

## Ein weiteres Baby stirbt: Prävention von Kindstötung



Patricia Crittenden

Worte sind sehr mächtig! Sie können Bedeutungen enthüllen, verdunkeln oder verändern. Kürzlich starb 'Baby P.' an Verletzungen, zugefügt von seinen Eltern. Kürzlich in England, schrien Zeitungen "Folter", "Täuschung", "sadistische Verbrecher"... Mit solchen evokativen Worten, werden die Motive der Erwachsenen als "boshaft" und "übel" entlarvt – jenseits menschlichen Fassungsvermögens. Mächtige

Worte wie diese stehen einem Verstehen und Verhüten einer nächsten Tragödie im Wege.

In der letzten Ausgabe schrieb ich über Victoria Climbié. Haben wir in den letzten Jahren seit ihrem Tod nichts dazu gelernt? Haben die Fachleute, welche Baby P 60 Mal sahen nicht gewusst, dass Kinder, die wiederholt von ihren Eltern verletzt werden, sehr ruhig, sehr gut, und, wenn sie alt genug sind, sehr 'glücklich' sind? Baby P's Spitzname war 'Smiley': *Sein glückliches Lächeln maskierte Monate von Schmerz und Terror, zugeführt von seiner Mutter und seinem Stiefvater* (Daily Mail, 12. Nov. 2008). Haben



die Fachleute nicht verstanden, dass solche Eltern selbst als Kinder verletzt wurden und häufig, nun als Erwachsene, verängstigt sowie gefährdet waren? *Baby P's Mutter wuchs auf, umgeben von Sozialarbeitern und hatte zahlreiche Übung darin, diese zu manipulieren.*

Diese Zeile – und das Wort 'manipulieren' – formen unser Verständnis und verdecken die Frage, warum sie Sozialarbeiter gebraucht hat. Hatte die Gefahr der Kindesaussetzung – welche sie als Kind erfahren hatte – sie sowohl hin zu gefährlichen Liebhabern getrieben und dazu, alles was notwendig war, zu machen, um ihre Baby zu behalten? Wussten die Fachleute nicht, dass Erwachsene, wie Baby P's Stiefvater, welcher auf gefährliche Weise bestraft wurde, häufig ihre Kinder hart bestrafen – sehr hart – um ihnen beizubringen, noch größere Gefahren zu vermeiden? Erwachsene aus Ländern, welche systematisch Gefahren ausgesetzt waren, wissen das. Wir, die in sicheren Ländern leben, unterschätzen wir, die Kraft, welche die Exposition gegenüber ungeschützter Gefahr auf die Formung unseres Verstandes und die Organisation unseres Verhaltens hat?

## Contents

### Page

- 1 **Prävention von Kindstötung**
- 2 **Ureinwohner von Kanada gewinnen ihre Vitalität nach Generationen von Misshandlung zurück**
- 3 **Opfer & Täter: Zwei Gesichter einer Tragödie**
- 3 **Ein DMM-Zugang, um Leistungen der Dienste zu strukturieren**
- 4 **Behandlung schwerer Traumatisierung**
- 6 **Forschung: Die problematische Entwicklung von Kindern, deren Mütter Opfer von sexuellem Missbrauch im Kindesalter waren**
- 7 **Chronifizierte PTBS und ihre Wurzeln in Kindheitstraumata**
- 7 **Hinweise für Praktiker**

Die Herausgeber möchten den Übersetzern dieser Ausgabe dafür danken, dass sie es Leuten möglich gemacht haben, die DMM-News in ihrer eigenen Sprache zu lesen. Der Übersetzer dieser Ausgabe ist Nicola Sahhar.

Was sollten wir aus Victoria's Tod gelernt haben, was möglicherweise Baby P's Tod verhindert hätte?

- Die Bedeutung von falsch positiven Affekt anzuerkennen, insbesondere wenn dieser diskrepant zur Situation ist;
- Anklagen zu vermeiden und die Eltern über deren Ängste und vergangene Traumata zu befragen, damit wir ihnen dabei helfen können, ihre Kinder zu schützen;
- Langzeit Unterstützungs-Angebote bereit zu stellen (siehe Nickel Artikel auf S. 3).

Wie sollten wir reagieren? Sollten wir Fachdienste reorganisieren? Ein neues Protokoll entwickeln? Jeden kündigen? Lassen Sie uns nicht die Fachleute so behandeln wie Baby P von seinen Eltern behandelt wurde. Auch nicht wie deren Eltern jene behandelt haben. Lassen Sie uns die guten Absichten der gut meinenden Fachleute anerkennen und deren Verzweiflung über die Absichten, welche schlecht ausgegangen sind – eine Verzweiflung, die auch Baby Ps Eltern fühlen. Lassen Sie uns nicht alle in eine Verteidigungshaltung drängen – weil dieses das Verhalten in unerwünschter Weise verändern würde. Stattdessen lassen Sie uns die notwendigen Informationen über Affekt, über die Wirkung von Trauma sowie Information über die Wichtigkeit von Mitgefühl zur Verfügung stellen, kombiniert mit 'safe practice' in jedem Stadium des Lebens.

Wir können nicht jeden Tod verhindern, aber wir können damit aufhören, die selben Fehler zu wiederholen.

**Patricia Crittenden, Ph.D. hat über Kindstötung in *Raising Parents* (2008) geschrieben.**

## Die Kanadische Internatserfahrung: Eine Persönliche Perspektive



Mary Courchene

*“Die Behandlung von Kindern in Indianischen Internaten stellt ein trauriges Kapitel in unserer Geschichte dar und wird nie mehr wiederholt werden.”* Diese Aussage wurde vom Ministerpräsidenten, Steven Harper, am 11. Juni 2008 im Kanadischen Unterhaus gemacht, als er sich öffentlich gegenüber zahlreichen Repräsentanten der Indianer, Inuit und dem Volk der Métis von Kanada für eine verheerende Assimilationspolitik der Regierung entschuldigte. Die Internierung in Internate hielt ein Jahrhundert

an und erzeugte mehrfache Generationen von Kindern, welche aus ihren Familien gerissen wurden und gezwungen wurden, in Schulen zu leben, in denen ihre Sprache und Kultur verbannt wurde und wo viele physisch und sexuell misshandelt wurden.

