

Vergangenheit ohne Zukunft?!

Wie Krieg, Folter und Trauma Bindung erschweren

Vortrag im Rahmen der Fortbildung
„Magnetfeld Bindung“ des Bundesverband
Katholischer Ehe-, Familien- und Lebensberaterinnen und -berater e.V.

Der Arbeitskontext:

Das Kompetenzzentrum Psychotraumatologie in Konstanz¹ wurde gegründet als Kooperation zwischen der Universität Konstanz und der Nicht-Regierungsorganisation vivo international e.V.². Durch die besondere Verbindung von Forschung und Praxis, von Wissenschaft und Hilfeleistungen, konnten in den vergangenen Jahren nicht nur zahlreichen Geflüchteten zu einer verbesserten psychischen Gesundheit verholfen werden, sondern auch wertvolle wissenschaftliche Erkenntnisse über die Zusammenhänge von traumatischen Lebensereignissen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und anderen psychischen Erkrankungen, körperlichen Beschwerden, Suizidalität, der transgenerationalen Weitergabe und weiteren Faktoren gewonnen werden. Es werden psychodiagnostische Untersuchungen anhand von standardisierten und validierten Instrumenten, wie beispielsweise der LEC-5 und dem PCL-5 durchgeführt und – bei entsprechender Indikation – den Geflüchteten Traumatherapie angeboten. Dabei findet vorwiegend die Narrative Expositionstherapie Anwendung.

Die Situation geflüchteter Menschen

Bei geflüchteten Menschen wird vielfach vom „triple-trauma Paradigma“ gesprochen. Dies bezeichnet die besondere Situation, dass häufig sowohl vor, während als auch nach der Flucht das Leben der Betroffenen von Unsicherheiten, Verlusten, Angst, Lebensbedrohung etc. gekennzeichnet war. Generell ist die psychische Gesundheit Geflüchteter Menschen schlechter als die der Vergleichsbevölkerung im Aufnahmeland; dabei sind insbesondere die Prävalenzen der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und Depression hoch. Beispielsweise fanden Führer, Eichner & Stang in einer Stichprobe Prävalenzen von 55% für Depression, 30% für Angststörungen und 18% für PTBS (Führer, Eichner & Stang, 2016)³. Am Kompetenzzentrum Psychotraumatologie zeigen sich – auch aufgrund der Stichprobenselektion – deutlich höhere Prävalenzen: 86% der bei uns angemeldeten Personen erfüllen die Kriterien einer PTBS, 68,6% die einer Depression; bei 65% liegen beide Diagnosen komorbid vor. Besonders hohe Raten von PTBS zeigen sich dabei bei Opfern von Folter, im Gegensatz zu Opfern von Naturgewalten oder Unfällen.

¹ <https://www.psychologie.uni-konstanz.de/ag-elbert/einrichtungen/kompetenzzentrum-psychotraumatologie/>

² <http://www.vivo.org/>

Hintergrund I:

Was heißt „Trauma“ eigentlich?

In den vergangenen Jahren hat der Begriff „Trauma“ in einem immer größeren Ausmaß Verwendung gefunden. Je nach Kontext besteht dabei mehr oder weniger große Berührungspunkte und Unsicherheiten, die sich unter anderem in einer diffusen Verwendung des Begriffes begründen. Darum folgt zunächst eine Klärung der Terminologie entsprechend dem DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), das deutlich strengere Kriterien als das ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) enthält.

„Trauma“ als „Traumatisches Ereignis“

Als traumatische Ereignisse gelten nach dem DSM-V das Erleben oder die Bedrohung mit Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt in einer oder mehreren der folgenden Formen:

- Direktes Erleben
- Direktes Zeugen bei anderen Personen
- Mitteilung, dass eines der traumatischen Ereignisse einem engen Familienmitglied oder einem Freund/einer Freundin widerfahren ist. Im Falle eines Todesfalles (drohenden Todes) muss dieser durch einen Unfall oder eine Gewalthandlung eingetreten sein.
- Wiederholte Konfrontation mit Wiederholte Konfrontation mit aversiven Details traumatischer Ereignisse (z.B. NotfallhelferInnen, die Leichteile einsammeln; PolizeibeamtInnen, die wiederholt Bilder kindlichen Missbrauchs sichten)

„Trauma“ als Posttraumatische Belastungsstörung“

Die Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung umfassen entsprechend der aktuellen Ausgabe des DSM-V (APA, 2013) folgende Kriterien:

Kriterium A: Vorliegen eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse

(s.o.)

