

Stationäre Therapie von real traumatisierten Patientinnen und Patienten - das Bielefelder Modell

Luise Reddemann

Einleitung

In den letzten Jahren werden in stationären Einrichtungen zunehmend Patientinnen und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen behandelt, während die Klientel mit neurotischen Störungen immer mehr zurückgeht.

Es besteht heute kein Zweifel mehr daran, daß bei persönlichkeitsgestörten Patientinnen und Patienten, insbesondere solchen mit selbstverletzendem und eßgestörtem Verhalten, aber auch mit schwerer depressiver Symptomatik, mit Panik- und Somatisierungsstörungen sowie mit dissoziativen Störungen, frühkindliche Traumatisierungen durch Mißhandlung, sexuelle Gewalt und Vernachlässigung eine entscheidende ätiologische Rolle spielen (Egle et al 1997, van der Kolk 1998).

„Daß die Ursachen der gegenwärtigen Probleme dieser Patienten in ihren vergangenen Traumata zu finden sind, wird häufig durch ihr extremes emotionales Leiden oder ihre bizarren oder desorientierten Verhaltensweisen verdeckt. Das Wissen darum, wie Menschen mit ihren traumatischen Erlebnissen umgehen, läßt uns jedoch erkennen, daß viele dieser Patienten ständig zwischen dem erneuten Durchleben und der Abwehr der traumatischen Erinnerungen und Gefühle hin und her gerissen sind. Wie man eine solche Therapie für solche Patienten schließlich gestaltet, wird direkt vom richtigen Verständnis dieser Symptome abhängen.“ ... Man sollte „sie als mißlingende Versuche der Patienten sehen, sich ihrer Steuerungsfähigkeit und Sicherheit zu vergewissern“ (van der Kolk 1998, S. 21).

Das therapeutische Konzept der Klinik für Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin Ev. Johannes-Krankenhaus Bielefeld entwickelte sich seit 1985, da wir ab diesem Jahr begannen, Gruppen nur für Patientinnen, Frauengruppen also, anzubieten. In diesem als besonders geschützt erlebten Rahmen begannen die Frauen von ihren traumatischen Erfahrungen zu berichten. Daraus ergaben sich zahlreiche Probleme, die uns im Laufe der Jahre lehrten, unser Konzept dieser Klientel anzupassen. Eines der schwerwiegendsten Probleme, das wir in den ersten Jahren hatten, war, daß der Zustand der Patientinnen sich dadurch, daß sie über ihre Traumata redeten, verschlechterte statt verbesserte. Wir arbeiteten von 1985 bis etwa 1990 auch mit dieser Klientel nach einem Konzept, das auf den Prinzipien einer psychoanalytischen Interventionstechnik basierte (Heigl-Evers u. Ott 1994, Janssen 1987, Kernberg 1981/88). Der Prozeß der Veränderung des Konzeptes war ein langjähriger, der sicher noch nicht abgeschlossen ist. Doch sind inzwischen einige Prinzipien deutlich herausgearbeitet und haben sich bewährt. Im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Göttingen hat Ulrich Sachsse (Sachsse et al 1998) dieses Konzept übernommen. Seit 1994 stehen beide Kliniken im engen Austausch und Kooperation zur konzeptuellen Weiterentwicklung.

Wesentliche Prinzipien der Arbeit

1. Traumatisierte Patientinnen sollen unterstützt werden, das Gefühl von Kontrolle über innere und äußere Prozesse zu entwickeln und zu behalten.
2. Die Arbeit soll in der Stabilisierungsphase so triggerarm wie möglich gestaltet werden (d.h. die Traumata nicht reaktivierend)
3. es soll ein Milieu zur Verfügung gestellt werden, das wenig Streß erzeugt, um den ohnehin vorhandenen erhöhten Streßpegel (hyperarousal) nicht zusätzlich zu erhöhen, sondern es soll alles Mögliche getan werden, um binnen kurzem ein Gefühl von Sicherheit und besserer Streßkontrolle zu ermöglichen.

Da die obengenannten drei Punkte eng miteinander verzahnt sind, gehe ich auf alle drei gemeinsam ein. Die LeserIn/der Leser wird gebeten, sich die Punkte immer wieder ins Gedächtnis zu rufen.

