

Gehringer R<sup>1\*</sup>; Freytag A<sup>1\*</sup>; Krause, M<sup>1</sup>; Schlattmann P<sup>2</sup>; Schmidt K<sup>1</sup>; Schulz S<sup>1</sup>; Zedulka SJ<sup>1</sup>; Grininger J<sup>3</sup>; Berger M<sup>4</sup>; Vollmar HC<sup>1†</sup>; Gensichen J<sup>3†</sup>  
 1 Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena; 2 Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Dokumentation, Universitätsklinikum Jena  
 3 Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München 4 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg  
 \*/† geteilte Erst- bzw. Letztautorenschaft

## Einleitung

Menschen mit posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) suchen oft zunächst mit unspezifischen Symptomen ihren Hausarzt auf. In der Primärversorgung wird die Prävalenz von PTBS zwischen 2-15% geschätzt. Im Schnitt vergehen 12 Jahre von der Krankheitsmanifestation bis zu einem ersten Gespräch mit medizinischem Personal über das Störungsbild. Trotz verschiedener evidenzbasierter Psychotherapieverfahren, die für spezialisierte Settings existieren, ist die Versorgung von Menschen mit PTBS schwierig. Entsprechend wurden niedrigschwellige Therapieansätze entwickelt, die u.a. psychologische Interventionen bereits in die Primärversorgung integrieren.

**Fragestellung:** Wie effektiv sind psychologische Interventionen für PTBS in der Primärversorgung? Durch welche Komponenten sind diese Interventionen charakterisiert? Welche Versorger sind in die Intervention involviert, welche Aufgaben übernehmen sie und wie interagieren sie untereinander?

## Methoden

### Suche

Registrierung des Studienprotokolls auf Prospero (2017:CRD42017060123).  
 Datenbanken: Medline, Embase, Cochrane Central Register of Controlled Trials, CINAHL, PsycINFO, zusätzlich Kongressbände und Referenzlisten bis 11/2016. Keine Limitationen bzgl. Sprache oder Publikationsjahr