Ich war eine der Repräsentanten an diesem historischen Tag. Ich bin auch eine der schätzungsweise 87.000 Internatsüberlebenden und ich schreibe, um eine persönliche Perspektive über das verheerende Erbe beizutragen, das dieser Handlungsverlauf auf das Leben von Generationen von Indianern, Inuit und dem Volk der Métis von Kanada hinterlassen hat.

Ich erinnere meine Vorschuljahre, in denen ich glücklich und geliebt war, mit viel Zuwendung durch die Familie, die aus Eltern, Großeltern, Geschwistern und anderen, entfernteren Familienmitgliedern bestand. Als ich 5 Jahre alt war, wurden mein Bruder und ich weg, in ein Internat gebracht, welches zufällig bloß 5 Minuten Fußweg entfernt von unserem Wohnort war.

Ich erinnere mich, mich auf die Schule gefreut zu haben, da ich Englisch lernen konnte und damit entziffern konnte, was die Blasen im Comic-Buch sagten, die ich mir Stunden lang anschaute.

Seltsamerweise haben meine Eltern uns nicht auf das vorbereitet, was uns in der Schule erwarten würde, und bald fand ich heraus, warum sie das nicht konnten. Meine Mutter hielt immer noch an den schmerzhaften Erinnerungen aus dem Jahrzehnt fest, die sie genau auf der Schule verbracht hatte, in der sie jetzt gesetzlich gezwungen war, ihre Kinder anzumelden!

Leben in der Internatsschule stellte eine *Misere* dar, bestand aus *unvorstellbarer Einsamkeit*, und *Entzug* von nährender und elterlicher Liebe. Während der 13 Jahre, in denen ich gezwungen war, dort zu bleiben, wurde ich systematisch meiner Würde und meines Stolzes beraubt, und wurde indoktriniert zu glauben, dass meine Kultur, meine Bräuche und Sprache unzivilisiert und primitiv waren. Als Ergebnis, lernte ich schnell meine ganze Welt zu *hassen*, einschließlich meiner Selbst und meines Volkes. (Ich hasste auch meine Vorfahren). Eines Sommers, zu Hause im Rahmen unserer jährlichen zwei-monatigen Ferien, erinnere ich mich, meine Eltern mit extremer Verbitterung und offenem Hass angeschaut zu haben, einfach deswegen, weil sie Indianer waren und mich in der traditionellen Sprache begrüßten.

*“Von nun an werden wir nur noch Englisch in diesem Haus sprechen,”* proklamierte ich. Mein Vater schaute mich mit Traurigkeit an als meine Worten ihn trafen. *“Nun, ich glaube wir werden nie wieder mit diesem kleinen Mädchen sprechen,”* sagte er in Ojibway, der Sprache unseres Volkes. Ich war gerade 11 Jahre alt.

Schon zu diesem Zeitpunkt hatte meine Abwesenheit von zuhause irreparablen Schaden angerichtet. Ich war fast Roboter-ähnlich und nicht in der Lage, positive Gefühle, wie Liebe und Freude, auszudrücken. Stattdessen war ich in einer entscheidenden Zeit meiner Kindheit von Angst und Hass getrieben. Ich

war eine Fremde in meinem eigenen Haus, unfähig, mit meinen Eltern in Beziehung zu treten und, weil Jungen und Mädchen daran gehindert wurden zu interagieren, war ich noch nicht einmal in der Lage, mit meinem Bruder an der gleichen Schule eine Beziehung aufrecht zu erhalten.

Ich erzähle diesen Teil meiner Lebensgeschichte, um zu verdeutlichen, dass das Internatsschulsystem in Kanada die Einheit von Familien einer ganzen Ureinwohnerpopulation zerstörte. Es war vorsätzlich und systematisch.

Die Völker der Indianer, Inuits und Métis haben - sich bis heute noch nicht von dieser dunklen Ära der kanadischen Geschichte erholt.

Unsere Statistiken der Kinderfürsorge, Gefängnisse und unsere Ausbildungsraten untermauern dieses Phänomen. Es ist kein Wunder, dass Ureinwohner heute noch darum ringen, ihre Identität zu finden. Viele Jugendliche, insbesondere in den Großstadtzentren, erleben sich unverbunden von ihrer Kultur und Sprache, sind verloren in einer ungesunden Subkultur.

Dieser Krieg gegen unsere Seele hinterließ generationale Narben und eine Geschichte, über welche die ganze Welt Bescheid wissen sollte, angesichts Kanadas Reputation als freies Land.

Wie heilen wir?

**Die Lösung besteht darin, uns auf unsere Traditionen, unsere Bräuche und unsere Sprache zurück zu besinnen, indem wir mit unseren Älteren in Verbindung treten, welche unsere traditionellen Wissensbewahrer darstellen. Diese Bewegung der Rückbesinnung und Revitalisierung ist stark und wir sind ein unverwüchtliches Volk.**

**Wir werden heilen.**



Photo: Duane Burnett, BC, Canada

**Mary Courchene ist die frühere Dekanin für Ureinwohner Erziehung am Red River College in Winnipeg, Kanada.**

## Trauma & Viktimisierung



Pat Crittenden

DMM News Nr. 5 ist fokussiert auf Trauma; Ausgabe Nr. 4 behandelte Sex und Gewalt. Anders gesagt, diskutieren wir Täter und Opfer. Diese Ausgabe verweist auch auf Resilienz und Transmission von Bindung über Generationen hinweg. Diese Begriffe sind bekannt genug, aber lassen Sie uns nicht zu schnell und einfach frühere Bedeutungen übergehen, die so problematisch sind, dass wir diese lieber vermeiden wollen.

Nehmen wir zum Beispiel die Dichotomie zwischen Opfern und Tätern. Peder Nørbech und Val Hawes zeigten uns, das gefährliche Mörder üblicherweise groß gewordene Opfer sind. In dieser Ausgabe beschreibt Jennie Noll wie ein Mädchen, viktimisiert durch den sexuellen Missbrauch durch ihren Vater, später ihre Kinder so schwerwiegend vernachlässigt, dass eines sterben wird und zwei ihrer Fürsorge entzogen werden. Ist so ein Mädchen Opfer oder Täter? Beziehen sich diese Worte auf unterschiedliche Personen oder nur auf unsere Einstellung gegenüber der selben Person zu verschiedenen Zeitpunkten deren Lebens? Reduzieren unsere Begriffe die Komplexität ihres Leidens und die Vollständigkeit unseres Verstehens gegenüber einer singulären Handlung – damit die Auswahl einer Antwort weniger stresshaft für uns wird?

