

Narrative Expositionstherapie zur Behandlung von Traumafolgestörungen

Nadja Jacob^{a, b}, Sarah Wilker^{a, c}, Dorothea Isele^{a, d}

^a vivo international e.V., Konstanz, Deutschland

^b Psychiatrie Baselland, Tagesklinik Liestal, Liestal, Schweiz

^c Klinische und Biologische Psychologie, Institut für Psychologie und Pädagogik, Universität Ulm, Ulm, Deutschland

^d Klinische Psychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie, Goethe Universität Frankfurt, Frankfurt am Main, Deutschland

Summary

Large-scale social upheavals have profound effects at the level of the individual, primarily in the form of trauma-related psychological disorders. Narrative exposure therapy (NET) was developed and assessed to treat post-traumatic stress disorder (PTSD) in survivors of multiple traumas from crisis regions. NET works by drawing out the intense but fragmented traumatic memories from the patient and helping them to integrate them into a coherent, chronological life story, in conjunction with trauma exposure therapy. To date, this method has proven successful in treating refugees fleeing from violence, those traumatized by occupational experience, survivors of natural disasters, as well as patients receiving clinical primary care. It has also been adapted to specific populations (children, perpetrators of violence) and various comorbid syndromes (grief, borderline, somatization, aggression, dissociation). In this review, the currently available literature regarding the clinical and physiological effectiveness of NET is described. NET has a high rate of acceptance by patients, provides significant and stable reduction in PTSD symptoms, comorbid syndromes, and improves health, when compared to waiting lists or other active control conditions without trauma confrontation. Furthermore, NET has been shown to be effective in many different cultures, as well as in clinical settings lacking in resources. It has also been successfully disseminated to local specialists treating numerous traumatized patients. NET for the treatment of children (KIDNET) likewise exhibits great acceptance and effectiveness. The current data available using NET to reduce appetitive aggression should be viewed as preliminary and requires further evaluation.

Key words: trauma; post-traumatic stress disorder; trauma therapy; narrative exposure therapy; dissemination



Einführung

Ursprung und historischer Hintergrund der NET

Infolge zahlreicher Kriege und Konflikte mit Folter und Terror steigen die Flüchtlingszahlen weltweit.

Ende 2015 lagen die Schätzungen bei mehr als 60 Millionen Menschen [1]. Gewalt und Deprivation haben zerstörende Folgen auf die psychische Gesundheit, was zu einem psychiatrischen Notstand mit pandemischem Ausmass führt [2]. Forscher zu Traumafolgestörungen in Kriegspopulationen berichten über psychische Störungen bei 20–50% der Befragten [3–10]. Ein vielschichtiger Kreislauf der Gewalt findet auf individueller sowie auf gesellschaftlicher Ebene statt [9, 11–20]. Nach der oft Monate dauernden Flucht folgen schwierige Lebensbedingungen in den Zielländern mit weiteren belastenden und traumatischen Erlebnissen, die negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit haben [12, 21, 22].

Die Anzahl unterschiedlicher traumatischer Erlebnistypen (Bausteineffekt) ist der wichtigste Faktor zur Entwicklung von Traumafolgestörungen [12, 23–26], wie von der Arbeitsgruppe um Elbert, Schauer und Neuner [27] bei sudanesischen Flüchtlingen in Uganda [28, 29], kosovarischen Flüchtlingen in Mazedonien [30] und tamilischen Kindern im Norden von Sri Lanka [16] beschrieben wurde. Zahlreiche Überlebende organisierter Gewalt mit multiplen traumatischen Erlebnissen und jetzt in instabilen Lebensumständen in Flüchtlingslagern bedurften und bedürfen einer Behandlung. Schauer, Neuner und Elbert folgerten, dass auf der Basis limitierter zeitlicher, medizinischer und finanzieller Ressourcen eine pragmatische und auch für die lokalen Gemeinschaften umsetzbare sowie adaptierbare Intervention benötigt wird – inklusive wissenschaftlicher Evaluation der Methode. Unter Berücksichtigung neurobiologischer Erkenntnisse [31] sowie der Integration von Elementen nachweislich wirksamer Expositionstherapie [32] konzipierten sie ein entsprechendes Behandlungsrational, das auf einer chronologischen Rekonstruktion der konsistenten deklarativen (autobiografischen) Repräsentation aller traumatischen Erlebnisse basiert.

Um die politischen und menschenrechtlichen Aspekte, Kultur und Persönlichkeit angemessen zu würdigen und gleichzeitig zahlreiche traumatische Erlebnisse zu bearbeiten, ist ein biografisch-erzählendes Herangehen, wie von Cienfuegos und Monelli [33] in Chile zur Behandlung der Opfer des Pinochet-Regimes implementiert, naheliegend [33–35]. Eine Integration dieser Ansätze stellte die Entwicklung der Narrativen Expositionstherapie (NET) dar [30, 36]. Nach ersten vielversprechenden Behandlungsfällen und Therapiestudien [37–40] wurde das englischsprachige NET-Manual entwickelt [36], überarbeitet [41] sowie in sechs weitere Sprachen übersetzt (Japanisch, Französisch, Holländisch, Italienisch, Koreanisch, Slowenisch). Forschungsgruppen um Elbert, Schauer und Neuner haben Adaptionen der NET zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen [42] sowie Gewalttätern [43] entwickelt. Sie haben die internationale gemeinnützige Organisation «vivo international» gegründet mit der Zielsetzung, wissenschaftliche Psychotraumatologie-Forschung mit der klinischen Praxis zu verbinden und für Menschenrechte einzutreten (www.vivo.org).

