Folter- und Kriegsopfer in der hausärztlichen Praxis

Heinrich Kläui, Conrad Frey
Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer SRK, Wabern/Bern

Quintessenz

- Mit gefolterten und traumatisierten Menschen wird jede Hausärztin/jeder Hausarzt konfrontiert.
- Spezifische psychiatrische Krankheitsbilder (PTSD, Depression) finden sich oft, doch das Leiden dieser Menschen lässt sich mit der medizinischen Nosologie nur unzureichend erfassen.
- Vertrauensaufbau und Stabilisierung sind die wichtigsten therapeutischen Elemente, auch und gerade in der hausärztlichen Praxis.

Summary

Torture and war victims in the family doctor's practice

- *Every family doctor will find her/himself confronted with tortured and traumatised patients.*
- *Specific psychiatric disorders (PTSD, depression) are frequent, but medical nosology is inadequate to measure the extent of these people's suffering.*
- *Confidence building and stabilisation are the most important therapeutic elements, also, and especially, in the family doctor's practice.*

Einleitung

Folter und Kriegstraumata sind leider auch im 21. Jahrhundert von höchster Aktualität. Nachrichten über Menschenrechtsverletzungen erreichen uns täglich – und täglich suchen psychisch und/oder physisch verletzte Menschen Asyl in ruhigeren, friedlicheren Nationen als ihren Heimatländern, aus denen sie fliehen mussten. Hier geben wir eine Übersicht über Folter- und Kriegstraumata, über deren psychische und somatische Folgen sowie über die Behandlungsmöglichkeiten in der hausärztlichen Praxis.
Mit der im letzten April in PrimaryCare erschienen Informationsschrift «Folter und Trauma: Folgen und therapeutische Möglichkeiten» [1] will das SRK der Ärzteschaft ein praxisnahes Wissen über die psychischen und somatischen Folgen von Folter und Kriegstrauma zur Verfügung stellen. Die Broschüre gibt eine Übersicht über Folter und Foltermethoden, deren Ziele und Verbreitung, geht danach auf die psychischen und somatischen Folgen ein und stellt schliesslich die Therapiemöglichkeiten eingehend dar. Durch die ganze Broschüre zieht sich der «hausärztliche Blick»: Wann muss die Hausärztin an Folter denken? Worauf muss der Hausarzt im Gespräch achten? Welche Abklärungen sind sinnvoll? Wann sind die Grenzen der hausärztlichen Betreuung und Behandlung erreicht? Der Artikel lehnt sich an diese Publikation an.

Die traumatische Reaktion

Als Trauma wird ein Ereignis bezeichnet, das «nahezu bei jedem Menschen Gefühle von Ausgeliefertsein, Hilflosigkeit und Verzweiflung hervorruft» (ICD-10), d.h. «Ereignisse, die die individuellen Fähigkeiten, die Situation zu kontrollieren, übersteigen und zu einer nachhaltigen Erschütterung von zentralen Vorstellungen, Werten und Bedürfnissen führen» (Konstruktivistische Selbst-Entwicklungs-Theorie von McCann und Pearlman, 1990).

Posttraumatische Belastungsstörung

Nach Folter und Kriegstraumata entwickeln rund 15% der Betroffenen eine – oft lange dauernde – posttraumatische Belastungsstörung (posttraumatic stress disorder, PTSD) [2]. Typische Elemente des PTSD sind:

– Wiedererleben: Das Trauma wird in belastender Weise immer wieder erlebt in sich aufdrängenden, überflutenden Erinnerungen, als ob das Ereignis gegenwärtig wäre. Das Wiedererleben kann tagsüber als Flashbacks und als dissoziative Bewusstseinszustände, nachts in Albträumen auftreten. Trigger können ganz banale Situationen sein, wie eine uniformierte Person, ein bestimmter Typ Kastenwagen oder ein Feuerwerk.

