

REGINA STEIL

ANTJE KRÜGER

ANNE DYER

KATHLEN PRIEBE

ROBERT E. FELDMANN, JR.

MARTIN BOHUS

DBT-PTSD

Dialektisch Behaviorale Therapie zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung mit schwerer Störung der Emotionsregulation nach sexualisierter Gewalt in der Kindheit und Jugend

Zusammenfassung

Bislang existiert kein wissenschaftlich nachweislich wirksames spezifisches Behandlungsprogramm für Patienten mit schwerer und chronischer Posttraumatischer Belastungsstörung und komorbiden schweren Störungen der Emotionsregulation wie einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Wir entwickelten am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim mit der Dialektisch Behavioralen Therapie für PTBS ein multimodales stationäres Therapieprogramm für diese Patienten-Gruppe. Das Programm basiert auf den Prinzipien und Methoden der Dialektisch Behavioralen Therapie und integriert Methoden der traumafokussierten kognitiv-behavioralen Therapie nach Ehlers und Clark sowie neu entwickelte Interventionen. Das Behandlungsrational, die Hierarchisierung der Behandlungsfoki und die einzelnen Interventionstechniken werden im Überblick dargestellt und anhand einer Fallbeschreibung erläutert. Erste Daten zur Wirksamkeit werden berichtet.

Schlüsselbegriffe

Dialektisch Behaviorale Therapie, Posttraumatische Belastungsstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Emotionsregulation, Sexueller Missbrauch in der Kindheit

Einleitung

Bislang existiert kein wissenschaftlich nachweislich wirksames Behandlungsprogramm für Patientinnen und Patienten mit chronischer Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) nach sexualisierter Gewalterfahrung in Kindheit oder Jugend und schweren Störungen der Emotionsregulation (wie z.B. Borderline-Persönlichkeitsstörung etc.). Diskutiert wird, ob etablierte Behandlungsverfahren zur Therapie von PTBS bei diesen Patienten angewandt werden können oder ob spezifische Neuentwicklungen nötig sind, die den besonderen Anforderungen bei der Behandlung dieser Patienten gerecht werden (vgl. Bisson & Andrew, 2007; Neuner, 2008; Schnyder, 2005; Cloitre, 2009). Insgesamt zeigen Studien zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung nach sexualisierter Gewalt in der Kindheit mittlere Effekte (vgl. z.B. Peleikis & Dahl, 2005). Bei genauerer Analyse der bislang publizierten Studien zur Behandlung der PTBS nach dieser Form der Traumatisierung fällt auf,

Eingegangen: 01.08.2009
Angenommen: 23.09.2009

dass Patientinnen mit komorbider Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) bzw. einer Symptomatik von anhaltender emotionaler Dysregulation meist ausgeschlossen wurden (vgl. z.B. Cloitre et al., 2002). Die wenigen Studien zur Behandlung der PTBS nach sexualisierter Gewalt in der Kindheit, in denen dies nicht so war, zeigen für Patienten mit BPS schlechtere Ergebnisse als für Patienten ohne BPS (Cloitre & Koenen, 2001; McDonagh et al., 2005). Einzig in der Studie von Chard (2005) wurden Patientinnen mit BPS nicht ausgeschlossen. In dieser Studie wird für die Cognitive Processing Therapy (Resick & Schnicke, 1993) insgesamt eine sehr hohe Wirksamkeit für Patientinnen mit PTBS nach sexualisierter Gewalt in der Kindheit nachgewiesen. Allerdings wird nicht berichtet, wie viele der Behandelten tatsächlich eine komorbide BPS aufwiesen, so dass auch diese Studie die Frage offen lässt, ob die derzeit etablierten traumafokussierenden kognitiv-behavioralen Therapieformen zur Behandlung komorbider PTBS bei Patienten mit Borderline-Störungen oder ähnlichen schweren Störungen der Emotionsregulation geeignet sind (z.B. Prolongierte Exposition nach Foa [Foa & Kozak, 1986], Cognitive Processing Therapy nach Resick [Resick & Schnicke, 1993], Kognitive Therapie nach Ehlers [Ehlers, 1999] und Eye Movement Desensitization and Reprocessing nach Shapiro [Shapiro, 2001]).

Insbesondere im deutschsprachigen Raum wird häufig argumentiert, dass vor der Anwendung standardisierter Methoden bei dieser Klientel zunächst ausgedehnte Phasen der »Stabilisierung« notwendig seien (Lampe et al., 2008; vgl. auch Neuner, 2008).

Die einzige bislang im deutschsprachigen Raum vorliegende kontrollierte Untersuchung, die nach diesem Konzept unter stationären Bedingungen arbeitet, findet aber keinen Wirksamkeitsnachweis im Gruppenvergleich, nur minimale Effektstärken im prä-post Verlauf sowie keine Veränderungen der trauma-spezifischen Symptomatik (Lampe et al., 2008).

Mit der Dialektisch Behavioralen Therapie für die Posttraumatische Belastungsstörung (DBT-PTSD) entwickelten wir ein multimodales stationäres Therapieprogramm, welches auf Patienten, die als Kinder oder Jugendliche Opfer von lang anhaltender schwerer sexueller Gewalt geworden sind, genau zugeschnitten ist. Das Programm basiert auf Behandlungsmodulen aus der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT) nach M. Linehan (1996) und integriert Methoden der traumafokussierten kognitiv-behavioralen Therapie nach A. Ehlers (1999) sowie neu entwickelte Interventionen.

Die Wirksamkeit der DBT bei Patienten mit einer Borderline-Störung konnte in zahlreichen randomisierten kontrollierten Studien nachgewiesen werden (Salsman et al., 2006). Auch die Befunde zur Behandlung anderer Störungsbilder sind vielversprechend. Die kognitiv-behaviorale Therapie der PTBS nach Ehlers zeichnet sich neben hohen Effektstärken insbesondere durch niedrige Dropoutraten aus (Ehlers et al., 2003; Ehlers et al., 2005; Duffy et al., 2007).

Im Gegensatz zur PTBS-Symptomatik nach Traumatisierungen im Erwachsenenalter, bei welcher primär die Meidung von traumaasoziierten Emotionen wie Angst, Ohn-

www.klett-cotta.de/lebenlernen



Christian Pross
Verletzte Helfer
Umgang mit dem Trauma:
Risiken und Möglichkeiten,
sich zu schützen

Vorwort von Luise Reddemann
Leben Lernen 222. 286 Seiten,
broschiert, ca. 5 Farabbildungen
€ 26,90 (D) ISBN 978-3-608-89090-7

Wenn Helfer Hilfe brauchen

Helfen kann überfordern und auszehren. Diese Erfahrung teilen viele Traumatherapeuten und Helfer in Kriegs- und Krisenregionen, aber auch in der therapeutischen Praxis. Der bekannte Traumatherapeut und -forscher Christian Pross benennt im Detail die Stressfaktoren und zeigt, wie einer Sekundären Traumatisierung wirksam vorgebeugt werden kann.



