



Gesunde seelische Entwicklung trotz traumatischer Erfahrung in der frühen Kindheit

Dr.med. Helmut Rießbeck
Häfnergässchen 2,
91126 Schwabach
www.psychotherapie-riessbeck.de
info@psychotherapie-riessbeck.de
Benutzername: Arzt
Kennw.: Therapie





Programm

1. Traumatisierung und ihre Folgen verstehen
2. Verstrickte Geschichten – komplexe Traumatisierung
3. Präventionsarbeit – was hilft zur gesunden Entwicklung unter Belastungsbedingungen
5. Was hilft traumatisierten Kindern



**“All of us have
our breaking-
point. To some
it comes sooner
than to others.”**

**-T.A. Ross (1941,
p. 66)**





Was ist ein Trauma ?

- Ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverhältnis bewirkt.

Fischer,G.,Riedesser,P. 2003



Traumata - Einteilung

Typ I Einmaliges zeitlich begrenztes Trauma („Monotrauma“)

Typ II A mehrere voneinander unabhängige Ereignisse , Dauer Monate bis Jahre

Typ II B mehrere inhaltlich und/ oder personal verbundene Ereignisse

Nach L.Terr 1991



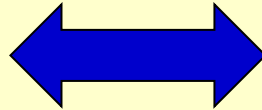
Traumatische Wucht

Personales



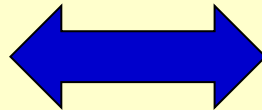
apersonales Trauma

Kindheitstrauma



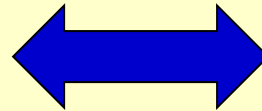
Erwachsenentrauma

Traumatisierung
durch
Beziehungspersonen



Fremde

Alle
Lebensvollzüge
umfassend



begrenzte Lebensbereiche



Trauma- und Stresstörungen

ICD -10	ICD 11
F43 Akute Belastungsreaktion Posttraumatische Belastungsstörung Anpassungsstörungen (7 Formen)	Kap. 7 B Posttraumatische Belastungsstörung
F 62.0 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
F94 Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung	Reaktive Bindungsstörung Beziehungsstörung mit Enthemmung (Kinder)
Z 63.4 Tod eines Familienmitgliedes	Anhaltende Trauerstörung



Definition

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist eine Störung, die sich nach der Exposition gegenüber einem extrem bedrohlichen oder schrecklichen Ereignis oder einer Reihe von Ereignissen entwickeln kann. Sie ist durch das **Wiedererleben** des traumatischen Ereignisses oder der Ereignisse in der Gegenwart in Form von lebendigen aufdringlichen Ereignissen gekennzeichnet. Erinnerungen, **Rückblenden** oder Alpträume, in der Regel begleitet von starken und **überwältigenden Emotionen** wie Angst oder Schrecken, und starke körperliche Empfindungen, **Vermeidungsversuche** von Gedanken und Erinnerungen an das oder die Ereignisse, oder die Vermeidung von Aktivitäten, Situationen oder Menschen welche auf die Erfahrungen hinweisen, treten auf. Es finden sich anhaltende **Wahrnehmungen einer erhöhten aktuellen Bedrohung**, zum Beispiel durch Hypervigilanz oder eine vermehrte Schreckhaftigkeit sowie Reaktion auf Reize wie unerwartete Geräusche. Die Symptome müssen mindestens mehrere Wochen anhalten und zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensfunktionen führen.



Charakteristische Beobachtungen bei posttraumatischen Störungen

Sichtbare nonverbale Symptome :

Verteidigungs- oder Unterwerfungsgesten, Einfrieren

Neurologische Symptome:

Automatische wiederholte gleichförmige Bewegungen, Imitation extrapyramidalen Störung (Parkinson...), Zittern

Zeichen aus dem autonomen Nervensystem :

Zittern, Schwitzen, rote Haut um den Hals, beschleunigter Puls,

Betroffene zeigen:

Konzentrationsverlust, gestörtes Gedächtnis und Wahrnehmung, ausgeprägte Übererregbarkeit und/oder Bewusstseinsverlust nach Exposition gegenüber Auslösern (einzelne Schlüssel-Reize)

