

Kleine Kinder in kritischen Lebenslagen

Was Fachkräfte über Traumata wissen müssen und wie sie helfen können

Kenntnisse zur Psychotraumatologie und Traumapädagogik gehören nach wie vor nicht zu den regulären Ausbildungsinhalten für psychosoziale Berufsgruppen im Kinder- und Jugendbereich, obwohl ErzieherInnen, SozialarbeiterInnen, HeilpädagogInnen etc. in diesem Arbeitsbereich den Löwenanteil der Versorgung bestreiten. Fälle von Kindesvernachlässigung mit Todesfolgen haben im deutschsprachigen Raum in den letzten Jahren jedoch eine hohe politische Aufmerksamkeit für das Thema Kinderschutz entstehen lassen. Das Ergebnis dieser Kombination ist: „Handlungsdruck ohne Handwerkszeug“.



Silke Birgitta Gahleitner *1966

studierte Soziale Arbeit und promovierte in Klinischer Psychologie. Sie arbeitete lange als Sozialarbeiterin und Psychotherapeutin in der sozialtherapeutischen Einrichtung für traumatisierte Mädchen TWG Myrrha sowie in eigener Praxis. Seit 2005 ist Professorin für Klinische Psychologie und Sozialarbeit mit den Arbeits- und Forschungsschwerpunkten psychosoziale Diagnostik, Psychotherapie und Beratung, qualitative Forschungsmethoden und Psychotraumatologie (zunächst an der EFH Ludwigshafen, danach an der ASFH Berlin).

gahleitner@ash-berlin.eu

Die Darstellung in den Printmedien führt überdies nicht selten zu einer Verkürzung in der Wahrnehmung des Phänomens. Legitime Überlegungen und Strategien zur Optimierung des Kinderschutzes, die sich von extremen Formen von Kindesvernachlässigung mit Todesfolgen ableiten lassen, engen den fachlichen Blick ein und machen hilflos statt zu helfen. Das Thema der Kontrolle dominiert alle Überlegungen. Alle Möglichkeiten sollen daraufhin gebündelt werden – allerdings weitgehend ohne eine Bereitstellung der dafür notwendigen Ressourcen. Bei der Frage nach einem sinnvollen Umgang mit dem aktuellen Versorgungsbedarf kleiner Kinder in kritischen Lebenslagen geht es nach

meiner Erfahrung in der Kinder- und Jugendhilfe vor allem um zwei Aspekte:

- um eine angemessene Wertschätzung der interdisziplinären Herausforderungen in diesem Versorgungsbe- reich: dies würde bedeuten, auch die oben genannten Berufsgruppen in ihrem verantwortungsvollen Arbeitsbereich anzuerkennen und mit angemessenen Ressourcen auszustatten und
- um ein daraus resultierendes fachkompetentes Selbstverständnis dieser Berufsgruppen selbst: dazu gehört auch die Selbstverständlichkeit, angemessene Aus-, Fort- und Weiterbildungsverantwortung in zentralen Kerngebieten des psychosozialen Tätigkeitsfeldes wahrzunehmen und selbstbewusst in die eigenen Arbeitsfelder einzubringen.

Traumata

Bereits die Begrifflichkeit „Trauma“ ist nicht leicht zu fassen. Ein Trauma als ein „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten“ (FI-

SCHER & RIEDESSER, 1998, S. 79), übersteigt die Grenzen der Belastungsfähigkeit bei Weitem und geht mit Kontrollverlust, Entsetzen und (Todes-)Angst einher. Die natürlichen menschlichen Selbstschutzstrategien versagen. Das Ausmaß der Traumatisierung ist abhängig von der Art, den Umständen und der Dauer des Ereignisses sowie vom Entwicklungsstand, in der sich das Opfer zu diesem Zeitpunkt gerade befindet. Zu den Umständen zählt auch die für psychosoziale Arbeitsfelder wichtige Tatsache, ob es vor, während oder nach der Traumatisierung schützende Faktoren gegeben hat.

