



Landestag der Psychologie am 9. Juli 2016 in Stuttgart

Heute in Konstanz und schon bald im Kongo

Narrative Expositionstherapie kulturübergreifend wirksam

In wenigen Wochen packt Eva Barnewitz vom Kompetenzzentrum Psychotraumatologie in Konstanz*) ihre Koffer und reist wieder in die DR Kongo, dorthin, wo sie 2013 für ihre Masterarbeit in Psychologie schon einmal mehrere Wochen zugebracht hat.

Seit mehr als 15 Jahren versuchen UN-Soldaten, den Osten des Kongos zu befrieden, seit 2010 unter der Bezeichnung MONUSCO. Ziel dieser Friedensmission ist es, die Rebellengruppen im Ostkongo zu bekämpfen, Zivilisten zu schützen und die Lage vor Ort langfristig zu stabilisieren. Mit mehr als 20.000 Soldaten und einem Jahresbudget von 1,4 Milliarden US-Dollar ist es die bislang größte und teuerste Blauhelm-Mission in der Geschichte der Vereinten Nationen. Im Gebiet der großen Seen im Osten kommt es immer wieder zu Massenvergewaltigungen von Frauen und Männern, Mädchen und auch Jungen durch sogenannte Rebellengruppen. Sehr viele Menschen sind traumatisiert, viele leiden unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS).

Um letztere geht es vorwiegend bei dem umfangreichen Projekt, das Eva Barnewitz als Teil eines größeren Teams in die DR Kongo führt und dessen Ziel die Ausbildung sorgfältig ausgewählter Kongolesen für therapeutische Arbeit mit der Narrativen Expositionstherapie (NET) ist. Krankenschwestern, Sanitäter, Studenten sollen nach einem mehrwöchigen Training künftig ohne die kulturelle Barriere, vor der deutsche und andere europäische Helfer stehen, traumatherapeutisch tätig werden. „Wir wollen so die Ressourcen im Land stärken, indem wir eine nachhaltige und langfristige Struktur vor Ort bilden“, sagt Eva Barnewitz und beschreibt dann die wesentlichen Elemente der Therapie.

Zu Beginn jeder NET wird eine ausführliche klinische Psychodiagnostik durchgeführt, in der verschiedene traumaassoziierte Erkrankungen (u. a. Posttraumatische Belastungsstörung, Suizidalität, Depression, Substanzmissbrauch und -abhängigkeit) anhand standardisierter Instrumente erhoben werden. Ist eine Posttraumatische Belastungsstörung vorhanden, wird den Patienten die Narrative Expositionstherapie angeboten. In der ersten Sitzung wird dann eine Lebenslinie (lifeline) mit einem Seil auf den Boden gelegt. Der Anfang des Seils symbolisiert die Geburt; das andere, noch aufgerollte Ende steht für die Zukunft. Dann gehen Therapeut und Patient im Gespräch chronologisch das Leben des Patienten durch. Entlang der Lebenslinie werden mit Blumen bzw. Steinen positive und negative Ereignisse markiert; darüber hinaus stehen Stöckchen für Ereignisse mit eigenen Tatanteilen und Kerzen für von Trauer gekennzeichnete Ereignisse bereit. „Die Lebenslinie mit Blumen und Steinen öffnet faktisch den Blick darauf, dass im Leben der Patienten auch gute Dinge passiert sind, denn die geschehen bei jedem Menschen – seien die Umstände auch noch so schwierig. Gefangene erinnern sich z. B. an verständnisvolle, verbündete Mitgefangene, an Momente des Mutes, in denen sie gegen

ihre Unterdrücker aufbegehrten, andere denken an einen zugelaufenen Hund, der ein treuer Begleiter wurde. Diese positiven Erinnerungen sind immens wichtig.“