Kriterium B: Intrusionen

(mind. 1 Symptom, das mit dem traumat. Ereignis assoziiert ist und nach diesem auftritt)

1. Wiederholte eindringliche belastende Erinnerungen
2. Wiederholte und belastende Alpträume von dem Ereignis
3. Dissoziative Symptome (z. B. Flashbacks), in denen die Person fühlt oder handelt, als ob sich die traumatische Situation gerade wiederholt
4. Intensive oder anhaltende emotionale Reaktion bei Erinnerung an das Ereignis
5. Intensive oder anhaltende körperliche Reaktion bei Erinnerung an das Ereignis

Kriterium C: Vermeidung

(mind. 1 Symptom)

1. Vermeidung belastender Erinnerungen, Gedanken oder Gefühlen, die mit dem Ereignis in Verbindung stehen.
2. Vermeidung externer Reize, die an das Ereignis erinnern (Personen, Orte, Unterhaltungen, Aktivitäten, Situationen)

Kriterium D: Negative Veränderungen der Kognitionen und der Stimmung

(mind. 2 Symptome)

1. Unfähigkeit sich an wichtige Aspekte des Ereignisses zu erinnern
2. Überdauernde und übersteigert negative Kognitionen oder Erwartungen in Bezug auf sich selbst, andere oder die Welt (z. B. „ich bin schlecht“, man kann niemandem trauen“, „die gesamte Welt ist gefährlich“)
3. Andauernde kognitive Verzerrungen in Hinblick auf die Ursachen oder die Folgen der traumatischen Situation -> Schuldvorwürfe gegen sich selbst oder andere
4. Anhaltende negative Emotionen (z. B. Angst, Furcht, Ärger, Schuld, Scham)
5. Deutlich vermindertes Interesse an wichtigen Aktivitäten
6. Gefühl der Entfremdung von anderen Personen
7. Anhaltende Unfähigkeit, positive Emotionen zu empfinden (z. B. Zufriedenheit, Liebe)

Kriterium E: Hyperarousal und Reagibilität

(mind. 2 Symptome)

1. Irritabilität und aggressive Ausbrüche (ohne oder nach geringer Provokation)
2. Rücksichtslosigkeit und selbstzerstörerisches Verhalten
3. Gesteigerte Wachsamkeit
4. Übertriebene Schreckreaktionen
5. Konzentrationsschwierigkeiten
6. Schlafstörungen (Ein- oder Durchschlafstörungen, unruhiger Schlaf)

Kriterium F: Dauer

Das Störungsbild (Kriterien B, C, D und E) besteht seit mehr als vier Wochen

Kriterium G: Bedeutsame Einschränkungen in Lebenszufriedenheit und Funktionalität

Das Störungsbild verursacht klinisch bedeutsames Leiden oder eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen oder anderer bedeutsamer Fähigkeiten.

Kriterium H: Ausschluss anderer Ursachen

Das Störungsbild ist nicht auf physiologische Effekte von Substanzen (z. B. Medikamente, Alkohol) oder eine andere körperliche Erkrankung zurückzuführen.

Spezifikationen:

PTBS mit verzögertem Beginn, wenn die diagnostischen Kriterien vollständig erst 6 Monate nach dem traumatischen Ereignis erfüllt sind (einige der Symptome können schon unmittelbar nach dem Trauma auftreten).

Hintergrund II:

Wie funktioniert unser autobiographisches Gedächtnis?

Das autobiographische Gedächtnis eines Menschen kann (nach Lang) unterteilt werden in folgende Kategorien: Wissen über spezifische Ereignisse, Wissen über Lebensabschnitte, Wissen über generelle Ereignisse („Kalte Erinnerung“). Daneben existieren ereignisspezifische emotional-sensorische Netzwerke („Heiße Erinnerung“). Die „Kalte Erinnerung“ umfasst Informationen zu Orten, Daten, Fakten, und wird vor allem im Hippocampus konsolidiert. Für die Bildung der „heißen“ Erinnerung ist vor allem die Amygdala zuständig. Unter der Einwirkung von starkem Stress steigt die Aktivität der Amygdala, während die Aktivität des Hippocampus unter starkem Stress massiv abfällt.

Erlebt eine Person nur einige wenige traumatische Ereignisse, bleibt die Zuordnung der kalten Informationen zu den heißen Informationen gut erhalten. Werden aber zu viele traumatische Ereignisse erlebt, bildet sich ein Furchtnetzwerk aus Erinnerungen, bei dem die „kalten“ Elemente (faktisch – wann, wo) immer mehr in den Hintergrund treten, die heißen Elemente (sensorische Eindrücke, Gedanken, Gefühle, Körperempfinden während der traumatischen Situation) jedoch immer stärker durch die gleichzeitige Aktivierung verknüpft werden.

