

Ein traumatisches Geburtserlebnis verarbeiten

Wie können Hebammen unterstützen?

Wo liegen die Grenzen in der Hebammenbegleitung?

Tanja Liebl zeigt auf, wie Hebammen betroffene Mütter bei der Aufarbeitung und Integration eines traumatischen Geburtserlebnisses unterstützen können.

Jede Geburt ist eine Grenzerfahrung für die werdende Mutter und trägt das Potenzial in sich, zu einer besonders schönen und bestärkenden Erfahrung in ihrem Leben zu werden. Auf der anderen Seite kann sich das Geburtserlebnis anfühlen wie der schlimmste Albtraum, aus dem es kein Entrinnen gibt und der einen nicht loslässt.

Was ist eine traumatische Geburt?

Das Wort "Trauma" bedeutet aus dem Altgriechischen übersetzt "Verletzung" und "Wunde". Somit können wir diesen Begriff auch im Kontext der Geburtserfahrung als "seelische Verletzung" verstehen und verwenden (Fischer & Riedesser, 2009).

Fischer und Riedesser (2009) definieren ein Psychotrauma als „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 Weltbild bewirkt.“

Im Hinblick auf den geburtshilflichen Kontext schlägt Beck (2004) vor, ein Geburtstrauma zu definieren als ein Ereignis, welches während des Geburtsprozesses auftritt und eine tatsächliche oder als solche wahrgenommene Gefährdung oder Verletzung von Mutter und/oder ihrem Kind darstellt. Die Gebärende erlebt dabei intensivste und überwältigende Angst, Hilflosigkeit, Kontrollverlust und Entsetzen. Dies beinhaltet auch Erlebnisse, in denen sich die Gebärende ihrer Würde und Intimsphäre beraubt fühlt.

Traumatisierende Erfahrung betreffen nicht ausschließlich die Geburt. Ereignisse und Komplikationen während der Schwangerschaft (wie Frühgeburtsbestrebungen) oder im Anschluss an eine komplikationslose Geburt (wie manuelle

Nachtastung, postpartale Blutungen, Transferierung des Neugeborenen auf die Intensivstation usw.) können ebenso traumatisierend und belastend sein und sich in gleicher Art und Weise zeigen. Hier würde es sich anbieten, von einer Peripartalen Posttraumatischen Stressbelastung zu sprechen.

Das Geburtstrauma liegt im Auge der Betrachterin

"The birth trauma lies in the eye of the beholder" (Beck 2004). Ob eine Frau die Geburt ihres Kindes als schwierig oder traumatisch empfunden hat, kann nur sie für sich entscheiden. Eine Geburt kann von außen gesehen völlig komplikationslos verlaufen sein, im Inneren der Frau kann es jedoch anders aussehen. Umgekehrt kann die Frau eine Geburt, die von außen betrachtet schwierig und belastend erscheint, gar nicht so empfinden.

Hartmann (2005) betont, dass sich die objektive Perspektive (und damit verbundene Interventionen) grundlegend von der für die Gebärende erlebte subjektive Bedrohung unterscheiden können.

Wie zeigt sich posttraumatischer Stress nach einer Geburt?

Beck (2005) definiert diesen als Antwort auf das Erleben einer traumatischen oder belastenden Geburtserfahrung, der eine Kaskade an Symptomen auslöst und sich als signifikanter Distress und einer Störung bzw. Beeinträchtigung in sozialen Interaktionen widerspiegelt.

Krankheitsbilder, die sich als Folge von traumatisierenden Erlebnissen entwickeln, werden unter dem Begriff der Traumafolgestörungen zusammengefasst (Pausch 2017). Zu diesen zählen unter anderem die akute Belastungsreaktion, die Anpassungsstörung und die Posttraumatische Belastungsstörung PTBS (Dilling ICD-10 2016).



Im Allgemeinen lassen sich die Symptome in drei Gruppen aufteilen: Wiedererleben, Vermeidungsverhalten und vegetative Übererregtheit (Hyperarousal) (Pausch 2017).