Menschen mit posttraumatischen Störungen leiden in Bezug auf die Verarbeitungsfähigkeit ihrer Traumatisierung an einer spezifischen Ich-Schwäche. Diese wird heute als Gehirnpsychosomatose verstanden, da durch Traumata nachweislich Veränderungen im Gehirn entstehen können: Die Reizschwelle für Triggerreize ist herabgesetzt und die physiologische Erregung bei Streß wird zur Übererregung. Im Gegensatz zu anderen verwechseln traumatisierte Menschen aktuelle „normale“ Alltagsunannehmlichkeiten mit (Lebens-) Gefahr, alles kann zum Trigger werden auch landläufig harmlose Dinge. Bestimmte Regionen des limbischen Systems schlagen Alarm, längst ehe im Frontalhirn überprüft werden kann, ob es sich um eine reale Gefahr handelt.

Die wichtigsten Erkenntnisse zur „Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata“, sind jüngst von van der Kolk (1998) eindrücklich dargestellt worden.

„Die nachhaltigste Auswirkung des Traumas auf die Psyche liegt vermutlich im Verlust der Fähigkeit zur Selbstregulation“ (van der Kolk 1998, van der Kolk et al 1996). Klinisch finden wir ein Klientel, das sich seinen inneren - und äußeren - Zuständen hilflos ausgeliefert fühlt. Die einst erfahrene Ohnmacht und Hilflosigkeit wird wieder und wieder im eigenen Inneren inszeniert und erlitten, außerdem auch projiziert und externalisiert, was zu den bekannten Formen massiven Agierens führt, die man auf den entsprechenden stationären Einrichtungen immer wieder beobachten kann. So fühlen sich die Patientinnen und Patienten ihren intrusiven Erinnerungen, flash-backs und Alpträumen, ihren unerklärlich scheinenden heftigen Emotionen, insbesondere Ängsten hilflos ausgeliefert.

Wir unterrichten unsere Patientinnen (da es sich bei der Mehrzahl des Klientels um Frauen handelt, spreche im weiteren von Patientin und Therapeutin. Patienten und Therapeuten sind eingeschlossen) daher zunächst genauestens über Traumafolgen. Zu wissen, dieses Verhalten ist Traumacoping und war einst sinnvoll, schafft Erleichterung. Außerdem ist die Patientin genauestens über das therapeutische Konzept informiert und wird von Anfang an gebeten, darauf zu achten, welche Dinge ihr gut tun. Es wird ihr vermittelt, ihren Körper als Ratgeber zu nutzen, d.h. körperliches Wohlbefinden als Gradmesser zu verwenden, ob sie sich mit einer therapeutischen Aktivität wohlfühlt und hofft, davon zu profitieren. Aus diesem Grund akzeptieren wir auch den Wechsel der

Therapeutin/ des Therapeuten. Außerdem können Patientinnen sich ausschließlich von Frauen behandeln lassen. Neue Erfahrungen, so wird den Patientinnen erklärt, zu machen sei wichtig, aber nur so viel, wie sie gut aushalten können. Von Aushalten und Durchhalten um jeden Preis raten wir ab, dies kennt die Patientin zu gut aus der traumatischen Situation. Dies bedeutet, daß wir akzeptieren, wenn die Patientin nur an Teilen des therapeutischen Angebotes teilnimmt, jeweils in Absprache mit ihrer Einzeltherapeutin. Wir erwarten allerdings die Teilnahme an einmal Vereinbartem bzw. neue Vereinbarungen.

Die Patientin erlernt so früh wie möglich, Techniken, sie überflutende Gefühle, Bilder etc. zu steuern dadurch, daß wir sie anleiten, dieses Material in einen imaginären Safe zu packen oder andere imaginative Techniken anzuwenden. Erst wenn sie sich stabil und sicher genug fühlt, kann sie sich bewußt entscheiden, dieses Material zu betrachten, sich mit ihm auseinanderzusetzen, d.h. sie behält oder erwirbt sich die bewußte Kontrolle, während sie sich dem Material bis dahin hilflos ausgeliefert fühlte.

