

Michael Hase
Facharzt f. Psychiatrie
- Psychotherapie -
EMDR-Supervisor, EMDR Institute Facilitator, EMDR Trainer (EMDREA)
Oberarzt an der Psychiatrischen Klinik I
(Ltd. Arzt Dr. med. Dipl.-Psych. G. Lurz)
Niedersächsisches Landeskrankenhaus Lüneburg
Am Wienebütteler Weg 1
21339 Lüneburg

Trauma und Therapie

Der etwas kurz gehaltene Titel sollte besser lauten: Über traumatisierende Erfahrungen, die möglichen Folgen, besonders Traumafolgestörungen und therapeutische Möglichkeiten unter besonderer Berücksichtigung der Komorbidität mit Abhängigkeitserkrankungen. Die Verkürzung spiegelt den Versuch wieder, ein komplexes Thema prägnant darzustellen. Dabei wird der Leser auf neue Konzepte stoßen und der erfahrene Suchttherapeut wahrscheinlich Patienten wiedererkennen. Im Vergleich zur Suchtmedizin ist die Psychotraumatologie, also die Bewegung innerhalb der Medizin und Psychologie, die sich mit den Auswirkungen extrem belastender Erfahrungen auf den Menschen befasst, relativ jung. In der historischen Entwicklung vermag man jedoch eine Ähnlichkeit in dem Ringen um Anerkennung der Konzepte in der umgebenden wissenschaftlichen Welt erkennen. Die Suchtmedizin hat diesen Prozess aber mittlerweile weitgehend abgeschlossen. In letzter Zeit lässt die Suchtmedizin ein verstärktes Interesse an Konzepten der Psychotraumatologie erkennen. Diesem Interesse möchte ich aus Sicht der Psychotraumatologie entgegenkommen, Theorie und Therapie der psychotraumatischen Belastungssyndrome kurz darzustellen, um dann eine Annäherung zu versuchen und Konsequenzen für die praktische Arbeit mit Abhängigen zu diskutieren.

Ist es überhaupt notwendig sich mit dem Psychotrauma und der PTBS zu beschäftigen?

Seelische Traumatisierung ist kein seltenes Phänomen. Die Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung, dem Kernsyndrom der Traumafolgestörungen, wird in den USA mit 10,4% für Frauen und 5% für Männer angegeben (Kessler 1995). Die Differenz dürfte mit der geschlechtsspezifischen Gewalt erklärbar sein. Zahlen für die BRD scheinen geringer (Perkonig 1999), was vermutlich in sozio-ökonomischen Faktoren, der größeren Häufigkeit natürlicher Katastrophen und möglicherweise dem leichteren Zugang zu Feuerwaffen in den USA begründet liegt. Gast weist daraufhin, dass ca. 13% der in psychiatrischen Krankenhäusern behandelten Erkrankungen dem Spektrum der Traumafolgestörungen zuzurechnen sei (Gast 1999). Untersuchungen über die Prävalenz der PTBS bei bestimmten Gruppen, z. B. 18,2 % bei Berufsfeuerwehrlern (Wagner 1998), bei Opfern von Gewaltkriminalität oder bei Verkehrsunfallopfern (Ursano 1999) unterstreichen die Bedeutung, zumal hier kaum Ansätze einer fachspezifischen Versorgung im Alltag erkennbar sind. Fergusson untersuchte im Rahmen der neuseeländischen Geburtskohortenstudie auch die Häufigkeit von sexueller Gewalt. Er berichtet, dass 17,3% der untersuchten Mädchen sexuelle Gewalt erfahren hatten, davon 5,6% mit Penetration. Zu bedenken ist auch das von ihm angegebene relative Risiko (odds ratio – OR) von 2,7 für die Entwicklung einer Abhängigkeit. Bei den untersuchten Jungen wurde in 3,4% sexuelle Gewalt gesehen. Die OR für die Entwicklung einer Abhängigkeit liegt hier mit 6,6 deutlich höher (Fergusson, Horwood et al. 1996; Fergusson, Lynskey et al. 1996). Dabei ist das Folgenparadoxon nach Fegert zu berücksichtigen ist. Traumatisierung in Kindheit und Jugend zeigt oft wenig Akutfolgen, aber massive Langzeitfolgen (Fegert 2003).

Zunächst muss die Definition dessen, was wir gemeinhin ein Psychotrauma nennen, versucht werden. Denn bei Betrachtung der diagnostischen Kriterien in der ICD-10 oder dem DSM-IV fällt auf, dass eine

PTBS nicht nur anhand eines Symptombildes diagnostiziert werden darf, sondern obligat das Vorliegen eines sogenannten „Trauma“ oder „Stressor“ gefordert wird. Die Traumadefinition der ICD-10 scheint allerdings sehr eingengt und die Individualität des Menschen zu wenig berücksichtigend. Fischer und Riedesser (Fischer 1998) schlagen eine umfassendere Definition vor:

„Ein Psychotrauma ist ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen den bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilf- und Schutzlosigkeit einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“

Hierunter lässt sich die Mehrzahl der klinisch beobachtbaren Situationen einordnen.

Wie wirkt sich nun eine solche, traumatisierende Erfahrung auf den Menschen aus?

Eine Erschütterung in den basalen Schemata des Gefühls einer grundlegenden Sicherheit in der Welt, eines angemessenen Vertrauens in andere Menschen, einem angemessenen Gefühl von Kontrolle über das eigene Leben ist abhängig von der Art der traumatisierenden Erfahrung mehr oder weniger intensiv regelmäßig die Folge. Dabei ist auch zu berücksichtigen, auf welchen Menschen in welcher Situation die traumatisierende Erfahrung einwirkt. Es ist ein Unterschied, ob die traumatisierende Erfahrung antizipiert wird und ob gar ein Sinn gesehen wird, sich ihr auszusetzen, oder ob der Mensch sich nur schutzlos ausgeliefert erlebt. Auch ist das Lebensalter und damit die seelische Entwicklung von Bedeutung. Ob ein Kind in einer Traumawelt aufwachsen muss oder ein Erwachsener, der vordem stützende Erfahrungen gemacht hat und Ressourcen erworben hat, traumatisiert wird, macht einen immensen Unterschied. Zu dem gibt es Hinweise darauf, dass die Entwicklung des Zentralnervensystems eines Kindes, das ständiger Gewalt ausgesetzt ist, durch die andauernde Traumatisierung alteriert wird. So wird von einer beeinträchtigten Entwicklung des Corpus callosum, dieser für den Informationsaustausch zwischen linker und rechter Großhirnhemisphäre eminent wichtigen Struktur, berichtet. Dieses würde bedeuten, dass in der Kindheit massiv traumatisierte Menschen mit einer veränderten, vermutlich maladaptiv veränderten, zentralnervösen Ausstattung ins weitere Leben gehen. Die möglichen Auswirkungen auf den weiteren Lebensweg sind bisher kaum abzuschätzen. Die besondere Bedeutung der frühen Traumatisierung ist jedoch klar (Breslau 1999). Es sind eben nicht nur die seelischen Veränderungen, die hier interessieren.

