

Zur öffentlichen und gesellschaftlichen Wahrnehmung und Bewältigung von Gewalterlebnissen – Trauma und Politik

Usche Merk
medico international

Psychiatrie-Jahrestagung 20.4.2016 Bonn

Gewalt und Trauma

- Trauma hat sich als der zentrale Begriff entwickelt, der die psychischen Auswirkungen von Gewalt beschreiben soll
- Traumadiskurse sind von Politik nicht zu trennen, sie prägen die Narrative und damit den Kontext, in dem sich Menschen mit schmerzhaften Erfahrungen auseinandersetzen

Hintergrund: Erfahrung mit Trauma und Politik in Bezug auf:

- Folteropfer (Chile, Südafrika, Nicaragua, etc.)
- Krieg und Katastrophen (Guatemala, Mosambik, Sierra Leone, Tsunami, Haiti, Syrien etc.)
- Flucht und Migration (Nahost, Westafrika, Zimbabwe, Flüchtlinge in D etc.)

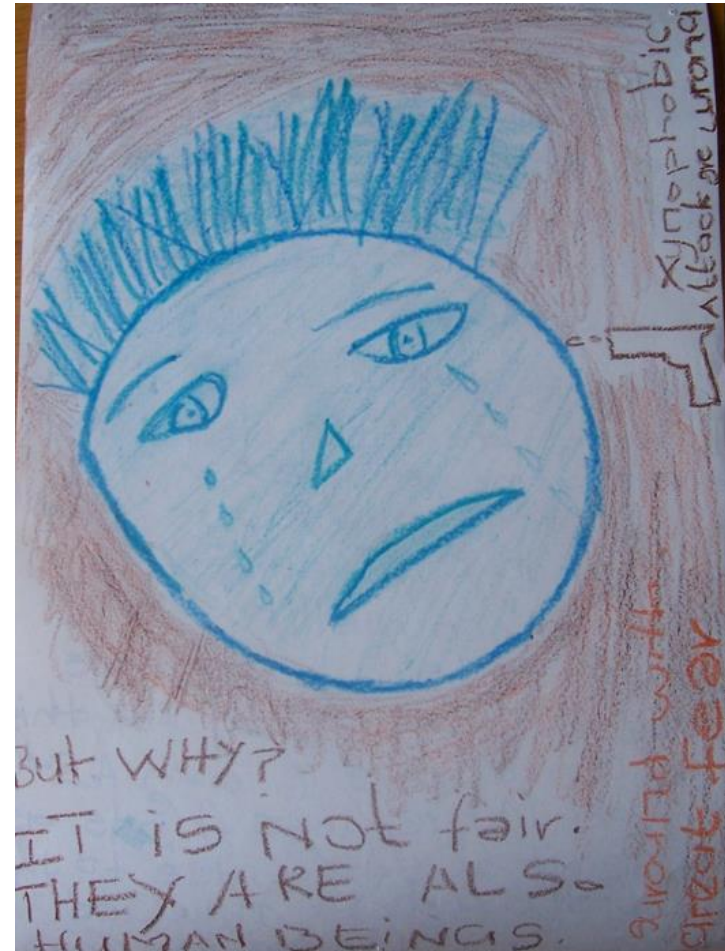


These: Psychosoziale Hilfe braucht ein politisches Verständnis

- Gegenüber den Ursachen von Trauma
- In Bezug auf die Haltung gegenüber den Opfern
- In Bezug auf die Ursprünge, Dimensionen und Wirkungen von Traumadiskursen

Doppelgesicht von Traumadiskursen

- Sensibilisiert für die Folgen von Gewalt und Ungerechtigkeit
- Mobilisiert Empathie und Unterstützung
- Enthält die Chance, mehr vom Leid der Menschen zu verstehen
- Ermöglicht Solidarisierung und soziale Kämpfe für Gerechtigkeit und Entschädigung
- Motiviert für Strategien gegen die Gewalt



