

Rahel Schüepp, Susanne Lücke

Aspekte frauenspezifischer Traumatherapie

20 engagierte Fachfrauen aus den Bereichen Psychotherapie, Psychiatrie, Medizin und psychosoziale Beratung nahmen an dem Workshop teil. Unser Anliegen war es, für die besondere Situation von traumatisierten Patientinnen/Klientinnen zu sensibilisieren und über die Realisierung der Qualitätskriterien der AKF® – Fachgruppe PPP und des Arbeitskreises Frauen und Psychiatrie aus München zu diskutieren.

Das in der Eingangsrunde zum Ausdruck gebrachte Interesse bezog sich auf Informationen über Traumatherapie allgemein und speziell auf das Behandlungskonzept der Bielefelder Klinik unter Leitung von Dr. Luise Reddemann, auf die Verwirklichung eines frauenspezifischen Ansatzes in der praktischen Arbeit, auf die Voraussetzungen und die Durchführbarkeit von Traumabearbeitung in der ambulanten Praxis sowie Probleme hinsichtlich der allgemeinen Versorgungslage und Finanzierung durch die Kostenträger.

Nach einer Imaginationsübung zum Thema Schutz und Abgrenzung, einem durch Bilder veranschaulichten Eingangsreferat und Impulsen zum Schwerpunkt Qualitätssicherung, die im Folgenden in Auszügen wiedergegeben sind, verlief der Workshop in einem lebendigen Dialog. Dabei stand die praktische Erfahrung mit dem Bielefelder Konzept im Zentrum des Interesses. Angesichts vieler Fragen zu einem komplexen Thema, war die Zeit viel zu kurz, aber lang genug um Neugierde zu wecken und Anregungen für die konkrete Praxis zu bekommen.

Kollektive Verdrängung – ein Blick zurück

Ein Blick in die vergleichsweise junge Geschichte der Psychotraumatologie zeigt, dass es alles andere als selbstverständlich ist, individuelle und kollektive Folgen von Traumata zu benennen und auf dieser Basis wirksame Behandlungsansätze zu konzipieren. Es handelt sich dabei um eine Geschichte der Entdeckung und Wiederentdeckung mit anschließender zum Teil „abrupter Amnesie“ (Herman 1993). Obwohl Wissen um die verheerenden Folgen von Traumatisierungen immer wieder bei einzelnen Forschern (wie Freud, Janet, Ferenczi oder Kardiner) bekannt war, erfolgte weder in der Medizin noch in der Gesellschaft eine aktive Auseinandersetzung damit.

Die Erforschung psychischer Traumata braucht die Unterstützung einer politischen Bewegung

Judith Herman, US-amerikanische Psychiaterin und Pionierin in der Erforschung und Behandlung der Folgen von Kindheitstraumata formuliert ihrem Buch „Narben der Gewalt“ – mittlerweile ein Klassiker – folgende These darüber, wie es möglich war, diesen kollektiven Prozess der Verdrängung und Verleugnung zu durchbrechen: „Die systematische Erforschung psychischer Traumata braucht die Unterstützung einer politischen Bewegung. Es ist schon eine politische Frage, ob entsprechende Forschungen durchgeführt und in der Öffentlichkeit diskutiert werden können. Die Erforschung von Kriegstraumata ist nur in einem Umfeld legitim, das die Opferung junger Männer im Krieg in Frage stellt. Die Erforschung traumatischer Erfahrungen im sexuellen und häuslichen Bereich ist nur legitim in einem Umfeld, das die Unterordnung von Frauen und Kindern in Frage stellt.“ (Herman 1993, S. 20) Fortschritte sind also nur möglich, wenn eine starke politische Menschenrechts-Bewegung, wie die Antikriegsbewegung oder die Frauenbewegung die Wissenschaft unterstützt. Diese gesellschaftlichen Bewegungen zeichnen sich durch Vernetzung, Selbsthilfe und die aktive Auseinandersetzung mit der Situation der Betroffenen aus.

„Frauenspezifisches Denken gibt den Erfahrungen von Frauen Raum und Stimme, macht Frauen zum Ausgangsort und Ziel der Wahrnehmung und fördert Stärken, Potentiale und weibliche Selbstorganisation.“ (Arbeitskreis Frauen und Psychiatrie)

Aus der Perspektive frauenspezifischer und traumaspezifischer Qualitätssicherung ist es unserer Meinung nach ein großer Vorteil, dass PionierInnen der Traumatherapie aus dem Kontext der durch Parteilichkeit und Bezogenheit gekennzeichneten politischen Bewegungen kommen. Das bedeutet, dass viele Kriterien frauenspezifischer Qualitätssicherung bereits in die Psychotraumatologie eingeflossen sind und nicht so hart und schmerzvoll erkämpft werden müssen wie in anderen Bereichen der Medizin.

