

Komplexe Traumafolgestörungen - DESNOS

Für viele Opfer traumatischer Lebenserfahrungen erweist sich die basale PTBS des DSM IV oder ICD 10 als nicht komplex genug zur Erfassung der Traumafolgen. Dies gilt vor allem für Betroffene langanhaltender Extremtraumatisierungen wie Folter, Konzentrationslagerhaft oder lang andauernder sexueller Missbrauch. Aus diesem Grund entwickelten erstmals Judith Herman und Bessel van der Kolk (Herman, 1994) ein Syndrom zur Erfassung der Folgen von Extremtraumatisierung, das **komplexe psychotraumatische Belastungssyndrom (kPTBS)**.

Die Symptomatik der **kPTBS** geht in ihrer Ausprägung und Intensität weit über die des bPTBS hinaus, vor allem da Extremtraumatisierungen wie jahrelanger sexueller Missbrauch oder die Internierung in einem Konzentrationslager tiefgreifende Veränderungen der Persönlichkeitsstruktur nach sich ziehen. Affektregulation, Bewusstsein und Wahrnehmung sind oft nachhaltig beeinträchtigt, das Wertesystem mit dem zugrundeliegenden Selbst- und Weltverständnis hat sich verändert und soziale Beziehungen gestalten sich problematisch (Corwin, 1988; Herman & van der Kolk, 1987; Herman, 1994; Janoff-Bulman, 1992; Krystal, 1968; Terr, 1991; van der Kolk, Perry & Herman, 1991).

Um der Komplexität der Folgen langanhaltender Extremtraumatisierung Rechnung zu tragen, schlug Judith Herman Mitte der 80er Jahre die Einführung der „komplexen posttraumatischen Belastungsstörung“ vor, die auch für die revidierten diagnostischen Manuale DSM IV und ICD 10 diskutiert wurde (Herman, 1994). Die kPTBS wurde jedoch nur in Teilaspekten in die diagnostischen Manuale aufgenommen. Im DSM IV sind Aspekte des Syndroms unter der Diagnose „extreme Belastungsstörung, die andernorts nicht näher klassifiziert ist“ gefasst und im ICD 10 unter der Diagnose „andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“ (WHO, 1994).

Die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung als mögliche Traumafolgestörung ist demnach keine offizielle Diagnose in den Manualen ICD 10 und DSM IV. Nichtsdestotrotz hat die Bezeichnung „komplexe Posttraumatische Belastungsstörung“ eine weite Verbreitung als hilfreiche Arbeitsdiagnose/Arbeitshypothese erfahren.

Beschrieben wird ein komplexes Syndrom, das als Folge wiederholt erlebter, länger andauernder, intendierter zwischenmenschlicher Gewalt entstanden ist. Für diese Form der Traumafolgestörungen bestehen verschiedene Formulierungsvorschläge: Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung als Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified (Herman, 1992; Cloitre, 2009) oder die Entwicklungstrauma-Störung (Developmental Trauma Disorder, van der Kolk, 2005)

Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung /

Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified

1. Der Patient war über einen längeren Zeitraum (Monate bis Jahre) totalitärer Herrschaft unterworfen, wie zum Beispiel Geiseln, Kriegsgefangene, Überlebende von Konzentrationslagern oder Aussteiger aus religiösen Sekten, aber auch Menschen, die in sexuellen oder familiären Beziehungen totale Unterdrückung erlebten, beispielsweise von Familienangehörigen geschlagen, als Kinder psychisch misshandelt oder sexuell missbraucht wurden oder von organisierten Banden sexuell ausgebeutet wurden.
2. Störungen der Affektregulation, darunter
 - anhaltende Dysphorie
 - chronische Suizidgedanken
 - Selbstverstümmelung
 - aufbrausende oder extrem unterdrückte Wut (eventuell alternierend)
 - zwanghafte oder extrem gehemmte Sexualität (eventuell alternierend)
3. Bewußtseinsveränderungen, darunter
 - Amnesie oder Hypermnesie, was die traumatischen Ereignisse anbelangt
 - zeitweilige dissoziative Phasen
 - Depersonalisation/Derealisation
 - Wiederholung des traumatischen Geschehens, entweder als intrusive Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung oder als ständige grüblerische Beschäftigung
4. Gestörte Selbstwahrnehmung, darunter
 - Ohnmachtsgefühle, Lähmung jeglicher Initiative
 - Scham- und Schuldgefühle, Selbstbezichtigung
 - Gefühl der Beschmutzung und Stigmatisierung
 - Gefühl, sich von anderen grundlegend zu unterscheiden (der Patient ist etwa überzeugt, etwas ganz Besonderes zu sein, fühlt sich mutterseelenallein, glaubt, niemand könne ihn verstehen oder nimmt eine nichtmenschliche Identität an)
5. Gestörte Wahrnehmung des Täters, darunter
 - ständiges Nachdenken über die Beziehung zum Täter (auch Rachedenken)
 - unrealistische Einschätzung des Täters, der für allmächtig gehalten wird (Vorsicht: das Opfer schätzt die Machtverhältnisse eventuell realistischer ein als der Arzt)
 - Idealisierung oder paradoxe Dankbarkeit
 - Gefühl einer besonderen oder übernatürlichen Beziehung
 - Übernahme des Überzeugungssystems oder der Rationalisierungen des Täters
6. Beziehungsprobleme, darunter
 - Isolation und Rückzug
 - gestörte Intimbeziehungen
 - wiederholte Suche nach einem Retter (eventuell alternierend mit Isolation und Rückzug)
 - anhaltendes Misstrauen
 - wiederholt erfahrene Unfähigkeit zum Selbstschutz
7. Veränderungen des Wertesystems, darunter
 - Verlust fester Glaubensinhalte
 - Gefühl der Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung

aus: Herman, 1994, 169f

Entwicklungsstrauma - Störung

A. Traumakriterien

1. Mehrfaches oder anhaltendes Ausgesetztsein einer oder mehrerer Formen von entwicklungsschädigenden Traumen (Vernachlässigung, zwischenmenschlicher Verrat/Betrug, körperliche Gewalt, sexualisierte Übergriffe, Gefährdung der körperlichen Unversehrtheit, Gewaltpraktiken, Folter, emotionaler Missbrauch, Zeugenschaft von Gewalt und Tod)
2. Subjektive Erfahrungen (*Wut, enttäushtes Vertrauen, Angst, Resignation, Vernichtungsgefühl, Scham, Ekel)

B. Anhaltende Fehlregulationsmuster im Zusammenhang mit traumabezogenen Erinnerungsreizen

Fehlregulation (stark oder gering ausgeprägt) im Zusammenhang mit Erinnerungsreizen. Die Veränderungen persistieren und bilden sich nicht zum Ausgangsniveau zurück; ihre Intensität lässt sich nicht durch bewusste Aufmerksamkeitszuwendung ändern.