PTBS und Traumafolgestörungen

Eine häufige Traumafolgestörung ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) [16, 44], gekennzeichnet durch das intrusive Wiedererleben der traumatischen Erfahrungen, Vermeidung trauma-assoziiierter Erinnerungen oder Reize, dauerhafte negative Veränderungen von Emotion und Gedanken sowie Übererregung. Etwa 80% der Gewaltüberlebenden mit PTBS leiden zusätzlich unter komorbiden psychiatrischen Störungen,

In jüngeren Forschungsarbeiten wird kognitive Prozessen und dissoziativen Zuständen eine zentralere Bedeutung für die Entstehung und Aufrechterhaltung der PTBS beigemessen.

insbesondere Depression [45–47]. Für Kinder existieren vergleichbare Befunde zur psychischen Gesundheit [48]. In einem systematischen Übersichtsartikel wurde bei Flüchtlingskindern eine Prävalenz ernsthafter psychischer Störungen von 11–17% beschrieben [49]. Diese Forschungsarbeiten verdeutlichen, dass – wie aus evolutionärer Perspektive erwartbar – alle Menschen psychische Störungen als Folge von Trauma und sozialem Ausschluss entwickeln können. Kulturspezifisch unterscheidet sich lediglich der Ausdruck der Symptome und die Reaktion darauf [50–53].

Die PTBS-Diagnose wurde seit ihrer Einführung dynamisch weiterentwickelt. In jüngeren Forschungsarbeiten wird insbesondere kognitiven Prozessen sowie dissoziativen Zuständen eine zentralere Bedeutung für

die Entstehung und Aufrechterhaltung der PTBS beigemessen [54–56]. Sowohl DSM-5 als auch ICD-11 revidieren dementsprechend die diagnostischen Kriterien [56, 57]. Darüber hinaus fordern einige Wissenschaftler, dass der unterschiedlichen Art, Schwere und Komplexität traumatischer Erfahrungen und der sich daraus entwickelnden Symptomatik Rechnung getragen wird [47, 58–64]. Basierend auf diesem Forschungsstand ist im ICD-11 die Diagnose einer komplexen PTBS nach wiederholter/andauernder Traumatisierung vorgesehen [65, 66]. Die APA führte im DSM-5 einen dissoziativen PTBS-Subtypus ein [57].

Schauer und Elbert erforschten ein «Abwehr-Modell», das auf der evolutionsbiologisch bedingten peri-traumatischen Reaktion des Überlebenden basiert [67]. Diese stellt eine Kaskade von Verhaltensweisen mit sechs dynamischen Verteidigungs- und Überlebensreaktionen dar (Aufmerksamkeitsstarre, Flucht, Kampf, tonische und progrediente schlaffe Immobilität bis hin zur Ohnmacht). Basierend auf früheren Erfahrungen des Individuums wird jeweils die optimale Adaptation an die Faktoren «Abwehrmöglichkeiten» und «Fluchtfähigkeit in Relation zu den Mitteln der Bedrohung des Angreifers» ausgeführt [43, 68]. Der Überlebende entwickelt eine entsprechende posttraumatische Reaktion mit vorwiegender «Flucht-Kampf-Reaktion» bei Aktivierung des sympathischen Nervensystems oder «Shut-down/Dissoziations-Reaktion» bei Aktivierung des parasympathischen Nervensystems [43, 67].

Grundlagen der Behandlung von Traumafolgestörungen

Internationale Psychotherapie-Richtlinien empfehlen eine vierwöchige achtsame und unterstützende Begleitung nach dem Erleben eines Traumas. Im Falle einer mit einem Diagnoseinstrument bestätigten weiterhin bestehenden PTBS-Diagnose sollte eine ambulante individuelle Trauma-fokussierte kognitiv-behaviorale Therapie einer medikamentösen Behandlung vorgezogen werden [69, 70]. Empirisch gestützte Psychotherapien für Überlebende von Traumata beinhalten Psychoedukation, implizite oder explizite Emotionsregulation, Bewältigungsstrategien, imaginative Exposition, kognitive und emotionale Verarbeitung, Restrukturierung und/oder Bedeutungsgebung sowie Modifikation von Gedächtnisprozessen zur Erarbeitung eines kohärenten Traumanarrativs [54, 71–77].

Die Richtlinien empfehlen unterstützende und stabilisierende Interventionen im Kontext anhaltender Gewalt wie z.B. häuslicher Gewalt oder politischer Verfolgung [69]. Vor dem Beginn einer Expositionstherapie sollten adäquate Behandlungsvoraussetzungen

