

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/263809588>

Lifeline in Narrative Exposure Therapy

Article in *Psychotherapeut* · May 2014

DOI: 10.1007/s00278-014-1041-9

CITATIONS

7

READS

3,257

2 authors, including:



Maggie Schauer

University of Konstanz, Konstanz, Germany

155 PUBLICATIONS 4,790 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



The Threats to Human Life Scale (THL) [View project](#)



MemoTV [View project](#)

Psychotherapeut

**Elektronischer Sonderdruck für
Maggie Schauer**

Ein Service von Springer Medizin

Psychotherapeut 2014 · 59:226–238 · DOI 10.1007/s00278-014-1041-9

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Maggie Schauer · Martina Ruf-Leuschner

Lifeline in der Narrativen Expositionstherapie

Diese PDF-Datei darf ausschließlich für nichtkommerzielle Zwecke verwendet werden und ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen – hierzu zählen auch soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Austauschplattformen.

Redaktion

M. Cierpka, Heidelberg
 B. Strauß, Jena

Maggie Schauer · Martina Ruf-Leuschner

Kompetenzzentrum Psychotraumatologie, Klinische Psychologie, Universität
 Konstanz am Zentrum für Psychiatrie Reichenau (ZPR), Konstanz

Lifeline in der Narrativen Expositionstherapie

*„If you want to know me,
 then you must know my story,
 for my story defines who I am.
 And if I want to know myself, to gain
 insight into the meaning of my own life,
 then I, too, must come to know my own story“
 Dan P. McAdams, 1993*

*„... Horror hat nie aufgehört mich zu besuchen,
 in manchmal kürzeren, manchmal längeren Zeit-
 abständen.*

*Ich spüre eine drohende Gefahr ... langsam und
 brutal zerfällt alles um mich ...
 ich bin allein in einem grauen und trüben Nichts
 und jetzt weiß ich, was es ist
 und dass ich es immer schon gewusst habe.
 Ich bin (immer noch) im Lager und nichts außer-
 halb des Lagers ist wahr.*

*Der ganze Rest, meine Familie, die blühende Natur
 um mich, mein Zuhause, all das war nur eine
 kurze Pause, eine Sinnestäuschung, ein Traum ...“
 (Primo Levi, Auschwitzüberlebender, La Tregua,
 November 1963; Übersetzung durch die Autoren,
 Levi 1997)*

Menschen, die unter einer Traumafolgestörung leiden, haben die traumatischen Szenen nie verlassen. Das Grauen und die Bedrohung sind für sie nicht vorbei, sondern vermeintliche Realität. Der Organismus verhält sich daher (somatisch, kognitiv, emotional, physiologisch), als sei er noch im Überlebensmodus. Eine im klinischen Sinne traumatisierte Person erzählt nicht, kann nicht erzählen, denn sie hat nur implizit, in sensorischen und körperlichen Erinnerungen und ohne Kontext gespeichert, was sich während der Traumata ereignet hat. Das explizite Gedächtnis – willentlich abrufbar, verbal zugänglich und in der Lage, Bezug zu Ort und Zeit herzustellen – ist allenfalls nur fragmentarisch vorhanden. Die eigentliche

Wirklichkeit bleibt somit das Trauma-geschehen, worin der Überlebende wie gefangen ist.

Theoretischer Hintergrund

Die gegenwärtige Realität erscheint für Menschen, die unter einer Traumafolgestörung leiden, nur als Täuschung. Raum und Zeit des Trauma-geschehens werden nicht Vergangenen zugeordnet; die biografische Verortung und Vergeschichtlichung des Erlebten hat nicht stattgefunden (Schauer et al. 2005; Schauer u. Elbert 2010a; Schauer u. Elbert 2010b; Schauer et al. 2011).

Therapeutische Traumabearbeitung wiederum verlangt aber oft die Identifikation eines schlimmsten Ereignisses („Indextrauma“), das dann konfrontiert werden kann. Dieses zu identifizieren, ist bei mehrfach traumatisierten Personen eine beinahe unmögliche und unmenschliche Wahl, da hierfür die erlebten und bezeugten traumatischen Erlebnisse gewichtet und bewertet werden müssen. Bei mehrfach und komplex traumatisierten Patienten sieht sich der Behandler mit oftmals schweren pathologischen Störungen der Überlebenden konfrontiert, eine Folge der vielfältigen belastenden und traumatisierenden Lebensereignisse, die ein individuelles Geflecht an „heißen“ und „kalten“ Gedächtnisinhalten (Elbert u. Schauer 2002; Elbert et al. 2010) erschaffen haben. Aber selbst bei einem Menschen nach Monotrauma steht diese Erfahrung nicht isoliert, sondern ist verknüpft mit seinem biografischen Hintergrund an früheren Stressoren, Lebensereignissen, sozialen Schmerzen wie Abweisungen, Verlusten und anderen Lernerfahrungen.

Furchtnetzwerk

Emotionale Erfahrungen werden von früher Kindheit an als assoziative, neuronale Netzwerke abgespeichert, die Informationen über das positive und negative Erleben von Ereignissen abbilden. Die einzelnen Elemente sind dabei stark verbunden. Das *heiße* Gedächtnis allein beinhaltet lediglich Informationen über das sensorisch-körperlich-kognitiv-emotionale Erleben während eines Ereignisses (Sinneswahrnehmungen, Gedanken, Gefühle, physiologische Prozesse), ohne dabei im kalten, autobiografischen Gedächtnis abgespeichert zu sein. Insbesondere bei stark belastenden Erfahrungen wird die Verbindung von *heißem* und *kalt*em Gedächtnis erschwert. Diese assoziative Furchtstruktur ist zudem noch mit den *heißen* Repräsentationen von vorangegangenen traumatischen Erlebnissen verknüpft. Bei multipel traumatisierten Personen kann so eine große Furchtstruktur entstehen, die keinen Kontakt zum kalten Gedächtnis, der Zuordnung zu Raum, Zeit und dem autobiografischen Kontext mehr hat (■ Abb. 1).

„Building block“

Traumaaüberlebende mit chronischen Folgestörungen haben oft nicht nur einzelne Stressoren erfahren, sondern mussten typischerweise multiple und/oder komplexe, sequenzielle Traumatisierung erleiden, wie anhaltende körperliche und sexuelle Gewalt, Vernachlässigung in der Kindheit, aggressiv-impulsive Erziehung,

Die hier vorliegende Falldarstellung ist im Sinne eines prototypischen Falls anonymisiert worden.

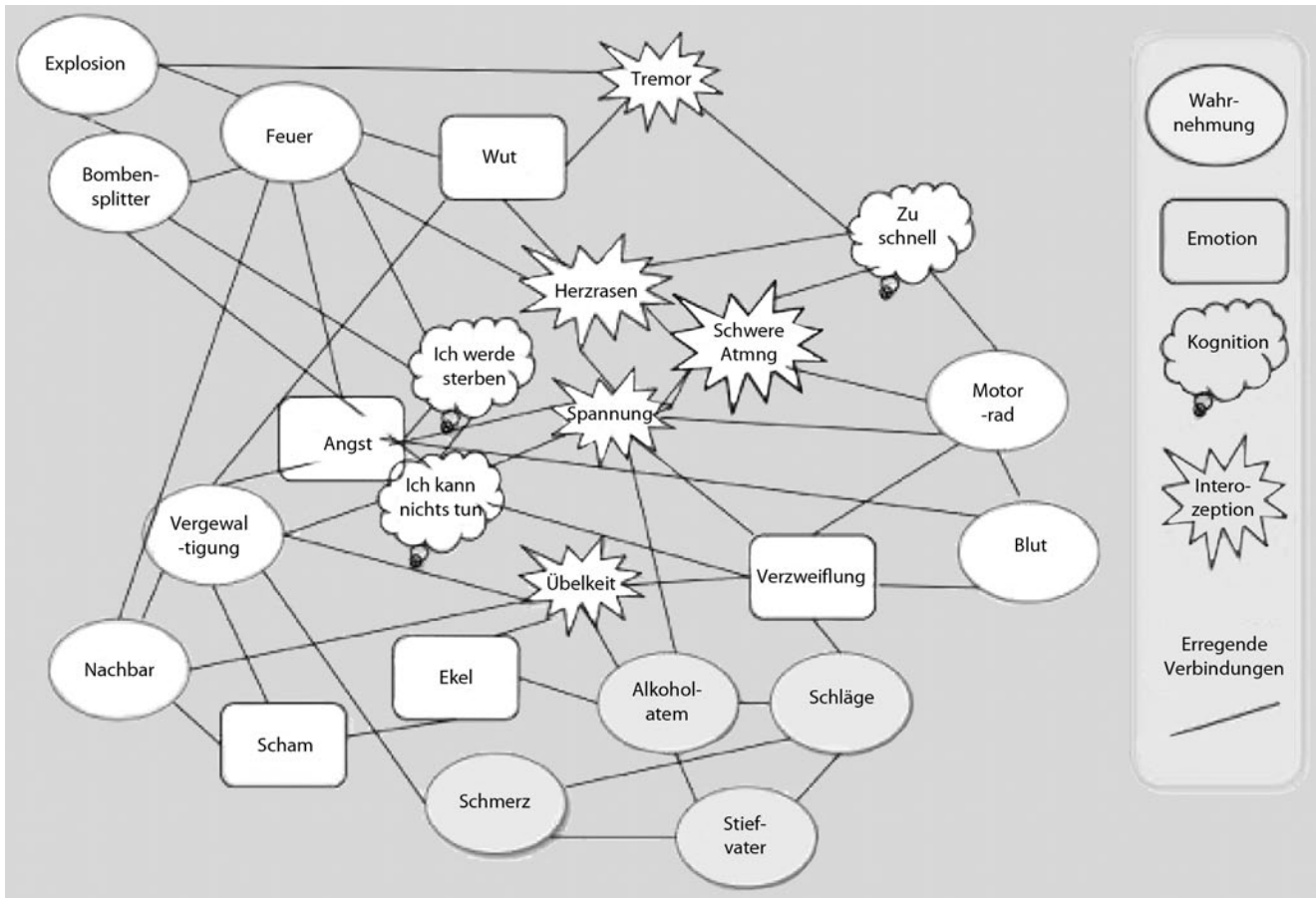


Abb. 1 ▲ Netzwerkstruktur der Traumaassoziationen ohne räumlich-zeitliche Zuordnung. Damit lassen sich die Repräsentationen der traumatischen Stressoren nicht mehr verorten und vergeschichtlichen; der Schrecken zieht in die Gegenwart ein (Modifiziert nach Schauer u. Elbert 2010a; für Kinder auch: Ruf et al. 2012)

