

Das erstarrte Mobilé: Trauma und Familie

Alexander Korittko

Traumatische Erlebnisse unterscheiden sich von anderen individuellen und familiären Stressoren dadurch, dass sie in ihrer außergewöhnlichen Lebensbedrohung bei gleichzeitig nicht möglicher Flucht oder Gegenwehr die normalen Stressverarbeitungsmechanismen bei nahezu jedem überfordern (DSM IV). Der Trauma-Forscher Bessel van der Kolk (1994) 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". Eine solche "Notfall-Schaltung" des Gehirns ist zwar in der lebensbedrohlichen Situation äußerst effektiv, da sie die gesamte zur Verfügung stehende Energie des bedrohten Menschen auf die basalen Überlebensreaktionen (Selbstbefreiung, Gegenwehr oder Erstarrung) konzentriert. Sie führt jedoch dazu, dass die Sinneseindrücke dissoziiert gespeichert werden, über lange Zeit in Verbindung mit somatischen Empfindungen und affektiven Zuständen präsent bleiben und noch Jahre später mit einer solchen Lebhaftigkeit wieder kehren können, als ob die betreffende Person die Erfahrung wieder gänzlich von Neuem durchlebt. Wenn man durch einen Erinnerungsreiz an das Geschehen erinnert wird, ist es, als stürze man in einem Fahlstuhl ungebremst zurück in die traumatische Bedrohung, wobei die damals im Hirn aktiven neuronalen Muster erneut aktiviert werden (Hüther et al 2010). Das Trauma ist nicht "vergangenheitsfähig" (Lamprecht 2000).

Im ICD wird ein Trauma als ein kurz- oder lang anhaltendes Ereignis von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß definiert, das bei nahezu jedem eine tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde (ICD 10). Fischer erkennt ein psychisches Trauma als ein "vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt." (Fischer u. Riedesser 1999, S. 79)

Traumatisierte Individuen und soziale Netze

Trauma hat einen infektiösen Charakter, es wirkt wie ein "chronisches Gift" (Lempa 2000), innerhalb von familiären Beziehungen und über Generationen hinweg. Kriege und Genozide (incl. Flucht und Verfolgung), Naturkatastrophen, Industriekatastrophen, Massenfälle, Geiselnahmen, Gewaltkriminalität, Gewalt im Lebensumfeld - fast immer sind nicht nur einzelne Erwachsene, Kinder oder Jugendliche betroffen, sondern mit ihnen ihre engsten Familienmitglieder: Eltern, Ehe- und Lebenspartner, Kinder und Geschwister. Menschen leiden in ihrem Beziehungsgeflecht, ihre Angehörigen und Freunde sind erhöhtem Stress ausgesetzt und können ebenso Störungen entwickeln, die der post-traumatischen Belastungsstörung der Überlebenden entsprechen. Schon in den ersten Tagen und Wochen nach einem Trauma ist es für die Betroffenen von entscheidender Bedeutung, wie stabil das Unterstützungssystem auf die neuen, manchmal für andere erschreckenden Verhaltensweisen reagiert. Das familiäre und soziale Umfeld stellt die wichtigste Ressource für traumatisierte Individuen dar (Maercker 2008).

In einer Untersuchung des amerikanischen National Center for PTSD haben nach einem Monotrauma 71,4% der Betroffenen den Kontakt zu Kollegen, Freunden und Familienmitgliedern gesucht, während nur 9,2% den Kontakt zu Helfern von außen willkommen hießen (Ruzek u. Watson 2001). Die Genesung in der ersten Schockphase, die meist 4 - 6 Wochen an-

dauert, ist unter anderem davon abhängig, wie sich die anderen Familienmitglieder den Traumatisierten gegenüber verhalten. Der amerikanische Paar- und Familientherapeut Charles Figley beschrieb als erster ein Phänomen, das er bei seiner Arbeit mit Vietnam-Veteranen und deren Familien beobachtete. Er erkannte, dass Familienmitglieder als erste mit dem Trauma umgehen,