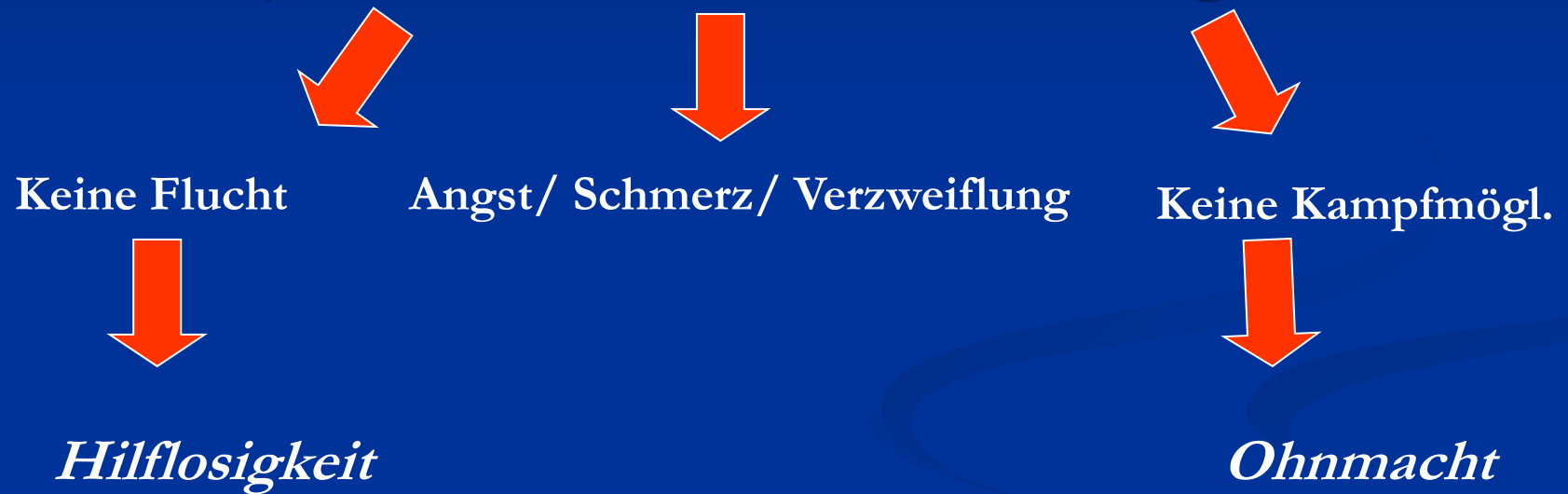
Zwangsgedanken- Zwangshandlungen

Betroffene versuchen:

Nicht zu erinnern, sind aber ständig auf die belastenden Ereignisse fokussiert.

Die traumatische Zange

- Ein subjektiv lebensbedrohliches Ereignis



Die 3 „F“: No fight No flight Freeze

Trauma kompensatorisches Schema

- Organisiert Wahrnehmung und Handlungen nach einem psychischen Trauma
- Ist im Sinne der unterbrochenen Handlung mit Kampf/Fluchttendenz oder Erstarrung strukturiert
- Kann erhebliche Wahrnehmungsverzerrungen verursachen
- Hat die Neigung sich in andere psychische Bereiche hinein auszubreiten

nach Fischer u..Riedesser 1998

Folgen

- Fragmentierung der Wahrnehmung in Bilder, Sensorische Teilbereiche, Körpererleben, später Bedeutungszuschreibung, Zuordnungsversuch zur Biographie
- Dissoziation: Beziehungsverlust zur Welt = Derealisation / Beziehungsverlust zur Person als „Ganzes“ = Depersonalisation, Erstarrung bei gleichzeitiger Übererregung

Symptome

- **Intrusionen** = sich aufdrängende belastende Erinnerungen/ Gedanken Alpträume
- **Flash backs** = Szenen des Traumafilms laufen wieder ab, das Gefühl des Wiedererlebens als wäre es jetzt !
- **Übererregbarkeitssymptome** = Schreckhaftigkeit, Affektintoleranz, mot. Unruhe Konzentrationsstörung, Schlaflosigkeit
- **Vermeidungsverhalten** = Trigger bzw. Stimuli werden umgangen
- **Emotionale Taubheit** = soz. Rückzug, Interesselosigkeit, innere Teilnahmslosigkeit



Was ist nicht zu empfehlen...

- Debriefing für akute Belastungsstörungen
- Ineffektive psychologische Behandlungen

Arzneimittelbehandlungen sind **KEINE**
Erstlinienbehandlung

Was wird empfohlen...

