

Traumatherapie in Krisenregionen und Katastrophengebieten – Eine kritische Auseinandersetzung mit standardisierten Interventionsverfahren am Beispiel der Narrativen Expositionstherapie

Trauma Therapy in Crisis and Disaster Areas – A Critical Review of Standardized Interventions such as Narrative Exposure Therapy

Autoren: Adrian Mundt¹, Petra Wünsche², Andreas Heinz¹, Christian Pross³

Institute: ¹ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin Berlin CCM
² Gestalttherapeutin, Traumatherapeutin in freier Praxis, als Consultant u. a. tätig für Medica Mondiale und Ärzte ohne Grenzen – Médecins Sans Frontières
³ Zentrum Überleben, Behandlungszentrum für Folteropfer

Schlüsselwörter: Traumatherapie ; posttraumatische Belastungsstörung ; Komplextrauma ; Kultursensitivität ; humanitäre Einsätze bei Katastrophen ; narrative Expositionstherapie

Keywords: trauma therapy ; PTSD ; complex PTSD ; cultural sensitivity ; humanitarian interventions in disasters ; narrative exposure therapy

Erscheint in: Psychiatrische Praxis, Aug. 2011 – 38 (6)

Zusammenfassung

Die von Neuner et al. an von Kriegen und Naturkatastrophen betroffenen Populationen erprobte Narrative Expositionstherapie (NET) wird den Forschungsergebnissen anderer Autoren und von diesen entwickelten Interventionsmethoden gegenübergestellt. Aus diesem Vergleich ergeben sich Bedenken bezüglich der Kultursensitivität der von Neuner eingesetzten diagnostischen Messinstrumente, des einseitigen Fokus auf PTSD, der den komplexen Traumafolgestörungen und umfassenden psychosozialen Problemen der Betroffenen nicht ausreichend Rechnung trägt. Die aktuell verfügbaren Daten zeigen derzeit noch keinen überzeugenden Beleg für die Wirksamkeit der NET oder dass sie anderen Interventionsmethoden überlegen ist.

Einleitung

In den letzten 2 Jahrzehnten ist bei Kriegen und Katastrophen ein neues Phänomen zu beobachten: neben den Rettungskräften der großen Hilfsorganisationen engagiert sich eine wachsende Anzahl von Traumaexperten. Diese Interventionen werden von den Betroffenen und örtlichen Helfern sehr unterschiedlich aufgenommen und können mitunter Verunsicherung auslösen [1]. Nach der Tsunami-Katastrophe in Südasien im Dezember 2004 beschwerten sich örtliche Psychiatriebauftragte in Sri Lanka über den unzureichend koordinierten Zustrom internationaler Hilfsagenturen [2, 3]. Ein Interventions- und Hilfsprogramm wurde von einer Konstanzer Gruppe um Neuner, Schauer und Elbert entwickelt, die sog. Narrative Expositionstherapie (NET), ein Verfahren, das mehrfach an Populationen, die in Entwicklungsländern von einer Katastrophe betroffen waren, erprobt wurde. Es ist das Verdienst der Konstanzer Gruppe, als Erste in Deutschland in einer wissenschaftlichen Studie die Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung unter Asyl suchenden Flüchtlingen untersucht zu haben [4]. Als ebenso verdienstvoll ist es anzusehen, dass sie daran arbeitet,

neue Interventionsansätze in Krisenregionen zu entwickeln und wissenschaftlich zu evaluieren, da die meisten bisherigen Ansätze auf klinischer Felderfahrung aufbauen und zu wenig erforscht sind. Im Jahr 2000 beschreiben Frank Neuner et al. in einer Publikation, wie sie die „Testimony- Therapie“ bei einem Flüchtling aus dem Kosovo angewandt haben [5]. Die Testimony-Therapie wurde von chilenischen Ärzten und Psychologen während der Pinochet-Diktatur entwickelt. Sie ist eine Mischung aus Therapie und politischer Kampagne und hatte zum Ziel, Folter und Menschenrechtsverletzungen in Chile öffentlich zu dokumentieren, anzuprangern und damit gleichzeitig die Betroffenen zu entlasten [6]. Eine Erprobung der NET an Überlebenden des Bürgerkriegs im Sudan in einem Flüchtlingslager in Uganda fand ihren Niederschlag 2003 in Frank Neuners Dissertation [7]. Hier firmiert sie erstmals unter dem neuen Namen „Narrative Expositionstherapie“ (NET), und der Autor erwähnt, dass sie aus der Testimony-Therapie hervorgegangen sei. Mittlerweile wird die Methode von der Konstanzer Gruppe in zahlreichen von Kriegen und Naturkatastrophen betroffenen Regionen angewendet [8]. Am Beispiel einer systematischen Intervention wie der NET will die folgende Übersichtsarbeit diskutieren, welche örtlichen Gegebenheiten und Bedürfnisse der Betroffenen eine solche Intervention berücksichtigen sollte und welche spezifischen Probleme sich ergeben können. Dabei bleiben einige Fragen offen bezüglich der kulturellen Angemessenheit, inwieweit posttraumatische Zustände durch westliche Instrumente erkannt und diagnostiziert werden können und ob diese Instrumente modifiziert werden müssen. Weiterhin bleibt die Frage, wie die Erklärungsmodelle der überwiegend individualbiologischen, medizinischen Konstrukte aus westlichen Ländern mit ggf. kollektivistisch- spirituellen Erklärungen in lokalen Kulturen divergieren, zu welchem Grad westliche psychische Erklärungsmodelle in Entwicklungsländern Einzug gehalten haben. Offen ist, ob trotz der ausgesprochenen Fremdheit der konfrontativen Interventionsmethode aus Perspektive der lokalen Kulturen diese als akzeptabel und hilfreich erlebt werden. Wenn sie als hilfreich erlebt wird, ist die Frage, inwieweit Akzeptanz und Besserung spezifisch an psychische Traumafolgephänomene geknüpft sind oder ob es sich um eine allgemeine sozioökonomische Heilserwartung gegenüber „helfenden Weißen“ handelt.

