

Trauma und posttraumatische Belastungsstörung unter kulturtheoretischer Betrachtung

OLGA KOSTOULA

Zusammenfassung

Unterschiedliche Arten von Naturkatastrophen und Gewalt sowie von globalen Migrationsbewegungen führen zur Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit Traumafolgen in kulturell diversen Bevölkerungsgruppen. Kulturelle Dimensionen wurden in der PTBS-fokussierten Traumaforschung vernachlässigt oder inadäquat behandelt. Auch wenn epidemiologische Daten Evidenz für seine universelle Prävalenz liefern, lässt das PTSD-Konzept praxeologische Parameter von Kultur außer Betracht und ist an sich kulturgebunden. Diese Diskussion berührt auch methodologische Aspekte, die in Zusammenhang mit den Forschungstraditionen der beteiligten Disziplinen stehen. Aktuelle Zugänge streben die Überwindung konzeptioneller und methodologischer Einschränkungen an, die durch die Einbeziehung kulturwissenschaftlicher Erkenntnisse sichtbar werden. Der Status in Hinblick auf kultursensible Interventionen und Effektivitätsfragen in der klinischen Praxis weist jedoch weiteren Forschungsbedarf auf.

Schlüsselwörter: *Trauma, posttraumatische Belastungsstörung, Kulturtheorie, Kulturgebundenheit, kultursensible Traumainterventionen*

Summary

As a consequence of a variety of natural disasters, violence and global migration movements the treatment necessity of trauma sequelae in culturally diverse popu-

lations arises. Cultural Dimensions have long time been ignored or treated inadequately in PTSD-based trauma research. Although epidemiological data support the argument of its universal prevalence, the PTSD- concept fails to address the multiple parameters of culture, conceptualized as lived praxis. Moreover it is itself not free of cultural bias. Methodological concerns originated by the different research traditions involved are mentioned. However even if current concepts try to overcome conceptual and methodological barriers that are made obvious through a culturally informed study of traumatic experience there is a need for further work with regard to culturally sensitive intervention designs an their effectiveness in clinical and community settings.

Keywords: *Trauma, posttraumatic stress disorder, cultural theory, culture boundedness, culture sensible interventions*

Die hohe und unterschiedlich auftretende Häufigkeit von Naturkatastrophen und Gewalt in diversen Teilen der Welt sowie die zunehmenden Migrationsbewegungen (vgl. DeJong 2002) ziehen die Notwendigkeit der Behandlung von Menschen diverser ethnischer Herkunft und von Überlebenden vielfältiger Erfahrungen traumatischen Charakters nach sich. Dadurch erweist sich die Konfrontation mit unterschiedlichen Auffassungen von Behandlung als unausweichlich. Gesundheitsberichte bringen Migrations- und Fluchterfahrungen mit einem erhöhten Risiko an Traumatisierung in Zusammenhang. (RKI 2008; Bundesministerium für Gesundheit, 2010). Weiters existiert eine Verbindung von ethnischem Hintergrund und PTBS-Risiko. Epidemiologische Studien nach Katastrophen bringen höhere PTSD-Raten bei ethnisch diversen Gruppen zum Vorschein (Osterman & De Jong 2007; Norris & Alegria 2005). Ein Teil davon ist durch höhere Exposition an traumatische Ereignisse und durch ungünstige soziale Voraussetzungen der diversen untersuchten Stichprobe im Vergleich zur Mehrheitszielgruppe erklärbar (Osterman & De Jong 2007; Norris & Alegria 2005). Arbeiten dieser Ausrichtung lassen jedoch oft eine inadäquate Auffassung von Kultur erkennen. Beispielsweise erwägen Norris & Alegria (2005) zusätzlich zum Akkulturationsstress Fatalismus als einen potentiellen kulturellen Faktor in Zusammenhang mit hohen Stressraten bei Minoritäten. Dadurch wird eine kulturell diverse Gruppe als homogen angenommen und mit von außen vorgegebenen

Eigenschaften anhand von Werten und Vorstellungen der zuschreibenden Seite charakterisiert.

Die bloße Zuordnung zu einer ethnischen Gruppe wird einer kulturwissenschaftlichen Perspektive nicht gerecht. Letztere betrachtet Kultur als ein dynamisches Phänomen, das zwar kollektive Aspekte menschlichen Lebens beschreibt, aber dennoch weder klar abgegrenzte noch einheitliche Kategorien definieren lässt. Vielmehr wird Kultur als soziale Praxis aufgefasst und lässt sich unter handlungstheoretischer Perspektive als »ein Handlungsfeld wie das in beständiger Umbildung befindliche Produkt menschlichen Handelns« (Straub 2004; 580) beschreiben. Diese Betrachtung verbindet symbolische und reelle Aspekte in einem dynamischen Zusammenhang (Hörnig & Reuter 2004).

Trauma, PTBS und Kultur

Seit seiner Erscheinung im DSM-III stellt das Konzept der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) das Hauptinstrument für die Erforschung und Behandlung von psychologischen Folgen traumatischer Ereignisse dar. Dieser Ansatz stößt nicht zuletzt aufgrund seiner ausschließlichen Berücksichtigung einmaliger Traumata auf Kritik. Die Vernachlässigung chronischer Folgen von Gewalt und sozialer Parameter (vgl. Herman 2006) schränken die Erklärungsstärke des Konzepts ein; die Überbetonung individueller Aspekte trägt zur einer medikalisierten und defizitbetonten Betrachtung der Betroffenen bei (Shephard 2002).

Die Kritik des Traumakonzepts, das auf die PTBS Anwendung findet, kommt verstärkt in der Diskussion über traumatische Erscheinungen bei kulturell diversen Bevölkerungsgruppen zur Anwendung. Zentrale Fragen, die in Hinblick auf kulturell diverse Zielgruppe entstehen, betreffen die Eignung und die Nützlichkeit des diagnostischen Instruments der PTBS und des zugrunde liegenden Traumakonzepts.

