

Aussageverhalten von traumatisierten Flüchtlingen Eine Untersuchung zum Vorbringen des eigenen Verfolgungsschicksals im Rahmen des Asylverfahrens

*Michael Odenwald, Tobias Schmitt, Frank Neuner,
Martina Ruf, Maggie Schauer*

Zusammenfassung

Theoretischer Hintergrund: In der Erstanthörung des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) werden Asylbewerber dazu aufgefordert, die Gründe ihrer Flucht anzugeben. Die psychologische Literatur zeigt, dass psychisch traumatisierte Asylbewerber aus störungsspezifischen Gründen hierbei nicht oder unzureichend über ihr Verfolgungsschicksal berichten können.

Fragestellungen: Welche soziodemographischen, verfolgungsbezogenen, psychischen und situativen Faktoren haben einen Einfluss auf die Berichterstattung über das eigene Verfolgungsschicksal in der Erstanthörung bei Asylbewerbern mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS)?

Methoden: Aus dem Archiv unserer Einrichtung wurden 52 Akten von Flüchtlingen mit PTBS ausgewählt, die ausführlich psychodiagnostisch untersucht worden waren, und anhand von inhaltsanalytischen und quantitativen Verfahren ausgewertet.

Ergebnisse: Es zeigte sich, dass folgende Variablen Prädiktoren für eine undetaillierte Berichterstattung in der Erstanthörung waren: ermordete oder verschwundene Familienmitglieder, das Bildungsniveau, eine erlittene Vergewaltigung, Verdacht auf eine schwere Kopfverletzung sowie politisch im Heimatland nie aktiv gewesen zu sein. Zudem zeigte sich ein korrelativer Zusammenhang zwischen der Detailliertheit des Berichtes und situativen Faktoren der Erstanthörung.

Schlussfolgerungen: Soziodemografische, medizinische und psychopathologische Faktoren sowie Gegebenheiten der Verfolgungsgeschichte können dazu führen, dass traumatisierte Asylbewerber mit PTBS in der Erstanthörung gar nicht oder nur in vagen Andeutungen über im Herkunftsland erlittene Verfolgung berichten und damit gegen die Mitwirkungspflicht verstoßen, was sich auf das Asylverfahren negativ auswirkt. Im Asylverfahren sollte dieser Gruppe besser Rechnung getragen werden.

Schlüsselwörter: Posttraumatische Belastungsstörung, Erstanthörung, Asylbewerber

Abstract

Background: In the first hearing in the federal migration office, asylum seekers are asked to report in detail all aspects of the political persecution they had experienced in their home countries (disclosure requirement). The psychological literature shows that refugees with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) have difficulties to report in detail on the persecution they had experienced due to specific symptoms related to the disorder.

Objective: To address the question, which sociodemographic, psychological, persecution-related and situational factors influence the report of experienced persecution in the first hearing in asylum seekers with PTSD.

Methods: Fifty-two files of asylum seekers with PTSD, who had participated in an in-depth psycho-diagnostic interview, were chosen out of our archive. The analysis included content analytic and quantitative methods.

Results: The predictors for non-disclosure or insinuation only in the first hearing were: the existence of killed or disappeared family members, low level of education, being a rape victim, suspected traumatic brain injury, and whether the person has never been politically active in the country of origin. Additionally, we found a correlation between situational factors of the hearing and level of detail in the report of the asylum seekers.

Conclusion: Sociodemographic, medical, psychopathological and persecution-related factors can explain why asylum seekers with PTSD conceal the experienced persecution in the first hearing and, thereby, offend against the German asylum law with negative consequences for the asylum process. The German asylum procedure needs to take better care of this group of asylum seekers.

Key words: PTSD, Asylum-seeker, Hearing.

Theoretischer Hintergrund

Folter, Vergewaltigung, Krieg und andere traumatische Ereignisse, in denen Todesangst und massive Hilflosigkeit erlebt werden, führen bei den Überlebenden neben anderen psychiatrischen Problemen häufig zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Ziel dieses Beitrags ist es, die Einflussfaktoren auf das Vorbringen der eigenen Verfolgungsgeschichte speziell bei Asylbewerbern mit PTBS¹ im Rahmen der Erstanhörung zu untersuchen².

Typische Symptome einer PTBS sind neben dem ungewollten Wiedererleben in Form von intrusiven Erinnerungen, Albträumen und Nachhallerinnerungen („flashbacks“) die bewusste Vermeidung von trauma-assoziierten Situationen, aber auch unbewusste Vermeidungsprozesse wie z.B. im Rahmen dissoziativer Symptomatik sowie eine anhaltend erhöhte Erregung (Elbert, Schauer 2002; Friedman 2000). Die Überlebenden erfahren, dass sich ihr Leben durch diese Ereignisse massiv verändert hat, vor allem durch den Verlust von Vertrauen, Hoffnung und der Fähigkeit, Nähe und positive Emotionen zu empfinden. Viele Studien zeigen, dass die Prävalenz der PTBS bei Asylbewerbern im Vergleich zur Normalbevölkerung westlicher Länder deutlich erhöht ist (Überblick: Gerritson et al. 2004; Silove 1997; Leth, Banner 2005; siehe auch die Kontroverse um die Metaanalyse von Fazel et al. 2005, etwa die Richtigstellung von Miller et al. 2005 und Hollifield 2005). Im Gegensatz zu einer Lebenszeitprävalenz von etwa acht Prozent in der Normalbevölkerung westlicher Länder (Kessler 1995) wurde bei Asylbewerbern in Deutsch-

land eine Prävalenz von etwa 40 Prozent gefunden (Gäbel et al. 2005). Dabei hat die üblicherweise lange Dauer des Asylverfahrens einen negativen Einfluss auf die psychische Verfassung (Laban et al. 2004).

Die derzeitige Rechtslage sieht vor, dass wenige Tage nach der Einreise des Asylbewerbers eine Erstanhörung vor dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) stattfindet. Gemäß der gesetzlich verankerten Mitwirkungspflicht müssen Asylbewerber dabei alle im Zusammenhang mit ihrer Verfolgung und Flucht stehenden Informationen berichten bzw. die entsprechenden Dokumente zur Verfügung stellen. Aufgrund der üblicherweise vorherrschenden Beweisnot zu den Fluchtgründen ist dabei das mündliche Vorbringen des Asylbewerbers von zentraler Bedeutung. Daher kommt der Art und Weise des Berichtes über die eigenen Verfolgungsgründe ein besonderer Stellenwert zu. Basierend auf Konzepten wie den *Realkennzeichen* (Köhnken 1990) werden detailreiches, logisches und in sich konsistentes Vorbringen als Hinweise für die Glaubhaftigkeit der vorgebrachten Verfolgungsgeschichte gewertet. Die so genannte *Vorhaltepflicht* des anhörenden Beamten (BverfG 1991, 2001) soll dem Asylbewerber die Möglichkeit geben, zu Ungereimtheiten in seiner Erzählung Stellung zu nehmen, um Missverständnissen im Anhörungsprotokoll vorzubeugen.

Einfluss von PTBS auf das Vorbringen der Verfolgungsgeschichte

Die Ausprägung der PTBS-Symptomatik hat einen starken Einfluss auf das Vorbringen der eigenen Verfolgungsgeschichte (Koch 2001; Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2001; Birck 2002).

Im Gegensatz zu einer strukturierten Wiedergabe dominiert ungewolltes Wiedererleben die Situation eines klinisch Traumatisierten (für eine Zusammenfassung vgl. Schauer et al. 2006a).

Viele Studien belegen, dass das Erleben von Extremstress, die Entwicklung einer PTBS und die damit verbundenen neurophysiologischen Vorgänge zu Störungen des Gedächtnisses führen (McNally et al. 1995; Yamasue et al. 2004; Nutt, Malizia 2004). Traumatische Erlebnisse werden durch das hohe Erregungsniveau initial nicht richtig im episodischen Gedächtnis konsolidiert (Metcalf, Jacobs 1996). Sie bleiben abgespalten von der sonstigen autobiographischen Erinnerung. Oft liegen nur isolierte Gedächtnisfragmente vor, die sensorische oder emotionale Erinnerungsanteile der traumatischen Situation enthalten und die nicht in den semantischen Kontext eingebettet sind (Brewin et al. 1996). Aufgrund der fragmentarischen Enkodierung und der geringen kognitiven Elaboriertheit der traumatischen Erinnerung kommt es zu mangelhaften intentionalen Zugriffsmöglichkeiten auf die traumatischen Gedächtnis-

inhalte. Sobald die Person aber daraufhin angesprochen oder damit konfrontiert wird, wird das *Furchtnetzwerk* wieder aktiviert (Lang 1979, 1984, 1993) und die traumatischen Erinnerungsfragmente überfluten des Bewusstseins, wodurch enormer psychischer Schmerz und panikartige Erregung ausgelöst werden kann. Dadurch kommt es häufig zu einem derart intensiven Wiedererleben der traumatischen Situation, dass der subjektive Eindruck entsteht, die entsprechende Situation würde sich gerade noch einmal wiederholen (Brewin 2001; Conway 2001). Patienten mit persistierender PTBS sind aufgrund ihrer Störung deutlich in ihrem Vermögen eingeschränkt, die lebensbedrohliche Erfahrung als zeitlich limitiert und der Vergangenheit angehörend zu erleben, was in der Folge ein Gefühl von ernsthafter gegenwärtiger Lebensbedrohung hervorruft (Ehlers, Clark 2000). Parallel dazu setzen automatisierte Vermeidungsvorgänge ein, die darauf abzielen, die Auslösung der Wiedererinnerung an die traumatischen Erlebnisse zu verhindern, häufig dissoziative Prozesse, die eine völlige Abspaltung von Erinnerungen und Gefühlen vom Bewusstsein bewirken können. Mit dem Begriff „sprachloser Terror“ („speechless terror“, Herman 1992) kann man zusammenfassend beschreiben, wie Überlebende von schweren Traumata mit PTBS leiden und ihre belastendsten Erlebnisse nicht in Worte fassen können. Im Laufe einer Behandlung, durch systematische, psychotherapeutische Unterstützung bei der expliziten Erstellung der lebensgeschichtlichen Narration können diese Probleme oftmals gebessert werden (vgl. Schauer et al. 2006a; Foa, Rothbaum 1998).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass neue Forschungsergebnisse die Herausforderungen erkennen und belegen, welche an den Befragten gestellt werden, wenn er versucht, eventuelle traumatische Erlebnisse zu erheben: Die häufigsten Fehlerquellen liegen in der spezifischen Störung des episodischen Gedächtnisses bei traumatisierten Personen; andere Ursachen für eine scheinbar fehlende Mitwirkung sind intrapsychische Vorgänge (u.a. Vermeidung, Amnesie, Dissoziation), und als weitere Fehlerquelle für einen unvollständigen, unergiebigsten und scheinbar unglaubwürdigen Vortrag des traumatisierten Befragten lassen sich nicht-systematische Erhebungsmethoden nennen (vgl. Carlson 1997).