Kultursensitive Traumadiagnostik und Therapie?

In der englischsprachigen Publikation der Ergebnisse von Neuners Dissertation [9] stellen die Autoren fest, dass die Lebensbedingungen von Flüchtlingen die bisher für westliche PTSD-Populationen entwickelten therapeutischen Ansätze fraglich erscheinen lassen. Ebenso sei fraglich, ob psychologische Hilfe erfolgreich sein könne, solange Grundbedürfnisse wie Nahrung und Sicherheit nicht gestillt seien. Sie präsentieren die NET als eine Methode, nach welcher der Patient dazu angehalten wird, wiederholt über das schlimmste traumatischste Ereignis im Detail zu sprechen, wobei alle mit dem Ereignis verbundenen Gefühle wieder erlebt werden. In einer randomisierten Kontrollstudie vergleichen sie 3 Gruppen von Überlebenden des Bürgerkriegs im Sudan in einem Flüchtlingslager in Norduganda (n=43), die an PTSD leiden. Eine Gruppe (n=17) wurde mit NET behandelt, eine (n=14) mit stützender Beratung und eine (n=12) mit Psychoedukation. Die Behandlung in allen 3 Gruppen erstreckte sich über 4 Sitzungen von je 90 Minuten. Es gab nur 2 Abbrecher in der Gruppe mit stützender Beratung und keine in der NET-Gruppe. Für die hohe Akzeptanz der NET-Gruppe könnte nach Meinung der Autoren die Neugier auf die Möglichkeit, mit weißen Forschern zu sprechen und die Erwartung, eine schriftliche Biografie in Englisch zu erhalten, eine Rolle gespielt haben. Die PTSD-Scores zeigten eine Verschlimmerung der PTSD-Symptome in allen Gruppen zwischen dem ersten Post-Test und der Nachuntersuchung nach 4 Monaten. Das spiegelt möglicherweise – so die Autoren – eine zunehmende Beschäftigung mit der traumatischen Vergangenheit wider, da in dieser Periode Nahrungsrationen drastisch gekürzt und die Flüchtlinge unter Druck gesetzt wurden, das Lager zu verlassen. Erst in einer Nachuntersuchung nach einem Jahr zeigte die

NET-Gruppe einen signifikanten Rückgang der PTSD-Symptome im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen. Dass die Symptombesserung in der NET-Gruppe vornehmlich durch die 4 Sitzungen Narrativer Expositionstherapie ein Jahr zuvor erreicht worden ist, bleibt spekulativ. Die niedrigeren PTSD-Scores könnten ebenso durch die besseren Lebensbedingungen (bessere Ernährung, mehr Sicherheit) im Gebiet, in das diese Gruppe weitergewandert war, verursacht worden sein. Dass die NET die Flüchtlinge dazu gebracht habe, in die bessere Gegend weiterzuwandern, ist eine andere mögliche Interpretation, die aber nicht durch Daten belegt ist. Auf dieser ersten Erprobung an einer von Krieg und Völkermord betroffenen Flüchtlingspopulation in einem Entwicklungsland bauen die weiteren Publikationen der Konstanzer Gruppe auf. Exemplarisch sei hier die auf PTSD fokussierte Studie über 264 Kinder 3–4 Wochen nach dem Tsunami in Sri Lanka zitiert [10]. Die Schwere der traumatischen Erlebnisse wurde u.a. an der Zahl der zu Tode gekommenen Familienangehörigen (Vater, Mutter, 1, 2, 3 oder mehr Geschwister) gemessen. Die Autoren stellen allerdings einschränkend fest, dass laut DSM-Kriterien so früh nach einem traumatischen Ereignis noch gar kein PTSD diagnostiziert werden kann. Deshalb sprechen sie von einer „vorläufigen“ PTSD-Diagnose, die ein Prädiktor für ein chronisches PTSD sein könne [11]. Eine ähnliche Studie von Catani, Schauer, Elbert, Neuner et al. ist kürzlich über Kinder in Kabul/ Afghanistan erschienen [12]. Diese Studie war geplant als epidemiologische Untersuchung zu den Auswirkungen belastender Lebensumstände (Krieg, Gewalt in der Familie, Kinderarbeit und Armut) auf die PTSD-Symptomatik. Die Autoren versuchten deshalb, ein breiteres Spektrum belastender Lebenslagen in die Untersuchung einzubeziehen als nur das Ausmaß traumatischen Stresses bezogen auf ein isoliertes Ereignis (Kriegshandlungen). Es wurde auch die Prävalenz anderer psychiatrischer Störungsbilder getestet (mit Teilen des MINI kid), jedoch bleibt der Fokus auf PTSD-Symptomen. Es ließ sich nur bei der Gruppe der Mädchen ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der belastenden Lebensumstände und der PTSD-Symptomatik zeigen. Positiv anzumerken ist die soziale Sensitivität der Studie, indem z. B. Kinderarbeit als mögliche psychosoziale Belastung später in die Untersuchung einbezogen wurde, als sich zeigte, dass dies für viele Betroffene ein Thema ist. Eine Forschergruppe um Gaithri Fernando, eine aus Sri Lanka stammende Psychologin an der California State University in Los Angeles, hat 1,5 Jahre nach der Tsunami-Katastrophe die Wirkung nicht nur von Katastrophen bezogenen, sondern auch von anderen täglichen Stressoren auf die psychische Gesundheit und die psychosozialen Funktionen von 427 Jugendlichen in Sri-Lanka in einer qualitativen/quantitativen Studie untersucht [13]. Fernando et al. arbeiten nicht allein auf PTSD zentrierten, sondern in Zusammenarbeit mit örtlichen Fachkräften entwickelten Erhebungsmethoden, welche spezifisch auf die „kollektivistische“ Kultur, die Historie und die sozialpolitische Lage Sri Lankas zugeschnitten sind wie z.B. den War- and Tsunami-Related Stressor Scale, den Children’s Daily Stressor Scale sowie den Sri Lankan Index of Psychosocial Status, um nur einige zu nennen. Sie fanden heraus, dass Tsunami und Bürgerkrieg weder die einzigen noch die primären Quellen von traumatischem Stress bei Kindern bildeten, sondern dass tägliche Stressoren wie Armut, das Miterleben von Elternkonflikten, Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch eine ebenso bedeutende wenn nicht gewichtigere Rolle spielen. Sie bezweifeln, dass PTSD die relevanteste Ausdrucksform von posttraumatischem Stress bei Jugendlichen in Sri Lanka ist. Sie fordern holistische und umweltbezogene Interventionen wie die Entwicklung von Präventionsprogrammen gegen Kindesmisshandlung, die Befriedigung grundlegender materieller Bedürfnisse, den Zugang zu Wasser, sicherer Unterkunft und Schulbildung. Sie fanden z. B. heraus, dass für Kinder in Flüchtlingslagern in der Nähe von Sumpfbereichen eine der größten Stress- und Angstquellen die Präsenz von Giftschlangen war, welche die Menschen daran hinderten, nachts Wasser zu holen oder zur Toilette zu gehen. Solche Art von unmittelbarer Bedrohung lastete nach Angaben der Autoren schwerer auf den Kindern als die Erinnerungen an den Tsunami vor 18 Monaten. Die Studien von Neuner et al. und anderer westlicher Forscher gehen – so die Kritik von