Die Annahme der Universalität der PTBS

Die Traumaforschung stellt einen Gegenstand überwiegend der Psychiatrie und der klinischen Psychologie dar. Letztere stehen einem empirischen Paradigma nahe (vgl. Zaumseil 2006), in dem mittels quantitativer Methoden nach universellen Kategorien gesucht wird. Die Forschungslinie, die den Großteil der Arbeiten über Trauma im Kulturkontext leitet, nennen Miller, Kulkarni and Kushner,

(2006, 409) »traumafokuzierte psychiatrische Epidemiologie«. In der absolutistischen Ausrichtung dieser Tradition (vgl. Berry 1992) gilt das Konstrukt der PTBS als universell und als ident für jede untersuchte Stichprobe unabhängig von Kultur (vgl. Marsella 2010). Die entsprechende Argumentation beruht zum Großteil auf der Forschung zu den biologischen Korrelaten des Störungsbildes (Marsella 2010) In einer universalistischen Ausrichtung wird die PTBS in ihrer Grundform als universell betrachtet, jedoch werden Variationen untersucht, die durch kulturelle Faktoren entstehen und die Grunderscheinung des Störungsbildes variieren lassen. Osterman & de Jong (2007) sowie Marsella et al. (1996) halten die Universalität der PTBS in der epidemiologischen Forschung für evident, wenn auch mit variablen Prävalenzdaten.

Hinton and Lewis-Fernández (2010) untersuchen in einer Review die fünf Validitätskategorien des diagnostischen Konstrukts. Sie stellen fest, dass die diagnostischen Kriterien des DSM-IV die wesentlichen traumabedingten Erfahrungskomponenten kulturübergreifend erfassen, bestimmte kulturelle Unterschiede jedoch weiteren Forschungsbedarf aufzeigen. Insbesondere scheinen die Vermeidungs- und Numbing-Items des diagnostischen Konstrukts überbetont zu sein, während somatische Symptome, die in soziozentrierten Gesellschaften eine wesentliche Komponente traumatischen Leidens darstellen, inadäquate Berücksichtigung zu erfahren. Weiters stellen die Autoren eine weiterhin bestehende Unklarheit in Bezug auf die Rolle der kulturbedingten Interpretation eines traumatischen Ereignisses für die Intensität der PTBS fest.

Kulturwissenschaftliche Kritik

Das Thema der Validität ist zentral in kulturwissenschaftlich zuzuordnenden Ansätzen.

In dieser Tradition wird Kultur nicht als »eine Summe unabhängiger Variablen« (Helfrich 1999, 133) gesehen, die, je nach Ausprägung, Variationen einer universellen Kategorie erzeugt. Vielmehr stellt Kultur in ihrer dynamischen Auffassung einen zentralen gestaltenden Faktor menschlichen Lebens und somit Krankheitserscheinungen dar. Krankheiten sind unter dieser Perspektive nicht nur als Dysfunktionen von Körperteilen oder als spezifische psychische Mechanismen zu sehen, sondern beinhalten Elemente philosophischer Vorstellungen (Greifeld 2003, 13) sowie soziale Einflussfaktoren und symbolische Bedeutungen.

Die Evidenz in Bezug auf die universelle Prävalenz der PTBS stammt in einem überproportionalen Ausmaß aus Untersuchungen mit dislozierten Personen in westlichen Ankunftsändern (De Girolamo & McFarlane 1996; Osterman & de Jong 2007). Diese Tatsache lässt Fragen über die Aussagekraft der bestehenden Befunde offen. Zusätzlich ist die Anwendung des Traumakonzepts und der darauf basierten Instrumente und Methoden per se nicht frei von Kritik. Ein Hauptfokus dieser Kritik bezieht sich auf die Ethnozentrität dieser Position, wofür Kleinman (1991, 14) den Begriff »category fallacy« prägte. Damit ist die unüberlegte Anwendung westlicher Methoden und Konstrukte an Gruppen und Kontexten gemeint, in denen ihre Validität unbekannt ist (Bracken, Giller & Summerfield 1995).

So stellen beispielsweise Hollifield, Warner, Lian, Kraukow, Jenkins, Kesler, Stevenson & Westermeyer (2002) in einem Review über Trauma und die psychische Lage von Flüchtlingen methodische und konzeptionelle Einschränkungen fest. Der Großteil der Studien ist entweder deskriptiv oder wurde mit Instrumenten durchgeführt, deren Validität für die getesteten Stichproben entweder eingeschränkt ist oder nicht untersucht wurde. Zu den konzeptionellen Einschränkungen zählen die Autoren den Mangel einer theoriegeleiteten Definition des Begriffs »*Flüchtling*« und das Fehlen der Bestandteile fluchtrelevanter Traumatisierung. Dementsprechend existieren keine empirisch fundierten Instrumente, die die komplette Bandbreite von fluchtrelevanten Traumatisierungen erfassen. Auch jene Instrumente, die als kultursensibel gelten wie das Harvard Trauma Questionnaire, wurden nur bei ambulanten Patienten in klinischen Settings validiert, was die Gültigkeit ihrer Messkriterien bei der allgemeinen Bevölkerung einschränken kann (ebd.).

