

Beiträge der Psychotraumatologie zur Menschenrechtsdiskussion im Kontext der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen

Dietrich F. Koch und Deirdre Winter

Zusammenfassung

Humanitäre Entscheidungen bezüglich der Rückführung schwer traumatisierter Flüchtlinge erfordern eine differenzierte Kenntnis der psychischen und körperlichen Folgen extrem belastender Erfahrungen und der Möglichkeiten und Voraussetzungen ihrer Verarbeitung und Behandlung. Der Beitrag gibt einen Überblick zu Entwicklung und aktuellem Stand psychotraumatologischer Forschung und zeigt deren Relevanz für die gegenwärtige politisch-administrative Diskussion und Auseinandersetzung über die zwangsweise Rücksendung traumatisierter Flüchtlinge. Als besonders problematisch muß die Rückführung in Herkunftsländer gelten, deren sozioökonomischen Strukturen zerstört sind oder wo staatlicher oder organisierter Terror virulent ist und wo die Flüchtlinge mit extremen, äußerst schmerzhaften und retraumatisierenden Erinnerungen konfrontiert werden.

1. Einleitung

Seit vielen Jahren arbeiten die deutschen psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer mit schwersttraumatisierten Überlebenden von organisierter politischer Gewalt, die als Flüchtlinge in Deutschland Schutz suchen. Das primäre Interesse gilt dabei der möglichst weitgehenden Wiederherstellung der psychischen und physischen Gesundheit dieser Menschen, ihrer persönlichen Integrität und umfassenden Rehabilitation. Dabei ist die psychische Verarbeitung eines extremen, aus einem politischen Kontext heraus verursachten, Traumas die schwierigste Aufgabe und sicher die größte Herausforderung an die therapeutische Arbeit. Dieser Artikel ist aus diesem Praxisfeld und dessen Fragen und Widersprüchen heraus erwachsen. Er baut auf eine gutachterliche Arbeit für das Berliner Verwaltungsgericht auf, die sich mit den gesundheitlichen Implikationen bei zwangsweiser Rückführung traumabedingt erkrankter bosnischer Kriegsflüchtlinge auseinandersetzt. Es ist eine, wenn auch nicht erschöpfende, so doch recht umfassende Materialsammlung

relevanter Ergebnisse aus der klinischen Forschung und Praxis der Psychotraumatologie geworden, die wir versuchten zusammenzufassen und so aufzuarbeiten, dass sie Chancen hat, für juristisch-politische Kreise nachvollziehbar zu sein und dort zur Kenntnis genommen zu werden. Eine Kurzform des Textes kursiert seit Mitte 1999 in Fachkreisen und hat seither viel Aufmerksamkeit gefunden, da sie einige Grundlagen und klinische Begrifflichkeiten zu klären versucht, die in juristische und politische Kreise noch kaum eingedrungen und selbst in der klinischen Fachwelt noch nicht Allgemeingut geworden sind. Für die mit traumatisierten Flüchtlingen erfahrenen KlinikerInnen geben dagegen Teile dieses Beitrags sicher bereits Bekanntes wieder. Sie möchten wir hiermit dazu einladen, die Implikationen der Ergebnisse der aktuellen empirischen Traumaforschung für ihre Arbeit zu reflektieren.

Das klinisch-therapeutische Anliegen dieser Arbeit ist aufs engste verbunden mit der Problematik von weltweiten Menschenrechtsverletzungen, staatlicher Gewalt und Machtmissbrauch, Unterdrückung ethnischer Minderheiten und Andersdenkender. In diesem Kontext wurden die seelischen Wunden geschlagen, die die Therapie mit den Überlebenden zu behandeln sucht. Die Schulmedizin wie auch ein Großteil der akademischen Psychologie und viele der etablierten psychotherapeutischen Schulen haben den Menschen als Individuum zum Gegenstand. Sie beschäftigen sich in aller Regel kaum mit der Dynamik solch hochkomplexer sozialer Systeme wie der 'Welt'-Gesellschaft und nehmen selten Notiz von Phänomenen, für deren Beeinflussung sie keine Handlungsanweisungen in ihrem Repertoire haben. Würde man in der therapeutischen Arbeit im allgemeinen und mit Überlebenden von Menschenrechtsverletzungen im besonderen jedoch von der Bedeutung des Politischen abstrahieren, würde dies an der Lebensrealität der Betroffenen vorbeigehen und das wesentliche Therapieziel der aktiven Wiederteilnahme am gesellschaftlichen Leben und an politischen Prozessen aus dem Auge verlieren. Daher ist die Arbeit mit politischen Flüchtlingen und Folteropfern immer eine Arbeit am Schnittpunkt von Gesundheit und Menschenrechten.

Therapeutischer Erfolg ist schwer zu erreichen, wenn das generelle Vertrauen in den Menschen als prinzipiell freundlichen und helfenden Anderen so tiefgreifend erschüttert ist, wie nach von Menschen verursachten Katastrophen („man-made disasters“; s. Janoff-Bulman, 1992).

Ohne die uneingeschränkte Verurteilung solcher Gewaltausübung als Exzess menschlichen Verhaltens und staatlichen Machtmissbrauchs gegenüber dem Opfer und ohne die vorbehaltlose Anerkennung seines Leidens an der erfahrenen Ungerechtigkeit ist ein therapeutischer Kontakt praktisch nicht möglich. Erfolgreiche therapeutische Arbeit mit Opfern von Menschenrechtsverletzungen ist unauflöslich verbunden mit dem Schutz der Überlebenden vor einer Wiederholung der Gewalterfahrung. Dies bringt den Thera-

peuten eines Gewaltopfers, dem die Abschiebung an den Ort der traumatischen Erfahrung droht, in ein erhebliches berufsethisches Dilemma. Ein therapeutisches Selbstverständnis, das seinen Wirkungsbereich allein in der psychischen Innenwelt sieht, tut sich mit dieser Herausforderung ungeheuer schwer. Eine therapeutische Beziehung ohne mitmenschliches Engagement (commitment) durch den Therapeuten sowie eine Therapie, die das individuelle Leiden auf Symptome und deren klinisch-psychologische Beseitigung reduziert, sind in der Arbeit mit Opfern von Menschenrechtsverletzungen unserer Erfahrung nach aber weder erfolgversprechend noch ethisch vertretbar, da sie der wesentlichen Verschränkung von repressiver äußerer Realität mit der intrapsychischen Realität der Verfolgten nicht Rechnung tragen (s. Möller & Regner, 1999; Regner, i.d. Band). Eine engagierte, erfolgsorientierte Therapie kann daher weder der Menschenrechtssituation im Herkunftsland des Überlebenden noch dem Schutz vor weiterer Verfolgung durch das Exil-land gleichgültig gegenüberstehen. Beides sind wichtige Determinanten des Heilungsprozesses.

