



Leseprobe aus: Knaevelsrud, Liedl, Stammel, Posttraumatische Belastungsstörungen, ISBN 978-3-621-27811-9

© 2012 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-27811-9>

7 PTBS im sozialen Kontext

7.1 Fallvignetten

Fall 1. Herr S., 34-jähriger Bundeswehrsoldat, kam nach neunmonatigem Aufenthalt in Afghanistan zurück zu seiner Frau und den drei Kindern. Alle haben sich seit Wochen auf die Rückkehr gefreut. Kurz vor Ende seines Dienstes in Afghanistan war Herr S. mit seinen Kameraden in ein Feuergefecht in Kundus geraten. Zwei Männer starben, vier wurden schwer verletzt. Herr S. hat dabei nur kleinere Verletzungen erlitten. Allerdings lassen ihn die Bilder des Gefechtes und der toten Kameraden nicht mehr los. »Ich habe sie immer wieder vor Augen. Mein ganzer Körper war voll mit dem Blut meiner Kameraden, selbst in meinem Mund schmecke ich noch immer dieses Blut.« Auch die Familie leidet stark unter den Folgen der Erlebnisse. Herr S. schreit in der Nacht häufig und wacht aufgrund von Alpträumen schweißgebadet auf. Oft ist er aggressiv und leicht reizbar. Er kann es nicht ertragen, wenn seine Tochter Flöte übt oder die Zwillinge miteinander raufen und laut sind. Seine Frau steht dem hilflos gegenüber: »Er ist wie ein anderer Mensch geworden, vor diesem Einsatz war alles anders. Er war ein liebevoller und zärtlicher Vater, hat jede freie Minute mit den Kindern verbracht. Jetzt zieht er sich nur zurück, die Kinder kommen nicht mehr an ihn ran und haben sogar Angst vor seinen Wutausbrüchen. Wie sollen sie es auch verstehen, warum er nun so anders ist als früher? Auch unsere Beziehung ist nicht mehr, wie sie einmal war. Wie schrecklich es auch ist, aber mein Mann ist mir fremd geworden, er lebt in einer anderen Welt als wir.«

Fall 2. Frau M. hat einen Verkehrsunfall mit einem Reisebus unverletzt überlebt, bei dem sie eine sehr gute Freundin verloren hat. Der Ehemann von Frau M. und der Sohn erfahren über das Radio von dem Unfall. Das Reiseunternehmen, das sie daraufhin sofort kontaktieren, kann ihnen über die Situation von Frau M. nichts mitteilen. Sie sind erleichtert und dankbar, als sie Frau M. nach langem Bangen im Klinikum abholen können. Frau M. jedoch befindet sich in einem schockmäßigen Zustand, der auch noch Wochen und Monate nach dem Unfall anhält. Sie erlebt eine emotionale Taubheit gegenüber ihrem Mann und den Söhnen, leidet unter starken Flashbacks und Alpträumen. Die Schuldgefühle, den Unfall überlebt zu haben, während ihre Freundin verstorben ist, quälen sie sehr. Es fällt Frau M. sehr schwer, den Alltag zu meistern. An manchen Tagen schafft sie es nicht aufzustehen und bleibt den ganzen Tag im Bett. Oft weint sie ohne erkennbaren Grund. Der Sohn versucht die Mutter so wenig wie möglich zu belasten. Zugleich leidet auch er unter dem traumatischen Erlebnis, unmittelbar nach dem Unfall stundenlang nichts über seine Mutter erfahren zu haben. Er hat seitdem massive Schlafstörungen, möchte jedoch aus Rücksicht seine Eltern damit nicht belasten. Der Ehemann von Frau M. hat Schwierigkeiten, seine Frau zu verstehen: »Natürlich ist es schrecklich, was passiert ist. Aber sie hat doch überlebt. Sind wir ihr gar nicht wichtig? Wir brauchen sie doch!«

7.2 Empirischer Hintergrund

Menschen, die ein traumatisches Ereignis erlebt haben, leiden infolge dessen häufig neben psychischen Symptomen an psychosozialen Beeinträchtigungen. Ein Hauptsymptomkomplex der PTBS ist neben Intrusionen und Hyperarousal die Vermeidung. Sie umfasst Symptome, die explizit auf psychosoziale und interpersonelle Beeinträchtigungen Bezug nehmen wie z. B. ein deutlich vermindertes Interesse oder Teilnahme an wichtigen Aktivitäten, dem Gefühl der Losgelöstheit und Entfremdung von anderen sowie eine eingeschränkte Bandbreite der Affekte (insbesondere solche, die mit Intimität, Zärtlichkeit und Sexualität assoziiert sind). Traumatische Ereignisse selbst gehen zudem häufig mit dem unmittelbaren Erleben destruktiver interpersoneller Erfahrungen einher. Sogenannte intentionale – also von Menschen willentlich beabsichtigte – Traumata wie sexuelle und körperliche Gewalt, Misshandlungen, Überfälle, schwere Menschenrechtsverletzungen wie Folter und Verfolgung, können das Vertrauen in soziale Beziehungen maßgeblich erschüttern und die Verlässlichkeit und Integrität der Mitmenschen in Frage stellen. Die sichere Basis der Betroffenen wird auf existentielle Art und Weise in Frage gestellt. Eine Metaanalyse (Olatunji et al., 2007) bestätigt, dass sich die Posttraumatische Belastungsstörung im Vergleich zu anderen Angsterkrankungen besonders negativ auf das soziale Funktionieren und die Beziehungen zu Nahestehenden auswirkt. Paradoxerweise spielt jedoch insbesondere die soziale Unterstützung und die Einbindung in ein soziales Netzwerk eine zentrale Rolle bei der Bewältigung traumatischer Erfahrungen (Ozer et al., 2003). Emotionale und kognitive Folgen traumatischer Erfahrungen, z. B. Scham- und Schuldgefühle oder ein ausgeprägtes Gefühl von Ohnmacht und Hilflosigkeit, können sich überdies negativ auf das Selbstbewusstsein, die Intimität und die Kommunikationsfähigkeit auswirken – allesamt Schlüsselemente für die Aufrechterhaltung gesunder Beziehungen (McFarlane et al., 2001). Auch im familiären Kontext wurden die negativen sozialen Folgen traumatischer Erfahrung mehrfach nachgewiesen. In Studien mit Vietnamveteranen zeigte sich bei Befragten mit PTBS ein höheres Maß an familiärer Funktionsstörung und ausgeprägtere Schwierigkeiten in Erziehungsangelegenheiten verglichen mit Veteranen ohne PTBS (MacDonald et al., 1999).