- Gestörte Affekt- und Impulsregulation
- Somatisierungsphänomene
- Verhaltensveränderungen: Nachkonstellieren (re-enactment)/Reviktimisierungsneigung, Verhaltenssexzesse*
- Kognitive Veränderungen: dissoziative Symptomatik
- Interpersonelle Veränderungen
- Selbstbild-Veränderungen: beeinträchtigt Identitätsgefühl*

C. Anhaltend veränderte Erwartungen und Begründungsmuster (soziokognitive Veränderungsmuster*)

- Selbstbeschuldigungen
- Fremdbeschuldigungen (gegenüber schützenden Personen)
- Verlust der Erwartung des Geschütztseins durch andere Menschen
- Verlust des Vertrauens in die Schutzfunktion von Institutionen
- Verlust der Erwartung von sozialer Gerechtigkeit/Wiedergutmachung
- Überzeugung, dass man zukünftig wieder zum Opfer werden wird

D. Zeitkriterium: nicht spezifiziert

E. Funktionelle Beeinträchtigungen: Bezogen auf Bildung, Familie, persönliche Beziehungen, Justiz- und Rechtsangelegenheiten und Beruf

Kriterien der Entwicklungsstrauma – Störung in Anlehnung an van der Kolk, 2005 (mit * gekennzeichnete Begriffe von A. Maercker hinzugefügt); Köllner & Maerker, 2011, 237

Differentialdiagnose und Komorbiditäten

Häufig erschwert die Vielgestaltigkeit psychotraumatischer Folgesyndrome die differentialdiagnostische Abgrenzung zu anderen psychischen Störungen.

Komplexe posttraumatische Belastungsstörungen (kPTBS) gehen häufig einher mit anderen psychischen oder physischen Störungen der Achsen I und II im DSM IV. Erhöhte Komorbiditätsraten auf **Achse I** sind gegeben zu

- Alkoholmissbrauch,
- anderem Substanzabusus,
- Essstörungen,
- affektiven Störungen, wie der Minor oder der Major Depression,
- der Panikstörung und Phobien,
- Zwangserkrankungen,
- somatoformen Störungen,
- dissoziativen Störungen,
- sexuellen Funktionsstörungen.

Oft lässt sich eine erhöhte somatische Krankheitsneigung und familiäre Dysfunktion beobachten. Auch liegt neben der Diagnose einer PTBS oft die Achse II- Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vor, wie z. B. der Borderlinepersönlichkeitsstörung. (vgl. Fischer & Riedesser, 2003; Lampe & Söllner, 2011).

Dissoziation und Trauma

Im DSM IV wird Dissoziation definiert als „eine Unterbrechung der normalerweise integrativen Funktionen des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität oder der Wahrnehmung der Umwelt“. Im ICD wird diese Definition noch erweitert um die Bereiche der Motorik, Sensibilität und Sensorik. Weitere Autoren beschrieben Dissoziation als das Gegenteil von Assoziation und als Trennung von Wahrnehmungs- und Gedächtnisinhalten im Alltagsbewusstsein. Insgesamt wird das Konstrukt der Dissoziation unterschiedlich definiert und weit gefasst.

Cardena (1994) erarbeitete eine Übersicht zu den unterschiedlichen **Bedeutungsfeldern von Dissoziation**:

1. Dissoziation als Erscheinungsform nicht bewusster oder nicht integrierter mentaler Module oder Systeme
 - a. Dissoziation als fehlende bewusste Perzeption von Wahrnehmungsreizen oder von Verhalten
 - b. Dissoziation als Koexistenz getrennter mentaler Systeme, die normalerweise im phänomenalen Bewusstsein integriert sind
 - c. Dissoziation als Inkonsistenz der Verhaltens- und Wahrnehmungsebenen und der Körperkontrolle
2. Dissoziation als verändertes Bewusstsein mit einer Entfremdung von Selbst und Umwelt
 - Depersonalisation und Derealisation
 - Ekstaseerlebnisse, mystische Erfahrungen
 - Autoskopische Phänomene
3. Dissoziation als Abwehrmechanismus
 - Funktionale Abwehr oder grundlegender mentaler Rückzugsmodus vor einer überwältigenden physiologischen oder psychologischen Bedrohung (zit. Nach Wibisono, Freyberger, Spitzer, 2011)

Dissoziative Funktionsstörungen

des Bewusstseins	Bewusstseinsverminderung Bewusstseinstrübung Bewusstseinsengung Bewusstseinsverschiebung
des Gedächtnisses	dissoziative Amnesie gesteigerte Erinnerung Déjà-vu-Erlebnisse
der personalen Identität	Besessenheit Identitätsunsicherheit Identitätswechsel Fugue
der Wahrnehmung von Selbst und Umwelt	Depersonalisation Derealisation verändertes Zeiterleben verändertes Raumerleben
der Körpermotorik	Bewegungsstörungen Koordinationsstörungen

	Sprachstörungen Krampfanfälle
der Sensibilität und Sensorik	Sensibilitätsstörungen Sehstörungen Hörstörungen Riechstörungen Geschmacksstörungen

Dissoziation im Kontext traumatischer Erfahrungen

Das Konzept der Entwicklungsreihen und peritraumatischen Dissoziation

Primäre Dissoziation: Durch Überschreiten der individuellen Reizverarbeitungsschwelle beim Erleben einer hochbelastenden Situation werden Erlebnisinhalte fragmentiert und isoliert von den normalen Bewusstseinsinhalten gespeichert und können nicht in ein persönliches Narrativ integriert werden. Einschränkung des kognitiv-perzeptiven Bezugs hinsichtlich des Traumas

Sekundäre Dissoziation: Desintegration des persönlichen Erlebens, Dissoziation zwischen beobachtendem und erlebendem Ich (z.B. den Körper während der traumatisierenden Situation zu verlassen. Die sekundäre Dissoziation trennt die Betroffenen von den aversiven Affekten und fungiert als „Anästhetikum“. Angst und Schmerz werden dadurch reduziert. Die Begriffe sekundäre und peritraumatische Dissoziation werden synonym benutzt.

Tertiäre Dissoziation: Entwicklung unterschiedlicher Ichzustände, die traumatische Erinnerungen beinhalten, bestehend aus komplexen Identitäten mit unterschiedlichen kognitiven, affektiven und behavioralen Mustern.

