

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG UND KOMPLEXE POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG

Kurz gefasste Übersicht

Sie sind so alt wie die Menschheit, werden aber erst in letzter Zeit verstärkt wissenschaftlich beforscht und beschrieben: gemeint sind seelische, körperliche, geistige und psychosoziale Extrembelastungen, von Partnerschaft und Familie bis zu Naturkatastrophen, Kriegsfolgen, Flucht u. a. m. Die Rede ist von posttraumatischen Belastungsstörungen, inzwischen unterteilt in klassische und komplexe Störungen. Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht zu folgenden Themen:

Definition, Klassifikation, konkrete Typisierung, Häufigkeit, diagnostische Differenzierungs-Möglichkeiten (z. B. Intrusionen, Numbing, Hyperarousal etc.), ferner Verlauf, Risikofaktoren (Zeitpunkt, zusätzliche seelische und körperliche Belastungen, Intelligenz, Bildung, sozioökonomischer Status usw.), schützende Aspekte (Stichwort: Resilienz), schließlich Beschwerdebild bei erstmaliger, anhaltender oder sich wiederholender Traumatisierung, dabei charakteristische Einzelsymptome je nach Belastungsform, Emotions-Regulation, Selbstkonzept-Veränderung, Beziehungsfähigkeit, Dissoziations-Neigung usw.). Im Weiteren diagnostische Richtlinien, vor allem was differentialdiagnostische Fragen betreffen (besonders bei Borderline- und affektiven Störungen, aber auch Psychosen etc.).

Zuletzt die psychotherapeutischen Möglichkeiten und Grenzen was Emotions-Regulation, Trauma-Exposition, Integration und Neuorientierung anbelangt, vor allem bei Opfern sexueller und körperlicher Gewalt sowie den Flüchtlingen aus Krisen- und Kriegsgebieten.

Erwähnte Fachbegriffe:

Posttraumatische Belastungsstörung – komplexe posttraumatische Belastungsstörung – Trauma-Katastrophe – außergewöhnliche Bedrohung – Negativ-Erfahrung – Schock-Erlebnis – Traumata-Typen – Verkehrsunfall – Brand – Wirbelsturm – Erdbeben – Überschwemmungen – Kriegs-Erlebnisse – ziviles Gewalt-Erleben – sexuelle Übergriffe – Geiselnhaft – politische Inhaftierung – Folter – Häufigkeit der posttraumatischen Belastungsstörung – Intrusion – Vermeidung – Numbing – Hyperarousal – Lebensalter – Geschlecht – Risikofaktoren für weitere seelische Störungen – die häufigsten zusätzlichen seelischen Störungen – Schutz- und Risikofaktoren – Resilienz – Symptomatik bei langanhaltender oder sich wiederholender Traumatisierung – Einzel-Symptome der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung – diagnostische Richtlinien – Differentialdiagnose – psychotherapeutische Möglichkeiten und Grenzen – u. a. m.

Unerfreuliche, irritierende, ja schockierende Erlebnisse – wer kennt sie nicht. Je älter, desto eher der zwiespältige Erfahrungswert. Natürlich auch abhängig von der Zeit und Gesellschaft, in der man lebt (bzw. leben muss). Und der Persönlichkeit, der Wesensart, Charakterstruktur, oder wie man es immer nennen will, wenn es darum geht, möglichst unbelastet weiterleben zu können oder gar zu dürfen. Wobei auch das Umfeld eine große Rolle spielt, Stichwort: Verständnis und Hilfsbereitschaft.

Das alles ist nicht neu, so alt wie die Menschheit. Wer zweifelt daran, dass es je nach Ort und Epoche früher noch heftiger, wenn nicht gar gnadenloser zugeht. Doch erst in der zweiten Hälfte des letzten, des 20. Jahrhunderts begann man sich intensiver mit diesem Phänomen zu beschäftigen. Was also hat man gefunden, was gilt es zu wissen, was kann man ggf. tun? Dazu eine kurz gefasste Übersicht aus der Weiterbildungssparte der Fachzeitschrift *Psychotherapeut* 6 (2015) von den Experten Dr. T. Hecker und Professor Dr. A. Maercker vom Psychologischen Institut für Psychopathologie und Klinische Intervention der Universität Zürich.

Dabei geht es neben der schon länger beforschten *posttraumatischen Belastungsstörung* um die Darstellung eines erweiterten Belastungs-Phänomens, nämlich der *komplexen posttraumatischen Belastungsstörung*, wie sie inzwischen von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrer Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme (demnächst ICD-11) als wissenschaftliche und klinisch verpflichtende Dokumentation aufgenommen wurde. Im Einzelnen auf der Grundlage des erwähnten Weiterbildungs-Angebotes für Ärzte, Psychologen und entsprechend involvierte Berufszweige:

Traumatische Erlebnisse – was heißt das?

Kennzeichnender Begriff ist ein altes griechisches Wort, nämlich trauma = Wunde, Verletzung. Als *Traumata* definiert die ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) kurz oder lang anhaltende Ereignisse oder Geschehnisse von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß, die nahezu jeden in tiefgreifende Verzweiflung stürzen würden. Das aktuelle *Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen (DSM-5®)*, die konkurrierende oder ergänzende Klassifikation der US-Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) beschreibt Traumata als Ereignisse, die eine Konfrontation mit dem Tod, schwere Verletzungen oder sexuelle Gewalt beinhalten.

Natürlich sind solche Ereignisse, woher, durch wen und mit welchen Folgen auch immer, ein breites Spektrum von Negativ-Erfahrung, Leid, Irritation, Schock, ggf. langfristige, wenn nicht gar lebenslange Folgen seelischer, körperlicher, zumindest aber psychosomatisch interpretierbarer und damit psychosozialer Art.

Ein orientierendes Schema nach A. Maercker ist beispielsweise die Einteilung in menschlich verursachte bzw. zufällige Traumatisierungen sowie in kurze bzw. langfristige Traumata, d. h. Typ-I bzw. Typ-II.