Die kulturübergreifende Prävalenz der PTBS an sich wird auch von kritischen Betrachtern des Konzepts nicht in Frage gestellt. Bracken et al. (1995) sowie Kleinman (1995) erkennen die therapeutischen Effekte an, die die Anwendung des Konzepts und der davon abgeleiteten Behandlungsmethoden haben können. Vielmehr wird die Vernachlässigung andersartiger Formen traumatischer Reaktion kritisiert sowie der a-priori-Einsatz eines westlichen Konstrukts für Zielgruppen, für die es unbekannt ist. So fanden Miller, Omidian, Kulkarni, Yaqubi, Daudzai & Rasmussen (2009) in einer Studie in Afghanistan die Prävalenz und die Konstruktvalidität der PTBS zwar bestätigt, den klinischen Nutzen des Konzepts

hingegen eingeschränkt. Für die Untersuchten, die wohl auch aus biomedizinischer Sicht unter PTBS-Symptomatik litten, waren kulturspezifische Leidensauffassungen relevanter. Obwohl Depression weniger als PTBS mit Exposition zu Krieg korrelierte, war für die untersuchten Personen tiefgreifende und andauernde Traurigkeit die am meisten saliente Erfahrung in Zusammenhang mit Gewalterlebnissen.

Unter anderen halten Hill et al. (2010) die Anwendung von Instrumenten der westlichen Psychologie wie Nosologien, Interventionen und Forschungsmethoden für moderne Formen von Kolonialismus. Indigene Bevölkerungsgruppen werden weiterhin marginalisiert, indem importierte Konzepte lokales Wissen und Praktiken verdrängen und entwerten. Die Autoren überschreiten die klinische Definition von Trauma und betrachten es in einer historischen Perspektive mit Auswirkungen auf der Ebene der Identität. Sie plädieren für eine Integration der Traumapsychologie und der Kulturpsychologie.

Kulturgebundenheit der PTBS

Im Gegensatz zur Universalitätsannahme der traumatischen Erfahrung in der Form von PTBS gehen medizinethnologisch orientierte Ansätze von einer kulturellen Konstruktion von Erkrankungen aus. Krankheiten werden in dieser Position in einer dynamischen Wechselwirkung mit kulturellen Faktoren gesehen. Der soziokulturellen Umgebung wird somit eine patho-plastische Wirkung zuerkannt und das Ergebnis dieser Prozesse ist unter dieser Perspektive mit der universalistischen Betrachtung von Erkrankungen inkompatibel.

Unter dem Aspekt der kulturellen Konstruktion wird die Diagnose PTBS als kulturspezifisches Symptom gesehen. In seiner ethnographischen Studie in einem staatlichen Behandlungszentrum für Vietnam-Veteranen argumentiert Young (in Ehrensaft 1995), dass die Diagnose nicht zeitlos ist, sondern auf der Basis von kulturkompatiblen Annahmen des Behandlungssystems konstruiert wurde. Angenommen wurde, dass die problematische soziale Anpassung der Vietnam-Veteranen, die von Prügeleien in Bars, häuslicher Gewalt, nicht erfolgreichen Ehen, inkonsequenten Beschäftigungen und impulsiven Ortswechseln gezeichnet war, die zwanghafte Wiederholung eines traumatischen Erlebnisses im Vietnam-Krieg darstellte. Diese Annahme beruht auf der Konzeption eines traumatischen Gedächtnisses, das in der psychiatrischen Literatur erst ab dem

neunzehnten Jahrhundert entstand (Gaines 1998). Die PTBS Diagnose war in Linie mit der paradigmatischen Veränderung in der amerikanischen Psychiatrie (Bracken 2001) und erfolgte zum Zeitpunkt der dritten Ausgabe des DSM, worin sich die neo-krepelianische Schule der Psychiatrie maßgeblich beteiligte. Die neo-krepelianische Schule grenzte sich von der Psychoanalyse und der klinischen Psychologie ab, die bis zu diesem Zeitpunkt die US-amerikanische Landschaft im Bereich der psychischen Gesundheit dominierten, indem sie Wert auf eine biologisch basierte und ätiologisch neutrale Nosologie legte. Obwohl das DSM-III für die meisten ProfessionistInnen vorerst wenig relevant war, etablierte es sich nach sehr kurzer Zeit seiner Erscheinung, weil es die Verbindung mehrerer Interessenspositionen im Bereich der psychischen Versorgung erreichte (Strand 2011).

Für Kleinman (1995) liegt die Kulturgebundenheit der PTBS in der Exklusivität der pathologischen Reaktion und im gleichzeitigen Ausschluss nicht pathologischer Reaktionen zur traumatischen Erfahrung. Ehrenreich (2003) weist ebenso auf die Tatsache hin, dass ein beträchtlicher Teil von Menschen erstaunliche Resilienz nach traumatischen Ereignissen zum Vorschein bringt. Weiters sind die Annahmen des außergewöhnlichen Charakters der traumatischen Erfahrung und der begrenzten Dauer der traumatischen Reaktion für den nordamerikanischen Raum spezifisch (Kleinman, 1995). Dieses eingeschränkte Erfahrungs- und Reaktionsspektrum lässt viele Arten von Extremerfahrungen wie Rassismus (Helms, Nicolas & Green 2010), und Marginalisierungserfahrungen (Hill, Lau & Sue 2010) sekundäre aber andauernde Folgen von Krieg und Gewalt (Martín-Baró 1994) und soziale Traumata (Ehrenreich 2003) außer Acht. Viele dieser Erfahrungen lassen keine klar definierbaren zeitlichen Grenzen erkennen. Somit stellt Zeitdimension eines Traumas im Konstrukt der PTBS ein kulturelles Spezifikum dar, das nur begrenzten Formen von traumatischer Realität entspricht (Lemelson, Kirmayer, Barad 2007). Terheggen, Stroebe und Kleber (2001) finden außerdem kulturelle Unterschiede in der Art der traumatisch wirkenden Ereignisse heraus. In ihrer Untersuchung bei Tibetischen Flüchtlingen in Indien wird die Zerstörung von religiösen Zeichen mit größerer Häufigkeit als traumatisch berichtet als die eigene Lebensgefahr oder die Folter von Verwandten und Freunden.