Gewalterfahrungen und Mobbing durch Gleichaltrige, politische Verfolgung, Flucht oder Folter, sozialen Schmerz und Verlust etc. Viele einzelne Belastungen (z. B. „life events“), gemischt mit traumatischen Stressoren, sind „Bausteine“, die sich aufeinander türmen und so die seelische Entwicklung und Gesundheit bei Erwachsenen und Kindern langfristig zerstören („building block“, dt.: „Bausteineffekt“; Schauer et al. 2003; Neuner et al. 2004a; Catani et al. 2009; Kolassa et al. 2010). Menschen, die ein feinfühliges, tragfähiges und kontingentes Beziehungsumfeld in ihrer kindlichen Entwicklung erlebt haben und später auf einzelne traumatische Stressoren treffen („Monotraumen“), entwickeln in der Regel keine chronische Traumafolgeproblematik. Ihre Ressourcen (Resilienz- und „Recovery“-Faktoren, soziales Eingebundensein, gutes berufliches Funktionsniveau, Fähigkeit zur Selbstberuhigung u. a.) rei-

chen oft aus, um z. B. eine Naturkatastrophe, einen schweren Unfall oder einen Überfall in angemessener Zeit selbst verarbeiten und integrieren zu können. Nach einer Phase der Übererregung und akuten Traumaproblematik remittieren hier die Symptome auch ohne professionelle Intervention. Personen, die sich mit chronifizierter Traumafolgesymptomatik präsentieren [v. a. posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Depression, Persönlichkeitsstörungen] jedoch, bedürfen nach Mehrfachbelastungen und -Traumata, Life events und Verlusten immer der Beachtung des schon vorliegenden Building blocks – auch in einer gegenwärtigen Krise.

Bei Überlebenden mehrfacher oder lang andauernder traumatischer Ereignisse ist es deshalb nicht sinnvoll, die Therapie auf ein einzelnes traumatisches Ereignis zu beschränken. Weder kann das nun weitverzweigte Furchtnetzwerk (Schauer

et al. 2005; Schauer et al. 2011), dessen Elemente assoziativ miteinander verbunden sind, so einfach umstrukturiert werden, noch kann dem Bausteineffekt auf diese Weise Rechnung getragen werden. Weiterhin verhindert der Fokus auf nur ein bis zwei Indextraumata die Würdigung der vielen verschiedenen individuellen Ressourcen einer Person sowie die maßgeblichen Einflüsse und Entwicklungsschritte, die für die Bildung dieser Persönlichkeit von Bedeutung waren, wie dieser Mensch seine Identität konstruiert, wie es ihm gelingt, dem Grauen entgegenzutreten (McAdams et al. 2006; Schauer et al. 2011). Eine gelungene Traumatherapie erstellt also eine Narration über die gesamte Biografie des Traumaüberlebenden, erarbeitet alle bedeutsamen sowie traumatischen Events und aktiviert und würdigt auch positiv-stärkende Lebensereignisse im biografisch-chronologischen Zusammenhang. Um dies zu leisten, waren tradi-

tionell multimodale Langzeittherapieverfahren indiziert. Da aber „Vermeidung“ (diagnostisches Kriterium) dazu führt, dass Traumatisierte nicht an ihre Erlebnisse erinnert werden möchten und sich nur mit großer Überwindung darauf einlassen können, sich mit den schrecklichen Erinnerungen auseinanderzusetzen, bedarf es gut strukturierter und überschaubarer Kurzzeitverfahren. Auch in Kriegs- und Krisengebieten sowie in ressourcenarmen Kontexten von andauerndem traumatischem Stress sind effektive, wirksame und einfach zu disseminierende Verfahren nötig, da hier das psychische Funktionsniveau zur Überlebensfrage wird (Neuner u. Elbert 2007; Schauer u. Schauer 2010; Neuner et al. 2011).

Lifeline – Zugang zum Traumamaterial

Weil sie die Lebensgeschichte eines Menschen zunächst in ritualisierter Weise mit den Metaphern „Steine“ (schwer, kalt, hart, schmerzhaft) und „Blumen“ (schön, bunt, lebendig) für negative und positive Lebensereignisse nachvollzieht, wurde die Lifeline selbst das Symbol der *Narrativen Expositionstherapie* (NET; Schauer et al. 2005) bei Erwachsenen und Kindern (Schauer et al. 2014). Bei der NET erfolgt der Zugang zu den traumatischen Lebensereignissen einer Person in 3 Schritten (Schauer et al. 2011); hierbei stellt die Lifeline den zweiten Schritt dar. Im ersten Schritt erfolgt die umfassende klinische Diagnostik unter Einbezug von sogenannten Checklisten für unterschiedlichste traumatische Ereignistypen, z. B. familiäre Gewalt [Belastende Kindheits-erfahrungen (KERF); Isele et al. 2014], gefolgt von einer Psychoedukation für die kommende Intervention. Im zweiten Schritt erfolgt das Legen der Lifeline, an das sich im dritten Schritt die Erzählung der kompletten Lebensgeschichte anschließt (auch: Ruf u. Schauer 2012; Ruf et al. 2012; Neuner et al. 2013). Dabei ist das im Folgenden beschriebene Prozedere vorgesehen.

1. Sitzung (ca. 120 min)

Es erfolgt eine strukturierte klinische Diagnostik, die die Abfrage der trauma-

tischen Lebensereignisse nach Erlebnisarten entlang aller möglichen traumatischen Stressoren beinhaltet (allozentrische Position).

2. Sitzung (90–120 min)

Das Legen der Lifeline erlaubt, die biografische Entwicklung und die Abfolge der traumatischen Lebensereignisse im Überblick und in einer Gesamtschau chronologisch entlang der Zeitachse nachzuvollziehen (allozentrische Position).

Ab der 3. Sitzung bis zum Ende der Narration (je 90–120 min)

Die chronologische Erarbeitung der Narration über das gesamte Leben der Person mit imaginativer Exposition der traumatischen Lebensereignisse findet in mehreren NET-Doppelsitzungen (egozentrische Position) statt.

Letzte Sitzung (ca. 120 min)

Den Abschluss bildet das Vorlesen der Lebensgeschichte/Narration („testimony“) oder, als Abschlussritual, das erneute Legen der Lifeline, nun mit Symbolen der Hoffnungen und Wünsche für die Zukunft.

Am Beginn dieser traumafokussierten Behandlung legt die Person also ihre individuelle Lebensgeschichte, indem sie die emotional bedeutsamsten Ereignisse in chronologischer Reihenfolge herausgreift und gleichzeitig in den biografischen Zusammenhang stellt. Wie bei einer Bergkette die Höhen besonders herausragen, werden beim Legen der Lifeline, aus dem Strom des Lebens emotionale „Bedeutungsgipfel“ aus der Erinnerung herausgegriffen, benannt und dargestellt.

Emotional bedeutsame Lebensereignisse lassen sich als Relief der Lebenszeit vorstellen. Die subjektiv empfundene Kulminationspunkte können auf der Lifeline dargestellt werden. Je nach Entscheidung des Überlebenden, nach therapeutischem Kontext und nach Anzahl der wichtigen Lebensereignisse kann der „cut-off“ (rote Linie) dafür, welche Erlebnisse sich symbolisiert durch Blumen und Steine wiederfinden, unterschiedlich nach oben oder weiter unten verschoben

Psychotherapeut 2014 · 59:226–238
DOI 10.1007/s00278-014-1041-9
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Maggie Schauer · Martina Ruf-Leuschner Lifeline in der Narrativen Expositionstherapie

Zusammenfassung

Das biografische Gedächtnis von Menschen mit Traumafolgestörungen ist häufig zerrüttet. Die Überlebenden können nicht willentlich auf Erinnerungen zugreifen – oftmals gehen ganze Lebensabschnitte unter. Vermeidung setzt ein; die Biografie wird lückenhaft und wirkt fremd. Nach der diagnostischen Anamnese ist die Lifeline ein möglicher erster Schritt in der Annäherung an das Traumamaterial. Sie erlaubt in der Narrativen Expositionstherapie (NET), das emotionale Bedeutungsrelief des Lebens darzustellen und so erstmalig kontrollierten Kontakt zu den fragmentierten Erinnerungen aufzunehmen, bevor daraus eine chronologische Narration entsteht. Der Beitrag beschreibt damit Phase 2 der NET – das optionale Legen und die Bedeutung der Lifeline.

Schlüsselwörter

Belastungsstörungen, posttraumatisch · Lebensverändernde Ereignisse · Biografie · Narration · Lebensrückblick

Lifeline within Narrative Exposure Therapy

Abstract

The biographical memory of patients with trauma spectrum disorders is often shattered. Survivors cannot voluntarily access memories. Sometimes in survivors of severe and complex trauma whole life periods seem lost, avoidance sets in, the autobiography is sketchy, seems strange and ego-alien. The lifeline tool in Narrative Exposure Therapy (NET) is an effective first step towards discussing the traumatic material. The lifeline in NET displays the emotional highlights of the person's life in a symbolic way. Looking at one's autobiography from an allocentric perspective can serve as a controlled contact to the fragmented memories. This is then followed by a well-directed imaginal exposure from which a chronological narrative emerges. Laying out the lifeline at the end of the NET treatment enables the person to perceive the gestalt of the course of life.

