

Betreuung von Folteropfern: eine hausärztliche Aufgabe?

Viele von Folter Betroffene landen zuerst beim Hausarzt. Das ärztliche Ausschauhalten nach einer möglichen Traumatisierung gleicht manchmal einem detektivischen Prozess. Auch hinter einer unklaren Arbeitsunfähigkeit kann möglicherweise ein traumatisches Erleben stehen. Das Erlebnis von Folter kann nicht rückgängig gemacht werden, es gibt kein Zurück zum Vorher; aber es gibt ein Weiterleben mit der Erfahrung.

Il arrive souvent que des personnes ayant été victimes de tortures parviennent au cabinet du médecin généraliste. Celui doit quelquefois mener un véritable travail de détective pour découvrir les traumatismes qui peuvent en résulter. Une incapacité de travail mal définie peut éventuellement être causée par une expérience dramatique. Le vécu de tortures ne peut être effacé, c'est une voie sans retour. Mais il faut pouvoir continuer à vivre avec ce passé.

Barbara Grunder, Hans Peter Graf¹

«Wer der Folter erlag, kann nicht mehr heimisch werden in der Welt. Die Schmach der Vernichtung lässt sich nicht austilgen. Das zum Teil mit dem ersten Schlag, in vollem Umfang aber schliesslich in der Tortur eingestürzte Weltvertrauen wird nicht wiedergewonnen.» [1]

Folter will die Persönlichkeit des Opfers zerstören

Das Ziel der Folter ist die Zerstörung der Persönlichkeit und deren Wertvorstellungen zum Zweck der politischen Abschreckung, zur Gewinnung von Informationen und/oder zur Umerziehung von politischen Opponenten. Krieg und Folter verändern Werte und Normen, zerstören Vertrauen und verändern auch Menschen, die zunächst nicht direkt betroffen sind (sekundäre Traumatisierung).

Folter umfasst körperliche Aggression (Schläge, Aufhängen, Elektrofolter ...), biologische Aggression (Störung biologischer Rhythmen, Vorenthalten von Kleidung, Hygiene u.a.), sexuelle Aggression und psychologische Aggression (nach Corvalan, 1989). *Körperliche Folgen* von Folter sind vielfältig und betreffen direkt und indirekt praktisch alle Organsysteme: Haut und Bindegewebe, Herz-Kreislauf, Atmungsapparat, Verdauungs- und Ausscheidungs-

trakt, Bewegungsapparat, Nervensystem und Kopforgane. Bestimmte Methoden haben spezielle Folgen wie z.B. Falakka, d. h. Schläge auf die Fusssohlen (mit Folgeschmerzen, Ödemen, Blutungen, Zerstörung des Fussgewölbes und damit Verlust der Standfestigkeit), erzwungene Haltungen (Verletzung peripherer Nerven, Gelenküberdehnungen usw.) oder Elektrofolter (Crash der Niere, wenn kombiniert mit Flüssigkeitsentzug).

Chronische Schmerzen (Rücken, Schulter, Fuss-/ Bein), neurologische Schäden (Läsionen und Paresen, neuropathische Schmerzen, Kopfschmerzen) oder Schäden an der Haut (Narben, Pigmentverschiebungen nach Hämatomen) sind bleibende körperliche Folgen von Folter, welche die Überlebenden begleiten.

Die psychischen Folgen sind ebenfalls sehr vielfältig. Je intensiver und je länger traumatische Situationen anhalten, desto schwerwiegender sind die Konsequenzen (Polytraumatisierung, sequenzielle Traumatisierung). Posttraumatische Belastungsstörungen mit intrusivem Wiedererinnern und Wiedererleben («flash backs»), welche körperliche und psychische Reaktionen umfassen sowie Vermeidungsverhalten können auftreten.

Weitere mögliche Folgen sind affektive Störungen (vor allem Depressionen), Angststörungen, Somatisierungsstörungen sowie Sucht- und Medikamentenabhängigkeit, andauernde Persönlichkeitsveränderungen und (anderes) selbst- und fremdgefährdendes Verhalten.

¹ Bericht über den Workshop am SGAM-Kongress 2004 in Bern (21.–23.10.2004).

