

# **Psychische Rehabilitation nach Verkehrsunfällen - Konzept und Praxis der Referentialtherapie -**

Wilfried Echterhoff<sup>1</sup>

## **1 Entwicklung psychologischer Unfallnachsorge**

Bei Akuter Belastungsreaktion nach einem Verkehrsunfall können beobachtbare Reaktionen (z.B. Zittern, Verwirrtheit, Apathie) und nicht sichtbare Reaktionen (z.B. Schuldgefühle, Ausblendungen in der Wahrnehmung, Kontrollverlust, Übererregung und Angst) auftreten. ABR ist eine existenzielle Notfallreaktion; sie kann nach plötzlichen und (potenziell) schädigenden Extremerlebnissen auftreten, bei denen der Erlebens- und Handlungsablauf abrupt abgebrochen wird und (zunächst) keine thematisch oder methodisch passenden Erlebens- und Handlungsmöglichkeiten aktiviert werden können. Die psychische Reaktion ist grundsätzlich unabhängig von der Höhe des Schadens und hängt im Vergleich dazu eher von der vermeintlichen Verantwortlichkeit ab (s. Brewer, 1977; Paul & Oswald, 1982). Nach der ABR kann möglicherweise später eine PTBS (z.B. Angststörungen, affektive Störungen (z.B. Depression, psychovegetative Störungen usw.) folgen, die einige der ABR-Symptome in verfestigter und modifizierter Form und / oder neue Symptome aufweisen kann.

Das Krankheitsbild einer PTBS ist im Einzelnen beschrieben bei Saigh (1995); Winter (1996); Maercker (1997); Fischer & Riedesser (1998); Ehlers (1999); Maercker & Ehlers (2001); Brendemühl, Echterhoff & Trautmann (2002); Steil & Straube (2002) und auch Arbeiten über Depressionen (z.B. von Beck et al., 2001) sind hierbei von besonderer Bedeutung.

Eine psychologisch fundierte Therapie sollte innerhalb weniger Tage nach dem Extremerlebnis beginnen, um Akute Belastungsreaktionen adäquat aufzugreifen und dadurch der Ausbildung einer PTBS zu begegnen. Sie sollte eine rasche Heilung anstreben und die möglichen negativen Konsequenzen und deren Chronifizierung verhindern helfen (Egidi & Boxbücher, 1996; Eschenröder, 1997; Maercker, 1997).

Das Besondere einer psychologisch fundierten Therapie von PTBS sollte generell in einer thematisch geleiteten Auseinandersetzung mit dem Extremerlebnis und dem thematischen individuellen Kontext bestehen. Das Ziel ist die Erarbeitung einer erneuerten oder neuen Erlebens- und Handlungskompetenz, unterstützt durch formale Behandlungsmethoden, die einer emotionalen Stabilisierung dienen (z.B. durch Entspannungsverfahren). Zu den formalen Behandlungsmethoden gehört auch die Medikation durch Pharmaka.

## **2 Das Kölner Modell: Psychologisches Unfallmanagement für einen Verkehrsbetrieb**

Das Institut für Psychologische Unfallnachsorge (ipu) entwickelte das Konzept der Psychologischen Unfallnachsorge aus Arbeiten zur Unfallforschung (vor allem im Bereich des Straßenverkehrs) heraus (s. Echterhoff & Spoerer, 1991; Echterhoff, 1992). Heutige Konzepte beinhalten im Allgemeinen die Bereiche Prävention, psychologische Ersthilfe und Psychotherapie.