7.2.1 Sekundäre Traumatisierung

Wenn Menschen traumatische Ereignisse erleben, die zu Veränderungen beim Individuum führen, so hat dies auch Auswirkungen auf intime Beziehungen. So berichten zahlreiche Familienangehörige von traumatisierten Soldaten oder Hilfskräften, dass auch sie durch das Erlebte ihrer Männer, Frauen, Mütter oder Väter beeinflusst sind. Die Person wird nach dem Trauma als »jemand anders« erlebt. Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung wie plötzlich auftretende Erinnerungen und Flashbacks erschweren die Integration in den Familienalltag. Aufgrund starker Übererregung kann es zu aggressiven Ausbrüchen und Gewalt auch innerhalb der Familie

kommen. Oft ziehen sich Traumatisierte dann zurück, um andere zu schützen. Zugleich erleben sie Gefühle von Scham, Einsamkeit und Ohnmacht. Zudem fällt es Betroffenen aufgrund emotionaler Taubheit schwer, mit eigenen Emotionen und den Gefühlen anderer umzugehen. Zahlreiche Studien bestätigen die negativen Auswirkungen von Traumatisierten auf deren Familien (McFarlane, 2009). Allerdings ist die Datenlage dazu nicht eindeutig. Eine Reihe von Untersuchungen fand keine Unterschiede zwischen emotionalem Stress, sozialer Entwicklung oder Selbstwert bei Kindern von Veteranen mit PTBS im Vergleich zu Kontrollgruppen ohne PTBS (Dekel & Monson, 2010). Zudem gibt es bislang nur wenig Studien zu sekundärer Traumatisierung und Auswirkungen der PTBS-Symptomatik auf intime Beziehungen.

Charakteristika der Kinder von traumatisierten Eltern, wie Alter, Geschwister oder Geschlecht, scheinen einen Einfluss darauf zu haben, wie diese mit den Folgen umgehen.

Korittko (2011) zitiert in seinem Buch »Traumatischer Stress in der Familie« sechs Interaktionsmuster, die Harkness und Zador (2004) in traumatisierten Familien beobachtet haben und welche zu einem Prozess von Entfremdung beitragen:

- (1) **Leben mit dem Eismann.** Der Traumaüberlebende ist emotional nicht verfügbar, er beschäftigt sich mit sich selbst, ist für die restliche Familie nicht erreichbar.
- (2) **Von draußen nach drinnen gucken.** Die Traumatisierten nehmen ihre Rolle als Vater oder Mutter nicht mehr ein. Sie verweigern die Teilnahme an Feierlichkeiten (z. B. in der Großfamilie oder auch Schule). Oft übernimmt der andere Elternteil die Aufgaben und repräsentiert die Familie nach außen.
- (3) **Dr. Jekyll und Mr. Hyde.** Familienmitglieder werden aufgrund spontaner Phasen von destruktiven Wutausbrüchen (Jekyll = you kill) und Rückzug (Hyde = hide) in Spannung gesetzt. Sie leben in permanenter Wachsamkeit und Angst; Folgen für die nicht traumatisierten Familienmitglieder können Depressionen und psychosomatische Beschwerden sein.
- (4) **Leben mit einem Geist.** Traumatisierte verhalten sich Familienmitgliedern gegenüber z. T. so wie »Geister aus der Vergangenheit«. Oft besteht kein Bewusstsein dafür, wie die Vergangenheit bzw. das Erlebte die Interaktionen der Gegenwart beeinflussen.
- (5) **Leben in zwei Zeitzonen.** Das traumatisierte Familienmitglied befindet sich emotional in der Vergangenheit, während sich die Familie mit der Gegenwart und der Zukunft beschäftigt.
- (6) **Nicht mit uns und nicht ohne uns.** Die Familiendynamik in sekundär traumatisierten Familien ist oft geprägt von gegenseitiger Angst vor Verlust einerseits und einer großen inneren und äußeren Distanz andererseits. Es ist ein permanenter Wechsel zwischen Trennung und Zusammenleben.

Die Wechselwirkung zwischen Symptomen der PTBS und familiärem Funktionieren beleuchtet eine Studie von Evans und Kollegen (2010). Die Forscher haben über 1.800 Veteranen mit einer PTBS-Diagnose und über 700 ihrer Partner vor einer Psychotherapie sowie nach drei und neun Monaten befragt. Die Ergebnisse der Strukturgleichungsmodelle liefern ein nicht erwartetes Bild des Zusammenhangs der einzel-

nen PTBS-Symptomcluster mit familiärem Funktionieren über die Zeit hinweg: So hatte ein negatives Funktionieren in der Familie vor der Therapie einen signifikanten Einfluss auf alle PTBS-Symptomcluster (Intrusionen, Vermeidung und Übererregung) nach drei Monaten. Ebenso zeigte sich das Funktionieren innerhalb der Familie drei Monate nach der Therapie als signifikanter Prädiktor für Intrusionen und Übererregung nach neun Monaten. Bzgl. des umgekehrten Zusammenhangs zwischen PTBS-Symptomen und familiärem Funktionieren über die Zeit hinweg fanden die Forscher nur Vermeidung als signifikanten Prädiktor. Sie schlussfolgern daher, dass eine unterstützende Familienstruktur die Effekte einer Psychotherapie für traumatisierte Veteranen stark beeinflusst. Daher sollten Familienmitglieder sehr viel umfangreicher in die Behandlung einbezogen werden. In Abschnitt 7.3.2 wird traumafokussierte Psychotherapie unter Einbezug der Familienangehörigen dargestellt.