Die Psychobiologie der PTBS ist von van der Kolk (Van der Kolk 1997) ausführlich beschrieben worden. Eine sehr gute Übersicht wurde unter der Ergänzung durch die Betrachtung dissoziativer Störungen von Kapfhammer vorgelegt (Kapfhammer 2001). Ich möchte hier nur die Effekte der Stressreaktion auf die Gedächtnisbildung und Veränderungen in der Regulation der Neurotransmitter herausgreifen. Ein Psychotrauma erleben zu müssen aktiviert die Kampf-Flucht-Reaktion, die im übrigen im Psychotrauma nicht zu einem abgeschlossenen Situationskreis werden kann und so zu traumatischem Stress im Sinne van der Kolks führt (Van der Kolk 1997). Die Neurobiologie der Stressreaktion bringt eine überdauernde Veränderung der HHNA-Achse im Sinne einer progressiven Sensitivierung mit sich und führt zu einer Störung der hippocampalen Funktion, die nicht nur momentan, sondern auch bei späterer Triggerung der Traumaerinnerung mit erneuter adrenerger Stressreaktion abläuft. Es wird sogar eine hippocampale Volumenreduktion bei chronischer PTBS diskutiert (Bremner 1995). Hier ist anzumerken, dass die Forschung weiter im Fluss ist. Die Rolle der Mineralo- und Glukocorticoide sowie der neurotrophen Faktoren ist noch weitgehend unaufgeklärt.

Die Beeinträchtigung der integrativen Funktion des Hippocampus erklärt nicht nur einen großen Teil der Symptomatik der PTBS, sondern mag auch Grundlage der besonderen Ausformung des Traumagedächtnis sein. Diese besondere Ausformung meint die Fragmentierung des Traumagedächtnis in einzelne sensorische Fragmente und das Phänomen der mehr oder weniger stark ausgeprägten Amnesie, bis hin zur Vollamnesie für die traumatisierende Erfahrung. In Untersuchungen wurden Häufigkeiten von 22% Teilamnesien für Kriegsereignisse und sexuelle Gewalterfahrung und 20% Vollamnesien für sexuelle Gewalterfahrung in der Kindheit berichtet. Van der Kolk gibt eine gute Übersicht über die mittlerweile eindeutigen Daten (van der Kolk 1996).

Veränderungen in der Regulation der Neurotransmitter können zeitüberdauernd, abhängig von der Schwere der Störung, vorhanden sein. Hier ist

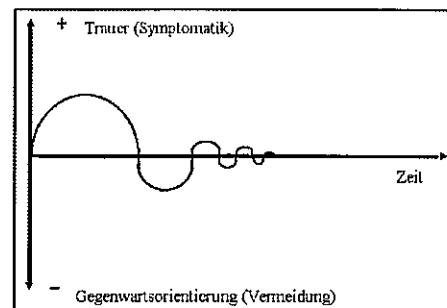
	PTBS	Alkohol	Opiate
Noradrenalin	↑	(↓)	↓
Serotonin	↓	← 5 HT ₂	
Endorphine	↑↓	(↓)	←
Dopamin	↑	(↓)	

eine Erniedrigung des Serotoninangebots und eine Erhöhung des Dopaminturnover in der Amygdala und zu nennen. Auch die Dysregulation im System der Endorphine ist hier einzuordnen (Kapfhammer 2001). An dieser Stelle sei schon ein Ausblick auf den Zusammenhang zur Sucht gestattet (Siehe Abb. 1). Wenn man die Effekte psychoaktiver Substanzen auf die Neurotransmitterregulation betrachtet, könnte der Eindruck entstehen, dass die Substanzzufuhr traumabedingten Veränderungen entgegenwirken soll. Der Drogenkonsum könnte bei einem Teil der Abhängigen dann als ein, wenn auch missglückter Selbstheilungsversuch verstanden werden. Zum Zusammenhang zwischen der Gammaaminobuttersäure, Alkohol und Angst haben vor kurzem Nie et.al. Zusammenhänge geschildert, die bei aller gebotenen Vorsicht im Sinne einer Bestätigung der angestellten Überlegungen zu verstehen sind (Nie 2004).

Die vorhergehenden Überlegungen laden nun ein, sich mit dem Wesen und der Symptomatik der posttraumatischen Belastungsstörung näher zu beschäftigen.

Wesen und Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

Nach einer traumatisierenden Erfahrung durchläuft ein Individuum die initiale Phase des „Schock“, gefolgt von der Phase der „Einwirkung“, in der die Bedeutung des Geschehen realisiert wird. Daran schließt sich die „sensible“ Phase an. Hiermit beginnt der traumatische Prozess (Siehe Abb. 2 Rechts). In großer Ähnlichkeit zur Trauerreaktion oszilliert die Symptomatik zwischen Intrusion und Vermeidung. Gelingt der traumatische Prozess, so kommt es zu einer allmählich abnehmenden Intensität der Symptomatik und einer Integration der traumatisierenden Erfahrung in das Selbst- und Weltbild. Hier sehen wir die Selbstheilungskräfte von Körper und Seele, die wir bei uns z. B. nach einer Verlusterfahrung kennen. Der traumatische Prozess ist sensibel. Sein Gelingen oder Versagen wird nicht nur durch die Wucht des Trauma und die Ressourcen des Individuum bestimmt, sondern ist auch durch spätere Einwirkungen von außen bedingt. Ein Modell des Symptomwandels im chronischen traumatischen Prozesses wurde von Post vorgelegt und ist gut geeignet die wechselnde Symptombildung im Verlauf zu erklären (Post 1997).



