IPPNW Worldcongress 2010 Basel 26.-29. August 2010

Traumafolgenstörungen: Grundlagen und Aktualisierung. (Un)-Möglichkeit der Behandlung.

Dr. Werner Tschan, Psychiater, Basel.

Abstrakt

Die Psychotraumatologie setzt sich mit den seelischen Folgen traumatischer Erfahrungen auseinander. Das 1980 geschaffene Konzept der PTSD ist für das Verständnis von Kriegsfolgen hilfreich. Im Referat wird das Kontinuum der Trauamfolgenstörungen und die entsprechenden therapeutischen Interventionsmöglichkeiten aufgezeigt. Die Erfahrungen mit betroffenen Menschen zeigen eindrücklich, dass in vielen Fällen wirkungsvolle und nachhaltige Hilfe möglich ist, und dass Betroffene ihre schlimmen Erfahrungen hinter sich lassen können – nicht vergessen, aber seelisch bewältigen können.

Traumafolgenstörungen

Die historische Aufarbeitung der Begriffsgeschichte zur Psychotraumatologie zeigt, dass wir ohne kriegerische Ereignisse heute wohl immer noch keine diagnostischen Begriffe für Traumafolgenstörungen haben würden. Gemäss Heraklit gilt: „Der Krieg ist der Vater aller Dinge“ (Capelle 1968). Der Begriff wird heute jedoch wesentlich weiter gefasst – traumatische Ereignisse umfassen ein weites Spektrum von möglichen Ereignissen: Neben Kriegserlebnisse gelten Unfälle, interpersonelle Gewalt (sexualisierte Gewalt, partnerschaftliche Gewalt, Drohungen), Naturkatastrophen wie Tsunami, Überschwemmungen, Lawinenkatastrophen, Tod naher Angehöriger, Diagnose schwerer Krankheiten, Aufenthalt auf Intensivstationen, etc. als mögliche Quellen traumatischer Erfahrungen. Auch Zeugen schlimmer Ereignisse und indirekt Betroffene von nahen Angehörigen können mit Traumafolgenstörungen reagieren. Der Begriff „Psychotraumatolgie“ wurde 1992 an einem Kongress in Montreux geprägt (Everly, 1992).

Das zentrale Element im Anschluss an eine bedrohliche Situation oder nach Gewalterlebnissen (unabhängig davon, ob direkt betroffen oder als Zeuge miterlebt) ist eine anhaltende Beeinträchtigung im Sinne einer traumatischen Erfahrungen. Die Diagnose ist eine rein pyschopathologische – wenn sich nach einem schrecklichen Ereignis korrespondierende Symptome, wie nachfolgend am Beispiel der PTSD (Posttraumatische Belastungsstörung) beschrieben, einstellen, sprechen wir von Traumafolgenstörung. Ob jedoch eine einzelne Begebenheit als traumatisch erlebt oder eingestuft wird, hängt von verschiedenen, teilweise subjektiven, Faktoren ab.

> Der Ausdruck «trauma» stammt aus dem griechischen und bedeutet Wunde.

Die Diagnostik bei der PTSD stellt auf vier clusterartige Symptomgruppen ab, die über mindestens einen Monat nachweisbar sind, und die in ihrer Gesamtheit zu einer funktionellen Einschränkung führen; das bedeutet mit anderen Worten, dass Betroffene eindeutig an signifikanten Beeinträchtigungen leiden, und Einschränkungen in ihrer Lebensführung haben. Die Diagnose wurde 1980 durch die Amerikanische Psychiatrie Vereinigung (APA) geschaffen und im DSM III erstmals veröffentlicht. In der ICD 10 wurde die Diagnose 1991 aufgenommen. Mit jeder neuen Ausgabe fanden Text-Revisionen statt; dies wird auch im DSM V der Fall sein, welches wahrscheinlich 2013 erscheinen wird. Trotz vielfältigen Bemühungen von Traumaforschern wird es weiterhin keine umfassende Einteilung der Traumafolgenstörungen geben; PTSD wird den Angststörungen zugeordnet, während DID (Dissoziative Identitätsstörung) unter den Konversionsstörungen zu finden ist. Es wird weiterhin keine Kategorie für komplexe Traumafolgen geben, und die Bindungstheorie wird weiterhin keinen Eingang in die diagnostischen Überlegungen bei Traumafolgenstörungen finden. Trotz dieser Kontroversen hat sich die Diagnostik der PTSD etabliert.