Links:
Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer SRK: http://www.redcross.ch/activities/health/ambu/index-de.php
Vermittlungsstellen für Übersetzende: http://inter-pret.ch/contenus/shtml/acteurs-centresplacement-dt.shtml
Internetplattform für Gesundheitsinformationen in Migrationssprachen: http://www.migesplus.ch/index-de.php
BAG Migration und Gesundheit: http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00395/index.html?lang=de

CME zu diesem Artikel finden Sie auf S. 883 oder im Internet unter www.smf-cme.ch.

– Vermeidung: Vermeidung zeigt sich als Rückzug, Interesselosigkeit, Erstarrung, emotionale Distanzierung. Die Vermeidung dient zunächst als Schutz vor den überschwemmenden destruktiven Erinnerungen, trägt langfristig aber zum chronischen Verlauf bei.
– Erregung: Die gesteigerte vegetative und motorische Übererregtheit mit erhöhter Vigilanz, ursprünglich eine lebenserhaltende Funktion, verselbständigt sich zu einer dauernden Nervosität mit Schreckhaftigkeit, häufig starkem Schwitzen, Panik und Schlaflosigkeit.

Depression

Etwa doppelt so häufig wie ein PTSD muss bei traumatisierten Menschen eine Depression diagnostiziert werden, was in der immer noch stark ätiologisch orientierten psychotraumatologischen Forschung gerne übersehen wird.

Verzweiflung und Selbstwertverlust

Die medizinische Sichtweise orientiert sich an Krankheiten und Funktionsstörungen. Das Leiden traumatisierter Menschen geht weit über die Ebene diagnostizierbarer Krankheiten hinaus. Folter und Krieg erschüttern nachhaltig das Selbst- und Weltbild. Zweifel an sich und der Menschheit, Verzweiflung und tiefe Trauer über die Verluste verändern den Menschen, der sich «nicht mehr der Gleiche» oder sogar «lebendig tot» fühlt. Silove und Steele [2] entwickelten ein nützliches Gedankengerüst, das fünf Ebenen unterscheidet, die hier stichwortartig charakterisiert werden sollen:
– die Ebene der vitalen Bedrohung, auf der die Symptome der PTSD ursprünglich funktional waren (Vigilanz, Schlaflosigkeit);
– die Ebene der Bindungen: Trauer über die Verluste von Familienangehörigen und Heimat, Isolation im Exil;
– die Ebene der Gerechtigkeit: Anerkennung und Verfolgung des Unrechts sind auch therapeutisch wirksam;
– die Ebene der Identität und Zugehörigkeit: Platz im Aufnahmeland finden, eine Funktion (Arbeit) in der neuen Umgebung finden;
– die existenzielle Ebene: dem Leben wieder einen Sinn geben; Spiritualität.

Traumatisierte Menschen in der hausärztlichen Praxis

Die hausärztliche Praxis nimmt in der Abklärung und therapeutischen Begleitung von traumatisierten Flüchtlingen eine wichtige Funktion wahr. Die Hausärztinnen und Hausärzte sind für Flüchtlinge in der Regel die erste und bleiben nicht selten die einzige Anlaufstelle im Gesundheitssystem. Die Betreuung von Migrantinnen und Migranten unterscheidet sich grundsätzlich nicht von der Betreuung einheimischer Patienten; dennoch seien einige Punkte speziell hervorgehoben:
Eine gemeinsame Sprache finden ist nicht immer möglich. Vermehrt stehen Dolmetscherdienste zur Verfügung (siehe www.inter-pret.ch), doch ist weder die allgemeine Verfügbarkeit von Übersetzungspersonen noch deren Bezahlung geregelt.
Vorurteile (beiderseits) können das Verstehen behindern. Flüchtlinge aus Staaten mit Zweiklassenmedizin sehen in der hausärztlichen Praxis oft die billigmedizinische Variante, die es durch forderndes Auftreten zu überwinden gilt, um eine kompetente Behandlung beim Spezialisten zu erhalten – und werden im Gegenzug nicht selten mit Verallgemeinerungen und Stereotypien von Seiten der Akteure des Gesundheitswesens konfrontiert.
Der Glaube an die Medizintechnik nährt unrealistische Hoffnungen und Vorstellungen beim Flüchtling, der nun endlich an der fortschrittlichen Medizin der Industriestaaten teilhaben kann – und ist auch unter Medizinern recht verbreitet.