Aus dieser Perspektive sehen wir den Traumatherapieboom, wie er in der letzten Zeit zu beobachten ist, mit gemischten Gefühlen. Einerseits ist es angesichts der mangelhaften Versorgungslage für Menschen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen durchaus wünschenswert, wenn sich möglichst viele TherapeutInnen mit Psychotraumatologie auseinandersetzen. Andererseits drängen zunehmend Angebote auf den Markt, deren strukturelle Bedingungen und Therapiekonzepte sich mehr an marktwirtschaftlichen Interessen als am Wohle der Patientinnen/Klientinnen ausrichten. Deshalb ist es uns wichtig, Qualitätskriterien der Traumatherapie

zu diskutieren, um frauenspezifische Standards zu erhalten und Behandlungsansätze auf dieser Basis weiterzuentwickeln.

Frauen- und traumaspezifische Qualitätssicherung

Eine hilfreiche Basis für die Reflexion über frauengerechte Qualitätskriterien im Sinne von Ergebnis-, Struktur-¹ und Prozessqualität stellen die handlungsleitenden Richtlinien des Arbeitskreis Frauen und Psychiatrie, die Qualitätskriterien der Fachgruppe „Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatik“ des AKF[®] und die evidenz-basierten Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF) dar.

Qualitätskriterien Ergebnisqualität (AK Frauen und Psychiatrie)

Angestrebte Ziele

- Gleichberechtigung
- Verbesserung der ökonomischen Bedingungen und Chancengleichheit
- Gewaltfreiheit
- Förderung von Autonomie und frauenspezifischer Identitätsentwicklung
- Verbundenheit und Frauenselbsthilfenetze

Prozessqualität

Qualitätskriterien im Sinne der Prozessqualität möchten wir auf dem Hintergrund unserer Arbeit in der Bielefelder Klinik für Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin unter der Leitung von Luise Reddemann diskutieren. Die vom Münchner Arbeitskreis Frauen und Psychiatrie formulierten Kriterien Parteilichkeit, Empowerment, Ressourcenorientierung, Akzeptanz und Wertschätzung, Transparenz und Klarheit finden sich als zentrale therapeutische Haltungen in unserem Konzept.

Ein Blick in die Praxis

Wir haben exemplarisch einige Beispiele aus unserer Arbeit in der Bielefelder Klinik für psy-

¹ Die Sicherung von Strukturqualität halten wir bei der Traumatherapie für sehr bedeutend. Entsprechend den primären Interessen der Teilnehmerinnen und dem Verlauf des Workshops setzen wir hier den Schwerpunkt auf die Kriterien zur Prozessqualität.

chochotherapeutische und psychosomatische Medizin vorgestellt und einige von Patientinnen gemalte Bilder² gezeigt. Anhand dieser Beispiele wollten wir die Situation traumatisierter Patientinnen, insbesondere zu Beginn der Therapie, verdeutlichen und auf einige Kriterien hinweisen, die für unsere Therapie wesentlich sind: Akzeptanz und Wertschätzung innerhalb der therapeutischen Beziehung, Anleitung zum Selbstmanagement, Transparenz im therapeutischen Prozess und ein systematisches Stärken aller Ressourcen.

Folgenden Text lernen unsere PatientInnen in der ersten Phase ihrer Therapie im Rahmen einer psychoedukativen Gruppe kennen. Es handelt sich um ein mit Worten gemaltes Bild von der amerikanischen Psychotherapeutin Anita Johnston, in dem viele unserer Patientinnen ihre Ausgangssituation beschrieben finden:

Der rettende Balken

- Stellen Sie sich vor, Sie stehen am Ufer eines tosenden Flusses im strömenden Regen. Plötzlich rutscht die vom Wasser aufgeweichte Böschung unter Ihnen ab. Sie fallen ins Wasser und werden von Stromschnellen und Wasserstrudeln mitgerissen. All Ihre Bemühungen, sich über Wasser zu halten, sind vergeblich und Sie werden wohl ertrinken müssen. Doch da schwimmt ein Holzbalken vorbei, an den Sie sich klammern können. Dieser Balken hält Ihren Kopf über Wasser und rettet Ihnen das Leben. An den Balken geklammert schwimmen Sie stromabwärts und Sie gelangen schließlich wieder in etwas ruhigeres Wasser.
- In der Ferne erblicken Sie das Ufer und Sie versuchen, dorthin zu schwimmen. Doch das gelingt Ihnen nicht, weil Sie sich immer noch an den dicken Balken klammern. Wie ironisch, dass das was Ihnen das Leben gerettet hat, Ihnen jetzt im Weg steht. Am Ufer stehen Menschen, die Ihren Kampf mit ansehen und rufen: „Lass den Balken los!“ Aber das können Sie nicht, weil Sie nicht sicher sind, ob Sie es bis zum Ufer schaffen können. Zunächst brauchen Sie Zeit, um ein paar Schwimmzüge zu üben und sehr langsam und vorsichtig lassen Sie den Balken los. Wenn Sie drohen, unterzugehen, klammern Sie sich schnell wieder fest. Dann lassen Sie den Balken los und üben Wassertreten und wenn Sie müde sind, halten Sie sich wieder fest. Nach einer Weile versuchen Sie, einmal um den Balken herum zu schwimmen, dann zweimal, dann zehnmal, dann hundertmal, bis

² Leider können die im Workshop gezeigten gemalten Bilder von Patientinnen in diesem Rahmen nicht veröffentlicht werden.

Sie genügend Vertrauen in ihre eigene Kraft haben, um bis zum Ufer zu gelangen. Dann können Sie den Balken endgültig loslassen.

Viele schwer traumatisierte Patientinnen erleben ihren Alltag als einen unaufhörlichen Überlebenskampf. Aktuelle Probleme werden mit Lebensgefahr verwechselt, weil die Patientin nicht oder nicht zu jeder Zeit realisieren kann, dass sie mittlerweile in etwas ruhigeren Gewässern angekommen ist. Innerlich steht sie immer noch an der Böschung und spürt, wie der Boden unter ihren Füßen nachgibt oder sie klammert sich verzweifelt an den Balken, um den Kopf über Wasser zu halten. Der Balken ist in diesem Bild ein Symbol für die vielfältigen und quälenden Symptome, die in der Vergangenheit das Überleben gesichert haben und in der Gegenwart einen normalen Alltag unmöglich machen. Ein Flash-Back ist im Erleben der Patientin vergleichbar mit einem Mitgerissenwerden von Stromschnellen und Wasserstrudeln und mit einem zeitweiligen Kontrollverlust verbunden. Auch die Reaktion der anderen Menschen am Ufer ist insbesondere früh traumatisierten Patientinnen vertraut und mit der inneren Verzweiflung verbunden, dass in der Vergangenheit niemand zu Hilfe kam, um das Kind zu retten. Bewusst oder unbewusst bringt die Patientin eine verständliche Sehnsucht nach Wiedergutmachung mit in die Therapie, die Hoffnung, in der Therapeutin endlich diesen Menschen zu finden, der in den Fluss springt, um das Kind zu retten.

Mit therapeutischer Unterstützung aus eigener Kraft schwimmen zu lernen um das sichere Ufer zu erreichen, ist vielleicht auf diesem Hintergrund für die Patientin zunächst enttäuschend, verhilft ihr aber langfristig zu einem Zuwachs an Selbstbestimmung und Autonomie. Die eigene Kraft und Fähigkeit, schwerste Traumatisierungen überlebt zu haben und Symptome als in der Vergangenheit notwendige Überlebensstrategien anzuerkennen, ist vielleicht zunächst ein befremdender Blickwinkel für die Patientin, bahnt aber den Weg für eine therapeutische Beziehung, die von gegenseitiger Achtung und Wertschätzung geprägt sein sollte.

Wie wichtig es insbesondere in der ersten Phase der Therapie ist, die eigene therapeutische Haltung und Vorgehensweise transparent zu machen und eindeutige Orientierungen zu geben, kann vielleicht der Albtraum einer Patientin aus den ersten Tagen ihres stationären Aufenthalts widerspiegeln, den ich Ihnen hier kurz vorstellen möchte.