Leben Lernen
KLETT-COTTA

macht und Schrecken bearbeitet wird, erfordert die Behandlung von Opfern sexualisierter Gewalt in der Kindheit die Fokussierung sekundärer Emotionen wie Scham, Selbsthass, Schuld und des eigenen körperbezogenen Ekels (Rüsch et al., 2007).

Die DBT-PTSD zielt so rasch als möglich auf eine Akzeptanz des Erlebten mit allen seinen Folgen ab. Im Zentrum steht dabei die Reexposition mit dem als maximal aversiv erlebten Ereignis und den damit verbundenen primären Emotionen (wie vollständige Hilflosigkeit, Erniedrigung, Ohnmacht, Ekel). Der Patient erlebt, dass diese Emotionen unter klar strukturierten therapeutischen Bedingungen reaktiviert werden können, ohne dass die befürchteten Konsequenzen (wie Tod oder Verlassenwerden) eintreten. Diese Erfahrung ermöglicht das Aufgeben von ungünstigen Strategien zur Meidung oder Reduktion der traumaassoziierten belastenden Emotionen. Diese Strategien können gegliedert werden in emotionale Strategien (z. B. Entwicklung von Schuld, Scham und Selbsthass), kognitive Strategien (z. B. Gedankenunterdrückung) oder behaviorale Strategien (z. B. Selbstschädigungen, Drogenintoxikation). Hinzu kommen Reaktionen auf akuten starken Stress (Dissoziation und Alpträume).

Auf der Grundlage individueller Problem- und Bedingungsanalysen wird – einem klaren Behandlungsalgorithmus folgend – erarbeitet, in welcher Reihenfolge einzelne Störungsbilder oder Problemverhaltensweisen behandelt werden sollen. Die DBT-PTSD fokussiert zunächst auf die wichtigsten Meidungsstrategien, um so die Traumaexposition vorzu-

bereiten. Sie bietet Methoden, auch unter starkem Stress Traumaexposition durchzuführen, ohne dass die Betroffenen dabei eine dissoziative Symptomatik entwickeln, welche nachgewiesenermaßen Lernen behindert (Ebner-Priemer et al., in press).

Dieses Behandlungsprogramm ist seit 2005 am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit etabliert, wo mittlerweile über 150 Patienten entsprechend behandelt wurden. Die prä-post Effektstärken für trauma-spezifische Symptomatik (PDS) sprechen, auch im Langzeitverlauf, für eine sehr gute Wirksamkeit (Cohens $d = 1.22$; vgl. Bohus et al., 2009), die Abbrecherquoten liegen bei etwa 2 %. Es zeigte sich bei keinem Patienten eine Verschlechterung der klinischen Symptomatik. Derzeit wird die Wirksamkeit der DBT-PTSD im Rahmen einer DFG-geförderten randomisierten und Wartelisten-kontrollierten Studie überprüft. Die ersten Zwischenergebnisse bestätigen die prä-post Daten auch im Gruppenvergleich drei Monate nach Entlassung.

Beschreibung der DBT-PTSD

Die DBT-PTSD wurde primär für Patienten entwickelt, die unter der Symptomatik einer PTBS und schweren Störungen der Emotionsregulation leiden. Dies ist häufig nach multipler Traumatisierung in Kindheit oder Jugend der Fall. Ausgeschlossen werden nur Patienten mit drohender Entzugssymptomatik bei aktueller Alkohol- oder Substanzabhängigkeit oder einem Body Mass Index kleiner 16. Weitere Kontraindikationen für die DBT-PTSD sind eine akute Psychose, aktuelle

manische Episode oder schwere Demenz.

Die wichtige Frage, welche Voraussetzungen Patienten erfüllen müssen, um gefahrlos diese expositionsbasierte Therapie anwenden zu können, wurde genauestens operationalisiert: Wir entwickelten (orientiert an der von M. Linehan konzeptualisierten Skalierung der Borderline-Schweregrade [Linehan, 1996]) ein Interview zur Einschätzung von Ausmaß und Gefährlichkeit dysfunktionaler Verhaltensmuster (Severe Behavior Dyscontrol Interview, SBDI; Borgmann & Bohus, 2008). Hierbei werden jeweils Risiko, Intention und Methodik von Suizidversuchen, Selbstverletzungen, Hochrisikoverhalten und aggressiven Durchbrüchen der letzten 12 Monate erfasst und quantifiziert. Für die Anwendung von DBT-PTSD setzen wir voraus, dass in den letzten 4 Monaten kein medizinisch gefährlicher Suizidversuch, keine schwerwiegenden hochfrequenten Selbstverletzungen und kein lebensgefährliches Hochrisikoverhalten (etwa Sitzen auf Bahngleisen) stattgefunden haben. Gelegentliche Selbstverletzungen, die keiner chirurgischen Akutversorgung bedürfen, dissoziative Symptomatik oder gelegentliche nicht lebensbedrohliche Intoxikationen sind keine Kontraindikation. Allerdings werden die Behandlungen bislang unter stationären Bedingungen und von einem gut eingespielten Team durchgeführt, wodurch ein hohes Maß an Sicherheit gewährleistet ist. Dabei fanden wir keine Exazerbation von Selbstverletzungen während oder nach der Expositionsbehandlung (wobei sedierende Medikation in der DBT-PTSD obsolet ist).

Die DBT-PTSD ist als 12-wöchige voll- oder teilstationäre Behandlung konzipiert. Eine Modifikation für das ambulante Setting wird derzeit erstellt. Empfohlen wird die Etablierung einer Gruppe von Patienten mit PTBS und ein multiprofessionelles Behandlungsteam aus psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten, Psychiatern, Pflegekräften und Sozialarbeitern.

Gleich zu Behandlungsbeginn wird in der Tradition der DBT ein Behandlungsvertrag geschlossen. Die gegenseitigen Verpflichtungen sind in Tabelle 1 dargestellt.

