

Traumatisch erlebte Geburt in der psychotherapeutischen Praxis

16.04.2026
Dr. phil. Angela Häne
www.psychotherapie-haene.ch

Luzerner
Psychiatrie **lups.ch**
Luzern | Obwalden | Nidwalden

die
psychologinnen
spezialisierte
Berufshilfen

©Dr. phil. Angela Häne

1

Aktuelles Phänomen und Tabuthema

Traumatisch erlebte Geburt

- Fortschritte in der Medizin führten zu weniger lebensbedrohlichen Schwangerschaftsverläufen und tödlich verlaufenden Geburten -> Hin zum Wunsch nach einer „sanften“ Geburt
- Geburtserfahrung als Teil der mütterlichen Identität, wird vom Umfeld viel erfragt, häufig im Leben berichtet
- Heutige Eltern/Mütter investieren viel in Geburtsvorbereitungskurse („vermeintliche Kontrollierbarkeit“)
- Geburtserfahrung omnipräsent in den sozialen Medien («Geburts-Business»)
- Zunehmende Sichtbarkeit von traumatischen Geburtserfahrungen, steigende Anzahl Therapieanfragen, Enttabuisierung in der Öffentlichkeit

©Dr. phil. Angela Häne

2

Definition der traumatisch erlebten Geburt

Traumatisch erlebte Geburt wird gemäss internationalem Expertenreview folgendermassen definiert:

Interaktionen und/oder Ereignisse unter der Geburt verursachen überwältigende und erschütternde Emotionen und Reaktionen, welche kurz und/oder langfristig negative Auswirkungen auf das psychische Wohlergehen einer Frau haben.

(Leinweber et al., 2020; Horsch et al., 2024)

©Dr. phil. Angela Häne

3

Begrifflichkeiten

Traumatische Geburt:

Geburtsverlauf mit objektiver Lebensgefahr oder schwerer Verletzung von Mutter und/oder Baby

Geburtstrauma:

Mit dem Begriff Geburtstrauma werden sowohl physische als auch psychische Beeinträchtigungen **des Babys** bezeichnet, die in Folge des Geburtsvorgangs auftreten. Der Begriff des Traumas wurde zunächst in der Medizin verwendet und bezeichnet eine durch äußere Gewalteinwirkung hervorgerufene Verletzung oder Verwundung.

Aversive Geburtserfahrungen:

Damit ist eine negative Geburtserfahrung gemeint, die von der gebärenden Person als psychisch oder körperlich belastend, überfordernd oder je nachdem auch als traumatisch wahrgenommen wurde. Wird oft synonym zur traumatisch erlebten Geburt verwendet, ist jedoch als Begriff breiter (Beck-Hiestermann et al., 2023). **Jede traumatisch erlebte Geburt ist eine aversive Geburtserfahrung, aber nicht jede aversive Geburtserfahrung ist traumatisch.**

©Dr. phil. Angela Häne

4

Definition der traumatisch erlebten Geburt

- Geburtserfahrung ist als traumatischer Event anerkannt (Ayers & Sawyer, 2019; Heyne et al. 2022)
- Die Geburt wird als traumatisch erachtet bei **wahrgenommener** Lebensbedrohung von Mutter und/oder Kind und/oder schweren physischen Verletzungen von Mutter und/oder Kind
- Geburtssituationen können **objektiv traumatisch** sein, wenn das Leben von Mutter und/oder Kind in Gefahr sind, z. B. bei einem Notkaiserschnitt oder bei Frühgeburt
- Eine traumatisch erlebte Geburt wird jedoch **subjektiv definiert**. Das heisst, dass eine traumatisch erlebte Geburt per Definition ebenfalls dann zutrifft, wenn keine objektive Lebensbedrohung für Mutter und/oder Kind vorherrschte, eine Frau eine solche Bedrohung subjektiv jedoch wahrgenommen hat (Horsch et al., 2024)

Fallbeispiel

«Es läuft alles perfekt...»