In Abstimmung mit der Berufsgenossenschaft der Straßen-, U-Bahnen und Eisenbahnen (BG Bahnen) wurde ab 1995 bei den Kölner Verkehrsbetrieben (KVB) zusammen mit dem

---

<sup>1</sup> Prof. Dr. rer. nat. habil. Wilfried Echterhoff, Institut für Psychologische Unfallnachsorge (ipu), Olpener Str. 544, 51109 Köln, Tel. 0221 9692039 Fax 0221 9692677 E-Mail: echterhoff Internet: [www.unfallnachsorge.de](http://www.unfallnachsorge.de)

Institut für Psychologische Unfallnachsorge (ipu) das Kölner Modell (s. Schwarz & Halama, 1998) entwickelt und nach einer zweijährigen Erprobungsphase in die Praxis umgesetzt. Vorausgegangen waren Arbeiten zur Unfallforschung seit etwa 1980 und zur Erfahrungsbildung von Verkehrsteilnehmern (z.B. Echterhoff, 1992).

Zum Kölner Modell gehören:

1. Integration des Unfallmanagements in die Organisation
2. Präventive Schulungsmaßnahmen für Vorgesetzte und Mitarbeiter
3. Psychologische Ersthilfe am Unfallort
4. Beratung nach dem Unfallereignis
5. Psychotherapie nach dem Unfallereignis
6. Rückkehr in den Alltag
7. Nachsorgephase nach Abschluss der Psychotherapie (z.B. Kontrollgespräch nach ca. einem halben Jahr)

Im Kölner Modell besteht eine enge Kooperation mit dem arbeitsmedizinischen Dienst und der Sozialberatung des Verkehrsunternehmens.

In einer Woche sollten 2 bis 4 Therapieeinheiten zur Behandlung angesetzt werden. Gegenteilige Regelungen von Kostenträgern sind für die Patienten möglicherweise gesundheitsschädlich.

Die Therapiearbeit sollte durch regelmäßige Aufgaben für den Patienten zwischen den Sitzungsterminen unterstützt werden.

### 3 Psychologische Ersthilfe nach Extremerlebnissen

Psychologische Ersthilfe entlastet die psychische Lage von Betroffenen eines Extremerlebnisses und kann Störungsverfestigungen vermeiden helfen. Psychologische Ersthelfer können Laien sein. **Schulungsmaßnahmen** sollten auf diese Aufgabe vorbereiten, um die Psychologische Ersthilfe zu verbessern und um die psychologischen Ersthelfer im Umgang mit psychischen Ausnahmesituationen sicherer zu machen. Der Zugang zu den Betroffenen vereinfacht sich, wenn die Ersthelfer zum Lebensbereich der Opfer gehören.

Von ipu wurden hierfür Regeln entwickelt, die der Ersthelfer systematisch anwenden kann. Diese Regeln, die „vier Bs“, beinhalten (Brendemühl, Echterhoff & Trautmann (2002).

- **Beruhigen** (Wichtig für Kontaktaufnahme)
- **Berühren** (Vermittlung von Trost und Sicherheit)
- **Behandeln** (Form von „sich kümmern“)
- **Begleiten** (als Schutzfunktion)

Der psychologische Ersthelfer soll dem Opfer auf jeden Fall vermitteln, dass es Schutz und Hilfe findet und nicht allein gelassen wird.

### 4 Grundlagen psychotherapeutischer Interventionen bei PTBS

#### 4.1 Ausgewählte psychologische Konzepte als psychotherapeutische Handlungsgrundlage für die Referentialtherapie (RT)

Durch ein gefährliches oder schädigendes Extremerlebnis kann die Erfahrung von Selbstwirksamkeit grundlegend gestört werden, wenn das Opfer sich nicht aktiv vor Verletzungen schützen konnte, massiven Bedrohungen ausgeliefert war, partiell Fehler beging oder nicht fliehen konnte. Die damit verbundenen Psychotraumen können auch als Folgen erlernter Hilflosigkeit (nach Seligman, 1980, 1999) verstanden werden. Eine stabile und globale (oder auch internale) Attribution eines Extremereignisses wirkt sich schädigend

auf den Selbstwert eines Menschen aus. Selbstwertverlust, Schuldgefühle und Gefühle der Entfremdung finden sich somit in einer Belastungsreaktion wieder.