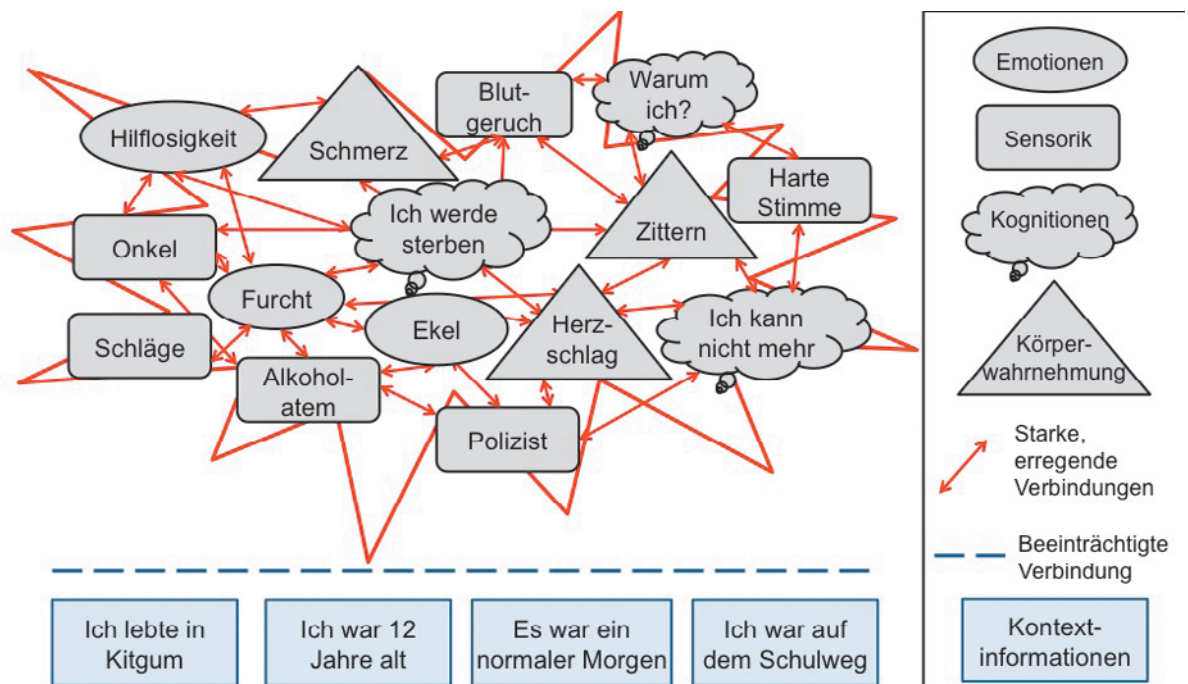


Abbildung 1: Das «Furchtnetzwerkmodell» geht davon aus, dass die so genannten «heissen» Informationen eines traumatischen Ereignisses (Emotionen, Sinneseindrücke, Kognitionen und Körperphysiologie) in einem hoch assoziativen Gedächtnisnetzwerk gespeichert werden.

gesichert werden, die geeignete Rahmenbedingungen der Therapie wie beispielsweise die Unterstützung der Angehörigen umfassen [69, 78, 79]. Aus dem Expositionsrationale und den zugrundeliegenden Wirkfaktoren leiten sich als Voraussetzung für eine erfolgreiche Expositionstherapie zudem eine Stabilität im Sinne der emotionalen Schwingungsfähigkeit, ausreichende Konzentrationsfähigkeit, Verbindlichkeit in Terminwahrnehmung, Selbstregulationsmechanismen, Absprachefähigkeit bezüglich Eigen- und Fremdgefährdung sowie die zeitliche und örtliche Differenzierungsfähigkeit des Patienten ab [41, 80].

Wie bei jeder anderen störungsspezifischen Behandlungsmethode sind die Indikationsstellung (vorrangig zu behandelnde PTBS-Problematik), die Bereitschaft des Patienten (etabliert durch Vertrauen in die therapeutische Beziehung) und die erwartbaren ausreichenden zeitlichen Ressourcen grundlegende Voraussetzungen. Bei Komorbidität der PTBS ist ein Behandlungsplan zu erarbeiten, der sich an der primären Störung sowie an der Schwere der Symptomatik orientiert. Ein Baustein sollte die Traumakonfrontation sein [69].

NET als Ansatz zur Behandlung von PTBS

Theoretische und physiologische Grundlagen

Intensive angstauslösende Erinnerungen, die mit «Hier und Jetzt»-Qualität wieder erlebt werden, sind charakteristisch für die PTBS [81]. Gleichzeitig leiden

die Betroffenen unter fehlenden Möglichkeiten der willentlichen Erinnerungssteuerung [82]. Diese Gedächtnisphänomene sind in verschiedensten Ländern und Kulturen in ähnlicher Weise beschrieben [50]. Zentrale theoretische Modelle zur Entstehung, Aufrechterhaltung und Therapie der PTBS rücken daher Gedächtnisprozesse in den Mittelpunkt [83–88]. All diesen Modellen ist die Annahme gemein, dass die sensorisch-emotionalen Elemente traumatischer Erinnerungen besonders stark konsolidiert werden, wohingegen die Erinnerungen an die dazugehörigen Kontextinformationen, wie die Einordnung in Raum und Zeit, weniger elaboriert und nur unzulänglich an die Erinnerung assoziiert werden.

Das «Furchtnetzwerkmodell» [87–91], das die theoretische Grundlage der NET darstellt, integriert Erkenntnisse der Neurobiologie. Dabei geht das Modell davon aus, dass die so genannten «heissen» Informationen eines traumatischen Ereignisses (Emotionen, Sinneseindrücke, Kognitionen und Körperphysiologie) in einem hoch assoziativen Gedächtnisnetzwerk, dem «Furchtnetzwerk», gespeichert werden (Abb. 1). Die Aktivierung der Stressachsen des Körpers, des Sympathikus und der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrindendachse, und die damit verbundene Ausschüttung von Adrenalin und Noradrenalin bzw. Cortisol führen zu einer Aktivierung der basolateralen Amygdala, welche die starke Konsolidierung emotional-sensorischer Gedächtnisinhalte begünstigt [92]. Dieser Mechanismus ist zunächst adaptiv, da er dazu

führt, dass mit Gefahr verbundene Sinnesreize besonders gut gespeichert werden. Ähnliche Situationen können folglich in Zukunft vermieden werden [93, 94], jedoch begünstigt der Mechanismus bei wiederholten Traumata die Entstehung von PTBS.

Multiple traumatische Ereignisse aktivieren dasselbe Netzwerk. Die «heissen» Elemente werden an das bestehende Netzwerk angeknüpft. Gleichzeitig wird es mit steigender Anzahl traumatischer Erinnerungen immer schwieriger, die dazugehörigen «kalten» Kontextinformationen adäquat zu differenzieren und zu erinnern.