Das **Wiedererleben** (Intrusion, Flashbacks) kann sich in wiederkehrenden und sich aufdrängenden Erinnerungen, Bildern, Gedanken, Träumen und Körperempfindungen präsentieren. Als Nachhall einer traumatischen oder belastenden Erfahrung kann die Erinnerung an das Erlebte nicht adäquat in den dafür zuständigen Gehirnarealen abgelegt und integriert werden. Das Erlebnis wird bildlich gesprochen fragmentiert. Diese Fragmente bzw. Teile der Erinnerung tauchen immer wieder auf und bringen das Geburtserlebnis ins Bewusstsein. Die Reize (Trigger), welche die Intrusionen auslösen, können vielfältig und oft nicht bewusst zugänglich sein. Sie betreffen sämtliche sensorische Empfindungen: Bilder, Geräusche, Gerüche oder Körperempfindungen, zum Beispiel Bilder des Geburtsortes oder beteiligter Personen, das CTG-Geräusch, typische Gerüche im Kreißsaal u.v.m.

Vermeidungsverhalten kann sich dadurch zeigen, dass Reize bzw. Auslöser, die eine Wiedererinnerung an das traumatische Erlebnis bewirken könnten, gemieden werden. Beispielsweise versäumen betroffene Mütter in weiterer Folge gynäkologische Kontrolluntersuchungen, weil sie dadurch an die Geburtssituation erinnert werden. Andere wiederum können den Geburtsort nur unter größten Mühen aufsuchen (vegetative Stresssymptome treten auf), meiden diesen gänzlich oder können nicht daran vorbeifahren oder -gehen. Dieses Vermeidungsverhalten kann so weit gehen, dass Geschlechtsverkehr nicht mehr möglich ist, und eine weitere Schwangerschaft so unbedingt vermieden wird. Ein weiterer Aspekt des Vermeidungsverhaltens kann die Interaktion mit

dem Kind betreffen. Mitunter distanzieren sich Mütter unbewusst von ihrem Kind, da es eine ständige Erinnerung an das belastende Erlebnis repräsentiert (Beck 2015). Das impliziert weitreichende Folgen hinsichtlich der Mutter-Kind-Dyade und des Bindungsverhaltens des Babys.

Vegetative Übererregtheit (Hyperarousal) kann sich in Form von Einschlaf- und Durchschlafstörungen (bzw. wieder Einschlafen nach den nächtlichen Stillmahlzeiten), Konzentrationsstörungen bei Alltagstätigkeiten, ungewohnter Reizbarkeit, erhöhter Schreckhaftigkeit und Neigung zu Wutausbrüchen, übermäßiger Wachsamkeit (Hypervigilanz) und gehäuften Tränenausbrüchen äußern. Erhöhter Puls, innere Unruhe, Getriebensein und Engegefühle im Brust- und Halsbereich können ebenso auftreten (Reddemann 2013, Beck 2015).

Häufigkeit

Studien zur Frage der Häufigkeit zeigen heterogene Ergebnisse. Dies lässt sich unter anderem auf die Größen und Zusammensetzungen der Stichproben, der verwendeten diagnostischen Tests und der Test-Zeitpunkte post partum zurückführen.

Posttraumatische Belastungsstörung nach einer Geburt - Postpartale PTBS

Yildiz et al. (2017) kommen in ihrem Review zu dem Ergebnis, dass die durchschnittliche Prävalenz des Vollbildes einer Posttraumatischen Belastungsstörung PTBS, als direkte Folge der Geburt, im ersten Jahr nach der Geburt 5,9% beträgt. Für Gebärende mit Risikofaktoren in der Anamnese (Missbrauchserfahrungen, PTBS-Diagnosen in der Vorgeschichte, psychiatrische Vorerkrankungen,...) ist die Prävalenz mit 18,5% signifikant höher.



Schaut man sich verschiedene Messzeitpunkte post partum an, zeigt sich, dass es eine Veränderung im zeitlichen Verlauf hinsichtlich der Prävalenzen einer PTBS gibt: Zwischen 4 bis 6 Wochen p.p. beträgt diese 5,8%, sinkt nach 12 Wochen auf 1,4% ab und ist 6 Monate nach der Geburt allerdings mit 6,8% am höchsten (Yildiz et al. 2017). Keine Studie hat bis dato die Ursachen dazu erforscht.

Subsyndromales Erscheinungsbild einer PTBS

Nicht jede traumatische oder belastende Geburtserfahrung mündet in das Vollbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Laut Maggioni et al. weisen 32,1% aller Wöchnerinnen drei bis sechs Monate nach der Geburt Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung auf, ohne das Vollbild zu entwickeln, die für eine Diagnose laut DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 2017) nötig wäre. Nichtsdestotrotz ist dieses subsyndromale Erscheinungsbild einer PTBS mit einer für betroffene Mütter spürbaren Beeinträchtigung im täglichen Leben und mit möglichen Folgen wie bei einer PTBS verbunden.