Sie ließen sich zur Ressource für den Patienten entwickeln und eröffneten neue Möglichkeiten, so Eva Barnewitz. Umgekehrt erhält der Therapeut bei diesem Einstieg mit der Lebenslinie einen Überblick über das, was dem Patienten zugestoßen ist. „Man versucht, die Ereignisse zeitlich und räumlich einzuordnen; es geht an dieser Stelle aber noch nicht um eine exakte Biografie und Detailangaben zu den Ereignissen. In die Tiefe geht man erst im weiteren Verlauf der Therapie. In den einzelnen Sitzungen à 90 Minuten (in der Regel 8-12 Sitzungen pro Therapie) werden in chronologischer Reihenfolge einzelne Ereignisse, insbesondere die „großen“ Steine, detailliert durchgesprochen. Dabei wird das damalige Erleben des Patienten fortlaufend mit seinem aktuellen Erleben verglichen und kontrastiert. So gelingt die Aktivierung der traumatischen Gedächtnisinhalte, die für die Rekonsolidierung und Neuverortung als vergangenes, in der Gegenwart nicht mehr bedrohliches Ereignis ermöglicht. Dabei werden sowohl sogenannte „kalte“ (faktenbezogene) wie auch „heiße“ (Perzeption, Kognitionen, Emotionen, Somatosensorische Perzeptionen betreffende) Gedächtnisinhalte abgefragt, aktiviert und verknüpft. Diese Narration wird von der Therapeutin mitgeschrieben und in der folgenden Sitzung vorgelesen; so kommt es zu einer Habituation der Angstreaktion, die zuvor eine kohärente Erinnerung verhinderte. Durch das ständige Kontrastieren der Vergangenheit mit der aktuellen Situation während der Exposition gelingt so über den Therapieprozess hinweg die Rekonstruktion einer kohärenten Autobiographie der Patienten. Im Verlauf der Therapie kommen in der Regel weitere Ereignisse und damit Steine und Blumen entlang der Lebenslinie hinzu, an die sich der Patient zuvor nicht erinnerte oder erinnern konnte. Bei manchen Patienten fehlen am Anfang die Ereignisse ganzer Lebensabschnitte von mehreren Jahren. Die Erinnerung ist vorhanden, aber der Zugang dazu fehlt.“

Die Vermeidung, die sich unter anderem in dem scheinbar fehlenden Gedächtnis äußern kann, ist nach Barnewitz Worten neben dem Wiedererleben und der Übererregung ein wesentlicher Teil der Symptomatik von Posttraumatischen Belastungsstörungen. Über manche Ereignisse ohne professionelle Unterstützung zu sprechen, könne Patienten überwältigen; deshalb verberge der Körper die Erinnerung.

Nicht jeder Mensch, der traumatische Erfahrungen gemacht hat, leidet an einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Jeder Einzelne kann aber nur eine bestimmte Anzahl oder ein Gewicht an Steinen tragen. Irgendwann ist es einfach zuviel. Im Fachjargon wird dies als „Building Block“ beschrieben. Das Bild der Steine verstünden Patienten überall auf der Welt. „In der Therapie“, erzählt Eva Barnewitz, „tragen wir Stein für Stein ab und helfen dabei, die Traumata zu verarbeiten. Wir nutzen oft das Bild vom Aktenschrank. Der Inhalt liegt unsortiert, chaotisch darin, die Türen lassen sich kaum noch zuhalten, und man lehnt sich mit aller Kraft dagegen, weil man diesen Inhalt nicht sehen und auch nicht darüber reden will. Wenn man abends müde wird, die Türen nicht mehr zuhalten kann, öffnen sie sich, und in Form von Alpträumen stürzen die Erinnerungen auf den Menschen ein.“ In Afrika verwendet sie andere Bilder als Aktenschränke, hält sich aber an das Prinzip ganz einfacher Mittel, die ohne viel Sprache auskommen, wie eine Kleiderkommode, einen ungeordneten Marktstand oder Ähnliches.

„In der Therapie nehmen wir einzelne Blätter oder Akten aus dem Schrank, schauen sie uns an und sortieren sie dann da ein, wo sie hingehören. Wir können sie nicht löschen, wie sich Patienten das oft

wünschen, aber wir können ihnen helfen, sich angstfrei daran zu erinnern und die Erinnerung schrittweise in die eigene Biografie zu integrieren.“

Dass diese Therapie funktionieren kann, haben vorausgegangene Effektivitätsstudien u. a. in Deutschland, in der DR Kongo, Uganda und Rwanda bewiesen. „Wenn Laien vor Ort in dieser sehr strukturierten Therapiemethodik trainiert werden, stehen sie uns hinsichtlich des Therapieerfolgs in nichts nach“, berichtet Eva Barnewitz. Das liege vor allem daran, dass diese Therapie stärker beachte, wie traumatische Ereignisse im Gehirn verarbeitet werden und an ihrer sehr strengen Strukturierung.