Trauma ⇨

- o Intrusionen (Albträume, Flash Backs, Angstsymptome)
- o Vermeidungsverhalten
- o Hyperarousal (Schreckhaftigkeit, Anspannung)
- o Numbing (empfindungslos, erstarrt)

Dauer der Symptome ≥ 1 Monat
Signifikante funktionelle Einschränkung

Die Diagnose einer PTSD erfolgt rein psychopathologisch; d.h. wenn in der diagnostischen Abklärung diese vier Symptomgruppen sowie ein korrespondierendes Ereignis gefunden werden, wird man eine PTSD in Betracht ziehen. In den meisten Fällen treten die Symptome gleich nach Exposition auf, in rund 10% aller Fälle wird eine mehr oder weniger lange Latenz gesehen, wo durch Triggerphänomene eine Traumareaktivierung stattfindet.

Das Ausmass und die Intensität der Störung hängt jeweils von der persönlichen Vulnerabilität ab; weiter vom individuellen Funktionsniveau und der Widerstandskraft, der Dauer und Intensität der Exposition, von individuellen Schutzfaktoren und dem Ausmass an Unterstützung, das jemand erfährt.

> *Eine 40-jährige Frau wurde im Bosnienkrieg vergewaltigt. Für die Frau war dieses Ereignis etwas Banales; etwas, das zum Leben einer Frau gehört, sozusagen normal. Sie hatte in der Folge keine nennenswerten Beschwerden und benötigte demzufolge auch keine Behandlung.*

Die meisten Menschen werden zustimmen, dass diese Frau ein traumatisches Ereignis hinter sich hat, auch wenn sie persönlich nicht beeinträchtigt ist. Für die Diagnose einer Traumafolgenstörung müssen jedoch die entsprechenden Symptome nachweisbar sein.

Es werden zwei verschiedene traumatische Reaktionen unterschieden. Der Typ 1 Trauma wird nach einem einzelnen Ereignis gesehen, wie beispielsweise einem Arbeitsunfall, einem Verkehrsunfall, einer Umweltkatastrophe oder einer Vergewaltigung. Beim Typ 2 Trauma handelt es sich um mehrere Ereignisse, die miteinander verknüpft sind, resp. sich wechselseitig bedingen, wie sie typischerweise bei Kriegsgeschehen auftreten. Weitere Beispiele von Typ 2 Trauma sind Stalkingerlebnisse, Bullying (Mobbing), sowie die Mehrzahl aller interpersonellen Gewalterlebnisse (sexualisierte, körperliche, emotionale Gewalt sowie Vernachlässigung). Das Störungsbild nach Typ 1 Traumen ist die PTSD (Posttraumatische Belastungsreaktion); während nach Typ 2 Traumen komplexe Störungsbilder gesehen werden (für die jedoch noch keine akzeptierte Diagnostik besteht).

> *In Ruanda wird ein 11-jähriger Junge unter seiner Mutter „begraben", als diese getötet wird. Um ihn herum werden weitere Familien- resp. Gemeindemitglieder mit Macheten geköpft, mit Stöcken erschlagen, erdolcht, oder durch Gewahrschüsse getötet. Es wird nicht entdeckt, dass er noch lebt.*

Die traumatische Erfahrung stellt für die betroffene Person ein Ereignis dar, welche die eigenen Verarbeitungs- und Bewältigungsgrenzen überschreitet. Derartige Erfahrungen werden daher nicht im normalen expliziten Gedächtnis abgespeichert, wo sie Teil der eigenen Geschichte bilden, und bei Bedarf wieder abgerufen werden können. Die Traumaerinnerungen können überdeutlich vorhanden sein, und durch immer neue Intrusionen die betroffene Person beeinträchtigen, oder sie können „vergessen" gehen, entweder durch bewusste Unterdrückung („ich will mich nicht immer wieder an dieses schreckliche Ereignis erinnern") oder durch Dissoziation (da zu schrecklich). Triggermechanismen können jederzeit zu einer Aktivierung solcher Gedächtnisinhalte führen und die Betroffenen werden durch ihre

