Zuerst ersch. in: Posttraumatische Belastungsstörungen / Andreas Maercker (Hrsg.). Heidelberg : Springer, 2009, S. 301-318

18.1 Narration und Trauma

Gedächtnis, Trauma und Narration

Das Kernelement von Behandlungsverfahren, deren Wirksamkeit für Überlebende traumatischer Erlebnisse gut belegt ist, ist das zwischenmenschliche Mitteilen der Erfahrungen. Die Narration ereignet sich von Angesicht zu Angesicht, von Sprecher zu Zuhörer. So entsteht die Unmittelbarkeit gemeinsamen Nacherlebens: Die erzählende Person teilt erinnerte und sich neu aktualisierende Emotionen, Gedanken, Fakten und Empfindungen mit. Die Erzählung bezieht sich auf den Verlauf des Geschehens, genauso wie auf die vielschichtigen Bedeutungen des Erlebnisses einschließlich moralischer Implikationen und zukunftsweisender Konsequenzen für das Mensch- und Weltverständnis. Viele Generationen tauschten Informationen über bedeutende, auch schwere und schreckliche Ereignisse, Werte und Erfahrungen am Lagerfeuer aus und gaben diese an ihre Nachkommen weiter. Religionsgemeinschaften haben ihre Lehren in Form von Sammlungen ursprünglich mündlicher, später schriftlich fixierter Geschichten und Gleichnisse überliefert. Märchen, Legenden und Sagen bildeten das kulturelle Fundament ganzer Völker.

Traumatisierte Menschen jedoch erzählen nicht. Sie haben enorme Schwierigkeiten, sich auf den narrativen Prozess einzulassen. Die Narration scheint ihnen ungeheuer schwer zu fallen. Menschen, die Grauen, Terror, Misshandlung, Missbrauch und Lebensbedrohung überlebt haben, ohne die Ereignisse verarbeiten zu können, bringen den Zuhörer mit regelmäßiger, mehr oder weniger subtiler Vehemenz dazu, nicht nachzufragen. Dabei liegt ein Paradox vor: Die meisten Traumatisierten wünschen sich nichts mehr, als ihre Schrecken mitzuteilen. Dennoch erreichen sie, dass die Zuhörer alles Mögliche versuchen, ihnen zu helfen, nur nicht, sie zu fragen, was eigentlich genau passiert ist. Sie geben ihnen das Gefühl, keine Berührung mit dem Trauma zu erlauben. Sie sagen, dass sie sich nicht vorstellen können, darüber zu sprechen.

Definition

Narrationen sind bilderreich, anschaulich, gefühlsmäßig packend und in den inneren Zusammenhängen des Ablaufs der Ereignisse nachvollziehbar. Dazu wird verfügbare Information aus dem autobiografischen Gedächtnis abgerufen.

Die Fähigkeit, sich an lange zurückliegende Lebensereignisse in einem räumlichen und zeitlichen Zusammenhang zu erinnern, ist eine Voraussetzung dafür, sich selbst als eine über die Zeit beständige und eigenständige Person zu erleben.

Unter der Lupe

Die Autobiografie stellt die Grundlage dar, die Persönlichkeit, Verhaltensweisen, Beziehungsstile, Gefühle und Entscheidungen vor dem Hintergrund der eigenen Geschichte zu verstehen.

Somit ist das autobiografische Gedächtnis eine zentrale Grundlage der menschlichen Identität. Darüber hinaus ermöglicht das autobiografische Gedächtnis die Narration, also den zwischenmenschlichen Austausch von Lebensereignissen. Die Geschichten können gegenseitig verstanden und nachempfunden werden, was eine Voraussetzung dafür ist, dass Personen mit all ihren Eigenarten akzeptiert und geschätzt werden.

Der Austausch von Lebensereignissen ist einer der wichtigsten Zugangswege für menschliche Annäherung.

Lebensereignisse sind unterschiedlich wichtig und erhalten einen unterschiedlichen Stellenwert im autobiografischen Gedächtnis. Zentrale Ereignisse, die emotional erlebt werden und verbunden sind mit wesentlichen menschlichen Zielen, entweder großen Erfolgen oder Misserfolgen, können über viele Jahre mit großer Genauigkeit erinnert werden. Derartige Ereignisse markieren oftmals den Beginn oder Abschluss von Lebensphasen, etwa Wendepunkte im Leben wie das Kennenlernen eines neuen Partners aber auch Trennungen und der Tod eines geliebten Menschen (Conway & Pleydell-Pearce, 2000). Diese Ereignisse fügen sich nicht einfach in die bisherigen

Konstanzer Online-Publikations-System (KOPS)
URN: http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:352-opus-103937
URL: http://kops.ub.uni-konstanz.de/volltexte/2010/10393/

Grundüberzeugungen über sich und die Welt. Aufgrund der Sperrigkeit der Ereignisse und der Trägheit des Menschen, eigene Überzeugungen über sich und die Welt zu verändern, bleiben diese Ereignisse zunächst unverstanden. Der Austausch mit anderen Menschen über diese Ereignisse ist dann eine wichtige Strategie, um die Bedeutung des Ereignisses verstehen zu können, und um die eigenen Überzeugungen, das Selbstbild und das Weltbild an die Geschehnisse anpassen zu können.

Unter der Lupe

Die meisten kritischen Lebensereignisse stellen eine bewältigbare Herausforderung für das autobiografische Gedächtnis dar. Der Zusammenhang von Berichten und Verstehen steckt schon im Begriff: Narration hat seinen Ursprung in dem lateinischen Verb narrare (erzählen), das wiederum Wurzeln im Sanskrit (gnâ = wissen) hat.

Eine im klinischen Sinne traumatisierte Person aber erzählt nicht. Sie ist noch nicht aus der traumatischen Szene heraus getreten; es hat, im wörtlichen Sinn, keine Ex-Position stattgefunden. Die Person selbst ist vielmehr das Trauma. Eine räumliche Verortung und zeitliche Vergeschichtlichung hat nicht stattgefunden.

Traumatische, lebensbedrohliche Ereignisse sind in einem Ausmaß verbunden mit Schrecken, Angst, Verzweiflung, Hilflosigkeit und Schuldgefühlen, dass die Orchestrierung menschlicher Gedächtnissysteme misslingt und ein Gefühl vollständiger Überwältigung entsteht (► Kap. 3). Derartige Erlebnisse können Geist und Gehirn in einen Ausnahmezustand versetzen, der die Abspeicherung und Konsolidierung des Ereignisses in die Lebensgeschichte massiv behindert. Das Trauma bleibt ein Fremdkörper, der nicht zum Bestandteil der eigenen Biografie werden kann (Neuner et al., 2008a).

Bei Überlebenden von anhaltenden und häufig wiederholten traumatischen Erlebnissen, insbesondere staatlicher und häuslicher Gewalt, kann der Ausfall des autobiografischen Gedächtnisses dramatische Folgen annehmen. Rosenthal (1997) untersuchte die Biografien von Überlebenden des Holocaust und stellte fest:

> Ebenso versinken ganze Lebensphasen in den Bereich der Sprachlosigkeit und sind dem Biographen nur noch in einzelnen Bruchstücken, Bildern und Stimmungen zugänglich (Rosenthal, 1997, S. 40).

Die Sprachlosigkeit bleibt zentrales Merkmal des Traumas, die Unfähigkeit, das Ereignis selbst zu verstehen und mitzuteilen.

Die Sprachlosigkeit ist die Schnittstelle zur gesellschaftlichen Bedeutung von staatlicher und familiärer Gewalt. Regelhaft sind die Opfer damit konfrontiert, dass selbst nahe Bezugspersonen nicht daran interessiert sind, sich die oftmals grauenhaften Geschichten anzuhören. Die ambivalente Haltung des Opfers, einerseits die schmerzhaften Erinnerungen verdrängen zu wollen und andererseits sich endlich einmal austauschen zu können, trifft auf Unsicherheit und Vermeidung im Umfeld und trägt so zur Aufrechterhaltung der Sprachlosigkeit bei. Den einzigen Nutzen der Sprachlosigkeit haben, sowohl bei staatlicher wie auch bei familiärer Gewalt, die Täter, die vor einer gesellschaftlichen Ächtung und Bestrafung geschützt bleiben.

Narrative Verfahren setzen an diesem Punkt an. In einem gesellschaftlichen Umfeld, in dem es Opfern schwer fällt, Gehör zu finden, bieten sich Therapeuten als professionelle und einfühlsame Gesprächspartner an, um die Gewalterfahrungen zu dokumentieren.

Unter der Lupe

Das Ziel narrativer Verfahren ist die Rekonstruktion des autobiografischen Gedächtnisses über die traumatischen Erlebnisse im Kontext der Lebensgeschichte.

Zur Überwindung der Sprachlosigkeit wurden z. B. in der **narrativen Expositionstherapie** vor dem Hintergrund neuerer neurowissenschaftlicher Theorien spezielle Gesprächstechniken entwickelt (Schauer, Neuner & Elbert, 2005). In ihrer Zielsetzung, das Schweigen der Opfer zu überwinden, haben narrative Verfahren jedoch nicht nur einen psychotherapeutischen, sondern auch einen gesellschaftspolitischen Anspruch. Den Opfern soll Gehör verschafft und ermöglicht werden, für sich und ihre Interessen einzutreten. Verletzungen der

Menschrechte und Kinderrechte sollen festgehalten werden, was die Voraussetzung für einen gesellschaftlichen, einen juristischen und politischen Widerstand gegen die Täter ist.

