

sexuellen Missbrauch) etwas besser fühlte. Erneut wurde die Erinnerung an den sexuellen Missbrauch (80 Minuten) bearbeitet. Der SUD sank auf zwei und die Erinnerung wurde wieder imaginativ in einen Container abgelegt.

Nach einer Mittagspause wurde der schlimmste Moment des sexuellen Missbrauchs, an den sie sich – abgesehen vom ersten Mal – erinnern konnte, bearbeitet. Diese Erinnerung hatte zu Beginn einen SUD-Wert von fünf, der auf den Wert zwei sank. Als nächstes bat ich sie, die gesamte Missbrauchssequenz von Anfang bis Ende während des Zählens ablaufen zu lassen. Dieses Vorgehen fördert einen Generalisierungsprozess, sodass nicht jedes einzelne Element des ursprünglichen Geschehens prozessiert werden muss (Shapiro, 2001). Nach nur wenigen Durchgängen sank der SUD-Wert auf eins. Abschließend wurde die Szene mit dem Mann auf der Straße, der sie angeschrien hatte, bearbeitet. Die Angst bei dieser Erinnerung ließ sich schnell auflösen (SUD-Wert 0).

Gefragt nach ihrer Einschätzung, äußerte Nicole, dass es ihr gefallen habe, dass sie keine Einzelheiten des Missbrauchs erzählen musste. Ansonsten sei es ein wenig langweilig, aber gut gewesen.

Bei einer telefonischen Nachbefragung nach sieben Wochen sagte Nicole, dass sie sich in Bezug auf die Erinnerungen sehr viel besser fühle und nicht mehr daran denken müsse. Sie sagte: »Die Behandlung hat mir tatsächlich geholfen. Ich habe keine große Angst mehr davor, dass Einbrecher nachts in unser Haus kommen könnten.« Bei der telefonischen Nachbefragung nach 12 Wochen bestätigte sie diese Feststellungen und fügte hinzu: »Ich kann jetzt besser in meinem Bett schlafen.«

11.3 Kohärenztherapie

Robin Ticic & Gail Noppe-Brandon

Die Kohärenztherapie (Ecker, Ticic & Hulley, 2016), ein in Deutschland bisher weitgehend unbekanntes Verfahren, das sich ebenso wie EMDR zunächst unabhängig von der Forschung zur Gedächtnisrekonsolidierung entwickelt hat, sieht dieses neurobiologische Paradigma als zentralen Wirkmechanismus ihrer Methode an. Die konkreten therapeutischen Schritte entsprechen eins zu eins den in der neurowissenschaftlichen Forschung identifizierten Wirkfaktoren. Es handelt sich bei der Kohärenztherapie um ein dyadisches Verfahren. Dieser Ansatz wurde in den 1980er-Jahren zunächst unter dem Namen *Depth Oriented Brief Therapy* (DOBT) von Ecker und Hulley (1996) entwickelt und wird heute als Kohärenztherapie (Ecker, Ticic & Hulley, 2016) bezeichnet.

Das Kernkonzept dieses Ansatzes basiert auf der Annahme, dass die große Mehrzahl der vorhandenen Symptome auf Prozesse des impliziten emotionalen

Lernens (*implicit emotional learning*) zurückzuführen ist. Damit sind die weitgehend unbewussten kognitiv-emotionalen Schemata gemeint, die während bestimmter (belastender) Erlebnisse geformt wurden und die als Blaupause (Erwartungsvorlage und Handlungsbereitschaft) in ähnlichen Situationen aktiviert werden (»Ich bekomme Aufmerksamkeit nur, wenn ich laut bin.«).

Ecker, Ticio & Hulley (2016) betonen in besonderer Weise die *kohärente Natur* des implizit emotional Gelernten. Mit *Kohärenz* ist gemeint, dass das Gelernte als *kohärentes und adaptives psychisches Geschehen* zu verstehen ist, auch wenn es ungewollte Symptomatik und Muster erzeugt. Das emotionale Lernsystem funktioniert so, wie es sich im Laufe der Evolution entwickelt hat, indem der Mensch emotional notwendige, selbstschützende Schemata entwickelt, um Leid zu vermeiden. Ähnlich wie Fischer & Riedesser (1998) ist es den Autoren wichtig, den konstruktiven und adaptiven Aspekt des stressor-kompensatorischen Schemas als alternativlose Überlebensreaktion zu sehen und dem Klienten gegenüber zu würdigen. Diese ist eine nicht pathologisierende Sichtweise der Symptomproduktion.

