

9. Der systemische Ansatz

Das psychotherapeutische, neurobiologische Wissen über Traumafolgestörungen, physiologische Prozesse im Traumaerleben, Diagnosen wie PTBS, DIS (dissoziative Identitätsstörung), DESNOS (Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified) etc. ist in den letzten zwanzig Jahren explodiert. Die systemische Traumatherapie ist ein integrativer Ansatz, der unterschiedlichste bewährte traumatherapeutische Ansätze (Ego-State, PITT, Strukturelle Dissoziation, EMDR, körperorientierte Ansätze etc.) und systemische Konzeptionen zusammenbringt und nutzt. Sie orientiert sich an einem dynamischen Phasenmodell der Traumatherapie. Allerdings stehen darin die Betonung und Einbindung der relevanten Systeme (Partner oder Partnerin, Familie, Freundesgruppe, Gleichgesinnte oder andere Gemeinschaften) in allen Phasen im Fokus.

9.1 Bezugspunkte einer systemischen Traumatherapie

Anhand von sieben Bezugspunkten soll der Ansatz einer systemischen Traumatherapie vorgestellt werden: 1.) äußere Systembezogenheit, 2.) innere Systembezogenheit, 3.) Kybernetik zweiter Ordnung und der Beob-

achter, 4.) Kontextbezogenheit, 5.) Ressourcenorientierung, 6.) Lösungs- und Zukunftsorientierung, 7.) Auftragsklärung und Zielorientierung. Methodisch können diese Punkte durch unterschiedlichste systemische Techniken entfaltet werden. Ausführliche Beschreibungen der methodischen Anregungen für eine systemische Traumatherapie finden sich in Hanswille und Kissenebeck, *Systemische Traumatherapie* (3. Aufl. 2014).

9.1.1 Systembezogenheit

Menschen leben immer in Systemen, sie sind nie alleine gesund oder krank. Sie sind auch nie alleine traumatisiert. Traumatisierungen ereignen sich immer in einem System. Beispiele dafür sind:

- Die gesamte Familie ist durch ein Ereignis traumatisiert (Naturkatastrophe, Autounfall, Entführung etc.), eine parallele Traumatisierung.
- In der Familie sind alle, aber durch unterschiedliche Ereignisse traumatisiert (Kriegserlebnisse, Flüchtlinge, Autounfall etc.), eine individuelle Systemtraumatisierung.
- Subsysteme der Familie sind traumati-

- siert (z.B. Mutter und Tochter durch Vergewaltigungen).
- Einzelne Familienmitglieder sind durch eine Person innerhalb der Familie traumatisiert (Missbrauch, innerfamiliäre Gewalt, Entwicklungstraumatisierungen etc.).
- Einzelne Familienmitglieder sind durch unterschiedliche Ereignisse außerhalb der Familie traumatisiert (Unfall, Vergewaltigung, Kriegserlebnisse, Umweltkatastrophen etc.).
- Kumulative Traumata einzelner Familienmitglieder oder von Subsystemen (mehrere Erlebnisse, die, einzeln gesehen, nicht zu einer Traumafolgestörung führen würden).
- Sekundäre Traumatisierungen, die durch die Traumata anderer ausgelöst wurden (z.B. durch das häufige Hören von der Traumatisierung, durch ein Mitleiden der Mutter bei der Traumatisierung des Kindes etc.).

Ein Trauma impliziert, auch wenn es sich nicht in der Familie ereignet hat, eine der stärksten Veränderungen, die ein System erleben kann. Das System reagiert auf den Traumatisierten mit all seinen Symptomen, Intrusionen, Verhaltensweisen etc. Die Interaktions- und Kommunikations- und Stressbelastungsmuster (IKS-Muster) werden durch eine Traumafolgestörung massiv beeinflusst. Das System kann die konstruktiven Muster der Traumaverarbeitung verstärken und sie unter Umständen aufrechterhalten, auch dann, wenn das traumatisierte Familienmitglied dies gar nicht mehr benötigt. Genauso kann die Familie intrusive Muster verstärken, indem Familienmitglieder z.B. Situationen herstellen, die für den Traumatisierten Trigger sind. Ein System kann sich

auch gegenseitig triggern und retraumatisieren.

Die Familie kann ebenso ein Hort der Stabilisierung sein. Eine sichere Beziehung, stabiler Kontakt, dynamisches Mitschwingen helfen bei der Traumaverarbeitung. Wenn die ganze Familie traumatisiert ist, kann sie sich gegenseitig stützen, im Vertrauen darauf, Täler und Tiefs überwinden zu können.

9.1.2 Innere Systembezogenheit

Zur Arbeit mit dem inneren System wurden in vielen Therapieverfahren unterschiedlichste Konzepte entwickelt. Allen gleich ist dabei die Idee, dass es kein kontinuierliches Ich im Sinne einer stabilen Ich-Identität gibt, sondern dass von unterschiedlichen »Ich-Konstellationen« gesprochen wird. Aus systemischer Sicht verstehen wir das Ich, das Selbst, als Bündelung autonomer selbstreferenzieller, neurobiologischer Systeme und nicht als ein starres, festes Selbst (vgl. Abb. 1).

Neben den unterschiedlichen Modellen innerer Anteile (Ego-State, strukturelle Dissoziation etc.) wird systemisch u.a. das IFS-Modell (IFS = Inneres Familien-System) von Richard Schwartz (vgl. Schwartz, 1997) verwendet. Dieses, wie alle anderen systemischen Konzeptionen (von Satir, 1988; Schmidt, 2004; Hanswille & Kissenbeck, 2014, u.a.) der inneren Systemwelten, legt besonderen Wert auf die systemischen Bedingtheiten im Inneren und die gegenseitige Beeinflussung zwischen diesen und dem Außensystem, z.B. der Familie. Systemisch gehen wir davon aus, dass die IKS-Muster das Innensystem beeinflussen und die Muster des Innensystems wiederum das Außensystem – und beide Systemebenen sich gegenseitig.

