

**Psychotherapie
in Psychiatrie und Psychosomatik**

Müller/Ruf-Leuschner/Grimmer
Knaevelsrud/Dammann (Hrsg.)

Traumafolgen

Forschung und therapeutische Praxis

Kohlhammer

6 Narrative Expositionstherapie zur Behandlung von multipel und komplex traumatisierten Patienten in der klinischen Praxis

Martina Ruf-Leuschner und Patricia Westerhausen

6.1 Einleitung

Die Narrative Expositionstherapie ist ein biografisch orientierter, Trauma aufarbeitender Behandlungsansatz, in dessen Zentrum das kohärente, detaillierte Erarbeiten und Bewusstmachen sowie das Bewahren der Lebensgeschichte des Individuums steht. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der umfassenden Bearbeitung der traumatischen Lebensereignisse. Gleichzeitig wird der Mensch in seiner gesamten Entwicklung gesehen und seine Biografie wird umfanglich gewürdigt. Die Expositionen sind dabei zentral und streben die Heilung der Gedächtnispathologie, des sogenannten »Furchtnetzwerks« an und ermöglichen gleichzeitig die Bearbeitung der Bedeutung der traumatischen Ereignisse sowohl in der Vergangenheit als auch in der Gegenwart. Dabei werden alle Elemente des Furchtnetzwerks im Schutz des »Sprechens über«, im empathischen Gehaltensein durch den Therapeuten und in der aktiven Distanz zum »Dannals« so lange aktiviert, bis sie in der Geschichte des Menschen biografisch verortet und vergeschichtlicht werden können. Dadurch wird das Verständnis für die eigene Entwicklung, die eigene Persönlichkeit gefördert. Es findet ein emotionales Erleben und Verstehen der Entstehung der eigenen, möglicherweise ungünstigen, Grundüberzeugungen und Leitmetaphern statt und somit bildet sich eine emotional spürbare Basis für deren Modifikation und für die Entwicklung neuer, realistischer und positiver Zukunftsperspektiven (Schauer et al. 2005/2011; Schauer et al. 2017; Schauer et al. 2018).

Die Narrative Expositionstherapie folgt dabei einem standardisierten, manuellen und evidenzbasierten Ablauf. Ihre Effektivität wurde in den unterschiedlichsten Settings und bei den verschiedensten Populationen nachgewiesen (für einen ersten Überblick in deutscher Sprache siehe Jacob et al. 2017).

6.2 Theoretische und praktische Grundlagen der Narrativen Expositionstherapie

6.2.1 Das Furchtnetzwerk

Ungewollt auftretende Erinnerungen an das Erlebte, häufig auch in Form von vollständigen »Flashbacks«, gelten als eines der Kernsymptome der Posttraumati-

schen Belastungsstörung (ICD-10, DIMDI 2019; DSM-5, APA 2013). Diese intrusiven, als sehr belastend wahrgenommenen Erinnerungen können von aktuellen internalen oder externalen Hinweisreizen ausgelöst werden. Diese Hinweisreize, auch »Trigger« genannt, wurden im traumatischen Erleben »Dannals« als relevant im Gedächtnis abgespeichert, um in der Zukunft eine erneute Bedrohung frühzeitig wahrzunehmen. Diese Hinweisreize werden sozusagen in einem Überlebens sichernden Frühwarnsystem, dem Furchtnetzwerk, als Gefahrensignale etabliert. Im »Hier und Jetzt« dagegen haben diese Hinweisreize bei objektiver Betrachtung häufig kein reales Bedrohungspotenzial mehr (Schauer et al. 2005/2011). Die betroffenen Personen, die unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden, können jedoch durch das etablierte Furchtnetzwerk auf sensorischer, kognitiver, emotionaler und körperlicher Ebene Signale erhalten, die sie das in der Vergangenheit Geschehene »wiedererleben« lassen – Vergangenheit und Gegenwart »verschwimmen« (Schauer et al. 2005/2011; Elbert und Schauer 2002). Der zugrundeliegende Mechanismus des Furchtnetzwerks wird im Folgenden näher erläutert.

Bedeutame, emotional geladene, prägende, positive wie negative Erfahrungen werden bereits ab der Kindheit in assoziativen, neuronalen Netzwerken im Gedächtnis abgespeichert (Schauer und Ruf-Leuschner 2014; Elbert und Schauer 2002):

Das »heiße« Gedächtnis, auch implizites Gedächtnis genannt, speichert hierbei insbesondere Informationen des sensorischen, kognitiven, emotionalen und körperlichen Erlebens. Dabei wird vor allem in Momenten höchster Aufmerksamkeit, wie z. B. in Bedrohungssituationen, eine Vielzahl verschiedener Hinweisreize dieser vier Ebenen im sogenannten »Furchtnetzwerk« gespeichert, um das individuelle Frühwarnsystem möglichst effizient zu gestalten und zu etablieren. Zwischen den Elementen der vier Ebenen (Sensorik, Kognitionen, Emotionen und physiologischen Reaktionen) entstehen vielfache und enge Verbindungen. Das »kalte« Gedächtnis dagegen, auch explizites Gedächtnis genannt, ist der Teil des Gedächtnisses, in dem autobiografisches Faktenwissen gespeichert wird, wie zum Beispiel Informationen über Ort, Alter und Zeit.

Üblicherweise arbeiten beide Strukturen – heißes und kaltes Gedächtnis – eng verflochten miteinander, um dem Bewusstsein eine klare Abgrenzung des in der Vergangenheit Erlebten von der Gegenwart zu ermöglichen. So ist es uns Menschen möglich, in (positiven) Erinnerungen zu schwelgen, ohne den Bezug zur Gegenwart zu verlieren – »Weißt du noch, damals, an diesem wunderschönen Strand in den Flitterwochen?«. Jedoch scheint es bei belastenden, insbesondere bei traumatischen Erfahrungen, zu einer erschwerten Zusammenarbeit beider Gedächtnisstrukturen bis hin zur Blockade der Verbindung zwischen heißem und kaltem Gedächtnis zu kommen (Schauer et al. 2005/2011). Der heiße Teil des Gedächtnisses wird nicht mehr »verortet« und »vergeschichtlicht« abgespeichert – das Geschehene verliert seinen Platz in der Vergangenheit. Das Vergangenheit, in all seinen Aspekten und mit all seinen Emotionen, kann somit nicht mehr klar vom aktuellen, gegenwärtigen Erleben getrennt werden. Es entsteht ein »Hier und Jetzt« Gefühl. Diese subjektive Wahrnehmung wird geleitet durch das aktive Furchtnetzwerk, das sich die Verbindungen zwischen verschiedenen senso-