Mit dem Ziel, die Prävalenz und die diachronische Kontinuität von Flashbacks als eines der Kernsymptome von PTBS zu überprüfen, untersuchten Jones,

Vermaas, McCartney, Beech, Palmer, Hyams and Wessely (2003) Akten von Soldaten, die aufgrund von Kriegsgebrechen pensioniert wurden. Die Akten stammten aus mehreren britischen Kriegen im Zeitraum von 1854 bis 1991. Flashbacks scheinen vor dem ersten Weltkrieg praktisch inexistent zu sein. Bis zum zweiten Weltkrieg waren sie in den Akten rar und die betroffenen Personen erfüllten nur einen Teil der diagnostischen Kriterien für die PTBS. Während Symptome wie Angst, Schlaf- und Konzentrationsstörungen bei ihnen vorhanden waren, wurden andere wie Schreckhaftigkeit und Vermeidung sozialer Aktivitäten nicht dokumentiert. Bei den Veteranen des Golfkrieges war die Prävalenz von Flashbacks signifikant höher. Die Autoren halten die Wahrscheinlichkeit der verminderten Erwähnung eines derart prägnanten und sich wiederholenden Symptoms im diagnostischen Kontext für gering und argumentieren mit der soziokulturellen Abhängigkeit des PTBS-Konstrukts. Weiters stellen sie in Anlehnung an Blank (Jones et al. 2003) einen Zusammenhang von Flashbacks mit einer Filmtechnik insbesondere bei Vietnamfilme wie z.B. »The Deerhunter« mit zeitgenössischen Elementen wie Video her. Im Gegensatz zu der Zeit der Weltkriege, wo Menschen Filme im Kino, also einer bewusst ausgesuchten Situation, ansahen, ging die Ära des Video mit der teilweisen intrusionsartigen Exposition an aufwühlenden Inhalten in der gewohnten alltäglichen Umgebung einher (ebd.).

Kulturspezifität der traumatischen Reaktion

Das Konzept der »Idioms of Distress« (Nichter, zit. nach Hinton and Lewis-Fernández, 2010a, 210) beschreibt kulturspezifische Ausdrucksweise von Leiden, die für jene Gesellschaften charakteristisch sind, in denen sie entstehen. Idioms of Distress bedienen sich Einstellungen, Metaphern und Praktiken der jeweiligen Gesellschaft, so dass sie darin *common sense* darstellen. Idioms of distress sind in gesellschaftlichen Praktiken integriert, haben aber auch reelle physiologische Korrelate (Hinton & Lewis-Fernández 2010a). Als Beispiel eines US-amerikanischen Idioms of Distress werden Rückenschmerzen erwähnt. Diese Beschwerden implizieren allgemein übermäßige Beanspruchung oder Misserfolg. Zusätzlich existieren Redewendungen, die diese sozial geteilten Annahmen metaphorisch zum Ausdruck bringen (z.B. »back-breaking labor«, »more than I can bear«, »spineless«, 211).

Kohrt und Hruschka (2010) untersuchen das Traumakonzept in Nepal mittels halbstrukturierter Interviews, offener Listen, Vergleichsaufgaben und teilnehmender Beobachtung. Laut den Autoren bringt jede Studie, die PTBS in Nepal untersuchte, bestätigende Ergebnisse. Die lokale Sprache beinhaltet dennoch kein einzelnes linguistisches Äquivalent für Trauma. Ähnlich sind die Effekte von traumatischen Ereignissen nicht in einem einheitlichen Konzept repräsentiert. Mehrere idioms of distress werden festgestellt, darunter Aatincchu (erschreckt), Aitin laagyuo (Schlafähmung, Besessenheit durch Geister während des Schlafs), Birsane nasakne darghaatana (Ereignis, das nicht vergessen werden kann), Jhajhalko aauchha (Flashbacks), maanasik yatana (mentale Qual), Manmaa kuraa khelne (Worte bzw. Gedanken die in der Herz-Verstand-Einheit spielen). Mehrere Kategorien von Trauma werden erwähnt, die je nach Art des Traumas, Symptomäußerungen, relevante Emotionen und Vulnerabilität variierten. Diese Kategorien entsprechen lokalen Konstrukten wie sozialem Status, Gehirn-Verstand-Einheit oder Herz-Verstand-Einheit und sind mit kulturspezifischen Behandlungsvorstellungen gekoppelt. Erwartete Behandlungsarten für Störungen bspw. im Bereich des sozialen Status sind Inklusionsinterventionen in der Gemeinde, Reinigungsrituale und Beratung. Körperliche Beschwerden sollten erwartungsgemäß medizinisch behandelt werden, während für Seelenbeschwerden traditionelle Methoden vorgesehen sind. Vulnerabilität steht in Zusammenhang mit Karma, der Effektsomme der Taten aus vorigen Leben, und ist somit nicht frei von einer gewissen Verantwortung, entweder der eigenen oder der der Vorfahren.

Das folgende Zitat beleuchtet die Auswirkungen der geringen Salienz westlicher Traumakonzeptionen auf die professionelle Kommunikation. Zusätzlich werden darin unterschiedliche Denk- und Behandlungstraditionen deutlich.

»I do not know how to communicate with the experts. He told me that I have some kind of disease in my mind but I think I am okay. He kept asking me to express my feelings toward the earthquake, but I feel embarrassed if I tell people my own feelings... I went to a Master in the temporary temple and she taught me how to deal with the situation. How to calm my anxieties through worship and helping others. How to accept Grief as an arrangement

of the gods. You know that our people have done so many wrong things« (Lin, zit. nach Marsella 2010, 23).