Traumatische Erfahrungen können langfristig zu einer traumatischen Reaktion führen, die als „Posttraumatische Belastungsstörung“ (abgekürzt PTBS oder PTSD) bezeichnet wird. Sie ist gekennzeichnet durch einen Wechsel zwischen physischer wie psychischer Überflutung von dem Erlebten, der Vermeidung aller Reize, die mit dem Trauma in Verbindung stehen, und physiologischer Dauererregung. Als besonders gravierende Formen der Traumatisierung gelten frühe und anhaltende Traumata, die, von Menschenhand verursacht, im sozialen Nahraum des Kindes geschehen. In den letzten Jahren hat sich dafür der Begriff „komplexe Traumatisierung“ durchgesetzt (sogenannte „Typ-II-Traumata / komplex“ gegenüber „Typ-I-Traumata / einfach“; VAN DER KOLK ET AL., 1996). Ein hoch organisiertes Gewaltsystem von Erwachsenen trifft dabei auf ein sich in Entwicklung befindliches und sehr verwundbares System eines Kindes.

Derart frühe und anhaltende Traumata verursachen bereits bei Kindern im Säuglingsalter Phänomene psychischer Fragmentierung und Desintegration und erschüttern das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit in die Welt grundlegend. Mit diesem Phänomen befasste sich be-

Stichworte Kleine Kinder, Trauma, Kinderschutz, Fachkräfte, Qualifikation.

Nutzen / Das Wichtigste in Kürze Der verantwortungsvolle Arbeitsbereich „Kinderschutz“ verdient Wertschätzung anstelle vorwurfsvoller Medienskandale. Von den Fachkräften ist ein Selbstverständnis zu erwarten, welches informiert und selbstbewusst auftritt und sich adäquat interdisziplinär einbringt. Dazu gehört jedoch auch, den Bereich mit angemessenen finanziellen Ressourcen auszustatten.

reits um 1950 John Bowlby (1951/1973; 1969/2006, 1973/2006, 1980/2006). Er entwickelte aus seinen Beobachtungen stark vernachlässigter Kinder jedoch keine Traumatheorie, sondern widmete sich zunächst jenen Erfahrungen, die notwendig sind, um Kinder vor eben diesem Schicksal zu bewahren. Ihm zufolge kommt es in Situationen von Verunsicherung bei allen Kindern zu einer Aktivierung des Bindungsverhaltens. Erst wenn dieses Bindungsbedürfnis gestillt ist, kann das Kind sich entspannen und explorieren, spielen, sich entwickeln.

Verhält sich die zentrale Bindungsperson dem Säugling und Kind gegenüber „feinfühlig“, so entwickelt er eine sichere Bindung, die von Vertrauen, Gegenseitigkeit und Kontinuität geprägt ist und einen lebenslangen Schutzfaktor darstellt. Reagiert die Bindungsperson mit Distanz bzw. Unzuverlässigkeit, entwickelt sich eine unsicher-distanzierte bzw. unsicher-ambivalente Bindung. Diese beiden Bindungsmuster stellen zwar einen Risikofaktor dar, sind jedoch als eine angemessene und funktionale Bewältigungsstrategie der vorgefundenen Situation zu verstehen (AINSWORTH & WITTIG, 1969). Die Bindungsstrukturen dienen Kindern daher nicht nur als sichere Basis im Moment von Gefahr, sondern sie formen darüber hinaus grundlegend auch deren Möglichkeiten für kognitive, emotionale und soziale Entwicklungsverläufe.