Komorbidität zwischen PPD und traumatischer Geburtserfahrung

In der allgemeinen Population gibt es Belege aus der Traumaforschung dafür, dass bis zu 50% der von einer Posttraumatischen Belastungsstörung Betroffenen, auch an einer Depression leiden (Yehuda 2002). Hinsichtlich der Komorbidität einer postpartalen Depression und einer postpartalen PTBS gibt es derzeit nur eine kleine Anzahl an Studien. Diese zeigen unterschiedliche Raten zwischen 6,6% und 71,7%. Yildiz et. al. (2017) kommen in ihrem Review zu einer Prävalenz von 17,7%. Diese Ergebnisse müssen mit einem gewissen Vorbehalt interpretiert werden.

Bei Verdacht auf eine postpartale Depression sollte auch das Geburtserlebnis mitbetrachtet werden, da die Gefahr besteht, posttraumatische Stresssymptome zu übersehen. Dies kann in der Praxis so aussehen, dass zusammen mit dem EPDS-Fragebogen (Edinburgh Postnatal Depression Scale, Cox et al. 1987) nach dem Geburtserlebnis und insbesondere nach Symptomen (Intrusionen bzw. sich aufdrängende Erinnerungen, Alpträume und vegetative Übererregtheit) gefragt wird (White et al. 2006). Zudem gibt es auch Fragebögen zur Selbsteinschätzung, die posttraumatische Symptome abfragen und eine vergleichbare Zuverlässigkeit zeigen wie eine klinische Diagnostik (Yildiz et al. 2017). Die Unterscheidung zwischen einer PPD und einer postpartalen PTBS ist unter anderem entscheidend für die weitere therapeutische Behandlung.

Risikofaktoren für eine posttraumatische Stressreaktion nach einer Geburt

Pränatale Risikofaktoren:

- Depression vor und/oder während der Schwangerschaft
- Angstzustände (Panikattacken und/oder Angststörungen) in der Anamnese und verstärkte Angst vor der Geburt
- andere psychiatrische Vorerkrankungen
- PTBS-Symptome aufgrund traumatischer Ereignisse während der Schwangerschaft (Unfälle, Diagnosen im Zuge der Pränataldiagnostik, etc.)
- Schwangerschaftskomplikationen
- Traumatische Erlebnisse in der Anamnese (Missbrauch in der Kindheit, Gewalt, Vergewaltigungserfahrungen, Unfälle, Katastrophen, Operationen, usw.)
- Vorangegangene traumatische bzw. schwere Geburt
- Fehl- oder Totgeburt in der Anamnese
- Erwartungen bzw. Einstellungen zur Geburtserfahrung (Beck 2013, Imširagic et. al. 2017, Maggioni et. al. 2006)

Intrapartale Risikofaktoren:

- Geburtseinleitung
- vaginal-operative Entbindung
- Ungeplanter Kaiserschnitt
- Dammschnitt
- Unerträgliche Geburtsschmerzen
- Lange Geburtsdauer
- Fehlende oder mangelhafte Unterstützung durch Geburtshelfer und/oder Begleitperson
- Verbal verletzendes Äußerungen durch das geburtshilfliche Personal
- Frühgeburt
- Gefühl, die Kontrolle über innere und äußere Faktoren zu verlieren bzw. nicht zu haben
- Angst und Furcht um die Gesundheit des Ungeborenen und um die eigene
- Unzureichendes Miteinbeziehen in Entscheidungen während des Geburtsverlaufes und mangelhafte oder fehlende Informationen über stattfindende Interventionen (Beck 2013, Imširagi et. al. 2017, Maggioni et. al. 2006)

Was kann eine Hebamme konkret tun?

Wenn es um die Verarbeitung von belastenden und traumatischen Geburtserfahrungen geht, ist die Früherkennung ein wichtiger Schritt, und bei entsprechendem Schweregrad der Symptome eine Überweisung an speziell ausgebildete Trauma-PsychotherapeutInnen oder Klinische PsychologInnen und gegebenenfalls FachärztInnen für Psychiatrie (Polachek et al. 2012). Damit kann eine Chronifizierung der Symptomatik verhindert bzw. gemildert und eine entsprechende Behandlung gewährleistet werden.