rischen Hinweisreizen, aber auch zwischen körperlichen, emotionalen und kognitiven Reizen zu eigen macht und so das aktuelle Erleben stark beeinflusst. Das heiÙe Gedächtnis erhält keinen Zugriff mehr auf das kalte Gedächtnis, kann die Reize nicht mehr zeitlich, räumlich oder situativ in die Vergangenheit einordnen. So kann zum Beispiel ein stark verknüpfter sensorischer Reiz wie ein Geruch oder ein Geräusch, aber auch ein körperlicher Reiz, wie ein schneller Herzschlag, aufgrund früherer belastender Erfahrungen vom Furchtnetzwerk als Warnsignal für eine bevorstehende Bedrohung interpretiert werden, obwohl der Reiz in der Gegenwart keine objektive Bedrohung darstellen muss. Das subjektive Erleben führt jedoch auf Basis der etablierten Repräsentationen der Hinweisreize in der Furchtstruktur dazu, dass tief verwurzelte Mechanismen des Organismus in Gang gesetzt werden und es somit zu reflexartigen Reaktionen, wie z. B. Flucht, Kampf oder in vielen Fällen auch zu einer ausgeprägten Vermeidung des realen Erlebens kommen kann, teilweise auch in Form einer Dissoziation (Schauer et al. 2005/2011; Elbert und Schauer 2002; Elbert et al. 2015).

6.2.2 Bausteineffekt und Furchtnetzwerk nach multipler Traumatisierung

Nicht jede Person, die ein traumatisches Ereignis erlebt hat, entwickelt in der Folge eine Posttraumatische Belastungsstörung. So ließ sich vielfach wissenschaftlich beobachten, dass insbesondere Personen, die mehrere, häufig auch verschiedene traumatische Erfahrungstypen erlebt hatten, häufiger eine Traumafolgestörung entwickeln als andere (Schauer et al. 2003; Neuner et al. 2004; Catani et al. 2009; Kolassa et al. 2010). Man spricht hierbei vom sogenannten »Bausteineffekt«. Dabei zeigte sich, dass die traumatisierten Personen hierbei nicht jeweils getrennte, voneinander isolierte Furchtnetzwerke für die jeweiligen traumatischen Ereignisse entwickeln. Vielmehr entsteht bei multipel traumatisierten Personen ein umfassendes, komplexes Netzwerk, mit einer Vielzahl an unterschiedlichsten Hinweisreizen aus den verschiedenen traumatischen Ereignissen. Dabei sind die Hinweisreize in diesem komplexen Furchtnetzwerk eng miteinander verbunden, ein umfassendes und sensiblen Frühwarnsystem bildet sich aus, um eben für die Gegenwart und Zukunft den vermeintlich bestmöglichen Schutz vor Bedrohung und Gefahr zu gewährleisten.

Während diese große Furchtstruktur also eine Vielzahl von Elementen aus dem »heiÙen« Gedächtnis beinhaltet, gehen Informationen betreffend Zeit und Ort (»kaltes« Gedächtnis) nach und nach verloren (Elbert und Schauer 2014, 2021 ▶ Kap. 3). Dabei sind viele Hinweisreize, die im Furchtnetzwerk als Gefahrensignal etabliert sind, alltäglich vorhanden (Gerüche, Geräusche, körperliche Reaktionen etc.), so dass Betroffene mit der Zunahme von belastenden Erfahrungen auch eine Zunahme der emotionalen Belastung und somit eine zunehmende Einschränkung im Alltag erleben können. Die Hinweisreize, die sich durch die Anzahl an traumatisch erlebten Situationen »aufgetürmt« haben, werden nicht mehr kontextabhängig verarbeitet, sondern führen dazu, dass die Betroffenen ihre vergangenen Erlebnisse als gegenwärtige Bedrohung empfinden (Elbert et al. 2015).

6.3 Evidenzbasierter Ablauf der Narrativen Expositionstherapie

6.3.1 Erste Annäherung an das Traumaerleben über strukturierte Checklisten und Psychoedukation

Ein weiteres Kernsymptom der Posttraumatischen Belastungsstörung – neben den oben beschriebenen Intrusionen – ist die Vermeidung von Erinnerungen, sowie auch von Gesprächen und Gefühlen in Bezug auf die erlebten traumatischen Ereignisse (ICD-10, DIMIDI 2019; DSM-5, APA 2013). Zugrundeliegend ist dabei häufig das Gefühl der Betroffenen, dass jedes Ansprechen automatisch massive Intrusionen auslösen könnte und in der Folge Erinnerungen und Gefühle überflutend werden könnten. Wird die Anamnese offen und ungeleitet durchgeführt, ist dies möglich, da die Patienten sich in unstrukturierter Form erinnern, in sensorischen Details der Erinnerung verfangen, das Furchtnetzwerk kann dadurch »zündern« und es droht die Gefahr, den Bezug zum »Hier und Heute« zu verlieren, wodurch es zu einem Flashback kommen kann.

In allen Studien zur Narrativen Expositionstherapie war eine (teil-)standardisierte Erhebung der unterschiedlichen erlebten Traumtypen der Traumatherapie ebenso vorangestellt wie eine standardisierte und strukturierte Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung. Dieses Vorgehen ermöglicht zum einen die Erfassung des Störungsbildes und schafft somit eine gute Grundlage für eine individualisierte nachfolgende Psychoedukation, zum anderen ist dieses Vorgehen bereits ein wichtiger erster therapeutischer Schritt:

Die Erhebung der unterschiedlichen traumatischen Ereignistypen und Belastungen beinhaltet eine Enttabuisierung (»Es ist nicht nur mir passiert, sondern auch anderen, es ist hier, im Interviewbogen, sogar verschriftlicht«), es ist beziehungsgeleitet zum Therapeuten (»Der Therapeut kennt Menschen, denen Ähnliches wie mir passiert ist. Er spricht es ohne Vorbehalte aus bzw. fragt nach«). Dabei ist ein einfaches Antwort-Format im Sinne von »Ja – ist mir passiert« oder »Nein – ist mir nicht passiert« und die Erhebung in derart geschlossener Weise ideal. Das geschlossene Format beugt intrusivem Wiederleben vor. Die Erhebung wird für den Patienten zum Erfolgserlebnis. Es ist möglich, über die erlebten traumatischen Ereignisse zu sprechen, ohne überflutet zu werden. Entscheidend dabei ist, dass der Therapeut bei der Erhebung auf der »kalten Seite« des Gedächtnisses bleibt und die Erlebnisse nicht emotional vertieft, sondern eine rationale Bestandaufnahme anstrebt.