Die Theorie der strukturellen Dissoziation

Infolge einer unbewältigten und nicht integrierten traumatischen Erfahrung kommt es zu einer Teilung der Persönlichkeit in verschiedene Persönlichkeitsanteile. Es kommt zu einem Wechsel zwischen dem Widererleben des Traumas (emotionaler Persönlichkeitsanteil – EP) und einer Abspaltung, einem relativen Fehlen eines Bewusstseins vom Trauma und den damit verbundenen Affekten (anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil – ANP).

Die einfache Form der Teilung nach einer primären Dissoziation spiegelt sich in der PTBS, Intrusion vs. Vermeidung, wieder. In der sekundären Dissoziation kommt es bei massiveren und länger andauernden Traumatisierungen zu weiteren Aufspaltungen des EP, während der ANP unversehrt bleibt. Dies ist häufig der Fall bei komplexen Traumafolgestörungen. In der tertiären Dissoziation kommt es auch zu Aufspaltungen des ANP, wenn dieser ein schlechtes Funktionsniveau hat und Alltagsaspekte eng mit der traumatischen Erfahrung verbunden sind

Die Traumadynamik im traumatischen Prozess

Der traumatische Prozess – die Chronifizierung des Traumas - ist „gekennzeichnet durch den paradoxen Versuch, sich an eine unerträgliche Erfahrung anzupassen, mit ihr zu leben, ohne sich mit ihr wirklich konfrontieren zu können“ (Fischer & Riedesser, 2003, 121). Zwei Verlaufsformen sind dabei möglich:

- (1) das chronische Fortbestehen der traumatischen Reaktion oder
- (2) die vorzeitige Unterbrechung des Verarbeitungsprozesses und Sequestrierung (Einkapselung) der traumatischen Erfahrung.

Der biphasische Verlauf der traumatischen Reaktion chronifiziert in ihrer Symptomausprägung, wenn die Kontrollfähigkeiten des Individuums zu schwach oder unflexibel sind, um die traumatische Erfahrung einzudämmen. Intrusive Bilder und Gefühle quälen die Betroffenen weiterhin und aktivieren im Gegenzug Verleugnungs- und Vermeidungstendenzen. Es entsteht das Bild eines chronifizierten PTBS, der komplexen PTBS bei Extremtraumatisierungen oder auch des partiellen PTBS (Fischer & Riedesser, 2003).

Verfügt das Individuum über ausreichende Kontrollmaßnahmen, kann die traumatische Erfahrung so unter Kontrolle gebracht werden, dass kein florides Symptombild mehr besteht. Die Betroffenen werden nicht mehr von andrängenden Erinnerungen überflutet, bleiben jedoch untergründig mit der traumatischen Erfahrung beschäftigt.

Durch die traumatische Erfahrung bildet sich um das Zentrale traumatische Situationsthema (ZTST) zunächst das Traumасchema aus. In diesem sind die Erinnerungen an den Ereignisablauf, peritraumatische Erlebnishänomene sowie „das Bild des Subjektes in hilfloser, ungeschützter Verfassung angesichts einer extrem bedrohlichen Lage“ gespeichert (Fischer & Riedesser, 2003, 119). In Verbindung mit dem Traumaschema entsteht aus der erlebten Hilflosigkeit in der traumatischen Situation das Desillusionierungsschema. Die traumabedingte Desillusionierung, das Gefühl des Kompetenzverlustes, wird nachfolgend verallgemeinernd dem eigenen Selbst zugeschrieben (Fischer & Riedesser, 2003, 100; Horowitz, 1993).

Um diesen Erlebnisqualitäten nicht weiter ausgesetzt zu sein, nehmen die Betroffenen eine Sequestrierung der traumatischen Erfahrung vor. Dafür sind jedoch umfassende seelische Strukturveränderungen nötig, die mit einer Umorganisation kognitiver Schemata einhergehen.

Die kompensatorischen Gegenmaßnahmen, mit denen ein Individuum versucht, das traumatische Erleben unter Kontrolle zu halten und dessen Wiederholung zu vermeiden, bezeichnen Fischer und Riedesser als traumakompensatorisches Schema (Fischer & Riedesser, 2003, 99).

Das traumakompensatorische Schema enthält sowohl einen ätiologischen, einen präventiven als auch einen reparativen Aspekt.

Der ätiologische Aspekt beinhaltet Annahmen, wie es zu dem Trauma kommen konnte. Diese Annahmen können einmal mit den Selbstvorwürfen des Desillusionierungsschemas verbunden sein. Zum anderen kann es durch Erinnerungsverzerrungen zu einer Fehlinterpretation kausaler Faktoren kommen (vgl. Fischer & Riedesser, 2003, 99, 121). Die persönlichen Annahmen zur Kausalität sind durch den kognitiven Entwicklungsstand und durch Merkmale der traumatischen Situation geprägt. So schreiben sich z.B. Kinder die Schuld an Misshandlungen selbst zu und vermuten, dass ihr eigenes Fehlverhalten die Ursache war.

Der präventive Aspekt des traumakompensatorischen Schemas beinhaltet im Sinne einer Art „retrospektiver Präventionstheorie“ Annahmen, wie das Trauma hätte vermieden werden können. Das zukünftige Verhalten wird dann dementsprechend ausgerichtet. So versuchen Kinder, um bei dem obigen Beispiel zu bleiben, das Verhalten zu ändern, das ihrer Meinung nach die Misshandlungen verursacht hat. Sie bemühen sich zum Beispiel folgsamer oder fleißiger zu sein. Häufig wird auch das in der traumatischen Situation so unerträgliche Erleben der eigenen Passivität durch kompensatorische Aktivität abgewehrt.

Der reparative Aspekt des traumakompensatorischen Schemas enthält Annahmen darüber, was eine Erholung und Heilung der erlittenen Verletzung voranbringen könnte.

Im Spannungsfeld zwischen Traumaschema und traumakompensatorischem Schema entwickeln sich die Symptome, repräsentiert im Minimalen kontrollierbaren Handlungs- und Ausdrucksfeld (MKH/A), die im Sinne einer Kompromisslösung erlauben, das fragile seelische Gefüge aufrecht zu erhalten.

