

Tsunami und angewandte Psychotraumatologie: drei Wochen Einsatz in Sri Lanka

M. Muret

Am 21. Januar 2005 erhielt ich per E-Mail eine Anfrage von Dr. med. Perren-Klingler, Institut Psychotrauma Schweiz, ob ich bereit wäre, im Rahmen eines humanitären Einsatzes drei Wochen nach Sri Lanka zu fahren. Die Aufgabe beinhaltete, Lehrer/innen in verschiedenen Schulen in Stressmanagement zu unterrichten. Bei dem Ausmass der Katastrophe schienen die Lehrer/innen die geeignetsten Personen zu sein, um den betroffenen Kindern Stressbewältigungsstrategien zu zeigen. Als ich Mitte März in Colombo landete, hatte ein erstes Team schon vier Wochen lang das Projekt vorbereitet und verschiedene Schulen besucht. Am Flughafen traf ich die drei jungen Studenten der Pädagogik, die mir drei Wochen lang helfen sollten. Sie selbst hatten zusätzlich den Auftrag, ein Kinderheimprojekt zu evaluieren.

Wie sich bald zeigen sollte, ist Flexibilität das Schlüsselwort bei einem solchen Einsatz. Am Vorabend der ersten Schulung erfuhren wir, dass unser Übersetzer verreist war. Während ein Teil des Teams verzweifelt einen Ersatz suchte, fing ich an, mit den anderen eine nonverbale Schu-

lung zu inszenieren: mit Hilfe von Marionetten, Schnur, Wäscheklammern, Postkarten, bunten Spielkegeln, Bildern und Rollenspiel verwandelten wir die abstrakten Konzepte in spielerische Szenen. Ich werde diesen Moment nie vergessen, als ich am nächsten Tag bei 32° Hitze in einem winzigen Raum zehn Lehrerinnen, mit Tschador bekleidet, gegenüberstand (Abb. 1). Der neue Übersetzer hatte sich verspätet. Da ich befürchtete, mein ungeduldig gewordenes Publikum würde bald verschwinden, griff ich zum «Plan B»: auf Englisch, laut und klar, mit bestimmter Gestik, fing ich an, die drei Reaktionen auf ein kritisches Ereignis zu schildern.

Ich stützte mich auf die Beschreibung des «Acute Stressdisorder» im «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» (DSM-IV) der APA (American Psychiatric Association). Dabei achtete ich aber darauf, den Begriff Störung (disorder) zu vermeiden. In 80–90% der Fälle klingen die Reaktionen innerhalb von ein paar Tagen oder Wochen spontan ab. Also normale Reaktionen auf eine abnormale Situation! Die Beschreibung der Pathologie im DSM-IV hat einen eindeutigen didaktischen Vorteil gegenüber dem ICD-10: Sie ist sehr einfach aufgegliedert. So war es mir möglich, die Grundtheorie der Psychotraumatologie direkt vom DSM-IV in unsere Schulung zu übernehmen. Da das ganze noch auf Senghalisch übersetzt werden musste, wählte ich drei einfache Ausdrücke: Aufregung, Wiederholung und Vermeidung. Obwohl das dissoziative Erleben nicht traumaspezifisch ist, fügte ich die «Dissoziation» meinem Schema als normale Begleitreaktion bei. Dieser dissoziative Zustand wird von Überlebenden oft als äusserst verwirrend und beschämend erlebt, deshalb muss er später sorgfältig erklärt werden. Je ausgeprägter der dissoziative Zustand im Moment des Ereignisses war, desto schlechter ist die langfristige Prognose. Bemerkenswerterweise war vielen Teilnehmer/innen der englische Begriff «out-of-body» bekannt. Möglicherweise aus eigener Erfahrung.

Um meine Demonstration zu veranschaulichen, blies ich je einen farbigen Luftballon auf. Mit meinen Helfern mimten wir Szenen der «Aufregung», der «Wiederholung» und der Ver-

Korrespondenz:
Dr. med. Marc Muret
Höschgasse 68
CH-8008 Zürich
E-Mail: marc.muret@hin.ch

Abbildung 1
Erster Unterricht in einer muslimischen Schule.



meidung. Ein vierter Ballon stellte die Dissoziation dar (Abb. 2). Ich liess langsam die Luft aus den Ballonen entweichen, um zu vermitteln, wie die akuten Reaktionen sich von selbst zurückbilden. Es war mir ein grosses Anliegen, den Teilnehmerinnen eine präzise wissenschaftliche Beschreibung zu geben, die gleichzeitig klar und einfach ist. Trotz geringer Englischkenntnisse konnten sie den Inhalt verstehen.