»Wenn sich jedoch herausstellt, dass die Symptome auf einer tieferen Ebene vollkommen kohärent sind und im Kontext der Lebenserfahrung eines Menschen einen positiven, adaptiven und wichtigen Zweck erfüllen, scheint es für pathologisierende Konzeptualisierungen keine Grundlage zu geben.« (Ecker, Ticio & Hulley, 2016, S. 27).

Die Kohärenztherapie beinhaltet klar definierte Schritte, wie der therapeutische Rekonsolidierungsprozess zu durchlaufen ist – wobei der Therapeut frei entscheiden kann, wie die notwendigen Erfahrungsschritte gestaltet und eingeleitet werden. In der Arbeit mit Kindern eignen sich natürlich andere Techniken und Interventionen als in der Arbeit mit Erwachsenen.

Erste Phase (Zugriffssequenz)

In der ersten Phase, die Zugriffssequenz genannt wird, wird zunächst das symptomatische Geschehen genau bestimmt. Zum Beispiel: Ein siebenjähriger Junge schreit und tobt immer dann, wenn seine Mutter mit den jüngeren Geschwisterkindern beschäftigt ist.

Im zweiten Schritt dieser Phase wird das dahinterliegende sogenannte symptomverlangende Schema identifiziert, d. h. das implizit Gelernte bzw. die emotionale Wahrheit, die zur Symptomatik führt, beispielsweise: »Ich muss ganz laut sein, damit Mama sich um mich kümmert.« Dieser Entdeckungsprozess ist erfahrungsbezogen, d. h., der Klient befindet sich während der Arbeit in der emotionalen Realität seines symptom erzeugenden emotionalen Schemas.

Dieses Gelernte wird dann in Form von explizitem, verbalisiertem Wissen ins Bewusstsein des Klienten integriert und verankert. Der Therapeut sagt z. B. – ohne zu bewerten – »Ach, ich sehe, was du meinst ... also immer wenn die Mama sich um die Kleinen kümmern muss, hast du das Gefühl, du hast nur eine einzige Möglichkeit, um überhaupt von ihr Aufmerksamkeit zu bekommen ... Dann sagt etwas in dir: Ich muss unbedingt schreien und toben, sonst bemerkt sie mich ja gar nicht! Habe ich das richtig verstanden?«

In einem dritten Schritt dieser Phase wird widerlegendes Wissen (i. S. einer Diskrepanzerfahrung) identifiziert: Es werden Situationen gesucht und entdeckt, in denen der Junge Aufmerksamkeit und Zuwendung bekommen hat, ohne brüllen zu müssen.

Zweite Phase (Transformationssequenz)

In der zweiten Phase, Transformationssequenz genannt, wird sowohl das symptomverlangende Schema (»Ich muss ganz laut sein, damit Mama sich um mich kümmert.«) als auch ein widerlegendes Wissen (»Am Sonntag gab mir Mama das letzte Stück Torte, ohne dass ich laut war oder überhaupt darum bitten musste! Dann hat sie mir einen Kuss gegeben.«) aktiviert. Diese Koppelung dient als Gegenüberstellungserfahrung, die das symptomverlangende Schema mittels Gedächtnisrekonsolidierung transformieren kann.