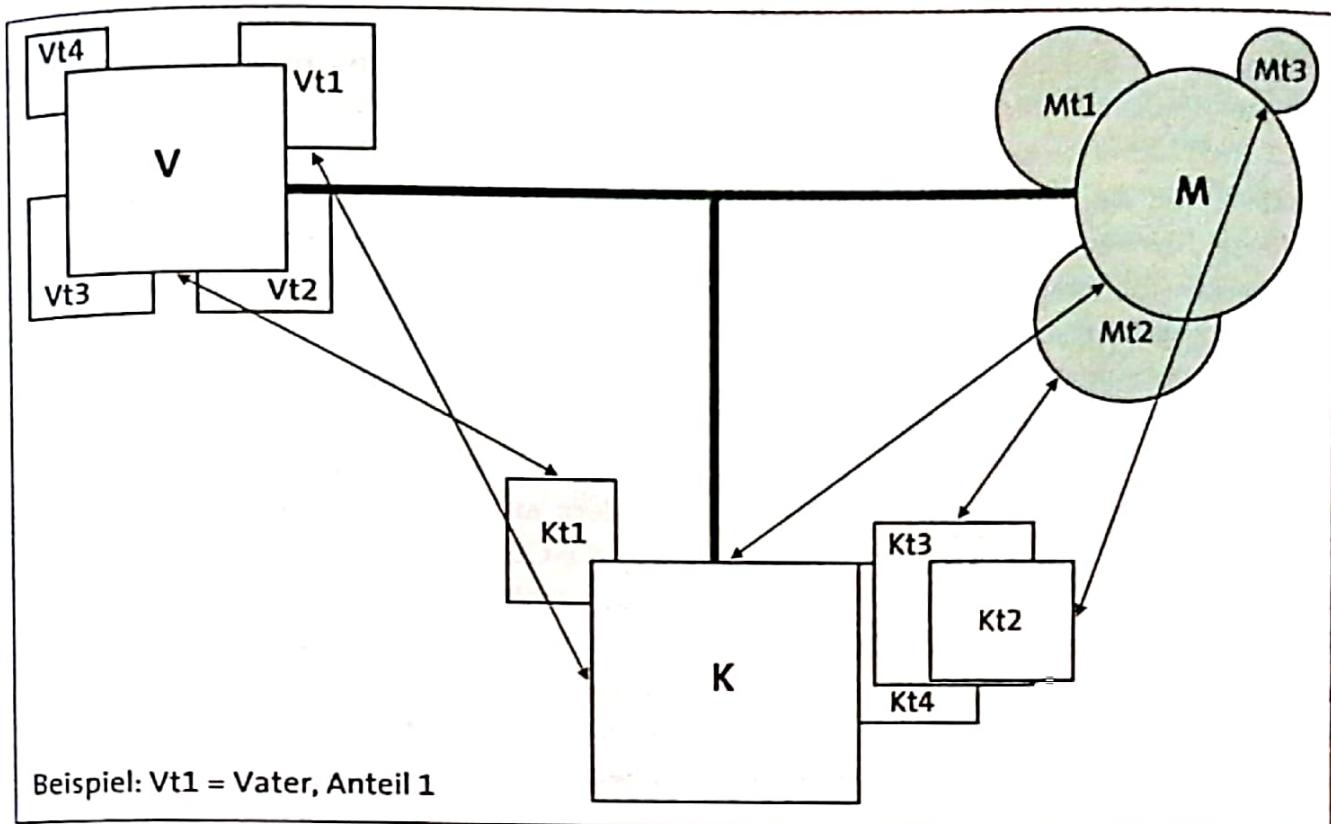


Abb. 1: Genogrammdarstellung einer inneren und äußeren Systemdynamik

9.1.3 Kybernetik zweiter Ordnung und der Beobachter

»Alles Gesagte wird durch einen Beobachter gesagt« (Heinz von Foerster): In der systemischen Therapie wird dem Beobachter große Bedeutung zugemessen. Jedes Erkennen setzt ein Beobachten und damit einen Beobachter voraus. Beobachten ist ein Unterscheiden, und Unterscheiden bedeutet Erkenntnisse gewinnen:

- Auf biologischer Ebene verarbeiten Nervensysteme Unterschiede. Das geschieht zum größten Teil im neuronalen Bereich – kognitiv, sensorisch und motorisch.
- Psychisch synthetisiert der Beobachter Unterschiede zu Erfahrungen. Dabei verbindet er organisch-biologische Prozesse zu sinnhaften Erlebnissen. Diese Unterschiede formen in der psychischen Welt

des Beobachters sein subjektives Erleben. Dieses Erleben drückt sich in Affekten, Gefühlen, Fantasien, Interaktionen etc. aus.

- Die Versprachlichungen der Erfahrungen bilden als Beschreibungen die subjektiven Welten des Beobachters. Solche Beschreibungen ermöglichen den kommunikativen Austausch zwischen den Welten von Beobachtern. Sie werden von Beobachtern nach inneren Regeln verbunden und lassen Erklärungen für Verhalten und Interaktionen entstehen (Ludewig, 2005, S. 26f.).

Die Beobachterperspektive ist als Mittel in der Einzeltherapie nutzbar (der Klient geht in Bezug auf sich selbst in die Position eines Beobachters), als Technik in der Familientherapie (Teile der Familie gehen in die

Position eines Beobachters bzw. in das Reflecting-Team) und als klassisches professionelles Reflecting-Team. Die Einführung eines Beobachters schafft eine andere Perspektive, die Beobachterposition und der Dialog der Beobachter bieten neue Wirklichkeitsbeschreibungen des therapeutischen Systems. Diese Erfahrungen sind für unterschiedlichste methodische Gestaltungen in traumatherapeutischen Kontexten nutzbar.

9.1.4 Kontextbezogenheit

Menschliches Verhalten lässt sich nicht isoliert, individuumszentriert verstehen, sondern nur unter Berücksichtigung des sozialen Bezugsrahmens, wie z.B. einer Familie, Gruppe etc. Vier Kontextebenen sind traumatherapeutisch relevant:

- die innere Systemebene mit ihren unterschiedlichen Teilpersönlichkeiten oder States, die je nach Stärke der Dissoziation und innerem Zustand auch unterschiedliche Kontextualisierungen vornehmen; und drei äußere Systemebenen:
- der primäre Beziehungskontext des Individuums, wie die Paarbeziehung, Bezugspersonen, die Familie und mehrgenerationale Aspekte,
- der sekundäre Beziehungskontext, wie die Freundesgruppe, die Arbeitskollegen und der Arbeitsplatz, die Schulklasse etc., die Menschen, die eine größere Bedeutung haben,
- der tertiäre Beziehungskontext; er umfasst Kindergärten, Schule, Nachbarn etc., das soziale Gemeinwesen mit seinen Normen, Werten, Regeln und Kulturen.

Kontextualisierung bedeutet, Situationen, Probleme, Symptome im Zusammenhang mit den sozialen Systemen des Individuums

zu sehen. Hinzu kommt die zeitliche Dimension. So gibt es immer eine Kontextualisierung in Bezug auf die aktuelle traumatische Situation und manchmal Jahre später eine Kontextualisierung der Traumafolgestörung und ihrer Entstehungsgeschichte. Nicht selten unterscheiden sich diese Kontextualisierungen erheblich.

Die Konzeptualisierung eines Traumas findet nicht nur im internalen Selbst statt (»Ich bin machtlos und ausgeliefert« etc.), sondern auch über die Bedeutungsgebung und die Geschichten, die in den Bezugssystemen erzählt werden. Geschichten haben einen wesentlichen Einfluss darauf, wie ein Trauma gestaltet und wie es verarbeitet wird. Die Kontextualisierung des traumatischen Geschehens und das daraus gebildete Narrativ, welches später erzählt wird, sind Teil des Prozesses und entscheiden mit darüber, ob und, wenn ja, welche Traumafolgestörung ausgebildet wird.

9.1.5 Ressourcenorientierung

Das Ansetzen an den Ressourcen, Entwicklungs- und Wachstumspotentialen, am »Gesunden« (und nicht an der »Pathologie« bzw. dem Problem), ist eines der zentralen Erkennungsmerkmale der Familien- und Systemtherapie. Sie betont in ihrer jeweiligen Sprache die Bedeutung der Ressourcen und des persönlichen Wachstums für den therapeutischen Prozess. Die Vielfalt der ressourcenorientierten Methoden und Konzeptionen sind sicherlich eine der Stärken der systemischen Traumatherapie. Die systemische Therapie gilt für viele als der Prototyp der Ressourcenorientierung; dabei sind nicht nur die Behandlungstechniken zu sehen, sondern vor allem die therapeutische Grundhaltung der systemischen Therapie.