Heißes und kaltes episodisches Gedächtnis

In der Kognitionswissenschaft ist die Annahme einer eigenen Gedächtnisfunktion, die auf die Speicherung, Konsolidierung und den Abruf von Lebensereignissen spezialisiert ist, gut belegt (▶ Kap. 3). Das episodische Gedächtnis beinhaltet Wissen über Geschehnisse, die zu einer bestimmten Zeit an einem bestimmten Ort stattgefunden haben (Tulving, 2001). Eine einzigartige Funktion des episodischen Gedächtnisses ist die Fähigkeit, vergangene Lebensereignisse in der Form von Erinnerungserfahrungen bewusst wiederzuerleben. In den meisten Theorien werden mindestens zwei Unterformen des episodischen Gedächtnisses unterschieden (▶ Abschn. 3.2). Das deklarative oder explizite Gedächtnis umfasst die explizit und bewusst abrufbare Kontextinformation über den Ort, Zeit und Ablauf des Ereignisses. Für diese Gedächtnisform wurde auch die Metapher »kaltes Gedächtnis« verwendet. Dagegen beinhaltet das »heiße«, nondeklarative Gedächtnis die sensorisch-perzeptuellen Details des Ereignisses, aber auch die emotionalen Dispositionen, die in der Form eines assoziativen Netzwerkes miteinander verknüpft sind (Brewin, 2001; Metcalfe & Jacobs, 1996).

***Beispiel:* Heißes Gedächtnis**

Abbildung 18.1 zeigt exemplarisch die Struktur des heißen Gedächtnisses für ein angenehmes Erlebnis im Urlaub. Dabei wird angenommen, dass emotionale Erfahrungen als assoziative Netzwerke abgespeichert werden, die Informationen über das Erleben des Ereignisses abbilden (Lang, 1979). Die einzelnen Elemente sind dabei stark verbunden (Foa & Kozak, 1986; ▶ Abschn. 3.1.). Die sensorischen Elemente enthalten die Information über alles, was während des Ereignisses gesehen, gehört und gespürt wurde, in dem Beispiel etwa das kalte Wasser am Fuß (▶ Abschn. 3.2 »Duales Gedächtnismodell«). Sie ermöglichen per Gedächtnisabruf, dass Erinnerungen, wie z. B. das Meeresrauschen, wiedererlebt werden können und sich die damit verbundenen physiologischen Reaktionen wie veränderte Herzfrequenz oder Muskelspannungen erneut einstellen.

Innerhalb eines assoziativen Netzwerkes bedingt die Aktivierung einzelner Bestandteile die Koaktivierung anderer Elemente. Die Aktivierung dieser sensorisch-perzeptuellen Repräsentation wird als Erinnerungserfahrung erlebt. Im Unterschied zu anderen Formen des Gedächtnisabrufs wird bei der Erinnerung nicht nur gewusst wie sich das Meeresrauschen angehört hat sondern es wird während des Abrufes wiedererlebt, einschließlich eines angenehmen Gefühls und einer physiologischen Reaktion, messbar

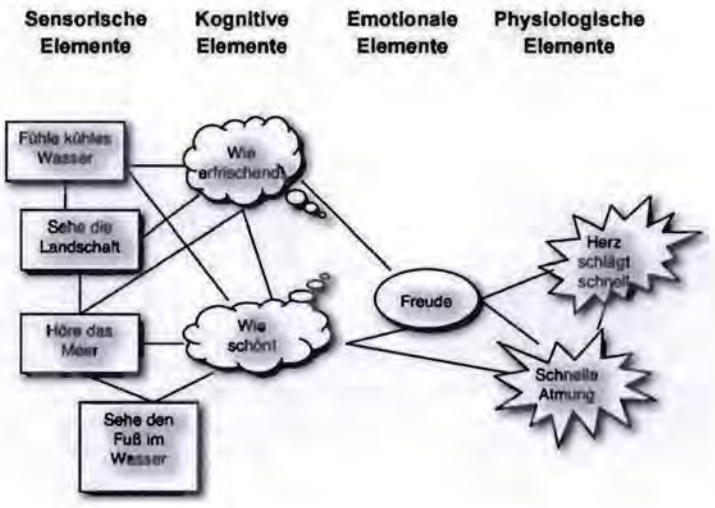

Abb. 18.1. Schematische Darstellung der Repräsentation einer angenehmen Erinnerung im heißen Gedächtnis

etwa in einer Veränderung der Herzfrequenz oder der Muskelspannungen, welche die damalige Reaktionsweise nachahmt.

Das heiße Gedächtnis selbst beinhaltet lediglich eine Abbildung des Erlebens während des Ereignisses. Die Information über den Zusammenhang des Ereignisses wird im kalten Gedächtnis, in diesem Fall im autobiografischen Gedächtnis abgespeichert. Im Unterschied zum heißen Gedächtnis ist das autobiografische Gedächtnis nicht in der Form von assoziativen Netzwerken angelegt (► Abschn. 3.2, hippocampale und amygdalagesteuerte Erinnerungen; ► Kap. 4). Stattdessen ist das kalte Gedächtnis eine hoch elaborierte kognitive Gedächtnisstruktur, die Wissen über das eigene Leben so kodiert, dass einzelne Ereignisse in die räumlichen und zeitlichen Zusammenhänge der eigenen Lebensgeschichte eingeordnet werden können. Um eine Ordnung der zahlreichen Erlebnissen sowie den chronologischen Ablauf einzelner Ereignisse zu ermöglichen, ist eine komplexe und hierarchische Organisation erforderlich.

Unter der Lupe

Das kalte Gedächtnis ist die Voraussetzung dafür, Lebensereignisse in einer nachvollziehbaren Form erzählen und selbst verstehen zu können.

In einer guten Erzählung sind jedoch auch Elemente des heißen Gedächtnisses untergebracht, da der Bericht sonst nur aus äußerst trockenen Fakten bestehen würde.

Trauma und Gedächtnis

Normalerweise funktionieren das heiße und das kalte Gedächtnis über traumatische Erlebnisse in enger Zusammenarbeit. Die Erinnerung an ein Erlebnis beginnt zunächst mit dem Abruf von kaltem Wissen über den Lebenszusammenhang, in dem das Ereignis stattfand. Der Zugang zu heißem Gedächtnis ist, je nach emotionalem Gehalt der Situation, für verschiedene Ereignisse unterschiedlich einfach. Bei gewöhnlichen Erinnerungen und Erzählungen spielen die verschiedenen Gedächtnissysteme so reibungslos zusammen, dass man sich nicht einmal bewusst ist, dass Wissen aus unterschiedlichen Systemen abgerufen werden muss. Dieses selbstverständliche Zusammenspiel bricht bei psychischen Traumatisierungen zusammen.

Traumatische Ereignisse sind gekennzeichnet durch eine massive Bedrohung des Opfers. In einer derartigen Situation kann innerhalb von Sekunden in einem Zusammenspiel von Nervensystem und Hormonen der menschliche Körper in Alarmbereitschaft versetzt werden (► Kap. 4). Sowohl die Katecholamine als auch Kortikosteroide haben einen deutlichen Einfluss auf die Formen von Verarbeitung und Gedächtnisspeicherung unter der extremen Belastung eines traumatischen Lebensereignisses. Auf der einen Seite reagieren die Mandelkerne (Amygdalae), die für die Aktivierung von Emotionen und damit auch für die Speicherung emotionaler Erinnerungen eine wesentliche Rolle spielen, unter höchstem Erregungsniveau, völlig enthemmt von Strukturen des Stirnlappens, mit gesteigerter Aktivität und Plastizität. Dies führt zu einer besonders intensiven Einspeicherung heißer Gedächtniselemente. Auf der anderen Seite reagiert der Hippocampus, der bei der Speicherung und Konsolidierung von Kontextwissen, vor allem auch autobiografischem Kontext eine wesentliche Rolle spielt, sehr empfindlich auf hohe Werte des Stresshormons Kortisol (Pitman, Shalev & Orr, 2000; ► Kap. 4).

Übersteigerter Erregungsstrom aus bestimmten Kernen der Amygdala führt zu einer exzessiven sensorisch-perzeptionellen Repräsentation des traumatischen Erlebnisses. In ◘ Abb. 18.2 ist als Beispiel das Kriegserlebnis eines Jungen in Sri Lanka dargestellt. Im Unterschied zur gewöhnlichen Repräsentation des heißen Gedächtnisses in ◘ Abb. 18.1 ist die assoziative Struktur für Traumata deutlich größer und die Verbindungen der einzelnen Elemente sind stärker.

Unter der Lupe

Dies führt dazu, dass das Netzwerk vergleichsweise leicht anzustoßen ist und eine Aktivierung mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einem Feuern der gesamten Struktur führt. Die ungewollte Aktivität dieses Netzwerkes resultiert in dem intrusiven Wiedererleben der traumatischen Situation auf sensorischer, kognitiver, emotionaler und physiologischer Ebene, welches das **Kernsymptom der PTBS** darstellt.

