

Public Health und Folgen von Gewalt: Von der Therapie zur Prävention

oder die verschiedenen Rollen von Laien (Peers) und Berufsleuten

Gisela Perren-Klingler, Basel, Schweiz

Abstract

Es ist heute bekannt, dass erlebte Gewalt nicht nur den Körper, sondern auch die Seele von Menschen verletzen kann; mit der heutigen Kenntnis der Neuro-Biologie von Stress sind diese körperlichen und sich auch auf die Psyche auswirkenden Folgen erklärbar und so auch behandelbar. Sowohl Prävention, wie auch Behandlung können heute relativ effizient geleistet werden. Dabei ist die Kenntnis der Stress Theorie von Selye und Cannon, die erst seit 10 Jahren bekannte Polyvagaltheorie von Porges, die Theorie der Salutogenese von Antonovsky und des Ressourcengleichgewichtes von Hobfoll, und des post-traumatischen Wachstums von Tedeschi wegweisend. Das Konzept der Prävention von Caplan hilft auch, sich mit den verschiedenen Phasen von Reaktionen auf Gewalterfahrung zurecht zu finden und die frühzeitige Intervention in die Hände von Peers, d.h. ausgebildeten Nicht-Psychologen oder nicht Ärzten zu legen. Diese (sekundär) präventiven Interventionen sind typische Gemeinde-orientierte breitflächig anwendbare Aktivitäten, die Traumafolgestörungen verhindern können. Erst Trauma- gehören in die Hände von professionellen Trauma-Psychotherapeuten.

Das IPTS hat eine Ausbildung konzipiert, welche innert möglichst kurzer Zeit einerseits Peers, andererseits Professionelle ausbildet im Umgang mit den jeweiligen Belastungen. Im Rahmen der Nachhaltigkeit der in Mexico bereits getätigten Ausbildungen wird vorgeschlagen, bereite Studenten von Psychologie (und vielleicht auch der Medizin) als Peers auszubilden, damit die im Krisenfall benötigten grosse Anzahl von Peers zur Verfügung stehen kann.

Bei guter Betreuung kurz nach der Gewalterfahrung können die meisten Menschen in kurzer Zeit wieder zur Norm zurückkehren, ihre Lebensqualität ist wieder verbessert und sie können im optimalen Fall sogar daran wachsen.

Gewalt ist in unserer Welt omnipräsent: Krieg, Verfolgung, Folter und Flucht, Katastrophen, die nicht gut gemanagt werden, doch auch sexuelle Gewalt in Familien und am Arbeitsplatz, Verkehrs- und Arbeitsunfälle, Kriminalität und plötzliche Todesfälle sind Ereignisse, die potentiell traumatisch sind, sicher aber fast immer bei Betroffenen ein erhöhtes Mass an Stress hervorrufen. In Anbetracht dieser vielfältigen Gewalt ist das IPTS (Institut-Psychotrauma Schweiz) 1987 gegründet worden. Seit der Zeit, die uns schriftliches Zeugnis hinterlassen hat über durch Gewalt bedingte Ereignisse, ist klar, dass Gewalt Menschen nicht nur körperlich verletzen kann, sondern dass sie zusätzlich psychische Konsequenzen hat. Achill, der «vor Schmerz» beim Tod des Patroklos (Homer, Ilias, 18. Gesang) tobt; die sorgenvollen Jünger auf dem Weg nach Emmaus nach der Kreuzigung Jesu und seinem Verschwinden aus dem Grab (Lk. 24, 13 ff), Parzival bei Wolfram von Eschenbach (1986), Perren-Klingler (2003).

Alle schriftlichen Zeugnisse zeigen, dass Menschen in solchen Situationen Hilfe durch Zuhören und Nachfragen brauchen; so können die Betroffenen das Erlebte mit-teilen. Das gibt Klarheit in Bezug auf das Geschehen, und meistens auch in Bezug auf die nun aufkommenden Emotionen. Achill wird wieder ruhig im Gespräch mit der Mutter, die Jünger von Emmaus genauso wie Parzival schöpfen neue Hoffnung und können ihren Aufgaben wieder nachgehen. Bis in die Neuzeit haben fast

ausschliesslich selber Betroffene geholfen, Vertreter von Religion, Familienmitglieder und Freunde, Vorläufer der heutigen Peers.