Das rote Boot

- In diesem Traum befand sich die Patientin am Ufer eines Meeres in einer verbrannten und vertrockneten Kraterlandschaft, in der sie keinesfalls überleben konnte. Vor ihr

im Wasser war ein bedrohlicher schwarzer Strudel zu sehen. Im Traum war sie überzeugt davon, durch diesen Strudel hindurch schwimmen zu müssen, um ihr Leben zu retten. Am Ufer lag ein kleines, leuchtend rotes Boot ohne Ruder und Steuer das sie nicht besteigen konnte, da sie nicht wusste, wie sie es fahren konnte. Sie musste eine schwere schwarze Metallrüstung ausziehen, weil sie mit ihr nicht schwimmen konnte, ohne die sie sich aber völlig schutzlos fühlte. Nun schwamm sie los, völlig nackt, mitten in den Strudel hinein und war in ihm gefangen, hinter ihr die Kraterlandschaft und vor ihr die unendliche Weite des Meeres.

- In diesem Traum wurde nicht nur die verzweifelte Situation der Patientin vor der Therapie deutlich - repräsentiert durch die Kraterlandschaft, in der sie so nicht weiterleben kann -, sondern auch ihre tiefe Angst vor der Therapie selbst. Obwohl es sich hier um eine gut informierte Patientin handelte, die sich bewusst für das ressourcenorientierte und zunächst stabilisierende Konzept unserer Klinik entschieden hatte, erlebte ihr Unbewusstes die Therapie als massive Bedrohung und aktivierte frühe traumatische Erlebnisse der Ausweglosigkeit und des schutzlosen Ausgeliefertseins. Im Traum schwamm die Patientin nackt, d.h. schutzlos mitten in den gefährlichen Strudel hinein.

Ich lud die Patientin ein, mit mir gemeinsam ihren Traum im Wachzustand neu zu träumen und ihn zu malen³. Als erstes fragte ich sie, wohin sie gerne schwimmen würde, wenn sie sich aus dem schwarzen Strudel befreien könnte. Als Antwort darauf entstand in ihrem gemalten Bild eine kleine Insel, auf der sich auf einer grünen Wiese ein Haus, ein belaubter Baum und zwei rote Blumen befinden. In einiger Entfernung malte sie nun die Kraterlandschaft und zwischen beiden Polen den schwarzen Strudel. Rechts und links dieses Strudels entstand spontan soviel Wasser, dass es - in der Logik des Bildes - gut möglich ist, den Strudel zunächst zu umschiffen, um die rettende Insel zu erreichen.

Diese Erkenntnis löste große Überraschung und Erleichterung bei der Patientin aus. Die Beschäftigung mit ihrem Traum mit Hilfe des gemalten Bildes und auf der symbolischen Ebene half ihr, die innere Fixierung auf traumatische Erlebnisweisen etwas zu lösen und sich eine neue Vorstellung über ihren Therapieprozess auf einer tieferen Ebene anzueignen. Bereits in ihrem Traum stellte ihr Unbewusstes ihr ein wichtiges Hilfsmittel zur Verfügung: ein Boot in einem vitalen leuchtenden Rot, das sie nicht übersehen, aber auch nicht für sich nut-

³ Dieses Bild finden Sie in: Lücke, S (2001)

zen konnte, weil die Möglichkeit, es zu bewegen und zu steuern fehlte. Auch war ihr in einem Zustand innerer Panik das Ziel ihrer Reise abhanden gekommen. Wir konnten uns nun der Frage widmen, was dafür notwendig sein würde, ihr Ziel zu erreichen und ihr 'Boot' fahrtüchtig zu machen. Dies hieß zunächst, welche ersten Schritte erforderlich sein würden, um innere Sicherheit zu gewinnen und Kontrolle über quälende Gefühlszustände zu erlernen. In der Beschäftigung mit der Insel und dem Boot, das dann im Bild ein Ruder bekam, gelang mit dieser Patientin eine erste Kontaktaufnahme zu inneren Ressourcen.

Eine andere Patientin fühlte sich wie auf eine einsame Insel verbannt und durch einen undurchdringlichen Nebel von ihren Mitmenschen getrennt, wenn sie unter Derealisationserlebnissen litt. Nachdem sie innerhalb ihrer Therapie zunehmend gelernt hatte, dissoziative Zustände zu steuern und Nähe- und Distanzwünsche zu regulieren, beschrieb sie es so: „Jetzt besitze ich ein Boot. Das hat ein Ruder, ein Steuer und einen Motor, damit ich nicht nur vom Wetter abhängig bin. Jetzt kann ich von meiner Insel aus das Festland erreichen, wenn ich will oder in Sichtweite vor Anker gehen.“

Es ist nach unserer Erfahrung wichtig, einer traumatisierten Patientin den Sinn einer ressourcenorientierten Therapie zu vermitteln, damit sie sich nicht, wie häufig in der Vergangenheit, gerade in Bezug auf die schmerzhaften Erfahrungen aus ihrer Lebensgeschichte erneut zurückgewiesen fühlt. Dafür benutzen wir gern das Bild einer Waage.