Eine zentrale Grundlage für die DBT-PTSD ist ein sorgfältiges Kontingenzmanagement. Das gesamte Behandlungsteam wird trainiert, erwünschtes Verhalten (z.B. die Bewältigung einer schwierigen Situation mit Hilfe von Skills) gezielt (z.B. durch soziale Aufmerksamkeit) zu verstärken und Problemverhalten (z.B. Selbstverletzung, Dissoziation, Essanfall) so *wenig* wie möglich mit sozialer Aufmerksamkeit zu belegen. Konsequenzen, die auf eine Verletzung des Behandlungsvertrags folgen, sind klar definiert und abhängig vom Schweregrad des Verstoßes. Problemverhaltensweisen (wie z.B. Selbstverletzung) werden mit einem zwei Stunden dauernden Time-out belegt. In dieser Zeit erstellt der Patient eine detaillierte Verhaltensanalyse zur jeweiligen Situation. Diese wird mit Pflegekraft bzw. Mitpatienten besprochen, um Verhaltensalternativen zu finden und diese umzusetzen. Der Therapieverlauf wird engmaschig durch den wöchentlichen Einsatz der Posttraumatischen Diagnoseskala (PDS; Steil et al., in Vorbereitung) sowie Ratings vor und nach jeder Einzeltherapie überwacht.

Die Patienten verpflichten sich, ...

- keinen Suizidversuch während des stationären Aufenthaltes zu unternehmen.
- auf die Reduktion suizidaler Ideen hinzuarbeiten.
- auf die Reduktion therapiestörenden und -zerstörenden Verhaltens hinzuarbeiten.
- keine Drogen oder Alkohol einzunehmen.
- keine Waffen auf die Station zu bringen und zu nutzen.
- keine intimen Beziehungen zu anderen Patienten einzugehen.
- keine Art von gewalttätigem Verhalten zu zeigen (z. B. Türen schlagen, verbale Angriffe)
- Suiziddrohungen oder -pläne anderer Patienten einem Teammitglied mitzuteilen.
- keine Form suizidaler Kommunikation durch Mitpatienten durchzuführen.
- sich an die Routineabläufe der Station zu halten.
- sämtliche Medikation abzugeben.
- nur in einer Zweiersituation detailliert über Traumatisierung zu berichten und dazu vorher das Einverständnis des anderen einzuholen.

Mitglieder des Teams verpflichten sich, ...

- ihr Bestes zu tun, um eine kompetente und effektive Behandlung anzubieten.
- sich an die ethischen und professionellen Richtlinien und Standards zu halten.
- die Rechte der Patienten zu schützen.
- Vertraulichkeit zu wahren.
- sich Rat und Unterstützung zu holen, wenn dies notwendig ist.
- ihre Grenzen offen darzulegen.

Tabelle 1: Verpflichtungen des therapeutischen Teams (Patient und Team)

Individuelle Interventionen	
Einzeltherapie	2 x 40 Minuten/Woche (bei Exposition länger)
Bezugspflegegespräche	2 x 30 Minuten/Woche
Tagebuchkartenbesprechung	5 x 5 Minuten/Woche
Körpertherapie	1 x 40 Minuten/Woche (nach Indikation)
Gruppeninterventionen	
DBT-PTSD Skills Training	1 x 90 Minuten/Woche
Selbstwertgruppe	1 x 60 Minuten/Woche (insgesamt 6 Wochen)
Achtsamkeitstraining	5 x 15 Minuten/Woche
Psychoedukationsgruppe	1 x 60 Minuten/Woche
Gestaltungstherapie	1 x 90 Minuten/Woche
Bewegungstherapie	1 x 60 Minuten/Woche
Körpertherapie	1 x 60 Minuten/Woche
Tanztherapie	4 x 20 Minuten/Woche
Musiktherapie	2 x 60 Minuten/Woche (insgesamt 6 Wochen)
Morgen- und Abendrunde	10 x 15 Minuten/Woche
Teambesprechungen	
Teamkonferenz	1 x 120 Minuten/Woche
Übergaben	5 x 15 Minuten/Woche
Supervision	1 x 120 Minuten/Woche

Tabelle 2: Interventionen der DBT-PTSD

Behandlungsmethoden

Psychoedukation

Ziel ist, dass die Patienten die Mechanismen der Entstehung und Aufrechterhaltung der PTBS sowie das Behandlungsrational verstehen. In der Einzeltherapie wird daraus ein individuelles Störungsmodell abgeleitet; Auslöser, Intrusionen und Alpträume (»Traumagedächtnis«), traumabezogene Gedanken und typische Meidungs- und Escapestrategien werden erarbeitet (Steil et al., 2009). Meidungsstrategien werden definiert als Verhaltensweisen, mittels derer die Patientinnen Situationen oder Reize von vorneherein vermeiden. Escape-Strategien wie etwa Drogenkonsum, Dissoziation, Selbstverletzung, Gedankenunterdrückung, sekundäre Emotionen etc. dienen zur Beendigung intrusiver Erinnerungen oder aversiver Emotionen. Der Patient lernt, dass diese Strategien eine zentrale Rolle bei der Aufrechterhaltung der PTBS-Symptomatik spielen. Er lernt, dass z.B. Gedankenunterdrückung zur einer verstärkten Wahrnehmung von Intrusionen und die Vermeidung traumarelevanter Stimuli zur Aufrechterhaltung dysfunktionaler Kognitionen (»Wenn ich über das spreche, was ich erlebt habe, werde ich verrückt...«; »Sich erinnern ist gefährlich«) führt (Steil & Ehlers, 2000).

Von Anfang an wird ein möglicher Krankheitsgewinn diskutiert. Die meisten Patienten leiden seit vielen Jahren an chronischer PTBS und haben sich ein Umfeld geschaffen, welches darauf Rücksicht nimmt. Bereits zu Beginn der Behandlung wird also individuell und in der Gruppe über

die möglichen Probleme einer Symptomverbesserung diskutiert und wie sie bewältigt werden können.

Skills-Training

Im Skills-Training werden (individuell zugeschnitten) Fertigkeiten vermittelt, mit denen Patienten Problemsituationen ohne dysfunktionales Verhalten meistern können. Es besteht aus insgesamt vier Modulen: Innere Achtsamkeit, Zwischenmenschliche Fertigkeiten, Emotionsregulation sowie Stresstoleranz (Linehan, 1993; Bohus & Wolf, 2009b; Bohus & Wolf, 2009a). Im Unterschied zur Standard-DBT enthält die DBT-PTSD weniger interpersonelle Skills und Skills zur Ablenkung. Vielmehr wird erarbeitet, wann Ablenkung von den traumabezogenen Erinnerungen sinnvoll ist und wann nicht. Ein individueller Notfallkoffer mit Belastungstoleranz-Skills wird erstellt, auf den die Patienten bei hoher Belastung (z.B. auch während der Traumaexposition) zurückgreifen können. Patienten mit dissoziativen Symptomen werden Frühwarnzeichen der Dissoziation sowie antidissoziative Skills vermittelt. Von besonderer Bedeutung sind Skills zur Emotionsregulation bezogen auf häufige traumabezogene Gefühle wie Schuld, Scham, Ekel oder Selbsthass (Bohus & Wolf, 2009b).