Durch die systemische Sichtweise wird die Ressourcenorientierung vom traumatisierten Individuum hin zum traumatisierten Ressourcensystem ausgeweitet. Hierbei werden die Ressourcen der einzelnen Familienmitglieder (Wertschätzung, Zugehörigkeit, Vertrauen, Offenheit, Humor, Liebe etc.) zu Systemressourcen, die die Familie stabilisieren und sich entwickeln lassen können. Durch diesen Prozess erfahren das Individuum und das System eine zentrale Unterstützung im Heilungsprozess.

Systemische Ressourcen sind auf Interaktionen und Bindungen hin orientiert. Sie unterstützen und stärken das Individuum und das System durch Fürsorge, Ermutigung, Wertschätzung, Vertrauen, Aufmerksamkeit, Resonanz, Anerkennung, Bindungsfähigkeit, Liebe etc. Systemressourcen können helfen:

- die Situation vor dem Trauma neu zu verstehen,
- das Leben vor dem Trauma wertzuschätzen und als Fundus für Entwicklungen zu verstehen,
- dem Leben nach dem Trauma neue Perspektiven zu geben, gemeinsame Zukunftsvorstellungen zu entwickeln und gegenseitig Hoffnung zu vermitteln,
- in den Bindungen mehr Sicherheit, Vertrauen und Zutrauen zu erleben und zu geben,
- das Selbstwirksamkeitsgefühl zu fördern und das Kohärenzgefühl zu stärken.

Ressourcenorientierung ist in diesem Ansatz eine zentrale Orientierung der Stabilisierungsphase des traumatisierten Systems und wird mit anderen Stabilisierungstechniken verbunden.

9.1.6 Lösungs- und Zukunftsorientierung

Lösungs- und Zukunftsorientierung stellen einen wichtigen Teil in der Stabilisierungsarbeit und der Begegnung mit dem Trauma dar. Die Lösungs- und Alltagsorientierung ist eine Möglichkeit, direkte Veränderungen anzustoßen und Alltagsstabilität zu erreichen.

Die moderne Hirnforschung weist darauf hin, wie bedeutsam eine Lösungs- und Zukunftsorientierung für das Entwickeln neuer Verhaltensweisen ist. Sie konnte eindrucksvoll zeigen, dass imaginierte zukünftige Handlungen ähnliche hirnorganische Prozesse auslösen wie die entsprechende konkrete Tätigkeit in der Gegenwart. Die Fokussierung auf einen Zeitpunkt im Leben, in dem es die jetzigen Probleme, Symptome der Traumafolgestörung nicht mehr gibt, ist sowohl in der Stabilisierungsphase, aber auch in der Phase der Traumaintegration oder Traumabegegnung von großer Bedeutung.

So ist die Beschäftigung mit der Frage, wie ein Leben in Sicherheit ohne Retraumatisierung, Trigger etc. aussehen würde, also die vorweggenommene Realisierung eines sicheren Zustandes mit anderen Interaktionen, inneren Gedanken, Gefühlen, Fantasien etc., von hoher Relevanz. Die zirkuläre Nutzung von Lösungsideen und »Wunderideen«, die in das System eingebracht werden, schafft die Möglichkeit eines gemeinsamen Veränderungsprozesses. Sie sorgt in der Therapiesituation für ein positives, unterstützendes Klima. Durch die Wunderdialoge, die Konstruktion eigenen Verhaltens und die zu erwartenden Auswirkungen auf die anderen Systemmitglieder wird die Motivation gestärkt, sich im Alltag anders zu verhalten. Der Zukunftsdialog schafft für

traumatisierte Systeme eine neue Perspektive für eine Zeit nach dem Trauma und zeigt Möglichkeiten der Veränderung, damit es bereits jetzt besser wird. So ist die Zukunftsorientierung eine Intervention im Hier und Jetzt, die in die Zukunft hineinwirkt. Die Idee von de Shazer (vgl. sein Buch *Der Dreh. Wege der erfolgreichen Kurztherapie*, Stuttgart 1989): »Solution talk creates solutions, problem talk creates problems«, trifft auch für die Therapie mit Menschen, die unter Traumafolgestörungen leiden, zu. Gleichzeitig verstärkt das Lösungsnetzwerk die Absorptionsphänomene. Die Alltagsorientierung schafft die Möglichkeit, kleine, überschaubare Schritte zu gehen. Durch die Erfahrung: »Ja, es ist möglich, dass sich etwas ändert!«, entwickelt sich der Mut auch zu größeren Veränderungen und wird so die Selbstwirksamkeit gestärkt.

9.1.7 Auftragsklärung und Zielorientierung

Auftragsklärung und Zielorientierung sollen therapeutische Prozesse fokussieren. Sie helfen Klienten, sich zu orientieren, und unterstützen Therapeutinnen und Therapeuten dabei, sich um die für die Klienten wichtigen Fragen zu kümmern. Die Erarbeitung von Aufträgen beinhaltet die Aufstellung von konkreten und anschaulichen Zielen. Dabei sollen Zielvorstellungen auf möglichst vielen Wahrnehmungskanälen aktiviert werden.

Regeln oder Anhaltspunkte für Zielformulierungen von Menschen mit Traumafolgestörungen sind z.B.:

- Ziele sollten »klein« und realistisch sein.
- Sie sollten die Anwesenheit von etwas beschreiben und nicht die Abwesenheit oder eine Negation.

- Ziele orientieren auf ein zukünftiges Handeln hin, was die Ressourcen aktiviert und die Selbstwirksamkeit fördert.
- Teilergebnisse und Schritte zum Ziel sollten durch Wiederholung abgesichert werden.
- Ziele sollten für alle Mitglieder des inneren Systems und des äußeren Systems tragbar und mit ihnen ausgehandelt sein.
- Besonders bei komplexen Traumatisierungen ist darauf zu achten, inwieweit alle Anteile des Selbstsystems und des äußeren Systems die Therapie unterstützen.

Zentrales Ziel der Traumatherapie ist es, dass die Klienten »Meisterschaft« im Umgang mit sich selbst erwerben (gutes Selbstmanagement). Überprüfbare und verhaltensbezogene Ziele sollen es ermöglichen, dass Klienten ihre Entwicklungsschritte überprüfen können (Stabilität, Triggerbegrenzung, innere Sicherheit etc.). Auftrag und Ziele geben den Klienten das Gefühl von Sicherheit im und Kontrolle über den Therapieprozess.

9.2 Nutzung der Familie und bedeutsamer Gruppen

Eine traumatische Erfahrung ist, auch wenn diese sich nicht in der Familie ereignet hat, eine der stärksten Veränderungen, die ein System erleben kann. Das System reagiert auf das Geschehen mit all seinen Möglichkeiten. Grundlegende Prozesse und Beziehungen verändern sich in und außerhalb der Familie. Die Menschen sind nach dem Trauma verändert, wirken vielleicht weniger emotional oder wie abgeschaltet. Sie zeigen die unterschiedlichsten Symptome, und daraus entwickeln sich dann auch an-

dere Beziehungen in und außerhalb der Familie. Die Interaktions-, Kommunikations- und Stressbelastungsmuster (IKS-Muster) werden durch ein Trauma massiv verändert und beeinflusst. Dabei kann das System unterstützen, stabilisieren, Geborgenheit und Sicherheit geben, aber es kann auch die Auswirkungen des Traumas verstärken und die Entwicklung einer Traumafolgestörung beschleunigen oder sie verfestigen.