Bei Patienten mit einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung in Folge intendierter Gewalttraumatisierung finden wir häufig sich widerstrebende und konflikthaft Annahmen im präventiven und im reparativen Schema. So kann z.B. die präventive Annahme besagen, dass es wichtig ist, den Kontakt zu Menschen weitestgehend zu meiden und nahe Beziehungen zu verhindern. Demgegenüber kann eine reparative Annahme stehen, dass eine liebevolle, fürsorgliche Beziehungserfahrung die Verletzungen heilen könnte. Vor diesem Hintergrund werden einige der zum Teil maladaptiven Verhaltensweisen komplex traumatisierter Patienten nachvollziehbar.

Shattered Assumptions nach Janoff-Bulman

Welche ätiologischen Hypothesen Betroffene entwickeln und welche präventiven Maßnahmen sie ergreifen, hängt unmittelbar mit deren Grundüberzeugungen über die Welt und das eigene Selbst zusammen. Um das Zusammenspiel verschiedener Grundannahmen nachvollziehen zu können, wird der kognitive Ansatz von Janoff-Bulman (1989) über die „Shattered Assumptions“ kurz zusammengefasst.

Janoff-Bulman entwickelt ein heuristisches Modell über Grundannahmen der Menschen in Bezug auf sich selbst und ihre Umwelt. Sie will die Einwirkung traumatischer Lebenserfahrungen auf diese Grundannahmen erfassen. Die Funktion dieser teils illusionären Grundannahmen ist, das Gefühl der eigenen Vulnerabilität zu minimieren. Erworbene Grundannahmen sind dabei ebenso veränderungsresistent wie kognitive Schemata insgesamt.

Janoff-Bulman postuliert drei primäre Kategorien von Grundannahmen, die Annahmen beinhalten über (1) das wahrgenommenen Wohlwollen der Welt (perceived benevolence of the world), (2) die Sinnhaftigkeit der Welt (meaningfulness of the world) und (3) den Selbstwert. Die erste Kategorie, das wahrgenommene Wohlwollen der Welt, beinhaltet Annahmen über die materielle Umwelt und über das Wohlwollen anderer Menschen. Um so mehr jemand die Welt als wohlwollend wahrnimmt, um so mehr wird diese als ein guter Platz und die Menschen als überwiegend gut, beschützend und hilfsbereit erlebt, was das Gefühl der Vulnerabilität reduziert. Grundannahmen über die Sinnhaftigkeit der Welt umfassen Annahmen über Gerechtigkeit, Kontrollierbarkeit von Ergebnissen und den Zufall. Die Überzeugung, dass die Welt gerecht ist, führt u.a. zu der Annahme, dass jeder das bekommt was er verdient. In der Überzeugung der Kontrollierbarkeit der Welt wird angenommen, dass die Welt durch das eigene Verhalten beeinflusst werden kann (vgl. auch Seligman, 1975, zu gelernter Hilflosigkeit und Rotter, 1966, zum locus of control). Anders ist dies bei der Überzeugung, dass alles dem Zufall überlassen ist und es somit keine Sinnhaftigkeit und Beeinflussbarkeit der Welt gibt. Umso gerechter und kontrollierbarer die Welt wahrgenommen wird, umso geringer ist das Bewusstsein um die eigene Vulnerabilität. Die dritte Kategorie beinhaltet Annahmen über den eigenen Selbstwert, über die Angemessenheit und Effektivität des eigenen Verhaltens und über das Glück. Die Annahme, Glück zu haben, angemessen zu handeln und die Überzeugung des eigenen Selbstwertes reduzieren das Gefühl der Vulnerabilität.

Insgesamt ergeben sich acht primäre Postulate, denen die Grundannahmen zuzuordnen sind: das Wohlwollen der Welt, das Wohlwollen der Menschen, die Verteilungsprinzipien Gerechtigkeit, Kontrollierbarkeit und Zufall und die für das Selbst relevanten Dimensionen Selbstwert, Selbstkontrolle und Glück (Janoff-Bulman, 1989, 120).

Eine traumatische Erfahrung führt nun in der Regel zu einer tiefen Erschütterung der erworbenen Grundannahmen. Die Erfahrung kann aufgrund ihrer Intensität nicht ignoriert oder ohne weiteres in vorhande-

ne Schemata integriert werden. Es entsteht das kognitive Dilemma, dass Betroffene eine Erfahrung und Information integrieren müssen, die von ihren vorhandenen Grundannahmen nicht assimiliert werden kann. Kognitive Strategien, die Opfer einsetzen, um ursprüngliche Grundannahmen aufrechtzuerhalten, sind die Selbstbeschuldigung, die Reinterpretation der Erfahrung in einem positiven Licht, die Verleugnung und wiederkehrende intrusive Gedanken.

Die Selbstbeschuldigung kann sich auf das eigene Verhalten beziehen, woraus Überzeugungen resultieren wie „hätte ich mich anders verhalten, wäre das nicht passiert“ oder „wäre ich nicht an diesem Ort gewesen, wäre das nicht passiert“. Diese Interpretation ermöglicht die Hoffnung, durch Verhaltensänderungen zukünftige Traumatisierungen zu verhindern (präventiver Aspekt). Die Bezichtigung des eigenen Charakters als Ursache (ätiologischer Aspekt) ermöglicht es, die Grundannahme aufrechtzuerhalten, dass die Welt im Grunde gut sei.

Reinterpretieren Opfer eine traumatische Erfahrung als positive Kraft, gelangen sie z.B. zu der Überzeugung, dass das Trauma dazu führt, die eigenen Prioritäten neu zu organisieren, sich selbst besser zu erkennen oder das eigene Leben höher zu schätzen. Auch so können Betroffene ihre Grundannahmen über die Welt als guten, gerechten Platz aufrechterhalten.

Verleugnung und intrusive Gedanken verzögern den Prozess der Integration des Geschehens und der damit einhergehenden Akkommodation der ursprünglichen Grundannahmen (vgl. auch Horowitz, 1986).

Eine Studie mit der von der Autorin entwickelten World Assumption Scale (WAS) kommt zu dem Ergebnis, dass die Grundannahmen der Opfer sich auch noch Jahre nach dem Ereignis in jeder der drei Kategorien signifikant von Nicht-Opfern unterscheiden. So beurteilen Opfer sich unter anderem selbst negativer und nehmen die materielle und mitmenschliche Umwelt böswilliger wahr. Männliche Opfer schreiben Ereignisse eher dem Zufall zu.