- Abwartendes Beobachten bei akuter Belastungsstörung
- Trauma adaptierte Behandlungen (CBT und EMDR) für Erwachsene und Kinder



Definition

Komplexe posttraumatische Belastungsstörung (Komplex PTBS) ist eine Störung, die sich nach der Exposition gegenüber einem Ereignis oder einer Reihe von Ereignissen extremer und längerer oder sich wiederholender Natur entwickeln kann, die als extrem bedrohlich oder schrecklich empfunden werden und aus der die Flucht schwierig oder unmöglich (z. B. Folter, Sklaverei, Völkermordkampagnen, anhaltende häusliche Gewalt, wiederholter sexueller oder physischer Missbrauch im Kindesalter) ist. Die Störung ist durch die Kernsymptome der PTBS gekennzeichnet; das heißt, alle diagnostischen Anforderungen für **PTBS** wurden irgendwann im Verlauf der Störung erfüllt. Darüber hinaus ist komplexe PTBS durch 1) schwere und allgegenwärtige Probleme in der **Affektregulierung** gekennzeichnet; 2) **anhaltende Überzeugungen über sich selbst als nichtig, wehrlos oder wertlos**, begleitet von tiefen und allgegenwärtigen Gefühlen der **Scham, Schuld oder Versagen** im Zusammenhang mit dem Stressor; und 3) anhaltende Schwierigkeiten bei der Aufrechterhaltung von **Beziehungen** und **Nähe** mit wichtigen Mitmenschen.



Aus der Zusammenfassung der Putnam/Trickett Studie über sexuell traumatisierte Kinder und Jugendliche

"Sie haben kognitive Defizite in Flüssiger und kristalliner Intelligenz. Sie denken über die Dinge anders, vor allem Sex. Sie sind mit größerer Wahrscheinlichkeit (chronisch) depressiv, haben PTBS und dissoziative Symptome, werden körperlich und sexuell reviktimisiert, verbinden sich mit einem missbräuchlichen Partner, werden als Teenager Mutter und bekommen häufiger Frühgeborene. Sie sind eher in Selbstverstümmelung, riskante sexuelle Aktivität, Missbrauch von Drogen und Alkohol verwickelt, erleben mehr lebenslange Traumata.... Als Eltern setzen sie ihre Kinder einem erhöhten Risiko für Missbrauch und Vernachlässigung und allgemeiner Fehlentwicklung aus, da sie Generationenmuster von Missbrauch, Vernachlässigung und familiärer Dysfunktion wiederholen."



Transgenerationale Weitergabe

- Die Lehren der Putnam/Trickett Studie:
Sexueller Missbrauch im Kindes- und Jugendalter ist geeignet eine Spirale von körperlicher und sexueller Gewalt in Familien und im sozialen Kontext in Gang zu setzen. Die induzierten Veränderungen im kognitiven emotionalen und im Verhaltensbereich haben Folgen für die Beziehungsgestaltung. Sie werden in signifikantem Ausmaß an die nachfolgende Generation weiter gegeben.



Schwarmintelligenz nutzen

Bitte nennen Sie mir, was Sie in der eigenen Familie als besonders förderliche Haltungen, Handlungen, Regeln erleben. Diese helfen, dass aus Belastungen keine Traumatisierungen entstehen

Wir sammeln die Punkte und ordnen sie den folgenden Bereichen zu.

1. Äußere Bedingungen
2. Tagesstruktur
3. Eltern- Kind Beziehung
4. Die Eltern – Einzel und als Paar
5. Die Kinder als eigene Gruppe



Bereiche des Familienlebens

1 Äußere Bedingungen

2 Tagesstruktur

3 Eltern-Kindbeziehung

4 Eltern Einzel und als Paar

5 Kinder als Gruppe



Ein Tag bei Familie „Frohgemut“ – das Ideal 1

1. Äußere Bedingungen

Wirtschaftliche Notlage – bedrohliche Faktoren lassen sich handhaben.

Minimal adäquate Wohnbedingungen

Ungefährdeter Aufenthalt im Außenbereich

Krisendienste sind ortsnah verfügbar.

Es besteht ein Netzwerk der Hilfsstrukturen
(Beratungsstellen, soziale Dienste, Ärzte, Therapeutinnen...)

Beratung ist verfügbar, soweit möglich unabhängig von rechtlichen Maßnahmen .



Ein Tag bei Familie „Frohgemut“ – das Ideal 2

2. Tagesstruktur

- Feste Tagesrhythmik mit Treffpunkten bei Mahlzeiten
- Zeitliche Leerräume und Möglichkeiten für Rückzug
- Körperfreundlichkeit mit Bewegung und Sport (Alle)
- Begrenzter Medienkonsum, kein Nebenbei
- Kritisch reflektierter Rauschmittelkonsum (Alkohol...)



Ein Tag bei Familie „Frohgemut“ – das Ideal 3

3. Eltern- Kind Beziehung

- Es gilt das Prinzip Erklären;
- Gegenseitige Angebote zur Findung von Balance (Spannung, Stimmung) sind hilfreich.
- Konflikte werden begrenzt und, soweit möglich, lösungsorientiert umgewandelt.
- Interesse an den Belangen der Kinder
- Wahrung von Grenzen
- Vermeidung von psychischer (Demütigung) und körperlicher Gewalt



Der Tag bei Familie „Frohgemut“ – das Ideal 4

4. Die Eltern

- Eltern sorgen für sich und ihre Selbstregulation;
- Eltern bleiben in Ihrer verantwortlichen Position
- Tiefgreifende Auseinandersetzungen der Eltern finden ausserhalb der Familienbühne statt; verbale oder körperliche Gewalt wird nicht toleriert
- Gegenseitige Angebote zur Findung von Balance (Spannung, Stimmung) sind hilfreich.
- Konflikte werden verbalisiert, begrenzt und, soweit möglich, lösungsorientiert umgewandelt.