Nicht nur kann es bei PTBS zur pathologischen Veränderung von Gedächtniskonsolidation, ungewollten Erinnerungen, pathologischem Vermeidungsverhalten, Sprachlosigkeit und Dissoziation kommen, sondern auch zu Veränderungen der Hirnstrukturen, die für die Kategorisierung und Einordnung von Erlebnissen zuständig sind. Das betrifft eine strukturelle (Yamasue et al. 2004) und funktionelle Veränderung des Gehirns. Bei einer Konfrontation mit traumatischem Material kommt es zu einer Hypoaktivierung von Arealen, welche eigentlich für die Sprachverarbeitung zuständig sind (siehe Überblicksartikel von Hull 2002). Auch neurophysiologische Studien der jüngsten

Vergangenheit untermauern diese Erkenntnisse (siehe etwa Junghöfer et al. 2003; Ray et al. 2006).

Das Erkennen der verschiedenen Prozesse kann erklären helfen, warum Asylbewerber mit PTBS massive Probleme haben, bei einer Befragung durch Behörden ihre Verfolgungsgeschichte umfassend und detailreich sowie chronologisch geordnet und kohärent zu berichten. Schon das alleinige Benennen kann eine unüberwindliche Hürde darstellen. Dabei ist die Ausprägung der Symptome bei Traumatisierten korreliert mit steigender Anspannung, wenn über die Erlebnisse gesprochen werden soll, sowie mit der Unfähigkeit, diese kohärent und chronologisch wiederzugeben – das heißt, je schwerer die Symptome, desto größer ist die Schwierigkeit der Patienten, über die Erlebnisse zu berichten (Elbert et al. 2001). Es ist auch nicht verwunderlich, dass es im Laufe mehrerer Aussagen bei Flüchtlingen mit PTBS leicht zu Inkonsistenzen kommen kann (Herlihy et al. 2002). In einer Gegenüberstellung der Glaubhaftigkeitskriterien des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) und den wissenschaftlichen Erkenntnissen zu Gedächtnisleistung und Aussageverhalten bei PTBS kam auch Birck zu dem Schluss, dass es hier wesentliche Widersprüche gibt (Birck 2002).

Ziele der Studie

Im Rahmen der Arbeit unserer Einrichtung fiel auf, dass Asylbewerber mit PTBS bei Behördenkontakten unterschiedlich verschlossen sind bzw. in ihren beschränkten Möglichkeiten unterschiedlich ergiebig Bericht über erlebte Traumata abgeben; d.h. manche konnten in der Erstanhörung (lebens)bedrohliche Ereignisse wenigstens benennen, andere jedoch gaben nur vage oder gar keine Hinweise auf ihre Verfolgungsgeschichte. Für die Therapie der PTBS, die häufig die verbale Aufarbeitung des Erlebten mit einschließt, und für das Asylverfahren, bei dem der Asylbewerber im Rahmen der Mitwirkungspflicht über seine Verfolgungsgründe Bericht abgeben muss, ist es gleichermaßen wichtig zu verstehen, welche Faktoren die Verschlossenheit oder relative Offenheit bzw. den verbalen Zugang zu autobiographischen Gedächtnisinhalten begünstigen und welche nicht.

Welche Variablen haben einen potentiellen Einfluss auf das Vorbringen der Verfolgungsgeschichte?

Im deutschen Sprachraum sind uns diesbezüglich nur die Veröffentlichungen von R. Weber (1998) und A. Birck (2002) bekannt. Weber weist u.a. darauf hin, dass die Kombination von niedriger Bildung, geringem Alter und weibli-

chem Geschlecht deutlich negative Auswirkungen auf das Offenlegen in der Anhörungssituation und somit auf die Anerkennung des Asylantrags hat. Er bemängelt u.a., dass sich die Einzelentscheider – auch aufgrund von fachlicher und zeitlicher Überforderung – nicht ausreichend bemühten, eine umfassende Berichterstattung über traumatisierende Ereignisse durch Nachfragen zu unterstützen. Neben den von Weber genannten Variablen haben aber möglicherweise noch eine Reihe anderer Faktoren Einfluss auf das Berichtverhalten in der Anhörungssituation.

Faktoren, die mit der Verfolgung im Heimatland im Zusammenhang stehen: Die Verfolgungsgeschichte des einzelnen Asylbewerbers kann Erlebnisse und Geschehnisse enthalten, die das Berichtgeben erschweren. Moderne, psychologisch „verfeinerte“ Foltermethoden beinhalten gerade Elemente, die das Opfer durch lebenslange Angst-, Schuld- und Schamgefühle belasten sollen, v.a. sexuelle Foltermethoden. Vergewaltigung gilt als eines der schwerwiegendsten traumatischen Erlebnisse (Kessler 1995), das oft sogar dem Lebenspartner verschwiegen wird. In manchen Ländern führt die erlittene Vergewaltigung sogar zu einer zusätzlichen Bedrohung des Opfers. Neben Scham und Schuldgefühlen, die generell eine Aussage zu einer Vergewaltigung vor Gericht subjektiv belastend machen, kommen hier noch Angst und kulturtypische Barrieren hinzu (Birck 2002). In Fällen von erlebter sexueller Misshandlung ist die Entwicklung einer dissoziativen Symptomatik, die den Abruf traumatischer Erlebnisse erschwert, typisch.

Außerdem kann das Verschweigen von Details möglicherweise damit in Zusammenhang gebracht werden, dass der Asylbewerber Personen schützen möchte, die in seiner subjektiven Einschätzung durch den Bericht belastet oder gefährdet werden könnten. Manche Autoren sind der Meinung, dass dies durch den Eindruck eines – für den einzelnen Flüchtling im fremden Land – oft undurchsichtigen Behördenapparats noch verschärft wird (siehe Leonhardt 2004).

Basierend auf einer intensiven Aufarbeitung der Literatur, schätzten Moreno und Grodin (2002), dass bis zu 70 % der Folteropfer Schläge auf den Kopf erfahren. Diese Zahl stimmt auch mit Daten aus der *Psychologischen Forschungs- und Modellambulanz für Flüchtlinge* überein (Schauer et al. 2006b). Die damit möglicherweise in Zusammenhang stehenden Hirnverletzungen, z.B. umschriebene Schädel-Hirn-Traumata (SHT) mit Mikroläsionen und -blutungen sowie diffuse axonale Schäden, lassen sich jedoch nicht immer klar durch bildgebende Verfahren nachweisen (Meythaler et al. 2001). Solche Hirnverletzungen führen in der Folge häufig zu neuropsychologischen Beeinträchtigungen (Scheid et al. 2006). Für den Zeitabschnitt während der akuten Hirnverletzung (Minuten bis Tage) ist oftmals ein teilweiser bis völliger Erinnerungsverlust (Amnesie) festzustellen, da die Abspeicherung der Geschehnisse beeinträchtigt wurde (Craemer et al. 2005). Es kann aber auch

zu überdauernden Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen kommen. Daher tragen unerkannte Schädel-Hirn-Traumata möglicherweise ebenfalls zu einer ungünstigen Ausgangssituation bei der Anhörung im Rahmen des Asylverfahrens bei.

Als weitere Einflussgröße kann die politische Aktivität des Asylbewerbers im Heimatland gelten. Basoglu et al. (1997) berichten, dass in der Türkei politisch Aktive schwerwiegenderer Folter ausgesetzt wurden als andere Gefangene. Andererseits fanden die gleichen Autoren, dass politisch Aktive nach erlittener Folter weniger starke psychologische Probleme berichteten. Ob Aktivisten tatsächlich weniger Belastung erlebten, bleibt in dieser Studie ungeklärt. Es kann aber angenommen werden, dass Flüchtlinge, die in ihrem Heimatland politisch aktiv waren, eine höhere Motivation haben, ihr Verfolgungsschicksal zu berichten.

Variablen aus der Anhörungssituation: Auch Variablen aus der Anhörungssituation selbst sind daraufhin zu untersuchen, ob sie das Berichtverhalten beeinflussen können. Soziodemografisch und kulturell bedingte Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Asylbewerber und Anhörer waren in der Vergangenheit durch die Sprachvermittlung von Dolmetschern nicht immer hinreichend zu überbrücken. Auch das Geschlecht des Dolmetschers spielt laut einiger Autoren eine bedeutende Rolle (Eytan A. 2002; Bischoff et al. 2003). Dies dürfte vor allem auf das Erzählen schambehafteter Erlebnisse wie beispielsweise Vergewaltigungen zutreffen. Doch sind auch das Verhalten des anhörenden Beamten gegenüber dem Asylbewerber, die Art und Weise der Umsetzung der Vorhaltepflcht oder die zur Verfügung stehende Zeit mögliche Einflussgrößen, wobei wir annehmen, dass mehr Zeit und aktiveres Nachfragen des anhörenden Beamten sich positiv auf das Berichten von traumatischen Ereignissen auswirken kann.

Vor dem Hintergrund des referierten Forschungsstands versucht die vorliegende Untersuchung nun retrospektiv in einer Archivstudie mögliche Einflussgrößen zu identifizieren, die das Berichtverhalten von traumatisierten Flüchtlingen in der Situation der Erstanhörung im Rahmen des deutschen Asylsystems beeinflussen.

Methodik

Stichprobe

Aus dem Archiv der *Psychologischen Forschungs- und Modellambulanz für Flüchtlinge* der Universität Konstanz und *vivo international* wurden 52 Akten ehemaliger Patienten ausgewählt, die zwischen April 2000 und Februar 2005 an einem ausführlichen psychodiagnostischen Interview in unserer Einrich-

tung teilgenommen hatten. Kriterien für die Auswahl waren: das Vorliegen einer PTBS, die glaubhaft ursächlich mit Verfolgungsereignissen im Herkunftsland in Zusammenhang gebracht werden kann, Ablehnung des Erstasylantrags und Vollständigkeit des relevanten Datenmaterials. Dabei wurde der Einhaltung aller Vorschriften zur Anonymisierung und des Datenschutzes streng Rechnung getragen. In die Stichprobe eingeschlossen sind die Akten von 22 weiblichen und 30 männlichen Flüchtlingen im Alter von durchschnittlich 31 Jahren ($SD = 8,8$) zum Zeitpunkt der Untersuchung in unserer Einrichtung. Die Mehrzahl (81%) der Flüchtlinge sind aus der Türkei stammende Kurden, die anderen stammen aus Gebieten des ehemaligen Jugoslawiens; eine Person kommt aus Nordafrika. Zum Zeitpunkt der Untersuchung in unserer Einrichtung befanden sich die Asylbewerber bereits zwischen acht Monaten und zwölf Jahren im Exil (Median: 2 Jahre 3 Monate). Sie hatten im Durchschnitt sechs Jahre formale Schulbildung erfahren ($SD = 3,6$). Die Probanden hatten viele Traumata erlebt und waren dadurch psychisch stark belastet. Im Mittel berichteten die Teilnehmer von fünf verschiedenen traumatischen Erlebnistypen, wobei diese auch mehrfach erlebt worden waren. Die Verteilung der häufigsten Kategorien traumatischen Erlebnisse sind in Abbildung 1 dargestellt. Neben gewaltsamen Übergriffen durch fremde Personen (82,7%) und Folter (80,4%) waren gewaltsame Übergriffe durch Familienmitglieder (76,9%) die häufigsten erlebten Traumata. Alle Asylbewerber, deren Akten im Rahmen dieser Studie ausgewertet wurden, hatten eine PTBS. Der Summenwert der Symptom-Items, der als Index für die Gesamtsymptom schwere gilt, lag in der Gesamtgruppe im Mittel bei 35,9 ($SD = 5,4$), was als schwere Ausprägung beurteilt werden muss. In Tabelle 1 werden die Charakteristika der Gesamtgruppe dargestellt.