- *Typ-I-Traumata* sind meist durch akute Lebensgefahr, Plötzlichkeit und Überraschung gekennzeichnet. Beispiele: Schwerer Verkehrsunfall, kurz andauernde Katastrophe (z. B. Brand oder Wirbelsturm), berufsbedingte Traumata (z. B. bei Polizei, Rettungskräften oder Feuerwehr) sowie im interpersonellen Bereich entweder ziviles Gewalt-Erleben (z. B. Banküberfall) oder sexueller Übergriff (z. B. Vergewaltigung).
- *Typ-II-Traumata* zeichnen sich durch ganze Serien verschiedener traumatischer Einzelbelastungen und durch eine geringe Vorhersehbarkeit aus, wie das traumatische Geschehen im Weiteren verarbeitet werden kann. Beispiele: Lang andauernde Katastrophe (z. B. Erdbeben, Überschwemmungen u. a. mit entsprechenden Folgen), Kriegs-Erlebnisse, sexueller Missbrauch in der Kindheit bzw. im Erwachsenenalter, Geiselaft, politische Inhaftierung oder gar Folter etc.

Bei den Typ-I-Traumata findet sich eine so genannte „klassische Symptomatik“, d. h. ein entsprechendes Beschwerdebild im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung (s. später). Typ-II-Traumata hingegen führen oft zu einer besonders schweren Reaktion, die man inzwischen *komplexe posttraumatische Belastungsstörungen KPTBS* nennt. Wenn man so will die folgenreichere, ja lebens-prägende Belastung einer ohnehin massiven Beeinträchtigung durch äußere Ereignisse.

Wie häufig?

Über alle Studien hinweg, von denen es glücklicherweise immer mehr, immer fundiertere, immer diagnostisch, therapeutisch und prognostisch hilfreichere gibt, weltweit, und alle Trauma-Arten umfassend, findet sich eine so genannte bedingte Wahrscheinlichkeit eine (K)PTBS zu entwickeln von 8 bis 15 %. Will heißen: Von 100 traumatisierten Personen müssen 8 bis 15 mit entsprechenden Folgen rechnen.

Dabei wird klar (und verständlich), dass die Wahrscheinlichkeiten für verschiedene Trauma-Arten unterschiedlich hoch ausfallen kann, nicht zuletzt abhängig vom näheren und weiteren Umfeld und sogar nationalen Unterschieden.

Gesamthaft aber spricht man nach bisherigen Erkenntnissen davon, dass 50 bis 65 % nach direktem Kriegserleben als Zivilist mit entsprechenden Folgen zu rechnen haben und ca. 50 % nach Vergewaltigungen und sexuellem Missbrauch. Deutlich seltener, für den Einzelfall aber keinesfalls erträglicher, sind die betroffenen 25 % nach anderen Gewaltverbrechen, ca. 5 % nach schweren Verkehrsunfällen, unter 5 % nach Natur-, Brand- und Feuerkatastrophen sowie ebenfalls unter 5 % bei nicht persönlich betroffenen Zeugen von Unfällen und Gewalthandlungen.

Wie unterscheidet sich nun die klassische posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) von der inzwischen eingeführten komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (KPTBS)? Dazu eine kurze Übersicht nach T. Hecker und A. Maercker:

Klassische posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS)

Die Diagnose einer PTBS wird gestellt nach einem entsprechenden Trauma, das wiederum dann diagnostiziert wird, wenn einige Einzel-Symptome gemeinsam über einen längeren Zeitraum belasten. Im Mittelpunkt dieses Beschwerde-Komplexes stehen drei Phänomene, nämlich das Wiedererleben der traumatischen Situation (Fachbegriff: *Intrusion*), ferner die Vermeidung („Numbing“) sowie eine Übererregung (*Hyperarousal*). Was heißt das?

- Eine *Intrusion* bezeichnet eine ungewollte und nicht abschüttelbare Gebundenheit an das schreckliche Erlebnis. Das äußert sich in Bildern, Geräuschen oder anderen lebhaften Eindrücken des traumatischen Ereignisses. Das Problem: Sie „dringen“ nicht nur unbeabsichtigt, ungewollt und nicht vermeidbar in den wachen Bewusstseins-Zustand ein, was schon belastend genug ist, sie dominieren auch das Schlaf-Erleben – entsprechend

beeinträchtigt. Nicht selten kommt es dabei zu einer regelrechten „Überflutung“ durch die belastenden inneren Bilder.

- Unter *Vermeidung/Numbing* versteht man den Versuch, mit aller Macht die überflutenden Gedanken „abzuschalten“, d. h. nicht mehr an das Geschehen zu denken, geschweige denn unbeeinflussbar dominiert zu werden. Daraus folgt ein individuelles, auf jeden Fall aber folgenschweres Vermeidungs-Verhalten bzw. der Versuch davon. Das führt beispielsweise zu der Scheu, entsprechende Aktivitäten durchzuführen oder Orte aufzusuchen, die an das Trauma erinnern könnten. Natürlich sind diese selbsttherapeutischen Heilungs-Erfolge meist gering.

Dafür droht eine Abflachung der generellen seelischen Reagibilität. Will heißen: Dass sich die eigenen Gefühle immer mehr gleichen, vor allem negativ getönt, und dass daraus ggf. eine Entfremdung gegenüber anderen Menschen gebahnt werden kann. Die Folgen kann man sich denken: sozialer Rückzug mit allen psychosozialen Konsequenzen im Alltag von Partnerschaft, Familie, Beruf, Nachbarschaft, Freundes- und Bekanntenkreis etc. Man gerät förmlich in eine selbst-gebahnte Isolation.

- Schließlich muss noch mit einem so genannten *Hyperarousal* gerechnet werden: Das heißt, dass man auch körper-spezifische Reaktionen ertragen muss. Und dies selbst dann, wenn die Betroffenen die körperlichen Folgen oft gar nicht im Zusammenhang mit dem traumatisierenden Geschehen sehen. Der Grund: Die Erregungs-Schwelle des autonomen Nervensystems senkt sich bei zuvor halbwegs problemlos weggesteckten Belastungen nicht nur früher, sondern auch nachhaltiger, folgenreicher. Die damit verbundene Steigerung der Erregungsschwelle beeinflusst nicht nur das Verhalten im Alltag, sondern auch den physiologischen (also normalen) Schlaf-Ablauf.