Die Gegenüberstellung fühlt sich ganz natürlich an. Der Therapeut sagt nachdenklich und interessiert: »Ja, du hast in dem Moment das Gefühl, du musst ganz laut werden, sonst kümmert sich die Mama gar nicht um dich ... Und jetzt erinnerst du dich an eine ganz andere Erfahrung, die du am Sonntag gemacht hast. Mama gab dir das letzte Stück Torte – ohne dass du laut warst. Dann hat sie dich geküsst ... Wie fühlt es sich an, jetzt gerade, wenn du dir beide Seiten anschaust und beide Seiten fühlst?«

Es ist notwendig, dass der Therapeut zu beiden Seiten der Gegenüberstellung eine neutrale Haltung einnimmt. Nur so kann das emotionale Gehirn des Klienten frei darüber entscheiden, welches Gelernte das adaptivere ist. Wenn der Therapeut die eine oder andere Seite der Gegenüberstellung favorisiert, findet eher ein Prozess der gegenwirkenden Veränderung (extinction) – in Gegensatz zur Rekonsolidierung – statt und das symptomverlangende Schema bleibt bestehen.

Die anschließende Verifizierungsphase überprüft den vorangegangenen Prozess auf seinen Outcome (emotionale Nicht-Reaktivität; Symptomauflösung, müheloses Aufrechterhalten der Symptommfreiheit).

Obwohl in der Arbeit mit erwachsenen Klienten entwickelt, lässt sich das Vorgehen gut auf Kinder und Jugendliche übertragen, wie das folgende Beispiel veranschaulicht.

Germane, 16 Jahre (Therapeutin: Gail Noppe-Brandon)

Symptomidentifizierung

Als Germane zu mir in die städtische Klinik kam, wo er ursprünglich als Erstklässler auf ADHD diagnostiziert und medikamentös eingestellt worden war, war er mittlerweile 16 Jahre alt. Seine Mutter bestand wegen andauernder Verhaltensprobleme in der Schule, die seine Versetzung gefährdeten, wieder auf wöchentlicher Therapie. Das Hauptproblem für den Klienten war aber die fortgeführte Medikation. Nach einer gefühlten »Ewigkeit« unter Ritalin wollte er »sich wie sich selbst fühlen«. Seine Mutter und der behandelnde Psychiater waren der Überzeugung, dass sich ohne Medikamente seine Verhaltensprobleme verstärken würden. Germane war allerdings der Meinung, dass die Medika-

mente keinen Unterschied machten, da er sowieso ständig und permanent Schulprobleme hätte. Es wurde beschlossen, einen einjährigen Versuch mit einer Kohärenztherapie ohne Medikation durchzuführen.

Identifizierung des symptomverlangenden Schemas

Mein erster Eindruck von Germane war, dass er bemerkenswert gut mit mir in Kontakt treten konnte. Er konnte gut und genau zuhören und ging auf meine Rückmeldungen ein. Er konnte eine Stunde lang auf seinem Stuhl stillsitzen und unserem Dialog – sowohl verbal als auch nonverbal – genau folgen. Warum, fragte ich mich laut, war er nicht in der Lage, dies in der Schule zu tun?

Unter Anwendung der Technik des *Symptomentzugs* (symptom deprivation technique) fragte ich Germane, wie es wäre, wenn er genauso konzentriert im Klassenzimmer sitzen würde (wie er es jetzt bei mir getan hatte). Die spontane Antwort war: »Es wäre total anders. Niemand würde mit mir sprechen oder mir zuhören«. Trotz der Anwesenheit von 25 Klassenkameraden und einem Lehrer stellte sich Germane vor, dass er furchtbar alleine wäre. Ich fragte ihn, wie es wäre, wenn er die anderen bei sich fühlen könnte, und er sagte »Menschen beachten mich nur, wenn ich mich schlecht benehme«. Hier schien das Schema entstanden zu sein, mit auffälligem Verhalten Aufmerksamkeit zu erreichen, um sein Bedürfnis nach Kontakt zu stillen. Ich fragte ihn, ob das zuhause auch so gewesen sei, und so erfuhr ich während der nächsten Monate, dass Germanes Vater »weggegangen war« (Gefängnis), als er drei Jahre alt war, und seine Mutter ganztags arbeitete und zur Abendschule ging und ihren Sohn bei einer überforderten Großmutter ließ, die ihn nur beachtete, wenn er sich auffällig benahm.

In einem weiteren Durchgang mit der Technik des Symptomentzugs bat ich ihn, sich vorzustellen, in der Schule zu sein, ohne Ärger zu machen. Germane behauptete, dass er »wie unsichtbar sein würde« und dafür niemals stillsitzen würde.