Keywords

Stress disorders, posttraumatic · Life change events · Biography · Narration · Life review

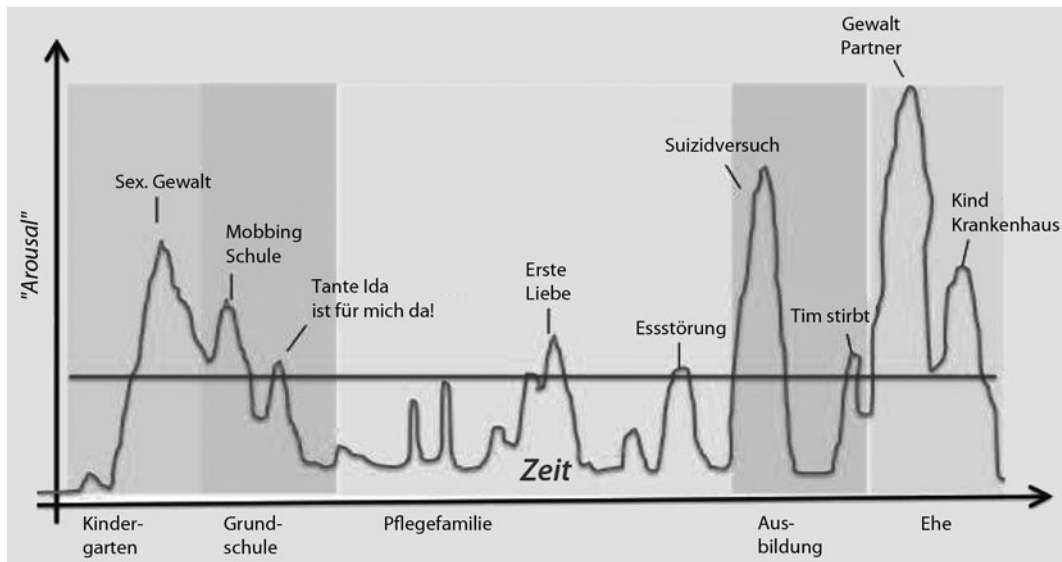


Abb. 2 ◀ Lebenszeitperioden, allgemeine und spezifische Ereignisse, dargestellt als emotionale Erregungskurve

werden. (Die Abbildung dient der Illustration und ist nicht mit dem Patienten zu erarbeiten; **Abb. 2**).

Durch das biografische Erarbeiten des emotionalen Bedeutungsprofils entlang der Zeitlinie können Ordnung und Sinn in das erlebte Geschehen gebracht werden (Schauer et al. 2014). Aus diesen Erfahrungsdaten, die aus dem Strom des Lebens herausgriffen werden, begleitet von unbedingter Akzeptanz und Empathie durch den Zuhörer, bildet die Person schließlich das Narrativ in der NET. Aufbauend auf der Lifeline wird in nachfolgenden Sitzungen ausführlich und in chronologischer Ordnung das gesamte Leben des Patienten Stück für Stück mit einem Fokus auf den traumatisierenden Lebensereignissen besprochen, die so der Reihe nach konfrontiert und bearbeitet werden (durch imaginative Exposition). Nondeklarative Erinnerungselemente werden dabei mit deklarativen vereint und nach Lebensperioden geordnet. Die Lifeline bildet die gemeinsame „Landkarte“ und ermöglicht somit ein Höchstmaß an Transparenz für den Patienten im Hinblick auf die Vorgehensweise und den therapeutischen Prozess. So kommt es zur notwendigen aktiven, chronologischen Rekonstruktion des autobiografisch expliziten, episodischen Gedächtnisses, zur verlängerten Exposition an die Traumaerinnerungen und einer umfassenden Aktivierung des Angstgedächtnisses, um durch die Anbindung der *heißen* Gedächtnisinhalte an den *kalten* Kontext eine Re-

organisation der emotionalen Netzwerke zu erreichen. Dieser Vorgang bewirkt, die Bedeutungszuschreibung und Integration der Lebensereignisse und deren kognitive, emotionale, physiologische und somatosensorische Reaktion in den damaligen räumlich-zeitlichen Lebenskontext rückzubinden, und ermöglicht die Wiedererlangung von Würde und Befriedigung des Wunsches nach Anerkennung des geschehenen Unrechts.

Innerhalb der NET wurde die Lifeline zuerst in der Traumatherapie mit Kindern, der KIDNET, eingesetzt (Schauer et al. 2004; Onyut et al. 2005) und bis heute beibehalten (Catani et al. 2009; Schaal et al. 2009; Ruf et al. 2010; Ertl et al. 2011; Hermenau et al. 2012; zur KIDNET: Neuner et al. 2008a; Ruf u. Schauer 2012; Ruf et al. 2012).

Bald wurde das klassische Lifeline-Verfahren auch in die Erwachsenen-NET für verschiedene Gruppen Überlebender multipler und komplexer Traumatisierung übernommen (Neuner et al. 2004b; Schauer et al. 2006; Bichescu et al. 2007; Neuner et al. 2008a; Schaal et al. 2009; Halvorsen u. Stenmark 2010; Neuner et al. 2010; Hensel-Dittmann et al. 2011; Pabst et al. 2012a; Pabst et al. 2012b; Hermenau et al. 2013; Stenmark et al. 2013) und auch die spezielle Form der Lifeline als Papierbleistift-Version eingeführt, in der die Patienten vor dem Narrationsteil der NET, mithilfe des Therapeuten die Lebenslinie nicht im Raum auslegen, sondern auf

einem Blatt Papier aufmalen (Dömen et al. 2012; Ejiri et al. 2012; Zang et al. 2013).

In der NET werden zusätzlich zur Narration kreative Medien eingesetzt (Schauer u. Elbert 2010a; Schauer et al. 2011), v. a. auch in der KIDNET (Ruf et al. 2012; Schauer et al. 2014). Die Lifeline dient in einer ersten Näherung und als Überblick der zeitlichen Einordnung der Lebensereignisse. Richtig durchgeführt erlaubt sie, ohne zu überfluten, einen strukturierten und dosierten Kontakt zum Traumamaterial und eine beginnende Kontextualisierung der Erlebnisse, noch bevor die eigentlichen Traumaexpositionen innerhalb der ausführlichen Narration beginnen. Von Vorteil beim Herantreten an die und beim Legen der Lifeline ist die allozentrische Position (im Gegensatz zur sonst egozentrischen; Brewin et al. 2010), nämlich einmal wie ein externer Beobachter, also von außen, auf die Chronologie des eigenen Leben zu blicken. Eine Distanzierung, die gleichzeitig ein hohes Maß an „Sich-einlassen“ realisiert. Der Therapeut unterstützt den Patienten, im Rahmen der Lifeline gut in der Gegenwart orientiert zu bleiben, während dieser über seinen Lebensgang nachdenkt und diesen zeitlich-räumlich strukturiert. Da das gleichzeitige und zu tiefe Eintauchen in mehrere *heiße* Erinnerungen nur zu einer weiteren Verschmelzung der Netzwerkelemente führen würde, hilft der Therapeut mit seinen konkreten, kontextuellen Nachfragen dem Patienten bei dieser „Draufsicht“, den Fokus auf der *kalten* Seite des

Gedächtnisses (Kontext) zu halten, sodass ein wichtiges erstes zeitliches Separieren der Ereignisse erreicht werden kann.

Es geht in dieser ersten Annäherung an die Traumabiografie um einen Überblick, um ein Heranführen an die biografisch-chronologische Arbeit. (Die tatsächliche Aufarbeitung der traumatischen Sequenzen findet erst in den nachfolgenden Therapiesitzungen statt.)

Praktisches Vorgehen

Vor Beginn der Lifeline-Sitzung stellt der Therapeut sicher, dass genügend Platz im Raum vorhanden ist, um ein Seil ausrollen zu können, und dass die Möglichkeit gegeben ist, um das Seil herumzugehen, damit alles betrachtet werden kann. Nach der Begrüßung und kurzen Psychoedukation begeben sich Therapeut und Patient an den Ort im Raum, an dem die Lifeline gelegt werden soll. Der Therapeut erklärt dem Patienten die vorbereiteten Materialien und ihre symbolische Bedeutung. (Eine wörtliche Erklärung der Lifeline für Kinder findet sich bei Schauer et al. 2014.)

- Das *Seil* als Symbol des kontinuierlichen Flusses der Lebenszeit. Der Beginn des Seils gilt als Beginn des Lebens, das noch aufgerollte Ende des Seils als noch nicht bekannte und noch nicht entfaltete Zukunft des Lebens.

Auf diese Linie können natürliche Gegenstände als Sinnbilder für hochemotionale und besonders bedeutsame Lebensereignisse gelegt werden:

- verschiedenartige und -farbige *Blumen* in unterschiedlichen Größen als Metapher für positive Erfahrungen (z. B. stärkende, glückliche, freudige, stolze, erfüllende Lebenserfahrungen, aber auch wichtige und stärken-de Personen/Beziehungen),
- diverse, unterschiedlich geartete *Steine* (spitz, rund, groß, klein, dunkel, hell, zerklüftet etc.) zum Darstellen der schweren, negativen Erlebnisse (v. a. traumatische, aber auch traumatische, angstbesetzte und anderweitig schreckliche Lebenserfahrungen).

Mit den beiden Symbolen „Stein“ und „Blume“ lassen sich alle menschlichen Er-

fahrungen auf der Lifeline darstellen. Zusätzlich gibt es noch zwei weitere Symbole zur Repräsentation besonderer Erfahrungswelten:

– In der Therapie von Tätern hat sich eine eigene Symbolik für reaktiv- oder appetitiv-aggressive Akte bewährt (Elbert et al. 2010; Elbert et al. 2012; Hermenau et al. 2013). Ein neutrales Symbol, ein kleines *Stöckchen* aus Holz, kann für eigene Taten gelegt werden (z. B. gewalttätige, aggressive, delinquente, zerstörerische Taten, die mit Wut und Schuldgefühlen, aber auch mit Stolz und/oder Siegesgefühl einhergehen können). Den Stöckchen muss im Rahmen der Lifeline noch keine affektive Valenz zugeschrieben werden, denn eine eigene „Tat“ kann hasserfüllt oder lustvoll oder aber auch angstbesetzt erlebt worden sein. Wenn der Patient es allerdings wünscht, dürfen Stöckchen sowohl mit Steinen als auch mit Blumen kombiniert werden, als Metapher für positive oder negative Erfahrungen.

– Erlebnisse von Verlust, Tod und Trauer (z. B. beim Tod eines geliebten Menschen) bedürfen besonderer Riten. Sie können mit einer kleinen *Kerze* symbolisiert werden, die der Patient selbst anzündet und an den Ort des Todeszeitpunkts/Verlusts an die Lifeline stellt. Die Kerze brennt bis zum Ende des Legens der Lifeline dann weiter. Am Ende der Sitzung wird sie vom Patienten ausgelöscht, der sie dem Therapeuten zur Verwahrung übergibt. Der Therapeut zündet die Kerze dann in derjenigen Therapiesitzung erneut an, in der die Narration der Biografie den entsprechenden Lebensmoment dieses Ereignisses erreicht hat. Die Kerze kann während der ganzen Sitzung, in der über den Verlust der geliebten Person gesprochen wird, weiterbrennen. Später nimmt der Patient die Kerze im Andenken an diesen Menschen mit nach Hause. Auch die Kerze kann mit einer Blume oder einem Stein kombiniert werden, z. B. Rose + Kerze als Ausdruck der Liebe; Stein + Kerze als Ausdruck für den Tod eines Menschen, der durch ein traumatisches Lebensereignis verursacht wurde (Krieg, schwerer Unfall, Naturkatastrophe, Tötung etc.).

