

# **Therapieverfahren Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD (BEPP nach Berthold Gersons et al.)**

Verfasst von Alexandra Thordai

## **Inhaltsverzeichnis**

1. Zusammenfassenden Darstellung des Therapieverfahrens BEPP
  - a) Die fünf Behandlungsphasen der BEPP
  - b) Die eklektischen Wurzeln der BEPP
2. Darstellung kritischer Einwände
3. Diskussion und eigene Stellungnahme
4. Literaturverzeichnis

Binningen, im Mai 2017

## 1. Zusammenfassende Darstellung des Therapieverfahrens BEPP

Die Brief Eclectic Psychotherapy for Psychotrauma (BEPP) wurde von Berthold Gersons in den 80er Jahren entwickelt zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei Polizisten. Ursprünglich gründete sie auf rein psychodynamischem Hintergrund, doch obwohl die Patientenzufriedenheit gross war, verbesserte sich die posttraumatische Symptomatik kaum (Gersons 1989). Deshalb begann Gersons, nach zusätzlichen Ansätzen zu suchen. So entstand diese integrative Therapiemethode, in der psychodynamische, kognitiv-behaviorale und direktive psychotherapeutische Elemente vereint werden, deren Wirksamkeit mittlerweile auch bei anderen PTBS-Patienten belegt ist, und die mit einer durchschnittlichen Effektstärke von 1.4 vergleichbar ist mit den anderen derzeit führenden Therapieverfahren für PTBS (Mink & Meewisse 2016). Die Wirksamkeit der BEPP wurde in vier randomisierten Studien nachgewiesen (Gersons et al. 2000; Lindauer et al. 2005; Schnyder et al. 2011; Nijdam et al. 2012). 2005 wurde die BEPP in die Richtlinien des National Institute for Clinical Excellence (NICE) in Grossbritannien aufgenommen.

Besonders entscheidend für diese Therapieform ist eine gute und vertrauensvolle Beziehung zwischen Therapeut und Patient. Diese verhilft dem Patienten zur nötigen Sicherheit, damit er sich auf die Traumakonfrontation einlassen und sie durchhalten kann und sich im nochmaligen Erleben seiner Hilflosigkeit getragen fühlt.

Ziel der Therapie ist es, die PTBS-Symptomatik zu reduzieren sowie das Trauma in die persönliche Biografie zu integrieren und hinter sich zu lassen. Die PTBS-Symptome persistieren, da stark ängstigende Emotionen nicht zugelassen und vermieden werden, was deren Verarbeitung verhindert. Deshalb müssen die traumabezogenen Gefühle akzeptiert und in ihrer Bedeutung verstanden werden, und um dies zu ermöglichen, muss die oft schreckliche Realität des Traumas mit seinen Konsequenzen angegangen werden (Gersons et al 2015).

Die BEPP liegt seit 1995 als strukturiertes Therapie-Protokoll vor in mittlerweile acht Sprachen. Die deutsche Fassung von 2012 basiert auf der revidierten dritten englischen Fassung von 2011. Das Protokoll wurde zudem für Kinder und Patienten mit traumatischer Trauer modifiziert.

Das BEPP-Protokoll beinhaltet 16 Sitzungen zu je 45-60 Minuten und fünf Phasen.

### a) Die fünf Behandlungsphasen der BEPP

1. Psychoedukation
2. Exposition
3. Arbeit mit Erinnerungsstücken
4. Integration und Bedeutungsgebung
5. Abschiedsritual

Zu 1. Psychoedukation (1. Sitzung):

Es ist wichtig, dass der Patient über seine PTBS-Symptome ausreichend informiert ist. Er soll seine Symptomatik als natürliche Reaktion begreifen, die durch ein traumatisches Erlebnis hervorgerufen wurde und einen dysfunktionalen Zustand zur Folge hat. Dieses Verständnis verhilft ihm auch dazu, das verlorene Gefühl von Kontrolle über das eigene Leben wieder etwas zurückzugewinnen.

Die Psychoedukation beinhaltet Informationen über die Ursache, den Verlauf und die psychischen und physiologischen Folgen einer PTBS und den Behandlungsablauf. Wenn möglich wird eine wichtige Bezugsperson des Patienten ebenfalls in die Psychoedukation einbezogen, um deren Unterstützung für seine Behandlungsmotivation zu sichern.