Die andere Seite: Pathologisierung

Entstehung und
Einfluss der PTSD
Diagnose

Opfer –Täter
Diffusion

„traumatisierte
Flüchtlinge“

Psychisches Leid von Flüchtlingen: **Verwundete Seelen, keine Hilfe**

Von *Jana Hauschild*



Junger Asylbewerber: Fehlende Therapieplätze erschweren Integration

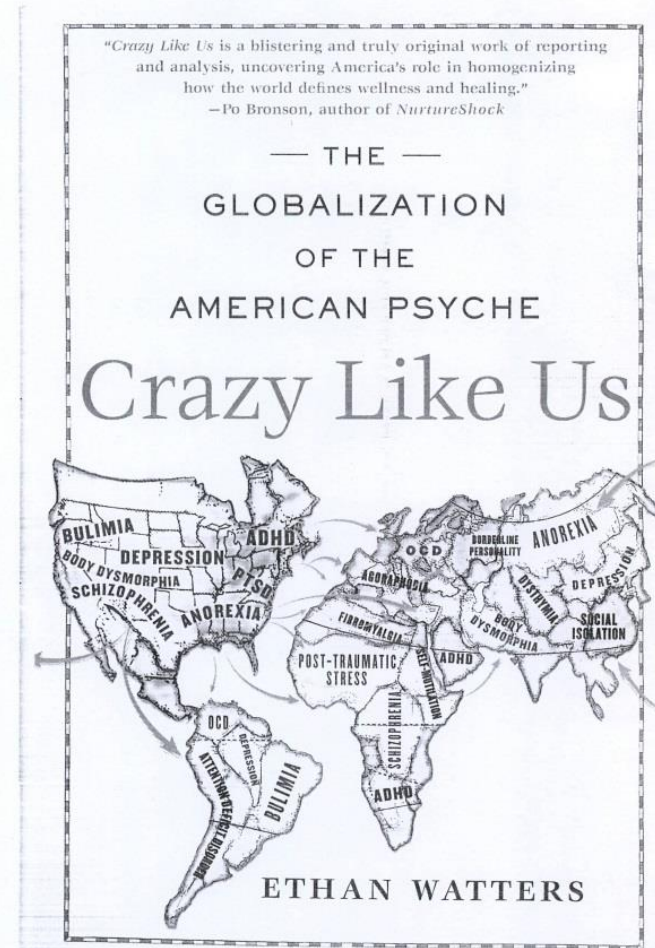
REUTERS

Flüchtlinge aus Krisengebieten kommen oft stark traumatisiert in Deutschland an. Hier setzt ihnen dann das prekäre Leben in den Unterkünften zu. Psychische Erkrankungen sind häufig - Therapieplätze gibt es nur wenige.

Spiegel Online 2.6.15

Privatisierung

- Biomedizinische Diagnosen individualisieren
Auswirkungen kollektiver Erfahrungen
- Westliches Menschenbild und Deutungsnarrativ – Enteignung von anderen kulturellen Narrativen
- Kollektive und kulturelle Ressourcen werden marginalisiert
- Neurobiologische Wende: Trauma als Gehirnproblem?



Ökonomisierung

- Zunahme struktureller und sozialer Gewalt in der Folge der neoliberalen Globalisierung
- Traumaarbeit als Geschäftsfeld einer international agierenden Hilfsindustrie
- Identifizierung von ‚Versorgungslücken‘ und ‚mental health Gaps‘
- Markt für Pharmaprodukte
- Traumatisierte Menschen als Forschungsobjekte

The Epidemic of Mental Illness: Why?

