

Trauma und Soziale Arbeit

Ein Problemaufriss

Sibylle Friedrich

In der letzten Zeit ist das Thema ‚Traumatisierung‘ stärker ins Zentrum der öffentlichen Wahrnehmung gerückt. Es begegnet uns zum Beispiel in den Medien, vor allem in der Diskussion um aus Afghanistan zurückkehrende, traumatisierte Bundeswehrsoldaten und der damit verbundenen Enttabuisierung dieses Themas. In der Psychotherapie waren die Besonderheiten des Phänomens ‚Traumatisierung‘ und eines hilfreichen Umgangs damit lange nicht bekannt; in den letzten Jahren hat sich jedoch in der Traumatherapie viel getan und es gibt heute nachgewiesen hilfreiche Behandlungsansätze. Längst wurde erkannt, dass Menschen, die unter traumatischen Erlebnissen leiden, einer spezifischen Behandlung bedürfen. Zuvor wurde lange Zeit viel fehlbehandelt (siehe beispielsweise für die Kognitive Verhaltenstherapie Becker, Zayfert & Anderson, 2004), indem gängige Therapieverfahren, die sich beispielsweise für die Behandlung von Ängsten und Depression als wirksam erwiesen hatten, einfach für die Behandlung von Traumapatient(inn)en übernommen wurden und diese psychische Erkrankungen nicht als Traumafolgestörung erkannt wurden. Inzwischen gibt es jedoch nicht nur ausgewiesene Traumatherapeut(inn)en, sondern vor allem auch umfangliche Ausbildungslehrgänge zur Vermittlung traumarelevanten Fachwissens und traumaspezifi-

scher Therapiemethoden. Dabei gibt es einen Diskurs, ob es in jedem Fall zur hochwirksamen, aber belastenden Traumakonfrontation kommen muss, oder ob den Betroffenen nicht mit ausschließlich die fragmentierte Psyche stabilisierenden Therapien mehr geholfen ist, insbesondere in Fällen komplex-traumatisierter Menschen, die eine Konfrontation möglicherweise gar nicht verkraften würden. Wenn wir uns im Folgenden Gedanken über die Übertragung therapeutischer Ansätze in die Soziale Arbeit machen, hat dieser Diskurs jedoch keinen Platz, da es dabei um Settings geht, in denen Traumakonfrontation begründet nicht stattfindet.

Grundsätzlich gilt: Das Wissen um einen hilfreichen Umgang mit traumatisierten Menschen und die dazugehörige Handlungskompetenz sind nicht nur im Therapiekontext, sondern auch in außertherapeutischen Settings hochrelevant. Nicht nur Psychotherapeut(inn)en, gerade auch Sozialpädagog(inn)en sind in den unterschiedlichsten Handlungsfeldern nahezu ständig mit traumatisierten Menschen konfrontiert, die sie betreuen und denen sie begegnen. Sie sind somit massiv betroffen von allem, was das Thema aus- und schwierig macht. Dennoch fehlen oftmals Kenntnisse, Handwerkszeug und Ressourcen, um damit angemessen und hilfreich umzugehen. In der Sozialen Arbeit werden vor allem Menschen betreut, die bereits Schlimmes hinter sich haben. Die belastenden bis traumatischen Lebenserfahrungen sind in der Regel sogar der Grund und das „Eingangskriterium“ für die Aufnahme einer Betreuung. Man denke beispiels-

weise an den Bereich der stationären Unterbringung, also an Kinderheime, Jugendwohngruppen und Pflegefamilien. Warum sind die Kinder dort und nicht in ihren Familien? Das kann natürlich viele Gründe haben, sehr oft geht es dabei aber um die Vermeidung von Kindeswohlgefährdung. Das heißt, ist das Kindeswohl so stark gefährdet, dass ein Kind trotz vorhandener ambulanter Angebote nicht mehr verantwortlich in seiner Herkunftsfamilie gelassen werden kann, droht letztendlich Kindesherausnahme und stationäre Unterbringung.

