

Regina Hiller / Thomas Hensel

# ResonaT - Ressourcenorientierte narrative Traumatherapie

Kindern und Jugendlichen mit komplexen  
Traumafolgestörungen helfen

inklusive  
Download-  
Material



V&R





Regina Hiller/Thomas Hensel

# **ResonaT – Ressourcenorientierte narrative Traumatherapie**

Kindern und Jugendlichen mit  
komplexen Traumafolgestörungen helfen

Vandenhoeck & Ruprecht

## Mit 6 Abbildungen und 4 Tabellen

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der  
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind  
im Internet über <http://dnb.de> abrufbar.

2., erweiterte Auflage 2019

© 2019, 2017, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Theaterstraße 13, D-37073 Göttingen  
Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich  
geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen  
bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Umschlagabbildung: © Alice Korotaeva

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen

**Vandenhoeck & Ruprecht Verlage | [www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com](http://www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com)**

ISBN 978-3-647-40662-6

# Inhalt

<b>Vorwort</b> .....	7
<b>Einleitung – Worum geht es in diesem Buch?</b> .....	11
<b>1 Ausgewählte narrative Ansätze in der modernen (Trauma-)Psychotherapie</b> .....	15
1.1 Konstruktivismus .....	17
1.2 Emotionsfokussierte Therapie (EFT) .....	19
1.3 Narrativ-konstruktive Traumatherapie (Pennebaker, Meichenbaum)	21
1.4 Schonende Traumatherapie (Sack) .....	24
1.5 Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy (IRRT) .....	25
1.6 Szenisch-narrative Ansätze (Traumabezogene Spieltherapie; Pesso Boyden System Psychomotor – PBSP) .....	26
1.7 Linguistische Analysen von Trauma-Narrativen .....	29
1.8 Ansätze von Narrativarbeit in der traumafokussierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie .....	31
1.8.1 Traumafokussierte kognitiv-behaviorale Therapie .....	31
1.8.2 Narrative Expositionstherapie für Kinder (KIDNET) .....	33
1.8.3 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)	35
1.8.4 Family Attachment Narrative Therapy (FANT) .....	37
<b>2 ResonaT – Ressourcenorientierte narrative Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen mit komplexen Traumafolgestörungen</b> ....	39
2.1 Die Klienten: Kinder und Jugendliche mit komplexen Traumafolgestörungen .....	39
2.1.1 Der Erfahrungsbereich: Interpersonelle Gewalterfahrungen	39
2.1.2 Die psychischen Folgen interpersoneller Gewalt .....	41
2.1.3 Probleme der diagnostischen Erfassung von Traumafolgesymptomen bei Kindern .....	43
2.1.4 Versuche der diagnostischen Einordnung komplexer Traumafolgestörungen im Kindes- und Jugendalter .....	46

2.2 Die Methode: Die theoretische Fundierung	
des ResonaT-Ansatzes .....	52
2.2.1 Anthropologische Kernannahmen .....	52
2.2.2 Störungslehre – eine stressorbasierte ätiologische Sichtweise	56
2.2.3 Grundannahmen zu Wirkmechanismen und	
Heilungsprozessen .....	61
2.2.4 Interventionsprinzipien .....	69
2.2.5 Richtlinien für die Narrativgestaltung .....	73
2.2.6 Idealtypischer Behandlungsalgorithmus:	
Handlungsrichtlinien für eine konkrete Behandlungsplanung	84
2.2.7 Naturalistische Interventionsstudie (Hiller, 2013) .....	93
<b>3 Beispielgeschichten nach der ResonaT-Methode zu zentralen</b>	
<b>Themen komplexer Traumatisierung im Kindesalter .....</b>	<b>97</b>
3.1 Überblick über die unterschiedlichen Einheiten der Narrative ...	99
3.2 Narrative zu interpersonellen Gewalterfahrungen .....	106
3.2.1 Frühkindliche Gewalt und Fremdunterbringung .....	106
3.2.2 Sexualisierte Gewalt .....	124
3.2.3 Körperliche und emotionale Gewalt: sowohl selber	
wie auch als Augenzeuge erlebt .....	144
3.2.4 Passive Gewalt: Vernachlässigung und Verwahrlosung ....	177
3.3 Narrative zu mildereren Formen der psychischen Belastung .....	200
3.3.1 Verluste wichtiger Bezugspersonen .....	200
3.3.2 Trennung der Eltern .....	212
3.3.3 Wegfall von wichtigen Bezugspersonen durch Drogen	
und Alkohol .....	231
3.3.4 Krankheit von wichtigen Bezugspersonen .....	245
3.3.5 Identitätsfindung bei Pflege- und Heimkindern .....	250
3.3.6 Mobbingerfahrungen .....	255
3.3.7 Narrative für ein singuläres Ereignis .....	257
3.3.8 Beeinträchtigung der körperlichen Gesundheit .....	261
3.4 Stabilisierungsnarrative .....	276
<b>Literatur .....</b>	<b>283</b>
 <b>Code für Download-Material .....</b>	<b>292</b>

## Vorwort

Das Buch richtet sich an ausgebildete oder in Ausbildung (unter Supervision) befindliche Psychotherapeuten aller Berufsgruppen, die mit Kindern und Jugendlichen mit schweren Belastungserfahrungen und komplexer Symptomatik sowie deren Bezugssystemen arbeiten. Angesprochen werden sollen Kolleginnen und Kollegen, die mit Neugierde und Offenheit die Entwicklungen in der Psychotraumatherapie verfolgen und sich aus ihrer klinischen Erfahrung heraus bewusst sind, dass es für diese Klientengruppe keine »One size fits all«-Verfahren gibt. Es ist nach unserer Überzeugung notwendig, über ein reichhaltiges Portefeuille an klinisch wirksamen Methoden zu verfügen, die durch ein zugrunde liegendes Störungsverständnis aufeinander bezogen sind und integrativ innerhalb eines konsistenten Behandlungsplans eingesetzt werden. Dies ermöglicht, den spezifischen Bedürfnissen und Voraussetzungen der betroffenen Kinder, Jugendlichen und deren Bezugspersonen gerecht zu werden. Dazu möchte ResonaT einen Beitrag leisten.

Die Traumapsychotherapie ist inzwischen im deutschsprachigen Raum im Mainstream der Psychotherapie angekommen. Zwanzig Jahre Erfahrung haben gezeigt, dass sich anfangs bestehende Befürchtungen, Klienten könnten durch die Aktualisierung traumatischer Erinnerungen dekompensieren, als falsch herausgestellt haben. Traumafokussierte Psychotherapie zählt heute zu den effektivsten, sichersten und schonendsten Varianten psychotherapeutischen Handelns.