Nach der Erklärung und Bereitstellung der diversen Materialien in einem offenen Gefäß (z. B. einem großen Korb) oder di-

rekt auf dem Boden beginnt der Patient, die Schnur/das Seil¹ auf dem Boden auszurollen,² wobei die Länge proportional zum Alter steht.³ Ein guter Rest am Ende des Seils bleibt noch eingerollt und symbolisiert die Lebenszeit, die in der Zukunft liegt, die noch unbekannt ist und damit noch nicht aufgefaltet werden kann. Durch die Bewegung des Seilverlaufs, ob in Kurven, abgknickt, gradlinig usw. entscheidet der Patient, welchen Verlauf, welche Wendepunkte, Krisen, Behinderungen, Stauungen, Turbulenzen etc. er darstellen möchte.

Der Therapeut steht⁴ nun „im Schulterschluss“ mit dem Patienten direkt am Beginn der Lifeline (Blickrichtung entlang des Seils in Richtung Zukunft) und lädt ein, von der Geburt bis zum heutigen Tag, Stück für Stück das eigene Leben zu rekapitulieren, wann und wo bedeutsame Ereignisse stattgefunden haben. Dies geschieht entlang des Zeitverlaufs der Lebensgeschichte chronologisch und im permanenten Kontakt und Gespräch mit dem Therapeuten, der den Überlebenden einfühlsam und aktiv bei seiner gedanklichen Suche sowie dem Zusammentragen der emotionalen Highlights und Schreckensmomente seines Lebens begleitet. Es geht nicht darum, sich zu diesem Zeitpunkt der Therapie in einzelne Erlebnisse hineinzusetzen oder diese intensiv zu spüren. Vielmehr bleibt der Fokus darauf, einen klärenden Überblick zu erarbeiten. Das Legen und Benennen schreiten also recht zügig voran. Dieser Vorgang des Le-

¹ Das Seil sollte nicht zu dick gewählt werden. Filzsnüre eignen sich hier besonders, da sie keine negativen Assoziationen wecken.

² Bei körperbehinderten Personen oder älteren Menschen kann das Seil auch auf einem Tisch ausgelegt werden. Eindrücklicher ist jedoch die Lifeline-Arbeit mit dem Auslegen quer durch den „Raum“.

³ Als Beispiele: Bei einem 40-jährigen Mann könnte eine Einteilung von etwa 40 cm je 10 Lebensjahre vorgenommen werden, und somit wäre die Gesamtlänge 1,60 m. Bei einem 12-jährigen Kind können 40 cm für jeweils 3 Jahre stehen und somit betrüge die Gesamtlänge hier 1,20 m.

⁴ Möglich ist es auch, dass Kinder und Jugendliche sich auf den Boden neben die Lifeline setzen. Möglich ist ferner, das „Gegenüber“ beizubehalten und sich als Therapeut auf die andere Seite des Seils zu setzen/stellen.

gens der Symbole entlang der Lebenslinie geschieht streng chronologisch.

Der Patient wird gebeten, ein erstes Symbol für sein „Auf-die-Welt-gekommen-Sein“ zu legen („Wann sind Sie geboren und wo?“ „In welche Situation?“ „In welche Familie?“ „Gab es Geschwister?“). Die frühe Kindheit kann starke innere Spuren im Menschen hinterlassen, bleibt aber nur implizit verfügbar durch Körpererinnerungen, Gefühle und über Mitteilungen sowie Dokumentation durch andere, also spätere Kognitionen und Bedeutungszuschreibungen (Ruf u. Schauer 2012). Der Patient wird deshalb eingeladen, für den Beginn seines Lebens ein Symbol auszusuchen, je nachdem, was ihm darüber erzählt worden ist oder was er darüber in Erfahrung gebracht hat. Ab einem Lebensalter von ca. 3 Jahren beginnt das eigene explizite Gedächtnis, und der Überlebende kann nun Symbole für Ereignisse aus seiner eigenen Erinnerung auswählen.

Ausgesucht wird beim Legen der Lifeline immer ein Symbol, das das Gefühl von *heute* über das Geschehen *damals* darstellt. Gelegt werden können alle emotional aufwühlenden Ereignisse, auch Enthüllungen über die Kindheit, die vielleicht zu einem Zeitpunkt schockierend waren. Manches Mal bedarf die Darstellung eines Ereignisses deshalb zweier Symbole, nämlich eines für den Moment, an dem es stattgefunden hat, und eines weiteren für den Augenblick, als man davon erfahren hat bzw. dessen Bedeutung erkannte. (Beispiele: Wenn ein Kind im Kleinkindalter mit 2 Jahren adoptiert wurde, aber erst mit 14 Jahren diese Mitteilung bekommt. Wenn eine Frau vergewaltigt wurde und Jahre später erst erfährt, dass der Täter ein gesuchter Serienmörder ist.) Beide Zeitpunkte können von hoher emotionaler Bedeutung sein und lassen sich auf der Lebenslinie lokalisieren.

Im weiteren Verlauf kann es hilfreich sein, durch Nachfragen des Therapeuten unterstützte Kontextinformationen aufzubauen: „Zu welcher Zeit (Jahreszeit, Jahr, etc.) war das?“ „An welchem Ort?“ „Wie nennen Sie dieses Erlebnis? Titel?“. Die jeweiligen Ereignisse werden während des Platzierens kurz überschriftartig benannt. Der Therapeut begleitet den Vorgang empathisch, verbalisiert und fasst je-

weils kurz zusammen, was er verstanden hat, was der Stein oder die Blume symbolisiert. In vielen Fällen kann es notwendig und sinnvoll sein, den Prozess des Legens von Blumen und Steinen aktiv durch weitere Fragen anzuregen. Dies ist insbesondere dann erforderlich, wenn für einen größeren Lebenszeitraum überhaupt keine Blume oder kein Stein gelegt wird, oder wenn Steine auf der Lifeline fehlen, die zuvor schon im diagnostischen Interview genannt wurden. Sollte dies der Fall sein, ist es hilfreich, sachlich nachzufragen. (Beispiel: „In unserem Gespräch während der Diagnostik hatten Sie auch erwähnt, dass es einen gewalttätigen Übergriff auf Sie durch einen Unbekannten auf einer Reise gab. Welchen Stein möchten Sie denn hierfür auswählen, und wo sollten wir diesen platzieren?“) Forciert werden sollte das Legen von bestimmten Symbolen jedoch keineswegs.

Wenn die gesamte Lifeline durch das Legen aller bedeutsamen Lebensereignisse ihren Abschluss gefunden hat, kann die Gestalt durch Abmalen bildlich dargestellt (z. B. in der Kindertherapie) oder auch abfotografiert werden. Das Bild kann später als Cover für die gebundene Narration dienen. Viele Menschen möchten eine Kopie des Fotos für sich selbst behalten.

Das Legen der Lifeline sollte in einer Doppelsitzung (90–120 min) abgeschlossen werden – in einem „Wurf“, so gut eben alle wichtigen Personen, Situationen, Vorfälle und Geschehnisse am Anfang der Traumatherapie überhaupt erinnert werden können.

Falls ein Patient Schwierigkeiten hat weiterzugehen und sich aus einer Lebensphase oder von einem Symbol beim Legen zu lösen, kann für den Überlebenden der Hinweis wichtig sein, dass zur Auseinandersetzung mit diesem offensichtlich sehr wichtigen Erlebnis während der nachfolgenden Traumatherapie noch ausreichend Zeit sein wird. Für die Lifelinesitzung jedoch genügt ein Überblick und dass das Symbol (der Mensch oder das Ereignis, für das es steht) seinen sicheren Platz auf der Lebenslinie findet. Manchmal kann ein indirekter Verweis auf die eigenen Ressourcen helfen, in der Lebenszeit weiterzugehen, z. B.: „Wie haben Sie es denn in der Zeit nach diesem Stein/Er-

eignis geschafft weiterzumachen?“ „Wie war das Leben in dem/n Jahr/en danach?“ „Was hat ihnen geholfen danach?“ „Wie hat sich ihr Leben verändert? Möchten Sie ein Symbol dafür aussuchen?“

Wenn die Lifeline mit allen Symbolen gelegt ist, nehmen sich Patient und Therapeut Zeit, diese einmalige Gestalt zu würdigen. Günstig ist auch, wenn der Therapeut die gelegten Stationen noch einmal der Reihe nach, die gesamten Daten (kaltes Gedächtnis) nennend, zusammenfasst. Jedes Leben ist einzig, und der Bedeutungszusammenhang der Ereignisse kann schon in der entstandenen Figur erahnt werden (■ **Abb. 3**).

Manchmal möchte der Überlebende noch Nachsinnen über den Prozess des Legens und Erinnerns oder es kommen erste Einsichten darüber, wie das Leben sich mit seinen guten und schlechten Zeiten bis heute entfaltet hat. Der Therapeut kann helfen, den Nachklang dieser Lifeline-Erfahrung aufzunehmen. Er würdigt die Arbeit des Überlebenden als wichtigen Schritt hin zur Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte, macht aber gleichzeitig auch darauf aufmerksam, dass es in der nun folgenden Wiedererfahrung der einzelnen Lebensereignisse in der Narration vertieft möglich werden wird, zum Kern jeder Episode, jedes Symbols durchzudringen, zu den Mustern und dem Sinn, mit dem sie untereinander verknüpft sind (Schauer et al. 2011; Schauer et al. 2014).