Im Mittelpunkt der RT steht die erneuerte oder neue Erfahrung der eigenen Selbstwirksamkeit (Flammer, 1990), die Verbesserung des Kohärenzerlebens (Vaihinger, 2002) durch Wiederherstellung oder Verbesserung der emotionalen und kognitiven Bezüge innerhalb internaler sowie zwischen internalen und externalen Bedingungen (u.a. durch adäquate Erklärungen für Kontingenzen von Ereignissen).

Für diese Therapieform wurde wegen der Herstellung oder Verbesserung von psychischen Bezügen die Bezeichnung Referentialtherapie (RT) gewählt. Sie ist eine Form der Verhaltenstherapie. Die RT gründet sich darauf, für den Patienten nacherlebte und nachvollziehbare Bezüge zwischen dem (gestörten und überwiegend negativ empfundenen) eigenen Erleben und Handeln sowie den wahrnehmbaren externalen Geschehnissen und den wahrnehmbaren eigenen Zuständen herzustellen. Insofern ist die RT als Verhaltenstherapie eine emotional-kognitive Psychotherapie, die u.a. explanatives Verhalten verbessert.

#### 4.2 Therapeutische Arbeit

Das Ziel der therapeutischen Umsetzung besteht in der Erneuerung oder im Aufbau der Erfahrung von Selbstwirksamkeit. Dazu gehört die Verbesserung der internalen Kontrolle, eine Korrektur der Attribuierung (z.B. durch Aufgabe einer stabilen und globalen Attribution) von vornehmlich externalen Ereignissen und somit der (Wieder-)Aufbau einer Illusion von Kontrolle (s. Langer, 1975).

Zu **Beginn** steht eine **Phase der emotionalen Entlastung** (Phase 1) und der ersten Neuorientierung. In dieser Phase der RT werden u.a. folgende Schritte geleistet:

- Unfallereben beschreiben lassen und nachvollziehen (zur emotionalen Entlastung, nicht zur Konfrontation),
- Diagnose und Nebendiagnosen stellen,
- Gemeinsame Ziele erarbeiten,
- Planung des weiteren organisatorischen Vorgehens zusammen mit dem Patienten.

Während dieser Phase werden je nach individueller Problem- und Zielsituationen u.a. folgende Arbeiten durchgeführt:

- emotionale Entlastung vor allem durch Berichtenlassen und Nacherleben,
- Verhinderung der Ausbreitung von Angst (z.B. durch paradoxe Intention oder Intervention), Bearbeitung von Angstthemen und -bildern, Reduktion oder auch Verhindern von Albträumen durch spezielles therapeutisches Vorgehen,
- Schuldgefühle und Erwartungen erlebnisnah bearbeiten (z.B. einigen Schuldgefühlen zustimmen; negative Erwartungen konsequent durchspielen) und
- Unterstützung kurzfristiger wichtiger Entscheidungsfindungen und Verhinderung von aktuellen Fehlentscheidungen (z.B. anstehende Probleme durchgehen und gezielt kognitive Dissonanzen aufbauen, die der konstruktiven Weiterentwicklung dienen).

Nach dieser emotionalen Entlastung beginnt die **Phase des Aufbaus und Wiederaufbaus** (Phase 2) unter anderem durch

- Stärkung von internaler Kontrollmeinung durch persönliche Erfahrung (mentale Übung einfacher Handlungsabläufe) und praktisches Üben,
- Herausarbeitung noch verbliebener Bereiche von Hilflosigkeit,

- Erzeugung oder Verstärkung von Wohlbefinden durch Aktivierung der aktuellen positiven Wahrnehmungen und Auffinden guter Erlebnisgestalten ermöglichen (z.B. nach den Empfehlungen von Ellis, 1996 oder von Schmidt-Traub, 2001),
- Auffinden und Entdeckenlassen von Fehlattritionen, von nicht zutreffenden Erklärungsmustern und
- Eingehen auf den Erklärungsdrang und Finden emotional passender Kausalattritionen (z.B. auch durch Anbieten entsprechender Fakten wie etwa Gründe, warum sich jemand durch Überfahrenlassen das Leben nimmt).