Ein Tag bei Familie „Frohgemut“ – das Ideal 5

5. Die Geschwistergruppe -

- Kinder erkennen gegenseitig Stärken an
- Können gemeinsam Interessen gegenüber den Eltern vertreten
- Kinder teilen Gemeinsamkeiten; jedes hat einen oder mehrere eigene Bereiche
- Gegenseitige Akzeptanz; verbale Entgleisungen werden erkannt und ausgeräumt.
- Zeigt in schwierigen Situationen solidarisches Handeln



Beratung ist nicht „objektiv“

In die Beratung fließen u.a. ein :

- Eigene Familienerfahrungen der Herkunftsfamilie und Gegenwartsfamilie
- Eigene Werte und Lebenshaltungen
- Eigene Belastungserfahrungen

Bitte daran denken: Alle Menschen, auch Professionelle, haben die Neigung das Ungeheuerliche, das was nicht in Ihre Vorstellungen und Erfahrungen passt, aktiv auszublenden!



Problemfamilie

Rufen Sie bitte den Hausbesuch bei einer Familie wach, den Sie irgendwie anstrengend fanden:

Beschreiben sie die Stimmung im Raum und Ihre eigenes (emotionales) Hauptgefühl.

Gehen Sie zu dem unangenehmsten Moment des Besuches und halten ihn wie ein Standbild fest.



Traumatisierung bei kleinen Kindern

Vernachlässigung – fehlende Erfüllung „basic needs“,

Deprivation – emotionale Gewalt

Psychisch kranke Eltern (Psychose, Depression, Komplextrauma ...)

Unfälle, eigene sowie Zeugenschaft

Unter- und Fehlversorgung z.B. bei Behinderung

Medizinische Versorgung bei schwerer Krankheit in der Periode Geburt – Kleinkind

Aktive Misshandlung/Gewalt, sexuelle Ausbeutung durch Bezugspersonen (“Münchhausen by proxy“) durch Umgebung



Belastende Kindheitserlebnisse

In einer Stichprobe geben 8.9% der Befragten 4 oder mehr belastende Kindheitserlebnisse an.

Führend sind:

- Trennung/Scheidung (19,4%)
- Alkohol/Drogen in der Familie (16,7%)
- emotionale Vernachlässigung (13,4%)
- emotionale Misshandlung (12,5%)

Die Hochrisikogruppe zeigte ein erhöhtes Risiko für Depressivität, Ängstlichkeit, körperliche Aggressivität und eingeschränkte Lebenszufriedenheit.

Witt a, Sachser c, Plener PL, Brähler E, Fegert JM: Prävalenz und Folgen belastender Kindheitserlebnisse in der deutschen Bevölkerung; Dtsch Arztebl Int 2019 ;116:635-42



Lock down neg. Belastungsfolgen bei den Stressoren -
existentielle Sorgen, Quarantäne, Psych. Vorbelastung

Höher war die Zahl der Opfer sowohl bei Frauen als auch
Kindern, wenn -

- sich die Befragten zu Hause in Quarantäne befanden (körperliche Gewalt gegen Frauen: 7,5%, körperliche Gewalt gegen Kinder: 10,5 %).
- die Familie akute finanzielle Sorgen hatte (körperliche Gewalt gegen Frauen: 8,4 %, körperliche Gewalt gegen Kinder: 9,8 %).
- einer der Partner aufgrund der Pandemie in Kurzarbeit war oder den Arbeitsplatz verloren hatte (körperliche Gewalt gegen Frauen: 5,6%, körperliche Gewalt gegen Kinder: 9,3 %);
- einer der Partner Angst oder Depressionen hatte (körperliche Gewalt gegen Frauen: **9,7 %**, körperliche Gewalt gegen Kinder: **14,3 %**)
- sie in Haushalten mit Kindern unter 10 Jahren lebten (körperliche Gewalt gegen Frauen: 6,3%, körperliche Gewalt gegen Kinder: 9,2 %).