Die Behandlung komplexer Traumafolgestörungen

Grundsätzlich gilt zurzeit als state of the art, dass kognitiv-behaviorale traumaadaptierte Therapieverfahren mit traumakonfrontativen Bestandteilen die höchsten evidenzbasierten Erfolgskriterien aufweisen und deshalb als Methode der Wahl für Traumafolgestörungen allgemein ausgewiesen sind (z.B. NICE-Guidelines, 2005; Australien Guidelines, 2007; ISTSS Guidelines, 2009). Problematisch ist in den zugrundeliegenden Evaluationsstudien allerdings, dass die PatientInnen mit den charakteristischen Symptomen der kPTBS, wie Selbstverletzung, Impulsivität, chronische Suizidalität, dissoziative Symptome etc., aus den Studien ausgeschlossen wurden. Es gibt nur sehr wenige randomisiert-kontrollierte Studien zum Therapieerfolg bei Patienten, die in der Kindheit Gewalt ausgesetzt waren, meist waren dies Studien zu CBT. In allen Studien war die drop-out-Rate hoch (nicht selten um die 40%). Es gibt aber signifikante Hinweise, dass das gezielte Training von Affektregulation und der Lösung interpersonaler Probleme in Kombination mit Traumaexposition wesentlicher Bestandteil des Therapieerfolges ist.

Prognostische Einschätzung

Einteilungen in Subtypen für Prognose

- Gruppe 1:** hohes Funktionsniveau, adäquate Situationseinschätzungen und Handlungskompetenzen, sozial und beruflich integriert, geringes selbstdestruktives Verhalten → gute Prognose
- Gruppe 2:** Affektdysregulation mit Selbstverletzungen und impulsivem Verhalten; hohe Komorbiditätsrate, häufig BPS, vermeidende PS, affektive Störungen, Essstörungen, Substanzmissbrauch → mäßige Prognose, Therapien länger und krisenhaftere Verläufe, stationäre Aufenthalte, langandauernde Behandlung in Phase 1
- Gruppe 3:** extreme Abhängigkeit oder extreme Bindungsunfähigkeit an einen Therapeuten, sadomasochistische Beziehungsmuster, schweres, chronisches selbstverletzendes Verhalten, häufig psychotische Züge, affektive Störungen und schwere Persönlichkeitsstörungen → schlechte Prognose, ausschließliche Behandlung in Phase 1 ist die Regel

Prädiktoren für eine schlechte Prognose

1. Mangel an Therapiemotivation
2. Mangel an stabilen Beziehungen im Alltag
3. Mangel an stabilen therapeutischen Beziehungen
4. Mangel an internen und externen Ressourcen
5. Schwerwiegende Achse I- und Achse II – Komorbidität
6. Unsichere Bindung
7. Selbstdestruktives Verhalten (Baars et al., 2011)

Phasen der Traumatherapie

Phase 1: Stabilisierungsphase (Symptomreduktion und –kontrolle)

Phase 2: Integration der traumatischen Erfahrung/Konfrontation, Durcharbeiten

Phase 3: Reintegration und Rehabilitation

Stabilisierungsphase

- Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung und eines stabilen Arbeitsbündnisses
- Vermittlung von Kompetenzen in der Regulierung von Affekten (Vermittlung von Stabilisierungs- und Distanzierungstechniken, Affektmanagement-Training, Skills Training)
- Vermittlung von Kompetenzen zur interpersonellen Regulation und Lösung interpersoneller Probleme
- Techniken zum Stressbewältigung
- Fähigkeit zur Selbstberuhigung und Selbsttröstung stärken
- Stabilisierung oder Aufbau eines sozialen Netzwerkes

Die Traumakonfrontation

Voraussetzung für Traumakonfrontation:

Zwei zentrale Fragen sind zu stellen, bevor man mit komplex traumatisierten Patienten traumakonfrontativ arbeiten kann:

1. Ist der Patient fähig, belastende Gefühle auszuhalten ohne zu stark zu dissoziieren oder selbst- und fremddestruktiv zu agieren?
2. Ist der Patient fähig, sich selbst zu beruhigen und sich selbst trösten zu können?

Folgende Fähigkeiten, Ressourcen sollten etabliert sein, bevor traumakonfrontativ gearbeitet wird:

1. Die Fähigkeit, einer sinnvollen Tätigkeit nachzugehen
2. Eine unterstützende Beziehung mit wesentlichen Bezugspersonen aufbauen
3. Therapievereinbarungen einhalten können
4. Impulse kontrollieren zu können
5. Die Fähigkeit zur Selbstfürsorge (Lampe & Söllner, 2011)

Kontraindikationen für Traumakonfrontation/-bearbeitung:

- Täterkontakt mit Traumatisierungsrisiko
 - Nicht bei zusätzlicher körperlicher Erkrankung, weil dann eine zusätzliche geschwächte Disposition vorliegt
 - Akutes psychotisches Erleben, Psychosen
 - Bei äußeren stark belastenden Ereignissen wie z. B. Trennungssituationen
 - Suizidalität

 - Mangelnde Affekttoleranz
 - Anhaltende schwere Dissoziationsneigung
 - Unkontrolliert autoaggressives Verhalten
 - Mangelnde Distanzierungsfähigkeit zum traumatischen Ereignis
 - Hohe akute psychosoziale und körperliche Belastung
- } relative Kontraindikation

Was braucht man für eine Traumakonfrontation:

- äußere Sicherheit
- gutes stabiles Arbeitsbündnis
- innere Sicherheit
- der Patient ist über die Möglichkeiten der Traumakonfrontation informiert
- Traumakonfrontative Techniken und einzusetzende Stabilisierungstechniken sind anhand neutraler oder positiver Erfahrungen vertraut (z.B. Bildschirmtechnik)
- genug Zeit, um sich wieder zu reorientieren und zu trösten
- in kleinen „Portionen“ durcharbeiten

- transparenter Umgang mit Täterintrojekten, z. B: mit diesen verhandeln und zum Stillstand bewegen
- Anfang und Ende einer Traumasituation klären
- Traumalandkarte erstellen: grobe Eingrenzung
- Stoppsignale etablieren

Reddemann (2004) weist auf die Überschätzung der Traumakonfrontation im Behandlungsprozess hin, weil die Annahme herrsche, „es tut gut, darüber zu reden“. Leider gelte dies nicht zwingend für Menschen mit einer komplexen PTBS. Dieses Störungsbild zeichnet sich u.a. durch die Fragmentierung und Dissoziation traumatischer Erfahrungen aus. Man hebt in aller Regel Fragmentierungen und Dissoziation nicht durch „Darüberreden“ auf. Lediglich bei Menschen mit einem Monotrauma und einer basalen PTBS gilt uneingeschränkt, dass die (frühe) Konfrontation mit dem traumatischen Ereignis die sinnvollste Behandlung ist. Aber selbst hier geht es nicht ohne ausreichende Stabilität. Bei komplex Traumatisierten ist die Traumaufarbeitung mittels der Methode der Traumakonfrontation nicht die erste Methode der Wahl. Die Aufarbeitung der Traumafolgen ist häufig wichtiger, z. B. die Aufarbeitung der zahlreichen Persönlichkeitsveränderungen. Wichtig ist, dass die Patienten früh verstehen lernen, warum sie sich verhalten, wie sie sich verhalten, d.h. dass ihr möglicherweise bizarres Verhalten dort, wo es in Zusammenhang mit Traumatisierungen stehen könnte, auch entsprechend eingeordnet wird. Den Zusammenhang zu traumatischen Erfahrungen herstellen ist hierbei nicht gleichzusetzen mit Traumakonfrontation.