Für die umfassende, aber (teil-)standardisierte und geschlossene Erfassung und somit die erste Annäherung an das Traumaerleben in der Kindheit, bietet sich beispielsweise die KERF (Belastende Kindheitserfahrungen, Isele et al. 2014) an, die zehn unterschiedliche Subtypen von Belastungen innerhalb und außerhalb der Familie erhebt. In Interviewform wird neben körperlicher und sexueller Gewalt auch verbale Gewalt durch Eltern, nonverbale emotionale Gewalt durch Eltern, emotionale und körperliche Vernachlässigung, bezugte Übergänge auf El-

fernteile und Geschwister sowie Peer-Gewalt interemotionaler und körperlicher Form standardisiert erhoben.

Zur Abklärung des Vorliegens von traumatischen Erfahrungen generell kann beispielsweise die Lifeevent-Checklist (LEC; Weathers et al. 2013; deutsch: Ehrling et al. 2014) eingesetzt werden, zur Erhebung der Symptomatik einer Posttraumatischen Belastungsstörung nachfolgend die PTSD-Checklist for DSM-5 (PCL-5; Weathers et al. 2013; deutsch: Ehrling et al. 2014).

Die Erhebung der Symptomatik in standardisierter Form wirkt außerdem normalisierend sowie stabilisierend (»Meine Beschwerden sind bekannt. Sie stehen auf einer Liste. Die Erkrankung hat einen Namen und sie ist behandelbar.«).

Basierend auf dieser ersten Annäherung an das Traumaerleben und die Symptomatik kann eine individualisierte Psychoedukation vorgenommen werden. Hierfür stehen unterschiedlichste Metaphern und Bilder zur Erklärung zur Verfügung, die je nach Empfänglichkeit des Patienten Verwendung finden können (Pribe und Dyer 2014). Unabhängig von der Form, für die man sich entscheidet, ist von hoher Wichtigkeit, dass folgende Punkte in der Psychoedukation enthalten sind: Eine Normalisierung der Symptome (»Es ist verständlich, nach traumatischen Lebensereignissen solche Symptome zu zeigen«) sowie eine Legitimation der gezeigten Symptome (»Während der Bedrohungssituation waren die Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung, z. B. eine erhöhte Wachsamkeit, lebensnotwendig«). Ebenso sollte die Psychoedukation den oben beschriebenen Bausteineffekt und Erläuterungen zum Fürchtnetzwerk umfassen, um darauf aufbauend das Therapeutische der Narrativen Expositionstherapie zu erläutern. Entscheidend ist am Ende der Psychoedukation, dass der Patient sich trotz einer nachvollziehbaren Vermeidung (Kernsymptom der PTBS) mit einem klaren »Ja« zur Traumatherapie entscheidet. Erst dann können die weiteren Schritte erfolgen (Schauer et al. 2005/2011).

6.3.2 Dem Leben Gestalt geben – die Lebenslinie im Rahmen der Narrativen Expositionstherapie

Einen weiteren Schritt in der Annäherung an das Traumaerleben stellt die Lebenslinie dar, die im Rahmen der Narrativen Expositionstherapie gemeinsam mit dem Patienten gestaltet wird. Die Lebenslinie ist eine Veranschaulichung des bisherigen Lebens mit klaren, einfachen Materialien: Ein Seil steht als Symbol für das bisherige Leben zur Verfügung, Blumen stehen für positive Ereignisse oder für positiv erlebte, prägende Personen, Steine symbolisieren in unterschiedlicher Größe und Form belastende und traumatische Ereignisse, Kerzen dienen als Ausdruck für Momente der Trauer und des Verlusts, Stöckchen als Zeichen für Situationen, in denen es zu eigenen aggressiven Taten gekommen ist (Schauer et al. 2005/2011; Schauer et al. 2014). Für den Patienten ist die Lebenslinie eine Möglichkeit, einen ersten Blick aus der allozentrischen Perspektive auf das eigene Leben zu richten, ein erstes Visualisieren, aber auch Verbalisieren der emotional bedeutsamsten Momente der eigenen Biografie im Sinne eines Findens von Überschriften für die wichtigsten Kapitel der eigenen Lebensgeschichte.

Der Therapeut nimmt im Prozess der Lebenslinie eine stark strukturierende und empathisch begleitende Position ein. Er achtet auf die Chronologie der Ereignisse, öffnet mit gezielten Fragen unterschiedliche Erinnerungsebenen, fragt so beispielsweise nach Erlebnissen innerhalb und außerhalb der Familie, der Schule, der Beziehungen. Zudem bringt er das ein, was bereits aufgrund der standardisierten Checklisten bekannt ist und vom Patienten möglicherweise (aufgrund der Vermeidung) nicht selbst benannt wird.

Die Lebenslinie muss im Rahmen der Narrativen Expositionstherapie in einer einzigen Sitzung (90 Minuten) abgeschlossen werden. Dabei ist wichtig, dass es sich hierbei um einen »Blick von außen« handelt. Der Therapeut hält aus diesem Grund das »Spotlight« während der Entwicklung der Lebenslinie auf das kalte Gedächtnis, die Faken, und ermöglicht so eine erste Vergesellschaftung (»Wie alt waren Sie damals?«) und eine erste Verortung (»War das noch in Ihrem Geburtsort?«). Es findet eine strukturierte und dosierte Kontextualisierung der Ereignisse statt. Ein Bild der emotional prägenden Momente des Lebens kann entstehen.

Insbesondere ist dabei aber wichtig, dass es bei der Lebenslinie nicht zu einer Exposition kommt. Das heiße Gedächtnis, die Fürchtnstruktur, soll im Rahmen der Lebenslinie möglichst nicht aktiviert werden. Daher sollte der Therapeut auf Fragen hinsichtlich Sensorik, Kognitionen, Emotionen und Körperempfindungen verzichten.

Die Lebenslinie ermöglicht dem Patienten, wenn sie wie oben beschrieben ausgeführt wird, einen ersten Blick auf die Kapitel seines Lebens von außen. Eine weitere Annäherung an das Traumaerleben ist geschafft, der Patient wird mehr und mehr Vertrauen in seine Fähigkeit schöpfen, sich seiner Vergangenheit zu stellen (Schauer und Rufleuschner 2014; Schauer et al. 2014; 2017, 2018).