In der Flüchtlingsarbeit tätige ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen haben die Konsequenz aus diesem gesellschaftspolitischen Dilemma gezogen und begonnen, psychologische und medizinische Atteste und Expertisen zur Unterstützung der Ansprüche ihrer KlientInnen auf Anerkennung ihrer Verfolgung zu erstellen. So haben einzelne psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer in der Vergangenheit immer wieder versucht, ihre Erfahrungen und Beobachtungen aus dem therapeutischen Prozess in das Asylverfahren ihrer Klientinnen und Klienten in Form von Befundberichten, Stellungnahmen und Gutachten einzubringen. Der enge Erfahrungsaustausch der letzten Jahre unter FachkollegInnen innerhalb der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) e.V. hat die Erkenntnis erbracht, wie schwierig es ist, Entscheidungsträgern bei Gerichten, in Verwaltung und Politik klinisches Wissen und Erfahrung zu vermitteln. Aus den verschiedenen professionellen Denk- und Begriffssystemen heraus ergeben sich bisweilen erhebliche Kompatibilitätsprobleme der Kommunikation. Wir haben daher als KlinikerInnen den Versuch gemacht, (ausländer-)rechtliche Belange und damit die professionellen Interessen von Juristen und im juristischen, verwaltungstechnischen und politischen Bereich Tätigen „mitzudenken“. Dies geschah oft nicht explizit und ist daher für die LeserIn, die mit dem Asylverfahren u.a. ausländerrechtlichen Verwaltungsvollzügen weniger vertraut ist, schwer zu dechiffrieren. Wir haben daher einleitend zu den einzelnen Kapiteln die konkreten juristischen, verwaltungstechnischen und ausländerrechtlichen Fragestellungen dargelegt, auf die der nachfolgende Text abzielt.

Es lässt sich beobachten, dass in neuerer Zeit bei Gerichten, in der Verwaltung und bei politischen Entscheidungsträgern eine gewisse Aufgeschlossenheit und ein wachsendes Interesse an der sachverständigen Meinung von Praktikern entsteht. Der vorliegende Artikel ist als (weiterer) Versuch gedacht, eine Verständigungsbrücke zwischen den verschiedenen Berufs- und Gesellschaftsgruppen im Bereich der Flüchtlings- und Menschenrechtsarbeit zu schlagen. Letztlich, so beginnt sich für viele engagierte HeilberuflerInnen in der Menschenrechtsarbeit abzuzeichnen, geht es mittlerweile um mehr als um Einzelerfolge in humanitären Härtefällen. Es geht darum, Erkenntnisse, die in der medizinisch-psychologischen Forschung und Praxis unabweislich Form annehmen, in den öffentlichen und politischen Diskurs hineinzutragen:

- die Erkenntnis nämlich, dass organisierte Gewaltexzesse in Form von Kriegen, Folter, Genoziden und Staatsterror sich zu einem globalen Gesundheitsrisiko auszuwachsen drohen, welches in seinen verheerenden Folgen für die Menschheit hinter den gegenwärtigen Seuchen und Krankheiten kaum zurücksteht (vgl. Kessler, 2000).
- die Erkenntnis, dass organisierte Gewalt unverkennbare Spuren in Körper und Seele der Betroffenen eingräbt und sie oft lebenslang mit den Gesundheitsschäden belastet sind. Das Leiden ist nicht vorbei, wenn die Betroffenen der Folter oder der unmittelbaren Bedrohung entronnen sind.

Aus diesen Erkenntnissen ergibt sich die Forderung nach einer offensiven Menschenrechtspolitik, die die umfassende Verantwortung für den Schutz der Überlebenden und die Wiedergutmachung der Folgen übernimmt, sofern dies im Bereich des Möglichen liegt.

Im vorliegenden Artikel wollen wir also versuchen, einige relevante Ergebnisse aus Forschung und Praxis der Psychotraumatologie auf ihre Relevanz für den professionellen, gesellschaftlichen und politischen Umgang mit extrem traumatisierten Überlebenden von von Menschen verursachten Katastrophen hin zu untersuchen und im Interesse der Verfolgten in den fachlichen und öffentlichen Diskurs einzubringen.

Nicht viele Zeitgenossen werden Zeugen der Berichte von Verfolgten. Die BehandlerInnen sind aufgerufen, ihre gesellschaftliche Verantwortung wahrzunehmen und ihre diagnostischen und therapeutischen Erfahrungen im Dienste der Menschen, die sie betreuen, mitzuteilen.