Nach weiterer Erforschung seiner bisher unausgedrückten Wut auf den plötzlichen und traumatischen Verlust der elterlichen Aufmerksamkeit (symptomgenerierende Erlebnisse) begann Germane ein Mitgefühl für den »bösen Jungen« zu entwickeln, der seine unerfüllten Bedürfnisse in die Schule mitnahm und dafür für die nächsten zehn Jahre gezeichnet und medizinisch behandelt wurde. Ich bestätigte, dass »wie unsichtbar sein« das größere Leiden und dass negative Aufmerksamkeit (und Nachsitzen) das kleinere sei.

In der Kohärenztherapie werden die Erkenntnisse dieser Explorationsphase auf einer Karteikarte (emotional truth card) zusammengefasst und dem Klienten zum weiteren Vertrautwerden mit seiner *emotionalen Wahrheit* und dem sich daraus generierenden *symptomverlangenden Schema* mit nach Hause gegeben. In Germanes Fall sah dieser Zusammenhang wie folgt aus:

So sehr ich auch aufhören will, Probleme in der Schule zu haben, Ärger zu machen ist besser als unsichtbar zu sein.
Deshalb werde ich weiterhin Aufmerksamkeit suchen auf dem einzigen Weg, auf dem ich sie immer bekommen habe.

Entwicklung einer Mismatch-Erfahrung (Juxtaposition)

Die Entpathologisierung seiner Symptome war für Germane sehr entlastend, verbunden damit, dass ich ihn ständig daran erinnerte, dass er eine großartige Fähigkeit hatte, während unserer anspruchsvollen Dialoge fokussiert zu bleiben. Die Erfahrung in der Therapie (»Ich bin interessiert und kann über längere Zeit fokussiert sein, ohne stören zu müssen.«) stand in fundamentalem Gegensatz zu seinem Selbstbild (»Nur über Stören bekomme ich Aufmerksamkeit.«) und markierte so eine gefühlte Mismatch-Erfahrung.

Eines Tages erzählte er, dass er wirklich im Unterricht zugehört hatte und sich mehr engagierte. Eine sehr schöne Gegenüberstellungserfahrung fand statt, als sein Lehrer, der am strengsten zu ihm war, vor der Klasse bemerkte, dass Germane toll zugehört hatte. Er war nicht »unsichtbar«, er wurde gesehen und beachtet. Er war den Tränen nah, als er mir das erzählte, und wir erkannten beide, dass er sich zum Guten verändert hatte.

Widerstand gegen Veränderung

Diese Erkenntnis, die ihm zunächst sehr zwiespältig erschien, verursachte monatelanges Schwanken zwischen Ärger machen und keinen Ärger machen, indem er sich durch eine tiefe Trauer arbeitete über das, wovon der kleine Junge nie genügend bekommen hatte und welchen Preis ihn seine »Überlebensstrategie« gekostet hatte: Sitzenbleiben, Sommerschule, ein schlechter Ruf und niedriges Selbstwertgefühl. Er war so wütend, er sprach für ein paar Monate kein Wort in der Schule, beharrte darauf, dass alle ja immer wollten, dass er still sei, jetzt müssten sie ihn anbetteln, damit er spreche.

Verifizierung

In den nächsten paar Monaten nahmen Germanes Verhaltensprobleme ab, er begann wieder zu sprechen und seine Noten verbesserten sich. Die Therapeutin unterstützte ihn darin, eine Bewerbung für die Universität zu schreiben, die er wider Erwarten pünktlich fertig bekam. Dies belegt nicht nur die Veränderung seiner Haltung sich selbst gegenüber, sondern zeigt auch seine Fähigkeit, sich auf die Schule fokussieren zu können. Er überwand seine Trennungsängstlichkeit und schaffte den medikamentenfreien Übergang auf die Hochschule.

11.4 Ressourcenorientierte narrative Traumatherapie (ResonaT)

Regina Hiller & Thomas Hensel

Die ResonaT-Methode wurde von Regina Hiller (Hiller, 2012) entwickelt und in einer Studie mit Kindern mit komplexen Traumafolgestörungen klinisch erprobt.