Fernando et al. – von den unzureichend belegten Prämissen aus, dass (1) PTSD ein valides diagnostisches Konstrukt für Kinder sei ohne ausreichende Berücksichtigung des kulturellen Kontextes; (2) PTSD eher als andere Ausdrucksformen von Distress den sensibelsten Indikator der psychischen Gesundheit von Kindern in Situationen von Krieg und Katastrophen darstelle; und (3) der Distress von Kindern in Not primär mit Gewalt- und Verlusterlebnissen durch Kriege und Katastrophen zusammenhänge [13, 14]. Das American Refugee Committee stellte bei den Überlebenden des Tsunamis einen überraschend hohen Grad von Akzeptanz des Ereignisses fest. Die Menschen nähmen die erlittenen Verluste aufgrund ihrer starken religiösen Bindungen als gottgegebene Schicksalsschläge hin und sie zeigten eine niedrige Inzidenz von posttraumatischen Symptomen [15]. Im Sommer 2009 war es einem der Autoren¹ möglich, mit Kollegen der Konstanzer Gruppe ihre Projekte vor Ort zu besprechen. Die Forschergruppe führte eine standardisierte Interventionsstudie von 10 Sitzungen NET mit Wahrheitserziehung („truth education“) an traumatisierten Kriegsrückkehrern und ehemaligen Kindersoldaten in der Stadt Gulu im Norden von Uganda durch [16]. Die ehemaligen Kindersoldaten wurden meist in einem Alter von unter 13 Jahren von der Lord Resistance Army entführt [17]. Viele wurden gezwungen, ihre Eltern umzubringen oder der Ermordung der Eltern beizuwohnen, um sie psychisch zu brechen und ihre sozialen Bindungen zu kappen [18]. Die entführten Mädchen wurden oft Soldaten in Zwangsehen zugeordnet und Opfer sexueller Gewalt [19]. Bei den jugendlichen und jungen erwachsenen Rückkehrern zeigt sich ein komplexes Bild der seriellen und mehrfachen Traumatisierungen durch jahrelange Gewalterfahrung und Gewaltausübung [20]. Die normale Reifung der Persönlichkeit ist oft massiv beeinträchtigt. Da die meisten Klienten nicht gut Englisch sprechen, musste die Behandlung der Konstanzer Gruppe mit Sprachmittlern geschehen. Vor und nach der Behandlung sowie im Abstand von 6 und 12 Monaten wurden standardisierte Fragebögen vorgelegt, die den Grad der Traumatisierung messen sollen. Die Fragebögen sind vor Ort übersetzt und validiert worden. Auf die Schwierigkeit, selbst einfache psychometrische Kurzfragebögen in einem solchen Setting zu validieren, weisen Roberts et al. hin [21]. Als Anreiz für die Teilnahme an der Konstanzer Studie diente eine kostenlose Mahlzeit. Weiterer impliziter Anreiz war der Kontakt zu Weißen, die mit ihren NGOs wichtigster Wirtschaftsfaktor und Arbeitgeber der Region sind. Traumatisierte, die 10 Sitzungen durchlaufen haben, können später angestellt werden, um selbst weitere Traumabehandlungen nach oben beschriebenem Standard zu machen. Mitarbeiter von Vivo e.V. aus der Konstanzer Forschungsgruppe in Uganda berichteten, dass ihrem Eindruck nach die Symptome von posttraumatischen Belastungsstörungen auf der ganzen Welt gleich seien. Dies werde durch gleichartige Störungen von Neurotransmittern in bestimmten Hirnarealen bei PTSD erklärt. Vivo behandle gleichermaßen in Afrika, Asien und Südamerika. Ein kultursensitives aber für die Betroffenen möglicherweise auch riskantes Vorgehen zeigt eine Studie von Neuner et al. an ruandischen und somalischen Flüchtlingen in einem Flüchtlingslager in Uganda durch ein System der Behandlungsdelegation an traumatisierte Laien [22]. Neben einem NET-Behandlungsarm und einer Kontrollgruppe ohne Behandlung wurde ein weiterer Behandlungsarm eingeführt, für den die einheimischen Therapeuten zwar in NET ausgebildet wurden, die Methode aber nicht zwingend anwenden mussten, sondern in ihren Therapien auch andere Methoden der Behandlung aus dem eigenen kulturellen Kontext, die individuell auf aktuelle psychische oder soziale Probleme der Klienten bezogen waren, anwenden durften. Dieses weniger direkte, pragmatische und kultursensitive Vorgehen zeigte sich nach 6 Behandlungssitzungen in Bezug auf Rückgang der PTSD-Symptomatik der NET ebenbürtig und der Wartebedingung überlegen. In einem Kommentar nehmen Neuner und Elbert explizit Stellung zur Kritik an der Anwendung der NET in Entwicklungsländern [23]. Sie berichten, dass sie bei ihren Einsätzen in Afghanistan, Ruanda, Sri Lanka, Somalia oder Uganda von NGO-Personal die immer gleichen Argumente hören gegen den Transfer von westlichen Konzepten und Techniken auf von Krieg betroffene Gesellschaften