Im Rahmen ihrer berufsrechtlichen Kompetenzen können Hebammen betroffene Mütter mit einer Vielzahl an Möglichkeiten unterstützen. Im Allgemeinen zielen diese Interventionen (als erste Phase in der Integration einer traumatischen Erfahrung) darauf ab, den emotionalen und psychischen Zustand der betroffenen Mütter zu stabilisieren (Huber 2013):

- Briefing-Gespräch nach der Geburt
- Geburts-Nachbesprechung
- Psychoedukation
- Rituale und Übungen zur Bindungsstärkung und um das Bonding nachzuholen
- Möglichkeiten aus dem Bereich der Selbsthilfe anbieten (Schreiben, Austausch mit betroffenen Müttern, entsprechende Literatur, Musik, Tanz, Malen, körperorientierte Methoden, kreatives Gestalten,...)
- Empathische Grundhaltung
- Achtsamkeits- und Imaginationsübungen
- Überweisung an Trauma-PsychotherapeutInnen, Klinische PsychologInnen, FachärztInnen und Frühe Hilfen (falls angezeigt)

Briefing unmittelbar nach der Geburt

Sollte es im Geburtsverlauf oder auch direkt im Anschluss zu Komplikationen gekommen sein, kann ein Gespräch darüber, was genau geschehen ist und welche Interventionen warum gesetzt worden sind, hilfreich sein. Das Gespräch und die Informationen führen zu einer Orientierung und vermitteln Sicherheit, was in einer Ausnahmesituation typischerweise fehlt.

Für den Fall, dass ein ausführliches Briefing in den ersten Stunden nach der Geburt im Kreißsaal nicht möglich ist, sollte das Angebot im Idealfall jedenfalls während des Aufenthaltes auf der Wochenbettstation erfolgen (Imširagi et. al. 2017). Nicht jede Mutter aber kann und will kurz nach der Geburt ein Gespräch darüber führen. Dies ist zu respektieren, verbunden mit dem Hinweis darauf, dass ein Gespräch jedenfalls zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist.

Geburtsbesprechung – Geburtsnachsorgegespräch

Das Geburtsnachsorgegespräch unterscheidet sich vom Briefing unmittelbar nach der Geburt insofern, als dass es zu einem späteren Zeitpunkt stattfindet und von längerer Dauer ist. Aus der klinischen Erfahrung heraus zeigt sich, dass 1 bis 1,5 Stunden ausreichend sind und gegebenenfalls Folgegespräche vereinbart werden können. Es kann für betroffene Mütter besonders hilfreich sein, wenn zum Geburtsnachsorgegespräch eine Kopie der Geburtsdokumentation vorhanden ist. Anhand dieser können zum einen fachliche Fragen und Unklarheiten auf Seiten der Mutter geklärt werden. und zum anderen kann sie helfen, den chronologischen Ablauf des Geburtsverlaufes in die richtige Ordnung zu bringen.

Für die Durchführung eines Geburtsnachsorgegesprächs gibt es Konzepte und Leitfäden, die verwendet werden können. Da sich im Zuge dieses Gesprächs oft intensive Emotionen zeigen, kann es sinnvoll sein, wenn sich eine Hebamme Techniken aneignet, um die emotionale Abreaktion abzufangen.

Psychoedukation – Wissen entlastet

In der Unterstützung bei der Verarbeitung spielt Psychoedukation und die Vermittlung von Hintergrundinformationen zu traumatischen Erfahrungen eine bedeutsame Rolle (Reddeman 2016). Für Betroffene stellt es eine ungemeine Entlastung dar, wenn sie wissen, was genau in der Traumasituation auf der neurophysiologischen Ebene geschehen ist: Warum sie so reagiert haben und (als Beispiel) in den völligen Erstarrungszustand gekommen sind und nicht mehr reagieren konnten. Warum es diese Gefühle nach einer schwierigen Geburt gibt, dass diese typisch sind und dass es anderen Müttern mit ähnlichen Erfahrungen auch so geht. Woher die Symptome und Beschwerden kommen, die sie gerade empfinden und dass dies eine normale und verständliche Reaktion des Körpers und der Psyche auf die Intensität der Belastung ist.



Austausch mit anderen betroffenen Müttern

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass der direkte Austausch mit anderen Müttern, denen es ähnlich ergangen ist, eine sehr befreiende und heilende Wirkung haben kann. Oftmals bietet dieser Austausch die erste Möglichkeit, dass sich die Mutter nicht alleine damit fühlt und es auch Anerkennung und Würdigung für ihre Erfahrung gibt. Als Möglichkeit zu einem Austausch bieten sich Selbsthilfe-Initiativen, geleitete Gruppen durch Fachpersonen und auch der virtuelle Raum in Form von Internet-Foren und Facebook-Gruppen an.