Abbildung1: Art und Häufigkeit traumatischer Erlebnisklassen.

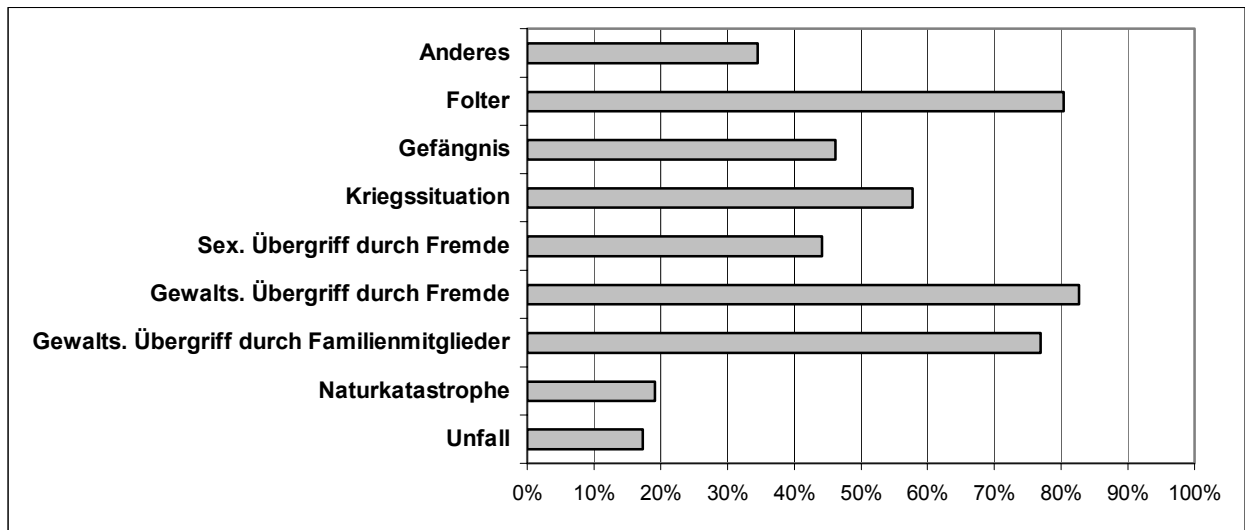


Tabelle 1: soziodemographische Charakteristika der untersuchten Gruppe. Es werden Häufigkeiten, Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Median berichtet.

		Nicht ausführlich erzählt	Ausführlich erzählt	Gesamtgruppe	Teststatistik (p)
N	Gesamt	32	20	52	-
Geschlecht	Männer	18	12	30	0,071 ¹
	Frauen	14	8	22	(0,790)
Alter	M (SD)	31,6 (9,7)	30,8 (7,3)	31,3 (8,8)	0,314 ²
	Median	28	28,5	28	(0,755)
Jahre Schulbildung	M (SD)	5,6 (4,1)	7,5 (2,4)	6,3 (3,6)	-1,831 ²
	Median	5	8	5	(0,037)
Monate im Exilland	M (SD)	45,4 (36,2)	41,3 (40,0)	43,8 (37,4)	0,387 ²
	Median	33,5	23	27	(0,700)
Anzahl traumatische Erlebnisse	M (SD)	4,9 (1,4)	4,3 (1,7)	4,7 (1,6)	1,170 ²
	Median	5	4	5	(0,248)
PTBS Symptom schwere	M (SD)	34,9 (4,9)	37,7 (5,9)	35,9 (5,4)	-1,822 ²
	Median	35	39	36,5	(0,075)

¹ Pearson χ^2 , df = 1

² t-test, df = 50

Messinstrumente und Durchführung

Die Datenerhebung wurde in einem etwa sechsstündigen klinisch-psychodiagnostischen Interview von geschulten Psychologen durchgeführt. Das Inter-

view wurde, wenn nötig, auf mehrere Sitzungen aufgeteilt. Aufgrund der oft geringen bzw. nicht vorhandenen Deutschkenntnisse der untersuchten Flüchtlinge saß jeder Untersuchung ein trainierter Dolmetscher gleicher Ethnizität und gleichen Geschlechts bei.

Zur Erhebung der traumatischen Erfahrungen wurde der von uns entwickelte *vivo Haft-, Kriegs- und Folterereignisfragebogen* (Schauer, Neuner unveröffentlichtes Dokument), der in Anlehnung an Basoglu et al. (Basoglu 1994) und Mollica et al. (1992) das Erlittenhaben von 44 Foltermethoden und Kriegserlebnissen erfragt. Dieses Instrument wird ebenfalls in Interview-Form durchgeführt. Strukturiert und standardisiert werden dabei Deprivationserlebnisse (wie z.B. Augen verbinden, Entzug von Nahrung oder Wasser) sowie Zwangsmaßnahmen (wie z.B. Misshandlungen mit Elektroschocks, sexuelle Folter) erfragt. Daneben wird auch der Verdacht auf das Erleiden eines Schädel-Hirn-Traumas (SHT) abgeklärt. Hierfür wird zunächst erfragt, ob und wie der Person im Rahmen der Verfolgung Kopfverletzungen zugefügt wurden, z.B. durch Schläge mit stumpfen Gegenständen. Dann wird gefragt, ob es dabei zu einem Bewusstseinsverlust kam. Nur wenn beide Fragen bejaht werden, wird der Verdacht auf ein SHT kodiert. Desweiteren werden zur Abklärung einer Gehirnerschütterung andere Symptome wie Übelkeit oder Kopfschmerzen exploriert.

Zur Diagnose nach DSM-IV und zur Beurteilung der Schwere einer Posttraumatischen Belastungsstörung wurde die Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS, Foa et al. 1995; deutsche Übersetzung: Ehlers, Steil, Winter 1995) herangezogen, die hier als Leitfaden im Rahmen eines klinischen Experteninterviews angewandt wurde. Hierbei wird zunächst das für den Klienten subjektiv belastendste Ereignis herausgearbeitet und anschließend das Vorliegen und die Häufigkeit der Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung erfasst.

Zusätzlich wurden Informationen zur derzeitigen gesundheitlichen Verfassung, wie somatische Beschwerden, Medikamenten- und Drogengebrauch, erhoben, die Suizidalität eingeschätzt sowie bisherige medizinische und psychotherapeutische Behandlungen erfasst.

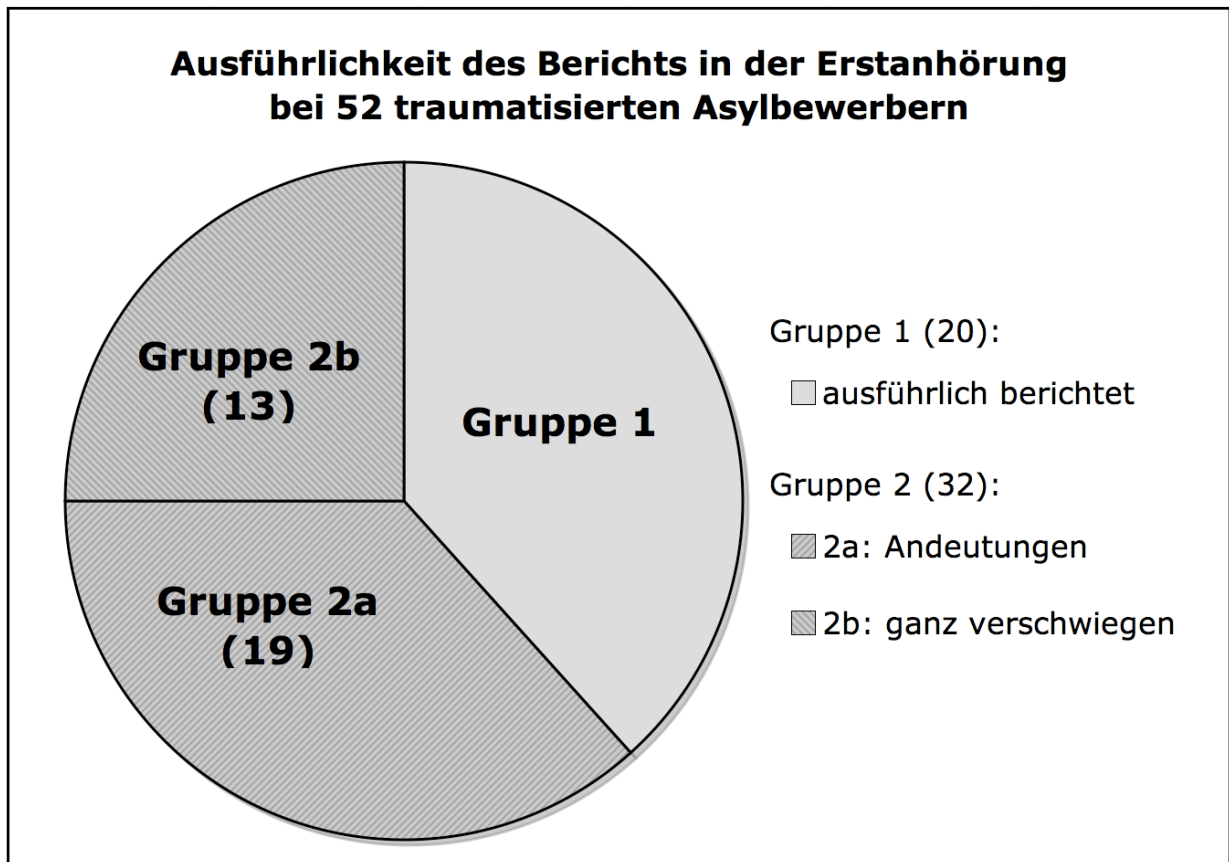
Im Rahmen der standardisierten Erhebung von soziodemographischen Daten wurden Geschlecht, Alter, Anzahl der Jahre an formeller Bildung und Anzahl der Monate im Exil erfragt. Außerdem wurden folgende Variablen zum Verfolgungsschicksal erhoben: Grund für die Verfolgung, insbesondere ob die Person politisch aktiv war und ob es a) ermordete bzw. verschwundene oder b) verhaftete bzw. gefolterte Familienangehörige gibt. Letztere beiden Variablen werden als Indiz gewertet, ob der Asylbewerber befürchten könnte, dass er durch seine Aussage bei den deutschen Behörden Personen im Heimatland in Schwierigkeiten bringen könnte.

Aus der Niederschrift der Erstanhörung wurden die Dauer der Anhörung und der Rückübersetzung, das Geschlecht des Anhörers und des Dolmetschers, die Anwesenheit dritter (Familienmitglieder, Rechtsanwalt, Unterstützer) sowie die Anzahl und Art der Fragen und Vorhaltungen durch den anhörenden Beamten entnommen. Zur Erhebung der Variablen wurden Methoden der quantitativen und qualitativen Inhaltsanalyse (Früh 2001) angewandt.