Erinnerungen eingeholt (Verfolgung durch die Vergangenheit). Der intrusive Charakter der Trauma-Erinnerungen zeigt sich insbesondere darin, dass die Betroffenen den Eindruck haben, das Vergangene spiele sich im hier und jetzt ab, und die damalige Bedrohung wird wieder akut. Dies kann insbesondere auch im entspannten Zustand resp. im Schlaf geschehen. Als Triggerphänomene kommen bestimmte Bilder (z.B. Nachrichten-Sendungen im TV), Geräusche Gerüche, bestimmte Jahreszeiten, Jahrestage, etc. in Frage; auch Polizeisirenen oder schon nur die Präsenz uniformierter Beamter können zu Flash Backs führen. Auch die eigene Schilderung von Erinnerungen an die Vorfälle folgen denselben Gesetzen – es muss daher nicht weiter verwundern, dass im Rahmen des Vermeidungsverhaltens die eigenen Erinnerungen gemieden werden.

> *Ein Mann sitzt am Wochenende in seinem Garten und liest Zeitungen, er fühlt sich entspannt. Plötzlich wird er durch die Sonne geblendet, welche durch die Bäume scheint – seit der Explosion einer Bombe leidet der ehemalige Soldat an PTSD. Die starke Lichtblendung führt zu einer akuten Traumareaktivierung*.

Manchmal führt die Traumareaktivierung zu Flucht- und Schreckreaktionen, die im Falle einer Vietnamesischen Frau in einer Schule in der Nähe von Philadelphia vielen Kindern das Leben rettete. Ein Helikopter stürzte in einem Pausenhof einer Schule ab. Die Frau war dort als Lehrerin tätig, und als sie in der unmittelbaren Nähe laute Helikoptergeräusche vernahm, schrie sie nach den Kindern und forderte alle zur Flucht in das Schulgebäude auf – Kriegerlebnisse durch Kampfeinsätze von US-Truppen im Vietnamkrieg hatten die Frau gezeichnet.

Triggerphänomene aktivieren mentale Strukturen im Bereich des Limbischen Systems, welches für die Verarbeitung von Alarm- und Schreckreaktionen zuständig ist. Die Amygala bildet die zentrale Alarmstelle, während der Hippocampus das kognitive Gedächtnis bildet. Unter Umgehung des Cortex werden bei bedrohlichen Ereignissen neurophysiologische Mechanismen in Gang gesetzt, die dem Überleben dienen – dazu gehört auch die Aktivierung der Stresskaskade mit der Freisetzung von Catecholaminen und Cortisol. Diese Prozesse laufen unwillkürlich ab, und können nicht willentlich beeinflusst werden – wenn jedoch sekundär erkannt wird, dass keine unmittelbare Gefahr besteht, klingen die Stressreaktionen ab, und die Werte pendeln sich wieder in Normalbereich ein. Dieses Phänomen bildet die Basis der Trauma-Dekonditionierung, wo in Analogie zu den Erfahrungen beispielsweise mit der Ausbildung Feuerwehrleuten in der Brandbekämpfung dieses Wissen zur Traumabehandlung genutzt wird.

Die neuesten Forschungsergebnisse über epigenetische Veränderungen nach Traumaerfahrungen wiesen darauf hin, dass sich Traumafolgen bis auf die Ebene von Zellkernen nachweisen lassen – die Cortisolproduktion ist letztlich ein zellgenetischer Prozess, und damit auch die Stressreaktionen. Im normalen Verlauf werden in der Entwicklungsphase durch Methylierungen bestimmte DNA Abschnitte blockiert resp. inaktiviert, eine Veränderung, die im Falle von Störungen unterbleibt. Als Folge davon resultiert eine überschiessende und lange anhaltende Stressreaktion auf kleine Reize – was die Physiologie der Traumafolgenstörungen erklärt. Diese Hypothese wurde zunächst im Tiermodell entwickelt, und wird nun durch weitere Forschungen am Menschen gestützt.