Umso erstaunlicher ist es, dass in Deutschland die Familie, Freundesgruppen und die Gemeinschaft in der Traumatherapie kaum eine Rolle spielen. Niemand hat *alleine* eine Traumafolgestörung oder zeigt sich *alleine* dissoziativ. Immer gibt es andere Menschen – sei es die Familie, die Gruppe von Freunden, der Sportverein, die Pfarrgemeinde etc. – mit ihren Wahrnehmungen und Interaktionen, die mit den Reaktionen leben müssen und darauf reagieren, um ihren Alltag zu bestehen. Systemtheoretisch geht man davon aus, dass die Ressourcen eines Systems mehr sind als die Addition der Ressourcen der einzelnen Familienmitglieder. Dieser Grundsatz hat auch in Bezug auf die Symptome Gültigkeit. Die Systemsymptome sind qualitativ und quantitativ mehr als die Summe der Einzelsymptome. Deshalb ist es wichtig, das gesamte System in den therapeutischen Prozess einzubeziehen, um im gesamten Prozess hilfreiche Veränderungen und Heilungsprozesse zu ermöglichen.

Die Familie und/oder bedeutsame Gruppen werden in der systemischen Traumatherapie vielfältig genutzt, um die Potentiale und Ressourcen für die Menschen zu aktivieren. Das kann im Rahmen der Stabilisierung durch die Einbindung des Partners, der Familie oder von Freunden gelingen, wenn alle unterstützt werden, eine ressourcenreiche und wertschätzende Kommunikation

zu führen oder gemeinsam Stabilisierungsübungen und Rituale zu trainieren. So kann ein triggerreduzierter Alltag gelingen, der sicherer ist und Stabilität gibt. Es ist auch denkbar, die Familie zu „Zeugen“ und Verbündeten zu machen, damit sich die Familienmitglieder, die das Trauma erlebt haben, in der Familie und ihren Freundesgruppen gehalten, akzeptiert und gebunden fühlen können. Aber die Familie und Partner können nicht nur bei der Stabilisierung und Integrationsarbeit unterstützen, auch bei der Traumabegegnung können sie durch liebevolle Begleitung, Zeugenschaft und Halt wichtige Prozessunterstützer sein. Bei parallelen Traumatisierungen kann die Traumabegegnung im System stattfinden. Manchmal scheint es sinnvoller zu sein, familiäre Subsysteme (Geschwister oder Mutter und Tochter etc.) in der Arbeit zu nutzen, weil sie einander in ihren Belastungen oder Verarbeitungsstrategien besser unterstützen können.

In manchen Fällen, wenn Eltern die traumatische Situation passiv oder aktiv geduldet und gedeckt oder sie geleugnet und bagatellisiert haben etc., kann es sinnvoll sein, in Subsystemsitzungen einen Ausgleichs- und Entschuldungsprozess vorzubereiten und später zu vollziehen. Das kann auch notwendig werden, wenn sich Familienangehörige und/oder Freunde nicht adäquat mit den Traumafolgestörungssymptomen auseinandersetzen konnten und so zu Retraumatisierungen beigetragen haben.

Die gesamte Familie und Freunde sind auch von Bedeutung, wenn in den belasteten Systemen neue Formen der Kommunikation, der Stressverarbeitung und hilfreicher Interaktionen eingeübt werden, um so weitere Belastungssituationen und Retraumatisierungen zu verhindern und die Fam-

lie und die Freundschaften zu sicheren heilenden Begegnungsräumen werden zu lassen.

Familiengruppentherapie kann helfen, Familien, die durch ein oder mehrere Traumata belastet sind, aus ihrer Isolation zu befreien, sie erleben zu lassen, wie andere Familien mit den Belastungen umgehen, und für sich neue Möglichkeiten zu finden, ihr Zusammenleben wieder farbiger, freudvoller und lebendiger werden zu lassen. Sie kann Gelegenheit bieten, gegenseitige Unterstützung zu erleben und die Hoffnung wachsen zu lassen, dass es nach den vielen und oft langen Belastungszeiten wieder besser werden kann und der Alltag wieder lebenswert wird. Gerade auch mitzuerleben, wie andere Familien mit einem ähnlichen Schicksal umgehen und ihre Situation meistern, sich mit ihnen verbunden fühlen zu können und voneinander zu lernen, wie sie anders mit den Symptomen, den veränderten Persönlichkeiten (z.B. nach einem Kriegseinsatz oder Unfall) etc. umgehen können, ist eine große Chance der systemischen Traumatherapie.

Die individuellen Symptome bei Traumafolgestörungen treffen in der Familie aufeinander und reagieren mit den IKS-Mustern des Familiensystems. Systeme, die durch ein einmaliges Ereignis traumatisiert wurden, entwickeln in der Regel (wenn die IKS-Muster gut funktionieren, stabil und eingespielt sind) »einfachere« Symptome. Häufig sind die Familienressourcen so stark, dass die Selbstheilungskräfte der Familie ausreichen oder eine kurze traumabezogene Therapie bereits zu guten Ergebnissen führt. Es sind Settingwechsel zwischen Einzel- und Familientherapie angezeigt. Der Schwerpunkt liegt dabei auf Stabilisierung und Traumaexposition. Die Familie wird zur

Stützung, Ressourcenaktivierung, äußeren Sicherheit und Systembearbeitung der veränderten IKS-Muster genutzt.

Bei komplexen Traumafolgestörungen und einem hohen Grad an Inkohärenz und Fragmentierung steigt die Komplexität im System. Deshalb ist es wichtig, die gesamte Familie und bedeutsame andere Gruppen in den therapeutischen Prozess einzubeziehen. Komplex traumatisierte Klienten und Familien benötigen mehr Sicherheit in der therapeutischen Beziehung, eine deutlichere Einbeziehung des Familiensystems und traumatherapeutische Begleitung. Häufig ist es auch ratsam, andere bedeutsame Gemeinschaften mit in den Behandlungsprozess zu integrieren (z.B. bei Krieg, Naturkatastrophen, Terroranschlägen). Die Therapie ist kleinschrittiger, benötigt mehr Zeit, eine längere Stabilisierung, deutlichere Ressourcenaktivierung, Unterstützung bei der Etablierung und Nutzung guter IKS-Muster, Arbeit mit den inneren und äußeren Systemen, Bindungsarbeit und Beziehungssicherheit und andere Gruppen und Familien. Die Traumabegegnung kann je nach Anlässen methodisch mit einer Kombination von klassischen Methoden der Traumatherapie (Beobachtertechnik, Bildschirmtechnik, EMDR etc.), mit systemischen Techniken wie Skulptur- und Aufstellungsarbeit oder Familienbrett-/system erfolgen (siehe dazu die unten aufgeführten Modelle).

