kombiniert. Vor den traumafokussierten Sitzungen wird dabei eine erste Phase mit nicht traumafokussierten Inhalten vorgeschaltet. Beispiele hierfür sind die E-KVT, sowie das Skillstraining zur affektiven und interpersonellen Regulation/Narrative Therapie (STAIR/NT; (407)). Bei der E-KVT werden vor der Kognitiven Verarbeitungstherapie ein motivationsförderndes Modul und ein Modul zur Emotionsregulation mit etwa 11 Sitzungen vorangestellt. In der STAIR/NT wird in der ersten Phase mit 8-12 Sitzungen Fertigkeitentraining begonnen, auf welches in der zweiten Phase 4-8 Sitzungen narrative Therapie folgt. Auch in anderen Manualen existieren auf die Traumakonfrontation vorbereitende Phasen. Beispielsweise sind in der TF-KVT nach Cohen et al. (398, 399) vier Sitzungen zu Psychoedukation, Entspannung, Emotionen und Kognitionen vorgeschaltet. Aufgrund dieser deutlich kürzeren Phase wurde die TF-KVT nach Cohen et al. in dieser Leitlinie nicht als phasenbasiert eingestuft.

3.11.2 Klinische Fragestellungen

1. Ist eine Behandlung mit Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen (Alter ≤ 18) mit (k)PTBS-Symptomen (ICD-11) wirksamer als eine Behandlung mit Placebo oder eine Kombinationstherapie aus Psychotherapie und Psychopharmaka hinsichtlich der Reduktion von PTBS-Symptomen, Depressivität, Angstsymptomen, Funktionseinschränkung, externalisierenden Verhaltensstörungen und anderen psychischen Auffälligkeiten?
2. Welche psychotherapeutischen Interventionen (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Psychotherapie) sind bei Kindern und Jugendlichen (Alter ≤ 21) mit (k)PTBS-Symptomen (ICD-11) effektiver als sowohl inaktive als auch aktive Kontrollbedingungen hinsichtlich der Reduktion von PTBS-Symptomen, Depressivität, Angstsymptomen, Funktionseinschränkung, externalisierenden Verhaltensstörungen und anderen psychischen Auffälligkeiten?

3. Gibt es eine systematische Überlegenheit einer Variante der traumafokussierten Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Alter ≤ 21) mit (k)PTBS-Symptomen (ICD-11) hinsichtlich der Reduktion von PTBS-Symptomen, Depressivität, Angstsymptomen, Funktionseinschränkung, externalisierenden Verhaltensstörungen und anderen psychischen Auffälligkeiten?
4. Sind phasenbasierte psychotherapeutische Interventionen bei Kindern und Jugendlichen (Alter ≤ 21) mit (k)PTBS-Symptomen (ICD-11) effektiver als rein traumafokussierte oder nicht-traumafokussierte psychotherapeutische Interventionen hinsichtlich der Reduktion von PTBS-Symptomen, Depressivität, Angstsymptomen, Funktionseinschränkung, externalisierenden Verhaltensstörungen und anderen psychischen Auffälligkeiten?
5. Sind psychotherapeutische Interventionen mit Einbezug der Eltern oder Bezugspersonen bei Kindern und Jugendlichen (Alter ≤ 18) mit (k)PTBS-Symptomen (ICD-11) wirksamer als psychotherapeutische Interventionen ohne Einbezug der Eltern oder Bezugspersonen hinsichtlich der Reduktion von PTBS-Symptomen, Depressivität, Angstsymptomen, Funktionseinschränkung, externalisierenden Verhaltensstörungen und anderen psychischen Auffälligkeiten?
6. Sind psychotherapeutische Interventionen im Gruppensetting bei Kindern und Jugendlichen (Alter ≤ 21) mit (k)PTBS-Symptomen (ICD-11) wirksamer als psychotherapeutische Interventionen in Einzeltherapie hinsichtlich der Reduktion von PTBS-Symptomen, Depressivität, Angstsymptomen, Funktionseinschränkung, externalisierenden Verhaltensstörungen und anderen psychischen Auffälligkeiten?

3.11.3 Empfehlungen

11.1	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)
Empfehlungsgrad A ↑↑	Eine Psychopharmakotherapie soll in der Therapie der PTBS bei Kindern und Jugendlichen <u>nicht</u> eingesetzt werden.	
Robb et al., 2010; Cohen et al., 2007		
Qualität der Evidenz		
PTBS: niedrig ⊕⊕⊖⊖		Depression: niedrig ⊕⊕⊖⊖
	Konsensstärke: 93,8 % (Konsens)	

11.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)
Empfehlungsgrad A ↑↑	Kindern und Jugendlichen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung soll eine traumafokussierte Psychotherapie* im Einzelsetting angeboten werden, bei der der Schwerpunkt auf der Auseinandersetzung mit den traumatischen Ereignissen und den dazugehörigen Kognitionen, Emotionen und Erinnerungen liegt.	
Xiang et al., 2021; Hoppen et al., 2023; De Haan et al., 2024; Huang et al., 2022		
Qualität der Evidenz		
PTBS: moderat ⊕⊕⊕⊖	Depression: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Angst: niedrig ⊕⊕⊖⊖
Funktionseinschränkung: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Externalisierende Verhaltensstörung: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	
	Konsensstärke: 77,1 % (Konsens)	
*Kinder: Umfassendste Evidenz: Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT nach Cohen et al.) Weitere Evidenz: Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Narrative Expositionstherapie (KidNET) bei kriegstraumatisierten aus LMICs *Jugendliche: Umfassendste Evidenz: Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT nach Cohen et al.) Weitere Evidenz: Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Narrative Expositionstherapie (KidNET) bei kriegstraumatisierten aus LMICs, Prolongierte Exposition (PE), Kognitive Verarbeitungstherapie (Cognitive Processing Therapy, CPT), Kognitive Therapie (CT-PTSD)		

11.3	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Es gibt keine Evidenz zur Behandlung von Kindern mit PTBS-Symptomen unter 3 Jahre. Basierend auf klinischem Urteil sollten für diese Altersgruppe trauma-informierte Interventionen zusammen mit einer für das Kind bedeutsamen Bezugsperson angeboten werden (z. B. Lieberman et al., 2015).	
	Garziano et al., 2023; Hagan et al., 2017; Ippen et al., 2011; Liebermann et al., 2005; Norlén et al., 2024	
	Konsensstärke: 78,1 % (Konsens)	

11.4	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)
Empfehlungsgrad B ↑	Traumafokussierte Interventionen (siehe Empfehlung 10.2) zur Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen sollten auch bei solchen mit einer kPTBS angewandt werden.	
Eilers et al., 2021; Hébert & Amédée, 2020; Hendricks et al., 2017; Jensen et al., 2022; Ross et al., 2021; Sachser et al., 2017		
Qualität der Evidenz		
PTBS: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖		
	Konsensstärke: 94,1 % (Konsens)	

11.5	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Bei Nichtansprechen oder bei Restsymptomatik nach Durchführung einer traumafokussierten Psychotherapie zur Behandlung der kPTBS bei Kindern und Jugendlichen können danach weitere Interventionen zur Reduktion der Restsymptomatik oder eine Verlängerung der traumafokussierten Interventionen angeboten werden.	
	Konsensstärke: 79,3 % (Konsens)	

11.6	Konsensbasiertes Statement	Neu (2026)
	Für die generelle Notwendigkeit einer der traumafokussierten Psychotherapie vorausgehenden Stabilisierungsphase bei Kindern und Jugendlichen liegt derzeit keine Evidenz vor.	
	Konsensstärke: 78,6 % (Konsens)	

11.7	Evidenzbasierte Empfehlung		Neu (2026)
Empfehlungsgrad B ↑	Eltern oder andere bedeutsame Bezugspersonen sollten in die Behandlung bei Kindern und Jugendlichen mit einbezogen werden.		
Szota et al. 2023			
Qualität der Evidenz			
PTBS: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Depression: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Angst: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Funktionseinschränkung: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)		

11.8	Evidenzbasierte Empfehlung		Neu (2026)
Empfehlungsgrad B ↑	Wenn keine traumafokussierte Psychotherapie im Einzelsetting angeboten werden kann, sollte insbesondere nach Großschadensereignissen eine traumafokussierte Psychotherapie im Gruppensetting angeboten werden.		
Xie et al. 2024			
Qualität der Evidenz			
PTBS: moderat ⊕⊕⊕⊖	Depression: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Angst: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Funktionseinschränkung: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖
	Konsensstärke: 78,6 % (Konsens)		

3.11.4 Hintergrund der Evidenz

3.11.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 11.1

Darlegung der Evidenzgrundlage

Für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit PTBS-Symptomen mittels Psychopharmaka liegt kaum Evidenz vor. In einer placebokontrollierten Studie von Robb et al. (408) wurde die Behandlung mit Sertralin untersucht. Sowohl für PTBS-Symptome als auch Depressionssymptome konnte keine signifikante Überlegenheit von Sertralin gegenüber Placebo gefunden werden. In einer weiteren Studie von Cohen et al. (409) wurde die Kombination von Sertralin mit traumafokussierter kognitiver Verhaltenstherapie (TF-KVT) mit der Kombination von Placebo und TF-KVT verglichen. In beiden Gruppen wurde eine Verbesserung der Symptome festgestellt, jedoch keine signifikante Interaktion zwischen dem Messzeitpunkt und den Gruppen. Die Symptomreduktion wird daher auf die TF-KVT zurückgeführt. Dieses Ergebnis betrifft neben dem primären Outcome der PTBS-Symptome auch die Depressions- und Angstsymptome, sowie das Funktionsniveau. In einem Systematischen Review zur vorhandenen Evidenz zur psychopharmakologischen Behandlung bei Kindern und Jugendlichen wurden drei doppelblinde, randomisierte Studien mit Selektiven Serotonin Wiederaufnahmehemmern (SSRIs) und eine doppelblinde randomisierte Studie mit Imipramin bei Minderjährigen mit einer PTBS oder einer Akuten Belastungsreaktion untersucht. Die Autor:innen stellten fest, dass die vorhandenen Studienergebnisse den Einsatz von SSRIs als first-line Option bei der PTBS bei Minderjährigen nicht stützen (410). In einer Meta-Analyse zur Wirksamkeit von Selektiven Serotonin und Selektiven Noradrenalin Wiederaufnahmehemmern im Kindes- und Jugendalter, wurde das Fehlen einer Überlegenheit gegenüber Placebo für diese Substanzgruppen bei der PTBS festgehalten (411).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Die vorhandene Evidenz kann keine Behandlung der PTBS Kernsymptomatik mittels Psychopharmaka begründen. Daher wird eine starke Empfehlung gegen den Einsatz von Psychopharmaka zur Behandlung der Kernsymptomatik in dieser Altersgruppe formuliert. Die Empfehlung deckt sich mit den Empfehlungen anderer aktuelle Leitlinien. Während in der chronologisch ältesten (und seit 2010 nicht mehr überarbeiteten Leitlinie) der US

amerikanischen kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft AACAP (412) noch der Hinweis zu finden ist, dass an SSRIs in der Behandlung gedacht werden kann („SSRIs can be considered for the treatment of children and adolescents with PTSD“), so findet sich in der australischen Leitlinie ((413); Stand: 22.12.2021) der Hinweis darauf, dass hier keine Empfehlung gegeben werden kann („Pharmacological interventions for children and adolescents with PTSD: no recommendations made“). Dasselbe gilt für die aktuelle Version der britischen NICE guideline ((241); letzte Überarbeitung: 15.08.2024). Auch hier findet sich der Hinweis, dass keine psychopharmakologische Behandlung der PTBS bei Minderjährigen angezeigt ist („Do not offer drug treatments for the prevention or treatment of PTSD in children and young people aged under 18 years“).

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Auch wenn es keine Hinweise auf die Effektivität einer psychopharmakologischen Behandlung der Kernsymptomatik der PTBS gibt, so muss darauf hingewiesen werden, dass mitunter komorbide Störungen (wie etwa eine depressive Episode), oder auch Symptome wie Schlafstörungen bei entsprechend ausgeprägtem Schweregrad gemäß den Leitlinienempfehlungen zu den jeweiligen Störungsbildern zu behandeln sind.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

3.11.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 11.2

Darlegung der Evidenzgrundlage

In verschiedenen Meta-Analysen wird die Wirksamkeit von Psychotherapie zur Behandlung von PTBS im Kindes- und Jugendalter anhand von über 50 randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) nachgewiesen (z.B. (414-418)). Verschiedene traumafokussierte Interventionen weisen in diesen mittlere bis hohe Effektstärken im Vergleich mit aktiven Kontrollbedingungen auf. Die zentrale Meta-Analyse für diese Empfehlung wurde von Xiang et al. (2021) (418) veröffentlicht und wurde aufgrund von zwei Vorteilen gegenüber anderen Meta-Analysen ausgewählt. Zum einen handelt es sich hier um eine Netzwerk-Meta-Analyse, die daher aufgrund der angewandten Methodik auch den Vergleich zwischen Einzelinterventionen (auch innerhalb von Psychotherapieverfahren) erlaubt, die nicht in einer Einzelstudie verglichen wurden. Des Weiteren berichten Xiang et al. (2021) (418) Effekte für mehrere Outcomes: Diese sind neben der PTBS-Schwere auch Depressions- und Angstsymptome. Die Anzahl der Studien, in welchen die einzelnen traumafokussierten Interventionen jeweils untersucht werden, variiert stark. Die meisten Studien liegen für die TF-KVT Cohen vor. Die Effektivität und Überlegenheit der TF-KVT nach Cohen et al. wurde im Vergleich mit passiven und aktiven Kontrollgruppen mit Kindern und Jugendlichen zwischen 3 und 18 wiederholt nachgewiesen ((418) insgesamt 23 RCTs). Auch für die Wirksamkeit von EMDR existiert Evidenz für Kinder zwischen 4 und 18 Jahren basierend auf insgesamt 8 RCTs (418). Für die KidNET existieren vier Studien für Kinder und Jugendliche zwischen 8 und 18

Jahren (418). Hierbei ist jedoch anzumerken, dass diese vorwiegend bei kriegstraumatisierten Kindern und Jugendlichen überwiegend aus Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen untersucht wurde (419-422). Im Gegensatz zur Studienlage bei Erwachsenen liegen bisher nur wenige Studien für die PE-A und für die Kognitive Verarbeitungstherapie (Cognitive Processing Therapy, CPT), und ihre Adaptation bei Jugendlichen (E-KVT) vor. CPT erzielte die höchste Wirksamkeit, wurde jedoch bisher nur in zwei RCTs im Jugendalter untersucht (12 bis 18 bzw. 14 bis 18 Jahre; (423, 424)). Für die CT-PTSD gibt es bisher nur eine Einzelstudie mit Kindern und Jugendlichen zwischen 8 und 17 Jahren und nur kleiner Stichprobe, welche eine hohe Wirksamkeit im Vergleich mit passiver Kontrollgruppe aufweist (388).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Trotz moderater *Certainty of Evidence* nach GRADE wird die Empfehlung mit Empfehlungsgrad A formuliert. Dies lässt sich unter anderem mit der Überlegenheit der Einzelinterventionen gegenüber Kontrollbedingungen über die verschiedenen Einzelstudien hinweg und auch über mehrere Meta-Analysen hinweg begründen. Insbesondere gingen in die Studien zur TF-KVT nach Cohen et al. Ergebnisse von über 1000 behandelten Kindern und Jugendlichen ein. Zudem sprechen klinische Erfahrungen für eine sehr gute Wirksamkeit traumafokussierter Verfahren. Um eine Reihung der Interventionen für die Empfehlung und eine Unterscheidung nach „umfassendster und weiterer Evidenz“ zu ermöglichen, wurde die Zahl der Studien und der behandelten Patient:innen, die Streuung der Effektschätzer und die Größe des Effektes berücksichtigt. Die Streuung der Effektschätzer (Breite der Konfidenzintervalle) ist hier besonders hervorzuheben, da durch dies die Stabilität des zu erwartenden Effekts in verschiedenen Behandlungssituationen bewertet werden kann. Auf diese Weise kann in der Empfehlung verdeutlicht werden, dass für TF-KVT Cohen die breiteste Evidenz vorliegt, aber beispielsweise für die CPT zwar sehr hohe Effektstärken, jedoch ein breites Konfidenzintervall berichtet wird und damit die Übertragbarkeit in verschiedene Behandlungssituationen und Populationen noch aussteht. Als wichtiger Diskussionspunkt wird genannt, dass während die TF-KVT-Manuale in Deutschland überwiegend in der Verhaltenstherapie eingesetzt werden, EMDR in allen Richtlinienpsychotherapieverfahren Anwendung finden kann.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Die in den Meta-Analysen eingeschlossene Evidenz bezieht sich auf Kinder ab einem Alter von drei Jahren (z.B. (389)). Für Kinder unter drei Jahre liegt keine geeignete Evidenz vor. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Studien, die Ergebnisse für Vorschulkinder berichten, zum einen häufig einen Altersrange über das 3. Lebensjahr hinaus haben (425-427) und die Ergebnisse für Kinder unter drei nicht eigens ausweisen. Zum anderen ist die Erfassung posttraumatischer Symptome sprachgebunden. Damit sind die Einschlussbedingungen für Kinder unter drei Jahren häufig Traumaexposition und Verhaltensauffälligkeiten. So schließen Studien zur Effektivität der Child-Parent-Psychotherapy (406) für das Vorschulalter (425, 426, 428-430) Kinder im Altersbereich zwei bis sechs Lebensjahre bei Traumaexposition oder Verhaltensauffälligkeiten ein. Somit liegen andere Einschlusskriterien zu Grunde. Auf die

Altersgruppe bis zu 3 Jahren wird in der nachfolgenden Empfehlung 11.3 eingegangen. Zu Kontraindikationen für die Behandlung der PTBS mit traumafokussierter Psychotherapie wird auf das Kapitel komorbide Psychische Störungen verwiesen. Insbesondere hat bei akuter Suizidalität oder akuter Intoxikation die Behandlung dieser Vorrang.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Vor dem eigentlichen Therapiebeginn muss die Sicherheit des Kindes bzw. Jugendlichen geklärt werden. Die betrifft zum einen die Frage, ob weiter Täter:innenkontakt besteht und inwiefern von den Täter:innen noch Gefahr ausgeht. Vorrangig soll hier die größtmögliche Sicherheit hergestellt werden und es kann notwendig sein, dass Therapeut:innen mit anderen Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe zusammenarbeiten. Andererseits müssen auch Veränderungen bei der Gefährdungsbeurteilung berücksichtigt werden: So kann z.B. ein substanzabhängiger Elternteil nach eigener erfolgreicher Behandlung durchaus einbezogen werden. Falls sich Sicherheit nicht vollständig herstellen lässt (z.B. der/die Täter:in hat weiterhin Umgangsrechte), dann sollte mit dem Kind nach vorheriger Abwägung damit verbundener ethischer Aspekte den Schutz des Kindes betreffend an möglichen Strategien gearbeitet werden, wie es sich selbst schützen kann. Einige Manuale wie z.B. TF-KVT nach Cohen et al. beinhalten ein spezifisches Modul, das in diesen Fällen vorgezogen werden kann. Ebenfalls müssen mögliche Komorbiditäten bei der Behandlung berücksichtigt werden. Insbesondere in der Diagnostik sollte abgeklärt werden, ob es sich bei der entsprechenden Symptomatik um eine Folge der PTBS handelt oder ob sie der PTBS vorausging. In einem Gesamtbehandlungsplan kann auch auf die Leitlinien zu den entsprechenden komorbiden Störungen zurückgegriffen werden.

Wie in Empfehlung 12.1 empfohlen, ist bei der Diagnostik und Therapie zudem das shared decision making zu beachten, bei dem die Bedarfe der Patient:innen in die Therapieplanung einfließen, wie z.B. die Wahl eines Therapieverfahrens oder Behandlungsfokus mit Bedacht auf die jeweilige Lebenssituation der Patient:innen (vgl. auch Anlage 1).

3.11.4.3 Hintergrundtext zur Empfehlung 11.3

Darlegung der Evidenzgrundlage

Es liegt keine Evidenz für die Behandlung von Kindern unter drei Jahren mit vorhandenen Traumasymptomen als Einschlusskriterium vor. Stattdessen sind die Einschlussbedingungen häufig Traumaexposition und Verhaltensauffälligkeiten. Erschwert wird die Beurteilung der Evidenz durch die mangelnde gesonderte Auswertung für Kinder unter drei Jahren. Damit ist eine Bewertung der Evidenz für Kinder unter drei Jahren mit PTBS-Symptomen nicht möglich (425-428). Eine Intervention, für die für den Altersbereich zwei bis sechs Jahre Evidenz mit den genannten Einschlusskriterien vorliegt, ist die Child-Parent-Psychotherapy (431). Auch in Studien zur Effektivität dieser (425, 426, 428-430) werden jedoch vorwiegend Kinder über 3 Jahren eingeschlossen. Aufbauend auf dieser Evidenz und nach klinischem Urteil wird daher ein ergänzender Expert:innenkonsens für Kinder unter drei Jahren formuliert.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Die Empfehlung wird aufgrund positiver klinischer Erfahrung sowie indirekter Evidenz nach anderem Einschlusskriterium mit Empfehlungsgrad B formuliert.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Keine.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Die Hinweise zur Klärung und Sicherstellung von Sicherheit aus Empfehlung 11.2 sind auch an dieser Stelle zu beachten.

3.11.4.4 Hintergrundtext zur Empfehlung 11.4

Darlegung der Evidenzgrundlage

Zur Behandlung von komplexer PTBS (kPTBS) bei Kindern und Jugendlichen liegen bislang vor allem Sekundäranalysen vor (390, 392, 432, 433). Zudem gibt es eine quasi-experimentelle Studie von Jensen et al. (434), in welcher die Anwendung von TF-KVT bei Kindern und Jugendlichen mit PTBS mit der bei Kindern und Jugendlichen mit kPTBS verglichen wurde. In allen vorliegenden Studien wurde eine Reduktion der PTBS-Symptome durch traumafokussierte Psychotherapie (hier: E-KVT, TF-KVT, PE) nachgewiesen. Im Vergleich mit PTBS-Populationen weisen Kinder und Jugendliche mit kPTBS eine insgesamt höhere Symptomlast zum Prä-Zeitpunkt auf, profitieren jedoch auf gleiche Weise von traumafokussierter Psychotherapie (390, 392, 432-434). Dabei zeigt ein Teil der Sekundaranalysen auch eine höhere Symptomlast nach einer TF-KVT bei Kindern und Jugendlichen mit kPTBS im Vergleich zu Kindern mit PTBS (390, 392), während sich in einem anderen Teil der Studien trotz höherem Ausgangsniveau der Symptomatik im Verlauf keine Unterschiede mehr feststellen ließen (432, 434).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Aufgrund von übereinstimmender Evidenz und großen Effektstärken wird trotz sehr niedriger *Certainty of Evidence* die Empfehlung mit Empfehlungsgrad B formuliert. Es gibt bisher keine Hinweise auf eine überlegenere Herangehensweise an die Behandlung der kPTBS als an die Behandlung der PTBS mit TF-KVT im Kindes- und Jugendalter. Da für die Behandlung der PTBS eine sehr gute Evidenzgrundlage gegeben ist, kann an dieser Stelle eine Empfehlung ausgesprochen werden. Neben der höheren Symptomlast zu Therapiebeginn, bleiben nach klinischer Erfahrung bei Kindern und Jugendlichen mit kPTBS nach Ende der Therapie in einem Teil der Studien noch klinisch signifikante Restsymptome. Zum Umgang mit diesen und insbesondere mit den Schwierigkeiten der Selbstorganisation und -regulation (SSO-Symptome) der kPTBS liegt bislang noch keine Evidenz vor.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Keine.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

3.11.4.5 Hintergrundtext zur Empfehlung 11.5

Darlegung der Evidenzgrundlage

Da die vorliegende Evidenz sich zumeist auf Sekundäranalysen beschränkt ist nicht ableitbar, wie bei Vorliegen von Restsymptomatik oder Nichtansprechen weiterverfahren werden soll. Insbesondere liegen keine Studien zum Umgang mit Schwierigkeiten der Selbstorganisation und -regulation (SSO-Symptome) vor. Abgeleitet aus der indirekten Evidenz zu Empfehlung 11.4 und klinischer Erfahrung sind eine spezifische Behandlung der SSO-Symptome, sowie auch eine Verlängerung bzw. Intensivierung der traumafokussierten Therapie denkbar.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

In zahlreichen Studien weist traumafokussierte Therapie sowohl bei der PTBS als auch der kPTBS positive Effekte auf. Abgeleitet aus vorliegender indirekter Evidenz sowie klinischer Erfahrung wird daher eine Empfehlung mit Empfehlungsgrad B formuliert.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Keine.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Wie in Empfehlung 12.1 empfohlen, ist bei der Diagnostik und Therapie zudem das shared decision making zu beachten, bei dem die Bedarfe der Patient:innen in die Therapieplanung einfließen, wie z.B. die Wahl eines Therapieverfahrens oder Behandlungsfokus mit Bedacht auf die jeweilige Lebenssituation der Patient:innen (vgl. auch Anlage 1).

3.11.4.6 Hintergrundtext zum Statement 11.6

Darlegung der Evidenzgrundlage

Die in Empfehlung 11.2 aufgezählten Therapiemanuale beinhalten teilweise vorausgehende stabilisierende bzw. vorbereitende Sitzungen in unterschiedlicher Dosis (z.B. TF-KVT, E-KVT), teilweise jedoch auch nicht (z.B. PE-A, KidNET). Alle aufgezählten Therapiemanuale weisen eine hohe Wirksamkeit auf. Ob eine Stabilisierungsphase generell notwendig ist, lässt sich aus der bisherigen Evidenz nicht ableiten. Es existiert insbesondere keine Studie, in welcher eine Intervention mit vorheriger Stabilisierungsphase mit derselben Intervention ohne Stabilisierungsphase verglichen wird. Bisherige Studien zur Psychotherapie im Erwachsenenalter begründen ebenfalls keine Überlegenheit einer phasenbasierten

Behandlung mit Stabilisierungsphase gegenüber unmittelbarer traumafokussierter Therapie zur Behandlung der PTBS (z.B. (101, 103)).

Begründung des Statements mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Es gibt keine Evidenz, die eine generelle Notwendigkeit einer der traumafokussierten Therapie vorausgehende Stabilisierungsphase begründen würde. Auch bei der kPTBS lässt sich aus den aktuell vorliegenden Studien bisher nicht folgern, dass eine Stabilisierungsphase notwendig wäre. Vielmehr zeigen sich zum Teil sogar größere Effekte für Patient:innen mit kPTBS (434) als für Patient:innen mit einer klassischen PTBS. An dieser Stelle soll jedoch betont werden, dass stets auf den individuellen Bedarf zu achten und daraus gegebenenfalls in Absprache mit dem/der Patient:in eine Stabilisierungsphase begründet werden kann. Beachtet werden muss zudem, dass eine mögliche Vermeidungstendenz der Therapeut:innen hinsichtlich des Traumanarratives zu einer Chronifizierung der PTBS-Symptomatik führen kann.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Keine.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

3.11.4.7 Hintergrundtext zur Empfehlung 11.7

Darlegung der Evidenzgrundlage

Die Meta-Analyse von Szota et al. (435) betrachtet die Effektivität von Interventionen zur Behandlung von PTBS bei Kindern und Jugendlichen unter Einbezug von Bezugspersonen im Vergleich mit passiven und aktiven Kontrollbedingungen ohne oder mit weniger Einbezug der Bezugspersonen. Die Befunde der Meta-Analyse befürworten den Einbezug von Bezugspersonen in die Therapie. Verschiedene weitere Meta-Analysen berichten Subgruppenanalysen zum Einbezug von Bezugspersonen, finden aber nur teilweise eine signifikante Überlegenheit (414, 436, 437). Die verschiedenen Manuale unterscheiden sich hinsichtlich des Ausmaßes der Beteiligung von Bezugspersonen deutlich. Während bei der TF-KVT nach Cohen et al. die Hälfte der Therapiezeit für den Einbezug der Bezugsperson verwendet wird, sind in anderen Manualen nur ein bis zwei Termine mit Bezugsperson geplant (z.B. EMDR, KidNET). Meta-Analysen betrachten den Einbezug von Bezugspersonen jedoch häufig als dichotomes statt als kontinuierliches Merkmal, was zu höherer Heterogenität führt und auch den anzustrebenden Umfang des Einbezugs von Bezugspersonen offenlässt.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Der Einbezug von Bezugspersonen in die Therapie von Kindern und Jugendlichen ist in einigen wirksamen Manualen fest verankert. In welchem Umfang und in welchen Altersklassen der Einbezug der Eltern stattfinden soll, kann jedoch aus der vorliegenden Evidenz nicht abgeleitet

werden. Der Einbezug von Bezugspersonen ist zudem entwicklungsabhängig, was in den Meta-Analysen bislang keine Berücksichtigung findet. Aufgrund der positiven klinischen Erfahrung und der vorliegenden Evidenz wird eine Empfehlung mit Empfehlungsgrad B formuliert.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Keine.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

An dieser Stelle ist erneut die Klärung der Sicherheit des Kindes bzw. des Jugendlichen zu erwähnen, wie sie auch in Empfehlung 11.2 angesprochen wurde. Die Auswahl der Bezugsperson ist abhängig von den rechtlichen Rahmenbedingungen und den konkreten Lebensumständen des Kindes. Wenn das Kind noch mit Familienmitgliedern zusammenwohnt, wird häufig ein Elternteil, der nicht an der Tat oder an wiederholtem/ anhaltendem Gewaltgeschehen beteiligt war, an der Therapie teilnehmen. Bei Kindern und Jugendlichen, die in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe leben, können dies professionelle Betreuer:innen sein (z.B. Sozialarbeiter:innen, Pädagog:innen, Erzieher:innen), die ausreichend Kontakt mit dem Kind haben, um es in der Bewältigung des Alltags zu unterstützen und zu dem ein Vertrauensverhältnis aus Sicht des Kindes besteht.

