

Alexander Korittko

Das erstarrte Mobile

Wenn eine Familie ein Trauma von außen trifft¹

Viele unterschiedliche Ereignisse tragen traumatische Belastungen für Familien in sich: z. B. Verkehrs- und Haushaltsunfälle, Tierangriffe, Kriegs- und Bürgerkriegserlebnisse, Brände, Überfälle, School-Shootings, Naturkatastrophen, schwere Erkrankungen. Sicherlich stellen innerfamiliäre sexuelle Gewalt, Vernachlässigungen und Misshandlungen gegenüber Kindern die Traumatisierungen mit den massivsten Traumafolgestörungen dar. In diesem Beitrag wird es aber vorwiegend um die oben beschriebenen *Traumata* „von außen“ gehen, weil hierbei eine gemeinsame Beratung und Therapie von Erwachsenen und Kindern möglich und sinnvoll ist.

In einer Untersuchung des amerikanischen National Center for PTSD haben nach einem Monotrauma 71,4% der Betroffenen den Kontakt zu KollegInnen, FreundInnen und Familienmitgliedern gesucht, während nur 9,2% den Kontakt zu HelferInnen von außen willkommen hießen (Ruzek & Watson, 2001). Während bei der Diskussion über die Genesung von einem psychischen Trauma auch im deutschsprachigen Raum seit Langem die Wichtigkeit der familiären und sozialen Unterstützungsfaktoren betont werden (Maercker, 2003; Lasogga & Gasch, 2011) und auf die innerfamiliären Langzeitfolgen von nicht integrierten Traumata über mehrere Generationen hinweg hingewiesen wird (Brisch & Hellbrügge; 2003; Ruppert, 2012; Rauwald, 2013), ist ein familienbezogener Behandlungsansatz nach traumatischen Einwirkungen auf Einzelne oder auf das gesamte Familiensystem, wie z. B. von Figley in „Helping Traumatized Families“ (1989) beschrieben, im deutschsprachigen Raum kaum beachtet worden.

Wenn wir einer systemischen Sichtweise folgen und annehmen, dass zwischen neurobiologischen Prozessen in Gehirn und Körper (Organismus), den emotionalen Prozessen (Psyche) und den zwischenmenschlichen kommunikativen Prozessen (Verhalten) eine strukturelle Koppelung besteht (Simon, 1995), das Eine also nicht ohne das Andere denkbar ist, wäre es sinnvoll, posttraumatische Familien- und Interaktionsprozesse in die Dia-

1 In Teilen Erstveröffentlichung in: Korittko & Pleyer (2010/2014).

gnose und Behandlung der PTBS einzuschließen. Aus dieser Perspektive kann das, was als gesicherte Erkenntnis der Psychotraumatologie gilt (Kolk, 1996/2000), nämlich eine Speicherung von Traumafragmenten im Gehirn und die durch Erinnerungsreize entstehende Symptomatik des unkontrollierten Wiedererlebens des Traumas (Intrusion), des Vermeidens von Situationen, die an das Trauma erinnern (Konstriktion), und der physiologischen Übererregung des Körpers (Hyperarousal) nicht nur als Reaktionen des Einzelnen verstanden werden, sondern auch in ihren Auswirkungen auf die Interaktion mit anderen Menschen, insbesondere innerhalb der Familie. Dies gilt umso mehr, wenn ein Familiensystem kollektiv von einer traumatischen Bedrohung betroffen ist.

Noch einleuchtender ist die Annahme einer solchen systemischen Traumafolgereaktion, wenn Kinder betroffen sind. Sie benötigen die Fürsorge der Eltern als wichtigsten stabilisierenden Faktor. Eltern hingegen sind durch nichts so sehr aus dem seelischen Gleichgewicht zu bringen, wie durch eine Bedrohung des Lebens ihrer Kinder. Kurz: Wenn in einer Familie ein Kind oder ein Erwachsener von einem Trauma betroffen ist, können Einschränkungen durch einen posttraumatischen Prozess bei allen Beteiligten entstehen, haben sie nun ein bedrohliches Ereignis gemeinsam erlebt oder nicht. Diese Einschränkungen wirken sich einerseits belastend auf den innerfamiliären Kontakt aus und verringern andererseits die Wahrscheinlichkeit der posttraumatischen Heilung. Zudem könnte eine Genesung vom Trauma schneller erfolgen, je rascher innerfamiliäre Ressourcen aktiviert sind.