Tagsüber sind die Opfer jetzt erhöht wachsam gegenüber allen(!) Reizen. Und zwar gleichgültig, ob alltäglich, unbedeutend, problemlos oder bedeutsam, sprich Geräusche, Situationen, (fremde) Gesichter u. a. Das kann dann zu überraschenden, vor allem aber inadäquaten, wenn nicht gar allseits erstaunend heftigen Schreck-Reaktionen führen. In der Nacht bahnt diese Erregungs-Steigerung dann entsprechende Ein- bzw. Durchschlaf-Störungen. Und damit einen Teufelskreis, wie man sich denken kann.

Epidemiologie und Verlauf einer posttraumatischen Belastungsstörung

Eine PTBS kann in jedem Lebensalter auftreten. Das sah man vor allem früher nicht so, das ist das Ergebnis neuerer kinder-psychiatrischer Forschungs-Studien. Das Gleiche gilt aber auch für das mittlere Lebensalter und den alten Menschen, dem man es noch am ehesten nachsehen dürfte.

Sicherlich erlebt wohl der größere Teil einer Bevölkerung im Laufe eines (vor allem langen) Lebens traumatisierende Ereignisse, wobei sich jedoch glücklicherweise der eindeutig erkrankte Teil der betroffenen Opfer statistisch in Grenzen hält, zumindest in Deutschland bzw. Europa. Hier liegt die so genannte Lebenszeit-Prävalenz der PTBS zwischen 1 und 4 %. Das heißt dann doch glücklicherweise, dass die meisten Traumatisierten letztlich keine eindeutige PTBS ertragen müssen, sondern durch eine so genannte Spontan-Erholung gerettet werden.

Das bezieht sich auch auf den Krankheits-Verlauf. Denn beim größeren Teil der Traumatisierten bildet sich die Symptomatik dann doch innerhalb weniger Wochen wieder zurück. Hält sie an, z. B. mehr als 3 Monate, wird sie als prognostisch (Heilungsaussichten) ungünstig interpretiert, d. h. es droht die Gefahr einer so genannten Chronifizierung.

Allerdings hat alles zwei Seiten. Und dies besagt: Wenn auch die meisten Menschen nach einem traumatischen Ereignis keine wissenschaftlich bzw. klinisch objektivierbare PTBS entwickeln, heißt das noch nicht, dass sie deshalb gesundheitlich problemlos und ohne jegliche Erinnerung-Folgen weiterleben (können). Denn traumatische Erfahrungen gelten auch als *Risikofaktor für weitere seelische Störungen*, und zwar für den überwiegenden Teil der bekannten seelischen Erkrankungen.

Dabei zeigt sich auch, dass die eigentlichen PTBS-Symptome üblicherweise innerhalb der ersten Monate nach dem Trauma dominieren, während in den unmittelbaren Stunden und Tagen danach eher psychische Schock- und akute Belastungszustände vorherrschen.

Schließlich muss auch noch an den so genannten „Baustein-Effekt“ (internationaler Fachbegriff: „Building Block“) gedacht werden. Das bedeutet, wie der Name schon sagt, dass die Ausprägung einer traumatischen Erkrankung steigt, je mehr traumatische Erfahrungen ertragen werden müssen. Bei subjektiv grenzwertiger bis eindeutig traumatischer Erfahrung ist damit niemand mehr von einer entsprechenden Erkrankung geschützt. Dies selbst dann, wenn sich sogar ganz unterschiedliche Formen und Intensitäten der Belastung wiederholen. Erfahrungsgemäß spricht man nach ungefähr zwei Dutzend „Alarmreaktionen“ (lebens-)bedrohlicher Ereignisse von jener Grenze, in der vermutlich niemand mehr folgenlos aus dieser schicksalhaften Bedrohung herauskommt.

Dies mag unter zivilen Bedingungen und ohne direkte Kriegsgefahr zwar eine ungewöhnliche Belastungs-Größe sein, wird aber in Kriegs- und Krisengebieten sowie Diktaturen schnell zu einem allgemeinen Gefahrenherd multipler (vielfacher) Traumatisierungen – alltäglich, vor allem unvorhersehbar und damit doppelt bedrohlich. Ähnliches gilt – wenn auch überraschend – im Falle

familiärer Gewalt, besonders bei sexuellem oder körperlichem Missbrauch in der Kindheit. Das mag nach außen nicht so auffallen, kann aber intrafamiliär und damit innerseelisch schnell bedrohlich eskalieren – mit Langzeit-Folgen, die sich ohne konkrete Erläuterung niemand erklären kann. Hier ist man dann auch rasch im Bereich der später zu erläuternden komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (KPTBS).

Dabei stellt sich nun die Frage: Gibt es entsprechende

Schutz- und Risikofaktoren

Denn es wurde schon mehrfach deutlich: Es trifft nicht jeden (gleich stark und folgenschwer), was auch die Wissenschaft bestätigt und die Frage zu klären versucht: Welcher Patient entwickelt nach welchem Ereignis eine Traumafolge-Störung? Tatsächlich hat die so genannte psychotraumatologische Forschung zeigen können, dass *prä-*(vor dem Trauma), *peri-*(zum Zeitpunkt des Traumas) und *post-*traumatische Faktoren die Entwicklung, die Schwere und den Verlauf einer (K)PTBS unterschiedlich beeinflussen können.

Zunächst ging man – folgerichtig – von einer Dosis-Wirkung-Beziehung aus. Will heißen: Je schwerer die Erlebnisse waren oder je länger die Ereignisse dauerten, desto höher sollten sowohl das PTBS-Risiko als auch das Ausmaß der zu erleidenden Symptome sein. Das bestätigte sich, und zwar sowohl für verschiedene Intensitäts-Merkmale als auch die Dauer des Traumas. Dabei ließen sich so genannte Prädiktoren (Vorhersage-Kriterien) für das posttraumatische Störungs-Ausmaß herausarbeiten. Auch hingen das (K)PTBS-Risiko und die Symptom-Schwere mit der Art und Häufigkeit der Traumatisierung zusammen. Mit dem Ausmaß der Störung allerdings eher weniger.