Wir mussten unsere ganze Improvisationskunst einsetzen, um auf diese Art die Neurophysiologie des Gehirns im Rollenspiel zu demonstrieren. Zwei von meinen Mithelfern mimten

das Zusammenspiel zwischen der Amygdala (implizites Gedächtnis) und dem Hippokampus (explizites Gedächtnis). Danach demonstrierte ich Atemübungen aus dem Bereich des Debriefings. Das Ziel dieser Übungen ist, auf eine sehr einfache Art das neurovegetative System zu stabilisieren. Wir trainierten sie anschliessend gemeinsam in der Gruppe. Inzwischen war der Übersetzer angekommen. Von da an wurde es einfacher. Ich führte das Element der Resilienz und der Ressourcen ein. Dafür hatte ich bunte Postkarten (Blumen) aus der Schweiz mitgenommen, die wir allen verteilten. Jede Lehrerin hatte die Aufgabe, ihre eigenen Ressourcen auf der Rückseite zu notieren. Vielen wurde zum ersten Mal bewusst, dass sie überhaupt Ressourcen haben: Kochen, Nähen, Singen, Tanzen, Beten, Meditation ... Nach einer Stunde lächelten alle und eine Stimmung des Vertrauens war entstanden. Den Abschluss der Schulung bildeten einige persönliche Fragen der Lehrerinnen. Vom Schuldirektor wurden wir gebeten, noch weitere Schulungen durchzuführen.

Am nächsten Tag war in der Hauptstadt Colombo ein Vortrag auf Englisch geplant. Wir hatten nur wenig Informationen, wer dieses Mal unser Publikum sein sollte. Am Ort fing ich an, Marionetten, Schnur und Luftballons auszuwickeln, als mir mitgeteilt wurde, dass im Saal ausschliesslich Akademiker sassen (Abb. 3). Meine Zuhörer waren zum grössten Teil pensionierte Freiwillige (ehemalige Ärzte, Juristen, Lehrer usw.), die die verwüsteten Orte besuchten, um den Tsunamiopfern beizustehen. Still und höflich hörten sie mir zu. Da die Stimmung steif war und blieb, versuchten wir uns dann nach ihren eigenen Erfahrungen zu erkundigen: «Und wie machen Sie das selbst?», schien die magische Frage zu sein. Die Gesichter hellten sich auf. Sie schilderten uns, wie sie gemeinsam zu den Unglücksorten fahren und wie sie danach, beim gemeinsamen Essen, im Bus, ihre Erfahrungen miteinander teilen. «Wir kennen kein Burnout», fügte die Leiterin stolz hinzu. Ich war von dieser einfachen Psychohygiene (Prävention der sekundären Traumatisierung) sehr beeindruckt und sagte es ihnen auch. Die Barriere war gebrochen. Es folgte dann eine Reihe spannender Fragen, die ich als Psychiater professionell beantworten konnte. Im Konzept der Salutogenese (Antonovsky) ist es sehr wichtig, die Leute immer wieder zu fragen: «Was macht ihr, was hat funktioniert bis jetzt?» und dann zu bestätigen «Macht weiter so!» (reinforcement). Seit diesem Treffen verstand ich, dass ich in Sri Lanka nicht nur mein Wissen geben sollte, sondern auch viel Neues lernen konnte.

Abbildung 2

Die drei spezifischen akuten Belastungsreaktionen mit der «Dissoziation» im Hintergrund. «Aufregung» und «Wiederholung» triggern sich gegenseitig auf. Durch das Vermeidungsverhalten nehmen «Aufregung» und «Wiederholung» ab.