Merke: Die Konfrontation mit dem Trauma ist eine Maßnahme unter vielen und hat in den seltensten Fällen Vorrang bei kPTBS. Die Behandlung sollte eher traumaadaptiert statt traumakonfrontativ sein.

Übertragung und Gegenübertragung

Arbeitsbündnis

Die Arbeit mit traumatisierten Betroffenen konfrontiert den Fachberater häufig mit heftigen Gefühlen und Erfahrungen, die seine innere Balance und seine empathische Dialogfähigkeit gefährden können.

Im Gegensatz zur primären Traumatisierung des unmittelbar Betroffenen sind Traumatherapeuten in Gefahr, sekundär traumatisiert zu werden, sie hören, spüren und begleiten intellektuell und emotional Menschen, die von einem belastenden Ereignis, einer Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypischen Ausmaßes betroffen sind, die bei fast jedem Menschen eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.

Schon in der ersten Phase einer Traumatherapie können sich beim Zuhören heftige Gegenübertragungsreaktionen des Therapeuten einstellen. Dieser muss u.a. Hilflosigkeit ertragen, die damit verbunden ist, die Geschichte des Betroffenen anzuhören und nicht helfen zu können.

In dem Maße, wie es dem Therapeuten gelingt, sich seine Gegenübertragungsreaktionen bewusst zu machen und sie innerlich zu verarbeiten, kann er die Arbeitsbeziehung verwirklichen. Eine unkontrollierte Gegenübertragung dagegen hindert ihn, adäquat zu handeln und zu intervenieren.

Überblick über Beziehungsaspekte in der Psychotraumatherapie:

Übertragung und Gegenübertragung

Arbeitsbündnis und das Prinzip der parteilichen Abstinenz

Anteile von Beziehungen können ebenso wenig für sich und unabhängig von anderen Aspekten einer Beziehung existieren, „... wie ein Nerv oder Muskel eines Tieres oder Menschen. Das schließt aber nicht aus, dass man ihnen einen Namen gibt und sie in einem anatomischen Atlas auch einmal so abbildet, als ob sie nicht miteinander verwachsen wären“ (König).

Was ist Übertragung?

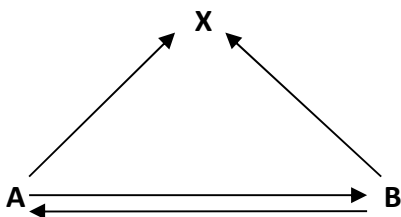
Das traditionelle Verständnis der Übertragung beschreibt einen Prozess, in dessen Verlauf infantile Gefühle, Haltungen, Fantasien und Gedanken wiederbelebt werden und sich nun direkt oder indirekt auf die Person des Analytikers als „falsche Verknüpfung“ (Freud, 1895) richten: „Übertragungen sind Neuauflagen, Nachbildungen von den Regungen und Fantasien, die während des Vordringens der Analyse geweckt und bewusst gemacht werden sollen, mit einer für die Gattung charakteristischen Ersetzung einer früheren Person durch die Person des Arztes. Um es anders zu sagen: Eine ganze Reihe psychischer Erlebnisse wird nicht als vergangen, sondern als aktuelle Beziehung zur Person des Arztes wieder lebendig“.

Was ist das Arbeitsbündnis?

Von der Übertragungsbeziehung ist das Arbeitsbündnis abzugrenzen.

Definition: Das Arbeitsbündnis beschreibt die gemeinsame Ausrichtung von Patient und Therapeut im Rahmen der Therapie. Es wendet sich an den gesunden, nichtneurotischen Anteil im Patienten und seine Fähigkeit der Kooperation (Bräutigam, 1988). Das Arbeitsbündnis ist eine Beziehungsebene, die man auch als Zusammenarbeitsbündnis bezeichnen kann. Ein Arbeitsbündnis hat folgende ABX -Struktur:

ABX-Modell nach Newcomb:



Zwei Personen (A, B) beziehen sich auf die gemeinsame Aufgabe (X) und sie beziehen sich parallel dazu aufeinander. Für die Kommunikation spielen nicht nur die Faktoren A und B eine wichtige Rolle, sondern auch der Arbeitsbezugspunkt X. Ein wichtiges Ziel in der Therapie ist es, eine Kooperation zu lernen, d.h. mit dem Patienten vertrauensvoll an einem gemeinsamen Therapieziel zu arbeiten. Dabei muss jeder Partner seinen Teil zum Erreichen des Ziels beitragen.

Das Arbeitsbündnis in Traumatherapien

Welche Maßnahmen kann nun der Therapeut ergreifen, um ein schwaches Arbeitsbündnis zu stärken?

Der Therapeut sollte alle Regeln, die die Zusammenarbeit betreffen und besonders alles, was dem Klienten fremd vorkommen muss, erklären. Das Festhalten an einer Experten-Laien-Beziehung ist nicht zu empfehlen.

Viele Patienten sind nicht in der Lage, die gegenwärtige Beziehungssituation von der vergangenen zu unterscheiden und damit die therapeutische Beziehung von einer aus der Vergangenheit. Eine in der Kindheit sexuell missbrauchte Patientin beispielsweise kann ihren Therapeuten real als verführerisch erleben und deshalb außerstande sein, eine produktive Arbeitsbeziehung mit ihm einzugehen (Fischer & Riedesser, 2003).

Der Traumatherapeut muss sich aktiv um den Aufbau des therapeutischen Arbeitsbündnisses bemühen, eine zumindest „minimale Differenz“ (Fischer & Riedesser, 2003) zur traumatischen Erfahrung herstellen und aufrecht erhalten.