7.2.2 Transgenerationale Traumatisierung

Das Phänomen der »transgenerationalen Traumatisierung« (Danieli, 1998) ist ein relativ junges Forschungsgebiet, welches zunehmend an Bedeutung gewinnt. Es wurde erstmals als »Child of Survivor Syndrome« bei Kindern von Holocaust-Überlebenden beobachtet und in klinischen Einzelfallstudien beschrieben. Hierbei wurde festgestellt, dass Kinder von Holocaust-Überlebenden häufig psychisch belastet waren (Kellerman, 2001; Rakoff et al., 1976). Systematische Untersuchungen fanden im Folgenden bei Vietnam-Kriegsveteranen sowie iranischen Überlebenden von Menschenrechtsverletzungen und deren Kindern statt. Diese Studien zeigen, dass Kinder traumatisierter Eltern sowohl vermehrt an Depressions- und Angstsymptomen als auch an ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten sowie Beeinträchtigungen in beruflichen und sozialen Funktionen leiden (Ahmadzadeh & Malekian, 2004; Harkness, 1993; Parsons et al., 1990).

Anhand verschiedener Untersuchungen wurde deutlich, dass die nachfolgende Generation nicht allein durch die posttraumatischen Symptome der Eltern an sich, sondern auch durch gestörte Familienfunktionen belastet war (Davidson & Mellor, 2001). Ebenso zeigten sich bei überlebenden Familien Auffälligkeiten im Erziehungsverhalten, wie vermehrt offen ausgetragener Ärger und Konflikte (Jordan et al., 1992; Westerink & Giarratano, 1999). Auch gaben Nachkommen von Überlebenden des Holocaust signifikant häufiger an, emotionalen Missbrauch, emotionale Vernachlässigung, körperliche Vernachlässigung und sexuellen Missbrauch erlebt zu haben (Yehuda, 2001). Aus diesem Grund muss Gewalt gegen die eigenen Kinder, besonders in Anbetracht der in der Literatur vielfach gezeigten Spätfolgen, als wichtiger Faktor bei transgenerationalen Mechanismen der Weitergabe von Traumafolgen betrachtet werden. Zudem wird dem Aspekt der transgenerationalen Kommunikation eine wichtige Rolle in Bezug auf die Persönlichkeitsentwicklung und psychische Gesundheit der Nachkommen zugeschrieben (Lin et al., 2009).

7.2.3 Rolle der sozialen Anerkennung als Opfer

Ein weiterer entscheidender Aspekt in der Bearbeitung traumatischer Ereignisse ist, inwieweit die Patienten von ihrem sozialen Umfeld oder der Gesellschaft insgesamt als Opfer anerkannt werden. Eine Reihe von Studien bestätigt, dass die Art und Weise, wie Menschen nach einem Trauma behandelt werden, einen wichtigen Einfluss auf ihre Genesung hat. So zeigte sich in einer Untersuchung an Soldaten, die nach einem Einsatz im Libanonkrieg zurückkamen, ein Zusammenhang zwischen geringer sozialer Anerkennung sowie mangelhafter sozialer Integration und einer erhöhten posttraumatischen Symptomatik (Solomon et al., 1989). Ein ähnliches Ergebnis zeigte sich bei Vietnamveteranen: Die Schwere der PTBS wurde in dieser Studie von der sozialen Zurückweisung (rejection) verstärkt (Fontana & Rosenheck, 1994). Untersuchungen an Brustkrebsüberlebenden (Cordova et al., 2001) und Opfern von Gewaltverbrechen (Müller & Maercker, 2006) bestätigen ebenfalls den negativen Einfluss sozialer Zurückweisung und Isolation auf die posttraumatische Symptomatik. In der Literatur wird dabei zwischen sozialer Anerkennung und sozialer Unterstützung unterschieden. Während sich letzteres vor allem auf das engere soziale Umfeld bezieht, erweitert sich die soziale Anerkennung auf einen breiteren Kontext und beinhaltet auch Gruppen, die das Individuum durch Urteile beeinflussen.

7.3 Behandlung

7.3.1 Behandlungsvoraussetzungen

Familienmitglieder von Traumatisierten fühlen sich häufig allein gelassen. Die Probleme, unter denen die Familienmitglieder leiden, stehen in den meisten Fällen hinter den Symptomen der Betroffenen selbst. Nicht selten geraten Eltern, Partner, Kinder und Geschwister von Traumatisierten in einen Erschöpfungszustand. Die veränderte Kommunikation und Interaktion innerhalb der Familie stellt einen großen Stressfaktor dar. Die Ohnmacht und Hilflosigkeit, der traumatisierte Menschen ausgesetzt sind, überträgt sich auch auf ihre Familien.

Therapeuten sollten daher in einer traumafokussierten Einzeltherapie auch immer die familiäre Situation der Betroffenen im Auge behalten. Dabei kann und darf eine Partner- oder Familientherapie das einzeltherapeutische Setting nicht ersetzen. Sie kann jedoch eine hilfreiche und wichtige Unterstützung darstellen. Zudem kann auch für betroffene Angehörige eine Psychotherapie hilfreich und entlastend sein, um eigene Ängste und Sorgen sowie den Umgang mit Problemen, die sich aufgrund der traumatischen Erlebnisse entwickelt haben, individuell zu besprechen.