So wie ich das heute sehe, definieren Worte wie Täter, Misshandler und Angreifer die Person aus der Perspektive anderer und für die Absichten anderer. Hierdurch lassen diese Begriffe wesentliche Aspekte einer Person aus, sowohl in der Gegenwart als auch dahin gehend wie sie sich entwickelten.

Menschen, die andere Menschen verletzen, haben fast immer sehr stark gelitten, in Zeiten, in denen sie nicht in der Lage waren, sich selbst zu schützen. Mehr noch, dann gab es fast nie jemanden, um sie zu trösten. Wie Sverre Varvin und Mary Heller herausheben, taten sie im Rahmen ihrer Reife und Erfahrung was sie konnten, um sich selbst zu schützen. Ich stimme dem zu. Sie machen, in ihrer Kindheit, das Vernünftigste, was sie aus ihrer Situation machen konnten, und organisieren ihr Verhalten, um sich selbst vor Gefahr und Schmerz zu schützen. Üblicherweise bedeutet dieses, (1) hypervigilante Beachtung bestimmter Informationen, (2) Verwerfen ablenkender oder irreführender Informationen, häufig über Sicherheit und Trost, und (3) schnelles Handeln, häufig bevor bedächtige Integration initiiert werden kann. Wenn wir ihr gefährliches Verhalten beobachten, dann fällt es uns schwer zu sehen, dass sie sich gefährdet fühlen und handeln, um sich selbst zu schützen oder zu beruhigen. Das zu verstehen, könnte unsere Antworten in einer Weise verändern, welche sowohl deren Bedrohung für andere, als auch deren Leiden reduzieren könnte.

Opfer sind mit dem gegensätzlichen Problem konfrontiert. Häufig versagen wir darin, vorherzusagen, wie deren Bemühungen, sich selbst zu schützen, möglicherweise eines Tages andere gefährden könnten, einschließlich ihrer Liebhaber und ihrer Kinder – genau oder jene Menschen, die sie zu schützen beabsichtigen. Unsere Bemühungen, Opfer zu retten, übersehen häufig deren komplexe Beziehungen mit gefährdenden Familienmitgliedern.

Das bringt uns zur Resilienz. Viele Menschen, welche viktimisiert wurden, machen nicht damit weiter, andere zu verletzen, oder im Falle, dass sie anderen Unheil zugefügt haben, erkennen sie nichtsdestotrotz an, was sie getan haben und verändern sich. Indem man sie resilient nennt, könnten wir den Prozess übersehen, über den sie Reife erlangt haben. Resilienz beschwört die Idee herauf, dass sie, durch das Unglück, welches sie erfahren haben, auf eine magische Art unversehrt blieben.

Nicht so! Sie litten, sie arbeiteten hart daran, sowohl mit der Erfahrung als auch mit ihrer Rolle darin, zurecht zu kommen, und sie betrauern weiterhin das, was sie verloren haben. Resilienz ist nicht eine spezielle Gabe; es ist eine schwer erworbene und kostspielige Leistung. Es transformiert die Passivität des Leidens in eine Handlung der Wiederherstellung. Mehr noch, wie es Mary Courchene vorschlägt, wird dieses wieder und wieder erworben, indem man sich persönlich über die Lebenszeit erholt und andere darin unterstützt, die gleiche Möglichkeit zu finden. Resilienz ist Entschlossenheit, gestärkt durch Mitgefühl, nicht Glück.

Zum Schluß, Transmission von Bindung – oder Misshandlung. Wie genau beeinflusst eine Generation die Nächste? 'Transmittiert' legt eine Paket – oder eine Nachricht nahe. Noch einmal, es ist nicht so. Jede Person muss ihre eigene Welt erfahren und wahrnehmen, deren Wahrnehmungen repräsentieren, Strategien organisieren und handeln – für sich selbst. Diese Dinge können nicht als Ganzes weitergegeben werden und Kinder könnten sich nicht so ähnlich wie ihre Eltern organisieren. Gefährdete Kinder im Besonderen zeigen in einer großen Auswahl von Resultaten, dass für sich selbst organisieren.

Mein Standpunkt ist, dass unsere Terminologie Prozesse auslöst, Komplexität reduziert und Variabilität übersieht. Wenn wir wirklich helfen wollen, dann liegt unsere Aufgabe darin, genau dann anzuhalten, wenn Sprache schnell über komplexe Bedeutungen hinweg rutscht. Genau an diesem Punkt sollten wir, in den Worten der Amerikanischen 'Indianer', versuchen, in den Mokassins des Anderen zu gehen. Nur dann werden wir die Erfahrung derer anerkennen, welche keine andere Chance hatten, als nur solche Schuhe zu tragen. Nur dann werden wir die psychologischen und die Verhaltensstrategien von gefährdeten Menschen verstehen, den Aufwand respektieren, den mentale Organisation benötigt und werden darauf vorbereitet sein, die Errungenschaft menschlichen Potentials zu würdigen, welches das Wort 'Resilienz' verkörpert.

## Unterstützung von Ureinwohner-Familien



Irmie Nickel

Zu den Ureinwohnern in Kanada gehören First Nations Völker (welche schon hier waren, bevor Europäer ankamen), Métis Völker (gemischte First Nations und Europäische Vorfahren) und Inuit Völker (meistens nördliche Regionen). In Manitoba repräsentieren sie 10% der Bevölkerung, annähernd 50% davon sind unter 25 Jahre alt. Viele sind in Gefahr, auf Grund der

Jahrhundertlangen Internatsschulenerfahrung schwierige Bindungsbeziehungen zu entwickeln. Nach langen Debatten, wurde jeder Ureinwohner-Nation das Recht eingeräumt, eigene Kinderschutzagenturen zu bilden. Die neuen Agenturen erhielten ihre Existenz nach genauer Prüfung, mit wenig Zeit, Personal vorzubereiten und auszubilden, aber mit der Gelegenheit, etwas Bedeutendes und Anderes zu machen.

### Das DMM und die Ureinwohner

Die Völker in Ureinwohner-Kulturen haben eine große Bandbreite von Bindung, basierend auf Familienstrukturen und Pflichten, welche Werte und Traditionen der Ureinwohner reflektiert haben. Ureinwohner-Eltern sind eher weniger direktiv gegenüber ihren Kindern und bevorzugen eher non-verbale Lehr- und Lernstile und betonen die Wichtigkeit ihre Kinder in normalen Lebenskontexten zu beobachten. Das DMM mit seinem Fokus auf Observation und Identifikation von Beziehungsmustern entspricht dem Bedürfnis der Ureinwohner, auf die Kompetenz und Fertigkeiten der Kinder zu achten, welche einzigartige adaptive "Charakteristiken" aufweisen, welches eher beobachtet denn als "Problemverhalten" gekennzeichnet wird.