9.3 Ein Praxismodell

Das Fünf-Achsen-Modell ist eine systemische Konzeption für die Arbeit mit traumatisierten Systemen. A. Kissenbeck hat dieses Modell entwickelt (siehe dazu Hanswille & Kissenbeck, 2014; Kissenbeck, 2012), um die therapeutische Komplexität von Trau-

mafolgestörungen zu reduzieren. Es erleichtert die Settingwahl, die Therapieplanung, die methodische Struktur in der Arbeit mit komplex traumatisierten Systemen und ermöglicht eine konsequente Ressourcenorientierung auf jeder Achse.

Die fünf Achsen erfassen den Traumaauslöser, den Kontext, in dem diese stattfinden, sie erfassen die Dosis, den System-Fokus und die Beziehungen (vgl. Abb. 2).

Das Fünf-Achsen-Modell gibt Strukturhilfen, schafft Übersicht, um die einzelnen Systemebenen zu berücksichtigen, und hilft bei der Therapieplanung. Es ermöglicht, auf den einzelnen Achsen Problem- und Ressourcenperspektive einzunehmen und in die Arbeit zu integrieren.

Die fünf Achsen umfassen im Einzelnen:

I. **Traumaauslöser:** Grundthemen und Ressourcen sind hier:

- Verluste durch Todesfälle, Trennungen, Krankheiten (verlorene Gesundheit), Beziehungsverluste – Ressource Bindungserfahrungen,
- Gewalt durch körperliche, sexuelle, emotionale Grenzverletzung und andere zugefügte Schädigungen – Ressource Schutzerfahrungen,
- Körperversehrung, z. B. durch Unfälle, Operationen, Krankheiten, Behinderungen, Vernachlässigung – Ressource Gesundheit und Genesung,
- (Lebens-) Bedrohung (subjektiv oder objektiv), z. B. durch Unfälle, Krankheiten, Krieg, Terroranschläge – Ressource Sicherheit und Stabilität.

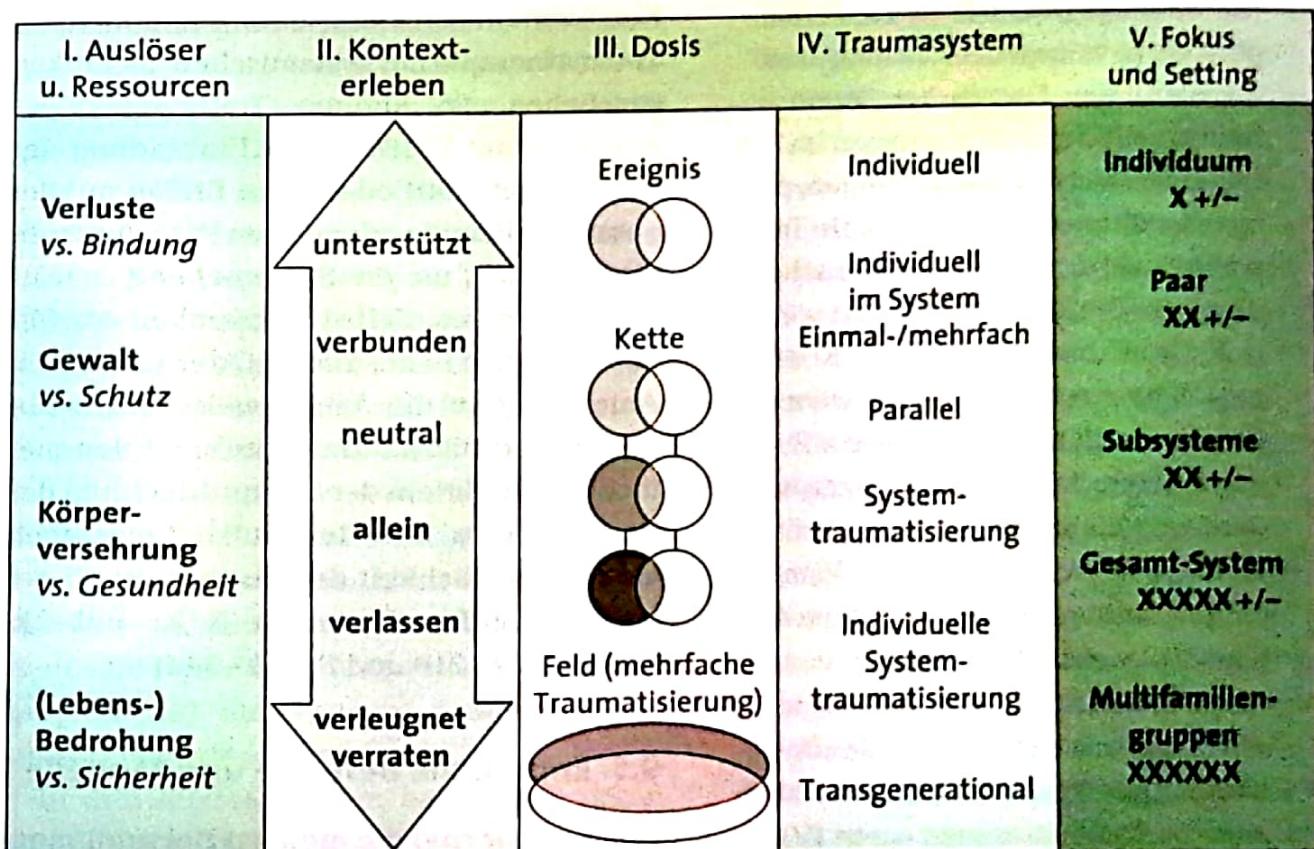


Abb. 2: Systemisches Fünf-Achsen-Modell nach Hanswille & Kissenbeck, 2014, S. 364, in erweiterter und veränderter Form

- II. *Traumakontext*: meint den begleitenden sozialen (familiären und außerfamiliären) Kontext bzw. die Kontextualisierung vor, während, nach dem Trauma. Das Kontextkontinuum reicht von der ressourcenreichen Position sozial unterstützt und verbunden über neutral, allein bis zu verlassen und zur Position verleugnet/verraten, welche die Entstehung einer Traumafolgestörung deutlich erhöht.
- III. *Traumadosis*: Bezieht sich auf Dauer, Schweregrad (Typ 1 oder Typ 2) und unterscheidet in einzelne traumatische Ereignisse, Ereignisketten und Ereignisfelder (traumatische Zustände) im System.
- IV. *Traumasystem*: richtet sich auf die Entstehung von traumabedingtem Stress. Dabei reicht die Spanne von individuellen Traumata (Einmaltraumatisierungen) bis zu transgenerationalen Traumatisierungen. Dazwischen liegen individuelle Traumatisierungen im System (Mehrfachtraumatisierungen, z. B. innerfamiliäre Gewalt), parallele Traumatisierungen, wenn viele Menschen durch ein Ereignis traumatisiert werden (z. B. Großschadensereignisse, Krieg etc.), Systemtraumatisierung, wenn eine Familie durch ein Ereignis wie z. B. durch einen Autounfall traumatisiert wird, und die individuellen Systemtraumatisierungen, wenn mehrere Familienmitglieder durch unterschiedliche Anlässe traumatisiert wurden.
- V. *Fokus und Setting*: beinhaltet die unterschiedlichen Möglichkeiten des Behandlungssettings. Je nach Kontext, in dem die Traumatisierung (siehe IV) erlebt wurde, wird der Fokus für das Behandlungssetting gewählt. Die Mög-

lichkeiten reichen von einer Individualtherapie, Subgruppenbehandlungen, Paartherapie, Familientherapie bis zur Multifamiliengruppentherapie.