Achtsamkeits-Training

Achtsamkeitsbasierte Verfahren sehen in der Schulung von Akzeptanz ihren Schwerpunkt (Bohus & Hupertz, 2006). Dabei meint Akzeptanz nicht nur das Annehmen biographischer Ereignisse, sondern auch die Akzeptanz aversiver Emotionen. Die Vorstellung, dass aversive Emotionen nicht auszuhalten sind, oder sofort beendet werden müssen, bie-

tet die Grundlage für die meisten Problemverhaltensweisen. Achtsamkeitsbasiertes Training erleichtert es den Patienten, belastende (traumabezogene) Gefühle wahrzunehmen, ohne diese und die dazugehörigen Kognitionen bekämpfen zu müssen (Michalak et al., 2006). Durch das wertungsfreie Wahrnehmen und Beschreiben von Bildern, Gefühlen und Körpersensationen kann die zusätzliche Belastung durch sekundäre Bewertungen (z.B. »Ich halte dieses Gefühl nicht aus.«) und die damit häufig einhergehende Gedankenunterdrückung reduziert werden.

Kognitive Interventionen

Kognitive Interventionen verändern dysfunktionale Kognitionen zum Trauma und seinen Folgen und zum Selbstwert. Neben klassischen Techniken (wie z.B. sokratischem Dialog) kommen traumaspezifische Techniken zum Einsatz (vgl. Steil et al., 2009; Ehlers, 1999). Durch konkretisierende Fragen werden typische Befürchtungen zu negativen Folgen der Auseinandersetzung mit den Erinnerungen überprüft. Schuldgefühlen wird mit gezielten Fragen, warum der Patient sich in der damaligen Situation so und nicht anders verhalten hat, begegnet, um die damalige Intention und das damalige Wissen herauszuarbeiten (Advocatus Diaboli Technik; »Warum haben Sie sich damals als Achtjährige auf den Schoß Ihres Großvaters gesetzt...?«).

Diskriminations-Training

Diese Intervention soll die Belastung durch situative Auslöser traumabezogener Gefühle wie z.B. Gerüche, Getränke oder Personen senken. Der Patient lernt, bei Konfrontation

mit diesen Auslösern seine Aufmerksamkeit nicht auf die Gemeinsamkeiten mit der traumatischen Situation (gleiches Rasierwasser wie der Täter), sondern auf allen sensorischen Ebenen auf die *Unterschiede* zu damals zu fokussieren (z.B. Aussehen des Mannes, eigenes Aussehen, Anblick der Umgebung, Geräusche, Temperatur).

Traumaexposition

Mit Hilfe der Traumaexposition erfolgen eine Elaboration des Traumagedächtnisses sowie eine weitere Reduktion traumabezogener belastender Gefühle. Zu unterscheiden sind dabei informelle Traumaexpositionen (z.B. Beschreiben von Intrusionen bei der Erstellung des Störungsmodells oder dem Bearbeiten der Schuldgefühle) und formale Traumaexpositionen, die auf die Aktivierung traumabezogener Gedanken und Gefühle abzielen. Die wichtigste Form der formalen Traumaexposition ist das imaginative Nacherleben im Sinne der Kognitiven Therapie nach Ehlers (1999). Ebenfalls bedeutsam sind in-vivo Expositionen mit Dingen oder Situationen, die an das Trauma erinnern. Diese unterstützen häufig auch kognitive Interventionen (»Hier hätte mich eh niemand gehört, wenn ich lauter geschrien hätte ...«). Die Patienten werden gebeten, mindestens einmal pro Tag eine Tonbandaufnahme der aktuellen Sitzung anzuhören, die zu diesem Zeitpunkt dann auch den eigenen Bericht über die traumatische Situation enthält. Dissoziation während der formalen Traumaexpositionen wird durch geeignete antidissoziative Skills verhindert oder unterbrochen. In der Regel helfen hier starke sensorische Reize. Auch Skills zur Stresstoleranz können zum Einsatz kommen. Ein

graduiertes oder massiertes Vorgehen kann gewählt werden. Wann immer möglich und für den Patienten akzeptabel, sollte letzterem der Vorzug gegeben werden.

Optional werden weitere auf die individuelle Symptomatik zugeschnittene Interventionen gegeben. Ein Beispiel ist die **Alptraubehandlung**. Das sogenannte Imagery Rehearsal Training (Krakow & Neidhardt, 1995; Krakow & Zadra, 2006) reduziert nachgewiesenermaßen die Häufigkeit der Alpträume sowie die einhergehende Belastung und verbessert die Schlafqualität (Krakow & Zadra, 2006). Der Patient lernt und trainiert, einen häufigen Alptraum

zu imaginieren und dann in seiner Vorstellung zum Positiven zu verändern. Danach wird der gesamte Traum mit dem *veränderten Ende* täglich bis zur Besserung der Symptomatik imaginiert. Schlafstörungen zeigen eine deutliche Assoziation mit der PTSD-Symptomatik und allgemeiner Gesundheit (Belleville et al., 2009); bei Bedarf wird ein umfassendes Schlafhygienemanagement eingesetzt.

Phasen der DBT-PTSD

Die DBT-PTSD gliedert sich in fünf Phasen, die Tabelle 3 zusammenfasst.