in Entwicklungsländern: Dieser sei übergriffig, kulturell inadäquat und trage das Risiko, den kolonialen Status solcher Länder zu perpetuieren. Sie setzen dagegen, dass viele Gesellschaften in Entwicklungsländern bereits Konzepte zur seelischen Gesundheit aus der westlichen Psychiatrie übernommen hätten und traditionellen Behandlungsmethoden vorzögen. Zuzustimmen ist Neuner und Elbert, wenn sie sagen, dass sich alle Kulturen in einem konstanten Veränderungsprozess befinden und die Vorstellung, dass es Kulturen gebe, die allein auf traditionelle Normen aufbauten und nicht von der Moderne beeinflusst seien, eine romantische Sichtweise ist. Ebenso recht haben sie, dass nicht in kulturelle Normen einzugreifen, bedeuten würde, diesen Ländern Wissen über wissenschaftliche Methoden vorzuenthalten, mittels derer z. B. für die Menschen schädliche Behandlungsmethoden identifiziert werden können. Neuner und Elbert argumentieren, dass die gleichen Forschungsmethoden den Fortschritt der Industrialisierung und die derzeitige dominante Position der industrialisierten Länder hervorgebracht haben; sie kritisieren, dass das Argument der Kulturdifferenz primär von europäischen und nordamerikanischen Experten vorgebracht werde mit der Intention, die Armen in der „Dritten Welt“ vor dem Westen zu „schützen“, sich aber bei näherer Betrachtung selbst als eine koloniale Sichtweise erweise. Forscher aus Entwicklungsländern selbst hätten dazu eine ganz andere und pragmatische Haltung. Andere Autoren widersprechen dieser Sicht [24].

Psychosoziale Strategien von NGOs bei humanitären Einsätzen

In Norduganda, ähnlich wie in anderen Katastrophengebieten in Entwicklungsländern, verfolgen die meisten NGOs eher psychosoziale als auf PTSD-Symptome gerichtete Ansätze. World Vision oder Caritas betreiben Auffanglager, in denen die traumatisierten Kriegsrückkehrer, denen durch ihre eigenen Verbrechen an Angehörigen oder Mitmenschen der Rückweg in die Herkunftsdörfer versperrt ist, häufig über Jahre bleiben. Dort können sie erste Schritte der körperlichen und seelischen Regeneration machen. Dann gehen sie unter psychotherapeutischer und sozialarbeiterischer Betreuung durch weitere Phasen der Stabilisierung und Nachreifung, bis sie sich dann auf den Rückweg in die Dörfer machen. Dabei werden die Kontaktaufnahme und traditionelle Reinigungsrituale von den Mitarbeitern einiger Organisationen moderiert [25]. Ein von der belgischen und ugandischen Regierung kofinanziertes Internat, etwas außerhalb von Gulu gelegen, nimmt schwer traumatisierte Kriegsrückkehrer, Waisen und in der Entführung als Folge von sexueller Gewalt geborene Kinder auf, die keine Möglichkeit zur Rückkehr und Reintegration in Herkunftsdörfer haben. Dort arbeiten Therapeuten und Lehrer zusammen. Es finden therapeutische Gruppengespräche, Tanzprojekte und Kunstprojekte statt. Die Jugendlichen werden zur Gemeinschaftsfähigkeit angeleitet. Die komplexen Zusammenhänge von Traumatisierung und Schwierigkeiten bei der psychosozialen Reintegration sind vielfach beschrieben [26, 27]. Im Vergleich zu den anderen NGOs wirkt das Angebot der Konstanzer Gruppe ohne Einbettung in einen psychosozialen Gesamtbehandlungsplan wenig angepasst an die Umstände vor Ort und mit der standardisierten Begrenzung auf 10 Sitzungen relativ kurz, um eine adäquate Behandlung der Complex-PTSD mit Konfrontation zu ermöglichen. Von Peters zeigt anhand von ethnografischen Beispielen, dass Ereignisse wie der Tod des eigenen Kindes oder einer anderen geliebten Person, die in vielen Richtlinien als „traumatisierend“ aufgeführt werden, zu sehr unterschiedlichen emotionalen Reaktionen führen können entsprechend der kulturell vermittelten Form einer „angemessenen“ emotionalen Reaktion auf ein solches Ereignis. So sei sowohl der Ausdruck als auch das Erleben von Gefühlen geformt durch Diskurse und kulturelle Praktiken, und universalistische Erklärungen emotionaler Phänomene auf der Basis psychobiologischer Vorgänge griffen zu kurz [28]. Für die Bewältigung der psychosozialen Probleme gibt es mittlerweile eine Reihe von Instrumenten, die sich im Feld bewährt haben [29–31]. Im Rahmen humanitärer Notlagen wird

meist eine eklektische Mischung von Methoden (Körper-, Kunst- und Imaginationstherapie, narratives Theater) in ressourcenorientierten Beratungen und Kurztherapien eingesetzt [32]. Eine vergleichende Evaluation dieser Ansätze unter Einbezug lokaler Experten ist geboten.