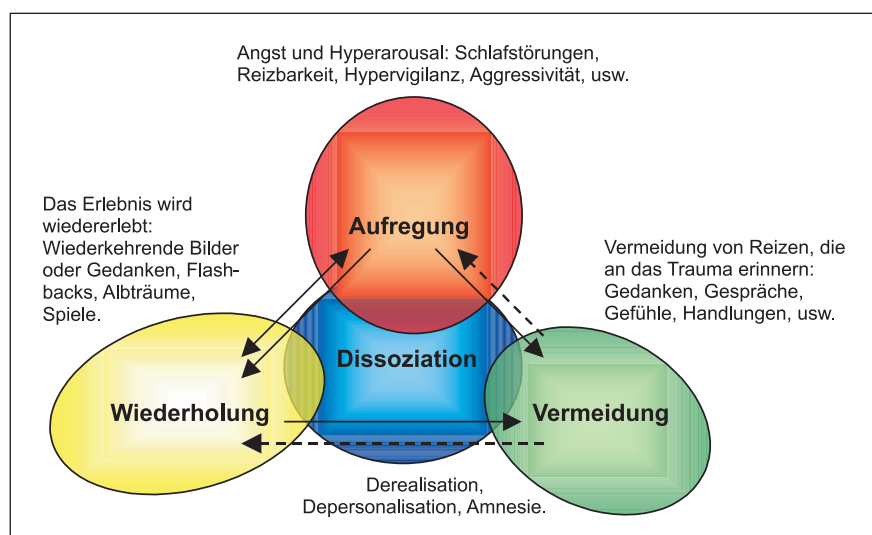


Abbildung 3

In Colombo mit Akademikern.



In den nächsten zwei Wochen folgten Schulungen in ganz verschiedenen Rahmen: buddhistische und muslimische Schulen, christliche Missionen und Gruppen von freiwilligen Helfern standen auf dem Programm. Am zweiten Wochenende unternahmen wir eine lange Fahrt nach Südosten zu einem verlorenen Dorf am Meer. Dort war ein komplett zerstörter Kindergarten wiederaufgebaut worden. Wir waren zum Eröffnungsfest eingeladen, mit der Erwartung, dass wir mit den Kindern ein Programm ge-

Abbildung 4

Förderung der Selbstwahrnehmung: Schülerinnen lernen «Joggeli hät gsait».



Abbildung 5

Gruppenspiel: Kinder eines Zeltlagers spielen zum ersten Mal «Katz und Maus» und lernen Regeln einzuhalten.



stalten. Das Zentrum des Dorfes Kirinda war vom Tsunami weggespült worden. Mindestens 40 Menschen waren bei der Katastrophe gestorben. Trotzdem lächelten uns die Kinder fröhlich an. Im Schulhof befestigten wir Schnüre zwischen den Bäumen und zeigten den Schülern, wie man Volleyball spielt. Wir verteilten auch Zeichnungsmaterial, das mit Begeisterung aufgenommen wurde. Für diese Kinder sind bunte Bleistifte und Papier rar. Sie zeichneten wild drauf los! Während die Schüler mit Spielen beschäftigt waren, nahm ich die Lehrer beiseite. Auf meinem Laptop demonstrierte ich ihnen eine kleine Powerpointpräsentation über Psychotraumatologie. Dem Misstrauen folgten bald viele praktische Fragen. Am Nachmittag erwarteten uns 70 Kinder auf einem Sandplatz nahe eines Zeltlagers: «Fangis», «Es geht ein böses Ding herum», «Katz und Maus», «Zytig läse», «Joggeli hät gsait» ... ich musste bald aus meinem Gedächtnis alle Spiele meiner Kindheit ausgraben. Die Kinder lernten mit unbeschreiblicher Freude ein Spiel nach dem anderen. Es war bestimmt der schönste Moment unseres Aufenthaltes ... und es war lehrreich. Mit meiner Frau, die Psychoanalytikerin ist, hatte ich in der Schweiz eine Liste von Spielen nach Themen vorbereitet. Ziel war es, Isolation durch Gruppengefühl, Dissoziation durch Selbstwahrnehmung, Depression durch Resilienz und Passivität durch Kreativität zu ersetzen. Die Erfahrung dieses Tages bestätigte mir, wie wichtig es ist, das Spiel in die Schulung miteinzubeziehen. Ich war in der Schweiz vorgewarnt worden: in Sri Lanka werde Spielen nicht «ernst genommen». Also war für die Lehrer/innen und ihre Schüler/innen ein Paradigmenwechsel notwendig: Spielen ist nicht nur unterhaltsam, sondern auch ein sehr wirksames natürliches heilpädagogisches Instrument (Abb. 4 und 5).