Hilfestellungen für das Legen der Lifeline

Der erste Schritt zum Platzieren der traumatischen Lebensereignisse zurück in die Vergangenheit, umgeben von anderen Geschehnissen, ist bei der NET das Legen der Lifeline in der beschriebenen Weise. Während des Legens entfalten Überlebender und Therapeut die Lebenslinie chronologisch, von der Geburt bis zum aktuellen Tag. Dabei ist es am besten, Schritt für Schritt von einem Lebensabschnitt zum nächsten vorzugehen. („So, nun sind wir bei der Grundschulzeit. Wie alt waren Sie denn, als Sie eingeschult wurden? Wie war diese Erfahrung für Sie? Möchten Sie ein Symbol auswählen?“) Für jede Lebenszeitperiode sollte der Thera-



Abb. 3 ◀ Ausschnitt aus einer Lifeline. (artur.eu)

peut darauf achten, dass er alle wesentlichen „Fenster“ öffnet, also z. B. nach Familie, Freunden, Schule, später auch Beziehungen fragt. Neben das gelegte Symbol kann dann jeweils ein „Post-it“-Klebezettel mit dem Titel für das Ereignis sowie Zeit- und Ortsangabe auf den Boden gepinnt werden („Einschulung an der Einstein-Grundschule in Kiel, 7 Jahre alt“), um später das korrekte Abschreiben der einzelnen Symbolinhalte sicherzustellen. Wichtig ist das genaue Benennen der einzelnen *Steine* (z. B. „Vater schlägt Bruno, den Bruder, und mich im Schlafzimmer mit einem Stock, 6 Jahre alt“; „Erste Schießerei auf der Straße in Kigali, 12 Jahre alt“; „Leben bei der Pflegefamilie Heins in Bielefeld, vom 13. bis 15. Lebensjahr“; „Erster Psychiatrieaufenthalt im Krankenhaus Bethel wegen Essstörung, 16 Jahre alt“; „Stunden im Bombenkeller im Kosovo, 28 Jahre alt“), *Blumen* (z. B. „Va-

ter schenkt mir eine Katze, 7 Jahre alt“; „Meine Großmutter ist liebevoll für mich da, 13 bis 15 Jahre alt“; „Alter Mann rettet uns im Kriegsgebiet in Jaffna, 22 Jahre alt“; „Kann meine Ausbildung als Pferdewirtin abschließen, 22 Jahre alt“) und *Stöckchen* („Schlägerei mit der Gang in Bielefeld, 14 Jahre alt“; „Klaue Schminkzeug im Hertie in Frankfurt, 15 Jahre alt“; „Wir prügeln Mann am Bahnsteig in Göttingen, 21 Jahre alt“; „Raubmord, Hauseinbruch in Halle, 23 Jahre alt“; „Töten auf Kommando in Libyen, 14 Jahre alt“) sowie *Kerzen* (z. B. „Mein Mann stirbt bei einem Bergungsglück, 30 Jahre alt“). Anmerkung: Wichtig ist, beim Legen auf die Chronologie zu achten, wie die Symbole biografisch nacheinander kommen; nicht etwa Kategorien legen lassen: Falsch wäre es, erst alle Steine, dann alle Blumen, dann alle Stöcke usw., stattdessen die tatsäch-

lichen Ereignisse in der zeitlichen Abfolge (Zeitraffer) nachvollziehen.

Dem Therapeuten dienen das Bild und die Abschrift der Merkzettel als Einteilung für die Planung und Struktur der weiteren Therapiesitzungen, in denen dann ausführlich über die bedeutsamen Ereignisse gesprochen wird (Schauer et al. 2011; Ruf et al. 2012; Neuner et al. 2013). Die Lifeline hilft der Planung der Therapiesitzungen, da aus ihr in erster Näherung ersichtlich werden kann, wie viele traumatische Erlebnisse in welcher Intensität in etwa zu erwarten sind. In der Arbeit mit der Lebenslinie werden die einzelnen Ereignisse benannt, aber es findet kein eingehender Bericht über die Ereignisse statt. Dies ist im Anschluss den Expositionssitzungen (Narration) vorbehalten (Schauer et al. 2011).

Lifeline an Anfang und Ende der Therapie

Im Gegensatz zu Überlebenden multipler und damit verschiedener Traumata wie Überfall, häusliche Gewalt, Autounfall, Krieg etc., die die einzelnen Ereignisse häufig gut erinnern und auf die Lifeline legen können, ist es für komplex traumatisierte Menschen oder Patienten mit Persönlichkeitsstörungen u. a. nach sexuellem Missbrauch, nach Folter, langer Gefangenschaft oder schwerer Misshandlung in der Kindheit oftmals sehr viel schwieriger bis unmöglich, in der ersten Sitzung nach der Diagnostik bereits alle Ereignisse distinkt und benennend zu erinnern. Manchmal sind ganze Lebensabschnitte ins implizite Dunkel verschwunden, das zwar durch Schlüsselreize aktiviert werden kann, willkürlich aber nicht zugänglich ist. Auch hier kann trotzdem vor Beginn der narrativen Exposition eine Lifeline versucht werden, auch wenn kaum willentlicher Zugriff auf autobiografische Details besteht. Die Lifeline kann dann eben zunächst nicht vollumfänglich gelegt werden. Indem aber später alle Lebensabschnitte gedanklich der Reihe nach besucht werden und da Assoziationen zeitlich zusammenhängen, werden bei der NET nach und nach Lebenserinnerungen erweckt und wiederentdeckt, die zuvor dissoziativ abgespalten oder durch Amnesie nicht mehr willentlich abrufbar

ten müssen bei der anschließenden Narration nicht nur alle Gefühle, Gedanken und Körpersensationen von damals wieder aktiviert und verbalisiert, sondern neben den Basisemotionen (Angst, Wut, Ekel, Traurigkeit oder Freude) auch die zur Tat zugehörigen sozialen Emotionen (Stolz, Neid, Scham, Rache, Schuld) benannt werden. Die Lifeline kann auch hier einen ersten Zugang zu den wichtigsten Lebensereignissen schaffen, nicht aber die Aufarbeitung leisten. Das therapeutische Wiedererleben, die damit verbundene Vergeschichtlichung der Ereignisse, deren moralische Bewertung und das Einholen des Bedeutungsgehalts geschehen auch bei der Arbeit mit Delikten im Anschluss an das Legen der Lifeline, in einem narrativen Prozess über viele Sitzungen, der hier nicht dargestellt ist (hierzu: Schauer et al. 2011).

Nach der chronologischen Erarbeitung aller Ereignisse in dieser Weise erreichen Therapeut und Patient die Gegenwart auf der Lebenslinie. Mit Unterstützung des Therapeuten gelingt es dem Überlebenden auf diese Weise, seine eigene Entwicklung anhand der bedeutsamsten Momente und Zeiten seines Lebens nachzuvollziehen.

Wichtig ist, in der Erwachsenen- und Kindertherapie gleichermaßen, der respektvolle Umgang mit der gelegten Lifeline. Der Therapeut, auch Dolmetscher und Kotherapeuten sind Zeugen des Geschehens und dieser einmaligen Biografiearbeit. Sie tun gut daran, nicht an die Lifeline zu stoßen, darüber zu steigen oder sie achtlos liegen zu lassen. Einmal entstanden, symbolisieren das Seil, die Blumen, Steine, Stöckchen und Kerzen nun das Leben einer Person und sind mit diesem Bedeutungsgehalt aufgeladen. Sollten daher während der Sitzung Änderungen an der Lifeline notwendig werden, weil der Patient z. B., angestoßen durch die Erinnerung späterer Erlebnisse, noch frühere Erfahrungen erinnert, die im Prozess dazwischen geschoben werden sollen, sollte der Patient selbst diese Veränderungen und das Umarrangement vornehmen, wie es für ihn stimmig ist. Der Therapeut kann zwar beraten, wird hier aber nicht ordnend eingreifen. So wird auch beim Wegräumen der Materialien mit Achtung und Feinfühligkeit vorgegangen.

Fallbeispiel

Patientin mit komplexer Traumatisierung

Frau I. ist 33 Jahre alt, diagnostiziert mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und komorbider PTBS, als sie sich in die traumaaufarbeitende Therapie begibt. Ihre Akte zeigt, dass sie in den letzten Jahren ca. vierteljährlich stationär aufgenommen werden musste. Aufgrund vielfacher Selbstverletzungen durch Schneiden, Ess- und Brechanfälle sowie parasuizidale Handlungen war eine Expositionstherapie in den diversen vorausgegangenen stationären und ambulanten Therapien nicht durchgeführt worden.


Mit Beginn der NET und nach 2 Sitzungen ausführlicher, strukturierter Psychodiagnostik wird Frau I. in der dritten Doppelsitzung eingeladen, ihre Lebenslinie zu legen. Dieser Zugang ist ihr neu, verunsichert sie und macht sie gleichzeitig neugierig. Obwohl sie sich gern auf das Legen ihrer Biografie einlässt, gelingt ihr der Zugriff nur auf wenige „Erinnerungsinseln“. Auf der Lifeline zu sehen sind in symbolischer Form zunächst die wenigen Lebensereignisse und traumatischen Erfahrungen, die auch im diagnostischen Interview zur Sprache kamen. Für einen ersten Zugang ist dies ausreichend.

Die eigene Biografie zurückzugewinnen, kann für Überlebende sehr entlastend wirken.

Aus einer E-Mail: „Mir hilft im Moment schon sehr, zu erkennen, dass die unangenehmen Gefühle wahrscheinlich gar nichts mit der aktuellen Wahrnehmung zu tun haben. Allein die Jahresdaten von irgendetwas zu kennen, gibt mir schon einen ziemlichen Halt und – endlich – ein Gefühl von Identität.“

Sogar schlimme Erlebnisse, solange man sie nur verorten kann, geben einem das Gefühl ‚das ist meine Geschichte, das bin ich‘.

Ohne das ist jeder Tag ein Spießrutenlauf – und wenn ein Tag schlecht läuft, hat man *nichts* um dagegenzuhalten. Hat man eine Vergangenheit, entschärft das ungemein und ist eine riesen Entlastung. Auch Dinge zu beschreiben, reduziert das schlechte Empfinden oft wirklich enorm.“

Direkt in der darauffolgenden NET-Sitzung nach dem Legen der Lifeline beginnt Frau I., ihr gesamtes Leben zu beleuchten und sowohl positive als auch belastende und traumatisierende Lebensereignisse zu verarbeiten und zu integrieren. (Diese Narration ist nicht Teil des Legens der Lifeline, sondern ein eigenes Therapiemodul; hier nicht dargestellt.) Obgleich häufig ca. 10 bis 12 Doppelsitzungen genügen, um eine Narration zu erarbeiten, kann es bei Menschen wie Frau I. mit massiver Häufung von traumatischen Lebensereignissen zu einer höheren Zahl an Therapiesitzungen kommen. Frau I. profitiert deutlich von der biografischen Traumaarbeit der NET. Am Ende der Behandlung legt sie mit großem Stolz erneut ihre Lebenslinie (Abschluss-Lifeline;  **Abb. 4**). Diesmal ist sie vollständig.