Was aber bedeutet *Kindeswohlgefährdung* im Klartext? Doch nichts anderes als körperliche und/oder psychische Vernachlässigung beziehungsweise Misshandlung oder sexueller Missbrauch, also in höchstem Maße traumatisierende Lebensbedingungen, und diese auch noch ausgelöst von Menschen, die das Kind schützen sollen, von denen es vollständig abhängig und mit denen es daher auch immer ambivalent verstrickt ist. Solche lang andauernden und durch Menschen ausgelöste Beziehungstraumata gefährden die Psyche noch weitaus stärker, als einmalige und umweltbedingte Katastrophen es vermögen (Landolt, 2004). Dazu kommt noch die in vielen Fällen traumatisierende Erfahrung, aus der Familie gerissen zu werden, also für das Verhalten der Bezugspersonen mit Bindungsverlust bestraft zu werden. Zwar entwickelt nicht jedes Kind, das ein Trauma erlebt hat oder auch länger andauernden traumatischen Bedingungen ausgesetzt war, eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) im klinischen Sinne – das

hängt auch von den vorhandenen Ressourcen und Schutzfaktoren ab – viele dieser Kinder aber schon. Wir können also davon ausgehen, dass ein Großteil der stationär untergebrachten Kinder traumatisiert ist, manche davon schwer, und dass viele unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder Traumafolgestörungen leiden. Thomas Hensel (2011) geht davon aus, dass 60-85 Prozent dieser Kinder chronische traumatisierende Beziehungserfahrungen gemacht haben. Da die diagnostischen Kriterien in den internationalen Diagnosesystemen die kindliche Symptomatik („Breitbandsymptomatik“) nur unzureichend erfassen würden, erhalte jedoch fälschlicherweise nur ein geringer Anteil eine PTBS-Diagnose.

Heimunterbringung und Pflegefamilien sind aber nicht die einzigen Settings, in denen Menschen, die in der Sozialen Arbeit tätig sind, mit traumatisierten Klient(inn)en zu tun haben. Auch in der ambulanten Arbeit spielt das Thema eine nicht unerhebliche Rolle. So gelten beispielsweise viele der Jugendlichen, die ambulant im eigenen Wohnraum betreut werden, als Borderliner: Sie sind extrem instabil, schwankend in der Einstellung zu sich selbst und anderen und zeigen selbstverletzendes Verhalten bis zur Suizidalität. Viele Träger haben den Bedarf erkannt und lassen ihre Mitarbeiter(innen) daher inzwischen in der Borderline-Symptomatik fortbilden. Weniger bekannt ist jedoch der Zusammenhang zwischen der Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und Traumatisierungen in der Kindheit. Amnestisch finden

sich in bis zu drei Viertel der Fälle körperliche oder sexuelle Traumatisierungen (Wöller, 2006, vgl. S. 4 ff.). Wöller weist allerdings darauf hin, dass es aufgrund der heterogenen Natur des Störungsbildes zu vereinfacht wäre, Borderline als Traumafolgestörung zu bezeichnen, Traumatisierungen in der Kindheit stellen lediglich einen von mehreren Faktoren dar, aus denen sich das klinische Bild zusammensetzt. Anders sieht das Michaela Huber: „Traumatisierungen wie frühe Vernachlässigung, Verwahrlosung, körperliche, seelische und/oder sexuelle Gewalt erklären mehr als 80 Prozent aller Persönlichkeitsstörungsdiagnosen“ (2009, S. 118). Insofern ist es nicht nachvollziehbar, warum das Thema in der Sozialen Arbeit nicht viel präsenter ist, warum es nicht bereits integrierter Bestandteil der Ausbildung von Erzieher(inne)n und Sozialpädagog(inn)en ist.