Phase 1: Prä-stationäre Behandlung: Diagnostik und Skillsvermittlung

Diagnostik (einschließlich dem Severe Behavioural Dyscontrol Interview [SBDI])
Erhalt und Arbeit mit der Skills-DVD und dem Skills-Manual (ca. 2 Wochen vor Aufenthalt)

Phase 2: Planungsphase Woche 1–3: Erarbeitung von Therapiezielen und Therapieplan

Abschluss eines Behandlungsvertrages in den ersten Tagen der Therapie
Entwicklung eines individuellen Störungsmodells
Entwicklung einer Behandlungshierarchie und von Therapiezielen
Verbesserung der Emotionsregulation sowie Vorbereitung auf die Nutzung formaler Exposition
Bearbeitung der Verhaltensweisen/Probleme, die der formalen Exposition im Weg stehen

Phase 3: Hauptbehandlungsphase Woche 4–10: Reduktion der PTBS Symptomatik

Bearbeitung von Überzeugungen, die eine formale Exposition verhindern
Reduktion der Meidung von Triggern intrusiven Erlebens
Bearbeitung dysfunktionaler Bewertungen zum Trauma
Reduktion dysfunktionaler Escapestrategien
Durchführung formaler Exposition
Reduktion des Risikos erneuter Viktimisierung
Verbesserung des Selbstwerts und der Selbstfürsorge
Verbesserung des Umgangs mit dem eigenen Körper und der Sexualität

Phase 4: Abschlussphase Woche 11–12: Vorbereitung auf die Entlassung

Erprobung der Rückkehr ins häusliche Setting
Zusammenfassung hilfreicher und nicht-hilfreicher Strategien im Umgang mit traumabezogenen Symptomen
Sicherstellen der Weiterführung von formaler Exposition im ambulanten Setting (u. a. Kontakt zum ambulant arbeitenden Kollegen)
Durchführung der Abschlusssdiagnostik und Feedback der Ergebnisse

Phase 5: post-stationäre Behandlung

Auffrischungssitzung (6 Wochen nach Ende der Behandlung)

Tabelle 3: Die Phasen der DBT-PTSD

Dynamische Hierarchisierung der Behandlungsfoki

Kernelement der DBT-PTSD ist eine dynamische Behandlungshierarchie. Grundprinzip ist, dass nur diejenigen Probleme vor der Behandlung der Kernsymptomatik der PTSD bearbeitet werden, welche a) entweder das Leben oder die Gesundheit des Patienten oder b) die Durchführbarkeit der Therapie gefährden, und welche c) die Wirksamkeit der Interventionen für die PTSD massiv beeinträchtigen (wie z.B. Dissoziation oder Drogenkonsum, welche das Lernen allgemein beeinträchtigen). Ziel ist, auch bei schwer kranken Patienten möglichst bald mit dem Einsatz der Standardinterventionen für die PTSD und damit auch der formalen Exposition beginnen zu können. So z.B. muss selbstverletzendes Verhalten, welches Gesundheit oder Leben nicht schwer gefährdet, *nicht* vor dem Einsatz formaler Exposition beendet sein. Tabelle 4 zeigt die verschiedenen Ebenen. Wann immer

ein höherrangiges Problemverhalten erneut auftritt, wird es wieder in den Fokus genommen. Zu Beginn der Intervention wird ein konkreter Behandlungsplan erstellt. Dessen Einhaltung wird konsequent im Team überprüft.

Darstellung der Intervention anhand einer Fallstudie

Frau B., eine 27-jährige Studentin, kam mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung in Folge von sexueller und körperlicher Gewalt im 18. Lebensjahr, einer Sozialen Phobie, einer rezidivierenden depressiven Störung sowie einer dissoziativen Störung (nicht näher bezeichnet) zur stationären Behandlung. In der Vorgeschichte waren die Kriterien einer BPS gegeben, zum Aufnahmezeitpunkt erfüllte sie nur noch drei Kriterien. Sie war vor Aufnahme wiederholt seit einigen Monaten krank geschrieben und konnte ihrem Stu-

dium nicht mehr nachgehen. Die Gewalterfahrungen habe sie innerhalb ihrer ersten sechs Monate andauernden Partnerschaft im 18. Lebensjahr erlebt. Ihr damaliger Partner habe sie körperlich und sexuell mehrfach missbraucht. Es kam zu oraler, genitaler sowie analer Penetration gegen ihren Willen. Die PTBS-Symptomatik habe vor ca. 2 Jahren begonnen. Zu dieser Zeit habe sie ihr Studium beendet, sich für ein Aufbau-Studium neu eingeschrieben, und ihr neuer Partner habe sich von ihr getrennt. Seit dieser Zeit leide sie unter zunehmender dissoziativer Symptomatik sowie vermehrten Intrusionen. Zuletzt seien täglich »Ohnmachtsanfälle« aufgetreten, wobei eine somatische Ursache ausgeschlossen werden konnte. Sie könne in solchen Zuständen ihre Arme und Beine nicht mehr bewegen, fühle sich so, als ob sie nicht mehr da wäre, »wie weggebeamt«. Körperlich spüre sie Schweißausbrüche, Schwindel sowie innere Unruhe, habe das Gefühl, die Kontrolle über sich selbst zu verlieren. Häufig habe sie das Gefühl, dass sie für längere Zeit ohnmächtig sei. Bezüglich der PTBS berichtet sie von mehrfach täglich auftretenden Intrusionen bezüglich der sexuellen und körperlichen Gewalterfahrungen, bei denen sie oft nicht zwischen Gegenwart und Vergangenheit unterscheiden könne. Sie vermeide, über ihre traumatischen Erlebnisse zu sprechen oder darüber nachzudenken. Sie gebe sich die Schuld an den Ereignissen und schäme sich sehr, darüber zu sprechen. Sie schwanke oft zwischen emotionaler Taubheit und rasch einschießenden unkontrollierbar erscheinenden Gefühlen, wes-

Standard DBT	Behandlungsfokus	Beispiel
Ebene 1	Lebensbedrohliches Verhalten	Das Leben gefährdende Suizidversuche
Ebene 2	Therapie zerstörendes Verhalten	überhaupt nichts sagen
Ebene 3	Krisen generierendes Verhalten	schwere Selbstverletzung
DBT-PTSD	Behandlungsfokus	Beispiel
Ebene 1	Therapiefortschritt behinderndes Verhalten	Dissoziation, schwere Depression
Ebene 2	Schwere psychosoziale Probleme	Massive finanzielle Probleme (sich keine warme Winterjacke kaufen können)
Ebene 3	PTBS aufrechterhaltendes Verhalten	Escape- und Meidungsstrategien wie Gedankenunterdrückung, Selbstverletzung, Substanzmissbrauch
Ebene 4	Eingeschränkte Lebensqualität	Gefahr erneuter Viktimisierung

Tabelle 4: Dynamische Hierarchie der Behandlungsfoki

Hierarchie der Behandlungsfoki	Anwendung auf Frau B.
Standard DBT	
Ebene 1 Lebensgefährliches Verhalten	–
Ebene 2 Therapie zerstörendes Verhalten	–
Ebene 3 Krisen generierendes Verhalten	Dissoziative Anfälle (»Ohnmachtsanfälle«)
DBT-PTSD	
Ebene 1 Therapiefortschritt behinderndes Verhalten	Dissoziative Symptomatik
Ebene 2 Schwere psychosoziale Probleme	–
Ebene 3 PTBS aufrechterhaltendes Verhalten	Behaviorale Meidungs- und Escapestrategien (Dissoziation, viel Arbeiten)
	Emotionale Escapestrategie (Schuld, Scham, Selbstverachtung)
	Kognitive Escapestrategien (»Ich bin verachtenswert«, »Gefühle zeigen bedeutet, sich verletzbar zu machen«)
Ebene 4 Lebensqualität einschränkendes Verhalten	Zentrale Emotionen: Schuld, Selbstverachtung, Ohnmacht, Angst
	Missachtung eigener Grenzen in Leistungssituationen
	Mangelnde Selbstfürsorge