So kann bei der Aktivierung eines einzigen heißen Erinnerungselements (z.B. ich rieche Rauch) das gesamte Furchtnetzwerk aus heißen Erinnerungen aller traumatischer Erlebnisse aktiviert werden, inkl. Körperempfinden, sensorischen Eindrücken, Gefühlen, Gedanken. Dadurch sind die bedrohlichen Erfahrungen nie vorüber, sondern bleiben gegenwärtig und werden von dem Betroffenen als aktuelle Bedrohung im „Hier und Jetzt“ wahrgenommen.

Entsprechend konnte in mehreren Studien festgestellt werden, dass die Wahrscheinlichkeit, eine Posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln, mit der Anzahl der Arten der verschiedenen traumatischen Events steigt, nicht mit der Anzahl der erlebten Ereignisse. Dieses Phänomen wird „building block Effekt“ genannt, und ist vor dem Hintergrund des Furchtnetzwerks verständlich – je mehr verschiedenartige Elemente in diesem Netzwerk enthalten sind, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, im Alltag „getriggert“ zu werden.

Implikationen für eine Traumatherapie

Im Rahmen einer Traumatherapie mit multipel und komplex traumatisierten Personen ist es folglich unabdingbar, eine tragfähige, vertrauensvolle Beziehung mit den KlientInnen aufzubauen, die erlebten traumatischen Ereignisse in biografisch-chronologischer Reihenfolge zu bearbeiten, und eine Narration über die gesamte Lebensspanne zu erstellen – und so das Gedächtnis zu re-strukturieren, die kalten Elemente wieder stärker an die zugehörigen heißen Elemente zu knüpfen, damit der Erlebte verortet und vergeschichtlicht werden kann im Sinne der zeitlichen, räumlichen und kontextualen Zuordnung.

Die Narrative Expositionstherapie

Die Narrative Expositionstherapie, entwickelt von Schauer, Elbert und Neuner, ist eine Kurzzeit-Psychotherapie (10-12 Doppelsitzungen), die evidenzbasiert, kulturübergreifend und niederschwellig ist. Sie beachtet die Art und Weise, wie Traumatisierungen entstehen, und wurde den theoretischen und praktischen Erkenntnissen entsprechend (s.o.) entwickelt.

In ihrem Ablauf umfasst sie nach einer ausführlichen Diagnostik Psychoedukation, das Legen der Lifeline, Expositionssitzungen, und eine Abschlusssitzung. Bei der Lebenslinie wird durch ein Seil das Leben des/der PatientIn dargestellt; ein Ende ist aufgerollt und symbolisiert die noch ungewisse Zukunft. In chronologischer Reihenfolge werden anhand von Blumen schöne Ereignisse und Ressourcen, anhand von Steinen traumatische, angstbesetzte Erfahrungen, anhand von Kerzen trauerbesetzte Erfahrungen, und anhand von Stöcken Ereignisse mit eigenen Tatanteilen des/der PatientIn benannt und symbolisiert.



In den folgenden Sitzungen werden die „größten“ Steine und Blumen per narrativer Exposition bearbeitet. Dabei leitet der/die TherapeutIn den/die PatientIn in strukturierter Weise an, das damalige Ereignis zu erzählen und in der Erzählung wieder zu erleben. Dabei werden alle Ebenen der Erinnerung (Perzeptionen, Kognitionen, Emotionen, Körperempfindungen UND räumlicher & zeitlicher Kontext) abgefragt und ständig mit dem „Hier“ und „Jetzt“ kontrastiert. Dabei wird das traumatische Ereignis so lange besprochen, bis das Gedächtnis reorganisiert wird (die „heißen“ mit den „kalten“ Gedächtnisinhalten verknüpft werden) und die Angstreaktion – wie bei jeder Angstexposition - nachlässt.

Die Narration wird von der/dem TherapeutIn verschriftlicht und in der folgenden Sitzung vorgelesen. So kann der/die PatientIn Korrekturen vornehmen, und es kommt zu einer Abnahme der Intensität der Angstreaktion (Habituation). Auf diese Weise wird die Narration fortgeführt, bis ein komplettes Dokument über die Biographie und Lebensgeschichte der Person entstanden ist.

Zum Abschluss der Therapie wird entweder erneut die Lebenslinie gelegt oder die gesamte Narration vorgelesen. Dann wird die Narration von allen Anwesenden (PatientIn, TherapeutIn, ggf. DolmetscherIn) unterschrieben und der Person übergeben/im Archiv aufbewahrt. Es wird besprochen, wie mit dem Dokument weiter verfahren werden soll (Menschenrechtsarbeit, Kinderrechtsorganisationen, etc.). Der/Die PatientIn wird verabschiedet, und ggf. zu einer Nachuntersuchung eingeladen.