7.3.2 Allgemeine Behandlungsstrategien

Paartherapie/-beratung als Ergänzung zur Einzeltherapie

Betroffene von (v. a. komplexen) Traumatisierungen leiden häufig unter einer Störung der Affektregulation mit impulsiven und risikoreichen Verhaltensweisen, starken negativen Affekten wie Wut und Ärger, Dissoziation und extremem Misstrauen. Diese Symptome beeinflussen auch die Interaktions- und Kommunikationsmuster mit anderen Menschen. So können Traumatisierungen in der Kindheit, wie Vernachlässigung oder Missbrauch, auch spätere Beziehungen stark beeinflussen. Wenngleich in solchen Fällen die individuelle Aufarbeitung des Erlebten im einzeltherapeutischen Setting im Vordergrund steht, so kann eine Paartherapie eine hilfreiche Ergänzung und Unterstützung darstellen. Ziel ist, dass beide Partner lernen, im Alltag achtsamer zu werden, sowohl mit sich selbst als auch mit dem anderen. Zudem kann es für Betroffene und deren Partner sehr entlastend sein, offen über die Konflikte und Probleme im Alltag zu sprechen und gemeinsam mit dem Therapeuten nach Lösungen zu suchen.

Einbezug der gesamten Familie in den therapeutischen Kontext

Beispiel

Herr S. befindet sich bereits seit einigen Monaten in Einzeltherapie bei einer Traumatherapeutin. Aufgrund der Belastungen in der Familie hat sich die Familie entschlossen, eine Familientherapie aufzusuchen. Dabei bekommen alle Familienmitglieder die Möglichkeit, ihre Ängste und das, was sie sich von der Therapie erhoffen, auszusprechen. Zudem arbeiten sie gemeinsam an Warnzeichen, die Aggressionen ankündigen und an Strategien, die im Alltag helfen können, um Gewalt frühzeitig abzuwenden. Familie S. erhält in der Therapie außerdem Informationen, wie sich traumatische Ereignisse auf alle Betroffenen auswirken. Schließlich geht es darum, gemeinsame Rituale zu finden, wie mit dem Trauma in der Familie umgegangen werden kann, sodass das Erlebte nicht länger das Familienleben bestimmt.

Korittko und Pleyer (2011) beschreiben in ihrem Buch vier Phasen, die in der Therapie von Familien mit traumatisierten Mitgliedern angewandt werden können. Die einzelnen Phasen werden im Folgenden kurz erläutert.

Phase der familiären Diagnostik. Ziel dieser Phase ist es, dass sich alle Familienmitglieder in »äußerer Sicherheit« befinden, um dann an den Auswirkungen des Traumas für die familiäre Situation arbeiten zu können. Wie bereits erläutert, kommt es in betroffenen Familien häufig zu fremd- und/oder selbstbestimmter Gewalt. Die Erfassung des Gefährdungspotentials in der Familie und das Bearbeiten bzw. Stoppen dieser Gewalt ist zentraler Bestandteil der ersten Behandlungsphase. Die Autoren schlagen dafür verschiedene Elemente vor:

- ▶ Herausarbeiten von Situationen/familiären Mustern, die die Gewalt aufrechterhalten
- ▶ Erkennen von Frühwarnzeichen, die Aggressionen ankündigen
- ▶ Erarbeiten von Strategien, wie übererregte Familienmitglieder sich abreagieren können (z. B. Sport, eine Auszeit nehmen und nach draußen gehen oder sich zurückziehen, wenn Frühwarnzeichen erkennbar sind)
- ▶ Entwicklung eines Notfallplans, falls es doch zu Gewaltausbrüchen kommt (Wohin könnten sich die übrigen Familienmitglieder wenden?)

Der niederländische Familientherapeut van Trommel hat zur therapeutischen Haltung gegenüber Gewalt in traumatisierten Familien gesagt: »Wenn wir weiterarbeiten würden, obwohl die Gewalt nicht aufhört, würden wir die Illusion nähren, dass wir helfen könnten, ohne dass die Familie Muster verändert. Wenn die Gewalt weiter stattfindet, ist die Beendigung der Therapie eine unausweichliche Konfrontation.« (zitiert nach Korittko & Pleyer, 2011, S. 108).

Phase der Psychoedukation. Das Verständnis darüber, welche Auswirkungen die traumatischen Erlebnisse eines Familienmitgliedes auf alle übrigen haben, ist zentraler Bestandteil der zweiten Phase. Dabei erhalten die Beteiligten Informationen über die Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung, ihre Entstehung und die Auswirkungen der Symptome auf das familiäre Zusammenleben. Durch Informationsvermittlung und Erklärung für häufig unerwartete Reaktionen sollen Betroffene lernen, mit der Situation besser umzugehen. Eine zentrale Rolle können dabei auch Gespräche über Schuld (häufig »Überlebensschuld«), Scham und Selbstanklage spielen. Die permanente Suche und Frage nach dem Sinn des Erlebten ist für alle Familienmitglieder häufig sehr belastend. Auch für diesen Bereich sollte in der Phase der Psychoedukation Zeit und Raum sein.