Kritik an der Fokussierung auf PTSD-Symptome

1992 beschrieb Judith Herman, dass bei Menschen, die über einen längeren Zeitraum hinweg immer wieder traumatischen Ereignissen ausgesetzt waren, PTSD die psychischen Folgen nicht zutreffend beschreiben kann, und schlägt eine zusätzliche Diagnosekategorie vor, das „Complex-PTSD“ [33], charakterisiert durch Störungen der Affektregulation, Bewusstseinsveränderungen, gestörte Selbstwahrnehmung (darunter Schuld-, Scham- und Ohnmachtsgefühle), gestörte Wahrnehmung des Täters, Beziehungsprobleme (z. B. generalisiertes Misstrauen) und die Veränderung von Wertesystemen (inkl. Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung) [34]. Mittlerweile ist allgemein anerkannt, dass Angst und Depression als komorbide Störungen bei Traumatisierung häufig auftreten [35, 36] ebenso wie dissoziative Phänomene, Substanzmissbrauch, psychosomatische Symptome und Persönlichkeitsstörungen [37]. Diese Störungen stehen sogar oft im Vordergrund genauso wie Verlust und Trauer, die Zerstörung sozialer Netzwerke und kultureller Ressourcen, familiäre und soziale Konflikte und Gewalt; so berichten etwa MitarbeiterInnen von „Ärzte ohne Grenzen“ und „Medica Mondiale“, dass von Hilfesuchenden vorwiegend diese Probleme und nur selten PTSD-Symptome als Grund für das Aufsuchen psychologischer Hilfe angegeben wurden [38]. PTSD ist demnach nicht das einzige, und auch nicht das häufigste Problem, unter dem Menschen nach derartigen Erlebnissen leiden [39]. Die Wirksamkeit von NET wird aber von der Konstanzer Gruppe bislang nur am Rückgang von PTSD-Symptomen gemessen. David Silove et al. von der University of South Wales in Sydney, Australien, formulieren in ihren umfangreichen Studien an Katastrophenpopulationen im südasiatischen Raum eine grundsätzliche Kritik am PTSD-fokussierten Ansatz: PTSD sei ein westliches Konzept, das anderen Kulturen nicht vertraut sei, es habe begrenzte diagnostische Validität, da kulturell unterschiedliche Kollektive über keine äquivalenten Begriffe für PTSD-Symptome verfügten. Das Messen von traumatischem Stress in verschiedenen Gesellschaften könne irreführende Ergebnisse zeitigen, da die Bedeutung der Symptome in verschiedenen Kulturen variere. Für von Katastrophen betroffene Populationen habe psychologischer Stress oft keine Priorität, da praktische und soziale Bedürfnisse im Vordergrund stünden. Die Diagnose PTSD könne sogar eine Kultur des Opferstatus und der Passivität fördern, welche die Gemeinschaften an aktiven Bewältigungsstrategien hindere. Die Betonung von PTSD fördere einen individuellen und klinischen Fokus, der unrealistische Erwartungen auf Beratung für alle Überlebende wecke. Es gebe kaum einen Nachweis, dass westliche Behandlungsmethoden für PTSD kulturübergreifend wirksam seien, darüber hinaus könne der Import von westlichen Behandlungstechniken traditionelle Heilungsansätze unterminieren. Die Konzentration auf soziale, materielle, kulturelle und Menschenrechtsangelegenheiten sei wichtiger für die natürliche Erholung auf Gruppenebene und der Fokus auf PTSD könne andere dringendere „mental health needs“ überdecken [40, 41]. Beispielsweise sind die Systeme für die Behandlung und Versorgung von Menschen mit Psychosen und anderen schweren psychischen Störungen in vielen von Katastrophen betroffenen Ländern unzureichend. Bei Katastrophen stellen sie eine vulnerable Gruppe dar, deren Versorgungsnetz vollkommen zusammenbrechen kann. Laut einer thailändischen Studie über die Tsunami-Folgen in Südthailand sei das, was Überlebende am meisten brauchen, die Wiederherstellung von Sicherheit und Vorhersehbarkeit. Die Stabilisierung des sozialen Gefüges, die Schaffung von Erwerbsmöglichkeiten für den Lebensunterhalt, das eigene Leben wieder in die Hand zu nehmen, sei die beste „Therapie“ für die Betroffenen. So wird postuliert, dass sich das Programm zur Instandsetzung von Fischerbooten unmittelbar nach dem Tsunami

als eine der besten „mental health interventions“ herausstellen werde [42]. Petra Aarts unterzieht in einer Studie der War Trauma Foundation der Niederlande über nachhaltige psychiatrische und psychosoziale Versorgungskonzepte für Entwicklungsländer die Interventionen nach dem Jugoslawienkrieg einer kritischen Betrachtung: Das kurzzeitige Einfliegen von Trainern mit theoretischem und therapeutischem Gepäck und dem Fokus auf PTSD habe sich als dysfunktional erwiesen. Ferner habe man die Betroffenen mit einer Vielzahl von Trauma- und PTSD-Fragebögen konfrontiert, was ohne gleichzeitige Hilfsangebote als ethisch fragwürdig angesehen wurde (S. 32). Eine daraus zu ziehende Lehre sei, dass Helfer sich zuerst einen detaillierten Überblick über die Lebensumstände der Betroffenen verschaffen und den Fokus auf die Stillung der vordringlichsten Bedürfnisse wie Unterkunft, Essen, Trinkwasser, Hygiene, primärmedizinische Versorgung, Bildung und Sicherheit richten sollten. „It is hard to talk about your depressed feelings, when you also worry about your hungry children“ (S. 35) [43].