9.4 Traumabegegnung und -integration

Die Traumabegegnung findet in einem systemischen Kontext nicht unbedingt im System statt, sondern nur dann, wenn es sich als sinnvoll erweist. Aber eine Traumabegegnung im System ist auch nicht ausgeschlossen. Gerade in Systemen, die eine parallele Traumatisierung erlebt haben, ist es sinnvoll, auch die Traumakonfrontation gemeinsam zu gestalten. Wie im Fünf-Achsen-Modell gezeigt, wird über die einzelnen Achsen u. a. geklärt, wie die Traumabegegnung stattfinden soll. Methodisch kann das in Kombination von klassischen Methoden der Traumatherapie mit systemischen Techniken geschehen. So können Traumaerzählgeschichten mit EMDR unter Einbindung der Eltern kombiniert oder kann EMDR mit der gesamten Familie oder einem Paar durchgeführt werden, um die Systemebene zu stärken und deren Selbstwirksamkeit zu fördern (Shapiro et al., 2007). Oder es kann in Anlehnung an die Arbeitsweise der Beobachter- und Bildschirmtechnik mit den methodischen Mitteln der Skulpturtechnik, des Familienbretts und der Aufstellungsarbeit als eine Möglichkeit der Visualisierung gearbeitet werden (Hanswille & Kissenbeck, 2014, S. 157–210 und S. 317–344) etc.

9.5 Empirische Befunde und Modelle

Noch immer sind die meisten Behandlungskonzepte im Bereich der Traumatherapie individuumorientiert, obwohl viele trauma-

tische Situationen (Krieg, Flucht, Terroranschläge, Geiselnahme, Umweltkatastrophen, Unfälle mit Verkehrsmitteln, Überfälle etc.) in Gemeinschaft mit anderen erlebt werden und die Auswirkungen eines Traumas tiefen Einflüsse auf Familien, Freundesgruppen, Gemeinschaften etc. haben. Es gibt große Lücken in der Literatur zur Behandlung von Traumafolgestörungen hinsichtlich der Einflüsse auf Familien und Gemeinschaften und deren Möglichkeiten zur Heilung. Auch die meisten Behandlungsstrategien fokussieren auf individuelle PTBS Symptome. Jedoch zerstört das Trauma auch das soziale System, die Fürsorge füreinander und das System, das die Traumatisierten umgibt. Boss et al. (2003) und Landau et al. (2008; Landau, 2010) zeigen auf, wie sehr die Auswirkungen eines Traumas auf Familien und Gemeinschaften unterschätzt werden, und zeigen auch die verheerenden Auswirkungen. Gleichzeitig werden dadurch die Resilienzkräfte der Gemeinschaften nicht aktiv genutzt und angeregt (Walsh, 2007).

Der Bericht (u.a. des US Department of Health and Human Services) »Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings« (HHS et al., 2012) betont die Kontextualisierung des Traumas um die Heilungspotentiale der Familien und anderer Gemeinschaften mehr und stärker zu nutzen.

Studien und Modelle zeigen die großen Möglichkeiten systemischen Arbeitens und machen deutlich, wie Familien und Gemeinschaften für therapeutische Prozesse genutzt und die Systeme dadurch wieder gestärkt werden können.

In den letzten Jahren haben z.B. unterschiedliche RCT-Studien die Wirksamkeit systemischer Konzepte bei Traumafolgestörungen gezeigt:

- S. Coulter (2011) konnte in seiner Studie zeigen, dass die Integration von systemischer Familientherapie in die Behandlung von traumatisierten Menschen zu besseren Ergebnissen führt als individuelle kognitive Verhaltenstherapie.
- C. Rowe und H. Liddle (2008) zeigen in ihrer Studie mit MDFT (Multidimensionale Familientherapie), wie sie nach dem Hurrikan Katrina (Ende August 2005) mit Jugendlichen gearbeitet haben, um deren Stress zu reduzieren.
- M. Stankovic (et al. 2013) zeigen in ihrer Studie mit Jugendlichen, die mit ihrer Familie einen Autounfall gehabt hatten, dass die Behandlung im Familiensetting der Einzelbehandlung von Jugendlichen überlegen ist.
- Lau und Kristensen (2007) sowie Elkjaer et al. (2013) legen jeweils eine vergleichende Studie zwischen systemischer Therapie und analytischer Gruppentherapie bei jungen Frauen mit Missbrauchsereahrungen vor. Insgesamt waren die Ergebnisse von systemischer Gruppenpsychotherapie signifikant besser und zeigten, dass systemische Therapie auch bei komplexen Traumafolgestörungen hilft.
- CAFES (Coffee and Family Education and Support) Intervention ist ein protokollgestütztes Behandlungsprogramm für Multifamiliengruppen, das mit bosnischen Flüchtlingen in Chicago erarbeitet wurde. Die begleitende RCT-Studie konnte gute Effekte bei den behandelten Flüchtlingen, die unter einer PTBS litten, zeigen (Weine et al 2008). Ziel dieser Arbeit war es u.a., die Kommunikation zwischen den Familien zu stärken und damit die Kohäsion in den einzelnen Familien zu erhöhen.

Neben den Studien entwickelten sich verschiedene Modelle und Konzepte einer systemischen Traumatherapie. Meist handelt es sich um Kombinationen unterschiedlicher therapeutischer Ansätze, deren Wirksamkeit jeweils durch Studien belegt wurde. Die meisten dieser Modelle sind stark strukturiert und modularisiert. Ihr Ziel ist es, in relativ kurzer Zeit betroffenen Patienten und deren Familien Unterstützung zu geben.

Das CPP-Modell (Child-Parent Psychotherapy) ist eine Kombination aus psychodynamischer Therapie und Familientherapie (Lieberman et al., 2005), die in Verbindung mit dem PCIT-Konzept (Parent-Child Interaction Therapy), einer kognitiv-behavioralen Therapie für Eltern (Chaffin et al., 2004) bei Familien mit innerfamilialen Traumatisierungen nach Missbrauch und Gewalt, genutzt wird. Es handelt sich dabei um eine stark strukturierte Interventionsmethode.

Das FOCUS-Programm (Families Overcoming and Coping Under Stress) wird ebenfalls bei Familien eingesetzt, die unter komplexen Traumafolgestörungen leiden. Das Programm ist eine traumafokussierte Familientherapie, die sehr strukturiert abläuft und die Familie in unterschiedlichen Subsystemen zusammenbringt. Es besteht aus acht Sitzungen, von denen die ersten drei mit den Eltern, die folgenden zwei mit den Kindern und die restlichen drei mit der gesamten Familie durchgeführt werden (Ford & Saltzman, 2011; Saltzman et al., 2011; Lester et al., 2011).