- weil sie sich kennen und lieben und verändertes Verhalten als erste bemerken
- indem sie verändertes Verhalten ansprechen und mit dem Trauma in Verbindung bringen
- indem sie dem traumatisierten Familienmitglied helfen, über das Trauma zu sprechen
- indem sie dem traumatisierten Familienmitglied helfen, das Trauma und die begleitenden Konflikte durch zu arbeiten, dadurch dass sie
 - Fakten verstehen und Gefühle akzeptieren
 - Wahrnehmungsstörungen korrigieren
und z.B. Schuldgefühle und Anerkennung neu sortieren
 - Neubewertungen unterstützen (Figley 1989)

Dieser primäre systemische Unterstützungsprozess hat jedoch, so Figley, einen hohen Preis. Die Familienmitglieder fühlen ebenso den Schmerz und die Verzweiflung, sie können - auch wenn sie nicht simultan von einem Trauma betroffen sind - in einen Zustand von Erschöpfung geraten. Verhalten, Eindrücke, Haltungen, Aktionen und Emotionen, die zunächst nur beim Opfer vorhanden sind, werden durch die Interaktionen innerhalb von Hilfs- und Unterstützungsprozessen auf andere Familienmitglieder übertragen. Diejenigen, die sich um die Opfer kümmern, können selbst zum Opfer werden. Figley nannte diese Auswirkungen zunächst "sekundäre traumatische Stress-Reaktionen", prägte später den Begriff "Mitgefühls-Erschöpfung" (Figley 2002) und setzte die Symptomatik in ihrer chronischen Ausprägung mit den Symptomen einer PTBS gleich. Er postuliert, dass das Trauma wo immer es die Familie betrifft, auch in diesem Kontext behandelt werden sollte.

"Wenn wir uns nicht dem sozialen Netzwerk des Opfers annehmen, wird sich das Opfer nicht schnell von dem stressreichen Erlebnis erholen. Meist ist das soziale Netzwerk die Familie." (Figley 1989, S. 3)

Charles Figley trug mit seinem Buch "Trauma And It's Wake" (1978), maßgeblich dazu bei, dass die Post-traumatische Belastungsstörung - im US-amerikanischen Sprachraum PTSD (Posttraumatic Stress Disorder) - in das Manual der Psychiatrischen Störungen (DSM III) aufgenommen wurde. Er beschrieb, dass die Veteranen unter einem ähnlichen Komplex von Symptomen litten, wie sie auch von Frauen, die in ihrer Kindheit sexuelle Gewalt erlitten hatten, berichtet wurden: Alpträume, Vermeiden von bestimmten Handlungen und Orten, gesteigerte Erregbarkeit bei geringen Anlässen, Konzentrationsstörungen, innere Unruhe, Grübeln, Panikattacken, wiederholtes Durchleben der lebensgefährlichen Situation in sogenannten Nachhallerinnerungen oder "Flashbacks". In Deutschland geriet Figleys ursprünglicher familienbezogener Ansatz in den Hintergrund. Sein 1989 in den USA erschienenes Buch "Working with Traumatized Families" ist im deutschsprachigen Raum kaum bekannt.

Eine Reihe von Trauma-Forschern und Trauma-Therapeuten betrachten die Familie entweder als sekundär betroffene Angehörige. Friedebert Kröger und Susanne Altmeyer haben in ihrem familienmedizinischen Ansatz beschrieben, wie bedeutsam Information über den Krankheitsverlauf und Genesungsprozess auf Seiten der Familie ist (Kröger u. Altmeyer 2000). Andere Fachleute sehen die Familie vielleicht als Ansammlung von parallel traumatisierten Individuen, die individuelle Hilfe benötigen, falls sie die Symptome einer chronischen Belastungsstörung zeigen und in ihren Funktionen oder ihrem Lebensgenuss erheblich eingeschränkt sind.

Die Auswirkungen von Traumata werden häufig in einer ausschließlich medizinischen Sichtweise individualisiert, auch wenn es sich um ein Trauma handelt, von denen eine Familie gemeinsam betroffen ist.