Pathogenese der Folgen von Foltereinwirkungen

Jedes Erleben wird auf dem Hintergrund von bisheriger Erfahrung beurteilt und eingeordnet, also grundsätzlich individuell: Nicht jeden trifft das gleiche Erlebnis gleich. Bei traumatischem Erleben wird als Reaktion auf die wahrgenommene Gefahr sehr rasch via Mandelkern und unter Umgehung von bewusstseinsfähigen Hirnanteilen das körpereigene Alarmsystem angesprochen (HPA-Achse); u.a. werden Adrenalin und körpereigene Opiate sowie Cortison ausgeschüttet, Kampf – und Fluchtbereitschaft werden erstellt. Aufmerksamkeit und Wahrnehmung sind fokussiert auf das unmittelbare Überleben, assoziative Gedächtnisinhalte stehen weniger oder nicht zur Verfügung. Nachdem die Gefahr vorüber ist, klingt die akute Stressreaktion wieder ab. Wenn die erlebte Gefahr sehr heftig ist, länger anhält oder wiederholt auftritt, kommt es zu Veränderungen im Gehirn, über die mittlerweile dank den modernen bildgebenden Verfahren recht viel bekannt ist (Vergrößerung der Amygdala, Hypotrophie des Hippocampus u.v.a.). Durch mehr oder weniger bestimmte, an das Trauma erinnernde Situationen (Trigger) wird bei Betroffenen ein Wiedererleben (Flashback) ausgelöst. Dies bedeutet eine immer wiederkehrende akute Belastung und führt zu entsprechendem Vermeidungsverhalten: Betroffene versuchen sich zu schützen. Folter ist ein besonderes Risiko für die Entwicklung von psychischen Folgeschäden (posttraumatische Belastungsstörungen), weil hier im Gegensatz zu Naturkatastrophen die Verletzung absichtlich und von Mitmenschen zugefügt wird.

Folterfolgen in der Sprache des ICD-10

Die Störungen sind in der psychiatrischen Diagnostik des ICD-10 einzuordnen im Kapitel F43 «Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen»: Akute Belastungsreaktion F43.0, posttraumatische Belastungsstörung F43.1; eventuell auch unter ICD F62.0 «Andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung». Diskutiert wird eine neue Kategorie DESNOS (Disorder of extreme stress not otherwise specified).

Schritte der Therapie

Für den therapeutischen Zugang sind vor allem die nach dem Trauma veränderte Selbst- und Weltsicht des Betroffenen von wesentlicher und entscheidender

Bedeutung. In einer meist länger dauernden Phase der Stabilisierung muss in der therapeutischen Beziehung das Vertrauen (Urvertrauen), das in der Folter vorsätzlich durch Mitmenschen zerstört wurde, wieder wachsen können. Hilfreich ist das *Prinzip der Salutogenese* (A. Antonovsky), nach welchem Gefühle der Verstehbarkeit, der Sinnhaftigkeit und der Handhabbarkeit des Erlebens und des Schicksals die psychische Gesundheit stützen und Zuständigkeit (empowerment) ermöglichen. So kann die traumatische Erfahrung integriert, d.h. mit anderen, auch vor-traumatischen, Erfahrungen verknüpft und in die Lebenskontinuität eingeordnet werden.

Sich der traumatischen Erfahrung zu öffnen, setzt ein sicheres Umfeld voraus. Nach H. Keilson weisen schwer sequentiell traumatisierte Menschen, welche in der Wiedereingliederung gut unterstützt werden, eine bessere Gesundheit auf als weniger schwer traumatisierte Personen, die nach der Verfolgung in schwierigen Lebensumständen leben müssen. Folter- und Kriegstraumatisierte werden oft erst nach Anerkennung ihres Flüchtlingsstatus, wenn ihr Verbleib im Land sichergestellt ist, einer spezifischen Traumatherapie zugänglich.

Dabei geht es darum, die fraktionierten, mit dem Trauma – aber sonst mit nichts – verbundenen Gedächtnisinhalte umsichtig wieder zugänglich und damit relativierbar zu machen. Nicht immer ist ein konkretes und direktes Ansprechen des Traumas nötig. Gerade weil das Trauma nicht verbalisiert werden kann, muss es manchmal über längere Zeit genügen, zu wissen, «dass da etwas ist»; und es kann erst dann konkret darüber gesprochen werden, wenn die Betroffenen soweit sind. Es ist mit Ambivalenz zu rechnen, bei Betroffenen und Therapeuten. Man möchte darüber sprechen bzw. zuhören, aber man möchte das gleichzeitig auch nicht. Ein konfrontatives Vorgehen bringt die Gefahr der Retraumatisierung mit sich und darf nur bei guter Kenntnis der Situation der Betroffenen und deren Umfeld gewählt werden. Medikamente können Linderung verschaffen. Zum Einsatz kommen neben der Schmerzbehandlung auch Antidepressiva (SSRI) und niedrig dosierte Neuroleptika.