Tabelle 5: Dynamische Hierarchie der Behandlungsfoki am Fallbeispiel Frau B.

halb sie versuche, Gefühle möglichst zu unterdrücken. Weiterhin leide sie unter ausgeprägten Ein- und Durchschlafstörungen. Sie wache nachts häufig schweißgebadet auf, könne sich jedoch nicht an Alpträume erinnern. Neben der PTBS-Symptomatik berichtet die Patientin von stark einschränkenden, massiv ausgeprägten sozialen Ängsten. Ihre Stimmung sei niedergeschlagen und hoffnungslos. Sie leide seit Jahren unter Schuldgefühlen, da sie ihr Leben nicht »auf die Reihe« kriege.

Sie habe ihren damaligen Partner (den Täter) nicht angezeigt und jahrelang über die Gewalterfahrungen geschwiegen. In allen folgenden Beziehungen habe es massive Probleme in der Sexualität gegeben.

In der Einzeltherapie wurde mit der Patientin ein individuelles Störungsmodell entwickelt. Daraus wurden auf Grundlage der dynamischen Behandlungshierarchie die Therapieziele abgeleitet.

Als den Therapiefortschritt behinderndes Verhalten wurden die häufigen Dissoziationen definiert und dementsprechend zuerst fokussiert. Auslöser hierfür waren traumaassoziierte Reize sowie starke Emotionen. Kurzfristig reduzierte die Dissoziation belastende Emotionen, langfristig führte sie jedoch zu dem Gefühl eines Kontrollverlustes über sich selbst sowie dem Gefühl von vermehrter Hilflosigkeit. Zudem stellt starke Dissoziation einen Risikofaktor für weitere Viktimisierung dar, da sie angemessene Reaktionen auf Grenzüberschreitungen beeinträchtigen kann. Mit Hilfe von Verhaltensanalysen

Trauma-Institut-Leipzig



Spezialseminare in Psychotraumatologie 2010/2011 mit folgenden Dozenten:



Colin Ross
(USA)
18.-19.06.2010



Irina Vogt
(Deutschland)
24.-25.09.10



Ralf Vogt (Deutschland)
Methodikseminare im
SPIM-20-KT s. website



Ellert Nijenhuis
(Niederlande)
29.-30.10.2010



Fran Waters
(USA)
10.-11.12.2010



Jennifer J. Freyd
(USA)
13.-14.03.2011



Renée P. Marks
(England)
14.-15.10.2011

Alle Seminare werden mit Fortbildungspunkten (OPK) versehen und gelten auch als Basis für die Curricula:

- Traumafachberater
- Traumapsychotherapeut

Weitere Informationen:
www.trauma-institut-leipzig.de
Symposien zu Trauma / Dissoziation - Körper:
www.koerperpotenziale.de

konnte die Patientin rasch Frühwarnzeichen für Dissoziationen identifizieren lernen und diesen mit Hilfe spezifischer antidissoziativer Skills aus der DBT entgegensteuern. Typische Frühwarnzeichen waren bei ihr das Gefühl von »Watte im Kopf«, Kribbeln in den Armen und Beinen sowie der Eindruck, Farben weniger klar wahrnehmen zu können. Als hilfreiche antidissoziative Skills nutzte die Patientin zunächst Kühlkissen und andere starke sensorische Reize wie z.B. Chilischoten, die sie kaute. Im therapeutischen Team und der Patientengruppe wurde sichergestellt, dass auf Dissoziation (die »Ohnmachtsanfälle«) nicht eine Verstärkung durch soziale Aufmerksamkeit erfolgte. Die Mitpatienten wurden über die Ungefährlichkeit dieser Episoden informiert und gebeten, die Patientin nach solchen Situationen nicht zu trösten, sondern ihr besonders dann Zuwendung zu geben, wenn sie schwierige Situationen ohne Dissoziation meisterte. Nach dissoziativen Anfällen wurde die Patientin – nach kurzer Abklärung vonseiten der Teammitglieder – zur Anfertigung einer Verhaltensanalyse gebeten und aufgefordert, zwei Stunden abgeschieden von den anderen Patienten in ihrem Zimmer zu verbringen.

Im Umgang mit hohen Belastungszuständen half der Patientin das Einüben des Diskriminationstrainings und der Realitätsprüfung von Überzeugungen und Erwartungen. Kognitiv wurden mit der Patientin mit Hilfe der Technik *Advocatus Diaboli* zunächst ihre ausgeprägten Schuld-kognitionen bearbeitet. Mit Hilfe

eines Vier-Felder-Schemas erarbeitete die Patientin die kurz- und langfristigen Vor- und Nachteile der Schuld-kognitionen. Grundlage für eine Relativierung der Schuld-kognitionen war, dass die Patientin genau rekapitulierte, weshalb sie damals ihren Partner nicht sofort nach der ersten Vergewaltigung verlassen hatte, sondern weitere sechs Monate in der Partnerschaft blieb: Die Eltern der Patientin trennten sich gerade, die Mutter war chronisch suizidal. Die Patientin fühlte sich verantwortlich für das Leben der Mutter, bereitete sich gerade auf ihr Abitur vor und sah in der Beziehung zu ihm die einzige Fluchtmöglichkeit aus ihrem Elternhaus. An dieser Stelle wurden auch viele selbstverachtende Kognitionen aktualisiert. Mit Hilfe des sokratischen Dialoges wurde die Patientin angeleitet, diese zu überprüfen. Zur weiteren Verbesserung der Emotionsregulation lernte die Patientin mit Hilfe von Gefühlsprotokollen (d.h. genauen Analysen zu Situationen, in denen starke Gefühle auftraten), v.a. Gefühle von Angst, Scham und Ohnmacht besser zu erkennen und zu regulieren. Hierzu setzte sie Skills zum entgegengesetzten Handeln ein, bei welchen zunächst geprüft wird, ob die starke Emotion der Situation angemessen ist oder nicht. Bei unangemessenen Emotionen (z.B. Angst vor einem Mitpatienten, der äußerlich an den Täter erinnert, oder Scham beim Berichten über die traumatischen Ereignisse) sollte die Patientin auf behavioraler oder kognitiver Ebene entgegengesetzt handeln (z.B. bei unangemessener Scham eine der dazugehörigen Körperhaltung entgegengesetzte »Flamenco-Tänzerinnen-Haltung« einnehmen).