Teufelskreis

Die Nichtverfügbarkeit stabiler Bindungspersonen oder gar das Erleben von Vernachlässigung und Gewalt erhöhen dagegen sowohl das Traumarisiko als auch die Bewältigung, die für die Verletzungen eigentlich benötigt würden. Ein destruktiver Teufelskreis entsteht. In diesem Teufelskreis kommt es für die betroffenen Kinder häufig zu einer Erschöpfung nahezu sämtlicher physischer und psychischer Kapazitäten. Da das Zentralnervensystem in den ersten Lebensjahren noch stark formbar ist, verzerren solche frühen traumatischen Erfahrungen bei fehlenden Bindungsmöglichkeiten das Gefühl von Si-

cherheit und Geborgenheit so stark, dass es auch zu neurophysiologischen Veränderungen kommt (VAN DER KOLK ET AL., 1999). Man spricht daher bei diesen Kindern von einem spezifischen chaotisch-desorganisierten Bindungsstil oder gar von einer ausgeprägten Bindungsstörung (BRISCH, 1999; vgl. für genauere Ausführungen dazu und die Auswirkungen auf die Hilfekommunikation SCHLEIFFER & GAHLEITNER, 2010).

Eine wichtige Überlebensstrategie im Zusammenhang mit komplexen Traumatisierungen und den begleitenden überflutenden Gefühlen ohne genügend verfügbare schützende Bindungsressourcen ist z.B. der Abwehrmechanismus der Dissoziation. „Wenn man nicht physisch fliehen kann, wird man versuchen, psychisch zu ‚fliehen‘, die Situation selbst ‚unwirklich‘ zu machen und den eigenen Körper als fremd, als nicht mehr zugehörig erleben, um den physischen und seelischen Schmerz zu verringern“ (WIRTZ, 1989, S. 142). Was einst – in der traumatischen Situation – hilfreich war, kann im weiteren Lebensverlauf jedoch wieder sehr destruktiv werden. Aus frühen Traumata entstehen daher komplexe Entwicklungsstörungen auf der physischen, psychischen und sozialen Ebene für den gesamten weiteren Lebensverlauf (CRITTENDEN, 1997). In der bisher umfassendsten Studie zu frühen Traumata (die sogenannte ACE-Studie) werden andauernde Krisenerfahrungen und Suizidalität zu den typischsten Folgeerscheinungen schwerer Kindheits-traumata gezählt, jedoch auch eine Reihe gesundheitlicher Schädigungen wie Herzprobleme, Infektionsgefahr etc. (FELITTI, 2002).

Wie Fachkräfte helfen können

Kinder und Jugendliche, die bereits sehr früh und oft von Geburt an in desolate Verhältnisse eingebunden sind – in häusliche Gewalt, schwere Vernachlässigung, Suchtstrukturen, chronische Krankheiten der Fürsorgепersonen etc. – sind existenziell auf soziale Ressourcen angewiesen, die als positive Gegenhorizonte eine stabile psychosoziale Geborgenheit verbürgen könnten (KEUPP, 1997). Dies gilt in ei-

ner sehr viel umfassenderen Weise als nur hinsichtlich der Mutter-Kind-Achse. Die Abwesenheit von jeglichen tragfähigen Beziehungen verursacht bei Kindern wie Erwachsenen, selbst bei kleinen Belastungen, physiologische Stressreaktionen (GROSSMANN, 2002). Das Bestehen nur einer einzigen förderlichen Bindung jedoch kann trotz anhaltend negativer Erfahrungen einen bedeutsamen Schutzfaktor darstellen (GAHLEITNER, 2009). Der unumstritten wichtigste Schutzfaktor sind daher sogenannte „schützende Inselerfahrungen“ (GAHLEITNER, 2005B).

Wie aber stellt man „schützende Inselerfahrungen“ her? Psychosoziale Fachkräfte tun dies tagtäglich, häufig intuitiv; es gibt aber auch theoretisch betrachtet gute Erklärungsmodelle, warum dieser Aspekt in der Entwicklung und zum Schutz von Kindern so wichtig ist. Werden – bindungstheoretisch betrachtet – emotional wichtige Erlebnissequenzen bereits früh von mindestens einer (!) Bezugsperson empathisch unterstützt, so werden „innere Gefühlszustände ... für das Kind auf der Ebene bewusster sprachlicher Diskurse ‚verfügbar‘“ (GROSSMANN & GROSSMANN, 2004, S. 419). Parallel dazu wächst die Fähigkeit zur „sozialen Perspektivübernahme“. Idealerweise lernt das Kind, dass sich aus einer partnerschaftlichen Orientierung „spielerisches, erkundendes, zielorientiertes und mit der Wirklichkeit umgehendes Verhalten entwickeln kann, im Gegensatz zu eingeschränktem, starrem, wirklichkeitsunangemessenem Verhalten“ (ebd., S. 30).