2. *Historisches*

Bis in die jüngste Vergangenheit (1980) galt in der psychiatrischen Krankheitslehre der Grundsatz, dass Stressfaktoren zwar pathologische psychische Reaktionen auslösen können, dass diese psychische Gesundheitsstörung je-

doch beim Aufhören oder Nachlassen der Stress-Situation bald wieder abklingt oder sich zumindest in einem Umfang verringert, dass ihr kein Krankheitswert mehr zukommt. „Von einer Tiefenwirkung und Weiterwirkung der stattgehabten Verfolgungsmaßnahmen – von Ächtung, Diskriminierung, Diffamierung, Erniedrigung, Verfemung, Vertreibung aus Amt und Würde, um nur einige auf seelischem Gebiet zu nennen – war höchst selten die Rede.“ (Niederland 1980). Die Studien an Überlebenden der NS-Verfolgung (Venzlaff 1958; Matussek 1961; von Baeyer, Häfner & Kisker 1964) lieferten die ersten wissenschaftlich untermauerten Ergebnisse, dass unter bestimmten Umständen erlebnis- und verfolgungsbedingt ein psychisch tiefgreifender Persönlichkeitswandel stattfinden könne. Walter von Baeyer beschreibt diese ersten Befunde 1964:

„Es war hier etwas Neues in Erscheinung getreten: chronische, äußerst hartnäckige, therapeutisch wenig beeinflussbare Beschwerden, Leistungsmängel, Veränderungen der sozialen Persönlichkeit, die sich bei fehlendem oder gering ausgeprägtem Organbefund, hirnpathologisch nicht erklärbar, in biographischer Kontinuität aus den furchtbaren, leiblich-seelisch-sozialen Schicksalen der Verfolgung entwickelt haben ...“.

Diese „neuen“ Befunde wurden seither wissenschaftlich abgesichert, u.a. durch die Feststellung tiefgreifender psychischer Auswirkungen des Vietnamkriegs auf Soldaten aus den USA, durch Erkenntnisse über Folgen von sexuellem Mißbrauch und Misshandlung bei Kindern und Vergewaltigung bei Frauen. 1980 wurden die psychischen Reaktionen auf Extrembelastungen als neue Kategorie von Krankheitsursachen in das international gebräuchliche amerikanische „Diagnostische und Statistische Manual der Krankheiten DSM III (American Psychiatric Association APA, 1980) aufgenommen, wenig später in das Internationale Klassifikationssystem der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ICD-9 der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation WHO, 1980). Damit wurde weltweit erstmals anerkannt, dass eine psychische Störung ausschließlich äußere Ursachen haben kann.

Diese Erkenntnis schuf die Grundlage für die Entwicklung eines neuartigen psychiatrisch-diagnostischen Denkens, eines für die psychiatrische Wissenschaft neuen Paradigmas. Dieses war z.T. schon zuvor durch Studien u.a. an Überlebenden der Shoah (u.a. Baeyer, Häfner & Kisker, 1964, Keilson, 1979) und Kriegsveteranen des 2. Weltkriegs (z.B. Kardiner, 1941; Lifton, 1993), an Überlebenden von nuklearen Angriffen (z.B. Lifton, 1993), an Veteranen des Vietnamkrieges (z.B. Haley, 1978 (zit. n. Davison & Neale, 1996) und an Opfern sexueller Gewalt (z.B. Burgess & Holmstrom, 1979) eingeleitet worden und ist danach in einer immer schneller wachsenden Anzahl von Studien nach verschiedenen traumatogenen Ereignissen, u.a. extrembelastenden Erfahrungen in Kriegen (u.a. dem Vietnamkrieg, dem Yom-

Kippur-Krieg, dem Falkland-Krieg und dem Golf-Krieg, sowohl bei Soldaten als auch bei der Zivilbevölkerung), Überlebenden von Folter, Vergewaltigung, sexueller Gewalt in der Kindheit, Verkehrsunfällen, Naturkatastrophen und industriellen Unfällen wissenschaftlich untersucht und bestätigt worden. Die verschiedenen Forschungsansätze zur psychischen Traumatisierung haben sich über eine lange und schwierige Geschichte (van der Kolk et al., 1994; Keilson, 1997) und vor allem im Ausland langsam entwickelt. Erschwert wurden die Fortschritte hauptsächlich durch politische und ökonomische Interessen wie u.a. das Bestreben, die Risiken des Soldatendaseins zu verharmlosen, das Ausmaß der Gewalt an sich, besonders aber gegen Kinder und Frauen zu verleugnen und die Entschädigungsleistungen der Versicherungsgesellschaften gering zu halten. Auch psychische Barrieren wie die allgemein menschliche Neigung, Todesgefahr aus dem Bewusstsein zu bannen und Traumafolgen nicht wahrhaben zu wollen, soziale Hindernisse wie die Tendenz der einzelnen Forschergruppen, keine Notiz von den Erkenntnissen anderer Gruppen zu nehmen sowie nicht zusammenzuarbeiten und schulenspezifische blinde Punkte (Boulangier, 1990) spielten dabei eine nicht zu vernachlässigende Rolle.

Noch 1995 wies Priebe darauf hin, dass in Deutschland noch nicht vorausgesetzt werden könne, dass die Kenntnis der diagnostischen Kriterien, geschweige denn der mittlerweile vorhandenen spezifischen Behandlungsansätze für Traumafolgen, sich in Lehre und Praxis schon durchgesetzt und genügend weit verbreitet hätte (Priebe, 1995). Da die meisten FachärztInnen und psychologischen PsychotherapeutInnen, die heute praktizieren, ihre Ausbildung schon längst hinter sich haben, und in den Aus- und Weiterbildungen bisher wenig zum Thema Diagnostik und Behandlung psychischer Traumatisierung angeboten wurde (vgl. z.B. Haenel, 1998), ist trotz einer erfreulichen Steigerung der Anstrengungen auf diesem Gebiet, u.a. auch des Aufbaus eines Netzwerkes von BehandlerInnen und ForscherInnen auf dem Gebiet der Psychotraumatologie (Behrens, 1996), davon auszugehen, dass sich an diesem Umstand noch nicht viel geändert hat. Mit anderen Worten, aktuell sind nur diejenigen Fachleute, die sich intensiv um die Anpassung ihrer Kenntnisse an den neuesten Forschungsstand bemühen, in der Lage, psychische Reaktionen auf Extrembelastungen sicher zu erkennen, zu diagnostizieren und richtig zu behandeln. Das trifft in der Regel nur für wenige Spezialisten zu, die durch ihren professionellen Alltag gehäuft mit Überlebenden extremer Gewalt konfrontiert waren. In der gesundheitlichen Regelversorgung können diese Kenntnisse nicht als Allgemeingut vorausgesetzt werden. Betrachtet man darüber hinaus die Gruppe von Fachleuten, die ihre Erfahrungen mit ausländischen Flüchtlingen, also im transkulturellen Be-

reich, gesammelt haben, so dürfte sich der Kreis der Sachverständigen noch erheblich weiter einschränken.