3.11.4.8 Hintergrundtext zur Empfehlung 11.8

Darlegung der Evidenzgrundlage

Xie et al. (438) berichten in ihrer Meta-Analyse basierend auf 11 RCTs eine signifikante Überlegenheit traumafokussierter Therapie in der Gruppe im Vergleich mit aktiven und passiven Kontrollbedingungen mit kleiner bis mittlerer Effektstärke. Es wurden jedoch keine Studien inkludiert, in denen traumafokussierte Therapie im Einzel- mit derselben im Gruppensetting verglichen wurde.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Gruppentherapie für traumatisierte Kinder und Jugendliche wird in der Versorgung als schwer umsetzbar angesehen. Zum einen kann es sein, dass eine Gruppe schwer zu füllen ist und zum anderen können die Teilnehmenden einen unterschiedlichen Therapiestand aufweisen. Da die Evidenz jedoch dafür spricht, dass auch im Gruppensetting traumafokussierte Psychotherapie effektiv sein kann, wird die Empfehlung mit Empfehlungsgrad B formuliert. Als Behandlung erster Wahl wird weiterhin eine traumafokussierte Einzeltherapie angesehen. In anderen Meta-Analysen (439, 440) werden große Effektstärken für Interventionen in der Gruppe berichtet. Bei diesen Meta-Analysen liegen jedoch andere Einschlusskriterien zugrunde: Da als Einschlusskriterium für die zu untersuchende Population Kinder und Jugendliche mit dem Erlebnis eines traumatischen Ereignisses anstelle von PTBS-Symptomen genügen, werden auch Studien mit präventivem Fokus zum Beispiel nach einem Großschadensereignis

inkludiert. Dadurch fallen Effektstärken vermutlich höher aus. Bei der inkludierten Literatur wurde daher sowohl auf die Population als auch das Setting geachtet.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Keine.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

3.11.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung

- Wirksamkeit phasenbasierter psychotherapeutischer Ansätze im direkten Vergleich mit rein traumafokussierten psychotherapeutischen Ansätze, sowohl in PTBS, aber auch kPTBS-Populationen
- Wirksamkeit von traumafokussierter Therapie im Gruppensetting verglichen mit derselben im Einzelsetting
- Ausmaß des geeigneten Einbezuges von Bezugspersonen in die Behandlung
- Wirksamkeit der Behandlung der kPTBS
- Umgang mit Restsymptomen nach der Behandlung der kPTBS mittels bewährter traumafokussierter Verfahren
- Wirksamkeit von traumafokussierter Therapie bei Kindern mit PTBS-Symptomatik im Kleinkind-/Vorschulalter
- Wirksamkeit von Interventionen, die bisher nicht ausreichend überprüften Verfahren zuzuordnen sind (u.a. psychodynamische Interventionen, systemische Interventionen, klientenzentrierte Interventionen)

3.12 Allgemeine Behandlungsprinzipien

Julia Schellong, Jacqueline Rixe, Alex Stern, Volker Köllner, Melanie Büttner, Thomas Eger, Olaf Reddemann

3.12.1 Einleitung

Übergeordnete Prinzipien wie Aufklärung, partizipative Entscheidungsfindung, Berücksichtigung individueller Präferenzen und Fallmanagement sind allgemeine medizinische Behandlungsgrundsätze, sie werden in internationalen Leitlinien zur Behandlung der PTBS explizit noch einmal genannt. Besonders betont wird die Bedeutung eines traumasensiblen Umgangs („Trauma-Informed Care“) im Patient:innenkontakt im Gesundheitswesen, um der Vulnerabilität von Menschen mit einer (k)PTBS gerecht zu werden (NICE und Phoenix Australia). In dieser Thematik nimmt die hausärztliche Behandlung einen besonderen Stellenwert ein, da hier oft erstmals über traumatisch erlebte Ereignisse gesprochen wird und andererseits die hausärztliche Versorgung meist den gesamten Behandlungsverlauf begleitet (17, 251, 441-446). Gleichzeitig ist hier auch die zahnmedizinische Versorgung von Bedeutung, bei der sowohl durch (k)PTBS verursachte dentale Symptome oder Erkrankungen auftreten (447), als auch traumatische Erfahrungen entstehen und/oder getriggert und angesprochen werden können (448). Partnerschaftsgewalt ist einer der häufigsten Gründe für eine Vorstellung im Gesundheitswesen und eine führende Ursache für Morbidität und Mortalität von Frauen im gebärfähigen Alter (449, 450). Auch das Erleben von sexualisierter Gewalt oder sexuellem Missbrauch in der Kindheit oder auch Traumatisierung in der Schwangerschaft und im Peripartalzeitraum kann mit vielfältigen psychosozialen Folgen verknüpft sein. Vernetzung ist für die gesamte Behandlungskette von hoher Relevanz bis hin zu Stärkung von Teilhabe und rehabilitativer Versorgung. Traumafokussierte Psychotherapie ist die empfohlene Behandlungsmethode bei Traumafolgestörungen (vgl. Kapitel 3.2, 3.5, 3.7-9). Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob spezielle Konzepte, die auf die bestimmte traumaauslösende Ursache zugeschnitten sind, zusätzliche Vorteile bringen könnten. Ein weiterer zu bedenkender Aspekt ist ein transparenter Umgang und eine transparente Beratung bei zeitgleich zur Psychotherapie stattfindenden oder geplanten juristischen Verfahren, insbesondere bei Aussage-gegen-Aussage Konstellationen. Aus diesen Problemstellungen heraus wurden sieben klinische Fragen formuliert, wobei diese durch die Übersetzung der klinischen Anforderungen in Formulierungen, die Suchstrategien ermöglichen, oft nur einen Teil des Problems erfassen. Aus diesem Grund fügte sich nicht alle gefundene Literatur in die sieben formulierten Empfehlungen, auch konnte nicht allen Empfehlungen evidenzbasierte Literatur zugeordnet werden. Zwei zusätzliche Empfehlungen wurden aus inhaltlichen Gründen aus ursprünglich anderen AGs in das Kapitel aufgenommen.

3.12.2 Klinische Fragestellungen

1. Sind PTBS-Interventionen in Zusammenarbeit mit der Primärversorgung/unter Einbeziehung des hausärztlichen Settings bei erwachsenen Personen mit PTBS (alle Formen) effektiver in der Verbesserung der PTBS-Symptomlast, des Funktionsniveaus oder Patient:innenzufriedenheit im Vergleich zu einem *Treatment-As-Usual* oder keiner Vergleichsgruppe?
2. Ist eine zusätzliche bzw. anschließende Behandlung einer PTBS im Reha-Setting (Rehabilitation) bei erwachsenen Personen mit einer PTBS (alle Formen) effektiver in der Verbesserung des Beschäftigungsstatus, Erhöhung sozialer Unterstützung und Interaktion, Verminderung der Funktionsbeeinträchtigung, Symptomlast, Erhöhung der Lebensqualität oder unterscheidbar in der Anzahl oder Ausprägung der Nebenwirkungen im Vergleich zu keiner zusätzlichen bzw. anschließenden Behandlung einer PTBS im Reha-Setting (keine Rehabilitation)?
3. Ist eine partizipative Entscheidungsfindung hinsichtlich des Therapiesettings (ambulant, stationär, teilstationär) bei erwachsenen Personen mit PTBS (alle Formen) effektiver in der Verbesserung des Beschäftigungsstatus, sozialen Unterstützung und Interaktion, Verminderung der Funktionsbeeinträchtigung, Symptomlast, Verbesserung der Lebensqualität oder unterscheidbar in der Anzahl oder Ausprägung der Nebenwirkungen im Vergleich zu keiner partizipativen Entscheidungsfindung hinsichtlich des Therapiesettings?
4. Ist eine auf die Traumaart „besondere Gewaltformen“ abgestimmte Therapie- oder Interventionsform bei Personen mit einer (k)PTBS aufgrund von besonderer Gewaltformen (siehe PICO-Angaben im Anlage 2) effektiver hinsichtlich der Verbesserung der (k)PTBS-Symptome, einer erneuten Traumatisierung/Reviktimisierung, weiterer psychischer Symptome, Retention in Behandlung, geringerer unerwünschter Ereignisse oder der Verbesserung der Lebensqualität im Vergleich zu keiner auf die Traumart „besondere Gewaltformen“ abgestimmten Therapie- oder Interventionsform oder keiner Vergleichsgruppe?
5. Führen *Trauma-Informed-Care*-Schulungen (zur Identifikation von und Reaktion auf häusliche Gewalt) für Gesundheitsfachkräfte mit Patient:innen mit Verdacht auf Traumafolgestörungen zu einer verbesserten Erkennung von Traumafolgestörungen, einer höheren Vermittlungsrate in soziale Einrichtung oder einer häufigeren Verhinderung von weiteren Gewalttaten/weiterer erneuter Traumatisierung im Vergleich zu keiner entsprechenden Schulung?
6. Führt eine traumafokussierte Therapie bei Personen mit einer PTBS, nach sexualisierter Gewalt und bevorstehendem oder laufendem Gerichtsverfahren (insbesondere bei Aussage-gegen-Aussage Konstellationen) zu einer Verbesserung der

Aussagefähigkeit oder des Aussagegehalts im Vergleich zu einer nicht-traumafokussierten Therapie?

7. Ist eine adjuvante zahnmedizinische Therapie des Bruxismus mittels Reflexschiene, Physiotherapie und/oder Botulinumtoxin bei Personen mit einer PTBS und craniomandibulärer Dysfunktion (CMD) mit Bruxismus effektiver in der Reduktion von CMD-Schmerz, Verbesserung der Mundöffnung oder effektiver hinsichtlich einer geringeren Dauer der PTBS-Therapie im Vergleich zu einer PTBS-Therapie ohne zahnärztliche adjuvante Maßnahme?

3.12.3 Empfehlungen

12.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Diagnostische, therapeutische und versorgungsbezogene Entscheidungen sollen entsprechend dem Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) erfolgen.	
	Empfehlung auf PTBS angepasst aus Benecke et al 2024 Hessinger et al 2017, Mott et al 2014, Swift et al 2018, Watts et al 2014, Zoellner et al 2019, Behindertenrechtskonvention Artikel 25 (UN-BRK), BÄK et al. 2022	
	Konsensstärke: 96,3 % (Starker Konsens)	

12.2	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Bei der Aufklärung und Information über Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten der (k)PTBS sollen die unterschiedlichen Optionen mit ihren Vor- und Nachteilen umfassend und in verständlicher Form dargestellt werden.	
	Patientenrechtegesetz Paragraphen ab 630a	
	Konsensstärke: 96 % (Starker Konsens)	

12.3	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Hausärzt:innen sollen in die Versorgung ihrer Patient:innen mit (k)PTBS kooperativ einbezogen werden.	
	APA (2017), Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (2020), NICE (2018)	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

12.4	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Im Hinblick auf Diagnostik und Therapie sollte insbesondere in der Peripartalphase auf Gewalterfahrungen und Symptome einer (k)PTBS geachtet werden. Dies betrifft traumatische Erlebnisse in der Vorgeschichte, peripartale Traumatisierung inklusive deren Auswirkungen auf alle Beteiligten und das Familiensystem.	
	White 2022, Yildiz 2017, LL-Vaginale Medizin, S3-Leitlinie Peripartale Traumatisierung (unv.)	
	Konsensstärke: 96,3 % (Starker Konsens)	

12.5	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Personen mit PTBS sollten bei Kiefergelenksschmerz/ Kaumuskulaturschmerz zahnärztlich vorgestellt werden, um ggf. eine adjuvante zahnärztliche Therapie bei schmerzhafter craniomandibulärer Dysfunktion zu veranlassen.	
	Connelly et al 2017, Giddon et al 2021, Woerner et al 2024, Wolowski et al 2020, DGFDT et al. 2019, DGFDT et al. 2024	
	Konsensstärke: 80 % (Konsens)	

12.6	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Eine an die traumafokussierte Behandlung der (k)PTBS-Symptomatik anschließende Rehabilitation sollte angeboten werden, wenn weiterhin relevante Einschränkungen oder eine Gefährdung der Teilhabe am Erwerbsleben oder der Gesellschaft bestehen oder aus Krankheitsgründen eine berufliche Umorientierung notwendig wird.	
	Brenner et al. 2024, Brenner et al. 2019, UN-Behindertenrechtskonvention Artikel 26 (UN-BRK)	
	Konsensstärke: 84,6 % (Konsens)	

12.7	Evidenzbasierte Empfehlung		Neu (2026)
Empfehlungsgrad B ↑	Bei Hinweisen auf Partnerschaftsgewalt (Häusliche Gewalt) sollte Patient:innen mit (k)PTBS der Einbezug des spezifischen Fachberatungssystems in die Behandlung angeboten werden.		
Micklitz 2024			
Qualität der Evidenz			
PTBS: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Reduktion häusliche Gewalt: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Depression: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Lebensqualität: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖
	Konsensstärke: 92,3 % (Konsens)		

12.8	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Traumafokussierte Psychotherapie kann nach ausführlicher Aufklärung auch bei laufendem oder ausstehendem Gerichtsverfahren angeboten werden.	
	Hinweise Expertenkommission BMJus, allg. Patient:innenrechte	
	Konsensstärke: 87,5 % (Konsens)	

12.9	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Alle Einrichtungen, die sich an der Gesundheitsversorgung von Menschen mit (komorbider) (k)PTBS beteiligen, sollten darin geschult werden, Trauma-Informed Care (TIC) als standardisierten und integralen Ansatz zu verwenden.	
	Australian Human Rights Commission et al. 2021, Chin et al 2024, Kalra 2021, Hegarty 2013, Hegarty 2020, Wathen et al., 2021, Mahon, 2022, Goldstein 2024, Stokes 2024, Bryson 2017, Bargemann 2022	
	Konsensstärke: 92,3 % (Konsens)	

3.12.4 Hintergrund der Evidenz

3.12.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 12.1

Darlegung der Evidenzgrundlage

Evidenz für die Unter- oder Überlegenheit partizipativer Entscheidungsfindung hinsichtlich des Behandlungssettings (ambulant, stationär, teilstationär) bei PTBS im Vergleich zu ausschließlich von Behandelnden- oder Patient:innenseite getroffenen Entscheidungen liegt nicht vor. Dem Expert:innenkonsens liegt die nachfolgend vorgestellte Evidenz zugrunde, die die finale Empfehlung teils mit Bezug auf psychische Erkrankungen im Allgemeinen, teils mit Bezug auf einzelne Bereiche von Versorgungsentscheidungen stützt. Angepasst an PTBS, ist die Empfehlung 12.1 in Anlehnung an eine entsprechende Empfehlung aus der S3 Leitlinie „SBPF Schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktion“ formuliert. Die dortige Empfehlung ist evidenzbasiert. Eine direkte Übertragbarkeit dieser Evidenzbasis ist jedoch nicht möglich, weil sich die dort verwendete Meta-Analyse von Stovell et al. (2016) (451) auf Psychosen bezieht (451). Evidenz ohne konkreten Diagnosebezug für die Berücksichtigung der Behandlungspräferenz der Patient:innen liegt mit der Meta-Analyse von Swift et al. (2018) (452) vor. Die Behandlungspräferenz der Patient:innen ist dort assoziiert mit geringeren Abbruchraten und besserem Ergebnis der Behandlung. Dieser positive Einfluss auf das Outcome der Behandlung ist ausgeprägter bei Patient:innen mit depressiven oder Angststörungen im Vergleich zu Patient:innen mit Psychosen, problematischem Substanzgebrauch oder Verhaltensstörungen (PTBS wird nicht gesondert aufgeführt). Bei PTBS liegt Evidenz für die Berücksichtigung der Behandlungspräferenz der Patient:innen bezogen auf die Therapieform vor. Zoellner et al. (2019) führten eine randomisierte kontrollierte Studie (RCT) durch (n=200) mit 1.) Behandlungswahl vs. keine Wahl sowie 2.) Prolonged Exposure vs. Sertralin als Wahl- bzw. Zuordnungsoptionen (123). Patient:innen mit berücksichtigter Behandlungswahl zeigten eine höhere Adhärenz, verloren mit höherer Wahrscheinlichkeit die PTBS-Diagnose, berichteten geringere PTBS-, Depressions- und Angstsymptomatik und präferierten eher die Psychotherapie. Die Beteiligung an einer

Entscheidungsfindung setzt voraus, dass Patient:innen über die dazu notwendigen Informationen verfügen. Evidenz zur Stärkung der Entscheidungsfähigkeit von Patient:innen liegt bezogen auf die Implementierung von *Decision Aids* (Medizinischen Entscheidungshilfen) vor einer Behandlungsentscheidung vor. Watts et al. (2015) untersuchten in einem RCT (n=128) das Angebot einer schriftlichen, Informationen zu PTBS und Behandlungsoptionen enthaltenden *Decision Aid* vs. Standardvorgehen (453). Bei der Interventionsgruppe konnten signifikant mehr Wissen über PTBS, weniger Entscheidungsschwierigkeiten und häufiger das Erreichen einer Behandlungsentscheidung und Entscheidung für eine evidenzbasierte Therapie nachgewiesen werden; zudem zeigte die Interventionsgruppe einen stärkeren Rückgang von PTBS-Symptomen im Verlauf. Hessinger et al. (2018) analysierten in einer retrospektiven Kohortenstudie (n=1056) eine Intervention zum strukturierten Shared Decision Making in Gesprächsform, wobei ein *Shared Decision Making* (SDM) fokussierendes Gespräch mit einem die kurze Informationsvermittlung zu Behandlungsmöglichkeiten umfassenden Gespräch verglichen wurde (454). Beide Vergleichsgruppen hatten vorab bereits eine Psychoedukationsgruppe zu PTBS besucht. Die Interventionsgruppe entschied sich nach dem SDM-fokussierenden Gespräch häufiger für eine evidenzbasierte Psychotherapie statt anderer Unterstützungsformen und begann diese Therapie häufiger zeitnah. Hinsichtlich der Häufigkeit, mit der die jeweils gewählte Intervention in Anspruch genommen oder beendet wurde, konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe festgestellt werden. Bei Mott et al.'s (2014) RCT mit sehr geringer Fallzahl (n=20) zeigte die Interventionsgruppe mit SDM-fokussierenden Gespräch vs. Standardvorgehen bei der Vergleichsgruppe häufiger eine Teilnahme an > 8 Therapiesitzungen (455). Außerdem bezieht sich die Empfehlung auf normenbasierte Grundlagen wie das Patientenrechtegesetz, der UN-Behindertenrechtskonvention und der Ottawa Charta.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Aufgrund der fehlenden empirischen Evidenz mit ausreichender methodischer Qualität beruht diese Empfehlung auf einem Expert:innenkonsensus. Der hohe Empfehlungsgrad lässt sich aus der Kombination der Übereinstimmung mit geltenden Patient:innenrechten und der starken Evidenz bzgl. Therapieadhärenz und -wirksamkeit bei der Berücksichtigung von Patient:innenpräferenzen im Allgemeinen ableiten, die auch PTBS-Patient:innen miteinschließt. Letzteres wird durch die spärliche, aber förderliche Effekte abbildende Evidenz mit PTBS-Bezug gestützt. Der Nutzen (Adhärenz, Outcomes etc.) überwiegt mögliche Schäden wie z.B. die theoretisch mögliche Überforderung von Patient:innen selbst bei Psychoseerkrankungen (451). SDM lässt Patient:innen nicht mit potentiell überfordernden Entscheidungsprozessen alleine, sondern bedeutet mit dem Austausch zu Evidenz und Patient:innenpräferenz und –werten und der gemeinsame Abwägung von Konsequenzen der verschiedenen Optionen die Begleitung der Patient:innen durch den gesamten Entscheidungsprozess (456). Insbesondere für Patient:innen mit (k)PTBS infolge zwischenmenschlicher Gewalt ist die Berücksichtigung der eigenen Behandlungspräferenzen relevant, um Empowerment anstelle erneuter Ohnmachtserfahrungen zu erleben.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Keine.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

3.12.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 12.2

Darlegung der Evidenzgrundlage

Die Empfehlung 12.2 wird als Expert:innenkonsens in die Leitlinie aufgenommen. Ihre Umsetzung ist Voraussetzung zum *Shared Decision Making* (SDM). Aufklärung und Information befähigen Patient:innen zur Beteiligung an Prozessen der Entscheidungsfindung (457) und ermöglichen entgegen möglicher Abschreckungserwartungen Behandelnder (458) vorrangig die realistische Erwartung an Behandlungen. Bezogen auf Patient:innen mit PTBS kann die Evidenz zur Empfehlung 12.3 als inhaltlich unterstützend herangezogen werden. Getragen wird die vorliegende Empfehlung von professionellen und rechtlichen Normen. Die Ottawa Charta (459) spricht Menschen bereits zu, den „[...] Zugang zu allen wesentlichen Informationen, die Entfaltung von praktischen Fertigkeiten als auch die Möglichkeit, selber Entscheidungen in Bezug auf ihre persönliche Gesundheit treffen zu können.“ Behandler:innen sind nach dem Patientenrechtegesetz (§§ 630a BGB ff.) verpflichtet, über Psychotherapie, medikamentöse Therapie, physiotherapeutische, pflegerische bzw. andere gesundheitliche Behandlungsvorhaben und das vorgesehene spezielle Verfahren, über Behandlungsalternativen sowie über Risiken und Nebenwirkungen aufzuklären (460). Bezogen auf psychotherapeutische Behandlungen ist die Aufklärung verpflichtender Teil der psychotherapeutischen Sprechstunde.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Die Empfehlung begründet sich in dem Patientenrechtegesetz, daher wurde der starke Empfehlungsgrad gewählt, auch in Anlehnung an eine ähnliche AWMF Empfehlung zur Behandlung der unipolaren Depression (176). Eine fundierte Aufklärung zur partizipativen Entscheidungsfindung entspricht der guten medizinischen Praxis (461) und schließt den Hinweis auf Selbsthilfeangebote, die Aushändigung von Informationsmaterial und eine Aufklärung unter Einbeziehung der An- und Zugehörigen ein sofern Patient:innen damit einverstanden sind (176).

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Keine.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

3.12.4.3 Hintergrundtext zur Empfehlung 12.3

Darlegung der Evidenzgrundlage

Die besondere Bedeutung insbesondere von Hausärzt:innen für die Erkennung und Behandlungssteuerung posttraumatisch belasteter Patient:innen wird in internationalen Leitlinien und in der aktuellen Literatur hervorgehoben (17, 251, 442-446, 462). Primärärztliche Beratungsanlässe im Zusammenhang mit posttraumatischen Belastungen sind vielgestaltig. Die PTBS als komorbides Phänomen sind nicht selten, insbesondere auch bei der Versorgung vordergründig somatischer Beschwerden, werden aber offenbar häufig nicht erkannt (18, 244, 251). Die Prävalenz der PTBS in der primärärztlichen Versorgung liegt bei 1,3%-12,5% (17, 444). Es ist also sinnvoll, dass Hausärzt:innen sowie andere an der primärärztlichen Versorgung beteiligte Facharztgruppen grundsätzlich die PTBS und andere Traumafolgestörungen differentialdiagnostisch berücksichtigen. Neben der Diagnostik und Abklärung der Rahmenbedingungen (insbesondere Sicherheit, soziale Unterstützung) liegen die haus- und primärärztlichen Aufgaben in der Aufklärung, Psychoedukation und stützenden Begleitung im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung. So besteht im longitudinal ausgerichteten hausärztlichen Setting die Möglichkeit unterschiedliche stützende und stabilisierende Maßnahmen und Vorgehensweisen anzuwenden, die im Rahmen der Weiterbildung zur psychosomatischen Grundversorgung vermittelt werden (463, 464). Es existieren wenige Studien zu in der primärärztlichen Versorgung eingebetteten PTBS-spezifischen Interventionen. Diese Studien betrachten jedoch nicht die deutsche Versorgungsrealität und das hier typische hausärztliche Versorgungssetting. Gehringer et al (2020) identifizieren 4 Studien zu im hausärztlichen Setting nach spezifischen Schulungen eingesetzten CBT-basierten Interventionen, die neben Primärärzt:innen teilweise auch externe therapeutische Expertise und nichtärztliche Teammitglieder mit einbeziehen (444). Es fanden sich schwache Effekte auf die Verbesserung der Symptomlast und Funktionsbeeinträchtigung. Dasselbe gilt für in verschiedenen internationalen Studien untersuchte Gruppeninterventionen durch nichtprimärärztliche Therapeut:innen im primärärztlichen Setting, die von Schleyer et al. (2022) zusammengetragen wurden (445). Auf die deutsche Versorgungssituation sind diese Angebote und damit deren Ergebnisse nicht übertragbar. Hierzulande liegen die haus- und primärärztlichen Aufgaben in der Vernetzung und Kooperation mit verfügbaren regionalen Hilfs- und Unterstützungsangeboten.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Die auch im deutschen Versorgungssetting bestehende Koordinierungsfunktion und damit im Zusammenhang stehenden administrativen Aufgaben und die komplexen Wechselwirkungen von (k)PTBS auf das -auch somatische- Gesund- und Kranksein machen unstreitig und gemäß Leitlinienempfehlungen in internationalen und angrenzenden deutschsprachigen Leitlinien den Einbezug der Hausärzt:innen in den Gesamtbehandlungsplan unabdingbar und begründen den starken Empfehlungsgrad. Aus der Perspektive der an der Diskussion beteiligten Versorgungspraktiker:innen ist die fallbezogene Vernetzung wertvoll, nicht selten aber zukünftig verbesserungsfähig.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

s. 3.12.4.9

3.12.4.4 Hintergrundtext zur Empfehlung 12.4

Im Hinblick auf Diagnostik und Therapie sollte insbesondere in der Peripartalphase auf Gewalterfahrungen und Symptome einer (k)PTBS geachtet werden. Dies betrifft traumatische Erlebnisse in der Vorgeschichte, peripartale Traumatisierung inklusive deren Auswirkungen auf alle Beteiligten und das Familiensystem.

Darlegung der Evidenzgrundlage

Aktuelle und frühere Gewalterfahrungen sind Hochrisikofaktoren für Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen (465), wobei das Risiko nach sexueller Gewalt und Gewalt in Partnerschaften am höchsten ist (466). Während der Schwangerschaft und kurz nach der Geburt steigt zudem das Risiko, Gewalt zu erleben. 10% aller betroffenen Frauen erfuhren erstmals nach Beginn der Schwangerschaft Gewalt durch einen Partner, 19,5% im ersten Jahr nach der Geburt (ebd.). Eine Schwangerschaft kann auch eine direkte Folge sexueller Gewalt sein (467). Darüber hinaus sind aktuelle und frühere Gewalterfahrungen mit einem erhöhten Risiko für eine erschwerte Mutter-Kind-Bindung verbunden (465). Viele Frauen erleben während der Schwangerschaft und in der frühen postpartalen Phase, dass neue PTBS-Symptome auftreten oder bestehende PTBS-Symptome sich verschlimmern. Ein höheres Maß an Exposition gegenüber zwischenmenschlichen und reproduktiven Traumatisierungen, ein jüngeres Lebensalter sowie die Zugehörigkeit zu einer gesellschaftlich marginalisierten ethnischen oder kulturellen Gruppe sind dabei mit einem vermehrten Risiko für eine höhere Symptomlast während der gesamten Perinatalperiode verbunden (468). Zwischen 9% und 44% der Frauen, die ein Kind zur Welt bringen, erleben die Geburt als traumatisch (469). 12,3% der Mütter und 1,3% der Väter entwickeln in der Folge ein signifikantes Ausmaß an posttraumatischem Stress (PTSS) in Bezug auf die Geburt, 4,7% der Frauen und 1,2% der Väter das Vollbild einer PTBS (470). Vorbestehende Traumatisierungen und sexuelle Gewalterfahrungen sind ein Hauptrisikofaktor für die Entwicklung einer geburtsbezogenen PTBS (471). Eine geburtsbezogene PTBS kann nicht nur erhebliche negative Auswirkungen auf Gebärende haben, sondern potenziell auch auf das Kind, den Vater bzw. das Co-Elternteil und die gesamte Familie, wobei die wissenschaftliche Datenlage zur Betroffenheit des Familiensystems aktuell widersprüchlich ist (471-473). Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass Kinder von Müttern mit ausgeprägten Symptomen einer postpartalen PTBS möglicherweise stärkere internalisierende und externalisierende Verhaltensprobleme sowie insgesamt ein höheres Maß an Verhaltensauffälligkeiten entwickeln (474) und dass zudem weitere transgenerationale Effekte perinataler Traumatisierungen bestehen (475). Personen, die eine Frühgeburt, Totgeburt oder Präeklampsie erlebt haben, weisen besonders hohe Prävalenzraten auf (471). Das Risiko für die Entwicklung einer langanhaltenden geburtsbezogenen PTBS, die über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten nach der Geburt besteht, ist insbesondere nach einer operativen vaginalen Entbindung oder einem

Notkaiserschnitt erhöht (476). Auch erlebte geburtshilfliche Gewalt ist ein signifikanter Prädiktor für PTBS (477), bei der zudem Vortraumatisierungen durch geburtshilfliche Gewalt zu Retraumatisierungen führen können (478). Ginter et al. (2022) führen an, dass ein langfristiges PTBS-Screening in der postnatalen Phase von Vorteil sein könnte (476). Horstmann et al. (2024) heben die Relevanz individuell angepasster Behandlungs- und Beratungsangebote für Betroffene hervor (479). (Familien-)Hebammen, die Unterstützung durch Familie, Freund:innen oder Kolleg:innen sowie persönliche Gespräche erwiesen sich als die am häufigsten genutzten und bevorzugten Unterstützungsformen. Laut Jehn et al. (2024) ist der Abbau instrumenteller Barrieren, beispielsweise durch aufsuchende Dienste oder finanzielle Unterstützung, entscheidend, um den Zugang zu Unterstützungsangeboten für Frauen mit geburtsbezogener PTBS zu erleichtern (480). Internationale Expert:innen betonen, dass die Versorgung von Frauen und Geburtshelfer:innen darauf ausgerichtet sein sollte, negative Geburtserfahrungen möglichst zu minimieren. Dies umfasst die Wahrung der Rechte von Frauen vor, während und nach der Geburt sowie die Prävention von Gewalt im geburtshilflichen Kontext. Zusätzlich wird die Integration der Grundsätze einer traumainformierten Versorgung in alle Bereiche der Geburtshilfe als essenziell angesehen (481). Hämmerli & Keller (2024) verdeutlichen zudem, dass eine traumaspezifische und psychosomatische Weiterbildung von Gynäkolog:innen für die Versorgung von Patient:innen mit früheren und aktuellen Traumaerfahrungen von Vorteil sein könnte (482).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Es wurde keine aggregierte oder primäre Evidenz zu dieser Empfehlung identifiziert. Daher wurde hier ein Expert:innenkonsens erarbeitet.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Die vorhandene Datenlage basiert überwiegend auf Studien mit erwachsenen Frauen und deren Familiensystemen. Dennoch könnten die Empfehlungen zumindest teilweise auf Kinder, Jugendliche, trans- und nicht-binäre Personen übertragbar sein.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

3.12.4.5 Hintergrundtext zur Empfehlung 12.5

Darlegung der Evidenzgrundlage

In verschiedenen Prävalenzstudien in deutschen Stichproben (Allgemeinbevölkerung und ehemalige Soldaten) wurden signifikant höhere Prävalenzen für craniomandibuläre Dysfunktion (CMD) bei Personen mit PTBS im Vergleich mit Personen ohne PTBS festgestellt (483, 484). Sie kann sich bei insuffizienter Stressbewältigung im Rahmen der Somatisierung entwickeln (485). Je höher der Score der „Impact of events scale (IES)“ bei Probandinnen im Rahmen einer epidemiologischen Zwillingstudie war, desto häufiger waren CMD-Symptome

vorhanden (486). Eine zahnärztliche Reflexschienentherapie zur Kiefergelenks- / Kaumuskulaturschmerzreduktion führte bei Personen mit PTBS im Vergleich zum Prä-Zeitpunkt zu Schmerzreduktion, Reduktion der Albträume und Verlängerung von Durchschlafzeiten (483, 484, 487). Durch elektromyographische Studien konnte nachgewiesen werden, dass Schienen das Rekrutierungsmuster muskulärer Einheiten in der Kaumuskulatur verändern. Außerdem konnte gezeigt werden, dass sie vorübergehend die Häufigkeit und Intensität der mit dem Schlafbruxismus einhergehenden rhythmischen Kaumuskulaturaktivitäten vermindern können. Den Ergebnissen einer randomisierten kontrollierten Studie zum Vergleich von Massage und verschiedenen Schientypen ist zu entnehmen, dass die Kombination von Massage und Schiene zwar die Aktivität des Musculus Masseter nicht reduzieren kann, damit jedoch eine signifikante Reduktion von CMD-Beschwerden möglich ist, ohne dass diese näher beschrieben werden (488). Connelly et al. (2017) führten bei persistierender CMD nach Schienentherapie an 71 Patienten mit militärisch-einsatzbedingten PTBS Botox-Injektionen (100 U) in den Musculus Masseter und den Musculus Temporalis durch (489). Bei 77,5% der Patienten führte dies zu erheblichen CMD-Schmerzreduktion über einen Zeitraum von 5 bis 10 Wochen.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Es gibt keine passende aggregierte oder primäre Evidenz zur Beantwortung der klinischen Fragestellung gefunden. Daher wurde ein Expert:innenkonsens erarbeitet.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

In einer kleineren Studie (n=22) könnte bei Patient:innen mit PTBS und Bruxismus, niedrigem IES-Score, ohne CMD und ohne eingeschränkte Mundöffnung, die Lockerung der Kaumuskulatur durch Selbstmassage innerhalb von 6 Wochen ohne Schienentherapie erreicht werden (483). Patient:innen ohne bestehenden Bruxismus profitieren nicht von Botox-Injektionen (489).