Der Blick auf die Klient(inn)en, auf ihr Verhalten und ihre Problemlagen verändert sich, wenn die *Traumabrille* aufgesetzt wird, und das ist dringend notwendig, um die genannten Zusammenhänge zu erkennen. Ein weiteres Beispiel soll hier angefügt werden, um zu verdeutlichen, in welchen Gewändern das Thema ‚Trauma‘ in der Sozialen Arbeit auftritt, ohne dass es sofort als solches erkannt wird. Frühförderung ist ein sozialtherapeutisches Regelangebot und bedeutet, werdende und junge Eltern in prekären Lebenslagen (Hochrisikobedingungen) dabei zu unterstützen, eine sichere Bindung zu ihrem Kind aufzubauen. Frühförderprogramme sind oft recht engmaschig und umfang-

reich: Bei STEEP (**S**teps **T**oward **E**ffective and **E**njoyable **P**arenting), einem entwicklungspsychologischen Programm der Frühförderung, werden junge Eltern (meist alleinerziehende Mütter) bereits Monate vor der Geburt und bis zum zweiten Geburtstag des Kindes auf vielfältige Weise unterstützt. Es soll verhindert werden, dass sie ihre eigenen unsicheren, ambivalenten oder desorganisierten Bindungserfahrungen an ihre Kinder weitergeben. Sie sollen lernen, angemessen auf kindliche Signale zu reagieren und sichere Bindungserfahrungen zu ermöglichen. Das Programm wurde in den 1980er Jahren von Martha F. Erickson und Byron Egeland (2004) in den USA entwickelt und beforscht und kommt inzwischen auch in Deutschland zur Anwendung (Suess, Bohlen, Mali & Frumentia Maier, 2010). Welchen Bezug gibt es dabei zum Thema ‚Traumatisierung‘? Die Art der Bindung eines Kindes zu seinen primären Bezugspersonen wird durch deren Verhalten bestimmt. Verhält sich die Bezugsperson zuverlässig umsorgend, entsteht eine sichere Bindung. Verhält sie sich hingegen vernachlässigend und/oder misshandelnd, kann keine sichere Bindung entstehen. Wenn verhindert werden soll, dass junge Eltern ihre eigenen unsicheren, ambivalenten oder desorganisierten Bindungserfahrungen an ihre Kinder weitergeben, bedeutet das nichts anderes, als dass davon auszugehen ist, dass die jungen Eltern selber traumatisiert sind. Wenn sie jetzt dabei unterstützt werden, das erlebte traumatisierende Beziehungsverhalten nicht unreflektiert zu übernehmen, lassen sich Frühförderprogramme

somit auch als Traumaprävention für die nächste Generation verstehen. Sie sind damit in ihrer Relevanz kaum zu überschätzen.

Der Beschäftigung mit dem Thema ‚Trauma‘ führt also unter Umständen zu einer Neubewertung scheinbar bekannter Phänomene und damit zu einer Revision bisheriger Einschätzungen. Das Wissen darum kann und sollte handlungsleitend sein. Trotzdem ist natürlich nicht alles ‚Trauma‘, andere Blickwinkel behalten ihre Relevanz und sind ergänzend genauso richtig und wertvoll. Deutlich sollte aber geworden sein, dass Menschen, die in der Sozialen Arbeit tätig sind, vielfach mit traumatisierten Klient(inn)en konfrontiert sind. Das bedeutet auch, dass sie mindestens im selben Maße wie Psychotherapeut(inn)en in der Gefahr sind, durch das Berichtete – die Traumaerzählungen – selber traumatisiert zu werden. Dieser Umstand muss ins Bewusstsein gerückt werden. Lernen, sich zu schützen, also Selbstfürsorge beziehungsweise Psychohygiene zu betreiben, darf kein Tabuthema sein. Viel zu oft fehlen in der Sozialen Arbeit jedoch die Mittel für eine ohnehin arbeitsnotwendige Supervision. Innere Stabilisierungsmethoden, die jedem/r Traumatherapeuten/in aufgrund seiner/ihrer Ausbildung selbstverständlich zur Verfügung stehen (vgl. u. a. Reddemann, 2008; Huber, 2006), sind kaum bekannt. Und traumarelevante Wissensvermittlung, eine Voraussetzung für einen hilfreichen Umgang mit dem Thema sowohl den Betroffenen als auch der eigenen Person gegenüber, findet in der Regel nicht statt. Hier muss sich etwas ändern! Denn die