In welchen Situationen muss an durchgemachte Folter gedacht werden?

Die spontan geäusserten Beschwerden von Gefolterten sind meist unspezifisch und werden von unvorbereiteten Ärztinnen und Ärzten nicht mit durchgemachter Folter in Verbindung gebracht. Folgende Symptome und Merkmale können bei Migrantinnen und Migranten (ungeachtet ihres Aufenthaltsstatus) mögliche Hinweise auf erlittene systematische Gewalt liefern:
– Sichtbare Folgen von Verletzungen (Narben, Trommelfellperforationen, Fussdeformitäten).
– Chronische Schmerzen, insbesondere Beschwerden mit rasch wechselnder Intensität (Beispiel: Bei der Kontrolle nach einer Notfallkonsultation wegen lumbaler Schmerzen sind diese kein Thema mehr, doch nun leidet der Patient unter unerträglichen Fusschmerzen).
– Nervosität und vegetative Übererregtheit, Schwitzen; grosse Anspannung und innerer Druck, der sich auch auf die Helfenden übertragen kann. Der innere Druck zeigt sich in der Schilderung unaushaltbarer Schmerzen, in der Unruhe (Notfallbesuche, Warten ist unmöglich, der Patient läuft gehetzt im Gang umher). Arztwechsel sind häufig, aber auch wiederholtes Aufsuchen der Spital-Notfallstationen trotz laufender hausärztlicher Betreuung. Ein Patient fasste sein Leiden wie folgt zusammen: «Warum geht es so lange, bis mir jemand hilft?» Den genau gleichen Satz hatte er bei der Schilderung seiner Traumatisierung verwendet.
– Dissoziative Zustände: Gefolterte Menschen können durch (manchmal banale) Trigger an die Folter erinnert werden. Auslöser können uniformierte Menschen, aber auch ein Lieferwagen einer bestimmten Marke (die im Heimatland durch die Geheimpolizei verwendet wurde)

sein. Sogar das Klappern einer gewöhnlichen Schreibmaschine kann bei einem gefolterten Menschen qualvolle Erinnerungen an Verhöre und dissoziative Zustände verursachen.
– Chronische Schlafstörungen (Ängste, Albträume mit motorischer Unruhe und Schreien).
– Gefühle von Angst, Wut, Misstrauen, Resignation und Ohnmacht (auch als Gegenübertragungsgefühle). Traumatisierte Flüchtlinge reagieren besonders empfindlich auf reale oder vermeintliche Ungerechtigkeiten und Diskriminierungen.

Wie soll ein Gespräch geführt werden?

Im Vordergrund der Betreuung sollte der Vertrauensaufbau stehen, der sich durch Konstanz und Zuverlässigkeit in der Beziehung, Akzeptieren der Autonomie des Gegenübers und gemeinsames Verhandeln der weiteren Schritte entwickelt. Die ersten Kontakte zwischen Arzt und Patient sind von entscheidender Bedeutung für den weiteren Verlauf der Behandlung. Die Hilfesuchenden haben manchmal enttäuschende Erfahrungen gemacht und können fordernd oder resigniert auftreten. Die folgenden Hinweise zur Gesprächsführung helfen, den Einstieg in die schwierige Thematik zu erleichtern:

Achten Sie auf eine behutsame Gesprächsführung: Lassen Sie die traumatisierten Flüchtlinge selber bestimmen, wie weit sie sich öffnen wollen. Sollte sich ihr Patient/Ihre Patientin durch Erinnerungen in einen dissoziativen Zustand wegtreiben lassen, so bremsen Sie das Gespräch, um sie/ihn auf den Boden der Realität zurückzuführen («Jetzt sind wir in XY, Sie sind wegen Kopfschmerzen in meine Praxis gekommen, wir wollen diese nun anschauen …»). Geben Sie sich und Ihrem Gegenüber Zeit.