Dennoch waren nicht nur auf gesellschaftlicher Ebene ausdauernde Bemühungen notwendig, um die lebenslangen Folgen (früh-)kindlicher interpersoneller Gewalterfahrungen in das allgemeine Bewusstsein zu heben. Auch die professionellen Verbände (Richtlinienverbände, Psychotherapeuten- und Ärztekammern, Krankenkassen) haben sich lange gegen eine Anerkennung der Notwendigkeit traumaspezifischer Vorgehensweisen gewehrt. Erst mit den fünf Zielen der Rahmenempfehlungen (Bundespsychotherapeutenkammer, KBV, Bundesärztekammer, Deutsche Krankenhausgesellschaft u. GKV, 2012) wurde anerkannt, dass Traumapsychotherapie ein unverzichtbarer Teil der Versorgung

psychisch kranker Menschen, das aktuelle Therapieangebot unzureichend und die Weiterentwicklung von traumaspezifischen Methoden zu fördern und zu erforschen ist.

Für den Widerstand innerhalb der etablierten Profession gab es gute Gründe. Erfordert doch die Psychotraumatologie ein schulenübergreifendes Denken und stellt klassische Parameter wie beispielsweise eine diagnoseorientierte Behandlungsplanung in Frage. Die Forschungsergebnisse sind – gerade auch für das Kindes- und Jugendalter – eindeutig: Belastende Lebenserfahrungen – und hier zählen chronische Alltagsstressoren wie Mobbing genauso zu den Auslösern wie genuin potenziell traumatische Erfahrungen – können jede beliebige psychische Störung auslösen, beeinflussen und aufrechterhalten. Um dieser Erkenntnis in der therapeutischen Praxis zu entsprechen, erfordert es eine transdiagnostische und an Wirkfaktoren ausgerichtete Konzeptualisierung von Traumafolgestörungen. Erste Schritte in diese Richtung zeichnen sich ab. So wird in verschiedenen Leitlinien zur Behandlung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter zwingend ein Screening auf Belastungserfahrungen und deren vorrangige Behandlung implementiert.

Aber auch innerhalb der Traumapsychotherapie gibt es noch weiße Flecken auf der Landkarte der Erkenntnisse. Sowohl die Behandlung von Traumafolgestörungen bei Vorschulkindern oder Menschen mit Intelligenzminderung als auch – und damit kommen wir zur Entstehungsgeschichte von ResonaT – die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit *komplexen Traumafolgestörungen* erfolgen zur Zeit noch ohne jede Evidenzbasierung.

Komplexe Traumafolgestörungen lassen sich in der Regel auf chronische interpersonelle Gewalterfahrungen in früher Kindheit zurückführen (Teicher u. Samson, 2013). Diese Erfahrungen haben nicht nur die Herausbildung von Symptomen (Ängste, Störungen des Sozialverhaltens, PTBS usw.) zur Folge, sondern beinhalten als Tiefendimension eine Störung der allgemeinen Regulationsfähigkeiten des Erlebens und des Verhaltens (etwa in Beziehungen). Das eigene Selbstbild ist inkohärent (Antonovsky, 1997) und von Starre, Brüchigkeit, geringer Erfahrungsoffenheit und Labilität geprägt. Eine rein symptomorientierte Behandlung der Störungssphänomenologie, etwa orientiert an ICD-Diagnosen, ist wenig zielführend und, wie die Forschung gezeigt hat, auch wenig effektiv.

Die *Ressourcenorientierte narrative Traumatherapie* (ResonaT) ist in einem mehrjährigen Prozess von mir, Regina Hiller (RH), in meiner stationären und ambulanten psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern, bei denen sich komplexe Traumafolgestörungen ausgebildet hatten, entwickelt worden. Aus der Narrativarbeit von Joan Lovett (2000) als kreative Variante des EMDR formte sich durch die klinische Erfahrung schließlich ein eigenständiges Verfahren.

Eine schonende Traumaaktualisierung durch Tierprotagonisten, die Auflösung von Traumaschemata in Folge einer Prozessierung, die sich in einer haltgebenden therapeutischen Beziehung an Wirkfaktoren orientiert, die Adressierung sowohl der traumatischen Erfahrungen wie auch von deren Bedeutung (Selbststrukturen), und das Rekonsolidierungsparadigma als wichtiges Wirkprinzip sind dabei wichtige Begriffe. Im Laufe der Jahre stellte sich zunehmend heraus, dass die Orientierung an der Leitsymptomatik, die Herausarbeitung zentraler Grundemotionen und die Zuordnung der aktuellen Trigger zu früheren traumatisch wirkenden Ereignissen weitere Wirkfaktoren darstellen. So konnten die Traumasympptome der Kinder immer passgenauer behandelt werden.

Um die positiven klinischen Erfahrungen zu überprüfen, wurde eine kontrollierte naturalistische Interventionsstudie (Hiller, 2013) durchgeführt. Schulkinder im Alter zwischen sieben und 13 Jahren mit chronischen interpersonellen Gewalterfahrungen (Teicher u. Samson, 2013) und einer gesicherten PTBS-Diagnose nach ICD-10 wurden in einem kontrollierten Design mit durchschnittlich 3,5 individuellen Narrativen behandelt und mit einer Kontrollgruppe ohne das Geschichtenerzählen verglichen. Während die Kinder der Kontrollgruppe unter Tau-Bedingungen (Standardtherapie des jeweiligen Settings) keine Verbesserungen zeigten, konnte in der Behandlungsgruppe eine signifikante Reduktion der posttraumatischen Symptomatik und in der Follow-up-Messung nach vier Wochen ein stabiles, relativ symptomfreies Verhalten erzielt werden. Diese überaus guten Ergebnisse zeigten, dass bereits eine geringe Anzahl von auf das einzelne Kind abgestimmten Narrativen zu einer wesentlichen Verbesserung der Gesamtsymptomatik führte. Dies ermutigte uns, dieses Verfahren auszuarbeiten und zu veröffentlichen. Denn, wie gesagt, die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit komplexen Traumafolgestörungen steckt noch in den Kinderschuhen und kann weitere ausgearbeitete Methoden, die der wissenschaftlichen Überprüfung zugänglich sind, gut vertragen.

Inzwischen sind mehrere hundert Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-innen in diesem Verfahren ausgebildet und die zufriedenen und zum Teil enthusiastischen Rückmeldungen aus der täglichen psychotherapeutischen Arbeit der Kolleg/-innen stellen für uns einen weiteren Anreiz dar, dieses Verfahren der Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

Besonders bedanken wir uns bei allen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der LWL-Universitätsklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hamm, bei allen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der LWL-Klinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marsberg sowie bei allen niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die in Zusammenarbeit mit mir (RH) durch das

Schreiben von Standardnarrativen einen wesentlichen Beitrag zum Gelingen des Buches beigetragen haben. Großer Dank geht auch an Nancy Cornelsen, Alice Korotaeva, Katharina Schrader, Judith Schablack und Nastassja Reimann, die ihre selbst gezeichneten Tierbilder, in denen die Grundemotionen Angst, Wut, Trauer dargestellt werden, zur Verfügung stellten und somit die Verarbeitungsprozesse durch den ansprechenden visuellen Eindruck erleichterten.

