

Traumatische Angst – Ursachen und Folgen

Vortrag auf dem Symposium (30.09./01.10.2011)

SNE

Stiftung für Naturheilkunde und Erfahrungsmedizin

Postfach 363

CH-4501 Solothurn

www.stiftung-sne.ch

Prof. Dr. Gottfried Fischer

Deutsches Institut für Psychotraumatologie Köln

Zunächst einige Hinweise, wie Sie sich über den Vortrag hinaus selbständig weiter informieren können:

Weiterführende Informationen im Überblick:

Selbsthilfe bei akuter Traumatisierung. www.psychotraumatologie.de Hier finden Sie eine Anleitung für Selbsthilfemaßnahmen bei akuter Traumatisierung (Button Beratungsstelle, dann Selbsthilfe).

Psychotraumatologie in der Schweiz. www.psychotraumatologie-sipt.ch

Psychotherapie studieren. www.ipptw.de. An dieser Stelle finden Sie Informationen über den neuen Studiengang Psychologie und Psychotherapiewissenschaft Berlin – Köln – Zürich der Steinbeiss Hochschule Berlin

Neue Psychologie. www.aiptw.de. Leserinnen und Leser, die sich über wissenschaftliche und philosophische Hintergründe der neuen interdisziplinären Disziplin „Psychotraumatologie“ informieren möchten, finden im Kölner Projekt *Neue Psychologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychoanalyse* eine erkenntnistheoretische Einordnung der Psychotraumatologie

Forschung und Dokumentation. www.koedops.de. Die Software zum Kölner Dokumentationssystem für Psychotherapie und Traumabehandlung (KOEDOPS) ermöglicht die wissenschaftlich gesicherte Planung, Eigensupervision und Erfolgsvorschau bei Traumabehandlung und Psychotherapie.

Vortrag

In letzter Zeit werden vermehrt Manuale für störungsspezifische Psychotherapie angeboten, z.B. für Angststörungen, für Zwang, Depression oder noch spezifischer Phobien, generalisierte Panikstörung usw.. Wenn wir uns fragen, ob und wie weit ein solches Vorgehen sinnvoll ist, so sind hier aus klinischer Sicht und vor allem aus der psychoanalytischen Tradition heraus gewisse Vorbehalte am Platz. Störungsspezifische Manuale fußen auf nosologischen Einheiten, wie sie zum Beispiel in der ICD definiert sind. Sie leiten zur Behandlung eines Krankheitsbildes an, das durch eine Reihe von Symptomen definiert ist, die im allgemeinen auch eine syndromatische Konfiguration aufweisen. Im Unterschied zu dieser störungsspezifischen Betrachtungsweise verfolgt etwa die Psychoanalyse, in Übereinstimmung mit der dialektischen Denktradition, einen prozessualen und mehrdimensionalen Zugang zu Krankheitserscheinungen und Störungsbildern.

An eine psychotherapeutische Praxis, die sich primär auf ein Störungsbild konzentriert, lautet die entscheidende Frage: Erfasst die Störungsdefinition eine Wesenskategorie des Krankheitsgeschehens oder beschreibt sie nur einen Verbund von Symptomen, der auf der Oberfläche der Erscheinungen angesiedelt ist? Besteht zwischen den einzelnen Phänomenen eine „interne Relation“, die wesentliche Strukturmuster des Gegenstandes begrifflich zusammenfasst oder liegt eine lediglich externale Verbindung, ein Korrelationszusammenhang von, ihrem Wesen nach, heterogenen Phänomenen vor? Was haben Patienten, die an Ängsten, Depressionen oder Zwängen leiden gemeinsam außer eben Ängste, Zwänge oder Depressionen? Wenn „nosologisch homogene“ Gruppen sich genetisch, strukturell und funktionell als heterogen erweisen, dann sind darauf abgestimmte „störungsspezifische Manuale“, bildlich gesprochen, auf Treibsand gebaut: Funktion, Struktur und Genese der Symptomatik variieren von einer Person zur nächsten. Die zum Teil enthusiastisch begrüßten Manuale könnten sich unter dieser Voraussetzung als historischer Rückschritt erweisen.

Wissenschaftliche Erkenntnis beginnt dort, wo wir versuchen, über die Erscheinungen hinaus zu Wesenskategorien des Gegenstandes vorzudringen, um darauf unsere Praxis aufbauen zu können. Auf diesem Forschungsweg stellt sich die Frage nach der Ätiologie und Pathogenese eines Störungsbildes oder, wie bisweilen auch formuliert wird, nach seiner „Ätiopathogenese“. Obwohl ein etwas holpriger Begriff, spricht die Verbindung von Ätiologie („Ursachenlehre“) und Pathogenese (= Entstehungsgeschichte des Leidens) insgesamt eine wesentliche Dimension des Krankheitsgeschehens an, nämlich sein Gewordensein. Steht die Trennung von Genesis und Geltung im Zentrum positivistischer Ideologien, so läuft die Verabsolutierung der Nosologie im klinischen Feld auf einen Bruch mit der Lebensgeschichte unserer Patienten hinaus: Die Symptome müssen verschwinden, wenn nicht mit pharmakologischen Mitteln, dann eben mit einer gezielten „Dosis Psychotherapie“. Das nosologische Bild beschreibt dann nur noch „target symptoms“, deren wesentliche Bestimmung darin besteht, aufgelöst zu werden. So wird die klinische Praxis „befreit“ von dem verwickelten Zusammenhang, der nach der psychoanalytischen Metapsychologie zwischen dem genetischen, dem dynamischen und dem strukturellen Gesichtspunkt der Pathogenese besteht. Wer jedoch psychische Struktur und Dynamik organisch entwickeln will, bedarf der „Anamnese“. Er sollte in der Lage sein, die gegenwärtige Verfassung der Persönlichkeit aus einem lebensgeschichtlichen Entwicklungsprozess heraus zu begreifen. Der ätiopathogenetische Gesichtspunkt mag in einer Zeit postmoderner „patch-work-Identitäten“, die zunehmend stimulusgesteuert agieren oder reagieren, historisch vielleicht veraltet sein. Andererseits sollten Disziplinen, die „seelische Gesundheit“ als ihr Angebot vertreten, nicht unbedingt darin wetteifern, dieses

unter der Hand in ein Angebot zur Beschleunigung gesamtgesellschaftlicher Pathologien zu verwandeln.

Beziehen wir die ätiopathogenetische Dimension in unsere Diagnostik ein, so wird deutlich, dass hier noch erhebliche wissenschaftliche und klinische Arbeit zu leisten ist, um zu einer angemessenen Taxonomie zu gelangen. Die notwendige Entwicklungsarbeit wird in den Diagnosemanualen durch den Algorithmus der „Komorbiditäten“ gegenwärtig wohl eher verschleiert. Vier nosologische Einheiten werden in der ICD mit einem psychotraumatischen Entstehungshintergrund bzw. mit psychosozialen Stress in Verbindung gebracht: Die akute Belastungsreaktion (F 43), die posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1), die Anpassungsstörungen (F 43.2) und andauernde Persönlichkeitsänderungen nach Extrembelastung (F 62.0). Eine traumatische Ätiologie wird in ICD und DSM darüber hinaus bei folgenden Störungsbildern diskutiert: Den dissoziativen Störungen einschließlich dissoziativer und auch multipler Persönlichkeitsorganisation, bei einigen somatoformen Störungen, wie neuro-muskulären Verspannungen, bei Schlafstörungen und einigen sexuellen Funktionsstörungen im Anschluss an Vergewaltigung oder sexuellen Missbrauch in der Kindheit. Darüber hinaus lassen sich auch bestimmte Formen von chronifizierter Angst und Vermeidungsverhalten (Phobien) als Teilsymptomatik des basalen psychotraumatischen Belastungssyndroms (bPTBS) verstehen. Auch depressive Störungen bilden eine nahezu regelmäßige „komorbide“ Erscheinung beim psychotraumatischen Belastungssyndrom. Andererseits liegen bislang noch zu wenige Forschungsergebnisse vor, um realistisch abschätzen zu können, wie häufig depressive Störungen und die verschiedenen Angststörungen einen psychotraumatischen Entstehungshintergrund aufweisen.

Wenn „Komorbiditäten“ somit eher die Regel als die Ausnahme sind, sollten wir dann nicht unsere Suchrichtung ändern und uns um eine ätiopathogenetisch fundierte Nosologie bemühen? Die psychoanalytische Metapsychologie mit ihrer Annahme einer komplementären Ergänzung von Genese, Struktur und Dynamik kann hier als wegweisend betrachtet werden, ebenso Freuds Ausführungen zur „Ergänzungsreihe“ der ätiologischen Faktoren bei der Neurosenentstehung.

Ich werde im folgenden einige Forschungsergebnisse und Ideen vortragen, die möglicherweise geeignet sind, die Nosologie der diagnostischen Manuale mittelfristig mit der ätiopathogenetischen Dimension zu verbinden. Eine Taxonomie dieser Art dürfte eine vergleichsweise günstige Ausgangslage für die Therapieplanung bieten. Denn nur ein begrenzter „Varianzanteil“ des therapeutischen Vorgehens wird durch die nosologische Organisationsform einer Störung bestimmt. Eine zweite Dimension von Planung und Durchführung der Psychotherapie beruht auf einem zutreffenden Verständnis von Ätiologie und Pathogenese beim einzelnen Patienten.

Definition des Traumas

In der psychoanalytischen Tradition lässt sich Trauma als "Prototyp eines elastischen Begriffs" (Bohleber 2000, S. 829) verstehen, der manchmal vielleicht auch ein wenig zu elastisch (Sandler, Dreher & Drews, 1987; Dreher 1998) gehandhabt wurde. Dem steht die relativ enge Definition der diagnostischen Manuale DSM und ICD gegenüber, die in ihrer Begrifflichkeit allerdings einige erstaunliche Widersprüche enthält.

Haben Sie schon einmal von einem "posttraumatischen Schädel-Hirn-Trauma" gehört? Ähnlich widersprüchlich erscheint das Konzept des sog. PTSD (Posttraumatic Stress

Disorder). "Post", vorüber ist ja nicht das Trauma, die seelische Verletzung als solche, sondern das traumatische Ereignis. In behavioristischer Tradition wird das Ereignis mit dem Erlebnis verwechselt, ein Widerspruch, der beim Ausdruck "posttraumatisches Schädel-Hirn-Trauma" offensichtlich wird, bei einem psychologischen Konzept vielleicht deswegen weniger, weil die "Psyche" für viele Menschen nicht die gleiche Wirklichkeit besitzt wie der Körper. Zwischen Trauma und "Stress" bestehen schon in physiologischen Parametern gegenläufige Verhältnisse, so dass die Wortkombination "traumatischer Stress" ebenfalls problematisch erscheint. Terminologisch korrekt könnte von einem "psychotraumatischen Belastungssyndrom" (PTBS) gesprochen werden (vgl. Fischer & Riedesser 1998), das durch ein traumatisches Erlebnis entsteht und sich im „postexpositorischen“ Zeitraum zu einem Störungsbild verfestigen kann.