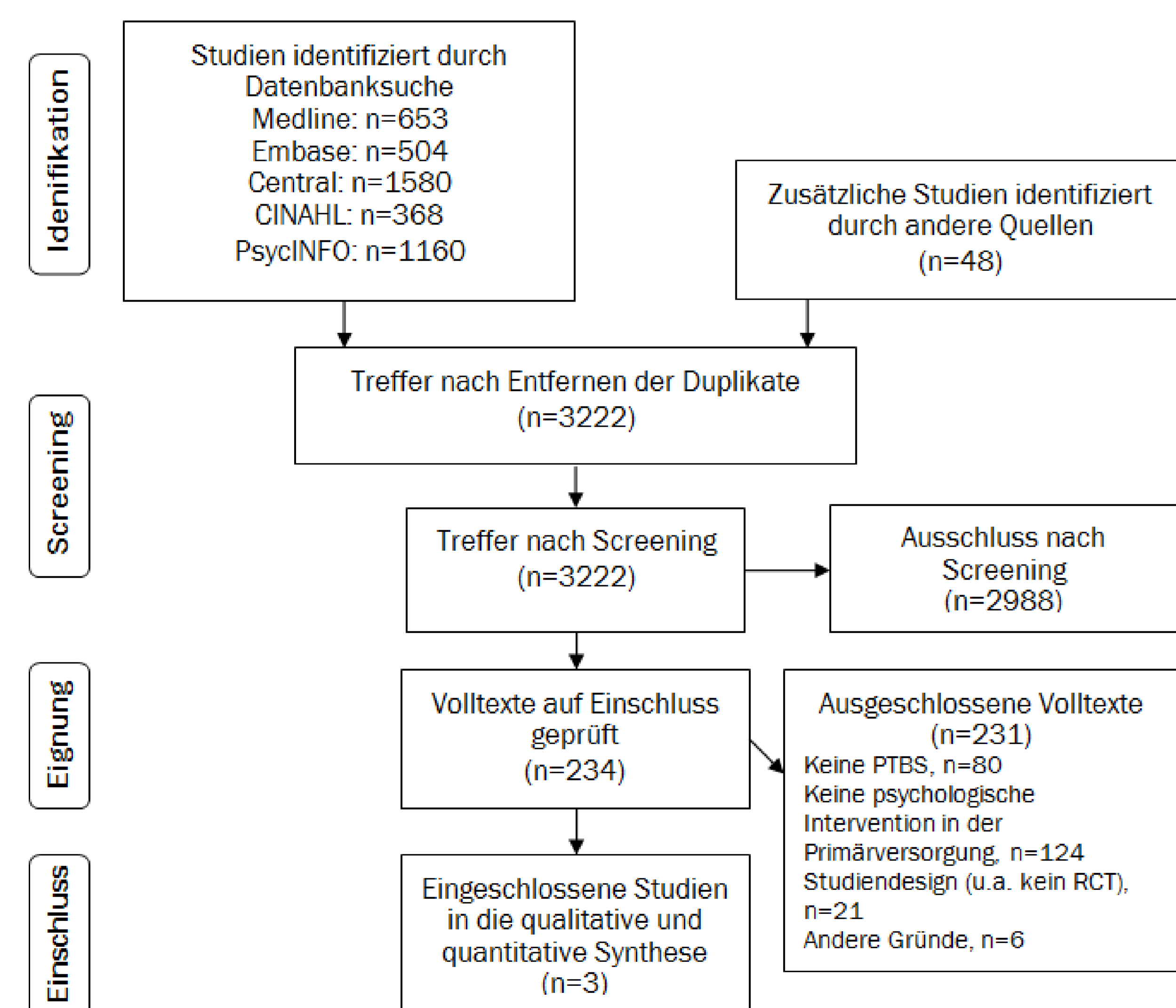
### Einschlusskriterien

- P (articipants):** PTBS oder klinisch relevante Symptome
- I (ntervention):** Psychologische Intervention in der Primärversorgung, welche entweder durch den Hausarzt selbst oder durch nicht ärztliches Praxispersonal erbracht wurde, vorausgesetzt der Hausarzt erhielt regelmäßig Rückmeldung über die laufende Therapie
- C (ontrol):** Randomisiert kontrollierte Studien (RCT)
- O (utcome):** Reduktion der PTBS Symptome
- S (etting):** Primärversorgung

### Studienselektion und Auswertung

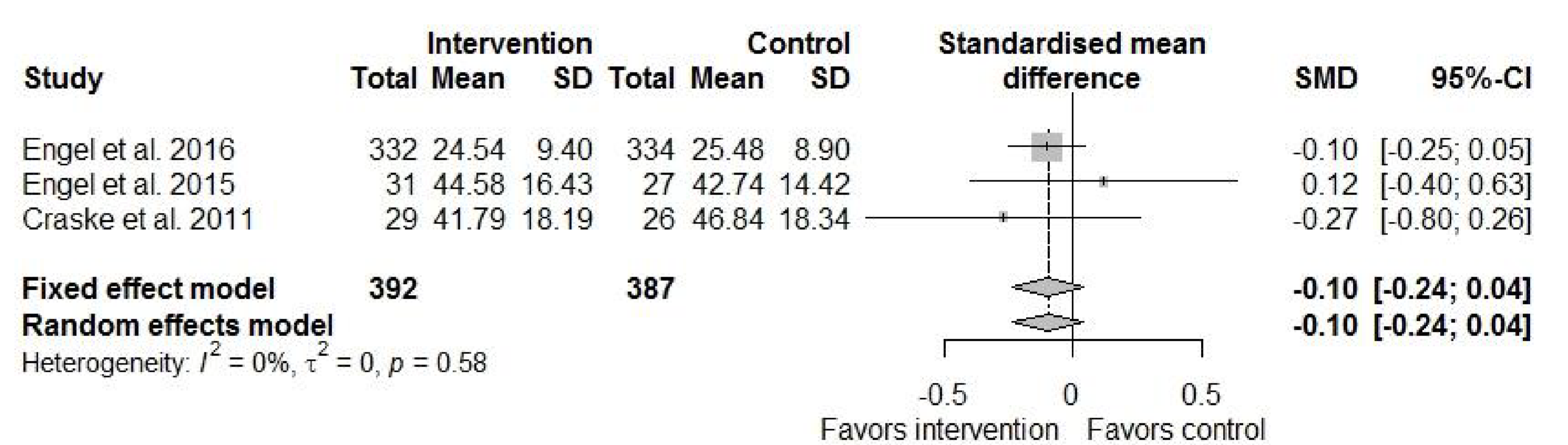
Datenextraktion nach der EPOC Checkliste und Risk of Bias-Bewertung mit dem Cochrane Collaboration Risk of Bias Tool durch zwei unabhängige Reviewer. Strukturierte Synthese bzgl. der Interventionskomponenten und der involvierten Versorger. Quantitative Datensynthese des primären Outcomes mittels Metaanalyse.