Im 19. Jahrhundert hat Pierre Janet (Janet, 1889) zum ersten Mal die Hypothese aufgestellt, dass die Frauen in der Salpêtrière mit ihren «hysterischen» Anfällen in der Kindheit missbraucht worden waren. Freud hing dieser Hypothese anfänglich auch an, doch dann wechselte er zur Theorie des Ödipus und der sexuellen Fantasien (Freud, 1920). Leider wurde Pierre Janet im nicht frankophonen Europa nie bekannt gemacht und nur Freuds Sichtweise wurde weitergetragen.

In den 70iger Jahren des 20. Jahrhunderts kamen in Folge des Vietnamkriegs viele junge Amerikaner heim und benahmten sich «verrückt» (wie Soldaten auch schon früher): Gewalt, Alkoholismus und Suizid charakterisierten das Verhalten vieler Heimkehrer. Der Unterschied war, dass diese jungen Männer zum ersten Mal in der Kriegsgeschichte systematisch psychologische Tests absolviert hatten, bevor sie nach Vietnam verlegt wurden; und so konnte man sich der Einsicht nicht mehr verschliessen, dass sie vor ihrem Aufenthalt in der Kriegszone vollkommen normale junge Männer gewesen waren. Dies führte zu intensiven Forschungen durch die Psychiater und Psychologen der Vietnam Administration und schliesslich zum Konzept der post-traumatischen Stress Erkrankung (PTSD, DSM 3, 1987). Bereits damals war in den verschiedenen vorbereitenden Arbeitsgruppen heftig darüber diskutiert worden, ob PTSD eher als Angsterkrankung oder als dissoziative (Neben – Sich-Selber Stehen) Erkrankung angesehen werden sollte. Heute noch figuriert die Diagnose PTSD unter den Angsterkrankungen.

Hilfreich war, dass hier zum ersten Mal die Trias der Traumafolgen definiert worden ist, nämlich die Kriterien B – D (B: rekurrente = gegen den eigenen Willen wiederkehrende Erinnerungen, C: Vermeidungsstrategien und Dissoziation (ein mentaler Zustand, bei dem man wie neben sich selber steht und keine Gefühle wahrnimmt), D: körperliche Übererregung)

Die Tatsache, dass die Gewaltfolgen zum ersten Mal in Zusammenhang mit erlebtem Stress gebracht wurden, ist wichtig; denn es wurde zum ersten Mal auf den Einfluss von aussen in der Ausbildung von psychischen Symptomen hingewiesen. Stress, der auftritt, wenn man einer gewalttätigen Situation (=kritisches Ereignis) ausgesetzt ist ermöglicht einerseits das Überleben, doch nach der Exposition führt andererseits der bleibende Stress zu psychischen, psychosomatischen und körperlichen Störungen und Erkrankungen, bis zum Suizid. In diesem Konzept werden die psychischen und somatischen Symptome als Folgen des erlebten, damals lebensrettenden Stress erklärlich. Die neueren Forschungen aus der Neurobiologie und der Polyvagaltheorie erlauben, heute auch viele unerklärliche Reaktionen von Überlebenden besser zu verstehen und zu behandeln.

Lange Zeit wurde in der DSM Beschreibung hauptsächlich auf das Stress Konzept von Selye (1936) und Cannon (1929) zurückgegriffen; man sprach von der Kampf-Flucht Reaktion und damit konnten zwar die Faktoren Übererregung (Faktor D) und rekurrente Erinnerungen (B) einigermaßen erklärt werden, hingegen konnten die Phänomene von Dissoziation und Vermeidung (C) damit nur schlecht eingeordnet werden.

Heute kann man mit Hilfe der Polyvagaltheorie von Porges (Porges 2009) viele Anteile in der Diagnostik von PTSD besser einordnen und sie auch als Folgen von erlebtem Stress einordnen. Sie unterscheidet zwischen phylogenetisch archaischen Anteilen des autonomen Nervensystems (Parasympathikus, Nervus Vagus) und den nur bei Säugern vorkommenden Anteilen. Diese befinden sich im oberen Teil des Körpers (über dem Zwerchfell), besonders in Gesichts- und Nackenregion und ermöglichen, mit andern Menschen in emotionalen Kontakt zu treten und verantworten die soziale Kommunikation («Social Engagement System» Porges, 2003).

Zusätzlich hilft die Theorie von Hobfoll et al. (2007) zum Ressourcengleichgewicht, das Ganze im systemischen Kontext von sozialen Gemeinschaften anzusiedeln. Hobfoll versteht unter Ressourcen persönliche oder individuelle (z.B. Intelligenz, genetische Stress Resistenz, Erinnerungen, Fertigkeiten und Werte usw.) und systemische, in der Gemeinschaft verortete (Kultur, Institutionen) Fähigkeiten.

