

Zur Entstehung des Projekts

TRAUMA BERATUNG LEIPZIG

(Trialogische Borderline-Beratungsstelle)

Wie es begann

Begründet wurde diese ehrenamtliche Initiative im Jahr 2004 durch Mondrian W. Graf v. Lüttichau (Jahrgang 1952), Dipl.-Sozialpädagoge, Tätigkeit als Heilpädagoge, Soziotherapeut, Gestaltungstherapeut in Psychiatrie und Sozialpsychiatrie. (Zuvor war ich Buchhändler, habe auch als Lagerarbeiter und Verkäufer gearbeitet.)

Am Anfang stand mein jahrzehntelanges Bemühen, eigene Defizite und seltsame Symptome zu klären. Dabei konnte ich mich trotz emsiger Lektüre in der psychologisch-therapeutischen Literatur kaum wiederfinden. Während meiner Tätigkeit als Sozio- und Gestaltungstherapeut in einer psychiatrischen Akutstation in Berlin-Hellersdorf/Marzahn (1997-2000) traf ich häufig auf PatientInnen mit Borderline-Diagnose, Eßstörungen oder/und nach Suizidversuchen. Durch die Gespräche mit ihnen und die Beschäftigung mit der entsprechenden Fachliteratur wurde ich aufmerksam für **Zusammenhänge zwischen dysfunktionalen Elternhäusern, Traumatisierungen in Kindheit und Jugend und verschiedensten symptomatischen Folgen solcher Entwicklungsbedingungen**. Von hier aus konnte ich auch meine eigene Entwicklung besser nachvollziehen und im Laufe der Zeit manches aufarbeiten. Ich erkannte, daß meine Eltern ohne Zweifel selbst Psychotrauma-Betroffene waren, u.a. aufgrund von Kriegseinwirkungen.

Während der Arbeit in der Akutstation wurde für mich ein allgemeines Informationsdefizit bei diesem Problembereich deutlich, und zwar bei PatientInnen und Angehörigen ebenso wie beim Pflegepersonal. (Meiner Vermutung nach oft auch bei ÄrztInnen und PsychologInnen, aber da gab es kaum differenziertere Gesprächsmöglichkeiten.) Mehrfach kopierte ich für einzelne PatientInnen Seiten aus Fachbüchern, war aber nicht glücklich über die wenig eingängigen Darstellungen. Irgendwann habe ich dann selbst einige Seiten zum Thema 'Borderline' in allgemeinverständlicher Sprache aufgeschrieben und als Kopien an PatientInnen und Angehörige weitergegeben. (*Eines Tages bat mich sogar die Stationsschwester um die Blätter, offenbar etwas verschämt.*)

ZUR ENTSTEHUNG DES PROJEKTS >TRAUMA BERATUNG LEIPZIG<

Vielleicht die wichtigsten Erfahrungen in der Akutstation waren sensible, für die Betroffenen offenkundig hilfreiche und für mich äußerst lehrreiche informelle und eher private Gespräche von PatientInnen (vornehmlich mit Borderline- oder Anorexia-Diagnose) untereinander sowie mit ihnen in dem **'Freiraum'**, den mein Therapieraum innerhalb der geschlossenen Station ermöglichte. –

Als ich im Herbst 2000 nach Leipzig gezogen war, stolperte ich auch hier bald wieder über Borderline-Menschen und begründete im August 2002 eine **Borderline-Selbsthilfegruppe**, bei der ich bis April 2006 als Anleiter fungierte. In der Folge zeigte sich zweierlei:

Zum einen wurde für mich im relativ vertrauensvollen Kontakt mit Betroffenen wiederum deutlich, daß offenbar in den allermeisten Fällen eine wie auch immer beschaffene Traumatisierung in Kindheit und Jugend das pulsierende Herz der Symptome und Syndrome ist, sei es nun bei **Borderline, Anorexia, Bulimie, Selbstverletzungen, Angstattacken** oder auch **Suchterkrankungen, Zwängen, ja selbst depressiven Phasen**. Dazu kommen noch verschiedene (und komplexe) Formen von **dissoziativen Störungen**, die in der psychiatrischen und therapeutischen Praxis oft überhaupt nicht erkannt bzw. fehldiagnostiziert werden (vgl. **'Strukturelle Dissoziation'**, van der HART/NIJENHUIS/STEELE).