Wir verstehen es also als eine unserer Hauptaufgaben, die Patientin darin zu unterstützen, Meisterin im Umgang mit ihren inneren Zuständen zu werden. Dazu greifen wir insbesondere auf das Mittel der Selbstberuhigung und des inneren Trostes mittels Imagination zurück, z.B. durch die Übungen eines inneren sicheren Ortes, innerer hilfreicher Wesen, eines inneren Wunschgarten usw. Innere Bilder sind hoch wirksam, das erlebt die Patientin ständig, wenn sie sich ihren schlechten Bildern ausgeliefert und von ihnen beeinflusst wahrnimmt. Also können gute, heilsame Bilder nach und nach ein Gegengewicht schaffen. Wir nutzen bewußt die Tendenz persönlichkeitsgestörter Patientinnen zur Spaltung als Coping-Strategie, indem wir einladen, den schlechten inneren Bildern gute entgegenzusetzen. Dies hat die Patientin meist früher spontan getan und die Welt sicherer, heiler sowie heilsamer innerer Bereiche braucht von der Patientin meist nur wiederentdeckt zu werden.

Wir verstehen unsere Aufgabe darin, die Patientin anzuleiten, sich daran zu erinnern, sich selbst zu beruhigen. Wir arbeiten mit der Vorstellung, daß zwei Erwachsene, die erwachsene Patientin und die Therapeutin, sich um ein verlassenes, gequältes Kind (oder ein „jüngeres Ich“) kümmern. Die Hauptaufgabe der Therapeutin und des therapeutischen Teams besteht darin, die erwachsene Patientin zu ermutigen, zu unterstützen, sich um ihr „inneres Kind“ (bzw. ihr jüngeres verletztes Ich) zu kümmern. Wir lehnen es ab, Hilfs-Ich-Funktionen in immer stärkerem Maße zu übernehmen. Wir streben vom ersten Tag der Behandlung an, die Selbsthilfemöglichkeiten in der Patientin anzuregen, also nur in diesem Punkt Hilfs-Ich zu sein. Es ist uns daher bereits bei der Anamneseerhebung wichtig, die Patientin nach ihren Stärken und Fähigkeiten genauestens zu befragen und diese entsprechend zu würdigen. Problematisches Verhalten wird als Lösungsversuch verstanden und in diesem Sinn gedeutet.

„Damals war es das Beste für Sie, den Mund zu halten. Da Sie sich nicht sicher sind, ob wir vertrauenswürdig sind, sind Sie hier auch erst einmal still und halten sich mit Ihrer Meinung zurück. Ich bitte jetzt aber Sie, die erwachsene Person, zu prüfen, ob das für unsere Zusammenarbeit nützlich ist. Vielleicht ist es so, daß die Erwachsene erst einmal das Kind beruhigen müßte, daß es hier in Sicherheit ist. Ist es Ihnen möglich, daß wir zusammen nach einem Weg schauen, daß Sie so offen, wie Sie es jetzt als Erwachsene für vertretbar halten, sind und auch den Sicherheitsbedürfnissen Ihres inneren Kindes Rechnung tragen?“

Dieses Interventionsbeispiel macht deutlich, daß wir einen ätiologischen Zusammenhang des Jetzt mit dem Damals postulieren und benennen (tiefenpsychologische Perspektive), gleichzeitig aber auf dem „jetzt ist es anders“ bestehen und unterstellen, daß es ein erwachsenes Ich neben einem traumatisierten Ich gibt. Diese beiden bestehen praktisch unverbunden nebeneinander. Aufgabe der Therapie ist es, eine Kooperation zwischen diesen beiden Ichzuständen anzuregen und zu ermöglichen. Es handelt sich also um eine Reparatur des Ich.

Wir fördern keine Regression in der Beziehung. Wo sie auftaucht, wird sie benannt und es wird gemeinsam nach Wegen gesucht, sie einzugrenzen. Die imaginative Arbeit mit dem Konzept „inneres Kind“, scheint dazu ein geeigneter Weg. Sich als Erwachsene an das Kind zu erinnern, das man war, ohne „ich“ zu denken, führt zu einer Distanzierung einerseits, andererseits auch zu einer Intensivierung des Erlebens in bezug auf das Kind (ausführlich dazu Reddemann 1998).

Wir fördern keine Regression in den Beziehungen in der Klinik, weil wir meinen, daß dies streßerhöhend ist. Sich in Beziehungen auseinanderzusetzen, aggressive Spannungen auszuhalten, kann für traumatisierte Menschen zum Trigger werden. Sie fühlen sich hilflos und ohnmächtig und geraten wieder in traumatische Zustände, was meist nur durch nach außen oder gegen das eigene Selbst gerichtetes Agieren ertragen werden kann.