Mit der Zeit ist auch klar geworden, dass alle Reaktionen, die sich nach der Exposition in einem kritischen Ereignis zeigen, in den ersten drei Monaten allgegenwärtig und damit normal und natürlich sind. In den ersten Tagen und Wochen nach der Exposition werden die drei Reaktionen der Kriterien B- D als normale Reaktionen auf ein abnormes Ereignis definiert. Im DSM 4 (1994) wurde dafür schliesslich die Diagnose «akute Stress Störung» eingeführt. Das ist einerseits begrüssenswert, da nun nicht mehr von PTSD, bereits am Tag nach der Exposition gesprochen werden muss, gleichzeitig gehört natürlich eine normale Reaktion nicht in ein diagnostisches Manual, da dieses ja ausschliesslich pathologische Phänomene, Erkrankungen, enthalten sollte.

Heute wird allgemein unterschieden zwischen akuten «post-expositionellen Reaktionen» (und nicht «Symptomen») und post-traumatischen Belastungsstörungen – resp. Post-traumatischem Stress (PTSD). Sowohl die Reaktionen als auch die Symptome entsprechen den gleichen Kriterien, A – D; (Ereignis, rekurrente Erinnerung, Vermeidung - Dissoziation und Übererregung).

Das Konzept der Prävention von Caplan (1964) unterscheidet zwischen Primär-, Sekundär – und Tertiärprävention: Primärprävention bedeutet Verminderung spezifischer Risiken, Sekundäre bedeutet Minimierung der krankmachenden Folgen nach Exposition und Tertiärprävention ist die klassische medizinische Behandlung von Kranken. Sie soll langfristige Folgen eines Ereignisses verhindern, die invalide machen oder/und die Lebensqualität massiv beeinflussen.

Die Unterscheidung ist hilfreich, da sie erlaubt, einen Unterschied zu machen zwischen (sekundär) präventiven einerseits und therapeutischen Interventionen andererseits. Interventionen bei an sich gesunden, aber betroffenen Menschen oder Kommunitäten, deren Verhalten nach einem kritischen Ereignis «verrückt» erscheint, müssen anders sein, als Interventionen für bereits an Traumafolge-Störungen erkrankte Individuen und Gruppen.

Interventionen im (sekundär) präventiven Bereich können zudem in den ersten 12 Wochen nach der Exposition von (ausgebildeten) psychologischen Laien, sogenannten Peers (nicht Psychologen/ Psychiater), ausgeführt werden, während die Behandlung von post-traumatischen Folgestörungen in die Hand von (speziell ausgebildeten) Psychotherapeuten (Psychologen, Psychiatern, Sozialarbeitern usw.) gehört.

Das IPTS hat ein Konzept entwickelt, in welchem, abhängig von der verstrichenen Zeit nach dem Ereignis sowohl Peers als auch Psychotherapeuten aktiv werden können im Umgang mit mentalen und sozialen Folgen von Gewalt. Dabei dienen die unten folgenden Konzepte als Basis von Theorie und Praxis.

Die Ausbildung im IPTS wird unter Berücksichtigung folgende Konzepte getätigt:

- Menschenrechte: jeder Überlebende von Gewalt sollte Anrecht haben, das Erlebte so zu integrieren, dass er nicht nur seine Lebensqualität zurückerhält, sondern auch, dass er daran wachsen kann («Post-Traumatic Growth», Tedeschi & Calhoun 1995).
- Public Health Konzepte der Prävention (Caplan): Primärprävention ist Anteil der Menschenrechte in der Gesundheit und sollte die gesamte Gesellschaft einbeziehen; Sekundärprävention vermindert Folgestörungen in sofortigen Interventionen durch Peers. (Menschenrecht auf Gesundheit, Respekt vor Selbstbestimmung und Self Efficacy (Bandura, 1977), Kosteneinsparung im Gesundheitswesen).

Die Tertiärprävention, in Form von therapeutischen Interventionen ist die Aufgabe von speziell dazu ausgebildeten Professionellen. Dieses Stufenmodell ist ausschlaggebend bei der Planung von flächendeckenden psycho-sozialen Interventionen im Nachgang zu einer Katastrophe und benützt die dabei spontan auftretende Solidarität der Menschen sinnvoll.

- Salutogenese (Antonovsky): jeder Überlebende trägt einen Teil der Lösung des Problems in sich: der Kohärenzsinn, bestehend aus den drei Faktoren, Kontrolle, Verständnis und Sinnhaftigkeit, muss als wesentlicher Bestandteil aller psycho-sozialen Notfallinterventionen gestärkt werden.