Kontraindikationen für Traumaexposition

Die Testimony-Therapie entspricht der Annahme, dass vor allem das Schweigen von Traumatisierten einer Heilung im Wege stehe und somit in der Traumatherapie der Exposition, dem darüber sprechen und Durcharbeiten des Erlebten eine entscheidende Bedeutung zukomme. Diese Auffassung ist allerdings umstritten. Insbesondere bei Komplextraumata, d. h. also schweren sequenziellen Traumatisierungen, die mit Persönlichkeitsänderungen einhergehen, wird nicht nur von deutschen, sondern auch von amerikanischen Autoren vor zu früher Konfrontation gewarnt und ein phasenweises Vorgehen empfohlen: Zu Beginn einer Therapie müsse in erster Linie für die persönliche Sicherheit und die Stabilität des sozialen Umfelds gesorgt werden und die Affektregulierung im Vordergrund stehen; erst wenn diese Voraussetzungen erfüllt seien und eine stabile therapeutische Beziehung aufgebaut worden sei, könne man in die Traumaexposition gehen [44, 45]. Um einer Retraumatisierung durch Gefühlsüberflutung vorzubeugen, müssten zunächst ausreichende Fähigkeiten zur Selbststabilisierung sichergestellt werden [46]. Dem widerspricht allerdings Neuner mit der Hypothese, der Begriff Stabilisierung sei eine deutsche Erfindung und eine Exposition schon zu Beginn der Traumatherapie indiziert [47]. Aber auch in den Leitlinien des englischen National Institute for Clinical Excellence [48] wird vor sofortiger Exposition gewarnt in Fällen, die aktuell in einer bedrohlichen Situation leben, die beispielsweise von ihren Lebenspartnern noch Gewalt erleben oder die sich noch in politischer Gefahr befinden, oder wenn es jemandem schwerfällt, über das Erlebte zu sprechen. Neben der Schwere des Traumas ist demnach auch der Kontext entscheidend dafür, ob die Betroffenen über ihre Erlebnisse im Detail sprechen und sich den damit verbundenen Gefühlen stellen wollen. Im Kontext humanitärer Notlagen haben wir es meistens damit zu tun, dass die Bedrohungssituation noch andauert – z. B. die Naturkatastrophe anhält oder die Betroffenen weiterhin politischer Verfolgung, häuslicher oder sexueller Gewalt ausgesetzt sind, Flucht die Sicherung der Grundbedürfnisse gefährdet, die Lebensumwelt zerstört ist etc. Besondere Vorsicht ist bei der Exposition von Opfern sexualisierter Gewalt geboten. In einigen Kulturen wird Frauen nach wie vor zumindest eine Teilschuld daran gegeben, gerade auch, wenn es sich um Vergewaltigung im Zusammenhang mit Kriegen handelt. Familien und Gemeinschaften reagieren oft mit sozialem Ausschluss der Opfer und die Frauen versuchen deshalb, das Erlebte zu verheimlichen. Das Schweigen dient hier dem Selbstschutz und wird zur Bewältigungsstrategie. Das Gleiche gilt für männliche Opfer sexualisierter Gewalt. Aus Studien über Vergewaltigungsoffer aus traditionell muslimischen Kulturen im Nahen Osten ist bekannt, dass allein schon das darüber Reden mit einem Helfer einen Tabubruch und eine massive Beschämung bedeutet; wenn das Erlebte mitgeteilt wird, dann nur indirekt oder verschlüsselt [49–51]. Das berichten auch die holländischen Autorinnen

Tankink und Richters in ihrer Studie über Flüchtlingsfrauen aus dem Sudan. Darin untersuchen sie mittels kultursensitiver narrativer Interviews die Copingstrategien von sudanesischen Frauen, die sexuelle und häusliche Gewalt im Zuge des Bürgerkriegs im Sudan erlebt haben. Sie fanden heraus, dass eine Exposition des Traumas angesichts der kulturspezifischen Tabus und Verhaltenscodizes kontraindiziert bzw. sogar schädlich sein kann. Stattdessen sei das Schweigen über das Erlebte häufig ein adäquates Coping, mittels dessen die betroffenen Frauen sich selbst und ihre Kinder vor dem Stigma der „Schande“, der „Ehrverletzung“ und dem Verstoßenwerden aus dem Familienverband und der Community schützen [52]. Diese Schlussfolgerung scheint plausibel, wenn bedacht wird, dass es im Gegensatz dazu bei der Testimony-Therapie, dem historischen Vorläufer der NET, darum ging, sich öffentlich als Opfer von Verbrechen, die im Namen einer Diktatur begangen wurden, zu bekennen.

Zusammenfassung und Ausblick

NET ist eine standardisierte Methode der Kurzintervention zur Traumabehandlung, die eine rasche detailgetreue Konfrontation der Betroffenen mit ihren belastenden Ereignissen beinhaltet. Die Methode wurde international mehrfach in Entwicklungsländern nach Katastrophen erprobt. Wir geben zu bedenken, dass in den Studien über die Anwendung von NET in Krisengebieten

- die Intervention und die zum Beleg ihrer Wirksamkeit eingesetzten Messinstrumente nicht ausreichend auf ihre Kultursensitivität geprüft sind. " der Fokus auf PTSD zu kurz greift und komplexe Traumafolgestörungen sowie Angststörungen und Depression außer Acht gelassen werden können.
- die Gefahr besteht, dass den umfassenden und weitreichenden psychosozialen Problemen und Belastungen, denen Betroffene in diesen Regionen ausgesetzt sind, nicht ausreichend Rechnung getragen wird.
- die aktuell verfügbaren Daten derzeit noch keinen ausreichenden Beleg für die Wirksamkeit der Intervention zeigen können.