Posttraumatische Familieninteraktion

Ähnlich wie im neurobiologischen Prozess des Individuums (Notfallschaltung und „eingefrorene“ fragmentierte Speicherung) gerät die Interaktion des Systems zum Zeitpunkt des Traumas in einen Zustand des Einfrierens. Sind die Selbsthilfekräfte der Familie erschöpft, wird das Ereignis nicht vergangenheitsfähig, es wird nicht in die Geschichte der Familie, des Paares oder der Peer-Gruppe integriert, sondern die kommunikativen Interaktionen werden über einen manchmal Jahre andauernden Zeitraum weiterhin so organisiert, als befände man sich in einem Stillstand, der Zeitpunkt des Traumas scheint nicht vorübergehen zu wollen. In einer solchen rekursiven posttraumatischen Interaktion können die eingefrorenen, auf Dauer nicht mehr angemessenen Interaktionsmuster zu einer erheblichen Einschränkung im emotionalen und interaktionellen Wachstum des Familiensystems führen. Auf der gemeinsamen „inneren Landkarte“ sind nur wenige Wege einge-

zeichnet, wenn das „Dort und Damals“ immer wieder mit dem „Hier und Jetzt“ verschwimmt.

Man stelle sich das von vielen Paar- und FamilientherapeutInnen benutzte Bild von der Familie als Mobile vor, bei dem durch die Verbindung der einzelnen Teile miteinander und durch das im dynamischen Gleichgewicht befindliche Konstrukt jede Bewegung oder Veränderung bei einem Element zu neuen Gleichgewichten und neuen Positionen bei allen anderen führt (Satir, 1988/2010, S. 187 ff.). Setzt man dieses Mobile auch nur für kurze Zeit einem Gefrierschock in einem Tiefkühlfach aus, verändert sich das Bild. Das starre Gebilde ohne die vorher so eleganten Bewegungen hat seine Dynamik verloren, jede noch so kleine Erschütterung kann das äußerst zerbrechliche Konstrukt zerstören, Veränderungen auf der einen Seite haben keinen Effekt auf die restlichen Teile. Wenn es gelänge, durch einen langsamen kontrollierten Auftauprozess das Mobile von seiner Eishülle zu befreien, könnte es wieder so funktionieren, wie vor dem Schock.

Zunächst fällt Außenstehenden auf, dass in „eingefrorenen“ Familien eine unbewusste Reinszenierung der traumatischen Interaktion stattfindet. Familien stecken in ihrer Kommunikation so sehr fest, dass Wiedererleben beim traumatisierten Individuum (Intrusion) mit einer systemischen interaktionellen Wiederholung einhergeht: Immer wieder über das Ereignis sprechen oder sich auch noch sehr viel später so verhalten wie in den ersten Wochen danach. Solche „erstarrten“ Interaktionsmuster finden wir bei vielen traumatisierten Familien. Eine besondere Form des Stillstandes stellt die ausschließlich aggressive Auseinandersetzung mit dem Trauma dar. In manchen Familien nimmt der Kampf um Wiedergutmachung oder um die Bestrafung von Schuldigen (in der Familie oder außerhalb der Familie) einen so großen Raum ein, dass dieses Ringen um den äußeren Kontext emotionale Verarbeitungsprozesse behindert. So wichtig die Auseinandersetzung mit Unrecht und Verbrechen auch ist und so heilend auch die politische und gesellschaftliche Auseinandersetzung mit erfahrenem Horror und Schmerz sein kann, sie stellt nur einen Teil der kommunikativen Verarbeitung der traumatischen Erfahrung dar.

Andererseits sind in traumatisierten Familien auch Muster von Vermeidung (Konstriktion) zu erkennen. Ausgesprochene oder unbewusste Tabus bestimmen, wie sich dem Trauma genähert werden darf bzw. welche Interaktionen vermieden werden sollen, die allzu schmerzhaft an das erschütternde Erlebnis erinnern. Neue Familienregeln werden installiert, wie z. B. „Wir wollen nicht traurig sein“, „Darüber wird nicht mehr gesprochen“, „Mutter soll sich nicht aufregen – wir erwähnen das Thema am besten nicht mehr“ oder „Damit muss jeder alleine fertig werden“. Den Familienmitgliedern scheint eine Annäherung an das Trauma so schmerzhaft, dass sie sich

davor schützen wollen. Gespräche über emotional bedeutsame Inhalte werden vermieden.