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

3.12.4.6 Hintergrundtext zur Empfehlung 12.6

Darlegung der Evidenzgrundlage

Kontrollierte randomisierte Studien zum Effekt der Rehabilitation liegen nicht vor. Diese sind jedoch aus rechtlichen und ethischen Gründen schwer durchführbar, da bei entsprechender Indikation ein sozialrechtlicher Anspruch auf die Durchführung der Rehabilitation besteht (Sozialgesetzbuch IX). Der Effekt der psychosomatischen Rehabilitation diagnoseübergreifend wurde in einer Meta-Analyse von Steffanowski (2007) nachgewiesen (490). Zu einer vergleichbaren Einschätzung kommen auch andere Leitlinien zu psychischen Störungen, wie z.B. die S3-Leitlinie zu Angststörungen (491) und die NVL Depression (176). Eine medizinische

Rehabilitation erfolgt nicht in erster Linie diagnoseorientiert (nach ICD), sondern orientiert sich an psychosozialen Aspekten und den Konsequenzen der Erkrankung im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit (ICF; (492)). Somit ist das Ziel rehabilitativer Maßnahmen nicht die Besserung oder Heilung der Erkrankung, sondern die Verbesserung von Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, insbesondere in Familie, Arbeit und Beruf. Entsprechend besteht die Indikation für eine psychosomatische bzw. psychiatrische Rehabilitation bei Traumafolgestörungen dann, wenn die Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben gefährdet oder beeinträchtigt ist und ein Verlust der selbstständigen Lebensführung droht. Patient:innen mit einer (k)PTBS werden in der Rehabilitation häufig behandelt, allerdings ist dies eher selten die primäre Rehabilitationsdiagnose. Insbesondere bei der kPTBS liegt eine erhebliche Untererfassung vor, da diese in der Rehabilitation verwendeten ICD-10 noch nicht vorkommt. Erste ICD-11 basierte Erhebungen (210, 493) deuten auf Prävalenzraten um 10% auch in nicht auf Traumatherapie spezialisierten Rehaeinrichtungen hin. Für die Rehabilitation relevant sind Hinweise, dass insbesondere die Störung der Selbstorganisation bei kPTBS zu beruflichen Problemlagen und einer besonderen Benachteiligung der Betroffenen im Erwerbsleben führt (494, 495). Hinzu kommen neue Gefährdungen der Teilhabe am Erwerbsleben durch Traumatisierungen im beruflichen Kontext auch in der digitalen Arbeitswelt (496).

Die Rehabilitation ist wegen der begrenzten Behandlungsdauer und dem Schwerpunkt auf Gruppentherapie eher wenig geeignet, um die akute primäre PTBS-Symptomatik zu behandeln. Eine Ausnahme können Störungen als Folge einer Typ-I-Traumatisierung bei bis dahin psychisch stabilen Patient:innen sein, z.B. in der Psychokardiologie (179). Ziel der Rehabilitation ist aber weniger eine kurative Behandlung, als vielmehr eine Verringerung/ Abwendung einer Beeinträchtigung von Aktivität und Teilhabe im Sinne der ICF (497). Vor allem (aber nicht nur) bei kPTBS bestehen auch nach einer erfolgreichen traumafokussierten Therapie bei einem Teil der Betroffenen z.B. soziale Ängste, Rückzugsverhalten, und Arbeitsplatzangst weiter. Zudem leiden die Non-Responder nach traumafokussierter Therapie in erheblichem Maße unter solchen Beeinträchtigungen und benötigen Unterstützung bei der Integration in Arbeitswelt und Gesellschaft, auch wenn eine kurative Therapieoption aktuell nicht zur Verfügung steht.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Möglich ist nur ein Expert:innenkonsens, da keine aggregierte Literatur gefunden wurde. Der Empfehlungsgrad „Sollte“ wurde in Analogie zu vergleichbaren Leitlinien (z.B. NVL unipolare Depression; S3-Leitlinie Angststörungen) gewählt, da bei Nicht-Beachten von einer Gefährdung von Aktivität und Teilhabe bzw. bei bereits vorhandenen Einschränkungen weitere Chronifizierung, reduzierte Lebensqualität und erhebliche sozialmedizinische Einschränkungen drohen (z.B. langzeitige Arbeitsunfähigkeit, vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben). Psychische Erkrankungen sind die Hauptursache für gesundheitsbedingte Frühberentungen (498). Entsprechend hoch ist die Relevanz von Leistungen zur Teilhabe an Arbeit. Arbeit wirkt sich positiv auf die psychische Gesundheit von Menschen mit psychischen

Erkrankungen aus. Eine fehlende Erwerbstätigkeit ist hingegen bei depressiven Störungen ein negativer Prognosefaktor. Tagesstruktur und soziale Kontakte gehen verloren, positive Bestätigung fehlt, das Selbstwertgefühl sinkt. Hinzu kommen finanzielle Probleme und eine gesellschaftliche Stigmatisierung (176). Die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ empfiehlt daher, die Förderung beruflicher Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen darauf auszurichten, den Arbeitsplatzverlust zu vermeiden und entsprechende Dienste bzw. Hilfen frühzeitig einzubeziehen (499).

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Im Rahmen des Reha-Antragsverfahrens erfolgt obligat eine Prüfung der Reha-Indikation und auch der Kontraindikationen (492). Hier sind v.a. zu nennen: akute Suizidalität, fehlende Gruppenfähigkeit oder Fähigkeit zur Selbststeuerung; vorrangig akutstationärer oder ambulanter Behandlungsbedarf.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Die qualitativ hochwertige Durchführung der Rehabilitation insgesamt wird durch die gut etablierte Qualitätssicherung der DRV gewährleistet (500). Zur Rehabilitation von Teilhabestörungen bei (k)PTBS sollte eine Rehaklinik ein spezielles Konzept erarbeiten und über entsprechend geschultes therapeutisches Personal verfügen.

3.12.4.7 Hintergrundtext zur Empfehlung 12.7

Darlegung der Evidenzgrundlage

Bei der Suchanfrage zu Behandlungsformen besonderer Traumaarten bei (k)PTBS wurde lediglich eine Meta-Analyse zum Thema Partnerschaftsgewalt bei Frauen gefunden (501). Zu den anderen Suchthemen wie sexualisierter Gewalt im Kindesalter oder Traumatisierung im militärischen Kontext fanden sich lediglich Machbarkeitsstudien (502-506). Partnerschaftsgewalt („Intimate Partner Violence“, IPV) oft auch als häusliche Gewalt bezeichnet, ist die häufigste Form von Gewalt gegen Frauen (507-509) und wird definiert als jegliches Verhalten eines aktuellen oder ehemaligen Intimpartners, das körperlichen, sexuellen oder psychischen Schaden verursacht, einschließlich körperlicher Aggression, sexueller Nötigung, psychologischem Missbrauch und kontrollierendes Verhalten (WHO 2012). In Deutschland berichteten 57,6% der Frauen (14 Jahre und älter), dass sie zu irgendeinem Zeitpunkt in ihrem Leben Opfer von Gewalt gegen Frauen wurden. Psychische Gewalt war mit 53,6% am häufigsten, 15,2% der Frauen berichteten über körperliche Gewalt und 18,6% über sexuelle Gewalt, wobei alle Formen häufig zusammen genannt wurden (510). Partnerschaftsgewalt ist einer der häufigsten Gründe für eine Vorstellung im Gesundheitswesen und führende Ursache für Morbidität und Mortalität von Frauen im gebärfähigen Alter (449, 450). IPV stellt auch für Männer eine erhebliche Bedrohung dar, und eine zunehmende Zahl von Studien weist auf vergleichbare Viktimisierungsraten bei Männern und Frauen hin (540). Insbesondere ist IPV nicht auf heterosexuelle Beziehungen beschränkt, sondern Personen aus der LGBTQIA*-Gemeinschaft (bzw. TIN) haben ein noch höheres Risiko, IPV zu erleben als heterosexuelle und gleichgeschlechtliche Personen (511). Eine Meta-

Analyse von White et al. (2024) (507) ergab eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für alle psychischen Erkrankungen, bei Erleben von IPV, einschließlich Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) und Suizidalität. Micklitz et al. (2024) untersuchten die Wirksamkeit psychosozialer Interventionen bei Partnerschaftsgewalt im Vergleich zu Kontrollgruppen bei der Verbesserung sicherheitsbezogener, psychischer und psychosozialer Ergebnisse bei IPV-Überlebenden (501). Insgesamt wurden 80 Studien in die qualitative Synthese und 40 Studien in die Meta-Analysen einbezogen. Psychosoziale Interventionen reduzierten signifikant die Symptome von Depression (SMD: -0,15; 95%-CI: -0,25 - -0,04) und PTBS (SMD: -0,15; 95%-CI: -0,29 - -0,01), aber nicht das erneute Erleben von IPV (SMD: -0,02; 95%-CI: -0,09 – 0,06) im Vergleich zu den Kontrollbedingungen nach der Behandlung. Hochintensive und integrative Interventionen, die Schutz-, rechtliche (advocacy based) und psychologische Komponenten kombinierten, waren günstige Untergruppen. Hameed et al. 2020 (512) fanden bei einer Cochrane Analyse Hinweise darauf, dass psychologische Therapien bei Frauen, die häusliche Gewalt erlebt haben, wahrscheinlich Depressionen und möglicherweise Angstsymptome vermindern (sechs bis 12 Monate nach der Therapie). Sie waren sich jedoch weder sicher, ob psychologische Therapien das Selbstvertrauen, die psychische Gesundheit, die Lebensqualität, die soziale Unterstützung, die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und Diensten für häusliche Gewalt und die Sicherheitsplanung verbessern, noch, ob sie posttraumatische Belastungsstörungen und die erneute Erfahrung häuslicher Gewalt verringern.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Die erzielten Effekte waren geringfügig und blieben nicht langfristig erhalten. Die Qualität der Nachweise war gering und mögliche Schäden bleiben unklar (501). Aufgrund der Häufigkeit und Bedeutung des Themas wurde dennoch der Empfehlungsgrad „sollte“ (B) gewählt. Dies auch vor dem Hintergrund, dass von der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2018 das Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt, die Istanbul-Konvention, als völkerrechtlich bindendes Instrument ratifiziert wurde (513).

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Noch nicht ausreichend erfasst sind in diesen Studien Kinder und Jugendliche oder Männer, obwohl bekannt ist, dass auch sie von häuslicher Gewalt betroffen sind. Dies gilt in noch viel stärkerem Maße für non-binäre Personen.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Das Gesundheitswesen ist eine außerordentlich wichtige Schlüsselstelle in der Gewaltprävention (514, 515). Insbesondere die Versorgung nach sexualisierter Gewalt (516) oder der Verdacht auf noch anhaltendes Gewalterleben erfordert eine gute Zusammenarbeit mit dem spezialisierten psychosozialen Beratungssystem. Ressourcen zum Thema finden sich in Anlage 8.

3.12.4.8 Hintergrundtext zur Empfehlung 12.8

Darlegung der Evidenzgrundlage

Einige ältere Untersuchungen sehen die intensive Beschäftigung mit dem traumatischen Geschehen bei traumakonfrontativen Verfahren (517), bei Behandlungen mit Augenbewegungen, wie sie bei EMDR eingesetzt werden (518), und bei Verfahren, die mit Bildern arbeiten, wie imaginative Verfahren (519) als besonders erinnerungsverfälschend an. Jüngere Untersuchungen hingegen (520) stellen dies in Frage und fanden stattdessen, dass sich die Anzahl der richtigen Details im freien Abruf bei der Gruppe, die das imaginative Verfahren erhalten hatten, sogar verbessert hatte, nicht aber bei der Kontrollgruppe. Diese Ergebnisse aus der Laborforschung stehen im Einklang mit der Beobachtung, dass während einer Strafverfolgung wegen sexuellen Kindesmissbrauchs die Erinnerungsbeständigkeit (10-16 Jahre später) und die Inanspruchnahme einer Therapie positiv korreliert war (521). Eine möglichst zeitnahe leitliniengerechte Behandlung kann die Lebensqualität für PTBS-Betroffene deutlich verbessern (s. z.B. Kapitel 3.2). Es gibt keine strafverfahrensrechtlichen Regelungen, die der Inanspruchnahme einer Psychotherapie vor Beendigung eines Strafverfahrens entgegenstehen würden (541). Ziel psychotherapeutischer Behandlung ist das Lindern von Leid und die Erarbeitung von Perspektiven für die Zukunft und nicht das Bemühen, Erinnerung wieder zu finden (522). Für ein pauschales Absehen von Psychotherapie während eines laufenden Strafverfahrens besteht im Hinblick auf die Glaubhaftigkeit von Aussagen kein Anlass. Es existiert keine gesetzliche Regelung, die Aufschluss darüber gibt, wie im Strafverfahren mit den möglichen Auswirkungen einer Psychotherapie auf den Beweiswert einer Zeugenaussage umzugehen ist. Denn Würdigung und Bewertung einer Zeugenaussage sind allein Sache der Tatgerichte. Sie sind nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung (§ 261 StPO) verpflichtet, alle Umstände, die für und gegen die Glaubhaftigkeit einer Aussage sprechen gegeneinander abzuwägen (541). Dass Erinnerungen auch Scheinerinnerungen sein können und Erinnerungen beeinflussbar sind, zeigte eine Vielzahl von Studien (522, 523). Äußere Einflüsse (z.B. suggestive Befragungen) können das Gedächtnis verändern (524). Scheinerinnerungen, die keine Erlebnisgrundlage haben, können subjektiv für wahr gehalten werden und sich dann phänomenologisch nicht von echten Erinnerungen unterscheiden (525). Menschen kann suggeriert werden, dass Details/Ereignisse vorhanden waren, obwohl sie es in Wirklichkeit nicht waren. Es kann aber auch fälschlicherweise suggeriert werden, dass bestimmte Details/Ereignisse nicht erlebt wurden, obwohl sie tatsächlich vorhanden waren. Auch dies sei bei Vernehmungen zu beachten (523). In jeder psychotherapeutischen Behandlung sollte man sich dieser Möglichkeit bewusst sein. Sobald von einer Straftat berichtet wird, stehen Therapeut:innen vor der Herausforderung, den Stellenwert von Psychotherapie bezüglich juristischer Belange mit zu bedenken und auch darüber aufzuklären (525).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

In der Recherche wurde keine Literatur zur Fragestellung gefunden. Aus diesem Grund wurde ein Expert:innenkonsens formuliert.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Keine.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Ahrens-Eipper & Walter (2024) (526) nennen als Prinzipien einer traumafokussierten Psychotherapie parallel oder vor einem Gerichtsverfahren 1.) Umfängliche Aufklärung, 2.) Genaue und umfängliche Dokumentation, 3.) Beachtung leitliniengemäßen Vorgehens, insbesondere 4.) Vermeidung von suggestiven Fragen und suggestiven Techniken und 5.) Vermeidung der gezielten Suche nach bisher nicht erinnerten traumatischen Ereignissen. Ein multidisziplinärer Ansatz, der die Zusammenarbeit von Therapeut:innen, Jurist:innen und Forschenden fördert, ist dringend gefordert.

3.12.4.9 Hintergrundtext zur Empfehlung 12.9

Darlegung der Evidenzgrundlage

Trauma-Informed Care (TIC) ist kein spezifisches Therapieprogramm, sondern ein konzeptioneller Rahmen, der in bestehende Versorgungsansätze integriert werden kann. TIC lässt sich in vielen verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens – auch in der Zahnmedizin (527) anwenden – und ist für die Förderung des Wohlbefindens und der Genesung traumatisierter Menschen von wesentlicher Bedeutung. Bereits vor mehr als 20 Jahren forderten Harris und Fallot (2001) (528) einen Paradigmenwechsel der Versorgungssysteme hin zu TIC-Systemen, die als Kontrast zum Kontrollverlust bei der traumatischen Erfahrung auf fünf Grundsätzen basieren: Sicherheit, Vertrauenswürdigkeit, Wahlmöglichkeiten, Zusammenarbeit und Befähigung. Zu TIC gibt es unterschiedliche Konzepte und Ausführungen. In den letzten Jahrzehnten hat der TIC-Ansatz weltweit an Bedeutung gewonnen. So hat z.B. die Weltgesundheitsorganisation (542) die Sensibilisierung auf traumabezogene Themen in ihren Mental Health Action-Plan mit aufgenommen und die Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), eine US-amerikanische Bundesbehörde, die sich mit Fragen der psychischen Gesundheit und der Behandlung von Substanzmissbrauch befasst, einen umfassenden Leitfaden zur Implementierung eines TIC-Ansatzes entwickelt (529). Nicht nur in den USA, sondern auch in anderen Ländern wird TIC von staatlichen Behörden und NGOs gefordert und gefördert (z.B. in Kanada, Australien, Neuseeland, Asien, Afrika). Auch in Europa ist der TIC-Ansatz inzwischen angekommen, in Großbritannien ist er sogar durch den National Health Service (NHS) im Gesundheitssystem etabliert. In Deutschland fördert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zwar Programme zur psychischen Gesundheit und Prävention und dadurch indirekt auch den TIC-Ansatz, konkrete Empfehlungen zu TIC wurden durch das BMG jedoch noch nicht formuliert. Dies würde die Etablierung von TIC im deutschen Versorgungssystem gewiss unterstützen. Aus einem Review von Chin et al. (530) geht hervor, dass TIC-Rahmenkonzepte

sowohl für die Mitarbeitenden als auch für die Patient:innen positive Effekte haben. Obgleich darin sowohl im Versorgungskontext von Kindern als auch von Erwachsenen positive Effekte von TIC-Schulungen identifiziert wurden, ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse u.a. aufgrund der Unterschiede der Schulungen, der überwiegend geringen Stichprobengrößen und der methodischen Limitationen der einbezogenen Studien reduziert. Morra et al. (531) berichten einen Mangel an veröffentlichten TIC-Schulungsprogrammen für Notfall- und Trauma-Kliniker:innen, die positive Auswirkungen zeigen und detailliert genug beschrieben sind, um großflächig übernommen werden zu können. Lediglich zwei Artikel (532, 533) wurden von ihnen identifiziert, die diese Kriterien erfüllten. Die Schulungsprogramme bewirkten eine zunehmende Vertrautheit mit dem TIC-Ansatz, die Integration in die aktuelle Praxis und Überweisungen an Trauma-Spezialist:innen.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Die aktuelle Studienlage lässt keine evidenzbasierte Empfehlung zu, so dass ein Expert:innenkonsens formuliert wurde. Aufgrund der hohen sozialpolitischen und Praxisrelevanz wurde der Empfehlungsgrad B gewählt. Dies auch vor dem Hintergrund, dass die Umsetzung von Trauma-informed Care (TIC) in zahlreichen internationalen Empfehlungen für psychiatrische Behandlungs- und Versorgungssettings enthalten ist, da viele Patient:innen traumatische Erfahrungen gemacht haben, die ihre psychische Gesundheit beeinflussen.

Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Keine.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Empfohlen wird die Einführung von standardisierten Schulungen mit standardisierter Dauer, die relevante Themen aus dem Bereich des TIC umfasst.

3.12.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung

- In die deutsche Versorgungsrealität implementierbare Interventionen, seien sie primärärztlich oder kooperativ für die hausärztliche Praxis für PTBS.

- Auswirkungen der kPTBS auf die berufliche Entwicklung.
- Effekte von Art, Dauer und Intensität von IPV-Interventionen in der Primärversorgung, unter Berücksichtigung der Komplexität und Vielfalt der IPV-Erfahrungen.
- Studien zum Einsatz und Schulung von Trauma-Informed Care im psychiatrischen aber auch sonstigen medizinischen Kontext, z.B. In Notaufnahmen.
- Effekte Unterschiedlicher TIC-Schulungen (in Bezug auf Inhalte und Umfang) auf Mitarbeiter:innen und Patient:innen.
- Evaluierungen von Schulungsprogrammen, die tatsächliche (und nicht nur wahrgenommene) Verhaltensergebnisse in der Praxis messen und Effekte auf Sicherheit und Wohlbefinden der Patient:innen untersuchen.
- Untersuchung von Erinnerungsveränderung und anderen kognitionswissenschaftlichen Aspekten im klinischen Kontext (auch im Rahmen traumafokussierter Methoden) und im Kontext von Aussagesituationen.
- Einflüsse auf Zeugenaussagen bei Anzeigen von sexualisierter Gewalt oder Aussagen vor Gericht auch außerhalb von Psychotherapie
- Entwicklung und Evaluation standardisierter Maßnahmen zur Früherkennung, Prävention und Behandlung der PTBS in Schwangerschaft und Peripartalzeit
- Studien zur Rolle einer vorbestehenden komplexen PTBS oder dissoziativen Störung im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und der postpartalen Phase.
- Studien zu adjuvanten Langzeit-Therapien bei Patient:innen mit PTBS und sCMD bei Bruxismus zur sCMD-Schmerzreduktion im Kieferbereich (z.B. Physiotherapie, Botox-Injektionen).

4 Wichtige Forschungsfragen

Diagnostik

Übersetzung von etablierten englischsprachigen Instrumenten und Validierung der deutschen Versionen.

Psychotherapeutische Behandlung

Hohe Priorität sollte Forschung zur Wirksamkeit traumafokussierter Psychotherapie im stationären Setting und der Wirksamkeit von PTBS-Behandlungen in der Routineversorgung haben. Neben kontrollierter Therapieforschung sollten naturalistische Forschungsansätze und pragmatische klinische Studien in repräsentativen klinischen Settings und mit wenigen Ausschlusskriterien durchgeführt werden.

Pharmatherapeutische Verfahren

Die erwünschten und unerwünschten Wirkungen einer traumafokussierten Psychotherapie im Vergleich zu einer Pharmakotherapie (SSRI) im Langzeitverlauf bei Patient:innen mit PTBS sollten erforscht werden.

Adjuvante Verfahren

Forschung zur Wirksamkeit adjuvanter Verfahren bei (k)PTBS mit methodisch hochwertigen Studiendesigns ist erforderlich.

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

Studien zur Wirksamkeit intensivierter traumafokussierter Therapieansätze bei kPTBS, u.a. unter Einbeziehung der Interaktion mit Merkmalen der therapeutischen Allianz sind erforderlich.

Komorbide Psychische Störungen

Vergleiche gleichzeitiger (paralleler und integrativer) bzw. zeitlich aufeinanderfolgender (sequenzieller) Behandlungsstrategien sind erforderlich.

Behandlung von älteren Personen

Systematische Untersuchung des Einsatzes und der Wirksamkeit von PTBS-Behandlungsansätzen bei alten und vor allem hochaltrigen Menschen. Dabei sollte besonders der Frage nachgegangen werden, ob und inwiefern alterssensible Anpassungen notwendig und wirksam sind.

Behandlung von Erwachsenen mit Fluchthintergrund

Überprüfung der Effektivität und des Umfangs einer generellen psychosozialen und sozialmedizinischen Unterstützung ergänzend oder im Rahmen einer PTBS-Behandlung um die Frage zu beantworten, ob die Berücksichtigung soziostruktureller Faktoren in der PTBS-Therapie hilfreich sind und falls ja, auf welche Weise.

Behandlung von Erwachsenen mit Störung der SIE

Aufbauend auf den Hinweisen des Diagnostic Manual – Intellectual Disability 2 (DM-ID2, Fletcher et al., 2018) sollte die Symptomatik einer (k)PTBS bei Erwachsenen mit Störung der Intelligenzentwicklung (SIE) vertiefend erforscht und dabei das gesamte Spektrum der SIE in seinem Entwicklungsbezug in den Blick genommen werden.

Diagnostik der PTBS bei Kindern und Jugendlichen

Entwicklungsangepasste Diagnosekriterien für kPTBS im Alter von 6 Jahren und jünger entwickeln und validieren

Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen

Wirksamkeit von Interventionen, die bisher nicht ausreichend überprüften Verfahren zuzuordnen sind (u.a. psychodynamische Interventionen, systemische Interventionen, klientenzentrierte Interventionen)

Allgemeine Behandlungsprinzipien

Studien zum Einsatz und Schulung von Trauma-Informed Care im psychiatrischen aber auch sonstigen medizinischen Kontext, z.B. In Notaufnahmen.

5 Verwendete Abkürzungen

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
AMSTAR	Assessing the Methodological quality of Systematic Reviews
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
B-IPF	Brief Inventory of Psychosocial Functioning
BPSD	Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia
CAPS-5	Clinical-Administered PTSD Scale for DSM-5
CBT	kognitiv-behaviorale Therapie
CIDI-5	Composite International Diagnostic Interview, Version 5
COPIASAC	Complex PTSD Item Set additional to the Clinician Administered PTSD Scale
CPT	Cognitive Processing Therapy
DBT-PTSD	Dialektisch behaviorale Therapie der PTBS
D-CPT	Dynamic Cognitive Processing Therapy
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSO-Symptome	Dissoziative Störungen Symptome
EK	Expert:innenkonsens
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EQ-5D-5L	European Quality of Life 5 Dimension 5-Level questionnaire
ESTAIR	Enhanced Skill Training in Affective and Interpersonal Regulation
ETI	Essener Trauma Inventar
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation
HTQ	Harvard Trauma Questionnaire
ICD	International Classification of Diseases
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IES-R	Impact of Event Scale revised
IPF	Inventory of Psychosocial Functioning
ITI	International Trauma Inventory
ITQ	International Trauma Questionnaire

kPTBS	komplexe Posttraumatische Belastungsstörungen
KT	Kognitive Therapie
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
LEC	Life Events Checklist
LL	Leitlinie
M.I.N.I	Mini-international neuropsychiatric interview
MOS SF-12	Medical Outcomes Study 12-item Short-Form
MOS SF-36	Medical Outcomes Study 36-item Short-Form
MPH	Master of Public Health
NET	Narrative Expositionstherapie
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
PC-PTSD-5	Primary Care PTSD Screen for DSM-5
PCL-5	PTSD Checklist for DSM-5
PDS-5	PTSD Diagnostic Scale for DSM-5
PE	Prolonged Exposure
PICO	Population, Intervention, Comparison, Outcome
PRFI	Posttraumatic Stress Related Funktioning Inventory
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörungen
PWI	Personal Wellbeing Index
Q-LES-Q-SF	Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Short Form
QOLI	Quality of Life Inventory
RCT	randomized controlled trial
RoB	Risk of bias
SCID-5-CV	Structured Clinical Interview for DSM-5, Clinical Version
SIE	Störung der Intelligenzentwicklung
SMD	Standardized Mean Difference
SNRI	Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer
SOTS	Symptoms of Trauma Scale
SSRI	Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
STAIR	Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation
SUE	schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis
TAU	Treatment as usual
TF-KVT	traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie

TRADE	Trauma and Dementia Interview
UBSKM	Unabhängigen Bundesbeauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WHO-5	World Health Organization Well-Being Index
WHODAS 2.0	World Health Organization Disability Assessment Schedule II
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life Brief Version
WL	Warteliste

6 Literaturverzeichnis

1. Benjet C, Bromet E, Karam EG, Kessler RC, McLaughlin KA, Ruscio AM, et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychol Med*. 2016;46(2):327-43.
2. Schincariol A, Orrù G, Otgaar H, Sartori G, Scarpazza C. Posttraumatic stress disorder (PTSD) prevalence: an umbrella review. *Psychol Med*. 2024;54(15):1-14.
3. Maercker A, Hecker T, Augsburger M, Kliem S. ICD-11 Prevalence Rates of Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in a German Nationwide Sample. *J Nerv Ment Dis*. 2018;206(4):270-6.
4. Karatzias T, Shevlin M, Cloitre M, Busuttill W, Graham K, Hendriks L, et al. Enhanced Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation versus Treatment as Usual for ICD-11 Complex PTSD: A Pilot Randomised Controlled Trial (The RESTORE Trial). *Psychother Psychosom*. 2024;93(3):203-15.
5. McGinty G, Fox R, Ben-Ezra M, Cloitre M, Karatzias T, Shevlin M, et al. Sex and age differences in ICD-11 PTSD and complex PTSD: An analysis of four general population samples. *Eur Psychiatry*. 2021;64(1):e66.
6. Organisation WH. International statistical classification of diseases and related health problems. World Health Organisation 1992.
7. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* Washington DC.: American Psychiatric Publishing; 2013.
8. Jaffe AE, DiLillo D, Hoffman L, Haikalis M, Dykstra RE. Does it hurt to ask? A meta-analysis of participant reactions to trauma research. *Clinical Psychology Review*. 2015;40:40-56.
9. Jacobi F, Höfler M, Siegert J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, et al. Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res*. 2014;23(3):304-19.
10. Karatzias T, Hyland P, Bradley A, Cloitre M, Roberts NP, Bisson JI, et al. Risk factors and comorbidity of ICD-11 PTSD and complex PTSD: Findings from a trauma-exposed population based sample of adults in the United Kingdom. *Depress Anxiety*. 2019;36(9):887-94.
11. Folke S, Karstoft KI, Andersen SB, Karatzias T, Nissen LR, Nielsen ABS. Risk factors, comorbidity and social impairment of ICD-11 PTSD and complex PTSD in Danish treatment-seeking military veterans. *J Psychiatr Res*. 2023;163:247-53.
12. Fox R, Hyland P, McHugh Power J, Coogan AN. Patterns of comorbidity associated with ICD-11 PTSD among older adults in the United States. *Psychiatry Res*. 2020;290:113171.
13. Guzman Torres E, Krause-Utz A, Sack M. Predictors of complex PTSD: the role of trauma characteristics, dissociation, and comorbid psychopathology. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2023;10(1):1.
14. Pietrzak RH, Goldstein RB, Southwick SM, Grant BF. Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: Results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Anxiety Disorders*. 2011;25(3):456-65.
15. Hicks EM, Niarchou M, Goleva S, Kabir D, Johnson J, Johnston KJA, et al. Comorbidity Profiles of Posttraumatic Stress Disorder Across the Medical Phenome. *Biol Psychiatry Glob Open Sci*. 2024;4(5):100337.