Im Konzept der Idioms of Distress kommt die Rolle der Kultur als ein formender Faktor von psychopathologischen Reaktionen hervor. Diese kulturelle Konstruktion von Erkrankungen ist bezeichnend für eine strukturalistische Perspektive in der Medizinethnologie und lässt sich auf der mentalen bzw. symbolischen Ebene in Form von Normen, Werten und Ideen finden (Spiro 2001). Die konkreten Mechanismen, die diese Konstruktionsprozesse kennzeichnen, werden durch die Untersuchung sozialer Prozesse beleuchtet, die die Rolle sozialer Parameter für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Erkrankungen in Betracht ziehen.

PTBS stellt zwar die einzige psychiatrische Diagnose dar, deren Ursache explizit genannt wird (Summerfield, 2001) und die außerhalb des Individuums liegt (Konner 2007). Zum Zeitpunkt der Konzeptentstehung brachte diese Tatsache eine positive Betrachtung der Traumaopfer, die bis dorthin als masochistische Persönlichkeiten (Hermann 2006) oder moralisch schwach (Ehrenreich 2003) stigmatisiert wurden. Autoren wie Becker (2003), Kleinman (1995) und Young (Gaines 1998) kritisieren dennoch die Reduktion des sozialen und politischen Kontextes des Traumas auf individuelle Pathologie bzw. auf »fehlerhafte Neurochemie« (Gaines 1998, 194). Entstigmatisierung erfolgt nicht primär durch die Anerkennung des erlittenen Unrechts oder des überwältigenden Charakters des Ereignisses, sondern durch die Viktimisierung der betroffenen Person durch die Zuschreibung einer Opferidentität.

Für Summerfield (2001) und Shephard (2002) stößt die Übernahme einer opferbezogenen Identität im Westen seit einigen Jahrzehnten auf derartige gesellschaftliche Akzeptanz, dass sie eine der wenigen psychiatrischen Diagnosen darstellt, die man gern hätte (Summerfield 2001). Letzterer wie auch Kleinman (1995) beobachten auf der Ebene der sozialen Interaktion mehrere Interessenspositionen, die mit dem Traumakonstrukt operieren wie Experten, Rechtsanwälte, Anspruchsteller und spricht von einer »Traumaindustrie« (2001, 96). Auf der Ebene der sozialen Praxis dient die PTBS als ein kulturelles Produkt den Interessen von Akteuren, die in einem gegebenen soziokulturellen und politischen Rahmen handeln. In diesem Sinne werden die Akteure von der Kultur beeinflusst, gestalten aber gleichzeitig Kultur selbst aktiv mit. Auf der symbolischen Ebene stellt laut

Summerfield (2001) ein von Positivismus und instrumentellem Denken (z.B. um geschehenes Unrecht zu behaupten, muss man den Eintritt eines Schadens beweisen) geprägter Zeitgeist die strukturelle Grundlage für die PTBS dar.

Methodische Konnotationen

Die Diskussion über die universelle bzw. die spezifische Äußerung der traumatischen Erfahrung ist untrennbar mit methodologischen Themen verknüpft. Die entsprechenden Beiträge stammen aus diversen Disziplinen, die verschiedenen Fragestellungen nachgehen und unterschiedliche Methoden verwenden. Während ethnologische explorative Analysen profunde Einblicke in die Lebenswelten von verschiedenen Bevölkerungsgruppen ermöglichen, wird die Psychiatrie von Handlungsorientierung geleitet, die zwangsmäßig Reduktion mit sich zieht (vgl. Kirmayer, Lemelson & Barad 2007). Somit steht die Stringenz und klinische Effektivität der empirischen Tradition ethischen und relevanz- bzw. salienzbezogenen Argumenten gegenüber.

Kirmayer et al. (2007) plädieren aus ethischen wie pragmatischen Gründen für einen interdisziplinären Zugang für die Traumaforschung und -klinik. Einerseits ermöglicht ein derartiger Zugang eine vielseitige Betrachtung des traumatischen Phänomens und die Entwicklung effektiver Interventionen. Andererseits stellt die Auseinandersetzung mit der kritischen Betrachtung einer anderen Disziplin eine Relativierung der Evidenzkriterien, die die klinische Praxis leiten und die nicht kulturfrei sind.

Die Auseinandersetzung mit kulturwissenschaftlichen Postulaten ist bereits in einer zunehmenden Anzahl von Arbeiten über Trauma erkennbar. So weisen viele, der empirischen Tradition verpflichtete, Autoren auf immanente Einschränkungen der verwendeten methodischen Ansätze für die Untersuchung kulturell diverser Zielgruppen hin. Beispielsweise sehen Norris & Alegria (2005) und Hajo & Razum (2006) Grenzen in epidemiologischen Untersuchungen, aufgrund der Heterogenität der verschiedenen ethnisch diversen Gruppen, ihrer Migrationsgeschichte und Akkulturationsgrad, sowie aufgrund der sprachlichen Barrieren, die die Stichproben auf Personen einschränken, die der Sprache des Ankunftslandes mächtig sind.

Osterman & de Jong (2007) schlagen eine ethnologisch inspirierte emische Perspektive vor, d.h. eine Vorgangsweise, die Einsicht in kulturspezifischen

Denkweisen ermöglicht. Das kann durch die Erweiterung von klassischen epidemiologischen durch ethnographische Forschungsmethoden erfolgen, die auf dem Prinzip der teilnehmenden Beobachtung beruhen. Zu den letzteren gehören Fokusgruppen, Stichprobenauswahl nach dem Schneeballprinzip und Krankheitsnarrationen.