Schwieriger wird es für andere bekannte Risiko-Faktoren einer (K)PTBS. Beispiele: Frühere Traumatisierung in vorangegangenen Lebensabschnitten, frühe Trennungs-Erlebnisse, seelische und/oder körperliche Vorerkrankungen und geringe Ressourcen, sprich Intelligenz, Bildung, sozioökonomischer Status etc. Sie alle leuchten ein, sind aber – streng wissenschaftlich gesehen – zu unspezifisch und erhöhen das Risiko für nahezu jede psychische Störung. Als kennzeichnendes Merkmal für die (K)PTBS sind sie deshalb nicht ausreichend valide (aussagekräftig).

Interessant sind dann allerdings weitere psychologische Aspekte, die während einer Traumatisierung bedeutsam werden können. Dazu gehört z. B. die direkte psychologische Folgewirkung in Form von starken emotionalen (gemütsmäßigen) Reaktionen wie Angst, Entsetzen, Ekel u. a. Außerdem die so genannten dissoziativen Bewusstseinsveränderungen, z. B. Derealisation (alles so ungewöhnlich um mich herum) oder Depersonalisation (ich bin nicht mehr ich). Vor allem eine so genannte peritraumatische Dissoziation, also eine anteilige oder vollständige Abspaltung psychischer Funktionen wie Bewusstsein, Ge-

dächtnis, Gefühle und Körperempfindungen um den Zeitpunkt der Traumatisierung herum, scheint als Prädiktor (Vorhersagekriterium) für eine (K)PTBS bedeutsam zu sein. Weitere wichtige Faktoren sind das Überraschungs-Moment, damit das Vorbereitet-Sein und die Situations-Kontrolle bzw. der Kontroll-Verlust, die über das Ausmaß einer späteren Traumatisierung mit Krankheitswert zu entscheiden pflegen.

Und schließlich etwas, was jedem einleuchte, aber eben leider auch nicht immer erwartet und eingefordert werden kann. Gemeint ist die Art und Weise, wie die Opfer nach einem traumatischen Ereignis behandelt werden, speziell von ihrem näheren und weiteren ahnungslosen und hilflosen Umfeld. Das kann erhebliche Auswirkungen auf Genesung oder nicht haben. In manchen Studien hatte die soziale Unterstützung den größten Einfluss (wissenschaftlich: die höchste statistische Effektstärke) im Vergleich zu anderen Risiko- und Schutzfaktoren. Dabei geht es aber nicht nur um die positive Unterstützung, sondern eben auch um negative soziale Reaktionen sowie die Unzufriedenheit mit der (erhofften und enttäuschten) Hilfestellung. Wichtig ist auf jeden Fall „Mitgefühl durch das Umfeld“ sowie Verständnis für die besondere Lage, wenn nicht gar ausdrücklich (!) Respekt bis Hochachtung für die Bewältigungs-Leistung des Opfers mit seiner Gewalt-Erfahrung. Das alles kann also sehr wohl die Ausprägung einer (K)PTBS und deren Krankheits-Verlauf beeinflussen.

Und schließlich gilt es auch das soziale, insbesondere familiäre Klima zu berücksichtigen, d. h. wie viel man Angehörigen und Bezugspersonen von den traumatischen Ereignissen und ihren Folgen erzählt bzw. erzählen will, kann, darf. Denn wer hier seine belastenden Erfahrungen mitteilen, offenlegen und sogar auf konstruktives Interesse mit gezielter Hilfestellung zählen kann, der darf auf einen günstigeren Krankheits-Verlauf hoffen. Allerdings wollen manche Traumatisierte gar nicht öfter und ausgeprägter über ihr Trauma-Schicksal reden, weil sie befürchten „damit alles noch viel schlimmer zu machen“. Gleichwohl gilt die Empfehlung: Lieber reden, reden, reden, sofern man ein Umfeld hat, das zuhört, zuhört, zuhört – vielleicht sogar geduldig stützend.

Resilienz – Was heißt das?

In diesem Zusammenhang kommen die Experten T. Hecker und A. Maercker auch auf einen Begriff zu sprechen, der in letzter Zeit vermehrt zu hören ist. Gemeint ist die **Resilienz**.

Darunter versteht man die seelische Widerstandsfähigkeit, die dazu führen kann, dass es trotz traumatischer Erlebnisse nicht zur Ausbildung von psychischen Störungen und psychosozialen Folgen kommt. Das geht auf frühere Erfahrungen, nicht zuletzt die Opfer von NS-Konzentrationslagern im 2. Weltkrieg zurück, bei denen einige noch Jahrzehnte nach der Befreiung trotz allem körperlich und seelisch „gesund“, zumindest erstaunlich stabil waren, obwohl sie die denkbar furchtbarsten Schicksale erlitten hatten. Was ließ sie einiger-

maßen folgenlos überleben? Es waren entsprechend günstige psychische Dispositionen bzw. Bewältigungs-Strategien. Was gehörte bzw. gehört noch immer dazu?

Vor allem eine positive Stimmungslage, geringere Grübelneigung, weniger Beunruhigung durch Alltagsstress und eine größere Zufriedenheit mit der jeweiligen sozialen Rolle.

Das sind auch heute noch die empfohlenen zentralen Ressourcen (Hilfsquellen) der Gesunderhaltung trotz belastender Lebensbedingungen. Man bezeichnet sie wissenschaftlich auch als so genannten „Kohärenz“-Sinn, also die globale Fähigkeit, Phänomene in einem Zusammenhang zu sehen und positive sowie negative Erlebnisse im Leben auszubalancieren. Dazu braucht es zum einen die Fähigkeit, eine (belastende) Situation als bewältigbar wahrzunehmen. Zum anderen in (belastenden) Situationen den Überblick zu behalten und konstruktiv verschiedene Perspektiven einzunehmen. Und schließlich positive und negative Erfahrungen und Sichtweisen im Denken und dann auch im Tun zu integrieren.

Das also zum Thema Resilienz, d. h. psychische Widerstandsfähigkeit, auch im Falle (komplexer) posttraumatischer Belastungsstörung. Weitere Einzelheiten siehe der entsprechende Beitrag in dieser Serie.