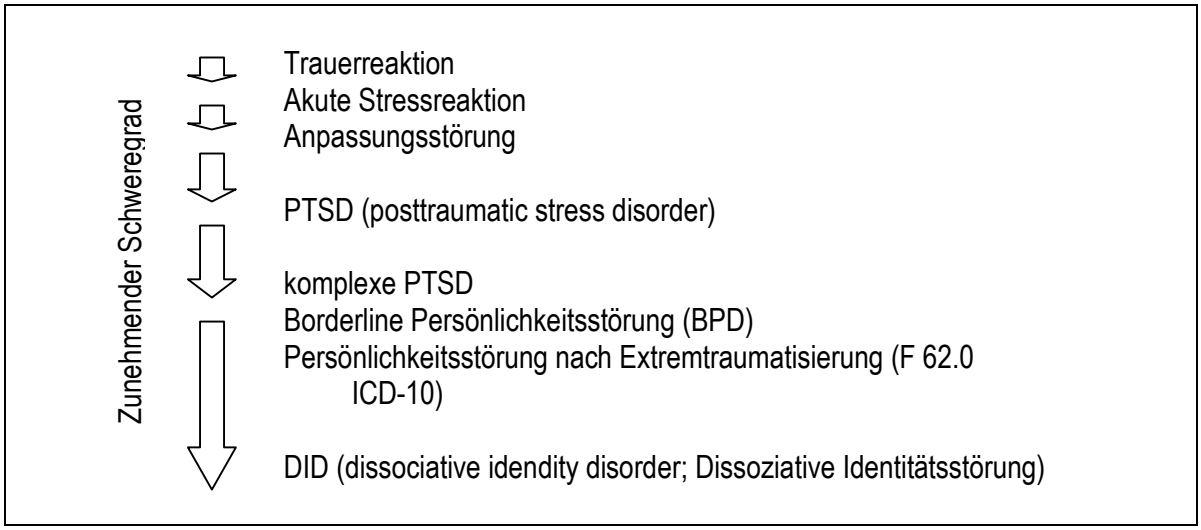
Auf der mentalen Ebene führt die Unfähigkeit, mit dem Geschehen fertig zu werden, zu einer strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit, als Folge der Gedächtnisspeicherung. Dabei folgt die individuelle Reaktion evolutionär vorgegebenen Strukturen innerhalb der mentalen Verarbeitungszentren, wohl zum Zweck des Selbstschutzes. Dieses Phänomen wurde erstmals durch Pierre Janet (1859-1947) beschrieben, und später durch den Militärpsychiater Charles Samuel Myers (1940) bestätigt, der die Symptome als shell-shock (Granat-Schock) bei Soldaten des 1. Weltkrieges beschrieb. Pierre Janet verfasste seine Dissertation 1889 zum Thema *l'automatisme psychologique,* wo er (allerdings nicht in diesen Worten, dies wird erst Myers Beitrag sein) eine Anscheinend Normale Persönlichkeit (ANP) und eine Emotionale Persönlichkeit (EP) unterscheidet. Die unbewältigbaren Traumaerinnerungen sind in-

nerhalb der EP abgespeichert, und werden von der ANP ferngehalten, die dadurch anscheinend unbeeinträchtigt funktionieren kann, allerdings zum Preis der Desintegration der Persönlichkeit. Das normale Funktionieren ist bei bestimmten Reizfolgen nicht mehr gewährleistet; am ausgeprägtesten festzustellen ist dies bei der dissoziativen Identitätsstörung (DID).

Die einfachste Form der Dissoziation wird entsprechend diesem Verständnis bei der PTSD gesehen. Die niederländische Forschergruppe um Otto van der Hart hat basierend auf diesem Modell eine Theorie der strukturellen Dissoziation vorgelegt. Je nach Ausmass und Intensität der traumatischen Erfahrungen werden drei Formen von strukturellen Dissoziationen unterschieden:

Primäre strukturelle Dissoziation	eine ANP und eine EP
Sekundäre strukturelle Dissoziation	eine ANP und mehrere EP's
Tertiäre strukturelle Dissoziation	mehrere ANP und mehrere EP's

Basierend auf diesem Erklärungsansatz lassen sich nun die Traumafolgenstörungen in einem Kontinuum darstellen, wie dies in der nachfolgenden Übersicht erfolgt:



Für die einzelnen Traumafolgenstörungen wurden spezifische Interventionstechniken entwickelt. Das erste Ziel jeder Behandlung besteht darin, Sicherheit und eine Vision zu vermitteln, wie die Folgen überwunden werden können. Die Bewältigung derartiger Ereignisse kann manchmal Jahre in Anspruch nehmen. Eine gute psychische Gesundheit lässt sich durch die Fähigkeit charakterisieren, Lebensereignisse und -umstände in die eigene Biographie zu integrieren – genau dies wird mittels einer traumafokussierten Behandlung angestrebt. Ebenfalls zentral sind psychoedukative Interventionen, welche den Betroffenen helfen, ihre eigenen Symptome zu verstehen. Viele meinen, sie spinnen - es bedeutet für sie eine grosse Entlastung, wenn sie ihre Reaktionen als neurophysiologische Reaktion auf bedrohliche Ereignisse verstehen. Kritisch bleibt anzumerken, dass nur ein kleiner Prozentsatz aller Traumafolgenstörungen korrekt diagnostiziert werden (Friedmann 2006) – nach dem Schweizer Gegenstandskatalog für das Medizinstudium gehört Psychotraumatolgie weder zum curricularen Inhalt für Mediziner, noch müssen Psychiater darüber Kenntnis haben. Es ist grotesk – gelten doch die Traumafolgenstörungen als die häufigsten psychiatrischen Krankheitsbilder. Besonders krass wird es in Zusammenhang mit der Beurteilung von Arbeitsunfähigkeiten und Rentenansprüchen. Infolge fehlender Kenntnisse werden viele Betroffene nicht korrekt eingeschätzt – was den Versicherungsträgern zwar bekannt ist, jedoch nicht zu Qualitätssicherungsmassnahmen Anlass gibt, da anderslautende Ergebnisse nicht im Interesse der Versicherungswirtschaft sind. Leittragende sind die Betroffenen, die nun erneut traumatisiert werden.

Ein ca. 50 Mann wird in Zusammenhang mit einem Rentenantrag an die Invalidenversicherung durch mehrere Ärzte beurteilt. Der Psychiater stellt fest, dass der Mann in der Vergangenheit schlimme Erlebnisse gehabt habe, ohne dass er einen Zusammenhang zur heutigen Situation feststellt. Bei genauer Befragung stellt sich heraus, dass sich weder der Psychiater noch die anderen Ärzte nach den traumatischen Erfahrungen erkundigt haben. Er wird Seitens der Invalidenversicherung als voll arbeitsfähig eingestuft und die Gewährung einer Rente wird abgelehnt.

Nach seinen Angaben habe er in der Schweiz Asyl erhalten. Er sei wegen seiner politischen Tätigkeit in seinem Heimatland dreimal zum Tode verurteilt und im Militärgefängnis gefoltert worden. Man habe ihm mit Stöcken auf die Fusssohlen geschlagen; man habe ihm die Beine hinter dem Kopf zusammenbebunden, und dann einen Abhang runter rollen lassen; man habe ihm die Arme hinter dem Rücken gebunden, und an den Armen aufgehängt; man habe ihn mit Strom an beiden Grosszehen, oder am Genitale, gefoltert. Schliesslich sei ihm nach vier Jahren zusammen mit weiteren Gefangenen die Flucht gelungen, einige seinen dabei erschossen worden. Er habe sich dann ein Jahr lang in den Bergen versteckt gehalten, und dann sei ihm die Flucht ins Ausland gelungen.

In der Schweiz habe es mehrere Jahre gedauert, bis er sich sicherer gefühlt habe. Allerdings leide er heute noch an Angst- und Streckzuständen, wenn er beispielsweise uniformierte Polizei sehe. Er habe sich stets verstecken wollen, wenn er eine Polizeisirene gehört habe. Wenn er Nachrichten höre, habe er oft flash backs; er könne dann nicht schlafen und liege im Bett, wobei ihm dann immer wieder die Szenen aus dem Militärgefängnis durch den Kopf gehen würden. Sein Verhalten habe schliesslich zur Trennung durch die Ehefrau geführt. Trotz Behandlung seien seine Ängste und Schmerzen nicht geringer geworden. Er habe phobische Ängste vor anderen Menschen, und zeige bizarre Verhaltensmuster: wenn jemand mit den Armen fuchtle oder eine abrupte Bewegung mache, erschrecke er so, dass er aus dem Raum gehen müsse; manchmal schreie er die anderen an, sie sollen ihn nicht dermassen erschrecken.

Die angeforderten Akten der Immigrationsbehörde bestätigen die Angaben des Mannes. Im Verfahren vor Sozialversicherungsgericht wird dem Mann eine Teilinvalidität attestiert, und die Invalidenversicherung verliert das Verfahren.