Die PTBS stellt die Lage nach einer nicht gelungenen Selbstheilung, einem Versagen des traumatischen Prozesses dar. In der Symptomatik sind die intrusiven Symptome, die sich aufdrängenden Bilder, Nachhallerinnerungen (Flashback) mit ihrer auch Jahrzehnte nach einem Trauma unmittelbaren vollen sensorische Kraft, sonstigen sensorischen Splitter, Gedanken und die posttraumatischen Alpträume zu nennen. Die intrusiven Symptome sind durch bestimmte Auslösereize (Trigger) abrufbar. Häufig findet sich ein Vermeidungsverhalten, das zu Anfang mehr oder weniger bewusst konkrete Umstände der Traumaerfahrung betrifft, jedoch im Verlauf der Zeit zunehmend generalisiert zu einer erheblichen Einschränkung des Lebensradius führen kann. Eine Element dieses Vermeidungsverhalten ist der Versuch etwas Bestimmtes, das die Traumaerinnerung antriggert, nicht mehr zu denken oder wahrzunehmen. Zu erwähnen ist auch die traumatischem Amnesie, ebenfalls ein Symptom der PTBS. Weiterhin finden sich die Symptome aus der Gruppe Übererregbarkeit. Schlafstörungen, Reizbarkeit, Wutausbrüche, Überwachheit, Schreckhaftigkeit und Konzentrationsstörungen sind hier zu nennen. Zur Diagnose der PTBS wird in der ICD-10 (Dilling 1991) oder dem DSM-IV als erstes Kriterium das Vorliegen eines Trauma gefordert. In diesem Eingangskriterium unterscheiden sich die diagnostischen Anweisungen von den meisten anderen in der ICD-10. Ich möchte hier nur auf die Schwierigkeit durch traumatisch bedingte Amnesie hinweisen. In der aktuellen wissenschaftlichen Diskussion wird eine Abkehr von diesem Vorgehen gefordert. Diese Entwicklung, die auf eine Angleichung des Umgangs mit anderen psychischen Störungen hin, das heißt, das die posttraumatische Belastungsstörung durch die Symptome beschrieben wird und diagnostiziert werden kann, zielt, ist zu begrüßen. Neben den leicht operationalisierbaren Symptomen der ICD-10 Diagnose finden sich oft weitere Folgen. Das Gefühl für Sicherheit in der Welt, Vertrauen in soziale Beziehungen, Gefühl eigener Handlungsfähigkeit und angemessener Kontrolle sind oft schwer erschüttert. Die Traumaerfahrung isoliert, einerseits durch Ab-

wendung der Umwelt, andererseits durch die Besonderheit der Traumaerfahrung. Traumatisierte entwickeln häufig das Gefühl einer verkürzten, inhaltsleeren Zukunft.

Weiterhin zeigt sich, dass die Vielfalt der Symptome und Komorbidität ein komplexes Modell erfordert. Dies spiegelt auch die Tatsache wieder, dass in der klinischen Praxis das reine „PTBS“ sehr selten ist. Auch in einer großen Studie über Vietnamkriegsveteranen fand Kukla, dass lediglich 5 % der 500 000 erkrankten Veteranen nur eine PTBS hatten (Kukla 1990). Tatsächlich war die Komorbidität komplex. Auch in der DSM-IV Feldstudie stellten van der Kolk und Hermann fest, dass eine komplexere Störung bei einer nicht unerheblichen Zahl von Traumapatienten vorliege. Dies führte zur Formulierung der „Disorder of extreme stress not otherwise specified“ (DESNOS), die aber nicht mehr Eingang in die DSM-IV fand (Herman 1993). Die sechs Symptombereiche, in denen sich DESNOS manifestiert, sind Störungen der Affektregulierung und anhaltende dysphorische Verstimmung, Störungen des Bewusstseins (Intrusion, Dissoziation), Störungen der Selbstwahrnehmung, Veränderung der Wahrnehmung der Täter, Störungen in Beziehungen zu anderen Menschen, Verlust von Sinn und Hoffnung im Leben. Das DESNOS-Konzept bietet hiermit einen Rahmen, um mehr des Beobachtbaren einzuordnen.

Die Überlegungen zur DESNOS führen den Themenkomplex Dissoziation ein. Dissoziation ist einerseits ein „normales“ Phänomen, das bei dem Erleben von Gefahr abläuft und grundsätzlich adaptiv ist. Es verändert die Wahrnehmung und Handlungsfähigkeit um eine Gefahr bewältigen zu können. Jede Traumatisierung wird begleitet von peritraumatischer Dissoziation, die per se ein adaptives Geschehen ist. Die Fokussierung auf einen Kernaspekt des Geschehen und die Zeitverzerrung erhöhen unsere Fähigkeit auf die Gefahr zu reagieren. Das Ausmaß peritraumatischer Dissoziation wird durch die Stärke der Traumatisierung und individuelle Faktoren bestimmt. Persistiert diese Dissoziation, so spricht man auch von pathologischer Dissoziation. Pathologische Dissoziation korreliert hoch mit der Vorgeschichte schwerer Traumatisierung in der Kindheit (Kluft 1990; Putnam 1990). Dissoziation ist ein seelisch-körperlicher Vorgang. Auf der Ebene neuro-hormonaler Veränderung hat Kapfhammer eine umfassende Darstellung vorgelegt (Kapfhammer 2001). Ich möchte die Dissoziation metaphorisch als eine „seelische Rettungskapsel“ bezeichnen, die in einer Situation der schweren Bedrohung, des absoluten Ausgeliefertsein vor dem Seelentod schützt. Zu dissoziieren bedeutet eine innere Wahrnehmungseinengung, die es einer Person erlaubt, sich von der Wirklichkeit psychischer und somatischer Not zu lösen. Oft ist sie begleitet von Analgesie und Gedächtnisstörung für die leidvolle Erfahrung, erst mal ein Schutz, der aber in der Folge die Verarbeitung und Integration der Erfahrung erschwert. Es ist sicher keine bewusste Entscheidung, in die Dissoziation zu gehen, sondern ein biologisch präformierter Notausgang, der unter den beschriebenen Umständen aktiviert wird. Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass eine primäre Dissoziationserfahrung dazu führt, dass Dissoziation später zunehmend von der Person als Stress-Coping genutzt wird. Anders gesagt, wird Dissoziation zu einem konditionierten Antwortverhalten, das bei Triggerung der Traumaerinnerung, auch bei leichteren Stressoren abläuft. Stress führt dann automatisch zu Aussteigen und Erinnerungsverlust, verbunden mit einem Gefühl, dieses nicht kontrollieren zu können. In dem Zustand fühlt sich eine Person oft quälend abgestumpft, leer, erstarrt, tot und beziehungslos. Diese Gefühle von Kontrollverlust, mentaler und physischer Analgesie sind für die Person extrem ängstigend und unangenehm. Ein häufiger Mechanismus der Unterbrechung ist selbstverletzendes Verhalten. Nach einem „Schnitt“ wird der Kopf klar, die Gefühle bekommen Kontur und die Person erlangt Kontrolle wieder (Van der Kolk 1991). Extreme Folge des dissoziativen Mechanismus ist die Ausbildung einer dissoziativen Identitätsstörung, hier im Sinne pathologischer Dissoziation.