16. Schnurr PP, Wachen JS, Green BL, Kaltman S. Trauma exposure, PTSD, and physical health. *Handbook of PTSD: Science and practice*, 3rd ed. New York, NY, US: The Guilford Press; 2021. p. 462-79.
17. Spottswood M, Davydow DS, Huang H. The Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Primary Care: A Systematic Review. *Harv Rev Psychiatry*. 2017;25(4):159-69.
18. Greene T, Neria Y, Gross R. Prevalence, Detection and Correlates of PTSD in the Primary Care Setting: A Systematic Review. *J Clin Psychol Med Settings*. 2016;23(2):160-80.
19. von der Warth R, Dams J, Grochtdreis T, König HH. Economic evaluations and cost analyses in posttraumatic stress disorder: a systematic review. *Eur J Psychotraumatol*. 2020;11(1):1753940.
20. Grochtdreis T, König H-H, Leichsenring F, Beutel ME, Feix L, Gündel H, et al. Excess costs of post-traumatic stress disorder related to child maltreatment in Germany. *European Psychiatry*. 2025:1-24.
21. Armenta RF, Rush T, LeardMann CA, Millegan J, Cooper A, Hoge CW. Factors associated with persistent posttraumatic stress disorder among U.S. military service members and veterans. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):48.
22. Dunlop BW, Kaye JL, Youngner C, Rothbaum B. Assessing Treatment-Resistant Posttraumatic Stress Disorder: The Emory Treatment Resistance Interview for PTSD (E-TRIP). *Behav Sci (Basel)*. 2014;4(4):511-27.
23. Pagel JF. *Post-Traumatic Stress Disorder: A Guide for Primary Care Clinicians and Therapists*. Cham, Switzerland: Springer Nature Switzerland AG; 2021.
24. Kolassa I-T, Ertl V, Eckart C, Kolassa S, Onyut LP, Elbert T. Spontaneous remission from PTSD depends on the number of traumatic event types experienced. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2010;2(3):169-74.
25. Conrad D, Wilker S, Pfeiffer A, Lingenfelder B, Ebalu T, Lanzinger H, et al. Does trauma event type matter in the assessment of traumatic load? *Eur J Psychotraumatol*. 2017;8(1):1344079.
26. Jaffe AE, DiLillo D, Gratz KL, Messman-Moore TL. Risk for revictimization following interpersonal and noninterpersonal trauma: Clarifying the role of posttraumatic stress symptoms and trauma-related cognitions. *Journal of Traumatic Stress*. 2019;32(1):42-55.
27. Sacchi et al. Effects of cumulative trauma load on long-term trajectories of life satisfaction and health in a population-based study. *BMC Public Health*. 2020;20:1612.
28. Schneider A, Pfeiffer A, Conrad D, Elbert T, Kolassa I-T, Wilker S. Does cumulative exposure to traumatic stressors predict treatment outcome of community-implemented exposure-based therapy for PTSD? *European Journal of Psychotraumatology*. 2020;11(1).
29. Weathers FWbd-ed-s, Blake DDbd-ed-s, Schnurr PPbd-ed-s, Kaloupek DGbd-ed-s, Marx BPbd-ed-s, Keane TM. *The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5). Instrument / Screening Tool*. 2013.
30. Stevenson A, Beltran M, Misra S, Ametaj AA, Bronkhorst A, Gelaye B, et al. Trauma exposure and psychometric properties of the Life Events Checklist among adults in South Africa. *European Journal of Psychotraumatology*. 2023;14(1).
31. Blackmore R, Boyle JA, Fazel M, Ranasinha S, Gray KM, Fitzgerald G, et al. The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2020;17(9):e1003337.
32. Hoell A, Kourmpeli E, Salize HJ, Heinz A, Padberg F, Habel U, et al. Prevalence of depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder among newly arrived

refugees and asylum seekers in Germany: systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*. 2021;7(3):e93.

33. Patanè M, Ghane S, Karyotaki E, Cuijpers P, Schoonmade L, Tarsitani L, et al. Prevalence of mental disorders in refugees and asylum seekers: a systematic review and meta-analysis. *Glob Ment Health (Camb)*. 2022;9:250-63.
34. van den Berk-Clark C, Gallamore R, Barnes J, Oberle A, Meyer D, Schneider FD. Identifying and overcoming barriers to trauma screening in the primary care setting. *Families, Systems, & Health*. 2021;39(2):177-87.
35. Baker LD, Smith AJ. Adapting the Primary Care PTSD Screener for firefighters. *Occupational Medicine*. 2023;73(3):142-7.
36. Baker LD, Dolezal ML, Goodson JT, Smith AJ. Screening for PTSD in police officers: Preliminary psychometric properties of the adapted primary care PTSD screen for DSM-5 (PC-PTSD-5 [0-20]) screener. *Psychol Trauma*. 2025;17(4):840-7.
37. Bohnert KM, Sripada RK, Mach J, McCarthy JF. Same-Day Integrated Mental Health Care and PTSD Diagnosis and Treatment Among VHA Primary Care Patients With Positive PTSD Screens. *Psychiatr Serv*. 2016;67(1):94-100.
38. Cameron D, Shiner B, Denneson LM, Dieckmann NF, O'Neill A, Carlson KF, et al. Mental health care utilization following a new positive PTSD screen in primary care in the Veterans Health Administration. *Psychol Serv*. 2024.
39. Magwood O, Bellai-Dussault K, Fox G, McCutcheon C, Adams O, Saad A, et al. Diagnostic test accuracy of screening tools for post-traumatic stress disorder among refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *J Migr Health*. 2023;7:100144.
40. Prins A, Bovin MJ, Kimerling R, Kaloupek DG, Marx BP, Pless Kaiser A, et al. The primary care PTSD screen for DSM-5 (PC-PTSD-5). Washington, DC: National Center for PTSD; 2022.
41. Price M, Szafranski DD, van Stolk-Cooke K, Gros DF. Investigation of abbreviated 4 and 8 item versions of the PTSD Checklist 5. *Psychiatry Res*. 2016;239:124-30.
42. Weber M, Burchert S, Sijbrandij M, Patanè M, Pinucci I, Renneberg B, et al. Mental health across two years of the COVID-19 pandemic: a 5-wave longitudinal study in Germany. *Front Psychiatry*. 2023;14:1229700.
43. Zuromski KL, Ustun B, Hwang I, Keane TM, Marx BP, Stein MB, et al. Developing an optimal short-form of the PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). *Depress Anxiety*. 2019;36(9):790-800.
44. Margraf J, Schneider S. Diagnostik psychischer Störungen mit strukturierten Interviews. *Lehrbuch der Verhaltenstherapie: Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen*. Berlin; Heidelberg: Springer; 2009. p. 339–62.
45. Schellong et al. Diagnostik und Differenzialdiagnostik 2019 05. 129-56 p.
46. Rief Wbd-ed-s, Hautzinger Mbd-ed-s, Lincoln Tbd-ed-s, Margraf Jbd-ed-s, Tuschen-Caffier B. *Leitlinienorientierte Psychotherapie*. 1st ed. ed. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Company KG; 2024.
47. Card P. VA/DoD clinical practice guideline for the management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder. *Focus*. 2017;16:430–48.
48. Roberts NP, Cloitre M, Bisson J, Brewin CR. International trauma interview (ITI) for ICD-11 PTSD and complex PTSD. [Unpublished measure]. In press 2018.
49. Weathers FW, Bovin MJ, Lee DJ, Sloan DM, Schnurr PP, Kaloupek DG, et al. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM–5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychological Assessment*. 2018;30(3):383-95.

50. Organization WH. Composite International Diagnostic Interview (CIDI-5). World Health Organization; 2018.
51. Tagay S. Das Essener Trauma-Inventar (ETI) – Ein Screeninginstrument zur Identifikation traumatischer Ereignisse und posttraumatischer Störungen. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*. 2007;5(1):75–89.
52. Beesdo-Baum K, Zaudig M, Wittchen H-U. SCID-5-PD. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5 - Persönlichkeitsstörungen. Deutsche Bearbeitung des Structured Clinical Interview for DSM-5 -Personality Disorders von Michael B. First, Janet B. W. Williams, Lorna Smith Benjamin, Robert L. Spitzer. 1. Auflage ed. Göttingen: Hogrefe; 2019.
53. First MB, Williams JB, Karg RS, Spitzer RL. User's guide for the SCID-5-CV Structured Clinical Interview for DSM-5® disorders: Clinical version. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2016.
54. Wojujutari AK, Idemudia ES, Ugwu LE. The assessment of reliability generalisation of clinician-administered PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5): a meta-analysis. *Front Psychol*. 2024;15:1354229.
55. Bachem R, Maercker A, Levin Y, Köhler K, Willmund G, Bohus M, et al. Assessing complex PTSD and PTSD: validation of the German version of the International Trauma Interview (ITI). *Eur J Psychotraumatol*. 2024;15(1):2344364.
56. Gelezelyte O, Roberts NP, Kvedaraite M, Bisson JI, Brewin CR, Cloitre M, et al. Validation of the International Trauma Interview (ITI) for the Clinical Assessment of ICD-11 Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex PTSD (CPTSD) in a Lithuanian Sample. *Eur J Psychotraumatol*. 2022;13(1):2037905.
57. Bondjers K, Hyland P, Roberts NP, Bisson JI, Willebrand M, Arnberg FK. Validation of a clinician-administered diagnostic measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD: the International Trauma Interview in a Swedish sample. *Eur J Psychotraumatol*. 2019;10(1):1665617.
58. Choi H, Lee HS, Roberts NP. Validation of the International Trauma Interview (ITI) among treatment-seeking people with adverse childhood experiences in South Korea. *Eur J Psychotraumatol*. 2025;16(1):2447182.
59. Vindbjerg E, Sandahl H, Mortensen EL, Roberts NP, Carlsson J. The structure of ICD-11 post traumatic stress disorder in a clinical sample of refugees based on the International Trauma Interview. *Acta Psychiatr Scand*. 2023;148(3):302-9.
60. Hoyer J, Ruhl U, Scholz D, Wittchen H-U. Patients' feedback after computer-assisted diagnostic interviews for mental disorders. *Psychotherapy Research*. 2006;16(3):357-63.
61. Krüger-Gottschalk A, Knaevelsrud C, Rau H, Dyer A, Schäfer I, Schellong J, et al. The German version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): psychometric properties and diagnostic utility. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):379.
62. Wittmann L, Dimitrijevic A, Ehlers A, Foa EB, Kessler H, Schellong J, et al. Psychometric properties and validity of the German version of the Post-Traumatic Diagnostic Scale for DSM-5 (PDS-5). *European Journal of Psychotraumatology*. 2021;12(1).
63. Seiler N, Davoodi K, Keem M, Das S. Assessment tools for complex post traumatic stress disorder: a systematic review. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2023;27(3):292-300.
64. Alghamdi M, Hunt N. Psychometric properties of the Arabic Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5 (A-PDS-5). *Traumatology*. 2020;26(1):109-16.
65. Foa EB, McLean CP, Zang Y, Zhong J, Powers MB, Kauffman BY, et al. Psychometric properties of the Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5 (PDS-5). *Psychol Assess*. 2016;28(10):1166-71.

66. Christen D, Killikelly C, Maercker A, Augsburger M. Item Response Model Validation of the German ICD-11 International Trauma Questionnaire for PTSD and CPTSD. *Clin Psychol Eur.* 2021;3(4):e5501.
67. Langdon PE, Bisson JI, Rogers G, Swain S, Hiles S, Watkins A, et al. Evaluation of an adapted version of the International Trauma Questionnaire for use by people with intellectual disabilities. *Br J Clin Psychol.* 2023;62(2):471-82.
68. Weiss DS. The Impact of Event Scale: Revised. Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD. International and cultural psychology. New York, NY, US: Springer Science + Business Media; 2007. p. 219-38.
69. Lechner-Meichsner F, Steil R. A clinician rating to diagnose CPTSD according to ICD-11 and to evaluate CPTSD symptom severity: Complex PTSD Item Set additional to the CAPS (COPISAC). *European Journal of Psychotraumatology.* 2021;12(1).
70. Ford JD, Mendelsohn M, Opler LA, Opler MG, Kallivayalil D, Levitan J, et al. The Symptoms of Trauma Scale (SOTS): An Initial Psychometric Study. *J Psychiatr Pract.* 2015;21(6):474-83.
71. Legerski J-P, Bunnell SL. The risks, benefits, and ethics of trauma-focused research participation. *Ethics & Behavior.* 2010;20(6):429-42.
72. Benfer N, Litz B. Assessing and Addressing Functioning and Quality of Life in PTSD. *Current Treatment Options in Psychiatry.* 2023;10.
73. Mahoney CT, Marx BP. Assessing PTSD-related functional impairment and quality of life. *The Oxford handbook of traumatic stress disorders*, 2nd ed. Oxford library of psychology. New York, NY, US: Oxford University Press; 2022. p. 562-88.
74. Rodriguez PaHDaMB. Assessment of posttraumatic stress disorder-related functional impairment: A review. *Journal of rehabilitation research and development.* 2012;49:649-66.
75. Scoglio AAJ, Reilly ED, Girouard C, Quigley KS, Carnes S, Kelly MM. Social Functioning in Individuals With Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse.* 2022;23(2):356-71.
76. Bovin MJ, Black SK, Rodriguez P, Lunney CA, Kleiman SE, Weathers FW, et al. Development and validation of a measure of PTSD-related psychosocial functional impairment: The Inventory of Psychosocial Functioning. *Psychol Serv.* 2018;15(2):216-29.
77. Kleiman SE, Bovin MJ, Black SK, Rodriguez P, Brown LG, Brown ME, et al. Psychometric properties of a brief measure of posttraumatic stress disorder-related impairment: The Brief Inventory of Psychosocial Functioning. *Psychological Services.* 2020;17(2):187-94.
78. McCaslin SE, Maguen S, Metzler T, Bosch J, Neylan TC, Marmar CR. Assessing posttraumatic stress related impairment and well-being: The Posttraumatic Stress Related Functioning Inventory (PRFI). *Journal of Psychiatric Research.* 2016;72:104-11.
79. Correll et al. Beyond symptom improvement: transdiagnostic and disorder-specific ways to assess functional and quality of life outcomes across mental disorders in adults. *World Psychiatry.* 2025;24(3):296-318.
80. Walach Hbd-ed-s, Güthlin C. Die psychometrischen Eigenschaften des deutschen MOS-SF-36-Health-Surveys. *Journal of Public Health.* 2001;9(3):242-60.
81. Kuhl HC, Farin E, Follert P. Die Messung von Rehabilitationsergebnissen mit dem IRES und dem SF-12 - Vor- und Nachteile unterschiedlich umfangreicher Erhebungsinstrumente in der Qualitätssicherung. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin.* 2004;14(05):236-42.

82. Federici S, Bracalenti M, Meloni F, Luciano JV. World Health Organization disability assessment schedule 2.0: An international systematic review. *Disabil Rehabil.* 2017;39(23):2347-80.
83. Poesl M. Evaluation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO DAS II) – German Version [Dissertation]: Ludwig-Maximilians-Universität München; 2004.
84. Renn et al. International Well-being Index: The Austrian Version. *Social Indicators Research.* 2009;90:243-56.
85. Endicott J, Nee J, Harrison W, Blumenthal R. Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: A new measure. *Psychopharmacology Bulletin.* 1993;29(2):321-6.
86. Masuch TV, Bea M, Alm B, Deibler P, Sobanski E. Internalized stigma, anticipated discrimination and perceived public stigma in adults with ADHD. *Atten Defic Hyperact Disord.* 2019;11(2):211-20.
87. Gunzelmann T, Brähler E, Angermeyer C, Reinhold K, Matschinger H. Deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität WHOQOL-100 und WHOQOL-BREFM. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie.* 2002;11:44-8.
88. Brähler E, MaHACaSS. Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Versionen des EUROHIS-QOL Lebensqualität-Index und des WHO-5 Wohlbefindens-Index. Testing and standardization of the German version of the EUROHIS-QOL and WHO-5 quality-of life-indices. *Diagnostica.* 2007;53:83-96.
89. Boczor S, Daubmann A, Eisele M, Blozik E, Scherer M. Quality of life assessment in patients with heart failure: validity of the German version of the generic EQ-5D-5L™. *BMC Public Health.* 2019;19(1):1464.
90. Ludwig K, Graf von der Schulenburg JM, Greiner W. German Value Set for the EQ-5D-5L. *Pharmacoeconomics.* 2018;36(6):663-74.
91. Prause W, Saletu B, Tribl GG, Rieder A, Rosenberger A, Bolitschek J, et al. Effects of socio-demographic variables on health-related quality of life determined by the quality of life index--German version. *Hum Psychopharmacol.* 2005;20(5):359-65.
92. Yunitri N, Chu H, Kang XL, Wiratama BS, Lee TY, Chang LF, et al. Comparative effectiveness of psychotherapies in adults with posttraumatic stress disorder: a network meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychol Med.* 2023;53(13):6376-88.
93. Lewis C, Roberts NP, Andrew M, Starling E, Bisson JI. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology.* 2020;11(1).
94. Belsher BE, Beech E, Evatt D, Smolenski DJ, Shea MT, Otto JL, et al. Present-centered therapy (PCT) for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;2019(11).
95. Cusack K, Jonas DE, Forneris CA, Wines C, Sonis J, Middleton JC, et al. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2016;43:128-41.
96. Hoppen TH, Lindemann AS, Morina N. Safety of psychological interventions for adult post-traumatic stress disorder: meta-analysis on the incidence and relative risk of deterioration, adverse events and serious adverse events. *Br J Psychiatry.* 2022;1-10.
97. Mavranouzouli I, Megnin-Viggars O, Daly C, Dias S, Welton NJ, Stockton S, et al. Psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: a network meta-analysis. *Psychol Med.* 2020;50(4):542-55.
98. Justiz Bd. Praxishinweise zum Verhältnis von Psychotherapie und Strafverfahren. Bundesministerium der Justiz; 2024.

99. Ehrling T, Welboren R, Morina N, Wicherts JM, Freitag J, Emmelkamp PM. Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. *Clin Psychol Rev.* 2014;34(8):645-57.
100. Asmundson GJG, Thorisdottir AS, Roden-Foreman JW, Baird SO, Witcraft SM, Stein AT, et al. A meta-analytic review of cognitive processing therapy for adults with posttraumatic stress disorder. *Cogn Behav Ther.* 2019;48(1):1-14.
101. Oprel DAC, Hoeboer CM, Schoorl M, de Kleine RA, Cloitre M, Wigard IG, et al. Effect of Prolonged Exposure, intensified Prolonged Exposure and STAIR+Prolonged Exposure in patients with PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *Eur J Psychotraumatol.* 2021;12(1):1851511.
102. Raabe S, Ehrling T, Marquenie L, Arntz A, Kindt M. Imagery Rescripting as a stand-alone treatment for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2022;77:101769.
103. van Vliet NI, Huntjens RJC, van Dijk MK, Bachrach N, Meewisse ML, de Jongh A. Phase-based treatment versus immediate trauma-focused treatment for post-traumatic stress disorder due to childhood abuse: randomised clinical trial. *BJPsych Open.* 2021;7(6).
104. Scott AM, Bakhit M, Greenwood H, Cardona M, Clark J, Krzyzaniak N, et al. Real-Time Telehealth Versus Face-to-Face Management for Patients With PTSD in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry.* 2022;83(4).
105. Dell L, Sbisà AM, Forbes A, O'Donnell M, Bryant R, Hodson S, et al. Massed v. standard prolonged exposure therapy for PTSD in military personnel and veterans: 12-month follow-up of a non-inferiority randomised controlled trial. *Psychol Med.* 2023;53(15):7070-7.
106. Ehlers A, Hackmann A, Grey N, Wild J, Liness S, Albert I, et al. A randomized controlled trial of 7-day intensive and standard weekly cognitive therapy for PTSD and emotion-focused supportive therapy. *Am J Psychiatry.* 2014;171(3):294-304.
107. Foa EB, McLean CP, Zang Y, Rosenfield D, Yadin E, Yarvis JS, et al. Effect of Prolonged Exposure Therapy Delivered Over 2 Weeks vs 8 Weeks vs Present-Centered Therapy on PTSD Symptom Severity in Military Personnel: A Randomized Clinical Trial. *Jama.* 2018;319(4):354-64.
108. Hoppen TH, Kip A, Morina N. Are psychological interventions for adult PTSD more efficacious and acceptable when treatment is delivered in higher frequency? A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Anxiety Disord.* 2023;95:102684.
109. Sutar R, Sahu S. Pharmacotherapy for dissociative disorders: A systematic review. *Psychiatry Research.* 2019;281.
110. Hoskins MD, Bridges J, Sinnerton R, Nakamura A, Underwood JFG, Slater A, et al. Pharmacological therapy for post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of monotherapy, augmentation and head-to-head approaches. *Eur J Psychotraumatol.* 2021;12(1):1802920.
111. Merz J, Schwarzer G, Gerger H. Comparative Efficacy and Acceptability of Pharmacological, Psychotherapeutic, and Combination Treatments in Adults With Posttraumatic Stress Disorder: A Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2019;76(9):904-13.
112. Buhmann CB, Nordentoft M, Ekstroem M, Carlsson J, Mortensen EL. The effect of flexible cognitive-behavioural therapy and medical treatment, including antidepressants on post-traumatic stress disorder and depression in traumatised refugees: pragmatic randomised controlled clinical trial. *Br J Psychiatry.* 2016;208(3):252-9.

113. Frommberger U, Stieglitz RD, Nyberg E, Richter H, Novelli-Fischer U, Angenendt J, et al. Comparison between paroxetine and behaviour therapy in patients with posttraumatic stress disorder (PTSD): A pilot study. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2004;8(1):19-23.
114. Jerud AB, Pruitt LD, Zoellner LA, Feeny NC. The effects of prolonged exposure and sertraline on emotion regulation in individuals with posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther.* 2016;77:62-7.
115. van der Kolk BA, Spinazzola J, Blaustein ME, Hopper JW, Hopper EK, Korn DL, et al. A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance. *J Clin Psychiatry.* 2007;68(1):37-46.
116. Rothbaum BO, Cahill SP, Foa EB, Davidson JR, Compton J, Connor KM, et al. Augmentation of sertraline with prolonged exposure in the treatment of posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress.* 2006;19(5):625-38.
117. Simon NM, Connor KM, Lang AJ, Rauch S, Krulewicz S, LeBeau RT, et al. Paroxetine CR augmentation for posttraumatic stress disorder refractory to prolonged exposure therapy. *J Clin Psychiatry.* 2008;69(3):400-5.
118. Hien DA, Levin FR, Ruglass LM, López-Castro T, Papini S, Hu MC, et al. Combining seeking safety with sertraline for PTSD and alcohol use disorders: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 2015;83(2):359-69.
119. Mithoefer MC, Wagner MT, Mithoefer AT, Jerome L, Doblin R. The safety and efficacy of {+/-}3,4-methylenedioxymethamphetamine-assisted psychotherapy in subjects with chronic, treatment-resistant posttraumatic stress disorder: the first randomized controlled pilot study. *J Psychopharmacol.* 2011;25(4):439-52.
120. Oehen P, Traber R, Widmer V, Schnyder U. A randomized, controlled pilot study of MDMA ($\pm$ 3,4-Methylenedioxymethamphetamine)-assisted psychotherapy for treatment of resistant, chronic Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). *J Psychopharmacol.* 2013;27(1):40-52.
121. Rauch SAM, Kim HM, Powell C, Tuerk PW, Simon NM, Acierno R, et al. Efficacy of Prolonged Exposure Therapy, Sertraline Hydrochloride, and Their Combination Among Combat Veterans With Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry.* 2019;76(2):117-26.
122. Storm MP, Christensen KS. Comparing treatments for post-traumatic stress disorder - a systematic review. *Dan Med J.* 2021;68(9).
123. Zoellner LA, Roy-Byrne PP, Mavissakalian M, Feeny NC. Doubly Randomized Preference Trial of Prolonged Exposure Versus Sertraline for Treatment of PTSD. *Am J Psychiatry.* 2019;176(4):287-96.
124. Forman-Hoffman V, Middleton JC, Feltner C, Gaynes BN, Weber RP, Bann C, et al. AHRQ Comparative Effectiveness Reviews. Psychological and Pharmacological Treatments for Adults With Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review Update. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2018.
125. Hetrick SE, Purcell R, Garner B, Parslow R. Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;2010(7):Cd007316.
126. Kunzke D, Thoma MV, Joksimovic L. Pharmako- und/oder Psychotherapie bei posttraumatischer Belastungsstörung. *Psychotherapeut.* 2019;64(4):306-21.
127. Lee DJ, Schnitzlein CW, Wolf JP, Vythilingam M, Rasmusson AM, Hoge CW. PSYCHOTHERAPY VERSUS PHARMACOTHERAPY FOR POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER:

SYSTEMIC REVIEW AND META-ANALYSES TO DETERMINE FIRST-LINE TREATMENTS. *Depress Anxiety*. 2016;33(9):792-806.

128. Sonis J, Cook JM. Medication versus trauma-focused psychotherapy for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2019;282:112637.
129. Stewart CL, Wrobel TA. Evaluation of the efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy in treatment of combat-related post-traumatic stress disorder: a meta-analytic review of outcome studies. *Mil Med*. 2009;174(5):460-9.
130. Williams T, Phillips NJ, Stein DJ, Ipser JC. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2022;3(3):Cd002795.
131. de Moraes Costa G, Zanatta FB, Ziegelmann PK, Soares Barros AJ, Mello CF. Pharmacological treatments for adults with post-traumatic stress disorder: A network meta-analysis of comparative efficacy and acceptability. *J Psychiatr Res*. 2020;130:412-20.
132. Huang ZD, Zhao YF, Li S, Gu HY, Lin LL, Yang ZY, et al. Comparative Efficacy and Acceptability of Pharmaceutical Management for Adults With Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Pharmacol*. 2020;11:559.
133. Cipriani A, Williams T, Nikolakopoulou A, Salanti G, Chaimani A, Ipser J, et al. Comparative efficacy and acceptability of pharmacological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: a network meta-analysis. *Psychol Med*. 2018;48(12):1975-84.
134. Hoskins M, Pearce J, Bethell A, Dankova L, Barbui C, Tol WA, et al. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2015;206(2):93-100.
135. Puetz TW, Youngstedt SD, Herring MP. Effects of Pharmacotherapy on Combat-Related PTSD, Anxiety, and Depression: A Systematic Review and Meta-Regression Analysis. *PLoS One*. 2015;10(5):e0126529.
136. Feng XZ, Li Z, Li ZY, Wang K, Tan X, Zhao YY, et al. Effectiveness and safety of second-generation antipsychotics for psychiatric disorders apart from schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2024;332:115637.
137. Huang CY, Zhao YF, Zhang ZX, Liu RB, Liu JL, Li XZ, et al. Psychotherapeutic and pharmacological agents for post-traumatic stress disorder with sleep disorder: network meta-analysis. *Ann Med*. 2024;56(1):2381696.
138. Ahmadpanah M, Sabzeiee P, Hosseini SM, Torabian S, Haghighi M, Jahangard L, et al. Comparing the effect of prazosin and hydroxyzine on sleep quality in patients suffering from posttraumatic stress disorder. *Neuropsychobiology*. 2014;69(4):235-42.
139. Khachatryan D, Groll D, Booij L, Sepehry AA, Schütz CG. Prazosin for treating sleep disturbances in adults with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016;39:46-52.
140. Raskind MA, Peskind ER, Chow B, Harris C, Davis-Karim A, Holmes HA, et al. Trial of Prazosin for Post-Traumatic Stress Disorder in Military Veterans. *N Engl J Med*. 2018;378(6):507-17.
141. Mitchell JM, Bogenschutz M, Lilienstein A, Harrison C, Kleiman S, Parker-Guilbert K, et al. MDMA-assisted therapy for severe PTSD: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. *Nat Med*. 2021;27(6):1025-33.
142. Mitchell JM, Ot'alora GM, van der Kolk B, Shannon S, Bogenschutz M, Gelfand Y, et al. MDMA-assisted therapy for moderate to severe PTSD: a randomized, placebo-controlled phase 3 trial. *Nat Med*. 2023;29(10):2473-80.

143. Raskind MA, Peskind ER, Hoff DJ, Hart KL, Holmes HA, Warren D, et al. A parallel group placebo controlled study of prazosin for trauma nightmares and sleep disturbance in combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 2007;61(8):928-34.
144. (DGSM) DGfSuS. S3-Leitlinie „Insomnie bei Erwachsenen“. Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM); 2025. Report No.: AWMF-Registriernummer 063-003.
145. Yehuda R, Hoge CW, McFarlane AC, Vermetten E, Lanius RA, Nievergelt CM, et al. Post-traumatic stress disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2015;1:15057.
146. Guina J, Rossetter SR, De RB, Nahhas RW, Welton RS. Benzodiazepines for PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Psychiatr Pract*. 2015;21(4):281-303.
147. Dowd SM, Zalta AK, Burgess HJ, Adkins EC, Valdespino-Hayden Z, Pollack MH. Double-blind randomized controlled study of the efficacy, safety and tolerability of eszopiclone vs placebo for the treatment of patients with post-traumatic stress disorder and insomnia. *World J Psychiatry*. 2020;10(3):21-8.
148. Muth K, Bering R. Trauma und Schmerz: Evaluation der Myoreflextherapie im Kontext der Mehrdimensionalen Psychodynamischen Traumatherapie. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*. 2009;3:25–35.
149. Polak AR, Witteveen AB, Denys D, Olff M. Breathing biofeedback as an adjunct to exposure in cognitive behavioral therapy hastens the reduction of PTSD symptoms: A pilot study. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*. 2015;40(1):25-31.
150. Fine NB, Helpman L, Armon DB, Gurevitch G, Sheppes G, Seligman Z, et al. Amygdala-related electroencephalogram neurofeedback as add-on therapy for treatment-resistant childhood sexual abuse posttraumatic stress disorder: feasibility study. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2024;78(1):19-28.
151. Nooripour RaNSaMAaAA. Effectiveness of neurofeedback treatment with alpha/theta method on PTSD symptoms and their executing function. *Biomedical Research (India)*. 2017;28.
152. van der Kolk BA, Hodgdon H, Gapen M, Musicaro R, Suvak MK, Hamlin E, et al. A randomized controlled study of neurofeedback for chronic PTSD. *PLoS ONE*. 2016;11(12).
153. Kozel FA, Motes MA, Didehbani N, DeLaRosa B, Bass C, Schraufnagel CD, et al. Repetitive TMS to augment cognitive processing therapy in combat veterans of recent conflicts with PTSD: A randomized clinical trial. *J Affect Disord*. 2018;229:506-14.
154. Ahmadizadeh MJ, Rezaei M. Unilateral right and bilateral dorsolateral prefrontal cortex transcranial magnetic stimulation in treatment post-traumatic stress disorder: A randomized controlled study. *Brain Res Bull*. 2018;140:334-40.
155. Fryml LD, Pelic CG, Acierno R, Tuerk P, Yoder M, Borckardt JJ, et al. Exposure Therapy and Simultaneous Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation: A Controlled Pilot Trial for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *J ect*. 2019;35(1):53-60.
156. Hollifield M, Sinclair-Lian N, Warner TD, Hammerschlag R. Acupuncture for posttraumatic stress disorder: A randomized controlled pilot trial. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2007;195(6):504-13.
157. Wang Y, Hu YP, Wang WC, Pang RZ, Zhang AR. Clinical studies on treatment of earthquake-caused posttraumatic stress disorder using electroacupuncture. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2012;2012:431279.
158. Engel CC, Cordova EH, Benedek DM, Liu X, Gore KL, Goertz C, et al. Randomized effectiveness trial of a brief course of acupuncture for posttraumatic stress disorder. *Med Care*. 2014;52(12 Suppl 5):S57-64.