6.3.3 Kernstück der Narrativen Expositionstherapie – Bearbeitung der traumatischen Erlebnisse in chronologischer Reihenfolge

Die Exposition der traumatischen Ereignisse, eingebettet in die chronologisch erarbeitete Lebensgeschichte, stellt das Kernstück der Narrativen Expositionstherapie dar. Die Narration der Lebensgeschichte beginnt bei der Geburt. Näherert man sich einem traumatischen Ereignis, so wird dies wie in Zeitlupe bearbeitet, von Beginn der Situation bis zum Ende. Pro Sitzung (90 Minuten) wird jeweils ein traumatisches Ereignis bearbeitet. Der Patient wird dabei von Therapeutenseite aus angeleitet, bewusst in der Gegenwart zu bleiben und detailliert und in zeitlicher Reihenfolge den Ablauf der traumatischen Situation zu schildern. »Hier und heute sprechen wir über etwas, was damals passiert ist«. Der Therapeut nimmt dabei eine stark strukturierende und stützende Position ein. Er legt den Schwerpunkt einerseits auf die Erfassung des heißen Gedächtnisses (Sensorik, Kognitionen, Emotionen und körperliche Reaktionen) bei gleichzeitiger Aktivierung des kalten Gedächtnisses (Ort, Zeit, Fakten). Auf diese Weise sollen das hei-

ße und kalte Gedächtnis wieder miteinander verbunden werden, so dass die traumatischen Ereignisse in das autobiografische Gedächtnis integriert werden können im Sinne einer »Vergeschichtlichung« und »Verortung«. Die Bearbeitung der traumatischen Momente erfolgt dabei in Zeitlupe, detailliert und kleinschrittig, bis ein vollständiges Ganzes entsteht, zuvor intrusive »Gedächtnisfetzen« und Körperimaginationen integriert und kontextualisiert in der Vergangenheit abgespeichert werden können und sich die Bedeutung der Situation damals, aber auch heute erschließt.

Parallel zur Erarbeitung der damaligen Situation erfolgt ein Abgleich mit dem heutigen Erleben. Die Exposition ist somit auch als »Ex-Position« zu verstehen – als ein Herastreten aus dem »Damals«. In wiederholten Pendelbewegungen werden Sensorik, Kognitionen, Emotionen, Körperwahrnehmungen und Bedeutung nicht nur für »Damals« erhoben, sondern auch bewusst für das »Hier und Heute« verbalisiert. Dadurch entsteht eine starke Kontrastierung zwischen Vergangenheit und Gegenwart im Sinne einer Diskrimination des Erlebten, bei gleichzeitig spürbarer, intensiver empathischer Begleitung des Patienten in diesem Prozess durch den Therapeuten (Schauer et al. 2018).

Der Therapeut verschriftlicht während bzw. im Anschluss an die therapeutische Expositionssitzung das Narrativ des Patienten über die traumatische Situation in der »Ich-Form« der Vergangenheit (vergleiche nachfolgendes Beispiel). In die schriftliche Narration werden alle Aspekte des heißen und kalten Gedächtnisses aufgenommen – nicht jedoch die heutigen Gefühle, Körperempfindungen, Gedanken und heutigen Bedeutungszuschreibungen, da diese im weiteren Therapieprozess und auch später im Leben noch Veränderungen unterliegen.

Das schriftliche Narrativ wird dem Patienten in der nächsten Therapiesitzung vorgelesen bzw. es erfolgt eine erneute Exposition anhand des schriftlichen Narrativs. Dies ermöglicht eine vertiefte Bearbeitung, bei gleichzeitig erneuten Wechsel aus der egozentrischen in die allozentrische Position. Das Vorgelesen bekommen der eigenen Geschichte schafft Raum für ein vertieftes emotionales Erleben, weitet den Blick auf die eigene Geschichte. Ebenso bildet es eine gute Grundlage für die Erkenntnis der Entstehung von möglicherweise vorliegenden dysfunktionalen Grundüberzeugungen, von Schuld- und Schamgefühlen. Dadurch kann eine emotionale Basis für eine Veränderungsmotivation geschaffen werden (Jacob et al. 2017).

Fallbeispiel: schriftliche Narration zu einem traumatischen Ereignis erhoben im Rahmen der Narrativen Expositionstherapie

... Es war bei einer Feier in der Wohnung der Großeltern. Die Wohnung der Großeltern war überall sehr dunkel. Es gab ein Wohnzimmer, ein Schlafzimmer im Wohnzimmer. Dort gab es ein Sofa, mehrere Sessel und einen Couchtisch. Auf dem Sofa und den Sesseln lagen bunt gehäkelte Kissen. Auf dem Couchtisch standen Schnapsgläschen. Es roch nach Alkohol und Rauch. Auf dem Couchtisch standen Bierflaschen und ein Aschenbecher und es lagen Zigaretten dort. Zu Besuch waren ältere Männer und Frauen. Es waren Freunde der

Großeltern. Im Wohnzimmer gab es auch eine dunkle, lange Schrankwand. Selbst wenn das Licht an war, war es dunkel im Zimmer.