Phase der Enthüllung des Traumas. Ziel dieser Phase ist es, dass Familienmitglieder angstfrei über das Trauma und dessen Auswirkungen sprechen können. Dabei geht es nicht darum, das Erlebte im Detail zu schildern, vielmehr sollte gemeinsam ein Weg gefunden werden, wie über das Trauma und vor allem über die Folgen für die Familie gesprochen werden kann, ohne dass Partner oder Kinder zu sehr davon belastet werden. Am Ende der Phase sollten nach den Autoren folgende Fragen beantwortet sein: »Was ist geschehen? Welche Mythen sind in der Familie entstanden? Wodurch wird der Traumatisierte an das Trauma erinnert (Trigger)? Welche Fehlannahmen sind entstanden? Welche veränderte Weltansicht ist entstanden? (Bzgl. der Bewertung für den Traumatisierten:) Haben Sie sich schuldig gemacht oder haben Sie alles getan, was Ihnen angesichts von Lebensgefahr, Verletzung und Tod möglich war?«

Phase der familiären Verabredungen über den weiteren Umgang mit den Auswirkungen des Traumas. In der letzten Phase ist zentrales Ziel, dass sich der Traumatisierte wieder als aktiver Teil in die Familie integriert und eine passende Form des Ausrucks des Erlebten findet, ohne überwältigt zu werden. Korittko und Pleyer nennen dabei folgende Frage als zentrales Anliegen: »Welche Rituale sind für die Familie passend, um die schrecklichen Erlebnisse des Traumaüberlebenden in Erinnerung zu halten?«. Ziel kann also nicht sein, das Trauma aus dem familiären Kontext zu streichen, sondern einen gemeinsamen Weg der kontrollierten Erinnerung zu finden.

Exkurs

Entlastung durch Austausch mit gleichermaßen Betroffenen

Viele Angehörige von Traumatisierten haben den Eindruck, alleine mit ihren Problemen, Ängsten und Sorgen zu sein. Die Erkenntnis und besonders der Austausch mit ähnlich Betroffenen stellt für viele eine große Entlastung dar. Zahlreiche Internetforen und Selbsthilfegruppen bieten dafür eine Plattform. Dabei wird es Angehörigen ermöglicht, offen über die gefühlte Hilflosigkeit und Ohnmacht zu sprechen. Anders als in vielen anderen Kontexten steht dabei nicht die Situation des Traumatisierten im Fokus, sondern die der Angehörigen.

7.4 Arten von Traumatisierung im familiären Kontext und therapeutisches Vorgehen

Im familiären Kontext sind unterschiedliche Arten von Traumatisierungen denkbar. In Abhängigkeit der Form der Traumatisierung sind in der Therapie Einzel- und/oder Familiensettings möglich. Vier Arten von Traumatisierungen werden nachfolgend kurz vorgestellt und Empfehlungen für das therapeutische Setting gegeben.

7.4.1 Simultane Traumatisierung

Beispiel

Familie K. war mit dem Auto vom Sommerurlaub auf dem Weg nach Hause. Auf der Autobahn verlor ein Wagen unmittelbar vor ihnen die Kontrolle, scherte aus und fuhr in den Wagen von Familie K. Herr und Frau K. erlitten Brüche, die beiden Kinder auf der Rücksitzbank haben den Unfall körperlich unversehrt überlebt. Während sich Herr K. in den darauf folgenden Wochen körperlich und psychisch rehabilitiert hat, leidet seine Frau unter massiven Alpträumen und starker Gereiztheit. Sie hat große Probleme, die Kinder unbeaufsichtigt zu lassen, aus Sorge, es könnte ihnen etwas zustoßen. Der jüngere Sohn hat einige Wochen nach dem Unfall mit starken Schlafproblemen und Bettnässen reagiert. Über seine Ängste möchte er nicht sprechen. Die täglichen Auseinandersetzungen der Eltern belasten ihn sehr.

Sind alle Familienmitglieder von einem traumatischen Ereignis betroffen, wie etwa durch einen Verkehrsunfall oder Brand, so spricht man von einer simultanen Traumatisierung aller Mitglieder. Kennzeichnend dafür ist, dass sich alle Betroffenen zur gleichen Zeit am gleichen Ort befanden und es direkte Auswirkungen des Erlebten auf alle gibt. Dabei können die Betroffenen sehr unterschiedlich auf das Trauma re-

agieren. Bei simultaner Traumatisierung im familiären Kontext kann es sinnvoll sein, ein familientherapeutisches Behandlungssetting zu wählen, damit die Beteiligten von ihren Ängsten, Beschwerden und Sorgen erfahren und ein besseres Verständnis füreinander entsteht. Der Bedarf an individuellen Traumatherapien ist im jeweiligen Einzelfall abzuwägen.

7.4.2 Konsekutive Traumatisierung

Beispiel

Frau M. und ihre Familie haben das Busunglück, in dem Frau M. involviert war, sehr unterschiedlich erlebt. Während die Mutter an dem Ereignis selbst beteiligt war und nun an den Folgen wie den immer wiederkehrenden Bildern und der emotionalen Taubheit leidet, waren für den Vater und die beiden Söhne die Stunden voller Ungewissheit über den Verbleib von Frau M. traumatisch. Der Sohn träumt immer wieder von Szenen, in denen das Telefon klingelt und eine Stimme sagt, dass er seine Mutter nie wieder sehen wird. Er hat große Ängste, wenn seine Mutter das Haus verlässt. Um seine Mutter zu schonen, behält er seine Sorgen jedoch für sich. Da Frau M. seit dem Unfall keine emotionale Nähe mehr zu ihrer Familie spüren kann, isoliert sie sich mehr und mehr, worunter sie sehr leidet. Der Vater ist stark überfordert mit der aktuellen Situation und der Doppelbelastung aus Beruf und haltgebenden Familienpart.