Folgen von Sekundärtraumatisierung dürfen nicht unterschätzt werden. Sekundärtraumatisierung geht mit PTBS-ähnlichen Symptomen wie Hyperarousal, Vermeidung, Intrusion einher (Daniels, 2008), wobei „die Intensität der Symptome der von primären Traumaopfern gleichzustellen ist“ (S. 8). Dazu kämen komorbide Symptome wie depressive Verarbeitung, Substanzgebrauch, Entgrenzung und parapsychotisches Bedrohungserleben. Das wirkt sich nicht nur auf individueller Ebene aus. Der Träger ist mitbetroffen, wenn Gefühle der Überforderung, Depression und Burnout zu hoher Fluktuation seiner Mitarbeiter(innen) führen. Und nicht zuletzt leiden die Klient(inn)en unter sekundärtraumatisierten Betreuer(inne)n, deren Verhalten wiederum retraumatisierend auf sie wirken kann.

Ein hilfreicher und professioneller Umgang mit dem Thema beinhaltet also zuallererst einen sorgsamen Umgang mit sich selbst, seinen eigenen Ressourcen und Grenzen. In Bezug auf die direkte Arbeit mit den Klient(inn)en müssen sich Träger und soziale Einrichtungen des Weiteren Gedanken über die Beantwortung der folgenden Fragen machen: Wo geht es um die Identifizierung des Phänomens und seiner Zusammenhänge? Wo geht es vor allem um Kooperation und Vernetzung unter den Disziplinen, aber jeder bleibt in seinem Hoheitsgebiet? Und wo können sich die Fachdisziplinen, insbesondere die der Psychotherapie und die der Sozialarbeit, noch genauer der Traumatherapie und der Traumapädagogik, noch einen Schritt weiter aufeinander zu bewegen und zum Wohle der Betroffene

nen neue Wege gehen? Ich sehe beispielsweise Möglichkeiten der Integration ursprünglich therapeutischer Stabilisierungsmethoden in das Handlungsfeld der Sozialen Arbeit und werde das weiter unten ausführen. Langfristig sollten meines Erachtens Traumatherapie und Traumapädagogik stärker miteinander verzahnt werden. Ansonsten besteht die Gefahr, dass sich beide Ansätze nur für einen Teilbereich der Lebenswelt ihrer Patient(inn)en bzw. Klient(inn)en interessieren und keine Brücken bauen.

Der große Verdienst der Traumapädagogik ist, dass sie erkannt hat, dass im Umgang mit traumatisierten Kindern Heilung wichtiger als Erziehung ist, dass sie sogar deren Voraussetzung darstellt. Dazu muss das seltsame und oft störende Verhalten traumatisierter Kinder als das erkannt werden, was es ist: eine normale Reaktion auf eine unnormale Situation, die leider auch dann noch auftritt, wenn die traumatische Situation bereits lange vorbei ist. Das Bunkern von verderblichen Lebensmitteln wie Joghurts im Kinderzimmer kann seinen Ursprung in der zutiefst verstörenden Erfahrung haben, tagelang ohne Nahrung im Zimmer eingesperrt gewesen zu sein (Hensel, 2011, vgl. S. 58). Disziplinierung und selbst vernünftige Gespräche helfen hier wenig, das Kind kann gar nicht anders, als auf diese Weise zu reagieren, solange das unbearbeitete Trauma sein Verhalten steuert.