Die innere Waage

Auf der einen Waagschale befinden sich die belastenden, auf der anderen die lebensspendenden und nährenden Erlebnisse der Patientin. Die Waage als Gleichnis beschreibt die Notwendigkeit, die verschiedenen Elemente der Erfahrung in ein dynamisches Gleichgewicht zu bringen, um zu psycho-physischer Gesundheit zu gelangen. Sie beschreibt auch die Fähigkeit zu einem dynamischen Pendeln zwischen negativen und positiven Erfahrungen als Voraussetzung für die Verarbeitung eines Traumas.

Eine Patientin stellte ihre Angst vor dem 'Kippen' ihrer inneren Waage bildnerisch dar: Sie identifizierte sich mit einer kleinen blauen Kugel, die auf der Schräglage des Balkens einer Wippe ins Rollen geriet. Dieses Kippen erlebte sie immer wieder als lebensbedrohlichen Zustand, in dem sie jeglichen Kontakt zu den positiven Aspekten ihres Lebens verlor. Sie sehnte sich dann nach einer helfenden Hand, fühlte sich aber in diesem Zustand so gefangen, dass nichts und niemand sie erreichen konnte, selbst Gott nicht. Am tiefsten Punkt angekommen

fühlte sie sich völlig handlungsunfähig und den Angreifern der Vergangenheit ohnmächtig ausgeliefert. Das gemalte Bild ihres Sicheren Ortes, das sie geborgen am Fuße eines großen, kräftigen Baumes zeigte, legte sie in ihrer Vorstellung auf die andere Seite ihrer Wippe und war überrascht und erleichtert, wie viel Gewicht es hatte. Mithilfe dieses Gegengewichts gelang es ihr zunehmend besser, die ersten Anzeichen von Flashbacks zu erkennen und bewusst gegenzusteuern.

Im Bewusstsein einer schwer traumatisierten Patientin ist eine Seite der innere Waage durch die Schreckensbilder aus dem Trauma so schwer, dass sie gefährlich aus dem Gleichgewicht geraten ist. Das bedeutet nicht, dass sie über keine Ressourcen verfügt, sondern dass diese dem Bewusstsein nicht oder nur zeitweise zur Verfügung stehen. Es ist also wichtig, auf die in der Luft hängende Waagschale positive Erfahrungen zu legen, um ein Pendeln zwischen beiden Polen zu ermöglichen. Der Kontakt zu den inneren und äußeren Ressourcen, zu den individuellen Möglichkeiten und Fähigkeiten der Patientin und zu dem ihr innewohnenden Reichtum gibt ihr die Kraft, die sie braucht, um das Trauma zu verarbeiten.

Kriterien zur Prozessqualität

Zusammenfassend und ergänzend möchten wir die von Reddemann (2001) und Reddemann/Sachsse (2000) formulierten stichwortartigen Kriterien zur Stabilisierungsphase in der Traumatherapie, die für uns wichtige Kriterien zur Sicherung der Prozessqualität sind, darstellen.

- Sicherheit (innen und außen) aufbauen
- Würdigen traumabedingter Coping-Strategien
- Wissen vermitteln über Trauma und Folgen von Traumatisierung
- Entwickeln von Ich-stärkenden Imaginationen und Kognitionen, die ein Gegengewicht zu negativen Imaginationen/Kognitionen schaffen
- Erlernen von Affektwahrnehmung, -differenzierung und -regulierung
- Systematisches Aufsuchen und Verstärken aller Ressourcen
- Nicht-Annehmen traumatischer Übertragungsverzerrungen, Förderung des Arbeitsbündnisses
- Selbstfürsorge, Selbsttröstung erlernen
- Üben einer differenzierteren Körperwahrnehmung und eines freundlicheren Umgangs mit dem Körper