32-jährige Frau, Geburt des ersten Kindes, anamnestisch keine psychischen Störungen in der Vorgeschichte bekannt. Keine Fehlgeburten, keine Komplikationen in der Schwangerschaft.

Beginn mit regulären Wehen. Es erfolgte eine vaginale Geburt im Spital. In der Austreibungsphase (Pressphase) erlebte die Patientin **für sie unbekannte Gefühle**. Sie nannte es «**blanke Todesängste**». Die Patientin habe sich mehrfach hilflos an die Geburtshelferinnen gewandt, hätte mit ihren Händen nach der Hebamme gegriffen. Diese hätten ihr gut gemeint immer wieder entgegnet: «Wow, es läuft eigentlich perfekt für eine erste Geburt, es läuft super!».

Fallbeispiel

«Es läuft alles perfekt...»

Die Patientin habe wiederholt mitgeteilt, etwas stimme mit ihr nicht, sie habe Angst. Die Rückmeldung «alles läuft perfekt», habe sie noch mehr beängstigt und verunsichert, **weil sie glaubte, die Hebammen würden nicht erkennen, wie schlimm es um sie stehe**. Sie fühlte sich verändert, konnte ihren psychischen Zustand nicht einordnen und fühlte sich «haltlos».

Sie könne sich erinnern, **sich unter der Geburt von oben auf dem Bett liegend gesehen zu haben und während einzelner Phasen der Geburt nichts mehr mitbekommen zu haben (Verdacht Dissoziation)**. Ihre Geburtserfahrung habe sie erschüttert in ihrem Weltbild. Sie habe sich hilflos und ausgeliefert gefühlt.

Im Nachgang litt sie unter **massiven Schuld- und Schamgefühlen**, warf sich selbst vor, sie hätte sich mehr wehren müssen, deutlicher ihre Belastung ausdrücken müssen. Monatlang litt sie im Alltag unter Konzentrationsschwierigkeiten, war wenig belastbar, gereizt und wies Stimmungsschwankungen auf. An ihre Geburt versuchte sie gar nicht mehr zu denken.

Definition und Diagnose

Traumatisch erlebte Geburt versus PTBS

- Der Begriff traumatisch erlebte Geburt wird **fälschlicherweise oft gleichbedeutend verwendet mit einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)** (Leinweber et al., 2022)
- Während der Begriff der traumatisch erlebten Geburt sich auf die Ereignisse oder Interaktionen während der Geburt beziehen, handelt es sich bei der **PTBS um eine mögliche Symptomatik/Störung, die als Folge der traumatischen Erfahrung, des traumatischen Ereignisses, auftritt.**

Geburtserfahrung wird als traumatisch erlebt



Zeitlich danach wird eine psychische Störung entwickelt (z.B. eine geburtsbezogene PTBS oder eine Anpassungsstörung)

Häufigkeiten

Prävalenz der traumatisch erlebten Geburt

Bei Müttern: **20-40%** (Ayers et al., 2018, Delicate et al. 2020, Horsch & Ayers, 2016)

Prävalenz geburtsbezogene PTBS

Bei Müttern: **3-6%** (Heyne et al., 2022)

Prävalenz subklinische PTBS-Symptomatik: **12 - 13%** (Yildis et al., 2017)

Prävalenz in der Hochrisikopopulation*: **16-19%** (Yildis et al., 2017, Horsch et al., 2024)

*nach Frühgeburten, Todgeburten, schwersten Komplikationen wie Präeklampsie

Bei Vätern: **1,2%** (Heyne et al., 2022)

Spontanremission: ca. 44% der Fälle mit Vollbild einer PTBS (Morina et al., 2014)

Fallbeispiel PTBS

Wenige Tage vor dem errechneten Geburtstermin wurde es Stella im Badezimmer plötzlich übel und sie wurde ohnmächtig.

Kurz darauf fuhren Stella und ihr Partner sofort in die Geburtsklinik, um abzuklären, was mit ihr nicht stimmte. Schon auf der Fahrt entwickelte sie zunehmende Bauchschmerzen und gleichzeitig starke Ängste.