Studien legen nahe, dass der Hippocampus, eine Gehirnstruktur, die zentral für explizite Erinnerungen und Kontextdifferenzierung ist, durch Stresshormone in seiner Funktionalität eingeschränkt wird. In Tierversuchen geht extremer Stress mit neurotoxischen Effekten für den Hippocampus einher [95, 96]. Auch bei Patienten mit PTBS konnte in Studien eine Verringerung des Hippocampus-Volumens beobachtet werden [97, 98]. Entsprechend kann das Modell erklären, warum es gerade mit steigender Anzahl traumatischer Ereignisse zu einer immer leichteren Aktivierung des «Furchtnetzwerkes» kommt und somit zu intrusivem Wiedererleben der traumatischen Ereignisse. Dies widerspiegelt sich auch in neurobiologischen Befunden, die eine leichtere Aktivierbarkeit der Amygdala bei PTBS zeigten [82]. Jedes Element des Furchtnetzwerkes kann bei Aktivierung zum Auslöser für die Trauma-Symptomatik werden [90].

Von hoher klinischer Relevanz ist, dass es mit steigender Anzahl von Traumatisierungen und PTBS zu einem entsprechend erhöhten Krankheitsrisiko für entzündliche Erkrankungen, Herz-Kreislauf-erkrankungen, Autoimmunerkrankungen, Stoffwechselerkrankungen und Krebs kommt [99–102]. Einige der zugrundeliegenden Mechanismen sind beschrieben und umfassen stressbedingte Veränderungen der Immunzellen [103], Botenstoffe des Immunsystems [104], beschleunigte Alterung durch Telomerverkürzung [105] oder vermehrte DNA-Schädigung [106].

Durchführung von NET

Das Erzählen von Geschichten ist ein kulturübergreifendes verbindendes Ritual [40, 107, 108] und dient der NET als Grundlage, was eine interkulturelle Anwendbarkeit und Dissemination erleichtert. Neben dem Senken der PTBS-Symptomlast sind das Wiedererlangen des Entwicklungspotentials sowie eine Integration und ein Verständnis für die Erlebnisse wesentliche Ziele der Behandlung [40, 42, 109]. Durch das empathisch-aktive Zuhören des Therapeuten werden kor-

rigierende Beziehungserfahrungen ermöglicht und die Person und ihre Biographie erfährt Würdigung [41]. Der Kurzzeitansatz ermöglicht bei grossem Bedarf eine ökonomische Herangehensweise und die Chronologie gibt der Therapie eine grundlegende Logik. Die chronologische Bearbeitung der Lebensgeschichte ermöglicht zudem die Wertschätzung der gesamten Lebensgeschichte, und das Wiedererlangen von Würde und einer Identität als Überlebender, die systematische Bearbeitung der multiplen Traumata und somit auch das empathische Einfühlen in die peri- und post-traumatischen Reaktionen des Betroffenen [51].

Das Erzählen von Geschichten dient der NET als Grundlage.

Bei der Behandlung mit NET ist keine ausführliche Phase zum Erlernen von Strategien der Emotionsregulation vor dem Beginn der Traumaexposition vorgesehen. Stattdessen beinhalten die diagnostische Abklärung vor Therapiebeginn sowie die Durchführung der NET stabilisierend wirkende Elemente [78].

Die NET beginnt mit einer ausführlichen Diagnostik in Form eines strukturierten Interviews, in dem neben den traumatischen Erfahrungen und der PTBS-Symptomschwere auch komorbide Symptome, Suizidalität und Fremdgefährdung abgeklärt werden. Gegebenenfalls werden sichernde Massnahmen eingeleitet. Nach einer ausführlichen Aufklärung und Psychoedukation (die aufgrund des besseren Verständnisses für die eigenen Symptome ebenfalls stabilisierend wirkt) wird anschliessend die «Lebenslinie» gelegt – eine symbolische Repräsentation des Lebens in Form einer Kordel [110, 111]. Der Therapeut leitet den Patienten an, in chronologischer Reihenfolge schöne (Blumen) und belastende Erfahrungen (Steine) sowie Trauerereignisse (Kerzen) zu legen. Diese Übung hilft, die Erlebnisse in eine chronologische Ordnung zu bringen, eine Gesamtgestalt seiner Biographie aus allozentrischer Perspektive zu erleben, also in der Draufschau [41, 79, 111], sowie die «Narration» der Lebensgeschichte in den darauffolgenden Sitzungen zu strukturieren und zu planen [109, 110, 112]. Thematisiert werden ausschliesslich «kalte» Gedächtnisinhalte [111].

Im Anschluss lädt der Therapeut zur chronologischen Erzählung seines Patienten ein. Die therapeutische Haltung ist dabei offen und empathisch, gleichzeitig stark stützend und direktiv. Der Fokus wird auf die traumatischen Erlebnisse und deren mehrfachen detaillierten Bericht im räumlichen und zeitlichen Kontext seiner Lebensspanne gelegt, aber auch die glücklichen Momente (z.B. Erfolge, Bezugspersonen) werden entlang der Zeitlinie besprochen. Die Erzäh-

lung des Patienten wird mitgeschrieben und in der/den darauffolgenden Sitzung(en) vorgelesen. Die «Narration» selbst wirkt stabilisierend [78], da sie die Lebensgeschichte strukturiert, Sinn stiftet, beim Überleben zu einem höheren Verständnis für die Erfahrungen und der eigenen Person führt und Emotionsregulation erleichtert [113].