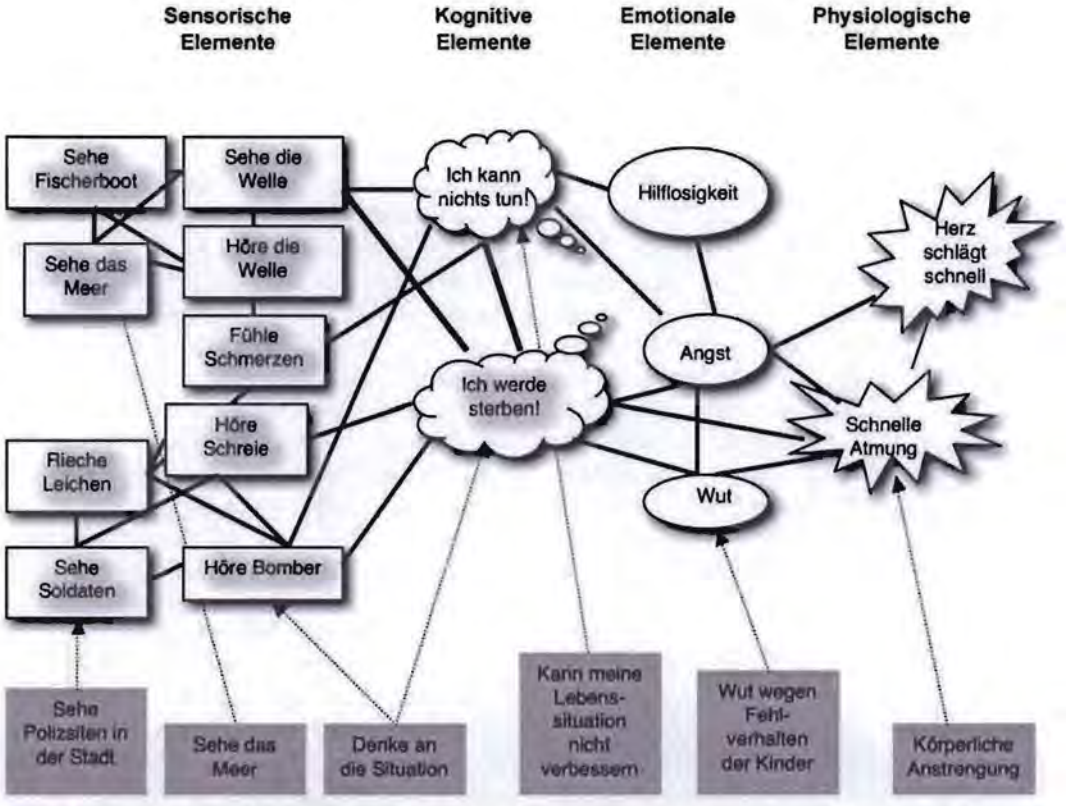

Abb. 18.2. Schematische Darstellung der Repräsentation eines traumatischen Erlebnisses im heißen Gedächtnis: Die Struktur ist größer und die Verbindungen sind stärker

Weiterhin ist dieses Netzwerk, das auch als Furchtstruktur bezeichnet wird, verknüpft mit den heißen Repräsentationen von vorangegangenen traumatischen Erlebnissen. Bei multipel traumatisierten Personen kann so eine große Furchtstruktur entstehen, in dem die zu verschiedenen Ereignissen gehörigen Substrukturen nur mit Mühe auseinanderzuhalten sind (Neuner et al., 2008a).

Während also die traumatischen Ereignisse besonders intensiv im heißen Gedächtnis abgespeichert wurden, also in der Form von Bildern, Geräuschen, verbunden mit Gefühlen und Gedanken, fehlt die zeitliche und räumliche Verankerung dieses Erlebnisses im autobiografischen Gedächtnis. Auch die chronologische Abfolge einzelner Momente des Erlebnisses ist nicht verfügbar. Da eine Ordnung der autobiografischen Erinnerung für die Erzählbarkeit des Ereignisses essenziell ist, bleibt das Erlebnis gegenwärtig, im Hier und Jetzt und kann narrativ nur mit Mühe erarbeitet werden.

Unter der Lupe

Die Nichterzählbarkeit des traumatischen Erlebnisses ist also nicht nur die Folge eines Vermeidungs- und Schutzverhaltens, sondern des Fehlens einer narrativen Struktur, deren späterer Aufbau dann allerdings aufgrund von Vermeidung verhindert wird.

Während das Ereignis somit nicht erzählt werden kann, wird es anhaltend in der Form von intrusiven Erinnerungen, Flashbacks und Alpträumen wiedererlebt. Da das ungehemmte Feuern der Furchtstruktur nicht begleitet wird von der Information über den zeitlichen und räumlichen Zusammenhang des

Ereignisses, entsteht bei den Betroffenen ein Hier-und-Jetzt-Gefühl. Es entsteht also der Eindruck, als ob das Trauma gerade und im Moment wieder passieren würde (Ehlers & Clark, 2000). Patienten fühlen häufig Todesangst während des Wiedererlebens, auch wenn das Ereignis schon Jahrzehnte her ist. Das Gefühl der gegenwärtigen Bedrohung zieht umfassende Symptome, einschließlich der ständigen Bereitschaft zu Alarmreaktionen, nach sich.

Besonders dramatisch wird die Störung des autobiografischen Gedächtnisses bei Opfern mehrfacher und Perioden immer wiederkehrender Traumatisierungen, wie Überlebenden von Kriegen, Folter und Kindesmissbrauch. Ganze Lebensphasen können so in der Sprachlosigkeit, dem »sprachlosen Terror«, versinken und nur durch einzelne Bilder und Gefühle zugänglich sein. Die erhebliche Lücke in der Autobiografie bewirkt Brüche und Unsicherheiten in der eigenen Identität. Die eigene Person einschließlich ihrer Entwicklung bleibt fremd und unverstanden, was den zwischenmenschlichen Austausch und den Aufbau intimer Beziehungen beeinträchtigt.

Konsequenzen für die Behandlung

Während die meisten Personen nach einem extrem bedrohlichen Erlebnis mit Symptomen einer Traumatisierung reagieren, entwickeln nur die wenigsten eine dauerhafte psychische Störung. Die Erholung von akuten Stresssymptomen ist der normale Prozess, an dessen Ende letztlich die Entscheidung getroffen werden kann, ob das Auftreten von intrusiven Erinnerungen eine aktuelle Bedrohung darstellt oder der Vergangenheit und damit einem anderen Kontext zugeordnet werden kann. Nur wenn ausreichend Kontextwissen verfügbar ist, kann mit Sicherheit die Entscheidung getroffen werden, dass das gegenwärtige Erleben lediglich die Erinnerung an eine vergangene Situation darstellt und keine Bedrohung anzeigt.

Unter der Lupe

Der Aufbau eines autobiografischen Gedächtnisses ist deshalb einer der zentralen Prozesse bei der Verarbeitung traumatischer Erlebnisse.

Die meisten traumafokussierten Behandlungsmethoden beinhalten Elemente der Traumakonfrontation, also dem bewussten und wiederholten Wiedererleben und Erzählen der traumatischen Ereignisse in einem sicheren Rahmen (Neuner, 2008). Herkömmliche Expositionsverfahren konzentrieren sich dabei häufig auf das schlimmste traumatische Erlebnis, das wiederholt bearbeitet wird, bis eine Gewöhnung der Angstreaktion eintritt (► Kap. 12).

Im Unterschied dazu wird in den narrativen Therapieverfahren nicht nur ein einzelnes Ereignis sondern die gesamte Biografie des Überlebenden aufgearbeitet und schriftlich festgehalten. Dieses Vorgehen wird insbesondere Menschen gerecht, die über lange Zeit und mehrfach traumatisiert wurden. Bei diesen Patienten ist es oft gar nicht möglich, vor der Behandlung das schlimmste Ereignis zu definieren, da im Gedächtnis die verschiedenen Episoden vermischt werden und nicht mehr abgrenzbar sind. Darüber hinaus ist bei diesen Patienten oftmals der Zugang zur Erinnerung an ganze Lebensphasen beeinträchtigt und das identitätsstiftende Potenzial auch der angenehmen Erlebnisse bleibt verborgen. Eine Aufarbeitung der gesamten Lebensgeschichte ermöglicht, sich sowohl in den belastenden, als auch in den angenehmen Schlüsselmomenten wieder zu erleben, um die Entwicklung der eigenen Persönlichkeit, der eigenen Stärken und Schwächen und vor allem auch der automatisierten Verhaltensmuster zu verstehen.

Der Schwerpunkt der Arbeit liegt auch bei den narrativen Verfahren in der Aufarbeitung der traumatischen Erlebnisse. Das Ziel ist die Rekonstruktion eines kalten Gedächtnisses, in dem alle heißen Elemente aus den belastenden Erfahrungen verortet und vergeschichtlicht worden sind. Zu diesem Zweck muss die sensorisch-perzeptuelle Erinnerung im therapeutischen Rahmen wieder aktiviert und von einer Narration begleitet werden. Insbesondere in der narrativen Expositionstherapie wurden für diesen Zweck Techniken der Gesprächsführung entwickelt, die auch bei schweren Traumatisierungen und bei der Neigung zur Dissoziation eine geleitete Narration erlauben (Schauer, Neuner & Elbert, 2005).

18.2 Narrative Expositionstherapie

Die narrative Expositionstherapie (NET) wurde ursprünglich zum Einsatz in Kriegs- und Krisengebieten entwickelt (Schauer, Neuner & Elbert, 2005), Be-

dingungen, in denen mehrfacher oder gar permanenter traumatischer Stress allgegenwärtig ist. Zunehmend wird aber erkannt, dass PTBS selten eine Reaktion auf nur eine traumatische Erfahrung darstellt. Vielmehr bildet es durch fehlende Kontextanbindung ein immer umfassenderes, um sich greifendes Furchtnetzwerk heraus, das infolge multipler traumatischer Erlebnisse (Kolassa & Elbert, 2007; Neuner et al., 2004a) zu viele Assoziationen, losgelöst vom Kontext bildet (Elbert et al., 2006). Dabei können sowohl häusliche Gewalterfahrungen als auch emotionale Vernachlässigungen wesentliche Bausteine in dieser Furchtstruktur darstellen (Catani et al., 2008). Entsprechend ist der Einsatz der NET als Therapie ein Behandlungsmodul, das auch bei einer großen Bandbreite von komplex traumatisierten Patienten denkbar ist, die z. B. unter den Folgen von Kindesmisshandlung und sexuellem Missbrauch leiden.