Wie also können Pflegeeltern und professionelle Betreuer(innen) angemessen reagieren, wie können sie vermeiden, das Verhalten des Kindes als Ver-

trauensbruch zu werten und damit die Lage zu verschärfen und die Beziehung zu gefährden? Wie können sie dem Kind sein eigenes Verhalten erklärbar machen und so für Entlastung von Schuld und Scham sorgen? Wie können sie Trigger identifizieren, die immer wieder Flashbacks, also zutiefst verstörende Traumaerinnerungen auslösen? Thomas Hensel (2011) zeigt pädagogische Handlungsmöglichkeiten sowie evidenzbasierte Interventionen auf (etwa therapeutische Narrative oder non-direktives Spiel), mithilfe derer sich das therapeutische Potenzial der Pflege- und Adoptiveltern nutzen lässt, um den Heilungsprozess zu unterstützen. Damit gelingt die geforderte Verzahnung von Traumapädagogik und Traumatherapie.

Das erscheint mir als sehr sinnvoll, da sich im Sinne der betroffenen Kinder nicht damit begnügt werden darf, keinen weiteren Schaden anzurichten. Retraumatisierung zu vermeiden und Kindern einen sicheren Rahmen zu bieten, Schutz und Halt sowie heilsame Beziehungserfahrungen zu ermöglichen, ist sehr viel! Aber es finden viel zu wenige Kinder den Weg zu ausgewiesenen Traumatherapeut(inn)en, insbesondere weil es noch immer viel zu wenige gibt. Und auch dann sind sie dort in der Regel lediglich eine Stunde in der Woche. So wichtig die Therapiestunde für die Heilung und Persönlichkeitsentwicklung eines traumatisierten Kindes auch sein mag, die restlichen 167 Stunden in der Woche verbringt es außerhalb des Therapieraumes, der Großteil seines Lebens spielt sich also dort ab.

Damit verbunden ist die Chance, direkt in dieser Lebenswelt traumatherapeutisch tätig zu werden.

Das soeben Ausgeführte darf nun wiederum nicht als Plädoyer gegen die absolute Notwendigkeit begleitender Traumatherapie missverstanden werden. Wo immer dies möglich ist, sollten Pflegeeltern und sozialpädagogische Fachkräfte mit erfahrenen Traumatherapeut(inn)en zusammenarbeiten. Für wirkliche Heilung braucht es auch den geschützten Rahmen der Psychotherapie. Es ist wichtig für Sozialpädagog(inn)en, diesen Bedarf zu erkennen und sich entsprechende fachliche Unterstützung zu holen. Hier bestünde grundsätzlich auch die Möglichkeit für Träger und soziale Einrichtungen, eine(n) hausinterne(n) Psychologin/en einzustellen, die oder der für die Diagnostik psychischer Erkrankungen und für die Vernetzung mit Kliniken und Praxen zuständig ist. Für Sozialpädagogische Psycholog(inn)en gäbe es sicherlich in der Sozialen Arbeit auch an anderen Stellen Bedarf, so beispielsweise in der Moderation (in)formeller Netzwerktreffen (vgl. Friedrich, 2010, S. 96 ff.). Überall dort, wo es stark um methodische bzw. diagnostische Kompetenzen geht, könnten sie als Expert(inn)en in Fällen hinzugezogen werden. Voraussetzung dafür ist eine grundsätzliche, vertiefte Kenntnis des Arbeitsfeldes und der Besonderheiten seines Klientels, etwas, was bisher an den Universitäten im Fach Psychologie noch wenig gelehrt wird.

Doch zurück zu dem vorherigen Gedanken, im Setting ‚Soziale Arbeit‘ traumatherapeutisch tätig zu werden. Um das zu Anfang dieses Beitrags Gesagte

noch einmal zu betonen: Es soll hier nicht um Traumakonfrontation gehen. Diese gehört in die Hände erfahrener Traumapsychotherapeuten, und das nicht in erster Linie, weil die Methoden, die zur Anwendung kommen, wie beispielsweise EMDR (Hensel, 2007) unglaublich komplex und schwierig in der Anwendung sind, sondern vielmehr, weil die Entscheidung, wann konfrontiert werden darf, hoher Fachkompetenz und langjähriger Erfahrung bedarf. Dazu kommt, dass Traumakonfrontation bei komplexen Traumatisierungen oftmals eine nachrangige Rolle spielt, geht es doch auch in der Psychotherapie in diesen Fällen zuallererst und meist sehr lange um Stabilisierung.