Ich setze die Definition des PTBS aus den diagnostischen Manualen im folgenden als bekannt voraus und werde näher auf die „experientielle Dimension“ des Traumas eingehen, auf das traumabedingte Erleben und Verhalten der Persönlichkeit.

Wann wirkt eine Erfahrung traumatisch? Die folgende Definition fasst die wichtigsten Merkmale des Traumas zusammen, die in der modernen Traumaforschung gegenwärtig diskutiert werden:

„Psychisches Trauma ist ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt (Fischer, Gurrus, Pross & Riedesser, 1996; Fischer & Riedesser 1998).

Im folgenden kommentiere ich die einzelnen Kriterien dieser Definition.

1. Ein *vitales Diskrepanzerlebnis* schränkt Trauma auf einen vitalen, im Extremfall lebensbedrohlichen Typ von Ereignissen oder Lebensumständen ein, wie etwa Geiselnahme, politische Verfolgung, Krieg, Missbrauch, Misshandlung oder lebensbedrohliche Erkrankungen. Dies entspricht dem A-Kriterium in der ICD.
2. Die traumatische Wirkung geht jedoch nicht allein aus dem Ereignis als solchem hervor, sondern aus einer *Diskrepanz* zwischen *bedrohlichem Ereignis* einerseits und *individuellen Bewältigungsmöglichkeiten* andererseits. Es handelt sich um eine *relationale oder ökologische Definition*, die das Ereignis in Relation zur persönlichen Erfahrung setzt. Traumatisch oder seelisch verletzend sind also weder das Ereignis noch das Erlebnis allein, sondern ist vielmehr die Beziehung zwischen objektiven und subjektiven Faktoren in ihrer quantitativen und qualitativen Ausprägung. Dieser Subjekt-Objekt-Dialektik wegen erfordert die Psychotraumatologie, neben der ökologischen Orientierung, auf der erkenntnistheoretischen Ebene, einen dialektischen Ansatz bei der Analyse psychischer Traumatisierung. Das Gegenbeispiel einer undialektischen Traumadefinition ist die Begriffsbildung in ICD und DSM. Hier wird, wie erwähnt, Trauma mit dem Ereignis gleichgesetzt. Dieser Terminologie liegt ein behavioristischer Kurzschluss zugrunde, der nach dem elementaren Reiz-Reaktions-Schema verfährt, unsere traumakompensatorischen Möglichkeiten unberücksichtigt lässt und, allgemein gesprochen, die menschlichen Möglichkeiten übergeht, Situationen nicht passiv hinzunehmen, sondern sie aktiv zu „definieren“ und zu gestalten. Zentrales Thema einer psychoanalytischen Psychotraumatologie ist damit die Dialektik von Subjektivität und Objektivität in der Extremsituation traumatischer Erfahrung. Methodisch müssen wir die objektiven

Gegebenheiten der traumatischen Situation in ihrer Bedeutung für das Individuum oder die soziale Gruppe untersuchen und darin zugleich die „Bedeutung“, welche das Individuum der (potentiell) traumatischen Situation „erteilt“ (v. Uexküll).

3. Wir wissen heute, dass nicht Angst oder „Stress“ eine traumatische Wirkung hervorrufen, sondern das Erlebnis von *Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe* an bedrohliche Umwelteinflüsse. Was tun wir, wenn wir nichts mehr tun können? Trauma ist in diesem Sinne *eine unterbrochene Handlung*, eine Kampf- oder Fluchtreaktion, die leerläuft und uns hilflos zurücklässt. Schon bei Tieren findet sich daneben ein drittes Reaktionsmuster, das Erstarren oder „freezing“, der sog. Totstellreflex, oft von einer Ausschüttung körpereigener Opiatstoffe begleitet, die wiederum dissoziative Erlebnismuster begünstigen. So berichten manche Folteropfer, dass sie den eigenen Körper verlassen haben und der Folter wie unbeteiligt zuschauen konnten (sog. „out-of-body-experience“). Manche Opfer von Unfällen berichten, dass in den Sekunden tödlicher Bedrohung ihr Leben wie ein Film an ihnen vorübergezogen sei. Entrealisierung - das Ereignis ist nur eine Phantasie, Traum, nicht die Wirklichkeit- stellt eine weit verbreitete psychotraumatische Abwehrform dar. So ist Trauma
4. das subjektiv unfassliche Geschehen, das unser *Welt- und Selbstverständnis dauerhaft erschüttern* kann. Die Erschütterung des *Selbstverständnisses* kommt oft darin zum Ausdruck, dass Traumaopfer sich selbst die Schuld geben für etwas, was ihnen widerfuhr. Parallel dazu verlieren sie das *Vertrauen* in die Verlässlichkeit der physischen und in die Gerechtigkeit der *sozialen Welt*, das Vertrauen in das „pragmatische bzw. das kommunikative Realitätsprinzip“ (v. Uexküll & Wesiack, 1988). So ist Traumaverarbeitung, besonders im Verhältnis zur sozialen Mitwelt, ein Prozess, der durch individuelle Psychotherapie eventuell unterstützt, aber nicht ausschließlich geleistet werden kann. Vielmehr müssen vor allem die von Menschen absichtsvoll hervorgerufenen Traumata wie z.B. verbrecherische Handlungen geahndet, mörderische Diktatoren zur Rechenschaft gezogen werden. Traumatisierende Kollektivhandlungen müssen auch kollektiv verantwortet werden.

Das Kriterium der *traumatischen Erschütterung unseres Selbst- und Weltverständnisses* (vgl. Janoff-Bulman 1992) ist ein Thema der modernen Traumaforschung, das vielleicht am deutlichsten über Freuds frühe Definition des Traumas als einer „Überflutung des Ich mit unphysiologischen Reizenergien“ hinausgeht. Vom *Energietrauma* zum *Informationstrauma*, so könnten wir diesen Schritt mit einem Schlagwort bezeichnen. Trauma überfordert das psychische System nicht nur in quantitativer, energetischer oder psychoökonomischer Hinsicht. Vielmehr konfrontiert uns die traumatische Situation mit unerträglicher Information in einer qualitativen Weise. Diese kognitive Wendung des Traumabegriffs wurde, gleichsam lautlos und von der psychoanalytischen *community* weitgehend unbemerkt, durch den nordamerikanischen Psychoanalytiker und Traumaforscher Mardi Horowitz (1976) eingeleitet. Trauma als „Informationstrauma“ sprengt die Kategorien oder Schemata unseres Selbst- und Weltverständnisses. „Traumatische Information“ ist in ihrem qualitativen Kern das, was wir nicht verstehen, was uns „einfach nicht in den Kopf hinein will“. Wie war es möglich, dass eine zivilisierte Nation ihr Schicksal einem grössenwahnsinnigen Psychopathen anvertraute, der an der Spitze einer mörderischen Megamaschine ethnisch und pseudomedizinisch definierte Minderheiten willkürlich zum Massenmord bestimmen konnte? Wie war es möglich, dass diese bürokratisch perfektionierte Mordmaschine kaum auf Widerstand traf?

Einen Diskurs zu eröffnen über das „Unfassliche“ erfordert demnach, neue Kategorien unseres Selbst- und Weltverständnisses zu finden oder genauer, zu erfinden, die geeignet sind, den traumatischen Kern der Information als solchen zu erfassen, ohne auf leere, abgenützte Sprachgewohnheiten zurückzugreifen oder in sie zurückzufallen. Wie schwierig gerade dieser Aspekt der Traumaverarbeitung ist, zeigt sich beispielhaft an dem mühevollen Weg zu einer auch emotional resonanten Sprache über den Holocaust, zur Entwicklung eines Diskurses, der immer von neuem gefährdet und vielen Missverständnissen unterworfen ist.

Wenn wir Trauma als unterbrochene (soziale) Handlung und damit zugleich als Informationstrauma verstehen, so eröffnen sich zwei Wege der Traumaforschung, die in eine überraschend unterschiedliche Richtung führen: in die sozialwissenschaftliche Sprach- und Kulturforschung einerseits und die moderne experimentelle Gehirnforschung andererseits. Wir verfügen heute über eindrucksvolle Belege, dass bei schweren Traumata oft die intrasomatische Teilstrecke der Informationsverarbeitung unterbrochen ist. So ist aus hirnpfysiologischen Studien mit bildgebenden Verfahren, wie der Positronen-Emissionstomographie (sog. PET-Studien), welche die Gehirnaktivität sichtbar machen, inzwischen bekannt, dass bei schweren Traumata die Zusammenarbeit zwischen den beiden Gehirnhemisphären atypisch verläuft. Insbesondere das zumeist in der linken Gehirnhemisphäre gelegene motorische Sprachzentrum blieb inaktiv bei Personen, die mit ihrem persönlichen Trauma experimentell konfrontiert wurden (Rauch et al. 1996). In diesem Ausfall bestimmter Hirnstrukturen scheint der Zustand von „speechless terror“, ein sprachloser Horrorzustand, von dem Traumaopfer immer wieder berichten, eine hirnpfysiologische Entsprechung zu haben. In panischer Angst und ohne die Fähigkeit zu sprachlichem Ausdruck werden traumatische Situationen oft in fragmentierten Sinneseindrücken erinnert, die das Opfer zunächst in keinen bewussten Zusammenhang mit dem traumatischen Ereignis zu bringen vermag (in sog. „flash backs“ oder Rückblenden vom Trauma geschehen). Dabei kommen visuelle Erinnerungsfragmente statistisch am häufigsten vor. In absteigender Häufigkeit folgen Körpersensationen, Geräusche und Gerüche. Trauma als Informationstrauma, als Sprachverlust, scheint demnach neurophysiologisch ebenso wirksam zu sein wie im sozio-kulturellen Raum. Auch die therapeutische Aufgabe stellt sich auf beiden Ebenen. Durch spezielle traumatherapeutische Techniken können Sicherheitsgefühl und Selbstvertrauen wiederhergestellt und kann die fragmentierte Erfahrung wieder zusammengefügt werden (für den psychoanalytischen Ansatz vgl. das Manual zur Mehrdimensionalen Psychodynamischen Traumatherapie, MPTT, Fischer 2000a). Werden für den namenlosen Schrecken endlich die richtigen Bilder, Worte und Begriffe gefunden, so stellt dieser therapeutische Schritt mit der individuellen Lösung oft zugleich eine Erweiterung unserer tradierten kulturellen Ausdrucksmöglichkeiten dar.