In der darauf folgenden Phase wird die **Rückkehr in den Alltag** (Phase 3) vorbereitet, unter anderem durch

- eine vorsichtige Unfallstellenbegehung (nicht als Konfrontation) zur Reduktion von Dissonanz und zur Entwicklung passender Kausalattritionen,
- Stärkung von emotional wichtigen Lebenszielen,
- Partielle Aufgabe "schlechter" Gewohnheiten und Verbesserung des Erlebens und Handelns zum Erfahren von Selbstwirksamkeit,
- Praxisproben, Arbeitsproben (z.B. nach dem Hamburger Modell der Berufsgenossenschaften) oder Fahrproben zum Rückgewinn positiver emotionaler Bezüge zum Arbeitsalltag und zur Stärkung des Erlebens von Selbstwirksamkeit.

Alle therapeutischen Übungen und Maßnahmen in der RT sollen dem Patienten ermöglichen, die erforderlichen psychischen Leistungen vorsichtig und erfolgreich zu erbringen. Auf diese Weise erfolgt ein stetig voran schreitender Lernprozess, der immer wieder durch Wiederholung des bereits Erworbenen untermauert wird. Massive Konfrontationen mit aversiven Reizen oder Überraschungen werden in der RT nicht angewandt. Es wird mit dem Patienten nur das getan, was er erfolgreich bearbeiten kann. Auf diese Weise erfolgt eine sukzessive und auch progressive Stärkung. Der Patient erhält in der RT durch den Therapeuten jederzeit die Möglichkeit, die Therapiearbeit und sich selbst zu verstehen.

Einige Patienten mit PTBS versuchen gelegentlich wie andere Patienten auch aus ihrer Lage einen Krankheitsgewinn zu realisieren, z.B. Ansprüche an den Arbeitgeber durchzusetzen, wenn sie unter Mobbing leiden oder von innerer Kündigung betroffen sind.

Komorbiditäten sind wegen der oftmals starken Symptomausprägung bei PTBS nicht immer sofort oder nicht immer eindeutig zu diagnostizieren. Sie können offen (z.B. bei gleichzeitiger körperlicher Verletzung oder bei mitgeteilten bzw. leicht erkennbaren weiteren Lebensproblemen) oder verdeckt (z.B. wenn zu Angstgefühlen keine dazu passenden Bilder oder Themen produziert werden können bei chronifizierten Phobien oder chronischen Schmerzen) auftreten. In solchen Fällen sind zusammen mit dem Patienten, anderen beteiligten Behandlern und mit dem Kostenträger die zusätzlichen einzelnen Heilmaßnahmen zu steuern.

Das Konzept der RT verträgt sich gut mit der rational-emotiven Therapie (RET) von Ellis (1997) und der individualpsychologischen Psychotherapie nach Adler (s. Ansbacher & Ansbacher, 1995); Dreikurs, 1997).

Eine schematische Übersicht über die Struktur der RT zeigt Abbildung 1.

## Abb. 1: Grundkonzept der Referentialtherapie (RT)

**Verlust  
wichtiger  
Erklärungs-  
gewohnheiten**

**Verlust der  
Illusion von  
Kontrolle**

**Verlust des  
Erlebens von  
Selbstwirksamkeit  
durch ein  
Extremerlebnis**

**Therapie:  
Bezüge herstellen  
u.a. zu:**

- dem Ablauf und den Ursachen des Extremerlebnisses,
- den eigenen Gefühlen und Erlebnisreaktionen,
- den Reaktionen anderer Menschen,
- den möglichen Folgen des Extremerlebnisses,
- eigenen Handlungsversuchen,
- den Kommunikationen mit anderen Menschen.