3. Zur Diagnostik von Traumaschäden bei Flüchtlingen

Durch sorgfältige medizinische und psychologische Diagnostik können psychische Traumafolgen anhand typischer körperlicher Spuren und psychischer Reaktionen festgestellt werden. Voraussetzung ist, dass die DiagnostikerIn über die entsprechende Erfahrung verfügt und die wissenschaftlich fundierten internationalen Diagnosestandards sachgemäß anwendet. Es können sogar mit gewisser Wahrscheinlichkeit fachlich fundierte Einschätzungen über die Genese der Traumatisierung und damit über die Glaubhaftigkeit der dargelegten Verfolgungsgeschichte abgegeben werden, wenn die Darstellung der Verfolgung sorgfältig auf Merkmale hin untersucht wird, die einen konkreten Erlebnishintergrund begründet erscheinen lassen. Geschieht diese Diagnostik prozessbegleitend im Verlauf der psychotherapeutischen Behandlung, so können dabei auch kontextbezogene Unschärfen der Informationserhebung wie sie z.B. bei der Anhörung beim Bundesamt oder in anderen Interviewsituationen vorkommen, ausgeräumt werden. Keine Gesprächssituation ist mehr geeignet, Vertrauen zu schaffen, Missverständnisse auszuräumen, verdrängte bzw. dissoziierte belastende Erfahrungen ausdrückbar und Erinnerungslücken deutlich zu machen und wieder zu füllen als die therapeutische. Damit wird der therapeutische Prozess gerade für extrem traumatisierte Menschen oft zur einzigen Chance, überlebenswichtige Selbstschutzstrategien kontrolliert zu lockern und tiefe seelische Verletzungen zu offenbaren.

So kamen die deutschen Behandlungszentren für Flüchtlinge und Folteropfer immer wieder zu anderen Ergebnissen bei der Beurteilung von Foltererfahrungen bei ihren PatientInnen als das Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (BAFL), die Behörde, die die vorgebrachten Asylgründe von asylbegehrenden Flüchtlingen in staatlichem Auftrag auf ihre Glaubhaftigkeit hin überprüft. Traumabedingte psychische Reaktionen wurden vielfach nicht hinreichend gewürdigt bzw. auf ihren Verursachungszusammenhang hinterfragt oder gar eklatant fehlinterpretiert und als absichtlich detailarme, widersprüchliche oder unglaubwürdige Darstellung der Verfolgung, als mangelnde Mitwirkung bei der Sachaufklärung dem betroffenen Opfer zur Last gelegt. Was erfahrene KlinikerInnen unschwer als Ausdruck krankheitsbedingter psychischer Störungen erkennen würden, wurde den betroffenen Opfern als Beweis für mangelnde Glaubwürdigkeit ausgelegt. Die kontroverse Diskussion, die sich an vielen Einzelfällen um dieses Phänomen entwickelte, führte andererseits aber auch zu durchaus positiven, kreativen Lösungsversuchen. So führt das Bundesamt (BAFL) mittlerweile Schulungen für seine AnhörerInnen durch,

für seine AnhörerInnen durch, um sie für die Erkennung der Folgeschäden von Traumatisierungen zu sensibilisieren. Diese Schulungen werden in Kooperation mit einigen Behandlungszentren durchgeführt. Ein eher negativer Effekt dieser Bemühungen ist der bereits mehrfach öffentlich zu vernehmende Rückschluss, dass nunmehr auch klinische Laien in den Stand versetzt werden könnten, die schwierige Aufgabe der Diagnose von Traumafolgen ohne weiteres zu bewerkstelligen. Diese Entwicklung war ein wichtiger Grund, von fachlicher Seite zu den Schwierigkeiten und der Komplexität der Diagnostik von Traumaschäden Stellung zu nehmen. Ein weiterer aktueller Grund entstand durch die neuere Praxis einiger Landesbehörden bei der Überprüfung von Traumaschäden bei bosnischen Kriegsflüchtlingen. In einigen Bundesländern wurden Gesundheitsämter bzw. der polizeiärztliche Dienst der Innenbehörde eingeschaltet (s. auch Lucas, Möller & Heckl, i.d.Bd.). Obwohl dabei durchaus ÄrztInnen und PsychologInnen mit der Begutachtung beauftragt waren, sind in einigen Fällen nicht einmal minimale diagnostische Standards eingehalten worden und es kam sogar zur Zwangsvorführung der Flüchtlinge zur psychologischen Untersuchung in Handschellen, was selbst die geringsten Anforderungen an die Sensibilität im Umgang mit traumabedingt erkrankten Flüchtlingen vermissen lässt. In einigen dokumentierten Fällen wurde die Untersuchung selbst zum retraumatisierenden Erlebnis. Wir sahen uns daher zu dieser Klarstellung aufgerufen, die die im nachfolgenden Kapitel dargelegten minimalen Standards an die Diagnostik von Traumaschäden einfordert. Sie richtet sich an alle KlinikerInnen, die mit der Diagnostik von Traumaschäden bei Flüchtlingen befasst sind oder sich in Zukunft damit befassen werden. Sie ist aber auch für andere Berufsgruppen nützlich, die die Qualität einer gutachterlichen diagnostischen Arbeit bewerten sollen. Wir hoffen, diesen damit eine Richtschnur für die bei der diagnostischen Arbeit mit Flüchtlingen anzulegenden Standards an die Hand geben zu können.