Für diese Entwicklung braucht das durch traumatische Erfahrungen belastete Kind möglichst viele sogenannte „emotional korrigierende Erfahrungen“ (BRISCH, 1999, S. 94). Das zerstörte oder immer wieder neu angegriffene Bezugssystem wird dabei – trotz allem – „jeweils um Nuancen erweitert“ (FINKE, 2004, S. 4). Gelungene Beziehungssituationen, gleichgültig ob in einer Therapie, einer Heimsituation, einer Pflegestelle oder einer Kita, werden auf diese Weise Stück für Stück zu einem grundlegenden Prinzip der emotionalen, sozialen und kognitiven Entwicklung:

man nennt diese Prozesse auch „Mentalisierungsprozesse“ (FONAGY ET AL., 2004). Betrachten wir diese Erkenntnisse nochmals aus traumatheoretischer Perspektive, so wird deutlich, warum gerade für traumatisierte Kinder solche Momente so wichtig sind. Bei Traumata kommt es zu fundamentalen Erschütterungen grundlegender Überzeugungen wie Selbstwahrnehmung, Erwartungen in die Welt und das Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit darin sowie Vertrauen in zwischenmenschliche Beziehungen. Mit dieser „Verzerrung“ begegnen Betroffene dem Hilfesystem.

Von den darin arbeitenden Fachkräften benötigen sie dazu eine ausdrückliche Alternativerfahrung, d.h. möglichst viele „schützende Inselerfahrungen“, also Räume des Verstehens und immer wieder neu Anknüpfens an eine konstruktive Veränderungsmöglichkeit, die sich aus den Alltagssituationen ergibt. Gerade eine sichere und solidarische Umgebung in pädagogischen Einrichtungen und die dort im Alltag kontinuierlich möglichen Alternativerfahrungen zum traumatisierenden Umfeld können viele negativen Einflüsse abwenden helfen und den Prozess von Genesung für betroffene Kinder sehr unterstützen. Martin Kühn (2009) und Birgit Lang (2009) sprechen vom Begegnungsrahmen des „Sicheren Ortes“, einem Konzept, das jenem der „schützenden Inselerfahrung“ stark ähnelt. Auf diese Weise für Kinder in jeder Altersstufe Möglichkeiten und Veränderungsräume zu schaffen, Fertigkeiten wie Körperwahrnehmung, Selbstwirksamkeitserwartungen, soziale Kompetenz sowie Emotions- und Sinneswahrnehmungsfähigkeiten bzw. -regulationsfähigkeiten (vgl. SCHMID, 2010) zu erlernen stellt eine große Chance für Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe bzw. der Regelversorgung in Kitas dar.

Mangelzustand

„Besonders an ... Sensibilität und pädagogischen und therapeutischen Hilfen für die Folgen von Traumatisierungen bei Kindern und Jugendlichen“, resümiert der 13. Kinder- und Jugendbericht (BT-

DRS. 16/12860, 2009, S. 39), herrscht großer Mangel. Wünschenswert nach den aktuell vorliegenden Ergebnissen sind „multimodale Versorgungsnetze“ (ebd., S. 16). Dies gilt insbesondere im Bereich komplexer Problemlagen, bei denen sich die Traumaprotektoren mit anderen sozialen Benachteiligungsaspekten (Armut, Diskriminierung etc.) vermengt. An diese Schnittstelle ist auch der gesundheitsbezogene medizinische oder psychotherapeutische Bereich nur wenig präsent und vermag die Kinder nicht rechtzeitig zu erreichen. Die Kinder sind jedoch in vielen Einrichtungen der Frühförderung zu finden, die dort mit den Problematiken konfrontiert sind und in denen Handlungsbedarf besteht (vgl. zum Aspekt der Resilienzförderung in solchen Einrich-