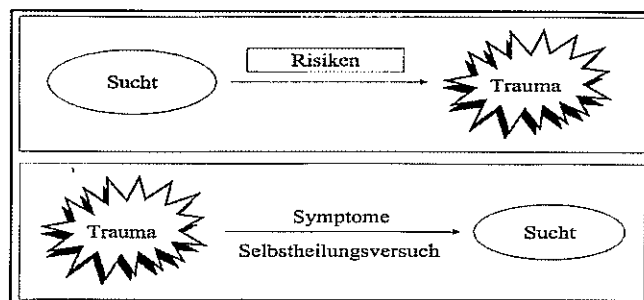
Die Lebenswirklichkeit traumatisierter Menschen ist also durch tiefgreifende Veränderungen gekennzeichnet. Sie sind häufig einem Erleben von Intrusionen ausgesetzt, eventuell ohne die Ursache zu kennen. Auch Schmerzen unklarer Ursache und Störungen der Selbst- und Fremdwahrnehmung quälen sie. Beziehungen zu anderen sind auf vielfältige Art belastet. Die auftauchenden intrusiven Erinnerungen können eben nicht in das persönliche Narrativ integriert werden, sondern sind stattdessen in einem somatosensorischen Modus gespeichert. Ein sicheres Sein in der Welt gelingt nur noch unter großen Schwierigkeiten oder nicht mehr. Diese Situation gefährdet für äußere Einflüsse oder führt zur „Selbstbehandlung“, sodass die Gefahr einer Drogeneinnahme und Abhängigkeit nicht zu unterschätzen ist. Hier ist auch die iatrogene Gefährdung durch unkontrollierte Verordnung von Benzodiazepinen zu sehen.

Befunde bei Abhängigen

Beutel hat anhand von Erfahrungen und Befunden aus einer deutschen Fachklinik zum Zusammenhang zwischen sexueller Gewalterfahrung in der Kindheit und Abhängigkeit hingewiesen (Beutel 1999). In einer Übersichtsarbeit haben Jacobsen, Southwick und Kosten (Jacobsen 2001) die vorliegenden Befunde über die Prävalenz der Abhängigkeitserkrankungen bei traumatisierten Menschen mit der Diagnose PTBS zusammengefasst. Sowohl in Studien über Kriegstraumatisierte wie auch bei der zivilen PTBS zeigt sich, dass bei Männern der Alkoholabusus und die Alkoholabhängigkeit die häufigste komorbide Störung ist (Kukla 1990; Kessler 1995). Bei Frauen liegt der Abusus und die Alkoholabhängigkeit an dritter Stelle. An PTBS erkrankte Opfer ziviler Gewalt weisen zwischen 21,6% und 43 % eine substanzinduzierte Störung auf, hingegen sind es nur 8,1% bis 24,7 % bei Personen ohne PTBS in der Allgemeinbevölkerung (Kessler 1995). Abhängige, die sich in stationärer Behandlung befinden, weisen bis zu 42,5% eine PTBS auf. Frauen scheinen noch stärker betroffen. Substanzabhängige Adoleszenten leiden bis zu 19,2% an einer komorbiden PTBS. Zu weiteren Quellen sei auf Jacobsen et. al. verwiesen (Jacobsen 2001).

Dort werden auch Konzepte diskutiert (Siehe Abb 3). Allgemein wird davon ausgegangen, dass eine zu Grunde liegende Traumatisierung zur PTBS führt und die sich daraus ergebenden Symptomatik autochthon oder auch iatrogen in den Substanzabusus und konsekutiv in die Abhängigkeit führt. Ein

alternatives Modell nimmt an, dass die Entwicklung der Abhängigkeit vorausgeht und durch die veränderten Lebensumstände das Risiko einer Traumatisierung und Entwicklung der PTBS ansteigt. Auch ich sehe die Betonung im ersten Modell, wobei im wirklichen Leben reine Modelle selten zu finden sind und das Risiko weiterer Traumatisierung, insbesondere bei den Konsumenten und Abhängigen von illegalen Drogen, nicht zu vernachlässigen ist. Dabei ist die Frage nach dem „Huhn und dem Ei“ zweitrangig. Die störungsspezifische Behandlung der Bedingungen, die die Abhängigkeit unterhalten, sollte im Vordergrund stehen. Es gibt ernst zunehmende Hinweise, dass die Entzugssymptomatik eine bestehende PTBS im Sinne einer Provokation verschiedener Symptome zumindest zeitweise zu verschlimmern vermag (van der Kolk 1985). Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer Berücksichtigung der PTBS im Entzug und einer Optimierung der Entzugsbehandlung.



Therapie der Traumafolgestörungen

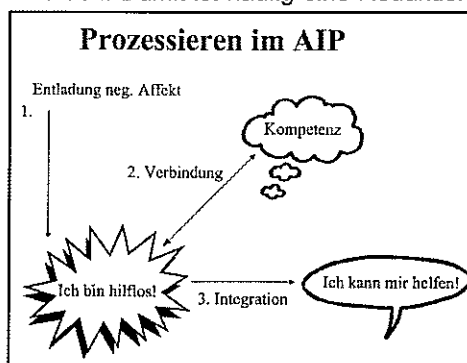
Es liegt auf der Hand, dass die Suchttherapie und die Psychotraumatologie voneinander profitieren können. Hier ist es in erster Linie die Komorbidität, die der Berücksichtigung bedarf. Aber auch die Gestaltung therapeutischer Situationen in der Psychotraumatologie, das heißt die möglicherweise bestehende komorbide Abhängigkeit nicht zu verleugnen, profitiert von einer Öffnung der Sichtweise und Kontakt zum System der Suchtkrankenhilfe. Auf der andern Seite wird manche gute Suchttherapie letztendlich ineffektiv bleiben und nicht zu dauerhafter Stabilität führen, wenn nicht die komorbid bestehende, oder wenn man so will, zu Grunde liegende PTBS behandelt wird. Denn die unbehandelte PTBS wird in ihrer Symptomatik fortwährend eine Quelle der Belastung darstellen, die das Risiko eines Rückfalls in den Drogengebrauch und somit die Abhängigkeit erhöht. Die therapeutischen Möglichkeiten bedürfen einer flexiblen Anwendung. Auch in der Situation einer zwar kurzen, aber sich wiederholenden stationären qualifizierten Entgiftung, können traumatherapeutische Elemente integriert werden. Vor meinem inneren klinischen Auge sehe ich hier sowohl die komplex und früh traumatisierte Patientin, mit Hinweisen auf eine DESNOS-Störung und deutlicher dissoziativer Symptomatik, abhängig von Opiaten mit weitgehender Therapierefrakterität und nur basal sozial stabilisiert, wie auch den über lange Jahre trockenen Alkoholiker, der nach dem Miterleben eines Unfalls eine PTBS entwickelt und rückfällig wird. Die unterschiedlichen Situationen erfordern zwangsläufig unterschiedlich komplexe therapeutische Ansätze. Sicherlich ist zu berücksichtigen, dass die in ihrer Kindheit schwerst traumatisierten Patienten kon-

sekutiv auch eine schwere Abhängigkeit entwickeln, oft von illegalen Drogen mit all den Problemen, die wir gut kennen. Es ist müßig zu erwähnen, dass die Krankheitsbiografie dann oft zu weiterer Traumatisierung führt, zumindest das Risiko deutlich erhöht. Hier kann es keine schnelle Therapie, auch keine schnelle Traumatherapie geben.