In einer Linie mit den obigen Gedanken, haben einige kürzlich geformte Ureinwohner-Agenturen große Dinge in kurzer Zeit erreicht.

Die Métis Kinder-, Familien- und Gemeindevereinigung (2008) ist eine von diesen. Diese Agentur hat Programme entwickelt, welche für alle Arten des Bedarfs geeignet sind und den DMM-Richtlinien (Crittenden, 1992) folgt. Deren Programme beinhalten:

## Grade des familiären Funktionierens (Patricia Crittenden, Ph.D.)



### Unabhängige und adäquate Familien

Das Junge Mütter und Kookums Programm, um junge Mütter mit Großmüttern in Kontakt zu bringen, für fortlaufende Unterstützung, Mentoring und Unterricht über Erziehung.

### Anfällig für Krisen (6 Monate)

Das Familien Unterstützungsprogramm, welches eine Bandbreite von Vorsorge- und frühen Interventionsangeboten bereit hält, um Familien zu stärken und Risikofaktoren zu reduzieren.

### Wiederherstellbar (1-5 Jahre)

Das Familien Verstärkungsprogramm, das ganze Familien innerhalb unterstützender und supervidiertes Pflegeeinrichtungen platziert, wenn Kinder in Gefahr sind, aus den Familien entnommen zu werden.

### Unerstützbar (15-20 Jahre)

Das Familien Mentoren Programm, welches Familien mit passenden Langzeit-Mentoren verbindet, bevorzugt aus dem eigenen weiteren Familienkreis.

### Inadäquat (Kindesentnahme)

Das Verwandtschaftsfürsorge-Programm stellt Mitglieder der Großfamilie als Pflegeeltern ein und sucht Gemeindefamilien aus, um die Familien-Pflegeeltern zu unterstützen.

Die signifikante Betonung in diesen Beispielen darauf, die weitere Familie und die Gemeinde zu engagieren, ist etwas, was sorgfältig über die nächsten Jahre beobachtet werden sollte. DMM-Prinzipien von Schutz, Bereitstellung von Trost/Beruhigung und biologisches Überleben sind hier am Werk.

**Irmie Nickel, BOT, MA, ist Direktorin des Aulneau Renewal Centre, Winnipeg, Kanada.**

**Literatur:** Crittenden, P.M. (1992). The social ecology of treatment: Case study of a service system for maltreated children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 22-34.  
Métis Child, Family and Community Services (2008). Annual report, April 1, 2007-March 31, 2008.

## Doktor, können Sie mein Trauma behandeln?



**Sverre Varvin**

Patienten stellen diese Frage eher selten. Stattdessen kommen sie mit verwirrenden Symptomen wie plötzliche Angst, intrusive Gedanken und rachsüchtiger Voreingenommenheit mit dem, "was die mir angetan haben". Sie fühlen, dass etwas in ihnen falsch gelaufen ist. Sie kommen nicht mehr mit ihren Kindern klar, ihre Partner wirken bedrohlich und sie suchen Isolation.

### Das Problem in Begriffen von Bindung und Informationsverarbeitung

Ich denke, dass die Patienten Recht haben. In Übereinstimmung mit Forschung über Traumatisierung und Gedächtnis, fühlen Sie, dass etwas nicht in Ordnung ist mit ihrer Persönlichkeit - ihrem Gespür für das, was sie sind - und ihrer Art, in Beziehung zu anderen zu treten.

Schwere und traumatische Verletzungen, begangen durch andere Personen, wie Kindesmisshandlung, Folter und Krieg, haben einen massiven und häufig unvorhersehbaren Einfluss. Dieses impliziert die Aktivierung von Bindungsstrategien. Zum Beispiel besteht eine häufige Strategie darin, sich von den negativen Affekten und engen Bindungsfiguren zu distanzieren. Je mehr man vermeidend sein kann, desto besser stehen die Chancen für das Überleben und vielen Kontexten. Das mag der Grund dafür sein, warum Typ A-Strategien innerhalb von Überlebenden traumatisierender Misshandlung dominieren.

Trauma wirkt durch prozedurales und bildliches Gedächtnis, mit vielen Aspekten konserviert als bildhafte oder sensorische Erinnerungen. Gibt es dann eine spezifische traumatische Erinnerung, ein Typ von Erinnerung, unterschieden von anderen, welche in das Gehirn geätzt wird, wie ein Foto, fast unmöglich ausgelöscht oder verändert zu werden? Das Persistieren traumatischer Vorstellungen in vielen Patiententräumen nährt diese Spekulation, aber weder klinische Erfahrung, noch die Gedächtnisforschung stützen diese Idee. Erinnerungen werden entsprechend des Kontextes modifiziert, in welchem sie erinnert werden und Therapie kann Erinnerungen kontextualisieren. Wenn traumatische Ereignisse ungelöst sind, ist kein kohärentes und zuverlässiges Narrativ dieser Erfahrung vorhanden. Ein zentraler Aspekt von Therapie ist deshalb, dem Patienten dabei zu helfen, ein solches kohärentes Narrativ zu entwickeln.

Traumatische Erfahrungen sind eingebettet in unvollständig symbolisierten Szenarien, dominiert vom impliziten Gedächtnis und strukturiert durch Bindungsmuster, welche während der Entwicklung erworben wurden. Traumatische Erfahrung formen auch frühere Erinnerungen um, machen sichere Situationen unsicher und aktivieren hemmende Bindungsstrategien, welche eher die balancierten unterdrücken.

Traumatisierung produziert oft Typ A-Strategien. Als ein Ergebnis unvollständiger Erinnerungsverarbeitung, können unverbundene, aber ähnliche Stimuli extreme Angst und Vermeidung auslösen. Die Nutzung des Vorderhirns und der Region des Hippocampus' kann vermindert sein, während Amygdala- und Hirnstamm geleitete Akutantworten (Angriff, Flucht, Erstarrung) dominieren können.