- Eng damit verbunden ist das Konzept des Ressourcengleichgewichts von Hobfoll; Respektierung und Einbezug von individuellen und gemeinschaftliche (Community) Ressourcen in jeder Intervention hilft die (Re)-Viktimisierung der Betroffenen zu vermeiden.

- Das seit langem bekannte Stress Konzept von Seyle und Cannon erklärt die Herkunft der Kriterien B und D: Stress ist eine komplexe Anpassungsleistung des Organismus an erhöhte Anforderungen: die Kampf-Flucht Reaktion, bedingt durch Aktivierung des sympathischen Nervensystems, ermöglicht so in der Regel das Überleben. Doch die Rückkehr zur Norm, die Beruhigung des sympathischen Nervensystems, ist häufig erschwert oder sogar unmöglich.

- Erst mit der Polyvagaltheorie von Porges sind hingegen das Kriterium C und andere, als «Totstellreflex» bekannte dissoziative Phänomene erklärbar geworden.

- eigene klinische Erfahrungen mit Betroffenen während eines Vierteljahrhunderts sind in die verschiedenen Konzepte und viele gelehrtete Techniken eingeflossen.

- Die Anforderungen an Peers und Professionelle sind natürlich verschieden:

Peers müssen direkt nach der Exposition auftretende Reaktionen kennen und managen können; sie sollten fähig sein, Menschen in den ersten 2 Tagen bis zu 12 Wochen nach dem Ereignis zu betreuen und die Kriterien kennen, welche sie nach 12 Wochen die Betroffenen weiter weisen lassen (Triage). Frühzeitige Interventionen, welche die Stress Reaktionen senken und verschwinden lassen, ermöglichen, dass die Betroffenen schnell zu ihrer Lebensqualität zurückkehren und sie haben zusätzlich eine präventive Funktion: es werden kostspielige Trauma – Folgestörungen, und chronische Stress Erkrankungen vermieden.

Psychotherapeuten müssen über viele Kenntnisse zu und Techniken bei der Behandlung aller möglichen Trauma-Folgestörungen verfügen, PTSD, DESNOS, Borderline Störungen, Depression und Dissoziation. Es ist natürlich sehr nützlich, wenn Psychotherapeuten auch frühe – präventive Interventionen kennen, da sie häufig als erste aufgesucht werden.

Aus diesen Faktoren ist ein theoretisch- praktischer Kurs entstanden, der in einem Minimum von Zeit das unbedingt nötige Wissen und Können für Peers einerseits (zwei bis drei Blöcke, danach Supervision und «Refresher») und Therapeuten andererseits (15 Tage mit optionaler Supervision) zu übermitteln. Die Kurse bestehen ungefähr je hälftig aus Theorie und Techniken, welche unter Anleitung in Kleingruppen geübt werden .

Der Inhalt kurz beschrieben ist folgender:

Block 1: Sofortige Interventionen nach kritischen Ereignissen, für Peers und Professionelle

Block 2: das Gleiche für Gruppen.

Block 3: Therapeutische Techniken bei akutem Trauma für Professionelle;

Block 4: Neuro-Biologie von Gewaltfolgen und Traumas für Peers und Professionelle

Block 5: Extremes Trauma (DESNOS und chronisches – repetitives- Trauma, häufig aus der Kindheit, Borderline-Störungen).

Peers, welche die ersten zwei Blöcke absolviert haben und eine gewisse Anzahl von Protokollen dem Kursleiter geschickt haben, sind fähig in Notsituationen – seien es Katastrophen, Krieg oder individuelle Erlebnisse – die Betroffenen mit wenig Aufwand zu betreuen und ihnen in kurzer Zeit die Rückkehr zur Norm zu ermöglichen.

Peers können auch bereits vor Ereignissen Menschen in Stress Management schulen, z.B. Feuerwehrleute, Sanitäter, Notfallmediziner (und –Pflegepersonal), Polizisten, Soldaten, Lehrer und HR Manager. Sie können vor dem Ereignis eine grössere Stress-Toleranz trainieren (auch für den Selbstschutz), d.h. zusätzlich Primärprävention betreiben und so etwas für einen besseren Basis-Gesundheitszustand der Bevölkerung beitragen.

Therapeuten, welche alle 5 Blöcke absolviert haben, können mit jeglicher Art von Patienten mit Trauma-Folgestörungen sinnvoll und in ziel-orientierten Interventionen umgehen; sie haben das nötige theoretische und praktische Rüstzeug um allen Arten traumatisierter Patienten in so wenig Zeit wie möglich gerecht zu werden.