Vermeiden Sie unnötige Erinnerungen an Verhör und Folter: Damit es in der Untersuchung möglichst zu keinen unkontrollierten Intrusionen kommt, ist eine hohe Sensibilität für potenzielle Trigger wichtig. Lange Wartezeiten, alleine Warten lassen im Sprechzimmer, Gespräche im Befragungsstil oder Untersuchungen ohne Ankündigung und Erklärung sind beispielsweise ungünstig.

Vermitteln Sie Sicherheit: Denken Sie bei der Sitzordnung und in der Untersuchungssituation an das Sicherheitsbedürfnis der betroffenen Person (Fluchtwege und Distanz beachten, den nötigen Körperkontakt bestimmt aber behutsam herstellen).

Geben Sie Informationen: Erklären Sie in einfachen und klaren Worten Ihre Absichten. Orientieren Sie offen über den Ablauf und die Ziele der Untersuchung sowie die Rechte des Patienten (ärztliche Schweigepflicht). Informieren Sie den Patienten über die verschiedenen Therapie-, Betreuungs- und Beratungsangebote.

Vermeiden Sie Aktivismus: Lassen Sie sich nicht vorschnell zu Spezialuntersuchungen drängen. Manchmal liegen bereits Befunde von früheren Untersuchungen vor. Nach guter Information und mit dem nötigen Vertrauensverhältnis sind Untersuchungen wie CT, MRI oder EEG zumutbar. Eine gezielt eingesetzte Spezialuntersuchung kann dem Betroffenen signalisieren, dass seine Beschwerden ernst genommen werden. Ein normaler Befund einer technischen Untersuchung kann unter Umständen eine bessere Ausgangsbasis für die gemeinsame Arbeit sein als die Ablehnung jeder Untersuchung a priori.

Vermitteln Sie Offenheit und Authentizität: Scheuen Sie sich nicht, frühzeitig Ihre therapeutischen Möglichkeiten und Grenzen offen darzulegen, um weitere Enttäuschungen zu vermeiden.

Denken Sie an die Angehörigen: Beziehen Sie den Ehepartner und die Kinder der traumatisierten Flüchtlinge in Ihre Überlegungen und Gespräche mit ein. Die Angehörigen leiden oft stark unter deren Verhalten; seien es Erregung und Verzweiflung oder Rückzug und Isolation.

Reflektieren Sie Ihre eigenen Reaktionen: Berücksichtigen Sie Ihr eigenes Unbehagen gegenüber bestimmten Themen und Situationen. Solche Gefühle können Hinweise für die Notwendigkeit von mehr Behutsamkeit im Behandlungsverlauf sein.

Erfragen Sie psychische Symptome direkt: Im Gegensatz zu den Körpersymptomen erwähnen die Betroffenen ihre psychischen Beschwerden selten spontan. Ein aktives Ansprechen kann entlastend sein.

Vermeiden Sie eine rasche Pathologisierung: Fokussieren Sie gemeinsam mit den Geflüchteten deren Ressourcen. Bestätigen sie, dass ihre Gefühle und ihr Verhalten normale Reaktionen auf anormale Ereignisse sind und nicht umgekehrt.

Beziehen Sie Stellung: Benennen und anerkennen Sie das geschehene Unrecht. Stellen Sie sich Ihren eigenen Fragen nach Sinn und Hoffnung.

Zeigen Sie Interesse für die Patientenagenda: Erfragen Sie die Erwartungen, Krankheits- und Heilungsvorstellungen und Erfahrungen des Patienten, und berücksichtigen Sie seine Perspektive in Ihrer Beurteilung. Lassen Sie den Patienten aktiv teilhaben am Aushandlungsprozess zwischen Arzt- und Patientenagenda.