159. Nejadghaderi SA, Mousavi SE, Fazlollahi A, Motlagh Asghari K, Garfin DR. Efficacy of yoga for posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry Res.* 2024;340:116098.
160. Haller H, Mitzinger D, Cramer H. The integration of yoga breathing techniques in cognitive behavioral therapy for post-traumatic stress disorder: A pragmatic randomized controlled trial. *Front Psychiatry.* 2023;14:1101046.
161. Malaktaris A, McLean CL, Mallavarapu S, Herbert MS, Kelsven S, Bormann JE, et al. Higher frequency of mantram repetition practice is associated with enhanced clinical benefits among United States veterans with posttraumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology.* 2022;13(1).
162. Kümmerle et al. K-METTA: Kognitive Techniken und Metta-Meditationen zur Reduktion traumabezogener Schuld- und Schamgefühle – Darstellung der Intervention anhand von zwei Fallbeispielen. *Verhaltenstherapie.* 2022;32:196-210.
163. Numata T, Gunfan S, Takayama S, Takahashi S, Monma Y, Kaneko S, et al. Treatment of posttraumatic stress disorder using the traditional Japanese herbal medicine saikokeishikankyoto: a randomized, observer-blinded, controlled trial in survivors of the great East Japan earthquake and tsunami. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2014;2014:683293.
164. Bettmann JE, Prince KC, Ganesh K, Rugo KF, Bryan AO, Bryan CJ, et al. The effect of time outdoors on veterans receiving treatment for PTSD. *Journal of Clinical Psychology.* 2021;77(9):2041-56.
165. Hediger K, Wagner J, Künzi P, Haefeli A, Theis F, Grob C, et al. Effectiveness of animal-assisted interventions for children and adults with post-traumatic stress disorder symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol.* 2021;12(1):1879713.
166. Leighton SC, Nieforth LO, O'Haire ME. Assistance dogs for military veterans with PTSD: A systematic review, meta-analysis, and meta-synthesis. *PLoS One.* 2022;17(9):e0274960.
167. Willmund G, Zimmermann P, Alliger-Horn C, Varn A, Fischer C, Parent I, et al. Equine-assisted psychotherapy with traumatized couples-Improvement of relationship quality and psychological symptoms. *J Marital Fam Ther.* 2021;47(4):925-44.
168. Allen B, Shenk CE, Dreschel NE, Wang M, Bucher AM, Desir MP, et al. Integrating Animal-Assisted Therapy Into TF-CBT for Abused Youth With PTSD: A Randomized Controlled Feasibility Trial. *Child Maltreat.* 2022;27(3):466-77.
169. Galovski TE, Harik JM, Blain LM, Elwood L, Gloth C, Fletcher TD. Augmenting cognitive processing therapy to improve sleep impairment in PTSD: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2016;84(2):167-77.
170. Ranney RM, Maguen S, Bernhard PA, Holder N, Vogt D, Blossnich JR, et al. Treatment Utilization for Posttraumatic Stress Disorder in a National Sample of Veterans and Nonveterans. *Med Care.* 2023;61(2):87-94.
171. Rütten A, Pfeifer K. Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Köln; 2017.
172. Bryant RA, Dawson KS, Azevedo S, Yadav S, Cahill C, Kenny L, et al. Augmenting trauma-focused psychotherapy for post-traumatic stress disorder with brief aerobic exercise in Australia: a randomised clinical trial. *Lancet Psychiatry.* 2023;10(1):21-9.
173. Powers MB, Medina JL, Burns S, Kauffman BY, Monfils M, Asmundson GJ, et al. Exercise Augmentation of Exposure Therapy for PTSD: Rationale and Pilot Efficacy Data. *Cogn Behav Ther.* 2015;44(4):314-27.

174. Rosenbaum S, Vancampfort D, Steel Z, Newby J, Ward PB, Stubbs B. Physical activity in the treatment of post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*. 2015;230(2):130-6.
175. Young-McCaughan S, Peterson AL, Mintz J, Hale WJ, Dondanville KA, Borah EV, et al. Testing the role of aerobic exercise in the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms in U.S. active duty military personnel: A pilot study. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2022;51(4):309-25.
176. (BÄK) B, (KBV) KB, (AWMF) AdWMF. Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.2: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2022 [Available from: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-005>.
177. Heissel A, Heinen D, Brokmeier LL, Skarabis N, Kangas M, Vancampfort D, et al. Exercise as medicine for depressive symptoms? A systematic review and meta-analysis with meta-regression. *Br J Sports Med*. 2023;57(16):1049-57.
178. Köllner V. Posttraumatische Belastungsstörungen bei körperlichen Erkrankungen und medizinischen Eingriffen. In: Maercker A, editor. *Traumafolgestörungen*. 5. Auflage ed. Heidelberg: Springer; 2019. p. 443–60.
179. Kindermann I, Köllner V, Albus C, Boer J, Dannberg G, Fritzsche K, et al. Bedeutung von psychosozialen Faktoren in der Kardiologie – Update 2024. *Die Kardiologie*. 2024;18(6):412–43.
180. Pelliccia A, Sharma S, Gati S, Bäck M, Börjesson M, Caselli S, et al. 2020 ESC Guidelines on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease. *Eur Heart J*. 2021;42(1):17-96.
181. Peters S, Köllner V, Huber G. Sport- und Bewegungstherapie. In: Kruse J, Zipfel S, Köllner V, Janssen PL, editors. *Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. Köln: Deutscher Ärzteverlag; 2025.
182. Annous N, Al-Hroub A, El Zein F. A Systematic Review of Empirical Evidence on Art Therapy With Traumatized Refugee Children and Youth. *Front Psychol*. 2022;13:811515.
183. Baker FA, Metcalf O, Varker T, O'Donnell M. A systematic review of the efficacy of creative arts therapies in the treatment of adults with PTSD. *Psychol Trauma*. 2018;10(6):643-51.
184. Morison L, Simonds L, Stewart SF. Effectiveness of creative arts-based interventions for treating children and adolescents exposed to traumatic events: a systematic review of the quantitative evidence and meta-analysis. *Arts Health*. 2022;14(3):237-62.
185. Qian J, Sun S, Wang M, Sun X, Yu X. Art-based interventions for women's mental health in pregnancy and postpartum: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Front Psychiatry*. 2023;14:1112951.
186. Gühne U, Weinmann S, Riedel-Heller SG, Becker T. *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*: Springer; 2019.
187. Fancourt D, Finn S. WHO Health Evidence Network Synthesis Reports. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- © World Health Organization 2019.; 2019.
188. Schottenbauer MA, Glass CR, Arnkoff DB, Tendick V, Gray SH. Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: review and methodological considerations. *Psychiatry*. 2008;71(2):134-68.

189. Schäfer I, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud C, Lampe A, Liebermann P, et al. S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Berlin: Springer Verlag; 2019.
190. Briere J. Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. In: Myers J, Berliner L, Briere J, Hendrix C, Reid T, Jenny C, editors. The APSAC handbook on child maltreatment. 2 ed. Newbury Park, CA: Sage Publications; 2002. p. 243–61.
191. Mueller-Pfeiffer C. Psychiatrische Traumafolgestörungen: Wann Stabilisierung, wann Exposition? *Psychiatrie & Neurologie*. 2012;1:31–5.
192. Sripada RK, Blow FC, Rauch SAM, Ganoczy D, Hoff R, Harpaz-Rotem I, et al. Examining the nonresponse phenomenon: Factors associated with treatment response in a national sample of veterans undergoing residential PTSD treatment. *Journal of Anxiety Disorders*. 2019;63:18-25.
193. Schnitzer G, Holttum S, Huet V. A systematic literature review of the impact of art therapy upon post-traumatic stress disorder. *International Journal of Art Therapy*. 2021;26(4):147-60.
194. Campbell M, Decker KP, Kruk K, Deaver SP. Art Therapy and Cognitive Processing Therapy for Combat-Related PTSD: A Randomized Controlled Trial. *Art Ther (Alex)*. 2016;33(4):169-77.
195. Uttley L, Scope A, Stevenson M, Rawdin A, Taylor Buck E, Sutton A, et al. Systematic review and economic modelling of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of art therapy among people with non-psychotic mental health disorders. *Health Technol Assess*. 2015;19(18):1-120, v-vi.
196. Schedlich CaSE. Stabilisierung in der Traumaadaptierten Tanz- und Ausdruckstherapie — TATT. 2008.
197. Hendrix Y, Sier MAT, Baas MAM, van Pampus MG. Therapist perceptions of treating posttraumatic stress disorder in pregnancy: The VIP Study. *J Trauma Stress*. 2022;35(5):1420-31.
198. (BAGKT) BKTeV. Positionspapier: Integration Künstlerischer Therapien in das Gesundheitswesen. 2021.
199. Kerr NC, Ashby S, Gerardi SM, Lane SJ. Occupational therapy for military personnel and military veterans experiencing post-traumatic stress disorder: A scoping review. *Aust Occup Ther J*. 2020;67(5):479-97.
200. Speicher SM, Walter KH, Chard KM. Interdisciplinary residential treatment of posttraumatic stress disorder and traumatic brain injury: effects on symptom severity and occupational performance and satisfaction. *Am J Occup Ther*. 2014;68(4):412-21.
201. Cowls J, Galloway E. Understanding how traumatic re-enactment impacts the workplace: assisting clients' successful return to work. *Volume*. 2009;33(4):401–11.
202. Gindi S, Galili G, Volovic-Shushan S, Adir-Pavis S. Integrating occupational therapy in treating combat stress reaction within a military unit: An intervention model. *Work*. 2016;55(4):737-45.
203. Kinney AR, Schmid AA, Henry KL, Coatsworth JD, Eakman AM. Protective and Health-Related Factors Contributing to Resilience Among Student Veterans: A Classification Approach. *Am J Occup Ther*. 2020;74(4):7404205040p1-p11.
204. Beauchesne J, Jacques C. From combat to compassion: Enabling change in veterans. *Occupational Therapy Now*. 2015;17(5):26.
205. Mueller L, Wolfe WR, Neylan TC, McCaslin SE, Yehuda R, Flory JD, et al. Positive impact of IPS supported employment on PTSD-related occupational-psychosocial functional

- outcomes: Results from a VA randomized-controlled trial. *Psychiatr Rehabil J*. 2019;42(3):246-56.
206. Eakman AM, Schmid AA, Henry KL, Rolle NR, Schelly C, Pott CE, et al. Restoring effective sleep tranquility (REST): A feasibility and pilot study. *Br J Occup Ther*. 2017;80(6):350-60.
207. Edgelow MM, MacPherson MM, Arnaly F, Tam-Seto L, Cramm HA. Occupational therapy and posttraumatic stress disorder: A scoping review. *Canadian Journal of Occupational Therapy / Revue Canadienne D'Ergothérapie*. 2019;86(2):148-57.
208. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie PuNeV. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. 2018.
209. Maercker A, Cloitre M, Bachem R, Schlumpf YR, Khoury B, Hitchcock C, et al. Complex post-traumatic stress disorder. *Lancet*. 2022;400(10345):60-72.
210. Brenner L, Köllner V, Bachem R. Symptom burden and work-related impairment among patients with PTSD and complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*. 2019;10(1).
211. Bering R, Thüm S. Kompendium Traumafolgen : Verlauf, Behandlung & Rehabilitation der komplexen PTBS. Stuttgart: Klett-Cotta; 2022. 360 p.
212. Corrigan JaFMaHDaDK. Evaluating the Effectiveness of Phase-Oriented Treatment Models for PTSD—A Meta-Analysis. *Traumatology*. 2020;26:447-54.
213. Darby RaTEaCM. Phase-Based Psychological Interventions for Complex Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders Reports*. 2023;14:100628.
214. Dorrepaal E, Thomaes K, Hoogendoorn AW, Veltman DJ, Draijer N, van Balkom AJ. Evidence-based treatment for adult women with child abuse-related Complex PTSD: a quantitative review. *Eur J Psychotraumatol*. 2014;5:23613.
215. Karatzias T, Murphy P, Cloitre M, Bisson J, Roberts N, Shevlin M, et al. Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2019;49(11):1761-75.
216. Bohus M, Kleindienst N, Hahn C, Müller-Engelmann M, Ludäscher P, Steil R, et al. Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (DBT-PTSD) Compared With Cognitive Processing Therapy (CPT) in Complex Presentations of PTSD in Women Survivors of Childhood Abuse: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(12):1235-45.
217. Sciarrino NA, Warnecke AJ, Teng EJ. A Systematic Review of Intensive Empirically Supported Treatments for Posttraumatic Stress Disorder. *J Trauma Stress*. 2020;33(4):443-54.
218. Wachen JaDKaEWaMKaCA. Adjusting the Timeframe of Evidence-Based Therapies for PTSD-Massed Treatments. *Current Treatment Options in Psychiatry*. 2019;6.
219. Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychol Med*. 2001;31(7):1237-47.
220. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(12):1048-60.
221. Statistics ABo. National Survey of Mental Health and Wellbeing: Summary of Results. Canberra; 2007.
222. Perkonig A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;101(1):46-59.

223. Schäfer I, Najavits LM. Clinical challenges in the treatment of patients with posttraumatic stress disorder and substance abuse. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20(6):614-8.
224. Frías Á, Palma C. Comorbidity between post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: a review. *Psychopathology*. 2015;48(1):1-10.
225. Kostaras P, Bergiannaki JD, Psarros C, Ploumbidis D, Papageorgiou C. Posttraumatic stress disorder in outpatients with depression: Still a missed diagnosis. *J Trauma Dissociation*. 2017;18(2):233-47.
226. Grabe HJ, Meyer C, Hapke U, Rumpf HJ, Freyberger HJ, Dilling H, et al. Lifetime-comorbidity of obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in Northern Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2001;251(3):130-5.
227. Schäfer I aEOFaSKaHTaAV. Posttraumatische Störungen bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. *Der Nervenarzt*. 2015.
228. Assion HJ, Brune N, Schmidt N, Aubel T, Edel MA, Basilowski M, et al. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in bipolar disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009;44(12):1041-9.
229. Spencer AE, Faraone SV, Bogucki OE, Pope AL, Uchida M, Milad MR, et al. Examining the association between posttraumatic stress disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2016;77(1):72-83.
230. Moeller-Bertram T, Keltner J, Strigo IA. Pain and post traumatic stress disorder - review of clinical and experimental evidence. *Neuropharmacology*. 2012;62(2):586-97.
231. Kline AC, Cooper AA, Rytwinski NK, Feeny NC. The Effect of Concurrent Depression on PTSD Outcomes in Trauma-Focused Psychotherapy: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Behav Ther*. 2021;52(1):250-66.
232. Snoek A, Nederstigt J, Ciharova M, Sijbrandij M, Lok A, Cuijpers P, et al. Impact of comorbid personality disorders on psychotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol*. 2021;12(1):1929753.
233. Roberts NP, Lotzin A, Schäfer I. A systematic review and meta-analysis of psychological interventions for comorbid post-traumatic stress disorder and substance use disorder. *Eur J Psychotraumatol*. 2022;13(1):2041831.
234. Meshberg-Cohen S, Ross MacLean R, Schnakenberg Martin AM, Sofuoglu M, Petrakis IL. Treatment outcomes in individuals diagnosed with comorbid opioid use disorder and Posttraumatic stress disorder: A review. *Addict Behav*. 2021;122:107026.
235. Slotema CW, Wilhelmus B, Arends LR, Franken IHA. Psychotherapy for posttraumatic stress disorder in patients with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis of its efficacy and safety. *European Journal of Psychotraumatology*. 2020;11(1).
236. Grubaugh AL, Brown WJ, Wojtalik JA, Myers US, Eack SM. Meta-Analysis of the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Adults With Comorbid Severe Mental Illness. *J Clin Psychiatry*. 2021;82(3).
237. Hien DA, Papini S, Saavedra LM, Bauer AG, Ruglass LM, Ebrahimi CT, et al. Project harmony: A systematic review and network meta-analysis of psychotherapy and pharmacologic trials for comorbid posttraumatic stress, alcohol, and other drug use disorders. *Psychological Bulletin*. 2024;150(3):319-53.
238. van Minnen A, Harned MS, Zoellner L, Mills K. Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD. *Eur J Psychotraumatol*. 2012;3.
239. Mills KL, Teesson M, Back SE, Brady KT, Baker AL, Hopwood S, et al. Integrated exposure-based therapy for co-occurring posttraumatic stress disorder and substance dependence: a randomized controlled trial. *Jama*. 2012;308(7):690-9.

240. van den Berg DP, de Bont PA, van der Vleugel BM, de Roos C, de Jongh A, van Minnen A, et al. Trauma-Focused Treatment in PTSD Patients With Psychosis: Symptom Exacerbation, Adverse Events, and Revictimization. *Schizophr Bull.* 2016;42(3):693-702.
241. (NICE) NifHaCE. Post-traumatic stress disorder. London; 2018.
242. Group MoPSDaASDW. VA/DoD clinical practice guideline for management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder. Washington, DC; 2023.
243. Simpson TL, Goldberg SB, Loudon DKN, Blakey SM, Hawn SE, Lott A, et al. Efficacy and acceptability of interventions for co-occurring PTSD and SUD: A meta-analysis. *J Anxiety Disord.* 2021;84:102490.
244. Maercker A, Forstmeier S, Wagner B, Glaesmer H, Brähler E. [Post-traumatic stress disorder in Germany. Results of a nationwide epidemiological study]. *Nervenarzt.* 2008;79(5):577-86.
245. Hecker T, Huber S, Maier T, Maercker A. Differential Associations Among PTSD and Complex PTSD Symptoms and Traumatic Experiences and Postmigration Difficulties in a Culturally Diverse Refugee Sample. *J Trauma Stress.* 2018;31(6):795-804.
246. Spitzer C, Barnow S, Völzke H, John U, Freyberger HJ, Grabe HJ. Trauma and posttraumatic stress disorder in the elderly: findings from a German community study. *J Clin Psychiatry.* 2008;69(5):693-700.
247. Hauffa R, Rief W, Brähler E, Martin A, Mewes R, Glaesmer H. Lifetime traumatic experiences and posttraumatic stress disorder in the German population: results of a representative population survey. *J Nerv Ment Dis.* 2011;199(12):934-9.
248. O'Malley KA, Sullivan JL, Mills W, Driver J, Moye J. Trauma-Informed Care in Long-Term Care Settings: From Policy to Practice. *Gerontologist.* 2023;63(5):803-11.
249. Gibson CJ, Maguen S, Xia F, Barnes DE, Peltz CB, Yaffe K. Military Sexual Trauma in Older Women Veterans: Prevalence and Comorbidities. *Journal of General Internal Medicine.* 2020;35(1):207-13.
250. Thoma MV, Bernays F, Eising CM, Maercker A, Rohner SL. Child maltreatment, lifetime trauma, and mental health in Swiss older survivors of enforced child welfare practices: Investigating the mediating role of self-esteem and self-compassion. *Child Abuse Negl.* 2021;113:104925.
251. Kuwert P, Hornung S, Freyberger H, Glaesmer H, Klauer T. [Trauma and posttraumatic stress symptoms in patients in German primary care settings]. *Nervenarzt.* 2015;86(7):807-17.
252. Glaesmer H, Sierau S, Böttche M. Die Konsequenzen traumatischer Erfahrungen: Eine Lebensspannenperspektive. [The consequences of trauma—A lifespan perspective.]. *Trauma & Gewalt.* 2020;14(4):266-76.
253. Glaesmer H, Kaiser M, Brähler E, Freyberger HJ, Kuwert P. Posttraumatic stress disorder and its comorbidity with depression and somatisation in the elderly - a German community-based study. *Aging Ment Health.* 2012;16(4):403-12.
254. Spitzer C, Barnow S, Völzke H, John U, Freyberger HJ, Grabe HJ. Trauma, posttraumatic stress disorder, and physical illness: findings from the general population. *Psychosom Med.* 2009;71(9):1012-7.
255. Glaesmer H, Brähler E, Gündel H, Riedel-Heller SG. The association of traumatic experiences and posttraumatic stress disorder with physical morbidity in old age: a German population-based study. *Psychosom Med.* 2011;73(5):401-6.
256. Günak MM, Billings J, Carratu E, Marchant NL, Favarato G, Orgeta V. Post-traumatic stress disorder as a risk factor for dementia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2020;217(5):600-8.

257. Desmarais P, Weidman D, Wassef A, Bruneau MA, Friedland J, Bajsarowicz P, et al. The Interplay Between Post-traumatic Stress Disorder and Dementia: A Systematic Review. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2020;28(1):48-60.
258. Wang TY, Wei HT, Liou YJ, Su TP, Bai YM, Tsai SJ, et al. Risk for developing dementia among patients with posttraumatic stress disorder: A nationwide longitudinal study. *J Affect Disord*. 2016;205:306-10.
259. Yaffe K, Vittinghoff E, Lindquist K, Barnes D, Covinsky KE, Neylan T, et al. Posttraumatic stress disorder and risk of dementia among US veterans. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(6):608-13.
260. Prieto S, Nolan KE, Moody JN, Hayes SM, Hayes JP. Posttraumatic stress symptom severity predicts cognitive decline beyond the effect of Alzheimer's disease biomarkers in Veterans. *Transl Psychiatry*. 2023;13(1):102.
261. Davison EH, Kaiser AP, Spiro A, 3rd, Moyer J, King LA, King DW. From Late-Onset Stress Symptomatology to Later-Adulthood Trauma Reengagement in Aging Combat Veterans: Taking a Broader View. *Gerontologist*. 2016;56(1):14-21.
262. Davison EH, Spiro Iii A, Kaiser AP. Das Wiederaufscheinen traumatischer Erfahrungen bei US-amerikanischen Kriegsveteranen im Alter-die Auseinandersetzung mit der Vergangenheit. [The reemergence of trauma in aging U. S. military veterans: Engaging with the past.]. *Trauma & Gewalt*. 2020;14(4):304-19.
263. Forstmeier S, Zimmermann S, van der Hal E, Auerbach M, Kleinke K, Maercker A, et al. Effect of Life Review Therapy for Holocaust Survivors: A randomized controlled trial. *J Trauma Stress*. 2023;36(3):628-41.
264. Delrue N. Cognitive treatment of post-traumatic stress disorder in the elderly. A longitudinal study. *Encephale*. 2021;47(1):64-71.
265. Thorp SR, Glassman LH, Wells SY, Walter KH, Gebhardt H, Twamley E, et al. A randomized controlled trial of prolonged exposure therapy versus relaxation training for older veterans with military-related PTSD. *J Anxiety Disord*. 2019;64:45-54.
266. Knaevelsrud C, Böttche M, Pietrzak RH, Freyberger HJ, Renneberg B, Kuwert P. Integrative testimonial therapy: an Internet-based, therapist-assisted therapy for German elderly survivors of the World War II with posttraumatic stress symptoms. *J Nerv Ment Dis*. 2014;202(9):651-8.
267. Knaevelsrud C, Böttche M, Pietrzak RH, Freyberger HJ, Kuwert P. Efficacy and Feasibility of a Therapist-Guided Internet-Based Intervention for Older Persons with Childhood Traumatization: A Randomized Controlled Trial. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2017;25(8):878-88.
268. Yoder MS, Lozano B, Center KB, Miller A, Acierno R, Tuerk PW. Effectiveness of prolonged exposure for PTSD in older veterans. *Int J Psychiatry Med*. 2013;45(2):111-24.
269. Bichescu D, Neuner F, Schauer M, Elbert T. Narrative exposure therapy for political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression. *Behav Res Ther*. 2007;45(9):2212-20.
270. Gielkens EMJ, de Jongh A, Sobczak S, Rossi G, van Minnen A, Voorendonk EM, et al. Comparing Intensive Trauma-Focused Treatment Outcome on PTSD Symptom Severity in Older and Younger Adults. *J Clin Med*. 2021;10(6).
271. Gielkens EMJ, Sobczak S, Rossi G, van Alphen SPJ. The feasibility of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for older adults with posttraumatic stress disorder (PTSD) and comorbid psychiatric and somatic disorders. *Psychol Trauma*. 2024;16(Suppl 3):S568-s81.

272. Dinnen S, Simiola V, Cook JM. Post-traumatic stress disorder in older adults: a systematic review of the psychotherapy treatment literature. *Aging Ment Health*. 2015;19(2):144-50.
273. Thorp SR, Stein MB, Jeste DV, Patterson TL, Wetherell JL. Prolonged exposure therapy for older veterans with posttraumatic stress disorder: a pilot study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012;20(3):276-80.
274. Maercker A, Zoellner T. Life-Review-Therapie als spezifische Form der Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen im Alter. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*. 2002;23:213–25.
275. Ruisch JE, Havermans DCD, Gielkens EMJ, Olff M, Daamen M, van Alphen SPJ, et al. Posttraumatic stress disorder in people with dementia: study protocol. *Eur J Psychotraumatol*. 2024;15(1):2320040.
276. Tamaki AaTM. Wirksamkeit der EMDR-Vor-Ort-Methode zur Behandlung von Verhaltensstörungen bei Patienten mit schwerer Demenz. *Journal of EMDR Practice and Research*. 2017;11:27E-44E.
277. van der Wielen M, Robben H, Mark RE. The applicability and effect of EMDR in a patient with a mild stage of Alzheimer's disease. *Journal of EMDR Practice and Research*. 2019;13(1):51-60.
278. Amano T, Toichi M. Wirksamkeit der EMDR-Vor-Ort-Methode zur Behandlung von Verhaltensstörungen bei Patienten mit schwerer Demenz. *Journal of EMDR Practice and Research*. 2017;11(1):27E-44E.
279. Connolly S. Connolly, S. M., Roe-Sepowitz, D., Sakai, C. E., & Edwards, J. (2013). Utilizing community resources to treat PTSD: A randomized controlled study using Thought Field Therapy. *African Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 24-32. *African Journal of Traumatic Stress*. 2013;3(1),24-32.
280. Church D, Hawk C, Brooks AJ, Toukolehto O, Wren M, Dinter I, et al. Psychological trauma symptom improvement in veterans using emotional freedom techniques: a randomized controlled trial. *J Nerv Ment Dis*. 2013;201(2):153-60.
281. Folkes CE. Thought field therapy and trauma recovery. *International Journal of Emergency Mental Health*. 2002;4(2):99-104.
282. Wetherell JL, Petkus AJ, Thorp SR, Stein MB, Chavira DA, Campbell-Sills L, et al. Age differences in treatment response to a collaborative care intervention for anxiety disorders. *Br J Psychiatry*. 2013;203(1):65-72.
283. Hsu CW, Tseng WT, Wang LJ, Yang YH, Kao HY, Lin PY. Comparative effectiveness of antidepressants on geriatric depression: Real-world evidence from a population-based study. *J Affect Disord*. 2022;296:609-15.
284. Kang B, Xu H, McConnell ES. Neurocognitive and psychiatric comorbidities of posttraumatic stress disorder among older veterans: A systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2019;34(4):522-38.
285. Semla TP, Lee A, Gurrera R, Bajor L, Li M, Miller DR, et al. Off-Label Prescribing of Second-Generation Antipsychotics to Elderly Veterans with Posttraumatic Stress Disorder and Dementia. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(8):1789-95.
286. Barnes TRE, Bishara D, Burns A, Myint PK, Rendora O, Edokpolor Pernia EM, et al. Understanding the medication regimens associated with anticholinergic burden in older people's mental health services in the UK. *BJPsych Open*. 2024;10(5):e167.
287. Gorup E, Rifel J, Petek Šter M. Anticholinergic Burden and Most Common Anticholinergic-acting Medicines in Older General Practice Patients. *Zdr Varst*. 2018;57(3):140-7.

288. Kato M, Baba H, Takekita Y, Naito M, Koshikawa Y, Bandou H, et al. Usefulness of mirtazapine and SSRIs in late-life depression: post hoc analysis of the GUNDAM study. *Eur J Clin Pharmacol*. 2023;79(11):1515-24.
289. Yu NW, Chen PJ, Tsai HJ, Huang CW, Chiu YW, Tsay WI, et al. Association of benzodiazepine and Z-drug use with the risk of hospitalisation for fall-related injuries among older people: a nationwide nested case-control study in Taiwan. *BMC Geriatr*. 2017;17(1):140.
290. Treves N, Perlman A, Kolenberg Geron L, Asaly A, Matok I. Z-drugs and risk for falls and fractures in older adults-a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2018;47(2):201-8.
291. Raja S, Hasnain M, Hoersch M, Gove-Yin S, Rajagopalan C. Trauma informed care in medicine: current knowledge and future research directions. *Fam Community Health*. 2015;38(3):216-26.
292. Roberts SJ, Chandler GE, Kalmakis K. A model for trauma-informed primary care. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2019;31(2):139-44.
293. Hajak VL, Sardana S, Verdelli H, Grimm S. A Systematic Review of Factors Affecting Mental Health and Well-Being of Asylum Seekers and Refugees in Germany. *Frontiers in Psychiatry*. 2021;Volume 12 - 2021.
294. Borho A, Viazminsky A, Morawa E, Schmitt GM, Georgiadou E, Erim Y. The prevalence and risk factors for mental distress among Syrian refugees in Germany: a register-based follow-up study. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):362.
295. Nesterko Y, Jäckle D, Friedrich M, Holzapfel L, Glaesmer H. Prevalence of post-traumatic stress disorder, depression and somatisation in recently arrived refugees in Germany: an epidemiological study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019;29:e40.
296. Schiess-Jokanovic J, Knefel M, Kantor V, Weindl D, Schäfer I, Lueger-Schuster B. Complex post-traumatic stress disorder and post-migration living difficulties in traumatised refugees and asylum seekers: The role of language acquisition and barriers. *European Journal of Psychotraumatology*. 2021;12(1).
297. Andisha P, Shahab MJ, Lueger-Schuster B. Translation and validation of the Dari International Trauma Questionnaire (ITQ) in Afghan asylum seekers and refugees. *Eur J Psychotraumatol*. 2023;14(1):2158428.
298. Karnouk C, Böge K, Lindheimer N, Churbaji D, Abdelmagid S, Mohamad S, et al. Development of a culturally sensitive Arabic version of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.-AR) and validation of the depression module. *Int J Ment Health Syst*. 2021;15(1):24.
299. Wind TR, van der Aa N, Knipscheer J, de la Rie S. The assessment of psychopathology among traumatized refugees: measurement invariance of the Harvard Trauma Questionnaire and the Hopkins Symptom Checklist-25 across five linguistic groups. *Eur J Psychotraumatol*. 2017;8(sup2):1321357.
300. Magwood O, Kassam A, Mavedatnia D, Mendonca O, Saad A, Hasan H, et al. Mental Health Screening Approaches for Resettling Refugees and Asylum Seekers: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(6).
301. Health PACfPM. Specific populations and trauma types: Refugee and asylum seekers in Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. Melbourne; 2020.
302. Nosè M, Ballette F, Bighelli I, Turrini G, Purgato M, Tol W, et al. Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in

high-income countries: Systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2017;12(2):e0171030.