Irgendeine Lappalie musste passiert sein. Ich hatte wohl irgendetwas falsch gemacht. Ich bin hinaus gerannt in den Flur. Der Flur war eng und dunkel. Es kam nur etwas Licht über die offene Küche in den Flur. Ich habe mich ganz hinten, neben der Eingangstür, an der Wand versteckt. Die Oma kam hinter mir her. Ich stand mit dem Rücken an der Wand. Ich dachte: »Ich will nicht, ich habe Angst.« Die Oma hat mich angesprochen! »Du kommst jetzt!« Ihre Stimme klang ganz aufgeregt. Sie klang hoch und schrill. Ich habe gemerkt, dass sie in Rage ist. Dass sie sich über mich ärgert. Sie wirkte unter Druck. Sie stand direkt vor mir. Auf mich wirkte sie riesig, obwohl sie gar nicht so groß war. Sie roch nach Alkohol und Zigaretten. Sie stand direkt vor mir. Ich wusste, was mir jetzt blühen würde. Ich wusste, sie würde mich zurück ins Wohnzimmer bringen und der Opa würde mich schlagen. Das wollte ich auf keinen Fall. Ich wollte auf keinen Fall vor den ganzen Menschen im Wohnzimmer geschlagen werden. Ich habe große Angst gespürt und ich habe auch Scham gespürt. Ich habe mich dreckig gefühlt. Ich wollte nicht so vor fremden Menschen behandelt werden. Mein Bauch hat sich ganz unruhig angefühlt, gekrampft und mein Nacken und mein Rücken waren verspannt. Alle Haare haben sich mir aufgestellt, so als ob man mit einem Stück Kreide über die Tafel kratzt. Ich stand mit dem Rücken zur Wand, ich konnte nicht weg. Ich habe mich ein bisschen absinken lassen, um der Oma auszuweichen. Ich war dann auf dem Boden. Ich wollte auf keinen Fall mit. Die Oma hat geschrien: »Wenn du nicht gleich mitkommst, macht das alles nur noch schlimmer!« Die Augen der Oma sahen kalt aus, fremd, unverwandt. Da war keinerlei Liebe. Ich hatte das Gefühl, sie hasst mich. Neben meiner Angst habe ich auch meinen Hass gespürt für die Oma. Ich habe gespürt, dass ich hier nicht willkommen bin, dass ich störe, dass ich nerve. Ich hatte das Gefühl, die Oma wollte am liebsten, dass ich sterbe und für immer weg bin. Da hat die Oma mich gepackt und an Arm hochgezerrt. Sie hat mich auch an den Haaren gepackt und an der Schulter. Es tat sehr weh. Mein Bauchgefühl wurde immer noch schlimmer. Mein Kopf hat gebrannt. Ich hatte das Gefühl, dass sie mir die Haare ausreißt. Der Griff am Oberarm fühlte sich an wie eine Kralle. Sie hat mich gezerrt und ins Wohnzimmer gestoßen. Ich bin durch die Tür reingestolpert, konnte mich aber abfangen. Ich stand da und habe nach unten geschaut. Ich sah nur Füße, Schuhe und Stoffhosen von Männern. Die Oma war hinter mir. Ich habe gehört, dass sie die Tür zumacht. Ich dachte: »Ich will das nicht. Ich will hier raus. Jetzt schlägt er mich vor allein!« Ich habe Angst gespürt, ich habe mich hilflos und ausgeliefert gefühlt. Ich stand da im Wohnzimmer wie eine Zirkusattraktion. Es war so demütigend. Es war ganz still im Raum. Dann habe ich plötzlich die Stimme eines Mannes gehört. Er hat gesagt: »Ja, wenn sie nicht hört, dann musst du jetzt richtig zuschlagen.« Da habe ich mir überlegt, ob sie vielleicht recht haben, ob ich vielleicht wirklich schlecht bin. Die Männerstimme klagt belustigt und anspornend. Mein Opa hat gesagt: »Komm sofort her!« Seine Stimme klang dominant. Ich wusste, ich habe keine Wahl. Ich musste es irgendwie hinter mich bekommen. Ich dach-

te, hoffentlich überlebe ich das. Der Opa ist aufgestanden und kam auf mich zu. Ich bin vorne gestanden. Rechts von mir war die Couch, gegenüber ein Sessel, und links war eine kleine Couch. Ich stand in der Mitte vor allen. Es war wie eine Arena. Ich hatte das Gefühl, die Gäste sitzen in dieser Arena und warten, was passiert. Der Opa kam auf mich zu. Ich habe mich nicht getraut, ihn direkt anzuschauen. Er trug halb offene Sandalen mit Socken, eine beige Stoffhose und einen selbstgestrickten Pulli. Der Opa roch nach Alkohol und Zigaretten. Er hat zu mir gesagt: »Jetzt hol dir deine Strafe ab. Das kommt davon, wenn man nicht hört. Wenn du heulst, dann gibt es noch mehr!« Von den anderen Leuten habe ich nur noch Gemurmel gehört. Die Oma hat zu mir gesagt: »Zieh die Hose runter und bück dich!« Sie klang gnadenlos. Ich dachte, dass ich das nicht mache. Ich habe mich so geschämt. Ich wollte nicht nackt sein vor den anderen. Ich habe das Schamgefühl im Unterleib gespürt. Ich bin mit verschränkten Armen dagesstanden. Ich dachte, ich mache das nicht. Ich hatte solche Angst. Da hat einer der Gäste gesagt: »Die kann nicht hören. Frecher noch wie sonst was. Was bildet die sich ein? Jetzt musst du aber mal hart durchgreifen!« Ich hatte das Gefühl, die haben alle Spaß an der Situation. Ich habe mir gewünscht, einfach weg zu sein. Der Opa stand da und hat den Gürtel aus seiner Hose gezogen. Da dachte ich: »Oh mein Gott, nein!« Ich wusste, dass das jetzt noch schlimmer wird als mit der Hand. Ich habe mit ängstlicher und flehender Stimme gesagt: »Bitte mach das nicht.« Einer der Gäste hat mir entgegnet: »Das hättest du dir früher überlegen sollen.« Der Opa hat zur Oma gesagt: »Steh zu, dass sie es macht.« Da hat mich die Oma im Nacken gepackt und mich in den Sessel gedrückt, der war jetzt frei. Mein Gesicht war auf der Sitzfläche des Sessels. Sie hat mir die Hose runtergezogen. Ich habe versucht, mich zu wehren. Da hat sie mit den Händen überall hingeschlagen. Als sie die Hose runtergezogen hat, habe ich Ekel und Scham gespürt. Die Gäste habe ich nur noch als Rauschen gehört. Vor Angst habe ich den Puls in meinen Ohren gehört. Ich hatte das Gefühl, ich krippe gleich um. Ich hing mit dem Kopf auf dem Sessel. Ich habe gespürt, dass mich irgendeinemand mit dem Kopf in den Sessel gedrückt hat, das war vermutlich die Oma. Ich hatte das Gefühl, ich bekomme keine Luft mehr. Es war stickig. Da habe ich ein zischendes Geräusch gehört. Es klang wie ein Schnappen. Ich wusste, jetzt kommt der Schlag. Der erste Schlag hat mich auf den Po getroffen. Es war zuerst ein beißender Schmerz. Danach hat es gebrannt. Ich habe nur noch Rauschen gehört und den Puls in den Ohren. Ich habe geweint. Ich wollte aber nicht weinen, weil ich das Gefühl hatte, wenn ich weine, haben sie gewonnen. Der Opa hat immer wieder zugeschlagen. Er hat mal die oberen Beine, mal den unteren Rücken getroffen. Er hat nicht schnell zugeschlagen, sondern immer mit Pausen. Ich habe immer wieder gebettelt: »Wie viele noch? Bitte, bitte, ich will nicht mehr!« Ich habe ihn angefleht. Keiner hat reagiert. Ich fühle mich so wertlos und ausgeliefert. Einmal, als er ausgeholt hat, habe ich es gehört. Da war der Schmerz schon so schlimm, dass ich schnell meine Hände nach hinten genommen habe, um mich zu schützen. Da hat er meine Fingerspitzen getroffen. Ich konnte mich nicht schützen. Der Opa hat nur gesagt: »Selber schuld, nimm die Hände da weg.« Mir kam es ewig vor,