Wenn ich im Folgenden, wie oben angekündigt, von der Integration ursprünglich therapeutischer Methoden in das Handlungsfeld der Sozialen Arbeit spreche, sind damit ausschließlich Stabilisierungsmethoden gemeint. Ich möchte Möglichkeiten und Methoden der Stabilisierungsarbeit aufzeigen, die im Rahmen der Sozialen Arbeit durchgeführt werden können. Auch wenn diese Methoden ursprünglich aus einem therapeutischen Kontext kommen, spricht meines Erachtens nichts gegen ihre Anwendung in einem anderen Rahmen. Traumatisierte Kinder und Jugendliche profitieren von den selbststärkenden Übungen, von erhöhter Selbstregulation und Selbstfürsorge ebenso wie nicht traumatisierte Kinder und Jugendliche, wenn auch auf unterschiedliche Weise. Stabilisierungsübungen können im Einzelkontakt, aber ebenso auch in der Gruppe durchgeführt werden, wobei die Gruppen relativ

klein sein sollten, um im engen Kontakt zum inneren Erleben jedes einzelnen Kindes zu stehen. In Wohngruppen, Kinderwohnhäusern und ähnlichen stationären Einrichtungen bietet es sich an, ein wöchentliches Angebot einzurichten, an dem die Kinder selbstbestimmt oder auch verpflichtend teilnehmen. Es sollte eine angenehme, störungsfreie Atmosphäre geschaffen werden, die den Kindern erlaubt, zur Ruhe und zu sich zu kommen. Inhalte der wöchentlichen Treffen sind Übungen, die Traumreisen ähneln. In den Imaginationen lernen die Kinder, einen inneren Wohlfühlort auszugestalten, innere Verbündete herbeizuholen und einen inneren Tresor für die Verwahrung belastender Erinnerungen zu nutzen. Daneben ist es wichtig, Skills zur Flashbackkontrolle und zur Reorientierung bei Dissoziationsneigung zu vermitteln.

Die Stabilisierungsarbeit ist ressourcenaktivierend und lässt sich darum gut mit Ressourcenarbeit kombinieren. Während die Imaginationenübungen auf den Aufbau und die Stärkung innerer Ressourcen abzielen, gibt es eine ganze Reihe von Methoden, die helfen, andere Ressourcenbereiche zu explorieren und zu aktivieren. Soziale Ressourcen lassen sich mithilfe von Netzwerkkarten und Netzwerkbildern sichtbar machen oder unmittelbar auf einem Stadtteilspaziergang erfahren. Der nächste Schritt muss dann sein, das darin liegende Unterstützungspotenzial sowie die eigenen Unterstützungsmöglichkeiten zu erkennen und auszubauen, um den Kindern und Jugendlichen reziproke Beziehungserfahrungen in ihrem privaten Netzwerk zu

ermöglichen (Friedrich, 2010, S. 71 ff.). Das Wissen darum, ein stützendes Netzwerk zu haben, stärkt gerade traumatisierte Kinder sehr; nicht zufällig stellt soziale Unterstützung einen der wertvollsten Resilienzfaktoren dar.

Alle Resilienzstudien zeigen bislang eindrücklich, dass das Vorhandensein mindestens einer stabilen, zugewandten und verlässlichen Bezugsperson, die Sicherheit und Vertrauen fördert – kurz: eine qualitativ gute Beziehung – wesentlich ist für die Entwicklung einer psychischen Widerstandskraft. Es ist erwiesen, dass soziale Beziehungen für die Entwicklung von Resilienz bei belasteten Kindern unabdingbar sind: Kein Kind ist per Geburt resilient. Was die Entwicklung von Resilienz ausmacht, sind Beziehungserfahrungen. (Wustmann, 2009, S. 71)

Weitere Ressourcenbereiche wie Fähigkeiten, Interessen, Ziele, Bewältigungsstrategien, Spiritualität und Wissen lassen sich beispielsweise mit Ressourcenkarten oder -collagen (Venezia, 2000; Friedrich, 2010, S. 75 ff.) sichtbar und nutzbar machen.