3.1 Die Diagnostik psychischer Folgen: Grundlagen

Zwei Hauptwerke der Diagnostik psychischer Störungen sind gegenwärtig im Gebrauch:

1. Die internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10; WHO 1991)
 2. Diagnostic and Statistic Manual of Psychiatric Disorders (DSM IV, APA 1994)
- Das ICD-10 wird inzwischen im deutschen Gesundheitssystem als Klassifikationssystem und Diagnosestandard vorausgesetzt. Das DSM IV wurde in den Vereinigten Staaten entwickelt. Es findet dort im Gesundheitswesen Gebrauch und wird in vielen Ländern der Welt in der psychologischen und psychiatrischen Forschung eingesetzt. Beide Werke legen klare Kriterien für die Diagnose psychischer Störungen fest. Sie repräsentieren in der jeweils

gültigen Version den aktuellen Stand wissenschaftlicher Forschung zur Psychodiagnostik. Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten sind prinzipiell qualifiziert und autorisiert, Diagnosen nach diesen Kriterien zu erstellen. Über diese beiden Standardwerke der Diagnostik hinaus gibt es einschlägige Literatur speziell zur Beurteilung traumatischer Störungen (z.B. Briere 1997; Wilson & Keane, 1996). Die nachfolgenden Erläuterungen beziehen sich auf diese Grundlagen.

3.2 Somatische Folgen

Der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit liegt auf den psychischen Folgen von Traumatisierung im Rahmen staatlich organisierter Gewalt. Selbstverständlich haben Krieg, Verfolgung und Folter aber auch körperliche Folgen. Eine Übersicht zur Diagnostik der somatischen Folgen direkter Gewalteinwirkungen und Folter geben z.B. Wirtgen & Wigger (2000). Zusätzlich zu den Folgen direkter und systematischer Gewalteinwirkung ist hier auch an die Folgen der längeren Unterbringung in schlecht versorgten Flüchtlingslagern unter gesundheitsgefährdenden Bedingungen zu denken. Weiterhin darf nicht übersehen werden, dass auch *psychische* Extrembelastung und psychische Traumatisierung *körperliche* Folgen haben können. Hierzu gehört zum Beispiel eine Herabsetzung des Immunschutzes, Herzkreislauf-, Magen-Darm-, Haut- und Atemwegserkrankungen. Noch sind die Mechanismen, die die psychischen in körperliche Reaktionen übersetzen, nur unvollständig verstanden. Eine Übersicht zu diesem Thema geben Schnurr & Jankowski (1999).

3.3 Der diagnostische Prozess

Die allgemeinen Standards klinischer Diagnostik müssen als selbstverständlich vorausgesetzt werden (z.B. Fisseni, 1997). Darüber hinaus müssen im Prozess der Diagnostik von Traumafolgen spezielle Aspekte berücksichtigt werden, u.a. um die Verbindung zwischen der gegenwärtigen Symptomatik und den traumatischen Erfahrungen herzustellen (siehe hierzu z.B. Briere, 1997; Denis, Nowak & Priebe, 1998; Aycha, 2000). Vor allem hinsichtlich der Herstellung einer vertrauensvollen Beziehung und eines Gefühls der Sicherheit für die untersuchten Personen muss Sorgfalt walten. Die größte Schwierigkeit bei der psychodiagnostischen Arbeit mit traumatisierten Menschen erwächst aus dem bisweilen erheblichen Widerstandspotential, das die Betroffenen der Exploration entgegensetzen. Menschen, die extreme Traumatisierungen durch andere Menschen erfahren haben, erzählen selten spontan von ihren Erfahrungen oder berichten alles auf einmal. Vielmehr bedarf es einiger Beharrlichkeit im diagnostischen Verfahren, damit das Erfahrene, oft nur in Andeutungen und Stück für Stück, offenbart werden kann. Dies gilt

besonders dann, wenn die traumatischen Erfahrungen starke Scham- und Schuldgefühle oder soziale Tabus berühren. Die Rekonstruktion der Ereignisse im Gespräch bedeutet für die Betroffenen, aber auch für die UntersucherInnen, eine sehr hohe psychische Belastung. Sie erfordert ein Höchstmaß an Zeit, Beharrlichkeit, Geduld und Einfühlsamkeit, um einen ausreichenden Grad an Tiefe zu erreichen, ohne die Grenze der psychischen Belastbarkeit des Betroffenen zu überschreiten. In einigen Fällen (zum Beispiel bei vergewaltigten moslemischen Frauen) muss sogar davon ausgegangen werden, dass aufgrund kulturspezifischer Maßstäbe von Moral und Ehre der befürchtete Verlust an sozialer Geltung und Selbstachtung als so groß eingeschätzt wird, dass das offene Bekenntnis solcher Erfahrungen gegenüber Dritten überhaupt nicht in Frage kommt.

Die Gesprächsatmosphäre muss frei von Angst vor Sanktionen und spürbarer voreingenommener Skepsis der UntersucherIn sein, und sie darf nicht als latent bedrohlich empfunden werden. „... [D]er untersuchende Kliniker muss sich sogar mehr als gewöhnlich darum bemühen, ein manifest sicheres Untersuchungssetting vorzubereiten und daran arbeiten, ein möglichst hohes Maß an „Rapport“ mit dem Klienten herzustellen.“ (Armstrong, 1995, zit. n. Briere, 1997; Übers. der Verf.).

Die Untersuchung sollte zum Schutz der Betroffenen grundsätzlich nur in einem Rahmen stattfinden, der stützende therapeutische Interventionen zulässt. Eine unverzichtbare Voraussetzung ist, dass diagnostische Interviews und klinische Tests in der Muttersprache der Betroffenen erfolgen. Nötigenfalls sind DolmetscherInnen für diese Aufgabe heranzuziehen, die für den Gesundheitsbereich qualifiziert sind. Diagnostik über Sprach- und Kulturbarrieren hinweg liefert nur dann verlässliche Ergebnisse, wenn für die Qualität des Übersetzungsprozesses Sorge getragen wird. Sind SprachmittlerInnen zwischengeschaltet, so steht außer Frage, dass die Qualität der Sprachmittlung geprüft und für zuverlässig befunden worden sein muss (Mehari, 2000, 79).

Bei der Beurteilung von Traumaschäden bei Flüchtlingen ist besonders zu beachten, dass traumatische Reaktionen in verschiedenen Kulturen unterschiedlich ausgedrückt werden und daher die im westlichen Kulturkreis entwickelten Diagnoseschlüssel unter Umständen nicht greifen. Die diagnostische Arbeit sollte daher besondere Aufmerksamkeit auf kultursensitive Gestaltung und Durchführung verwenden (Jenkins, 1996, Mehari, 2000).