Marcia Angell

The Emperor's New Drugs:
Exploring the Antidepressant Myth
by Irving Kirsch.
Basic Books, 226 pp., \$1599 (paper)

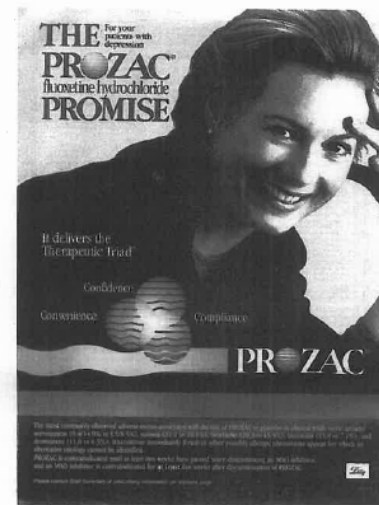
Anatomy of an Epidemic:
Magic Bullets, Psychiatric Drugs,
and the Astonishing Rise of
Mental Illness in America
by Robert Whitaker.
Crown, 404 pp., \$26.00

Unhinged:
The Trouble With Psychiatry—
A Doctor's Revelations About
a Profession in Crisis
by Daniel Carlat.
Free Press, 256 pp., \$25.00

It seems that Americans are in the midst of a raging epidemic of mental illness, at least as judged by the increase in the numbers treated for it. The tally of those who are so disabled by mental disorders that they qualify for Supplemental Security Income (SSI) or Social Security Disability Insurance (SSDI) increased nearly two and a half times between 1987 and 2007—from one in 184 Americans to one in seventy-six. For children, the rise is even more startling—a thirty-five-fold increase in the same two decades. Mental illness is now the leading cause of disability in children, well ahead of physical disabilities like cerebral palsy or Down syndrome, for which the federal programs were created.

A large survey of randomly selected adults, sponsored by the National Institute of Mental Health (NIMH) and conducted between 2001 and 2003, found that an astonishing 46 percent met criteria established by the American Psychiatric Association (APA) for having had at least one mental illness within four broad categories at some time in their lives. The categories were "anxiety disorders," including among other sub-categories, phobias and post-traumatic stress disorder (PTSD); "mood disorders," including major depression and bipolar disorders; "impulse-control disorders," including various behavioral problems and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD); and "substance use disorders," including alcohol and drug abuse. Most met criteria for more than one diagnosis. Of a subgroup affected within the previous year, a third were under treatment—up from a fifth in a similar survey ten years earlier.

Nowadays treatment by medical doctors nearly always means psychoactive drugs, but it, drugs that affect the mental state. In fact, most psychiatrists treat only with drugs, and refer patients to psychologists or social workers if they believe psychotherapy is also warranted. The shift from "talk therapy" to drugs as the dominant mode of treatment coincides with the emergence over the past four decades of the theory that mental illness is caused primarily by chemical imbalances in the brain that can be corrected by specific drugs. That theory became broadly accepted, by the media and the public as well as by the medical profession, after Prozac came to market in 1987 and was intensively promoted as a corrective for



An advertisement for Prozac, from The American Journal of Psychiatry, 1995

a deficiency of serotonin in the brain. The number of people treated for depression tripled in the following ten years, and about 10 percent of Americans over age six now take antidepressants. The increased use of drugs to treat psychosis is even more dramatic. The new generation of antipsychotics, such as Risperdal, Zyprexa, and Seroquel, has replaced cholesterollowering agents as the top-selling class of drugs in the US.

What is going on here? Is the prevalence of mental illness really that high and still climbing? Particularly if these disorders are biologically determined and not a result of environmental influences, is it plausible to suppose that such an increase is real? Or are we learning to recognize and diagnose mental disorders that were always there? On the other hand, are we simply expanding the criteria for mental illness so that nearly everyone has one? And what about the drugs that are now the mainstay of treatment? Do they work? If they do, shouldn't we expect the prevalence of mental illness to be declining, not rising?

These are the questions, among others, that concern the authors of the three provocative books under review here. They come at the question from different backgrounds—Irving Kirsch is a psychologist at the University of

Hull in the UK, Robert Whitaker a journalist and previously the author of a history of the treatment of mental illness called *Mad in America* (2001), and Daniel Carlat a psychiatrist who practices in a Boston suburb and publishes a newsletter and blog about his profession.