18.2.1 Voraussetzungen und Grundregeln

Auch wenn die NET ein besonders pragmatisches Verfahren ist, das je nach Setting und Kultur selbst in Krisengebieten, in Flüchtlingslagern, in Hütten oder auf einer Matte in einem Klassenzimmer durchführbar ist, bestehen einige formelle Empfehlungen und Voraussetzungen für den Kontext einer Behandlung mit NET.

Unter der Lupe

Die Therapie sollte idealerweise in eine Versorgungsstruktur eingepasst sein, in der die Identifikation von Patienten genauso gesichert ist wie die regelmäßige Supervision der Therapeuten und die Weiterleitung von Patienten mit anderen psychiatrischen Erkrankungen und neurologischen Störungen an Experten.

Neben der Kenntnisse der hier in Abrissen vorgestellten Theorie sollten die Therapeuten eine grundlegende Ausbildung in basalen therapeutischen Fähigkeiten erhalten haben wie die Fähigkeit

- zur Diagnostik der wesentlichen psychischen Störungen,
- zu empathischem Zuhören und
- zu grundlegenden Interventionen im sozialen Kontext.

Der Behandlungsrahmen sollte ein Minimum an Privatsphäre und Schutz für den Patienten erlauben, der Kontakt zwischen Therapeut und Patient ein Maximum an Transparenz und Wertschätzung. Termine sollten mit unbedingter Zuverlässigkeit eingehalten werden können. Die weiteren Grundregeln der Therapie, wie Schweigepflicht, Fürsorgepflicht, Vorhersagbarkeit und Transparenz werden im Manual der NET (Schauer et al., 2005a) eingehender erläutert.

18.2.2 Struktur der Therapie

Die Anzahl der NET-Sitzungen ist flexibel und hängt vor allem von den Möglichkeiten des therapeutischen Settings ab. In Studien wurden unter Feldbedingungen erfolgreiche Therapien bereits mit 4 zweistündigen Sitzungen durchgeführt (Neuner et al., 2004b), in der Behandlung von schwer traumatisierten Folteropfern oder nach schwerem und wiederholtem sexuellem Missbrauch können auch bis zu 15 Sitzungen vereinbart werden, wobei für eine NET-Sitzung 90 min, manchmal auch mehr aufzuwenden sind. Die Sitzungen werden etwa im wöchentlichen Abstand durchgeführt. Es ist wichtig, vor der Behandlung die Anzahl der Sitzungen, in denen die NET durchgeführt werden soll, zu definieren, um so einen vermeidenden Aufschub der Bearbeitung der schlimmsten Erinnerungen zu verhindern.

Der NET geht eine Diagnostik voraus, in der die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung, der typischen komorbiden Symptome sowie der therapiebehindernden Faktoren und Ausschlusskriterien, wie etwa Substanzabhängigkeit, abgeklärt werden. Auf die Diagnostik folgt die Psychoedukation und die eingehende Vorbereitung sowie die Aufklärung des Patienten. Hier wird vom Patienten gefordert, sich für oder gegen die Behandlung mit NET zu entscheiden.

Unter der Lupe

Eine NET kann nur bei einer bewussten und aufgeklärten Entscheidung des Patienten begonnen werden.

Das nächste Element der Behandlung ist die sog. Lebenslinie. Dies ist eine Methode, in der mithilfe von kreativen Materialien (Blumen und Steine) symbolhaft der Verlauf des bisherigen Lebens mit den prägenden Erlebnissen rekonstruiert wird (s. unten). Der Bericht wird vom Therapeuten schriftlich festgehalten wobei zu Beginn einer Sitzung der Bericht der letzten Sitzung wieder vorgelesen und vom Patienten korrigiert wird. Daraufhin wird in der Lebensgeschichte fortgefahren, bis eine vollständige schriftliche Dokumentation der Lebensgeschichte einschließlich der traumatischen Erlebnisse entstanden ist. Dieser Bericht wird zum Abschluss von Therapeut und Patient unterzeichnet. Dadurch wird der Abschluss der Exposition im Rahmen der Behandlung markiert.

Psychoedukation und Lebenslinie

Eine Expositionstherapie erfordert eine eingehende Information des Patienten über PTBS, das Gedächtnismodell dieser Störung und das Vorgehen der Behandlung. Der Patient wird darüber informiert, dass im Laufe der Behandlung vermehrt Erinnerungen an die traumatischen Erlebnisse auftreten werden, was als belastend erlebt werden kann. Der Therapeut erläutert außerdem, dass daraufhin vermehrt Vermeidungsverhalten auftreten kann, und dass der er in diesem Fall versuchen wird, den Patienten mittels weiterer Psychoedukation in Behandlung zu halten, um einen Behandlungserfolg zu sichern. Begründet mit den vorliegenden Daten zu traumafokussierten Therapieverfahren im Allgemeinen (▶ Kap. 12) und zur NET insbesondere sowie auf der Grundlage eines Störungsmodells und der Bewertung vorangegangener, gescheiterter Bewältigungsversuche wird dem Patienten die NET nahegelegt.

Die Gesprächsführung in der Psychoedukation erfordert erhebliches Geschick und Einfühlungsvermögen.

Es ist essenziell, sich auf das intellektuelle, kulturelle und sprachliche Niveau des Patienten einzulassen.

Deshalb können standardisierte Texte hier nur wenig hilfreich sein. Wichtig ist, dass Psychoedukation hier eine Normalisierung der traumatischen Erlebnisse (*»weltweit sind derartige Ereignisse nicht selten«*) sowie eine Normalisierung und Legitimation der posttraumatischen Reaktionen (*»viele Menschen haben noch lange nach dem Ereignis Alpträume«*) anstrebt. Zur Vermittlung des Störungsmodells und des Behandlungsrationals können Metaphern hilfreich sein. Eine wirkungsvolle Methapher für das Traumagedächtnis ist das Bild eines Schrankes, in dem viele Gegenstände so weit durcheinander gestapelt sind, dass der Inhalt an die Tür drückt und die Tür nur mühsam geschlossen gehalten werden kann. Erst das Öffnen des Schrankes und das Aufräumen und erneute Einsortieren des herausfallenden Inhaltes in den Schrank ermöglicht, dass der Schrank von alleine geschlossen bleiben kann, wenn er nicht bewusst geöffnet wird.

Bei den Opfern politischer Gewalt kann eine politische Stellungnahme des Therapeuten, i. S. des Eintretens für die Menschenrechte und für die Opfer staatlicher Gewalt hilfreich sein. Das Behandlungsrational kann dann auch als gezielte Menschenrechtsarbeit interpretiert werden, indem die Dokumentation der Erlebnisse dem Schweigen der Opfer entgegenwirkt und eine politische und juristische Aufarbeitung der Erlebnisse ermöglicht.

Nach der bewussten Einwilligung des Patienten in die Therapie wird möglichst noch in der ersten Sitzung mit der Behandlung begonnen. Das erste Therapieelement ist die schon oben erwähnte Lebenslinie. Mithilfe eines Seiles, von verschiedenen Steinen unterschiedlicher Größe sowie Blüten unterschiedlicher Farbe und Größe legt der Patient seine Lebenslinie als Symbol für den Ablauf seines Lebens. Ziel der Lebenslinie ist die grobe Einordnung der wichtigsten Lebensereignisse und die erste Orientierung über den Ablauf des Lebens aus der Sicht der Patienten. Dem Therapeuten hilft die Lebenslinie bei der Planung der Therapiesitzungen, da ersichtlich wird, wie viele traumatische Erlebnisse in welcher Intensität zur erwarten sind. In der Arbeit mit der Lebenslinie werden die einzelnen Ereignisse benannt, aber es findet kein eingehender Bericht über die Ereignisse statt, dies ist der folgenden Exposition vorbehalten. Den Patienten zur Erinnerung traumatischer Stressoren anzuleiten, ohne dabei das Furchtnetzwerk zu aktivieren, erfordert Übung. Andernfalls besteht die Gefahr, dass bereits in dieser Sitzung Ängste aktiviert werden, ohne dass deren Habituation erlebt wird, wodurch sich bei Patient wie Therapeut die Angst vor der Angst verstärkt. Die Lebens-

linie wird, je nach Alter und Vorlieben der Patienten, entweder abgezeichnet oder vom Therapeuten fotografiert und dient in den weiteren Sitzungen als Orientierungshilfe über die Biografie.

Erarbeitung der Narration

Der wesentliche Anteil der Therapie besteht aus der narrativen Aufarbeitung der Lebensgeschichte. Hierbei wird die gesamte Lebensgeschichte, von Geburt bis zur heutigen Situation in einem schriftlichen Bericht festgehalten. Der Therapeut nimmt eine interessierte und aktive Haltung ein, und unterstützt den Patienten bei der stets chronologischen Erzählung. Schon vor Bericht der ersten traumatischen Lebensereignisse sollte der familiäre Hintergrund des Patienten erfasst worden sein. Der wesentliche Unterschied zu gewöhnlichen Anamneseerhebungen besteht darin, dass es nicht nur um die Erfassung von Fakten geht, sondern dass ein emotionaler und erlebnisnaher Bericht der Lebensereignisse angestrebt wird. Exploriert wird die gesamte Biografie, besonders ausführlich aber alle »Blumen« und »Steine« der Lebenslinie.