Die Effekte traumatischer Verletzung unterscheiden sich in Abhängigkeit vom Alter, in denen das Trauma auftrat. Dieses trifft genauso für das adoleszente Kriegsoffer zu wie für das ältere Opfer von Genozidterror: eine Lebenslinie ist unterbrochen. Nicht in der Lage zu sein, die Person zu heiraten, die man in der Adoleszenz liebte (oder sich vielleicht unfähig fühlen, erneut zu lieben) oder nicht in der Lage zu sein, als Großeltern zu funktionieren (oder die Enkel zu verlieren) stellen schreckliche Schläge gegen die Entwicklungserwartungen dar. Von hier aus, mag es klar sein, dass ich die Psychotherapie traumatisierter Patienten häufig als etwas mehr und etwas anderes betrachte, als das 'Trauma' zu behandeln.

## Behandlung

Die meisten Menschen, welche extremen Naturkatastrophen ausgesetzt waren, entwickeln keine Posttraumatische Belastungsstörung. Viele erleben starke Trauerreaktionen und vorübergehende Traumareaktionen, die abklingen werden und keine spezielle Behandlung benötigen. Man sollte dennoch aufmerksam für späte Entstehungsbedingungen sein, welche mehrere Dekaden nach lang anhaltender Gefahr oder Bedrohung vorkommen können.

Die Kombination, lebensbedrohlicher Gefahr ausgesetzt zu sein, insbesondere von Menschenhand, und/oder Verlust von geliebten Menschen und ein Schlag gegen das eigene Selbstwertgefühl, scheinen ein massives Risiko für psychische Traumatisierung darzustellen (Weisaeth, 2006). Dieser Typ kombinierter Exposition, welche eventuell wiederholt auftritt oder lange anhält, betrifft eine bedeutende Anzahl von Menschen nach Krieg, Terror, Verfolgung oder Flüchtlingserfahrungen.

Diese Erfahrungen können die Glaubenssysteme (d.h. semantisches Gedächtnis) von Menschen und die zugrunde liegenden Strukturen und Dynamiken des Geistes beeinflussen. Wenn traumatisch, kann dieses in einer permanenten Veränderung der Persönlichkeit und Bindungsfunktionen resultieren. Diese Person fühlt sich häufig gefährdet und Bindungsmuster, befasst mit Überleben, werden die Beziehung der Person zu sich selbst und anderen dominieren.

Die Effekte zeigen sich in Beziehungen, einschließlich Übertragungsmustern mit Therapeuten, und werden bereits ganz zu Anfang einer jeder therapeutischen Begegnung angetroffen. Deshalb startet die 'Behandlung von Trauma' mit dem ersten Kontakt mit dem Behandlungssystem.

Wenn das Behandlungssysteme durch Vernachlässigung, obsessiven Prozeduren, Argwohn gegenüber Fremden (das Schicksal vieler Flüchtlinge) charakterisiert ist, sind anti-therapeutische Elemente von Anfang an in die Behandlung eingebaut. Beides, die Erwartung, vernachlässigt zu werden und maladaptive Bindungsmuster werden verstärkt.

Therapeuten und jene, die Behandlung und Fürsorge organisieren, sollten sich einer Erwartungs-Triade vieler traumatisierter Menschen gegenüber sein:

- 1) Etwas Schlechtes kann jederzeit passieren
- 2) Es wird keine Hilfe geben, und
- 3) Niemand wird sich kümmern/interessieren

Trauriger Weise zeigt Erfahrung, dass dieses Glaubenssystem viele therapeutische Erstkontakte typisiert. Wenn frühe Erfahrungen, therapeutische Hilfe zu erhalten, sich als schwierig oder frustrierend erwiesen haben, dann wird die traumatisierte Person sehr wahrscheinlich vermeidende Bindungsmuster aktivieren, ausgerichtet darauf, jedes Signal von Gefahr durch andere aufzudecken.

*Eine Patientin erlebte Inzest durch ihren Vater und fürchtete Männer. In einer Sitzung kam sie verwirrt und wachsam. Sie hatte Schmerzen in ihren Augen. Es zeigte sich, dass sie Angst hatte, ihren Effekt auf den Therapeuten nicht 'sehen' zu können. Nach geraumer therapeutischer Arbeit, sagte sie, "Ich hatte Angst, dass ich es nicht schaffen würde, dass sie sich wohl fühlen. Es ist immer so. Ich muss aufpassen. Wenn Männer sich nicht wohl fühlen, können sich Dinge plötzlich ändern. Dann bin ich gefangen. Ich kann nichts tun. Ich muss das tun, was diese mir sagen."*

### Wenn Sie sich in großer Not fühlen:

Wenn Sie überwältigende Situationen erlebt haben, könnten Sie sich hilflos, besorgt, verängstigt und wütend fühlen. Manchmal passiert dieses erst lange Zeit nach einer gefährlichen Erfahrung. Es gibt einige Dinge, die Sie tun könnten, welche helfen können:

- Finden Sie einen Platz, der sicher ist und nehmen Sie sich in Ruhe Zeit dort.
- Suchen Sie sich Menschen, denen Sie vertrauen und kontaktieren Sie diejenigen, denen Sie sich am nächsten fühlen.
- Bitten Sie diese Menschen, bei Ihnen zu bleiben und sprechen Sie mit ihnen, wenn sie das Gefühl haben, dass dieses geht.
- Essen Sie, ruhen Sie sich aus und kümmern Sie sich um sich selbst oder lassen Sie andere sich um Sie kümmern.
- Isolieren Sie sich nicht selbst.
- Seien Sie behutsam mit sich – Erholung braucht Zeit.

Wenn Angst und Schlaflosigkeit persistieren, suchen Sie professionelle Hilfe auf. Denken Sie daran, dass man Ihnen auch noch eine lange Zeit danach helfen kann.



Das entsprach der Situation mit ihrem Vater. Ihre vermeidende Bindungsstrategie war eine post-hoc Reaktion, um das zu verhindern, was bereits passiert war.