Zu 2. Exposition (ab 2. Sitzung; umfasst 4-6 Sitzungen):

Im ersten Hauptteil der Behandlung erfolgt jeweils nach konzentrationsfördernden Entspannungsübungen eine Exposition, d.h. Traumakonfrontation, in der auf das Schlüsseltrauma bzw. dessen höchste emotionalen Belastungsmomente („Hotspots“) fokussiert wird mittels Imagination. Diese detaillierte Reinszenierung des traumatischen Erlebnisses in allen sensorischen Modalitäten dauert jeweils etwa 20 Minuten. Während dieser Expositionszeit werden chronologisch die Hotspots des traumatischen Geschehens mit geschlossenen Augen nacheinander imaginiert, bis alle bearbeitet worden sind.

Ziel dieser Imaginationsübungen ist das Ausleben, die sog. ‚Katharsis‘, der trauma-bezogenen Gefühle, was in Trauer über das Erlebte mündet. Gleichzeitig fühlt sich der Patient erleichtert, weil er die Angst und den Schmerz über sein verlorenes Sicherheitsgefühl endlich zulassen konnte. Als Wirkmechanismus wird angenommen, dass über implizites Lernen das bei PTBS automatisierte und dysfunktionale Angstsignal korrigiert wird („Reset-Funktion“ nach Mink & Meewisse 2016), so dass das Trauma an Intensität verliert. In dieser Phase werden keine psychodynamischen Interpretationen vorgenommen; die Aufgabe des Therapeuten ist es, den Patienten teilnehmend und unterstützend durch diesen Prozess zu begleiten.

Zu 3. Arbeit mit Erinnerungsstücken (während Expositionsphase, jeweils nach Exposition; Beginn ab 3. Sitzung):

Der Patient wird gebeten, einen Fortsetzungsbrief an eine Person oder eine Organisation zu schreiben, die in negativer Weise mit dem Trauma zu tun hatte, z.B. bei Gewalttaten einen Brief an den Täter oder einen Abschiedsbrief an einen infolge des Traumas verstorbenen Angehörigen. Diese schriftlich auszuführende Hausaufgabe dient während der Expositionsphase der fortgesetzten Katharsis von und Auseinandersetzung mit besonders intensiven Gefühlen wie Aggression oder Trauer und ist auf täglich 30 Minuten begrenzt. Der Brief soll inhaltlich und formal unzensuriert geschrieben und explizit nicht abgeschickt werden.

Ferner können Erinnerungsobjekte mit konkreter oder symbolischer Beziehung zum Trauma vom Patienten in die Expositionssitzung mitgebracht und besprochen werden wie z.B. Kleidungsstücke, Fotos oder Zeitungsartikel. Dies fördert den Zugang zum Traumaerleben und erleichtert so den Einstieg in die Konfrontation.

Zu 4. Integration und Bedeutungsgebung (ab 7. Sitzung; umfasst 6-10 Sitzungen):

Der zweite Hauptteil der Behandlung dreht sich um die Bearbeitung existenzieller Fragen: wie sieht sich der Patient selbst und die Welt, wie kann er sich wieder in die normale Welt integrieren? Gibt es einen Zusammenhang seiner beim Trauma gezeigten Reaktionen mit Erfahrungen während seiner Kindheit? Das Ziel dieser Phase ist, dem Trauma eine persönliche Bedeutung zu geben und zur Sinnstiftung zu gelangen. Als Wirkmechanismus wird angenommen, dass über explizites Lernen das Gefühl von unterbrochener Sicherheit korrigiert wird (Mink & Meewisse 2016). Es findet jedoch keine psychodynamische Bearbeitung unbewusster Konflikte statt; die vertrauensvolle Beziehung zum Therapeuten ermöglicht dafür eine positive Übertragung, die implizit eine korrigierende Erfahrung darstellt.

Die Integration der traumatischen Erfahrung in die persönliche Biografie wird durch den Umgang mit der eigenen Verletzlichkeit und Hilflosigkeit gefördert, so dass diese schliesslich akzeptiert werden kann, und der Patient erfährt sich als trauriger, aber weiser (Gersons & Schnyder 2013). Auch die Bedeutung des Traumas für künftige eigene Lebensziele und Werthaltungen wird reflektiert und aktiv gestaltet. Durch das Lernen aus der traumatischen Erfahrung kann es damit auch zu positiven Veränderungen, zu ‚posttraumatischem Wachstum‘ (Gersons et al 2015) kommen.