Wann soll das Trauma angesprochen werden?

Es gibt keine Regel!

Manchmal erzählt ein gefolterter Mensch in der ersten Konsultation von seinen Foltererlebnissen, ungerührt und «technisch»: Soll das Gegenüber getestet werden, ob es dieser Schilderung standhält? Ist die erlittene Folter das Eintrittsticket ins medizinische System? Häufiger bleibt das Erlebte jedoch lange im Verborgenen, manchmal aus Scham, manchmal zur

Schonung des Gegenübers, manchmal aus Selbstschutz, um nicht von Rückerinnerungen überwältigt zu werden.
Das Ansprechen von potentiellen Gewalterfahrungen wird seitens der Therapeuten und Helfenden oftmals als heikle Aufgabe wahrgenommen. Beim ersten Kontakt mit einer Medizinalperson stehen meist körperliche Beschwerden im Vordergrund, während die psychischen Leiden nicht zur Sprache kommen. Im Allgemeinen fällt es den Betroffenen schwer, von ihren entsetzlichen Erfahrungen zu sprechen. Der tief greifende Verlust des Vertrauens in sich selbst und die Mitmenschen bewirkt in der Sprechstunde, dass viele gefolterte Menschen erst zu erzählen beginnen, wenn eine tragfähige Vertrauensbasis hergestellt ist. Andere Flüchtlinge schildern emotionslos die schrecklichsten Verhöre und Folterungen, wobei der leidende Mensch gänzlich unsichtbar bleiben kann. Dies spricht nicht gegen die Glaubwürdigkeit der Schilderung, denn die Abspaltung der Gefühle (Dissoziation) ist eine Möglichkeit, mit dem Geschehenen umzugehen.

Wie soll konkret vorgegangen werden?
Die Ärzteschaft trägt ebenfalls dazu bei, dass extreme traumatische Erfahrungen anfänglich kaum zur Sprache kommen. Meist haben die Helfenden selber Mühe, die richtigen Worte und Gefühle zu finden. Ein wiederholtes und mechanisches Befragen kann ebenso problematisch sein wie die Überbetonung der Gefühlsebene. Ähnlich schwierig ist es, den inhaltlichen Gesprächsfluss ausgewogen zu steuern. Die Folterthematik bleibt manchmal während längerer Zeit ausgeblendet, um eine unerwünschte Retraumatisierung zu vermeiden. Umgekehrt kann das zu direkte Explorieren der traumatischen Erfahrungen die Betroffenen tagelang aufgewühlt zurücklassen.
Nach unserer Erfahrung hat sich die unverfängliche Frage «Waren Sie in Untersuchungshaft bzw. im Gefängnis?» bewährt. Leider ist davon auszugehen, dass die meisten inhaftierten Personen in bestimmten Ländern gefoltert werden. Es entsteht daraus ein verschwiegenes Ahnen um das Erlebte. Daran anknüpfend kann bei bestimmten Symptomen die Folter direkt angesprochen werden: «Haben Sie diese Schmerzen seit der Haft?» oder: «Wurden sie geschlagen oder anderswie misshandelt?». Dieses Vorgehen gibt den Betroffenen die Gewissheit, dass das Gegenüber Kenntnisse darüber hat, was auf Polizeistationen und im Gefängnis geschieht. Ein anderer Einstieg in das Thema können unpersönliche Fragen sein: «Ich weiss, dass in Ihrem Herkunftsland schwere Misshandlungen vorkommen», die dem Patienten die Möglichkeit geben, über eigene Erfahrungen zu sprechen: «Haben Sie Ähnliches erlebt? Möchten Sie darüber sprechen?».