Die Untersuchungen ergaben alarmierende Leberwerte im Blut. Für sie überraschend, trat von einem Moment auf den anderen ein Ärzteteam in das Untersuchungszimmer und teilte ihr mit, dass ihr Sohn in den nächsten Minuten via Notkaiserschnitt entbunden werden müsse, da sie an einer Präeklampsie leide. Stella konnte diese Information gar nicht richtig begreifen, es schien ihr alles so unreal, wie in einem Film.

Worte des anwesenden Pflegepersonals nahm sie wahr, als würden diese weit weg stehen. Die wenigen Minuten, in denen sie für die Vollnarkose vorbereitet wurde, kamen ihr vor wie eine Ewigkeit. Es schien, als ob nur noch eine äußere Hülle von ihr anwesend war.

Als Stella aufwachte, befand sie sich allein in einem Raum – ohne Baby. Ihr Sohn war für mehrere Tage auf die Neonatologie-Abteilung gebracht worden. In dieser Zeit fühlte sie sich, als hätte sie nie geboren, als wäre sie keine «Mutter».

Fallbeispiel PTBS

Zurück im häuslichen Umfeld mit ihrem Sohn, grübelte sie viel über die Geschehnisse und fragte sich immer wieder, ob sie nicht früher hätte merken sollen, dass etwas mit ihr nicht stimmte.

Hätte sie diesen Verlauf verhindern können? Sie war ungewohnt schreckhaft und erfuhr eine stark belastende körperliche Anspannung. Jederzeit erwartete sie eine neue Katastrophe und litt an Ängsten, ihrem Sohn könnte etwas Schlimmes zustossen.

Immer wieder traten Bilder vor ihrem inneren Auge auf, in denen sie sich hilflos und weinend auf dem Spitalbett liegend sah. Nachts konnte sie nicht schlafen, selbst wenn ihr Sohn ruhig schlief. Ihre Stimmung wurde launischer, was zu Konflikten mit ihrem Partner führte. Sie war oft wütend und fühlte sich um eine erfüllende Geburtserfahrung betrogen. In ihren Träumen wurde sie von Szenen der Geburt eingeholt und Nachts wachte sie unter Angst mehrfach in der Woche schweissgebadet auf.

Rational war ihr bewusst, dass sich weder ihr Sohn noch sie in Gefahr befanden, aber ihre Gefühle signalisierten das Gegenteil. Auch Monate nach der Geburt erschienen ihr «wie ein Blitz» bildhafte Szenen der Geburt vor ihrem inneren Auge und in solchen Momenten fühlte sie sich, als wäre sie in die Zeit unter der Geburt zurückversetzt.

Ätiologie: Vulnerabilitäts-Stress-Modell

- Grundsätzlich wird von einem Vulnerabilitäts-Stress-Modell ausgegangen
- Zu beachten ist hingegen auch, dass die Geburt in einer spezifischen Entwicklungsphase einer Frau erfolgt, in der Matreszenz (Mutter-werdung) (Raphael, 1975)

Der Transformationsprozess von der Frau zur Mutter wird heute als spezifischer **Entwicklungsprozess verstanden**, welcher durch den Begriff **Matreszenz** oder **«Muttertät»** geprägt ist (Raphael 1975; Athan, 2022; Krämer & Meyer, 2023)

- Kern dieser Entwicklungsphase sind umfassende Adaptations- und Veränderungsprozesse, die von Müttern bewältigt werden müssen: Übernahme der Mutterrolle, Entwicklung einer Mutteridentität («Muttergefühl»)
- Veränderungen finden dabei auf unterschiedlichen Ebenen statt: körperlich, neurologisch, psychologisch, sozial (Partnerschaft, Beziehungen), beruflich