Andererseits bestand tatsächlich ein riesengroßes Informations- und Beratungsdefizit bei diesen Themen. Leider bekamen Betroffene und Angehörige von "Profis" zu jener Zeit noch sehr oft eine entsprechende Diagnose geradezu vor die Füße geschmissen und wurden damit alleingelassen.

Anfragen nach Beratungsgesprächen nahmen zu. Eine überfüllte VHS-Veranstaltung zum Thema Borderline führte im Jahr 2004 zu dem Impuls, jetzt einfach eine **'TRIALOGISCHE BORDERLINE-BERATUNGSSTELLE'** anzufangen. *'Trialogisch'*, das meint, Betroffene, Angehörige und Professionelle haben je eigene Kompetenzen und Ressourcen; der Austausch miteinander liegt ohne Zweifel im Interesse aller. – Unter Mitarbeit von Betroffenen, Angehörigen und im Austausch mit Profis sind seither Informationsunterlagen entstanden, die gegebenenfalls fachlich ergänzt werden. Ich habe Informations- und Weiterbildungsveranstaltungen durchgeführt bei Sozialen Trägern und in der leipziger VHS. Ratsuchende kamen zu mir nachhause. -

Das Bemühen, eine niederschwellige Traumaberatungsstelle in Leipzig zu etablieren, waren erfolglos. Zeitweilig hatte ich für das Projekt immerhin eine ABM-Stelle; der Trägerverein ging wegen betrügerischer Machenschaften des Gründers baden. Zweimal wollten engagierte Bürger zusammen mit mir eine Beratungsstelle ins Leben rufen; beide Initiativen scheiterten im Dschungel der Subventionsbürokratie. Bestehende Psychosoziale Träger in Leipzig betonten den großen Bedarf, - aber.. etwas derartiges einzurichten würde bedeuten, einem anderen Mitarbeiter die Planstelle wegzunehmen..

ZUR ENTSTEHUNG DES PROJEKTS >TRAUMA BERATUNG LEIPZIG<

Aufgrund dieser Erfahrungen entschloß ich mich 2008, meine Informationsunterlagen ins Netz zu stellen, statt sie in Papierform zu verteilen. Mittlerweile hat rund um die www.trauma-beratung-leipzig.de eine eigene Lebendigkeit entwickelt; - bundesweite Kontakte entstehen, Veranstaltungshinweise, literarische und bildnerische Selbstdarstellungen von Betroffenen sowie ganz neue Themen kommen dazu, Verlage machen auf Neuerscheinungen aufmerksam..

Bei 60-70% aller Psychiatrie-PatientInnen werden Traumatisierungen in der Lebensgeschichte vermutet. Jedoch besteht gerade in Akutpsychiatrien, psychiatrischen Wohnheimen und komplementären Einrichtungen für Psychiatriebetroffene meist große Unsicherheit mit diesem Thema. In diesem Zusammenhang steht eine kontinuierliche themenbezogene Kooperation mit der **Sächsischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (SGSP e.V.)**, deren erstes konkretes Ergebnis ein Workshop bei einer Jahrestagung der DGSP (Leipzig 2009) war. Ein niederschwelliger Fachtag Trauma (für Betroffene, Angehörige und HelferInnen) im September 2011 in Chemnitz wird hier der zweite Schritt sein.

Die T.B.L. versteht sich weiterhin als trialogisches (online-)Angebot. Psychotraumatologisch fundierte Informationen, Veröffentlichungen von Betroffenen, Buchbesprechungen und weiterführende Links können Verständnis und Gespräch erleichtern. Da ich (auch alterbedingt) den Schwerpunkt meiner Aktivitäten sacht verlagern möchte, findet Beratung im eigentlichen Sinne derzeit zwar kaum noch statt, aber ich habe die Hoffnung nicht aufgegeben, daß es irgendwann eine echte Traumaberatungsstelle in Leipzig oder Sachsen geben wird, die das mittlerweile bundesweit bekannte online-Angebot der T.B.L. selbstverantwortlich unter ihre Fittiche nehmen möchte.