Bücher zur Selbsthilfe

Mittlerweile gibt es einige deutschsprachige Bücher, die sich der Verarbeitung von traumatischen und schwierigen Erlebnissen rund um die Geburt widmen und betroffenen Müttern empfohlen werden können: "Meine Wunschgeburt" von Ute Taschner und Kathrin Scheck, "Es war eine schwere Geburt" von Viresha J. Bloemeke oder "Es ist vorbei – ich weiß es nur noch nicht" von Tanja Sahib, um nur einige exemplarisch zu nennen.

Die Geburtsgeschichte schreiben

Hebammen können Mütter auch dazu anregen oder von der Möglichkeit berichten, dass das Schreiben über das Erlebte einen nachweislichen therapeutischen Nutzen hat und den Verarbeitungsprozess unterstützt (Pennebaker & Evans 2014, Unterholzer 2017).

Rituale, um die Bindung zum Baby zu stärken

Schwierige und traumatische Geburtserfahrungen können sich negativ auf die Mutter-Kind-Beziehung auswirken und diese belasten.

Hier bietet es sich an, die Bindung zwischen Mutter und Kind mit Hilfe von Ritualen und Übungen zu verstärken. Das Babyheilbad (bzw. Bondingbad) (Meissner 2013) reinszeniert den Moment direkt nach der Geburt, wenn das Neugeborene auf den nackten Oberkörper der Mutter gelegt wird. Das Fehlen dieses Moments und dieser Erfahrung kann eine hohe Belastung für Mütter darstellen. Das Babyheilbad kann schon kurz nach der Geburt auf der Wochenbettstation oder im häuslichen Wochenbett gemacht werden. Auch zu einem späteren Zeitpunkt, wenn das Baby schon größer ist, ist das Bondingbad möglich. Weitere Möglichkeiten sind auch das Heilgespräch und die Imaginationsübung „Der Herzensfaden“ (Meissner 2013).

Empathische Haltung

Ebenso wichtig wie das konkrete Anbieten von Möglichkeiten und Methoden ist die Haltung, wie Hebammen Müttern in der Betreuung nach traumatischen Geburten begegnen. Eine empathische und wertschätzende Grundhaltung, die das belastende Geburtserlebnis anerkennt und würdigt, ist unabdingbar in der Begleitung. Die Anerkennung und Würdigung des Traumas durch eine Fachperson fördert die Widerstandskraft und die Selbstheilungsfähigkeit des Organismus (Reddeman 2014). Betroffene Mütter berichten von einer großen Entlastung, wenn sie mit ihren schwierigen Geburtserfahrungen gesehen werden, hören, dass sie nicht alleine damit sind und dass es in Ordnung ist, das zu fühlen, was sie fühlen.

Achtsamkeits- und Imaginationsübungen

Mit Hilfe dieser Techniken können betroffene Mütter einerseits einen emotionalen Abstand zum Erlebten bekommen,

andererseits fördern Achtsamkeits- und Imaginationsübungen die innere Stabilität und stärken Ressourcen. Diese Techniken können leicht erlernt und in den Arbeitsalltag eingebunden werden (Kruse 2018).

Die Hebammenbetreuung und ihre Grenzen

Diese liegen einerseits sicher dort, wo sich eine Hebamme in ihren Kompetenzen nicht genügend ausgebildet und überfordert fühlt. In dieser Situation sollte eine Überweisung an Fachpersonen unabhängig vom Schweregrad der Symptomatik erfolgen. Andererseits liegt die berufsrechtliche Grenze mit Sicherheit dort, wo der Verarbeitungsprozess von der Physiologie abweicht und in ein pathologisches Geschehen mündet. Die Unterscheidung mag mitunter schwierig sein, da die Übergänge vor allem im Bereich der physiologischen Abläufe und zwischen dem subklinischen Erscheinungsbild einer Traumafolgestörung fließend sind. Anhand der Symptomatik und dem Erleben der Mutter im direkten Kontakt kann sich die Hebamme ein Bild machen. Die Verwendung eines Fragebogens zur Selbsteinschätzung kann hier zusätzlich hilfreich sein.