Der Therapeut leitet das Erzählen der traumatischen Erlebnisse mit der verbundenen Sensorik (Sehen, Schmecken, Hören, Riechen und Körperempfindungen), Gedanken, Gefühle, Körperphysiologie sowie Verhalten an [112]. Wichtig ist bei der Durchführung der NET eine Pendelbewegung der Aufmerksamkeit, um den Kontrast zwischen dem traumatisierenden Geschehen in der Vergangenheit und dem Wiedererfahren im therapeutischen Kontext zuverlässig und sicher aufrecht zu erhalten [41, 67, 112]. Das «Furchtnetzwerk» wird durch das Erzählen aktiviert und im Prozess als Erinnerung in der Vergangenheit verortet. Die Vermeidung wird überwunden, im «Narrativ» Worte und Bedeutung für das Erlebte formuliert, Gefühle der Kohärenz, Kontrolle und Integration erarbeitet. Folgen der Traumata auf die weitere Lebensgestaltung werden thematisiert. Der Therapeut unterstützt den Patienten durch aktives Zuhören, empathisches Verstehen, Kongruenz und eine akzeptierende wertschätzende Haltung, unterstützt die Sprachfindung für das Unausprechbare und versteht sich als Fürsprecher des Patienten sowie der Menschenrechte [41].

Während weniger Sitzungen (Studien evaluierten 4–12 NET-Sitzungen à 60–180 Minuten, Sitzungsfrequenz 1–2-mal wöchentlich) wird die «Narration» fortlaufend weiter entwickelt. Zum Ende der Therapie unterschreiben alle Beteiligten der Therapie (Patient, Therapeut und ggf. Dolmetscher) die verschriftlichte Lebensgeschichte und der Patient erhält diese [41]. Das ausführliche Therapiemanual [41] und zahlreiche Zusammenfassungen zur NET wurden in Büchern [114–120] und Zeitschriften veröffentlicht [77, 121–123].

Verschiedene Wirkmechanismen der NET werden diskutiert [41]. Zum einen wird bei der Exposition die Habituation der Angstsymptomatik erreicht und die Überzeugung der «permanenten und unendlichen Angst» widerlegt [32]. Die Versprachlichung der traumatischen Erlebnisse wird unterstützt [64] und die Vermeidung überwunden. Gleichzeitig erfolgt die Rekonstruktion des expliziten autobiographischen, «kalten» Gedächtnisses sowie die Verortung und Vergeschichtlichung der «heissen» Gedächtnisinhalte [83, 87]. Die Diskriminierung von gefährlichen und ungefährlichen Situationen wird gefördert, die eigenen Bewältigungskompetenzen erlebt [32] und eine Verantwortung des Täters für die traumatischen Er-

eignisse sowie eine Neubewertung des eigenen Verhaltens und dessen Konsequenzen [83] betont. Insbesondere im Kontext politischer Gewalt wird durch die «Narration» die Bedeutung des privaten Erlebens verdeutlicht und kann, falls der Patient das wünscht, anonymisiert als Dokumentation von Menschenrechtsverletzungen genutzt werden. Dies fördert das Wiedererlangen von Würde und die Identitätsentwicklung als Überlebender [124]. Weitere Hypothesen stellen erhöhte Emotionsregulation, Gefühlsakzeptanz und Bindungsprozesse dar [77].

Adaptation der NET zur Behandlung komplexer Traumatisierung und Dissoziation

Basierend auf dem «Kaskaden-Modell der Abwehrreaktion» [67] bei traumatischem Stress ergeben sich Besonderheiten für die Behandlung von Patienten mit peri-traumatisch dominanter parasympathischer Aktivierung: Statt einer bleibenden physiologischen Erregung mit starker emotionaler und sensorischer Beteiligung während der Exposition kommen die Patienten mit «Shut-down»-Dissoziations-Neigung in eine tonische oder sogar schlaffe Immobilität mit Rückgang der emotionalen und körperlichen Wahrnehmungsfähigkeit sowie der Gedächtnisfunktionen – dies verhindert die Bearbeitung von Traumata. Daher benötigen komplex traumatisierte Patienten Unterstützung, um gegen die parasympathische Dominanz anzukämpfen. Vorgängig ist auf die ausreichende Flüssigkeits- und Essenszufuhr zu achten. Realistestestung soll die Exposition begleiten und bei ersten Anzeichen (z.B. Unwirklichkeitserleben, Paralyse, verschwommene Sicht) soll durch Aktivierung interveniert werden. Hierfür eignen sich sensorische (z.B. Duft, Licht, Temperatur) und kardiovaskulär-motorische Interventionen (z.B. angewandte Anspannung wie Beine kreuzen, Gleichgewichtsübungen). Der emotionale Ausdruck der peritraumatisch unterdrückten Gefühle, insbesondere aktivierender Emotionen, soll sorgfältig unterstützt werden. Der Therapeut regt engmaschig und fortlaufend das Kontrastieren des Erlebens in der Gegenwart versus Vergangenheit an [67].

Adaptation der NET zur Behandlung von Tätern (FORNET)

Abrüstungs-, Demobilisierungs- und Reintegrationsprogramme am Ende bewaffneter Konflikte zur Etablierung einer friedlichen Gesellschaftsordnung zeigten bei einer Millionen ehemaliger Kämpfer aus über 20 Ländern bislang eine enttäuschende Wirkung [125]. Deshalb wurde die NET zur «Forensic Offender Rehabilitation» (FORNET) adaptiert, die zum einen die Reduktion der PTBS-Symptomatik und zum anderen der Ag-