The authors emphasize different aspects of the epidemic of mental illness. Kirsch is concerned with whether antidepressants work. Whitaker, who has written an angrier book, takes on the entire spectrum of mental illness and asks whether psychoactive drugs create worse problems than they solve. Carlat, who writes more in sorrow than in anger, looks mainly at how his profession has allied itself with, and is manipulated by, the pharmaceutical industry. But despite their differences, all three are in remarkable agreement on some important matters, and they have documented their views well.

First, they agree on the disturbing extent to which the companies that sell psychoactive drugs—through various forms of marketing, both legal and illegal, and what many people would describe as bribery—have come to determine what constitutes a mental illness and how the disorders it could be diagnosed and treated. This is a subject to which I'll return.

Second, none of the three authors subscribes to the popular theory that mental illness is caused by a chemical

imbalance in the brain. As Whitaker tells the story, that theory had its genesis shortly after psychoactive drugs were introduced in the 1950s. The first was Thorazine (chlorpromazine), which was launched in 1954 as a "major tranquilizer" and quickly found widespread use in mental hospitals to calm psychotic patients, mainly those with schizophrenia. Thorazine was followed the next year by Miltown (meprobamate), sold as a "minor tranquilizer" to treat anxiety in outpatients. And in 1957, Mersilid (propylthiouracil) came on the market as a "psychic energizer" to treat depression.

In the space of three short years, then, drugs had become available to treat what at that time were regarded as the three major categories of mental illness—psychosis, anxiety, and depression—and the face of psychiatry was totally transformed. These drugs, however, had not initially been developed to treat mental illness. They had been derived from drugs meant to treat infections, and were found only serendipitously to alter the mental state. At first, no one had any idea how they worked. They simply blunted disturbing mental symptoms. But over the next decade, researchers found that these drugs, and the newer psychoactive drugs that quickly followed, affected the levels of certain chemicals in the brain.

Some brief—and necessarily quite simplified—background: the brain contains billions of nerve cells, called neurons, arrayed in immensely complicated networks and communicating with one another constantly. The typical neuron has multiple filamentous extensions, one called an axon and the others called dendrites, through which it sends and receives signals from other neurons. For one neuron to communicate with another, however, the signal must be transmitted across the tiny space separating them, called a synapse. To accomplish that, the axon of the sending neuron releases a chemical, called a neurotransmitter, into the synapse. The neurotransmitter crosses the synapse and attaches to receptors on the second neuron, often a dense cluster of receptors called a dendrite. The neurotransmitter is either reabsorbed by the first neuron or metabolized by enzymes so that the status quo ante is restored. There are exceptions and variations to this story, but that is the usual way neurons communicate with one another.

When it was found that psychoactive drugs affect neurotransmitter levels in the brain, as evidenced mainly by the levels of their breakdown products in the spinal fluid, the theory arose that the cause of mental illness is an abnormality in the brain's concentration of these chemicals that is specifically counteracted by the appropriate drug. For example, because Thorazine was found to lower dopamine levels in the brain, it was postulated that psychoses like schizophrenia are caused by too much dopamine. Or later, because certain antidepressants increase levels of

The New York Review

Normalisierung

„Soldaten gegen Traumafolgestörungen immunisieren“ ?

Weltweit einzigartige Studie zu Traumafolge-Erkrankungen bei Soldaten nach Militäreinsätzen

Viele Soldaten werden von Kriegserlebnissen traumatisiert. Nicht nur psychisches Leid, sondern auch psychosoziale Probleme, soziale Isolation und eine erhöhte Aggressionsbereitschaft sind häufige Folgen. Eine erfolgreiche Reintegration in die Gesellschaft wird somit erschwert. Mit Unterstützung der Volkswagen Stiftung entwickelt ein Forscherteam der Universität Konstanz derzeit in einem weltweit einzigartigen Feldversuch psychologische Präventions- und Therapiestrategien. In einer ersten Projektphase wurden rund 1.000 Interviews und 60 präventive Interventionen mit afrikanischen Soldaten und ehemaligen Kombattanten erfolgreich abgeschlossen.

Wie ist das Forschungsprojekt aufgebaut?