Der FS/Target-Ansatz (Family Systems Trauma Affect Regulation: Guide for Education and Therapy) (Ford & Russo, 2006) verfolgt das Ziel, in Fällen von Gewalt sowie sexuellem und emotionalem Missbrauch die Selbstregulationsfähigkeiten von Jugend-

lichen und Adoleszenten im Kontext der Familie zu verbessern und andere Stressreaktionen zu ermöglichen. Die Familienmitglieder lernen gemeinsam Fertigkeiten für die Selbstregulation nach einem Trauma. Ebenso kann an der Traumakonfrontation gearbeitet werden, allerdings stehen die Regulation und das Bemühen der Familienmitglieder zur Selbstregulation affektiver Zustände im Vordergrund (Ford & Saltzman, 2011 und NCTSN, 2012).

»Linking Human Systems« (LINC) basiert auf der Theorie, dass die Resilienzfaktoren der Individuen, Familien und Gemeinschaften den Traumatisierungen und Symptomen gegenüberstehen. Landau (2010; Landau et al., 2008) schlägt in seinem Modell vor, mehrere Familien zu verbinden, um so die Resilienzkraft zu stärken und damit die Familien zu »natural change agents« werden zu lassen und für den Therapieprozess zu nutzen. Das Modell ähnelt der MFT (Multi-familientherapie) und ist ein therapeutisches Modell, das für Familien und Gruppen entworfen wurde, die ein Massentrauma erlebt haben.

Das PTSM (Post-Traumatic Stress Management) mit der Integration des CSP (Community Services Program) unterstützt ebenfalls Familien und Jugendliche, die ein traumatisches Erlebnis verarbeiten müssen. Dabei werden die Familie, die Nachbarschaft und andere Gemeinschaften des Gemeinwesens genutzt. Das PTSM besteht aus vier Interventionsebenen: 1.) den Orientierungssitzungen zur Psychoedukation, die mit den Menschen und den möglichen Dienstleistungen des Programms bekanntmachen wollen; 2.) den Stabilisierungsgruppen, um die Traumasymptomatik zu reduzieren, Affektregulation zu üben und das Leben wieder langsam ruhiger werden zu lassen;

3.) den Bewältigungsgruppen, die bis zu mehrere Wochen dauern können. Sie sollen dabei unterstützen, mit dem traumatischen Stress und dem Verlust umzugehen. Auf der 4. Ebene werden individuelle oder Paarsitzungen für diejenigen angeboten, die weitere therapeutische Unterstützung benötigen. In einer Studie des Massachusetts Department of Mental Health zeigt sich das Programm als zur Unterstützung der Individuen und der sozialen Gemeinschaften sehr wirksam (Macy et al., 2004).

Das folgende Modell ist für traumatisierte Familien, die in Hoch-Risiko-Verhältnissen leben, ähnlich der Lage vieler Jugendhilfefamilien in Deutschland. SFCR (Strengthening Family Coping Ressources) ist ein Programm auf der Basis von Multifamiliengruppen, kombiniert mit systemischer Familientherapie. Es wurde für Einwandererfamilien aus Lateinamerika erarbeitet, die komplexe Traumatisierungen in der Familie erlebt haben und in Hoch-Risiko-Verhältnissen leben. Ziel des Programms ist die Reduzierung der traumabedingten Symptome und die Wiederherstellung förderlicher Familienbeziehungen, um Rückfälle und Retraumatisierungen zu verhindern (Kiser et al. 2015; Kiser, 2015).

In dieser kleinen Auflistung von Modellen und Konzeptionen soll zum Schluss das Kurzzeitprogramm von Boss (Boss, 2006; Boss et al., 2003) erwähnt werden, das für Familien von Gewerkschaftlern entwickelt wurde, die ein Familienmitglied beim Attentat 9/11 in New York verloren haben. Es hat das Ziel, Menschen, die ein Verlusttrauma erlitten haben, zu unterstützen und den Einfluss des Verlusts auf die Überlebenden zu bearbeiten. Gleichzeitig ging es darum, Menschen mit einer hohen kulturellen Diversität über Trauma und Verlust ins Ge-

spräch zu bringen. Das Konzept nutzt eine Mischung aus systemischer Familientherapie und Familiengruppentherapie.

Gute Erfahrungen gibt es inzwischen auch in der Kombination mit anderen Traumaverfahren, z.B. in der Verbindung von EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) und systemischer Therapie (Maxfield et al., 2007). Der Ansatz der Emotionally Focused Therapy (EFT) von Susan Johnson zeigt in der Arbeit mit traumatisierten Paarsystemen gute Erfolge (Johnson, 2002; Johnson & Courtois, 2011).

Andere manualisierte Verfahren der systemischen Therapie wie z.B. ABFT (Attachment-Based Family Therapy) von Diamond und Levy (Diamond et al., 2014), entwickelt für Jugendliche mit depressiven Störungen und Suizidalität, werden inzwischen auch bei Traumafolgestörungen erfolgreich eingesetzt (Winley et al., 2016). Hier sind Studien in Planung, um die Wirksamkeit zu zeigen.

In einem Projekt in Essen wurde mit ca. 30 aus Syrien stammenden Familien, in denen mindestens ein Familienmitglied unter einer Traumafolgestörung litt, gearbeitet. Es wurde dabei eine Kombination aus Systemischer Familientherapie und anderen Konzepten genutzt. Die modular aufgebaute Therapie über 15 Sitzungen war systemisch-familientherapeutisch. Zusätzlich wurde mit imaginativen Techniken, Ego-State-Therapie und EMDR gearbeitet, sowohl mit der ganzen Familie wie auch mit einzelnen Subsystemen. Ziel des Projekts waren die Reduzierung der traumabedingten Symptomatik, eine Stärkung des familiären Zusammenhalts und eine Unterstützung zur leichteren Integration in Deutschland (Hanswille, 2017/18).