Des Weiteren möchten wir Herrn PD Diplom-Psychologe Sefik Tagay, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Essen, sowie Herrn Professor Wolfgang Senf (em.), Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Essen, danken, die durch die Unterstützung und Begleitung meiner (RH) Promotion den Nachweis für die Wirksamkeit der Methode ermöglichten.

Nicht zuletzt soll den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Villa Löwenherz Dortmund, einer Jugendhilfeeinrichtung für traumatisierte Kinder, gedankt werden. Sie setzen die Ideen der Narrativarbeit in Zusammenarbeit mit mir (RH) konsequent um und erleichtern den Kindern und Jugendlichen somit die Verarbeitung schwerer traumatischer Erfahrungen. Hier gilt unser besonderer Dank Herrn Werner Suckau, einem Mitarbeiter der Villa Löwenherz.

Auch wir haben keine befriedigende Lösung für die Diskrepanz gefunden, dass die traditionelle Schreibweise den männlichen Therapeuten anspricht und drei von vier Psychotherapeuten, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, weiblichen Geschlechts sind. Wir werden daher in diesem Buch zwischen den männlichen und weiblichen Formen hin und her wechseln.

Regina Hiller  
Thomas Hensel

Essen und Offenburg

## Einleitung – Worum geht es in diesem Buch?

### **Der Zirkuselefant oder die Ketten der Vergangenheit**

Der Zirkus ist in der kleinen Stadt am Wald angekommen und der Junge ist fasziniert von dieser lebendigen Welt. Besonders der Elefant, groß und mächtig, zieht ihn an. Während der Zirkusvorstellung hat der Elefant, dieses riesige Tier, sein ungeheures Gewicht, seine eindrucksvolle Größe, seine Kraft und seine Klugheit zur Schau gestellt. Der Junge will mehr sehen und geht nach der Vorstellung hinter das Zelt. Was ist er erstaunt, dass der Elefant – nur mit einer kleinen Kette und einem winzigen Pflock, den sogar er mit Leichtigkeit herausziehen kann, angekettet – nicht wegläuft. Da draußen im Wald lockt doch die Freiheit, die ihn selber auch immer wieder dort hinzieht. Warum macht der Elefant sich nicht auf und davon? Was hält ihn zurück? Was behindert ihn, der doch einen ganzen Baum samt Wurzeln ausreißen kann?

Also fragt er seinen Freund. »Der Elefant hat Angst«, lautet die Antwort, die ihn nicht zufriedenstellt. Ja gut, ein bißchen Schiss hat er auch manchmal so allein im Wald. Aber das wiegt die Abenteuerlust und die Freude doch nicht auf!

Seine Mutter antwortet: »Im Zirkus ist er versorgt.« Das will ihm nicht in den Kopf. Haben nicht Generationen von Vorfahren des Elefanten frei gelebt und sich selbst versorgt? Auch die Antwort der Mutter scheint ihm also nicht die ganze Wahrheit zu enthalten und so fragt er schließlich seinen Großvater. Der muss es doch wissen!

»Der Elefant flieht nicht, weil er schon seit frühester Kindheit an einen solchen Pflock gekettet ist. Und was glaubst du, hat er damals getan, als sein Freiheitsdrang und seine Lebenslust noch da waren? Er hat mit seinen kleinen Kräften gezogen und den ganzen Tag bis zur Erschöpfung an der Kette gezerrt und den nächsten Tag aufs Neue. Und so Tag um Tag, bis er eines Tages den Schmerz, die Hoffnungslosigkeit, die Ohnmacht und die Verzweiflung nicht mehr aushalten konnte und aufgab. Er gab auf und hat seit diesem Tag nie wieder an der Kette gezerrt, weil er annimmt, dass es ihm wieder nicht gelingen wird, frei zu kommen, und weil er die furchtbaren Gefühle des Scheiterns nie wieder erleben möchte.«

Da versteht der Junge, wird traurig und hat großes Mitgefühl mit dem Elefanten, der die Hoffnung auf Freiheit verloren hat (abgewandelt, nach Bucay, 2007).

Das folgende Kapitel soll Ihnen in fokussierter Weise einen Überblick über die ressourcenorientierte narrative Traumatherapie (ResonaT) mit Kindern und Jugendlichen mit komplexen Traumafolgestörungen vermitteln. Dieser Behandlungsansatz nutzt das Potenzial *narrativer Behandlungsansätze* (Meichenbaum, 1999), die sich in den letzten Jahren in der Psychotherapie von Menschen mit Traumafolgestörungen klinisch bewährt haben. Inzwischen stellt die Arbeit mit narrativen Elementen in einer Reihe ganz unterschiedlicher Methoden ein wesentliches oder zumindest bedeutsames Element in der Behandlung dar.

Der hier vorgestellte Ansatz (ResonaT) unterscheidet sich von anderen Vorgehensweisen durch eine Reihe von Faktoren, die diese Methode gerade für sogenannte *komplextraumatisierte* Menschen geeignet erscheinen lässt (siehe auch Tabelle 2, S. 72 f.). Durch seine Wahl von Tieren als Protagonisten der Geschichten – wie in der diesem Kapitel vorangestellten Tiergeschichte »Der Zirkuselefant oder die Ketten der Vergangenheit« – stellt er eine schonende Form der Traumaprozessierung dar. Dabei macht er sich den Umstand zunutze, dass bereits eine moderate Aktualisierung der traumatischen Erinnerungen via Identifikation des Klienten mit dem Protagonisten eine Nachverarbeitung der maladaptiv verarbeiteten traumatischen Erfahrungen ermöglicht. Diese Distanzierungsmöglichkeit erlaubt es auch (und gerade) jungen Kindern, während der narrativen Exposition mit dem traumatischen Material assoziiert – also im Verarbeitungsmodus – zu bleiben.

Ein weiterer Aspekt der Entlastung des Klienten liegt darin, dass von ihm keine eigenen Beiträge in Bezug auf die Inhalte des Narrativs erbracht werden müssen. Er muss lediglich die Bereitschaft aufbringen, sich die jeweilige Geschichte anzuhören. Der Therapeut übernimmt – eventuell in Zusammenarbeit mit Bezugspersonen – vollständig die Aufgabe, das Narrativ im Sinne einer Aktivierung von Belastungsmaterial und Ressourcenelementen zu konstruieren.