Der Untersucher muss sich außerdem über die Wirkung typischer Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene in der Arbeit mit Extremtraumatisierten im klaren sein (Haenel, 1998; von der Lühe, 2000, 25) und zum Schutz des Betroffenen und seiner eigenen Gesundheit gegebenenfalls eigene professionelle Supervision in Anspruch nehmen können.

Empfehlenswert ist auch, vor allem wenn es um Bescheinigungen bzw. Gutachten für juristische Zwecke geht, zur Stellung der einzelnen Diagnosen standardisierte strukturierte Interviews (z.B. für die PTBS das „Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)“, das auch in deutscher Sprache erhältlich ist) und Selbstbeurteilungsskalen einzusetzen. Dies bietet zum einen den Vorteil, dass die Symptome systematisch abgefragt werden, wodurch eine Einseitigkeit der Beurteilung vermieden wird, zum anderen wird dann der subjektive Eindruck der DiagnostikerIn nicht zum alleinigen Maßstab. Erhebliche Nachteile dieser Art der diagnostischen Erhebung liegen in dem Mangel an validierten Übersetzungen der Interviews und Skalen in den für die Flüchtlingsarbeit benötigten Sprachen und in der Orientierung der vorhandenen Verfahren nach dem westlichen Kulturverständnis. Weitere Einzelheiten zu strukturierten Interviews und psychometrischen Skalen geben Birk, Winter & Koch, (2000).

Vor allem aber darf nie vergessen werden, dass es im Prozess der Diagnosefindung um die Feststellung der Auswirkungen eines gewaltsamen zwischenmenschlichen, gesellschaftlichen und politischen Prozesses im einzelnen Menschen geht. Die Anwendung von Symptomlisten und festgelegten Kriterien darf nicht dazu verleiten, die „Krankheit“ im Individuum allein zu verorten. Wie David Becker (1999, 171) sagt: „Wenn aber die Störung eine ist, die nicht nur im Menschen, sondern zwischen Menschen und in Gesellschaften existiert, dann kann unsere Diagnostik selbst ein traumatisierendes Agens sein“.

4. Die häufigsten psychischen Reaktionen auf traumatische Extrebelastungen

Wer die öffentliche Diskussion um den Umgang mit traumatisierten Kriegsflüchtlings in den letzten Jahren aufmerksam mitverfolgte, stieß häufig auf Argumente, die aus fachlicher Sicht dringend klärungsbedürftig waren. Auf der einen Seite erfuhr der Begriff der „Traumatisierung“ zunehmende Beliebtheit, verbunden mit zunehmend inflationärem Gebrauch. Er wurde u.a. in solcher Weise verwendet, dass die Grenze zwischen einer „normalen“ psychischen Belastungsreaktion auf ein beliebiges belastendes Ereignis und dem klinischen Krankheitsbild schwerer chronischer Folgen von Extrebelastung z.T. nicht mehr erkennbar war. Es gibt definierte Kriterien, nach denen eine Belastungssituation im klinischen Sinne als potentiell „traumatisierend“ beurteilt wird. Außerdem wissen wir zwar, dass traumatische Belastungssituationen von längerer Dauer und/oder wenn das traumatische Ereignis besondere traumatisierende Kraft entfaltet mit hoher Wahrscheinlichkeit chronische Folgeschäden mit Krankheitswert nach sich ziehen, aber eine notwen-

dige kausale Folge lässt sich daraus nicht ableiten. Mit anderen Worten können wir für die Überlebenden serbischer Konzentrationslager eine sehr hohe Prävalenzrate für die Entwicklung chronischer Spätfolgen der Extremlastung annehmen, aber nicht jeder wird zwangsläufig im Sinne einer lebenslangen klinischen Erkrankung betroffen sein. Es gibt in den Verarbeitungsmöglichkeiten traumatischer Erfahrungen u.a. erhebliche individuelle Unterschiede.

Auf der anderen Seite der Diskussion kam eine andere u.E. unzulässige Generalisierung zum Tragen, die aus ähnlichen definitorischen Gründen die oft schweren Beeinträchtigungen nach Extremlastungen leugnete oder bagatellierte. Einige „Traumatisierte“, so hiess es, kehrten schliesslich freiwillig in ihr Herkunftsland zurück. Wenn einige das könnten, warum nicht alle? Schliesslich, so der „gesunde Menschenverstand“, habe es auch viele Deutsche gegeben, die Krieg und Verfolgung erlebt und trotzdem später ein normales Leben geführt hätten, zumal die vielen ins Ausland geflüchteten Kriegsflüchtlinge heute zum Aufbau ihres Landes gebraucht würden. Abgesehen davon, dass die Wirkung von Krieg auf der einen und Genozid auf der anderen Seite in ihrem traumatisierenden Effekt nicht gleichgesetzt werden kann, wird bei all diesen Argumenten der „Maßstab“ des Gesunden zum logischen Problem, wo er zugrunde gelegt wird, um eine pathologische Entwicklung zu messen, die sich durch ihre grundsätzlich verschiedenen Voraussetzungen und Gesetzmäßigkeiten der Norm des „Gesunden“ gerade entzieht. Solcherlei Ermessenskonflikte, hervorgebracht durch grundsätzlich entgegengesetzte Einschätzungen von Seiten der Ausländerbehörde einerseits und den behandelnden KlinikerInnen andererseits, beschäftigen zunehmend die Verwaltungsgerichte bzw. den Richter, der im Zweifelsfall auch nur auf seinen „gesunden“ Menschenverstand zurückgreifen kann. Auf diesem Hintergrund fühlten wir uns zu der im folgenden Kapitel dargelegten begrifflichen Klärung aus fachlicher Sicht verpflichtet.

Auf der Grundlage der bereits zitierten Hauptwerke lässt sich feststellen, dass sich psychische Reaktionen auf Extremlastungen individuell nach Art, Ausprägung, zeitlichem Auftreten und Verlauf stark unterscheiden. Andererseits lassen sich einige wissenschaftliche Erkenntnisse darstellen, die auf eine Reihe von interindividuellen Gemeinsamkeiten hinweisen.