Auch wenn die meisten traumatischen Erlebnisse aufgrund der Lebenslinie im Zusammenhang der Narration vorhersehbar sein sollten, muss der Therapeut darauf gefasst sein, dass einzelne Ereignisse, die auf der Lebenslinie sehr unscheinbar aussehen, im Rahmen der Therapie ein unerwartetes Gewicht bekommen werden, und dass andere Ereignisse überraschend dazu kommen können. Einige Hinweise helfen dabei zu erkennen, dass der Patient sich der Erzählung eines traumatischen Erlebnisses nähert. Oftmals zeigt eine beobachtbare Nervosität und Aufregung, dass eine Furchtstruktur aktiviert wurde. Andere Patienten zeigen Vermeidungsverhalten und springen über bestimmte Lebensereignisse hinweg, erzählen schneller, oder wollen die Behandlung unterbrechen. In jedem Fall muss vor der Erzählung eines sehr belastenden oder traumatischen Ereignisses geklärt sein, dass in dieser Sitzung noch genügend Zeit zur Verfügung steht, um das Ereignis vollständig zu besprechen und einen Abschluss der Sitzung zu gestalten. Anderenfalls muss die Fortführung der Narration auf die nächste Sitzung verschoben werden.

Bei der Narration des traumatischen Erlebnisses nimmt der Therapeut eine deutlich begleitende Haltung ein und strukturiert das Gespräch. Erzählungen über Traumata sind gewöhnlich bruchstückhaft und durcheinander, nicht selten springen Patienten, geleitet von ihren intrusiven Erinnerungen, direkt zu den schmerzhaften Details am Höhepunkt (»Hot Spot«) des Ereignisses, mitunter sogar zu Erinnerungen eines weiteren traumatischen Ereignisses. Der Therapeut leitet den Patienten zu einer verlangsamten und streng chronologischen Erzählweise, die in ihrem Ablauf sehr detailliert erfolgt und in sich verständlich ist. Zentral ist nun die Abwechslung der Erzählung der kontextuellen und inhaltlichen Fakten der autobiografischen Repräsentation (*»Was passierte dann?«*) mit den Details der sensorisch-perzeptuellen Repräsentation. Da die Aktivierung der Erinnerung auch die Furchtstruktur aktiviert, kann nach sensorisch-perzeptuellen Details sowohl in der Vergangenheitsform (*»Was hast Du gesehen?«*, *»Was hast Du gespürt?«*) als auch in der Gegenwartsform (*»Was siehst Du gerade, wenn Du es jetzt erinnerst?«*, *»Was fühlst Du«?*) gefragt werden, um dann kontrastiert zu werden mit den Gedanken, Gefühlen, dem gesamten Erleben in der Gegenwart.

Unter der Lupe

Da sich viele Patienten in der Wahrnehmung ihrer körperlichen Empfindungen besonders schwer tun, ist hier die Unterstützung durch den Therapeuten besonders wichtig.

So können Beobachtungen des Therapeuten mitgeteilt und validiert werden, wobei eine Verbindung zwischen gegenwärtigen Beobachtungen und dem Zustand in der Vergangenheit angestrebt werden soll. z. B. *»Ich sehe dass Sie zittern, haben Sie damals auch gezittert?«*. In diesem Sinne soll im Laufe einer Narration die Verbindung zwischen heißen und kalten Gedächtnisinhalten hergestellt werden. Wenn dieser Prozess funktioniert, dann ist im Laufe der Narration eine Habituation der emotionalen Reaktion des Patienten zu beobachten. So werden Patienten ruhiger und es stellt sich eine Erleichterung ein. Diese Erfahrung ist eine wichtige Belohnung für den Patienten.

Unter keinen Umständen sollte eine Expositionssitzung beendet werden, bevor ein Minimum an Beruhigung oder Erleichterung beim Patienten eingetreten ist.

Geburt in Maruda/Sudan (Tag/Monat/Jahr)

8 Jahre alt: Genitalbeschneidung

Bis zum 10ten LJ: (Häusliche Gewalt) Vater misshandelt mich schwer, wenn er betrunken ist

Ich werde weggegeben zu einer Tante. Sie schlägt mich regelmässig mit dem Rohrstock

Sexueller Übergriff durch den Cousin mit 9 Jahren

18 Jahre alt: Heirat und Kinder geboren (Alter und Namen)

25 Jahre alt: Bombennächte in Yei-Stadt – der Bruder wird erschossen auf der Flucht

Alter Mann rettet uns im Busch – beherbergt und verpflegt uns

26 Jahre alt: Rebellen kommen ins Dorf – Vergewaltigung erleben und mit ansehen

Familie wird getrennt - Menschen auf der Flucht werden von wilden Tieren zerrissen

Erreichen die Grenze, Familie wieder vereint, Hilfsorganisation, Transit

28 Jahre alt: mein guter Mann stirbt – wir trauern - Kinder und ich sind arm und schutzlos

Zukunft: hoffe auf gute Nachbarschaft, daß meine Kinder gedeihen, daß sie zur Schule gehen können, daß die Felder fruchtbar bleiben– wünsche mir Frieden

Abb. 18.3. Beispiel einer Lebenslinie: Der Fall Agnes

Schließlich entsteht aus dieser Arbeit ein flüssiges, dichtes Narrativ, mit einer klassischen Erzählstruktur.

Der Fall Agnes

Agnes, eine Frau, die aus dem Sudan geflohen war, sagt auf die Frage nach ihrer Lebensgeschichte:

»Wir lebten in der Stadt Yei. Dann kam der Krieg und wir mussten fliehen. Mein Bruder wurde erschossen. Jetzt lebe ich in einem Flüchtlingslager.«

In der darauffolgenden Sitzung von 90 min konnte im Anschluss an diese Aussage die komplette Lebenslinie erarbeitet werden, die sehr viel mehr traumatische und traurige Lebenserfahrungen enthält, aber auch schöne Erlebnisse und wertvolle Momente und Ereignisse die Ressourcen darstellen (Abb. 18.3).

Hier ein beispielhafter Ausschnitt aus der Narration von Agnes. Es handelt sich dabei um eine Sequenz aus ihrem ersten »Stein«, die rituelle Geni-

talbeschneidung des kleinen Mädchens. Das Kind wurde ohne Vorwarnung mit 8 Jahren in der Hütte ihres Vaters beschnitten. Ihre Mutter hatte sie vom Spielen mit den anderen Kindern hereingeholt und ihr nur gesagt, dass jetzt etwas geschehen wird, was alle Mädchen erfahren, damit sie später verheiratet werden könnten.

***Fallbeispiel:* Agnes berichtet**

Die während der Erzählung erlebten und von Agnes geäußerten Empfindungen sind eingerückt dargestellt.

Wir saßen da und warteten. Erst genoss ich es. Meine Mutter nahm sich sonst keine Zeit für mich mitten am Tag. Ich lächelte sie an. Aber sie blickte stumm und mit verschlossenem Gesicht in die Ferne. Ich hörte Stimmen im Nebenraum und fragte meine Mutter, was das zu bedeuten hätte. Sie sprach nicht mit mir. In diesem Moment wurde ich nervös. Vielleicht weil meine Mutter feuchte Hände bekam, das konnte ich in meiner linken Hand spüren, die sie hielt. Dann stand sie plötzlich auf, packte mich fest und zog mich zum Nebenraum. Ich wollte nicht gehen und sträubte mich. Da wurde sie wütend und zog noch mehr. In diesem Moment wusste ich, dass etwas nicht stimmte. Mein Herz begann zu klopfen. Kurz überlegte ich, ob ich wohl Schläge bekommen würde, ob ich etwas Böses angestellt hatte? Schon betraten wir den Raum. Es waren viele Frauen dort. Aber ich konnte keine Kinder sehen.

Wenn ich jetzt davon erzähle, zittere ich. Meine Hände und Füße sind kalt. Ich spüre etwas von der Angst von damals.

Es roch nach Petroleum und Kräutern. Viel konnte ich nicht erkennen. Das Fenster war mir gegenüber. Sonst war es dämmerig im Raum. Meine nackten Füße betraten den Boden, da sah ich, dass verschiedene Dinge am Boden ausgebreitet waren. Tuch und Schere und Flüssigkeiten und ein Messer mitten darin! Manches kannte ich nicht. Aber das Messer! Ich erschrak zu Tode! Ich nahm sonst nichts mehr um mich herum wahr. Klein und scharf war es. Ich kannte es. Es war das Messer, mit dem bei uns die Tiere zum Verbluten gebracht wurden!

(Patientin atmet schnell. Sie zeichnet ein Messer auf ein Blatt Papier und erklärt der Therapeutin dabei. Als die Zeichnung fertig ist, sagt sie, sie fühle sich gerade, wie damals mit 8 Jahren an diesem Nachmittag.)

Meine Gedanken rasten. Nichts machte mehr Sinn. Ich sah »Die-mit-dem-Messer-geht«, wie wir sie nannten. Bis zu diesem Tag habe ich noch nicht verstanden, warum sie so genannt wurde. Sie trug ein traditionelles Kostüm mit einem »wrappa« in dunkler Farbe und einer Kopfbedeckung. Sie war eine alte Frau, ich kannte sie aus dem Dorf. Aber ich wusste bis zu diesem Tag nicht, was sie eigentlich tat. Sie richtete einen kalten Blick auf mich mit ihren halbblinden Augen. In diesem Moment versuchte ich zu fliehen. Ich machte mich von der Hand meiner Mutter los und rannte zur Türe. Sofort blockierten mehrere Frauen mit ihren Körpern den Ausgang. Ich konnte nicht hinaus. Sie starrten mich an und kamen näher. So, als wäre ich ein Schlachtvieh. Als sie bei mir waren, hielten sie mich an den Armen und zogen mir mit Gewalt die Hose aus.

Ich spüre jetzt die schmerzenden Griffe am Oberarm. (Patientin beginnt zu weinen).

Ich war so verzweifelt, ich weinte und schrie, als mich meine Mutter zusammen mit zwei anderen Frauen von hinten packte. Ich strampelte und kämpfte.

Ich kann jetzt die Anstrengung in meinen Beinen spüren. Ich schwitze. Mein Herz rast.