Therapeutische Perspektiven bei Traumatisierungen in Kindheit und Jugend

Ausgehend von Sigmund Freud, wurde die Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit von frühen Traumatisierungen in der therapeutischen Praxis lange Zeit ziemlich konsequent vernachlässigt. Gesellschaftliche Tabus, aber auch eigene Betroffenheit bei TherapeutInnen kommt noch dazu. Erst im Zusammenhang mit Kriegsopfern, KZ-Überlebenden und seelischen Folgen von Vergewaltigungen entstand in den letzten Jahrzehnten auch fachliche Aufmerksamkeit für Psycho-Traumatisierungen in Kindheit und Jugend (HERMAN 2003). Forschungen und therapeutische Erfahrungen belegen die **spezielle neurophysiologische und psychodynamische Situation bei traumatischen Erfahrungen und traumatischem Streß** (van der Kolk 2000; PEICHL 2007; van der HART/NIJENHUIS/STEELE 2008). Etwa seit 1980 wurden besondere traumatherapeutische Ansätze entwickelt (u.a. REDDEMANN 2004; HUBER 2003; BESEMS/van VUGT 1990; GAHLEITNER 2005). Bei

ZUR ENTSTEHUNG DES PROJEKTS >TRAUMA BERATUNG LEIPZIG<

methodisch unterschiedlicher Gewichtung legen alle höchstes Augenmerk auf **das subjektive Empfinden von KlientInnen als Opfern und Überlebenden von Psycho-Traumatisierungen**. Auf dieser Grundlage entsteht jetzt auch fachliche Aufmerksamkeit für die Dissoziative Identitäts-Struktur (DIS) als schwerwiegendster Form dissoziativer Störungen (PUTNAM 2003; HUBER 1995). -

Für derartige schwerste seelische Belastungen mit ihren ineinander verstrickten Reaktionen, Überlebensmustern, Ängsten, Schutzmechanismen und sonstigen Symptomen scheint sich in der Fachdiskussion der diagnostische Begriff '**Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung**' (bzw. **DESNOS**) durchzusetzen.

Symptomatische Folgen von Psycho-Traumatisierungen sind eigentlich keine Krankheit. Sie waren im bisherigen Leben die einzigen Möglichkeiten, sich ein gewisses Maß an seelischer Stabilität zu erhalten; es sind Selbsteilungsversuche. Traumatisierte Menschen sind insofern nicht nur "Opfer", sondern sie sind "**Überlebende**", die ein hohes Maß an Lebensmut und innerer Stärke bereits bewiesen haben!

Auf der Grundlage unterschiedlicher klinischer Studien (vgl. z.B. in REDDEMANN/HOFMANN/GAST 2004) müssen wir davon ausgehen, daß 10-20 % der Allgemeinbevölkerung unter verschiedenen Traumafolgeschädigungen leidet – oft ohne sich über die Zusammenhänge im klaren zu sein.

Die therapeutische Aufarbeitung von Traumatisierungen in Kindheit und Jugend dauert mindestens zwei Jahre; eine entsprechend lange Therapie von Krankenkassen bewilligt zu bekommen, ist nicht leicht und erfordert gute fachliche Begründungen. Auch ergänzende stationäre Therapieangebote in entsprechenden spezialisierten Fachkliniken müssen sich an den von den Kassen vorgegebenen finanziellen (und damit personellen wie zeitlichen) Begrenzungen orientieren. Abgesehen von besonderen Umständen wie z.B. chronischen Selbstverletzungen, häufigen Suizidversuchen, gänzlich fehlender Tagesstrukturierung oder sehr großer innerer Labilität ist bei frühen Traumatisierungen nach den Erfahrungen von Psychotraumatologen allerdings die (sachgerechte!) ambulante Psychotherapie am Wohnort vorzuziehen.