Matreszenz – Geburt als Teil einer Entwicklungsphase

Erhöhte strukturelle und funktionelle Neuroplastizität in der Schwangerschaft

- In der Schwangerschaft kommt es zu einem **Volumenverlust der grauen Substanz** in den Arealen im Gehirn, die für soziale Interaktionen, Empathie und das Verständnis der Absichten anderer Menschen zuständig sind (Hoekzema et al., 2017; Callaghan et al., 2024)
- fMRI-Studien zeigen, dass die Gehirnregionen, in denen der Volumenverlust stattgefunden hat, auch die Regionen **mit einem erhöhten Blutfluss in der Schwangerschaft sind** (Hoekzema et al., 2017, 2020)
 - Belohnungsnetzwerk insb. im ventralen Striatum und nucleus accumbens
 - Empathie- und Theory-of-Mind-Netzwerke (u.a. Insula und präfrontaler Cortex)
 - Netzwerke für die Verarbeitung von Emotionen und Aufmerksamkeit (u.a. Amygdala und a. cingulärer Gyrus)

©Dr. phil. Angela Häne

13

Matreszenz – Geburt als Teil einer Entwicklungsphase

- Diese neuronale Reorganisation entspricht gemäss den Autorinnen dieser Studien einer Art «Fine-Tuning» des mütterlichen Gehirns, einem adaptiven Prozess, welcher der werdenden Mutter hilft, sich besser auf die neuen Anforderungen der Mutterschaft einzustellen (Callaghan et al., 2023; Pawluski et al., 2022).
- Dadurch werden Frauen im Verlauf der Schwangerschaft wachsender für Gefahrenreize (Pearson et al., 2009) und empfindsamer – sie zeigen schnellere und stärkere emotionale Reaktionen. Dies wird als **Sensibilisierung** bezeichnet (Stern & Bruhnschweiler, 2000; Winnicot, 1972)
- Diese erhöhte Aufmerksamkeit für Gefahren, zusammen mit der erhöhten Sensibilisierung können Schwangere und Mütter **anfälliger machen für psychische Störungen insb. für Angststörungen** (Pearson et al., 2009)

Relevanz für die Geburtserfahrung:

Schwangere treten daher mit einer veränderten (Gefahren-)Wahrnehmung und einer gesteigerten emotionalen Sensibilität in die Geburt ein.

©Dr. phil. Angela Häne

14

Ätiologie: Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Vulnerabilitätsfaktoren in der Anamnese generell

- Psychische Störungen in der Vorgeschichte
- Sexueller oder körperlicher Missbrauch
- Frühere Schmerzepisoden (Endometriose, Migräne, etc.)
- Frühere traumatische Geburtserfahrungen, frühere Fehlgeburten, frühere stille Geburten (Totgeburten)

©Dr. phil. Angela Häne

15

Ätiologie: Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Schwangerschaftsbezogene Vulnerabilitätsfaktoren

- Hoch-Risiko Schwangerschaften (Alter, medizinische Erkrankungen der Mutter, etc.)
- Komplikationen in der Schwangerschaft (Blutungen, Schmerzen, Liegezeiten, Auffälligkeiten des Fetus, usw.)
- (Drohende) Frühgeburt
- Psychische Störungen während der Schwangerschaft, dabei vor allem Depressionen und Angststörungen (Horsch et al., 2024)
- Tokophobie (phobische Angst vor der Geburt; im Medizinumfeld häufig „Partophobie“ genannt)

©Dr. phil. Angela Häne

16

Ätiologie: Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Stressoren unter der Geburt

- Komplikationen, (unerwartete) operative Eingriffe (Sectio), instrumentell unterstützte Geburten (Zange, Saugglocke)
- (Subjektive) Lebensgefahr, schwerste Verletzungen von Mutter und/oder Kind
- Gefühl der fehlenden (ungenügenden) Betreuung während der Geburt
- Unklare (fehlende) Kommunikation zwischen Medizinpersonal und der Schwangeren
- Gefühl unter Druck gesetzt zu werden vom Medizinpersonal (Vorgehensweise, Entscheide im Geburtsprozess)
- Sich emotional nicht gesehen oder verstanden fühlen während des Geburtsprozesses, erlebte Beschämung während der Geburt, Ausgeliefertsein
- Dissoziation
- Starke Angst, Tokophobie