Annäherung an die Ätiologie - Ergänzungsreihe psychotraumatischer Risikofaktoren

Psychische Traumatisierung verläuft ebenso wenig nach einem Alles-oder-Nichts-Prinzip, wie körperliche Noxen auch. Wie der Körper entwickelt auch die Psyche kompensatorische Schutzmassnahmen, um eingedrungene noxische Reize unschädlich zu machen und möglichst wieder auszuschleiden. Dies ist sogar bei Extremtraumatisierung zu beobachten, dann allerdings unter ungünstigen, fast aussichtslosen Voraussetzungen. Die Analogie zwischen körperlichen und seelischen Verletzungen ist bis zu einem gewissen Grade erhellend, wenn auch bestimmte Unterschiede berücksichtigt werden müssen (vgl. Fischer & Riedesser, a.a.O., Abschnitt 1.2). Scheitert nach einem Akuttrauma der Übergang in die Erholungsphase, so kommt ein "traumatischer Prozess" zustande, dessen innere Struktur sich aus dem dynamischen Gegeneinander von "noxischen Faktoren" und traumakompensatorischen Abwehrmechanismen erklären lässt. Um diesem Prozesscharakter des Traumas Rechnung zu tragen, hat sich eine genaue Analyse der traumatischen Situationsfaktoren als hilfreich

erwiesen. Im *Kölner Opferhilfe Modellprojekt*, das auf einen Beschluss des nordrhein-westfälischen Landtags vom Herbst 1998 inzwischen auch landesweit umgesetzt wird, haben wir diese Risikofaktoren in einem Messinstrument zusammengefasst, dem *Kölner Risikoindex*. Die psychologische und mathematische Logik dieses für die Frühdiagnostik geeigneten Instruments ist für ein präzises Verständnis von der Ätiologie psychotraumatischer Belastungsstörungen von Interesse.

In einer retrospektiven Untersuchung an 107 Gewaltopfern (59 Männer, 48 Frauen) wurden über Kreuztabellen, sequentielle Korrelation und die qualitative Auswertung von Interviews schrittweise jene Faktoren ermittelt, die zu späterer langanhaltender psychotraumatischer Symptomatik in Beziehung stehen. Im einzelnen handelt es sich um folgende Faktoren (vgl. Fischer, Becker-Fischer & Düchting 1998, 43):

1. Antezedente Einflussgrößen, insbesondere Vorliegen und Anzahl von Mehrfachtraumatisierung
2. Objektive situative Einflussgrößen
Schwere der traumatischen Situation
Deliktart / Schwere des Delikts
Lebensbedrohlichkeit der Situation
die Dauer der traumatischen Situation
die Schwere der Verletzungen
Bekanntschaft zum Täter in dem Sinne, dass persönlich bekannte Täter grösseren psychischen Schaden anrichten
3. Subjektive situative Einflussgrößen
erhöhtes Ausmass an peritraumatischer Dissoziation
4. Zusätzliche Belastungen, Retraumatisierungen, vor allem während der Einwirkungsphase des Traumas
tendenziell traumatisierende Erfahrungen mit öffentlichen Funktionsträgern
verständnislose Reaktionen seitens der sozialen Umgebung
der zusätzliche Risikofaktor Arbeitslosigkeit
5. Protektive Faktoren (negative Korrelation)
Schulbildung bzw. Intelligenz
unterstützendes soziales Umfeld

In anderen Bereichen unserer klinischen Arbeit in Köln - Helfertrauma, humanitäre Einsätze, Banküberfälle, Arbeits- und Verkehrsunfälle - zeigte sich eine analoge Bedingungskonstellation. Auch in diesen Feldern hat sich der Risikoindex in der Frühdiagnostik der Trauma-Risikogruppe bewährt.

Wie wirken die einzelnen Faktoren nun zusammen? Es hat den Anschein, dass hier die Idee der "Ergänzungsreihe" weiterführt, die Freud seinerzeit allerdings für die Ätiologie neurotischer Störungen formuliert hat:

"Man kann sich für die Mehrzahl der Fälle eine sogenannte "Ergänzungsreihe" vorstellen, in welcher die fallenden Intensitäten des einen Faktors durch die steigenden des anderen ausgeglichen werden (konstitutionell vs. akzidentell, G.F.), hat aber keinen Grund, die Existenz extremer Fälle an den Enden der Reihe zu leugnen" (1905, 141/142).

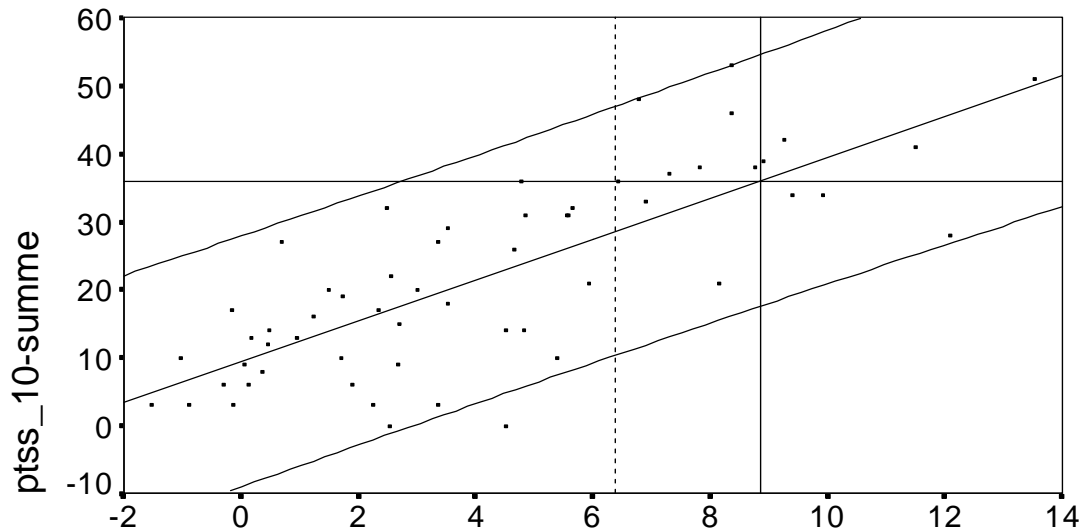
Von der Neurosenätiologie hin zum Trauma würden wir eine Verschiebung in Richtung der akzidentellen, der psychosozialen Einflussgrößen vermuten. Dabei befinden sich die einzelnen Teilkomponenten untereinander in einem Verhältnis der Substitution, wie die folgende Formel der Ergänzungsreihe verdeutlichen kann (Düchting 1997, 136):

$$\text{Ergänzungsreihe} = (f4 - 1) + ((b2.9 - 1)*2) + ((sumpdeq - 10) / 10) + ((polytrau - 1) / 3) + (meanrat2/6) + (traudau - 1) + (negerf/2) + c1.2 + a7b + (f3-1) + (b2.7 - 1) - (schulbil - 1).$$

Erklärung: Die erste Komponente steht für Deliktart/-schwere. Sie kann den Wert 1 annehmen, wenn eine schwere Körperverletzung oder eine Vergewaltigung vorliegen; bei leichter Körperverletzung beträgt sie 0 und fällt also nicht ins Gewicht. Es folgt ein Wert für Lebensbedrohlichkeit; der 0 oder 2 annehmen kann, je nachdem ob die Situation lebensbedrohlich war oder nicht. Den peritraumatischen Dissoziationen (sumpdeq) wird ein grosses Gewicht zugesprochen; diese Komponente kann einen Wert zwischen 0 und 4 annehmen (4 entspräche der extremsten Ausprägung aller 10 Items). Eine mehrfache Traumatisierung (polytrau) nimmt im Falle von 3 weiteren traumatischen Vorfällen den Wert 1 an. Die Schwere des Traumas (meanrat2, Mittelwert des Ratings) liegt mit ihren Werten zwischen 0 und 1. Die Dauer des Traumas (traudau) hat nur bei sehr langen traumatischen Situationen einen entscheidenden Einfluss. In diesem Fall nimmt diese Komponente den Wert 1 an, sonst 0. Negative Erfahrungen mit Funktionsträgern (negerf) bedeuten einen Wert von 0.5, wenn sie sehr belastend waren (mehrfach betont werden) einen Wert von 1. Hinzu kommen noch negative Umweltreaktionen (c1.2 „nicht so anstellen“), Arbeitslosigkeit (a7b), das Vorliegen sehr schwerer Verletzungen und Bekanntheit des Täters, die jeweils den Wert 1 annehmen, wenn der entsprechende Aspekt gegeben ist, sonst 0. Der Faktor Schulbildung (Schulbil) wird subtrahiert (ein höherer Wert bedeutet eine höhere Schulbildung), da diese sich vermindern auf das Ausmass von Symptomen auswirkt. Ein Abzug von einem Punkt bei mittlerem Schulabschluss und zwei Punkten bei Abitur oder adäquatem Abschluss sind möglich (a.a.O.).

Aufgrund der Ergänzungsreihe lässt sich nun ein individueller "Ergänzungswert" ermitteln. Dieser wurde an verschiedenen Kriteriumsvariablen sowie an einer zweiten, unabhängig erhobenen Stichprobe überprüft und weist hochsignifikante Korrelationen (Spearman) mit international gebräuchlichen Traumaskalen auf, so .78 mit der Posttraumatic Symptom Scale (PTSS-10), .66 mit der Giessener Beschwerdeliste. Die beiden Subskalen der Impact of Event-Skala in deutscher Übersetzung (Fischer 2000a, S. 24) decken die intrusiven und die Vermeidungssymptome ab und korrelieren jeweils mit .61 und .65 sowie mit .71 für das Kriterium Übererregbarkeit. Verändert man in der "Ergänzungsreihe" das Gewicht der einzelnen Komponenten, so führt dies nur zu geringfügigen Änderungen der Korrelationen mit den Beschwerdeskalen. In dieser Hinsicht ist die Formel also 'stabil', was für die klinische Anwendung vorteilhaft ist. Inhaltlich liegt die Folgerung nahe, dass ein pathogener Schwellenwert der traumatischen Situationsfaktoren durch sehr unterschiedliche Konstellationen zustande kommen kann, die untereinander austauschbar sind, sofern sie sich in ihrer Gesamtheit zum kritischen "Ergänzungswert" aufaddieren.