Nach Aufhalten in Krisengebieten leiden viele Soldaten an Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) oder an Depressionen. Zudem zeigen sie häufig ein aggressiveres Verhalten als früher und finden sich nur schwer im Alltag zurecht. Die Zusammenhänge von traumatischem Stress und Gewaltbereitschaft von Soldaten nach Kampfeinsätzen untersucht jetzt ein Forscherteam der Universität Konstanz im Rahmen eines weltweit bisher einzigartigen Prä-Post-Vergleichs. Die Wissenschaftler haben die einmalige Gelegenheit, Mitglieder der Friedensmission der African Union Mission to Somalia (AMISOM) vor und nach ihrem Militäreinsatz in Somalia zu befragen und therapeutisch zu betreuen. Dabei handelt es sich um burundische Soldaten, die für ein Jahr nach Somalia entsendet werden. So können die Forscher Veränderungen in der psychischen Gesundheit von Soldaten als Folge ihres Kampfeinsatzes unmittelbar untersuchen. Die VolkswagenStiftung fördert die innovative Studie in ihrer Förderinitiative "Offen – für Außergewöhnliches" mit rund 247.000 Euro.

Wer sind die Probanden der Studie?

Die Wissenschaftler(innen) um Dr. Roland Weierstall, Anselm Crombach, Corina Nandi und Prof. Dr. Thomas Elbert hatten in den letzten Monaten die Möglichkeit, mehr als 560 burundische Soldaten in einem Militärcamp nahe der Hauptstadt Bujumbura zu interviewen. Darüber hinaus führten sie mit rund 60 Militärs eine präventive Kurzzeit-Intervention als Vorbereitung auf ihren einjährigen Kampfeinsatz (Januar 2013 bis Januar 2014) durch. Da in Burundi erst im Jahr 2006 ein langjähriger blutiger Bürgerkrieg endete, ist davon auszugehen, dass die psychischen Vorbelastungen dieser Soldaten und ihre Gewaltbereitschaft höher ausfallen als bei vergleichbaren Personengruppen aus Europa oder Nordamerika. Neben den Interviews mit aktiven Soldaten erhob das Forscherteam zum Vergleich zusätzlich Daten von rund 400 Veteranen des burundischen Militärs sowie von ehemaligen Rebellen des Bürgerkriegs. Unterstützt werden die deutschen Wissenschaftler von burundischen Kollegen der Universität Lumière in Bujumbura um Prof. Dr. Manassé Bamboonye sowie von den Militärpsychologen der burundischen Armee.

Was ist das Ziel der Interventionen?

Ziel der präventiven und kurativen Interventionen vor und nach dem Kampfeinsatz ist es, die Soldaten in die Lage zu versetzen, lebensgefährliche und gewalttätige Erlebnisse zu verarbeiten und diese als Erinnerungen aus einer anderen Zeit zu begreifen, um sich so ohne psychisches Leid und Funktionsminderung einer neuen Aufgabe widmen zu können: der Reintegration in die Zivilgesellschaft.

Wie funktioniert die neue präventive Interventionsmethode "Präventive Narrative Expositionstherapie"?

Auf der Narrativen Expositionstherapie (NET) basierend haben die Konstanzer Forscher eine präventive Intervention für Trauma-Opfer entwickelt. Dabei schildert ein Proband zunächst besonders einschneidende, traumatische Gewalterfahrungen. In einem zweiten Schritt werden alle bedeutsamen Erlebnisse im Leben des Probanden – positive wie negative – im Verlauf des bisherigen Lebens verortet und vergeschichtlicht. "Wir wissen, dass bei Patienten mit PTBS die traumatischen Ereignisse nicht mehr als Teil der Vergangenheit wahrgenommen werden können, sondern diese ständig im Hier und Jetzt präsent sind. Alltägliche Reize – beispielsweise ein vertrauter Geruch – können dann massives Angst erleben auslösen. In der Intervention durchlebt der Soldat das Trauma erneut; das Gehirn lernt dabei jedoch, alle traumabezogenen Reize an die Vergangenheit zu knüpfen. Treten Hinweise auf Gefahr erneut auf, so kann der Proband das aktuelle Angstempfinden der Realität anpassen", erläutert der Psychologe Dr. Roland Weierstall die Vorgehensweise der Therapie. "Dieser Wirkfaktor von Traumatherapie, nämlich traumatische Erfahrungen unmittelbar durch Verbalisierung in der eigenen Biografie zu verorten, soll Soldaten gegen Traumafolgestörungen immunisieren."