Sozialpädagog(inn)en, die ein solches Angebot in ihrer Einrichtung aufbauen wollen, empfehle ich neben einschlägiger Fachlektüre (vgl. u. a. Reddemann, 2008; Huber, 2006) die Teilnahme an einer entsprechenden Fortbildung mit hohem Übungsanteil. Auch dies wäre übrigens ein künftiges Handlungsfeld für Sozialpädagogische Psycholog(inn)en, die neben den sozialpädagogischen Fachkräften für Aufbau und Leitung der Gruppen verantwortlich sein könnten. Selbstverständlich ist die Integration von Stabilisierungsarbeit nicht ausschließlich im stationären Umfeld möglich. Im Rahmen der ambu-

lanten Kinder- und Jugendhilfe können Träger ebenfalls Gruppenangebote entwickeln, die allen Kindern der von ihnen betreuten Familien oder auch lediglich einer bestimmten Gruppe offenstehen. Denkbar sind auch Angebote speziell für Kinder, die in Pflegefamilien leben. Und wie bereits erwähnt können dieselben Übungen auch zur Psychohygiene der Fachkräfte eingesetzt werden und damit drohender Sekundärtraumatisierung entgegenwirken.

Literatur:

- Becker, C. B., Zayfert, C. & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour research and Therapy*, 42, S. 277-292.
- Daniels, J. (2008). *Sekundäre Traumatisierung – eine Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von TherapeutInnen*. Verfügbar unter: <http://www.sekundaertraumatisierung.de> (letzter Zugriff am 4.6.2011).
- Egeland, B. & Erickson, M. F. (2004). Lessons from STEEPTM: Linking theory, research, and practice for the well-being of infants and parents. In A. J. Sameroff, S. C. McDonough & K. L. Rosenblum (Hrsg.). *Treating parent-infant relationship problems. Strategies for intervention* (S. 213-242). New York: Guilford Press.
- Friedrich, S. (2010). Arbeit mit Netzwerken. In T. Möbius & S. Friedrich (Hrsg.). *Ressourcenorientiert Arbeiten. Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im So-*

- zialbereich* (S. 63-105). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hensel, T. (2011). *Wir ziehen am selben Strang. Arbeit mit Bezugspersonen von Pflege- und Adoptivkindern* (unveröffentlichtes Handout. Vorgetragen in Köln am 4.3.2011 am Kinder Trauma Institut).
- Hensel, T. (Hrsg.) (2007). *EMDR mit Kindern und Jugendlichen. Ein Handbuch*. Göttingen. Hogrefe.
- Huber, M. (2009). *Trauma und die Folgen* (4. Aufl.). Paderborn: Junfermann,.
- Huber, M.(2006). *Der innere Garten. Ein achtsamer Weg zur persönlichen Veränderung*. Paderborn: Junfermann.
- Landolt, M. A. (2004). *Psychotraumatologie des Kindesalters*. Göttingen: Hogrefe.
- Reddemann, L. (2008). *Psychodynamische Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual* (5., erw. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Suess, G. J., Bohlen, U., Mali, A., Frumentia Maier, M. (2010). Erste Ergebnisse zur Wirksamkeit Früher Hilfen aus dem STEEP-Praxisforschungsprojekt „WiEge“. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 53, S. 1143–1149.
- Wöller, W. (2006). *Trauma und Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Wustmann, C.(2009). Die Erkenntnisse der Resilienzforschung. Beziehungserfahrungen und Ressourcenaufbau. In: *Psychotherapie Forum*, 17, S. 71-78.
- Venezia, B. (2000). Erkundung von Familienressourcen. In K. Vogt, B. Venezia, C. Torres Mendes & A. Redlich (Hrsg.). *Die Erkundung von Kraftquellen im Leben der Menschen* (S. 36-52). Mat. 26. Universität Hamburg: Materialien aus der Arbeitsgruppe Beratung & Training.