Zum Dritten ist manchmal eine überschießende Hektik zu erleben, die, ähnlich wie die posttraumatische Übererregung bei einzelnen Traumatisierten, urplötzlich im gesamten Familiensystem auftritt. Es scheint, als sei die Vermeidung der Nähe zum Trauma nicht vollends durchzuhalten, wenn durch bestimmte Erinnerungsauslöser („Trigger“) die Gefahr entsteht, dass das Trauma mit all seinem Schmerz und damit verbundener Hilflosigkeit und Trauer um sich greift. Als „interaktionelle Notbremse“ entsteht dann eine Form von familiärer Dissoziation. In Gesprächen wird plötzlich auf ein anderes Thema umgeschwenkt, Dialoge werden nicht zu Ende geführt, in der Familie erscheint wie die von Satir (1988/2010, 127 ff.) beschriebene „irrelevante Kommunikation“. Eine schnelle Abfolge von verwirrenden Gesprächs- und Handlungsfragmenten verwirrt die BeobachterInnen. In später auftauchenden Ruhepausen wird die enorme Erschöpfung und Depression deutlich, die in der Familie gleichzeitig besteht.

Die beschriebenen Interaktionsmuster geben noch keine Hinweise auf die Dysfunktionalität der betroffenen Familie. Es sind meist nicht schon vor der Traumatisierung bestehende Muster, sondern die typischen Folgen der über einen langen Zeitraum nicht integrierten traumatischen Erfahrung. Das Trauma ist – bildlich gesprochen – wie eine Granate im Zentrum der Familie explodiert, die einzelnen Familienmitglieder sind von den Splittern dieser Granate getroffen und erstarrt. Das Trauma wirkt nachhaltig auf die gesamte Familie ein, manchmal über mehrere Generationen hinweg.

Traumazentrierte Familienberatung: Familie Braun²

Eine traumazentrierte Familientherapie ist dann hilfreich, wenn die Selbstheilungskräfte der Familie blockiert sind und Symptome einen Hinweis darauf geben, dass das System über einen längeren Zeitraum in der traumatischen Starre verharrt. Traumazentrierte systemische Beratung und Therapie kann also als ein „Auftauprozess“ mit ressourcenorientierten Randbedingungen beschrieben werden, der in einem Beziehungskontext durch die Einführung neuer Optionen die Spielräume der Familie erweitert und dadurch die Genesung von traumatischem Stress ermöglicht.

Wenn ein Paar oder eine Familie zur gleichen Zeit und am selben Ort von einem traumatischen Schock betroffen ist, kann man von einer simultanen Traumatisierung sprechen. Die Familie hat direkt mit den neurobiolo-

² Die Namen sind zum Schutz der Identität der Familie frei erfunden.

gischen und interaktionellen Einwirkungen des Traumas umzugehen, wie z.B. bei einem Unfall, an dem alle beteiligt sind, oder bei einer Brand- oder Flutkatastrophe, bei der sich alle im selben Gebäude aufgehalten haben. Wie bei fast jedem Trauma haben die einzelnen Familienmitglieder das Ereignis in unterschiedlichen Sequenzen erlebt, die jedoch so dicht aufeinander folgen, dass insgesamt von einem gemeinsam erlebten Trauma gesprochen werden kann.

Frau Braun, ihr 12-jähriger Sohn Horst und die 9-jährige Tochter Hanna hatten vor einem halben Jahr eines Abends erlebt, wie vor der Haustür des Mietshauses, in dem sie lebten, eine junge Frau erstochen wurde. Alle drei waren bis zum Eintreffen des Krankenwagens an Rettungsversuchen beteiligt, später wurden sie von der Polizei intensiv als ZeuginInnen vernommen. Bei den Kindern hielten Schlafprobleme auch noch nach sechs Monaten an, und die Mutter berichtete von häufig auftretenden Flashbacks (lebendige Rück Erinnerungen). Alle drei, so berichtete die Mutter, würden immer wieder von dem Mord berichten, als ob es gestern passiert wäre. Gleichzeitig verließen sie nur selten die Wohnung, vor allem abends blieben sie zu Hause.

Oft kommen traumatisierte Familien ausgebrannt und kraftlos zur Therapie. Sie erwarten, dass TherapeutInnen sie von der Last des Traumas befreien, und wissen gleichzeitig von der Unmöglichkeit der Erfüllung ihres Wunsches. Ihre Wahrnehmung der eigenen Ressourcen ist getrübt. Die Normalisierung von Symptomen und die positive Übersetzung von Interaktionen legen zu Beginn der Arbeit mit Familien den Grundstein dafür, dass die Familie Hoffnung für Veränderung entwickelt. Gelingt es, den Blick für die positiven Absichten ihrer als problematisch erlebten Handlungen zu schärfen oder das damals sinnvolle des heute merkwürdigen Verhaltens zu erkennen, wächst auch die Zuversicht für die eigenen Kräfte. Wie bei der Arbeit mit Individuen stellt die sogenannte Stabilisierung den oft wichtigsten Teil der ersten Phase dar.