Steinert, J. (05-2020) TUM:Gewalt an Frauen und Kindern in Deutschland

während COVID-19-bedingten Ausgangsbeschränkungen zit. | www.deutschesgesundheitsportal.de

17.01.2022

©Dr.H. Rießbeck



Der Unabhängige Beauftragte der Bundesregierung für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs- JW Rörig

„Experten gehen von jährlich 100.000 Straftaten des sexuellen Missbrauchs bei Minderjährigen aus, sagt Johannes-Wilhelm Rörig – die meisten bleiben unentdeckt.

In der Polizeilichen Kriminalstatistik tauchen fast konstant in jedem Jahr 12.000 Ermittlungsverfahren wegen sexuellen Kindesmissbrauchs auf. Hinzu kommen Ermittlungen wegen des Missbrauchs von Jugendlichen und Schutzbefohlenen, zusammen sind das 13.500 Fälle.“



Putnam: Theorie der diskreten Verhaltenszustände „discrete behavioral states“

Individuen werden mit einer begrenzten Anzahl an Verhaltensmustern geboren

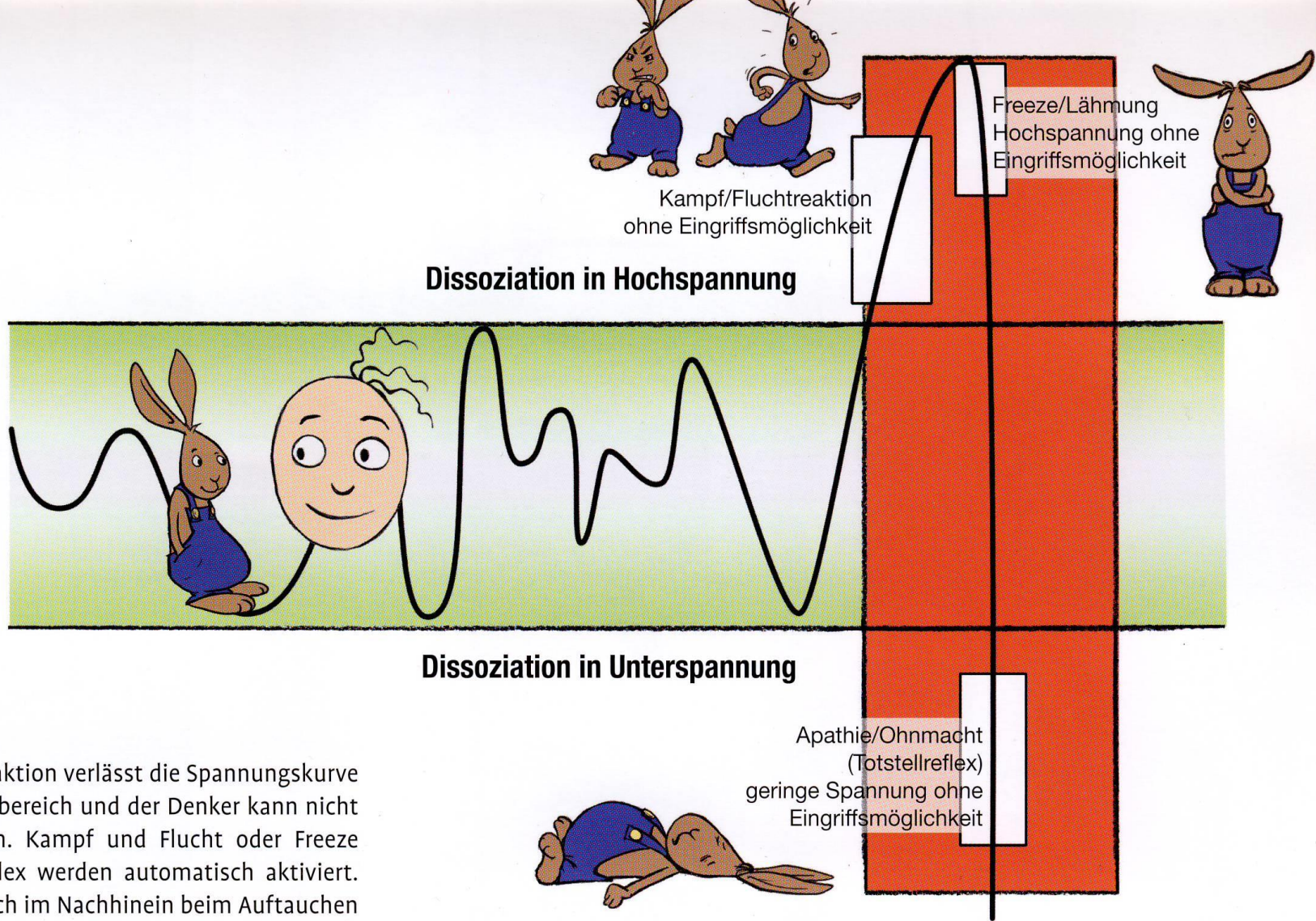
Diese sind v.a. : Ruhen, Träumen, Wachen, Aufmerksamkeit, Jammern/Lärmen, Schreien