Dieses Vorgehen beruft sich auf das Wirkfaktorenmodell von Grawe (1998, 2004) und sein neurobiologisches Korrelat der Gedächtnisrekonsolidierung (Nadel, Hupbach, Gomez u. Newman-Smith, 2012). Die erlebnismäßige Aktualisierung traumatischen Materials und gleichzeitige Bereitstellung *spezifischer* Ressourcen ermöglicht eine spontane Löschung dysfunktionaler emotionaler, körperbezogener und kognitiver Elemente, die mit der ursprünglichen Belastungserfahrung verbunden waren. Dies ebnet den Weg für eine nachträgliche *korrekte Symbolisierung* (Rogers, 2016) der Ereignisse und damit für die Entwicklung eines *kohärenten Selbst* (Antonovsky, 1997) als zentrales Element einer gesunden Entwicklung.

Im ersten Kapitel werden nach einer kurzen Einführung in die Grundlagen einer jahrtausendealten Tradition des Geschichtenerzählens ausgewählte nar-

rative Ansätze in der modernen (Trauma-)Therapie dargestellt. Ausgehend von den konstruktivistischen Anfängen wird der unterschiedliche Einsatz narrativer Elemente in verschiedenen Methoden beschrieben. Dabei werden die wesentlichen Aspekte für die traumafokussierte Arbeit herausgehoben. Szenisch orientierte Vorgehensweisen wie die traumabezogene Spieltherapie (Weinberg, 2006, 2010) und die Pesso Boyden System Psychomotor (Bachg, 2006) werden ebenso einbezogen wie die linguistische Analyse von Traumanarrativen (Waller u. Scheidt, 2010). Die spezifischen traumafokussierten Verfahren in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (tf-kbT, KIDNET, EMDR, FANT), in denen Narrative einen zentralen oder zumindest wichtigen Teil des therapeutischen Vorgehens ausmachen, werden anschließend vorgestellt.

Das zweite Kapitel beschreibt zunächst die Besonderheiten von Kindern und Jugendlichen mit komplexen Traumafolgestörungen als die eigentlichen Adressaten dieses Ansatzes. Erfahrungsbereiche interpersoneller Gewalt und deren Folgen werden ebenso beschrieben wie die Probleme der diagnostischen Einordnung der Symptome einer komplexen Traumafolgestörung.

Anschließend wird die ResonaT-Methode dargestellt. Zunächst wird das zugrunde liegende humanistische Menschenbild erläutert, da anthropologische Kernannahmen einen wesentlichen Einfluss auf die Ausrichtung und Befindlichkeit des Therapeuten haben. Die Störungslehre ist von einem ätiologischen Verständnis geprägt. Belastende Lebensereignisse werden als quasikausale Auslöser für eine psychische Fehlentwicklung angenommen (Felitti, 2002; Anda et al., 2006). Die sich entwickelnde Symptomatik wird als kompensatorisches Geschehen verstanden. Die Grundannahmen zu Wirkmechanismen und Heilungsprozessen beinhalten eine spezifische Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten, die es dem Klienten ermöglichen soll, sich im therapeutischen Kontext sicher und in Kontrolle zu erleben.

Die darauf aufbauenden Interventionsprinzipien beziehen sich einerseits auf intrapersonelle Aspekte wie die Auflösung von dysfunktionalem traumatischen Material und die Förderung eines kohärenten Selbstbildes, das heißt die Einordnung von Erfahrungen in die eigene Biografie. Andererseits werden auch interpersonelle Aspekte wie die Anbahnung von Beziehung und Bindung durch gemeinsames Anhören der Narrative durch Kind und Bezugspersonen berücksichtigt.

Auf der nächsten Ebene der Konkretisierung werden die Richtlinien für die Gestaltung der Narrative dargestellt. Der strukturelle Aufbau der Geschichten, die inhaltliche Ausgestaltung sowie die altersangemessene Behandlungsplanung und Settinggestaltung werden genau beschrieben.

Kapitel drei beinhaltet thematisch geordnete Beispielnarrative für Kinder und Jugendliche mit komplexen Traumafolgestörungen. Die Geschichten sind

so konstruiert und ausformuliert, dass sie mit geringen Modifikationen durch den behandelnden Therapeuten für die eigenen Klienten angepasst werden können. Die gesamte Bandbreite potenziell traumatischer Erfahrungen wird durch diese Narrative abgedeckt: alle Formen interpersoneller Gewalterfahrungen (emotionale, körperliche, sexuelle und passive Gewalt), Verlusterfahrungen, bedrohliche Erkrankungen, Mobbing und singuläre Traumata. Die Tiergeschichten sind am Rand mit einem  gekennzeichnet und die Einheiten sind durchnummeriert.

Über die Homepage von Vandenhoeck & Ruprecht werden unterschiedliche Tierbilder zum Download zur Verfügung gestellt, die die Grundemotionen Angst, Wut und Trauer ausdrücken. Dieser visuelle Input soll den Verarbeitungsprozess unterstützen und kann den Kindern beim Vorlesen der Narrative vorgelegt werden. Link und Code zum Download-Material befinden sich am Ende des Buchs.

# 1 Ausgewählte narrative Ansätze in der modernen (Trauma-)Psychotherapie

Seit Jahrtausenden ist Erzählen und dem Erzählten zu lauschen eine spezifische Form menschlicher Kommunikation. Geschichten dienen der Informationsvermittlung, der Validierung eigener Erfahrungen, der Organisation des eigenen Selbstverstehens, der Förderung der Verbundenheit und Gruppenzugehörigkeit. Sie wurden schon immer als Mittel der Entwicklung eines Bewusstseins vom Menschen und dessen Heilung verstanden und eingesetzt. Bekannt sind die Geschichten aus Tausendundeine Nacht (Ott, 2004). Die großen Weisheits-traditionen und Religionen nutzten Narrative, um ihre Themen in einer Sprache zu formulieren, die auch für das Alltagsbewusstsein verständlich ist. Es wurde eine metaphernreiche und symbolhafte Sprache verwendet, die der damaligen Bewusstseinsstruktur der Menschheit (Gebser, 1973) entsprach. Auch heutzutage haben Geschichten, Parabeln, Sagen, Mythen und Märchen eine große Bedeutung, insbesondere für die Entwicklung von Kindern. Die Märchen der Brüder Grimm (2011) werden trotz der umwälzenden Veränderungen in der Mediennutzung noch immer von Generation zu Generation weitergegeben und verweisen auf grundlegende Bedürfnisse von Kindern (siehe »Kinder brauchen Märchen«, Bettelheim, 1993).