Frau Braun und die Kinder erfahren in der ersten gemeinsamen Sitzung von mir, wie sehr ich ihre Rettungsaktivitäten schätze und wie verständlich es ist, nach einem solchen Erlebnis vorsichtiger zu sein. Die häufigen Erzählungen der Kinder und die Flashbacks der Mutter seien ein Zeichen dafür, dass der beobachtete Mord noch nicht verarbeitet sei. In der Arbeit mit Familie Braun gehört nicht nur die positive Übersetzung von Symptomen zur Stabilisierung. Ich frage sie auch nach gemeinsamen Aktivitäten, nach Hobbies und speziellen Interessen, aber auch danach, was denn dieses schlimme Erlebnis damals vielleicht auch positiv verändert hätte. Mutter

und Kinder berichten, wie sehr sie Zeit zu Hause miteinander genießen würden und dass sie gemerkt haben, wie sehr sie sich lieben.

Keine Frage, ein Trauma zu erleiden ist schlecht und produziert erhöhten Stress. Gleichzeitig kann jedoch bei vielen Individuen und Familien ein Prozess beobachtet werden, der von Calhoun und Tedeschi (2013) „Posttraumatisches Wachstum“ genannt wird. Solche positiven Wandlungen durch Leiden sind seit Jahrhunderten ein Thema in Überlieferungen, in Religionen und in der Literatur. Sie beinhalten ein verändertes Selbstwertgefühl mit einer hinzugewonnenen Stärke. „Wenn ich das überlebt habe, kann ich auch anderes verkraften.“ Zusätzlich kann eine Verbesserung der sozialen Interaktionen eintreten: ein verstärktes Gefühl von Intimität mit nahen Angehörigen und FreundInnen, eine größere Freiheit, das eigentliche Selbst auszudrücken, mehr Rücksicht und Sorge gegenüber anderen Menschen, mehr Empathie mit anderen Leidenden. Das Erleben von positiven Veränderungen durch die Auseinandersetzung mit wesentlichen Lebenskrisen, einschließlich lebensbedrohlicher traumatischer Ereignisse, mindert nicht den traumatischen Stress, sondern befindet sich damit in Koexistenz.

Systemische Traumaexposition

So sehr auch in einer anfänglichen Phase von Stabilisierung die Orientierung an den Ressourcen der Familie hilft, die Selbstheilungskräfte zu stärken, und so sehr auch die Fokussierung auf die Aspekte von posttraumatischem Wachstum dazu beiträgt, die Symptome in einem anderen Rahmen zu sehen – die Auswirkungen des traumatischen Schocks auf die familiäre Interaktion werden sich dauerhaft nicht verändern, wenn in der Therapie nicht der schmerzhafteste Weg beschritten wird, die traumatische Situation mit den sensorischen Details noch einmal zu vergegenwärtigen. Das reine „Sprechen über“, das zu Beginn der Therapie angemessen ist, sollte in eine Form des kontrollierten „die Situation erleben“ übergeleitet werden. Hierzu eignet sich die Arbeit mit Erinnerungsgegenständen, die in die Sitzungen mitgebracht werden, oder aber – besonders bei der Arbeit mit Kindern – die Arbeit mit Zeichnungen. Die fragmentierten Erinnerungssplitter können so zu einem gemeinsamen Bild zusammengefügt werden. Optische „Erinnerungsauslöser“ stellen in der Therapie eine Nähe zum Trauma her, die dazu beiträgt, dass eingefrorene, bisher nicht ausgedrückte Gefühle verarbeitet werden können.

Frau Braun und ihre Kinder werden gebeten, Zeichnungen anzufertigen, auf denen zu sehen ist, was sie gemacht haben, bevor sie den Mord beob-

achten mussten. Frau Braun zeichnet sich selbst beim Einkaufen, Hanna zeichnet eine Situation im Schwimmbad und Horst sich selbst beim Basketballtraining. In einer nächsten Beratungsstunde zeichnen die Familienmitglieder auf meine Bitte hin eine neutrale Situation danach. Hanna zeichnet ihre Schule, Frau Braun sich selbst beim Staubsaugen und Horst das nächste Basketballtraining.