9.6 Literatur

- Boss P. (2006). *Loss, trauma, and resilience: Therapeutic work with ambiguous loss*. New York: W.W. Norton.
- Boss P., Beaulieu L., Wieling E., Turner W. & La-Cruz S. (2003). Healing loss, ambiguity, and trauma: A community-based intervention with families of union worker missing after the 9/11 attack in New York City. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29 (4), 455–467.
- Chaffin M., Silovsky J.F., Funderburk B. et al. (2004): Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: Efficacy for reducing future abuse reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (3), 500–510.
- Coulter S. (2011). Systemic family therapy for families who have experienced trauma: A randomised controlled trial. *British Journal of Social Work*, 41, 502–519.
- Diamond G.S., Daimond G.M. & Levy S. (2014). *Attachment-based family therapy for depressed adolescents*. Washington D.C: American Psychological Association.
- Diamond G.S., Creed T., Gillham J., Gallop R. & Hamilton J.L. (2012). Sexual trauma history does not moderate treatment outcome in attachment-based family therapy (ABFT) for adolescents with suicide ideation. *Journal of Family Psychology*, 26 (4), 595–605.
- Elkjaer H., Kristensen E., Mortensen, E.L., Poulsen S. & Lau M. (2013). Analytic versus systemic group therapy for women with a history of child sexual abuse: 1-year follow-up of a randomized controlled trial. *Psychology & Psychotherapy*, 87 (2) 191–208.
- Figley C. & Kiser L.J. (2013). *Helping traumatized families*, 2. Aufl. New York: Routledge.
- Ford J.D. & Russo E. (2006). Trauma-focused, present-centered, emotional selfregulation approach to integrated treatment for post-traumatic stress and addiction: Trauma adaptive recovery group education and therapy (TARGET). *American Journal of Psychotherapy*, 60, 335–355.
- Ford J.D. & Saltzman W. (2011). Systemische Familientherapie. In: Courtois C.A. & Ford J.D. (Hrsg.). *Komplexe traumatische Belastungsstörungen und ihre Behandlung*. Paderborn: Junfermann, 427–455.
- Hanswille R. (2013). Systemische Traumatherapie und Neurobiologie. In: Hanswille R. (Hrsg.). *Systemische Hirngespinste. Impulse für die systemische Theorie und Praxis*. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 160–208.
- Hanswille R. (2014). Traumatisierungen. In: Levold T. & Wirsching M. (Hrsg.). *Systemische Therapie und Beratung – das große Lehrbuch*. Heidelberg: Carl-Auer, 403–409.
- Hanswille R. (2016). Traumafolgen und Belastungsstörungen. In: Hanswille R. (Hrsg.). *Handbuch systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 282–288.
- Hanswille R. (2017/18). *Manualisierte systemische Traumatherapie. Heilende Netzwerke in Familien und Gemeinschaften nutzen*. Essen: unveröffentlichtes Manuskript.
- Hanswille R. & Kissenbeck A. (2014). *Systemische Traumatherapie. Konzepte und Methoden für die Praxis*. 3. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer.
- HHS (U.S. Department of Health and Human Services), Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) & Center for Behavioral Health Statistics and Quality (CBHSQ) (2012). *Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of national findings*. Im Internet: <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHresults2012/NSDUHresults2012.pdf> (Zugriff: 10.4.2018).
- Johnson S.M. (2002). *Emotionally focused couple therapy with trauma survivors. Strengthening attachment bonds*. New York, London: Guilford Press.
- Johnson S.M. & Courtois C.A. (2011). Paartherapie. In: Courtois C.A. & Ford J. D (Hrsg.): *Komplexe traumatische Belastungsstörungen und ihre Behandlung*. Paderborn: Junfermann, 404–427.
- Kiser L.J. (2015). *Strengthening Family Coping Resources: Intervention for families impacted by trauma*. New York: Routledge.

- Kiser L. J., Backer P. M., Winkles J. & Medoff D. (2015). Strengthening Family Coping Resources (SFCR): Practice-based evidence for a promising trauma intervention. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 4 (1), 49–59.
- Kiser L. J., Donohue A., Hodgkinson S., Medoff D. & Black M. M. (2010). Strengthening Family Coping Resources. The feasibility of a multi-family group intervention for families exposed to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 23 (6), 802–806.
- Kissenbeck A. (2012). Systemische Traumattherapie. In: Hensel T. & Landolt M. A. *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen*. 2., aktual. u. erw. Aufl. Hogrefe: Göttingen, 261–283.
- Kissenbeck A. & Eckers D. (2011). Behandlung von Kindern. In: Reddemann L., Hofmann A. & Gast U. (Hrsg.). *Psychotherapie der dissoziativen Störungen*. 3., überarb. Aufl. Stuttgart: Thieme, 164–174.
- Korittko A. & Pleyer K. H. (2010). *Traumatischer Stress in der Familie. Systemtherapeutische Lösungswege*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Landau J. (2010). Communities that care for families: The LINC model for enhancing individual, family, and community resilience. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80 (4), 516–524.
- Landau J., Mittal M. & Wieling E. (2008). Linking human systems: Strengthening individuals, families, and communities in the wake of mass trauma. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34 (2), 193–209.
- Lau M. & Kristensen E. (2007). Outcome of systemic and analytic group psychotherapy for adult women with history of intrafamilial childhood sexual abuse. A randomized controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116 (2), 96–104.
- Lester P., Mogil C. et al. (2011). Families overcoming under stress: Implementing family-centered prevention for military families facing wartime deployments and combat operational stress. *Military Medicine*, 176, 19–25.
- Lieberman A. F., Van Horn P. & Ippen C. G. (2005). Toward evidence-based treatment: Child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44 (12), 1241–1248.
- Ludewig K. (2004). *Einführung in die theoretischen Grundlagen der Systemischen Therapie*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Macy R. D., Behar L., Paulson R., Delman J., Schmid L. & Smith S. E. (2004). Community-based, acute posttraumatic stress management: A description and evaluation of a psychosocial-intervention continuum. *Harvard Review of Psychiatry*, 12 (4), 217–228.
- Maxfield L., Kaslow F. W. & Shapiro E. (2007). The integration of EMDR and family systems therapies. In: Shapiro E., Kaslow F. W. & Maxfield L. (Hrsg.). *Handbook of EMDR and family therapy processes*. Hoboken, N.J.: Wiley, 407–422.
- National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) (2012). Target: Trauma affect regulation: Guide for education and therapy. https://www.nctsn.org/sites/default/files/interventions/target_fact_sheet.pdf (Zugriff: 28.4.2018).
- Rowe C. L. & Liddle H. A. (2008). When the levee breaks: Treating adolescents and families in the aftermath of hurricane Katrina. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34 (2), 132–148.
- Saltzman W. R., Lester P., Beardslee W. R., Layne C. M., Woodward K. & Nash W. P. (2011). Mechanisms of risk and resilience in military families: Theoretical and empirical basis of a family-focused resilience enhancement program. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14 (3), 113–130.
- Satir V. (1988). *Meine vielen Gesichter. Wer bin ich wirklich?* München: Kösel.
- Saxe G. N., Ellis B. H., Fogler J. & Navalta C. P. (2012). Innovations in practice: Preliminary evidence for effective family engagement in treatment for child traumatic stress-trauma systems therapy approach to preventing dropout. *Child and Adolescent Mental Health*, 17 (1), 58–61.

- Schlippe A. von & Schweitzer J. (1996). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmidt G. (2004). *Liebesaffären zwischen Problem und Lösung. Hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Schwartz C. R. (1997). *Systemische Therapie mit der inneren Familie*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Schweitzer J. & von Schlippe A. (2006). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Shapiro F., Kaslow F. W. & Maxfield L. (Hrsg.) (2007). *Handbook of EMDR and family therapy processes*. Hoboken, New Jersey: Wiley & Sons.
- Stankovic M., Grbesa G., Kostic J., Simonovic M., Milenkovic T. & Visnjic A. (2013). A preview of the efficiency of systemic family therapy in treatment of children with posttraumatic stress disorder developed after car accident. *Vojnosanitetski Pregled – Military Medical and Pharmaceutical Review*, 70 (2), 149–154.
- Von der Hart O., Nijenhuis E. R. S. & Steele K. (2008). *Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation. Die Behandlung chronischer Traumatisierung*. Paderborn: Junfermann.
- Watkins J. G. & Watkins H. (2003). *Ego-States, Theorie und Therapie*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Walsh F. (2007). Traumatic loss and major disasters: Strengthening family and community resilience. *Family Process*, 46 (2), 207–227.
- Weine S., Kulauzovic Y., Klebic A. et. al. (2008). Evaluating a multiple-family group access intervention for refugees with PTSD. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34 (2), 149–164.
- Winley D. M., Ogbaselase F., Kodish T., Okunroumu E. & Ewing E. S. K. (2016). Attachment-based family therapy for teen suicidality complicated by a history of sexual trauma. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 37, 177–189.