Zur Bearbeitung der traumatischen Ereignisse entschied die Patientin

nach Erstellung einer nach Grad der Belastung sortierten Hierarchie der Intrusionsinhalte, mit der belastendsten Erinnerung zu beginnen. Sie schrieb dieses Ereignis auf und las es in der Einzeltherapie vor. Es handelte sich sowohl um sexuelle als auch körperliche Gewalt, verbunden mit Todesangst und Panikgefühlen. Die Patientin wurde mit Hilfe des imaginativen Nacherlebens in den folgenden Therapiestunden mit den Erinnerungen konfrontiert. Dies wurde auf Tonband aufgezeichnet, so dass die Patientin sich zwischen den Sitzungen durch Hören der Kassette selbst exponieren konnte. Nach deutlicher Belastungsreduktion bezüglich des belastendsten Ereignisses wurde mit der Patientin eine zweite Situation nach dem gleichen Vorgehen bearbeitet. Da hierbei Ekel in Bezug auf den eigenen Körper, v.a. bezüglich des Gesichts, eine große Rolle spielte, wurde mit der Patientin zusätzlich eine Spiegelexposition durchgeführt: Die Patientin hatte die Aufgabe, sich täglich mindestens 15 min. im Spiegel zu betrachten und sich wertneutral zu beschreiben. Die stationäre Behandlung dauerte insgesamt 14 Wochen.

Der Gesamtwert der PDS lag am Ende der Behandlung bei 0,6 und war damit deutlich reduziert im Vergleich zum Ausgangswert (siehe Abbildung 1). Die Reduktion von belastenden Emotionen im Verlauf der Behandlung ist in Abbildung 2 zu sehen.

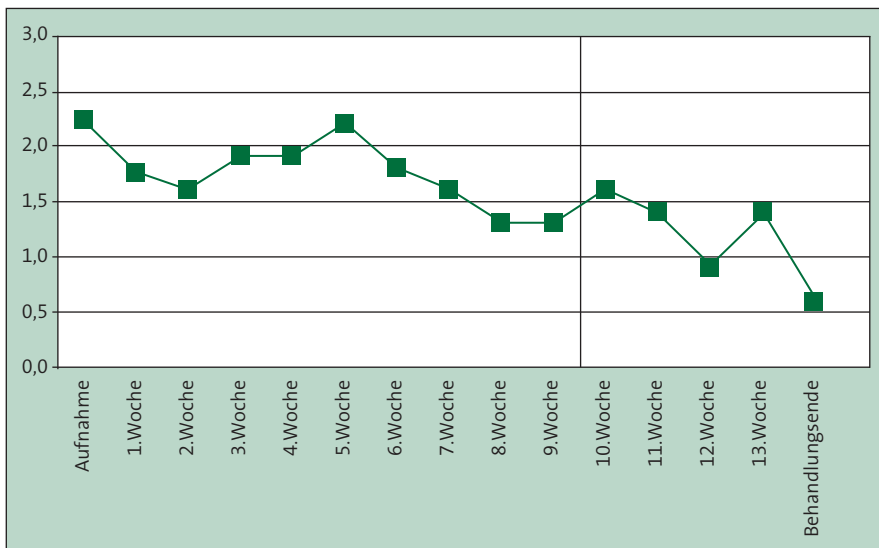


Abbildung 1: Erfassung des Schweregrades der PTBS in Bezug auf das bearbeitete traumatische Ereignis mit Hilfe der PDS im wöchentlichen Verlauf während der stationären Behandlung.

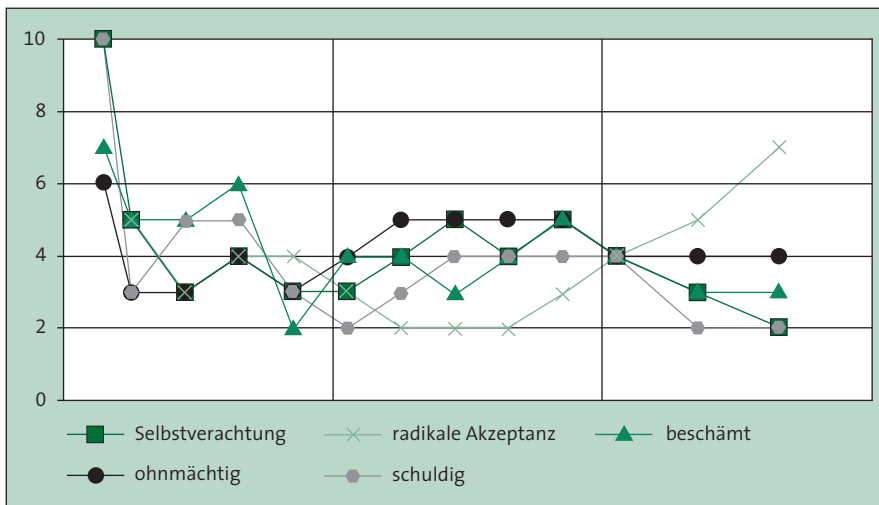


Abbildung 2: Einschätzung der Intensität der Emotionen in Bezug auf das bearbeitete traumatische Ereignis während des Therapieverlaufes. Die Einschätzung wird wöchentlich auf einer 10-stufigen Skala (gar nicht ausgeprägt bis sehr stark ausgeprägt) erfasst.

Dialectical Behaviour Therapy for Posttraumatic Stress Disorder and Pervasive Emotional Dysregulation in Survivors of Childhood Sexual Abuse

Summary

So far, there has been no specific, empirically evaluated psychological therapy programme for the treatment of patients with severe and chronic posttraumatic stress disorders (PTSD) or concurrent disorders involving pervasive emotional dysregulation as found in borderline personality disorders (BPD). At the Central Institute of Mental Health in Mannheim, we have developed dialectical behaviour therapy for PTSD (DBT-PTSD) as an inpatient treatment programme tailored specifically to the needs of these patients and both acceptable and tolerable for patients and therapists. The programme is largely based on the principles and methods of dialectical behaviour therapy proposed by Linehan, the methods of trauma-focused cognitive/behavioural therapy advanced by Ehlers and Clark and various newly developed interventions. The article gives an overview of the treatment rationale, the dynamic hierarchy of treatment foci and the interventions used. These points are exemplified with reference to a case study. Initial efficacy data are also provided.