Möglicherweise geriet Figleys familienorientierter Ansatz auch dadurch in Vergessenheit, dass es in der Vielzahl der Fälle, in denen die Auswirkungen von innerfamiliärer Gewalt in der Kindheit den Hintergrund der PTSB darstellen, ja gerade kontraindiziert ist, gemeinsam mit der gesamten Familie zu arbeiten. Wenn ein Trauma die Familie von außen trifft und innerhalb der Familie emotionales Vertrauen, emotionale Verbundenheit und emotionale Unterstützung vorhanden ist, bietet dies sicher die beste Grundlage für eine gemeinsame traumazentrierte Beratung oder Behandlung. 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 u. Barrett 1991, Bentovim 1995), in dem die Opfer (besser: die Überlebenden), andere Familienangehörige, die nicht Täter waren und die Täter getrennt voneinander behandelt werden.

Haim Omer und Arist von Schlippe (2002 u. 2006) beschreiben einen systemischen traumorientierten Ansatz bei Familien mit Kindern und Jugendlichen, die gegenüber ihren Eltern Gewaltbereitschaft zeigen. Karl Heinz Pleyer erkennt in Prozessen elterlicher Hilflosigkeit und daraus resultierenden Misshandlungen oder Vernachlässigungen die Auswirkungen eines ko-traumatischen Prozesses (2004). Ich werde mich im Folgenden auf die Auswirkungen von Traumata beschränken, die Familien von außen treffen.

Ausgehend von einer systemischen Theorie menschlichen Erlebens und menschlichen Handelns sehe ich den neuro-biologischen Prozess (Organismus), den emotionalen Prozess (Psyche) und den kommunikativen Prozess (Verhalten) als miteinander in Interaktion befindliche Netzwerke die sich gegenseitig beeinflussen, um das Überleben zu sichern (siehe auch Simon 1995). Eine ausschließlich auf den biologischen und den emotionalen Prozess ausgerichtete Sichtweise des post-traumatischen Prozesses würde den Bereich außer acht lassen, der zu den wichtigsten Ressourcen des Menschen zählt: sein durch Kommunikation funktionierendes soziales und familiäres Netzwerk.

Nach traumatischen Erfahrungen neigen die meisten Menschen dazu, sich in unmittelbarer Nähe der engsten Familienangehörigen und Freunde aufhalten zu wollen. Ein grundsätzliches Gefühl von Sicherheit und Stabilität nach erschütternden Erlebnissen suchen wir offensichtlich am deutlichsten in unseren Partnerschaften, Familien und bei engen Freunden. Die liebsten Mitmenschen werden zur wichtigsten Ressource. Oft sind sie überfordert und können nur eingeschränkt die Unterstützung bieten, die wir von ihnen erhoffen. Dies trifft vor allem dann zu, wenn sie selbst ebenfalls von dem Trauma betroffen sind. Diese Betroffenheit kann natürlich am dichtesten durch das Erleben desselben Traumas entstehen. Aber auch die Information über eine lebensbedrohliche Situation, in der sich ein Angehöriger befindet, kann so hohen Stress auslösen, dass die emotionale und kognitive Verarbeitung bei allen nicht gelingt und auch noch Wochen und Monate später deutliche Beeinträchtigungen spürbar sind. Im Diagnostic and Statistic Manual wird 1994 bereits eindeutig festgestellt, dass allein schon das Wissen um die traumatischen Erlebnisse eines nahestehenden Menschen traumatisierend wirken kann (DSM IV, 1994, dtsh. Ausgabe 1998).

Noch einleuchtender ist sicher die Annahme einer solchen systemischen Traumatisierung, 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 in der Kommunikation des gesamten Familiensystems durch einen post-traumatischen 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 post-traumatischen Heilung.

Interaktionelle Ressourcen

Der Prozess der Trauma-Verarbeitung ist ein kontinuierlicher Prozess, welcher die Funktion der Familie einschränken oder erweitern kann - meist geschieht beides. Ob ein Familiensystem effektiv mit einem traumatischen Stressor umgehen kann, hängt vom Stressor selbst ab, von den familiären Ressourcen vor dem Trauma und nach dem Trauma, von post-traumatischen Stressoren und von den Wirklichkeitskonstruktionen innerhalb der Familie. Familien mit einer effektiven Verarbeitungsstrategie zeichnen sich durch die folgenden Ressourcen aus:

- Sie erkennen schnell, dass die Familie mit einem traumatischen Ereignis oder einer Serie von Ereignissen umgehen muss und mobilisieren dafür Energie und Ressourcen (Akzeptanz der Krise)
- Sie richten ihre Aufmerksamkeit schnell von einem betroffenen Familienmitglied auf die gesamte Familie und erkennen das Trauma als eine Herausforderung an alle (familienorientierte Sichtweise)
- Sie bleiben nur kurz bei Fragen nach der Schuld stecken und konzentrieren sich auf eine gemeinsame Veränderung der Situation (lösungsorientierte Sichtweise)
- Sie zeigen in Zeiten der Krise eine erhöhte Kooperation und wissen, dass sie als Team gegenseitige Geduld, Rücksicht und Akzeptanz aufbringen müssen (erhöhte Toleranz)
- Sie sind es gewohnt, offen und direkt, verbal und nonverbal ihre Gefühle füreinander auszudrücken, besonders Freude, Anerkennung und Verbundenheit (emotionale Offenheit)
- Sie sprechen über fast alle Themen miteinander und haben Freude daran, unterschiedliche Standpunkte auszutauschen (offene Kommunikation)
- Sie sind gern miteinander zusammen, sind stolz darauf Teil dieser Familie zu sein und sprechen mit Stolz übereinander (hohe Familienkohäsion)
- Sie nehmen unterschiedliche Rollen in der Familie ein, wie z.B. den Haushalt führen, für das Familieneinkommen sorgen, Kontakte mit anderen pflegen usw. Dabei werden die Aufgaben von mehr als einer Person ausgeführt, sodass die Familie weiter funktioniert, wenn jemand seine Rolle nicht ausfüllen kann (flexible Rollenaufteilung)
- Sie haben Zugang zu Hilfsmöglichkeiten innerhalb und außerhalb der eigenen Familie und wissen, dass sie von anderen Menschen Unterstützung annehmen können, weil andere auch auf ihre Hilfe rechnen könnten (effektiver Zugang zu Ressourcen)
- Sie können mit emotionalen Ausbrüchen bei sich selbst oder anderen umgehen, ohne gewalttätig zu werden, gleichgültig wie hoch der zu ertragende Stress ist (Abwesenheit von Gewalt)
- Sie wissen, dass Alkohol, Drogen oder Medikamente nicht dazu geeignet sind, Stress zu reduzieren (Abwesenheit von Sucht)

Sind dies die Faktoren, die idealerweise Familien helfen, mit traumatischen Stress effektiv umzugehen, kann andererseits davon ausgegangen werden, dass Familien, die die gegenteiligen Eigenschaften aufweisen, die größten Probleme haben, sich von einem Trauma zu erholen. Sie verleugnen oder fehlinterpretieren das Trauma, sie sehen die Probleme individuums-

zentriert, sie suchen nach den Schuldigen, sie haben eine geringe emotionale Toleranz, sie zeigen wenig Anerkennung und Zugehörigkeit, sie sprechen nur eingeschränkt miteinander, sie zeigen einen geringen Familienzusammenhalt, sie nehmen rigide Familienrollen wahr, sie haben geringen Zugang zu Hilfsmöglichkeiten innerhalb und außerhalb, sie neigen in Konflikten zu Gewalt und zeigen starken Konsum von Alkohol oder Drogen (Figley 1989).

In den allermeisten Familien finden wir weder die gesamte Bandbreite der Ressourcen, noch ausschließlich deren Abwesenheit. Eine systematische Einschätzung anhand der oben beschriebenen Kriterien ermöglicht für den professionellen Unterstützungsprozess gleichzeitig eine Fokussierung auf die Ressourcen der Familie und auf Aspekte, die der besonderen therapeutischen Aufmerksamkeit bedürfen.

Post-traumatische Familieninteraktionen

Viele Familien haben nach einem traumatischen Ereignis eine Form gefunden, mit der damit verbundenen Verzweiflung, Hilflosigkeit, Wut und Trauer umzugehen und sich vielleicht eines Tages von dem akuten Stress erholt. Trotzdem wird dieses Ereignis - oder eine Abfolge von Ereignissen - in ihrem Leben eine Zäsur darstellen. In Erzählungen über ihr Leben wird vielleicht ein "davor" und ein "danach" auftauchen. Es gibt allerdings auch Familien, die nach einem solchen dramatischen Einschnitt dieses "danach" nicht erreichen. Sie bleiben im Trauma stecken.