4.1. Definition des traumatischen Ereignisses

Beide internationalen Klassifikationen beginnen ihre Kriterien zur Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung mit einer Definition des auslösenden traumatischen Ereignisses. Im ICD-10 (WHO, 1991) wird ein traumatischer Stressor als ein belastendes Ereignis mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypischem Ausmaß beschrieben. Das Ereignis muss eine be-

stimmte traumatisierende Kraft aufweisen, die nach menschlichem Ermessen ausreichend ist, um bei fast jedem Betroffenen starke Angst und Verzweiflung auszulösen. Das Ereignis muss seiner Natur nach geeignet sein, die traumatische Symptomatik zu determinieren. Das DSM IV gibt einem Ereignis dann traumatische Qualität, wenn es eine reale oder drohende Todesgefahr, ernsthafte Verletzung oder Gefahr für die körperliche Integrität beinhaltet, und die Person mit intensiver Angst, Hilflosigkeit oder panischem Schrecken erfüllt wird und entsprechend reagiert. Bei Kindern kann sich die Reaktion auch in desorganisiertem oder agitiertem Verhalten ausdrücken. Dabei reicht es aus, wenn die betroffene Person auch nur unmittelbar Zeuge eines solchen Ereignisses wird.

Im Gegensatz zu den meisten anderen psychischen Störungsbildern muss bei der posttraumatischen Belastungsstörung vorausgesetzt werden, dass sie hinreichend und immer als direkte Folge der akuten schweren Belastung oder des kontinuierlichen Traumas zu erklären sein muss und umgekehrt, dass die Störung ohne das belastende Ereignis nicht entstanden wäre. Andere persönliche oder lebensgeschichtliche Faktoren, die zwar eine besondere Vulnerabilität der betroffenen Person erklären, nicht aber den Ausbruch der Störung determinieren, werden für den Ausbruch der Störung nicht in Erwägung gezogen.

Mehrere Forscher unterscheiden zwei grundsätzliche Typen von traumatischen Stressoren (Terr 1989): Typ I bezeichnet dabei ein einmaliges, außergewöhnlich belastendes Ereignis, während Typ II eine langanhaltende traumatische Situation oder wiederholte traumatische Erfahrungen beschreibt.

4.2. Die Belastungsreaktionen

Die *posttraumatische Belastungsstörung* (PTBS oder PTB, *engl.* PTSD) ist die zentrale, aber nur *eine* Form der traumabedingten psychischen Reaktionen. PTBS erscheint in der öffentlichen Diskussion im Zentrum der Aufmerksamkeit, weil das Symptombild als typische Folge von Traumatisierungen zu erwarten ist, sich relativ klar beschreiben lässt und eine relativ große Kohärenz der Einzelsymptome aufweist. Diese Verengung der Diskussion auf das Krankheitsbild der *posttraumatischen Belastungsstörung* entspricht jedoch nicht den epidemiologischen Befunden. Tatsache ist, dass Menschen auf traumatische Ereignisse auch mit einer ganzen Reihe anderer psychischer Störungen reagieren können, insbesondere Depression, Angst- und Panikstörungen, dissoziativen Störungen, Suchtkrankheiten, somatoformen Störungen, psychosomatischen Störungen. Die genannten Störungen und weitere können entweder einzeln oder in verschiedenen Kombinationen auftreten (Komorbidität) (McFarlane & Yehuda, 1996, 163; Brady, 1997; Kessler, 1995, 2000, S.8; Keane & Kaloupek, 1997). Tatsache ist auch, dass nicht je-

der Mensch, der einer traumatischen Erfahrung ausgesetzt war, in der Folge psychische Reaktionen entwickelt, die Krankheitswert im Sinne der diagnostischen Standards haben. Akute Symptome bilden sich häufiger spontan zurück, als dass nachhaltige Gesundheitsstörungen wie die posttraumatische Belastungsstörung zurückbleiben. „Das typische Muster sogar für die in höchstem Maße katastrophalen Erfahrungen ist daher die Erholung von Symptomen und nicht die Entwicklung einer PTBS.“ (McFarlane und Yehuda, 1996; Übers. der Verf).

Die Belastungsreaktionen auf ein traumatisches Ereignis werden in verschiedene Verlaufstypen unterteilt. DSM IV und ICD-10 unterscheiden „akute Belastungsstörung“ (Dauer bis zu vier Wochen) von „posttraumatischer Belastungsstörung“ (PTBS ab vier Wochen Dauer). Das DSM IV kennt drei verschiedene Verlaufsformen der PTBS: die akute Form (bis 3 Monate Dauer), die chronische Form (ab 3 Monate) und die verzögerte Form (Auftreten nach mindestens 6 Monaten nach dem belastenden Ereignis). ICD-10 unterscheidet in PTBS (Auftreten nach vier Wochen) und einer chronischen Verlaufsform, der „andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“, wenn die Störung länger als zwei Jahre besteht.

Die „chronische posttraumatische Belastungsstörung“ bzw. die „andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“, als typische chronische Verlaufsformen der PTBS, müssen als schwere Krankheiten betrachtet werden. Nicht nur psychische und körperliche Befindlichkeit der betreffenden Person sind beeinträchtigt, sondern auch soziale Beziehungsfähigkeit, generelle Anpassungs- und Belastungsfähigkeit sowie allgemeine Leistungsfähigkeit tiefgreifend gestört. Die Störung ist durch eine feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt, durch typisches Vermeidungsverhalten, durch sozialen Rückzug, Gefühle der Leere und Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl der Anspannung wie bei ständigem Bedrohtsein und durch Entfremdungsgefühl gekennzeichnet. Die Störung tritt erfahrungsgemäß gehäuft auf nach:

- andauerndem Ausgesetztsein lebensbedrohlicher Situationen, etwa als Opfer von Terrorismus,
- andauernder Gefangenschaft mit unmittelbarer Todesgefahr,
- Folter,
- Katastrophen,
- Konzentrationslagererfahrungen.