Langsam hatten wir ein qualitativ gutes, zweistündiges Lernmodul mit einem farbigen Handout und standardisiertem Material ausgearbeitet. Ich hatte dann die Gelegenheit, Professor de Silva, den Direktor des National Child Protection Authority (NCPA), in Colombo zu treffen. Er ist seit Jahren der Koordinator im Kampf gegen die Pädophilie in Sri Lanka. Nach dem Tsunami erhielt er zusätzlich von der Regierung den Auftrag, ein von IBM gesponsertes Schulungsprogramm landweit umzusetzen. Dieses amerikanische Programm umfasst wie unseres die psychologische Hilfe für betroffene Kinder. Alle 100 000 Schulen im Land sollten davon profitieren. Bei der Durchsicht des «Training of Trainers Manual» fiel mir auf, dass lange Listen von somatischen und psychischen Symptomen

Abbildung 6
Spielen gehört zur Schulung.



vorhanden waren. Die konkreten Anleitungen zur Lösung waren dagegen eher knapp. Mir war unklar, wie die Trainer diesen umfangreichen Stoff den Lehrerinnen in der zur Verfügung stehenden Zeit effizient vermitteln sollten. Als ich Professor de Silva mein Modul präsentierte, begeisterten ihn die Einfachheit und die Übersicht des Materials. Spontan fragte er mich, ob ich Zeit hätte, seinen Trainern mein Konzept vorzustellen. Zwei Tage später arbeitete ich einen Tag lang mit einem Dutzend von ihnen. Sie hatten zwar vor kurzem einen ausführlichen Informationskurs bekommen, aber die praktische Erfahrung fehlte ihnen noch. Zwischen den Zeilen wurde klar, dass sie wenig Vorstellung hatten, wie sie die Schulung praktisch durchführen sollten. Mit grossem Interesse nahmen sie unser Modul auf. Diese bildhafte Gestaltung des Materials leuchtete schnell ein. Leider fehlte mir die Zeit, das ganze genügend einzuüben. Hinter unserem Modul lagen sehr viele durchdachte Überlegungen und Ansätze, die mehr Erklärungen gebraucht hätten. Ich hatte nur noch diesen Tag frei vor meiner Abreise. Als ich von Professor de Silva Abschied nahm, schlug er mir vor, im Herbst für eine weitere Zusammenarbeit wieder Kontakt aufzunehmen.

Während meines Aufenthaltes stellte sich immer wieder die Frage: «Was passiert mit den Kindern, bei denen sich trotz Stressmanagement

die Stressreaktionen chronifizieren, z. B. als Post-traumatische Belastungsstörung (PTBS)?» Der Zufall gab mir eine Antwort, als ich in den letzten Tagen auf eine Gruppe von srilankischen Therapeuten traf, die gerade den ersten Teil einer EMDR-(Eyes-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-)Ausbildung in Colombo absolvierten. EMDR ist zurzeit weltweit die meistangewandte Therapie für Psychotrauma. Diese Methode, die ich selber seit zwei Jahren praktiziere, ist bei Kindern – auch in Gruppenform – gut durchführbar. Unter Supervision eines amerikanischen Trainerteams hatten die srilankischen Therapeuten schon selber mehrmals mit Gruppen von traumatisierten Kindern aus der nächsten Umgebung gearbeitet. Sie folgten einem Protokoll, das u.a. mit Kindern in Mexiko (Erdbeben) angewandt worden war. Wie eine der Trainerinnen mir bestätigte, lernten die einheimischen Therapeuten schnell und hatten rasch gute Erfolge. Es bestätigte mir, dass ein – fast nonverbales – Verfahren wie EMDR hier in Sri Lanka adäquat war.

Sobald ich in die Schweiz zurückgekehrt bin, wird es mir ein grosses Bedürfnis sein, dieses Projekt weiterzuentwickeln. In einigen Monaten wird ein drittes Team in Sri Lanka eintreffen und die Arbeit fortsetzen. Auch wenn die Auswirkung winzig scheint, lohnt sich jeder Versuch, zu helfen. Wenn Teenager nach einer Schulung spontan zu uns kommen, um sich zu bedanken, wissen wir, dass wir nicht umsonst gekommen sind. Jetzt, wo viele wichtige Kontakte geknüpft sind, können wir unser Wissen gezielter einsetzen. Zum Beispiel könnten wir statt Lehrer auch Trainer, Sozialarbeiter und Berater (Counsellors) ausbilden.

Meiner Meinung nach ist es unerlässlich, geeignete didaktische Vorlagen vorzubereiten, um das Wissen über Psychotraumatologie und Stressmanagement den Schülern direkt zu vermitteln. Ich denke da an ein Bilderbuch für Kinder und an Comics für Jugendliche. Eine Webseite ist am Entstehen, auf der komplexere Informationen und Ressourcen zur Verfügung sein werden. Unter dem Namen «The Butterfly Project» habe ich angefangen, freiwillige Künstler und Experten beizuziehen, die an diesem spannenden Projekt mitarbeiten wollen.

Literatur, Adressen und Links: siehe www.drmuret.ch/srilanka.htm.