Leider gibt es bislang noch zu wenige TherapeutInnen und Psychiater, die sich mit Traumafolgen auskennen bzw. sich mit diesem Thema befassen mögen. In jedemfall setzt die Suche nach geeigneten therapeutischen Angeboten bei der Betroffenen ein hohes Maß an **Selbstverantwortlichkeit** voraus. Sie oder er sollte sich informieren, eigene Ansprüche stellen an die Qualität der Therapie und **nein sagen zu TherapeutInnen, zu denen sich kein Vertrauen einstellt**.

Psychotherapeutische Probesitzungen werden von den meisten Krankenkassen mittlerweile so schlecht bezahlt, daß es für TherapeutInnen kaum noch möglich ist, in Ruhe mit dem Klienten zu überlegen, welche Therapieform oder sonstige Unterstützung geeignet ist. Gerade im Hinblick auf ihre große symptomatische Vielfalt ist dies bei Traumafolgeschädigungen besonders wichtig.

Hier können sachkundige Beratungsstellen Hilfestellung geben und Mut machen.

Möglichkeiten und Aufgaben niederschwelliger Beratungsstellen für Folgen von Psycho-Traumatisierungen in Kindheit und Jugend

In der Bevölkerung sind Unsicherheiten, Ängste und Tabus im Zusammenhang mit Traumatisierungen in Kindheit und Jugend meines Erachtens noch wesentlich stärker ausgeprägt als beispielsweise hinsichtlich Psychosen oder Borderline. Dem entspricht die sehr schlechte Informationslage nicht nur bei Betroffenen und Angehörigen, sondern auch bei Profis und in den Medien. (Dazu kommt neuerdings eine in den USA entstandene Medienkampagne mit der Argumentation, Erinnerungen an frühe Traumatisierungen seien den Betroffenen von Helfern oft nur eingeredet worden; vgl. hierzu SCHALLECK 2006). – Ein (sozialpädagogischer und therapeutischer) **Freiraum aus vertrauensvoller Zugewandtheit** ist Voraussetzung für Betroffene (und solidarische Angehörige), um sich solchen dunkelsten Aspekten der eigenen Lebensgeschichte auch nur ansatzweise nähern zu können. Demgegenüber wird eine **vorrangige Orientierung von TherapeutInnen an isolierten Symptomen (und Syndromen)** die bislang praktizierte Verdrängung solcher Lebensumstände und -erfahrungen bestätigen und verstärken. Notgedrungen lassen KlientInnen sich (oft nicht zum erstenmal) ein auf diesen Blickwinkel des Therapeuten/der Therapeutin, - meist um irgendwann resigniert, hoffnungslos und mit dem Gefühl, "wieder versagt zu haben", die Therapie abzubrechen. (Manchmal steht auch der Suizid am Ende eines therapeutischen Irrweges.) –

Betroffene, die sich vom Verstehenwollen der eigenen, möglicherweise traumatisierenden Kindheit oder Jugend nicht abbringen lassen, sind bei der selbständigen Suche nach angemessener therapeutischer Unterstützung meist überfordert. (Dies gilt in besonders hohem Maße in ländlichen Regionen.)

Menschen mit (bekannter oder vermuteter) traumatischer Lebensgeschichte sollten sich zunächst **Überblick verschaffen** über psychologische Zusammenhänge und therapeutische Möglichkeiten, bevor sie Kontakt aufnehmen zu TherapeutInnen.

Bereits die Suche nach Fachinformationen führt allerdings bei fehlendem eigenen Vorwissen bzw. durch das qualitativ sehr unterschiedliche Angebot im Internet und in Buchhandlungen fast regelmäßig zu Verwirrung und neuen seelischen Belastungen. Gefühle, Gedanken, Erinnerungen, Vermutungen, eigene Sprachlosigkeit und gesellschaftliche Tabus kreisen im Kopf; - Loyalitätszwänge und 'Schweigepflicht' gegenüber Tätern/Angehörigen werden oft erst in dieser Zeit (wieder) bewußt und verstärken sich.