Komplexe posttraumatische Belastungsstörung

Nachdem das erlittene Leid und seine Folgen in Form einer posttraumatischen Belastungsstörung über Jahrhunderte, ja Jahrtausende, zwar zu erleiden war, aber psychologisch und medizinisch zu keinen größeren wissenschaftlichen Anstrengungen Anlass gab, hat die entsprechende Forschung inzwischen zunehmend Fahrt aufgenommen und zu neuen Erkenntnissen geführt, die einerseits die Wissenschaft beflügeln und andererseits – noch viel wichtiger – den Betroffenen konkret zu Hilfe kommt. Ein interessantes Beispiel dafür ist die *komplexe posttraumatische Belastungsstörung*.

Wie kam es zur Entwicklung dieser neueren Diagnose, bei der noch so manche offene Fragen zu klären sind, immer noch? Beispiele: Wann handelt es sich um eine „klassische“, wann um eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung? Wie und vor allem wie lange soll man therapeutisch vorgehen bis zum erwarteten Behandlungserfolg? Einiges ist sicher und war schon früher offensichtlich:

Willentlich durch (Mit-)Menschen verursachte Traumata und zeitlich länger beeinträchtigende Belastungen führen zu umfassenderen Beeinträchtigungen, was schon früher zu der Diagnose „andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung“ (ICD-10: F62.0) und inzwischen zur komplexen PTBS führte, erstmals schon Ende des letzten Jahrhunderts konkretisiert (1992). In der US-Fachliteratur wurden diese neuen Überlegungen allerdings kontrovers diskutiert und in die neueste Klassifikation des DSM-5[®] nicht aufgenommen. Gleichwohl als „anhaltende, negative kognitive und emotionale Veränderungen“ als zusätzliches diagnostisches Kriterium genutzt, um vor allem Scham, Schuld, Ekel (insbesondere nach sexuellem Missbrauch) sowie ein Gefühl von anhaltender Gefahr, Misstrauen und gesteigerter Risikobewertung und geringerer Gefahrentoleranz zu integrieren.

Zur Symptomatik der lang anhaltenden oder sich wiederholenden Traumatisierungen

Entscheidend ist eine starke psychologische Reaktion auf das schockierende Erlebnis, und zwar nicht nur dieses, sondern ggf. mehrere und sich damit wiederholende traumatisierende Ereignisse. Das häufigste Beispiel ist sexueller oder physischer (körperlicher) Missbrauch in der Kindheit. Ähnliches gilt für Opfer von häuslicher Gewalt, sexueller Ausbeutung (z. B. Menschenhandel) und in Kriegsgebieten Flüchtlinge oder zivile Opfer militärischer Auseinandersetzungen, Folterungen oder andere Formen von politischer oder organisierter Gewalt etc. Und selbst das, was man sich in unserer Zeit kaum vorstellen kann und gleichwohl nicht so selten ist: Kindersoldaten und regelrechte Versklavung, insbesondere von weiblichen Opfern in Kriegsgebieten, einschließlich Bürgerkriege im eigenen Land.

Neben den klassischen Symptomen neigen die Betroffenen dann zu – wissenschaftlich ausgedrückt – Störungen der so genannten Affektregulation und Impulskontrolle, verstärkt durch fortdauernde dysphorische (missgestimmt-depressive) Verstimmungen, Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung, was natürlich auch zu einer unterschweligen, wenn nicht gar chronischen Suizidgefahr mit teils schweren Selbstverletzungen einhergehen kann. Auch so genannte Selbst-Wahrnehmungsstörungen häufen sich, d. h. Gefühle der Hilflosigkeit, massive Antriebsarmut, Scham, Schuld und Selbstanschuldigungen, ausgeprägter Ekel vor dem eigenen Körper (Gefühl der Beschmutztheit), ja Selbsthass (das muss ich verdient haben, anders kann ich es mir nicht erklären). Das geht natürlich nicht nur mit mangelnder Selbstfürsorge einher, indem eigene Bedürfnisse nicht beachtet, oft gar nicht realistisch wahrgenommen werden, es kommt auch zu einem schwer verständlichen zwischenmenschlichen Krankheitszeichen. Was heißt das?

Gemeint ist eine verzerrte Wahrnehmung des Täters, und zwar einerseits im Sinne intensiver Rachevorstellungen (was weitgehend verständlich wäre), an-

dererseits aber auch in einer – dem Umfeld kaum vermittelbaren – Idealisierung des oder der Täter. Und das bis hin zur paradoxen Dankbarkeit oder gar dem Gefühl einer besonderen, ja übernatürlichen Beziehung. Beispiel nach A. Maercker: „Ich habe ihm alles zu verdanken, viel von ihm gelernt, wäre ohne ihn nicht so, wie ich bin, zwischen uns herrschte etwas ganz Besonderes“ etc.

Kein Wunder, dass ein solches Verhältnis die Beziehung zu anderen Menschen stört, was sich zumindest in sozialem Rückzug bis zur Isolationsgefahr, meist aber einer generell misstrauischen Haltung ausdrückt, charakterisiert durch das Empfinden, letztlich niemandem mehr vertrauen zu können. So gibt es oft wiederholte Beziehungs-Brüche, selbst bei gutem Willen des Partners, einfach durch die Unfähigkeit des Trauma-Opfers, normale Beziehungen stabil zu gestalten.

Ein weiterer Symptom-Kreis sind Störungen der Wahrnehmung oder des Bewusstseins, bis hin zu schweren dissoziativen Zuständen. Beispiele: Amnesien (Erinnerungslosigkeit), dissoziative Episoden (gleichsam Bewusstseins-Auflösungen), vor allem Depersonalisation (ich bin nicht mehr ich) bis hin zur Abspaltung wichtiger Persönlichkeits-Anteile etc. Das kann – unbehandelt und chronifiziert – schließlich zu einem eigenen Krankheitsbild führen, nämlich einer dissoziativen Identitätsstörung (Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie).