Auswertung und statistische Verfahren

Die untersuchte abhängige Variable, ob und wie detailreich die Asylbewerber während der Erstanhörung von ihrer Verfolgungsgeschichte erzählten, wurde durch den Abgleich der Niederschrift der Erstanhörung mit den Informationen aus der klinischen Untersuchung in unserer Einrichtung ermittelt. Je nach Aussageverhalten in der Erstanhörung des Bundesamtes teilten wir die 52 Patienten in zwei Gruppen ein: 20 Asylbewerber hatten die wesentlichen Ereignisse ihres Verfolgungsschicksals benannt und einige Informationen dazu berichtet (Gruppe 1); 32 hatten sie lediglich vage angedeutet oder ganz verschwiegen (Gruppe 2). Für die nachfolgende Auswertung zentral ist hierbei der Vergleich zwischen diesen zwei Probandengruppen. Das Berichtgeben an sich blieb nach den in den Niederschriften verfügbaren Informationen insgesamt im Rahmen der von traumatisierten Asylbewerbern liegenden, eher beschränkten Möglichkeiten. Selbst die Schilderungen der erstgenannten Gruppe 1, welche relevante Ereignisse benannte, waren in der Erstanhörung bei weitem nicht so detailreich wie in der standardisierten, klinischen Untersuchung durch psychologische Experten. Interessanterweise nimmt die Häufigkeit von Widersprüchen und Inkohärenzen unter den in den Asylbescheiden genannten Ablehnungsgründen mit der Menge an Informationen zu, die ein Asylbewerber im Rahmen der Anhörung berichtete. Deshalb kann man auch in der ersten Gruppe nicht von logisch in sich geschlossenen Berichten ausgehen. Für die statistische Auswertung erschien es in manchen Fällen sinnvoll, die zweite Gruppe ein weiteres Mal zu unterteilen – in eine Gruppe, die ihr Verfolgungsschicksal in der Erstanhörung nur vage angedeutet (Gruppe 2a; n=19), und in eine Gruppe, die es komplett verschwiegen hatte (Gruppe 2b; n=13). Eine grafische Darstellung der Gruppeneinteilung findet sich in Abbildung 2.

Abbildung 2: Grafische Darstellung der Einteilung der Patienten der Studie in Gruppen für die statistische Auswertung anhand der Ausführlichkeit des Berichts in der Erstanhörung vorm Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.



Die statistische Auswertung wurde mit Hilfe der Statistikprogramme SPSS 13.0 und R durchgeführt. Für den Häufigkeitsvergleich kamen hierbei χ^2 -Tests und, wenn die erwarteten Zellenhäufigkeiten zu gering waren, Fisher's Exact Tests zur Anwendung. Für den Gruppenvergleich wurden, wenn immer möglich, t-Tests oder einfache ANOVAs gerechnet; wenn Varianzen nicht homogen und die Verteilungen unsymmetrisch waren, kamen die non-parametrischen Verfahren Wilcoxon-Rangsummen-Test und Kruskal-Wallis-Test zum Einsatz. Die statistischen Tests wurden mit Alpha = 0,05 gerechnet. Beim Vergleich zweier Gruppen mit gerichteten Hypothesen (Bildung, Vergewaltigung, SHT, verschwundene bzw. ermordete Familienmitglieder, verhaftete bzw. gefolterte Familienmitglieder, politische Aktivität, zur Verfügung stehende Zeit in der Anhörung, Anzahl von Nachfragen und Vorhaltungen des anhörenden Beamten) kamen die einseitigen, in allen anderen die zweiseitigen Testvarianten zum Einsatz. Für die Darstellung von Zusammenhängen wurden Korrelationskoeffizienten nach Pearson verwendet.

In einer binär-logistischen Regressionsanalyse wurde zudem der Einfluss der Prädiktorvariablen auf die abhängige Variable untersucht. Als Prädiktoren wurden Alter, Schulbildung, Geschlecht (Referenzkategorie weiblich), politische Aktivität (Referenzkategorie: nicht politisch aktiv), Vergewaltigung (Referenzkategorie: keine Vergewaltigung), Verdacht auf SHT (Referenzkategorie: keine Schläge auf den Kopf mit Ohnmacht in der Folge), die Existenz von verschwundenen bzw. ermordeten Familienmitgliedern (Referenzkategorie: keine) und die Existenz von verhafteten bzw. gefolterten Familienmitgliedern (Referenzkategorie: keine) ausgewählt. Prädiktoren wurden sukzessive dem Modell hinzugefügt (Stepwise Forward, Wald Statistic) mit Alpha = 0,05 für den Einschluss und 0,10 für die Herausnahme.

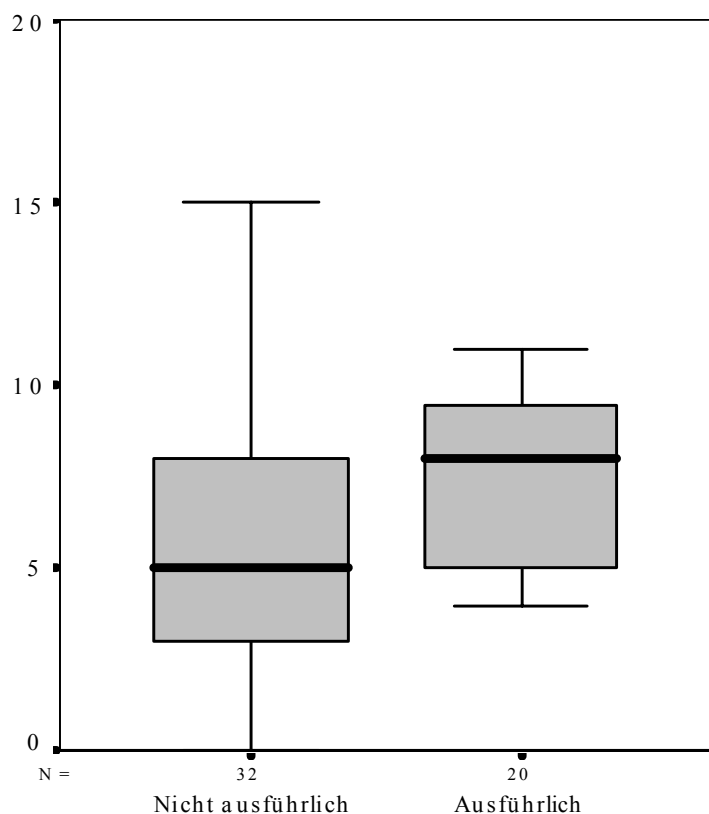
Ergebnisse

Soziodemographische Variablen

In Tabelle 1 wird dargestellt, wie sich Geschlecht, Alter, Bildung, die Monate im Exilland und die Anzahl erlebter traumatischer Erlebnistypen zwischen den Gruppen 1 und 2 unterscheiden. Nur hinsichtlich der Jahre an Schulbildung gab es einen signifikanten Unterschied: Die Personen, die bei ihrer Asylanhörung nicht oder nur andeutungsweise über ihr Verfolgungsschicksal berichteten (Gruppe 2), hatten durchschnittlich zwei Jahre weniger Bildung als die Gruppe 1, die bei dem Bundesamt die Hauptereignisse der Verfolgungsgeschichte benannte (siehe dazu Abbildung 3).

Ein Vergleich der Gruppen 1, 2a und 2b ergab, dass nur die vage Berichtenden (Gruppe 2b) eine etwa um drei Jahre niedrigere Bildung aufwiesen als die anderen beiden Gruppen ($M = 4,5$ Jahre, $SD = 3,3$ vs. $M = 7,2$, $SD = 4,7$ vs. $M = 7,5$, $SD = 2,4$; $\chi^2 = 7.305$, $p = 0,026$). Hinsichtlich des Geschlechterverhältnisses fanden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den drei Gruppen ($\chi^2 = 2,909$, $p = 0,233$), wobei der Frauenanteil in der Gruppe 2b, die überhaupt nicht über ihre traumatischen Erlebnisse in der Erstanhörung sprach, mit 8 von 13 (61,5%) im Vergleich zu 31,6% in der Gruppe 2a und 40% in der Gruppe 1 am höchsten war. Ebenfalls nicht signifikant unterschieden sich die drei Gruppen hinsichtlich des Alters und der Anzahl erlebter traumatischer Ereignistypen ($F = 0,049$, $p = 0,953$; $F = 0,677$, $p = 0,513$). Tendenziell hielten sich die Patienten der Gruppe 2b mit 56,6 Monaten ($SD = 41,3$) länger als die anderen beiden in Deutschland auf ($M = 37,7$, $SD = 31,0$; $M = 41,3$, $SD = 40,0$), was jedoch im Gruppenvergleich nicht signifikant wurde ($F = 1,065$, $p = 0,353$).

Abbildung 3: Box-Whisker-Plots über die Anzahl der Jahre an formaler Bildung in zwei Gruppen von Asylbewerbern mit PTBS: 32 Personen, die nur vage oder gar nicht in der Erstanhörung des Bundesamtes über ihr Verfolgungsschicksal berichtet, und 20 Personen, welche die wesentlichen Ereignisse benannt hatten.



Psychische Verfassung

Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung

Die Schwere der PTBS Symptomatik unterschied sich nicht zwischen den Gruppen 1 und 2 ($M = 37,7$, $SD = 5,9$ vs. $M = 34,9$, $SD = 4,9$; $t = -1,822$, $p = 0,075$). Von den Subskalen Intrusion, aktive Vermeidung, passive Vermeidung („Numbing“) und Überregung gab es lediglich bei der aktiven Vermeidung einen tendenziellen Unterschied: Die Asylbewerber der Gruppe 1, die ihre Erlebnisse berichten konnten, zeigten tendenziell mehr Vermeidungssymptomatik als die Gruppe 2 ($M = 5,0$, $SD = 1,1$ vs. $M = 4,2$, $SD = 1,5$; $t = -1,967$, $p = 0,054$; andere: $0,482 \leq p \leq 0,786$). Wenn Gruppe 2 nochmals unterteilt wurde, zeigte sich, dass alle drei Gruppen nahezu identische Werte hatten ($F = 1,683$, $p = 0,197$).

Suizidversuche

Von den 52 Probanden hatten 15 (28,8%) mindestens einen Suizidversuch unternommen (im Zeitraum zwischen der Verfolgung im Heimatland und der klinischen Untersuchung in unserer Einrichtung). Wenn die Probanden der Gruppen 1 und 2 miteinander verglichen wurden, ergab sich kein signifikanter Unterschied (30,0% vs. 28,1%, $\chi^2 = 0,021$, $p = 0,885$). Wurde jedoch die Gruppe 2 noch einmal unterteilt, zeigte sich ein signifikanter Unterschied: Bei 8 von 13 Personen (61,5%) der Gruppe 2b (Verfolgungsschicksal ganz verschwiegen), konnte mindestens ein Suizidversuch in der Zeit seit den traumatischen Ereignissen exploriert werden, im Vergleich zu 1 von 19 Personen (5,3%) in Gruppe 1a (Andeutungen) und 6 der 20 (30,0%) von Gruppe 1 (Verfolgung berichtet; $p = 0,002$).

Verfolgung im Heimatland

Politische Aktivität

Insgesamt berichteten 27 Personen (51,9%) unserer Stichprobe, in ihrem Herkunftsland politisch aktiv gewesen zu sein. Die Personen der Gruppe 1 waren häufiger politisch aktiv als die aus Gruppe 2 (70,0%, vs. 41,9%, $\chi^2 = 3,84$; $p = 0,025$). Bei weiterer Unterteilung der letzteren Gruppe zeigte sich, dass diese Rate in der Gruppe 2b (Verfolgungsschicksal ganz verschwiegen) bei 58,3% lag. Der Unterschied geht vor allem auf die niedrige Zahl in der Gruppe 2a (Verfolgung lediglich erwähnt) zurück (31,6% vs. 58,3% vs. 70,0%; $\chi^2 = 5,956$; $p = 0,051$).