ZUR ENTSTEHUNG DES PROJEKTS >TRAUMA BERATUNG LEIPZIG<

T.B.L. – Erfahrungen in der ehrenamtlichen Beratung und Betreuung

Von 2004 - 2010 nutzten Betroffene und Angehörige mein Beratungsangebot. Durchgängig zeigte sich eine Gesprächsatmosphäre von **mitmenschlicher Solidarität und Achtsamkeit** als Voraussetzung für den klärenden Austausch.

Mit Fragen hielt ich mich grundsätzlich zurück; das solidarisch-achtsame Zuhören bot einen **Freiraum**, in dem die Ratsuchenden im allgemeinen genau das erzählten, was zu diesem Zeitpunkt 'reif' war.

Meist standen am Anfang die in der Regel betrüblichen Erfahrungen mit Psychiatern, Therapeuten und kommunalen psychiatrischen Krankenhäusern. *(Positiv erwähnt wurden oft SozialarbeiterInnen. Vor allem deren stärkere individuelle Aufmerksamkeit hatte gutgetan. Allerdings wecken Sozialarbeiter/Sozialpädagogen bei kontinuierlichen Kontakten oft nicht einlösbare Erwartungen.)*

Daneben berichteten Betroffene oder Angehörigen natürlich von den schlimmen Empfindungen und Symptomen, wegen denen Rat und/oder therapeutische Hilfe gesucht wurde.

Es hat sich bewährt, die Aufmerksamkeit der Ratsuchenden anschließend darauf zu lenken, daß quälende und verwirrende psychische Umstände sich im allgemeinen **wie ein Mosaikbild (oder Puzzle)** zusammensetzen aus sehr verschiedenen Aspekten. – Es ging dann darum, im Gespräch einen ersten skizzenhaften Überblick herzustellen über individuell relevante 'Mosaiksteine'. Typische Stichworte sind:

- bekannte schlimme Erlebnisse und Umstände in Kindheit und Jugend,
- bestehende quälende Empfindungen und symptomatische Verhaltensweisen,
- körperliche Symptome, deren Ursachen bisher nicht geklärt werden konnten,
- geahnte/vermutete lebensgeschichtliche Umstände,
- Beziehungen zu Angehörigen, eventuelle Loyalitätskonflikte,
- Folgerungen aus bisherigen therapeutischen Erfahrungen.

Sehr unterschiedlich und manchmal kontrovers gestalteten sich Gespräche mit Angehörigen, insbesondere wenn Eltern Rat suchen wegen ihrer Kinder.

Nicht selten schlossen sich an die Erstberatung einige Termine an, bei denen es um Unterstützung beim Auswerten von themenbezogenen Informationsquellen und bei der meist sehr belastenden Suche nach therapeutischen Perspektiven ging.

Auch zur längerfristigen **seelischen Alltagsstabilisierung** stand ich Betroffenen (im Rahmen meiner fachlichen und zeitlichen Möglichkeiten) zur Seite. Manchmal bedeutete dies eher Klärungshilfe für konkrete Situationen, wichtig waren aber auch Hinweise auf traumatherapeutische Stabilisierungsmethoden sowie meine entsprechende mitmenschliche Präsenz. Dazu gehörte die Möglichkeit, mich in Krisensituationen anrufen zu können.

ZUR ENTSTEHUNG DES PROJEKTS >TRAUMA BERATUNG LEIPZIG<

Ausblick

Wegen der vielen therapeutisch unversorgten frühtraumatisierten Menschen gibt es für all dies großen Bedarf. Nach allem, was mir von Betroffenen berichtet wird, sind bestehende psychosoziale Beratungsstellen bzw. entsprechende tagesstrukturierende Angebote im allgemeinen zu breit orientiert, alsdaß sie den spezifischen Bedürfnissen von frühtraumatisierten Menschen gerechtwerden könnten. Der Bedarf an spezialisierteren Beratungs- und Betreuungsangeboten für dieses Klientel zeigt sich für mich auch bei öffentlichen Veranstaltungen, durch das allgemeine Interesse an den Informationsunterlagen der T.B.L. sowie die zunehmende Resonanz aufgrund der Internet-Präsentation (ab 2008).