303. Jannesari S, Hatch S, Prina M, Oram S. Post-migration Social-Environmental Factors Associated with Mental Health Problems Among Asylum Seekers: A Systematic Review. J Immigr Minor Health. 2020;22(5):1055-64.

304. Specker P, Liddell BJ, O'Donnell M, Bryant RA, Mau V, McMahon T, et al. The longitudinal association between posttraumatic stress disorder, emotion dysregulation, and postmigration stressors among refugees. Clinical Psychological Science. 2024;12(1):37-52.

305. Nohr L, Dumke L, Klein EM, Wilker S. [Current Outpatient Psychotherapeutic Care for People with Migration and Refugee Experience in Germany - An Overview]. Psychother Psychosom Med Psychol. 2024;74(6):205-13.

306. Dumke L, Wilker S, Hecker T, Neuner F. Barriers to accessing mental health care for refugees and asylum seekers in high-income countries: A scoping review of reviews mapping demand and supply-side factors onto a conceptual framework. Clin Psychol Rev. 2024;113:102491.

307. Dumke L, Schmidt T, Wittmann J, Neldner S, Weitkämper A, Catani C, et al. Low access and inadequate treatment in mental health care for asylum seekers and refugees in Germany-A prospective follow-up study over 12 months and a nationwide cross-sectional study. Appl Psychol Health Well Being. 2024;16(3):1141-58.

308. Boettcher VS, Nowak AC, Neuner F. Mental health service utilization and perceived barriers to treatment among adult refugees in Germany. European Journal of Psychotraumatology. 2021;12(1).

309. Beck BD, Meyer SL, Simonsen E, Søgaaard U, Petersen I, Arnfred SMH, et al. Music therapy was noninferior to verbal standard treatment of traumatized refugees in mental health care: Results from a randomized clinical trial. Eur J Psychotraumatol. 2021;12(1):1930960.

310. Askovic M, Watters AJ, Coello M, Aroche J, Harris AWF, Kropotov J. Evaluation of Neurofeedback for Posttraumatic Stress Disorder Related to Refugee Experiences Using Self-Report and Cognitive ERP Measures. Clin EEG Neurosci. 2020;51(2):79-86.

311. Morina N, Maier T, Bryant R, Knaevelsrud C, Wittmann L, Rufer M, et al. "Combining biofeedback and Narrative Exposure Therapy for persistent pain and PTSD in refugees: A pilot study": Retraction note. European Journal of Psychotraumatology. 2013;4(1).

312. Lambert JE, Alhassoon OM. Trauma-focused therapy for refugees: meta-analytic findings. J Couns Psychol. 2015;62(1):28-37.

313. Brune MaEOFJaF-OJaDBaHC. Intermediated communication by interpreters in psychotherapy with traumatized refugees. International Journal of Culture and Mental Health. 2011;4:144-51.

314. d'Ardenne P, Ruaro L, Cestari L, Fakhoury W, Priebe S. Does interpreter-mediated CBT with traumatized refugee people work? A comparison of patient outcomes in East London. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2007;35(3):293-301.

315. Sander R, Laugesen H, Skammeritz S, Mortensen EL, Carlsson J. Interpreter-mediated psychotherapy with trauma-affected refugees - A retrospective cohort study. Psychiatry Res. 2019;271:684-92.

316. Folteropfer BAdpZfFu. Leitlinien für Beratung und Therapie mit qualifizierter Sprachmittlung. Beschlussversion MV 2022: BAfF e. V.; 2022 [Available from:

https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2022/11/BAfF-Leitlinien-fuer-SpM-in-den-PSZ-Beschlussversion-abgestimmt-MV2022.pdf?utm_source=chatgpt.com.

317. Geiling A, Knaevelsrud C, Behnam Shad K, Stammel N. Psychotherapie mit Dolmetschenden – Schritt für Schritt. PSYCH up2date. 2022;16(2):102–7.
318. INTERPRET. Zertifikat INTERPRET – Qualifizierungssystem INTERPRET: INTERPRET; 2024 [Available from: https://www.inter-pret.ch/de/ausbildung-und-qualifizierung_0/qualifizierungssystem-interpret/zertifikat-interpret_0-307.html.
319. Bühring P, Gießelmann K. Geflüchtete und Asylbewerber: Ohne Sprachmittler funktioniert die Versorgung nicht Deutsches Ärzteblatt 7. Deutsches Ärzteblatt International. 2019:308.
320. Folteropfer. Sprachmittlung in Therapie und Beratung 2021 [Available from: <https://www.baff-zentren.org/themen/therapie-beratung/hintergrund-therapie-beratung/sprachmittlung/>.
321. Catani C, Sossalla IM. Child abuse predicts adult PTSD symptoms among individuals diagnosed with intellectual disabilities. Front Psychol. 2015;6:1600.
322. Schrötle M, Hornberg C, Glammeier S, Sellach B, Kavemann B, Puhe H, et al. Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland – Kurzfassung. Berlin; 2012.
323. Jaritz et al. Traumatische Lebensereignisse bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe. Trauma & Gewalt. 2008;2:266-77.
324. McNally et al. The development of a trauma informed care framework for residential services for adults with an intellectual disability: Implications for policy and practice. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities. 2023;20.
325. Michalak J, Graser J, Kleischmann A, Willutzki U. Das Diagnostic Manual – Intellectual Disabilities 2 (1. Deutschsprachige Auflage): DGVt-Verlag.
326. Daveney JaHAaKCaMFaSP. Ascertainment and Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in People with Intellectual Disabilities. Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities. 2019;12:1-23.
327. Flatten G, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud C, Lampe A, Liebermann P, et al. Posttraumatische Belastungsstörung: S3-Leitlinie und Quellentexte. Stuttgart: Schattauer; 2013. 167 p.
328. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med. 1998;14(4):245-58.
329. Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP. Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. Psychiatr Clin North Am. 2002;25(2):397-426, vii-viii.
330. McLaughlin KA, Weissman D, Bitrán D. Childhood Adversity and Neural Development: A Systematic Review. Annu Rev Dev Psychol. 2019;1:277-312.
331. Mayer BaEU. Sexualisierte Gewalt bei Menschen mit geistiger Behinderung - Symptomatik, Diagnostik, Therapie und Vorgehen bei Ermittlungen 2017 11. 595-605 p.
332. Fletcher RJ, Barnhill J, Cooper S-A, National Association for the Dually Diagnosed ib. DM-ID-2 : Diagnostic manual, intellectual disability : a textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability. Second edition. ed. Kingston, New York: NADD Press; 2016.
333. Bakken TL, Kildahl AN, Gjersøe V, Matre E, Kristiansen T, Ro A. Identification of PTBS in adults with intellectual disabilities in five patients in a specialised psychiatric inpatient unit. Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities. 2014:91–102.

334. Bakken TL, Gjersoe V, Matre E, Kristiansen T, Ro A, Tveter AL, et al. PTSD in adults with intellectual disabilities: stabilisation during inpatient stay. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*. 2014;8(4):237–47.
335. Kildahl AN, Helverschou SB, Bakken TL, Oddli HW. "If we do not look for it, we do not see it": Clinicians' experiences and understanding of identifying post-traumatic stress disorder in adults with autism and intellectual disability. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2020;33(5):1119-32.
336. Kildahl AN, Oddli HW, Helverschou SB. Potentially traumatic experiences and behavioural symptoms in adults with autism and intellectual disability referred for psychiatric assessment. *Res Dev Disabil*. 2020;107:103788.
337. Rittmannsberger D, Kocman A, Weber G, Lueger-Schuster B. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in people with intellectual disabilities: A Delphi expert rating. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2019;32(3):558-67.
338. Wigham S, Hatton C, Taylor JL. The Lancaster and Northgate Trauma Scales (LANTS): the development and psychometric properties of a measure of trauma for people with mild to moderate intellectual disabilities. *Res Dev Disabil*. 2011;32(6):2651-9.
339. Sequeira H, Howlin P, Hollins S. Psychological disturbance associated with sexual abuse in people with learning disabilities. Case-control study. *Br J Psychiatry*. 2003;183:451-6.
340. Jones RaBR. Behavioural Treatment of PTSD in a Person with Intellectual Disability. *European Journal of Behavior Analysis*. 2007;8:251-6.
341. Jones S, Howard L, Thornicroft G. 'Diagnostic overshadowing': worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatr Scand*. 118. United States 2008. p. 169-71.
342. Hall JC, Jobson L, Langdon PE. Measuring symptoms of post-traumatic stress disorder in people with intellectual disabilities: the development and psychometric properties of the Impact of Event Scale-Intellectual Disabilities (IES-IDs). *Br J Clin Psychol*. 2014;53(3):315-32.
343. Brüseke J, Rittmannsberger D, Lueger-Schuster B. Diagnostik von Traumafolgestörungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. *Trauma & Gewalt*. 2020;14(3):205–15.
344. Kroese BS, Willott S, Taylor F, Smith P, Graham R, Rutter TM, et al. Trauma-focussed cognitive-behaviour therapy for people with mild intellectual disabilities: outcomes of a pilot study. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*. 2016;10:299-310.
345. Cloitre M, Shevlin M, Brewin CR, Bisson JJ, Roberts NP, Maercker A, et al. The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatr Scand*. 2018;138(6):536-46.
346. Lueger-Schuster B, Knäfel M, Maercker A. ITQ – International Trauma Questionnaire – deutsche Fassung (ICD-TQ). 2018.
347. Mayer B, Elbing U. PTSS-10 Version in Leichter Sprache – Kurze Screening-Skala für Posttraumatische Belastungsstörungen in Leichter Sprache – ITQ (International Trauma Questionnaire) in Leichter Sprache. In: Schanze C, Sappok T, editors. *Störungen der Intelligenzentwicklung: Grundlagen der psychiatrischen Versorgung, Diagnostik und Therapie*. 3. Auflage ed. Stuttgart: Schattauer; 2024.
348. Morina et al. Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörungen und weiterer Traumafolgestörungen 2019 01. 198-211 p.
349. Sappok T, Vogel M, Illic M, Zenker M. Grundlagen der Diagnostik. In: Schanze C, Sappok T, editors. *Störungen der Intelligenzentwicklung: Grundlagen der psychiatrischen Versorgung, Diagnostik und Therapie*. 3. Auflage ed. Stuttgart: Schattauer; 2024. p. 44–72.

350. Unwin et al. Some observations on remote delivery of eye-movement desensitisation and reprocessing to people with intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 2023;20.
351. Bochum L. Internetseiten in Leichter Sprache 2017 [Available from: <https://www.lebenshilfe-bochum.de/de/leichte-sprache/in-leichter-sprache.php>.
352. Soziales BfAu. Leichte Sprache. Ein Ratgeber: Publikationsversand der Bundesregierung; 2014 [Available from: <http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a752-ratgeber-leichte-sprache.pdf>.
353. Senckel B, Luxen U. Der entwicklungsfreundliche Blick: Entwicklungsdiagnostik bei normal begabten Kindern und Menschen mit Intelligenzminderung. 2. Auflage ed: Beltz; 2021.
354. Sappok T, Zepperitz S, Barrett BF, Došen A. Skala der Emotionalen Entwicklung – Diagnostik. Bern: Hogrefe; 2018.
355. Sappok T, Došen A, Zepperitz S, Barrett B, Vonk J, Schanze C, et al. Standardizing the assessment of emotional development in adults with intellectual and developmental disability. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2020;33(3):542-51.
356. Gahleitner SB, Hensel T, Baierl H, Kühn M, Schmid M. Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG; 2017.
357. Kühn M. „Macht Eure Welt wieder zu meiner!“ Anmerkungen zum Begriff der Traumapädagogik. In: Bausum J, Besser L, Kühn M, Weiss W, editors. Traumapädagogik: Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3., durchgesehene Auflage ed. Weinheim/München: Beltz Juventa; 2013.
358. Hurley AD. Individual psychotherapy with mentally retarded individuals: a review and call for research. *Res Dev Disabil*. 1989;10(3):261-75.
359. Hurley A, Tomasulo D, Pfadt A. Individual and Group Psychotherapy Approaches for Persons with Mental Retardation and Developmental Disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. 1998;10.
360. Kleischmann A, Hermes V. Psychotherapie. In: Schanze C, Sappok T, editors. Störungen der Intelligenzentwicklung: Grundlagen der psychiatrischen Versorgung, Diagnostik und Therapie. 3. Auflage ed. Stuttgart: Schattauer; 2024. p. 100–8.
361. Sappok T, Zepperitz S, Barrett BF, Morisse F, Došen A. Skala der emotionalen Entwicklung – Diagnostik 2 (SEED-2). Bern: Hogrefe; 2023.
362. Hoekman J, Miedema A, Otten B, Gielen J. Skala zur Einschätzung des Sozial-Emotionalen Entwicklungsniveaus (SEN). 1. Auflage ed: Testzentrale Hogrefe; 2012.
363. Buchner T. Erleben von Psychotherapie aus Sicht von Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung. *PiD – Psychotherapie im Dialog*. 2008;9(2):178–82.
364. Schipper-Eindhoven SM, de Knecht NC, Mevissen L, van Loon J, de Vries R, Zhuniq M, et al. EMDR treatment for people with intellectual disabilities: a systematic review about difficulties and adaptations. *Front Psychiatry*. 2023;14:1328310.
365. Byrne G. A Systematic Review of Treatment Interventions for Individuals With Intellectual Disability and Trauma Symptoms: A Review of the Recent Literature. *Trauma Violence Abuse*. 2022;23(2):541-54.
366. McNally P, Taggart L, Shevlin M. Trauma experiences of people with an intellectual disability and their implications: A scoping review. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2021;34(4):927-49.

367. Elbing et al. Diagnostik und Therapie -Posttraumatischer Belastungsstörungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung Ein systematisches Review. Trauma und Gewalt. 2022;Heft 3, 2022:232-48.
368. Carrigan NaAK. Cognitive Behaviour Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder in a person with an Autism Spectrum Condition and Intellectual Disability: A Case Study. Journal of applied research in intellectual disabilities : JARID. 2016;30.
369. Mayer B, Elbing U, Ostermann T. Trauma treatment using Narrative Exposure Therapy adapted to persons with intellectual disabilities or severe chronic mental disorders - a randomised controlled pilot study with an embedded observational study. J Intellect Disabil Res. 2023;67(11):1096-112.
370. Stenfert Kroese BaTG. Treating Chronic Nightmares of Sexual Assault Survivors with an Intellectual Disability – Two Descriptive Case Studies. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. 2006;19:75 - 80.
371. Smith AN, Laugharne R, Oak K, Shankar R. Eye movement desensitisation and reprocessing therapy for people with intellectual disability in the treatment of emotional trauma and post traumatic stress disorder: A scoping review. Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities. 2021;14(3):237-84.
372. Verhagen I, van der Heijden R, de Jongh A, Korzilius H, Mevissen L, Didden R. Safety, feasibility, and efficacy of EMDR therapy in adults with PTSD and mild intellectual disability or borderline intellectual functioning and mental health problems: A multiple baseline study. Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities. 2023;16(4):291-313.
373. Evans G, Barrowcliff A. Barrowcliff, Alastair Leslie, and Gemma AL Evans. "EMDR treatment for PTSD and Intellectual Disability: A case study." Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities 9, no. 2 (2015). advances in mental health and intellectual disabilities. 2015;9.
374. Karatzias T, Brown M, Taggart L, Truesdale M, Sirisena C, Walley R, et al. A mixed-methods, randomized controlled feasibility trial of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) plus Standard Care (SC) versus SC alone for DSM-5 Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in adults with intellectual disabilities. J Appl Res Intellect Disabil. 2019;32(4):806-18.
375. Mayer B. Trauma und geistige Beeinträchtigung: eine Studie zur Anwendung der NET (Narrativen Expositionstherapie) bei Menschen mit geistiger oder psychischer Beeinträchtigung 2020.
376. Gilderthorp RC. Is EMDR an effective treatment for people diagnosed with both intellectual disability and post-traumatic stress disorder? J Intellect Disabil. 2015;19(1):58-68.
377. Barol BI, Seubert A. Stepping stones: EMDR treatment of individuals with intellectual and developmental disabilities and challenging behavior. Journal of EMDR Practice and Research. 2010;4(4):156-69.
378. Cooray SaHA. Anxiety and Related Disorders in People with Intellectual Disability2020 03. 129-40 p.
379. Excellence NifHaC. Mental health problems in people with learning disabilities: prevention, assessment and management. National Institute for Health and Care Excellence; 2016. Report No.: NICE Guidance No. 54.
380. Landolt MA. Psychotraumatologie des Kindesalters: Grundlagen, Diagnostik und Interventionen. 3. überarbeitete Auflage ed. Göttingen: Hogrefe; 2021.
381. Landolt M. Psychotraumatologie des Kindesalters: Grundlagen, Diagnostik und Interventionen2012 01.

382. Isele D, Teicher MH, Ruf-Leuschner M, Elbert T, Kolassa I-T, Schury K, et al. KERF—Ein Instrument zur umfassenden Ermittlung belastender Kindheitserfahrungen: Erstellung und psychometrische Beurteilung der deutschsprachigen MACE (Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure) Scale. [KERF—An instrument for measuring adverse childhood experiences: Construction and psychometric evaluation of the German MACE (Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure) Scale.]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*. 2014;43(2):121-30.
383. Sachser C, Berliner L, Risch E, Rosner R, Birkeland MS, Eilers R, et al. The Child and Adolescent Trauma Screen 2 (CATS-2)—Validation of an instrument to measure DSM-5 and ICD-11 PTSD and complex PTSD in children and adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*. 2022;13(2).
384. Meiser-Stedman R, Smith P, Yule W, Glucksman E, Dalgleish T. Posttraumatic Stress Disorder in Young Children 3 Years Posttrauma: Prevalence and Longitudinal Predictors. *J Clin Psychiatry*. 2017;78(3):334-9.
385. Scheeringa MS, Zeanah CH, Myers L, Putnam FW. Predictive validity in a prospective follow-up of PTSD in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(9):899-906.
386. Eilers R, Ertl V, Kasparik B, Kost A, Rosner R. [Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: results of a cross-sectional study on the effects of the newly formulated PTSD and CPTSD diagnoses in the ICD-11]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2024;67(4):409-18.
387. Vasileva M, Haag AC, Landolt MA, Petermann F. Posttraumatic Stress Disorder in Very Young Children: Diagnostic Agreement between ICD-11 and DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*. 2018.
388. Meiser-Stedman R, Smith P, McKinnon A, Dixon C, Trickey D, Ehlers A, et al. Cognitive therapy as an early treatment for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a randomized controlled trial addressing preliminary efficacy and mechanisms of action. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017;58(5):623-33.
389. Scheeringa MS, Weems CF, Cohen JA, Amaya-Jackson L, Guthrie D. Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three-through six year-old children: a randomized clinical trial. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011;52(8):853-60.
390. Sachser C, Keller F, Goldbeck L. Complex PTSD as proposed for ICD-11: validation of a new disorder in children and adolescents and their response to Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017;58(2):160-8.
391. Sölva K, Haselgruber A, Lueger-Schuster B. Latent classes of childhood maltreatment in children and adolescents in foster care: Associations with ICD-11 PTSD and complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*. 2020;11(1).
392. Hébert M, Amédée LM. Latent class analysis of post-traumatic stress symptoms and complex PTSD in child victims of sexual abuse and their response to Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy. *Eur J Psychotraumatol*. 2020;11(1):1807171.
393. Chiu et al. The prevalence, latent structure and psychosocial and cognitive correlates of complex post-traumatic stress disorder in an adolescent community sample. *Journal of affective disorders*. 2023;340.
394. Wang L, Fu H, Guo H, Liu P, Bi Y, Luo S, et al. Complex posttraumatic stress disorder and dissociation in trauma-exposed Chinese adolescents: a latent class analysis. *Eur J Psychotraumatol*. 2024;15(1):2351292.
395. Skar AS, Ormhaug SM, Jensen TK. Reported Levels of Upset in Youth After Routine Trauma Screening at Mental Health Clinics. *JAMA Netw Open*. 2019;2(5):e194003.

396. Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2007;190:97-104.
397. National Collaborating Centre for Mental H. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. Post-Traumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care. Leicester (UK): Gaskell Copyright © 2005, The Royal College of Psychiatrists & The British Psychological Society.; 2005.
398. Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents. New York; London: The Guilford Press; 2006.
399. Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents. 2 ed. New York: Guilford Publications; 2017.
400. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures. 3rd edition ed. New York: Guilford Press; 2018.
401. Ahmad A, Sundelin-Wahlsten V. Applying EMDR on children with PTSD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008;17(3):127-32.
402. Schauer et al. Narrative Exposure Therapy for Children and Adolescents (KIDNET)2017 02. 227-50 p.
403. Steil R, Resick PA, Rosner R. (Komplexe) Posttraumatische Belastungsstörung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Entwicklungsangepasste Kognitive Verhaltenstherapie nach sexueller oder physischer Gewalt. Weinheim: Beltz; 2023.
404. Smith P, Perrin S, Yule W, Clark DM. Post Traumatic Stress Disorder: Cognitive therapy with children and young people. London; New York: Routledge; 2014.
405. Perrin S. Prolonged Exposure Therapy for Adolescents with PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences (Therapist Guide) Edna B. Foa, Kelly R. Chrestman and Eva Gilboa-Schechtman. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2010;38:507 - 9.
406. Lieberman AF, van Horn P. Psychotherapy with Infants and Young Children: Repairing the Effects of Stress and Trauma on Early Attachment. New York: Guilford Press; 2008. 366 p.
407. Cloitre M, Cohen L-R, Ortigo KM, Jackson C, Koenen KC. Behandlung der Folgen interpersoneller Traumatisierung: Das Programm STAIR/NT. 2 ed. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2024.
408. Robb AS, Cueva JE, Sporn J, Yang R, Vanderburg DG. Sertraline treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder: a double-blind, placebo-controlled trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2010;20(6):463-71.
409. Cohen JA, Mannarino AP, Perel JM, Staron V. A pilot randomized controlled trial of combined trauma-focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(7):811-9.
410. Strawn JR, Keeshin BR, DelBello MP, Geraciotti TD, Jr., Putnam FW. Psychopharmacologic treatment of posttraumatic stress disorder in children and adolescents: a review. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(7):932-41.
411. Locher C, Koechlin H, Zion SR, Werner C, Pine DS, Kirsch I, et al. Efficacy and Safety of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors, and Placebo for Common Psychiatric Disorders Among Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(10):1011-20.
412. Cohen JA, Bukstein O, Walter H, Benson SR, Chrisman A, Farchione TR, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(4):414-30.

413. Health PACfPM. Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder and Complex PTSD. Melbourne: Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health; 2020.
414. de Haan A, Meiser-Stedman R, Landolt MA, Kuhn I, Black MJ, Klaus K, et al. Efficacy and moderators of efficacy of cognitive behavioural therapies with a trauma focus in children and adolescents: An individual participant data meta-analysis of randomised trials. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2024;8(1):28-39.
415. Hoppen TH, Meiser-Stedman R, Jensen TK, Birkeland MS, Morina N. Efficacy of psychological interventions for post-traumatic stress disorder in children and adolescents exposed to single versus multiple traumas: meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry*. 2023;222(5):196-203.
416. Huang T, Li H, Tan S, Xie S, Cheng Q, Xiang Y, et al. The efficacy and acceptability of exposure therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):259.
417. Mavranezouli I, Megnin-Viggars O, Daly C, Dias S, Stockton S, Meiser-Stedman R, et al. Research Review: Psychological and psychosocial treatments for children and young people with post-traumatic stress disorder: a network meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry*. 2020;61(1):18-29.
418. Xiang Y, Cipriani A, Teng T, Del Giovane C, Zhang Y, Weisz JR, et al. Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a systematic review and network meta-analysis. *Evid Based Ment Health*. 2021;24(4):153-60.
419. Catani C, Kohiladevy M, Ruf M, Schauer E, Elbert T, Neuner F. Treating children traumatized by war and Tsunami: a comparison between exposure therapy and meditation-relaxation in North-East Sri Lanka. *BMC Psychiatry*. 2009;9:22.
420. Peltonen K, Kangaslampi S. Treating children and adolescents with multiple traumas: a randomized clinical trial of narrative exposure therapy. *Eur J Psychotraumatol*. 2019;10(1):1558708.
421. Ruf M, Schauer M, Neuner F, Catani C, Schauer E, Elbert T. Narrative exposure therapy for 7- to 16-year-olds: a randomized controlled trial with traumatized refugee children. *J Trauma Stress*. 2010;23(4):437-45.
422. Schauer E. Trauma Treatment for Children in War : build-up of an evidence-based large-scale Mental Health Intervention in North-Eastern Sri Lanka. 2008.
423. Ahrens J, Rexford L. Cognitive Processing Therapy for Incarcerated Adolescents with PTSD. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2002;6(1):201–16.
424. Rosner R, Rimane E, Frick U, Gutermann J, Hagl M, Renneberg B, et al. Effect of Developmentally Adapted Cognitive Processing Therapy for Youth With Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder After Childhood Sexual and Physical Abuse: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(5):484-91.
425. Hagan MJ, Browne DT, Sulik M, Ippen CG, Bush N, Lieberman AF. Parent and Child Trauma Symptoms During Child-Parent Psychotherapy: A Prospective Cohort Study of Dyadic Change. *J Trauma Stress*. 2017;30(6):690-7.
426. Norlén A, Bäckman C, Thorén A, Almqvist K. The effectiveness of child-parent psychotherapy on traumatized preschoolers and their caregivers: A Swedish multi-site study. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*. 2025;10(1):106-21.
427. Rachamim L, Mirochnic I, Elazar M, Yadin E, Sinay I, Nacasch N. A pilot and feasibility randomized controlled trial of dyadic exposure therapy and dyadic client-centered therapy

for posttraumatic preschool children and their caregivers. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2021;14(2):362-79.

428. Graziano PA, Spiegel JA, Hayes T, Arcia E. Early intervention for families experiencing homelessness: A pilot randomized trial comparing two parenting programs. *J Consult Clin Psychol*. 2023;91(4):192-207.

429. Ghosh Ippen C, Harris WW, Van Horn P, Lieberman AF. Traumatic and stressful events in early childhood: can treatment help those at highest risk? *Child Abuse Negl*. 2011;35(7):504-13.

430. Lieberman AF, Van Horn P, Ippen CG. Toward evidence-based treatment: child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(12):1241-8.

431. Lieberman AF, Ippen CG, van Horn P. "Don't hit my mommy!": A manual for child-parent psychotherapy with young children exposed to violence and other trauma. 2nd edition ed. Washington, DC: Zero to Three; 2015.

432. Eilers R, Rimane E, Vogel A, Renneberg B, Steil R, Rosner R. Response of young patients with probable ICD-11 complex PTSD to treatment with developmentally adapted cognitive processing therapy. *Eur J Psychotraumatol*. 2021;12(1):1929024.

433. Ross SL, Sharma-Patel K, Brown EJ, Hunt JS, Chaplin WF. Complex trauma and Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy: How do trauma chronicity and PTSD presentation affect treatment outcome? *Child Abuse Negl*. 2021;111:104734.

434. Jensen TK, Braathu N, Birkeland MS, Ormhaug SM, Skar AS. Complex PTSD and treatment outcomes in TF-CBT for youth: a naturalistic study. *Eur J Psychotraumatol*. 2022;13(2):2114630.

435. Szota K, Schulte KL, Christiansen H. Interventions Involving Caregivers for Children and Adolescents Following Traumatic Events: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2023;26(1):17-32.

436. Gutermann J, Schreiber F, Matulis S, Schwartzkopff L, Deppe J, Steil R. Psychological Treatments for Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in Children, Adolescents, and Young Adults: A Meta-Analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2016;19(2):77-93.

437. Hoogsteder LM, Ten Thije L, Schippers EE, Stams G. A Meta-Analysis of the Effectiveness of EMDR and TF-CBT in Reducing Trauma Symptoms and Externalizing Behavior Problems in Adolescents. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2022;66(6-7):735-57.

438. Xie S, Cheng Q, Tan S, Li H, Huang T, Xiang Y, et al. The efficacy and acceptability of group trauma-focused cognitive behavior therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2024;86:127-34.

439. Davis RS, Meiser-Stedman R, Afzal N, Devaney J, Halligan SL, Lofthouse K, et al. Systematic Review and Meta-analysis: Group-Based Interventions for Treating Posttraumatic Stress Symptoms in Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2023;62(11):1217-32.

440. Thielemann JFB, Kasparik B, König J, Unterhitzenberger J, Rosner R. A systematic review and meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. *Child Abuse Negl*. 2022;134:105899.

441. (APA) APA. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults. 2017.

442. (NICE). NG 26: Post-Traumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care. London; 2018.

443. Shalev A, Liberzon I, Marmar C. Post-Traumatic Stress Disorder. *N Engl J Med*. 2017;376(25):2459-69.
444. Gehringer R, Freytag A, Krause M, Schlattmann P, Schmidt K, Schulz S, et al. Psychological interventions for posttraumatic stress disorder involving primary care physicians: systematic review and Meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Fam Pract*. 2020;21(1):176.
445. Schleyer W, Zona K, Quigley D, Spottswood M. Group therapy in primary care settings for the treatment of posttraumatic stress disorder: A systematic literature review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2022;77:1-10.
446. Hoeft TJ, Stephens KA, Vannoy SD, Unützer J, Kaysen D. Interventions to treat posttraumatic stress disorder in partnership with primary care: A review of feasibility and large randomized controlled studies. *Gen Hosp Psychiatry*. 2019;60:65-75.
447. Tagger-Green N, Nemcovsky C, Fridenberg N, Green O, Chaushu L, Kolerman R. Oral and Dental Considerations of Combat-Induced Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)-A Cross-Sectional Study. *J Clin Med*. 2022;11(11).
448. Nermo H, Willumsen T, Rognmo K, Thimm JC, Wang CEA, Johnsen JK. Dental anxiety and potentially traumatic events: a cross-sectional study based on the Tromsø Study-Tromsø 7. *BMC Oral Health*. 2021;21(1):600.
449. Hegarty et al. Two-year follow up of a cluster randomised controlled trial for women experiencing intimate partner violence: effect of screening and family doctor-delivered counselling on quality of life, mental and physical health and abuse exposure. *BMJ Open*. 2020;10:e034295.
450. Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*. 2008;371(9619):1165-72.
451. Stovell D, Morrison AP, Panayiotou M, Hutton P. Shared treatment decision-making and empowerment-related outcomes in psychosis: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2016;209(1):23-8.
452. Swift JK, Callahan JL, Cooper M, Parkin SR. The impact of accommodating client preference in psychotherapy: A meta-analysis. *J Clin Psychol*. 2018;74(11):1924-37.
453. Watts BV, Schnurr PP, Zayed M, Young-Xu Y, Stender P, Llewellyn-Thomas H. A randomized controlled clinical trial of a patient decision aid for posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Serv*. 2015;66(2):149-54.
454. Hessinger JD, London MJ, Baer SM. Evaluation of a shared decision-making intervention on the utilization of evidence-based psychotherapy in a VA outpatient PTSD clinic. *Psychol Serv*. 2018;15(4):437-41.
455. Mott JM, Stanley MA, Street RL, Jr., Grady RH, Teng EJ. Increasing engagement in evidence-based PTSD treatment through shared decision-making: a pilot study. *Mil Med*. 2014;179(2):143-9.
456. Excellence NIfHaC. NG197: Shared decision making. London, UK; 2021.
457. Ladwig S, Pauls F, Gerke L, Nestoriuc Y. Informed Consent for Psychotherapy: The Moderating Role of Therapeutic Alliance, Prior Knowledge and Autonomous Motivation on Decision-Making and Treatment Expectation. *Clin Psychol Psychother*. 2024;31(2):e2977.
458. Gerke L, Meyrose AK, Nestoriuc Y. Informed consent for psychotherapy: Ethical illusion or clinical reality? A survey about psychotherapists' attitudes and practices in Germany. *Clin Psychol Psychother*. 2023;30(1):166-78.
459. Organization WH. The Ottawa Charter for Health Promotion (WHO/EURO:1986-4044-43803-61669). 1986.