Das Verstehen und Verarbeiten solcher Übertragungssituationen stellt das Herzstück jeder Traumatherapie dar. Der Therapeut hat mit einer Reihe von Aufgaben umzugehen:

- Defensive und oft extrem rigide Beziehungsmuster.
- Glauben, dass das Schlimmste jederzeit und ohne Hilfe geschehen kann.
- Komplexe Übertragung und Gegenübertragung: idealisierte Muster können sich abwechseln mit Rückzug und Täter-Opfer-Enactments, mit der Gefahr des Rückzugs auf Seiten des Therapeuten.
- Massive projektive Identifikationen: der Therapeut hat sowohl die projizierten Täter- als auch Opferanteile der inneren Welt des Patienten aufzunehmen.
- Die Berücksichtigung vermeidender Bindungsmuster ist unabdingbar: der Patient hat Schwierigkeiten, die eigenen Gefühle zu repräsentieren, insbesondere negative Gefühle. 'Man sollte immer vorsichtig sein' ist das Motto des traumatisierten Patienten.
- Traumaszenerien können als gegenwärtig gefühlte Gefahr präsent sein und können bedeutungsvoll als mentale Repräsentationen, nicht nur als mit der Vergangenheit verbunden, sondern auch, und vorwiegend, als mit der Gegenwart verbunden, behandelt werden.

Behandlung braucht Zeit; der Patient versucht Wege des Miteinanderseins zu ändern und versucht auch ein zufriedeneres Leben zu kreieren. Die Unfähigkeit zu lieben, ist wahrscheinlich der verheerendste Effekt von Menschen gemachten Traumata.

**Sverre Varvin, M.D. arbeitet am Norwegischen Z Centrum für Gewalt und Traumatische Stress Studien und als Psychoanalytiker in eigener Praxis.**

### Literatur

Weisaeth, L. (2006). Collective Traumatic Stress: Crisis and Catastrophes, in B. B. Arnetz and R. Eckman (Eds.) Stress, Health and Disease. Weinheim: Wiley.

# Schutz der Nächsten Generation: Kinder von Frauen, die in ihrer eigenen Kindheit sexuell missbraucht wurden



Jennie Noll

*Wilma machte einen verzweifelten Anruf: ihr 10-Monate alter Junge ertrank in der Badewanne!! Als das Rettungspersonal eintraf, fanden sie Wilma betrunken vor und ihren 4-jährigen Sohn, wie er versuchte das mittlerweile tote Baby wiederzubeleben, während ihr Kleinkind in seinem Laufstall schrie.*

*Monate später, depressiv und suizidal in einer stationären Drogeneinrichtung, erzählte Wilma das Ereignis nach und gab zu, Drogen und*

*Alkohol zu konsumieren, um schwere Depressionen sowie schmerzhaft Erinnerungen ihrer traumatischen Kindheit zu meistern. Wilma war, bis sie 12 wurde, wiederholt von ihrem Vater vergewaltigt worden. Sie dachte darüber nach, wie die schädlichen Effekte ihres Missbrauchs persistierten und sich ihr ganzes Leben hindurch immer wieder und wieder aufdrängten. Sie sprach von ihrer Unfähigkeit, einen "Mann zu halten" und ihren Schwierigkeiten, sich mit ihren eigenen Babys "zu verbinden". "Und nun ... weitet sich das ganze Ding auf meine Kinder aus. Wann wird dieser Albtraum enden?"*

Wilmas Geschichte ist wahr. Es ist ein krasses Beispiel für die vielschichtigen Kämpfe, vor denen viele Überlebende von sexuellem Kindesmissbrauch stehen und für die potentielle Gefahr für deren Kinder.

## Unsere Forschung

Wir haben 84 sexuell missbrauchte Mädchen von der mittleren Kindheit bis zur frühen Mutterschaft verfolgt, um herauszufinden, wie sie und deren Kindern sich entwickelten. Die meisten Langzeitstudien sind retrospektiv, wobei die Transmission durch Selbstreports erfasst wird. Unsere Studie ist prospektiv. Wir behielten aus unserer Stichprobe 96% der Mädchen, welche sexuell missbraucht wurden und 89 demographisch ähnliche Mädchen, welche nicht missbraucht waren für 20 Jahre (Noll, Trickett & Putnam, 2008). Mittlerweile haben wir fast alle ihrer 135 Kinder untersucht.

## Frühere Forschung

Obwohl ungefähr 30% der Opfer von Kindesmissbrauch ihre eigenen Kinder missbrauchen (Kaufman & Zigler, 1987), erstreckt sich das Schadenspotential auf ihre eigene physiologische und psychologische Probleme im Erwachsenenalter und kann verheerende Effekte auf die Nachkommen haben.

Sexueller Missbrauch von Kindern beinhaltet frühe Verletzungen sexueller Grenzen und kann in eine Verknüpfung von Sex mit extremer Gewalt und/oder bedingungsabhängiger Intimität von Fürsorgern münden. Crittendens Theorie geht davon aus, dass die von missbräuchlichen Beziehungen abgeleiteten dispositionalen Repräsentationen zu der Kontinuität von Misshandlung über Generationen hinweg beitragen können (Crittenden, 2008). Andere berichteten, dass, verglichen mit nicht-missbrauchten Müttern, sexuell misshandelte Mütter ihren Kindern gegenüber weniger aufmerksam sind, anders auf diese antworten und Schlussfolgerungen über ihre Babys ziehen, die auf ihren eigenen (verzerrten) Repräsentationen basieren.

Die Erfahrung von sexuellem Missbrauch in der Kindheit setzt Opfer (Mädchen und Jungen) Gefahren für anhaltende emotionale Traumata und interpersonellen Schwierigkeiten aus, einschließlich kognitiver und affektiver Verzerrungen über Sex und Intimität (Noll, Trickett, & Putnam, 2003). Weiterhin, weil inzestuöser Missbrauch durch Väter in der Regel ohne physische Zwänge statt findet, werden deren Opfer eher sich selbst als willige Partner betrachten und sich häufiger selbst dafür beschuldigen als andere Opfer. Schuld und Selbstbezeichnung können zu einer Konfusion hinsichtlich sexueller Erregung, interpersoneller Intimität und Sicherheit führen. Alexander (1992) identifizierte mehrere Konsequenzen des sexuellen Missbrauchs, welche Bindung, einschließlich affektive Störungen, ineffektive oder gefährliche Erziehungspraktiken und Unsicherheiten der Erwachsenenbindung betreffen.

## Unsere Ergebnisse

Die Ergebnisse unserer Studie sind dramatisch und betreffen einen großen Bereich entwicklungsbezogener und adaptiver Ausgänge. Sexuell missbrauchte Mütter verlassen mit höherer Wahrscheinlichkeit die Oberschule und leiden häufiger unter psychiatrischen Problemen, Drogen- und Alkoholsucht sowie häuslicher Gewalt als nicht-missbrauchte Mütter. Ihre Kinder haben mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Teenage-Mutter, sind eher zu früh geboren und erhalten häufiger Leistungen der Kindeshilfe als Kinder der Vergleichsgruppe (17% versus 1%). Kinder von sexuell misshandelten Müttern funktionieren kognitiv schlechter und zeigen mehr Bindungsbrüche (basierend auf Ainsworths Fremde Situations Test für Kinder und Crittendens Vorschul-Assessment von Bindung, PAA, für 2-5 Jahre alte Kinder), als Kinder, welche in der Vergleichsgruppe geboren wurden (Kwako, 2007).