Natürlich bräuchten die ausgebildeten TherapeutInnen vor Ort ein Unterstützungsnetzwerk sowohl für die eigene Psychohygiene als auch im Sinne von Supervision und Intervention. Der Personalaufwand sei aber dennoch deutlich geringer; viel mehr Menschen könnten erreicht und erfolgreich behandelt werden.

Die NET wurde als evidenzbasiertes Kurzzeitverfahren in Deutschland vor mehr als 10 Jahren von Maggie Schauer, Frank Neuner und Thomas Elbert an der Universität Konstanz entwickelt. Zunächst bewährte sie sich in Situationen, in denen schwer- und mehrfach traumatisierte Menschen z. B. in Kriegsgebieten nur wenige Behandlungssitzungen erhalten konnten. Inzwischen gibt es gute Evidenz für die kulturübergreifende Effektivität der NET nach multipler und komplexer Traumatisierung. „Zudem hat sie körperliche positive Auswirkungen: Patienten klagen weniger über somatische Beschwerden, und es kommt zu einer nachweisbaren Stärkung des Immunsystems. Zu den für mich besonders erfreulichen ‚Nebenwirkungen‘ gehört, dass Teilnehmer aus unseren Studien infolge der Behandlung eher aus Flüchtlingslagern ausgezogen sind, einen Job oder eine andere Möglichkeit gefunden haben, um sich eigenständig gut zu versorgen. Die gesamte Lebensqualität verbessert sich. Für Menschen mit PTBS hat das Trauma ja nie aufgehört. Sie befinden sich in ihrer Wahrnehmung noch immer in der traumatischen Situation. Es geht für sie primär ums Überleben. Durch die Therapie kommen sie aus diesem reinen Überlebensstatus heraus. Das zu erleben ist unheimlich berührend.“

Unter gesundheitspolitischen Aspekten wäre ein noch weiter verbreiteter Einsatz der NET auch in Deutschland ratsam. Traumatisierte Menschen haben häufig psychosomatische Beschwerden, werden von Allgemeinmedizinerinnen oder Internisten behandelt und zum Teil üppig mit Medikamenten versorgt, die sie womöglich nicht bräuchten, würden ihre Traumata so rasch wie möglich therapiert. Manche, die irgendwann im Kompetenzzentrum in Konstanz oder einer der wenigen vergleichbaren Einrichtungen landen, nähmen bereits acht verschiedene Präparate ein. „Damit werden vorwiegend Symptome, nicht aber die Ursachen behandelt“, betont Barnewitz. „Wenn man die an dieser Stelle eingesetzten Ressourcen zumindest teilweise in die Ausbildung von Trauma-Therapeuten investieren könnte, würden nicht nur Kosten gesenkt; vor allem würde das Schaffenspotenzial dieser Menschen freigelegt.“

Die Psychologin tritt der Fehlannahme entgegen, dass mit den Flüchtlingen jetzt Hunderttausende Menschen mit PTBS nach Deutschland gekommen seien und aufgrund der Erkrankung eine Gefahr für die Gesellschaft darstellten. „Je nach Studie variiert die Zahl der von einer PTBS betroffenen Personen zwischen 4 und 44 %, bei den Kindern von AsylbewerberInnen sind es sogar nur 19 Prozent. Es ist also nicht so, dass jeder Flüchtling von einer PTBS betroffen ist – aber es besteht dennoch großer Handlungsbedarf. Und zweitens sind noch längst nicht alle Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft – siehe NET.“

Sorgen bereiten Eva Barnewitz die erneuten Belastungen Geflüchteter in Deutschland, denen sie nicht nur durch wachsende Fremdenfeindlichkeit, sondern auch durch drohende Abschiebung und zum Teil unsensible Anhörungs-Praktiken ausgesetzt sind. Viel früher, bereits in Aufnahmeeinrichtungen, ließe sich mit Narrativer Expositionstherapie viel erreichen.

*) Das Kompetenzzentrum Psychotraumatologie in Konstanz ist ein Projekt der Universität Konstanz, das in Kooperation mit vivo e.V. geführt wird. Es dient als wissenschaftliches Zentrum für evidenzbasierte psychologische Unterstützung von Flüchtlingen und AsylbewerberInnen sowie zur Erforschung der Folgen von Traumatisierungen. Zu diesem Zweck werden sowohl in Deutschland als auch in anderen Ländern wie der Demokratischen Republik Kongo, Uganda, Burundi und Afghanistan mit Flüchtlingen und von Krieg und Folter betroffenen Personen Diagnostiken und Therapien durchgeführt.