Wirksamkeit der NET:

Randomisiert kontrollierte Studien zum Therapie-Erfolg der NET zeigen durchgängig hohe Effektstärken der NET für die Behandlung der PTBS im Vergleich zu anderen Therapieverfahren und zu Wartegruppenbedingungen in verschiedensten PatientInnengruppen (ehem. KindersoldatInnen, Überlebende des zweiten Weltkrieges, Folteropfer, Opfer häuslicher Gewalt, Folteropfer, ...). Des Weiteren zeigen sich in manchen Studien auch Reduktionen der komorbiden Symptome (Depression, Suizidalität, somatische Beschwerden). Auch eine Verbesserung der körperlichen Gesundheit im Sinne der Immundefunktionen konnte nach Abschluss einer Therapie nachgewiesen werden.

Zusammenfassung und ergänzende Kommentare

Traumatisierung im Sinne des Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung kann als Störung des autobiographischen Gedächtnisses in Folge starken Stresserebens verstanden werden, denn das „Hier und Jetzt“ kann nicht mehr vom „Damals und Dort“ getrennt werden. Vor dem Hintergrund des Furchtnetzwerks und des Building Block Effekts sind die Symptome der PTBS erklärbar. Die Narrative Expositionstherapie ist dabei ein kulturübergreifendes, wirksames, evidenzbasiertes Kurzzeitverfahren zur Behandlung, das den Fokus auf die Re-Strukturierung des Gedächtnisses und so eine Rückkehr ins „Hier und Jetzt“ ermöglicht. Durch die Erstellung einer verschriftlichten Narration liegt dabei neben der korrigierenden Beziehungserfahrung auch ein Fokus auf der Neuinterpretation der Ereignisse und ihrer Bedeutsamkeit für das Leben, der Wiedererlangung von Würde und der Erfüllung des Wunsches nach Validierung und Anerkennung des geschehenen Leids.

Im Nachgang an den Vortrag wurde ich von einigen KonferenzteilnehmerInnen gefragt, wie ich mit der ständigen Konfrontation mit diesen traumatischen Geschichten „so gut“ umgehen könne. Dazu drei Gedanken: Zum Einen bin ich während der Traumatherapie in einer Situation, in der ich aktiv helfen kann und der Ohnmacht, Hilflosigkeit und Sprachlosigkeit etwas entgegensetzen kann. Zum Anderen ist das Leid bereits geschehen, und ich kann die

Vergangenheit nicht ändern – so gern ich das manchmal auch würde – aber ich kann den Überlebenden helfen, die Einzelteile ihrer Biographie zu betrachten und sie darin begleiten, sie wieder zu einem kohärenten Bild zusammenzufügen. Und zuletzt ist mir in einem Gespräch mein Konfirmationspruch wieder eingefallen, der möglicherweise hier auch seine Mitwirkung hat:

Gott hat uns nicht gegeben den Geist der Furcht,
sondern der Kraft, der Liebe und der Besonnenheit.
(2. Tim 1, 7)

Literaturauswahl und weiterführende Informationen

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Führer, A., Eichner, F., & Stang, A. (2016). Morbidity of asylum seekers in a medium-sized German city. *European journal of epidemiology*, *31*(7), 703-706.

Lang, P. in *Emotions: Essays on Emotion Theory* (eds van Goozen, S. H. M., van de Poll, N. E. & Sergeant, J. A.) 61–93 (Erlbaum, New York, 1994)

Neuner, F., Catani, C., Ruf, M., Schauer, E., Schauer, M., & Elbert, T. (2008). Narrative exposure therapy for the treatment of traumatized children and adolescents (KidNET): from neurocognitive theory to field intervention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, *17*(3), 641-664.

Robjant, K., & Fazel, M. (2010). The emerging evidence for narrative exposure therapy: A review. *Clinical psychology review*, *30*(8), 1030-1039.

Schauer, M., Elbert, T., & Neuner, F. (2017). Narrative Expositionstherapie (NET) für Menschen nach Gewalt und Flucht Narrative Exposure Therapy (NET) for survivors of violence and forced migration. *Psychotherapeut*, *62*(4), 306-313.

Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2017). Narrative exposure therapy for children and adolescents (KIDNET). In *Evidence-Based Treatments for Trauma Related Disorders in Children and Adolescents* (pp. 227-250). Springer, Cham.

Schauer, M., Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2011). *Narrative exposure therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders*. Hogrefe Publishing.

<https://www.psychologie.uni-konstanz.de/ag-elbert/einrichtungen/kompetenzzentrum-psychotraumatologie/>

<http://www.vivo.org/>