Es kann Mut machen, dass mittlerweile etablierte Verfahren in der Traumatherapie zur Verfügung stehen. Mit der Formulierung der Leitlinien zur Behandlung der PTBS liegt eine eindeutige Handlungsempfehlung für Diagnostik und Therapie vor (Flatten 2001). Der Phasenablauf bestimmter Elemente, die Notwendigkeit einer Rekonfrontation mit dem Trauma unter zur Hilfenahme geeigneter Methoden in einem stabilen, Sicherheit gebenden Setting sind hier zu erwähnen. Für die Phase der Diagnostik sind ergänzend Selbstbeurteilungsinstrumente verfügbar, die eine Diagnosestellung erleichtern. Der Rückgriff auf eine neurophysiologische Diagnostik wird sicher nur in Ausnahmefällen nötig sein. Die Phase der Stabilisierung sollte in ihrer Bedeutung nicht unterschätzt werden. Ich verstehe unter Stabilisierung alle Maßnahmen, sozial, biologisch, mental, die die labile Traumadynamik stabilisieren und den Betroffenen mehr Möglichkeiten im adaptiven Umgang mit ihrer Symptomatik an die Hand geben. Hier ist das Programm der imaginativen Übungen zur Stabilisierung nach Reddemann und Sachsse zu erwähnen (Reddemann 1997). Nach der Traumakonfrontation und Verarbeitung ist eine Neubewertung der Vergangenheit, ein Trauern und Adaptation erforderlich. Das Diktum der notwendigen Rekonfrontation mit der traumatisierenden Erfahrung ist inhaltlich richtig. Dies gilt aber nicht absolut. Vielmehr erfordert die therapeutische Wirklichkeit eine Anpassung an die jeweiligen Bedürfnisse der Patienten. Oft lohnt es sich nur den ersten Schritt zu gehen. Ein sequentielles Angebot der Traumaberatung, Traumadiagnostik und Traumatherapie (Hase 2001) kann den Patienten am ehesten gerecht werden. Auch ist zu berücksichtigen, dass komplex traumatisierte Menschen eine komplexe Therapie benötigen.

Mittlerweile sind einzelne Verfahren der Traumatherapie gut untersucht und ihrer Wirksamkeit belegt. Ich möchte hier nur exemplarisch die Methode Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) erwähnen (Hofmann 1999; Shapiro 2001; Shapiro 2002). EMDR kann als die am besten untersuchte Therapie der PTBS gelten. Zu einem Überblick über die Datenlage zum Wirksamkeitsnachweis empfiehlt sich die Lektüre der Metaanalyse von Sack et.al. (Sack, Lempa et al. 2001) und ein Blick auf die Homepage des EMDR-Institute (www.emdr.com). Die Anerkennung und Empfehlung führender internationaler Fachgesellschaften und Leistungsträgern zur Anwendung des EMDR-Verfahren in der Behandlung der PTBS liegt mittlerweile vor (Foa 2000; Flatten 2001; UK-Health 2001; Bleich 2003; Committee 2003; CREST 2003; Sjöblom 2003; INSERM 2004). Als effektive Methode der Traumatherapie gelangt EMDR bei chronischer und komplexer PTBS (Melbeck 2003), wie auch akuter Traumatisierung zur Anwendung (Hase 2002). Dabei beginnen erste Studien über die Anwendung bei Kindern und Adolozzenten die in der Praxis gesehene Wirksamkeit empirisch zu belegen (Greenwald 2000; Chemtob, Nakashima et al. 2002). EMDR ist ein strukturiertes Verfahren, in dem relevante Zielerinnerungen aus der Vergangenheit, posttraumatische Albträume, aktuelle Symptome, Trigger und traumabedingte Verhaltensprobleme in der Gegenwart, Vermeidungsverhalten und traumabezogene Zukunftsängste bearbeitet werden. In einem 8 Phasen umfassenden Behandlungsablauf wird ein konkretes Thema, z.B. eine Traumaerinnerung aufgesucht, vorbereitet, verarbeitet (reprozessiert) und in der Katamnese überprüft. In der Vorbereitung wird die Traumainformation gezielt und schonend angesprochen. Diese so vorbereitete Traumainformation wird dann in der Phase der Verarbeitung reprozessiert. Danach kann ein zu Beginn formulierter positiver Glaubensatz verankert werden. Zum Abschluss wird das Behandlungsergebnis überprüft. Eine Besonderheit des EMDR ist die bilaterale, alternierende Stimulation, die in der Regel durch geleitete Augenbewegungen erfolgt. Auch andere, auditive oder taktile bilaterale Stimuli sind möglich. In dem so unterstützten Prozess der Informationsverarbeitung kann eine beschleunigte Reprozessierung der maladaptiven, fragmentierten Traumaerinnerung stattfinden. Die Erinnerung verliert ihren intrusiven und emotionsgeladenen Charakter und kann zu einer „normalen“ Erinnerung an ein schlimmes Ereignis werden. Damit ist häufig eine Reduktion der PTBS-Symptomatik verbunden. Grundlage dieser Annahme

ist eben, dass eine maladaptive, nicht verarbeitete Erinnerung mit dem in ihr liegenden Affekt Ursache der Psychopathologie ist. Dabei postuliert Shapiro, dass im Menschen ein adaptives Informationsverarbeitungssystem (AIP) vorhanden sei, dass unter normalen Umständen belastende Erfahrung prozessiere, dass heißt in den allgemeinen Sinn- und Lebenszu-



sammenhang unter Verarbeitung des ursprünglichen Affekts eingliedert (Shapiro 2001; Shapiro 2002). Dies bedeutet Anpassung, Entwicklung, Lernen und Homöostase. Unter bestimmten Umständen kommt diese Fähigkeit zum Erliegen, sodass die Erinnerung in der rohen, affektgeladenen Form persistiert. Im EMDR dienen die Interventionen des Therapeuten das Informationsverarbeitungssystem zu aktivieren und in einer dynamischen Form zu halten. Dann gelingt die Verarbeitung. Dabei wird der Verarbeitung des Affekts eine besondere Bedeutung beigemessen. Erst nach Verarbeitung des originären Affekts kann ein Anschluss an Netzwerke mit positivem Inhalt gelingen, der für die Verarbeitung und Eingliederung in unser übriges Wissen notwendig ist. Dabei ist eine Ähnlichkeit zum REM-Schlaf nicht zu übersehen. Ob die muskuläre Aktivität der Augenmuskeln bei den Augenbewegungen im EMDR das entscheidende Agens darstellt oder eine dual fokussierte Aufmerksamkeit, kann noch nicht abschließend beurteilt werden. Auch ist hier zu bedenken, dass EMDR eine komplexe Methode ist, die mehrere wirksame Elemente enthält. Insofern ist es nicht zulässig, EMDR auf das Element der Augenbewegungen etc. zu reduzieren. EMDR ist keine Therapie, die in einer Sitzung stattfindet. Auch EMDR braucht abhängig von der Komplexität der Traumatisierung Zeit. In kompetenten Händen ist EMDR allerdings eine vergleichsweise schnelle und effektive Methode. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Behandlungsplan in der Therapie komplex traumatisierter Patientinnen und Patienten an die besonderen Bedürfnisse angepasst werden muss. Andere Möglichkeiten der EMDR Anwendung, z. B. zur individuellen Leistungssteigerung, bei der körperdysmorphophoben Störung oder bei phobischen Störungen, befinden sich zur Zeit in der Erprobung (Foster 1996; Brown 1997; De Jong 2002).