tungen FRÖHLICH-GILDHOFF ET AL., IM DRUCK). Voraussetzung für die Ausgestaltung der konkreten fachkompetenten psychosozialen Praxis ist jedoch ein fachkompetentes, klinisch fundiertes, Selbstverständnis der dort tätigen Professionen (vgl. GAHLEITNER & SCHULZE, 2009). Für eine indikationsangemessene und situationsadäquate Handlung in diesem Arbeitsbereich benötigt es ein trauma- und beziehungs-sensibles diagnostisches Grundverständnis (ausführlicher hierzu vgl. GAHLEITNER, 2005A;). Mit den von der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie und der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) für Traumapädagogik definierten Mindeststandards für die Weiterbildung zu TraumapädagogInnen bzw. BeraterInnen für Psychotraumatologie in Zusam-

Literatur I

- AINSWORTH, MARY D. S., WITTIG, BARBARA A. (1969).**
Attachment and the exploratory behavior of one year olds in a strange situation. IN: *Determinants of infant behavior* (S. 113-136). 144. Jg., Heft 4.
- BOWLBY, JOHN (1973).**
Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit. München (Englisches Original erschienen 1951).
- BOWLBY, JOHN (2006).**
Bindung und Verlust. 3 Bde. München. (Englische Originale erschienen: Vol. 1 1969, Vol. 2 1973, Vol. 3 1980.).
- BRISCH, KARL HEINZ (1999).**
Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart.
- BT-DRS. 16/12860 (DEUTSCHER BUNDESTAG, DRUCKSACHE VOM 30.04.2009).**
Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland – 13. Kinder- und Jugendbericht – und Stellungnahme der Bundesregierung. Berlin. Verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/128/1612860.pdf> [Zugriff am 15.09.2009].
- CRITTENDEN, PAT MACKINSEY (1997).**
Toward an integrative theory of trauma. A dynamic maturation approach. IN: Dante Cicchetti und Sheree L. Toth, *Developmental perspectives on trauma. Theory, research, and intervention* (S. 33-84). Rochester.
- FELITTI, VINCENT J. (2002).**
Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter: die Verwandlung von Gold in Blei. IN: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* (S. 359-369). 48. Jg., Heft 4.
- FINKE, JOBST (2004).**
Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen. Stuttgart.
- FISCHER, GERHARD, RIEDESSER, PETER (1998).**
Lehrbuch der Psychotraumatologie. München.
- FONAGY, PETER ET AL. (2004).**
Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart.
- FRÖHLICH-GILDHOFF, KLAUS ET AL. (IM DRUCK).**
Resilienzförderung – eine Grundorientierung für sozialarbeiterisches und -pädagogisches Handeln. IN: Silke Birgitta Gahleitner und Gernot Hahn, *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen*. Bonn.
- GAHLEITNER, SILKE BIRGITTA (2005A).**
Psychosoziale Diagnostik und Intervention bei komplexer Traumatisierung. IN: *Psychosozial* (S. 43-58). 28. Jg., Heft 101.
- GAHLEITNER, SILKE BIRGITTA (2005B).**
Neue Bindungen wagen. Beziehungorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung. München.
- GAHLEITNER, SILKE BIRGITTA (2009).**
Persönliche Beziehungen aus bindungstheoretischer Sicht. IN: Lenz, Karl, Nestmann, Frank: *Handbuch Persönliche Beziehungen* (S. 145-170). Weinheim

menarbeit mit Hochschulen und Universitäten wird aktuell ein wichtiger Grundstein für die fachlichen Standards solcher Anforderungen gelegt. Die Entwicklungen lassen sich auf der Website der „BAG Traumapädagogik“ verfolgen: www.trauma-paedagogik.de/bag.