Der sich im Titel des Referates ausdrückende Therapie-Skeptizismus ist angesichts der wissenschaftlichen Ergebnisse zu den Behandlungsmöglichkeiten von Traumafolgenstörungen völlig unangebracht (Harder & Tschan 2004). Zunächst zeichnen sich traumatische Störungsbilder durch eine ausgeprägt hohe Spontanremission aus. Zweitens ist seit den Anfängen der Traumabehandlung bekannt, dass eine sichere, supportive Umgebung der wichtigste Faktor für den Heilungsverlauf darstellt. Dies hat sich beispielsweise nach dem Wirbelsturm „Katrina“ einmal mehr bestätigt, welcher am 29. August 2005 die Metropole New Orleans heimsuchte. Menschen, die nach der Katastrophe Schutz und Unterkunft in einer vertrauensvollen Umgebung fanden, zeigten viel weniger häufig Traumafolgenstörungen als diejenigen, die zwar gerettet wurden und entsprechende Hilfe erhielten, dann aber weitgehend auf sich gestellt blieben. Für die Bewältigung der Traumafolgenstörungen sind nicht nur ärztliche und therapeutische Intervention erforderlich, sondern weit mehr ein supportives Verhalten des weiteren Helfernetzes (Wanner et al. 2007). Wir Ärzte machen teure Sisyphusarbeit mit Traumabetroffenen, wenn sie nicht die erforderliche Unterstützung etwa in Form einer Anerkennung ihrer Leiden durch die Sozialversicherungen erhalten.

Der therapeutische Prozess wurde erstmals durch Janet mit den heute noch massgebenden drei Phasen beschrieben: Stabilisierung, Durcharbeiten und Integration. Die therapeutischen Interventionen gestalten sich phasenorientiert, wobei sich die einzelnen Schritt nicht stur linear folgen, sondern durch ein Hin- und Hergleiten zwischen den einzelnen Phasen charakterisiert werden können. „ … *although the*

phases have been described in linear fashion, in reality they are flexible and recursive, involving a periodic need to return to previous phases (Van der Hart, Nijenhuis, Steele, 2006):

Phase 1	Stabilisierung und Symptomreduktion
Phase 2	Behandlung der traumatischen Erinnerungen
Phase 3	Integration und Rehabilitation

Die Symptomreduktion kann als Massstab für den Behandlungserfolg verwendet werden; entscheidender und weitaus verlässlicher ist jedoch das subjektive Mass an Lebensqualität, welches Betroffene nach traumafokussierter Behandlung empfinden (Harder & Tschan, 2004). Wenn Betroffene ein Gefühl entwickeln, sie seien wieder hergestellt oder fühlen sich wieder so wie vor dem schrecklichen Ereignis, dann kann wahrhaft von einem vollen Behandlungserfolg gesprochen werden. Dabei soll nicht vergessen werden, dass letztendlich nur der Patient gesund werden kann – wir können höchstens die Voraussetzungen schaffen, die den Gesundungsprozess ermöglichen. Die Überwindung traumatischer Lebensereignisse bleibt nicht bloss eine individuelle Fragestellung, sondern stellt sich für ganze Völker und Kontinente – so betrachtet ist die europäische Integration nach dem zweiten Weltkrieg auch ein Versuch, die Kriegsfolgen zu überwinden.

Ich habe in Kambodscha mit Überlebenden der Khmer Rouge Diktatur gesprochen, ich habe mit Überlebenden nach dem Bürgerkrieg von Ruanda gesprochen, ich habe mich am UN Hauptsitz in New York in Zusammenhang mit der Behinderten-Konvention aus erster Hand informiert, ich habe mit Jugendlichen aus Palästina, aus Sri Lanka, aus Pakistan gesprochen. Ich habe viele Überlebende von sexualisierten Gewaltdelikten gesehen. Ich war in White Sands, wo die US Regierung ihre Atombombenversuche durchgeführt hatte. Manchmal fragen mich Kollegen: Wie hältst Du das bloss aus? Immer diese Gräueltaten, immer diese Abgründe? Ich sage: Ich bin Arzt, nicht Richter. Ich helfe, wo Hilfe erforderlich ist, und ich bemühe mich Betroffenen beizustehen, so gut ich kann. Ich referiere auch zum Thema sekundäre Traumatisierung der Helfer und zeige mögliche Strategien auf, wie wir Fachleute unsere Arbeit bewältigen können, ohne dass wir selber daran zerbrechen (Baranowsky 2002).