EMDR ist hier, im Zusammenhang von Trauma und Abhängigkeit, auch deswegen von Interesse, weil ein Konzept zur Anwendung bei Abhängigkeit vorgelegt wurde, dass auch außerhalb des Traumaparadigma angreift (Shapiro 1994; Vogelmann-Sine 1998). Hier ist neben der Durcharbeitung alter Traumata und Bearbeitung aktueller Belastungssituationen, die therapeutische Veränderung von Auslösereizen des Suchtdrucks von zentraler Bedeutung.

Auch liegen Daten vor, die den Einsatz von Psychopharmaka in der Therapie der PTBS lohnenswert erscheinen lassen. Eine grundlegende Empfehlung kann für den Einsatz selektiver Serotonin Wiederaufnahmehemmer (SSRI) ausgesprochen werden (Friedman 2000). Einzelne Studien weisen auf eine Wirkung von Neuroleptika der 2. Generation bei vorherrschender intrusiver Symptomatik hin. Diese Erkenntnisse sind in die Überlegungen einer Suchttherapie eines Patienten mit komorbider PTBS einzubeziehen. Insgesamt kann mit den heute zur Verfügung stehenden Methoden der Traumatherapie einer erheblichen Zahl von traumatisierten Patienten, ca. zwischen 50% und 70% geholfen werden. Aber noch einmal: überzogene Hoffnung ist nicht angemessen. Traumatherapie kann kein Heilungsversprechen geben und es ist zu berücksichtigen, dass komplexe Traumatisierungen komplexe Therapien erfordern. Meines Erachtens bedarf es auch einiger Überlegungen zur Reihenfolge therapeutischer Schritte. Während in der Traumatherapie der Ansatz „Trauma first“ nicht zu Unrecht formuliert wurde (Reddemann 1999), denn erst nach der Bearbeitung der PTBS ist eine weitergehende therapeutische Arbeit möglich, ist dieses meiner Erfahrung nach in der Arbeit mit der Komorbidität von Abhängigkeit und der PTBS zu modifizieren. Ich halte eine suchtspezifische Behandlung und Stabilisierung der Abhängigkeit für vorrangig. Erst dann kann die Traumatherapie angeschlossen, da ein gewisses Ausmaß an Stabilität im Leben notwendig ist. Die Bearbeitung der komorbiden oder zu Grunde liegenden Traumatisierung kann durch die Aktivierung traumaassoziierter Affekte belasten und so auch Suchtdruck mit sich bringen, bevor durch die Durcharbeitung und Integration der traumatischen Erinnerung eine Entlastung folgt. Dies ist zu berücksichtigen. Dann sollte aber bei entsprechend gelagerten Fällen die Traumatherapie auch folgen. Sicherlich zwingt uns therapeutische Wirklichkeit und die Wirklichkeit unserer Patienten zu viel Flexibilität in der Therapie, die jedoch nicht dazu führen darf von den Grundideen der Traumatherapie abzuweichen. Hier ist die saubere Diagnostik, Klarheit in der Methode, Berücksichtigung der Sicherheit des Patienten und das technisch angemessene Vorgehen zu nennen. Im Bereich der Rehabilitation Abhängigkeitskranker werden zur Zeit entsprechende Konzepte realisiert (Janßen 2002). Ich denke, dass diese nicht nur in der stationären Behandlung, sondern auch in die ambulante Arbeit mit Abhängigen Einzug halten sollten. Ich möchte im Folgenden mit einigen Fallvignetten beispielhaft das Gesagte erläutern.

Fallvignetten

Ein 58-jähriger Mann kommt mit einem drei Wochen andauernden massiven Alkoholrückfall in die stationäre qualifizierte Entgiftung. Nach Jahren der Alkoholabhängigkeit hatte er nach fachspezifischer Behandlung über 10 Jahre abstinent gelebt. In diese Zeit fiel auch die für ihn belastende Pflege seiner krebserkrankten Ehefrau bis zu ihrem Tode. Unmittelbar vor dem Rückfall erlebte der Patient zufällig und unmittelbar mit, wie ein junger Mann von einer Lokomotive erfasst und getötet wurde. Nach Kupierung des vegetativen Alkoholentzugssyndroms fiel eine persistierende starke Ängstlichkeit und Anspannung auf. Auf Nachfrage berichtete der Patient über intrusive Bilder und Alpträume. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung konnte gesichert werden. Nach kurzer Stabilisierung erfolgte noch in der stationären Behandlung eine Intervention mit EMDR in zwei Sitzungen. Der Patient konnte in deutlich besserem Zustand entlassen werden und lebt seitdem abstinent.

Ein 42-jähriger Mann befindet sich zum wiederholten Male in der stationären qualifizierten Entgiftung. Nach drei Zwangseinweisungen hat er genug Vertrauen zu den Mitarbeitern der Station gefasst, um freiwillig zu kommen. Er scheint zur Entwöhnungsbehandlung motiviert, hat jedoch bisher zweimal eine Entwöhnungsbehandlung nicht angetreten. Er berichtet, dass seine Angst vor Gruppen und neuen Menschen zu stark sei. In der Biographie findet sich eine primär vernachlässigende Herkunftsfamilie, Heimunterbringung mit Schwierigkeiten in der Integration in die Gruppe und Außenseiterposition mit Hänseleien in der Schule. Der Patient lässt sich motivieren nach Stabilisierung einige Erinnerungen an belastende Gruppenerfahrung mit EMDR durcharbeiten. Die stationäre Behandlung bietet ausreichend Schutz. Der Patient erlebt eine Minderung seiner Angst vor Gruppen und neuen Menschen und kann die Entwöhnungsbehandlung antreten.