Diese Zustände unterscheiden sich durch Körpermarker (Herz/Kreislaufsystem und neurophysiologisch)

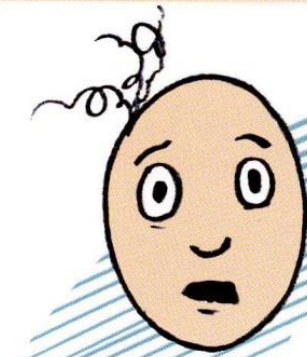
Die Hauptaufgabe des Kindes ist die Stateübergänge zu kontrollieren.

Die Beziehungspersonen sind dafür zuständig, dass das Kind die eigenen States erkennt, sie wieder einrichten kann und angepasste States für Lebenssituationen entwickeln kann.

Putnam 1997, nach Dell et al.

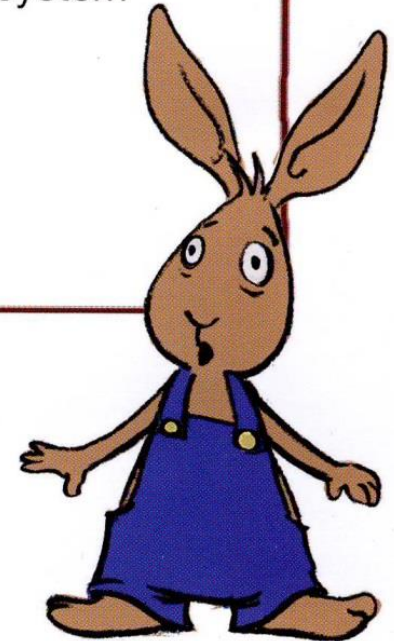
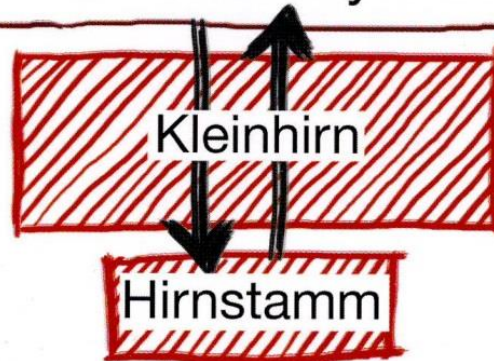
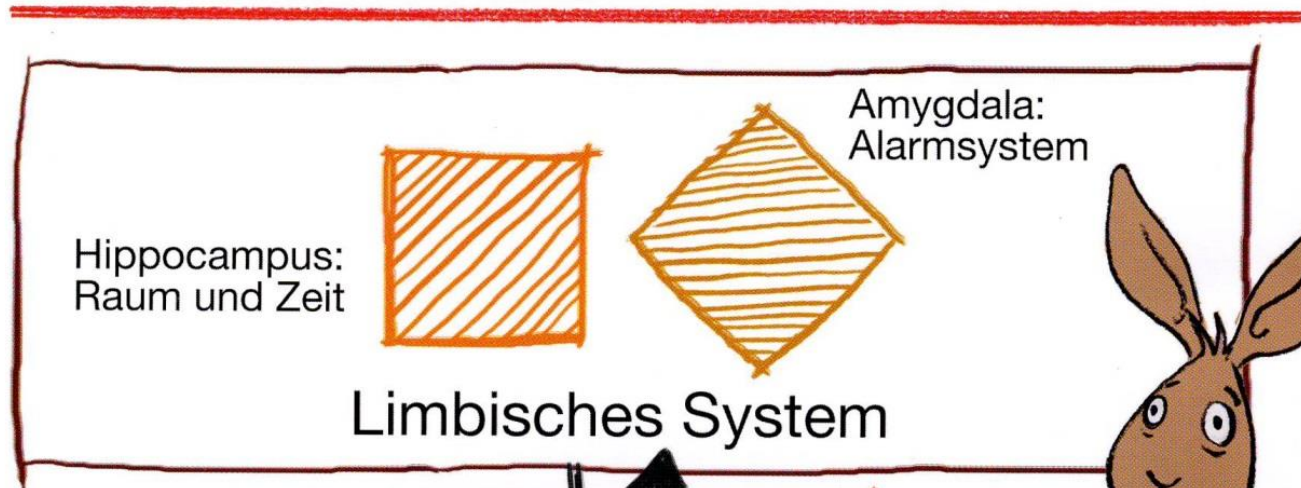


In der Notfallreaktion verlässt die Spannungskurve den Ressourcenbereich und der Denker kann nicht mehr eingreifen. Kampf und Flucht oder Freeze bzw. Totstellreflex werden automatisch aktiviert. Das passiert auch im Nachhinein beim Auftauchen von Triggern.