Fazit

Die Geburt ihres Kindes ist eines der größten Ereignisse im Leben einer Frau (major life event). Sie wird sie nie vergessen und immer wieder daran zurückdenken. Die Geburtserfahrung und wie die Mutter diese erlebt, hat einen sehr prägenden Einfluss auf ihre psychische und seelische Gesundheit, ihr Selbstwirksamkeitsempfinden, auf die Entwicklung ihres Kindes, auf andere Beziehungen und auf ihr Bild von sich als Mutter und Frau. Traumatische unverarbeitete Geburtserfahrungen haben Einfluss auf die Gesamtzahl der Kinder, den Schwangerschaftsverlauf und den Geburtsmodus bei zukünftigen Schwangerschaften, die Stillbeziehung, die Partnerschaft und die Mutter-Kind-Interaktion und demzufolge auf das Bindungsverhalten des Kindes.

Hebammen befinden sich in der einzigartigen Position, nah an den Schwangeren und Müttern dran zu sein und so in der Prävention und auch bei der Verarbeitung unterstützen zu können.

Aus den derzeitigen Erkenntnissen kann man folgende Handlungsempfehlungen für die Hebammentätigkeit ableiten:

- Risikofaktoren für die Entstehung einer posttraumatischen Stressreaktion in der Anamneseerhebung beachten
- Nach der Geburt noch auf der Wochenbettstation oder spätestens im häuslichen Wochenbett Erfragen der Geburtserfahrung bzw. auf die Möglichkeit eines Gesprächs zu jedem Zeitpunkt nach der Geburt hinweisen.
- Zusätzlich zum EPDS-Fragebogen Verwendung eines Fragebogens, der posttraumatische Stress-Symptome abfragt.
- Thematisieren der Geburtserfahrung auch noch weit im ersten Lebensjahr (Still- und Beikostberatung, Elternberatung,

Rückbildungskurse, Babygruppen usw.), da es sechs Monate post partum einen Gipfel in der Häufigkeit von postpartalen Belastungsstörungen gibt.

- Unterstützung anbieten in Form der oben genannten Methoden und Möglichkeiten.

Literatur

- Dilling, H. (2016). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F): Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Hogrefe.
- Fischer, G., & Riedesser, P. (2009). Lehrbuch der Psychotraumatologie. E. Reinhardt.
- Hartmann, L. (2005). Auch in der Geburtshilfe nachgewiesen: Posttraumatische Belastungsstörung. Hebamme.ch, 4-7.
- Maggioni, C., Margola, D., & Filippi, F. (2006, 01). PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: A two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(2), 81-90. doi:10.1080/01674820600712875
- Meissner, B.R. (2011). Emotionale Narben aus Schwangerschaft und Geburt auflösen, Mutter-Kind-Bindungen heilen oder unterstützen - in jedem Alter. Meissner.
- Pausch, M.J., & Matten, S.J. (2017, 07). Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) – Definition, Einteilung, Epidemiologie und Geschichte. *Trauma Und Traumafolgestörung*, 3-12. doi:10.1007/978-3-658-17886-4_2
- Pennebaker, J.W., & Evans, J.F. (2014). Expressive writing: Words that heal: Using expressive writing to overcome traumas and emotional upheavals, resolve issues, improve health, and build resilience. Idyll Arbor.
- Reddemann, L. (2016). Imagination als heilsame Kraft: Ressourcen und Mitgefühl in der Behandlung von Traumafolgen. Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2014). Psychodynamisch imaginative Traumatherapie: PITT - das Manual; ein resilienzorientierter Ansatz in der Psychotraumatologie. Klett-Cotta.
- Reddemann, L., & Dehner-Rau, C. (2013). Trauma heilen ein Übungsbuch für Körper und Seele. TRIAS.
- Seidler, G.H. (2013). Psychotraumatologie: Das Lehrbuch. Kohlhammer.
- Unterholzer, C.C. (2017). Es lohnt sich, einen Stift zu haben: Schreiben in der systemischen Therapie und Beratung. Carl-Auer Verlag GmbH.
- Yildiz, P.D., Ayers, S., & Phillips, L. (2017, 01). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 208, 634-645. doi:10.1016/j.jad.2016.10.009

Tanja Liebl BSc,

arbeitet als Hebamme und Hypnose-Psychotherapeutin (in Ausbildung) in freier Praxis. Ihr Schwerpunkt liegt in der Verarbeitung von schwierigen und traumatischen Geburtserfahrungen und anderen peripartalen psychischen Krisen. Sie bietet auch Fachfortbildungen und Workshops für Hebammen an: www.tanjaliebl.at