Eine kontrollierte Annäherung an ein Trauma gelingt Kindern und Erwachsenen besser, wenn nicht die schlimmsten Ereignisse zu Beginn in den Mittelpunkt gestellt werden. Die Bilder des „Vorher“ und „Danach“ stellen sogenannte Sicherheitssäulen in der Arbeit mit der Familie dar. Das Trauma hatte einen Anfang und ein Ende, die Begrenzung lässt es weniger bedrohlich erscheinen, zusammen mit der Struktur wird das Trauma in das familiäre Narrativ integrierbar.

Es scheint so zu sein, dass das menschliche Gehirn in Gefahr und größter Not vertikale neuronale Verknüpfungen entwickelt, die über drei Ebenen (Neokortex, limbisches System, Hirnstamm) einen „Schacht“ bilden (Hüther et al., 2010, 2012). Der Traumaforscher Kolk (1994, 2007) geht davon aus, dass Sinneserfahrungen in der extremen traumatischen Erregung fragmentiert gespeichert und durch eine fehlende Verknüpfung mit dem Broca-Sprachzentrum vom Gehirn nicht angemessen interpretiert werden können. Man ist „sprachlos vor Schreck“, „der Schock sitzt in allen Gliedern“. Wird ein Mensch wieder durch nonverbale Erinnerungssignale an das Trauma erinnert (angetriggert), rutscht das Denken ungebremst in die unterste Etage des oben beschriebenen schnell erregbaren neuronalen Schachtes. Zuerst entstehen körperliche Symptome, die im Hirnstamm gesteuert werden: Herzklopfen, Schweißausbrüche, Atemnot, angespannte Muskulatur usw. Erst später kommt die Wahrnehmung eines Gefühls (z. B. Angst, limbisches System) dazu, danach vielleicht ein Gedanke („Ich habe versagt“, traumaassoziierte negative Kognition im Neokortex).

Setzt man sich das Ziel, die Triggersensibilität und die Symptombildung zu reduzieren, ist es günstig, in sanfter und kontrollierter Form die damaligen Erlebnisse emotional zu vergegenwärtigen und die neuronalen Traumanetzwerke auf allen drei Ebenen des Gehirns neu zu verknüpfen. Diese systematische Puzzle-Arbeit ermöglicht die Integration des Traumas auf unterschiedlichen Wahrnehmungsebenen, das traumatische Ereignis kann vergangenheitsfähig werden. Das aus anderen Traumaverfahren bekannte BASK-Modell (Braun, 1988) stellt hier eine hilfreiche Struktur zur Verfügung:

- Behavior/Verhalten,
- Affekte/Emotionen,

- Sensorische Wahrnehmungen/Körpergefühle,
- Kognitionen/Gedanken.

Die Schilderung der (z. B. gezeichneten) Sequenzen des bedrohlichen Ereignisses wird durch Fragen nach Details verlangsamt: Was ist da geschehen? Wie spät war es? Wie war das Wetter? Wer war anwesend, wer hat was gemacht? In welcher Reihenfolge? Was gab es noch zu sehen? Was war zu hören? Eine zusätzliche Verlangsamung wird durch Fragen nach momentanen Emotionen, Körperreaktionen und Gedanken bewirkt: Während du das jetzt erzählst, welches Gefühl entsteht zur gleichen Zeit bei dir? Wo merkst du dieses Gefühl im Körper, und welcher Gedanke kommt dir dazu? Diese Fragen betreffen einerseits die Details des Ereignisses mit möglichen Erinnerungsfragmenten (Behavior) als auch die durch die Erzählung angeregten Emotionen mit ihren Körperrepräsentanzen (Affekt, Körpergefühl) und die damit verbundenen Gedanken (Kognition). Es ist, als würde man die unsortierten Teile eines Puzzles der Reihe nach zusammenfügen und das vollständige Bild in das Archiv der vergangenen Ereignisse am passenden Ort ablegen. Eine Neuverknüpfung des „Traumaschachtes“ wäre dann parallel zu einem interaktionellen Auftauprozess gelungen.