**Erfahren und  
Erleben von  
Selbstwirk-  
samkeit (vor  
allem von inter-  
naler Kontrolle)**

**Rückkehr in  
den Alltag**

Die Entwicklung des Patienten während der Therapie wird dadurch bestimmt, dass jeweils auf kleinen Erfolgen aufgebaut wird.

Die **berufliche Wiedereingliederung** während der Phase 3 erfolgt in enger Abstimmung mit dem Betrieb. So wird z.B. eine diagnostische Probefahrt des Betroffenen in Begleitung des Psychologen und eines Lehrfahrers durchgeführt. Vor Abschluss der therapeutischen Intervention klärt der Psychologe mit dem Betriebsarzt die Arbeitstauglichkeit (z.B. die Fahrtauglichkeit) für die spezifischen Anforderungen des Betroffenen ab.

Für den Betroffenen sollten bei Abschluss der Behandlung im Wesentlichen drei Ergebnisse vorliegen:

1. Die mit dem Erlebnis aufgetretenen Symptome sollen unauffällig geworden oder ganz zurückgegangen sein.
2. Der Betroffene soll neue Lösungen und Handlungsweisen für sich erworben haben, die ihn stärken.
3. Der Betroffene soll sich selbst als wieder belastbar und arbeitsfähig wahrnehmen.

Die ersten quantitativen Erfahrungen mit der Referentialtherapie (RT) für das Fahrpersonal der Kölner Verkehrsbetriebe bis zum Jahr 2001 zeigten, dass ca. 95% der nachfragenden Patienten bis zum Ende der Therapie blieben und davon 95% die Rückkehr in den beruflichen Alltag schafften. Die mittlere Behandlungsdauer (arithmetischer Mittelwert) für alle behandelten Mitarbeiter aus dem Fahrdienst der Kölner Verkehrsbetriebe betrug bei einer Auswertung im Jahr 2001 18 Stunden zu je 50 Minuten. Die Verteilung ist nicht symmetrisch, da mehr Patienten unterhalb des Mittelwerts liegen und einige wenige sehr viel Therapiezeit benötigten. Unmittelbar nach dem Extremerlebnis werden wegen der Intensität der Störung für eine Sitzung möglicherweise 3 bis 4 Therapieeinheiten zur Behandlung benötigt.

## **5 Phase nach der Rückkehr in den beruflichen Alltag**

Nach Rückkehr in den beruflichen und praktischen Alltag (Phase 4) kann der Patient manchmal auf die Unterstützung durch eine betriebliche Selbsthilfegruppe zurückgreifen oder weitere Gespräche mit dem Betriebsarzt oder dem behandelnden Psychologen führen. Dies ist nach den Erfahrungen mit den Kölner Verkehrsbetrieben allerdings selten der Fall. Etwa ein halbes Jahr nach Abschluss der Psychotherapie werden die Patienten zu einem Kontrollgespräch eingeladen. Dieses Gespräch dient u.a. dazu, die Entwicklung und die Lage des Patienten zu überprüfen und somit zu Aussagen über die Stabilität der Entwicklung zu gelangen, z.B. darüber, ob erneute Unfälle sogar aus eigener Kraft bewältigt werden konnten.

## **6 Spezifika der Referentialtherapie für die PTBS-Behandlung**

Die RT kann sich leicht an einem speziellen Ereignis und Erlebnis, also an einem PTBS-auslösendem Extremerlebnis, orientieren. Sie gründet fachlich auf einem gefestigten attributionstheoretischem Konzept (s. Abschnitt 4.1), das mit der RT für die psychotherapeutische Arbeit verstärkt bzw. konsequent nutzbar gemacht wird. Die RT kann systematisch und direkt auf die Inhalte der psychischen Probleme und thematisch auf die dazugehörigen Erlebens- und Verhaltensbezüge eingehen. Ein langwieriger Rückgriff auf lebensgeschichtliche Entwicklungen ist nicht oder nicht sofort erforderlich. Daher erhält die RT durch fast alle Patienten unmittelbar eine hohe face validity. Auch der Praxisbezug ist für die Patienten erkennbar. Nur gelegentlich sind gegenüber dem Patienten spezielle motivierende Erläuterungen erforderlich.