Renner, Salem & Ottomeyer (2006) untersuchen mittels quantitativen und qualitativen Designs die Ausprägung von PTBS-Symptomen in drei Gruppen von Flüchtlingen in Österreich. Die Unterschiede bei den Ergebnissen führen sie zur Feststellung, dass von keiner einheitlichen PTBS-Diagnose die Rede sein kann.

Soziokulturelle Faktoren konzipiert als Alltagsstressoren finden außerdem vermehrt Eingang in traumabezogene Arbeiten. Miller, Omidian, Rasmussen, Yaoubi & Daudzai (2008) beziehen in einer Untersuchung von psychischen Belastungen in Afghanistan sowohl Kriegserfahrungen als Alltagsstressoren ein und entwickeln dazu kulturspezifische Instrumente. Sie stellen einen direkten Zusammenhang zwischen Alltagsstressoren und PTBS-Symptomen fest. Weiters beleuchten ihre Ergebnisse spezifische soziokulturelle Dimensionen anhand von genderbedingten Unterschieden. Während bei Frauen Alltagsstressoren und Kriegserfahrungen im gleichen Ausmaß zu PTBS-Symptomen führten, ist die Traumasymptomatik bei Männern von Alltagserfahrungen direkt und von Kriegserfahrungen nur indirekt abhängig. Die Autoren interpretieren dieses Ergebnis unter dem Gesichtspunkt einer intensiveren Last der afghanischen sozioökonomischen und kulturellen Strukturen für Frauen als für Männer. Die Studie stellt weiters eine moderierende Wirkung der Alltagsstressoren für den Zusammenhang zwischen Kriegserfahrungen und PTSD fest. Bei gleichzeitiger Anwesenheit von Alltagsstressoren ist dieser Zusammenhang nicht signifikant. Dieses Ergebnis unterstützt bisherige klinische Beobachtungen, die darauf hinweisen, dass chronischer Alltagsstress traumatische Erfahrungen und Symptome überschattet.

Implikationen für die Praxis

Auf der Behandlungsebene sind kulturtheoretische Überlegungen ein Ausgangspunkt für die Entwicklung von kulturspezifischen Interventionen. Eisenbruch, de Jong & van der Put, (2004) beschreiben die Entwicklung gemeindebasierter Interventionen in Krisengebiete. Im Rahmen dieser Interventionen wird die ak-

tive Partizipation der Zielgruppe erreicht und kulturspezifische Vorstellungen und Praktiken in das Design eingeplant. Bei Renner (2008) werden kultursensible und ressourcen-orientierte peer-groups mit tschetschenischen Flüchtlingen in Österreich beschrieben, eine in ihrer Effektivität mit Verhaltenstherapie vergleichbare Intervention.

In Bezug auf die klinische Praxis weist dennoch der gegenwärtige Wissensstand aufgrund der geringen Informationen und inkonsistenten Befunden Ergänzungsbedarf auf. Während etwa Hill et al. (2010) das Beispiel der in Ruanda lokalen Gerichtsformen gacaca als kultursensible gemeindebasierte Interventionen erwähnen, stellen Pham, Weinstein & Longman (2004) fest, dass Personen mit PTSD dem internationalen Strafgericht mehr Vertrauen schenken als an nationalen gacaca-Gerichten.

In klinischen Settings wird aufgrund des komplexen Zusammenspiels von trauma- und kontextbedingten Faktoren die Bedeutung multimodaler oder psychosozialer Interventionen hervorgehoben (Jobson and O’Kearney 2008; Kira, 2010; Miller et al. 2008; Bracken et al. 1995). Multimodale Interventionen kombinieren stützende Psychotherapie mit praktischen Angeboten wie Rechts- oder Sozialberatung, um soziale und strukturelle Dimensionen zu adressieren. Traumafokussierte Methoden alleine gelten als unzureichend, um die multiplen Dimensionen von Traumata im kulturellen Kontext zu behandeln, wenn auch viele angepasst werden, um zielgruppenspezifischen Bedürfnissen gerecht zu werden (Kira 2010; Nickerson et al. 2011; Bigfoot & Schmidt 2010).

In einem Review von Nickerson, Bryant, Silove & Steel (2011) scheinen jedoch traumafokussierte Interventionen größere Effektivität zu besitzen als multimodale Angebote. Die Veränderung von äußeren Bedingungen scheint nicht ausreichend zu sein, um die Auswirkungen eines Traumas zu beheben (Hubbard and Pearson in Miller et al 2008). Laut den Ergebnissen von Miller et al. (2008) führt die Verbesserung von äußeren Bedingungen eher dazu, dass die Auswirkungen der Traumaexposition evident werden. Die Autoren treten daher für den Einsatz von traumafokussierten Behandlungsmethoden im Anschluss an psychosozialen Interventionen ein. Die vorliegenden Befunde erlauben aktuell aufgrund ihrer geringen Anzahl keine eindeutigen Aussagen (Nickerson et al. 2011). Weiters weist möglicherweise die vorliegende Inkonsistenz auf die Bedeu-

tung der Kontextualisierung der Interventionen hin sowie auf den bedarf nach weiterführender Arbeiten in diesem Bereich.