Großhirnrinde

Bewusstes Wahrnehmen
und Entscheiden, Ich-Erleben,
sprachliche Verarbeitung



Wenn alles gut läuft, tauschen Denker und Häschen sich aus, kann die Großhirnrinde mit den anderen Teilen von Gehirn und Körper zusammenarbeiten. Im Notfall wird die Verbindung zur Großhirnrinde unterbrochen, damit das Häschen schneller reagieren kann. Die Einordnung fehlt dann noch.



Traumasympptome speziell bei kleinen Kindern

- Gestörtes Nähe-Distanz Verhalten (s.a. desorganisierte Bindungsmuster), Trennungsangst
- Zurückfallen in frühere Entwicklungsstadien, Verlust von Kontrollfunktionen (z.B. Einnässen, Einkoten, Essstörung)
- Aufgabe von bereits erreichten Fähigkeiten, Vereinfachung von Sprachmustern (bis zum Mutismus), Tics bei der Kommunikation, Stottern
- Freies Spielen ist unmöglich- Ersatz durch traumatisches Spiel
- Selbstberuhigung erschwert, Schlafstörungen
- Impulsives Verhalten, Wutausbrüche
- Magische Gedanken über das Belastungsgeschehen
- Täuschung und Pseudonormalisierung („Alles ist doch gut“)



Traumasympptome bei Kindern und Jugendlichen

- **Regressive Verhaltensweisen:** Zurückfallen in frühere Entwicklungsstadien, z.B. Einnässen, Einkoten
- **Aggressive Dysregulation:** Kind flippt schnell aus, wird gewalttätig, macht Sachen kaputt, weil es in die Übererregung kippt und keine Möglichkeit der Affektregulierung findet. Der Körper ist auf Kampf/Flucht eingestellt, weil genau wie in der traumatischen Situation selbst die empfundene Hilflosigkeit und der Kontrollverlust als äußerst bedrohlich empfunden werden.
- **Dissoziale Verhaltensweisen** wie z.B. Stehlen, Lügen usw.
- **Apathie, tranceähnliche Zustände**
- **Depression**
- **Hyperaktivität**
- **Oppositionelles Verhalten/Ungehorsam**
- **Provokation von körperlichen Strafen und anderen Schmerzen**



Gesund werden für traumatisierte Kinder I

Behandelt wird nicht ein Kind sondern eine Lebensgemeinschaft.

Der traumatische Stress betrifft nie das Kind alleine.

Die meisten Kinder integrieren Beschädigungen nicht über Therapieverfahren, sondern durch Schaffung entwicklungsförderlicher Bedingungen.



Gesund werden für traumatisierte Kinder II

- Sicherheit schaffen
- Einschnitt - die Fortsetzungen der Traumatisierung erkennen und unterbinden !
- Am wichtigsten bei Übergriffen durch nahe stehende
- Beziehungspersonen (z.B. nur begleiteten Umgang mit einem Täter-Vater)



Gesund werden für traumatisierte Kinder III

Weit wichtiger als spezifische Therapie ist die Stärkung des Systems.

Eltern (Bezugspersonen) brauchen:

- Information, Psychoedukation
- Hilfen für ihr jeweiliges Gleichgewicht und das der Partnerschaft

Blick auf die Familie als Ganzes mit der Ressourcenfrage:

Was Kann diese Familie gut?

als Grundhaltung



Stärkung für traumatisierte Kinder IV

- Kleine Tätigkeiten zum Abschluss bringen und Erfolg erleben (Triumph, Stolz)
- Hilfen zur Selbstregulierung anbieten (Sport, Musik...)
- Eröffnung von „Spielräumen“
- Überforderungen erkennen und abbauen



Spezifische Kinder Traumatherapie

Bei Kleinkindern : Spieltherapie,
Externalisierendes Arbeiten (Figuren, Malen)

Bei größeren Kindern:

EMDR

Narrative Exposition, KVT (vorw. Typ 1 Trauma)

Standardisierte Traumaintervention (STI)

Für Alle: Kindgerechte Ressourcenaktivierung und
Stabilisierung; Familienbezogene Ansätze; systemische
Therapie



Dr. med. Helmut Rießbeck, ärztlicher Psychotherapeut (TP) in eigener Praxis. Prof. Dr. Gertraud Müller, Psychotherapeutin und Professorin für Medizin an der Evangelischen Hochschule Nürnberg.