gressionsbereitschaft anstrebt [43, 126], welche die Gewalttäter gegebenenfalls an einer erfolgreichen Reintegration in die Gesellschaft hindert [127–131]. Die Autoren gehen von zwei Arten der Gewalt aus, der reaktiv-impulsiven und der appetitiven Form, die mit Machterleben, Faszination und Rausch verbunden ist. «Moral und Kultur» hemmen die Aggressionsausübung – können aber unter gewissen gesellschaftlichen Bedingungen (z.B. Genozid, Bandenkrieg, Hooliganzene) ausser Kraft gesetzt werden. Wissenschaftliche Forschung hat gezeigt, dass appetitive Aggression bis zu einem gewissen Grad negativ mit der Entwicklung klinischer Traumafolgen assoziiert ist [126]. Die therapeutische Logik der FORNET basiert auf der narrativen Exposition der analogen und kompetitiven «Jagd-» (appetitiv) und «Furchtnetzwerke» (aversiv) [126, 132, 133]. Auch die FORNET beginnt mit einer «Lebenslinie», auf der zusätzlich das Ausüben von Gewalt (Holzstöckchen) symbolisiert wird – einem neutralen Symbol, um die Valenz für den Patienten offen zu lassen. Die FORNET verläuft wie die NET chronologisch, jedoch mit detaillierter Bearbeitung der aggressiven Taten. Die Verbalisierung der positiven Emotion verbunden mit dem eigenen aggressiven Verhalten in der Vergangenheit wird sorgfältig in Kontrast zur Wahrnehmung während des narrativen Prozesses gesetzt und das «Jagdnetzwerk» sowie das «Furchtnetzwerk» in ihren spezifischen Kontext verortet. Auch ambivalente Gefühle während der Tat werden herausgearbeitet (z.B. Angst, Scham, Konflikte). Die Affektkontrolle wird durch das verbesserte Erkennen und Benennen der Impulse gestärkt, damit Aggressionen nur noch in kulturell akzeptierten Ritualen kontrolliert ausgelebt werden (z.B. Sport). In der letzten Sitzung (individuell oder in Kleingruppe) wird, in Anlehnung an das Modul aus der Interpersonellen Psychotherapie (IPT) [134], der Rollenwechsel von einem Gewalttäter hin zu einem integrierten Gesellschaftsmitglied unterstützt; Visionen und Wünsche für die friedliche Zukunft werden erarbeitet [43, 126].

Adaptation der NET zur Behandlung von Kindern (KIDNET)

Im ersten Schritt der NET für Kinder (KIDNET) findet eine kindgerechte Psychodiagnostik und -edukation statt [112]. Mit Einverständnis der jungen Patienten kann nach Indikationsstellung in der Psychoedukations-Phase eine Bezugsperson eingebunden werden [41, 109, 110, 112]. Mit KIDNET hielten kreative Medien Einzug in das Behandlungsmanual und es wurde die «Lebenslinie» entwickelt [40, 41]. Die Bearbeitung der traumatischen Erfahrungen nach NET-Logik kann durch kreative Elemente, wie Malen, Zeichnen oder das

Einnehmen der Körperposition «von damals», ergänzt werden [41, 110, 112]. Spielfiguren können helfen, das Erlebte nachzustellen [109]. Auch bei KIDNET wird das Narrativ in der letzten Stunde unterschrieben und übergeben. Die Bedeutung dieses Dokuments wird gemeinsam mit dem Kind und der Vertrauensperson besprochen und ob es im Dienste der Kinderrechte nutzbar ist [109, 110, 112].

Eine KIDNET-Behandlung dauert in der Regel 4–10 Sitzungen (ca. 90 Minuten) [109, 110], wird der kognitiven, sprachlichen und emotionalen Entwicklung des Kindes angepasst und ist ab ca. 8 Jahren anwendbar [109].

Dissemination der NET in Krisen- und Konfliktregionen

In Krisenregionen sind Traumafolgestörungen die am häufigsten auftretende psychische Problematik [110, 135]. Die Divergenz zwischen der grossen Anzahl multipel Traumatisierter, die einer psychologischen Unterstützung bedürfen, und der geringen Anzahl spezialisierter Therapeuten stellt eine grosse Herausforderung dar [109]. Die Dissemination spezifischer Therapiemodule – der Prozess der Weitergabe und Integration wissenschaftlicher Evidenz in die klinische Praxis [136–138] – stellt eine Lösungsmöglichkeit dar und befähigt lokale Gesundheitsexperten zur effektiven Traumatherapie [139]. Eine intensive Planung, persönlicher aktiver Kontakt und anhaltende klinische Unterstützung auf Therapeutenseite sind für das Gelingen der Dissemination [136–138, 140–142] essentiell.

Zur Optimierung der Ressourcennutzung wurde das «Train-the-Trainer-Modell» konzipiert.

In diesem Sinne entwickelten Schauer und Schauer [135] das Kaskadenmodell «Screen and Treat» (Identifizieren und Behandeln) zur Versorgung, das nach der epidemiologischen Datenerhebung in der betroffenen Gemeinschaft ein gestuftes Behandlungs-Modell vorsieht: Diagnostiker identifizieren Individuen mit Traumafolgereaktionen, psychologisch geschulte Assistenten übernehmen die psychosoziale Unterstützung und verweisen Patienten mit diagnostizierter Traumafolgestörung an spezialisierte Therapeuten, die wiederum Supervision erhalten und sich intervisitorisch unterstützen. Die Implementierung der Strukturen basiert auf «natürlichen Gemeinschaften» und erfordert Öffentlichkeitsarbeit zur Aufklärung der Gesellschaft, der Gesundheitsangestellten und der politischen Entscheidungsträger. Weiter fordern Schauer und Schauer eine datenbasierte Auswertung, begleitende Evaluation und Optimierung von Programmen zur psychischen Gesundheit. Die Menschenrechtsarbeit wird als Kern der therapeutischen Arbeit verstanden [135].

Jedoch bleibt die Dissemination therapeutischer Fertigkeiten personell, zeitlich und finanziell aufwendig [139]. Zur Optimierung der Ressourcennutzung wurde daher das «Train-the-Trainer-Modell» konzipiert [139, 143, 144]. In diesem Modell trainieren in einem ersten Schritt Experten eine Gruppe lokaler Gesundheitsexperten, die daraufhin bei ihrer therapeutischen Arbeit mit Klienten, im Sinne von Ausbildungsfällen, supervidiert werden. In einem zweiten Schritt trainieren und supervidieren die disseminierten Therapeuten weitere Kollegen und konsultieren selbst die Experten in deutlich reduzierter Intensität. Regionale und kulturelle Besonderheiten können unmittelbar in die Supervisionen aufgenommen und die Interventionen adaptiert werden [139].