Ähnlich wie im neuro-biologischen Prozess des Individuums (Notfall-Schaltung und "eingefrorene" fragmentierte Speicherung) kann die Interaktion des Systems zum Zeitpunkt des Traumas in einen Zustand des Einfrierens geraten. Sind die Selbsthilfekräfte der Familie eingeschränkt oder 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 vorüber gehen zu wollen. In einer solchen rekursiven post-traumatischen 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 eingezeichnet.

Man stelle sich das von vielen Paar- und Familientherapeuten benutzte Bild von der Familie als Mobilé 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. Würde man dieses Mobilé auch nur für kurze Zeit einem Gefrierschock in einem Tiefkühlfach aussetzen, verändert sich das Bild. Das starre Gebilde hätte seine Dynamik verloren, jede noch so kleine Erschütterung könnte das äußerst zerbrechliche Konstrukt zerstören, Veränderungen auf der einen Seite hätten keinen Effekt auf die restlichen Teile. Wenn es gelänge, durch einen langsamen kontrollierten Auftauprozess das Mobilé von seiner Eishülle zu befreien, könnte es wieder so funktionieren, wie vor dem Schock.

Die Einschränkung der familiären Interaktionen bei traumatisierten Familiensystemen kann sich in unterschiedlichen Mustern zeigen.

Zunächst fällt Außenstehenden auf, dass in "eingefrorenen" Familien eine unbewusste Reinszenierung der traumatischen Interaktion stattfindet. Familien stecken in ihrer Kommunikation so sehr fest, dass eine systemischen interaktionellen Wiederholung zu beobachten ist:

Handlungen und Gespräche drehen sich immer wieder um dasselbe Thema, die traumatische Erfahrung.

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 der Schuldigen (in der Familie oder außerhalb der Familie) einen so großen Raum ein, dass dieses Ringen um den äußeren Kontext den emotionalen (Trauer-)Prozess 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 sollte nur ein Teil der Verarbeitung der traumatischen Erfahrung sein.

Andererseits sind in traumatisierten Familien auch Anzeichen von Vermeidung zu erkennen. Ausgesprochene oder unbewusste Tabus bestimmen, wie weit sich dem Trauma genähert werden darf, bzw. welche Interaktionen vermieden werden, 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. Der emotionale Austausch wird aus Furcht vermieden.

Zum Dritten ist manchmal eine überschießende Hektik zu erkennen, die urplötzlich im gesamten Familiensystem um sich greift. 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, mit Hilflosigkeit und Trauer um sich greift. Als interaktionelle Notbremse entsteht dann eine Form der familiären Dissoziation. In Gesprächen wird plötzlich auf ein anderes Thema umgeschwenkt, Dialoge werden nicht zu Ende geführt, die Familie erscheint wie das von Virginia Satir (1990) beschriebene "irrelevante System". Eine schnelle Abfolge von verwirrenden Gesprächs- und Handlungsfragmenten verwirrt Außenstehende.

Die beschriebenen Interaktionsmuster geben noch keine Hinweise auf die Disfunktionalität der betroffenen Familie. Es sind meist nicht schon vor der Traumatisierung bestehende Muster, die auf Partnerschaftskonflikte, Erziehungsprobleme Geschwisterrivalitäten oder ähnliches hinweisen, sondern die typischen Folgen der nicht integrierten traumatischen Erfahrung. Das Trauma ist - bildlich gesprochen - wie eine Bombe im Zentrum der Familie explodiert, die einzelnen Familienmitglieder sind von den Splittern dieser Bombe getroffen und erstarrt. Das Trauma wirkt nachhaltig auf die gesamte Familie, manchmal über mehrere Generationen hinweg.