Die RT erlaubt fachlich eine problemlose Erweiterung der Arbeit auf die RET und auf die individualpsychologisch ausgerichtete Psychotherapie nach Adler. Die psychologische Verbindung von RT zum psychotherapeutischen Ansatz von Adler besteht u.a.

- in der Ähnlichkeit von Minderwertigkeitsgefühlen mit einer zu geringen Erfahrung von Selbstwirksamkeit und
- in der Ähnlichkeit der Finalität des Erlebens und Handelns mit Attributionen.

Da die RT gestörte Erlebensweisen über die Reorganisation oder über einen Neuaufbau von Attributionen in Verbindung mit vorsichtigen Verhaltenserfolgen harmonisiert, erfolgt keineswegs ein Handlungsdrill, so wie er gelegentlich Verhaltenstherapeuten als Mangel vorgeworfen wird.

## **7 Perspektiven einer psychologischen Unfallnachsorge**

Die Aktivitäten im Bereich der Psychotraumatologie in Deutschland wachsen stetig an, z.B. in der praktischen Anwendung von Seiten der Berufsgenossenschaften und auch in der wissenschaftlichen Bearbeitung (s. z.B. Hinckeldey & Fischer, 2002; Steil & Straube, 2002; Stieglitz, Nieberg et al., 2002). Interessant für eine fachliche Weiterentwicklung bzw. Spezifizierung sind unter anderem die Konzepte aus den therapieübergreifenden Überlegungen von Grawe (2000) und das Modell interpersoneller Psychotherapie von Schramm (1998).

Aus den Arbeiten des Kölner Modells mit den Kölner Verkehrsbetrieben heraus wurde vor allem durch Kooperation mit Berufsgenossenschaften die Betreuung auf andere Verkehrsbetriebe und auf weitere Unternehmen (z.B. Banken) ausgedehnt. Seit dem Jahr 2002 wurde ein bundesweites Netz von Psychologischen Psychotherapeuten aufgebaut, Eine Vermittlung der Praxiserfahrungen und der detaillierten psychologischen Konzepte und der generell verfügbaren Kenntnisse wird durch Fortbildung von Psychotherapeuten demnächst im Rahmen des Europäischen Lehrinstituts für Traumatherapie (ELITT) gewährleistet sein.

Die Berufsgenossenschaften unterstützen seit kurzem fachliche Kooperationen. Die Krankenkassen aus dem Regelungsbereich der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) entwickelten bislang keine Initiative. Lediglich einige wenige Betriebskrankenkassen versuchen zusammen mit den ihnen verbundenen Unternehmen geeignete Unterstützungen für ihre Mitglieder zu finden. Wegen der Neuartigkeit des Arbeitsfelds haben möglicherweise die meisten Psychotraumatologen, die das Fachgebiet systematisch aus Forschungsarbeiten heraus entwickelten, keine Abrechnungsmöglichkeit bei Kassenärztlichen Vereinigungen als Psychologischer Psychotherapeut erhalten. Diesen formale Mangel zum Schaden der Patienten von GKV gilt es zu beseitigen.

## **Literatur**

Ansbacher, H. L. und Ansbacher, R. R. (1995). *Alfred Adlers Individualpsychologie. Eine systematische Darstellung seiner Lehre in Auszügen aus seinen Schriften.* (4.erg. Aufl.) München: Reinhardt.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. und Emery, G. (2001). *Kognitive Therapie der Depression.* Taschenbuch 23, (2. Aufl.). Weinheim: Beltz,

Brendemühl, U., Echterhoff, W. und Trautmann, A. (2002). *Psychologische Ersthilfe und psychologisches Unfallmanagement. Handreichung für die Fortbildung von psychologischen*

*Ersthelfern*. Köln: Institut für Psychologische Unfallnachsorge (ipu). (Unveröffentlichtes Seminarmaterial)

Brewer, M.B. (1977). An information-processing approach to attribution of responsibility. *Journal of Experimental Social Psychology*, 13, 58-69.