Keywords

dialectical behaviour therapy, posttraumatic stress disorder, borderline personality disorder, emotional regulation, childhood sexual abuse

Zusammenfassung

Bei der DBT-PTSD handelt es sich um ein störungsspezifisches multimodulares Behandlungsprogramm. Anhand der bisherigen Datenlage

können Sicherheit und Wirksamkeit unter stationären Bedingungen mit weitgehender Sicherheit konstatiert werden. Gegenwärtig wird an der Adaptation des Programms für ambulante Bedingungen gearbeitet.

Zur Person



Regina Steil ist Psychologische Psychotherapeutin, Supervisorin sowie wissenschaftliche Geschäftsführerin der Verhaltenstherapieambulanz der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Ihre Arbeitsschwerpunkte und Forschungsinteressen sind die Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Störungen der Emotionsregulation und die Therapie der Sozialphobie.

Kontaktadresse

Dr. Regina Steil, Institut für Psychologie der Goethe-Universität Frankfurt, Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie, Postfach 111932, Fach 120, 60054 Frankfurt
steil@psych.uni-frankfurt.de

Zur Person



Dr. Dr. med. Dipl.-Phys. Robert E. Feldmann, Jr., Diplomphysiker, neurowissenschaftliche und medizinische Promotion sowie Approbation in Heidelberg.

Zur Person



Antje Krüger ist Psychologische Psychotherapeutin in Ausbildung, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, ZI Mannheim.

Zur Person



Kathlen Priebe ist Psychologische Psychotherapeutin in Ausbildung und arbeitet an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, ZI Mannheim.

Zur Person



Dr. Anne Dyer ist Supervisorin sowie Psychologische Psychotherapeutin an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, ZI Mannheim.

Zur Person



Martin Bohus ist Ordinarius für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg sowie Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, ZI Mannheim.

Kontaktadresse

Prof. Dr. med. Martin Bohus,
Zentralinstitut für
Seelische Gesundheit Mannheim,
J5, 68159 Mannheim
martin.bohus@zi-mannheim.de

Literatur

- Belleville, G., Guay, S. & Marchand, A. (2009). Impact of sleep disturbances on PTSD symptoms and perceived health. *Journal of Nervous And Mental Disease*, 197(2), 126–132.
- Bisson, J. & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), CD003388.
- Bohus, M. & Huppertz, M. (2006). Wirkmechanismen von Achtsamkeits-basierter Psychotherapie. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 54(4), 265–275.
- Bohus, M., Priebe, K., Dyer, A. S. & Steil, R. (2009). Entwicklung und Evaluation des DBT-Konzeptes für PTBS nach sexuellem Missbrauch. Vortrag auf der 60. Arbeitstagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) 18.–21. März 2009.

- Bohus, M. & Wolf, M. (2009a). Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten. Die CD-ROM für Betroffene. Stuttgart: Schattauer.
- Bohus, M. & Wolf, M. (2009b). Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten. Manual zur CD-ROM für die therapeutische Arbeit. Stuttgart: Schattauer.
- Borgmann, E. & Bohus, M. (2008). SBDI: Severe Behavioral Dyscontrol Interview. Interview zur Erfassung schwerwiegender Störungen der Verhaltenskontrolle. Retrieved from <http://www.zi-mannheim.de/materialien.html>
- Chard, K. M. (2005). An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 965–971.
- Cloitre, M. (2009). Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorder: a review and critique. *CNS Spectrums*, 14(1 Suppl 1), 32–43.
- Cloitre, M. & Koenen, K. C. (2001). The impact of borderline personality disorder on process group outcome among women with posttraumatic stress disorder related to childhood abuse. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51(3), 379–398.
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R. & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1067–1074.
- Duffy, M., Gillespie, K. & Clark, D. M. (2007). Post-traumatic stress disorder in the context of terrorism and other civil conflict in Northern Ireland: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 334(7604), 1147.
- Ebner-Priemer, U. W., Mauchnik, J., Klein-dienst, N., Schmahl, C., Peper, M., Rosenthal, Z. et al. (in press). Emotional learning during dissociative states in Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*.
- Ehlers, A. (1999). Posttraumatische Belastungsstörung. Fortschritte der Psychotherapie (Bd. 8). Göttingen: Hogrefe.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F. & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43(4), 413–431.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C. et al. (2003). A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for post-traumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60(10), 1024–1032.
- Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20–35.
- Krakow, B. & Neidhardt, J. (1995). Alpträume erfolgreich behandeln. Niedernhausen: Falken-Verlag.
- Krakow, B. & Zadra, A. (2006). Clinical management of chronic nightmares: imagery rehearsal therapy. *Behavioral Sleep Medicine*, 4(1), 45–70.
- Lampe, A., Mitmansgruber, H., Gast, U., Schüssler, G. & Reddemann, L. (2008). Therapieevaluation der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) im stationären Setting. *Neuropsychiatrie*, 22(3), 189–197.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M. M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- McDonagh, A., Friedman, M., McHugo, G., Ford, J., Sengupta, A., Mueser, K. et al. (2005). Randomized trial of cognitive-behavioral therapy for chronic posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 515–524.
- Michalak, J., Heidenreich, T. & Bohus, M. (2006). Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 54(4), 241–253.
- Neuner, F. (2008). Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? *Verhaltenstherapie*, 18, 108–118.
- Peleikis, D. E. & Dahl, A. A. (2005). A systematic review of empirical studies of psychotherapy with women who were sexually abused as children. *Psychotherapy Research*, 15(3), 304–315.
- Resick, P. A. & Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for sexual assault victims: A treatment manual*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Rüsch, N., Lieb, K., Gottler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, H. et al. (2007). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 164(3), 500–508.
- Salsman, Nicholas, L. L. & Marsha, M. (2006). *Dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder*. [References]. *Primary Psychiatry*, 13(5), 51–58.
- Schnyder, U. (2005). Why new psychotherapies for posttraumatic stress disorder? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(4), 199–201.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Steil, R. & Ehlers, A. (2000). Dysfunctional meaning of posttraumatic intrusions in chronic PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 38(6), 537–558.
- Steil, R., Ehlers, A. & Clark, D. M. (2009). Kognitive Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung. In A. Maercker (Ed.), *Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung*. Heidelberg: Springer.
- Steil, R., Mitte, K. & Ehlers, A. (in Vorbereitung). Deutsche Übersetzung der Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS). Unveröffentlichtes Manuskript. Universität Jena, Institut für Psychologie.