Ich bitte Familie Braun in jeder Sitzung, nach erfolgter Zeichnung die Papiere vor sich auf den Boden zu legen und zunächst sich gegenseitig zu fragen und zu erklären, was dort auf den Zeichnungen zu sehen ist (Verhalten/Neokortex). Dann soll jedes Familienmitglied prüfen, welches Gefühl entsteht, wenn es die Bilder anguckt (Emotion/limbisches System). Anschließend soll es herausfinden, wo sie (oder er) dieses Gefühl im Körper spüren kann (sensorische Wahrnehmung/Hirnstamm). Als letztes wird jeder von mir gefragt, welcher Satz zu dem Bild, dem Gefühl und der Körperempfindung passt. Zu den ersten Bildern passt z. B. für Hanna der Satz „Das ist ein schöner Tag“. Danach werden die anderen beiden gefragt, wie ihnen dieser Satz gefällt. Anschließend sprechen die anderen Familienmitglieder über bei ihnen ausgelöste Gefühle, Körperreaktionen und passende Kognition. In der ersten Stunde werden mithilfe der Struktur des BASK-Modells die „Vorher-Bilder“ bearbeitet, in der zweiten Stunde die „Danach-Bilder“.

Können all diese Elemente für jede Sequenz Schritt für Schritt von jedem wahrgenommen und ausgesprochen werden und begeben sich Familienmitglieder gemeinsam auf diese Reise in die Vergangenheit, befinden sie sich in einem Stadium des „situationsabhängigen Lernens“, d. h., das durch optische Reize angeregte gemeinsame kontrollierte Wiedererleben versetzt jede(n) in die Lage, die durch das Trauma ausgelöste Sprachlosigkeit, Empfindungs-

losigkeit und körperliche Starre zu überwinden. Was in der traumatischen Situation nicht möglich war, geschieht jetzt nachträglich und führt zu einer gemeinsamen Integration des Traumas. Das defragmentierte Trauma wird vergangenheitsfähig.

Nach den „Sicherheitssäulen“, die das Vorher und Nachher betreffen, wird die Familie üblicherweise gebeten, den schlimmsten Moment zu zeichnen. Jedes Familienmitglied drückt auf seine Weise den stärksten Schmerz, die stärkste Bedrohung aus.

Frau Braun zeichnet die erstochene junge Frau im Hauseingang, sich selbst in einigem Abstand dazu telefonierend in der Nähe einer Laterne. Horst zeichnet ebenfalls die sterbende Frau. Auf beiden Bildern fällt im Zentrum der Zeichnung ein riesiger Blutfleck auf. Hanna zeichnet sich selbst im Bett der Mutter. Sie berichtet, dass sie beim schlimmsten Moment im Auto sitzen geblieben sei und die Augen zugemacht habe. Doch abends musste sie immer wieder an das bedrohliche Bild denken und konnte lange nicht einschlafen. Das sei für sie das Schlimmste gewesen. Man könnte einerseits annehmen, dass es für Hanna sehr schwer ist, den bedrohlichsten Moment im Bild festzuhalten und sie deshalb in ihrer Zeichnung auf eine weniger bedrohliche Situation ausweicht. Es ist aber ebenso möglich, dass sie an diesem Abend in einen dissoziativen Zustand geraten ist, in dem sie keine Wahrnehmung für das Geschehen hatte. Vielleicht war sie erst vorm Einschlafen wieder in der Lage, ihre Sinneseindrücke, Emotionen und Gedanken umfassend wahrzunehmen.

Auch nach der erfolgten Darstellung der bedrohlichsten Momente wird mit dem BASK-Modell gearbeitet. Bei der Fokussierung auf den individuellen Schmerzmoment muss der Berater/die Beraterin mit besonders viel Geduld und Einfühlungsvermögen dazu beitragen, dass von den Familienmitgliedern auch für die schwierigsten Gefühle und Körperempfindungen eine Sprache gefunden werden kann. Auch positive Übersetzungen helfen dabei, das Geschehene zu integrieren. „Ich war so durcheinander, ich wusste gar nicht, was ich tat“ kann ergänzt werden durch „Gut, wie du trotz des verständlichen Schocks intuitiv das Richtige getan hast“. Für „Das ist genau die Situation, die ich immer wieder träume und die auch tagsüber ganz lebendig erscheint“ kann folgende Neurahmung hilfreich sein: „Sie haben die Fähigkeit, den Moment, der Ihnen am meisten zu schaffen macht, lebendig zu erinnern, und Sie versuchen vielleicht in Ihren Träumen, eine Bedeutung für Ihr Verhalten in diesem Moment zu finden.“

Bei positiven Übersetzungen geht es darum, die von den traumatisierten Familienmitgliedern erlebten Symptome als natürliche Folge des Traumas zu kennzeichnen und zu verdeutlichen, wie sie auch unter Stress ihr Bestes

getan haben, um die qualvolle Situation zu meistern. Auch problematisches Verhalten im posttraumatischen Stress hat meist einen positiven Kern. Verschärfte familiäre Konflikte können als normale Auswirkung des traumatischen Stresses und als Zeichen dafür interpretiert werden, dass die Familie sich noch nicht als Team gefunden hat, um mit diesem Stress gemeinsam umzugehen.