ich dachte, es hört nie mehr auf. Ich dachte, er macht solange weiter, bis ich keine Luft mehr bekomme, wegen der Schmerzen. Doch irgendwann hat er tatsächlich aufgehört. Der Opa hat gesagt: »Ich bin fertig mit dir!« Die Person links von mir hat gelacht. Es war ein Männerlachen. Die Oma hat mich abrupt losgelassen. Sie hat gesagt: »Steh auf und zieh dich an!« Es klang sehr abwertend. Ich konnte mich fast nicht mehr aufrichten. Ich kam nicht mehr aus meiner Position raus. Nur ganz langsam konnte ich mich bewegen. Das hat die Oma getriggert. Sie hat gesagt: »Mach schneller!« Ich dachte, sehen die gar nicht, dass ich nicht kann. Ich war so traurig, aber auch wütend. Und trotzdem habe ich mich hilflos gefühlt. Weil es der Oma zu langsam gegangen ist, hat sie mich hochgerissen. Sie hat mich angeschrien: »Jetzt zieh dich an.« Ich stand jetzt nackt vor den Leuten. Einer der Männer hat mir noch an den Po gefasst. Das tat weh wie die Hölle. Ich bin zusammengezuckt. Er hat nur gesagt: »Das kommt davon.« Es tat alles höllisch weh, ich musste mich beeilen, aber es tat so furchtbar weh, sich wieder anzuziehen. Ich wusste aber, ich muss mich beeilen, denn sonst gibt es nochmals Schläge. Als ich angezogen war, hat die Oma gesagt: »Raus hier.« Ich bin zurück in den langen dunklen Flur an die Wand. Dort bin ich in die Hocke gegangen. Sitzen konnte ich nicht, das hat zu sehr weh getan. Ich habe geweint und gebetet. Ich habe das Gefühl gehabt, ich bin hier nicht zu Hause, ich bin hier nicht willkommen. Ich will nach Hause – in ein anderes zu Hause. Es gab hier niemanden, der mich liebt. Alle hassten mich. Ich habe mir überlegt, was ich nur falsch gemacht habe. Es war alles so beschämend. Ich habe eine Mischung aus Scham, Trauer und riesengroßer Einsamkeit gefühlt. Ich habe auch Wut im Bauch gespürt. ...

6.3.4 Therapieabschluss

Sind in der dargestellten standardisierten und manualisierten Form alle signifikanten Lebensereignisse im Sinne der Narrativen Expositionstherapie bearbeitet worden, so gibt es verschiedene Möglichkeiten, den Therapieabschluss zu gestalten:

Es kann für Patienten hilfreich sein, ein letztes Mal zusammengefasst alle schriftlich festgehaltenen Ereignisse vom Therapeuten vorgelesen zu bekommen, um anschließend nochmals aus der alloquentischen Haltung gemeinsam mit dem Therapeuten das Vergangene in seiner Gesamtheit zu betrachten und als Vergangenheit abzuschließen, im Sinne des Loslassens und Akzeptierens. Dabei können neu auftretende Kognitionen und Emotionen, wie z. B. »Es ist eine traurige Geschichte, aber eben *meine* Geschichte« von Therapeutenseite her validiert werden, um den Prozess der Integration in die eigene Biografie zu verstärken (Schauer et al. 2005/2011).

Bei Patienten, die eine multiple, sehr komplexe Traumavorgeschichte haben, kann das oben genannte Vorgehen unter Umständen erneut ein Überflutet-Werden hervorrufen oder erdrückend sein und erscheint daher nicht produktiv. Daher ist ein anderes Vorgehen empfehlenswert, das dem Patienten dennoch einen

Rückblick und Abschluss des durchlaufenen Therapieprozesses ermöglicht. Denkbar ist hier, erneut die Lebenslinie zu legen. Noch einmal wird die Biografie vom Patienten chronologisch dargestellt, erneut werden alle Symbole genutzt, weiterhin mit dem Fokus auf das kalte Gedächtnis. Patient und Therapeut erleben so Seite an Seite eine Würdigung der Gestalt des bisherigen Lebens und eine gemeinsame Reflexion des Therapieprozesses kann stattfinden («Eingige Steine fühlen sich nicht mehr so schwer an, ich kann nun viel leichter darüber sprechen»). Sinnvoll ist zum Zeitpunkt des Therapieabschlusses auch die Erweiterung der Lebenslinie: Das eingetragene Stück Schnur am Ende der Lebenslinie steht für die Zukunft. Der Patient kann nun eingeladen werden, Blumen für die Zukunft auszuwählen, die er mit Hoffnungen und Wünschen verknüpft, und diese auf der eingetragenen Schnur als Symbole für seine Zukunft zu platzieren. Hierdurch wird nochmals unterstrichen, dass das Vergangene als unveränderbar akzeptiert und in der Vergangenheit verortet wird, die Zukunft jedoch sehr wohl dem persönlichen Einfluss unterliegen kann (Schauer et al. 2014).

Auch eine erneute standardisierte Erhebung der Symptom schwere der Posttraumatischen Belastungsstörung ist am Ende der Therapie denkbar. Hierbei sollte jedoch beachtet werden, dass die umfassende Studienlage zur Effektivität der Narrativen Expositionstherapie darauf hindeutet, dass bei vielen Patienten der Haupteffekt der Therapie erst im Verlauf der ersten sechs Monate nach Abschluss der Expositionsbehandlungen sichtbar wird (für einen Überblick siehe Jacob et al. 2017). Darüber hinaus hat sich in der klinischen Praxis eine qualitative Erhebung der subjektiv vom Patienten wahrgenommenen Veränderungen auf der emotionalen, kognitiven und Verhaltens Ebene, die durch die Therapie angestoßen wurden sehr bewährt. Patienten können zum Teil bei sich selbst eine Vielzahl von wahrgenommenen Veränderungen in ihrem persönlichen Erleben und Verhalten benennen, eine deutliche Steigerung ihrer Funktionsfähigkeit und Lebensqualität spüren, auch wenn zum Zeitpunkt des Therapieabschlusses häufig noch eine Restsymptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung besteht.