Es bedarf gezielter therapeutischer Aktivitäten, um *negative Übertragungsmuster* in das Arbeitsbündnis zu integrieren. Ein Beispiel wäre das übergroße Misstrauen von traumatisierten Patienten. Dies sollte vom Traumatherapeuten als eine aus der traumatischen Erfahrung heraus völlig verständliche Reaktion des Patienten angesprochen werden, die möglicherweise auch in der therapeutischen Arbeitsbeziehung eine Rolle spielt. Durch die Integration der negativen Übertragung in die therapeutische Beziehung wird das Arbeitsbündnis gestärkt.

Das Prinzip der ‚parteilichen Abstinenz‘

Der Abstinenzbegriff ist wie der Übertragungsbegriff ein Begriff aus der Theorie der psychoanalytischen Behandlungstechnik. Mit der Abstinenzhaltung „enthält“ (von abstinere = sich enthalten von) sich der Therapeut davon, eigene Wünsche, Bedürfnisse und Handlungsimpulse egozentrisch in die Therapie einzubringen.

Das von Becker-Fischer & Fischer (1997) formulierte Prinzip der ‚parteilichen Abstinenz‘ kann als grundlegender Beitrag des Therapeuten zum Arbeitsbündnis im Rahmen der Behandlung von traumatisierten Patienten betrachtet werden. Der abstinente Traumatherapeut ist fähig, sich auf die Bedürfnisse und das erschütterte Selbst- und Weltverständnis seines betroffenen Patienten einzulassen. Parteilich meint die klare Stellungnahme und solidarische Haltung und auch die verbalisierte Anerkennung der dramatischen Erfahrungen, z.B. bei intendierten Traumatisierungen wie zwischenmenschlicher Gewalt.

Was ist Gegenübertragung?

Als Gegenübertragung wurden alle Gefühle verstanden, die im Therapeuten aus unbewussten Schichten als Reaktion auf den Patienten aufkommen. Das Unbewusste des Therapeuten versteht den Klienten und wird damit zum Schlüssel des Verständnisses. Die Gefühle, die der Therapeut wahrnimmt, werden als vom Patienten ausgelöst interpretiert.

Folgende Rollenpositionen werden beschrieben:

- Ich empfinde (mich), wie der Klient ist bzw. ich empfinde wie der Klient
- Ich empfinde (mich), wozu der Klient mich macht bzw. ich empfinde wie wichtige Bezugspersonen des Klienten.

Der Therapeut muss sich selbst als erlebendes Subjekt in die Beobachtung mit einbeziehen. Dem „beobachtenden Ich“ des Therapeuten stehen gewissermaßen zwei Objekte gegenüber: der Patient und das „erlebende Ich“ des Fachberaters selbst.

Beziehungsaspekte in der Psychotraumatherapie

Für die moderne Fassung des Übertragungs- und Gegenübertragungskonzeptes ist ein Weg charakteristisch, der von einer ‚Einbahnstraße‘ zu einem interaktionalen und wechselseitigen Verständnis führt. Ausgehend von der Freudschen psychoanalytischen Auffassung, die die Gegenübertragung zunächst als störendes Hindernis begriff, wird in zeitgenössische Auffassungen ein soziales Konzept der Gegenübertragung als ein ubiquitäres Interaktionsgeschehen in den Vordergrund gestellt. Der Therapeut ist gleichzeitig Beobachter, Beteiligter und Forscher im Prozess und muss sich ständig mit der Wahrnehmung, Untersuchung und Verarbeitung eigener affektiver und kognitiver Prozesse auseinandersetzen.

Therapeuten sind es gewohnt, die Übertragungsdeutungen auf frühkindliche Erfahrungen des Patienten zu beziehen. In der Behandlung von Traumatisierten bietet sich dagegen die Chance, aus einer Übertragungsinszenierung bisher unbekannte oder noch nicht verarbeitete Aspekte des Traumas zu erschließen. Hier kommen dann oft Einzelheiten in den Blick, die bislang übersehen wurden, die aber eine starke emotionale Bedeutung haben. Die Gegenübertragungsreaktion bietet den Zugang zu dem, was Lindy „trauma-specific - meaning“ nennt.

In den Gegenübertragungsreaktionen lassen sich die komplementäre Rollenposition von der konkordanten unterscheiden. Versetzt sich der Therapeut in die Gefühlslage einer Beziehungsperson des Patienten, versteht er die Gegenübertragung als eine komplementäre. Der Therapeut identifiziert sich aus mit den inneren Objekten, d. h. mit wichtigen früheren Beziehungserfahrungen, des Patienten.

Fühlt er sich dagegen in die Gefühlswelt des Betroffenen gedrängt, versteht er sie als konkordante Gegenübertragung. Er erlebt dort ähnliche Gefühle wie der Betroffene selbst.

Eine Hilfe bei der Bewältigung der schwierigen Aufgabe von Psychotraumatherapie ist die Fähigkeit zum kontrollierten Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung. Als ungünstige Gegenübertragungsreaktion entwickeln Therapeuten entweder eine zu große überprotektive Nähe oder eine zu große Distanz zu den Betroffenen. In der Übertragung zeigt sich häufig, dass schwer traumatisierte

Menschen oft sehr hohe idealisierte Erwartungen an Hilfspersonen haben, die entsprechend schnell enttäuscht werden. Zugleich besteht auch ein Misstrauen bezüglich der Absichten des Therapeuten und vielleicht auch bezüglich seiner ‚Standfestigkeit‘ angesichts der Konfrontation mit der vom Opfer erlittenen Erfahrung. Es mögen z.B. Zweifel beim Betroffenen bestehen, ob überhaupt jemand zu helfen in der Lage ist, der solches Leiden nur begrenzt nachvollziehen kann.

Unter dem Begriff Empathiestress werden Anstrengungen und Belastungen subsumiert, die beim empathischen Anhören von Traumaberichten entstehen, z.B. eine aktive Solidarisierung des Therapeuten mit dem Betroffenen drängt diesen zu Schritten, zu denen er noch nicht in der Lage ist. Auch eine unmittelbare Identifikation mit dem Betroffenen im Sinne der Mitbetroffenheit vermeidet ebenfalls die Belastung des Empa-

thiestresses. Der Therapeut ist sozusagen in seiner Fantasie selbst betroffen und vermeidet den Stress, als Nichtbetroffener beim Zuhören die Hilflosigkeit des Opfers teilen zu müssen.

Zentrale Thematik sind auch Schuldgefühle in der traumatischen Gegenübertragung, wie z.B. die sekundäre Überlebensschuld. Der Therapeut fühlt sich schuldig, dass der Betroffene eine Situation erleben musste, von der er selbst verschont blieb. Auch unbewusste Selbstvorwürfe des Therapeuten, das Trauma nicht verhindert zu haben, zählen dazu.