Trauma-zentrierte Interventionen mit Familien

Trauma-zentrierte Interventionen sind 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. Trauma-zentrierte systemische Therapie und Beratung kann als ein "Auftauprozess" beschrieben werden, der in einem Beziehungskontext mit ressourcenorientierten Randbedingungen durch die Einführung neuer Optionen die Spielräume der Familie erweitert und dadurch die Genesung von traumatischem Stress ermöglicht. Als „State of the Art“ gilt heute in der trauma-orientierten Arbeit die Reihenfolge: Diagnose und Beziehungsaufnahme, Stabilisierung, Trauma-Integration, Abschied und Neubeginn (Sachsse 2004; Sack 2010; Seidler, Freyberger u. Maercker 2011). Ich führe

im Folgenden besonders die Phase der Stabilisierung und der Trauma-Integration mit Familien aus.

In der Phase der Stabilisierung ist von Bedeutung, durch unterschiedliche Interventionen die innerfamiliären Selbstheilungskräfte zu unterstützen. Oft bietet sich an, den einzelnen Familienmitgliedern zu vermitteln, wie sie offensichtlich unter den normalen Auswirkungen eines außergewöhnlichen Ereignisses leiden, das wie eine Bombe in die Familie hineingeplatzt ist. Sie könnten in der Beratung darin gefördert werden, mit den Splittern dieser Bombe als Team umzugehen. Hierzu zählt dann auch die so genannte Psycho-Edukation, Information über übliche Symptome, wie z.B. Flashbacks, Vermeidungsverhalten oder eine besondere Schreckhaftigkeit. Wird über das traumatische Ereignis gesprochen oder wird dies eher vermieden? Oder gibt es in der Familie kein anderes Thema mehr? Welche Aktivitäten gibt es in der Familie, wenn man sich gezielt ablenken will? Was hat bisher geholfen, wenn es einem Familienmitglied oder allen Schlecht ging? Hier bilden die Fragen einen Übergang von der Psycho-Edukation zur Klärung der familiären Ressourcen und zur Stärkung der familiären Kräfte. In einem nächsten Schritt können bisher aufgetretene problematische Verhaltensweisen in ihrem positiven Kern betont werden. Kann es sein, dass der Vater, wenn er so ein ernstes Gesicht macht und nicht spricht, die anderen Menschen in der Familie nicht mit seinen Gefühlen belasten möchte? Und wenn der Sohn seine Musik besonders laut stellt, kann das ein Versuch sein, die große Stille in der Familie zu durchbrechen.

Zusätzlich kann in der Phase der Stabilisierung auch darüber gesprochen werden, ob es in der Familie Lebensbereiche gibt, die nach dem traumatischen Ereignis durch ein posttraumatisches Wachstum bereichert wurden. Manche Familien berichten darüber, dass sie danach mehr Zuversicht entwickelt haben, andere Belastungen meistern zu können. Andere bemerken, dass sie nach einer lebensgefährlichen Situation verstanden haben, wie wichtig sie einander sind und wie zerbrechlich das Leben sein kann. Wiederum andere haben gelernt, kleine Freuden oder früher für selbstverständlich gehaltene Dinge sehr viel stärker zu schätzen.

In der Phase der Stabilisierung wird über all diese Interventionen die innerfamiliäre Unterstützung intensiviert. Manchmal ist es dabei hilfreich, neue Kommunikationsregeln anzubieten, die die emotionale Öffnung der Familienmitglieder untereinander fördern. So kann z.B. für eine Familie neu sein, über traurige Gedanken zu reden und einander dabei zuzuhören. Für andere ist es vielleicht ungewohnt, zu demselben Ereignis unterschiedliche Gefühle zu haben. Für die Mutter könnte der Brand des Hauses mit kaum enden zu wollender Trauer verbunden sein, während die Tochter einfach nur wütend ist. Sprechen, Zuhören und die Akzeptanz von Unterschieden sind die Kernelemente dieser Phase. Mehr und mehr sollten die Familienmitglieder miteinander ins Gespräch kommen.