Die oben erwähnte Intervention könnte dazu führen, daß die Patientin sich bewußt wird, daß ihr Mißtrauen und ihr Schweigen einer früheren Bezugsperson galt und daß sie uns damit verwechselt. Ein Patient entwickelte nach einer ähnlichen Intervention das Bild, sich seine Mutter neben mir sitzend vorzustellen und das Mißtrauen in ihre Richtung zu schicken, um mit mir weiter arbeiten zu können.

Wir verweisen Wünsche nach idealen, nie verletzenden Bezugspersonen ebenfalls nach innen, deklarieren den Wunsch danach als berechtigt, aber als nicht erfüllbar durch real existierende Menschen. Wir vermitteln durch die Imaginationen nur gute innere hilfreiche Wesen, einen inneren Bereich des ganz und gar Guten, das jederzeit verfügbar ist.

Manche Patientinnen empfinden diesen immer wieder gegebenen Hinweis auf innere Bereiche als Ärgernis, da sie die korrigierende Erfahrung in einer Beziehung suchen. Die meisten, die zu uns kommen, fühlen sich dadurch allerdings erleichtert und in ihren eigenen Fähigkeiten unterstützt.

Das „Schlechte“ der traumatischen Erfahrung erhält, wenn die Patientin ausreichend stabil ist, was durch die oben beschriebenen unterschiedlichen Interventionsstrategien angestrebt wird, einen Raum für traumazentrierte Arbeit. Dabei wird dem Trauma in zuvor verabredeten Sitzungen mit ausreichender Zeit (1 1/2 - 2 Stunden) in dosierter und gesteuerter Weise begegnet.

Nach heutigem Kenntnisstand ist „darüber reden“ in den meisten Fällen nicht ausreichend (Shapiro und Forrest 1997). Alle Kliniker kennen das Phänomen, daß Patientinnen ihre Traumageschichten wieder und wieder

erzählen, ohne sie wirklich zu verarbeiten. Dies hat damit zu tun, daß die Dissoziation von Kognition, Gefühl und Körpererleben aufgehoben werden muß. Wirksame Traumaarbeit hebt diese Dissoziation auf. Bei Patientinnen, die an dissoziativen Störungen leiden, erfordert dies ein besonders behutsames Vorgehen. Auch sollte eine traumazentrierte Arbeit so wenig retraumatisierend wie möglich sein. M.E. sollten alle Therapieschulen ihre Interventionstechniken daraufhin überprüfen. Wir lassen uns von dem Grundsatz „the slower the faster“ (Kluft) leiten.

Auch hier hat es sich bewährt, eine Coping-Strategie der traumatisierten Patientinnen und Patienten, nämlich die Dissoziation, gezielt und gesteuert einzusetzen, also als therapeutische Technik. So wird der Patientin z.B. vorgeschlagen, sich vorzustellen, daß sie das Ereignis auf einem imaginären Bildschirm, für den sie eine Fernbedienung besitzt, ablaufen läßt. Eine weitere Möglichkeit ist, daß der „innere Beobachter“ über das Geschehene berichtet und die „Person, die ich sagt“, sich aus dem Körper zurückzieht. Dies sind Beispiele für gezielt eingesetzte Derealisation bzw. Depersonalisation. Nur für einen kurzen Moment wird der Patientin zugemutet, Kognition, Gefühl und Körpererleben zusammenzubringen. Auch hier ist der Gedanke von höchstmöglicher Kontrolle ein zentrales Anliegen.

Am Ende, im letzten Drittel der traumazentrierten Sitzung, also für ca. 1/2 Stunde, sollte genügend Zeit für inneren Trost und Selbstberuhigung bleiben. Dem geht in der Regel eine Phase starker Abreaktion mit Weinen, Zittern, möglicherweise auch Erbrechen und Schreien voraus. Diese Abreaktion ist wichtig und sollte von der Therapeutin empathisch begleitet und unterstützt werden. Ulrich Sachsse verwendet dafür das Wort „Ausschmerzen“. Dieses Ausschmerzen verläuft in Wellen und braucht seine Zeit. Nach Levine (1997) sind dies natürliche Reaktionen, die man bei Säugetieren in freier Wildbahn nach einem Trauma gut beobachten kann, sie setzen sich in Bewegung, fangen an zu rennen. Dies führt bei wilden Tieren dazu, daß sie „keine posttraumatische Belastungsreaktion entwickeln“ (Levine).