Vergewaltigung

Insgesamt berichteten 28 (53,8%) Patienten im klinischen Interview von einer im Rahmen der Verfolgung erlittenen Vergewaltigung; Frauen waren häufiger Opfer einer Vergewaltigung als Männer (71,4% vs. 28,6%, $\chi^2 = 21,1$; $p < 0,001$). Es zeigte sich auch, dass sich mit 21 von 32 Personen (65,6%) signifikant mehr Vergewaltigungsopfer in Gruppe 2 (vage oder gar nicht über ihre Verfolgung berichtet) befanden als in Gruppe 1, wo es 7 von 20 waren (35,0%; $\chi^2 = 4,645$, $p = 0,016$). Siehe dazu Abbildung 4. Bei der detaillierteren Analyse mit der Unterteilung in drei Subgruppen zeigte sich jedoch kein weiterer Unterschied: 9 von 13, die nichts erwähnt hatten, im Vergleich zu 12 von 19, die lediglich vage Andeutungen gemacht hatten (69,2% vs. 63,2%, vs. 35,0%, $\chi^2 = 4,759$, $p = 0,093$).

Schädel-Hirn-Trauma in Folge von Schlägen auf den Kopf

Bei 50 der 52 Patienten konnten diesbezügliche Informationen erhoben werden. Bei insgesamt zehn Personen wurde der Verdacht auf ein Schädel-Hirn-Trauma (SHT) gestellt. In Gruppe 2 waren es prozentual mehr, nämlich 9 von 31 (29,0%), im Vergleich zu 1 von 19 (5,3%) in Gruppe 1 ($p = 0,035$). Bei Unterteilung der Gruppe 2 in die oben beschriebenen Untergruppen, zeigten sich noch deutlichere Unterschiede zwischen den drei Teilstichproben: Die Hälfte von Gruppe 2b, die ihr Verfolgungsschicksal komplett verschwiegen hatte (6 von 12), wies den Verdacht auf ein SHT auf, im Vergleich zu 3 von 19 aus Gruppe 2a (50,0% vs. 15,8% vs. 5,3%; $p = 0,014$).

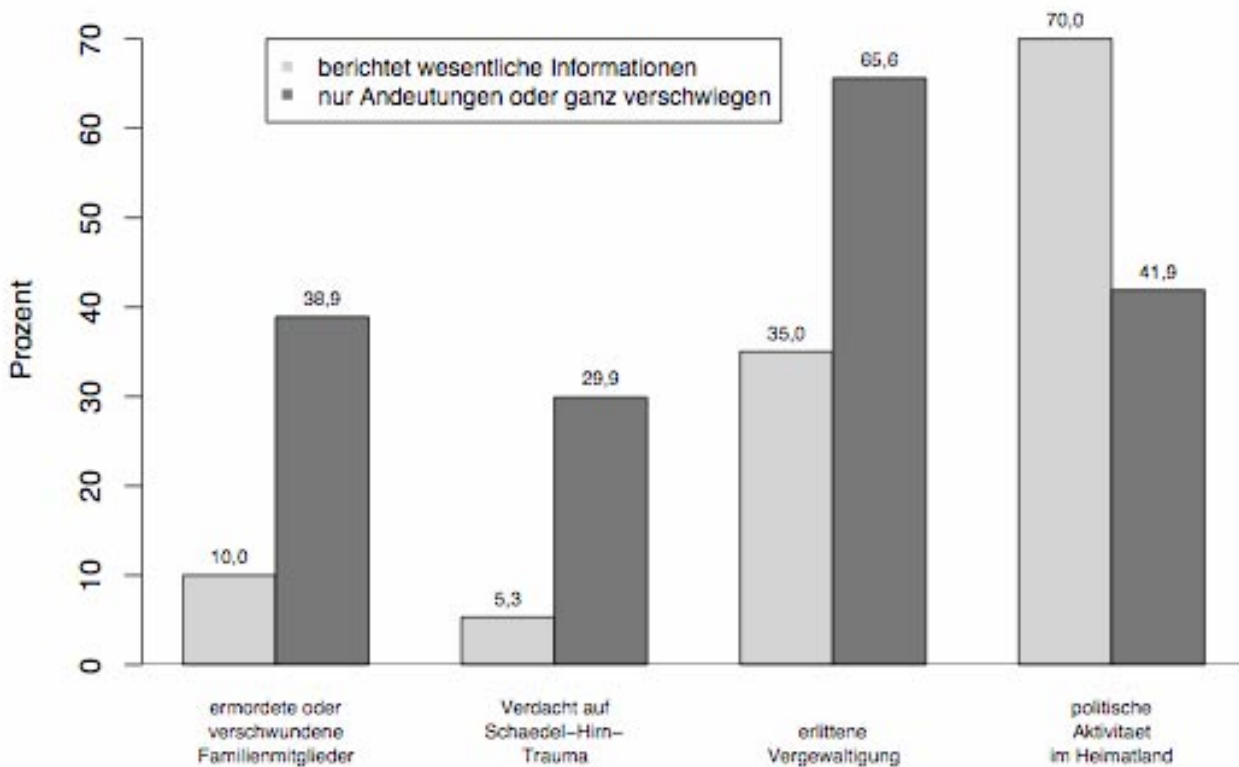
Vermisste/ermordete und verhaftete/gefolterte Familienmitglieder

Insgesamt berichteten 14 der 51 Patienten (27,5%), von denen wir diesbezügliche Informationen erheben konnten, dass mindestens ein Familienmitglied aus politischen Gründen ermordet worden oder verschwunden war, nämlich 12 der 31 Personen (38,7%) aus Gruppe 2, die nur andeutungsweise oder gar nicht erzählt hatten, im Vergleich zu 2 von 20 Personen (10%) der Gruppe 1 ($\chi^2 = 5,031$, $p = 0,013$). Siehe dazu Abbildung 4. Bei näherer Betrachtung zeigt sich, dass dieser Unterschied hauptsächlich durch den hohen Anteil in der Untergruppe 2b (Verfolgungsschicksal völlig verschwiegen) erklärt werden kann (50,0% vs. 31,6%, vs. 10,0%; $p = 0,034$).

Im Gegensatz dazu berichteten mehr Patienten von mindestens einem Familienmitglied, das im Heimatland verhaftet oder gefoltert worden war, nämlich 35 von 51 (68,6%). Hierbei zeigten sich aber keine signifikanten Gruppenunterschiede (64,5% vs. 75,0%; $\chi^2 = 0,621$, $p = 0,431$). Auch die weitere Unterteilung der Gruppen erbrachte keine Unterschiede ($p = 0,1276$).

Abbildung 4: Inwieweit hängt das Aussageverhalten von Asylbewerbern mit verschwundenen/ermordeten Familienmitgliedern, Verdacht auf Schädel-Hirn-Trauma, erlittener Vergewaltigung und politischer Inaktivität im Heimatland zusammen. Balken repräsentieren Prozentwerte. 20 Personen berichteten wesentliche Informationen der erlittenen Verfolgung, 31 verschwiegen sie ganz oder machten nur vage Andeutungen.

**Variablen aus dem Verfolgungsschicksal,
die mit dem Berichten in der Erstanhoerung in Zusammenhang stehen**



Variablen aus der Erstanhörung

Dauer und Datum der Anhörung

Die 52 Asylbewerber unserer Stichprobe hatten ihre Erstanhörung im Rahmen des Asylverfahrens zwischen 1993 und 2003. Wir teilten die Stichprobe anhand des Medians des Anhörungszeitpunktes in zwei Gruppen: 50% der Stichprobe (26) hatten den Termin der Erstanhörung bis Juni 2001, die anderen 50% danach. Diese vereinfachte Einteilung wurde zum statistischen Gruppenvergleich herangezogen, um Änderungen im Verlauf der Zeit zu erfassen.

In den Anhörungsprotokollen, die bis zu diesem Datum angefertigt wurden, wurde eine mittlere Anhörungsdauer von 78,3 Minuten ($SD = 46,3$) und eine mittlere Rückübersetzungsdauer von 16,9 Minuten ($SD = 9,3$) festgehalten. Die danach angefertigten Protokolle wiesen eine Anhörungsdauer von 113,1 Minuten ($SD = 63,5$) und eine Rückübersetzungsdauer von 29,2 Minuten ($SD = 15,4$) auf (Anhörung: $t = 2,194$, $p = 0,033$; Rückübersetzung: $t = 2,852$, $p = 0,007$). Es ergaben sich signifikante Zusammenhänge zwischen dem Jahr und der Dauer der Anhörung ($r = 0,288$; $p = 0,037$) und der Rückübersetzung ($r = 0,355$, $p = 0,025$).

Im Gruppenvergleich zwischen den Gruppen 1 und 2 zeigte sich, dass Gruppe 1 eine um rund 36 Minuten längere mittlere Anhörungsdauer ($M = 119,0$ Minuten, $SD = 68,2$ vs. $M = 82,6$, $SD = 46,9$; $t = -2,235$, $p = 0,015$) und eine rund neun Minuten längere Rückübersetzungsdauer hatte ($M = 30,4$, $SD = 16,8$ vs. $21,0$, $SD = 12,2$; $t = -2,028$, $p = 0,025$).

Hinweise der Asylbewerber auf erlebte Gewalterfahrungen

Die Hinweise und Detailschilderungen der traumatisierten Asylbewerber auf bzw. über erlebte Gewalt wurden im Laufe der Jahre häufiger ($r = .281$; $p = .044$). Während bis Juni 2001 im Mittel 12,4 ($SD = 10,9$) derartige Aussagen von den Asylbewerbern protokolliert wurden, waren es danach 24,4 ($SD = 18,8$; $Z = -2,741$, $p = 0,006$). Dabei zeigte sich eine tendenzielle Korrelation zwischen der Dauer der Anhörung und den Hinweisen auf erlittene Gewalt, die der Asylbewerber gab ($r = 0,255$, $p = 0,073$).

Fragen der Einzelentscheider und Vorhaltungen

Die Einzelentscheider dokumentierten im Mittel pro Anhörung 31,7 Fragen ($SD = 18,0$), die sie an den Asylbewerber richteten. Die meisten Fragen richteten sich dabei auf Formalitäten, Beweise, Dokumente, den Fluchtweg, den Schlepper etc. Mit den Methoden der qualitativen Inhaltsanalyse konnten pro Anhörung im Mittel 11,5 ($SD = 8,9$) Fragen als Aufforderungen gewertet

werden, über die Fluchtgründe zu sprechen, z.B. Fragen nach Details oder zum besseren Verständnis der Verfolgungsgeschichte. Die Häufigkeit dieser Fragen in den Protokollen, d.h. vermutlich die Länge dieser Art von Dialog während der Anhörung, hat im Laufe der untersuchten Jahre deutlich zugenommen. Bis Juni 2001 wurden im Durchschnitt pro Anhörung 8,8 derartige Fragen (SD = 6,8) protokolliert, danach waren es 14,3 (SD = 10,0; $t = 2,337$, $p = 0,024$). Bei den Anhörungen derjenigen, die ihr Verfolgungsschicksal völlig verschwiegen hatten, fanden sich nur 6,8 solche Fragen (SD = 5,2). Anders bei denjenigen Flüchtlingen, die etwas angedeutet oder vorgebracht hatten: Bei ersteren wurden im Mittel 13,6 (SD = 9,1) derartige Fragen protokolliert, bei letzteren 12,7 (SD = 9,8; $F = 2,698$, $p = 0,077$).