Die folgende Abbildung zeigt den Zusammenhang zwischen dem Wert der Ergänzungsreihe und Symptomen auf der Skala PTSS-10 (Fischer, Becker-Fischer & Düchting, 44):



Ergänzungsreihe peritraumatischer Faktoren

Erklärung: Mit steigendem Wert der Ergänzungsreihe steigen auch die Ptss-Summenwerte an. Eine lineare Beziehung zwischen der Ergänzungsreihe und den Symptomen ist zu erkennen. Die mittlere schräge Linie stellt die entsprechende Regressionsgerade dar; die beiden äusseren Linien sind die Grenzen eines 95%-Konfidenzintervalls für individuelle Werte. Fast alle Werte liegen innerhalb dieses Intervalls.

Bei einem Wert von 6.4 (gestrichelte Senkrechte in der Grafik), der hier empirisch ermittelt und festgelegt wurde, ist die Fehlerquote bei Vorhersagen sehr gering. Eine Diskriminanzanalyse ergab, dass bei diesem Grenzwert sich 83% Prozent der Fälle korrekt der Risikogruppe zuordnen lassen. Die Sensitivität der Skala erscheint damit vertretbar, muss in kritischen Fällen jedoch durch weitere diagnostische Massnahmen ergänzt werden. Setzt man den cut-off-Punkt des Kölner Risikoindex noch etwas niedriger an, bei 5, so steigt zwar die Zahl der falsch positiven Zuweisungen an, die Zahl der falsch negativen wird jedoch gesenkt. Nach diesem Kriterium ist die Zusammenarbeit mit der Polizei in NRW geregelt, die eine vereinfachte Variante des Kölner Risikoindex in ihrem Computerprogramm "Victim" führt. Zusammen mit der intuitiven Erfahrung der Beamten ergab sich eine falsch positive Zuweisung an unsere Kölner *Beratungsstelle für Kriminalitäts- und Unfallopfer* von nur 10%. Nur 10% der weiter verwiesenen Gewaltopfer gehörten also der Selbstheilerguppe an und benötigten keine Trauma-Akuttherapie.

Quantitativ überwiegen im Risikoindex die situativen Faktoren, so dass ihnen für die Ergänzungsreihe das Schwergewicht zukommen dürfte. Diese Vermutung wird durch das folgende Teilergebnis noch weiter gestützt: Einfluss auf den Ausprägungsgrad der Symptome besitzt nicht die Zeitdimension, sondern das Kriterium "Schweregrad der traumatischen Situation". Zwischen den Werten der PTSS-10 und der Variablen "Schwere der traumatischen Situation" ergibt sich über einen Zeitraum von 20 Jahren hinweg im "Zscore" eine nahezu perfekte Übereinstimmung. Je schwerer das traumatische Ereignis, desto schwerer sind die Symptome, unabhängig von der seit dem Vorfall vergangenen Zeit. Durch ungünstige peri- und postsituative Umweltbedingungen allein können demnach schwere und dauerhafte psychotraumatische Störungen ausgelöst werden. In diesem Sinne müssen wir das Ereigniskriterium (A) des PTBS als ätiologisch relevante Kategorie betrachten. Die von psychoanalytischen Kolleginnen und Kollegen bisweilen vorgebrachte Annahme, Akuttrauma entstehe nur auf dem Hintergrund prätraumatisch vorbestehender Konflikte oder sogenannter

„früher Störungen“ ist somit unzutreffend. Als problematisch erweist sich auch die Kategorie „Aktualkonflikt“ in der „Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik“ (Arbeitskreis OPD, 1996), die dort ausgerechnet die traumatische Ätiologie vertreten soll.

Wie ist der subjektive Pol beschaffen, die "konstitutionelle" Dimension der Ergänzungsreihe? Auch hier treten situative Faktoren auf. Bei der Komponente "Vortraumatisierung" liegt die situative Ätiologie bereits in der Vergangenheit. Wer eine traumatische Vorgeschichte hat, kann leichter erneut traumatisiert werden. Der psychische Apparat weist dann gleichsam schon eine "affektive Sollbruchstelle" auf.

Besonders interessant ist das Kriterium "peritraumatische Dissoziation", das in nahezu allen Prädiktionsstudien übereinstimmend ermittelt wurde. Wir wissen gegenwärtig noch nicht, ob es sich bei diesem "psychotraumatologischen Abwehrmechanismus" (Fischer & Riedesser 1999, Glossar) um eine Persönlichkeitsvariable handelt oder wieweit sie situativ bedingt ist. Von der Schwere der Situation ist sie in unserem Datenmaterial weitgehend unabhängig (Düchting, 1997). Allgemein müssen wir zwischen "normaler" und "pathologischer Dissoziation" unterscheiden, wie sie beispielsweise für dissoziative Persönlichkeitsstörungen charakteristisch ist (zur Diskussion vgl. Fischer, 2000a, Abschnitt 2.6.4). Peritraumatische Depersonalisierung ("ich glaubte, ein anderer sei betroffen"), Derealisierung ("ich war in einem Film"), Ausser-Körper-Erfahrungen ("ich schwebte über dem Geschehen") tritt aber keineswegs gehäuft bei einer dissoziativen Persönlichkeitsverfassung auf, sondern entspricht einem normalen Selbstschutzmechanismus.

Warum ist dieser psychotraumatische Abwehrmechanismus zugleich ein Risikofaktor für Langzeitstörungen? Es könnte sich dabei um ein sog. "*Diskrepanzphänomen*" handeln. Wie oben bereits ausgeführt, definieren Fischer & Riedesser Trauma als "ein vitales *Diskrepanzerlebnis* zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einher geht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt" (1999, 351). Das Diskrepanzphänomen tritt hier zwischen der Situation und den Kategorien oder Schemata des Selbst- und Weltverständnisses auf. In diesem psychotraumatischen Abwehrvorgang "entscheidet" sich das Ich unbewusst für seine gewohnten Schemata und gegen die Realität des Vorfalls: "Es ist ja nur ein Film oder ein böser Traum". So hilfreich dieser Selbstschutzmechanismus innerhalb der traumatischen Situation ist, scheint er doch postsituativ nur schwer reversibel zu sein. Wenn wir dieses spannende Phänomen näher untersuchen, könnte sich vielleicht herausstellen, dass Personen besonders gefährdet sind, die behütet aufwachsen und kaum über Verständniskategorien für katastrophische Vorgänge verfügen (im Gegensatz zu einer, wie man vielleicht sagen könnte) "optimalen Traumavorimpfung".

Prognostische Prüfung des Kölner Risikoindex in einer Studie zur Traumatherapie

Wieweit erlaubt die Kenntnis der situativ-ätiologischen Bedingungen eine Prognose des traumatischen Prozessverlaufs? Diese Frage konnte in unserer Studie "Traumatherapie für Gewaltopfer (TTG)" einer Antwort nähergebracht werden. Allgemein wollten wir klären, ob und wieweit es möglich ist, die Risikogruppe unter den Gewaltopfern mit einem Behandlungsangebot von nicht mehr als 10 Sitzungen dauerhaft aus dem Symptombereich herauszuführen. Eingangsbedingung der Studie waren ein traumatisches Ereignis aus dem kriminellen Bereich (Gewaltverbrechen, Geiselnahme, Banküberfall, Vergewaltigung), das nicht länger als 4 Monate zurückliegt und ein kritischer Wert im Risikoindex. Danach erfolgte

eine Zufallszuweisung auf zwei Behandlungsgruppen und eine Kontrollgruppe. Ausgeschlossen wurden Personen mit komplexer, chronifizierter Vortraumatisierung und/oder psychiatrischen Erkrankungen in ihrer Lebensgeschichte. Den beiden Behandlungsgruppen wurden zwei manualisierte Varianten der Traumatherapie angeboten: EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing, Shapiro 1995, dt. 1998), ein relativ neues Verfahren, das mit rhythmischen Augenbewegungen arbeitet, verbunden mit der Aufforderung an den Patienten, sich in seiner Vorstellung schrittweise an das traumatische Ereignis anzunähern, sowie ein psychodynamisches Verfahren, die MPTT (Mehrdimensionale psychodynamische Traumatherapie, veröffentlicht im Jahre 2000, Fischer, 2000b) in ihrer Variante "Trauma-Akuttherapie". Die MPTT greift die bis dahin vorliegenden psychodynamischen Ansätze zu einer differentiellen Traumatherapie auf, fügt neue Ideen und Techniken hinzu, wie sie im KOM-Projekt entwickelt wurden und integriert diese auf der Grundlage von 12 Prinzipien, Techniken und "Basisinterventionslinien" der Behandlungsführung. Neben der hier getesteten Variante "Akuttherapie" (bis zu 4 Monate nach dem Ereignis, durchschnittlich etwa 10 bis 20 Sitzungen) weist das MPTT-Manual Varianten für chronifizierte und komplexe Traumatisierung aus (ab 30 Sitzungen bis hin zu einer Langzeitbehandlung bei traumatischen Prozessen seit der Kindheit). Am Ende des ersten Untersuchungsabschnitts lagen 22 Datensätze vor, die Aussagen über den Ausgang des Gruppenexperimentes erlaubten. Insgesamt haben 4 Gewaltopfer die Studie abgebrochen - zwei Fälle in der Kontrollgruppe (N=8) und je ein Fall in der MPTT (N=7) und EMDR-Gruppe (N=7). Die Auswertung erfolgte gruppenstatistisch und auf Fallebene.