Follow-up: Schon zum Zeitpunkt der Dreimonatskatamnese zeigt sich, dass das selbstverletzende Verhalten (Gewebeverletzung durch scharfe Gegenstände) der Patientin aufgehört und sich ihr Essverhalten normalisiert hat. Ab dem Sechsmonatszeitpunkt bis zur 18-Monats-Katamnese remittieren sowohl die PTBS-Symptomatik vollständig als auch die dissoziativen Symptome und die Borderline-Symptomatik signifikant. Die Lebensqualität steigt zunehmend. Zum 41-Monats-Zeitpunkt nach Therapieende wird fremdanamnestic bestätigt, dass keine Borderline-Persönlichkeitsstörung mehr vorliegt. Frau I. erhielt nach der NET bei Bedarf noch stützende Beratung an einer anderen Institution. Hier wurden Themen wie neuer Umgang mit dem (sozialen) Alltag, Umzug in eine eigene Wohnung und Beginn einer halbtägigen Arbeitsstelle unterstützt.

Lebenslinien außerhalb der Narrativen Expositionstherapie

Bei der NET ist das Legen der Lifeline ein optionaler Behandlungsschritt zwischen Diagnostik und Traumakonfrontation. Manche Therapeuten benutzen die eingängige Symbolik der Lebenslinie auch zu einer anregenden Anamneseerhebung; dies gilt gerade in Untersuchungen mit Kindern. Für nichttraumatisierte Personen mag dies ein ergänzender Zugang zu Informationen aus der Ver-

gangenheit sein. Bei Patienten mit komplexer Traumafolgestörung jedoch muss nochmals darauf hingewiesen werden, dass aufgrund der traumatischen Amnesie möglicherweise vieles nicht auf Anhieb explizit erinnert werden kann. Der wesentliche Unterschied zur gewöhnlichen biografischen Anamnese besteht bei der NET darin, dass es nicht nur um die Erfassung von Fakten geht, sondern dass im Anschluss an die Lifeline ein emotionaler, erlebnisnaher und detaillierter Bericht der Lebensereignisse angestrebt wird. Dies ist ein Vorgehen, das sich über mehrere Doppelsitzungen erstreckt. Die Module „strukturierte Diagnostik“, „Legen der Lifeline“ und die nachfolgende „Narration der gesamten Lebensgeschichte“ gehören bei der NET unbedingt zusammen. (Anmerkung: Die „strukturierte Diagnostik“ und „die Narration der gesamten Lebensgeschichte“ sind hier im Text nicht dargestellt; hierzu: Schauer et al. 2011; Ruf u. Schauer 2012; Ruf et al. 2012; Neuner et al. 2013). Es gibt hinreichend Evidenz für die Wirksamkeit der NET *ohne* das Lifeline-Modul (Neuner et al. 2002; Neuner et al. 2004b; Schauer et al. 2006; Hijazi 2012). Umgekehrt konnte die klinische Wirksamkeit bei alleiniger Verwendung der Lifeline (ohne nachfolgende Aufarbeitung der traumatischen Ereignisse in einer Traumatherapie) in der Behandlung von traumatisierten Personen bisher nicht gezeigt werden. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Anordnung (Diagnostik, einschließlich Ereignislisten, optionale Lifeline, narrative Exposition) Kontrolle und Vorhersagbarkeit für den Patienten sowie strukturierte Annäherung an das Traumamaterial erlaubt, ohne zu überfluten. Darüber hinaus wird die Integration aller Erlebnisse in den Fluss des Lebens als eine Gesamtschau erreicht, die lebensgeschichtliche Reflexion, was identitätsstärkend wirkt (u. a. McAdams et al. 2006; Schauer et al. 2011; Neuner et al. 2013).

Risiken des Lifeline-Moduls in der Traumatherapie

Den Patienten auf diese Weise zur Erinnerung traumatischer Stressoren anzuleiten, ohne dabei das Furchtnetzwerk zu aktivieren, erfordert große Aufmerksamkeit.

Andernfalls besteht die Gefahr, dass bereits in der Lifeline-Sitzung Ängste aktiviert werden, ohne dass deren Habituation und Bewältigbarkeit erlebt wird. Dadurch könnte sich bei Patient und Therapeut die „Angst vor der Angst“, also auch die Sorge und Angst vor der Traumakonfrontation, verstärken. Bei traumatisierten Patienten steht zu befürchten, dass beim nur teilweisen Antriggern des Furchtnetzwerks, beim unvollständigen und möglicherweise zu kurzen „Eintauchen“ in die traumatischen Lebensereignisse, ohne vollständiges Durcharbeiten und Habituation, die pathologische Angst und damit Vermeidung sogar noch zunehmen. Deshalb sollte bei Patienten, die an einer Traumafolgestörung leiden, die Lifeline nur als ordnender Überblick mit starker Kontextbetonung sowie emotionaler guter Distanzierung und Realitätsbezug durchgeführt werden. Die Lifeline möchte eine vertrauensvolle Öffnung des Patienten für seine Lebensereignisse und die biografische Arbeit erreichen, während die eigentliche Traumakonfrontation, das imaginative Wiedererleben der einzelnen „Steine“ jeweils separat in Expositionssitzungen, der anschließenden Traumatherapie vorbehalten bleibt. Um zu hohe Erregung, „flashbacks“ oder Dissoziation zu vermeiden, ist vom Therapeuten darauf zu achten, beim Sprechen über, beim Benennen und Legen der Symbole sachlich und Raum-Zeit-bezogen zu bleiben und darüber hinaus v. a. aber auch auf die „Außenansicht“ der Dinge hinzuweisen (allozentrische Position). Angaben zu Kontextinformationen und Kontrastierung des Geschehens „damals“ zum Geschehen im „Hier und Jetzt“ eignen sich gut, um in der Gegenwart orientiert zu bleiben. (Beispiel: „Als Sie diesen schweren Unfall auf der Schnellstraße hatten, waren Sie also 13 Jahre alt und lebten in Düsseldorf. Das ist jetzt schon 20 Jahre her. Heute können wir zusammen ein Symbol dafür finden. Sehen Sie eines, das passen könnte?“) Zu diesem Zeitpunkt der Therapie geht es, wie schon erklärt, nicht um ein detailliertes emotionales Eintauchen in die Geschichte. Vielmehr hilft es dem Patienten, mit Unterstützung durch den Therapeuten einen Überblick zu legen. Diese Gesamtschau wird in einer Sitzung geschaffen und ist damit abgeschlossen.

Es gibt keine wissenschaftliche Evidenz, dass das Legen der Lifeline über mehrere Sitzungen gezogen, sinnvoll und wirksam ist.

Für das Therapiemodul „Lifeline“ gibt es als alleinstehende Therapieintervention keine wissenschaftliche Evidenz. Bisherigen Forschungserkenntnissen zum Traumagedächtnis zufolge muss empfohlen werden, nach dem Legen der Lebenslinie, die die multiplen traumatischen und belastenden Lebensereignisse in einem ersten Schritt etwas zu strukturieren vermag, unbedingt eine vertiefte Aufarbeitung der einzelnen durchlebten traumatisierenden Situationen vorzunehmen, d. h. bei der Therapie der PTBS soll mithilfe der Konfrontation mit der Erinnerung an das auslösende Trauma das Ziel der Integration unter geschützten therapeutischen Bedingungen erreicht werden.

Nach den Leitlinien für die Behandlung der PTBS: AWMF Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.: National Institute for Clinical Excellence 2005; Flatten et al. 2011). Eine „Draufsicht“ nur von außen oder ein distanzierendes „Reden über“ kann dies nicht gewährleisten. Die Lifeline-Arbeit ist in eine umfassendere traumaaufdeckende Behandlung zu integrieren.

Lebenslinienarbeit in anderen Therapieverfahren

In diverse Behandlungsverfahren und begleitende Therapiemodule wird traditionell die Biografiearbeit einbezogen. Hervorzuheben ist die Lebensrückblickstherapie; hier werden Techniken der Visualisierung und Verbalisierung wie die Lebenslinie (aufgemalt als Diagramm mit Symbolen) benutzt. Die Lebenslinie hilft, sich bewusst zu werden, welche Ereignisse, Erfahrungen und Lebensabschnitte die individuelle Lebensentwicklung entscheidend beeinflusst und geprägt haben (Maercker u. Forstmeier 2013). Neben den Wirkprinzipien Bewältigung von Ereignissen, Bilanzierung und Sinnfindung kommen Lifeline-Techniken, die einen biografischen Rückblick erlauben, u. a. dem Kohärenz- und Kontinuitätsbedürfnis des Menschen entgegen.

Auch in der systemischen Familientherapie, der Gestaltpädagogik und dem

neurolinguistischen Programmieren (NLP) wird eine Metaperspektive auf einen zeitlichen Prozessverlauf angenommen, womit anhand der Metapher vom Fluss der Zeit biografisch gearbeitet wird (Lebenslinie, Lebensfluss, Lebenspanorama, Zeitlinie, „time-line“, Fluss des Lebens; Knobloch u. Knobloch 1979; Sarbin 1986; James u. Woodsmall 1988; James u. Woodsmall 2006; Nemetschek 2006) und dies schulenübergreifend auch in der Krisenintervention (Grabbe 2003). Zentrales Element ist die visuell-räumliche Vorstellung der Zeitachse mit Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, ein Konzept mit diversen alten Wurzeln (Weber 2008). Auch das „Seil“ als Bild für den Lebensstrom oder Lebensweg ist eine alte germanisch-griechische mythologische Metapher für Beziehungsgeschehen und den „Lebensfaden“.