Zu 5. Abschiedsritual:

Die Therapie wird mit einem Abschiedsritual beendet, in dem z.B. der Fortsetzungsbrief und andere Erinnerungsstücke vernichtet werden können. Es geht dabei nicht darum, dass der Patient sein Trauma vergisst, sondern dass er seine Vergangenheit symbolisch hinter sich lassen kann, um frei zu sein für ein normales Leben und seine Zukunft; zugleich wird damit die therapeutische Beziehung beendet. Dieses abschliessende Ritual hat einen feierlichen Charakter und wird nach Möglichkeit mit positiv empfundenen Aktivitäten verbunden wie z.B. einem Spaziergang oder Festessen; es findet idealerweise unter Einbezug der Angehörigen oder nächsten Bezugspersonen statt.

#### b) Die eklektischen Wurzeln der BEPP

Die BEPP basiert auf den wichtigsten Veränderungen im Psychotherapiebereich in den 80er Jahren. Damals entwickelte sich unter anderem die kognitive Verhaltenstherapie, und zu den führenden Therapierichtungen zählten neben den analytischen Verfahren auch die Gestalttherapie, die Hypnotherapie und die direktive Psychotherapie. Störungsspezifische Therapien waren selten, und auch für die PTBS-Behandlung gab es noch kein Konzept. Die standardmässig angewandte psychodynamische Therapie erwies sich als unzureichend für die PTBS-Behandlung.

In Zusammenarbeit mit der niederländischen Polizei entwickelte Gersons ab 1980 in fünf Jahren die heutige BEPP, die im Wesentlichen noch immer ein fokaler - und deshalb zeitlich vergleichsweise kurzer - psychodynamischer Ansatz ist (Gersons et al 2012), und in ihrem Namen wird auch deutlich, dass verschiedene therapeutische Bestandteile in das Behandlungs-Konzept integriert worden sind.

Die Psychoedukation wird von der kognitiven Therapie übernommen und verhilft dem Patienten neben dem Fachwissen von Anfang an zu einem Gefühl der Kontrolle und stärkt somit auch seine Selbstwirksamkeitsüberzeugung.

Die Exposition durch Imagination wurzelt in der Psychoanalyse, der Hypnotherapie und der Verhaltenstherapie. Sie zielt auf das intensive Ausleben der gemäss damaliger Sicht (Gersons 1996) mit einem Trauma stets verbundenen Trauergefühle ab (Trauer um eine bestimmte Person oder/und um die verlorenen Illusion der eigenen Sicherheit) im analytischen Sinne der Katharsis der Gefühle (Freud & Breuer 1893). Die Technik der visuellen Konfrontation mittels gedanklicher Vorstellung bzw. Imagination entspricht der heutigen Praxis der Hypnotherapie. Als Nebeneffekt kommt es zu einem Angstabbau analog zur Exposition in der kognitiven Verhaltenstherapie, wo diese Habituation als Hauptwirkmechanismus bei der PTBS-Behandlung gilt (Foa 2000).

Das Briefeschreiben ist ein emotionsförderndes Instrument aus der Trauertherapie (Pennebaker 1997); alternativ sind auch Tonaufzeichnungen oder Zeichnungen/ Bilder als Ausdrucksformen möglich.

Die Arbeit mit den Erinnerungsstücken (Ramsay 1977) und das Abschiedsritual (Van der Hart 1978) sind Methoden der direktiven Psychotherapie; dadurch wird die Katharsis von Wut und Traurigkeit unterstützt bzw. ein letztes Mal zum Ausdruck gebracht, womit auch ein psychodynamischer Gedanke vorhanden ist.

Die Integration und Bedeutungsgebung basiert auf psychodynamischem Psychotherapieverständnis. Demnach ist dieser Behandlungsteil ebenso wichtig wie die reine Symptomreduktion, denn er legt den Boden für einen Neuanfang im Hier und Jetzt. Posttraumatisches Wachstum setzt das verstehende und akzeptierende Integrieren des Erlebten voraus.