- Kontrollierten Umgang mit (überflutendem) traumatischem Material erlernen

Das therapeutische Arbeitsbündnis

Im klinischen Alltag ist es stets eine neue Herausforderung, mit den existentiell erschütternden und verstörenden traumatischen Erfahrungen adäquat umzugehen. Es bedarf eines therapeutischen Bündnisses, welches Freiräume für Entwicklung schafft und gleichzeitig der Gefahr der Retraumatisierung der Patientin sowie der sekundären Traumatisierung der Therapeutin entgegenwirkt. Die Berücksichtigung der durch die AKF-Fachgruppe PPP formulierten professionellen Standards für eine frauengerechte Therapie sind dabei unentbehrlich:

Professionelle Standards (AKF®-Fachgruppe PPP)

- Ausreichende eigene Therapie- und Selbsterfahrung
- Interesse und Bereitschaft zum lebenslangen Weiterlernen
- Wissen um eigene Kompetenzen und Begrenzungen
- Lebensweisen einer guten Psychohygiene und Burn-out-Prophylaxe
- Kollegialer Austausch in Formen der Intervision und Supervision
- Frauenschätzende Lebensformen und Vernetzungen

„Aus einem Erfahrungshintergrund, in dem Grenzen und Würde missachtet, missbraucht und gewalttätig überrannt worden sind, haben sowohl die Überlebenden von Gewalt als auch deren Therapeutinnen und Betreuerinnen zuallererst die Aufgabe, Grenzen zu beachten. Sie müssen die feinen Signale dafür hören oder in der Spiegelung und in Fragen zu dem, was sie wahrnehmen, ein Bewusstsein von Grenzen neu lernen und etablieren helfen.“ (Hilsenbeck 1997, S. 45)

Die sorgsame Reflexion der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse ist außerordentlich wichtig. Traumabedingte Übertragungsverzerrungen bergen das Risiko der sekundären Traumatisierung der Therapeutin. Reddemann (2001) empfiehlt, Übertragungsverzerrungen sofort zu benennen und abzubauen. Folgendes Modell hat sich dabei bewährt: Die Therapeutin und die erwachsenen Anteile der Patientin arbeiten zusammen. Ziel ist, dass die erwachsenen Anteile der Patientin lernen können, sich um die „verletzten jüngeren Ich-Anteile“ zu kümmern.

Literatur:

- Arbeitskreis Frauen und Psychiatrie: Handlungsleitende (-verpflichtende) Kriterien zur frauenspezifischen Qualitätssicherung in der psychiatrischen Versorgung. München: Frauentherapiezentrum.
- Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF), Fachgruppe PPP: Qualitätskriterien für frauengerechte Psychotherapie.
- AWMF online. Gemeinsame Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin, Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), des Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) und der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP): Leitlinien Posttraumatische Belastungsstörung.
- Egle U.T., Hoffmann S.O., Joraschky P. (2000) (2. Aufl.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Stuttgart: Schattauer.
- Flatten G., Hofmann A., Liebermann P., Wöller W., Siol T., Petzold E. (2001): Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext. Stuttgart: Schattauer.
- Herman J.L. (1994): Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. München: Kindler. Original: Trauma and Recovery. New York: Basic Books 1992.
- Hilsenbeck P. (1997): Traumatherapie mit Mut und Achtsamkeit. In: AKF, Dokumentation der 3. Jahrestagung: Wege aus Ohnmacht und Gewalt. Bünde, S. 45-74.
- Lücke S. (2001): Kunst- und Gestaltungstherapie im Prozess der Traumaheilung. In: Reddemann L.: Imagination als heilsame Kraft, Stuttgart: Pfeiffer, S. 125-158.
- Lücke S. (in press): Aspekte einer traumazentrierten Kunsttherapie. In Petersen P., Forschungsmethoden künstlerischer Therapien - Methodische Grundlagen, Projekte, Vorschläge; Stuttgart: Mayer.
- Reddemann L. (2001): Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann L., Sachsse U. (2000): Traumazentrierte imaginative Therapie.
- Egle U.T., Hoffmann S.O., Joraschky P. (2. Aufl.). Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Stuttgart: Schattauer.
- Reddemann L., Wöller W., Kruse J. (2001): Opfer traumatischer Gewalt. In: Wöller W., Kruse J.: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer, S. 295-307.
- Schüepp, R. (2001): Frauengerechte stationäre Traumatherapie. Clio – Die Zeitschrift für Frauengesundheit; 52, S. 13-14.
- Wirtz, U. (1995): Inzest als Trauma. In: Buchheim, P., Cierpka, M., Seifert, T. (Hrsg): Lindauer Texte, S. 130-142.