Ätiologie: Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Stressoren nach der Geburt

- Negative Bewertung der Geburtserfahrung
- Postpartum Hämorrhagie
- Operationen unmittelbar nach der Geburt (Placenta-Entfernung)
- Psychische Störungen in der Postpartalzeit
- Fehlende Bonding-Erfahrung mit dem Neugeborenen

Folgen

Häufigste **emotionale und kognitive Reaktionen:**

Scham- und Schuldgefühle, starkes Grübeln (was, wäre wenn...)

Psychische Störungen der Mutter (Leinweber et al., 2022)

- Akute Belastungsreaktion
- Posttraumatische Belastungsstörung (Dekel et al., 2024)
- Bei subklinischer Ausprägung erfolgt diagnostisch die Anpassungsstörung
- Postpartale Depression (Bell & Andersson, 2016)
- Postpartale Angst- und Zwangsstörungen (Bell et al., 2016; Dencker et al., 2019)

Folgen

Scham- und Schuldgefühle (Lammers, 2020)

- Ursächlich sind häufig **unerfüllte menschliche Grundbedürfnisse**: Bspw. **Selbstwert und Kontrolle** bei Entgleisung der Geburt mit Versagensgefühlen oder **Bindung** nach Trennung von Mutter und Kind aufgrund medizinischer Faktoren, fehlendem unmittelbarem Bonding nach der Geburt als Auslöser für Insuffizienzgefühle
- Scham- und Schuldgefühle werden von vielen Menschen in den **ähnlichen Situationen erlebt** und häufig auch nicht differenziert, hinter dem sogenannten «schlechten Gewissen», liegt oft Scham
- **Scham- und Schuldgefühle werden kaum ausgedrückt**, werden kaum emotional reguliert, sondern auf kognitiver Ebene zu verarbeiten versucht
- **Kognitive Verarbeitungsprozesse** von Scham lassen sich anhand von quälenden Grübeleien und Selbstkritik festmachen: «Was wäre, wenn ich...», «Hätte ich doch nur, dann wäre alles anders gekommen»

Folgen

Folgeschwangerschaft

- Beeinflussung zukünftiger reproduktiver Entscheide; weniger Folgeschwangerschaften (Garthus-Niegel et al., 2013; Slade, 2006)
- Starke Ängstlichkeit in der Folgeschwangerschaft, Tokophobie in der folgenden Schwangerschaft hochwahrscheinlich (Garthus-Niegel et al., 2020; McKelvin et al., 2020)

Beziehungen

- Einfluss auf Partnerschaft (Nicholls et al., 2007; Ertan et al., 2021)
- Mutter-Kind-Interaktion und Mutter-Kind-Bindung (Ayers et al., 2006; Creedy et al., 2000)