In der „time-line therapy“ werden verschiedene Perspektiven entlang des Zeitkontinuums eingenommen und imaginiert; oftmals wird eine räumliche Visualisierung der biografischen Zeitlinie im Therapieraum installiert. Je nach Veränderungsziel geht die Person in die Vergangenheit und strebt u. a. die Veränderung von Erinnerungen, Ereignissen oder negativen Gefühlen an. So kann in Erinnerungen hinein- und wieder hinausgeschlüpft werden; ferner wird die eigene Zukunft imaginiert. Auch hier wird mit Lebenskapiteln gearbeitet. Erinnerungen sind beispielsweise als eine Art „Perlenschnur“ von früheren Erinnerungen bis zum Jetzt angeordnet, wobei sie jeweils nach Themen wie z. B. „glückliche Momente“ kategorisiert sind. Wenn eine Haupterinnerung verändert wird, ändern sich auch die anderen an die Gestalt angehängten Erinnerungen (James u. Woodsmall 2006), so die Auffassung. Wichtig kann es sein, Ressourcen auf der Lebenslinie wiederzuentdecken (gelungene Lernerfahrungen, überlebte Krisen u. a.).

Auch beim NLP wird für die Zeitlinienarbeit der Raum benutzt. Im Stehen schaut der Patient in Zukunft und Vergangenheit, kann Seile auslegen und mit Symbolen versehen. Es gibt ferner einen „sicheren Ort“ im Raum, um von außen auf die Zeitlinie blicken zu können (Schindler 1995). Die Arbeit beginnt am Gegenwartspunkt, an dem Therapeut und Pa-

tient stehen. Beim Lebensflussmodell als begehbare Landschaft wird in alter schamanistischer Tradition und deren Wiederaufgreifen in der Nachfolge Milton Ericksons (Grossmann 2000; Nemetschek 2006) das Leben mit der Metapher eines Flusses von der Quelle über einen Bach, Fluss in unterschiedlichen Fließgeschwindigkeiten bis in die Gegenwart und in die Zukunft hinein imaginiert. Wichtig sind hier Erfahrungen, die konstruktive Perspektiven und Lösungsrichtungen erlauben, hilfreiches „In-den-Prozess-Kommen“, „Zum-Fließen-Kommen“ anstatt bloßer (negativer) Gedanken. Die Familienmitglieder legen ihre Krisenkurve und Lebenslinien am Boden mit Seilen, die „ineinander fließen“, aus (Kennenlernen des Paares, Geburt eines Kindes etc.) und belegen diese mit diversen Symbolen. Wasser dient als Metapher, das die bewegten Lebenslandschaften (Innen- und Außenwelten) aller beteiligten Personen im System gestaltet.

In der Suchttherapie weiterhin wird die Lebenslinie genutzt, um etwa eine biografische Verlaufskurve hinsichtlich der Höhe des Alkoholkonsums zu zeichnen (Lindenmeyer 2005). Das Diagramm dient hier der Anamneseerhebung und Entwicklung eines individuellen Erklärungsmodells für den Suchtmittelkonsum; es zeigt Wendepunkte des Anstiegs oder der Abnahme, Abstinenzphasen und Rückfälle im Trinkverhalten über die Zeit sowie im Bezug zu den eigenen Lebensereignissen. Sinnvoll kann bei traumatisierten Patienten eine Zusammenschau der Konsumverlaufskurve mit der biografischen Lifeline sein.

Schließlich werden in der ressourcenorientierten Sozialarbeit derart kreative Medien der biografischen Arbeit für viele verschiedene Zielgruppen angeboten, z. B. für Kinder psychisch kranker Eltern, Adoptiv- und Pflegekinder, jugendliche Straftäter, benachteiligte Mädchen, Migrantinnen, alte und demenzkranke Menschen u. a. (Hölzle u. Jansen 2010) sowie in der Altenpflege (Remmers 2006).

So, wie etwa für die Lebensrückblickstherapie ein Wirksamkeitsnachweis der langfristigen Depressionsreduktion besteht (Knaevelsrud et al. 2013), wäre perspektivisch eine wissenschaftliche Untersuchung der genannten Methoden in kon-

trollierten Studien wünschenswert. Denn obgleich all diese Anwendungen auf sehr eingängige und intuitive Weise Biografiearbeit bei diversen Personengruppen erlauben, besteht für chronisch und mehrfach traumatisierte Patienten bei ihrer Anwendung jedoch die Gefahr der Überforderung, weil hier (neben den Ressourcen) gleichzeitig eine Konfrontation mit mehreren belastenden Lebensereignissen zu einer Zeit stattfindet. Die assoziativen Verbindungen im Furchtnetzwerk könnten bei fehlender Anbindung an den jeweils kalten Kontext Flashbacks triggern, Dissoziation auslösen und aufgrund der Neuroplastizität zu weiterer Verschmelzung der Traumata untereinander führen. Dies könnte deren Bearbeitung vermehrt erschweren und Angst sowie Vermeidung des Patienten in die Höhe treiben.

Bezüglich der Frage, ob und unter welchen Bedingungen die Arbeit mit Lebenslinien oder eine detaillierte Traumanarration in Therapiegruppen mit mehreren klinisch traumatisierten Patienten anzuwenden ist, gibt es einige Bedenken. Eine derart ungeschützte Offenlegung der eigenen Biografie und deren Inhalt kann sowohl für denjenigen eine schamvolle und angstbesetzte Überforderung sein, der die Lebenslinie legt, als auch entsprechende Intrusionen bei den zuhörenden Patienten triggern (Adler u. Rungta 2002). Das Legen der Lifeline ist hochindividuell, bedarf guter theoretischer Kenntnis der Beschaffenheit und Besonderheit des Traumagedächtnisses sowie enger Begleitung durch den Therapeuten, und bleibt damit nach bisherigen Erkenntnissen – innerhalb der Traumatherapie – dem Setting der Einzelsitzung vorbehalten.

Schlussfolgerungen

Menschen geben ihrem Leben Bedeutung durch Konstruktion und Identifikation mit ihrer eigenen Lebensgeschichte und wie sie sich darin verstehen. Oftmals haben wir die Wegmarken, prägenden Einflüsse und Grundannahmen über unser Leben, unsere Einstellungen und unsere Muster der Gestaltung sozialer Beziehungen, unseres Erlebens und Handelns nicht explizit verfügbar, obgleich sie täglich unser Leben und unsere Entscheidungen beeinflussen und maßgeblich unsere

psychische Verfasstheit und unsere Gefühle und Gedanken bestimmen. Die Lifeline ermöglicht auf einer Zeitleiste, nicht nur die Abfolge von biografischen Ereignissen abzubilden, sondern auch Motive, Gründe, Kausalität, Zusammenhänge, Begegnungen und Bedeutungen von Erinnerungen in eine komplexe, aber geordnete Beziehung zueinander zu stellen, die unsere Erfahrung zusammenhängend macht und Integration erlaubt. Zusammen mit der Narration der Lebensereignisse erlaubt die Lifeline eine Gesamtschau der Biografie und kann so zu einer tiefgreifenden Heilung führen (Schauer et al. 2011; Morath et al. 2014a; Morath et al. 2014b; Schauer et al. 2014).

Die Lifeline kann auch als Ritual dem Abschluss der Traumatherapie und der Verabschiedung daraus dienen. Sie würdigt die *Gestalt* des eigenen Lebens. So kann sich der „persönliche Mythos“, können sich die Leitmetaphern des Lebens herausbilden.

Fazit für die Praxis

Menschliche Realitätskonstruktionen haben eine Dimension der Vergeschichtlichung und der Verortung im Kontinuum von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Traumatisierte Menschen leiden unter der fehlenden Anbindung ihrer Furchtassoziationen an diesen Kontext in Raum und Zeit. Die Lifeline dient in der NET vor Beginn der eigentlichen Aufarbeitung der traumatischen Erlebnisse einem ersten biografisch strukturierten Überblick über emotional bedeutsame Lebensereignisse und der Annäherung an das Traumamaterial aus einer allozentrischen Perspektive. Im Vergleich zur egozentrischen Perspektive wird der Überlebende damit zum Betrachter des eigenen Lebensvollzugs⁶ und der Geschehnisse. Determiniert durch die chronologische Zeitabfolge entsteht beim Leben der Lifeline Kohärenz, nämlich die affektive Bedeutungsgestalt der eigenen Biografie. Vor allem für Überleben-

⁶ „Exzentrische Positionalität“: Fähigkeit des Menschen, in ein Verhältnis zu sich selbst und seinem Leben zu treten, durch Abstand zum eigenen erlebenden Zentrum, ohne sich zu ver-lassen.

de multipler, komplexer und sequenzieller Traumatisierung erlaubt die Lifeline innerhalb der NET einen ersten, gut begleiteten und überblickartigen Kontakt zum Traumamaterial und eine durch unmittelbare Kontextualisierung dosierte Überwindung der Vermeidung.

Korrespondenzadresse

Dr. Maggie Schauer

Kompetenzzentrum Psychotraumatologie, Klinische Psychologie, Universität Konstanz am Zentrum für Psychiatrie Reichenau (ZPR) Feuersteinstr. 55, Haus 22, 78479 Konstanz Maggie.Schauer@uni-konstanz.de

Danksagung. Wir danken Thomas Elbert und Elisabeth Kaiser für die hilfreichen Kommentare zu früheren Versionen dieses Manuskripts.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. Maggie Schauer und Martina Ruf-Leuschner geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Der Beitrag enthält keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

- Knobloch F, Knobloch J (1979) Integrated psychotherapy. Aronson, New York
- Sarbin TR (Hrsg) (1986) Narrative psychology: the storied nature of human conduct. Praeger, New York
- James T, Woodsmall W (1988) Time line therapy. Meta, Cupertino
- McAdams DP (1993) The stories we live by: personal myths and the making of the self. William Morrow, New York
- Schindler H (1995) Die Zeitlinie – eine Möglichkeit zur erlebnisintensiven systemischen Therapie mit EinzelklientInnen. *Systhema* 9:53–60
- Levi P (1997) *La tregua* (Vol. 425). Einaudi
- Grossmann KP (2000) Der Fluss des Erzählens. *Narrative Formen der Therapie*. Auer, Heidelberg
- Adler M, Rungta S (2002) Integrating new members into an ongoing therapy group: the life-line technique. *Group* 26:283–296
- Elbert T, Schauer M (2002) Psychological trauma: burns into memory. *Nature* 419:883
- Neuner F, Schauer M, Roth WT, Elbert T (2002) A narrative exposure treatment as intervention in a refugee camp: a case report. *Behav Cogn Psychother* 30:205–209
- Grabbe M (2003) Time-Line in der Krisenintervention. *PID-Psychother Dialog*. 4:376–379
- Schauer M, Neuner F, Karunakara U et al (2003) PTSD and the „building block“ effect of psychological trauma among West Nile Africans. *ESTSS Bulletin* (European Society for Traumatic Stress Studies) 10:5–6
- Neuner F, Schauer M, Karunakara U et al (2004a) Psychological trauma and evidence for enhanced vulnerability for PTSD through previous trauma in West Nile refugees. *BMC Psychiatry* 4:34