Bevor wir uns narrativen Ansätzen in der modernen Psychotherapie zuwenden, seien zunächst einige grundsätzliche Aspekte des Erzählens und Zuhörens vorangestellt (Boothe, 2009; Scheidt, Lucius-Hoene, Stuckenbrock u. Waller, 2014):

- Eine Erzählung drückt Erfahrungen aus, symbolisiert und ordnet sie und stiftet Verbundenheit mit anderen Menschen.
- Die Protagonistin der Geschichte wird durch die Erzählung zu einem Individuum an einem bestimmten Ort. Ihr Leben erhält Sinn und Bedeutung und sie wird als positive Person gewürdigt. »Es ist ein Vorgang der Historisierung und Personalisierung« (Boothe, 2009, S. 34).
- Im Narrativ wird die Person zum Agenten der eigenen Geschichte im Sinne des Erleidens sowie der Rückgewinnung von Kontrolle und Handlungsmöglichkeiten (Deppermann, 2014).

- Geschichten werden so erzählt, dass deutlich wird, wer sich warum wie fühlt, denkt und handelt und welche Motive ihn antreiben. Es wird geschildert, wie Personen (oder stellvertretende Figuren) mit schwierigen Situationen fertig werden und was sie daraus lernen.
- *Narrative* behaupten Dinge. Sie sind keine Wiedergabe rein biografisch-historischer Fakten, sondern stellen auf plausible, funktionale und nachvollziehbare Weise Ereignisse und Verarbeitungsmöglichkeiten dar. Sie beinhalten eine kreative *Bedeutungsneukonstruktion*.
- Mit Mitvollzug der Geschichte – via Identifikation mit dem Protagonisten – werden eigene biografische Themen angesprochen und implizit verarbeitet.
- »Es war einmal« vermittelt die Einheit der inneren und der äußeren Welt, die Ungeteiltheit von Wunsch, Bedürfnis und Erfahrung in der jeweils für das Individuum stimmigen Weise.
- Eine Erzählung fesselt, weckt Erwartungen und Interesse, wie es weiter- und ausgeht.
- Erzählende setzen *narrative Intelligenz* (Boothe, 2009, S. 36) ein, die drei Komponenten umfasst:
  - *Konstruktive Kompetenz* beschreibt die angemessene dramaturgische Darstellung von Ereignissen im Hinblick auf gewünschte Ergebnisse.
  - Mit *referentieller Kompetenz* ist die Vermittlung einer unmittelbaren Plausibilität des Vorgetragenen gemeint.
  - *Urteilskompetenz* beinhaltet die Vermittlung der subjektiven Bedeutsamkeit des Berichteten.
- Im therapeutischen Kontext scheint ein Kernelement der heilsamen Wirkung der Kommunikationsform Erzähler – Zuhörer zu sein, dass der Zuhörer einen entspannten rezeptiven Part einnehmen kann. Er ist nicht gefordert, Stellung zu beziehen, sondern kann das Erzählte in aller Ruhe und dosiert auf sich wirken lassen. Ohne dass er seine Scham, Angst und Selbstabwertung zu offenbaren braucht, kann er sich innerlich ganz mit dem Gehörten verbinden.

Narrative Ansätze und die Arbeit mit Geschichten sind in der Psychotherapie weit verbreitet. Sie reichen von einer narrativ geprägten konstruktivistischen Grundausrichtung (White u. Epston, 1990/2004) bis zum gezielten Einsatz von heilsamen Geschichten (Peseschkian, 2006) im psychotherapeutischen Prozess. Eine auch nur annähernd umfassende Darstellung würde den Rahmen dieses Buches sprengen. Es werden daher Verfahren dargestellt, die – aus unserer Sicht – wichtige Elemente für den hier vorgestellten Ansatz der narrativen Traumatherapie mit Kindern und Jugendlichen enthalten.

## 1.1 Konstruktivismus

Narrative Therapieansätze haben sich innerhalb der Familientherapie entwickelt (White u. Epston, 1990/2004). Sie beziehen sich auf Philosophen wie etwa Foucault (1973) und gehen davon aus, dass die narrative Erzählstruktur fundamentale Dimensionen menschlicher Existenz reflektiert und fördert (Besler, 2002). Die meisten Wissenschaftler und Therapeuten, die sich der narrativen Perspektive zugehörig fühlen, stimmen in der konstruktivistischen Auffassung überein, dass die Narration das primäre strukturierende Schema ist, durch das Personen ihre Identität und ihr Verhältnis zur Umwelt definieren und mit Sinn und Bedeutung füllen. Erzählungen sind somit nicht das reine Produkt einer wie auch immer gearteten Vergangenheit, sondern der Versuch des Erzählenden, aus der Perspektive des *Hier und Jetzt* eine (für den Zuhörer und sich selbst) kohärente Geschichte über ein oder mehrere Ereignisse in der Vergangenheit unter Berücksichtigung der aktuellen Zustände in der Gegenwart und in Antizipation der Zukunft zu entwerfen.

Eine typische Definition innerhalb konstruktivistischer Ansätze lautet: »Narrative sind ein kognitiver und bedeutungsschaffender Prozess, in dem Menschen ihren Erfahrungen (insbesondere mit anderen Menschen) und Handlungen in Raum und Zeit eine Bedeutung geben. Der Begriff ›autobiographical reasoning‹ besagt, dass Verbindungen geschaffen werden, die das eigene Leben und das eigene Selbst verbinden, um einzelne Erfahrungen in einem fortlaufenden Prozess in ein größeres Lebensnarrativ einzubetten« (Anderson, 2004, S. 316).

Ein besonders hohes Interesse innerhalb der narrativen Psychologie gilt dabei Erzählungen von Menschen über sich selbst, also der Konstruktion des Selbst. Das Selbst ist das zentrale psychologische Element dieses Ansatzes. Es verleiht Erfahrungen (mit anderen Menschen) Bedeutung und lässt sie verständlich werden (making sense of human interactions). Das Empfinden von Identität durch Kontinuität über Zeit und Raum hinweg beruht auf dieser psychischen Struktur. Es beinhaltet ein Gefühl der persönlichen Autonomie, Verantwortung und Eigentümerschaft des eigenen Erlebens und Handelns (personal agency). Das Selbst ist eine dynamische, selbstregulierende psychische Gestalt mit einem inhärenten Entfaltungsmechanismus, der sich in Vorstellungen, Wünschen und Werten ausdrückt und in Richtung Reifung und Kohärenz wirkt (siehe die Definition des Selbst in Rogers, 2016).