Auch die anderen Therapieangebote der Klinik wie Gestaltungs-, Musik- und Körpertherapie sind so konzipiert, daß die Patientin angeleitet wird, zu ihren Ressourcen zu finden. So würde eine Patientin, die eine traumatische Szene gestaltet hat, z.B. gebeten, diese Szene auf dem Bild neu zu gestalten, zu verändern, z.B. ihre inneren Helfer in die Szene hineinzubringen oder ähnliches.

Wir erklären, daß es heute um „die Bilder im Kopf“ geht, die verändert werden können und daß es heute diese Bilder sind, die die Patientin quälen.

Das Angebot an Körperarbeit ist ein strukturiertes und keines, das das Hochkommen unbewußten Materials fördert. Qi Gong oder Feldenkrais-Arbeit hat sich bewährt sowie einige Übungen aus der KBT, bei denen es um sich Abgrenzen und den eigenen Raum nehmen geht.

Streßbewältigungstechniken werden viermal pro Woche in der Gruppe geübt.

Ein sehr nützliches Instrument unserer Arbeit ist die Aromatherapie, die vom Pflegedienst angeboten wird. Ätherische Öle haben eine beruhigende Wirkung. Die Schwester sucht mit der Patientin gemeinsam die Essenzen aus. Dann erhält die Patientin eine Massage, die so viel vom Körper mit einbezieht, wie die Patientin als angenehm empfindet. Die Erfahrung liebe- und respektvoller Berührung ist für viele unserer Patientinnen neu und beglückend. Darüber hinaus lernt die Patientin auch, sich selbst mit diesen Ölen zu massieren. Denn auch hier gilt das Prinzip zu lernen, sich selbst liebevoller zu begegnen. Für den Pflegedienst ist es darüber hinaus befriedigend, sich dieser schwierigen Klientel auf eine überwiegend nicht verbale Weise zu nähern, d.h. die eigenen beruflichen Ressourcen zu nutzen, und von fruchtlosen Gesprächen wegzukommen.

Wenn eine Patientin zum Pflegedienst kommt und erzählt, es gehe ihr schlecht, sie habe Kopfschmerzen, würde ihr z.B. eine Nackenmassage, ein Fußbad oder ähnliches angeboten. Die Patientin würde gefragt, ob sie die Übung des „inneren sicheren Ortes“ schon gemacht hat und würde ggf. dabei unterstützt, diese Übung jetzt zu machen. Es würden mit ihr Möglichkeiten überlegt, wie sie jetzt unterstützend und wohltuend mit sich umgehen kann. Die Schwester würde mit ihr nicht über Belastendes, insbesondere Erinnerungen vertiefend, sprechen, denn es geht uns darum, der Patientin zu helfen, Kontrolle zu entwickeln über ihre Zustände. Die Schwester würde auch keine Frage wie „was macht Ihnen Kopfschmerzen“ stellen.

Die Beschäftigung mit traumatischem Material findet ausschließlich in der Einzelarbeit statt, da das Erzählen traumatischer Szenen sowohl die Patientin wie die Zuhörerinnen triggern kann und unvorhersehbare Reaktionen retraumatisierender Qualität haben kann oder Schuldgefühle auslöst. Wir empfehlen daher auch nachdrücklich, nicht miteinander in der freien Zeit über traumatisches Material zu sprechen „nicht das Nähkästchen öffnen“, nennen dies unsere Patientinnen und Patienten.

Die Gruppentherapie ist themenzentriert. Die Patientinnen selbst stellen immer wieder - etwa alle 8 - 10 Wochen - einen Katalog von Themen zusammen, an denen sie arbeiten wollen.

In der Gruppe geht es darum, voneinander zu lernen, wie die anderen mit schwierigen Gefühlen umgehen, was andere für Kraftquellen haben, Katastrophen managen etc. und neue und geschicktere Umgangsformen zu entwickeln. Die Gruppenarbeit integriert auf einem tiefenpsychologisch fundierten Verstehenshintergrund Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie und imaginative Verfahren.

Diskussion

1. was geschieht mit Patientinnen, die eine konfliktzentrierte und
2. mit solchen, die eine beziehungsorientierte - die Regression in der Beziehung fördernde - Arbeit brauchen.