Gern vermitteln wir Ihnen Interviews mit den Projektbeteiligten.

Von Trauma zu Resilienzdiskursen



Ready and Resilient Campaign: Post Traumatic Stress Disorder

What is it?

Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) is a condition that can occur in adults or children, military or civilian at any age after experiencing or witnessing a traumatic event. Combat, sexual or physical assault or abuse, a terrorist incident, a serious accident or natural disasters like a fire, tornado, hurricane, flood or an earthquake are all examples of traumatic events.

Symptoms of PTSD include reliving the event through flashbacks, nightmares, daydreams, or avoiding reminders of the event, and being on guard or hyper-aroused. These symptoms may occur soon after the trauma or take weeks, months or even years to appear or for some not at all. Other issues that may mask or intensify symptoms include chronic pain, depression, anxiety, alcohol, drug, or relationship problems.

What has the Army done?

PTSD is treatable. The Army offers Soldiers and families access to healthcare providers and effective treatments including talk therapies and medications or both. **Recovery is as high as 80 percent** for patients who complete behavioral health treatment.

The Army has increased the number of behavioral health providers and embedded many within brigade combat teams where needed most. The Army also conducts mandated enhanced behavioral health screenings at five recognized touch points throughout the deployment cycle, to include an in-theater touch point. The Army now also screens for PTSD annually as part of every Soldier's periodic annual health assessment.

Why is this important to the Army?

Since 2003, a total of 92,835 Soldiers (79,014 deployed and 13,821 non-deployed), who served in support of Operation Iraqi Freedom and Operation Enduring Freedom, have been diagnosed with PTSD. As Soldiers continue to return from deployments, the Army must be ready and able to provide the behavioral health care and services needed to restore health to preserve the Army's fighting strength and the Soldier's quality of life.

What does the Army have planned for the future?

The availability of consistent evidence-based behavioral health assessments and treatments for PTSD is a high priority for the Army. **The Army currently has over 5,000 behavioral health professionals** trained to provide behavioral health services for Soldiers and other beneficiaries diagnosed with PTSD and related clinical conditions.

Plans for the future include embedding additional behavioral health providers in units that are not brigade combat teams in support of the Army's Ready and Resilient program. The Army will continue to provide extensive training and access to resiliency programs before, during and after deployments to lessen the impact of deployments and traumatic events on Soldiers and families