Aus der Drogenberatungsstelle wird ein Patient zur ambulanten Therapie überwiesen. Der noch sozial gut integrierte Patient leidet unter einer episodischen Alkoholabhängigkeit. Bei Abwesenheit der Ehefrau kommt es immer wieder zu massiven Trinkphasen. In der Biographie ist ein massiver sexueller Übergriff durch einen Freund zu sehen. Dieser wurde mit starker Angst erlebt, die damals in Anwesenheit der Ehefrau abklang. Nach Diagnostik und Stabilisierung werden im Rahmen des EMDR Vorgehens für stoffgebundene Abhängigkeit die traumatisierende Erfahrung und Triggersituationen für Suchtdruck durchgearbeitet. Der Patient lebt seit 18 Monaten abstinent. Allerdings ist bei den schon vordem bestehenden großen Abständen zwischen den Trinkphasen die weitere Katamnese abzuwarten.

Ein 48-jähriger Mann wird aus der ambulanten Entwöhnung in der Drogenberatungsstelle zugewiesen. Der Lokführer wurde durch Alkohol im Arbeitskontext in Form von Leistungsbeeinträchtigung und zunehmende Krankheitsfehlzeiten auffällig. In der Entwöhnung fiel auf, dass der Beginn der Entwicklung in die Abhängigkeit mit mehreren Bahnunfällen assoziiert war. In der Diagnostik zeigte sich eine Posttraumatische Belastungsstörung. Nach der durchgeführten ambulanten Traumatherapie lies sich keine posttraumatische Belastungsstörung mehr nachweisen. Allerdings erlebte sich der Patient als nicht ausreichend stressresistent, sodass er die Weiterführung seiner Tätigkeit als Lokführer für sich nicht als möglich ansah.

Das Beispiel einer 42-jährigen Frau, Mutter von drei Kindern, allein erziehend, zeigt auch Schwierigkeiten auf. Die vornehmlich alkoholabhängige Patientin stellte sich auf Anraten der Drogenberatungsstelle zur ambulanten Behandlung vor. In ihrer Vorgeschichte wie sie zahlreiche Belastungen, u. a. emotionale Vernachlässigung und sexueller Traumatisierung in der Kindheit auf. Auch im weiteren Leben war es ihr schwer gefallen Stabilität zu erreichen, was sich auch in den teilweise chaotischen und instabilen Beziehungen zeigte. Im aktuellen bedeutete die schwere körperliche Erkrankung des Vaters eines ihrer Töchter eine besondere Belastung. Hier zeigte sich, dass der Rahmen der ambulanten Behandlung nicht ausreichend Halt gebend war. Die Patientin schien zuerst ausreichend von der Stabilisierung zu profitieren. Hier täuschte aber ihre Pseudounabhängigkeit. Die Bearbeitung aktueller Belastungen führte durch assoziative Brücken in traumatisches Material zu einer zunehmenden Belastung. Bei instabiler Aussensituation und noch unzureichendem adaptivem Coping brach die Patientin die Behandlung ab und wurde rückfällig. Sie selbst beschrieb katamnestisch die Behandlung als nicht ausreichend stützend und hilfreich. Diese Beschreibung verweist auf das für die Bedürfnisse der Patientin nicht ausreichend stabile Setting. Ein behutsamerer Behandlungsaufbau und stationäre Rahmenbedingungen für Teile der Therapie sind hier sicher notwendig.

Ausblick

Es scheint, als sei für eine Subgruppe der Abhängigen eine Traumapsychotherapie notwendig, um die Physiologie des Trauma zu verändern. Denn die bestehende Traumaphysiologie ist in ihrer Auswirkung eine virulente Quelle des Suchtdrucks. Abhängig von der Schwere der Traumafolgestörung, die ja mit der Schwere der primären und sekundären Traumatisierung korreliert, und der Schwere der Abhängigkeit sind unterschiedliche Settings notwendig. Dabei ist die Einschätzung der Patientenstabilität von entscheidender Bedeutung. Insgesamt bedarf die Behandlung der traumatisierten Abhängigen, bzw. abhängigen Traumatisierten der jeweiligen Fachkompetenz, wobei oft der suchtmmedizinischen Stabilisierung Vorrang hat.

Es ist nicht unbedingt notwendig, dass der Suchtspezialist auch Traumaspezialist wird und umgekehrt, sondern dass vorhandene Möglichkeiten der Kooperation und Vernetzung, besonders auch zwischen stationären klinischen oder rehabilitativen und ambulanten Angeboten im Suchthilfesystem, gesucht und genutzt werden. Ich halte dies besonders in der Arbeit mit traumatisierten Menschen für eine Notwendigkeit, da Traumatisierung per se isoliert und trennt. Die Kooperation der jeweils fachkompetenten Helfer ist eine wertvolle humane Ressource.

Literatur:

Beutel, M. (1999). "Sucht und sexueller Mißbrauch." Psychotherapeut 44: 313-319.

Bleich, A., Kotler, M., Kutz, E., & Shalev, A. (2003). A position paper of the (Israeli) National Council for Mental Health: Guidelines for the assessment and professional intervention with terror victims in the hospital and in the community. Jerusalem, Israel, National Council for Mental Health (Israeli).

Bremner, J. D. e. a. (1995). "MRI-based measured of hippocampal volume in patients with PTSD." Am J Psychiatry 152: 973-981.

Breslau, N., Chilcoat, H.D., Kessler, R.C., & Davis, G.C. (1999). "Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: Results from the Detroit area survey of trauma." Am J Psychiatry 156: 902-907.

Brown, K. W., McGoldrick, T. & Buchanan, R. (1997). "Body Dysmorphic Disorder: Seven cases treated with eye movement desensitization and reprocessing." Behavioral and Cognitive Psychotherapy 25: 203-207.

Chemtob, C. M., J. Nakashima, et al. (2002). "Brief treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: a field study." J Clin Psychol 58(1): 99-112.

Committee, D. N. S. (2003). Multidisciplinary Guideline Anxiety Disorders. Quality Institute Health Care CBO/Trimbos Institute. Utrecht.

CREST (2003). The management of post traumatic stress disorder in adults. Belfast, Clinical Resource Efficiency Support Team of the Northern Ireland Department of Health, Social Services and Public Safety.

De Jong, A., van den Oord, H.J.M., ten Broeke, E. (2002). "Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in the Treatment of Specific Phobias: Four Single-Case Studies on Dental Phobia." J Clin Psychol 58(12): 1489-1503.

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). Bern; Göttingen; Toronto, Huber.

Fegert, J. M. (2003). Die Folgen sexuellen Missbrauchs bei Kindern und Jugendlichen. V. i. N. Landeskrankenhaus. Lüneburg.