Zukünftige Fragestellungen in der Forschung sollten neben der Evaluierung des Einbezugs von Traumatisierten als Therapeuten auch auf Untersuchungen lokaler Erklärungsmodelle, Krankheitskonzepte, Beschwerdepräsentationsmuster, des Hilfesuch- und Inanspruchnahmeverhaltens und Bewältigungsstrategien gerichtet werden, um die Interventionen im Sinne von kultureller Angemessenheit und psychosozialer Einbindung anpassen zu können [52]. Die Vernetzung und Interdependenz von Traumabehandlung mit anderen psychosozialen Faktoren wie Nahrungssicherheit, Wohnsicherheit, Friedenssicherung, Bildung und lokalen Gesundheitssystemen sollte weiter untersucht werden. Weitere Forschungen sollten ergänzend auf lokale Ressourcen, auf parallel vorhandene traditionelle Behandlungsangebote und auf die lokalen Gesundheitssysteme gezielt werden. Damit könnten Hilfsangebote auf lokale und kulturelle Gegebenheiten zugeschnitten werden mit dem Ziel einer höheren Effektivität und Nachhaltigkeit der Interventionen.

Danksagung

Eine Forschungsreise von Adrian Mundt nach Uganda im Sommer 2009 wurde von der Fritz Thyssen Stiftung gefördert.

Abstract

Trauma Therapy in Crisis and Disaster Areas – A Critical Review of Standardized Interventions such as Narrative Exposure Therapy

Narrative exposure therapy (NET) applied by Neuner et al. on populations affected by war and natural disaster is compared to research data and intervention strategies developed by others. Questions are raised about the cultural sensitivity of Neuner's diagnostic instruments, the reductionist focus on PTSD which does not sufficiently take into account the complex after effects of trauma and the comprehensive psychosocial needs of affected populations. Currently available data do not yet provide convincing evidence that NET is effective or superior to other intervention strategies.

Literatur

- 1 Pross C. Report on IRCT Fact Finding Mission to Georgia August 28– September 3, 2008. <http://www.christian-pross.de/> 2008
- 2 Gebauer T. Droht nach der Flut die Hilfe? Qualität in der humanitären Hilfe. *Dr med Mabuse* 2005; 154: 38–41
- 3 van der Veen M, Somasundaram D. Responding to the psychosocial impact of the tsunami in a war zone: experiences from Northern Sri Lanka. *Intervention* 2006; 4: 53–57
- 4 Gäbel U, Ruf M, Schauer M et al. Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. *Z Klin Psychol Psychother* 2006; 35: 12–20
- 5 Neuner F, Schauer M, Elbert T. Testimony-Therapie als Psychotherapie für Überlebende politischer Gewalt. *Z pol Psychol* 2000/2001; 8: 585–600
- 6 Cienfuegos J, Monelli C. The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *Am J Orthopsychiatry* 1983; 53: 43–51
- 7 Neuner F. Epidemiology and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in West-Nile Populations of Sudan and Uganda. Dissertation Universität Konstanz; 2003
- 8 <http://www.vivo.org/> (Dezember 2010)
- 9 Neuner F, Schauer M, Klaschik G et al. A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an african refugee settlement. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72: 579–587
- 10 Neuner F, Schauer E, Catani C et al. Post-tsunami stress: a study of posttraumatic stress disorder in children living in three severely affected regions in Sri Lanka. *J Trauma Stress* 2006; 19: 339–347
- 11 Neuner F, Schauer M, Karunkara U et al. Psychological trauma and evidence for enhanced vulnerability for posttraumatic stress disorder through previous trauma among West Nile refugees. *BMC Psychiatry* 2004; 4: 34
- 12 Catani C, Schauer E, Elbert T et al. War trauma, child labor, and family violence: life adversities and PTSD in a sample of school children in Kabul. *J Trauma Stress* 2009; 22: 163–171
- 13 Fernando GA, Miller KE, Berger DE. Growing Pains: The Impact of Disaster-related and Daily Stressors on the Psychological and Psychosocial Functioning of Youth in Sri Lanka. *Child Development* 2010; 81: 1192–1210
- 14 Fernando GA. Finding meaning after the tsunami disaster: recovery and resilience in Sri Lanka. *Traumatic Stress Points* 2005; 19; <http://www.impact-kenniscentrum.nl/doc/kennisbank/1000011078-1.pdf>
- 15 American Refugee Committee (ARC). Post-tsunami rapid psychosocial needs assessment, interview of 78 people in Ramong and Phang Nga provinces. Sent by request January 10, 2005