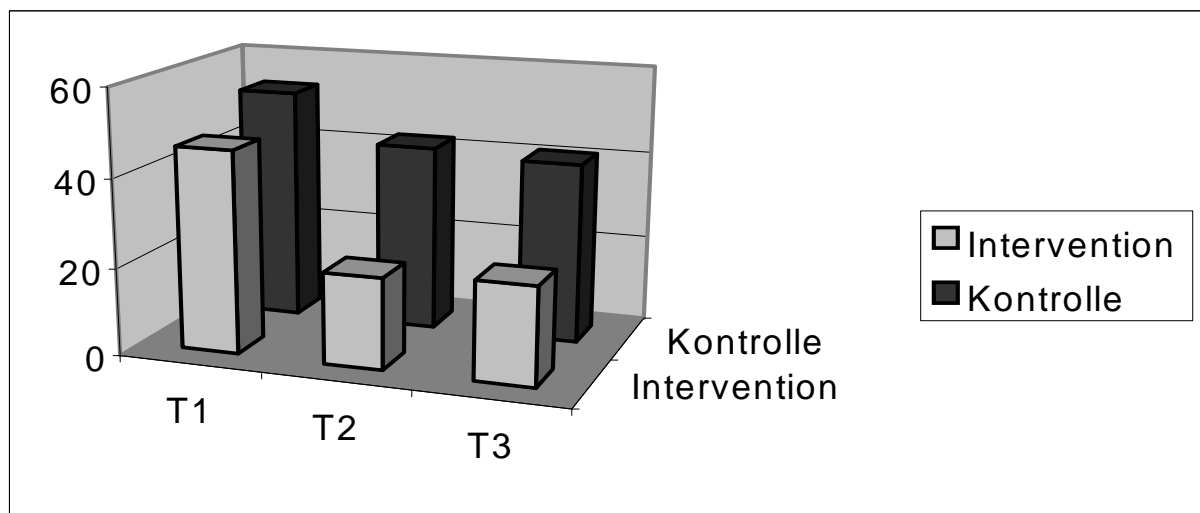


Abbildung #, Werte der IES in den Subskalen Vermeidung und Intrusion im Vergleich von Interventionsgruppen und Kontrollen (N=22).

Bei den Interventionsbedingungen handelt es sich um EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing nach F. Shapiro), ein relativ neues Verfahren, das rhythmische Augenbewegungen einsetzt, verbunden mit der Aufforderung an die Patientin, sich schrittweise an die traumatische Erinnerung anzunähern; ferner um ein psychodynamisches Verfahren, die MPTT (Mehrdimensionale psychodynamische Traumatherapie, Fischer, 2000c, im folgenden **MPTT**) in ihrer Variante "Trauma-Akuttherapie". Die MPTT greift die bis dahin vorliegenden psychodynamischen Ansätze zu einer differentiellen Traumatherapie auf, fügt neue Ideen und Techniken hinzu und integriert die Therapie auf der Grundlage von 12 Prinzipien, Techniken und "Basisinterventionslinien" der Behandlungsführung. Neben der hier getesteten Variante "Trauma-Akuttherapie" (bis zu 4 Monate nach dem Ereignis, durchschnittlich etwa 10 bis 20 Sitzungen) enthält das MPTT-Manual Varianten der Therapieführung für chronifizierte und komplexe Traumatisierung (ab 30 Sitzungen bis hin

zur Langzeitbehandlung bei chronifizierten Prozessverläufen seit der Kindheit). Am Ende des ersten Untersuchungsabschnitts lagen 22 Datensätze vor, die Aussagen über den Ausgang des Gruppenexperimentes erlaubten. Insgesamt haben 4 Gewaltopfer die Studie abgebrochen - zwei Fälle in der Kontrollgruppe (N=8) und je ein Fall in der MPTT (N=7) und EMDR-Gruppe (N=7). Die Auswertung erfolgte gruppenstatistisch und auf Fallebene.

Am Ende der Behandlung (T2) hat sich der Gesamtwert von Vermeidung und Intrusion in der Behandlungsgruppe nahezu halbiert (statistisch hochsignifikant), während er in der Kontrollgruppe unbedeutend von der Ausgangslage abweicht. Diese massive Symptomreduktion bleibt zum Zeitpunkt T3, in der Halbjahreskatamnese annähernd konstant. Auch die übrigen erhobenen Messwerte (PTSS-10, Beck-Depressionsinventar) lassen den gleichen Verlauf erkennen. Das Ausmaß der Symptomreduktion ist klinisch relevant und liegt in allen Skalen sozusagen "im grünen Bereich", unterhalb der für Trauma kritischen Werte.

Der folgenden Tabelle kann der relative Anteil entnommen werden, den die Interventionsbedingung (EMDR bzw. MPTT) auf die Varianz der outcome-Variablen hat.

		T 2		T 3
Abhängige Variable	Eta – Quadrat	% erklärte Varianz	Eta – Quadrat	% erklärte Varianz
IES	.479	47,9 %	.567	56,7 %
Übererregung	.497	49,7 %	.483	48,3 %
Depression	.457	45,7 %	.492	49,2 %
PTSS-10	.463	56,3 %	.553	55,3 %

Tabelle 1: Erklärte Varianz der Outcome-Variablen durch den Faktor Trauma-Akuttherapie (vgl. KÖDOPS)

Durchschnittlich lässt sich zu beiden Messzeitpunkten ein Varianzanteil von 50% auf die Intervention zurückführen. So kann von einem deutlichen Wirkungszusammenhang zwischen Therapieangebot und klinischer Besserung bei der Trauma-Risikogruppe ausgegangen werden. Unterschiede zwischen MPTT und EMDR waren statistisch nicht bedeutsam. Als Trend zeichnete sich in der Einzelfallanalyse eine Stärke der MPTT bei der Reduktion von Vermeidungsverhalten ab. Diese lässt sich mutmaßlich auf die Komponente "Rekonstruktion und Durcharbeiten der traumatischen Situation" zurückführen. Eine Stärke von EMDR konnte in der raschen Reduktion von Intrusionen beobachtet werden. Das MPTT-Manual enthält Regeln und therapeutische Prinzipien, nach denen sich ein EMDR-Modul in den psychodynamischen Ansatz integrieren lässt (a.a.O.), ohne von Prinzipien einer psychodynamisch reflektierten Beziehungsgestaltung und Therapieplanung abzuweichen. Beide Therapieformen weisen in der vorliegenden Studie eine bemerkenswert geringe Abbruchquote auf im Vergleich etwa mit Studien zur verhaltenstherapeutischen Konfrontationstherapie. Im Diskussionszusammenhang dieses Beitrags ist hervorzuheben, dass es sich bei der MPTT nicht um störungs-, sondern ein ätiologiespezifisches Psychotherapiemanual handelt.

Der Umstand, dass die Mitglieder der Kontrollgruppe konstant hohe Werte behalten, spricht für die prognostische Validität des *Kölner Risikoindex*, der als Eingangskriterium für die Studie verwendet wurde. Tatsächlich erlaubt der "Ergänzungswert" ein Screening der Hochrisikogruppe für Langzeittrauma. Dies ist von hoher praktischer Relevanz, da in den ersten zwei bis drei Monaten nach einem schwer belastenden Ereignis nahezu alle Betroffenen PTBS-Symptome haben, während durchschnittlich nur etwa ein Drittel

Langzeitfolgen entwickelt. Die prognostische Validierung des Risikoindex bleibt in dieser Studie allerdings aus ethischen Gründen beschränkt. Nach 2 Monaten wurde der Kontrollgruppe, die zunächst als Wartelisten-Kontrolle geführt wurde, ein Therapieangebot gemacht, worin sie mit einer Kombination von MPTT und EMDR behandelt wurde. Etwa ein Drittel machte von diesem Angebot Gebrauch. Ab T2 befinden sich in der Kontrollbedingung also nur noch Personen, die vom Therapieangebot, zumindest zu diesem Zeitpunkt, noch keinen Gebrauch machen wollten.

Differentielle Therapieplanung nach der Ätiologie psychischer Störungen.

Trauma ist heute vielleicht schon zu einem Modewort geworden nach dem Motto "alles ist Trauma" und fast jeder hat ein solches, ähnlich wie jeder unter "Stress" leidet oder früher unter einer "Neurose". Das ist in einem wissenschaftlichen Verständnis natürlich - erfreulicherweise - nicht der Fall. Auch kann bei weitem nicht jede Störung auf ein "Trauma" zurückgeführt werden, wie manchmal behauptet wird. Von daher stellt sich die Frage, welche weiteren Faktoren ätiologisch in Betracht kommen. Hierzu möchte ich einen Vorschlag machen, der eine Grundlage für weitere Diskussion und Forschung sein könnte. In der folgenden Graphik sind vier mögliche ätiologische Einflussphären abgebildet, psychisches Trauma, biopsychologische Ursachen und pathogene Varianten gesellschaftlicher Sozialisationsmuster, insbesondere Über- vs. Untersozialisation. Diese Faktoren können sich beim einzelnen Patienten überschneiden.

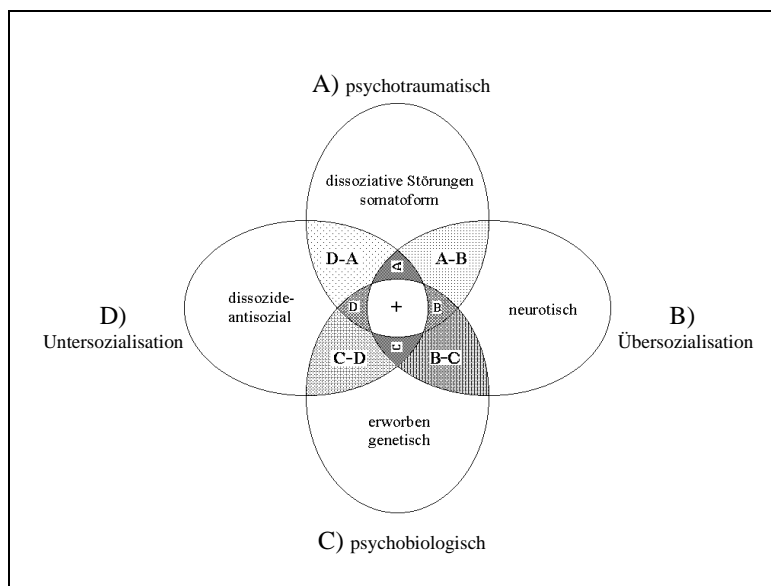


Abbildung 1: Klassifikation psychischer Störungen nach ätiologischen Einflüssen (nach Fischer 2000a, 168)

Die ätiologischen Einflussgrößen sind durch vier konzentrische Ellipsen veranschaulicht, die eine bilaterale Schnittmenge aufweisen und eine Gesamtschnittmenge in ihrem Mittelbereich. Auf Ätiologie A) wurde schon eingegangen, so dass wir uns auf die übrigen Konstellationen konzentrieren können. Aus ihnen leitet sich dann die differentielle Therapiestrategie ab.