Befinden sich Familienmitglieder während eines traumatischen Ereignisses nicht an einem gemeinsamen Ort und sind in unterschiedlicher Weise von dem Trauma betroffen, so spricht man von einer konsekutiven Traumatisierung. Dabei kommt es zu einer zeitlichen Verzögerung der Traumatisierung. Beispiele hierfür sind Unfälle, Geiselnahmen oder Überfälle eines Familienmitglieds, der Rest der Familie wird unmittelbar danach davon informiert. Dabei erleben die Beteiligten unterschiedliche traumatische Ereignisse und leiden dementsprechend an verschiedenen Folgesymptomen. Ein Überlebender eines Flugzeugunglücks (traumatisches Ereignis) beispielsweise, der zahlreiche Verwundete und Tote gesehen hat und selbst schwer verletzt wurde, wird andere Beschwerden zeigen als seine Ehefrau, die nach dem Erfahren vom Unglück und durch die tagelange Ungewissheit über die Situation ihres Mannes (traumatisches Ereignis) ebenfalls traumatisiert ist. Während der Ehemann sich aufgrund der Flashbacks und emotionaler Taubheit immer mehr isoliert, ist es für die Ehefrau sehr schwer, nach der großen Freude über das Überleben des Mannes und seiner Heimkehr die freudlose und in sich zurückgezogene Art des Mannes auszuhalten. Auch in diesem Fall bietet sich ein systemorientierter (gemeinsamer) Therapieansatz an, da das Wissen um die erlebten Sorgen und Ängste und die damit einhergehenden Schwierigkeiten im Alltag sehr entlastend sein können und gemeinsam neue Wege des Umgangs damit gesucht werden können.

7.4.3 Parallele Traumatisierung

Beispiel

Familie F. hatte sich seit Wochen auf den gemeinsamen Asienurlaub gefreut. Vor Ort war die Familie Opfer eines schweren Tsunami. Während die Kinder am Pool waren, hat die Eltern die Katastrophe im Hotel überrascht. Alle Familienmitglieder haben überlebt. Allerdings mussten die Kinder stundenlang gesucht werden. Die Ohnmacht beim Erleben der Katastrophe, die Ungewissheit über die Situation der Eltern bzw. Kinder sowie die Freude beim Wiedersehen haben alle Beteiligten erlebt. Dennoch haben sich bei allen Familienmitgliedern sehr unterschiedliche Traumafolgen entwickelt. Auch Monate nach dem Erlebten sind in der Familie die Konsequenzen der Katastrophe deutlich spürbar. Alle Beteiligten leiden unter den individuellen Folgesymptomen sowie unter der veränderten (als negativ empfundenen) Familiendynamik.

War die Familie während eines Traumas getrennt, haben jedoch alle das gleiche traumatische Ereignis erlebt, spricht man von paralleler Traumatisierung. Befinden sich bei einer Naturkatastrophe zum Beispiel Familienmitglieder nicht an einem gemeinsamen Ort (sondern auf der Arbeitsstelle, zu Hause, in der Schule), sind jedoch alle gleichermaßen von dem Ereignis betroffen, handelt es sich um eine parallele Traumatisierung. Da die individuelle Reaktion auf traumatisches Erleben sehr unterschiedlich sein kann, können sich die Traumafolgesymptome bei einer parallelen Traumatisierung zwischen den Familienmitgliedern stark unterscheiden. Neben einer individuellen Traumatherapie, in der einzelne Familienmitglieder Traumafolgestörungen im einzeltherapeutischen Setting bearbeiten, kann eine parallele Familientherapie mit allen Beteiligten hilfreich sein, um Probleme innerhalb der Familie offen anzusprechen und zu lösen.

7.4.4 Sekundäre Traumatisierung

Wird ein Familienmitglied traumatisiert, hat dies starke Auswirkungen auf die gesamte Familie. Werden beispielsweise Soldaten im Krieg traumatisiert und leiden als Folge unter (chronischen) Traumafolgestörungen wie emotionaler Taubheit, Schlafstörungen und Alpträumen, Intrusionen sowie starker Gereiztheit, so leiden auch indirekt Familienmitglieder unter dem Erlebten. In diesem Falle spricht man von sekundärer Traumatisierung. Die Folgen für das Familiensystem wurden bereits im Abschnitt 7.2.1 genauer beschrieben. Neben einer Aufarbeitung der Traumafolgesymptomatik im Rahmen einer Einzeltherapie kann eine ergänzende Einbeziehung der Familienmitglieder in den therapeutischen Kontext sehr hilfreich sein.

Exkurs

Sekundäre Traumatisierung im professionellen Setting

Nicht nur Familienmitglieder, auch Therapeuten und Rettungskräfte sind der Gefahr einer sekundären Traumatisierung ausgesetzt. Als mögliche Schutzfaktoren gelten Berufserfahrung, berufliches Selbstvertrauen, Zufriedenheit mit dem Beruf und das Gefühl, eine sinnvolle Arbeit zu tun. Empathie wird dabei zum einen als notwendige Bedingung für die therapeutische Arbeit, zum anderen aber auch als möglicher Risikofaktor gesehen. Daniels (2007) gibt in einem Artikel zur neuropsychologischen Erklärung sekundärer Traumatisierung folgende Erklärung: »Die interne Simulation des emotionalen Zustandes der Klientin durch die Spiegelneurone führt zu einer Übernahme der Symptomatik durch die Therapeutin. Ein Ausfall der Selbst-Fremd-Differenzierung macht eine emotionale Distanzierung unmöglich und führt zur Enkodierung der Traumabeschreibung mit Selbstbezug.« (S. 9f). Die Autorin schlussfolgert, dass sekundäre Traumatisierung nicht aufgrund mangelnder Professionalität, sondern wegen ausgeprägter Empathiefähigkeit entstehen kann. Leiden Therapeuten unter einer sekundären Traumatisierung, sollte in jedem Fall professionelle Hilfe bei einem Kollegen aufgesucht werden. Präventiv sind ein gut funktionierendes soziales Netzwerk, weitere berufliche Tätigkeiten neben der traumafokussierten therapeutischen Arbeit sowie regelmäßige Supervision mit traumaerfahrenen Supervisoren hilfreich.