Befunde zur NET

Wir haben durch umfassende Literaturrecherchen (Pubmed, Kreuzreferenzierung) und mit Unterstützung der Entwickler sämtliche nach unserem Wissensstand bisher publizierten Studien zur Wirksamkeit der Methode identifiziert.

Im Anhang, den Sie in der Online-Version dieses Artikels unter www.sanp.ch herunterladen können, sind sie nach Variante (klassische NET, KIDNET, FORNET) und Forschungsschwerpunkt (Physiologie und Dissemination) zusammengefasst.

Zusammenfassung und Diskussion

Die Anwendung und Verbreitung der NET bei humanitären Krisen ist durch ihre theoretische und neurobiologische Fundierung, ihren Fokus auf die Bedürfnisse mehrfachtraumatisierter Überlebender, die einfache und kultursensitive Methodik sowie die kurze Behandlungsdauer ein vielversprechender Ansatz. Eine Vielzahl weltweit durchgeführter Studien belegt die Machbarkeit [152] und Wirksamkeit der NET zur Behandlung von PTBS [38, 150, 153–157, 159, 163, 190, 191].

Eine Integration der NET zur Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen in das reguläre Gesundheitssystem wurde in Norwegen erfolgreich erprobt [155, 157]. Ein unsicherer Aufenthaltsstatus oder komorbide Dissoziationssymptome wirkten sich nicht negativ auf den Behandlungserfolg der PTBS-Symptomatik aus, jedoch konnte das ungesicherte Bleiberecht mit einer erhöhten Depressionssymptomatik in Zusammenhang gebracht werden [152, 153, 191].

Ogleich NET einen starken Fokus auf die Exposition der erlittenen traumatischen Erlebnisse legt, sind die Therapieabbruchraten gering [174]. Dies ist im Einklang mit Forschungsarbeiten, die eine hohe Bereitschaft von Patienten zur Traumaexposition berichten (z.B. 192, 193). Zudem scheint der ganzheitliche Ansatz, auf die Identität und die gesamte Biographie des Traumaüberlebenden zu fokussieren, dem Bedürfnis nach Wiedererlangung von Würde entgegen zu kommen.

Erste Studien weisen auf eine Wirksamkeit der NET auf biologischer Ebene hin, so dass langfristige negative Gesundheitsfolgen von Traumafolgestörungen durch die Behandlung ebenfalls reduziert werden könnten [106, 154, 178]. Während zahlreiche Studien die Wirksamkeit der Adaption der KIDNET illustrieren [108, 180, 182–184], ist die Datenlage zur Evidenz von FORNET als vorläufig zu werten. Bisherige Studien konnten keine eindeutige auf die Behandlung zurückzuführende Abnahme der «Lust an Gewalt» konstatieren, jedoch eine Verbesserung der Funktionalität, eine Kontaktreduktion mit gewaltsamen Gruppen sowie einen Rückgang verübter Straftaten feststellen [175, 176].

Als erschwerende Faktoren zur Behandlung von Traumafolgestörungen wurden männliches Geschlecht sowie eine eigene Gewalttätergeschichte identifiziert [194], was gegebenenfalls mit Schuld [195], Wut [196] oder appetitivem Gewalterleben [43, 176] in Zusammenhang stehen könnte. Dies würde weitergehende spezialisierte Behandlungsmodule bezüglich Schuld [197] oder Wut als hilfreich erscheinen lassen [196]. Der Konsum von Alkohol scheint ein Risiko für Therapieabbruch darzustellen, weiter werden komorbide Persönlichkeitsstörungen sowie eine starke Dissoziationseigung kontrovers diskutiert [58, 194, 198–202].

NET, KIDNET und FORNET konnten durch trainierte Laien erfolgreich durchgeführt werden [37, 174, 176, 183, 184, 187, 189] und in mehrstufigen Disseminationsprojekten in Krisenregionen die Behandlung einer grossen Anzahl von Traumapatienten ermöglichen [135, 176, 189].

Die Anwendung der NET reduzierte in einer Vielzahl von Studien ebenfalls komorbide Symptome wie Depression, Somatisierungs- und Borderline-Symptomatik [115, 150, 151, 160, 162, 168–171, 173, 191]. Zudem konnte NET zur Behandlung von Patienten mit PTBS und komorbider BPS erfolgreich im gängigen stationären Kontext in Deutschland eingesetzt werden [171].

Eine Integration der NET zur Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen in das reguläre Gesundheitssystem wurde in Norwegen erfolgreich erprobt.

Eine Limitation der Evidenz zur NET ist, dass die Wirksamkeitsstudien dieses relativ neuen Therapieansatzes bislang mehrheitlich von den Entwicklern der Methode publiziert wurden. Jedoch arbeiteten die Forschungsgruppen zur Vorbeugung möglicher «Allegiance-Effekte in ihren Studien hauptsächlich mit verblindeten Nachuntersuchern (z.B. [38, 133, 151, 174, 175, 178, 181, 184, 187, 189]). Allerdings gibt es auch zunehmend publizierte Studien unabhängiger Forschergruppen aus China, Japan, Deutschland, Saudi-

Arabien und der Schweiz [155, 158-163, 172, 173] sowie durch die Entwickler unterstützte Arbeitsgruppen [156, 157, 168-171, 191], welche die Wirksamkeitsnachweise für die NET bestätigen.