- 16 <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00893750> (Dezember 2010)
- 17 Derluyn I, Broekaert E, Schuyten G et al. Post-traumatic stress in former Ugandan child soldiers. *Lancet* 2004; 363: 861–863
- 18 Amone-P'olak K. Coping with life in rebel captivity and the challenge of reintegrating formerly abducted boys in Northern Uganda. *J Ref Stud* 2007; 20: 641–661
- 19 de Temmerman E. *Aboke girls: children abducted in Northern Uganda*. Kampala: Fountain Publisher; 2001
- 20 Pham PN, Vinck P, Stover E. Returning home: forced conscription, reintegration, and mental health status of former abductees of the Lord's Resistance Army in Northern Uganda. *BMC Psychiatry* 2009; 9: 23
- 21 Roberts B, Browne J, Ocaika KF et al. The reliability and validity of the SF- 8 with a conflict-affected population in Northern Uganda. *Health Qual Life Outcomes* 2008; 6: 108
- 22 Neuner F, Onyut PL, Ertl V et al. Treatment of posttraumatic stress disorder by trained lay counsellors in an African refugee settlement: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76: 686–694
- 23 Neuner F, Elbert T. The mental health disaster in conflict settings: Can scientific research help? *BMC Public Health* 2007; 7: 275
- 24 Wilson JP, So-Kum Tang CC, Hrsg. *Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD*. Berlin: Springer; 2007
- 25 Amone-P'olak K. Mental states of adolescents exposed to war in Uganda: finding appropriate methods of rehabilitation. *Torture* 2006; 16: 93–107
- 26 Pham FN, Corbin JN. Returning home: resettlement of formerly abducted children in Northern Uganda. *Disasters* 2008; 32: 316–335
- 27 Bayer CP, Klasen F, Adam H. Association of trauma and PTSD symptoms with openness to reconciliation and feelings of revenge among former Ugandan and Congolese child soldiers. *JAMA* 2007; 298: 555–559
- 28 Peter S von. The concept of mental trauma and its transcultural application. *Anthropology and Medicine* 2008; 16: 13–25
- 29 Medecins Sans Frontieres (MSF). *Mental Health Guidelines: A Handbook for Implementing Mental health programmes in Areas of Mass Violence*. Amsterdam: MFS; 2005
- 30 van der Veer G. *Training counselors in areas of armed conflict within a community approach*. Utrecht: Pharos; 2003
- 31 *Rapid Health Assessment of Refugee or Displaced Populations*. http://www.refbooks.msf.org/MSF_Docs/En/Rapid_health/RAPID_HEALTH_en.pdf; Terms of Reference IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-documents-default&publish=0>
- 32 Health and Human Rights Info (HHRI); www.hhri.org (Dezember 2010)
- 33 Herman JL. Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress* 1992; 5: 377–391
- 34 Herman JL. *Trauma and recovery: from domestic abuse to political terror*. London: Pandora; 1992, 2001
- 35 Ovuga E, Oyok TO, Moro EB. Post traumatic stress disorder among former child soldiers attending a rehabilitative service and primary school education in Northern Uganda. *Afr Health Sci* 2008; 8: 136–141
- 36 Roberts B, Ocaika KF, Browne J et al. Factors associated with post-traumatic stress disorder and depression amongst internally displaced persons in Northern Uganda. *BMC Psychiatry* 2008; 8: 38
- 37 Flatten G, Gast U, Hofmann A et al, Hrsg. *Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinien und Quellentext*. Stuttgart: Schattauer; 2004

- 38** Erfahrungen von P. Wünsche bei Einsätzen von Ärzte ohne Grenzen und Medica Mondiale im Tschad, in Kolumbien, Myanmar und Afghanistan. Siehe auch Meyer P. Schmerzgrenzen, Unterwegs mit Ärzte ohne Grenzen. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus; 2008: 32–53
- 39** Inter-Agency Standing Committee (IASC). IASC-Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC; 2007
- 40** Silove D, Bryant R. Rapid assessment of mental health needs after disasters. JAMA 2006; 296: 576–578
- 41** Silove D, Steel Z. Understanding community psychosocial needs after disasters: Implications for mental health services. Postgrad Med J 2006; 52: 121–125
- 42** van Griensven F, Chakkraband MLS, Thienkrua W et al. Mental health problems among adults in tsunami-affected areas in Southern Thailand. JAMA 2006; 296: 537–548
- 43** Aarts P. Challenges of sustainable mental health care and psychosocial support in low-and middle income countries. Diemen: War Trauma Foundation; 2010
- 44** Courtois CA, Ford JD, Hrsg. Treating complex traumatic stress disorders. New York, London: The Guilford Press; 2009
- 45** Fischer G, Riedesser P. Lehrbuch der Psychotraumatologie. 4. Auflage. München: Ernst Reinhard Verlag; 2009
- 46** Müller S, Sachsse U. Langfristige Chancen und Grenzen in der Traumatherapie: Beobachtungen zum Langzeitverlauf der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (kPTBS). In: Jacobs S, Hrsg. Neurowissenschaften und Traumatherapie: Grundlagen und Behandlungskonzepte. Göttingen: Universitätsdrucke; 2009
- 47** Neuner F. Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? Verhaltenstherapie 2008; 18: 109–118
- 48** National Institute for Clinical Excellence (NICE). Post-traumatic stress disorder. London: Gaskell & The British Psychological Society; 2005
- 49** Wenk-Ansohn M. Folgen Sexualisierter Folter – Therapeutische Arbeit mit kurdischen Patientinnen. In: Birck A, Pross C, Lansen J, Hrsg. Das Unsagbare – Die Arbeit mit Traumatisierten am Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin. Berlin: Springer Verlag; 2000: 57–77
- 50** Crosby S, Hashemian F, Iacopino V et al. Broken laws, broken lives. Medical evidence of torture by US personnel and its impact. A report by physicians for human rights. Cambridge, Washington: PHR; 2008
- 51** Joachim I. Psychosoziale und psychotherapeutische Arbeit mit Überlebenden sexualisierter Gewalt im Kontext von Krieg und Krisen. In: Medica Mondiale, Hrsg. Sexualisierte Kriegsgewalt und ihre Folgen. Ein Handbuch zur Unterstützung traumatisierter Frauen in verschiedenen Arbeitsfeldern. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag; 2004: 355–392
- 52** Tankink M, Richters A. Silence as a coping strategy: the case of refugee women in the Netherlands from South-Sudan who experienced sexual violence in the context of war. In: Drozdek B, Wilson JP, Hrsg. Voices of trauma. Treating psychological trauma across cultures. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 2007: 191–210
- 53** Kleinman A. Major conceptual and research issues for cultural (anthropological) psychiatry. Cult Med Psychiatry 1980; 4: 3–13