Sie drückten mich auf den Boden gegenüber dem Fenster. Ich hörte, wie der Riegel der Türe zugeschoben wurde. Ich war so verwirrt. Das waren doch meine Leute. Aber niemand half mir. Keiner hatte Mitleid. »Die-mit-dem-Messer-geht« kniete sich langsam in der Hocke vor mir hin. Ich war nackt. Meine Mutter saß hinter mir und hielt mich dabei mit eisernem Griff fest und zog meinen Oberkörper zurück.

Ich höre jetzt meine Schreie von damals. Meine Beine fühlen sich an wie gelähmt. Mein Körper zittert.

Die Frauen waren voller Grausamkeit. Sie taten alles mit Hass. Meine Mutter schrie mich an, ich solle stark sein. Sie beruhigte mich nicht. Es schrie aber weiter aus mir.

Es scheint mir jetzt, als wollten sie mich vernichten. Vielleicht brauchten sie die Wut, um mir das anzutun.

▼

»Die-mit-dem-Messer-geht« stopfte mir den Mund mit Stoff zu. Es kam so plötzlich. Ich würgte und versuchte den Stoff auszuspucken. Aber meine Mutter hielt zusätzlich ihre Hand auf meinen Mund. Ich bekam keine Luft mehr. Da geriet ich in Panik. Ich strampelte und kämpfte mit meinen Beinen. Die beiden großen, schweren Frauen jedoch fingen meine Füße und zogen je an einem meiner kleinen Beine und spreizten sie auseinander. Die eine saß links von mir, die andere rechts. Und jede band sich eines meiner Beine an ihre großen Schenkel. Jetzt war ich gefesselt zwischen diesen 3 Frauen. Konnte nur noch an die Decke sehen. Da hörte ich plötzlich den schrillen Gesang. Es war laut im Raum und mein Herz raste. Als ich bemerkte, dass ich mich nicht mehr bewegen konnte, bekam ich Todesangst.

Ich fühle mich wie gelähmt. Mein Kopf ist ganz leer. Ich bin froh, dass ich gerade nicht alleine bin, wie sonst, wenn diese Erinnerung kommt. Hier im Raum sieht es ganz anders aus. Es gibt Bilder. Es ist hell.

Ich saß nackt auf dem Tuch am Boden. Jeder konnte meine Scheide sehen. Ich schämte mich sehr. Die Alte schaute mit Verachtung im Blick zwischen meine Beine. Gleichzeitig spürte ich, wie kalt ich innerlich wurde. Ich hatte Angst zu sterben. Ich dachte, jetzt schlitzen sie mich mit dem Messer auf, dann lassen sie mich ausbluten! ...

Die Narration wird an dieser Stelle höchster Erregung noch einmal verlangsamt, um sicher zu gehen, dass die Patientin Gelegenheit hat, diesen subjektiv schlimmsten Moment genau zu verstehen. Ruhig und einfühlsam hilft die Therapeutin alle Gedanken, Gefühle, Körpersensationen und die Bedeutungsinhalte des Geschehens in Zeitlupe genauestens zu rekonstruieren, während das Ereignis noch einmal »als ob« wiedererfahren wird; nur langsamer, in kleineren Portionen sozusagen, die nicht überflutend wirken. Gleichzeitig wird das Erleben während der traumatischen Situation damals ständig kontrastiert mit dem Erleben im Hier und Jetzt und mit dem Kontext in der Gegenwart. Damit wird der Patientin kontinuierlich deutlich, dass es sich hier nur um eine Erinnerung handelt. Nach und nach kommt es zur Beruhigung der Erregung. Die Erzählung wird vollständiger, die Distanz zum Damals größer. In dieser Weise wird die NET fortgeführt bis über den Höhepunkt der Angst hinaus, bis in der Chronologie der Ereignisse von damals ein relativ sicherer Ort erreicht wurde. Die Erarbeitung einer solchen kompletten Szene gemäß den Regeln der NET dauert ca. 60 min, also noch einmal ca. 30–40 min über den Punkt hinaus, an dem dieser Ausschnitt endet.

Unmittelbar nach der Exposition haben Patienten unterschiedliche Bedürfnisse. Nicht selten wird nun die Bedeutung dieses Ereignisses aus einer distanzierteren Metaebene reflektiert. Der Therapeut kann diese Reflexion begleiten, wobei auch kognitive Interventionen zur Hinterfragung von Schuld- und Schamgefühlen eingesetzt werden können.

In jeder folgenden Sitzung wird die in der vorangegangenen Sitzung erstellte Narration wieder vorgelesen. Dem Patienten, der angeleitet wird, sich die Ereignisse während des Lesens erneut erlebnisnah vorzustellen, wird die Möglichkeit gegeben, die Geschichte weiter zu elaborieren, mögliche Fehler zu korrigieren. Wichtig ist auch für neue Einsichten und Kommentare Raum zu lassen. Im Anschluss daran wird die Narration der Lebensgeschichte fortgeführt.

Die letzte NET-Sitzung beinhaltet einen rituellen Abschluss der Exposition. Die fertige Dokumentation wird erneut vorgelesen und vom Therapeuten, Patienten und etwaigen Zeugen wie Dolmetschern oder Praktikanten unterzeichnet.

Unter der Lupe

Die Verwendung der Dokumente wird besprochen, wobei bei Opfern politischer Gewalt Möglichkeiten und Gefahren der Menschenrechtsarbeit diskutiert werden. Mit dem Unterzeichnen der Dokumente ist die NET vorläufig abgeschlossen.

Für den Fall, dass in den folgenden Wochen die Symptomatik nicht abklingt oder, etwa nach einem neuen Lebensereignis, erneut verstärkt auftritt, kann die NET ausschnittsweise wiederholt werden, wobei auf die bereits erstellte Dokumentation zurückgegriffen werden sollte. Selbst gegenüber erfahrenen Therapeuten kann durch Schuld oder Scham ein traumatisches Erlebnis verborgen werden. Es kann daher sinnvoll sein, mit dem Patienten die Schuld- und Schamfragen abschließend zu erörtern.

18.2.3 Umgang mit Dissoziation

Während lebensbedrohlicher Situationen, in denen der Mensch dem übermächtigen Grauen, dem Horror, dem Missbrauch und der Gewalt ausgeliefert ist, versucht der Organismus auf evolutiv bewährte Mechanismen zurückzugreifen, um zu überleben. Dabei läuft, abhängig von der eigenen körperlichen Disposition sowie der Art der Bedrohung und der Näherung des Angreifers, eine Verteidigungskaskade ab: Nach einer Orientierungs- oder Schreckreaktion wird zunächst eine starke sympathische Erregung auslöst, die das Flucht- oder Kampfverhalten unterstützt. Wenn der Bedrohung damit nicht begegnet werden kann und die Hilflosigkeit dominiert, stellt verschwinden körperliche und kognitive Funktionen als Folge eines vasovagalen Überhanges (Schauer & Elbert, 2008). Im Furchtnetzwerk des Traumas (■ Abb. 18.2) koppeln sich bei Überlebenden Reaktionsdispositionen an, die bei künftiger Aktivierung des Furchtnetzwerkes jeweils rasch die ganze Verteidigungskaskade durchlaufen lassen wie damals.

Auch später, bei der therapeutischen Exposition, kann diese Sequenz von Verhaltensweisen durchlebt werden, d. h., es werden diejenigen Stufen dominant, die peritraumatisch aktiviert worden waren. Nach Schauer & Elbert (2008) müssen somit im Wesentlichen zwei unterschiedliche physiologische und kognitive Reaktionsweisen unterschieden werden:

1. Erlebnisse, bei denen die Verteidigungskaskade bei starker Aktivierung mit Kampf und Flucht stehen blieb und
2. Erlebnisse, die darüber hinausgehend zur Erschlaffung und Dissoziation bis hin zur Ohnmacht (»Totstellen«) führten.

Wenn traumatische Erlebnisse unter Begleitemotionen von Hilflosigkeit und Angst wie folgt charakterisiert sind, ist Dissoziation als Überlebensreaktion wahrscheinlicher z. B.

- bei Penetration der Körperöffnungen,
- angesichts massiven Blutverlustes oder
- in Anwesenheit von Körperflüssigkeiten.

Derartige Ereignisse sind typischerweise durch Ekelreaktionen gekennzeichnet.

Unter der Lupe

Dissoziation bei späterer Erinnerung oder während der Narration bedeutet, dass (insbesondere auf der Ebene der thalamischen Gates) eine zunehmende funktionelle sensorische Blockade, quasi eine Deafferenzierung stattfindet. Gleichzeitig kommt es zu einer Lähmung der Willkürmuskulatur und zu einer Unfähigkeit, Sprache angemessen zu produzieren und zu verarbeiten. Damit können sinnliche Reize nicht mehr angemessen verarbeitet werden und nach einer Phase tonischer Immobilität erschlafft der Körper und der Mensch reagiert nicht mehr, weder auf interne noch auf externe Reize. Die Endorphinausschüttung bedingt eine somatische Analgesie sowie eine emotionale Taubheit in diesem Stadium.

Wurde von dem Opfer derartig schrecklicher Erfahrungen einmal gelernt, die Verteidigungskaskade ganz, also bis zu dissoziativen Verhaltensweisen zu durchlaufen, so ist – nach der dargestellten Theorie des Furchtnetzwerks – wahrscheinlich, dass dies auch bei Bedrohungen oder Erinnerungen geschieht, die anderweitig eine eher sympathisch dominierte Alarmreaktion auslösen würden. Mitunter wird bei Personen mit dieser Reaktionsdisposition von »Komplextrauma« gesprochen, wobei der Begriff eher auf klinischer Beobachtung denn auf theoretisch fundierter psychophysiologischer Erkenntnis basiert und somit bisher nicht einheitlich definiert ist.