In den letzten fünf Jahren hat sich einiges geändert. Mittlerweile gibt es unterschiedliche psychotraumatologisch orientierte Therapiemethoden. Diese werden in einer Vielzahl von Weiter- und Fortbildungseinrichtungen vermittelt. Die Existenz von psychotraumatischen Folgeschäden wird zunehmend ernstgenommen in der Öffentlichkeit. Das ist begrüßenswert, es geht jetzt aber zunehmend auch um viel Geld! - Wer als kleiner Freier Träger eine niederschwellige Veranstaltung zum Thema Trauma machen möchte und sich dazu überregional nach FachreferentInnen umschaute, kommt schnell an die Grenzen seiner finanziellen Möglichkeiten.

Ein großes Problem ist nach wie vor die **unangemessene Haltung sozialer Behörden** gegenüber Traumabetroffenen, vornehmlich wenn es um sexuelle Traumatisierungen geht. Hier können fachlich kompetente Beratungsstellen den Betroffenen zur Seite stehen. Peggy Borchert schreibt in einem Offenen Brief innerhalb der von ihr begründeten INITIATIVE PHÖNIX:

"Dass sich Therapie-Richtlinien, Behördenumwege bei der Beantragung von Geldern zur Opferentschädigung, Verjährungsfristen und insgesamt der Umgang mit Betroffenen trotz zahlreicher Studien, die die Notwendigkeit eines Umdenkens belegen, dennoch nicht wesentlich verändern, ist ein unhaltbarer Zustand.

Erschwerend kommt hinzu, dass gerade diese Menschen sehr, sehr selten in der Lage sind, sich gegen bestehende Hürden zur Wehr zu setzen und für ihr Recht auf Hilfe zu kämpfen. Therapeutinnen und Therapeuten haben mit Arbeitsüberlastung und gutachterlichen Auflagen für Antragsverfahren alle Hände voll zu tun "neben" der zeit- und energieaufwendigen Arbeit mit ihren Klientinnen und Klienten. Deshalb erhalten die Zustände in diesem Bereich wahrscheinlich so wenig öffentliche Aufmerksamkeit. Das Letzte, das ein schwer traumatisierter Mensch aufbringen kann, ist die Kraft für zehrende Behördenkämpfe und die innere Stabilität für Öffentlichkeitsarbeit." (<http://www.initiative-phoenix.de/offenerbrief.html>)

ZUR ENTSTEHUNG DES PROJEKTS >TRAUMA BERATUNG LEIPZIG<

Eine wichtige Aufgabe entsprechender Beratungsstellen sehe ich in der Hilfestellung für **Selbsthilfegruppen** für Betroffene mit Traumafolgeschädigungen. Bei telefonischen Anfragen aus **ländlichen Gebieten Sachsens** wurde für mich deutlich, um wieviel hoffnungsloser es dort zu sein scheint, fachlich kompetente oder auch nur interessierte Gesprächspartner für diese Thematik zu finden!

Ein stärkerer **kollegialer Austausch** zwischen Stellen, bei denen entsprechende Betroffene auftauchen, wäre für die effektivere Beratung und Betreuung dieses Klientels vermutlich hilfreich. Er würde ein nötiges Gegengewicht bilden zu der – andererseits ebenso unabdingbaren! – Bündelung von Fachkompetenzen. Ich denke hier an Jugendämter, Jugend-, Erziehungs- und Drogenberatungsstellen, Frauenhäuser/Frauenberatungsstellen und sonstige psychosoziale Angebote bis hin zu ambulanten TherapeutInnen, Psychiatern und psychiatrischen Krankenhäusern/Ambulanzen. Hierbei könnte eine entsprechend spezialisierte Beratungsstelle zum organisatorischen **Kristallisationspunkt für den gleichberechtigten interdisziplinären Austausch** werden. Auch **triologische Gesprächsrunden** nach dem Vorbild der "Psychose-Seminare" könnten sich als hilfreich erweisen.