Es geht dem narrativen Ansatz dabei nicht um Faktizität, sondern um Plausibilität. »Es ist nicht so, dass wir Fakten haben und daraus eine Geschichte machen, sondern wir schaffen durch Geschichten neue Fakten« (Bruner, 1986, S. 143). Auf der Ebene der Erkenntnistheorie ist der Satz: »The map is not the

territory«, grundlegend. Das Ziel narrativer Bemühungen in der Psychotherapie besteht darin, in einem gemeinsamen Prozess die für den Klienten jeweils gültige *Wahrheit* zu entwickeln. Zur Frage des Zusammenhangs zwischen sprachlicher Symbolisierung und den konkreten Erfahrungen des Klienten gibt es unterschiedliche Vorstellungen. Einige Autoren sehen keinen wesentlichen Zusammenhang, das heißt, nach ihrer Ansicht sind viele Optionen von Bedeutungszuschreibungen möglich. Andere Vertreter des narrativen Ansatzes gehen davon aus, dass es einen Bezug zwischen Narration und Erfahrung gibt, der aber nicht per se festgelegt ist, sondern im Dialog mit dem Klienten erarbeitet werden muss. Die Festlegung möglicher Bedeutungen ist stark durch kulturelle Einflüsse bedingt und wird als Ausdruck gesellschaftlicher Herrschaftsverhältnisse angesehen.

Nach White und Epston (1990/2004, S. 83) sind folgende Merkmale für den narrativen Ansatz konstituierend:

- Die realen Erfahrungen der Klienten sind das *primäre* Material für die narrative Neukonstruktion.
- Die Beziehungsebene wird durch eine *Koautorenschaft* von Therapeut und Klient definiert, durch die eine gemeinsam erarbeitete Problem- und Lösungsdefinition erreicht werden soll.
- Es sollte ein Gefühl der Urheberschaft des Geschehens und Eigentümerschaft der Wahrnehmungen und des Erlebens im Klienten induziert werden (Rogers, 1973).
- Die Sprache soll so gewählt werden, dass sie neue Bedeutungsmöglichkeiten eröffnet (bildhafte Sprache, Metaphern, Analogien usw.), fixierte Bedeutungszuschreibungen relativiert, alternative lösungsorientierte Sichtweisen einführt und ein Moment der Entscheidungsfreiheit eröffnet. Dies kann nach Gofmann (1961) dadurch erreicht werden, dass bisher vermiedene Erfahrungen adressiert und Probleme gestalthaft externalisiert werden.



### Fazit

- ▶ Im Konstruktivismus wird die Narration als das primäre strukturierende Mittel gesehen, durch das Personen ihr Selbst und ihr Verhältnis zur Umwelt definieren und mit Sinn und Bedeutung füllen.
- ▶ Narrative orientieren sich – unter Einbeziehung biografisch-historischer Elemente – in erster Linie an der Plausibilität und einer für den Klienten adaptiven Funktionalität der Beschreibung.
- ▶ Ziel narrativer Therapie ist ein höherer Freiheitsgrad für das Individuum durch die Betonung von Sinnhaftigkeit, persönlicher Verantwortung und der Fähigkeit, das eigene Leben entsprechend den eigenen Bedürfnissen und Werten zu gestalten.
- ▶ Der narrative Ansatz wird im Sprechen mit dem Klienten realisiert, seltener als geschriebene (kokonstruierte) Geschichte (White u. Epston, 1990/2004, S. 37).

## 1.2 Emotionsfokussierte Therapie (EFT)

Die Emotionsfokussierte Therapie (EFT) ist ein neohumanistischer, erlebnisorientierter Therapieansatz, der im Sinne der modernen Emotionstheorie und der affektiven Neurowissenschaft neu formuliert wurde. Der Ansatz ist geprägt von humanistisch-phänomenologischen Therapietheorien (Perls, 2002; Rogers, 1973), Emotions- und Kognitionstheorien und affektiver Neurowissenschaft (Damasio, 2001; Greenberg, 2011). Er beruht auf der zentralen Annahme, dass *im Körper gespürte emotionale Erlebensveränderungen* von grundlegender Bedeutung für die Veränderung von pathologischen Prozessen und psychischem Wachstum sind. Die EFT beruft sich dabei auf Damasio (2001), der davon ausgeht, dass das erste Wissen beginnt, wenn Veränderung im Körperempfinden mit der Wahrnehmung äußerer Ereignisse in Zusammenhang gebracht wird. Emotionen wirken dabei als Bindeglieder zwischen disparaten Ereignissen und organisieren so den Aufbau eines Selbst.

Zentrale Aufgabe im therapeutischen Prozess ist die Transformation sogenannter *maladaptiver Emotionen* bzw. *emotionaler Schemata* als Bestandteil belastender Lebenserfahrungen bzw. Aspekt des Traumaschemas (Fischer u. Riedesser, 2009; Greenberg, 2010). Maladaptive Emotionen können weder durch Einsicht oder allein durch Konfrontation oder kompensatorische Regulation

dauerhaft verändert werden, sondern nur durch gleichzeitige Aktualisierung von angemessenen positiven emotionalen Zuständen (Ressourcen). Auf diese Weise entstehen neue emotionale Reaktionsweisen auf alte Erinnerungen. Dies entspricht sowohl dem Modell der Wirkfaktoren nach Grawe (1998, 2004) als auch neurobiologischen Ergebnissen der Gedächtnisforschung, die unter dem Begriff der Rekonsolidierung (Nadel u. Bohbot, 2001) gefasst werden.

Für den Transformationsprozess hat die emotionsfokussierte Therapie einen präzisen Algorithmus entwickelt. Am Anfang steht das Spüren und die vollständige Akzeptanz der oft schmerzhaften Emotion. Beide ermöglichen erst den Veränderungsprozess, was sich in der Kernaussage: »*Man kann einen Ort nicht verlassen, bevor man angekommen ist*«, zusammenfassen lässt. Dann erfolgt der Übergang von (kompensatorischen) sekundären Emotionen zu den primären maladaptiven Gefühlen. Diese werden dann abschließend mit für das Ereignis spezifischen adaptiven Gefühlen verbunden. Beispielhaft kann es um ein Erleben von Kontrolle in Bezug auf eine Erfahrung von Hilflosigkeit gehen. Diese Prozesse werden in der EFT als Arbeit auf der Ebene von sogenannten *Micronarrativen* beschrieben.

Das zweite zentrale Grundelement besteht aus der Konstruktion von Bedeutung, das heißt die Arbeit mit sogenannten *Macronarrativen*. Die einzelnen Erlebnismomente (Erfahrungen) müssen in einen kohärenten Zusammenhang eingeordnet werden. Dies betrifft sowohl die Einordnung der Erfahrung in Zeit und Raum als auch die Wahrnehmung von Bedeutungsaspekten sowie Handlungen und Absichten beteiligter Personen. Durch die Verknüpfung von »Moment zu Moment«-Erfahrungen mit zeitlich nachfolgenden Reflexionsprozessen wird Ordnung in die elementaren Erfahrungsprozesse gebracht und die Basis für ein integriertes Empfinden von Persönlichkeit (Selbst) geschaffen. Das Verstehen und Bejahen der eigenen Erfahrungen verringert die Inkongruenz und unterstützt die Entwicklung hin zu einem authentischen und entspannten Selbst. Die Macronarrative sind dabei nicht rein deskriptiv ausgerichtet, sondern kreativ, zielgerichtet und konstruktiv. Gleichwohl bilden die realen Erfahrungen des Klienten die Basis der gemeinsamen und dialogischen Kokonstruktion durch Klient und Therapeut.