Welche therapeutischen Möglichkeiten bieten sich an?
Kurz zusammengefasst stützt sich die Behandlung auf drei Modalitäten (für eine fundiertere Diskussion sei auf die Broschüre «Folter und Trauma: Folgen und therapeutische Möglichkeiten» des SRK verwiesen):
- Arzt-Patienten-Beziehung: Manchmal gestört durch Misstrauen oder inadäquates Verhalten, manchmal erst nach längerer Zeit tragfähig, ist eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung das zentrale Element in der Behandlung.
- Psychopharmaka sind oft notwendig, seien dies Antidepressiva (Trizyklika wie auch SSRI) oder Neuroleptika zur Behandlung der oft sehr ausgeprägten Spannungszustände und Schlafstörungen; von Benzodiazepinen, ausgenommen für kurzfristige Einsätze, sei wegen der Suchtgefahr abgeraten.
- Psychotherapie: von der sogenannten kleinen Psychotherapie des Hausarztes über die Zusammenarbeit mit psychiatrischen Kollegen bis zur Behandlung an einem der spezialisierten Ambulatorien für Folter- und Kriegsopfer SRK.

Nicht zu unterschätzen sind – im Bedarfsfall – Gespräche mit den zuständigen Personen der Hilfswerke, Flüchtlingsdienste oder Sozialämter! Ein koordiniertes Casemangement fördert die Sicherheit und das Vertrauen und vermindert Doppelspurigkeiten.

Zusammenfassung

Die Betreuung traumatisierter Flüchtlinge gehört zu den Aufgaben des Hausarztes und der Hausärztin. Unterstützung bieten in schwierigen Situationen die Ambulatorien für Folter- und Kriegsopfer SRK. Wichtig sind offene Augen, Ohren und Seele.
Fragt man Flüchtlinge, was ihnen am meisten geholfen habe, so hört man: «Ich hatte Vertrauen zu meinem Arzt» oder «meine Ärztin hat mir zugehört». Durch den Aufbau vertrauensvoller, tragfähiger Beziehungen wird der Keim der Integration und Stabilisierung gelegt. Es sind weniger einzelne Methoden und isolierte Hilfestellungen als vielmehr das Zusammenspiel von unterstützenden gesellschaftspolitischen, medizinischen und psychosozialen Interventionen, welche Sicherheit, Selbstrespekt und Selbstwirksamkeit vermitteln bzw. zurückgeben – «ich kann aktiv teilhaben und das Geschehen mitsteuern» – und damit dem Leben wieder eine Würde geben.

Korrespondenz:
Dr. Heinrich Kläui
Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer SRK
CH-3084 Wabern/Bern
heinrich.klaeui@redcross.ch

Literatur

1 Kläui H, Frey C. Folter und Trauma: Folgen und therapeutische Möglichkeiten» Beilage zu Primary Care. 2008;8(6):99.
2 Steel Z. Beyond PTSD, in: Catherine Moser, Doris Nyfeler und Martine Verwey, Hrsg., Traumatisierung von Flüchtlingen und Asyl Suchenden. Einfluss des politischen, sozialen und medizinischen Kontextes, Zürich: Seismo; 2001;66–84.
3 Moser C. Hausärztliche Betreuung von Folter- und Kriegsopfern, Bern: SRK; 2007.
4 Gelzer D. Migrantinnen und Migranten in der hausärztlichen Sprechstunde, PrimaryCare. 2005;5:128–31.
6 Kläui H. «Es geht mir nicht besser…» – einige Überlegungen zu Migration, Trauma und Gesundheitswesen, in: Departement Migration Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.) Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Zürich: Seismo; 2004.
6 Maier T, Schnyder U (Hrsg). Psychotherapie mit Folter- und Kriegsopfern, Bern: Hans Huber; 2007.
7 Nigg C. Patientenbetreuung im transkulturellen Kontext – Möglichkeiten und Grenzen, Schweizerische Ärztezeitung. 2004;85:694–5.
8 Walther M. Souffrance du corps – souffrance de l'âme, Collaboration entre le généraliste et le spécialiste dans la prise en charge des migrants. PrimaryCare. 2005;342–3.