Aber das alles ist Zukunftsmusik..

Stärkere Aufmerksamkeit von Psychiatern, TherapeutInnen, psychosozialen Helfern und (solidarischen) Angehörigen für mögliche frühe Psycho-Traumatisierungen würde vielen Betroffenen die jahrelange Irrfahrt durch symptomorientierte Therapieversuche ersparen. **Lebenswille und individuelle seelische Selbstheilungskräfte (Ressourcen) könnten auf diese Weise in höherem Maße gefördert, gestärkt und dann auch genutzt werden.** Traumatherapeutische Erfahrungen bestätigen entsprechend orientierte sozialpsychiatrische Konzepte, Stichwort: RECOVERY (vgl. AMERING/SCHMOLKE 2007).

In nahezu allen Kontakten mit Betroffenen erlebe ich viel innere Motivation, sich selbst zu verstehen und weiterzuentwickeln. In bisherigen therapeutischen Situationen wurde dieses Potential offenkundig nicht umgesetzt bzw. frustriert.

Das leider typische Abrutschen von Betroffenen in Resignation, sozialen Rückzug (*auch in die oft hospitalisierend wirkenden gemeindepsychiatrischen Angebote zur Tagesstrukturierung!*), Invalidisierung und Alkoholabhängigkeit könnte in vielen Fällen vermieden werden. Das entspricht der gesundheitspolitisch angestrebten stärkeren Gewichtung von **Prävention**. -

Dies alles einbezogen, wäre die achtsamere psychosoziale Unterstützung traumatisierter Menschen mittelfristig vermutlich auch wesentlich kostengünstiger.

In dankbarer Erinnerung an Mandy, Djanja, Anke, Sylvie S. und die andern in der PA 13!

ZUR ENTSTEHUNG DES PROJEKTS >TRAUMA BERATUNG LEIPZIG<

Erwähnte Literatur

- AMERING,M.; SCHMOLKE,M.: Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit (Bonn 2007)
BESEMS,T.; van VUGT,G.: Wo Worte nicht reichen (München 1990)
GAHLEITNER,S.B.: Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung (München 2005)
Van der HART,O.; NIJENHUIS,R.S.; STEELE,K.: Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung (Paderborn 2008)
Huber,M.: Multiple Persönlichkeiten (Frankfurt/M. 1995)
Huber,M.: Trauma und Traumabehandlung, Teil 1 und 2 (Paderborn 2003)
Van der KOLK,B.A. (u.a.) (Hrsg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze (Paderborn 2000)
PEICHL,J.: Die inneren Trauma-Landschaften. Borderline, EgoState, Täter-Introjekt (Stuttgart 2007)
PUTNAM,W.: Diagnose und Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung (Paderborn 2003)
REDDEMANN,L.: Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (Stuttgart 2004)
REDDEMANN,L.; HOFMANN,A.; GAST,U.: (Hrsg.): Psychotherapie der dissoziativen Störungen (Stuttgart 2004)
SCHALLECK,M.: Rotkäppchens Schweigen. Die Tricks der Kindesmißbraucher und ihrer Helfer (Freiburg i.Br. 2006)

© Das Copyright für die Informationstexte der T.B.L. liegt bei Mondrian W. Graf v. Lüttichau. Sie können kostenfrei heruntergeladen und (in unveränderter Form und ebenfalls kostenfrei) verbreitet werden unter Hinweis auf die Quelle. Weitergehende Nutzung, insbesondere kommerzieller Art, bedarf der schriftlichen Genehmigung.

Bitte beachten Sie: Telefonische Krisenintervention über das im Impressum der Website angegebene Telefonnummer sind leider nicht möglich. In Notfällen wenden Sie sich bitte an die allgemeinen bundesweiten Notrufnummern:
Telefonseelsorge evangelisch: 0800 111 0 111
Telefonseelsorge katholisch: 0800 111 0 222
Kinder- und Jugendtelefon: 0800 111 0 333
Verein Schotterblume (Hilfe für Mißbrauchsoffer): 0700 733 53 644

Stand: Mai 2011

SEITE 9 VON 9