In den vielen Familien mit älteren Kindern führen traumaorientierte Gespräche dazu, dass die Familie zu einer Beantwortung der Fragen gelangt, die ausgesprochen oder unausgesprochen alle traumatisierten Familien bewegen: Was ist passiert? Warum ist es passiert? Warum habe ich mich so verhalten? Warum habe ich mich danach so verhalten? Wie werde ich mich verhalten, wenn wieder etwas passiert? Wenn die Umstände des Traumas, die individuellen und interaktionellen Reaktionen und die Konsequenzen daraus in eine gemeinsame Sprache übersetzt werden können, haben die Familienmitglieder nicht nur ihr Trauma integriert, sondern die Familie ist auch für mögliche zukünftige Belastungen besser ausgerüstet.

Sind bei Familiengesprächen Kinder anwesend, sollte ihnen unbedingt eine altersentsprechende Beteiligung ermöglicht werden. Je jünger sie sind, umso mehr sollten Elemente der Spieltherapie und des bildhaften Ausdrucks verwendet werden. Spielfiguren, Knetgummi, Bilder und Zeichnungen der Kinder helfen nicht nur ihnen selbst, sich selbstkontrolliert dem Trauma zu nähern und es zu verarbeiten, sondern setzen auch bei den Erwachsenen einen oft bewegenden emotionalen Prozess frei.

Vermutlich ist schon deutlich geworden, dass diese Vorgehensweise nur dann sinnvoll und fachgerecht ist, wenn das Trauma von außerhalb der Familie als Bedrohung gewirkt hat. In Fällen von sexueller Gewalt, Misshandlung und Vernachlässigung innerhalb der Familie hat gerade mangelnde Empathie zur Traumatisierung geführt. Hier empfiehlt sich eindeutig das sogenannte Drei-Spuren-Modell (Bullens, 1996; Trepper & Barrett, 1989/1991; Bentovim, 1992/1995), in dem die Opfer (besser: die Überlebenden), andere Familienangehörige, die nicht Täter waren, und die Täter getrennt voneinander behandelt werden.

Für andere außerfamiliäre Traumatisierungen, die sich nicht, wie im obigen Beispiel, auf ein Monotrauma beschränken, sind Modifizierungen nötig, die an anderem Ort beschrieben sind: z. B. multiple und sequenzielle Traumatisierungen, sekundäre Traumafolgen, Entwicklungstraumata, traumatische Trauer, Traumakompensationen, die zum Trauma für andere werden (Korittko, 2010; Korittko & Pleyer, 2014).

Schlussbemerkungen

In den letzten 30 Jahren ist eine Reihe von kraftvollen Interventionen für die Arbeit mit traumatisierten Individuen entwickelt worden. Damit ging meist die Hoffnung einher, dass sich die therapeutischen Erfolge in der Individualtherapie auch auf den Alltag und die sozialen Interaktionen übertragen. Was passiert jedoch, wenn sich dieser Erfolg nicht einstellt? Könnten sich dann KlientInnen im Beratungssetting verstanden und akzeptiert fühlen, aber von ihren Mitmenschen nur noch mehr abgelehnt und isoliert (Barrett, 2014)? Andererseits werden die Ressourcen, die in Paar- und Familienbeziehungen mobilisiert werden können, nicht für den Genesungsprozess Einzelner genutzt. Zusätzlich können in einem systemtherapeutischen Ansatz gemeinsam traumatisierte Familienmitglieder gleichzeitig Unterstützung darin bekommen, aus einer traumabedingten Erstarrung herauszufinden. Kurz: ein systemischer Ansatz ermöglicht direkte Verstärkung von heilenden Familienprozessen. Er kann als eine gezielte Herbeiführung familiärer Erfahrungen mit dem Ziel einer interaktionellen posttraumatischen Genesung bezeichnet werden. Auf diese Weise kann nach Traumatisierungen auch jenseits des Hoheitsgebietes medizinisch-therapeutischer Wirkungsfelder, u. a. in Beratungsstellen, entscheidend dazu beigetragen werden, dass Eltern und Kinder ihre gemeinsamen Ressourcen nutzen, sich aus einer posttraumatischen Erstarrung befreien und die überstandene Belastung in die Erzählung über die Entwicklung der Familie integrieren können.