6.4 Die therapeutische Haltung im Rahmen der Narrativen Expositionstherapie

Die Narrative Expositionstherapie stellt nicht nur den Patienten vor die große Herausforderung sich seiner Geschichte und seiner Vermeidung zu stellen, sie fordert auch den Therapeuten auf verschiedenen Ebenen. Zentral für das Gelingen der Narrativen Expositionstherapie ist ein enges Band zwischen Patient und Therapeut. Im Schlussschluss stellen sie sich der Vergangenheit des Patienten. Der Therapeut sollte dabei für den Patienten ein empathisch mitfühlender, konzentrierter und insbesondere ein sicherer Begleiter sein, der einerseits die Führung übernimmt und andererseits gleichzeitig bereit ist, auch dem Gegenüber Kon-

trolle einzuräumen. Im Verlauf der Expositionen ist dabei zentral, dass der Therapeut dem Patienten hilft, das Erlebte zu versprachlichen, das »Unausgesprochene« in Worte zu fassen und zu teilen. Der Therapeut bemüht sich daher, das zu formulieren, was die betroffene Person einerseits durch Mimik und Gestik zu erkennen gibt, aber auch, was die Person möglicherweise empfindet, denkt und körperlich erlebt – in der Vergangenheit, wie auch heute im Therapiezimmer. Der Therapeut gibt Impulse zum Weitersprechen, er hilft, die innere Not und die zurückgewiesenen Bedürfnisse zu verbalisieren und ermöglicht dabei ein intensives therapeutisches Beziehungsleben. Der Therapeut bietet sein »Verständnis« und sein »Verstehen« an. Er bleibt dabei in einer akzeptierenden Haltung. Alles, was die betroffene Person fühlt und denkt, darf Raum finden, darf ausgesprochen werden. Gegenüber Menschenrechtsverstößen wird jedoch wiederum durch den Therapeuten klar Stellung bezogen (Schauer et al. 2017; Schauer et al. 2018; Schauer et al. 2005/2011).

6.5 Wirksamkeitsstudien zur Narrativen Expositionstherapie

Im Laufe der zurückliegenden Jahrzehnte wurden die Effektivität und Anwendbarkeit der Narrativen Expositionstherapie in unterschiedlichen Settings, in der Durchführung durch unterschiedlich vorgebildete Therapeuten sowie in der Therapie von Patientengruppen unterschiedlichen Alters und mit verschiedenen komorbiden Erkrankungen untersucht (für einen ersten Überblick siehe Jacob et al. 2017):

Studien mit Patienten in ressourcen schwachen Ländern nach der Erfahrung von Krieg und organisierter Gewalt, wie beispielsweise Flüchtlingen in Uganda und Überlebende des Genozids in Ruanda, belegen eindrucklich die Effektivität der Narrativen Expositionstherapie, sowohl wenn diese durch westliche Experten angeboten wurde (vgl. z. B. Neuner et al. 2004; Schaal et al. 2009) als auch, wenn die Therapie durch geschulte Laienherapeuten angeboten wurde (vgl. z. B. Ertl et al. 2011; Jacob et al. 2014). Studien unterschiedlicher Arbeitsgruppen in Europa mit Geflüchteten zeigen ebenfalls sehr gute Ergebnisse bei Patienten nach Krieg und Foltererfahrungen – auch wenn diese sich noch im Asylverfahren befinden (z. B. Neuner et al. 2010 in Deutschland; Stenmark et al. 2013 in Norwegen). Studien im klinischen Alltag bei Patientinnen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und komorbider Symptomatik einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung Borderline Typ, die zurückliegend zumeist körperliche und/oder sexuelle Gewalt erlebt haben, kommen ebenfalls zu sehr guten Ergebnissen hinsichtlich der Durchführbarkeit und der Wirksamkeit, nicht nur bezüglich der PTBS-Symptomatik, sondern auch hinsichtlich komorbider Symptome und Funktions Einschränkungen (z. B. Pabst et al. 2014; Steuwe et al. 2016). Und schließlich umfasst

sen die Studien zur Narrativen Expositionstherapie einen großen Altersbereich, von sehr alten Patienten (z. B. Bichescu et al. 2007) bis hin zu Kindern, die mit KIDNET behandelt wurden (z. B. Ruf et al. 2010). Eine Weiterentwicklung der Narrativen Expositionstherapie, die sogenannte FORNET, die beispielsweise in der Therapie und Reintegration von ehemaligen Kombattanten zunehmend Anwendung findet, führte in zurückliegenden Studien ebenfalls zu vielversprechenden Ergebnissen (Robjant et al. 2019). Es handelt sich somit bei der Narrativen Expositionstherapie um einen traumaspezifischen Behandlungsansatz, der eine breite Evidenz aufweist und gleichzeitig seine Umsetzbarkeit in verschiedenen Settings und Patientengruppen belegen konnte. Einen tabellarischen Überblick über alle NET-Studien bis 2017 findet sich bei Jacob et al. 2017, eine kontinuierlich aktualisierte Liste aller NET-Publikationen findet sich außerdem auf der Homepage der Nichtregierungsorganisation *vivo e. V.* (www.vivo.org).

6.6 Zusammenfassung

Bei der Narrativen Expositionstherapie handelt es sich um ein manualisiertes, evidenzbasiertes Verfahren zur Therapie von Traumaspektrumserkrankungen, bei Patienten nach multipler und komplexer Traumatisierung. Dabei ist die narrative Expositionstherapie nicht allein auf Expositionen reduziert. Es geht vielmehr um die Bearbeitung der gesamten Biografie, um eine Würdigung der Lebensgeschichte und damit auch um das Erkennen und Verstehen der Bedeutung der belastenden und traumatischen Lebensereignisse für das Individuum. Die Durchführbarkeit und Wirksamkeit des Therapieverfahrens wurde in Studien weltweit mit den verschiedensten Patientengruppen immer wieder eindrucksvoll belegt.