7.5 Klinische Herausforderungen

7.5.1 Ergänzende Paarberatung

Wird eine Einzeltherapie durch eine Paarberatung ergänzt, so gibt es einige Herausforderungen, die beachtet werden sollten. Dies betrifft vor allem Situationen, in denen ein Therapeut in beiden Settings arbeitet. So können sich Patienten, die in einzeltherapeutischer Behandlung sind, von ihrem Therapeuten vernachlässigt fühlen, wenn die Aufmerksamkeit nicht mehr allein bei ihnen liegt, sondern mit dem Partner geteilt wird. Der Partner wiederum könnte sich in einer Paartherapie zunächst fremd und unsicher fühlen, da die therapeutische Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem sich in Einzeltherapie befindenden Partner in der Regel schon länger andauert. Entscheidend bei der Frage einer möglichen Ergänzung der Einzeltherapie durch Paargespräche ist die Entscheidung des Betroffenen. Zudem sollte der Therapeut die Herausforderungen und Ängste der Beteiligten transparent und offen ansprechen.

Beispiel

Therapeut von Herrn S.: »Frau S., ich freue mich, dass Sie heute mitgekommen sind und ich Sie kennenlerne. Ihr Mann befindet sich ja nun schon seit einigen Monaten in Einzeltherapie bei mir und Sie beide haben sich entschlossen, heute als Paar zu kommen. Herr S., wir kennen uns schon länger, dennoch werde ich mich heute vielleicht etwas anders verhalten als sonst. Da Sie heute als Paar hier sind, bin ich natürlich an Ideen und Ansichten von Ihnen beiden interessiert. Frau S., wir sehen uns heute zum ersten Mal. Sicher brauchen Sie ein wenig Zeit, um mich kennenzulernen ...«

7.5.2 Erstarrte Familiensysteme

Bei chronisch schwer traumatisierten Menschen ist häufig das gesamte Familiensystem davon betroffen und erscheint wie erstarrt und festgefahren in aversiven und dysfunktionalen Verhaltensweisen. Kognitive Interventionen und verbale Appelle zeigen dabei nicht immer die erwünschte Wirkung. Besonders belastend (für den Therapeuten) ist die Situation dann, wenn Familienmitglieder dadurch geschädigt oder vernachlässigt werden.

In der Psychotherapie ist es immer nur mit der Zustimmung des Betroffenen möglich, Änderungen zu wollen und dafür Muster aufzugeben und Neues zu wagen. Bei traumatisierten Menschen und Systemen stellt dies eine besondere Herausforderung dar. Aus Angst vor posttraumatischen Symptomen werden Verhaltensweisen häufig aufrechterhalten. Allerdings wird damit genau das Gegenteil erreicht und es kommt zu einer Chronifizierung der Symptome. Um traumaassoziierte Situationen zu vermeiden, ziehen sich Betroffene immer mehr zurück. Die Isolation und Vermeidung bewirkt jedoch eine Zunahme der Intrusionen und der Übererregung allgemein, was sich negativ auf die Situation des Betroffenen und das gesamte Familiensystem auswirkt.

Eltern zum Beispiel fällt es nicht leicht, Einblicke in das (nicht funktionierende) Familiensystem zu geben. Sie machen sich große Vorwürfe, ihre parentale Kompetenz und Verantwortung gegenüber den Kindern nicht erfüllen zu können und versuchen, Schwierigkeiten innerhalb der Familie zu vertuschen.

Korittko und Pleyer (2011) nennen in ihrem Buch folgende Schritte, die in der Arbeit mit komplex traumatischen und chronischen Familienkonstellationen hilfreich sein können:

- (1) Unterbrechen der Muster
- (2) Erarbeiten einer kooperativen Struktur
- (3) Informationen zur Stärkung des Kohärenzgefühls
- (4) Identifizieren und Bewusstmachen parental Traumata
- (5) Auflösen dissoziativer Allianzen
- (6) Aufbau änderungswirksamer Interaktionsmuster

Zudem sollten in der Therapie Offenheit und Transparenz Hauptregeln in der gemeinsamen Kommunikation sein. So kann der Familie ein Modell geboten werden, wie sie auch zuhause Schwierigkeiten und Probleme sowie individuelle Sorgen und Ängste offen ansprechen können, um gemeinsam nach Lösungen zu suchen.

Beispiel

Aufgrund der für alle Beteiligten zunehmend belastenden Situation innerhalb der Familie hat Familie M. beschlossen, zu einem Familientherapeuten zu gehen. Dabei geht es in einem ersten Schritt darum, die Sichtweise jedes einzelnen Familienmitglieds anzuhören. Der Therapeut nimmt eine wertfreie, unterstützende und einladend offene Haltung ein, die es jedem ermöglicht, seine Sorgen zu schildern. So erzählt der jüngere Sohn (S) von seinen Ängsten.

S: Ich habe immer Angst, dass Mama beim nächsten Mal nicht zurückkommen wird, so wie nach dem Busunglück. Immer muss ich daran denken. Ich träume auch davon, dass jemand anruft und sagt: »Deine Mama ist tot!« Aber auch wenn Mama zuhause ist, ist es nicht mehr wie früher. Ganz oft geht sie einfach in ihr Zimmer. Papa sagt, dass sie viel Ruhe braucht. Manchmal kommt es mir so vor, als wäre Mama gar nicht mehr wirklich da.

T: Hast du denn mit deiner Mama oder deinem Papa schon einmal darüber gesprochen, wie es dir geht und dass du solche Angst hast?

S: Nein, weil Mama ja Ruhe braucht und Papa immer ganz viel zu tun hat. Ich versuche zuhause möglichst wenig aufzufallen, damit die beiden keine Arbeit mit mir haben.

T: Das ist sicher anstrengend und macht traurig.

S: Ja, sehr!

T: Wollen wir einmal deine Eltern fragen, wie es ihnen geht, wenn sie hören, wie traurig du bist?

S: (weint) Ja.

T: Herr M., wie geht es Ihnen, wenn Sie Ihren Sohn so sprechen hören?