In 77 Prozent der Erstanhörungen dokumentierten die Einzelentscheider während der Anhörung keine Vorhaltungen im Sinne der Vorhaltepflicht, um auf Widersprüche im Vorbringen des Verfolgungsschicksals hinzuweisen. In 23% der Anhörungen waren es bis zu sechs Vorhaltungen, im Gesamtmittel 0,5 (SD = 1,2). Bis Juni 2001 waren es im Mittel 0,4 (SD = 0,9), danach 0,6 (SD = 1,4; $Z = -0,397$, $p = 0,691$). Gruppenunterschiede zwischen den zwei bzw. drei verschiedenen Gruppen konnten nicht gefunden werden ($t = 0,721$, $p = 0,474$ bzw. $F = 0,330$, $p = 0,720$).

Andere Variablen aus der Erstanhörung

In 40 der Anhörungsprotokolle wurde das Geschlecht des anhörenden Beamten und in 37 das des Dolmetschers dokumentiert; alle Anhörungsprotokolle nach Juni 2001 enthielten diese Informationen. In 27 Fällen war der anhörende Beamte gleichen Geschlechts wie die Asylbewerber und in 19 Fällen war es auch der Dolmetscher. Nach Juni 2001 war die Häufigkeit von gleichgeschlechtlichen Anhörern und Dolmetschern bei der Anhörung tendenziell höher als davor ($p = 0,155$ und $p = 0,079$). Häufigkeitsunterschiede hinsichtlich gleichgeschlechtlichen Anhörern und Dolmetschern konnten zwischen Gruppe 1 und 2 nicht gefunden werden ($\chi^2 = 0,008$, $p = 0,931$; $\chi^2 = 0,021$, $p = 0,886$). Die separate Analyse der Subgruppen der vergewaltigten Frauen oder Männer ist durch die sehr geringe Fallzahl nicht sinnvoll.

Ob ein Asylbewerber eine anwaltliche Vertretung bei der Anhörung benannt hatte, steht in keinem Zusammenhang zu der Art und Weise, wie ausführlich er über seine Verfolgungserlebnisse Bericht erstattete ($\chi^2 = 0,002$, $p = 0,963$). Erwähnenswert ist jedoch, dass in allen vier Fällen, in denen eine vertraute Person, die nicht Familienmitglied war, der Anhörung beiwohnte, Verfolgungserlebnisse ausführlicher vorgebracht wurden, und dass in den beiden Fällen, in denen ein Familienmitglied der Anhörung beiwohnte, das Verfolgungsschicksal nur vage angedeutet wurde.

Regressionsanalyse

In einer binär-logistischen Regressionsanalyse konnten drei Prädiktoren auf das Nichtvorbringen der eigenen Verfolgungsgeschichte bestätigt werden, siehe Tabelle 2. Die Gesamtvarianzaufklärung war dabei gut (Nagelkerke's $R^2=0,43$). Bei Patienten, die angaben, dass Familienmitglieder ermordet oder verschwunden worden waren, war die Chance, dass sie ihr Verfolgungsschicksal berichten, 22-fach erniedrigt. Das Erleiden einer Vergewaltigung im Rahmen der Verfolgung führte zu einer vierfach niedrigeren Chance der Offenlegung, jedes Jahr an genossener Schulbildung jedoch zu einer um 40% höheren Chance.

Tabelle 2: Ergebnisse der binär-logistischen Regressionsanalyse; abhängige Variable: detailliertes Berichten des eigenen Verfolgungsschicksals.

Prädiktor	B	S.E.	Wald Statistik	df	p	OR	CI (95%)
Schulbildung in Jahren	0,337	0,135	6,237	1	0,013	1,401	1,075 – 1,825
Vermisste/ermordete Familienmitglieder	-3,110	1,171	7,050	1	0,008	0,045	0,004 – 0,443
Opfer von Vergewaltigung	-1,534	0,738	4,324	1	0,038	0,216	0,051 – 0,916
Konstante	-1,228	0,906	1,837	1	0,175	0,293	

Diskussion

Wir führten eine Studie im Patientenarchiv der *Psychologischen Forschungs- und Modellambulanz für Flüchtlinge der Universität Konstanz und vivo international* mit dem Ziel durch, ein besseres Verständnis dafür zu entwickeln, welche Faktoren bei Asylbewerbern mit PTBS die Mitteilung oder das Verschweigen von asylrelevanten Verfolgungsereignissen im Herkunftsland in der Erstanthörung des deutschen Asylverfahrens beeinflussen.

Vor dem Hintergrund, dass alle untersuchten Flüchtlinge unter einer schweren chronischen PTBS litten, ließ sich dennoch eine Hochrisikogruppe unter ihnen herausarbeiten: Diejenigen traumatisierten Asylbewerber mit PTBS, die in der Erstanthörung das eigene Verfolgungsschicksal völlig verschwiegen hatten, waren zu 69% Vergewaltigungsoffer und 62% von ihnen hatten mindestens einen Suizidversuch zwischen Erleiden der Verfolgung und psychologischer Untersuchung unternommen. Wir vermuten, dass diese Gruppe in besonderem Ausmaß vom Phänomen des „speechless terror“ des Traumas und den subtilen Folgen von Folter und Einschüchterung betroffen

ist, d.h. von der Unfähigkeit, Worte zu finden, um die eigenen Erlebnisse, Gefühle und Gedanken auszudrücken, sowie von Schuld und Selbstvorwürfen, was besonders lähmend und in vielerlei Hinsicht (selbst-)zerstörerisch sein kann. Hier ist die psychiatrische Symptomatik vermutlich besonders schwer, das Erlebte kann nicht verarbeitet werden und die subjektive Verzweiflung ist besonders groß. Darüber hinaus wissen wir, dass multipel und komplex Traumatisierte mit chronischer PTBS zumeist durch andere, komorbide psychiatrische Störungen noch zusätzlich belastet sind, die hier nicht untersucht wurden; vor allem Depressionen, Somatisierungs- und Dissoziationsstörungen sind hier zu nennen.

Es konnte ferner gezeigt werden, dass bestimmte Faktoren damit in Zusammenhang gebracht werden können, dass Asylbewerber mit PTBS der geforderten Mitwirkungspflicht in der Asyl-Erstanthörung des deutschen Asylverfahrens nicht nachkommen (können). Dies ist vor allem dann der Fall, wenn die Flüchtlinge ermordete oder verschwundene Familienmitglieder zu beklagen haben, wenn sie eine niedrige Schulbildung haben und wenn sie bei der Verfolgung Opfer einer Vergewaltigung geworden sind. Weiterhin hat der Verdacht, im Rahmen der Verfolgungsereignisse ein Schädel-Hirn-Trauma erlitten zu haben, und im Heimatland nie politisch aktiv gewesen zu sein, einen negativen Einfluss auf das Offenlegen in der Erstanthörung.

Diese Ergebnisse bestätigen die von uns aufgestellten Hypothesen: Es konnte die Vermutung gestützt werden, dass es vor allem das subjektive Gefühl des Misstrauens ist, das es für Asylbewerber, aus deren Familien Menschen im Heimatland ermordet wurden oder verschwunden sind, besonders schwer macht, einem fremden Behördenapparat zu vertrauen und sensible Informationen preiszugeben (siehe Leonhardt 2004). Die Hypothese, dass Schädel-Hirn-Traumata und Vergewaltigung einen negativen Einfluss auf das Berichtgeben haben, werden durch unsere Forschungsergebnisse gestützt und bestätigen die Vermutung, dass Erinnerungsprobleme bei Hirnverletzungen und bei dissoziativer Symptomatik unter Asylbewerbern mit PTBS häufig zu finden sind. Unsere Ergebnisse zum Einfluss von erlittener Vergewaltigung auf das Berichten der eigenen Verfolgungsgeschichte sind zudem im Einklang mit vielen klinischen Beobachtungen und Studien, denen zufolge Vergewaltigungen mit erhöhten Scham- und Schuldgefühlen sowie Vermeidungssymptomen einhergehen (Dahl 1989; Ross-Gower et al. 1998), die dem Opfer das Berichten darüber massiv erschweren. In Bezug auf die typische Amnesie bei Schädel-Hirn-Trauma ist festzuhalten, dass in vielen Fällen später „automatisch“, d.h. zum Teil ohne unbewusstes Zutun, eine Rekonstruktion des Geschehenen erfolgt, beispielsweise aufgrund von Erzählungen anderer, verschwommener „Erinnerungsinseln“ und Indizien (Harvey, Bryant 2001; Hyman, Loftus 1998). Diese Rekonstruktion ist aber in der Regel nur oberflächlich und hält

der kritischen Nachfrage nicht stand. Wir bestätigten ferner die Schlussfolgerung von Weber (1998), wonach eine niedrigere Schulbildung einen negativen Einfluss auf das Asylverfahren hat. Alle Patienten unserer Untersuchung mit weniger als vier Jahren Schulbildung (17,3%, N = 9) hatten in der Erstanthörung entweder nur vage Andeutungen über ihr Verfolgungsschicksal gemacht oder es völlig verschwiegen. Bei höherer Bildung können andere Faktoren das Verschweigen oder nur Andeuten erklären. Es ist zu vermuten, dass wenig gebildete Asylbewerber die gesetzlichen Bestimmungen, den Behördengang und die Zuständigkeiten im Prozess der Entscheidung über ihren Asylantrag am wenigsten verstehen und dadurch am einfachsten von dritter Seite zu beeinflussen sind bzw. sich der Tragweite und Bedeutung, die der Erstanthörung zukommt, nicht bewusst sind.