Literatur

- Becker, David (2003): Migration, Flucht und Trauma. Der Trauma-Diskurs und seine politischen und gesellschaftlichen Bedeutungen. In Edgar Forster, Migration und Trauma. Beiträge zu einer reflexiven Flüchtlingsarbeit. Münster: LIT-Verlag.
- Berry, John (1992): Cross-Cultural Psychology, Research and Applications. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bigfoot, Dolores Subia & Susan R. Schmidt (2010): Honoring Children, Mending the Circle: Cultural Adaptation of Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for American Indian and Alaska Native Children. *Journal of Clinical Psychology, In Session*, Vol. 66(8), 847-856.
- Bracken, Patrick J. (2001): Post Modernity and post-traumatic stress disorder. *Social Science and Medicine*, 53, 733-743.
- Bracken, Patrick J., Joan E. Giller & Derek Summerfield (1995): Psychological Responses to War an Atrocity: The Limitations of Current Concepts. *Social Science and Medicine*, 40(8), 1073-1082.
- Bundesministerium für Gesundheit (2010): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. Linz.
- DeGirolamo, Giovanni & Alexander McFarlane (1996): The Epidemiology of PTSD: A Comprehensive Review of the International Literature. In Marsella Anthony, Friedman Matthew J., Ellen T. Gerrity & Raymond M. Scurfield, *Ethnocultural Aspects of Posttraumatic Stress Disorder. Issues Research and Clinical Applications*. Washington DC: American Psychological Association.
- De Jong, Joop (2002): Trauma, War, and Violence. *Public Mental Health in Socio-Cultural Context*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Ehrenreich, John H. (2003): Understanding PTSD: Forgetting Trauma. *Analyses of Social Issues and Public Policy*, 3(1), 15-28.
- Ehrensaft, Ester (1995): Review-Essay: Culture in the Diagnosis and Treatment or Post-Traumatic Stress Disorder. *Transcultural Psychiatry*, 33, 395-406.
- Eisenbruch, Maurice, Joop T.V.M. de Jong & Willem van de Put (2004): *Bringing Order out of Chaos: A Culturally Competent Approach to Managing*

- the Problems of Refugees and Victims of Organized Violence. *Journal of Traumatic Stress*, 17(2), 123-131.
- Gaines, Atwood (1998): From Margin to Center, From Medical Anthropology to Cultural Studies of Science. *American Anthropologist, New Series*, 100(1), 191-194.
- Greifeld, Katarina (2003): Einführung in die Medizinethnologie. In Katarina Greifeld (Hg.), *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie*. Berlin: Dietrich Reimer Verlag.
- Hajo, Zeep & Oliver Razum (2006): Epidemiologische Studien in der Migrationsforschung. Ein einleitender Überblick. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 49, 845-52.
- Helms, Janet E., Guerda Nicolas & Carlton E. Green (2010): Racism and Ethnoviolence as Trauma: Enhancing Professional Training. *Traumatology*, 16(4), 53-62.
- Herman, Judith (2006): *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. Paderborn: Junfermann.
- Hill, Jill S., Michael Y. Lau & Derald Wing Sue (2010): Integrating Trauma Psychology and Cultural Psychology: Indigenous Perspectives on Theory, Research, and Practice. *Traumatology*, 16(4), 39-47.
- Hinton, Devon E. & Roberto Lewis-Fernández (2010a): Idioms of Distress Among Trauma Survivors: Subtypes and Clinical Utility. *Cult. Med. Psychiatry*, 34, 209-218.
- Hinton, Devon E. & Roberto Lewis-Fernández (2010b): The Cross-Cultural Validity of Posttraumatic Stress Disorder: Implications for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 0, 1-19.
- Hollifield, Michael, Warner Teddy M., Nityamo Lian N., Barry Krakow, Janis H. Jenkins, James Kesler, Jayne Stevenson & Joseph Westermeyer (2002): Measuring Trauma and Health Status in Refugees: A critical review. *JAMA*, 288, 5, 611-621.
- Hörnig, Karl H. & Julia Reuter (2004): Doing Culture: Kultur als Praxis. In Karl H. Hörnig & Julia Reuter, *Doing Culture. Neue Positionen zum Verhältnis von Kultur und sozialer Praxis* (11-15). Bielefeld: Transkript Verlag.

- Jobson, Laura & Richard O’Kearney (2008): Cultural Differences in Personal Identity in Post-traumatic Stress Disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 95-109.
- Jones, Edgar, Robert Hodgins Vermaas, Helen McCartney, Charlotte Beech, Ian Palmer, Kenneth Hyams & Simon Wessely (2003): Flashbacks and Post-traumatic Stress Disorder: The Genesis of a 20th-century Diagnosis. *British Journal of Psychiatry*, 182, 158-163.
- Kira, Ibrahim A. (2010): Etiology and Treatment of Post-Cumulative Traumatic Stress Disorders in Different Cultures. *Traumatology*, 16(4), 128-141.
- Kirmayer, Laurence J., Robert Lemelson & Mark Barad (2007): Epilogue: Trauma and the Vicissitudes of Interdisciplinary Integration. In Lawrence J. Kirmayer, Robert Lemelson & Mark Barad, *Understanding Trauma, Integrating Biological, Clinical and Cultural Perspectives*. New York: Cambridge University Press.
- Kleinman, Arthur (1995): *Writing at the Margin. Discourse Between Anthropology and Medicine*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Kleinman, Arthur (1991): *Rethinking Psychiatry. From Cultural Category to Personal Experience*. New York: The Free Press.
- Konner, Melvin (2007): Trauma, Adaptation and Resilience: A Cross-Cultural and Evolutionary Perspective. In Lawrence J. Kirmayer, Robert Lemelson & Mark Barad, *Understanding Trauma, Integrating Biological, Clinical and Cultural Perspectives*. New York: Cambridge University Press.
- Kohrt, Brandon A. & Daniel Hruschka (2010): Nepali Concepts of Psychological Trauma: The Role of Idioms of Distress, Ethnopsychology and Ethnophysiology in Alleviating Suffering and Preventing Stigma. *Cult Med Psychiatry*, 34, 322-352.
- Lemelson, Robert, Laurence J. Kirmayer & Mark Barad (2007): Trauma in Context: Integrating Biological, Clinical and Cultural Perspectives. In Lawrence J. Kirmayer, Robert Lemelson & Mark Barad, *Understanding Trauma, Integrating Biological, Clinical and Cultural Perspectives*. New York: Cambridge University Press.
- Marsella, Anthony J. (2010): Ethnocultural Aspects of PTSD: An Overview of Concepts, Issues, and Treatments. *Traumatology*, 16(4), 17-26.