Die Kurse müssen natürlich immer wieder an lokale Lernstile und Auffassungen angepasst werden, deswegen ist eines der Ziele des IPTS, überall Trainer heranzubilden. Diese müssen die Kurse besucht, Protokolle gemacht und an weiteren Ausbildungen als Co-Trainer mitgearbeitet haben. Damit sind einerseits die Respektierung verschiedener Kulturen und die lokale Verbreitung und andererseits die Nachhaltigkeit garantiert. Ein internationales Netz der Trainer ist im Aufbau, um so die verschiedenen Erfahrungen untereinander zu teilen, wissenschaftlich zu begleiten und sich zu vernetzen.

Der Kursinhalt ist so gestaltet, dass mit relativ wenig Aufwand (9 Tage Ausbildung für Peers, 15 Tage Ausbildung für Therapeuten, später dann je auch Supervisionsangebote) ein Maximum an Effizienz in den Interventionen erreicht werden kann. Damit kann ein sehr kostspieliges Problem in der öffentlichen Gesundheitspflege verringert und die Lebensqualität Betroffener verbessert werden; deswegen wäre es zu wünschen, dass möglichst viele Peers und Therapeuten sich mit diesen Techniken bekannt machen und sie auszuüben lernen.

Seit 2004 werden auch in Mexiko und Guatemala in verschiedenen Kontexten Ausbildungen des IPTS angeboten; inzwischen hat sich auch das IPTM (Institut - Psychotrauma Mexico) mit zwei ersten ausgebildeten Trainern etabliert. So können nun verschiedene Ausbildungen, angepasst an den jeweiligen Kontext (Schulen in Michoacan, Rotkreuz-Sanitäter in Cd. Juarez, Unterstützung von Erdbebenopfern in Oaxaca usw.) angeboten werden.

Es wäre zu wünschen, dass bereits Studenten als Peers in psycho-sozialer Unterstützung ausgebildet werden, um so eine Art «erste Hilfe für die Seele» besser zu verbreiten. So kann auf längere Sicht die mexikanische Gesellschaft, die unter der endemischen Präsenz von (politischer) Gewalt leidet und auch immer wieder von Katastrophen heimgesucht wird, das Problem des chronischen, Gewaltbedingten Stress zu bewältigen beginnen.

Bibliographie:

American Psychiatric Association (APA, 1987) Diagnostic Statistical Manual, 3rd Edition

American Psychiatric Association (APA, 1994) Diagnostic Statistical Manual 4th Edition

Antonovsky A (1979) Health, Stress and Coping: New perspectives on mental and physical well-being. Jossey-Bass San Francisco

Bibel, Vollständige Deutsche Ausgabe (1965). Herder, Freiburg, Basel, Wien

Bandura A (1977) Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review* 84 191 – 215

Cannon WB(1929) Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. Appleton, New York

Caplan, G (1964). Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books.

Freud S (1920) Jenseits des Lustprinzips, GW 13, Frankfurt

Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedmann MJ, Friedmann M, Gersons BPR, TMV de Jong j, LAYNE CM, MAGUEN S; Neria Y, Norwood AE, PYNOOS RS, Reissman DE, Ruzek JI, Solomon AYZ, Steinberg AM, Ursano RJ (2007) Five essential of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry* 70(4)283 - 315

Homer, Ilias (Griechisch und Deutsch, 1956) Der 18. Gesang. Tempel Verlag, Berlin und Darmstadt

Janet P (1889) L'automatisme psychique, Reprint 1973 Paris

Kühn, D (1986) Der Parzival des Wolfram von Eschenbach. Insel Verlag, Frankfurt/ Main

Perren-Klingler G (2003). Debriefing, modelos y aplicaciones: de la historia traumática el relato integrado, IPTS

Perren-Klingler G (2017) Manual para pares: Manejo de estrés en eventos críticos preparado para el EEAS (European External Action Service, Bruselas)

Porges SW (2003) Social Engagement and Attachment. A phylogenetic perspective: Roots of Mental Illness in Children, *Annals of the New York Academy of Sciences* 1008, 31 – 47

Porges SW(2009) The Polyvagal Theory: New insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 76, suppl.2, 86- 90

Selye H (1936) A syndrome produced by diverse noxious agents *Nature*,138, 32

Tedeschi, RG, & Calhoun, LG (1995). Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering. Thousand Oaks, CA: Sage.