## 2. Darstellung kritischer Einwände

Im Grunde sehe ich kaum Anlass für fundierte Kritik an der Methode der BEPP.

Was bislang allerdings fehlt, ist der Wirknachweis der Behandlung bei komplex traumatisierten Personen: Die Methode wurde für nicht komplexe PTBS entwickelt, und es fehlen spezielle Strategien für die Behandlung von Patienten mit dissoziativen Störungen oder/und Selbstregulationsproblemen (Sack et al 2013).

Im BEPP-Manual wird unter Kapitel 4 Wichtige Faktoren ausserhalb des Konzepts, unter 4.4 Komplikationen, auf die Unterschiede bei der Behandlung von Traumata des Typ I und Typ II eingegangen; dabei wird jedoch mehr Begriffsverwirrung verursacht, denn Klarheit geschaffen. Offensichtlich ist heute die Begriffsbestimmung im Hinblick auf die Definition einer kPTBS bereits wesentlich weiter gediehen, als es zum Zeitpunkt der offenbar letzten Manual-Überarbeitung von 2004 der Fall war. Insofern ist das Manual in diesem Punkt nicht auf dem aktuellen Forschungsstand, abgesehen von den erwähnten fehlenden empirischen Wirknachweisen.

Das Problem der, bei der kPTBS häufiger auftretenden, dissoziativen Störungen wird im Manual unter Kapitel 4 Wichtige Faktoren ausserhalb des Konzepts, unter 4.2 Komorbidität: Kontraindikationen und Folgen für die Behandlung, ebenfalls eher oberflächlich gestreift. Bei schweren dissoziativen Störungen geben die Autoren demnach eine Kontraindikation für BEPP mit der etwas vagen Begründung, dass das Gedächtnis zu stark betroffen sei. Bei dissoziativen Symptomen ‚peritraumatischer Genese‘ bestehe hingegen keine Kontraindikation. Auch hier wäre mehr theoretische Differenzierung wünschenswert sowie empirisch fundierte Anleitung für die Arbeit mit dissoziierenden Patienten. Allerdings existiert im Bereich der dissoziativen Störungen bislang überhaupt noch sehr wenig Forschung, die Begriffsverwendung ist dabei uneinheitlich, und es werden zudem unterschiedliche theoretische Modelle miteinander verglichen (Schönborn 2015).

Auch das Thema der Selbstregulationsstörungen wird an o.g. Stelle im BEPP-Manual bei der Diskussion der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen nur kurz erwähnt; die Durchführung einer BEPP-Behandlung bei Patienten mit einer Emotionsregulationsstörung im Rahmen einer Borderline-Störung wird dort lapidar als ‚schwierig‘ bezeichnet.

Unter den gegebenen Verhältnissen scheint es etwas voreilig und gewagt, wenn die Autoren jüngst andernorts (Gersons et al 2015) in ihrem Schlusswort den Eindruck entstehen lassen, dass BEPP im Falle von schweren und komplexen Traumafolgen anderen, kürzeren Traumatherapie-Verfahren vorzuziehen sei; bei schwereren Fällen mit mehr Komorbidität könne als Therapiesetting für BEPP auch eine Tagesklinik infrage kommen unter Miteinbezug von Gruppentherapie.

Für mich persönlich war im Zusammenhang mit der Frage nach der BEPP-Indikation eine Empfehlung von Dr. Steinacher hilfreich, die sie anlässlich einer BEPP-Supervisionssitzung gab als Antwort auf die Frage, wann BEPP und wann NET eingesetzt werden solle. Sie macht die Anwendung von BEPP von der psychischen Stabilität des Patienten abhängig; wenn der Patient wenig stabil sei, wäre ein langsamer konfrontierendes Verfahren wie NET vorzuziehen. Somit kann es auch bei einer Borderline-Komorbidität möglich und sinnvoll sein, eine BEPP-Behandlung durchzuführen, sofern das psychosoziale Funktionsniveau des Patienten trotz PTBS weitgehend erhalten geblieben ist. Der im DAS-Kurs auf Video gezeigte BEPP-Fall von Gersons war ja auch eine junge Polizistin mit PTBS, komorbider BPS und gestörter Emotionsregulation, aber ihr Funktionsniveau im Beruf war trotz allem weitgehend erhalten geblieben.