Die nächste Phase ist die Phase der Trauma-Integration. Besteht eine ausreichende Affektstabilität in der Familie, kann damit begonnen werden, in einer sanften Form der Konfrontation sich den Details des traumatischen Ereignisses zu nähern. Das Ziel ist die Entwicklung eines kollektiven Narrativs, einer Familien-Erzählung des Traumas, das in die Historie der Familie „abgelegt“ werden kann. Hierbei soll darüber gesprochen werden, was geschehen ist, wie sich die Familienmitglieder danach verhalten haben und wie sie sich anders verhalten würden, wenn sie noch einmal mit einem stressvollen Ereignis umzugehen haben. Damit ein solches Narrativ entstehen kann, hat es sich aus meiner Sicht als günstig erwiesen, in kleinen Schritten das Ereignis zu rekapitulieren und sich dabei an dem so genannten BASK-Modell (Braun 1988: Behavior, Affect, Sensation, Kognition) zu orientieren. Die Schilderung der Sequenzen des bedrohlichen Ereignisses wird durch Fragen nach Details verlangsamt. Wo ist das 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? Gab es etwas zu riechen? 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 (Affect, Sensation) und die damit verbundenen Kognitionen (Kognition). Es ist, als würde man die unsortierten Teile eines Puzzles der Reihe nach zusammensetzen und das vollständige Bild in das Archiv der vergangenen Ereignisse am passenden Ort ablegen. Das defragmentierte Trauma wird vergangenheitsfähig.

In dieser trauma-orientierten Erinnerungsphase ist die Aufmerksamkeit aller von entscheidender Bedeutung. Erwachsene und ältere Jugendliche können in der Regel den Aufmerksamkeitsfokus halten, aber oft bei traumatischen Erinnerungen nicht für eine längere Zeit. Ich habe daher nicht nur in der Arbeit mit Schulkindern und ihren Eltern die Erfahrung gemacht, dass Elemente der Spieltherapie und des bildhaften Ausdrucks hilfreich sind, das Geschehene darzustellen und dadurch die Aufmerksamkeit aller zu konzentrieren. Spielfiguren, Knetgummi oder Zeichnungen der Kinder und Jugendlichen helfen nicht nur ihnen selbst dabei, sich kontrolliert dem Trauma zu nähern und es zu verarbeiten, sondern setzen auch bei den Erwachsenen einen oft bewegenden emotionalen Prozess frei.

Konkret: als erstes bitte ich z.B. alle Familienmitglieder eine Zeichnung davon anzufertigen, wie sie sich vor dem Autounfall auf den Familienausflug vorbereitet haben. Die drei oder vier Zeichnungen werden mit dem oben beschriebenen BASK-Modell bearbeitet. Was ist da zu sehen, wer macht da was? Welches Gefühl entsteht jetzt, wenn Sie diese Zeichnung betrachten? Wo ist dies Gefühl jetzt im Körper zu spüren? Welcher Gedanke passt jetzt dazu? Da Menschen eine bedrohliche Geschichte eher verarbeiten können, wenn sie schon vorher das Ende der traumatischen Belastung fokussieren, bitte ich alle als nächstes, eine Zeichnung davon anzufertigen, als alle in Sicherheit waren und der intensivste Schock vorüber war. Auch hier folgt die Integration mit Hilfe des BASK-Modells. Als dritter Schritt der Trauma-Integration kann die Bitte an alle Familienmitglieder folgen, Zeichnungen des bedrohlichsten Momentes anzufertigen, die dann wiederum mit den Fragen nach dem dargestellten Ereignis und den Handlungen der beteiligten Personen „dort und damals“, nach den momentan aufkommenden Emotionen, dem Körpergefühl und den dazugehörigen Gedanken „hier und jetzt“ genauer betrachtet werden. Oft ist dies ein besonders bewegender Moment im Kontakt der Familienmitglieder untereinander, ein Moment der Verarbeitung von Schmerz und Trauer und ein Moment der Verbundenheit, der Trost und Integration des Traumas in die Lebensgeschichte der Familie ermöglicht. Es kann Teil der familiären Vergangenheit werden.