Aus wissenschaftlicher Sicht und durch die Erfahrung der letzten Jahre haben sich inzwischen konkrete Einzelsymptome und damit diagnostische Richtlinien einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung herauskristallisiert. Nachfolgend deshalb eine konkrete Übersicht nach A. Maercker in seinem Fachbuch *Posttraumatische Belastungsstörungen* (2013) im Springer-Verlag, Berlin, ergänzt durch seinen Fortbildungsbeitrag in der Fachzeitschrift *Psychotherapeut* 6 (2015):

Einzelsymptome der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung

Neben den bisher geltenden Trauma-Kriterien der „klassischen“ PTBS (nach sexualisierter Gewalt oder Folter etc.) mit ihren entsprechenden Symptomen wie Wiedererleben in der Gegenwart (z. B. flash backs oder Alpträume), Vermeidungsverhalten und Übererregung u. a. finden sich hier noch weitere Beeinträchtigungsbereiche (in Fachbegriffen):

- *Probleme der Emotions-Regulation*: Keine Feinabstufung der Gefühlsausdrücke möglich. Leichte Erregbarkeit in zwischenmenschlichen Situationen, vor allem Kontakten. Ärger und Zorn. Selbstschädigendes Verhalten.

- *Selbstkonzept-Veränderung*: Beeinträchtigt Identitätsgefühl. Ausgeprägte Überzeugung, ein beschädigtes Leben zu führen, das nicht mehr zu reparieren ist; entsprechende Überzeugungen, im Leben etwas falsch gemacht zu haben und minderwertig zu sein. Permanentes Schuld- und Schamgefühl.
- *Probleme der Beziehungsfähigkeit*: Unfähigkeit in gleichberechtigten partnerschaftlichen Kontakten. Anfälligkeit für überspannte Ansichten. Unfähigkeit zu vertrauen.
- *Dissoziations-Neigung (möglich)*: Anhaltende Aufmerksamkeitsstörungen und wiederholte psychogene (seelisch ausgelöste) Bewusstseinsstörungen. Ausgeprägte und häufige Amnesien (Erinnerungslosigkeit) und zeitweises Depersonalisations-Erleben (z. B. „ich bin nicht mehr ich“ oder „alles so sonderbar um mich herum“).

Diagnostische Richtlinien der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung

Als diagnostische Richtlinien der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (KPTS) wurden beispielsweise als Trauma-Kriterien, Kernsymptome und weitere Beeinflussungsbereiche vorgeschlagen (nach A. Maercker, 2013):

- Extreme bzw. lang dauernde Belastung, aus der eine Flucht schwierig oder gar unmöglich ist. Beispiele: Folter, Konzentrationslager, Sklaverei, Genozid-Kampagnen (Völkermord) oder andere Formen organisierter Gewalt. Ferner häusliche Gewalt, sexueller Kindes-Missbrauch, schwere körperliche Gewalt in der Kindheit etc.
- Kernsymptome: Wiedererleben des Traumas in der Gegenwart; Vermeidung von Erinnerungen an das Trauma; anhaltendes Gefühl der Bedrohung. Nach dem Trauma und im weiteren Verlauf anhaltende und tiefgreifende Beeinträchtigungen in der so genannten Affekt-Regulation (Gemütslage), fortdauernde Überzeugung von sich selber als minderwertig, unterlegen oder wertlos. Damit entsprechende Schwierigkeiten im Alltag, z. B. zwischenmenschliche Beziehungen aufrecht zu erhalten u. a.
- Erhöhte emotionale Reaktivität: Schwierigkeiten, sich von kleineren Belastungen zu erholen, Neigung zu eigenen gewalttätigen Ausbrüchen; selbstgefährdendes oder gar selbstverletzendes Verhalten; Neigung zu dissoziativen Zuständen (s. o.) unter Belastungen, die sonst keine Probleme gemacht hätten. Zustände von „emotionalem Betäubt-Sein“, insbesondere fehlende Fähigkeit, Freude oder positive Gefühle zu erleben etc.

Differentialdiagnose – was könnte es sonst noch sein?

Wie überall muss man auch bei der posttraumatischen Belastungsstörung und nicht zuletzt ihrer komplexen Variante auch auf differentialdiagnostische Probleme (was könnte es sonst noch sein?) gefasst sein.

In diesem Fall kann es besonders schwierig werden, beispielsweise eine Borderline-Persönlichkeitsstörung auszuschließen (Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie). Bei ihr ist aber die Furcht vor dem Verlassen-Werden, der Wechsel der Identitäten und häufiges suizidales Verhalten charakteristisch, und zwar weit mehr, als es ggf. bei einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung vorkommen kann. Auch deren Kernsymptome (s. o.) spielen bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung keine Rolle, genauso wenig wie eine entscheidende traumatische Belastung.

Schwieriger kann es werden bei schweren affektiven Störungen (also manisch-depressiv oder ausschließlich depressiv) und sogar bei psychotischen Erkrankungen. Vor allem Intrusionen (also eine nicht abschüttelbare geistig-seelische Gebundenheit an ein schreckliches Erlebnis) können leicht mit psychotisch bedingtem Stimmenhören verwechselt werden. Auch das Hyperarousal (körperspezifische Reaktionen durch verringerte Erregungsschwelle des autonomen Nerven-Systems – s. o.) kann den Charakter psychotischer Erregungszustände annehmen. Und die permanente Anspannung sowie das traumabedingte Misstrauen können schnell einen paranoiden (wahnhaften) Eindruck hinterlassen.

Schlussfolgerung: Besonders kompliziert kann die Differentialdiagnostik dann werden, wenn sich die verschiedenen Störungsbilder nicht gegenseitig ausschließen, sondern – wenn auch selten – gemeinsam auftreten. Die Lösung liegt in Fachkenntnis, Geduld und entsprechenden Informationen.

Psychotherapeutische Möglichkeiten und Grenzen

Die notwendige Psychotherapie bei Traumafolgen kommt viel zu selten zustande. Das ist einerseits das Ergebnis von (meist stummer) Nachfrage und begrenzten fachlichen Angebots-Möglichkeiten. Zum anderen ist sie auch nicht einfach. In vielen Fragen ist die Forschung noch im Fluss. Beispiele: Spezielle Aspekte nach Überfall, Katastrophe oder einzelnen sexuellen Übergriffen bzw. multiplen Traumata (längerfristiger Missbrauch in der Kindheit, längerfristige Kriegsbedingungen etc.). Man muss halt nicht nur auf die einzelne Ursache, auch auf die Komplexität und Schwere des Beschwerdebildes achten. Und was die komplexe posttraumatische Belastungsstörung betrifft, auch auf mögliche Begleit-Erkrankungen (Stichwort: Ko-Morbidität), vor allem Angststörungen, Depressionen, Medikamenten-, Alkohol- und Drogenmissbrauch (zur Selbstbehandlung?) sowie Persönlichkeitsstörungen und im organischen Bereich vor allem Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Je nach Untersuchung spricht man dabei

von jedem zweiten Betroffenen, in manchen Studien so gut wie jedes Trauma-Opfer.