- Fergusson, D. M., L. J. Horwood, et al. (1996). "Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse." J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 35(10): 1365-74.
- Fergusson, D. M., M. T. Lynskey, et al. (1996). "Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: I. Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse." J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 35(10): 1355-64.
- Fischer, G., Riedesser, P. (1998). Lehrbuch der Psychotraumatologie. München, UTB.
- Flatten, G., Hofmann, A., Liebermann, P., Wöller, W., Siol, T., Petzold, E. (2001). Posttraumatische Belastungsstörung Leitlinie und Quellentext. Stuttgart, Schattauer.
- Foa, E. B., Keane, T.M., & Friedmann, M.J. (2000). Effective Treatments for PTSD. New York, The Guilford Press.
- Foster, S., & Lendl, J. (1996). "Eye movement desensitization and reprocessing: Four cases of a new tool for executive coaching and restoring employee performance after setbacks." Consulting Psychology Journal: Practice and Research 48(155-161).
- Friedman, M. J., Davidson, J.R.T., Mellman, T.A., Southwick, S.M. (2000). Pharmacotherapy. Effective Treatments for PTSD. E. B. Foa, Keane, T.M., & Friedmann, M.J. New York, The Guilford Press: 326-329.
- Gast, U. (1999). Prävalenz der Traumafolgeerkrankungen im psychiatrischen Krankenhaus. Köln.
- Greenwald, R. (2000). "A trauma-focused individual therapy approach for adolescents with conduct disorder." International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology 44: 146-63.
- Hase, M. (2002). EMDR in the Treatment of Acute Stress Disorder. 3rd European EMDR Conference, Frankfurt/M.
- Hase, M., Bailly, T. (2001). Sequentielle Traumaberatung, Traumadiagnostik und Therapie für seelisch traumatisierte Mitarbeiter im Justizvollzug. 3. Jahrestagung der DeGPT, Konstanz.
- Herman, J. L. (1993). Sequelae of prolonged and repeated trauma. Evidence to a complex posttraumatic syndrome (DESNOS). Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond. J. R. Davidson, & Foa, E.D. Washington DC, American Psychiatric Press: 213-228.
- Hofmann, A. (1999). EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. Stuttgart - New York, Thieme.
- INSERM (2004). Psychotherapy: An evaluation of three approaches. French National Institute of Health and Medical Research. Paris, France.
- Jacobsen, L. K., Southwick, S.M., Kosten, T.R. (2001). "Substance Abuse Disorders in Patients With Posttraumatic Stress Disorder: A Review of the Literature." Am J Psychiatry 158: 1184 - 1190.
- Janßen, A. M. (2002). Kurzkonzept Trauma & Sucht. Malsburg-Marzell, Rehabilitationsklinik Birkenbuck.
- Kapfhammer, H. P. (2001). "Trauma und Dissoziation - eine neurobiologische Perspektive." Persönlichkeitsstörungen 5: 4 - 27.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Brommet, E., & Nelson, C.B. (1995). "Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey." Arch Gen Psychiatry 52: 1048-1060.

- Kluft, R. (1990). Incest related symptoms of adult psychopathology. Washington DC, American Psychiatric Press.
- Kukla, R. A., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., et.al. (1990). Trauma and the vietnam war generation. New York, Brunner & Mazel.
- Melbeck, H.-H., Hase, M., & Hofmann, A. (2003). "EMDR in der Behandlung schwerer psychischer Traumatisierungen." Psychotherapeutenforum **10**(2): 5-24.
- Nie, Z., Schweitzer, P., Roberts, A. J., Madamba, S. G., Moore, S. D., & Siggins, G. R. (2004). "Ethanol augments GABAergic transmission in the central amygdala via CRF1 receptors." Science **303**(5663): 1512-4.
- Perkonig, A., Wittchen, H-U. (1999). Prevalence and Comorbidity of Posttraumatic Stress Disorder in Adolescents and Young Adults. Post-traumatic stress disorder: A lifespan developmental perspective. A. Maercker, Schützwohl, M., & Solomon, Z. Göttingen, Hogrefe: 113- 133.
- Post, R. M., Weiss, R.B., Smith, M., McCann, U. (1997). Kindling versus quenching - Implications for the evolution and treatment of posttraumatic stress disorder. Annals of the New York academy of sciences. R. M. Yehuda, A.C. New York, Academy of Sciences New York. **821**: 285-295.
- Putnam, F. W. (1990). Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder. New York, Guilford.
- Reddemann, L., Sachsse, U. (1997). "Stabilisierung." Persönlichkeitsstörungen **3**: 113-147.
- Reddemann, L., Sachsse, U. (1999). "Trauma first!" Persönlichkeitsstörungen **3**: 16-20.
- Sack, M., W. Lempa, et al. (2001). "Study quality and effect-sizes - a metaanalysis of EMDR-treatment for posttraumatic stress disorder." Psychother Psychosom Med Psychol **51**(9-10): 350-5.
- Shapiro, F. (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures. New York, Guilford.
- Shapiro, F. (2002). Paradigms, Processing and Personality Development. EMDR an an Integrative Psychotherapy Approach. F. Shapiro. Washington, D.C., American Psychological Association: 3-23.
- Shapiro, F., Vogelmann-Sine, S., Sine, L.F. (1994). "Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Treating Trauma and Substance Abuse." Journal of Psychoactive Drugs **26**(4): 379 - 391.
- Sjöblom, P. O., Andréewitch, S. Bejerot, S., Mörtberg, E. , Brinck, U., Ruck, C., & Körlin, D. (2003). Regional treatment recommendation for anxiety disorders. Medical Program Committee/Stockholm City Council, Sweden. Stockholm.
- UK-Health (2001). Treatment choice in psychological therapies and counselling evidence based clinical practice guideline. United Kingdom Department of Health. London.
- Ursano, R. J. e. a. (1999). "Acute and chronic posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident victims." Am J Psychiatry **156**: 589-595.
- van der Kolk, B. A. (1996). Trauma and Memory. Traumatic Stress. B. A. Van der Kolk, McFarlane, A.C., Weisaeth, L. (Eds.). New York, Guilford: 279-302.
- Van der Kolk, B. A., Burbridge, J.A., Suzuki, J. (1997). The Psychobiology of Traumatic Memory. Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder. R. M. Yehuda, A.C. New York, New York Academy of Sciences. **821**: 99 - 111.

van der Kolk, B. A., Greenberg, M., Boyd, H., Krystal, J. (1985). "Inescapable shock, neurotransmitters and addiction to trauma: towards a psychobiology of posttraumatic stress." Biol Psychiatry **20**: 314-325.

Van der Kolk, B. A., Perry, J.C., Herman, J.L. (1991). "Childhood origins of selfdestructive behaviour." Am J Psychiatry **148**: 1665-71.

Vogelmann-Sine, S., Sine, L.F., Smyth, N.J., Popky, A.J. (1998). EMDR Chemical Dependency Treatment Manual. Honolulu, Hawaii.

Wagner, D., Heinrichs, M., Ehler, U. (1998). "Prevalence of symptoms of posttraumatic stress syndrom in German firefighters." Am J Psychiatry **155**: 1727-1732.