Ein Buch schätze ich besonders: The black swan, von Taleb (2010). Der Autor beschreibt, wie eine einzelne Begebenheit eine ganze Theorie oder eine Sichtweise über den Haufen werfen kann. So geht es mir mit der Psychotraumatologie als Wissenschaft – sie hat das Gebäude der Medizin, der Psychiatrie und der Psychologie radikal erschüttert und zu völlig neuen Denk- und Behandlungsansätzen geführt. „*All our knowledge grows only through the correcting of our mistakes*", so Karl Popper (1963). Niemand von uns hat die Wahrheit gepachtet.

Manchmal werde ich für meinen Einsatz gerügt; meine Berufskollegen machen mir Verweise wegen Verletzung der Standesregeln oder drohen mir mit Strafverfahren wegen Verleumdung und dergleichen. Meine Patienten sind traumatisierte Menschen, die Schreckliches durchgemacht haben. Sie reichen mir die Hand, und sagen mir danke. Manchmal muss ich Fachkollegen für ihr Verhalten kritisieren. Durch meine Patienten und mit ihnen habe ich gelernt, was ich tun muss. Der IPPNW geht es wohl auch nicht anders – die IPPNW stellt sich gegen die nukleare Aufrüstung und sieht sich damit mächtigen Gegnern gegenüber. Würde sich das Schreckensszenario des kalten Krieges bewahrheiten, und käme es tatsächlich zu einem nuklearen Schlagabtausch, dann hätten wir Ärzte wohl nicht mehr viel zu tun. Versuchen wir etwas zu sagen, solange wir dazu (noch) in der Lage sind!

Weiterführende Literatur:

- Bowlby John, Hillig Axel, Hanf Helene: Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie. München, Reinhardt, 2010.
- Dell Paul F., O'Neil John A. (eds.): Dissociation and the dissociative disorders. New York, Routledge, 2009.
- Herman Judith: Trauma and Recovery. New York, Basic Books, 1992, 1997. Deutsch; Die Narben der Gewalt. Paderborn, Junfermann, 2003.
- Olbricht Ingrid: Wege aus der Angst. München, Beck, 2004.
- Van der Hart O., Nijenhuis E., Steele K.: The haunted self, structural dissociation and the treatment of chronic traumatization. New York, W.W. Norton, 2006.
- Van der Kolk B.A., McFarlane A.C., Weisaeth L. (Eds.): Traumatic Stress. The effects of overwhelming experience on mind, body and society. New York, The Guilford Press, 1996. Deutsch: Traumatic Stress. Paderborn, Junfermann, 2000.

Referenzen:

Baranowski A.B.: The silencing response in clinical practice: on the road to dialogue. In: Figley C.R. (ed.): Treating compassion fatigue. New York, Brunner Routledge, 2002; pp. 155-170.

Capelle W.: Die Vorsokratiker. Stuttgart, Kröner, 1968, p. 135.

American Psychiatric Association: DSM III – Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). Washington DC, American Psychiatric Association, 1980.

Everly G.S.: Psychotraumatology: A two-factor formulation of post-traumatic stress. Paper presented to the Montreux Congress on Stress. Montreux, Switzerland, 1992.

Friedmann A.: Wird die posttraumatische Belastungsstörung zu oft oder zu selten diagnostiziert? In: K.H. Danzl, R. Haller, W. Laubichler, M. Neumann, G. Pakesch, R. Prunnlechner (Hrsg.): Victimologie und Begutachtung. Kongressband 12. Forensisch-psychiatrische Tagung, Wien, 2006.

Harder F., Tschan W.: Die posttraumatische Belastungsstörung in der hausärztlichen Praxis. Teil 1 & 2. Schw Med Forum, 2004;4:392-397 resp. 417-421.

Janet P.: L'autmatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'acitivté humaine. Paris, Félix Alcan, 1889. Reédition: Paris, Sociéte Pierre Janet, 1973.

Myers C.S.: Shell shock in France 1914-1918. Cambridge, Cambridge University Press, 1940.

Popper K.: Conjectures and refutations. London, Routledge and Paul Kegan, 1963.

Taleb N.N.: The black swan. The impact of the highly improbable. New York, Random House, 2010, 2nd ed.

Wanner J., Fischer R., Tschan W.: Aggression und Gewalt im ärztlichen Alltag. Teil 1&2. Schw Med Froum 2007; 7:561-568 resp. 583-588.