Unsere Ergebnisse zeigen auch, dass die Erstanthörungen des Bundesamtes selbst mit dem Aussageverhalten der Asylbewerber in Zusammenhang stehen. Dies wird vor allen dadurch deutlich, dass im Laufe der 11 Jahre, während der die ausgewerteten Anhörungen stattgefunden und die in den Protokollen dokumentierten Mitteilungen von Verfolgungsereignissen durch die Asylbewerber zugenommen hatten, sich auch die Charakteristika der Anhörungen veränderten: In den letzten Jahren waren die Anhörungen länger und es wurde mehr Zeit für Rückübersetzungen aufgewendet; es entsteht der Eindruck, dass die Einzelentscheider aktiver waren, da mehr konkrete Fragen zum Verfolgungsschicksal und häufigeres Konfrontierten mit vermeintlichen Widersprüchen protokolliert wurden sowie weil bei den Asylbewerbern, die nur vage Andeutungen gemacht hatten, tendenziell die häufigsten Nachfragen gestellt wurden. Ob allerdings längere Anhörungen und aktivere Einzelentscheider wirklich zum Berichten von mehr Details geführt haben oder umgekehrt oder ob diese Entwicklung mit den sinkenden Antragszahlen erklärbar ist, kann hier nicht entschieden werden. Aus klinischer Sicht ist anzumerken, dass gerade Personen mit PTBS auf Unterstützung und Nachfragen beim Berichten über traumatisch erlebte Ereignisse angewiesen sind. Dies gilt speziell für schambesetzte Erlebnisse. Daher ist die Entwicklung hin zu längeren Anhörungen und detaillierterem Nachfragen sinnvoll, um aus der Anhörung Verdachtsmomente auf organisierte Gewalterlebnisse, Verfolgung im Herkunftsland mit Bedrohung von Leib und Leben und möglichen klinischen Traumatisierungsfolgen zu gewinnen. Naturgemäß will die Erstanthörung keine klinisch-psychologische Exploration ersetzen. Die Posttraumatische Belastungsstörung steht aber, anders als andere psychiatrische Störungen, in direktem Zusammenhang mit extremen Gewalterfahrungen – entweder als Opfer, als Augenzeuge oder als naher Verwandter. Damit erlangt sie für das Asylverfahren eine herausragende Bedeutung. Wenn sie auch nicht den hohen Standard einer klinischen Exploration erfüllen kann, so sollte die Anhörungssituation zumindest die Voraussetzungen schaffen, dass die Aussage potenziell

traumatisierender Lebensereignisse, und zwar wenigstens solcher, die asylrelevant sind, im Sinne einer einfachen, aber glaubwürdigen Mitteilung ermöglicht wird. Unsere Ergebnisse führen zu dem Schluss, dass die Erstanthörung dies für bestimmte Personengruppen von Flüchtlingen derzeit noch nicht leistet. So ist beispielsweise mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass es einer traumatisierten unpolitischen Asylbewerberin mit niedriger Bildung und erlittenen sexuellen Gewalterlebnissen nicht gelingen wird, ihr Verfolgungsschicksal in der Erstanthörung vorzubringen, und dass sie bereits einen Selbstmordversuch unternommen hat oder noch unternommen wird. Es muss daher ein Ziel der Erstanthörung sein, diejenigen Antragssteller, die bestimmte Risikokriterien erfüllen, zu identifizieren und an Fachleute weiter zu verweisen.

Die vorliegende Studie weist einige Einschränkungen auf. Erstens ist zu bemerken, dass für ein besseres Verständnis des Zusammenhangs zwischen Traumasymptomatik und Offenlegen in der Erstanthörung eine zeitnahe psychologische Untersuchung günstig gewesen wäre. Da diese Studie aber ein retrospektiv empirisches Herangehen gewählt hatte, wurden diese Zeitabstände auch nicht standardisiert. Zweitens bestand die Stichprobe ausschließlich aus traumatisierten Asylbewerbern mit schwerer PTBS, die den Weg in unsere Einrichtung gefunden hatten. Obwohl die klinischen Charakteristika der Patienten an unserer Forschungsambulanz mit denen aus anderen Einrichtungen übereinstimmen, handelt es sich hierbei um eine hoch selektive Stichprobe, die nicht repräsentativ ist für alle Flüchtlinge im gesamten deutschen Asylverfahren, z.B. auch hinsichtlich der ethnischen Zugehörigkeit. Die PTBS-Symptomatik in der Stichprobe zeigt daher relativ wenig Variation zwischen den einzelnen Patienten und Gruppen. In dieser Situation kann es dazu kommen, dass eigentlich unbedeutende Unterschiede tendenziell signifikant werden. Daher dürfen die tendenziellen Gruppenunterschiede in der PTBS-Symptomatik nicht überbetont werden. Drittens hätte das Hinzunehmen einer nicht-traumatisierten oder psychiatrisch anders belasteten Kontrollgruppe Aufschluss über die Generalisierbarkeit bzw. Spezifität der hier gefundenen Risikofaktoren geben können, war aber angesichts beschränkter Ressourcen nicht prioritär, da es uns zunächst um differenzierte Aussagen innerhalb der Gruppe der PTBS-Patienten ging. Die Frage, ob Personen mit einem anderen Schweregrad der PTBS, gänzlich ohne diese Störung oder mit einer anderen psychiatrischen Störung ein anderes Offenlegungsverhalten zeigen würden, will mit dieser Studie nicht beantwortet werden. Beim gegenwärtigen Forschungsstand kann allerdings vermutet werden, dass es auch bei anderen psychiatrischen Störungen aufgrund der typischen Funktionseinschränkung zu einer problematischen Situation in der Anhörung kommen könnte und dass die oben genannten Faktoren auch hier Einfluss haben könnten. Schließlich

sei angemerkt, dass natürlich auch in einem mehrstündigen, standardisierten, von klinischen Experten durchgeführten Interview einzelne Unwahrheiten nicht erkannt bleiben können, obwohl wir Akten aus der Studie ausgeschlossen haben, in denen ein Zweifel an der Glaubhaftigkeit der Aussagen der Asylbewerber entstand. Hier wurde auch nicht das behördliche Erstanhörungsprotokoll mit der „Wahrheit“ verglichen, sondern mit dem Ergebnis einer anderen Interview- oder Befragungssituation. Jedoch ist anzumerken, dass das hier angewendete klinische Experteninterview in der psychiatrischen und klinisch-psychologischen Forschung als „Goldstandard“ gilt.

Für ein Asylverfahren, das sich zum Ziel setzt, „diejenigen Asylbewerber, die tatsächlich Schutz benötigen, schnell und zuverlässig zu erkennen und zu unterscheiden von denjenigen, die sich zu Unrecht auf das Asylrecht berufen“ (Bundesministerium des Inneren 2005), ist es aus unserer Sicht erforderlich, die Erstanhörung den Möglichkeiten der traumatisierten Flüchtlinge anzupassen (siehe auch Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2001), zumal zu jedem Anhörungszeitpunkt mit einem hohen Prozentsatz von Traumatisierungen zu rechnen ist. Wichtig ist eine angemessene psychosoziale und rechtliche Betreuung der Asylbewerber schon vor der Erstanhörung (siehe dazu auch Wirtgen 2001; Weber 1998). Profitieren kann das derzeitige Verfahren von weiterer wissenschaftlicher Evaluation und der verstärkten Schulung und Sensibilisierung von Dolmetschern und Einzelentscheidern. Einzelentscheider werden schon bisher geschult auf den sensiblen Umgang mit Asylbewerbern trotz belastender Erfahrungen im Alltag. Sie erlernen Gesprächsführungsstrategien, die das Offenlegen erleichtern und die Klärung von Missverständnissen fördern, sowie den verfälschenden Einfluss der Sprachmittlung zu minimieren. Das rechtzeitige Einschalten von geschultem Fachpersonal zur weiteren Abklärung der Symptomatik sollte prinzipiell immer dann angestrebt werden, wenn sich Hinweise auf eine Traumatisierung oder andere klinische Störung ergeben. Die Entwicklung eines validen Kriterienkatalogs müsste in einem geeigneten Forschungsprojekt betrieben werden.

Unsere Ergebnisse zu ‚Suizidversuchen‘ machen deutlich, dass es unter den Asylbewerbern eine Hochrisikogruppe gibt, die schnell erkannt und einer adäquaten psychotherapeutischen Behandlung zugeführt werden muss.

Fazit

Es zeigte sich, dass bestimmte Faktoren bei traumatisierten Asylbewerbern damit in Zusammenhang stehen, dass sie über ihre Verfolgungsgeschichte in der Erstanhörung nur vage berichten oder sie gänzlich verschweigen: wenn Familienmitglieder verschwunden oder ermordet wurden, wenn der Asylbewerber im Heimatland nie politisch aktiv gewesen war, nach erlittener Ver-

gewaltigung, bei geringer Schulbildung oder nach einem Schädel-Hirn-Trauma. Dabei kann diejenige Gruppe, die psychisch am schwersten belastet ist, am wenigsten der geforderten Mitwirkungspflicht nachkommen.

Die in den letzten Jahren gestiegene Anhörungsdauer und eine aktive Haltung der anhörenden Beamten sind Grundvoraussetzungen dafür, das Offenlegen von lebensbedrohlichen Verfolgungserlebnissen für Traumatisierte zu erleichtern und in vielen Fällen erst zu ermöglichen. Aus unserer Studie folgt, dass das Asylverfahren an die Möglichkeiten psychisch kranker und traumatisierter Flüchtlinge noch besser angepasst werden könnte. Hier wäre vor allem die weitere Schulung und die Supervision von Einzelentscheidern und Dolmetschern zu nennen, aber auch die Entwicklung eines Kriterienkatalogs, anhand dessen eine rechtzeitige Weitervermittlung an geschultes Fachpersonal vorgenommen werden kann.

Die zukünftige Forschung in diesem Feld sollte auch berücksichtigen, inwieweit die hier gefundenen Risikofaktoren auch auf solche Asylbewerber übertragen werden können, die organisierte Gewalterlebnisse überlebten, die aber in der Folge an einer anderen psychiatrischen Störung erkrankten (z.B. Depression, Dissoziation) oder aber keine erkennbare klinische Störung entwickeln.

Literatur

- Basoglu, M.; Mineka, S.; Paker, M.; Aker, T.; Livanou, M.; Gök, S. (1997). Psychological preparedness for trauma as a protective factor in survivors of torture. In: *Psychological Medicine* 27, S. 1421-1433.
- Birck, A. (2002). *Traumatisierte Flüchtlinge: Wie glaubhaft sind ihre Aussagen?* Heidelberg, Kröning: Asanger Verlag.
- Bischoff, A.; Bovier, P.A.; Rrustemi, I.; Gariazzo, F.; Eytan, A.; Loutan, L. (2003). Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. In: *Social Science and Medicine* 57 (3), S. 503-12.