460. (BMG) BfG. Patientenrechte: Bundesministerium für Gesundheit; 2024 [Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/patientenrechte/patientenrechte.html>].
461. (EbM-Netzwerk) DNEMeV. Fachbereich Patienteninformation und -beteiligung.
462. Association AP. Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults. Arlington, VA; 2017.
463. Reddemann OaHMaVI. Psychosomatische Grundversorgung 2022 01. 883-91 p.
464. Reddemann O. Komplexe Folgen von Psychotrauma und psychosomatische Grundversorgung. *Ärztliche Psychotherapie*. 2023;18(3):180–5.
465. Weidner K, Garthus-Niegel S, Junge-Hoffmeister J. [Traumatic Birth: Recognition and Prevention]. *Z Geburtshilfe Neonatol*. 2018;222(5):189-96.
466. Müller U, Schröttle M. Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Berlin; 2004.
467. D'Angelo DV, Liu Y, Basile KC, Smith SG, Chen J, Friar NW, et al. Rape and Sexual Coercion Related Pregnancy in the United States. *Am J Prev Med*. 2024;66(3):389-98.
468. Miller ML, Laifer LM, Thomas EBK, Grekin R, O'Hara MW, Brock RL. From pregnancy to the postpartum: Unraveling the complexities of symptom profiles among trauma-exposed women. *J Affect Disord*. 2024;357:11-22.
469. de Graaff LF, Honig A, van Pampus MG, Stramrood CAI. Preventing post-traumatic stress disorder following childbirth and traumatic birth experiences: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2018;97(6):648-56.
470. Heyne CS, Kazmierczak M, Souday R, Horesh D, Lambregtse-van den Berg M, Weigl T, et al. Prevalence and risk factors of birth-related posttraumatic stress among parents: A comparative systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2022;94:102157.
471. Horsch A, Garthus-Niegel S, Ayers S, Chandra P, Hartmann K, Vaisbuch E, et al. Childbirth-related posttraumatic stress disorder: definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment. *Am J Obstet Gynecol*. 2024;230(3s):S1116-s27.
472. Ettinger S, Powers NJ, Geller PA. Beyond birth trauma: A scoping review on childbirth-related post-traumatic stress disorder and early relational health in the family system. *Int J Gynaecol Obstet*. 2025;169(2):511-24.
473. Cook N, Ayers S, Horsch A. Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *J Affect Disord*. 2018;225:18-31.
474. Suarez A, Yakupova V. Effects of postpartum PTSD on maternal mental health and child socioemotional development - a two-year follow-up study. *BMC Pediatr*. 2024;24(1):789.
475. Horsch A, Stuijzand S. Intergenerational transfer of perinatal trauma-related consequences. *J Reprod Infant Psychol*. 2019;37(3):221-3.
476. Ginter N, Takács L, Boon MJM, Verhoeven CJM, Dahlen HG, Peters LL. The Impact of Mode of Birth on Childbirth-Related Post Traumatic Stress Symptoms beyond 6 Months Postpartum: An Integrative Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(14).
477. Silva-Fernandez CS, de la Calle M, Arribas SM, Garrosa E, Ramiro-Cortijo D. Factors Associated with Obstetric Violence Implicated in the Development of Postpartum Depression and Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *Nurs Rep*. 2023;13(4):1553-76.
478. Gordon J, Hunter A, Callanan F, Kiely C, Grealish A. An Integrative Review Exploring Womens' Experiences of Retraumatization Within Perinatal Services. *J Midwifery Womens Health*. 2025;70(1):32-49.

479. Horstmann RH, Seefeld L, Schellong J, Garthus-Niegel S. Treatment and counselling preferences of postpartum women with and without symptoms of (childbirth-related) PTSD: findings of the cross-sectional study INVITE. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024;24(1):885.
480. Jehn et al. Access and Barriers to Treatment and Counseling for Postpartum Women With and Without Symptoms of (CB-)PTSD Within the Cross-Sectional Study INVITE. 2024.
481. Ayers S, Horsch A, Garthus-Niegel S, Nieuwenhuijze M, Bogaerts A, Hartmann K, et al. Traumatic birth and childbirth-related post-traumatic stress disorder: International expert consensus recommendations for practice, policy, and research. *Women Birth*. 2024;37(2):362-7.
482. Keller KH, Schmidt R, Nobel G, Krolak M, Germann N, Schönenberger M, et al. The role of psychological traumatization on the physician-patient relationship in gynecological outpatients. *Current Psychology*. 2024.
483. Wörner F, Eger T, Simon U, Becker A, Wolowski A. Lifespan of Splints in a Sample of German Soldiers Hospitalised with Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) in Combination with Sleep Bruxism and Painful Temporomandibular Disorder (TMD). *Oral Health Prev Dent*. 2024;22:249-56.
484. Wolowski A, Eger T, Braas R, Gohr J, Weber N, Witanski K, et al. Long-term effects of splint therapy in patients with posttraumatic stress disease (PTSD). *Clin Oral Investig*. 2020;24(4):1493-7.
485. Afari N, Ahumada SM, Wright LJ, Mostoufi S, Golnari G, Reis V, et al. Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med*. 2014;76(1):2-11.
486. Afari N, Wen Y, Buchwald D, Goldberg J, Plesh O. Are post-traumatic stress disorder symptoms and temporomandibular pain associated? Findings from a community-based twin registry. *J Orofac Pain*. 2008;22(1):41-9.
487. Giddon DB, Moeller DR, Deutsch CK. Use of a modified mandibular splint to reduce nocturnal symptoms in persons with post-traumatic stress disorder. *Int Dent J*. 2020;71(2):167-71.
488. Zhang L, Xu L, Wu D, Yu C, Fan S, Cai B. Effectiveness of exercise therapy versus occlusal splint therapy for the treatment of painful temporomandibular disorders: a systematic review and meta-analysis. *Ann Palliat Med*. 2021;10(6):6122-32.
489. Connelly ST, Myung J, Gupta R, Tartaglia GM, Gizdulich A, Yang J, et al. Clinical outcomes of Botox injections for chronic temporomandibular disorders: do we understand how Botox works on muscle, pain, and the brain? *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2017;46(3):322-7.
490. Steffanowski et al. Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Mesta-Studie2007 01.
491. Bandelow B, Aden I, Alpers GW, Benecke A, Benecke C, Beutel ME, et al. S3-Leitlinie „Behandlung von Angststörungen“: Version 2. Berlin: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2021. Report No.: AWMF-Registernummer 051-028.
492. Nebe A. Rehabilitationsindikation. In: Köllner V, Bassler M, editors. *Praxishandbuch Psychosomatische Medizin in der Rehabilitation*. München: Elsevier. p. 36–45.
493. Dorr F, Sack M, Bengel J. [Validation of the Screening for Complex PTSD (SkPTBS) - Revision]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2018;68(12):525-33.
494. Brenner L, Chrysanthou S, Rothermund E, Köllner V. [Effects of complex trauma disorder on the workplace: a scoping review]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2024;67(7):833-42.

495. Brenner L, Härtter C, Bachem R, Knaevelsrud C, Köllner V. [Complex Posttraumatic Disorder and Work-Related Behavioral and Experience Patterns]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2021;71(9-10):381-8.
496. Kreutzer L, Köllner V. [Posttraumatic Stress Disorder in Digital Work Environment - A Case Report]. *Rehabilitation (Stuttg)*. 2020;59(5):298-302.
497. Kreutzer L, Köllner V. [Stress-Related Disorders in Rehabilitation]. *Rehabilitation (Stuttg)*. 2020;59(4):237-50.
498. (DRV-Bund) DRB. Rentenversicherung in Zahlen 2024. Berlin; 2024.
499. PuND DGfP. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. 2019.
500. Ostholt-Corsten M. Reha-Qualitätssicherung. In: Köllner V, Bassler M, editors. *Praxishandbuch Psychosomatische Medizin in der Rehabilitation*. München: Elsevier; 2021. p. 207–14.
501. Micklitz HM, Glass CM, Bengel J, Sander LB. Efficacy of Psychosocial Interventions for Survivors of Intimate Partner Violence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2024;25(2):1000-17.
502. Choudhary V, Satapathy S, Sagar R. Feasibility Trial of a Newly Developed Brief Psychological Trauma Intervention for Children Surviving Sexual Abuse in India. *J Child Sex Abus*. 2024;33(2):204-28.
503. Loucks L, Yasinski C, Norrholm SD, Maples-Keller J, Post L, Zwiebach L, et al. You can do that?!: Feasibility of virtual reality exposure therapy in the treatment of PTSD due to military sexual trauma. *J Anxiety Disord*. 2019;61:55-63.
504. Littleton H, Grills AE, Kline KD, Schoemann AM, Dodd JC. The From Survivor to Thriver program: RCT of an online therapist-facilitated program for rape-related PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*. 2016;43:41-51.
505. Litz BT, Rusowicz-Orazem L, Doros G, Grunthal B, Gray M, Nash W, et al. Adaptive disclosure, a combat-specific PTSD treatment, versus cognitive-processing therapy, in deployed marines and sailors: A randomized controlled non-inferiority trial. *Psychiatry Res*. 2021;297:113761.
506. Gilmore et al. "Do You Expect Me to Receive PTSD Care in a Setting Where Most of the Other Patients Remind Me of the Perpetrator?": Home-Based Telemedicine to Address Barriers to Care Unique to Military Sexual Trauma and Veterans Affairs Hospitals. *Contemporary Clinical Trials*. 2016;48.
507. White SJ, Sin J, Sweeney A, Salisbury T, Wahlich C, Montesinos Guevara CM, et al. Global Prevalence and Mental Health Outcomes of Intimate Partner Violence Among Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2024;25(1):494-511.
508. Rights F-EU. Violence against women: An EU-wide survey: Main results. 2014.
509. Jewkes R, Fulu E, Tabassam Naved R, Chirwa E, Dunkle K, Haardörfer R, et al. Women's and men's reports of past-year prevalence of intimate partner violence and rape and women's risk factors for intimate partner violence: A multicountry cross-sectional study in Asia and the Pacific. *PLoS Med*. 2017;14(9):e1002381.
510. Jud A, Grafe B, Meshkova K, Kavemann B, Meysen T, Hoffmann U, et al. Prevalence and Predictors of Affirmations of Intimate Partner Violence in Germany: A First Nationwide Study on Victimization in Women and Men. *J Interpers Violence*. 2023;38(1-2):Np1473-np93.
511. McLeod DaHKaNAaPA. Intimate Partner Violence: Innovations in Theory to Inform Clinical Practice, Policy, and Research. *Social Sciences*. 2020;9:71.

512. Hameed M, O'Doherty L, Gilchrist G, Tirado-Muñoz J, Taft A, Chondros P, et al. Psychological therapies for women who experience intimate partner violence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;7(7):Cd013017.
513. Europe Co. Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence (CETS No. 210). Istanbul; 2011.
514. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AF, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet.* 2015;385(9977):1567-79.
515. Schellong J, Epple F, Lorenz P, Ritschel G, Croy I, Lenk M, et al. [Domestic Violence and Intimate Partner Violence - a Challenge within the Health Care Sector - Result of a Survey Among Physicians]. *Psychiatr Prax.* 2022;49(7):359-66.
516. Fryszer LA, Büttner M, Etzold S, Muetzel E, Rall K, Schellong J, et al. Recommendations for Care and Support of Female Rape Victims. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2022;82(4):384-91.
517. Deckers R, Köhnken G. Die Erhebung und Bewertung von Zeugenaussagen im Strafprozess: Juristische, aussagepsychologische und psychiatrische Aspekte. Band 5. Berlin: Berliner Wissenschafts-Verlag; 2022.
518. Houben STL, Otgaar H, Roelofs J, Smeets T, Merckelbach H. Increases of correct memories and spontaneous false memories due to eye movements when memories are retrieved after a time delay. *Behav Res Ther.* 2020;125:103546.
519. Muschalla B, Schönborn F. Induction of false beliefs and false memories in laboratory studies-A systematic review. *Clin Psychol Psychother.* 2021;28(5):1194-209.
520. Ganslmeier M, Ehring T, Wolkenstein L. Effects of imagery rescripting and imaginal exposure on voluntary memory. *Behav Res Ther.* 2023;170:104409.
521. Goodman GS, Goldfarb D, Quas JA, Lyon A. Psychological counseling and accuracy of memory for child sexual abuse. *American Psychologist.* 2017;72(9):920-31.
522. Brewin CR, Andrews B. Creating memories for false autobiographical events in childhood: A systematic review. *Applied Cognitive Psychology.* 2017;31(1):2-23.
523. Battista F, Mangiulli I, Patihis L, Dodier O, Curci A, Lanciano T, et al. A scientometric and descriptive review on the debate about repressed memories and traumatic forgetting. *J Anxiety Disord.* 2023;97:102733.
524. Arce R, Selaya A, Sanmarco J, Fariña F. Implanting rich autobiographical false memories: Meta-analysis for forensic practice and judicial judgment making. *Int J Clin Health Psychol.* 2023;23(4):100386.
525. Bublitz C. When is Disbelief Epistemic Injustice? Criminal Procedure, Recovered Memories, and Deformations of the Epistemic Subject. *Criminal Law and Philosophy.* 2023;18:1-28.
526. Ahrens-Eipper S, Walter A. Psychotherapie und Strafverfahren – kein Widerspruch: Hintergründe und berufspraktische Hinweise für Psychotherapeut*innen. 2024.
527. Kildahl AN, Berggren T, Rønneberg A, Molnes CSY, Nordgarden H. A call for trauma-informed dental care for individuals with intellectual disabilities. *Spec Care Dentist.* 2024;44(4):1126-34.
528. Harris M, Fallot RD. Envisioning a trauma-informed service system: a vital paradigm shift. *New Dir Ment Health Serv.* 2001(89):3-22.
529. (SAMHSA) SAaMHSA. Practical Guide for Implementing a Trauma-Informed Approach. Rockville, MD; 2023. Report No.: SAMHSA Publication No. PEP23-06-05-005.
530. Chin B, Amin Q, Hernandez N, Wright DD, Awan MU, Plumley D, et al. Evaluating the Effectiveness of Trauma-Informed Care Frameworks in Provider Education and the Care of Traumatized Patients. *J Surg Res.* 2024;296:621-35.

531. Morra C, Nguyen K, Sieracki R, Pavlic A, Barry C. Trauma-informed Care Training in Trauma and Emergency Medicine: A Review of the Existing Curricula. *West J Emerg Med.* 2024;25(3):423-30.
532. Cole R. Reducing restraint use in a trauma center emergency room. *Nurs Clin North Am.* 2014;49(3):371-81.
533. McNamara M, Cane R, Hoffman Y, Reese C, Schwartz A, Stolbach B. Training Hospital Personnel in Trauma-Informed Care: Assessing an Interprofessional Workshop With Patients as Teachers. *Acad Pediatr.* 2021;21(1):158-64.
534. Brom D, Stokar Y, Lawi C, Nuriel-Porat V, Ziv Y, Lerner K, & Ross G. Somatic experiencing for posttraumatic stress disorder: A randomized controlled outcome study. *Journal of traumatic stress*, 2017, 30. Jg., Nr. 3, S. 304-312.
535. Bundesregierung. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonthier, Dr. Janosch Dahmen, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 19/29074 – Ansätze zur Professionalisierung und Expansion künstlerischer Therapien in der psychotherapeutischen Versorgung [Internet]. Deutscher Bundestag. 2021 Mai. Verfügbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/19/296/1929610.pdf#:~:text=matik-Psychotherapie%20hervorzuheben:%20Im%20Jahr%202019%20erhielten%20in,Rehabilitanden%201%20C3%20Leistungen%20pro%20Woche%20mit%20einer>
536. Sin J, Spain D, Furuta M, Murrells T, Norman I. Psychological interventions for post-traumatic stress disorder (PTSD) in people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jan 24;1(1):CD011464.
537. Tully PJ, Peters R, Pérès K, Anstey KJ, Tzourio C. Effect of SSRI and calcium channel blockers on depression symptoms and cognitive function in elderly persons treated for hypertension: three city cohort study. *International Psychogeriatrics.* 2018;30(9):1345-1354.
538. Desai R, Smith SM, Mohandas R, Brown J, Park H. Risk of Fractures With Concomitant Use of Calcium Channel Blockers and Selective Serotonin Reuptake Inhibitors. *Annals of Pharmacotherapy.* 2023;58(9):886-895.
539. Schreier H, Ladakakos C, Morabito D, Chapman L, Knudson MM. Posttraumatic Stress Symptoms in Children after Mild to Moderate Pediatric Trauma: A Longitudinal Examination of Symptom Prevalence, Correlates, and Parent-Child Symptom Reporting. *The Journal Of Trauma: Injury, Infection, And Critical Care* [Internet]. 1. Februar 2005;58(2):353–63.
540. Kolbe V, Büttner A. Domestic Violence Against Men-Prevalence and Risk Factors. *Dtsch Arztebl Int.* 2020 Aug 3;117(31-32):534-541.
541. Viebig-Ehlert P, Waubert De Puiseau B, Aßmann J, Bartel L, Böök K, Bühler A, u. a. Praxishinweise zum Verhältnis von Psychotherapie und Strafverfahren [Internet]. 2024. Verfügbar unter: https://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Fachpublikationen/Praxishinweise_Psychotherapie.pdf?__blob=publicationFile&v=3
542. Mental Health, Brain Health and Substance Use (MSD). Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030 [Internet]. 2021. Verfügbar unter: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

Versionsnummer:	7.0
Erstveröffentlichung:	27/02/2026
Letzte inhaltliche Überarbeitung:	27/02/2026
Nächste Überprüfung geplant:	27/02/2031

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online

S3-Leitlinie

Posttraumatische Belastungsstörung

Leitlinienreport | Fassung vom 27.02.2026

Federführung

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)

Koordination

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Konsortialpartner

Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt (KU)

Ludwig-Maximilian-Universität München (LMU)

AWMF-Register Nr. 155/ 001

Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-001>

Version: 7.0

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF23008 gefördert.

Schlüsselwörter:

Posttraumatische Belastungsstörung, PTBS, Trauma, kPTBS

Keywords:

Posttraumatic stress disorder, ptsd, cptsd, trauma

Herausgebende

Prof. Dr. Ingo Schäfer, Hamburg
Prof. Dr. Thomas Ehring, München
PD Dr. Ulrich Frommberger, Sölden
Britta Jacobsen, Hamburg
Prof. Dr. Christine Knaevelsrud, Berlin
Prof. Dr. Astrid Lampe, Schruns
Kirsten Lehmann, Hamburg
Cosima Leithner, München
Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker, Zürich
Prof. Dr. Paul Plener, Wien
Prof. Dr. Rita Rosner, Eichstätt
Bianca Schreyer, Eichstätt
Prof. Dr. Carsten Spitzer, Rostock

Federführende Fachgesellschaft

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e. V. (DeGPT)

Geschäftsstelle
Sophie-von-La-Roche-Straße 4
56077 Koblenz
Telefon: (0261) 2874 2192
info@degpt.de

Leitliniensekretariat

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52, 20246 Hamburg
Telefon: 040 / 7410-57902
zis-gs@uke.de

Bitte wie folgt zitieren:

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie. S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung, Version 7.0, 27.02.2026, Verfügbar unter:
<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-001> [Zugriff am Datum].

AWMF-Registernummer 155 - 001

Link zur Leitlinie: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-001>

Inhaltsverzeichnis

1. ZUSAMMENSETZUNG DER LEITLINIENGRUPPE	5
1.1 LEITLINIENKOORDINATION	5
1.2. BETEILIGTE FACHGESELLSCHAFTEN UND ORGANISATIONEN	6
1.3 PATIENT:INNENBETEILIGUNG	11
1.4 METHODISCHE BEGLEITUNG	11
2 INFORMATIONEN ZU DIESER LEITLINIE	12
2.1 METHODISCHE GRUNDLAGEN	12
2.2 SYSTEMATISCHE RECHERCHE UND AUSWAHL DER EVIDENZ	12
2.3 KRITISCHE BEWERTUNG DER EVIDENZ UND ERSTELLUNG VON EVIDENZZUSAMMENFASSUNGEN	19
2.4 FORMULIERUNG UND GRADUIERUNG VON EMPFEHLUNGEN UND STRUKTURIERTE KONSENSFINDUNG	20
2.5 FORMULIERUNG DER EMPFEHLUNGEN UND VERGABE VON EVIDENZ- UND/ODER EMPFEHLUNGSGRADEN	22
3. REDAKTIONELLE UNABHÄNGIGKEIT	23
3.1 FINANZIERUNG DER LEITLINIE	23
3.2 DARLEGUNG VON INTERESSEN UND UMGANG MIT INTERESSENKONFLIKTEN	23
4 EXTERNE BEGUTACHTUNG UND VERABSCHIEDUNG	25
4.1 EXTERNE BEGUTACHTUNG	25
4.2 VERABSCHIEDUNG DURCH DIE VORSTÄNDE DER BETEILIGTEN FACHGESELLSCHAFTEN UND ORGANISATIONEN	25
5 VERBREITUNG UND IMPLEMENTIERUNG	26
5.1 DOKUMENTE ZUR ANWENDUNG DER LEITLINIE	26
5.2 KONZEPT ZUR VERBREITUNG UND IMPLEMENTIERUNG	26
5.3 DISKUSSION MÖGLICHER FÖRDERLICHER UND HINDERLICHER FAKTOREN FÜR DIE ANWENDUNG DER LEITLINIE	26
5.4 MESSKRITERIEN FÜR DIE BEWERTUNG DER PROZESS - UND/ODER ERGEBNISQUALITÄT DER LEITLINIE: QUALITÄTSZIELE, QUALITÄTSINDIKATOREN	27
6 GÜLTIGKEITSDAUER UND AKTUALISIERUNGSVERFAHREN	28
6.1 DATUM DER LETZTEN INHALTLICHEN ÜBERARBEITUNG UND STATUS	28
6.2 AKTUALISIERUNGSVERFAHREN	28

1. Zusammensetzung der Leitliniengruppe

1.1 Leitlinienkoordination

Leitlinienkoordination:

Prof. Dr. med. Ingo Schäfer, MPH
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Martinistr. 52
D-20246 Hamburg
i.schaefer@uke.de

Leitliniensekretariat:

Britta Jacobsen
jacobsen@zis-hamburg.de

Kirsten Lehmann
k.lehmann@uke.de

Steuergruppe:

Prof. Dr. Thomas Ehring (Deutsche Gesellschaft für Psychologie)

PD Dr. Ulrich Frommberger (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.)

Prof. Dr. Christine Knaevelsrud (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie)

Prof. Dr. Astrid Lampe (Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik)

Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker (Ad personam)

Prof. Dr. Paul Plener (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.)

Prof. Dr. Rita Rosner (Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie Verhaltenstherapie)

Prof. Dr. Ingo Schäfer (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie)

Prof. Dr. Carsten Spitzer (Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin)

1.2. Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen

Tabelle 1: Mitglieder der Leitliniengruppe

Mandatstragende einer Fachgesellschaft	Fachgesellschaft/ Organisation	Zeitraum
Dr. Andrea Benecke	Bundespsychotherapeutenkammer	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Dr. Niels Bergemann	Deutsche Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
PD Dr. Sarah Biedermann	Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Karsten Böhm	Eye Movement Desensitization and Reprocessing International Association (EMDR) Deutschland e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Martin Bohus	Dachverband Dialektisch Behaviorale Therapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Volker Brünner	Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland BED e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Markus Burgmer	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Melanie Büttner	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e. V.; Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Martin Driessen	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Christian Dürich	Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie / psychodynamische Psychotherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Marianne Eberhard-Kaechele	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Thomas Eger	Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Thomas Ehring	Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Rebekka Eilers	Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie Verhaltenstherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Jörg Fegert	Europäische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (European Society for Child and Adolescent Psychiatry)	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Thomas Frodl	Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
PD Dr. Ulrich Frommberger	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Anna Georg	Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e.V.	01.09.2023 bis Projektende

Mandatstragende einer Fachgesellschaft	Fachgesellschaft/ Organisation	Zeitraum
Ute Graf	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Timo Harfst	Bundespsychotherapeutenkammer	01.09.2023 bis Projektende
Sabrina Heizmann	Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland BED e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Michael Henrich	Dachverband für Transkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Markus Herrmann	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Arne Hofmann	Eye Movement Desensitization and Reprocessing International Association (EMDRIA) Deutschland e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Marie Ilic	Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Ljiljana Joksimovic	Dachverband für Transkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Gudrun Kallenbach	Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e.V.	01.09.2023 bis 11.11.2024
Prof. Dr. Eva-Marie Kessler	Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Falk Kiefer	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Christine Knaevelsrud	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Volker Köllner	Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Diana Konrads	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Diana Krämer	Deutscher Verband Ergotherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Ilka Kraugmann	Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Johannes Kruse	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Wolfgang Kupsch	Deutsche Gesellschaft für klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Andreas Lachnit	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Astrid Lampe	Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Markus Landolt	Schweizerische Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychologie	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Barbara Leidl	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.	01.09.2023 bis Projektende

Mandatstragende einer Fachgesellschaft	Fachgesellschaft/ Organisation	Zeitraum
Prof. Dr. Reinhard Lindner	Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Thorsten Linne-Rotermund	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Annett Lotzin	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster	Berufsverband Österreichischer PsychologInnen	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Wolf Lütje	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Birgit Mayer	Swiss Society for Health in Intellectual Disability	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Thomas Messer	Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Frank Neuner	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Antje Orwat-Fischer	Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie / psychodynamische Psychotherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Paul Plener	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Heinrich Rau	Psychotraumazentrum der Bundeswehr	01.09.2023 bis Projektende
Olaf Reddemann	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Gitta Reuner	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Jaqueline Rixe	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Stefan Röpke	Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Rita Rosner	Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie Verhaltenstherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Tanja Sappok	Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Ingo Schäfer	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Eva Schäflein	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Julia Schellong	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende

Mandatstragende einer Fachgesellschaft	Fachgesellschaft/ Organisation	Zeitraum
Dr. Sandra Scheuer	Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Ulrike Schmidt	Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Anke Schreiner	Deutscher Verband Ergotherapeuten e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Sarah Schroth	Deutsche Gesellschaft für klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Carsten Spitzer	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Alex Stern	Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Gerd Willmund	Psychotraumazentrum der Bundeswehr	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Lutz Wittmann	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Thomas Wochele-Thoma	Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Susanne Wurm	Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
Weitere Teilnehmende	Funktion & Fachgesellschaft/ Organisation	Zeitraum
Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker	Steuergruppenmitglied	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Rahel Bachem	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Robert Bering	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Maria Böttche	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Laycen Chuey-Ferrer	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Ulrich Elbing	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Heide Glaesmer	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Birgit Kleim	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
Cosima Leithner	AG- Mitarbeit, Leitliniensekretariat	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Tanja Michael	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Helen Niemeyer	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende

Weitere Teilnehmende	Funktion & Fachgesellschaft/ Organisation	Zeitraum
Dr. Laura Nohr	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Cedric Sachser	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Inga Schalinski	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
Bianca Schreyer	AG- Mitarbeit, Leitliniensekretariat	01.09.2023 bis Projektende
Verena Semmlinger	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Nadine Stammel	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Regina Steil	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
Dr. Kerstin Stellermann-Strehlow	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
PD Dr. Myriam Thoma	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Roland Weierstall-Pust	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende

Die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft und Deutsche Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaft konnten aufgrund von mangelnder personeller Ressourcen nicht teilnehmen. Als mögliche Patient:innenvertretung wurde die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. angefragt, diese konnten jedoch aufgrund von mangelnder personeller Ressourcen nicht teilnehmen.

Arbeitsgruppen

Diese Leitlinie besteht aus folgenden AGs:

1. **Diagnostik** (Christine Knaevelsrud (Leitung), Brigitte Lueger-Schuster (Co-Leitung))
2. **Psychotherapeutische Behandlung** (Thomas Ehring (Leitung), Lutz Wittmann (Co-Leitung))
3. **Pharmakotherapeutische Verfahren** (Stefan Röpke (Leitung), Ulrike Schmidt (Co-Leitung))
4. **Adjuvante Verfahren** (Robert Bering (Leitung), Tanja Michael (Co-Leitung))
5. **Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung** (Andreas Maercker (Leitung), Annett Lotzin (Co-Leitung))
6. **Komorbide Psychische Störungen** (Ingo Schäfer (Leitung))
7. **Behandlung von älteren Personen** (Heide Glaesmer (Leitung), Susanne Wurm (Co-Leitung))
8. **Behandlung von Erwachsenen mit Fluchthintergrund** (Maria Böttche (Leitung), Annett Lotzin (Co-Leitung))
9. **Behandlung von Erwachsenen mit Störung der Intelligenzentwicklung (SIE)** (Ulrich Elbing (Leitung), Birgit Mayer (Co-Leitung))
10. **Kinder und Jugendliche** (Rita Rosner (Leitung))
 - **Diagnostik** der PTBS bei Kindern und Jugendlichen (Markus Landolt und Cedric Sachser (Co-Leitung))
 - **Behandlung** der PTBS bei Kindern und Jugendlichen (Rita Rosner (Leitung), Paul Plener (Co-Leitung))
11. **Allgemeine Behandlungsprinzipien** (Julia Schellong (Leitung))

1.3 Patient:innenbeteiligung

Die Leitlinie wurde unter direkter Beteiligung von Vertretenden der Patient:innen erstellt. Frau Ilka Kraugmann und Herr Alex Stern des Betroffenenrats der Unabhängigen Bundesbeauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) waren stimmberechtigt und vom 01.09.2023 bis zum Ende des Projekts an der Erstellung der Leitlinie beteiligt. Als zusätzliche Patient:innenvertretung wurde die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. angefragt, die jedoch aufgrund von mangelnden personellen Ressourcen nicht teilnehmen konnte.

1.4 Methodische Begleitung

Bei der Erstellung/Aktualisierung wurde die Leitlinie durch Prof. Dr. Ina B. Kopp und Frauke Schwier, AWMF Leitlinienberaterinnen, methodisch beraten und neutral moderiert.