Übersozialisation. Dieser Einflussfaktor entspricht einem übermäßig strengen, rigiden und einengenden Erziehungsstil. Die Vitalität der Persönlichkeit wird unterdrückt. Triebimpulse und Phantasiemuster werden durch die rigide Prägeform gewissermaßen „ausgestanzt“. Das Ich-Selbst-System ist zwar gut organisiert. Die Persönlichkeit leidet jedoch unter Verdrängung zentraler vitaler Impulse und Triebwünsche. Ein ecclesiogener Einfluss kommt

oft hinzu. Das "idealtypische Ergebnis" ist eine neurotische Störung, die als therapeutische Antwort im allgemeinen die Analyse von Abwehr, Widerstand und Übertragung erfordert. Oft haben sich ausgedehnte unbewusste Phantasiefiguren gebildet, die dadurch "widerlegt" und integriert werden, dass der Analytiker sich abstinente verhält und der freien Assoziation Raum gibt. Dagegen fällt beim idealtypischen Traumapatienten die Wirklichkeit meist schlimmer aus als die Phantasie, wie sich z.B. den Phänomenen der peritraumatischen Dissoziation entnehmen lässt, so dass "Neutralität" kontraindiziert ist und "parteiliche Abstinenz" als therapeutische Haltung erforderlich wird (Fischer & Riedesser, 1999; Fischer 2000b). Die „Schnittmenge“ (A-B) zwischen Trauma und Übersozialisation ist durch rigide Erziehungsnormen gekennzeichnet, die mit brutalen Sanktionen durchgesetzt werden.

Biologische Faktoren. Erbgenetische Dispositionen verbinden sich mit den übrigen ätiologischen Einflüssen nicht nur quantitativ, sondern in verschiedenen qualitativen Konstellationen, die noch genauer zu untersuchen sind. Neben den genetisch angeborenen Dispositionen rücken erworbene, jedoch physiologisch verankerte Dispositionen neuerdings ins Blickfeld. Dazu gehören einmal die verschiedenen zentralnervösen, neuromuskulären und neurovegetativen Folgen des Traumas, zum anderen eine früh in der Kindheit erworbene Veränderung hormoneller und neurohormoneller Regulationssysteme, zum Beispiel eine Dysregulation des Serotoninhaushalts als Folge frühkindlicher Deprivation, die eine Dauerdisposition zu depressiven Erkrankungen im Erwachsenenalter darstellt. Eine aktuelle Übersicht zu psychobiologischen Faktoren bei Trauma-Langzeitfolgen findet sich bei Galley, Fischer & Hofmann (2000). Therapeutisch kommt bei den angeborenen ebenso wie bei den erworbenen psychobiologischen Faktoren Pharmakotherapie ergänzend in Betracht.

Untersozialisation. Prototyp sind sog. „verwöhnte“ Kinder, die eine „laissez-faire“-Erziehung und zu geringe oder auch einseitige normative Ausrichtung erfahren haben. So entsteht ein Mangel an Empathie, Normenverständnis und Verständnis für die fundamentale Wechselseitigkeit sozialer Beziehungen, die den Kern des „kommunikativen Realitätsprinzips“ (v. Uexküll & Wesiack 1988) bildet. Kommen weitere negative Bedingungen hinzu, so kann dieses Sozialisationsmuster in eine dissoziale oder antisoziale Karriere einmünden. Hier sind eher pädagogische, insbesondere ich-pädagogische (Balint) Maßnahmen angezeigt, ebenso Training sozialer Kompetenzen oder Empathietraining im Sinne der Verhaltenstherapie. Beim Einsatz von Verhaltenstrainings und übenden Verfahren wird die ätiologiespezifische Indikation therapeutischer Strategien vielleicht besonders deutlich. Während der "übersozialisierte" Typ dazu neigt, sie zur Perfektionierung eines "falschen Selbst" zu verwenden, besteht bei Untersozialisation ein realer Nachholbedarf an sozialem Lernen. Die bisher vorliegenden Ergebnisse der Misserfolgsvorschung in Psychotherapie und Psychoanalyse legen nahe, dass Misserfolge vor allem dann auftreten, wenn eine ätiologiespezifische Therapiestrategie auf einen ätiologisch heterogenen Bereich übertragen wird (Fischer 2000a, 251 ff.), so etwa die Prinzipien der klassischen Neurosen-therapie auf Traumapatienten. Bei peritraumatischer Dissoziation werden nicht eine unbewusste Phantasie oder ein Triebwunsch abgespalten, sondern die Realität der traumatischen Situation. Daher stehen die klassischen Instrumente der Psychoanalyse hier im Dienst einer Rekonstruktion und Integration der traumatischen Erfahrung bzw. der traumatischen Situation sowohl in ihrer objektiven Konstellation als auch subjektiven Erlebniskonfiguration.

**Von der Ätiopathogenese zum traumatischen Prozess –
zur Psychodynamik des Traumas**

Wenn wir Trauma als ein unterbrochenes „Wahrnehmungs-/Handlungsmuster“ (ein sensorisches „Schema“ im Sinne von Jean Piaget) verstehen, dann bildet die Persönlichkeit eine spontane kompensatorische Gegensteuerung gegen die im (impliziten) Gedächtnis gespeicherte Erfahrung von Hilflosigkeit aus. Dieses „traumakompensatorische System“ setzt die reflektorische Abwehr fort (wie z.B. die peritraumatische Dissoziation) und arbeitet sie aus zu einem persönlichkeitsstypischen, traumakompensatorischen „Schema“. Dies ist einmal durch den Kontroll- und Abwehrstil der Persönlichkeit charakterisiert, zum anderen durch eine „naiv-psychologische“ ätiologische, präventive und therapeutische Teilkomponente. Letztere „schematisieren“ die oft höchst individuelle Antwort auf drei Fragen, die sich die Betroffenen stellen: Wie konnte es zu der Katastrophe kommen? (ätiologisch); Wie kann ich eine Wiederholung in Zukunft verhindern? (präventiv); Was muss geschehen, um das Trauma zu heilen? (reparative, „naiv-therapeutische“ Theorie). Traumabedingte Symptome lassen sich im Sinne des dynamischen Aspekts der psychoanalytischen Metapsychologie als „Kompromissbildung“ zwischen unterbrochenem Handlungsimpuls (Traumaschema) und kompensatorischem System (dem traumakompensatorischen Schema mit seinen drei Teilkomponenten) verstehen. Die folgende Abbildung verdeutlicht dies am Beispiel einer Bankangestellten nach einem Überfall.

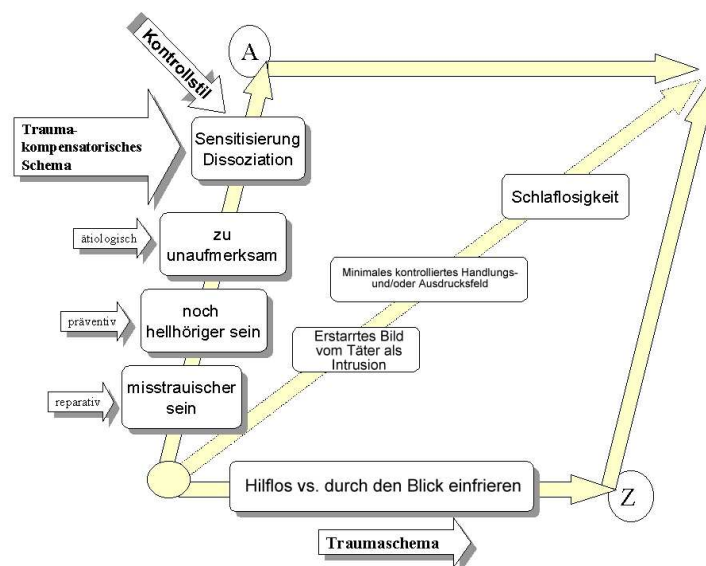


Abbildung # Psychodynamik des Traumas am Beispiel von Frau L. Erklärung im Text (Graphik nach Fischer 2000a, S. 86 der Dokumentations- und Planungsformate).

Frau L., eine 40jährige Bankangestellte, hatte innerhalb kurzer Zeit den zweiten Banküberfall erlebt. Beim zweitenmal hatte sie jedoch morgens früh, als sie als erste den Arbeitsplatz betreten wollte, an kaum merklichen Hinweisen den Einbruch entdeckt und hatte die Kollegen gewarnt. Der Einbrecher war allerdings schon verschwunden. Beim ersten Überfall hatte der maskierte Täter sie mit einer Pistole bedroht und in einen Nebenraum gesperrt, in dem sie mehr als eine Stunde verbringen musste, in Ungewissheit über den Ausgang. Der Täter hatte gedroht, sie zu erschießen, wenn man seinen Forderungen nicht nachkäme. Von diesem ersten Vorfall hatte sie Intrusionen und Schlafstörungen zurückbehalten, die sich nach dem wiederholten Einbruch noch weiter verstärkten. Jetzt wandte sie sich an eine auf Akuttrauma spezialisierte Ambulanz. Sie konnte tags keine Ruhe mehr finden und abends, vor dem Einschlafen, hatte sie das Bild des maskierten Täters vor Augen, das sie regungslos und wie erstarrt ansah. Diese Intrusion war mit starken Ängsten verbunden, die sie hinderten einzuschlafen. Auch schreckte sie nachts auf, auch dann mit dem maskenhaft erstarrten Bild des Täters vor Augen.

Der Kontrollstil der Patientin ist im obigen Diagramm mit „Sensitisierung, Dissoziation“ angegeben, ihre „präventiven“ Bemühungen zielten darauf ab, in Zukunft noch hellhöriger und wachsamer zu sein. Wenn es ihr gelänge, ihre angeblich zu grosse Vertrauensseligkeit abzubauen und durch ein misstrauischeres Menschenbild zu ersetzen, könnte sie sich eine dauerhafte Besserung vorstellen („reparative“ bzw. therapeutische Komponente des traumakompensatorischen Schemas, im folgenden TKS). Gleichzeitig warf sie sich vor, beim ersten Überfall „versagt“ zu haben. Sie hätte sich wehren und mehr riskieren müssen zur Unterstützung der Kassiererin, die noch stärker gefährdet war als sie selbst („ätiologische“ Komponente des TKS).