Dreikurs, R. (1997). *Grundbegriffe der Individualpsychologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Echterhoff, W. (2002). Psychotherapie für brandverletzte Menschen. In P. Krause-Wloch (Hrsg.), *Nachsorge von Brandverletzten - ein Leitfadens*. Stuttgart: Kohlhammer. (Veröffentlichung in Vorbereitung, September 2002).

Echterhoff, W. und Spoerer, E. (1991). Psychologische Nachsorge für Unfallbeteiligte. *Zeitschrift für Verkehrssicherheit*, 37 (4), 172-176.

Echterhoff, W. (1992). *Erfahrungsbildung von Verkehrsteilnehmern*. (Forschungsberichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Nr. 254). Aachen: Mainz Verlag.

Egidi, K. & Boxbücher, M. (1996). *Systemische Krisenintervention*. Tübingen: dgvt.

Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Reihe Fortschritte der Psychotherapie, Manuale für die Praxis 8. Göttingen: Hogrefe.

Ellis, A. (1996). *Training der Gefühle*. Landsberg am Lech: mvg.

Ellis, A. (1997). *Grundlagen und Methoden der rational-emotiven Verhaltenstherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Eschenröder, C.T. (1997). *Eine neue Methode zur Verarbeitung traumatischer Erinnerungen*. Tübingen: dgvt.

Fischer, G. und Riedesser, P. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Reinhardt.

Flammer, A. (1990). *Erfahrung der eigenen Wirksamkeit*. Bern: Huber.

Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.

Hinckeldey, v. S. und Fischer, G. (2002). *Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung*. München: Reinhardt.

Langer, E.J. (1975). The illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology*. 32, 311-328.

Maercker, A. (Hrsg.). (1997). *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. Berlin: Springer.

Maercker, A., Ehlers, U. (Hrsg.). (2001). *Psychotraumatologie*. Göttingen: Hogrefe.



- Paul, G. und Oswald, M. (1982). Verantwortungsattribution bei Verkehrsunfällen: Informationsverarbeitungstheorie versus defensive Attributionstheorie. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 13, 237-246.
- Saigh, P.A. (1995). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Bern: Huber.
- Schmidbauer, W. (1992). *Hilflose Helfer*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Schmidt-Traub, S. (2001). *Angst bewältigen*. Berlin: Springer.
- Schramm, E. (1998). *Interpersonelle Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Schwarz, R. und Halama, M. (1998). Psychische Beeinträchtigungen nach Unfällen im Fahrdienst. *das warnkreuz*, 9/98.
- Seligmann, M.E.P. (1980). *Human Helplessness*. New York: Academic Press.
- Seligmann, M.E.P. (1999). *Erlernte Hilflosigkeit*. Weinheim: Beltz.
- Steil, R. und Straube, E.R. (2002). Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31 (1), 1-13.
- Stieglitz, R.-D., Nyberg, E., Albert, M., Frommberger, U. und Berger, M. (2002). Entwicklung eines Screeninginstrumentes zur Identifizierung von Risikopatienten für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTB) nach einem Verkehrsunfall. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31(1), 22-30.
- Vaihinger, R. (2002). - *Selbstwert und Kohärenzerleben - Eine psychologische Studie zu Bewältigungsfaktoren bei Strafgefangenen*. Diplomarbeit im Studiengang Psychologie, Bergische Universität, Wuppertal. (Unveröff.).
- Winter, H. (1996). *Posttraumatische Belastungsstörung nach Verkehrsunfällen*. Frankfurt am Main: Lang.