Kinder von Müttern, die in ihrer Kindheit sexuell missbraucht wurden sind gefährdet hinsichtlich:

- 1) selbst misshandelt oder vernachlässigt zu werden, entweder durch die Hände der eigenen Sorgepflichtigen oder durch andere gewalttätige oder ausbeutende Individuen, denen der Zugang zu diesen erlaubt wurde; und
- 2) diverse schädliche Folgen von einer Mutter, die unter emotionalen, psychiatrischen und interpersonellen Spätfolgen ihres eigenen Missbrauchs leidet.

Bindungsbrüche, welche die Fähigkeit des Opfers beeinträchtigen, gesunde Erwachsenen-Bindungen zu formen und sich auch in unsicheren Bindungen mit dem Nachwuchs manifestieren, können signifikant zu der intergenerationalen Kontinuität von Kindesmisshandlung und anhaltendem Elend beitragen.

Nichtsdestotrotz hat nicht jedes Opfer so schwer gelitten wie Wilma und nicht jedes Kind, das einem Opfer geboren wurde, wird dieses schädliche Erbe fortführen. Es gibt zweite Chancen. Viele Opfer zeigen Resilienz, nutzen die Vorteile intensiver Therapien, suchen Gelegenheiten für Heilung oder formen gesunde Bindungen mit Partner und Kindern. Dort liegt die Hoffnung und wir können von solchen Frauen über Genesung lernen.

## Behandlung von sexuellem Kindesmissbrauch (CSA)

Die Auflösung von Kindheitstraumata sollte unterschiedliche Entwicklungsstufen durchlaufen (bzw. diese wiederaufsuchen). In jeder Periode werden unterschiedliche Aufgaben vorrangig und benötigen Aufmerksamkeit. Mehr noch, während Kinder reifen, sind sie zu komplexeren und vollständigeren Lösungen imstande. Diese Aufgaben können romantische Bindungen, Verabredungen, Anbahnung von sexuellen Beziehungen, Heirat und die Geburt des eigenen Kindes sein. Professionelle Hilfe kann notwendig sein, wenn die Eltern des Kindes voranschreiten müssen, aber es für das wachsende Kind (noch) notwendig ist, das Trauma immer wieder anders durchzugehen.

**Jennie Noll ist Außerordentliche Professorin der Pädiatrie, Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Cincinnati, Ohio, USA.**

## Literatur

- Alexander, P. C. (1992). Application of attachment theory to the study of sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(2), 185-195.
- Crittenden, P. M. (2008). *Raising Parents*. Collumpton, UK: Willan.
- Kaufman, J., & Zigler, E. (1987). Do abused children become abusive parents? *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(2), 186-192.
- Kwako, L. (2007). *Adjustment of offspring born to mothers sexually abused in childhood*. Doctoral Dissertation, The Catholic University of America, Washington DC.
- Noll, J. G., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 575-586.
- Noll, J. G., Trickett, P.K., & Putnam, F.W. (2008). The cumulative burden borne by offspring whose mothers were abused as children: Descriptive results from a multigenerational study. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(3).

## “Ich fühle mich, als ob ich in einem schrecklichen Albtraum bin, aus dem ich nicht aufwachen kann.”



**Mary Brownescombe Heller**

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) hat zwei gegensätzliche Eigenschaften:

Aktive physische Vermeidung oder emotionale Betäubung gegenüber allen Situationen, Gedanken und Bilder, die als Erinnerung funktionieren.

Intrusive ‘Flashback’ Erinnerungen der traumatisierenden Ereignisse, Furcht, Hypervigilanz und Erschrecken gegenüber Triggern.

Daraus ergibt sich das typische Hin- und Herschwanken, zwischen Vermeidungszustand (Dissoziation) und Zuständen der Wiedererinnerung (Flooding=Überfluten).

Im chronischen PTBS bestehen diese Reaktionen über Jahre fort. Studien legen nahe, dass die Genesung bei PTBS abhängig ist von der Eigenart, Schwere und wahrgenommenen Bedrohung des Traumas, verbunden mit persönlichen Faktoren, welche zentral für die Entwicklung von PTBS sind. Diese beinhalten einen Mangel an sozialer Unterstützung, nachteilige Kindheitserfahrungen, vorangegangene Exposition gegenüber Trauma und vorher vorhandenen seelischen Störungen (Horowitz, 1992; McFarlane, 1990). Frühe Entwicklungstraumata können die neuro-physiologische und psychologische Fähigkeit, hoch erregende und potentiell traumatisierende Situationen zu mildern, unterminieren, was zu einem höheren Risiko für die Entwicklung von PTBS im Erwachsenenalter führt. (Heller, 2001; Shin et al, 2005).

### Die Forschungsstudie

Unter Nutzung von AAls, klassifiziert mit der DMM-Methode, habe ich die Beziehung zwischen Kindheitstrauma und chronischer PTBS in einer Gruppe von 22 Erwachsenen, welche zur Behandlung überwiesen wurden, untersucht (Heller, 2001). Sie entstammten allen sozialen Gruppen und waren vor dem Ausbruch der PTBS geistig gesund. Die Meisten hatten signifikante, ungelöste Verluste und/oder Traumata in ihrer Kindheit, aber diese frühere Ereignisse wurden als von geringer Relevanz für das aktuelle Leben betrachtet. Wie ein Teilnehmer anmerkte: “Ich muss eine PTBS entwickelt haben, weil mir nichts Schlechtes jemals zuvor passiert ist, so dass ich mit so etwas wie diesem nicht umzugehen wusste.” Im Alter von 5 Jahren erlebte dieser Teilnehmer bei einem schrecklichen Grubenunglück den Fasttod seines Vaters. Er trug eine schwere Behinderung davon und seine Familie wurde mittellos.