Für die Signierung des Traumaschemas (im folgenden TS) sieht die Instruktion einen zweigliedrigen sprachlichen Ausdruck vor, um die traumatisch „unterbrochene Handlung“ zu kennzeichnen (vgl. Fischer 2000a, 153 ff.). Hier wurde die Formulierung „Hilflos gefangen vs. mit Blicken Einfrieren oder bannen“ gewählt. In der „peritraumatischen Dissoziation“ war die Patientin selbst wie gelähmt gewesen. In dem sich aufdrängenden Erinnerungsbild hatte sie dieses Kontrollmittel gegen den Aggressor gewendet und den Täter „gefroren“. In dieser erstarrten Maske erschien er ihr nun. Nach dem dynamischen Aspekt der psychoanalytischen Metapsychologie lässt sich das Symptom als „Kompromissbildung“ zwischen entgegengesetzten Kraftfeldern verstehen. Dies trifft auch für die Symptombildung beim Trauma zu. Allerdings handelt es sich nicht um die Kräfte Triebwunsch versus Abwehr, sondern um das „Traumaschema“, das als unterbrochene Handlung im Gedächtnis gespeichert ist und zugleich, wie jedes sensomotorische Schema (im Sinne von Piaget) auf „Reproduktion“ drängt einerseits und dem traumakompensatorischen System andererseits, das die Reproduktion „gegensteuert“, um eine neuerlichen Überflutung oder gar Retraumatisierung der Persönlichkeit zu vermeiden. Wie bei der Wunsch-Abwehr-Dynamik, bilden TS und TKS ein labiles, störbares Gleichgewicht, das hier nach Art eines „Kräfteparallelogramms“ aus der physikalischen Mechanik bzw. als vektorielles System veranschaulicht ist, das sich auch für die Abbildung von Kraftfeldern in neuronalen Netzwerken eignet. Bei einer Reproduktion des wird die traumatische Situation erneut durchlebt, nicht im gewöhnlichen Sinn „erinnert“, da die für die Zuordnung zur Vergangenheit erforderliche Hirnstruktur (vor allem die Hippocampusregion) bei Trauma unteraktiviert ist. Deshalb handelt es sich bei der kompensatorischen Gegensteuerung zum Traumaschema um einen Selbstschutzmechanismus im Dienste des psychischen wie physischen „Überlebens“ nach dem Trauma. Er lässt sich nicht nur bei den Traumadiagnosen der ICD nachweisen, sondern auch bei Langzeitverläufen mit einer überwiegend psychosomatischen Symptombildung (Nathan & Fischer, 2001).

Traumasympptome weisen nun eine innere Struktur auf, die sich „kompromißhaft“ aus beiden Kraftfeldern, aus TS und TKS, zusammensetzt. Nur soweit diese Voraussetzung erfüllt ist, stabilisieren sie das bedrohte, labile Gleichgewicht der Persönlichkeit und entsprechen dem „minimalen kontrollierten Ausdruck- bzw. Handlungsfeld“, also jenem Gebiet, auf dem die Persönlichkeit ein Minimum an Handlungskontrolle zurückgewinnt. Im Symptom wird das Traumaschema „gebunden“ und gezielt kontrolliert.

Bei den Symptomen von Frau L. ist diese „minimale Kontrollbedingung“ erfüllt. Im intrusiven Bild des Täters kommt einerseits natürlich das TS zum Ausdruck, andererseits aber auch das dissoziative Abwehrmuster (den Täter mit Blicken „einfrieren“ bzw. auf magische Weise „bannen“). Auch in den Schlafproblemen sind beide „Vektoren“ repräsentiert: der Erregungsaspekt aus dem TS sowie der „präventive“ Anteil des TKS („noch hellhöriger werden“).

Umriss einer ätiologisch fundierten psychodynamischen Traumatherapie

Wenn wir Genese und Dynamik integrieren, gelangen wir zu einer Therapiekonzeption, die nicht mehr allein auf der nosologischen Diagnose fußen muss, sondern die Entstehungsgeschichte des Störungsbildes als eine wesentliche Dimension einbezieht. Für die psychodynamische Traumatherapie ist nun ein „ichstärkender“ Umgang mit der Abwehr charakteristisch. Das TKS wird positiv konnotiert, gestärkt, um seine schrittweise Differenzierung zu ermöglichen. Bei Frau L. wurde die präventive Komponente fokussiert. Es sei eine ungewöhnliche Leistung von ihr, so wachsam und hellhörig zu sein. Durch diese gezielte Aufmerksamkeit habe Sie beim zweiten Vorfall sich und ihre Kollegen schützen können. Manchmal allerdings versage ihr Sicherheitssystem, und dann kehren doch Ängste und beunruhigende Erinnerungsbilder wieder. „Was können wir tun, damit Sie Ihr Ziel, sich durch Aufmerksamkeit und Wachheit zu schützen, noch effektiver erreichen?“

Hier schlug der Therapeut der Patientin ein „Wachsamkeitstraining“ vor (vgl. Fischer 2000c, S. 80). Sie solle ein Tagebuch führen und alles aufzeichnen, was ihr zwischen den Sitzungen „verdächtig“ vorkäme. In der folgenden Sitzung werden diese Beobachtungen dann gemeinsam durchgesprochen. Jetzt bewies die Patientin zwar ihre sensitive Beobachtungsgabe, aber zunehmend auch die Fähigkeit zur Differenzierung zwischen wirklich und nur vermeintlich bedrohlichen Eindrücken. Der Täter war noch nicht gefasst, und trotz der subjektiv fortbestehenden Bedrohung konnte sich Frau L. allmählich beruhigen, während sie das Angebot einer Entspannungsübung (nach Jacobson) zurückgewiesen hatte. Von Empfehlungen, sich zu beruhigen, auch wenn sie nur angedeutet wurden, hatte sie sich eher bedroht gefühlt, da entsprechende Interventionen ihre traumapräventive Abwehr in Frage stellen.

„Ichstützendes“ Vorgehen bei akuter, aber auch bei chronifizierter Traumatisierung besteht darin, Kontrollmechanismen und Traumakompensation gezielt zu stärken und dadurch zu differenzieren. Verzerrungen der ätiologischen Komponente des TKS (oft irrationale Selbstbeschuldigungen) werden durch Deutung schrittweise abgebaut. Mit diesen Mitteln unterstützt die psychodynamische Traumatherapie die natürliche Selbstheilungstendenz der Betroffenen, statt ihnen neue Copingmechanismen anzutrainieren. Distanzierungs- und Dosierungstechniken werden nach ihrer ich-stärkenden Funktion ausgewählt und in die verbale Interventionslinie eingefügt. Dieses Vorgehen reduziert den Widerstand gegen das therapeutische Angebot beträchtlich, da die Patienten sich in ihrer eigenen Bemühung um Kompensation und seelisches Gleichgewicht unterstützt sehen. Gelingt es, das traumakompensatorische Repertoire zu stabilisieren und zu differenzieren, so wenden sich die Patienten meist spontan der Traumabearbeitung zu, um ihre traumatische Erfahrung schrittweise zu integrieren.

In den Therapiephasen von Stabilisierung, Traumabearbeitung und Integration kommt dem **Umgang mit der Übertragung** jeweils ein besonderer Stellenwert zu.

Aufbau des Arbeitsbündnisses. Während der Anfangsphase einer psychodynamischen Traumatherapie haben Übertragungsphänomene meist die Funktion eines "Beziehungstests". Die Patienten manövrieren den Therapeuten unbewusst in ein traumarelevantes Beziehungsmuster, zum Beispiel in die Täter- oder Opferrolle hinein und beobachten gespannt, wie er sich in seinem Dilemma verhält. "Besteht" er die Beziehungstests, so bildet sich ein Arbeitsbündnis heraus, das in einen deutlichen und stabilen Kontrast zur

traumatischen Vorerfahrung tritt. Ein stabiles Arbeitsbündnis ist erforderlich, um eine vorzeitige Reproduktion des Traumaschemas in der psychotherapeutischen Behandlung zu verhindern. Die direkte Wiederholung in der Übertragung kommt einer Retraumatisierung des Patienten gleich, da ihr in der Regel jener "Als-Ob-Charakter" fehlt, der für die neurotische Übertragung kennzeichnend ist. Gelingt der Aufbau einer stabilen therapeutischen Allianz, so finden die Patienten in der Therapeutin oft ihre erste vertrauenswürdige Person nach dem existentiellen Vertrauensverlust, der mit vielen traumatischen Erfahrungen einhergeht.

Distanzierung und kognitive Rekonstruktion. Ist ein stabiles Arbeitsbündnis hergestellt, so begleitet der Therapeut den Patienten bei seinen Bemühungen, Distanz zur traumatischen Erfahrung und einen Überblick über die traumatische Situation zu gewinnen. In dieser Phase sind klarifizierende und strukturierende Deutungen angebracht, welche darauf abzielen, die Ich-Funktionen zu stärken und Ich-Kontrolle gegenüber den intrusiven Symptomen herzustellen und übermäßiges Vermeidungsverhalten zu reduzieren. Die Symptome werden zu Besonderheiten der traumatischen Situation in eine verständliche Beziehung gebracht, wie z.B. Neigung zum Erbrechen oder zwanghaftes Erbrechen als Reaktion auf ein Erlebnis von negativer Intimität (etwa Vergewaltigung). Solche Interventionen zielen darauf ab, der traumatischen Situation eine „Gestalt“ zu verleihen (Lindy 1993) zu fördern. Die zunächst überwältigende traumatische Erfahrung nimmt allmählich eine überschaubare „Gestalt“ und damit auch eine Grenze an. Durch Distanzierungstechniken kann dieser Prozess unterstützt werden.

Emotionale Traumabearbeitung. In dieser sich anschließenden Phase der Traumatherapie verwendet der Therapeut seine Gegenübertragungsgefühle und -reaktionen, um "szenische Elemente" der Traumaerfahrung zu verstehen, welche der Patient noch nicht formulieren, sondern nur im Handeln (enaktiv) mitteilen kann. In strukturierenden Deutungen, die zu einem immer umfassenderen Überblick über die traumatische Situation verhelfen, spiegelt die Therapeutin ihre Informationen aus der Gegenübertragung an die Traumapatientin zurück.

Ein Umbruch in der Behandlung tritt ein, wenn die im engeren Sinne "traumatische Übertragung" (Holderegger 1993) ins Spiel kommt und das "zentrale traumatische Situationsthema" (Fischer & Riedesser 1999) der Persönlichkeit inszeniert und durchgearbeitet wird. Hier handelt es sich um die emotional am stärksten geladene Komponente der traumatischen Erfahrung. Jetzt wird die traumatisch gestörte bzw. zerstörte Objektbeziehung in der Übertragung reinszeniert, und die Therapeutin erhält die Chance, sich entweder als Zeugin und Begleiterin des Patienten zu bewähren oder eine der mit dem Trauma assoziierten Rollen einzunehmen bzw. zugewiesen zu bekommen (Täter, Opfer, Opferbeschuldigung usw.). Gelingt ihr ersteres, so verhilft sie dem oder der Betroffenen zu einem konstruktiven Neubeginn nach dem Trauma. Von dieser Basis aus wird es jetzt möglich, die traumatische Situation und Erfahrung in ihren zentralen emotionalen Anteilen zu rekonstruieren und durcharbeiten.