Die Evidenzaufbereitung erfolgte durch Mitarbeitende des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (Britta Jacobsen (BJ) und Kirsten Lehmann (KL)), der Ludwig-Maximilians-Universität München (Cosima Leithner (CL)) und der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt (Bianca Schreyer (BS)).

2 Informationen zu dieser Leitlinie

2.1 Methodische Grundlagen

Die Methodik zur Erstellung dieser Leitlinie richtet sich nach dem AWMF-Regelwerk (Version 2.0 vom 19.11.2020 sowie Version 2.1 vom 05.09.2023). Auf der Grundlage, der von den Arbeitsgruppen (AGs) erstellten klinischen Fragestellungen, welche auf dem PICO-Schema (Patient, Intervention, Control, Outcomes) basierten (s. Anlage 2), wurde in verschiedenen wissenschaftlichen Datenbanken systematisch nach aggregierter sowie primärer Evidenz recherchiert. Die folgenden Kapitel beinhalten eine ausführliche Beschreibung der systematischen Recherchen und Auswahl der Evidenz.

2.2 Systematische Recherche und Auswahl der Evidenz

2.2.1 Fragestellungen und Endpunkte

In einem ersten Schritt wurde geprüft, ob die bisherigen Fragestellungen der Leitlinie übernommen werden konnten oder im Rahmen der Aktualisierung neu formuliert werden mussten. Aufgrund des aktuellen AWMF-Regelwerkes musste schließlich wie bei der Entwicklung einer neuen Leitlinie vorgegangen werden und die jeweiligen AGs erstellten mithilfe des Leitliniensekretariates die klinischen Fragestellungen im PICO-Format. Nach der Sammlung relevanter Endpunkte wurden diese auf maximal sechs Endpunkte begrenzt und dann durch die AG priorisiert. Die finalen PICO-Fragen bzw. klinischen Fragestellungen wurden schließlich mit der AWMF abgestimmt.

2.1.2 Systematische Recherche

Über alle Rechschritte hinweg waren Inklusionsgründe für den Einschluss von identifizierten Arbeiten die deutsche und englische Sprache, die Übertragbarkeit auf das deutsche Versorgungssystem (u.a. durch die jeweiligen AGs eingeschätzt) sowie das Erfüllen der jeweiligen PICO-Inhalte. Bei den Primärdaten wurde zudem geprüft, ob die Arbeiten, die nach dem Volltextscreening inkludiert werden sollten, bereits in für die entsprechende PICO-Frage eingeschlossene aggregierte Evidenz eingeflossen sind.

Die Recherchetreffer der jeweiligen Datenbanken wurden in das Literaturverwaltungsprogramm Citavi eingepflegt und Duplikate durch das Programm automatisch entfernt. Während des Screeningprozesses wurden Duplikate, welche nicht durch das Programm entfernt wurden, manuell markiert, dokumentiert und entfernt.

Durch jeweils zwei Personen erfolgte ein konsekutives Titel-, Abstract- und Volltextscreening. Unstimmigkeiten in Bezug auf einzelne Beurteilungen wurden bis zur Konsenserreichung durch Diskussionen gelöst, wozu eine dritte oder auch vierte Person hinzugezogen wurde.

Recherche nach aggregierter Evidenz

In einem ersten Schritt wurde für jede PICO-Frage der 11 AGs nach aggregierter Evidenz recherchiert. Für jede PICO-Frage wurden individuelle Literatursuchen durchgeführt (die vollständigen Syntaxen sind in Anlage 3 zu finden). Ausnahmen stellten Fälle dar, in denen sich die Suchtermini zwischen den PICO-Fragen nicht unterschieden.

Die Suchen wurden im Allgemeinen nicht begrenzt auf einen bestimmten Publikationszeitraum. Ausnahmen stellten Suchen für die AGs Psychotherapeutische Behandlung, Komorbide Psychische Störungen und Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen dar, für welche ausschließlich Publikationen ab 2013 auf Grund der Summe an Publikationen gesucht wurden sowie die AG Diagnostik, für welche nach Rücksprache mit der AG Publikationen ab 2007 gesucht wurden. Die erste Suche wurde für die AG Psychotherapeutische Behandlung am 12.12.2023 durchgeführt, die letzte für die Diagnostik-Fragestellungen der AG Kinder und Jugendliche am 20.11.2024. Für alle PICO-Fragen fand die Suche in den Onlinedatenbanken PubMed (inkl. MEDLINE), Epistemonikos, Psynindex und PsycInfo via EBSCOhost, sowie Web of Science statt.

Aufgrund der hohen Anzahl an PICO-Fragen und Recherchevorgänge werden die Ergebnisse der Suche tabellarisch dargestellt (s. Tabelle 2). Zusätzlich sind in Anlage 4 die im Volltext-Screening ausgeschlossenen Publikationen mit Ausschlussgrund aufgelistet.

Es wurde eine Gesamtzahl von 21.013 Publikationen für die aggregierte Literatursuche identifiziert und gesichtet. Nach der Volltext-Prüfung von 850 Publikationen wurden 218 Publikationen inkludiert.

Recherche nach Primärdaten

Da die identifizierte aggregierte Evidenz die klinischen Fragestellungen dieser Leitlinie nicht in Gänze beantworten konnten, wurden zusätzliche Primärdatenrecherchen (Randomisierte Kontrollstudien und Kohortenstudien) durchgeführt. Letzteres war der Fall, wenn die PICO-Frage nicht hinsichtlich der ersten drei der hierarchisch geordneten Outcomes beantwortet werden konnte, basierend auf der Suche nach aggregierter Evidenz. Wie bei der Recherche nach aggregierter Evidenz wurden für jede PICO-Frage individuelle Literatursuchen durchgeführt (die vollständigen Syntaxen sind in Anlage 3 zu finden). Ausnahmen stellten Fälle dar, in denen sich die Suchtermini zwischen PICO-Fragen nicht unterschieden.

Die Suchzeiträume entsprachen denen für die Suche nach aggregierter Evidenz (s.o.). Ausnahmen stellten AGs dar, in welchen umfassende aggregierte Evidenz vorlag, die eine Suche nach dem entsprechenden Outcome umfasste. In diesen Fällen wurde das Suchdatum entsprechend dem der

aggregierten Evidenz festgelegt. Für alle PICO-Fragen fand die Suche in den Onlinedatenbanken PubMed (inkl. MEDLINE), Epistemonikos, Psynex und PsycInfo via EBSCOhost, sowie Web of Science statt.

Es wurde eine Gesamtzahl von 10.416 Publikationen für die Literatursuche der Primärevidenz identifiziert und gesichtet. Nach der Volltext-Prüfung von 221 Publikationen wurden 63 Publikationen inkludiert (s. Tabelle 2).

Insgesamt wurden 30.905 Publikationen und 1.059 Volltexte identifiziert und gesichtet sowie 281 Publikationen inkludiert. Detaillierte Angaben können Tabelle 2 entnommen werden. Zusätzlich sind in Anlage 4 die im Volltext-Screening ausgeschlossenen Publikationen mit Ausschlussgrund aufgelistet.

Die systematische Literatursuche führte dazu, dass auf Grund der Evidenzlage 18 klinische Empfehlungen formuliert werden konnten, während die Evidenzlage für die restlichen klinischen Fragestellungen so gering war, dass 48 Expert:innenkonsense dazu formuliert wurden. Zusätzlich wurden 4 Statements formuliert.

Tabelle 2. Übersicht der Ergebnisse der Recherche zur Aggregierten Evidenz und Primärdaten

AG	PICO(s)	Ergebnisse nach automatischer Duplikatenentfernung	Manuelle Duplikatenentfernung	Exkludiert im Titel- und Abstractscreening	Inkludiert im Volltext-Screening	Inkludiert
Diagnostik	Aggregierte Evidenz					
	1	633	5	598	34	17
	2	15	0	10	5	1
	3	116	4	110	5	4
Psychotherapie	Aggregierte Evidenz					
	1	3082	25	3015	64	34
	2	1431	23	1375	55	12
	3	366	5	353	13	5
	4	338	7	297	38	17
	5	732	15	710	20	5
	6	489	10	468	22	10
	7	253	9	249	4	1
	Primärdaten					
	4	257	1	255	2	0
	7	307	1	305	2	0
Pharmakotherapie	Aggregierte Evidenz					
	1	169	6	134	33	17
	2	973	4	942	29	12
	3	361	16	299	35	2
	4	86	21	79	6	1
	5	288	23	268	17	2
	6	33	0	29	4	0
	7	262	4	242	17	2
	Primärdaten					
	7	142	6	140	2	1
Adjuvante Verfahren	Aggregierte Evidenz					
	1	8	0	5	3	0
	2	669	18	624	43	4
	3	325	9	316	9	0

AG	PICO(s)	Ergebnisse nach automatischer Duplikatenentfernung	Manuelle Duplikatenentfernung	Exkludiert im Titel- und Abstractscreening	Inkludiert im Volltext-Screening	Inkludiert
Adjuvante Verfahren	Aggregierte Evidenz					
	4	91	1	82	9	0
	Primärdaten					
	4	840	4	806	31	14
Behandlung der komplexen PTBS	Aggregierte Evidenz					
	1-3	378	2	351	26	2
Komorbidität	Aggregierte Evidenz					
	1	1782	30	1761	21	6
	2	352	11	345	7	0
	3	473	13	455	18	0
	4	5	0	2	3	0
	Primärdaten					
	1	563	1	553	10	6
	2	428	6	423	4	0
	3	327	6	326	1	0
	4	26	1	20	6	1
Ältere	Aggregierte Evidenz					
	1+2	284	5	269	12	2
	3	135	7	6	6	2
	4	39	2	36	3	2
	5	586	8	584	2	2
	Primärdaten					
	1+2	484	6	471	13	9
	3	147	1	147	0	2
Fluchthintergrund	Aggregierte Evidenz					
	1+2	212	1	207	4	0
	3	190	18	168	22	8

AG	PICO(s)	Ergebnisse nach automatischer Duplikatenentfernung	Manuelle Duplikatenentfernung	Exkludiert im Titel- und Abstractscreening	Inkludiert im Volltext-Screening	Inkludiert
Fluchthintergrund	Aggregierte Evidenz					
	4	33	1	31	2	0
	5	11	0	8	3	0
	Primärdaten					
	1+2	385	6	367	8	8
	3	118	3	107	11	4
	4	173	1	169	4	0
	5	58	0	54	5	3
	6	179	3	173	6	4
Behandlung von Erwachsenen mit Störung der Intelligenzentwicklung (SIE)	Aggregierte Evidenz					
	1-6	524	4	512	12	0
	Primärdaten					
	1-6	684	11	655	26	3
Kinder und Jugendliche (Diagnostik)	Aggregierte Evidenz					
	1	150	2	143	7	2
	2	294	4	273	21	6
	3	142	0	140	2	0
Kinder und Jugendliche (Behandlung)	Aggregierte Evidenz					
	1	346	3	321	22	3
	2	871	6	812	55	16
	3	356	7	293	60	13
	4	176	1	153	21	0
	5	447	6	438	9	2
	6	122	1	116	5	1
	Primärdaten					
	1	301	2	292	9	2
	2 Toddler	155	0	142	13	0
	2 kPTBS	506	6	485	20	6

AG	PICO(s)	Ergebnisse nach automatischer Duplikatenentfernung	Manuelle Duplikatenentfernung	Exkludiert im Titel- und Abstractscreening	Inkludiert im Volltext-Screening	Inkludiert
Kinder und Jugendliche (Behandlung)	Primärdaten					
	4	1090	7	1079	9	0
Allgemeine Behandlungsprinzipien	Aggregierte Evidenz					
	1	193	3	176	16	2
	2	443	4	440	3	0
	3	84	1	82	2	0
	4	479	4	460	19	1
	5	666	13	664	2	2
	6	520	3	520	0	0
	Primärdaten					
	1	397	10	391	6	0
	2	1415	14	1414	1	0
	4	528	4	508	20	0
	6	382	1	382	0	0

Auswahl der Evidenz

Der Großteil der potenziell zu inkludierenden Volltexte wurde erneut in einem zeitgleichen Prozess von BS und CL gescreent und eine mögliche Inklusion miteinander diskutiert. Unterstützt wurde das Volltextscreening durch BJ und KL. In Fällen, in denen Publikationen von dem Leitliniensekretariat als relevant eingestuft wurden, wurden diese an die jeweilige AG(-Leitung) übersandt und diese entschied, ob die Publikationen final inkludiert werden. In einzelnen Fällen wurden Publikationen nachträglich exkludiert, wenn diese inhaltliche und methodische Mängel während der systematischen Bewertung aufwiesen.

2.3 Kritische Bewertung der Evidenz und Erstellung von Evidenzzusammenfassungen

In Rücksprache mit der entsprechenden AG wurde die inhaltlich passendste und methodisch beste Evidenz identifiziert und hierfür durch BS und CL ein GRADE-Profil erstellt. Für jedes Outcome einer PICO-Frage wurde, sofern aggregierte Evidenz vorlag, ein systematisches Review bzw. eine Metaanalyse für das GRADE-Profil herangezogen. Für den Fall, dass ausschließlich Primärdaten vorlagen, wurden im GRADE-Profil die geeignetsten Studien zusammengefasst. Die identifizierten Publikationen wurden kritisch in Bezug auf ihre Methodik bewertet (aggregierte Evidenz wurde mit dem *A Measurement Tool for the Assessment of Multiple Systematic Reviews* (AMSTAR) 2-Instrument, randomisierte kontrollierte Primärdaten mit dem *Risk of Bias* (RoB) 2-Instrument und nicht randomisierte klinische Studien mit dem ROBINS I-Instrument bewertet). Der Großteil der Studien wurde von Hilfskräften aus der LMU und KU (FP und JD) bewertet. Unklarheiten und Unsicherheiten einzelner Beurteilungen wurden mit BS und CL gemeinsam gelöst. Die Zusammenfassungen der Publikationen erfolgten meistens durch FP oder JD und wurden stets durch eine zweite Person (BS oder CL) geprüft. Für die AG Diagnostik sowie die diagnostischen Fragestellungen der AG Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen wurden keine Bewertungen der Evidenz vorgenommen, sondern ausschließlich Zusammenfassungen erstellt. Dies war durch die mangelnde Eignung der oben genannten Bewertungsinstrumente für das Studiendesign der für diese AGs eingeschlossenen Evidenz begründet.

2.4 Formulierung und Graduierung von Empfehlungen und strukturierte Konsensfindung

2.4.1 Verknüpfung von Evidenz und Empfehlung

Auf der Basis der inkludierten Evidenz wurden von den AGs Empfehlungen zu ihren jeweiligen Fragestellungen formuliert. Dabei wurde die jeweilige methodische Qualität der gefundenen Publikationen berücksichtigt. Lag keine Evidenz vor, beruhten die Formulierungen auf Evidenz, die nicht den Kriterien der systematischen Recherchen entsprachen und/oder den Erfahrungen der beteiligten Expert:innen.

2.4.2 Strukturierte Konsensfindung: Verfahren und Durchführung

Die Diskussion und Verabschiedung der Empfehlungen erfolgten unter Einsatz der *Strukturierten Konsensuskonferenz* entsprechend dem Vorschlag der US-amerikanischen National Institutes of Health (NIH-Typ). In den jeweiligen AGs wurden auf der Grundlage der Rechercheergebnisse Empfehlungen formuliert und deren Graduierung gemäß dem dreistufigen Schema zur Graduierung von Empfehlungen (siehe Tabelle 3) vorgeschlagen. Ab dem Zeitpunkt der Evidenzübermittlung durch das Leitliniensekretariat an die AGs konnten diese mit der Ausarbeitung von Empfehlungen beginnen. Zudem wurden für die jeweiligen Leitlinienkapitel die Hintergrundtexte formuliert. Die Arbeitsergebnisse wurden dem Leitliniensekretariat eingereicht und dort gesichtet. Eventuelle Unklarheiten und/oder Überarbeitungswünsche wurden an die AGs zurückgemeldet. Die überarbeiteten Leitlinienkapitel inkl. der abzustimmenden Empfehlungen wurden zur Vorbereitung auf die Konsensuskonferenzen der Leitliniengruppe sowie der AWMF-Beratung zur Verfügung gestellt. In strukturierten Konsensuskonferenzen, welche ausnahmslos online stattfanden, wurden die erarbeiteten Empfehlungen verabschiedet. Die zu konsentierenden Empfehlungen und aktuellen Versionen der Hintergrundtexte wurden der Leitliniengruppe gemeinsam mit der aufbereiteten Evidenz rechtzeitig zugänglich gemacht. In Einzelfällen wurden Empfehlungen ad hoc in der Konsensuskonferenz von der Leitliniengruppe formuliert. Jede Konsensuskonferenz wurde mit der Darlegung der für die betreffende Sitzung relevante Evidenz eingeführt (Präsentation der Evidenzgrundlage, Rationale und Empfehlungen durch die AGs) und im Plenum konnten die Teilnehmenden Rückfragen und begründete Änderungsanträge stellen. Die Konferenzen wurden von in der Begleitung entsprechender Prozesse erfahrenen Leitlinienberaterinnen der AWMF neutral moderiert (Prof. Dr. Ina B. Kopp und Frauke Schwier). Nach ausreichender Diskussion zu den Empfehlungen und Änderungsanträgen wurden diese abgestimmt, bei Bedarf wurden Dissense

diskutiert, Alternativvorschläge erarbeitet und diese endgültig abgestimmt. Die Konsensstärke (Anteil der Zustimmung der Leitliniengruppe zu einer Empfehlung) wurde gemäß des AWMF-Regelwerks klassifiziert:

- Starker Konsens: Zustimmung von > 95 % der Stimmberechtigten
- Konsens: Zustimmung von > 75 – 95 % der Stimmberechtigten
- Mehrheitliche Zustimmung: Zustimmung von > 50 – 75 % der Stimmberechtigten
- Keine mehrheitliche Zustimmung: Zustimmung von ≤ 50 % der Stimmberechtigten

Ein Konsens mit Annahme der Empfehlung war bei einer Zustimmung von > 75 % der abstimmenden Mandatstragenden erzielt. Enthaltungen aufgrund von Interessenkonflikten wurden von der Grundgesamtheit der abstimmenden Mandatstragenden abgezogen. Wie von der AWMF in der Beratung vorgegeben, wurden Stimmenthaltungen von abstimmungsberechtigten Personen nicht aus der Grundgesamtheit herausgerechnet, was bedeutet, dass alle abgegebenen Stimmen (Zustimmungen, Ablehnungen, Enthaltungen) berücksichtigt wurden, ohne die Enthaltungen bei der Berechnung der Ergebnisquote herauszurechnen. Die Konsensstärke wird für jede Empfehlung angegeben.

Hinweis: Der Anteil derjenigen Empfehlungen, die evidenzbasiert sind, lag bei 18 (25,7%), der konsensbasierten Empfehlungen bei 48 (68,6%). Zusätzlich wurden 4 Statements formuliert (5,7%). Dies entspricht nicht der Empfehlung der AWMF-Leitlinien-Kommission, dass mindestens 50% formal evidenzbasierte Empfehlungen in einer S3-Leitlinie vorhanden sein müssen. Der Grund für die Abweichung davon in dieser Leitlinie ist, dass zu verschiedenen, als relevant erachteten Bereichen (z.B. der Diagnostik der PTBS), trotz intensiver systematischer Recherchen teilweise keine Publikationen identifiziert werden konnten, die den Suchkriterien entsprachen. Dies weist auf existierende Forschungslücken zu manchen der in der Leitlinie thematisierten Bereichen hin. Trotz dessen entschied sich die Steuergruppe und Projektleitung nach Rücksprache zum Beibehalt der S3-Stufe, da das methodische Vorgehen einer solchen entspricht und in Bezug auf zentrale Themenfelder (z.B. die psychotherapeutische Behandlung der PTBS betreffend) eine hervorragende Evidenzbasis existiert.

2.4.3 Berücksichtigung von Nutzen, Nebenwirkungen und Risiken

Während der Formulierung, der Diskussion und der Konsentierung aller Empfehlungen wurden der gesundheitliche Nutzen, mögliche Nebenwirkungen und Risiken berücksichtigt und in den jeweiligen Kapiteln formuliert. Die Leitliniengruppe war zur Unterstützung ihrer Entscheidungsprozesse stets angehalten, den strukturierten Ansatz *Evidence to Decision Framework* (EtD) anzuwenden.

2.5 Formulierung der Empfehlungen und Vergabe von Evidenz- und/oder Empfehlungsgraden

Alle AGs diskutierten und formulierten Vorschläge für Empfehlungen und deren Stärke, die im Anschluss in den Konsensuskonferenzen vorgestellt und unter Moderation der AWMF durch alle Anwesenden diskutiert wurden. Änderungsvorschläge wurden begründet

vorgelegt und konsentiert. Die Graduierung der Empfehlungen basiert, wie im AWMF-Regelwerk beschrieben, auf einer Nutzen-Schaden-Abwägung, dem Vertrauen in die identifizierte Evidenz, den Ansichten und Präferenzen der betroffenen Patient:innen (repräsentiert durch die Patient:innen-Vertreter:innen) sowie der klinischen Expertise der Leitliniengruppe. Im Rahmen der Konsensuskonferenzen wurde zur Verabschiedung der Empfehlungen die methodisch aufbereitete Evidenz unter klinischen Gesichtspunkten betrachtet und die Empfehlungen auf dieser Grundlage diskutiert. Empfehlungen und ihre Stärke wurden nach Diskussion in der Konsensuskonferenz ggf. angepasst. Begründungen für die Empfehlungsgrade wurden in den Hintergrundtexten adressiert. Im gesamten Leitlinienprozess wurde das dreistufige Schema zur Graduierung von Empfehlungen verwendet (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Dreistufiges Schema zur Graduierung von Empfehlungen

Symbol	Empfehlungsgrad	Beschreibung	Formulierung
↑↑	A	Starke Empfehlung	Soll/soll nicht
↑	B	Empfehlung	Sollte/sollte nicht
↔	O	Empfehlung offen	Kann erwogen werden/kann verzichtet werden

3. Redaktionelle Unabhängigkeit

3.1 Finanzierung der Leitlinie

Die Finanzierung der Leitlinienerstellung durch den Innovationsfonds des Innovationsausschusses des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) (Förderkennzeichen 01VSF23008, finanzierte Projektlaufzeit 01.09.2023 bis 31.05.2025). Die finanzierende Organisation nahm keinen Einfluss auf die Inhalte der Leitlinie.

3.2 Darlegung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten

Die Interessenerklärungen der gesamten Leitliniengruppe, der AWMF-Beraterinnen bzw. Moderatorinnen und derjenigen Personen, die die Interessen bewerteten, wurden webbasiert mittels der AWMF-Anwendung „Interessenerklärung Online“ (<https://interessenerklaerung-online.awmf.org>) schriftlich eingeholt (s. Anlage 6). Die Erklärungen wurden vom Leitliniensekretariat (Kirsten Lehmann, Britta Jacobsen, Hannah Müller, Deborah Werner) bewertet, wobei das AWMF-Regelwerk zugrunde gelegt wurde. Eine Fremdbewertung der dargelegten Interessen erfolgte auch für diejenigen, die Interessen bewerteten (durch die jeweils anderen Bewerterinnen). Zur Bewertung wurde eingeschätzt, ob Interessenkonflikte vorliegen und falls ja, ob diese einen thematischen Bezug zur Leitlinie insgesamt und/oder in Bezug auf spezifische Fragestellungen, die in der Leitlinie adressiert werden, aufwiesen. Als relevant eingeschätzte Interessenkonflikte wurden auf einer Skala von 1 bis 3 (gering/moderat/hoch) unter Berücksichtigung von Kriterien zur Feststellung der Ausprägung der Interessen und des Ausmaßes des daraus eventuell resultierenden Konflikts bewertet (s. Tabelle 4).

Dabei konnten bei einigen Personen geringe bis moderate thematisch relevante Interessenkonflikte identifiziert werden. Bei geringen Interessenkonflikten wurde sichergestellt, dass keine leitenden Funktionen innerhalb der Leitliniengruppe ausgeübt wurden. Personen mit moderaten Interessenkonflikten haben nicht an den entsprechenden Abstimmungen teilgenommen. AWMF-Leitlinienberaterinnen standen bei Rückfragen zum Bewertungsprozess beratend zur Seite. Als protektive Faktoren, die einer Verzerrung durch Interessenkonflikte entgegenwirkten, können die pluralistische Zusammensetzung der Leitliniengruppe, die strukturierte Konsensfindung unter neutraler Moderation sowie die Diskussionen zu den Interessen und der Umgang mit Interessenkonflikten zu Beginn der Konsensuskonferenzen gewertet werden.

Tabelle 4: Kategorisierung der Interessenkonflikte nach AWMF-Regelwerk

Ausprägung Interessenkonflikt	Umstände für diese Kategorie	Konsequenz
Keine	-	-
Gering	• Einzelne Vorträge finanziert von der Industrie	Limitierung von Leitungsfunktion insgesamt (Koordination, ggf. Peer) oder für die thematisch befasste AG (Leitung, ggf. Peer)
Moderat	• Tätigkeit in einem industriefinanzierten Advisory Board/Wiss. Beirat/als Gutachter Managementverantwortung industriefinanzierte Studie(n) • Federführung bei Fort-/Weiterbildung mit direkter Industriefinanzierung Regelmäßige Vortragstätigkeit für bestimmte Firmen • Aktienbesitz einzelner Firmen	Keine Abstimmung für die thematisch relevanten Empfehlungen oder Doppelabstimmung
Hoch	• Eigentumsinteresse • Arbeitsverhältnis bei der Industrie • Hoher Aktienbesitz einzelner Firmen	Keine Teilnahme an thematisch relevanten Beratungen und keine Abstimmung

4 Externe Begutachtung und Verabschiedung

4.1 Externe Begutachtung

Eine externe Begutachtung der Leitlinie erfolgte nicht.

4.2 Verabschiedung durch die Vorstände der beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen

Die Leitlinie wurde im Zeitraum vom 14.11.2025 bis 29.01.2026 von den beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen verabschiedet. Hierzu wurde das Leitliniendokument an die Fachgesellschaften und Organisationen versandt und der jeweilige Vorgang beim formalen Verabschiedungsprozess erfragt (z.B. Verabschiedung durch die Vorstände, zuständigen Personen bzw. Leitlinienkommissionen der beteiligten Fachgesellschaften oder Verabschiedung durch die Mandatstragenden). In der Folge wurden etwaige redaktionelle Änderungswünsche geprüft und ggf. umgesetzt.

5 Verbreitung und Implementierung

5.1 Dokumente zur Anwendung der Leitlinie

- S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörungen
- Leitlinienreport
- Anlage 1: Anmerkungen der Patient:innenvertretung
- Anlage 2: Klinische PICO-Fragen
- Anlage 3: Suchstrategien
- Anlage 4: Flussdiagramme der Aggregierten Evidenz und Primärdaten
- Anlage 5: Evidenztabelle, GRADE-Profil, AMSTAR-2-Profil, RoB-2-Profil und SIGN-Profil
- Anlage 6: Angaben zu Interessenkonflikten
- Anlage 7: Informationsblatt für Betroffene
- Anlage 8: Ergänzende Ressourcen der AGs

Alle Inhalte der Leitlinie sind abrufbar unter:

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-001>

Registernummer: 155/ 001

5.2 Konzept zur Verbreitung und Implementierung

Neben der Publikation des Leitliniendokuments über die AWMF ist vorgesehen, die Leitlinie als Buchversion über den Springer-Verlag zu veröffentlichen. Zudem sind wissenschaftliche Publikationen in Fachzeitschriften geplant und die Ergebnisse werden auf Fachtagen und Konferenzen präsentieren.

5.3 Diskussion möglicher förderlicher und hinderlicher Faktoren für die Anwendung der Leitlinie

Die Anwendung der vorliegenden AWMF-Leitlinie in der klinischen Praxis kann durch verschiedene förderliche und hinderliche Faktoren beeinflusst werden.

Förderliche Faktoren:

- Qualität der Empfehlungen: Systematisch recherchierte und leicht verständliche Empfehlungen.
- Zugänglichkeit: Niedrigschwellige Verfügbarkeit der Leitlinien in elektronischer Form über die AWMF-Website.
- Interdisziplinäre Leitlinienerstellung: Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen, welche die Anwendung erleichtert und die Perspektiven mehrerer Professionen integriert.
- Patient:inneneinbezug: Einbezug einer Patient:innenvertretung in den Leitlinienprozess.

Hinderliche Faktoren:

- Zeitmangel in der Praxis: Hoher Zeitdruck im klinischen Alltag, der es schwer macht, Leitlinien zu konsultieren und umzusetzen.
- Mangelnde Bekanntheit: Unzureichendes Wissen über die Existenz oder den Inhalt der Leitlinien in der Fachgemeinschaft.
- Ressourcenmangel: Fehlende finanzielle oder personelle Ressourcen zur Schulung des Personals oder zur Bereitstellung der notwendigen Infrastruktur.

5.4 Messkriterien für die Bewertung der Prozess - und/oder Ergebnisqualität der Leitlinie:

Qualitätsziele, Qualitätsindikatoren

Vorschläge für mögliche Qualitätsziele

- Zugang zu Behandlungsangeboten: Sicherstellung, dass Patient:innen Zugang zu Diagnostik und Therapie erhalten.
- Evidenzbasierte Behandlung: Förderung der Anwendung evidenzbasierter Therapien und Interventionen.
- Patient:innenzufriedenheit: Erhöhung der Zufriedenheit der Patient:innen mit der ärztlichen Behandlung.
- Verbesserung der Lebensqualität: Steigerung der Lebensqualität der Patient:innen durch effektive Behandlung.

Vorschläge für mögliche Qualitätsindikatoren

Prozessqualität:

- Zugang zu Unterstützungsangeboten: Anteil der Patient:innen, die Zugang zu psychosozialer Unterstützung erhalten.
- Schulung des medizinischen Personals: Prozentsatz des Personals, das Schulungen zur PTBS und deren Behandlung durchlaufen hat.

Ergebnisqualität:

- PTBS: Reduktion der PTBS-Symptomatik.
- Lebensqualität: Verbesserung der Lebensqualität der Patient:innen.
- Patient:innenzufriedenheit: Ausmaß der Zufriedenheit mit der Behandlung.

6 Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

6.1 Datum der letzten inhaltlichen Überarbeitung und Status

Die vorliegende Leitlinie ist ab dem 27.02.2026 bis zur nächsten Aktualisierung gültig (geplant bis 27.02.2031).

6.2 Aktualisierungsverfahren

Die Gültigkeitsdauer der vorliegenden Leitlinie beträgt maximal fünf Jahre und ist abhängig vom eingeschätzten Aktualisierungsbedarf. Kommentare und Hinweise für den Aktualisierungsprozess sind ausdrücklich erwünscht und können an das Leitliniensekretariat gesendet werden. Nach Ablauf der Gültigkeit ist beabsichtigt, die Leitlinie gemäß AWMF-Regelwerk zu aktualisieren.

Versionsnummer:	7.0
Erstveröffentlichung:	27/02/2026
Letzte inhaltliche Überarbeitung:	27/02/2026
Nächste Überprüfung geplant:	27/02/2031

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online