- Marsella, Anthony J., Matthew J. Friedman & E. Huland Spain (1996): Ethnocultural Aspects of PTSD: An Overview of Issues and Research Directions. In Anthony Marsella, Friedman Matthew J., Ellen T. Gerrity & Raymond M. Scurfield, *Ethnocultural Aspects of Posttraumatic Stress Disorder, Issues Research and Clinical Applications*. Washington DC: American Psychological Association.
- Martín-Baró, Ignacio (Author), Adriane A (Ed.) & Shawn Corne (Ed.) (1994): *Writings for a Liberation Psychology*. Harvard University Press.
- Miller, Kenneth, Patricia Omidian, Madhur Kulkarni, Aziz Yaqubi, Haqmal Daudzai & Andrew Rasmussen (2009): The Validity and Clinical Utility of Post-traumatic Stress Disorder in Afghanistan. *Transcultural Psychiatry*, 46, 219-237.
- Miller, Kenneth, Patricia Omidian, Andrew Rasmussen, Aziz Yaqubi & Haqmal Daudzai (2008): Daily Stressors, War Experiences and Mental Health in Afghanistan. *Transcultural Psychiatry*, 45, 611-638.
- Miller, Kenneth, Madhur Kulkarni & Hallie Kushner (2006): Beyond Trauma-Focused Psychiatric Epidemiology: Bridging Research and Practice With War-Affected Populations. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(4), 409-422.
- Nickerson, Angela, Richard A. Bryant, Derrick Solove & Zachary Steel (2011): A Critical Review of Psychological Treatments of Posttraumatic Stress Disorder in Refugees. *Clinical Psychology Review*, 31, 399-417.
- Norris, Fran H. & Alegria Margarita (2005): Mental Health Care for Ethnic Minority Individuals and Communities in the Aftermath of Disasters and Mass Violence. *CMS Spectrums*, 10(2), 132-140.
- Osterman, Janet E. & Joop de Jong (2007): Cultural Issues and Trauma. In Matthew J. Friedman, Terence M. Keane & Patricia A. Resick, *Handbook of PTSD, Science and Praxis*. New York: The Guilford Press.
- Pham, Phuong N., Harvey M. Weinstein & Timothy Longman (2004): Trauma and PTSD Symptoms in Rwanda. Implications for Attitudes Toward Justice and Reconciliation. *JAMA*, 252(5), 602-612.
- Renner, Walter (Hg.) (2008): *Culture sensitive and Ressource Oriented Peer (CROP) Groups*. Innsbruck: Univ.Verlag.

- Renner, Walter, Ingrid Salem & Klaus Ottomeyer (2006): Posttraumatic Stress in Asylum Seekers from Chechnya, Afghanistan and West-Africa: Differential Findings Obtained by Qualitative and Quantitative Methods in Three Austrian Samples. In John Preston Wilson & Catherine Sokum Tang (Eds.), *Cross-Cultural Assessment of Psychological Trauma and PTSD*, Springer, New York
- Roberts, A.L., S.E. Gilman, J. Breslau & K.C. Koenen (2010): Race/ethnic differences in exposure to traumatic events, development of post-traumatic stress disorder, and treatment-seeking for post-traumatic stress disorder in the United States. *Psychological Medicine*, 1-13.
- Robert Koch Institut (2008): *Migration und Gesundheit, Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin.
- Shephard, Ben (2002): The Rise of the Trauma Culture. In J.E. Hovens & G.J. Van Der Ploeg (eds.), *De Historie Vande Psychiaticals Basis Voor De Toekomst* (13-30). Rotterdam: Delta Psychiatrisch Ziekenhuis.
- Spiro, Melford E. (2001): Cultural Determinism, Cultural Relativism, and the comparative Study of Psychopathology. *Ethos*, 29, 2, 218-234.
- Strand, Michael (2011): Where do Classifications come from? The DSM-III, the Transformation of American Psychiatry, and the Problem of Origins in the Sociology of Knowledge. *Theor Soc*, 20, 273-313.
- Straub, Jürgen (2004): Kulturwissenschaftliche Psychologie. In Friedrich Jaeger & Jürgen Straub (Hg.), *Handbuch der Kulturwissenschaften, Band 2, Paradigmen und Disziplinen*. Stuttgart: Metzler.
- Summerfield, Derek (2001): The Invention of Post-traumatic Stress Disorder and the Social Usefulness of a Psychiatric Category. *BMJ*, Vol. 322, 95-98.
- Terheggen, Maaike A., Margaret S. Stroebe & Rolf J. Kleber (2001): Western Conceptualizations and Eastern Experience; A Cross-Cultural Study of Traumatic Stress Reactions Among Tibetan Refugees in India. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 2, 391-403.
- Zaumseil, Manfred (2006): Beiträge der Psychologie zum Verständnis des Zusammenhangs von Kultur und psychischer Gesundheit bzw. Krankheit. In Ernestine Wohlfart & Manfred Zaumseil, *Transkulturelle Psychiatrie-Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis*. Heidelberg: Springer.

Autorenhinweis

Olga Kostoula

Seit 2002 in einer Beratungsstelle für Flüchtlinge als klinische und Gesundheitspsychologin tätig sowie selbstständige Trainerin und Lektorin an der Universität Linz und der Fachhochschule Oberösterreich.

Arbeitsschwerpunkte: Kulturpsychologie, Migration und Gesundheit, interkulturelle soziale Arbeit.

Mag.^a Olga Kostoula

Hagenstraße 44

A-4040 Linz

E-Mail: beratung@olgakostoula.net