### Fazit

- ▶ Das Erleben von körperbasierten emotionalen Schemata in Kombination mit sprachbasierten Narrativen ist die fundamentale Komponente eines höher organisierten synthetischen Prozesses, durch den sich das Selbst konstituiert und erleb- und verstehbar wird.
- ▶ Die Transformation maladaptiver Emotionen ist zentral, da sich emotionale Veränderungen nicht durch Einsicht, sondern durch die Implementierung neuer emotionaler Reaktionen auf die Aktivierung der alten belastenden Erfahrung entwickeln.
- ▶ Der Algorithmus für die Veränderung entspricht dem Wirkfaktoren-Modell von Grawe (1998, 2004) und folgt dem neurobiologischen Rekonsolidierungsparadigma der Gedächtnisforschung (Nadel u. Bohbot, 2001): Die Veränderung maladaptiver Emotionen erfordert deren Aktualisierung und die zeitnahe Aktualisierung adaptiver Emotionen im Kontext einer sicheren Beziehung.
- ▶ Narrative sind nicht beliebig konstruierbar, sondern in den Erfahrungsmomenten des Klienten gegründet. Schlüsselaspekt ist die Kohärenz zwischen der differenzierten Wahrnehmung des eigenen emotionalen Erlebens und der Bedeutungskonstruktion zu diesem Erleben.
- ▶ Die Arbeit mit Macronarrativen wird im Sprechen mit dem Klienten als gemeinsame dialogische Kokonstruktion realisiert.

## 1.3 Narrativ-konstruktive Traumatherapie (Pennebaker, Meichenbaum)

James Pennebaker und Donald Meichenbaum waren in den 1990er Jahren die Pioniere einer narrativ orientierten Traumatherapie.

Pennebaker (1993, 1997; Pennebaker u. Campbell, 2000) befasste sich mit der inhaltlichen Ausformung und Wirkung von selbstgeschriebenen Narrativen von traumatisierten Erwachsenen. Seine Forschung zeigte, dass es von grundlegender Bedeutung für die Heilung ist, dass die traumatischen Erfahrungen in Worte gefasst werden. So führte er eine Studie durch, in der in einer Gruppe die Klienten ihre Belastungsgefühle durch Körperbewegungen ausdrücken sollten, während in einer zweiten Gruppe die traumatischen Erfah-

rungen aufgeschrieben wurden. Nur die Gruppe mit der Verbalisierung erfuhr eine Besserung.

Dies stimmt sehr gut mit einer Studie von Lieberman et al. (2007) zum sogenannten Affect Labeling überein, in der gezeigt werden konnte, dass das Benennen von stressorbezogenen Gefühlen zu einer signifikanten Abnahme der Erregung in der Amygdala führt. Die linguistische Verarbeitung, das heißt Benennung der emotionalen Aspekte emotionaler Bilder (ärgerliche Gesichter) führt zu niedrigerer Amygdala-Aktivität als die rein perzeptuelle Verarbeitung (ohne sprachliche Benennung). Gleichzeitig steigt die Aktivität im rechten ventrolateralen präfrontalen Cortex (RVLPFC), der mit symbolischer Verarbeitung emotionaler Information sowie mit inhibitorischen Top-down-Prozessen assoziiert ist.

Über das Erlebte zu schreiben war nach Pennebaker (1997) mit einem geringeren Risiko, an einer Depression zu erkranken, einem geringeren Medikamentengebrauch und der Abnahme schmerzhafter Gefühle verbunden. Es stellte sich heraus, dass selbstgeschriebene Narrative dann besonders hilfreich waren, wenn sie folgende Kriterien erfüllten (Pennebaker u. Campbell, 2000):

- Es sollten möglichst viele positive Gefühle benannt werden.
- Negative Gefühle sollten, was die Häufigkeit und Intensität angeht, moderat vorkommen, also weder vermieden noch übersteigert dargestellt werden.
- Kausale Zusammenhänge, die Einsichten ausdrücken, sind das wichtigste Element eines Traumanarrativs.
- Die Geschichte sollte ein gutes Ende haben.

»Ein Narrativ zu haben, ist so etwas, wie einen Job zu Ende zu bringen, denn er erlaubt einem, das Ereignis zu vergessen« (Pennebaker, 2016). Bei diesem Prozess ist der Klient nach Pennebaker (1993) nicht auf einen kokonstruktiven Dialog mit einem Therapeuten angewiesen.

Donald Meichenbaum (1994, 1996, 1999) beschäftigte sich mit den selbsterzählten Geschichten von Traumaopfern und erkannte den heuristischen Wert, der sich in den Schilderungen der Klienten zeigte. Er stellte fest, dass traumatisierte Menschen anders erzählen. Sie suchen fortwährend nach Erklärungen für das Geschehen (»Warum?«), beschäftigen sich mit unrealistischem Denken (»Was wäre, wenn ...?«), ziehen ständig Vergleiche zwischen dem Leben, wie es ist und wie es hätte sein können, fühlen sich schuldig und sehen sich als Opfer ohne Hoffnung und in ständiger Gefahr. Basale Grundüberzeugungen bezüglich Vertrauen, Sicherheit, Gerechtigkeit, Kontrolle und Selbstwert (Janoff-Bulman, 1985, 1992) wurden durch die Ereignisse erschüttert.

Seine Rolle bei der Rückgewinnung einer neuen Lebensperspektive beschreibt Meichenbaum (1996) als die eines Coachs, der dem Klienten dabei behilflich ist,

seine Geschichte neu zu schreiben und auf diese Weise sozusagen neu zu erfinden. Die neuen Aspekte, die in Diskrepanz zur Opferhaltung stehen, sollen in der Therapie durch neue korrektive emotionale Erfahrungen für den Klienten erfahrbar und bedeutsam werden. Zum Beispiel wird der Klient angeregt, kleine persönliche Experimente im Alltag durchzuführen, die konträr zu den traumatisierten Ansichten stehen. Die neuen, gemeinsam zu entwickelnden Narrative beinhalten folgende Möglichkeiten:

- das eigene Leben erzählend wieder herzustellen,
- die traumatischen Erfahrungen anzuerkennen und genau zu symbolisieren,
- dem Erleben einen neuen Sinn zu geben,
- die Traumageschichte neu zu strukturieren und abzuschließen,
- eine Sprache zu finden, die nicht die Sprache des Täters ist,
- Annahmen über sich und die Welt, die erschüttert worden sind, wieder aufzubauen.