Wie unterscheiden sich nun die psychotherapeutischen Möglichkeiten je nach Störungs-Diagnose? Dazu eine kurz gefasste Übersicht nach E. Hecker und A. Maercker in ihrem Fortbildungsbeitrag in der Fachzeitschrift *Psychotherapeut* 6 (2015):

- Bei der *klassischen posttraumatischen Belastungsstörung* haben sich vor allem drei Therapiephasen etabliert: 1. Sicherheit (Stabilisierung und Affekt-(Gemüts-)Regulation), 2. Trauma-Exposition (in verschiedenen Formen) sowie 3. Integration und Neuorientierung.

Hier herrscht allerdings noch Forschungsbedarf und vor allem keine internationale Einigkeit. Auch die zeitliche Abfolge wird kontrovers diskutiert. Einzelheiten dazu siehe die entsprechende Fachliteratur, vor allem was die Behandlungsmethoden „Prolongierte Exposition“ und „EMDR-Methode“ anbelangt. Ähnliches gilt für die Psychoedukation.

- Dabei ist es vor allem die *komplexe posttraumatische Belastungsstörung*, die die Therapeuten vor besondere Herausforderungen stellt. Deshalb sind noch viele Fragen offen und letztlich noch keine einheitlichen Empfehlungen für das therapeutische Vorgehen sowie die Behandlungsdauer verfügbar. Was man inzwischen weiß und deshalb auch entsprechend behandeln muss, ist die Erkenntnis, dass die Opfer einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung nicht nur alle bekannten, sondern eben auch zusätzliche Symptome aufweisen, was ggf. ein zwei-stufiges phasen-orientiertes Therapieprogramm erfordert.

Beispiele in Fachbegriffen: Emotionsregulation, Bearbeitung dysfunktionaler (also selbst-schädigender) zwischenmenschlicher Auffassungen, narrative Verfahren (vom Lat.: narrare = kundtun, erzählen, berichten, mündlich oder schriftlich mitteilen) etc.

Besonders Letzteres hat sich zunehmend eingebürgert, etwa mit Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und Senioren, deren traumatische Erlebnisse schon länger zurückliegen. Dies vor allem bei Opfern von sexuellem und körperlichem Missbrauch. Besonders bewährt haben sich dabei auch standardisierte Kurzzeit-Interventionen bei staatlicher Gewalt, bei Flüchtlingen, kurz: in Krisen- und Kriegsgebieten. Dabei geht es vor allem um eine Milderung der Trauer- und Depressions-Symptome sowie der körperlichen Beschwerden.

Multiple Traumata wie Krieg, staatliche Gewalt und bei Flüchtlingen gehören zu den am besten untersuchten Therapieformen. Dies übrigens auch für manche Mehrfach-Erkrankungen (z. B. Borderline-Patienten).

LITERATUR

Grundlage dieser Ausführungen ist der Fachbeitrag *Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11* von T. Hecker und A. Maercker in der Fachzeitschrift *Psychotherapeut* 6 (2015) 547. Dort auch weiterführende, insbesondere englischsprachige Literatur.

Nachfolgend eine Auswahl deutschsprachiger Fachbücher zum Thema, die auch ältere Jahrgänge berücksichtigt:

Amann, G., R. Wipplinger (Hrsg.): Sexueller Missbrauch. DGVT-Verlag, Tübingen 1997

APA: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-5®. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2015

Bachmann, K. M., W. Böker (Hrsg.): Sexueller Missbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie. Verlag Hans Huber, Göttingen 1994

Bengel, J. (Hrsg.): Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. Springer-Verlag, Berlin 1997

Birck, A. u. Mitarb. (Hrsg.): Das Unsagbare. Springer-Verlag, Berlin 2002

Boos, A.: Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2005

Boos, A.: Traumatische Ereignisse bewältigen. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2007

Braunmiller, S.: Gegen unseren Willen – Vergewaltigung und Männerherrschaft. Fischer-Verlag, Frankfurt 1980

Butollo, W. u. Mitarb.: Leben nach dem Trauma. Pfeiffer-Verlag, München 1998

Butollo, W., M. Hagl: Trauma, Selbst und Therapie. Verlag Hans Huber, Bern 2003

Calhoun, K. S., B. M. Atkeson: Therapie mit Opfern von Vergewaltigung. Verlag Hans Huber, Bern 1994

Egle, U. T. u. Mitarb.: Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Schattauer-Verlag, Stuttgart 1996

Ehlers, A.: **Posttraumatische Belastungsstörungen.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 1999

Fischer, G., P. Riedesser: **Lehrbuch der Psychotraumatologie.** Ernst Reinhardt-Verlag, München-Basel 1998

Fischer, G.: **Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie: MPTT.** Asanger-Verlag, Heidelberg 2000

Fischer, G.: **Neue Wege nach dem Trauma.** Visaluis-Verlag, Konstanz 2001

Flatten, G. u. Mitarb.: **S3 – Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung.** Trauma & Gewalt, Heft 3, 2011

Flatten, G. u. Mitarb. (Hrsg.): **Posttraumatische Belastungsstörung. Reihe Leitlinien Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 2001

Foa, E. B. u. Mitarb.: **Handbuch der Prolongierten Exposition: Basiskonzepte und Anwendung – eine Anleitung für Therapeuten.** G. P. Probst-Verlag, Lichtenau 2014

Grawe, K. u. Mitarb. (Hrsg.): **Komplizierte Trauer.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 2016

Graessner, S. u. Mitarb. (Hrsg.): **Folter.** C.H. Beck-Verlag, München 1996

Gschwend, G.: **Notfallpsychologie und Trauma-Akuttherapie.** Verlag Hans Huber, Bern 2004