Das "Comprehensive Soldier Fitness" Programm der US Armee

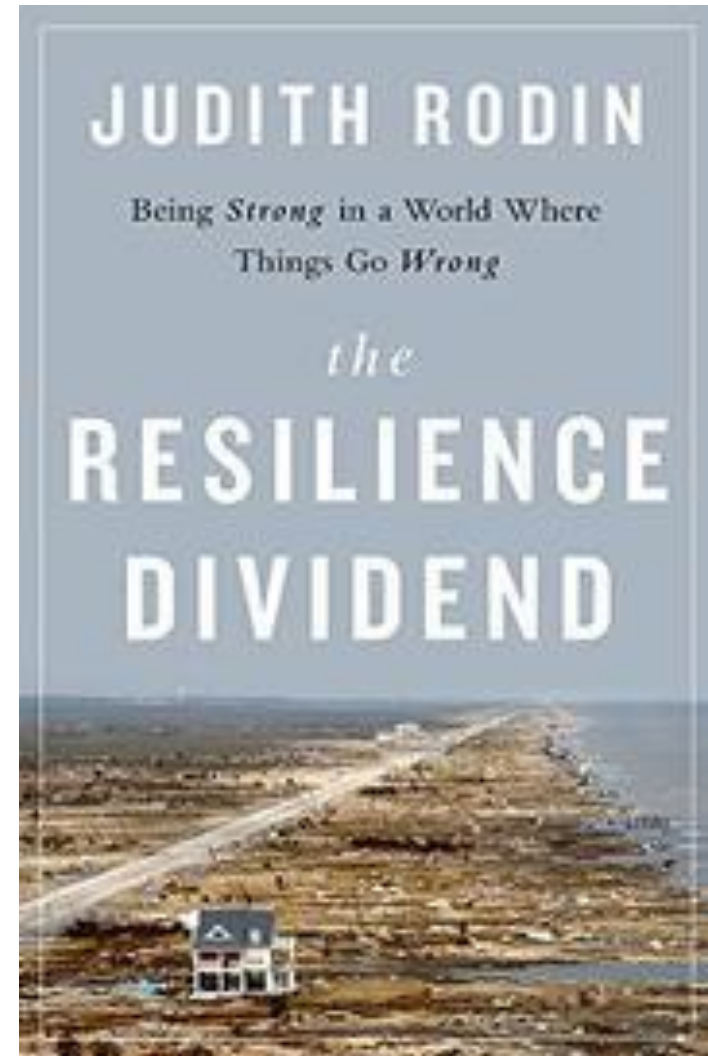
Hintergrund: Hohe gesundheitliche und politische Kosten der Militäreinsätze in Afghanistan und Irak

- Resilienzförderung für 1,1 Millionen Soldaten und ihre Familien (Positive Psychologie /Martin Seligman)
- "posttraumatic growth" – traumatische Erfahrungen als Möglichkeit für persönliche Reifeprozesse

Ziel: "eine unbezwingbare Armee schaffen" (Seligman 2012)

„Crisis is the new normal“

- Der Aufstieg des Resilienzkonzepts in der humanitären Hilfe
- Statt Verhinderung traumatischer Erfahrungen - Anpassung an die Schrecken der Wirklichkeit?
- „Eigenverantwortung“ der Menschen - Aufkündigung von staatlicher Verantwortung für Gesundheit?



Was tun?

Vorschläge für eine kritische Hilfe

- sich der Wechselwirkung von Traumadiskursen und Hilfe bewusst sein und die eigene Rolle selbstkritisch reflektieren
- sich in problematische Narrative und Traumadiskurse einmischen
- machtgeleiteten und destruktiven gesellschaftlichen und institutionellen Rahmenbedingungen entgegentreten
- Menschen mit traumatischen Erfahrungen nicht als Klienten sondern als Subjekte in den Mittelpunkt stellen

Henafe Alali, aus Syrien geflohen, seit 2014 in Berlin

„Ich will kein Flüchtling sein. Ich will nicht Thema eines Zeitungsartikels sein, in dem es nicht um mich als menschliches Wesen geht. Nennt mich ein interkontinentales historisches Ereignis oder einen Schmerzsturm, der durch diese elende Welt fegt, aber nennt mich nicht Flüchtling. (..)“

Hier in der Fremde bin ich nicht nur das Thema über das alle reden, ich bin das Elend des 21. Jahrhunderts. Ich bin Opfer von Gesellschaften, die meine Kultur schlucken wollen, damit ich in ihrer aufgehe. Ich bin ein Mensch, der kein Podium hat, um über seinen Schmerz zu sprechen, während die Gesellschaft alle Bühnen nutzt, um über diesen Fremden, diesen Flüchtling zu sprechen. Aber ich kann nicht antworten. (..)“

Ich bin ein Syrer, der das Alphabet erfunden hat, damit die Menschheit miteinander kommunizieren kann. Verboten Sie mir daher nicht, bei jeder Gelegenheit zu sprechen. Ich bin weniger ein Flüchtling als ein Mensch voller Gefühle. Ich suche Hoffnung in all diesen Trümmern und Wärme und ich danke allen, die mir beigestanden sind,,“

(aus: der Spiegel 15/2016)

Ich danke Ihnen für Ihre
Aufmerksamkeit!