Literatur

- American Psychiatric Association (APA) (2013) DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 5th ed. Washington DC.
- Bichescu D, Neuner F, Schauer M, Elbert T (2007) Narrative exposure therapy for political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression. *Behaviour Research and Therapy* 45(9): 2212–20.
- Catani C, Kohliadev M, Ruf M, Schauer E, Elbert T, Neuner F (2009) Treating children traumatized by war and Tsunami: A comparison between exposure therapy and meditation-relaxation in North-East Sri Lanka. *BMC Psychiatry* 9: 22.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2019)
- Elbert T, Schauer M (2002) Psychological trauma: Burnt into memory. *Nature* 419: 883.
- Elbert T, Schauer M (2014) Epigenetic, neural and cognitive memories of traumatic stress and violence. In: Cooper S, Ralele K (Eds.) *Psychology Serving Humanity: Proceedings of the 30th International Congress of Psychology*. Vol. 2: Western Psychology. East Sussex, New York: Psychology Press. Pp. 215–227.
- Elbert T, Schauer M, Neuner F (2015) Narrative Exposure Therapy (NET): Reorganizing Memories of Traumatic Stress, Fear, and Violence. In: Schnyder U, Cloitre M (Eds.) *Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders: A Practical Guide for Clinicians*. Schweiz: Springer.
- Elbert T, Schauer M (2021) Epigenetisch gestützte Vererbung von Trauma- und Gewaltvererbung. ▶ Kap. 3 im vorliegenden Buch.
- Ertl V, Pfeiffer A, Schauer E, Elbert T, Neuner F (2011) Community-implemented trauma therapy for former child soldiers in northern Uganda: A randomized controlled trial. *JAMA* 306(5): 503–12.
- Isele D, Teicher MH, Ruf-Leuschner M, Elbert T, Kolassa I-T, Schury K, Schauer M (2014) KERF – Ein Instrument zur umfassenden Ermittlung belastender Kindheitsverfahrungen. Erstellung und psychometrische Beurteilung der deutschsprachigen MACE (Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure) Scale. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 43 (2): 121–130.
- Jacob N, Neuner F, Maedl A, Schaal S, Elbert T (2014) Dissemination of psychotherapy for trauma spectrum disorders in postconflict settings: A randomized controlled trial in Rwanda. *Psychotherapy and Psychosomatics* 83(6): 354–63.
- Jacob N, Wilker S, Isele D (2017) Narrative Expositionstherapie zur Behandlung von Traumafolgestörungen. Evidenz, Dissemination und neueste Entwicklungen weltweit. Review Article. *Swiss Archives of Neurology Psychiatry* 168(4): 99–106.
- Kolassa IT, Ertl V, Eckart C, Kolassa S, Onyut LP, Elbert T (2010) Spontaneous remission from PTSD depends on the number of traumatic event types experienced. *Psychological Trauma: Theory, Practice, Research, and Policy* 2, 3: 169–174.
- Neuner F, Schauer M, Karunakara U, Klaschik C, Robert C, Elbert T (2004) Psychological trauma and evidence for enhanced vulnerability for posttraumatic stress disorder through previous trauma among west Nile refugees. *BMC Psychiatry* 4: 34.
- Neuner F, Kurreck S, Ruf M, Odenwald M, Elbert T, Schauer M (2010) Can asylum-seekers with posttraumatic stress disorder be successfully treated? A randomized controlled pilot study. *Cognitive Behaviour Therapy* 39(2): 81–91.
- Pabst A, Schauer M, Bernhardt K, Ruf M, Goder R, Elbert T, Rosenträger R, Aldenhoff J, Robjant K, Seck-Hirschner M (2014) Evaluation of narrative exposure therapy (NET) for borderline personality disorder with comorbid posttraumatic stress disorder. *Clin Neuropsychiatry* 11(4): 108–17.
- Priebe K, Dyer A (2014) Metaphern, Geschichten und Symbole in der Traumatherapie. *Göttingen: Hogrefe*.
- Robjant K, Koebach A, Schmitt S, Chibashimba A, Cartleal S, Elbert T (2019) The treatment of posttraumatic stress symptoms and aggression in female former child soldiers using adapted Narrative Exposure therapy – a RCT in Eastern Democratic Republic of Congo. *Behaviour Research and Therapy* 123: 103482, online publiziert: 27.09.2019.
- Ruf M, Schauer M, Neuner F, Catani C, Schauer E, Elbert T (2010) Narrative exposure therapy for 7- to 16-years-olds: a randomized controlled trial with traumatized refugee children. *Journal of traumatic stress* 23(4): 437–45.
- Ruf M, Schauer M (2012) Facing childhood trauma. Narrative Exposure Therapy within a Cascade Model of Care. In: Jennifer Murray (Ed.) *Exposure Therapy: New Developments*. New York: Nova Science Publishers. Pp. 229–261.
- Schaal S, Elbert T, Neuner F (2009) Narrative exposure therapy versus interpersonal psychotherapy: a pilot randomized controlled trial with Rwandan genocide orphans. *Psychotherapy and Psychosomatics* 78(5): 298–306.
- Schauer M, Neuner F, Karunakara U, Klaschik C, Robert C, Elbert T (2003) PTSD and the «double block» effect of psychological trauma among West Nile Africans. *European So-*

- Schauer M, Neuner F, Elbert T (2005/2011) Narrative Exposure Therapy. A Short-Term Treatment for Traumatic Stress Disorders. Göttingen: Hogrefe.
- Schauer M, Elbert T, Neuner F (2017) Narrative Expositionstherapie (NET) für Menschen nach Gewalt und Flucht. Ein Einblick in das Verfahren. *Psychotherapeut* 62: 306–313.
- Schauer M, Elbert T, Neuner F (2018) Narrative Expositionstherapie nach Gewalt und Flucht. In: Machleidt W, Heinz A (Hrsg.) *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit*. München: Urban & Fischer/Elsevier. S. 261–271.
- Schauer M, Ruf-Leuschner M (2014) Lifeline in der Narrativen Expositionstherapie. *Psychotherapeut* 59: 226–238. Online publiziert 22.05.2014.
- Schauer M, Ruf-Leuschner M, Landolt M (2014) Dem Leben Gestalt geben – die Lifeline in der Traumatherapie von Kindern und Jugendlichen. In: Priebe K, Dyer A (Hrsg.) *Metaphern, Geschichten und Symbole in der Traumatherapie*. Göttingen: Hogrefe. S. 177–186.
- Stenmark H, Gatani C, Neuner F, Elbert T, Holen A (2013) Treating PTSD in refugees and asylum seekers within the general health care system. A randomized controlled multicenter study. *Behaviour Research and Therapy* 51(10): 641–647.
- Steuwe C, Rullkötter N, Ertl V, Berg M, Neuner F, Beblo T, Driessen M (2016) Effectiveness and feasibility of narrative exposure therapy (NET) in patients with borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder – a pilot study. *BMC Psychiatry* 16: 254. 016-0969-4.
- Weathers FW, Blake DD, Schnurr PP, Kaloupek DG, Marx BP, Keane TM (2013) The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5). Instrument available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov (Zugriff am 10.12.2021); dt: Ehrling T, Knaevelsrud C, Krüger A, Schäfer I (2014).
- Weathers FW, Litz BT, Keane TM, Palmieri PA, Marx BP, Schnurr PP (2013) The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Instrument available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov (Zugriff am 10.12.2021); dt: Ehrling T, Knaevelsrud C, Krüger A, Schäfer I (2014).

II Traumatherapie in unterschiedlichen Settings und Entwicklungsphasen