Ein weiterer Einwand gegen BEPP könnte sein, dass es bei dieser Methode zu einer langsameren Reduktion der PTBS-Symptomatik kommt als z.B. bei EMDR (Nijdam et al 2012), ein Effekt, der sich allerdings im weiteren Behandlungsverlauf wieder ausgleicht. Bei Patienten mit sehr hohem subjektiven Leidensdruck wäre deshalb eine EMDR- wohl einer BEPP-Behandlung vorzuziehen. Gleiches gilt für Patienten mit eingeschränkter Fähigkeit zur Selbstreflexion und Verbalisierung, weil EMDR das Traumaverfahren mit dem bislang geringsten Anteil an expliziter Verbalisierung ist unter den evidenzbasierten Verfahren.

Ähnlich könnte bei Patienten aus anderen als westlichen Kulturen argumentiert werden: anstatt wie Gersons selbst vorschlägt (Gersons et al 2012), hier mehr Zeit in die Behandlung zu investieren, könnte ein sprachärmeres Verfahren wie EMDR schneller zum Erfolg führen. Möglicherweise würde EMDR von Patienten aus sogenannten Schamkulturen, wo das Kollektiv wichtiger ist als das Individuum, einem sprachlastigeren CBT-Verfahren auch deshalb vorgezogen, weil die Beschäftigung mit individuellen Werten von solchen Patienten als Anmassung erlebt und abgelehnt werden könnte, insbesondere wenn dies so ausführlich geschieht wie beim zweiten Hauptbestandteil der BEPP, der Phase der Integration und Bedeutungsgebung.

Der letzte, nicht ganz ernst gemeinte Einwand betrifft die Bezeichnung der BEPP als eklektische Therapieform, denn sie gilt wie die anderen evidenzbasierten Verfahren heute im Wirkmechanismus grundsätzlich als kognitiv-behaviorale PTBS-Therapie gemäss NICE-Leitlinien (2005) und hat insgesamt weitaus mehr Gemeinsamkeiten mit diesen Verfahren als Unterschiede aufzuweisen (Schnyder et al. 2015, Schnyder 2016).

### 3. Diskussion und eigene Stellungnahme

Bereits im Vorfeld, während der theoretischen Auseinandersetzung mit der BEPP, empfand ich spontan eine grosse Sympathie für diese PTSD-Therapieform, die sich dann bei den ersten praktischen Therapie-Erfahrungen damit weiter vertiefte. Das liegt einerseits am psychodynamischen Hintergrund der BEPP, der dem Therapeuten mehr Handlungsspielraum lässt besonders im zweiten Behandlungsabschnitt der Integration und Bedeutungsgebung im Unterschied zu den klassischen kognitiven Trauma-Verfahren wie z.B. PE, Tf-KVT oder CPT. Andererseits bietet der eklektische Aufbau der BEPP mit den verschiedenen Elementen wie dem Briefeschreiben, der Arbeit mit Erinnerungsstücken und dem Abschiedsritual dem Patienten auch die Möglichkeit, sich auf verschiedene, teils symbolische Weise mit den traumabezogenen Emotionen weiter zu befassen - dies jedoch auf weniger schulmeisterliche Art und Weise, als dies bei den meisten kognitiven Verfahren der Fall ist. Bei Bedarf kann zudem die kognitive Modifikation z.B. einer Schuldthematik nach der Bedeutungsgebung immer noch stattfinden, wie selbst erlebt und im ‚Fallbericht Herr K.‘ beschrieben, sozusagen in Ergänzung der eklektischen Grundstruktur der BEPP.

Durch das völlige Fehlen von Arbeitsblättern, Gedankenprotokollen, mikroanalytischen Interviews, repetitiven in Sensu- oder in Vivokonfrontationen und Verhaltensexperimenten, etc. entsteht wahrscheinlich auch mehr emotionale Nähe zwischen Patient und Therapeut, was den Therapieprozess, insbesondere das Miterleben der Exposition, für den BEPP-Therapeuten zur emotional intensiveren Erfahrung werden lässt als bei anderen kognitiven Verfahren oder beim EMDR, wo der Therapeut den Patienten nur in die Exposition hinein-, aber nicht durch sie hindurch begleitet. Somit hat der BEPP-Therapeut wahrscheinlich mehr Freiheiten als andere Traumatherapeuten, aber auch (noch) mehr Verantwortung für seine Beziehung zum Patienten und sein therapeutisches Handeln, inkl. eigener Psychohygiene. Die BEPP weist mit

dieser im Grunde sehr optimistischen Grundeinstellung gegenüber Patient und Therapeut eine zutiefst humanistische Haltung auf, was sich übrigens auch überzeugend in der Ausstrahlung ihres niederländischen Gründers und seiner Mitarbeiterinnen widerspiegelt.