Gutjahr, K., A. Schrader: **Sexueller Mädchenmissbrauch.** Papyrossa-Verlag, Köln 1990

Hecht, K., H.-U. Balzer (Hrsg.): **Stressmanagement, Katastrophenmedizin, Regulationsmedizin, Prävention.** Pabst-Verlag, Lengerich 2000

Helmut, P., H.-J. Herberg (Hrsg.): **Psychische Spätschäden nach politischer Verfolgung.** Herford-Verlag, Basel 1967

Herberg, H.-J. (Hrsg.): **Spätschäden nach Extrembelastung.** Herford-Verlag, Basel 1971

Herman, J. L.: **Die Narben der Gewalt.** Kindler-Verlag, München 1993

Herman, J. L.: **Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden.** Junfermann-Verlag, Paderborn 2003

Hoffmann, B.: **Terrorismus.** Fischer-Verlag, Frankfurt 2001

Holderegger, H.: **Der Umgang mit dem Trauma.** Verlag Klett-Cotta, Stuttgart 1993

Homminge, H. J.: **Kindheit als Schicksal?** Rowohlt-Verlag, Hamburg 1982

Huber, M.: **Multiple Persönlichkeiten – Überlebende extremer Gewalt.** Fischer-Verlag, Frankfurt 1996

Kolk, B. A. van der u. Mitarb. (Hrsg.): **Traumatic-Stress.** Junfermann-Verlag, Paderborn 2000

Keilson, H.: **Sequentielle Traumatisierung bei Kindern.** Enke-Verlag, Stuttgart 1979

König J. u. Mitarb.: **Posttraumatische Belastungsstörung.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 2012

Kröger, C. u. Mitarb.: **Akute Belastungsstörung.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 2012

Lamprecht, F.: **Praxis der Traumatherapie.** Pfeiffer-Verlag, München 2000

Lasogga, F., B. Gasch: **Psychische Erste Hilfe bei Unfällen.** Verlag Stumpf & Kossendy, Edewecht 1997

Maercker, A., M. Schützwohl: **Posttraumatische Belastungsstörung bei ehemaligen politisch Inhaftierten der DDR.** Steinkopff-Verlag, Darmstadt 1996

Maercker, A.: **Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen.** Springer-Verlag, Berlin 1997

Maercker, A.: **Posttraumatische Belastungsstörungen.** Springer-Verlag, Berlin 2013

Maercker, A., U. Ehlert (Hrsg.): **Psychotraumatologie.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 2001

March, H. (Hrsg.): **Verfolgung und Angst in ihren leib-seelischen Auswirkungen.** Klett-Verlag, Stuttgart 1960

Medico international (Hrsg.): Die Gewalt überleben. Mabuse-Verlag, Frankfurt 2001

Michel, M.: Gesundheitsschäden durch Verfolgung und Gefangenschaft und ihre Spätfolgen. Roederberg-Verlag, Frankfurt 1955

Mitchel, J. T. u. Mitarb.: Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen. Verlag Stumpf & Kossendy, Wien 1996

Najavits, L. M.: Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2009

Niederland, W. G.: Folgen der Verfolgung: Das Überlebenden-Syndrom. Suhrkamp-Verlag, Frankfurt 1980

Olbing, H. u. Mitarb.: Kindesmisshandlung. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1989

Perren-Klingler, G. (Hrsg.): Trauma. Haupt-Verlag, Bern 1995

Pitrowsky, R.: Alpträume. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2011

Piven, J., D. Borgenicht: Das Survival-Buch. Ullstein-Verlag, München 2000

Reck, C.: Kritische Lebensereignisse und Depression. Pabst Science Publishers, Lengerich 2003

Reddemann, L.: Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcen-orientierten Verfahren. Verlag Klett-Cotta, Stuttgart 2007

Resch, M.: Analyse psychischer Belastungen. Verlag Hans Huber, Bern 2003

Resick, P. A.: Stress und Trauma. Verlag Hans Huber, Bern 2003

Rosner, R. u. Mitarb.: Anhaltende Trauerstörung. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2015

Rosner, R., R. Steil: Ratgeber Posttraumatische Belastungsstörung. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2009

Saigh, P. A.: Posttraumatische Belastungsstörung. Verlag Hans Huber, Bern 1995

Schäfer, I., M. Krausz: Trauma und Sucht. Verlag Klett-Cotta, Stuttgart 2006

Schneyder, U.: **Die psychosozialen Folgen schwerer Unfälle.** Steinkopff-Verlag, Darmstadt 2000

Schüffel, W. u. Mitarb. (Hrsg.): **Handbuch der Salutogenese.** Ullstein Medical, Wiesbaden 1998

Schulz-Hageleit, P. (Hrsg.): **Alltag – Macht – Folter.** Patmos-Verlag, Düsseldorf 1989

Shapiro, F.: **EMDR – Grundlagen und Praxis: Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen.** Junfermann-Verlag, Paderborn 2012

Sporner, T. (Hrsg.): **Stressbewältigung und Psychotraumatologie im humanitären Hilfseinsatz.** Betan-Verlag, Bonn 1997

Steil, R., R. Rosner: **Posttraumatische Belastungsstörungen.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 2009

Stiglmayer, A. (Hrsg.): **Massenvergewaltigung.** Fischer-Verlag, Frankfurt 1993

Teegen, F.: **Posttraumatische Belastungsstörungen bei gefährdeten Berufsgruppen.** Verlag Hans Huber, Bern 2003

WHO: **Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10.** Huber-Verlag, Bern 1993

Wicker, H.-R.: **Die Sprache extremer Gewalt.** Institut für Ethnologie an der Universität Bern, Bern 1993

Wolf, M. u. Mitarb. (Hrsg.): **Körper-Schmerz.** Studia-Universitätsverlag, Innsbruck 1998

Wurzer, W.: **Das posttraumatische organische Psychosyndrom.** WUV-Universitätsverlag, Wien 1992

Zielke, M. u. Mitarb. (Hrsg.): **Das Ende der Geborgenheit?** Verlag Pabst Science Publishers, Lengerich 2003

Znoj, H.: **Komplizierte Trauer.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 2016