### Prisma Flow-Chart zur Studienselektion

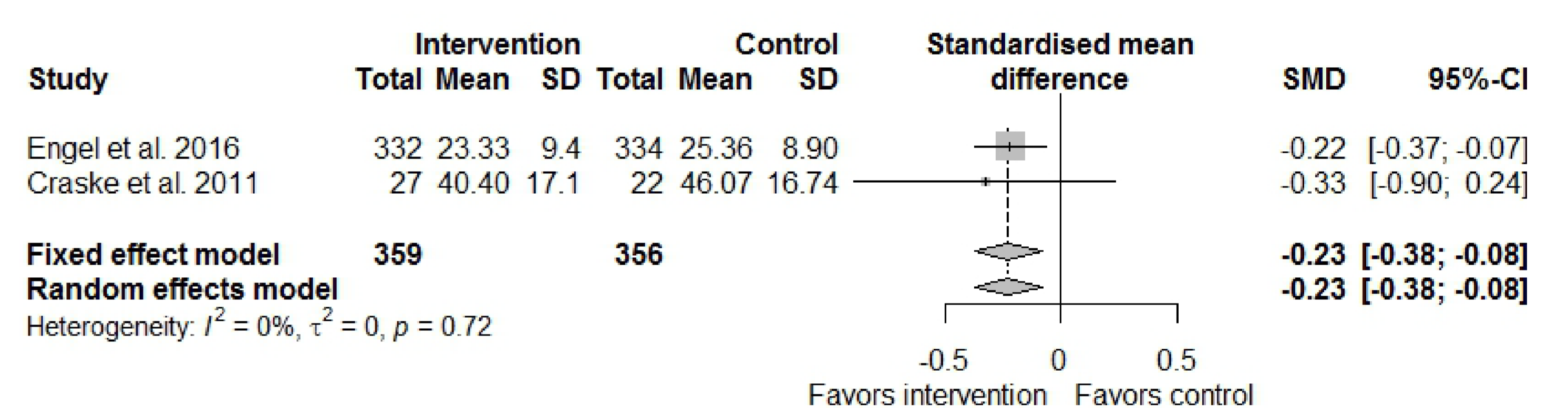


## Ergebnisse

### Veränderung der PTBS-Symptome, kurzfristige Effekte (0-6 Monate)



### Veränderung der PTBS-Symptome, langfristige Effekte (ab 12 Monaten)



### Eingeschlossene Studien

**Engel CC, Jaycox LH, Freed MC, et al.** Centrally Assisted Collaborative Telecare for Posttraumatic Stress Disorder and Depression Among Military Personnel Attending Primary Care: A Randomized Clinical Trial (**STEPS-UP**). JAMA Intern Med. 2016;176(7):948-956.

**Engel CC, Litz B, Magruder KM, et al.** Delivery of self training and education for stressful situations (**DESTRESS-PC**): a randomized trial of nurse assisted online self-management for PTSD in primary care. Gen Hosp Psychiatry. 2015;37(4):323-328.

**Craske MG, Stein MB, Sullivan G, et al.** Disorder-specific impact of coordinated anxiety learning and management treatment for anxiety disorders in primary care (**CALM**). Arch Gen Psychiatry. 2011;68(4):378-388.

### Übersicht Risk of Bias

	random sequence generation (selection bias)	allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants/ personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)
Engel 2016	+	+	-	?	+	?
Engel 2015	+	?	-	+	?	?
Craske 2011	+	+	-	+	+	?

## Diskussion

Insgesamt konnten 3 RCTs mit 779 Patienten mit PTBS eingeschlossen werden, die alle in den USA durchgeführt wurden. Alle Interventionen basierten auf der kognitiven Verhaltenstherapie und wurden von Case Managern unterstützt oder durchgeführt. Die Hausärzte erhielten Schulungen und Feedback zu den durchgeführten Behandlungen und blieben verantwortlich für die Pharmakotherapie. Psychologische Interventionen zeigten kurzfristig keine Effekte (SMD -0,1; 95% CI [-0.24;0.04];  $I^2=0\%$ ), könnten aber langfristig die PTBS-Symptomatik verbessern (SMD, -0.23; 95% CI [-0.38;-0.08];  $I^2=0\%$ ). Interventionsbedingt konnte keine Verblindung von Personal und Studienteilnehmern gewährleistet werden. Da Anzahl und Qualität der eingeschlossenen RCTs begrenzt waren, ist auch die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf hausärztliche Patienten ohne militärischen Hintergrund, außerhalb der USA und mit anderen Traumata eingeschränkt. Zudem wurden die Ergebnisse und die Einbindung des Hausarztes in den Studien oft nur unvollständig berichtet. Die Hinweise darauf, dass psychologische Interventionen in der Primärversorgung die Behandlung von PTBS verbessern können, stimmen zuversichtlich – gleichwohl scheint es weiteren Forschungsbedarf insbesondere in Hinblick auf eine stärkere direkte Einbeziehung des Hausarztes zu geben.