Meichenbaum (1996) betont, dass in jeder Traumageschichte immer auch Ressourcen von Mut und Widerstandskraft verborgen sind und dass die Traumafolgesymptomatik als kompensatorische Fähigkeit gesehen werden muss, also als etwas, das dem Klienten geholfen hat, mit dem Unaushaltbaren fertig zu werden.



### Fazit

- ▶ Die sprachliche Symbolisierung von Belastungserleben führt zu einer emotionalen Erleichterung.
- ▶ Hilfreiche Traumanarrative müssen inhaltliche Bedingungen erfüllen (positives Erleben, moderate Schilderung negativer Gefühle, Konstruktion quasikausaler adaptiver Zusammenhänge, gutes Ende).
- ▶ Die Fixierung in der Tätersprache (Traumaschema) braucht korrigierende emotionale Erfahrungen, die eine Neukonstruktion der traumatischen Erinnerungen ermöglicht.
- ▶ Jedes noch so dysfunktionale Traumamuster beinhaltet Elemente von Bewältigung, die gewürdigt und verstanden werden müssen.

## 1.4 Schonende Traumatherapie (Sack)

Martin Sack (2010, 2014) hat ein Behandlungsmodell für Erwachsene mit komplexen Traumafolgestörungen entwickelt, das unter der Bezeichnung *Schonende Traumatherapie* bekannt geworden ist. Da er sich explizit mit dem Einsatz von Narrativen in der Traumatherapie befasst hat, soll sein Ansatz hier aufgenommen werden.

»Dass durch die Veränderung traumatischer Narrative eine nachhaltige Besserung von Traumafolgesymptomen erreicht werden kann, ist eine geradezu bahnbrechende Entdeckung« (2010, S. 147). Sack fasst in diesem Zitat die Grundlagen der Narrativarbeit treffend zusammen. Alte, maladaptiv abgespeicherte Erfahrungen sind in ihrer emotionalen Wirkung in das Jetzt hinein durch Narrative veränderbar, so dass die Notwendigkeit einer traumakompensatorischen Symptombildung entfällt. Worte für belastende Erfahrungen zu finden, dient der (Top-down-)Verarbeitung.

In einer Studie (Lieberman et al., 2007) konnte gezeigt werden, dass das Verbalisieren negativer Emotionen zu einer Hemmung affektiver Reaktionen des limbischen Systems führt. Narrative integrieren die Erlebnisse in das autobiografische Gedächtnis, stiften Sinn und verifizieren die traumatischen Erfahrungen des Klienten, indem Zeugnis über das Erlebte abgelegt und das Unrecht dokumentiert wird.

Ein kohärentes Narrativ erfordert die Rekonstruktion der traumatischen Erfahrungen. Dabei kann der Wahrheitsgehalt der Erinnerungen offen bleiben. Damit Narration therapeutisch wirken kann, braucht es eine Arbeit auf mehreren Erlebnisebenen: Erinnerungen müssen geordnet, negative Emotionen durch positiv getönte, gegenläufige Erlebensaktivierungen verändert und fragmentierte Erinnerungsanteile sensorisch integriert werden. Die Aufarbeitung der belastenden Vergangenheit verlangt eine aktive Bereitstellung von ressourcenhaften Aspekten (Bewältigungsbilder) und ein Pendeln zwischen Annäherung an und Distanzierung vom Trauma. Traumatische Erinnerungen müssen durch das Narrativ aktiv modifiziert werden. Dies kann beispielsweise durch die imaginative Zuwendung bei innerer Not (Trostgeben etc.), das Assoziieren positiver Informationen (»Ich habe überlebt.«), die Modifikation dysfunktionaler Kognitionen (Arbeit an Scham, Schuldgefühlen etc.) und das Verändern des Narrativs (imaginatives Umschreiben in eine Geschichte mit positivem Ausgang) geschehen. Sack (2010) spricht sich dafür aus, Narrative schon frühzeitig in der Therapie anzubieten und hält sie für besonders geeignet, um schwierige Alltagssituationen (Trigger) zu entschärfen.



### Fazit

- ▶ Die Rekonstruktion der traumatischen Erfahrung führt zu einer Integration fragmentierter Erinnerungsanteile.
- ▶ Das aktive Einbringen von ressourcenhaften Aspekten durch den Therapeuten und das Pendeln zwischen Belastung und Ressourcen fördert eine für den Klienten schonende Nachverarbeitung.
- ▶ Insbesondere die Arbeit an den negativen kognitiven Selbstaussagen und das Herausarbeiten alternativer Bewältigungsfantasien mit einem positiven Ausgang haben sich als heilsam erwiesen.

## 1.5 Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy (IRRT)

Die Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy (IRRT) nach Schmucker und Köster (2014) als Behandlungsansatz für die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) entstand als Reaktion auf die Erfahrung, dass die prolongierte Exposition mit dem angenommenen Wirkmechanismus Habituation nur bei Klienten ausreichend wirksam war, bei denen nach Monotrauma das Gefühl Angst die zentrale maladaptive Emotion darstellte (Foa, 1998). Bei Klientinnen, die zwischenmenschliche Gewalterfahrungen erlebt hatten, waren aber in der Regel andere emotionale Qualitäten wie Scham, Ekel, Schuldgefühle, Verzweiflung und Hilflosigkeit bedeutender. Schmucker und Köster (2014) stellten fest, dass diese Gefühle nicht in gleicher Weise wie Angstgefühle habituierten. Es handelt sich um komplexere emotionale Schemata, an denen auch höhere kortikale Zentren beteiligt sind. Aus dieser Erkenntnis heraus wurde die IRRT zunächst für Erwachsene mit Kindheitstraumata angewandt und durch ein Manual für die Anwendung bei Kindern erweitert (Ahrens-Eipper u. Nelius, 2014; Nelius u. Ahrens-Eipper, 2017).

Das Therapiemanual für Erwachsene mit Gewalterfahrungen in der Kindheit umfasst zwei Phasen: In Phase eins findet eine Exposition in sensu statt, in der die Klientin sich intensiv noch einmal an die Gewalterfahrung als Kind erinnern und emotional und kognitiv in diese Erfahrung eintauchen muss. In Phase zwei findet eine imaginative Konfrontation mit dem Täter statt, die aber durch eine Instruktion des Therapeuten imaginativ in Richtung eines alternativen und guten Ausgangs gelenkt wird. Solch eine Instruktion kann zum Bei-