Um in derartigen Fällen Traumaaufarbeitung, Mitteilung und emotionales Durcharbeiten zu ermöglichen, ist es essenziell, dass dissoziativen Reaktionen - die sich früh anhand vagaler Dominanz bei Aktivierung des Furchtnetzwerkes ablesen ließen – während der therapeutischen Sitzung entgegengewirkt wird. Therapeuten, die mangels Kenntnis der psychophysiologischen Vorgänge nicht rechtzeitig intervenieren, werden nicht nur feststellen, dass die Patienten verstummen, sondern sich im Körpertonus deutlich verändern, nicht mehr ansprechbar und kaum mehr zu orientieren sind. Womöglich erleiden sie einen psychogenen Ohnmachtsanfall. Derartige Unkenntnis gibt Raum für die Angst des Therapeuten vor einer Exposition; in gemeinsamer Konspiration von Therapeut und Patient wird nun

jede weitere Exposition vermieden. Von größter Bedeutung ist daher die Kenntnis des Therapeuten und die wiederholte Psychoedukation des Patienten über eben diese Vorgänge.

Die Lebenslinie fällt bei dissoziativen Patienten nicht sehr repräsentativ aus. Die meisten solcher traumatischen Sequenzen sind in diesen Fällen vor der NET nur implizit verfügbar. Erst im Laufe der biografischen Arbeit werden sie explizit zugänglich, oftmals überraschend für den Patienten. Die Lebenslinie gibt jetzt keine ausreichende Orientierung für die therapeutische Arbeit. Vielmehr sind die »Steine« der chronologischen Reihe nach zu bearbeiten.

Wichtig ist, dass in Sequenzen, die peritraumatisch mit Dissoziation einhergingen, dem Patienten aktiv geholfen wird, seinen Kreislauf in der Sitzung zu stabilisieren (z. B. durch angewandte Anspannung). Wichtig ist ebenfalls, dass durch ständige Reorientierung in der gegenwärtigen Realität Dissoziation verhindert wird.

Unter der Lupe

Anders als bei verlängerter Exposition (▶ Kap. 12) ist es daher beim ersten Durchgang in solchen Fällen von Bedeutung, die traumatische Szene in ihrem Ablauf zügig und bei guter Aktivierung durchzuarbeiten. Erst in einem zweiten und eventuell dritten Durchgang kann vermehrt in die Tiefe des Erlebens eingetaucht werden und Ekel- und Schamgefühle genauer exploriert werden, ohne befürchten zu müssen, dass einsetzende Dissoziation den Prozess der narrativen Exposition verunmöglicht. Lange Sprechpausen und Entspannungsübungen sind kontraindiziert. Sie geben Raum für vasovagalen Überhang.

Voraussetzung für eine Konfrontation von Traumata dieser Art ist es ferner, dass die Therapeutin gut ausgebildet und in der Lage ist, stark stützend die Narration zu ermöglichen. Sie darf keine Zeit verlieren und sollte flott verbalisieren, eng beim Erleben der Patientin bleibend, ständig feinfühlig und kompetent die Ebenen der Gedanken, Gefühle, Körpersensationen, vor allem aber auch die Bedeutung des Geschehens explorieren, um den Menschen vertrauensvoll, zuverlässig und ohne zögern durch das Trauma hindurch zu begleiten (Schauer & Elbert, in Vorbereitung).

18.2.4 Wirksamkeit

Die NET gehört zu den vergleichsweise gut untersuchten Therapieverfahren der PTBS. Für Opfer von multiplen Traumata wie Krieg, staatliche Gewalt und bei Flüchtlingen ist sie die am besten untersuchte Therapieform, wobei sowohl Einzelfallstudien (Neuner, Schauer, Elbert, & Roth, 2002; Schauer et al., 2004), Gruppenstudien (Onyut et al., 2005) wie auch randomisiert kontrollierte Therapiestudien veröffentlich wurden (Bichescu, Neuner, Schauer, & Elbert, 2007; Neuner et al., 2004a; Neuner et al., 2008b; Schaal, Elbert, & Neuner, 2008). Weitere randomisierte, kontrollierte Therapiestudien sind abgeschlossen und zur Veröffentlichung eingereicht.

In der Zusammenschau zeigen die Befunde, dass die NET in der Behandlung der PTBS statistisch und klinisch besser ist als eine

- Warteliste,
- unterstützende Beratung,
- kurze interpersonale Therapie,
- Standardbehandlung im Gesundheitswesen und
- stabilisierende, symptomorientierte Therapie.

Die NET wurde mit einer sehr großen Bandbreite von Patienten getestet, etwa mit Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und Senioren im höheren Lebensalter, deren traumatische Erlebnisse schon viele Jahrzehnte zurückliegen.

Unter der Lupe

Das Besondere an der NET ist, dass sie vergleichsweise wenig Ansprüche an das therapeutische Setting stellt. So kann sie auch von entsprechend ausgewählten und geschulten Personen ohne Hochschulbildung in den Bedingungen eines afrikanischen Flüchtlingslagers durchgeführt werden (Neuner et al., 2008b).

In unterschiedlichen Studien wurde gezeigt, dass NET neben einer Reduktion der PTBS auch eine Verbesserung der Trauersymptome und Depression (Schaal et al., 2008) sowie der körperlichen Be-

schwerden (Neuner et al., 2008b) bewirken kann. Nach einer NET scheinen sich abnormale oszillatorische Aktivitäten zu normalisieren (Schauer et al., 2006). Einschlusskriterium der Studien war die Diagnose einer PTBS, wobei komorbide Diagnosen und eine komplexe Symptomatik nicht ausgeschlossen wurden und in den meisten Studien in hohem Maße vorlag. In den Studien wurden keine Verschlechterungen der Symptomatik durch die NET festgestellt.

Unter der Lupe

Somit kann die NET als gut evaluierte Therapieform und nachgewiesenermaßen risikoarme Behandlungsform empfohlen werden.

18.3 Andere narrative Verfahren

Definition

Narrative Verfahren, wie die NET, definieren sich dadurch, dass in systematischer Weise Berichten über traumatisches Erleben Raum gegeben wird, vor allem also dadurch, dass ohne Angst den Zeugen des Schreckens zugehört wird.

Insofern sind sie Bestandteil der meisten gegenwärtigen Interventionsverfahren bei Traumaüberlebenden. Allerdings beschränken die meisten traumafokussierten Module dies auf ein oder auf ein vermeintlich wesentliches traumatisches Erlebnis. Diese zeitliche Beschränkung war bei der Erarbeitung von Zeugenaussagen, wie von Lira und Weinstein in den 1970er Jahren bei Überlebenden des Pinochet-Regimes eingesetzt (Cienfuegos & Monelli, 1983), allerdings nicht möglich. In ihrer Testimonytherapie beobachteten die Autoren eine heilende Wirkung der schonungslosen Zeugenaussagen über eine Lebenszeitperiode hinweg. Erst die Erkenntnis aber, dass traumatische Erfahrungen kumulativ zu zunehmender seelischer Belastung und letztlich zu Erkrankungen des Traumaspektrums führen (Kolassa & Elbert, 2007; Neuner et al., 2004a), verlangt nach der gesamten Aufarbeitung im Lebensverlauf, wie in der NET vorgeschlagen.

Lebenrückblickstherapie: Ein weiteres derartiges Verfahren wurde von Maercker (2002; Maercker & Zöllner, 2002) aus Erkenntnissen der Gerontopsychologie entwickelt. Die Autoren weisen darauf hin, dass insbesondere im Alter der narrativ erarbeitete Lebensrückblick heilende Wirkung für PTBS aber auch Depression und Selbstzweifel im Alter haben kann. In einer 10–13 Sitzungen umfassenden strukturierten Life-Review-Therapie (Lebensrückblickstherapie, LRT) wird der Schwerpunkt dabei auf die Bewertung der aufeinanderfolgenden Lebensphasen gelegt, um so die Integration des Traumas in die eigene Lebensbilanz zu ermöglichen. Wie die Blumen und Steine der »Lebenslinie« (■ Abb. 18.3) werden dabei positive und negative Erfahrungen bilanziert und explizit Lebensperioden zugeordnet, wobei – im Gegensatz zur NET – die Sitzungen nach Lebensabschnitten untergliedert werden. Im Verlauf der Narration werden positive Bewältigungsstrategien gewürdigt und verstärkt. Am Ende überschatten nicht mehr nur traumatische Erinnerungen das ganze Leben, sondern es werden auch die positiven Erfahrungen und Lebensabschnitte in der Bilanz berücksichtigt. Entsprechend stellt Maercker (2002) eine Reduktion der PTBS-Symptomatik im Verlauf der LRT von 3 Patienten vor, denen er ein erweitertes Verständnis des jetzigen Selbst und eine veränderte Bedeutungskonstruktion früherer Lebensabschnitte bescheinigt.

Unter der Lupe

Offensichtlich erleichtert der natürliche Wunsch alter Menschen, ihr Leben abschließend gewichten und bewerten, quasi bilanzieren zu wollen narrative Therapiebausteine. Dieser Prozess könnte auch die hohe Effektivität der NET bei alten Menschen erklären (Bichescu et al., 2007 berichten eine Effektstärke von über 3 für PTBS und 1 bei Depression, allerdings sind die Werte aufgrund der geringen Stichprobengröße mit Vorsicht zu bewerten).

Es ist mithin denkbar, dass die in der Gerontopsychologie angewandten LRT-Techniken zusammen mit NET-geleiteter Wiedererfahrung ein sehr wertvolles Modul in der Behandlung seelischen Leidens bei älteren Menschen darstellen könnten.