Kindliche Entwicklung

- zu wenig aussagekräftige Forschung

©Dr. phil. Angela Häne

21

Folgen

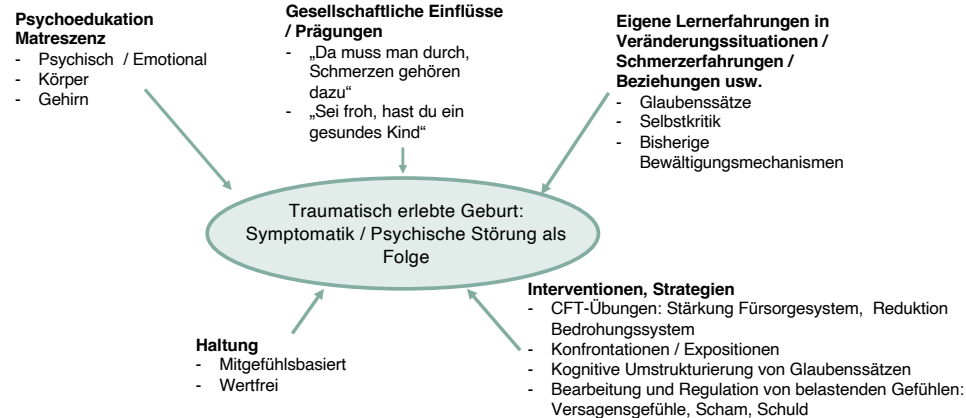
Mutter-Kind-Beziehung und Interaktion

- Studien weisen auf eine **erschwerte erste Beziehungsaufnahme** hin, da das **Kind ein Trigger darstellt** und Mütter reaktiv Wut auf das Baby empfinden können (McDonald et al., 2011; Ayers et al., 2016; Cree, M. 2010)
- Schwierigkeiten Bindung zum Baby einzugehen (Garthus-Niegel et al., 2017), **Gefühle von Ablehnung** (Ayers, Wright et al., 2007), beschriebene Bindungsstile **ängstlich/überprotektiv** oder **vermeidend/ablehnend** (Nicholls & Ayers, 2007)
- **Reduzierte mütterliche Sensitivität** aufgrund emotionaler Taubheit der Mutter möglich (Garthus-Niegel et al., 2017)
- Belastung führt zu einer Beeinträchtigung des Stillens (Garthus-Niegel et al., 2018; Beck, 2006)

©Dr. phil. Angela Häne

22

Behandlungsbausteine



©Dr. phil. Angela Häne

23

Diagnostik

City Birth Trauma Scale – Geburtstrauma Skala (Weigl et al., 2021)

- Selbsteinschätzung bezogen auf die vergangenen 7 Tage
- Dient der Abklärung einer geburtsbezogenen PTBS-Diagnose oder einer subklinisch vorhandenen PTBS-Symptomatik

©Dr. phil. Angela Häne

24

Traumatisch erlebte Geburt-Behandlung

1. Psychotherapie mit bewusstem Fokus auf der Entwicklung einer mitfühlenden Haltung
2. Psychoedukation zu Veränderungen in der Matreszenz, Trauma und dem Umgang mit Emotionen
3. Ziel: Gefühle im Kontext der neuen Mutterschaft und im Kontext der eigenen Lernerfahrungen verstehen und einordnen können
4. Fokus auf Stärkung des «Beruhigungssystems» (Mitgeföhlsübungen, Vagusnerv-Übungen, Achtsamkeit, Entspannungsübungen etc.)
5. Fokus auf Reduktion des «Bedrohungssystems», Ansätze aus der Traumatherapie (Exposition, IRRT / EMDR / NET etc.)

©Dr. phil. Angela Häne

25

Traumatisch erlebte Geburt verstehen und behandeln – Fortbildung für Psychotherapeut:innen

Inhalt:

- Etwa jede 3. Frau erlebt ihre Geburt als traumatisch. Bei 3-6% der Betroffenen entwickelt sich als Folge eine posttraumatische Belastungsstörung. Aber auch Angststörungen, Zwangsstörungen und Depressionen sind mögliche psychische Folgen.
- Unter welchen Geburts Umständen besteht ein besonders grosses Risiko für eine Traumatisierung und welche individuellen Risikofaktoren auf Seiten der Frau können begünstigen, dass die Geburt als traumatisch erlebt wird?
- Vermittlung einer Fallkonzeption der traumatisch erlebten Geburt, die auf die spezifischen Besonderheiten der Peripartalzeit zugeschnitten ist
- Darauf basierende Behandlungsansätze für die psychotherapeutische Arbeit mit einem besonderen Fokus auf imaginative, konfrontative und mitgeföhlsbasierte Strategien.
- Veranschaulichung der theoretischen Inhalte anhand von Fallbeispielen, Audio- und Videoaufnahmen.
- Möglichkeit der Besprechung von eigenen Fällen.