Entwicklungslinien der psychoanalytischen Nosologie

Ich habe den Zusammenhang zwischen Ätiologie, Struktur, Dynamik und Therapieplanung schwerpunktmäßig für die psychotraumatische Ätiologie aufzuzeigen versucht. Grundsätzlich lässt er sich auf weitere nosologische Bilder und ätiologische „Vektoren“ übertragen. Anscheinend liegt hier ein weites Feld klinischer und empirischer Forschung vor uns, wozu psychoanalytisch und psychodynamisch ausgebildete Psychotherapeutinnen einen hervorragenden Beitrag leisten können. Dabei wird sich erweisen, dass viele tradierte psychoanalytische Konzepte der heutigen Entwicklung nicht hinterher hinken, sondern ihr voraus sind.

Dazu müssen wir jedoch auch einige überlieferte psychoanalytische Konzepte und Denkgewohnheiten kritisch betrachten. Ich kann hier keine nur halbwegs gründliche Kritik der psychoanalytischen Epistemologie betreiben. Vielmehr möchte ich mich auf einen Diskussionspunkt beschränken, der unmittelbar zum Thema gehört: Eine bisweilen zu beobachtende zirkuläre Vertauschung ätiologischer und pathogenetischer Konzepte. Als Beispiel nehme ich eine gewisse Verwendungsweise des Konfliktbegriffs.

Ich möchte nicht näher auf Diskussionen eingehen, die „Konflikt“ gegen „Trauma“ ausspielen oder „Trauma“ gegen „Trieb“. Den meisten von Ihnen sind entsprechende Beispiele wahrscheinlich vertraut. Das steigert sich bisweilen zu folgender „Deutung“: Wer sich mit Trauma beschäftigt, habe „Angst vor dem Unbewussten“ oder leugne die Macht des Triebes, von dem das Opfer natürlich ebenso beherrscht sei wie der Täter. Letztere Argumentationsfigur sollte vielleicht nicht unbedingt als „wissenschaftlicher“ Beitrag gewertet werden. Weist er doch allzu deutliche Ähnlichkeit auf mit dem verbreiteten Täterargument: „Du hast es ja selbst gewollt“ oder mit anderen Varianten der „blaming-the-victim-solution“ (zu einer Übersicht über psychotraumatologische Abwehrmechanismen vgl. Fischer & Riedesser, 1999, Abschnitt 4.1). Ernstere Hindernisse für die Entwicklung einer ätiologisch fundierten Therapiekonzeption ergeben sich aus der unscharfen und zirkulären Verwendung des Konfliktbegriffs.

Handelt es sich bei Freud um ein präzise definiertes, dynamisches Konzept, in seinem Kern nämlich um den Konflikt zwischen Triebwunsch und Abwehr, so hat uns inzwischen nahezu jeder psychoanalytische Forscher oder „Dissident“ ein weiteres Konfliktpaar hinterlassen: Macht vs. Ohnmacht, Nähe vs. Distanz, wahres vs. falsches Selbst, paranoide vs. depressive Position usf. .

Eine Erweiterung der psychodynamischen Begrifflichkeit ist im Prinzip natürlich begrüßenswert. In einer gewissen Hypostase kann der Konfliktbegriff jedoch den Status einer Pseudoerklärung annehmen. Etwa dann, wenn der Konflikt als Ursache einer bestimmten Störung angesehen wird, wie zum Beispiel ein „Nähe-Distanz-Konflikt“ als Ursache der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dann ist es auch nicht mehr weit zur früher schon erwähnten Behauptung, traumatische Ereignisse seien pathogenetisch weitgehend irrelevant, da ohnehin nur Persönlichkeiten, die an einem prätraumatischen Konflikt leiden, meist an einem sogenannten „frühen“, Traumasymptome entwickeln. Die traumatische Ätiologie wird jetzt konsequenterweise unter die Kategorie des „Aktualkonflikts“ eingeordnet, wie in der „Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik“ (Arbeitskreis OPD, 1996): Trauma „aktualisiert“ lediglich einen schon vorher bestehenden Konflikt.

Unsere Untersuchungsergebnisse zur „Ergänzungsreihe“ der Trauma-Risikofaktoren und zahlreiche weitere Forschungsergebnisse der Psychotraumatologie sind mit dieser Hypothese unvereinbar. Ich möchte jedoch über diese empirische Frage hinaus auf eine epistemologische Verwirrung aufmerksam machen, die am Umgang mit dem Konfliktbegriff erkennbar wird: Die Vertauschung von Ursache und Wirkung. Man kann natürlich den „Konflikt“ als solchen zu einer anthropologischen Konstanten erklären, und in gewissem Sinne wohl mit recht: Vermutlich gibt es keinen einfach nur „konfliktfreien“ Zustand im menschlichen Leben. In dieser „anthropologischen“ Version verliert das Konflikt-Konzept allerdings seine „*patho*“-genetische Erklärungskraft und wird zu einer Metapher für die „*condition humaine*“ schlechthin. Epistemologisch erscheint diese anthropologisierende Variante weniger bedenklich als die o.g. „Ursache-Wirkungs-Vertauschung“. Wenn ein „Nähe-Distanz-Konflikt“ aus der Mahlerschen „*rapprochement*“-Phase zur Ursache für die Borderline-Störung erklärt wird, dann kann natürlich leicht und eventuell sogar über viele Jahre und

Jahrzehnte hinweg die Tatsache übersehen werden, dass dieses Störungsbild in etwa 70% der Fälle ursächlich auf schwere psychische und/oder körperliche Misshandlung zurückgeht. Ein epistemologisches Hindernis auf dem Wege zu einer ätiologiespezifischen Psychotherapie ist geschaffen, das sich – wissenschaftsgeschichtlich gesehen - als außerordentlich vital erwiesen hat und möglicherweise noch erweisen wird.

Aber ist es für die Therapie nicht belanglos, ob „Konflikt“ nun als Ursache einer Störung betrachtet wird oder als Folgeerscheinung eines Traumas? Er muss in jedem Falle bearbeitet werden. Meine Antwort: Letzteres ist sicher richtig. Aber gerade bei der therapeutisch korrekten Bearbeitung des Konflikts sind dessen Ursache und Entstehungsgeschichte, ist seine „Ätiopathogenese“ integraler Bestandteil der therapeutischen Arbeit. Eine strukturelle „Konflikttherapie“, die das Gewordensein der „Störung“ übergeht, unterscheidet sich epistemologisch und therapeutisch nicht von „störungsspezifischen Psychotherapiemanualen“.

Literatur

- Arbeitskreis OPD (1996) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Huber, Bern
- Bohleber, W. (2000) Die Entwicklung der Traumtheorie in der Psychoanalyse. In: Psyche 9/10, 797-839
- Dreher, U. (1998) Empirie ohne Konzept? Einführung in die psychoanalytische Konzeptforschung. Verlag Internationale Psychoanalyse, Stuttgart
- Fischer G, Becker-Fischer M, Düchting C. (1998) Neue Wege der Opferhilfe. Ergebnisse und Verfahrensvorschläge aus dem Kölner Opferhilfe Modell, KOM. Institut für Psychotraumatologie. Herausgegeben vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
- Fischer, G., Becker-Fischer, M., Hofmann, A., Klein, B., Licher, H., Ukschewski, S., Schneider, I., Sülzer, A. (1999) Abschlußbericht zum Forschungsprojekt: Prävention chronifizierter psychischer Störungen und Behinderungen bei Opfern von Gewaltverbrechen. Vorgelegt der Stiftung des Landes NRW für Wohlfahrtspflege durch das Deutsche Institut für Psychotraumatologie Köln/Much in Zusammenarbeit mit dem Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität zu Köln
- Fischer, G. (2000a) KÖDOPS. Kölner Dokumentationssystem für Psychotherapie und Traumabehandlung. Forschungsmanual. Verlag Deutsches Institut für Psychotraumatologie, Köln (zu bestellen über info@psychotraumatologie.de)
- Fischer, G. (2000b) Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie (MPTT). Neuauflage in: G. Fischer (2007) Kausale Psychotherapie. Manual zur Behandlung neurotischer und psychotraumatischer Störungen. Kröning: Asanger
- Fischer, G. (2000c, 2003, 2008) Neue Wege aus dem Trauma. Information und Hilfen für Betroffene. Düsseldorf: Patmos
- Fischer, G., Riedesser, P. (1998, 4. Auflage 2009) Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Ernst-Reinhardt (UTB)
- Fischer, G. (2008) Logik der Psychotherapie. Philosophische Grundlagen der Psychotherapiewissenschaft. Kröning: Asanger
- Fischer, G. (2011) Emotionale Einsicht und therapeutische Verantwortung. Manual der modernen tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie. Kröning: Asanger
- Fischer, G. (2011) Psychotherapiewissenschaft. Einführung in eine neue humanwissenschaftliche Disziplin. Gießen: Psychosozialverlag
- Freud, S. (1905) Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. BW Bd. 5, 27-146

- Galley, N., Fischer, G., Hofmann, A. (2000) Psycho-biologische Grundlagen von Traumanachwirkungen. In: Psychotraumatologie, 1, online-Zeitschrift, www.thieme.de/psychotrauma
- Holderegger, H. (1993): Der Umgang mit dem Trauma. Klett-Cotta, Stuttgart
- Horowitz, M. (1976) Stress response syndromes. New York: Jason Aronson
- Janoff-Bulman, R. (1992) Shattered assumptions. Towards a new psychology of trauma. New York: The Free Press.
- Lindy, J. (1993) Focal psychoanalytic psychotherapy of posttraumatic stress disorder. In: J.P. Wilson, B. Raphael, 803-810
- Nathan, R., Fischer, G. (2001) Psychosomatische Störungsbilder als Langzeitfolge des psychotraumatischen Belastungssyndroms (PTBS). Explorative Untersuchung und Modellentwicklung zur psychosomatischen Symptombildung. In: Psychotraumatologie, 2, www.thieme.de/psychotrauma
- Rauch, S., van der Kolk, B., Fisler, R., Alpert, N., Orr, S., Svage, C., Jenike, M., Pitman, R. (1996) A symptom provocation study using positron emission tomography and script driven imagery. Arch. Gen. Psychiatr 53, 380-387
- Sandler, J., Dreher, U., Drews, S. (1987) Psychisches Trauma. Ein psychoanalytisches Konzept im Theorie-Praxis-Zusammenhang. Materialien des Sigmund-Freud-Instituts, Frankfurt, Nr. 5
- Shapiro, F. (1995, dt. 1998): EMDR Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Junfermann, Paderborn
- Uexküll v., T., Wesiack, W. (1988) Theorie der Humanmedizin. München: Urban & Schwarzenberg