Bislang liegen keine randomisiert-kontrollierten Studien vor, welche die Wirksamkeit der NET mit anderen evidenzbasierten, Trauma-fokussierten Verfahren wie zum Beispiel Trauma-fokussierter kognitiv-behavioraler Therapie, «Prolongierter Exposition» oder «Eye Movement Desensitization and Reprocessing» vergleichen. In aktuellen Meta-Analysen, die Studien zur NET einschliessen [203, 204], fand sich übereinstimmend eine hohe Effektivität expositionsbasierter Traumatherapien und eine Überlegenheit gegenüber Therapiemethoden ohne Traumakonfrontation.

Innerhalb der traumakonfrontativen Techniken konnten keine Hinweise für eine differentielle Wirksamkeit gefunden werden, allerdings gibt es bislang nur wenige Studien, die direkte Vergleiche zwischen den verschiedenen etablierten Konfrontationsmethoden anstellten [204].

Die zitierten Meta-Analysen lassen vermuten, dass die Wirksamkeit der NET vergleichbar zu anderen Traumakonfrontativen Therapien ist, da die Effektstärken vergleichbar sind und die Ansätze durch viele gemeinsame Wirkfaktoren verbunden sind [77]. Entsprechend fassten mehrere Autoren in ihren Meta-Analysen die NET mit Trauma-fokussierten kognitiv-behavioralen Therapien und Expositionstherapien zusammen [203, 205]. Folglich sollten künftige Studien insbesondere die bislang ungeklärte Frage der Patientenpräferenzen und der differentiellen Indikation in den Fokus rücken: Für welche Patienten ist welcher Therapieansatz am besten geeignet? Hierzu könnten Faktoren wie Art und Dauer des Traumas, Kultur, Alter, Kindheitstraumata, Geschlecht und Komorbiditäten [77] eine entscheidende Rolle spielen, ebenso wie die Berücksichtigung neurobiologischer Risikofaktoren [179]. Eine weitere Limitation traumakonfrontativer Methoden ist die relative Zurückhaltung der Behandler zum Einsatz, trotz breiter wissenschaftlicher Evidenz – ein Phänomen, das als «Implementations-Lücke» bezeichnet wurde [193, 206-211]. Ein Grund für die beobachtete Zurückhaltung könnten Bedenken bezüglich möglicher aversiver Nebenwirkungen von Konfrontationsverfahren wie vermehrtes selbstverletzendes Verhalten, Symptomverschlechterung, Dekompensation oder auch Verlust der Alltagsfunktionalität sein. Derartige Nebenwirkungen konnten in allen durchgeführten Studien zur NET auch mit zeitlich grossen Nachuntersuchungen nicht beobachtet werden [169, 171, 212].

Steuwe et al. [171] untersuchten explizit die «Sicherheit und Akzeptanz» der stationären Anwendung von NET

bei PTBS-Patienten mit komorbider BPS, einer Hochrisikogruppe bezüglich Selbstverletzung. Hier konnten während der Expositionsphase durch tägliche Erhebungen weder signifikant erhöhte Selbstverletzungsraten noch verstärkte Suizidalität konstatiert werden. Auch zeigte sich weder zum Posttest noch zur 12-Monats-Nachuntersuchung eine Aggravation der Symptomatik. Bei 88% der Studienteilnehmer zeigte sich eine reliable Verbesserung der PTBS-Symptomatik. Lediglich 6% der Studienteilnehmer lehnten die vorgeschlagene Behandlung zum Studienzeitpunkt ab. Dies ist im Einklang mit einer umfassenden Forschungsarbeit, die auch für andere evidenzbasierte traumakonfrontative Expositionsverfahren wie «Prolongierte Exposition» oder «Eye Movement Desensitization and Reprocessing» keine Nebenwirkungen feststellen konnte und diese Interventionen daher als effektiv und sicher beurteilte [213].

Ein weiterer Grund für die unzureichende Verbreitung in der klinischen Praxis könnte darin bestehen, dass NET eine hochintensive und für den Therapeuten fordernde Therapiemethode ist, so dass nach klinischer Erfahrung ein Therapeut im klinischen Alltag nicht mehr als zwei/drei Patienten gleichzeitig mit dieser Methode behandeln sollte; wobei davon auszugehen ist, dass dies bedingt durch die Schwere der zu bearbeitenden Themen und der entsprechend oft hohen Symptomlast der Patienten für traumafokussierte Exposition per se gelten dürfte.

Schliesslich sind die lange Sitzungsdauer und die aufwendige Erstellung der «Narration» Hürden, welche die Anwendung von NET im regulären klinischen Setting erschweren. Das Mitschreiben der Lebensgeschichte und Wiedervorlesen der Erzählung der jeweils letzten Stunde haben sich jedoch als organische Möglichkeit der vertieften Exposition erwiesen. Sie sind auch Zeichen der Wertschätzung und Aufmerksamkeit durch den interessiert explorierenden Therapeuten und bringen aus klinischer Erfahrung einen gewissen Psychohygieneeffekt mit sich.

Eine wissenschaftlich evaluierte Adaption der NET ohne das Verfassen der Narration könnte jedoch die therapeutische Mehrbelastung umgehen und die Verbreitung der hocheffizienten Methode hierzulande unterstützen.

Danksagung

Wir danken Dr. Hannah Adenauer und Dr. Jonas Moran für Rückmeldungen zu einer früheren Version des Manuskripts.

Funding / potential competing interests

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

Sie finden die vollständige Literaturliste in der Online-Version des Artikels unter www.sanp.ch.

Correspondance:
Nadja Jacob, Ph. D. PBL
Spitalstrasse 1
CH-4410 Liestal
[nadja.jacob\[at\]vivo.org](mailto:nadja.jacob[at]vivo.org)