KIDNET: Aber nicht nur am Lebensende sondern auch bei Kindern scheinen narrative Verfahren be-

sonders wirksam. So zeigen Ruf et al. (in Druck), dass »KIDNET«, eine kinderfreundliche Version von NET unter Einsatz kreativer Elemente (Neuner et al., 2008a; Ruf et al., 2007) bei multipler Traumatisierung hochwirksam sein kein (Ruf et al., in Druck). Eine Zusammenfassung narrativer Verfahren, insbesondere für Kinder, haben Lustig & Tennakoon (2008) erarbeitet.

18.4 Was heilt bei narrativen Verfahren?

In der hier vorgestellten Theorie wird die Wirksamkeit narrativer Verfahren einerseits mit der expliziten sprachlichen Repräsentation andererseits mit der Hemmung bzw. Umformung des Furchtnetzwerkes erklärt. Habituation der Angst wäre dann die Folge und weniger die Ursache verringerter traumatischer Symptome. Wie Kaminer (2006) in ihrem Literaturüberblick ausführt, werden neben diesen drei Faktoren aber auch weitere drei Wirkfaktoren diskutiert:

1. emotionale Karthasis,
2. Entwicklung einer Erklärung des Traumas sowie
3. Identifikation von Ursachen und von Verantwortlichen des Grauens.

Die beiden letztgenannten Faktoren sind integraler Bestandteil narrativer Verfahren. Es ist jedoch unklar, ob es durch die Aufarbeitung auch zu »posttraumatic growth« in dem Sinne kommt, dass die traumatischen Erfahrungen auch als eigene Geschichte des Wiederstandes, des Überlebens und damit künftiger Unverletzlichkeit verstanden werden können.

Katharsis in dem Sinne verstanden, dass bereits der Ausdruck oder besser die Erfahrung tiefer, unterdrückter traumabezogener Gefühle hilfreich sein könnte, verwechselt Ursache und Wirkung: Erst wenn die Aktivierung des heißen Gedächtnisses an kalte Repräsentation des »hot spots« gekoppelt wird, ergibt sich der heilsame Effekt. Während noch Breuer u. Freud (1895) berichten, dass »die einzelnen hysterischen Symptome sogleich und ohne Wiederkehr verschwanden, wenn es gelungen war, die Erinnerung an den veranlassenden Vorgang zu voller Helligkeit zu erwecken und damit auch den begleitenden Affect wachzurufen« wird bereits von Freud selbst (1916) die Wirksamkeit der Katharsis bezweifelt. Nach der hier vorgestellten Theorie erklären sich die ursprünglichen Erfolge von Breuer und Freud aus eben der »Erinnerung an den veranlassenden Vorgang« und legen nahe, dass der kathartische emotionale Ausdruck an sich keine klinische Besserung bringt, wenn nicht gleichzeitig die kognitive Verarbeitung gefördert wird (Pennebaker & Seagal, 1999). Allerdings bedingt die erste gezielte Aktivierung von Elementen des Furchtnetzwerkes notwendig starken emotionalen Ausdruck.

Unter der Lupe

Abschließend sei also darauf hingewiesen, dass die Wirksamkeit der NET nicht »nur« auf dem Traumafokus sondern auch auf der Psychoedukation über die seelischen Wunden, auf der Restrukturierung des kalten Gedächtnisses, auf der Reorganisation bzw. Hemmung der Erinnerung an den »hot spot«, auf dem »In-Worte-fassen«, also der linguistischen Repräsentation der Narration, sowie auf der kognitiven Neubewertung insbesondere von Scham und Schuld und letztlich auch auf der Anerkennung des Leidens durch den Therapeuten beruht.

Literatur

Bichescu, D., Neuner, F., Schauer, M. & Elbert, T. (2007). Narrative exposure therapy for political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression. *BehaviourResearch and Therapy, 45* (9), 2212–2220.

Breuer, J. & Freud, S. (1895) *Studien über Hysterie*. (erhältlich über http://books.google.com/)

Brewin, C. R. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy, 39*(4), 373–393.

Catani C., Jacob, N., Schauer, M., Kohila, M., Neuner, F. (2008). Family violence, war, and natural disasters: A study of the effect of extreme stress on children's mental health in Sri Lanka. *BMC Psychiatry, 8*, 33.

Conway, M. A. & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review, 107* (2), 261–288.

Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38* (4), 319–345.

Elbert T., Rockstroh B., Kolassa I.T., Schauer M., Neuner F. (2006) The influence of organized violence and terror on brain and mind – a co-constructive perspective. In P. Baltes, P. Reuter-Lorenz & F. Rösler (Eds.), *Lifespan development and the brain: the perspective of biocultural co-constructivism* (pp. 326–349). Cambridge: University Press.

Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99,* 20–35.

Kaminer, D. (2006). Healing processes in trauma narratives: a review. *South African Journal of Psychology, 36* (3), 481–499.

Kim, J. J. & Yoon, K. S. (1998). Stress: metaplastic effects in the hippocampus. *Trends in Neurosciences, 21* (12), 505–509.

Kolassa, I. T., Elbert, T. (2007). Structural and functional neuroplasticity in relation to traumatic stress. *Current Directions in Psychological Science, 16,* 326–329.

Lang, P. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. Psychophysiology, 16 (6), 495–512.

Lang, P. (1984). Dead souls: Or why the neurobehavioral science of emotion should pay attention to cognitive science. In: T.Elbert et al. (Eds.) *Self-regulation of the brain and behavior* (pp. 255–272). Berlin: Springer.

Lustig, S. L. & Tennakoon, L. (2008). Testimonials, narratives, stories, and drawings: child refugees as witnesses. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 17,* 569–584.

Maercker, A. (2002). Life-review technique in the treatment of PTSD in elderly patients: rationale and three single case studies. *Journal of Clinical Geropsychology, 8* (3), 239–249.

Maercker, A. & Zöllner T. (2002). Life-Review-Therapie als spezifische Form der Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen im Alter. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 23* (2), 213–225.

Metcalfe, J. & Jacobs, W. (1996). A »hot-system/cool-system« view of memory under stress. *PTSD Research Quarterly, 7* (2), 1–3.

Neuner, F. (2008). Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? *Verhaltenstherapie, 18,* 109–118.

Neuner, F., Catani, C., Ruf, M., Schauer, E., Schauer, M. & Elbert, T. (2008a). Narrative Exposure Therapy for the treatment of traumatized children and adolescents (KIDNET): From neuro-cognitive theory to field intervention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 17,* 641–664.

Neuner, F., Onyut, P. L., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, E. & Elbert, T. (2008b). Treatment of posttraumatic stress disorder by trained lay counsellors in an African refugee settlement: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76* (4), 686–694.

Neuner, F., Schauer, M., Elbert, T. & Roth, W. T. (2002). A narrative exposure treatment as intervention in a Macedonia's refugee camp: a case report. *Journal of Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 30,* 205–209.

Neuner, F., Schauer, M., Karunakara, U., Klaschik, C., Robert C., Elbert, T. (2004a). Psychological trauma and evidence for enhanced vulnerability for PTSD through previous trauma in West Nile refugees. *BMC Psychiatry 4* (1), 34.

Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U. & Elbert, T. (2004b). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counselling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an african refugee settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72* (4), 579–587.

Onyut, P. L., Neuner, F., Schauer, E., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, M., Elbert, T., (2005). Narrative Exposure Therapy as a treatment for child war survivors with posttraumatic stress disorder: Two case reports and a pilot study in an African refugee settlement. *BMC Psychiatry, 5,* 7.

Pennebaker, J. W. & Seagal, J. D. (1999). Forming a story: The health benefits of narrative. *Journal of Clinical Psychology. 55* (10), 1243–1254.

Pitman, R. K., Shalev, A. Y. & Orr, S. P. (2000). Posttraumatic stress disorder: emotion, conditioning and memory. In M. S. Gazzaniga (Ed.), *The new cognitive neurosciences.* (Vol. 2) Cambridge: MIT Press.

Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Schauer, E., Catani, C., Elbert, T. (2007). KIDNET– Narrative Expositionstherapie für Kinder. In M. Landolt & T. Hensel (Hrsg.). *Traumatherapie mit Kindern.* Göttingen: Hogrefe, S. 84–110.

Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Catani, C., Schauer, E., Elbert, T. (2009). Narrative Exposure Therapy for 7 to 16-year-olds – a randomized controlled trial with traumatized refugee children. (im Druck).

Rosenthal, G. (1997). Traumatische Familienvergangenheiten. In G. Rosenthal (Ed.), *Der Holocaust im Leben von drei Generationen* (S. 40) Gießen: Psychosozial-Verlag.

Schaal, S., Elbert, T. & Neuner, F. (2008). Narrative Exposure Therapy versus Interpersonal Psychotherapy – A Pilot Randomized Controlled Trial with Rwandan Genocide Orphans. *Psychotherapy and Psychosomatics,* in press.

Schauer, E., Neuner, F., Elbert, T., Ertl, V., Onyut, L. P., Odenwald, M. et al. (2004). Narrative Exposure Therapy in children: a case study. *Intervention, 2* (1), 18–38.

Schauer, M. & Elbert, T. (2008). *Psychophysiology of the defence cascade – Implications for the treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) and dissociative disorders.* Invited Lecture. Society for Applied Neuroscience, Biennial SAN Conference, Seville, 2008; http://www.applied-neuroscience.org/

Schauer, M., Neuner, F. & Elbert, T. (2005). *Narrative Exposure Therapy – a short term intervention for traumatic stress disorders after war, terror or torture.* Göttingen: Hogrefe & Huber.

Schauer, M., Elbert T., Gotthardt, S., Rockstroh, B., Odenwald, M., Neuner, F. (2006). Wiedererfahrung durch Psychotherapie modifiziert Geist und Gehirn. *Verhaltenstherapie, 16,* 96–103.

Tulving, E. (2001). Episodic memory and common sense: how far apart? *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences, 356* (1413), 1505–1515.