Herr M: Ich bin erschrocken und auch traurig, wenn ich ihn höre. Ich war die letzten Wochen so mit den ganzen Aufgaben in der Arbeit, mit dem Regeln von Terminen beschäftigt und dem Versuch, ein möglichst normales Familienleben aufrecht zu erhalten, dass ich dabei keinerlei Blick mehr dafür hatte, wie es unserem Sohn geht.

T: Frau M., was lösen die Schilderungen Ihres Sohnes bei Ihnen aus?

Frau M: Es macht mich auch traurig. Ich hatte in den letzten Monaten keinen Blick mehr, was in meiner Familie passiert ist. Ich habe das Gefühl, dass ich in einer eigenen Welt lebe. Seit langem sprechen wir einmal wieder darüber, wie es jedem von uns geht. Im Grunde das erste Mal, seitdem dieser schreckliche Unfall passiert ist ...

Fazit

An den Folgen eines traumatischen Ereignisses leidet oft nicht nur der Betroffene selbst, sondern mit ihm sein sozialer Kontext. Das Einbinden von Familiensystemen in die psychotherapeutische Behandlung ist jedoch ein häufig unterschätzter und zum Teil wenig beachteter Aspekt der Intervention. Die transgenerationale

Weitergabe von traumatischen Erlebnissen u. a. durch gestörte Familienfunktionen oder Auffälligkeiten im Erziehungsstil sind im therapeutischen Setting genauso zu beachten wie die sekundäre Traumatisierung von Angehörigen. Da soziale Unterstützung eine wichtige Ressource darstellt, wird die Notwendigkeit eines systemorientierten Ansatzes gerade auch bei traumatisierten Patienten deutlich.

Literatur

- Ahmadzadeh, G. & Malekian, A. (2004). Aggression, anxiety, and social development in adolescent children of war veterans with PTSD Versus those of non-veterans. *Journal of Research in Medical Sciences*, 5, 231–234.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L.C., Carlson, C. R. & Andrykowski, M. A. (2001). Social constraints, cognitive processing, and adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 69 (4), 706–711.
- Danieli, Y. (Ed.). (1998). *Intergenerational handbook of multigenerational legacies of trauma*. New York: Plenum.
- Daniels, J. (2007). Eine neuropsychologische Theorie der Sekundären Traumatisierung. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin*, 5 (3), 49–61
- Davidson, A. & Mellor, D. (2001). The adjustment of children of Australian Vietnam veterans: Is there evidence for the trans-generational transmission of the effects of war-related trauma? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 345–351.
- Dekel, R. & Monson, C. (2010). Military-related post-traumatic stress disorder and family relations: Current knowledge and future directions *Aggression and Violent Behavior*, 15, 303–309.
- Evans, L., Cowlishaw, S., Forbes, D., Parslow, R. & Lewis, V. (2010). Longitudinal analyses of family functioning in veterans and their partners across treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78 (5), 611–622.
- Fontana, A. & Rosenheck, R. (1994). Post-traumatic stress disorder among Vietnam theater veterans: A causal model of etiology in a community sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182 (12), 677–684.
- Harkness, L. & Zador, N. (2004). Treatment of PTSD in Families and Couples. In J. P. Wilson, M. J. Friedman & J. D. Lindy (Eds.), *Treating psychological trauma and PTSD* (pp. 335–353). New York: Guilford Press.
- Harkness, L. L. (1993). Transgenerational transmission of war-related trauma. In J. P. Wilson & B. Raphael (Eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 635–643). New York: Plenum Press.
- Jordan, B. K., Marmar, C. R., Fairbank, J. A., Schlenger, W. E., Kulka, R. A., Hough, R. A. et al. (1992). Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (6), 916–926.
- Kellerman, N. P. (2001). Psychopathology in children of Holocaust survivors: a review of the research literature. *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences*, 38 (1), 36–46.
- Korittko, A. & Pleyer, K. H. (2011). *Traumatischer Stress in der Familie. Systemtherapeutische Lösungswege*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lin, N. J., Suyemoto, K. L. & Kiang, P. N. (2009). Education as catalyst for intergenerational refugee family communication about war and trauma. *Communication Disorders Quarterly*, 30, 195–207.
- MacDonald, C., Chamberlain, K., Long, N. & Flett, R. (1999). Posttraumatic stress disorder and interpersonal functioning in Vietnam War veterans: A mediational model. *Journal of Traumatic Stress*, 12 (4), 701–707.
- McFarlane, A. C. (2009). Military deployment: The impact on children and family adjustment and the need for care. *Current Opinion in Psychiatry*, 22 (4), 369–373.

- McFarlane, A. C., Bookless, C. & Air, T. (2001). Posttraumatic stress disorder in a general psychiatric inpatient population. *Journal of Traumatic Stress*, 14 (4), 633–645.
- Müller, J. & Maercker, A. (2006). Prädiktion der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kriminalitätsoffern: Die Rolle interpersoneller und soziokognitiver Faktoren. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35, 49–58.
- Olafson, B. O., Cisler, J. M. & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27 (5), 572–581.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129 (1), 52–73.
- Parsons, J., Kehle, T. J. & Owen, S. V. (1990). Incidence of behavior problems among children of Vietnam veterans. *School Psychology International*, 11, 253–259.
- Rakoff, V., Sigal, J. J. & Epstein, N. (1976). Children and families of concentration camp survivors. *Canada's Mental Health*, 14, 24–26.
- Solomon, Z., Mikulincer, M. & Flum, H. (1989). The implications of life events and social integration in the course of combat-related post-traumatic stress disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24 (1), 41–48.
- Westerink, J. & Giarratano, L. (1999). The impact of posttraumatic stress disorder on partners and children of Australian Vietnam veterans. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 33 (6), 841–847.
- Yehuda, R., Halligan, S. L. & Bierer, L. M. (2001). Relationship of parental trauma exposure and PTSD to PTSD, depressive and anxiety disorders in offspring. *Journal of Psychiatric Research*, 35 (5), 261–270.