„Traumapädagogik versteht sich in diesem Kontext – aufbauend auf bindungs- und traumatheoretischen Grundlagen – weniger als eine Methode, sondern eher als eine ‚Haltung‘ den Kindern und Jugendlichen gegenüber. Ziel traumapädagogischer Handlungsansätze ist es, kindliches ‚Problemverhalten‘ als einen sinnvollen Lösungsversuch auf Grundlage der bisherigen Lebenserfahrungen zu verstehen, ... unterentwickelte Fertigkeiten im

pädagogischen Alltag gezielt zu fördern“ (SCHMID ET AL., 2010). Meinen Erfahrungen nach bringen psychosoziale Berufsgruppen dafür eine äußerst breit fundierte intuitive Basis mit, die ihnen die intensive tagtägliche Erfahrung in den hoch komplexen Arbeitsbereichen einbringt. Die angemessene Wertschätzung gegenüber dieser Qualifikation, gepaart mit dem Anspruch eines fundierten Theoriehintergrundes und einer angemessenen finanziellen und personelle Ausstattung dieses Arbeitsbereichs, könnte einen gravierenden Unterschied für viele Mädchen und Jungen in unserem Hilfesystemen machen. 

Literatur II

- GAHLEITNER, SILKE BIRGITTA (IM DRUCK).** ‚Traumawissen‘ und fachliche Ausbildung psychosozialer Fachkräfte. **IN:** Fegert, Jörg Michael: Ist denn alles Trauma? Expertentreffen zum Thema Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in Deutschland. 16.-18.11.2009 in Ulm.
- GAHLEITNER, SILKE BIRGITTA, SCHULZE, HEIDRUN (2009).** *Psychosoziale Traumalogie – eine Herausforderung für die Soziale Arbeit.* **IN:** Klinische Sozialarbeit (S. 4-7). 5. Jg., Heft 2.
- GROSSMANN, KARIN (2002).** *Praktische Anwendungen der Bindungstheorie.* **IN:** Manfred Endres und Susanne Hauser, Bindungstheorie in der Psychotherapie (S. 54-80). München.
- GROSSMANN, KARIN, GROSSMANN, KLAUS E. (2004).** *Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit.* Stuttgart.
- KEUPP, HEINER (1997).** *Ermütigung zum aufrechten Gang.* Tübingen.
- KÜHN, MARTIN (2009).** „Macht Eure Welt endlich wieder mit zu meiner!“ Anmerkungen zum Begriff der Traumapädagogik. **IN:** Jacob Bausum et al., Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis (S. 23-35). Weinheim.
- LANG, BIRGIT (2009).** *Stabilisierung und (Selbst-) Fürsorge für pädagogische Fachkräfte als institutioneller Auftrag.* **IN:** Jacob Bausum et al., Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis (S. 211-219). Weinheim.
- SCHLEIFFER, ROLAND, GAHLEITNER, SILKE BIRGITTA (2010).** *Schwierige KlientInnen oder schwierige HelferInnen? – Konsequenzen desorganisierter Bindungsmuster für die psychosoziale Arbeit.* **IN:** Silke Birgitta Gahleitner und Gernot Hahn, Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen (S. 197-213). Bonn.
- MARC SCHMID ET AL. (2010).** *Trauma – ein psychosoziales Geschehen: Die Bedeutung traumapädagogischer Konzepte für die stationäre Kinder- und Jugendhilfe.* **IN:** Silke Birgitta Gahleitner und Gernot Hahn, Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen (S. 238-249). Bonn.
- SCHMID, MARC (2010).** *Kinder- und Jugendhilfe im Brennpunkt: Nachdenken über strukturell verursachte gesellschaftliche Folgekosten bei Jugendhilfeabbrüchen (S. 6-8).* **IN:** Klinische Sozialarbeit, 6. Jg., Heft 4.
- VAN DER KOLK, BESSEL A. ET AL. (1996).** *Dissociation, somatization, and affect dysregulation. The complexity of adaption to trauma.* **IN:** American Journal of Psychiatry (S. 83-93). Festschrift Supplement, Jg. 153, Heft 7.
- VAN DER KOLK, BESSEL A. (1999).** *Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata (Developmental Trauma).* **IN:** Annette Streeck-Fischer, Adoleszenz und Trauma (S. 32-56). Göttingen.
- WIRTZ, URSULA (1989).** *Seelenmord. Inzest und Therapie.* Zürich.