Das hier beschriebene Vorgehen ist typisch für die Verarbeitung von Monotraumata. Wie in ähnlicher Form bei sequentieller Traumatisierung oder bei sekundärer Traumatisierung in Familien vorgegangen werden kann ist andernorts detailliert beschrieben, auch bei einer Traumatisierung, die parallel mit dem Tod eines Familienmitgliedes einhergeht, sind Modifizierungen notwendig (Korittko u. Pleyer 2010, Korittko 2010). Für Interventionen nach innerfamiliärer Traumatisierung (Sexuelle Gewalt, Vernachlässigung, physische Gewalt, usw.) eignet sich dieses Modell nicht. Bei außerfamiliärer Traumatisierung stellt der geschilderte Ansatz ein wirksames Instrument dar, das bei Traumafolgestörungen den Mechanismus der unwillkürlichen und unsortierten Erinnerungen durchbricht und bei rascher Anwendung dem Risiko einer systemischen Erstarrung entgegenwirkt.

Literatur

- Bentovim, A. (1995) Traumaorganisierte Systeme. Systemische Therapie bei Gewalt und sexuellem Missbrauch in Familien. Mainz: Grünewald.
- Braun, B. G. (1988) The BASK model of dissociation. *Dissociation* 1, 4-23
- Bullens, R. (1996) Aufgaben und Möglichkeiten multiprofessioneller Kooperation aus Sicht der Mißhandlertherapie. Vortragsmanuskript . Fachtagung der DGgKV, Hannover 23.-24. Februar, unveröffentlichtes Manuskript.
- Figley, C. (1978) Trauma and it's Wake. Stress Disorder Among Vietnam Veterans. New York: Brunner and Mazel.
- Figley, C. (1989) Helping Traumatized Families. San Francisco: Jossey Bass.
- Figley, C. (2002) Mitgefühlerschöpfung. Der Preis des Helfens. In B. Hudnall-Stamm (Hrsg.) Sekundäre Traumastörungen (S. 41-59). Paderborn: Junfermann.
- Fischer, G., Riedesser, P. (1999) Lehrbuch der Psychotraumatologie. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Hüther, G, Besser, L., Korittko, A., Wolfrum, G. (2010). Neurobiologische Grundlagen der Herausbildung Psychotrauma bedingter Symptomatiken. Trauma und Gewalt, Heft 1, 18-31
- Kolk, B. A. van der (1994) The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review Psychiatry*, Vol. 1: 253-265.
- Korittko, A. u. Pleyer, K. H. (2010) Traumatischer Stress in der Familie. Systemtherapeutische Lösungswege. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht
- Korittko, A. (2010) Wenn die Familie des Soldaten mit leidet: Sekundäre Traumatisierung. *Zeitschrift für Systemische Therapie und Beratung*. 28. Jg. 111-117
- Kröger, F., Altmeyer, S. (2000) Von der Familiensomatik zur systemischen Familienmedizin. *Familiendynamik* 25 (3), 268-292.
- Lamprecht, F. (Hrsg.) (2000) Praxis der Traumatherapie. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Lempa, W. (2000) Familientherapie mit Traumpatienten. In: F. Lamprecht (Hrsg.) Praxis der Traumatherapie (S. 145-163). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Maercker, A. (2008) Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland – Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Nervenarzt*, 79, 577-586.
- Omer, H., Schlippe, A. von (2002) Autorität ohne Gewalt. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Omer, H., Schlippe, A. von (2006) Autorität durch Beziehung. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Pleyer, K. H. (2004). Co-traumatische Prozesse in der Eltern- Kind- Beziehung. *Systema* 18 (2): 132-149.
- Ruzek, J., Watson, P. (2001) Early intervention to prevent PTSD and other trauma-related problems. *The National Center for PTSD. PTSD-Research Quarterly* 4 (4), 1-3, Verfügbar unter: <http://www.ncptsd.com>.
- Sachsse, U. (2004) Traumazentrierte Psychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer
- Sack, M. (2010) Schonende Traumatherapie. Ressourcenorientierte Behandlung von Traumafolgestörungen. Stuttgart, New York: Schattauer
- Satir, V. (1990) Kommunikation, Selbstwert, Kongruenz. Paderborn: Junfermann
- Seidler, G., Freyberger, H. u. Maercker, A. (2011) Handbuch der Psychotraumatologie. Stuttgart: Klett Cotta
- Simon, F. B. (1995). Die andere Seite der Gesundheit. Heidelberg: Carl Auer.
- Trepper, T. S. u. Barrett, M. J. (1991) Inzest und Therapie. Ein (system)therapeutisches Handbuch. Dortmund: Verlag modernes lernen.