Freitag, 8. Mai, 2026 online

Infos und Anmeldung:
angela.haene@psychologie.ch

Zielgruppe: Diese Fortbildung richtet sich an ärztliche und psychologische Psychotherapeut:innen.

©Dr. phil. Angela Häne

86

Traumatisch erlebte Geburt-Behandlung

Wertfreie therapeutische Haltung

Begrifflichkeiten

- Vermeidung von Bewertungen der verschiedenen Geburtsmodi
- Anstatt „normale“, „spontane“, „natürliche“ Geburt besser die medizinischen Begriffe verwenden: vaginale Geburt, Kaiserschnitt

Dankbarkeits-Apelle vermeiden

- Die Aussage „Sei dankbar, dass du ein gesundes Kind hast“ ist nicht hilfreich für eine Mutter nach einer traumatisch erlebten Geburt - im Gegenteil, sie fördert Schuld- und Schamgefühle

©Dr. phil. Angela Häne

26

Literaturempfehlungen



Hier bestellen:



©Dr. phil. Angela Häne

28

Ausgewählte Literatur

- Athan, E. (2020). *Matrescence: A developmental transformation during the transition to motherhood*. Journal of Motherhood Studies, 3(1), 45–62.
- Beck-Hiestermann, F. M. L., Hartung, L. K., Richert, N., et al. (2024). Are 6 more accurate than 4? The influence of different modes of delivery on postpartum depression and PTSD. BMC Pregnancy and Childbirth, 24, 118.
- Callaghan, G. M., & Alexander, J. L. (2021). *Matrescence: Reframing the transition to motherhood as a developmental process*. Archives of Women's Mental Health, 24(6), 819–828.
- Delicate, A., Ayers, S., & McMullen, S. (2022). Health-care practitioners' assessment and observations of birth trauma in mothers and partners. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 40(1), 34–46.
- Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Vollrath, M. E., & Eberhard-Gran, M. (2017). The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: A longitudinal study. Archives of Women's Mental Health, 20(6), 737–745.
- Heyne, S., Kazmierczak, M., Souday, R., & Horsch, A. (2022). Prevalence and risk factors of childbirth-related posttraumatic stress symptoms: A systematic review. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 43(4), 262–273.
- Hoekzema, E., Barba-Müller, E., Pozzobon, C., et al. (2017). Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. Nature Neuroscience, 20(2), 287–296.
- Hoekzema, E., Groothuis, T. G. G., Timmers, I., et al. (2020). Motherhood shapes the brain: Preconception to postpartum. Trends in Cognitive Sciences, 24(10), 779–789.

Ausgewählte Literatur

- Horsch, A., Garthus-Niegel, S., Ayers, S., et al. (2024). Childbirth-related posttraumatic stress disorder: Definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 230(3S), S1116–S1127.
- Horsch, A., & Ayers, S. (2016). What makes labour and birth traumatic? A qualitative study with women and midwives. Psychology & Health, 31(11), 1271–1290.
- Krämer, A., & Meyer, B. (2023). *Muttertätigkeit: Psychologische Perspektiven auf Muttersein und Mutterschaft*. Springer.
- Leinweber, J., Creedy, D. K., Rowe, H., & Gamble, J. (2017). A socioecological model of posttraumatic stress symptoms following childbirth. Midwifery, 45, 84–92.
- Pearson, M., Hunt, M., & Appelbe, D. (2009). The role of perceived control in childbirth: Development and validation of the Labour Agency Scale. Psychology & Health, 24(4), 377–388.
- Pawluski, J. L., Lonstein, J. S., & Fleming, A. S. (2022). Neurobiology of maternal behavior: An integrative approach. Annual Review of Neuroscience, 45, 467–490.
- Raphael, D. (1975). *The tender gift: Breastfeeding*. New York, NY: Dell Publishing.
- Weigl, T., Beck-Hiestermann, F. M. L., Stenzel, N., & Wittmann, L. (2021). Validation of the German version of the City Birth Trauma Scale (City BiTS). Frontiers in Psychiatry, 12, 731537.
- Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders, 208, 634–645.