- Bortz, J.; Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation*. 2. Auflage. Berlin: Springer-Verlag.
- Brewin, C.R.; Dalgleish, T.; Joseph, S. (1996). A dual representation theory of Posttraumatic Stress Disorder. In: *Psychological Review* 103 (4), S. 670-686.
- Brewin, C.R. (2001). A cognitive neuroscience account of Posttraumatic Stress Disorder and its treatment. In: *Behaviour Research and Therapy* 39, S. 373-393.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2001). *Asylpraxis*. Band 7. Traumatisierte Flüchtlinge. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Der Verfahrensablauf. http://www.bamf.de/template/index_asylrecht.htm.
- Bundesministerium des Inneren (2005). *Asyl und Flüchtlinge*. http://www.zuwanderung.de/1_fluechtlinge.html.
- BverfG (Kammer), InfAuslR (1991). 85 (88)
- BverfG (Kammer), InfAuslR (1991). 94 (94)
- BverfG (Kammer), InfAuslR (2000). 254 (258)
- Carlson, E.B. (1997). *Trauma Assessments*. New York: The Guilford Press.
- Conway, M.A. (2001). Sensory-perceptual episodic memory and its context: autobiographical memory. In: *Philosophical Transactions of the Royal Society of London Series B: Biological Science* 356, S. 1375-1384.
- Creamer, M.; O'Donnell, M.L.; Pattison, P. (2005). Amnesia, traumatic brain injury, and posttraumatic stress disorder: a methodological inquiry. In: *Behaviour Research and Therapy* 43 (10), S. 1383-1389.
- Dahl, S. (1989). Acute response to rape – a PTSD variant. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum* 355, S. 56-62.
- Ehlers, A.; Steil, R.; Winter, H. (1995). *PDS – deutsche Version*. University of Oxford: unveröffentlichtes Dokument.
- Ehlers, A.; Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. In: *Behaviour Research and Therapy* 38, S. 319-345.
- Elbert, T.; Schauer, M. (2002). Burnt into memory. In: *Nature* 419, S. 883.
- Elbert, T.; Schauer, M.; Lang, P.; Neuner, F.; Bradley, M. (2001). Kommunikationsverhalten nach Traumatisierung: Replikation der Fragebogenuntersuchung von Müller und Maercker zum Offenlegen der Trauma-Erfahrungen. Paper-Präsentation auf der DeGPT Konferenz 2001, Konstanz.
- Eytan, A.; Bischoff, A.; Rustemi, I.; Durieux, S.; Loutan, L.; Gilbert, M.; Bovier, P.A. (2002). Screening of mental disorders in asylum-seekers from Kosovo. In: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 36 (4), S. 499-503.
- Fazel, M.; Wheeler, J.; Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorders in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. In: *The Lancet* 365 (9467), S. 1309-14.
- Foa, E.B. (1995). *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale: Manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Foa, E.B.; Rothbaum, B.O. (1998). *Treating the Trauma of Rape: Cognitive-Behavioral Therapy for PTBS*. New York: The Guilford Press.
- Friedman, M. (2000). *Post Traumatic Stress Disorder: The Latest Assessment and Treatment Strategies*. Kansas City: Compact Clinicals.
- Früh, W. (2001). *Inhaltsanalyse: Theorie und Praxis*. Konstanz: UVK Medien.
- Gäbel, U.; Ruf, M.; Schauer, M.; Odenwald, M.; Neuner, F. (2005). Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 35(1), S. 12-20.

- Gerritsen, A.A.M.; Bramsen, I.; Deville, W.; van Willigen, L.H.M.; Hovens, J.E.; van der Ploeg, H.M. (2004). Health and health care utilization among asylum seekers and refugees in the Netherlands: design of a study. In: *BMC Public Health* 4, S. 7.
- Harvey, A.G.; Bryant, R.A. (2001). Reconstructing trauma memories: a prospective study of „amnesic“ trauma survivors. In: *Journal of Traumatic Stress* 14 (2), S. 277-282.
- Herlihy, J. (2002). Discrepancies in autobiographical memories – implications for the assessment of asylum seekers: repeated interviews study. In: *British Medical Journal* 324, S. 324-327.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books.
- Hollifield M. (2005). Judging psychiatric disorder in refugees; Author's reply. In: *The Lancet* 366 (9497), S. 1605.
- Hull, A.M. (2002). Neuroimaging findings of post-traumatic stress disorder. In: *The British Journal of Psychiatry* 181, S. 102-110.
- Hyman, I.E.; Loftus, E.F. (1998). Errors in autobiographical memory. In: *Clinical Psychology* 18 (8), S. 933-947.
- Junghöfer, M.; Schauer, M.; Neuner, F.; Odenwald, M.; Rockstroh, B.; Elbert, T. (2003). Enhanced fear-network in torture survivors activated by RVSP of aversive material can be monitored by magnetic source imaging. Poster presented at the conference of the Society of Psychophysiological Research, Chicago.
- Kessler, R.C.; Sonnega A. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. In: *Archives of General Psychiatry* 52 (12), S. 1048-60.
- Koch, D.F. (2002). Stand des Wissens über Traumatisierung bei Flüchtlingen. Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen: Dokumentation eines Tagesseminars in Schleswig-Holstein.
- Köhnken, G. (1990). *Glaubwürdigkeit: Untersuchungen zu einem psychologischen Konstrukt*. München: Psychologie Verlags Union.
- Laban, C.J.; Gernaat, H.B.; Komproue, I.H.; Schreuders, B.A.; De Jong, J.T. (2004). Impact of a Long Asylum Procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. In: *Journal of Nervous and Mental Disease* 192 (12), S. 843-51.
- Lang, P.J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. In: *Psychophysiology* 16, S. 195-212.
- Lang, P.J. (1984). Dead Souls: Or why the neurobehavioral science of emotion should pay attention to cognitive science. In: T. Elbert, B. Rockstroh, W. Lutzenberger, N. Birbaumer (Eds.), *Self-Regulation of the Brain and Behaviour*, Berlin: Springer Verlag, S. 255-272.
- Lang, P.J. (1993). The network model of emotion: Motivational connections. In: R. Wyer, T. Scrull (Eds.), *Advances in Social Cognition*, VI. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associate.
- Leth, P.M.; Banner, J. (2005). Forensic medical examination of refugees who claim to have been tortured. In: *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology* 26 (2), S. 125-30.
- Leonhardt, M. (2004). Psychiatrische Begutachtung bei asyl- und ausländerrechtlichen Verfahren. In: U. Venzlaff, K. Foerster, *Psychiatrische Begutachtung: Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen*, München: Urban & Fischer Verlag.
- McNally, R.J.; Lasko, N.B.; Macklin, M.L.; Pitman, R.K. (1995). Autobiographical memory disturbance in combat-related Posttraumatic Stress Disorder. In: *Behaviour Research and Therapy* 33 (6), S. 619-30.

- Metcalf, J.; Jacobs, W. (1996). A hot-system/cool-system view of memory under stress. In: PTBS Research Quarterly 7, S. 1-3.
- Meythaler, J.M.; Peduzzi, J.D.; Eleftheriou, E.; Novack, T.A. (2001). Current concepts: diffuse axonal injury-associated traumatic brain injury. In: Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 82 (10), S. 1461-71.
- Miller, G.A.; Elbert, T.; Rockstroh, B. (2005). Judging psychiatric disorder in refugees. In: The Lancet 366 (9497), S. 1604-5.
- Mollica, R.F.; Caspi-Yavin, Y.; Bollini, P.; Truong, T.; Tor, S.; Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire. Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. In: Journal of Nervous and Mental Disease 180 (2), S. 111-6.
- Moreno, A.; Grodin, M.A. (2002). Torture and its neurological sequelae. In: Spinal Cord 40 (5), S. 213-23.
- Nutt, D.J.; Malizia, A.L. (2004). Structural and functional brain changes in Posttraumatic Stress Disorder. In: The Journal of Clinical Psychiatry 65 (Suppl. 1), S. 11-7.
- Ray, W.; Odenwald, M.; Neuner, N.; Schauer, M.; Ruf, M.; Rockstroh, B.; Wienbruch, C.; Elbert, T. (2006). Decoupling neural networks from reality: Dissociative experiences in torture victims are reflected in abnormal brain waves in left frontal cortex. In: Psychological Science 17 (10), S. 825-9.
- Ross-Gower, J.; Waller, G.; Tyson, M.; Elliott, P. (1998). Reported sexual abuse and subsequent psychopathology among women attending psychology clinics: the mediating role of dissociation. In: British Journal of Clinical Psychology 37, S. 313-26.
- Schauer, M.; Elbert, T.; Gotthardt, S.; Rockstroh, B.; Odenwald, M.; Neuner, F. (2006a). Wiedererfahrung durch Psychotherapie modifiziert Geist und Gehirn. In: Verhaltenstherapie 16, S. 96-103.
- Schauer, M.; Ruf, M.; Odenwald, M.; Neuner, F.; Elbert, T. (2006b). Begutachtung Überlebender organisierter Gewalt. Paper-Präsentation auf der DeGPT Konferenz 2006, Hannover.
- Schauer, M.; Neuner, F. (2006c). *in vivo* Haft-, Kriegs- und Folterereignisfragebogen. Universität Konstanz: unveröffentlichtes Dokument.
- Scheid, R.; Walther, K.; Guthke, T.; Preul, C.; von Cramon D.Y. (2006). Cognitive sequelae of diffuse axonal injury. In: Archives of Neurology 63 (3), S. 418-24.
- Schnurr, P.P.; Jankowski, M.K. (1999). Physical health and Posttraumatic Stress Disorder: review and synthesis. In: Seminars in Clinical Neuropsychiatry 4 (4), S. 295-304.
- Silove, D.; Sinnerbrink, I.; Field, A.; Manicavasagar, V.; Steel, Z. (1997). Anxiety, depression and PTBS in asylum-seekers: association with pre-migration trauma and post-migration stressors. In: The British Journal of Psychiatry 170, S. 351-7.
- Weber, R. (1998). Extremtraumatisierte Flüchtlinge in Deutschland, Asylrecht und Asylverfahren. Frankfurt, New York: Campus Verlag.
- Wirtgen, W. (2001). Krankheitsbilder und Diagnostik, Untersuchung und Begutachtung von posttraumatischen Belastungsstörungen und anderen Folgekrankheiten. Asylpraxis, Band 9: „Traumatisierte Flüchtlinge“. Dokumentation der Fachtagung vom 26.04.2001 im Bundesamt.
- Yamasue, H.; Kasai, K.; Iwanami, A.; Ohtani, T.; Yamada, H.; Kuroki, N.; Fukuda, R.; Tochigi, M.; Furukawa, S.; Sadamatsu, M.; Sasaki, T.; Aoki, S.; Ohtomo, K.; Asukai, N.; Kato, N. (2003). Voxel-based analysis of MRI reveals anterior cingulate gray-matter volume reduction in posttraumatic stress disorder due to terrorism. In: Proceedings of the National Academy of Science 100 (15), S. 9039-43.

Danksagung

Wir bedanken uns bei allen Patienten, die uns in den letzten Jahren ihr Vertrauen geschenkt haben. Wir bedanken uns ebenfalls bei einer Reihe von Kollegen, die durch Ihre Anregungen und wissenschaftliche Erfahrung das Projekt um die Diplomarbeit von Tobias Schmitt und das daraus entstandene, hier vorliegende Manuskript befruchtet haben: Vor allem zu nennen sind Prof. Thomas Elbert und Prof. Brigitte Rockstroh, die durch ihre Anregungen und produktiven Diskussionsbeiträge die Planung und Durchführung der Studie wesentlich beeinflussten, sowie Prof. Walter Kempf, der uns mit seiner großen Kenntnis der qualitativen und quantitativen Inhaltsanalyse unterstützte, und nicht zuletzt die vielen Kollegen, die durch ihre Arbeit das Datenmaterial, das wir analysieren konnten, zusammengetragen hatten.

Gefördert vom Europäischen Flüchtlingsfonds

¹ Dieser Fokus auf PTBS soll nicht verdecken, dass traumatische Erlebnisse bei Flüchtlingen zu vielfältigen psychiatrischen Störungsbildern führen können. Komorbide Erkrankungen oder andere klinische Probleme und gesundheitliche Risiken sind häufig bei Traumatisierung (Schnurr 1999; Kessler 1995).

² In diesem Text soll zur besseren Lesbarkeit die grammatikalisch maskuline Form verwendet werden, welche aber die weiblichen Personen jeweils einschließt, falls nicht ausdrücklich anderweitig gekennzeichnet, wie z.B. Asylbewerberinnen. Eine Alternierung zwischen der männlichen und weiblichen Form, hätte zwar den Vorteil einer größeren Ausgewogenheit, brächte aber Verwirrung hinsichtlich der Interpretation der Daten mit sich.