#### 4. Literaturverzeichnis

Foa, E.B., Keane, T.M., und Friedman, M.J. (2000): Effective treatments for PTSD. New York: The Guilford Press.

Freud, S. und Breuer, S. (1893): On the psychological mechanism of hysterical phenomena: preliminary communication. Standard Edition Vol. 2, Hogarth Press: London.

Gersons, B.P.R. (1989): Patterns of posttraumatic stress disorder among police officers following shooting incidents; the two-dimensional model and some treatment implications. *Journal of Traumatic Stress*; 2 (2):247-257.

Gersons B.P.R. und Denis, D.: Das Konzept der posttraumatischen Belastungsstörung. In: S. Proebe, D. Denis, M. Bauer (1996): *Eingesperrt und nie mehr frei; Psychisches Leiden nach politischer Haft in der DDR*. Darmstadt: Steinkopff.

Gersons, B.P.R., Carlier, I.V.E., Lamberts, R.D. und van der Kolk, B. (2000): A randomized clinical trial of brief eclectic psychotherapy in police officers with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*; 13:2, 333-347.

Gersons, B., Meewisse, M., Nijdam M. und Olf, M. (2012): BEPP Protokoll, dt. Fassung. Diemen: Arq Psychotrauma Expert Group.

Gersons, B. und Schnyder, U. (2013): Learning from traumatic experiences with brief eclectic psychotherapy for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology* 2013.

Gersons, B., Meewisse, M. und Nijdam, M.: Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD. In Schnyder, U. und Cloitre, M. (Hrsg.) (2015): *Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders: A practical guide for clinicians*, S. 255-276. Springer International Publishing.

Lindauer, R.J.L., Vlieger, E.J., Jalink, M., Olf, M. Carlier, I.V.E., Majoie, C.B.M.L., den Heeten, G.J. und Gersons, B.P.R. (2005): Effects of psychotherapy on hippocampal volume in out-patients with posttraumatic stress disorder: a MRI investigation. *Psychological Medicine* 35, 1-11.

Mink-Nijdam, M. und Meewisse, M. (2016): Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD. Skript des Seminars innerhalb des DAS in Psychotraumatologie UZH.

NICE-Guidelines Posttraumatic stress disorder, March 2005.

Nijdam, M.J., Gersons, B.P.R., Reitsma, J.B., de Jongh, A. und Olf, M. (2012): Brief eclectic psychotherapy versus eye movement desensitization and reprocessing therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder: randomized controlled. *Br J Psychiatry* 200, 1-8.

Pennebaker, J. (1997): Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science* 8:3, 162-166.

Ramsay, R.W. (1977): Behavioral approaches to bereavement. *Behav Res Ter*, 5(2): 131-5.

Sack, M., Sachsse, U. und Schellong, J. (2013): Komplexe Traumafolgestörungen: Diagnose und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt. Stuttgart: Schattauer.

Schönborn, D. (2015): Traumatisch bedingte Dissoziation der Persönlichkeit. Kolloquium für Psychotherapie und Psychosomatik, UZH.

Schnyder, U., Müller, J. Maercker, A. und Wittmann, L. (2011): Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD: A randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry* 72:4, 564-566.

Schnyder, U., Ehlers, A., Elbert, T., Foa, E., Gersons, B.P.R., Resick, P., Shapiro, F. und Cloitre, M. (2015): Psychotherapien für PTBS: Was haben sie gemeinsam? *European Journal of Psychotraumatology*, Vol. 6, 28186.

Schnyder, U. (2016): Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. Prinzipien der Krisenintervention. Skript des Seminars innerhalb des DAS in Psychotraumatologie UZH.

Van der Hart, O. (1978): Transition and reinforcing: about the sketch and prescribing rituals in psychotherapy. Deventer: Van Loghum Slaterus.