Das SRK-Zentrum für Migration und Gesundheit

Das Zentrum des Schweizerischen Roten Kreuzes für Migration und Gesundheit (ZMG) in Bern (seit November 2003 auch in Zürich) umfasst eine Sozial- und Konfliktberatungsstelle und ein Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer. Erstere bietet für trau-

matisierte MigrantInnen, deren Angehörige und Fachpersonen Beratungen und Vermittlungen, psychosoziale Beratung und Begleitung, fallbezogene Konfliktbearbeitung, Schulung und Öffentlichkeitsarbeit an. Im Ambulatorium werden Therapien, einzeln und in Gruppen (besonders auch für Kinder) vorwiegend für anerkannte Flüchtlinge angeboten. Das Konzept ist multimodal, systemisch, bio-psycho-sozial und Ressourcen-orientiert und salutogenetisch. Es werden psychotherapeutische und traumaspezifische, auch körperpsychotherapeutische Techniken angewandt. Wichtig sind der multiprofessionelle Zugang und die transkulturelle Kompetenz des Teams, z.B. die professionellen Dolmetscher, welche auch als Kulturmediatoren fungieren.

Eine hohe Dunkelziffer von Folteropfern

Es gibt viel mehr Betroffene, als je zur (spezialisierten) Therapie erscheinen. Gründe dafür liegen in der Verfügbarkeit von Therapien, aber auch in der Natur der Traumata selber. Die schrecklichen Erlebnisse sind mit grossem Schmerz verbunden, Betroffene möchten sich nicht mehr damit beschäftigen. Zum Teil wird auch aus Scham oft geschwiegen.

Folteropfer im hausärztlichen Alltag

Viele von Folter Betroffene suchen zuerst den Hausarzt auf – oft wegen eines «anderen» Leidens, bei dem die Folgen der Folter aber eine bedeutende Rolle spielen können. Es gilt, auf mögliche Zusammenhänge mit Foltereinwirkungen aufmerksam zu sein.

Sollen wir die Folter in der Sprechstunde thematisieren? Die meisten unter uns dürften eine Scheu davor haben, im Wissen um die starken Reaktionen, die auftreten können. Wir fürchten, nicht damit umgehen und zu wenig Hilfe anbieten zu können. Wir fürchten vielleicht auch unsere eigenen Reaktionen auf die brutalste Form der Aggression von Menschen gegen Menschen.

Ja, wir sollen nach Folter fragen, schlägt Richard Mollica in seinem Artikel «Surviving Torture» [2] vor. Wenn wir Folter vermuten, vor allem bei Asylbewerberinnen und Flüchtlingen aus Ländern mit nachweislicher Folter und Krieg sowie bei typischen Sym-

ptomen, kann die Frage «Haben Sie extreme Gewalt oder Folter erlebt?» Barrieren in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient öffnen und beim Arzt Verständnis für merkwürdige Verhaltensweisen und Symptome fördern. Sicher kann jedes erneute Konfrontieren mit dem Trauma retraumatisierend wirken; im Lauf der ärztlichen Behandlung dürften wir aber fast unweigerlich irgendwann ungewollt eine Flashback-Reaktion auslösen – denn für die Traumatisierten ist die Welt voll von Triggern. Da hilft ein klares Ansprechen der Problematik weiter, jedoch immer mit der Reserve, dass der Patient selber bestimmen kann, wie viel von was er wann und wie preisgeben will. Insistieren ist gefährlich. Das möglichst sachliche, neutrale Ansprechen der Tatsache – ohne Details zu erfragen – zeigt dem Patienten, dass der Arzt um die Problematik weiss und Verständnis für seine Situation haben dürfte – das wirkt sich vertrauensbildend aus.

Die Betreuung von Folteropfern ist mit den Migrationsströmen ungefragt auf uns HausärztInnen zugekommen. Sie ist, wie andere Tätigkeiten «an der Front» der Grundversorger, zu einer unserer Aufgaben geworden. Wichtig für uns HausärztInnen ist, unsere Grenzen zu kennen, zu wissen, wann wir welche spezialisierten Stellen beiziehen können. Die Eigenheiten und die Schwierigkeiten in der Arzt-Patienten-Beziehung sollten wir erkennen können, und wir müssen uns schützen vor der sekundären Traumatisierung, d.h. vor dem Übergreifen des Schreckens der Folter auf unser eigenes Erleben.

Literatur

- 1 Amery J. Jenseits von Schuld und Sühne. Bewältigungsversuche eines Überwältigten. 5. Aufl. Klett-Cotta; 2004. S. 73.
- 2 Mollica RF. Global health: surviving torture. *N Engl J Med* 2004;351:5-7.

Dr. med. Barbara Grunder
 Fachärztin für Allgemeinmedizin FMH
 Psychosomatische und Psychosoziale Medizin APPM
 Hubelmattstrasse 56
 CH-3007 Bern
 gruba@dtc.ch

Dr. med. Hans Peter Graf
 Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
 Leiter des regionalen sozialpsychiatrischen Dienstes (rSPD)
 Psychiatriezentrum
 CH-3110 Münsingen
 Hans.Peter.Graf@gef.be.ch