In einer Psychotherapie tauchen häufig intensive Wutgefühle auf, die sich u.a. als Gegenübertragungsreaktion gegen die Täter, die Passivität und Gleichgültigkeit des sozialen Umfeldes oder der Gesellschaft allgemein richten können.

Manche Therapeuten entwickeln Wut, weil sie sich von der Traumageschichte ihrer Patienten überschwemmt fühlen.

In einer identifikatorischen Haltung erlebt der Therapeut, dass das Trauma „ansteckend“ ist. Er ist intimer Zeuge eines schrecklichen Ereignisses und reagiert mit den gleichen Symptomen der Ohnmacht und der Wut, des Ekels, der Angst und der Schuld wie das Opfer. Eine mögliche Gegenübertragungsreaktion ist die Vermeidung, die mit Gedanken wie: „Ich möchte die Geschichte nicht hören“ oder „Ich kann diesen Patienten jetzt nicht verkraften“ einhergehen. Diese abwehrende Haltung führt dazu, dass der Fachberater z.B. keine Nachfragen stellt.

Eine andere Reaktion des Fachberaters ist die Überidentifizierung mit dem Schicksal des Betroffenen. Möglicherweise verleitet den Fachberater die Einmaligkeit des Patientenschicksals auf eine übertriebene Weise seine Sympathie zu zeigen oder sich persönlich für die ‚Rettung‘ des Traumatisierten einzusetzen.

Es ergeben sich folgende Muster unkontrollierter Gegenübertragung beim Fachberater:

- Überidentifizierung versus Vermeidung
- eine an therapeutischen Normen orientierte versus persönliche Haltung

Mögliche Übertragungs- und Gegenübertragungsverstrickungen:

- Der Fachberater ist zu dicht dran: Verlust der Grenzsetzung
- Der Fachberater ist zu weit innerlich entfernt: Hilflos der Willkür ausgeliefert
- Der Fachberater verstrickt sich: Angezogen und überwältigt
- Der Fachberater gibt die Beziehung auf: Missbilligung und Abwertung

Quellen:

- American Psychiatric Association (1996): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM IV. Herausgegeben und übersetzt nach dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition (1994) von Saß, H., Zaudig, M., Houben, I., Wittchen, H.-U.. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle
- Catani C., Ruck B. (2012). Misshandelte Frauen. Zusammenhänge zwischen Kindesmissbrauch, Beziehungsgewalt und Posttraumatischer Belastungsstörung. Trauma & Gewalt, Heft 1, Februar 2012, 16 – 29. Klett-Cotta, Stuttgart
- Egle, U. T., Hoffmann, S. O., Steffens, M. (1997): Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren in Kindheit und Jugend. In: Egle, Hoffmann & Joraschky (1997), 3-20
- Egle, U. T., Hoffmann, S. O., Joraschky, P. (Hg.) (1997): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Behandlung psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierung. Schattauer, Stuttgart
- Fischer, G. (1998). Konflikt, Paradox und Widerspruch. Für eine dialektische Psychoanalyse. Frankfurt/M: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Fischer, G., Riedesser, P. (2003): Lehrbuch der Psychotraumatologie. 2. Auflage
- Flatten G., Gast U., Hofmann A., Knaevelsrud Ch., Lampe A., Liebermann P., Maercker A., Reddemann L., Wöller W. (2011). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung ICD 10: F 43.1. Trauma & Gewalt, Heft 3, August 2011, 202 – 210, Klett-Cotta, Stuttgart
- Haefliger, J. (2001) Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene in der Psychotraumatologie. 5. Züricher Psychotraumatologie-Tagung: Abstract. Verfügbar über:
<http://www.psychotraumatologie.ch/haefligerworkshop00.htm>.
- Herman, J. L. (1994): Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. Kindler, München. Titel der Originalausgabe: Trauma and Recovery (1992). Basic Books, New York
- Heuft, G. (1990) Bedarf es eines Konzeptes der Eigenübertragung? Forum der Psychoanalyse, 6: S. 299-315. Berlin; Heidelberg: Springer.
- Holderegger, H. (1998) Der Umgang mit dem Trauma. 2., um ein Vorwort erweiterte Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Horowitz, M. J. (1986): Stress-Response-Syndromes (2.Auflage). Plenum Press, New York
- Köllner V., Maercker A. (2011). Das diagnostische Spektrum der Traumafolgestörungen. Bedeutung für die Therapie, praktisches Vorgehen und Ausblick auf mögliche Veränderungen in ICD und DSM IV. Trauma & Gewalt, , Heft 3, August 2011, 236 – 244. Klett-Cotta, Stuttgart
- König, K. (1998) Gegenübertragungsanalyse 3. Aufl.. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Peichl, J. (2000) Verstrickungen in der Übertragung und Gegenübertragung bei der Therapie von Traumapatienten. Psychotherapeut 6, 45: S. 366-376. Berlin; Heidelberg: Springer.
- Peichl, J. (2007). Die inneren Traumalandschaften. Stuttgart New York: Schattauer.
- Reddemann L. (2004) *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie – PITT Das Manual*. Pfeiffer bei Klett-Cotta: Stuttgart.
- Riedesser, P. (2001) Der rettende Dritte bei Übertragung-/Gegenübertragungskatastrophen in der stationären Jugendlichen Psychotherapie. Psychotraumatologie Online-Zeitschrift 2001; 2:10. Verfügbar über: <http://www.thieme.de/psychotrauma>.

- Wilson, J. P. (1989): Trauma, Transformation and Healing. An Integrative Approach to Theory, Research and Post-Traumatic Therapy. Brunner and Mazel, New York
- Wilson, J. P. & Raphael, B. (Hg.) (1993): International Handbook of Traumatic Stress Syndromes. The Plenum Press Series on Stress and Coping. New York, London
- Wibisono D., Freyberger H.J., Spitzer C. (2011). Geschichte, Theorie und Klassifikation dissoziativer Symptome und Störungen. . Trauma & Gewalt, Heft 3, August 2011, 202 – 210, Klett-Cotta, Stuttgart
- World Health Organisation (1994): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. Kapitel V (F). Forschungskriterien. Herausgegeben und übersetzt nach: Tenth Revision of the International Classification of Diseases. Chapter 5 (V): Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research von Dilling, H., Mombour, W. (Übers.), Schmidt, M.H., Schulte-Markwort (Übers.). Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- Zurek, G. & Fischer, G. (2003). Übertragung und Gegenübertragung in der Psychotherapie von Patienten mit psychotraumatischen Belastungssyndromen (PTBS). In Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin, 2, 7-18.