Die Autoren: Lutz Besser, **Susanne Leutner**, Ulrike Reddemann, Isabelle Rentsch, Ines Riedeburg-Troescher, Mervyn Schmucker, Ellen Spangenberg, Beate Steiner, Dorothea Weinberg.

Informationen

Klinisch tätige Psychotherapeuten, Psychiater, Sozialpädagogen sowie Traumafachberater.

Dieses Buch im Webshop bestellen:

www.kohlhammer.de/

[go.php?isbn=978-3-17-035134-9](http://www.kohlhammer.de/go.php?isbn=978-3-17-035134-9)



Die vergessene Dimension in der Behandlung traumatisierter Menschen

ZIELGRUPPE:

- ▶ PsychotherapeutInnen aller Schulen
- ▶ TraumatherapeutInnen
- ▶ ÄrztInnen für Psychotherapie
- ▶ beratende PsychologInnen

Die noch junge Wissenschaft und Praxis der Behandlung traumatisierter Menschen hat in den letzten Jahrzehnten große Fortschritte erzielt und eine Vielzahl an Interventionen, Methoden und Techniken hervorgebracht. Ohne diese Erfolge schmälern zu wollen, lenkt der Autor mit diesem Buch die Aufmerksamkeit auf eine bislang bestehende Leerstelle. Gerade komplex traumatisierten Menschen ist mit einer besseren Anpassung im Alltag nur bedingt geholfen. Um Lebendigkeit und Beziehungsfähigkeit wiederzugewinnen, ist es für die Betroffenen essentiell, mit ihrem Therapeuten, ihrer Beraterin über die existenziellen Dimensionen ihres Erlebens sprechen zu können. Fragen nach Endlichkeit und Tod, nach dem Lebensinn und Zielen und die Heranführung an eine annehmende Haltung dem Schicksal gegenüber sind Inhalte der existenziellen Psychotherapie, die hier erstmals in praxisorientierter Weise mit Hintergrundüberlegungen, Beispielen und Übungsmöglichkeiten in die Psychotraumatologie integriert werden.

- Ein innovativer Ansatz in der Psychotraumatologie
- Praxisbuch mit Fallgeschichten gelungener Vorgehensweisen



Helmut Rießbeck
Existenzielle Perspektiven in der Psychotraumatologie
Kernfragen des Daseins in der therapeutischen Praxis

Leben Lernen 329
240 Seiten, broschiert
Mit zahlreichen Illustrationen
€ 26,- (D) / € 26,80 (A)
ISBN 978-3-608-89276-5

■ Erscheinungstermin: 17. November 2021





- Beckrath-Wilking,U. et al.: Traumafachberatung, Traumatherapie, Junfermann, Paderborn 2013
- Clemens,V., Fegert,J.: Ein Marshallplan für Kinder, Jugendliche und Familie, Nervenheilkunde 2021;40: 285-392
- Fritzsche, K.: Praxis der Ego State Therapie, Auer verl. Heidelberg 2013
- Handtke,L., Görge, H.J.: Handbuch Traumakompetenz Paderborn 2012
- Jegodtka,R., Luitjens,P.: Systemische Traumapädagogik, V&R, Göttingen 2016
- Koch-Kneidl,L., Wiese,J. (Hrsg) Entwicklung nach früher Traumatisierung, V &R, Göttingen 2003
- Krüger,A. : Akute psychische Traumatisierungen bei Kindern und Jugendlichen, Klett&Cotta 2008
- Krüger,A.: Powerbook – Erste Hilfe für die Seele, Elbe &Krüger, 2011
- Krüger,A. : Erste Hilfe für traumatisierte Kinder, Patmos 2007
- Schellong,J;Epple,F.; Weidner,K.: Praxisbuch Psychotraumatologie, Thieme, Stuttgart, 2018
- Spitzer,M: Smartphones, Babys, Kleinkinder und Kinder im Jahr 2021, Nervenheilkunde 2021, 848-852
- Streeck-Fischer, A.: Trauma und Entwicklung, Schattauer, Stuttgart 2006
- Taft, C. T., Creech, S. K., Gallagher, M. W., Macdonald, A., Murphy, C. M., & Monson, C. M. (2016). Strength at Home; Couples program to prevent military partner violence: A randomized controlled trial Journal of Consulting and Clinical; Psychology, 84(11), 935-945. doi:10.1037/ccp0000129
- Watkins,J.G, Watkins,H.H: Ego States, Theorie und Therapie, Auer, Heidelberg 2003
- Weinberg,D.: Psychotherapie mit komplex traumatisierten Kindern, Klett Cotta, Stuttgart 2010
- PENELOPE K, TRICKETT." JENNIE G, NOLL,, AND FRA].IK W PUTNAM: The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational longitudinal research study, Development and Psychopathology 23, 2011, 453-476