Literatur

- Barrett, Mary Jo (2014). Outside the box. Bringing families into trauma treatment. *Psychotherapy Networker*, 38(3), 20–49.
- Bentovim, Arnon (1995). Traumaorganisierte Systeme. Systemische Therapie bei Gewalt und sexuellem Mißbrauch in Familien. Mainz: Grünewald (englisches Original erschienen 1992).
- Braun, Bennett G. (1988). The BASK model of dissociation. *Dissociation*, 1(2), 4–23.
- Brisch, Karl Heinz & Hellbrügge, Theodor (Hrsg.) (2003). Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bullens, Ruud (1996). Aufgaben und Möglichkeiten multiprofessioneller Kooperation aus Sicht der Mißhandlertherapie. Vortrag bei der Fachtagung der DGgKV, Hannover, 23.–24. 02. 1996.
- Calhoun, Lawrence G. & Tedeschi, Richard G. (2013). Post-traumatic growth in clinical practice. Oxford: Routledge.
- Figley, Charles R. (1989). Helping traumatized families. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Hüther, Gerald, Korittko, Alexander, Wolfrum, Gerhard & Besser, Lutz (2010). Neurobiologische Grundlagen der Herausbildung psychotrauma-bedingter Symptomatiken. *Trauma & Gewalt*, 4(1), 18–31.

- Hüther, Gerald, Korittko, Alexander, Wolfrum, Gerhard & Besser, Lutz (2012). Neurobiologische Erkenntnisse zur Herausbildung psychotraumabedingter Symptomatiken und ihre Bedeutung für die Traumapädagogik. *Trauma & Gewalt*, 6(3), 182–189.
- Kolk, Bessel A. van der (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of PTSD. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(5), 253–265.
- Kolk, Bessel A. van der (2000). Trauma und Gedächtnis. In Bessel A. van der Kolk, Alexander C. McFarlane & Lars Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie* (Reihe: Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, Bd. 62; S. 221–240). Paderborn: Junfermann (englisches Original erschienen 1996).
- Kolk, Bessel A. van der (2007). Untersuchungen zur PTBS. In Lamprecht (Hrsg.), *Wohin entwickelt sich die Traumatherapie? Bewährte Ansätze und neue Perspektiven* (S. 212–236). Stuttgart: Klett Cotta.
- Korittko, Alexander (2010). Wenn die Familie des Soldaten mit leidet: Sekundäre Traumatisierung. *Zeitschrift für Systemische Therapie und Beratung*, 28(3), 111–117.
- Korittko, Alexander & Pleyer, Karl Heinz (2014). *Traumatischer Stress in der Familie. Systemtherapeutische Lösungswege* (Reihe: V&R systemische Therapie; 4., überarb. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht (Erstaufl. erschienen 2010).
- Lasogga, Frank & Gasch, Bernd (2011). *Notfallpsychologie. Lehrbuch für die Praxis* (Reihe: SpringerLink-Bücher; 2., überarb. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Maercker, Andreas (2003). Opfer oder Überlebende. *ESTSS Bulletin*, 10(1), 1–3.
- Rauwald, Marianne (Hrsg.) (2013). *Vererbte Wunden. Transgenerationale Weitergabe traumatischer Erfahrungen*. Weinheim: Beltz.
- Ruppert, Franz (2012). *Trauma, Bindung und Familienstellen. Seelische Verletzungen verstehen und heilen* (Reihe: Leben lernen, Bd. 177; 5., unveränd. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta (letzte überarb. Aufl. 2010).
- Ruzek, Josef I. & Watson, Patricia (2001). Early intervention to prevent PTSD and other trauma-related problems. *PTSD-Research Quarterly*, 4(4), 1–3. Online verfügbar: <http://www.ptsd.va.gov/professional/newsletters/research-quarterly/V12N4.pdf> [03.11.2014].
- Satir, Virginia (2010). *Kommunikation, Selbstwert, Kongruenz. Konzepte und Perspektiven familientherapeutischer Praxis* (8., unveränd. Aufl.). Paderborn: Junfermann (englisches Original erschienen 1988).
- Simon, Fritz B. (1995). *Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Trepper, Terry S. & Barrett, Mary J. (1991). *Inzest und Therapie. Ein (system)therapeutisches Handbuch* (Reihe: Systemische Studien, Bd. 6). Dortmund: Verlag Modernes Lernen (englisches Original erschienen 1989).