Die Kindheitsverluste und –traumata in dieser Gruppe wiesen häufig eine frappierende Ähnlichkeit zu den Ereignissen im Erwachsenenalter auf, welche der PTBS vorausgingen. Zum Beispiel: Ein Sportlehrer reagierte mit PTBS nachdem ein Schüler während seiner Stunde kollabierte und starb. Der Vater des Lehrers verschwand kurz nach dessen Geburt und, im Alter von 6 Jahren, wurde er Zeuge wie sein sehr geliebter Großvater während eines gemeinsamen Spazierganges vor seinen Augen starb.

Solche Ähnlichkeiten ließen mich annehmen, dass das reale Trauma das Frühere war, welches aktiv, aber dissoziiert verblieb. Das Erwachsenen-Trauma verstärkte die unausgedrückten, an das frühere Trauma gebundene Gefühle. Diese Personen, obwohl als Erwachsene geistig und physisch gesund, behielten unsichere mentale Zustände, die unter dem Einfluss ähnlich gefährdender Ereignisse, durchbrachen.

Die Ergebnisse der AAI Daten von diesen 22 Personen verglichen zu den AAls der Kontrollgruppen ‘der Normativen’ und derjenigen mit ‘Mischdiagnose’ (Crittenden & Heller - unveröffentlichtes Manuskript), wiesen darauf hin, dass vorher existierende Bindungsstörungen eine Prädisposition für eine sich im Erwachsenenalter entwickelnde PTBS schaffen.

Drei Untergruppen unterscheiden sich innerhalb der PTBS Gruppe:

**C + Bindungsstrategien:** beschwert und voreingenommen von Gedanken an Vergeltung oder Rache.

**A/C Kombination:** gemischte, vermeidende und passiv-aggressiven Bindungsstrategien.

**Zwanghafte A+ Strategien:** mit schweren depressiven Eigenschaften.

### Behandlung

Weil diese Gruppen mit Gedanken und Gefühle verschieden umgehen, würde eine “One- Size – fits- all ‘Annäherung an eine PTSD Behandlung kaum nützlich sein, und könnte eher schädlich sein.

‘Greg’ war 50, A + Cluster. Acht Jahre früher hatte er Kisten auf dem Dock verladen, als eine Kran-last von Stahlträgern herum schwang und ihn niederschlug. Er war überzeugt, dass er zu Tode zerquetscht würde. Die Stahl-last wurde knapp davor zum halten gebracht, wo Greg lag. Später hatte Greg Alpträume und fast tägliche ‘Rückblenden’. Weder Medikamente, Beratung oder KBT (Kognitiv behaviorale Therapie) hatten geholfen. Weil die Jahre ohne Verbesserung dahingingen, machte Greg mehrere Selbstmordversuche. Als ich ihn traf, besuchte er eine Tagesklinik, in einem deprimierten und hoffnungslosen Zustand.

*“Ich öffne die Tür zum Wohnzimmer...und es ist als ob ich da wäre...das Ganze/ Ding geschieht wieder. Stahl hat einen Geschmack, wissen Sie. Und ich kann sehen, schmecken, riechen, fühlen...diese Schleuderkraft von Stahl wie sie auf mich zukommt. Dein Herz fängt an zu rasen, und Du bist physisch krank. Es ist da ...und Du kannst ihm nicht entkommen.”*

Alle fünf Sinne waren an diesem furchterregenden Szenario beteiligt. Während sich der Stahl näherte, konnte sein Gebrauch von ‘DU’ den Terror distanzieren/ abschwächen; es ist nicht er selbst, sondern ‘DU’, der nicht ausweichen kann.

Das ist ein typisches Rede-Muster, von vermeidenden ‘A’s. Das AAI offenbarte eine Geschichte von ungelösten Verlusten. Er idealisierte seine Kindheit: “Ich war immer der kleine blauäugiger Junge.” In Wirklichkeit schien sie emotional unterentwickelt/vernachlässigt und düster. Seine einzige Erinnerung stammte von seinem Vater, wie dieser nach einem ernsten Unfall bei der Arbeit mit blutbefleckter Kleidung nach Hause gebracht wurde.

Greg wurde eine einjährige, wöchentliche (Einzel-) Psychotherapie angeboten, die den Fokus auf einen sicheren Ausdruck der negativen Affekte hatte und um ihn dazu zubefähigen, die Scham, Schuld, Wut und Erniedrigung, die er angesichts des ihm Widerfahrenen fühlte erkennen und auszudrücken. Allmählich war er wieder im Stande mit seinen Arbeitskollegen, die er seit acht Jahren nicht gesehen hatte, Kontakt aufzunehmen. Als die Therapie, nicht mehr geplagt durch chronischen PTBS, endete, wurde ihm ein Job als Hausmeister in einem Wohnblock angeboten. Das passte zu seiner zwanghaften A+ Strategie, und brachte ihn weit weg vom Dock, welches für ihn Gefahr bedeutet.

### Behandlung von PTSD

- Hören Sie empathisch auf Worte und Gefühle
- Lassen Sie die Person ihre eigene Geschichte auf ihre Art erzählen
- Bleiben Sie ruhig
- Lassen Sie Patienten Verhaltensmanagement Techniken auswählen, die für diese richtig sind
- Seien Sie pünktlich und beständig

### Vermeiden Sie

- Gedanken und Gefühle des Patienten zu verwerfen – selbst wenn diese bizarr wirken
- Dem Patienten, Ihre eigenen Ideen aufzudrängen
- Den Patienten anzutreiben, gesund zu werden

**Mary Brownescombe Heller, D. ist klinische Psychologin in eigener Praxis.**

### Literatur

Horowitz, M.J. (1992). The Effects of Psychic Trauma on Mind: Structure and processing of meaning, In J. Barron, N. Eagle & D. Wolitski (Eds.) *Interface of Psychoanalysis and Psychiatry*. Washington, DC: American Psychological Association.

Heller, M.B. (2001). *The dynamic relationship between childhood experiences of loss and trauma and PTSD in adults*. Unpublished doctoral thesis. University of Teesside, Cleveland, England.

McFarlane, A. (1990). Vulnerability to Post-traumatic Stress Disorder, in M. Wolff & A. Mosnaim (Eds.) *Post-Traumatic Stress Disorder*. New York & London: The Guilford Press.

Shin, L.M., Rauch, S.L. & Pitman, R.K. (2005). Structural and Functional Anatomy of PTSD: Findings from neuroimaging research, In J.J. Vasterling & C.R. Brewin (Eds.) *Neuropsychology of PTSD: Biological, Cognitive and Clinical Perspectives*. New York & London: The Guilford Press.