- Neuner F, Schauer M, Klaschik C et al (2004b) A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. *J Consult Clin Psychol* 72:579–587
- Schauer E, Neuner F, Elbert T et al (2004) Narrative exposure therapy in children – a case study in a Somali refugee. *Intervention* 2:18–32
- Lindenmeyer J (2005) *Alkoholabhängigkeit*. Verlag für Psychologie, Hogrefe, Göttingen
- National Institute for Clinical Excellence (2005) Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. NICE, London
- Onyut PL, Neuner F, Schauer E et al (2005) Narrative exposure therapy as a treatment for child war survivors with posttraumatic stress disorder: two case reports and a pilot study in an African refugee settlement. *BMC Psychiatry* 5:7
- Schauer M, Neuner F, Elbert T (2005) Narrative Exposure Therapy (NET). A short-term intervention for traumatic stress disorders after war, terror, or torture. Hogrefe & Huber, Cambridge
- James T, Woodsmall W (2006) *Time Line: NLP-Konzepte*, Bd 10. Junfermann, Paderborn
- McAdams DP, Josselson RE, Lieblich AE (2006) Identity and story: creating self in narrative. In: *American Psychological Association* (Hrsg) *The narrative study of lives*, Bd 4. Sage, Newbury Park
- Nemetschek P (2006) *Systemische Familientherapie mit Kindern, Jugendlichen und Eltern. Lebensfluss-Modelle und analoge Methoden*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Remmers H (2006) Zur Bedeutung biografischer Ansätze in der Pflegewissenschaft. *Z Gerontol Geriatr* 39:183–191
- Schauer M, Elbert T, Gotthardt S et al (2006) Wiedererfahrung durch Psychotherapie modifiziert Geist und Gehirn. *Verhaltenstherapie* 16:96–103
- Bichescu D, Neuner F, Schauer M, Elbert T (2007) Narrative exposure therapy for political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression. *Behav Res Ther* 45:2212–2220
- Neuner F, Elbert T (2007) The mental health disaster in conflict settings: can scientific research help? *BMC Public Health* 7:275
- Neuner F, Catani D, Ruf M et al (2008a) Narrative exposure therapy for the treatment of traumatized children and adolescents (KidNET): from neurocognitive theory to field intervention. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 17:641–664
- Neuner F, Onyut PL, Ertl V et al (2008b) Treatment of posttraumatic stress disorder by trained lay counselors in an African refugee settlement: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 76:686–694
- Weber R (2008) *Paare in Therapie. Erlebnisintensive Methoden und Übungen*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Catani C, Kohiladevy M, Ruf M et al (2009) Treating children traumatized by war and tsunamis: a comparison between exposure therapy and meditation relaxation in north-east Sri Lanka. *BMC Psychiatry* 9:22
- Schaal S, Elbert T, Neuner F (2009) Narrative exposure therapy versus interpersonal psychotherapy: a pilot randomized controlled trial with Rwandan genocide orphans. *Psychother Psychosom* 78:298–306
- Brewin CR, Gregory JD, Lipton M, Burgess N (2010) Intrusive images in psychological disorders: characteristics, neural mechanisms, and treatment implications. *Psychol Rev* 117:210

- Elbert T, Weierstall R, Schauer M (2010) Fascination violence – on mind and brain of man hunters. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 260:100–105
- Halvorsen JO, Stenmark H (2010) Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder in tortured refugees: a preliminary uncontrolled trial. *Scand J Psychol* 51:495–502
- Hölzle C, Jansen I (Hrsg) (2010) Ressourcenorientierte Biografiearbeit: Grundlagen-Zielgruppen-kreative Methoden. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
- Kolassa IT, Ertl V, Eckart C et al (2010) Spontaneous remission from PTSD depends on the number of traumatic event types experienced. *Psychol Trauma* 2:169
- Neuner F, Kurreck S, Ruf M et al (2010) Can asylum-seekers with posttraumatic stress disorder be successfully treated? A randomized controlled pilot study. *Cogn Behav Ther* 39:81–91
- Ruf M, Schauer M, Neuner F et al (2010) Narrative exposure therapy for 7- to 16-year-olds: a randomized controlled trial with traumatized refugee children. *J Trauma Stress* 23:437–445
- Schauer M, Elbert T (2010a) Dissociation following traumatic stress: etiology and treatment. *J Psychol* 218:109–127
- Schauer E, Elbert T (2010b) The psychological impact of child soldiering. In: Martz E (Hrsg) *Trauma rehabilitation after war and conflict*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 311–360
- Schauer M, Schauer E (2010) Trauma-focused public mental-health interventions: a paradigm shift in humanitarian assistance and aid work. In: Martz E (Hrsg) *Trauma rehabilitation after war and conflict*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 361–430
- Ertl V, Pfeiffer A, Schauer E et al (2011) Community-implemented trauma therapy for former child soldiers in Northern Uganda: a randomized controlled trial. *JAMA* 206:503–512
- Flatten G, Gast U, Hofmann A et al (2011) S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt* 3:202–210
- Hensel-Dittmann D, Schauer M, Ruf M et al (2011) The treatment of traumatized victims of war and torture: a randomized controlled comparison of narrative exposure therapy and stress inoculation training. *Psychother Psychosom* 80:345–352
- Neuner F, Schauer M, Elbert T (2011) Psychotherapy in war and crisis regions: narrative exposure therapy and beyond, ISTSS Traumatic stress points, Bd 25(1). ISTSS Stresspoints, S 8–9
- Schauer M, Neuner F, Elbert T (2011) *Narrative Exposure Therapy (NET)*. A short-term intervention for traumatic stress disorders, 2. Aufl. Hogrefe & Huber, Cambridge
- Dömen I, Ejiri M, Mori S (2012) Narrative exposure therapy for the treatment of complex PTSD: an examination of the effect and adaptation. *Jpn J Psychother* 13:67–74
- Ejiri M, Dömen I, Mori S (2012) A trial study for introducing narrative exposure therapy into psychiatric practice: an examination of the effect and adaptation. *Jpn J Psychother* 13:59–65
- Elbert T, Hermenau K, Hecker T et al (2012) FORNET: Behandlung von traumatisierten und nicht-traumatisierten Gewalttätern mittels Narrativer Expositionstherapie. In: Endrass J, Rossegger A, Urbaniok F, Borchard B (Hrsg) *Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern: Risk-Management, Methoden und Konzepte der forensischen Therapie*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S 255–276
- Hermenau K, Hecker T, Ruf M et al (2012) Childhood adversity, mental ill-health and aggressive behavior in an African orphanage: changes in response to trauma-focused therapy and the implementation of a new instructional system. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 5:29
- Hijazi AM (2012) Narrative exposure therapy to treat traumatic stress in middle eastern refugees: a clinical trial. Wayne State University dissertations. Paper 543
- Pabst A, Schauer M, Bernhardt K et al (2012a) Treatment of patients with borderline personality disorder (BPD) and comorbid posttraumatic stress disorder (PTSD) using narrative exposure therapy (NET): a feasibility study. *Psychother Psychosom* 81:61–63
- Pabst A, Aldenhoff J, Schauer M et al (2012b) Borderline-Störungen mit komorbider posttraumatischer Belastungsstörung. Anwendung der narrativen Expositionstherapie (NET). *Nervenheilkunde* 645–652
- Ruf M, Schauer M (2012) Facing childhood trauma: narrative exposure therapy within a cascade model of care. In: Murray J (Hrsg) *Exposure therapy: new developments*. Nova Science, New York, S 229–261
- Ruf M, Schauer M, Neuner F et al (2012) KIDNET – Narrative Expositionstherapie für Kinder. In: Landolt M, Hensel T (Hrsg) *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Hogrefe, Göttingen
- Hermenau K, Hecker T, Schaal S et al (2013) Addressing posttraumatic stress and aggression by means of narrative exposure: a randomized controlled trial with ex-combatants in the Eastern DRC. *J Aggress Maltreat Trauma* 22:8, 916–934
- Knaevelsrud C, Kuwert P, Böttche M (2013) Lebensrückblickstherapie bei Traumafolgestörungen. In: A. Maercker, S. Forstmeier (Hrsg) *Der Lebensrückblick in Therapie und Beratung*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 121–137
- Maercker A, Forstmeier S (2013) *Der Lebensrückblick in Therapie und Beratung*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
- Neuner F, Schauer M, Elbert T (2013) Narrative exposition. In: Maercker A (Hrsg) *Posttraumatische Belastungsstörungen*, 4. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 301–350
- Stenmark H, Catani C, Neuner F et al (2013) Treating PTSD in refugees and asylum seekers within the general health care system. A randomized controlled multicenter study. *Behav Res Ther* 51:641–647
- Zang Y, Hunt N, Cox T (2013) A randomized controlled pilot study: the effectiveness of narrative exposure therapy with adult survivors of the Sichuan earthquake. *BMC Psychiatry* 13:41
- Isele D, Teicher MH, Ruf-Leuschner M et al (2014) KERF (Belastende Kindheitserfahrungen) – ein Instrument zur umfassenden Ermittlung belastender Kindheitserfahrungen Erstellung und psychometrische Beurteilung der deutschsprachigen MACE (Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure) Scale. *Z Klin Psychol Psychother* (im Druck)
- Morath J, Moreno-Villanueva M, Hamuni G et al (2014a) Effects of psychotherapy on DNA strand break accumulation originating from traumatic stress. *Psychother Psychosom* (im Druck)
- Morath J, Gola H, Sommershof A et al (2014b) The effect of trauma-focused therapy on the altered T cell distribution in individuals with PTSD. Evidence from a randomized controlled trial. *J Psychiatr Res* (im Druck)
- Schauer M, Ruf-Leuschner M, Landolt M (2014) *Dem Leben Gestalt geben: Die Lifeline in der Traumatherapie von Kindern und Jugendlichen*. In: Priebke K, Dyer A (Hrsg) *Metaphern und Symbole in der Traumatherapie* (im Druck)



Komentieren Sie diesen Beitrag auf springermedizin.de

Geben Sie hierzu den Beitragstitel in die Suche ein und nutzen Sie anschließend die Kommentarfunktion am Beitragsende.