Diese Klientel kann von unserem Angebot profitieren, wenn es sinnvoll ist, daß sie stabilisierende Techniken erlernt, ansonsten verweisen wir diese Patientinnen auf andere Kliniken, da sie bei uns nicht bekämen, was sie brauchen. Patientinnen, die mit imaginativer Arbeit nichts anfangen können, denen dies sogar „zuwider“ ist,

fühlen sich bei uns nicht wohl, und es wird uns von ihnen ebenfalls geraten, in anderen Einrichtungen Hilfe zu suchen.

3. Unser Umgang mit der therapeutischen Beziehung löst kontroverse Reaktionen aus. Die einen, z.B. Wurmser, in einer persönlichen Mitteilung, halten unsere Arbeit für analytisch, die anderen, z.B. Schulz-Venrath, in einer persönlichen Mitteilung, halten sie für unanalytisch. Wir nutzen die therapeutische Beziehung auf der Ebene der Entwicklung einer milden positiven Übertragung. Wir nehmen ein Übertragungsangebot an, das auf die Zeit vor der Traumatisierung rekurriert und fördern das Arbeitsbündnis. Negative Übertragungsangebote werden nicht gefördert und werden nicht innerhalb der therapeutischen Beziehung aufgelöst. Wir tun dies deshalb nicht, weil wir uns an der Idee eines „Normal - Ich“ orientieren (Freud 1937), das einzig für die analytische Arbeit im engeren Sinn geeignet erscheint. Dieses Normal-Ich steht bei der Reaktivierung traumatischen Materials definitionsgemäß nicht zur Verfügung. Wir beachten genauestens unsere Gegenübertragung und nutzen sie, ohne - in der Regel - traditionelle Deutungen zu geben. Wir intervenieren eher „oberflächlich“, alltagsweltlich, man kann auch sagen Konflikt vermeidend. Wenn z.B. eine Patientin die Therapeutin wechseln will, weil sie sich nicht sicher genug fühlt, wird ihr das in der Regel zugestanden. Denn wir möchten in erster Linie ihre Selbstbestimmung fördern, mehr als die Erkenntnis über mögliche unbewusste Konflikte. Das bedeutet, wir tun alles, um der Patientin ein Gefühl basaler Sicherheit zu vermitteln.

Wenn die Patientin in einem solchen Rahmen ihre Traumatisierungen bearbeiten konnte, ist anschließend fast immer eine konfliktzentrierte oder beziehungsorientierte Arbeit angebracht und ohne die traumabedingten Verzerrungen möglich. Somit für beide, Patientin und Therapeutin, weniger belastend. Traumazentrierte Ressourcen orientierte Psychotherapie macht also konfliktzentrierte bzw. beziehungsorientierte Arbeit nicht überflüssig, sondern bereitet den Boden dafür vor.

Literatur

- Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg) (1997), Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Freud S (1937), Ges.W. Band XVI, S. 80.
- Heigl-Evers A, Ott J (Krs) (1994). Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Janssen PL (1987). Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kernberg OF (1981). Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kernberg OF (1988). Schwere Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kluft RP (1995). Psychodynamic Psychotherapy of Multiple Personality Disorder and Allied Forms of Dissociation Disorder not otherwise specified in: Barber P und Crits-Christoph:P „Dynamic Therapies for psychiatric disorders“: Basic Books, New York.
- Levine PA (1997). Waking the Tiger - Healing Trauma. North Atlantic Books: Berkeley.
- Reddemann L (1998). Psychotherapie auf der inneren Bühne. PTT 2/98, S. 89.
- Sachsse U, Schilling L, Eßlinger K (1998), Ein stationäres Behandlungsprogramm für Patientinnen mit selbstverletzendem Verhalten (SVV) in Streeck-Fischer A (Hrsg) (1998), Adoleszenz und Trauma. Göttingen, Vandenhoeck u. Ruprecht.
- Shapiro F, Forrest MS (1997). EMDR - the breakthrough „eye movement“ therapy for overcoming anxiety, stress and trauma. Basic Books: New York.
- van der Kolk BA (1998). Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata, Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 1/98 S. 19 - 35.
- van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L (Hrsg) (1996). Traumatic Stress. New York: Guilford.

Dieser Artikel findet sich in:Tress,W.,Wöller,W.,Horn,E.(Hrsg.) Psychotherapeutische Medizin im Krankenhaus –State of the Art. Frankfurt-Bockenheim,VAS 2000