Bei der DSM-IV-Diagnose der PTSD (APA, 1994) werden eine Reihe von zusätzlichen Merkmalen und Störungen angegeben, die mit einer PTSD einhergehen können: beeinträchtigte Affektmodulation, impulsives Verhalten, dissoziative Symptome, somatische Beschwerden, Gefühle der Unzulänglichkeit, Scham, Verzweiflung bzw. Hoffnungslosigkeit, das Gefühl, nachhal-

tig geschädigt worden zu sein, Verlust früherer stützender Glaubenssätze, Feindseligkeit, sozialer Rückzug, das Gefühl, ständig bedroht zu sein, beeinträchtigte interpersonale Beziehungen, eine Veränderung gegenüber den früheren Persönlichkeitsmerkmalen (Übers. der Verf.).

Diese Liste von Symptomen wurde aus Vorschlägen für die Aufnahme einer separaten Diagnose (Herman, 1994: „complex PTSD“; van der Kolk et al., 1993, zit. n. Meichenbaum, 1994: „Disorders of Extreme Stress not Otherwise Specified“ = DESNOS) als Ergänzung zu den sonstigen Kriterien für PTSD ins DSM-IV übernommen. Diese Symptome treten vorwiegend nach sexuellem bzw. körperlichem Missbrauch in der Kindheit, häuslicher Gewalt, Geiselnahme, Haft in einem Kriegsgefangenen- bzw. Konzentrationslager und Folter auf (DSM IV, APA 1994, 425). Mit dieser Ergänzung kann damit eine Diagnose gestellt werden, die der „Andauernden Persönlichkeitsänderung“ im ICD-10 sehr ähnlich ist.

Weil die posttraumatische Belastungsstörung häufig von anderen psychischen Störungen überlagert wird bzw. sich in der Form anderer Störungen zeigt, wird die traumabedingte Verursachung solcher Störungen häufig verkannt und infolgedessen falsch diagnostiziert und behandelt. Viele Betroffene befinden sich z.B. wegen psychosomatischer Begleiterscheinungen (chronischer Schlafstörungen, migräneartiger Kopfschmerzen u.ä.) in ärztlicher Behandlung, ohne dass die traumabedingte Verursachung je zur Sprache kommt.

5. *Mögliche Fehldiagnosen, Fehleinschätzungen und typische Missverständnisse*

Im folgenden weisen wir auf eine Reihe von Schwierigkeiten hin, die sich im Umgang mit traumatisierten Menschen ergeben können und mit denen wir in unserer Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen häufig konfrontiert werden. Wer nicht darauf vorbereitet ist, kann in der Diagnostik zu falschen Schlüssen kommen.

Auch die klinisch erfahrene DiagnostikerIn ist vor manchen Fehleinschätzungen nicht gefeit. Die besondere Problematik der Asylanhörung wurde bereits erwähnt. Bei traumatisierten Kriegsflüchtlingen wird häufig auf die Voraussetzung einer Behandlung zu einem bestimmten Stichtag für die Aufenthaltsverlängerung hingewiesen. Wichtig ist hier besonders, dass die zögerliche Haltung bzw. Weigerung vieler Betroffener, sich in ärztlich-psychologische Behandlung zu begeben, keinen automatischen Rückschluss auf die (mangelnde) Schwere der Störung zulässt und dass eine „Stichtagregelung“ aus fachlicher Sicht nicht begründet ist. Solche und ähnliche Fehlinterpretationen des Krankheitsgeschehens werden im folgenden Kapitel erörtert.

5.1. Fehldiagnosen und -einschätzungen

5.1.1 Misstrauen und Rückzug: Extremtraumatisierte Flüchtlinge, deren Trauma in einem zwischenmenschlichen und/oder politischen Kontext geschehen ist, begegnen anderen Menschen generell, insbesondere aber staatlichen Funktionsträgern, mit äußerstem Misstrauen und größter Vorsicht. Der Kontakt ist oft in sehr hohem Maße angstbesetzt. „Patienten mit einem chronischen Trauma haben besonders feine Antennen für unbewusste und non-verbale Kommunikation. Über einen langen Zeitraum hinweg haben sie sich darin geübt, die geistige und emotionale Verfassung ihres feindlichen Gegenübers zu erraten.“ (Herman 1994, S.191).

Oft ist ein langer Prozess der Vertrauensbildung notwendig. Nicht selten müssen besondere Bewältigungsstrategien für die Verarbeitung traumatischer Erfahrungen entwickelt bzw. erlernt werden, bevor Betroffene in der Lage sind, offen und klar strukturiert über ihre Extremerfahrungen zu sprechen, auch im Rahmen von gutachterlichen Verfahren.

„Da es so schwierig ist, der Wahrheit ins Gesicht zu sehen, sind Patienten bei der Rekonstruktion ihres Traumas zwischen widerstreitenden Gefühlen hin und her gerissen. Die Verleugnung des traumatischen Ereignisses gibt ihnen das Gefühl, verrückt zu sein, die volle Wahrheit hingegen übersteigt anscheinend bei weitem das, was ein Mensch ertragen kann.“ (Herman 1994, S.255-256)

Viele traumatisierte Menschen mit Beschwerden suchen erst dann fachliche Hilfe, wenn durch soziale oder familiäre Konfliktsituationen, akute psychische Dekompensation oder durch das Eingreifen von Behörden der unmittelbare Druck so unerträglich wird, dass dieser Weg unumgänglich wird. Dieses häufig beobachtete Verhaltensmuster ist ein Phänomen der Krankheit und wird allzuoft fehlinterpretiert.

5.1.2 Unvollständige Beschreibungen des traumatischen Geschehens: Erfahrungen aus dem Behandlungsprozess lassen erkennen, dass bestimmte Kardinalsymptome der posttraumatischen Belastungsreaktion - Dissoziation, Verdrängung, und Verleugnung, die den Vermeidungsreaktionen zuzuordnen sind - für Betroffene wichtige Schutzmechanismen gegen Reizüberflutung darstellen. Erinnerungslücken (dissoziative Amnesien), bei denen die extrembelastenden Erfahrungen gar nicht erst richtig symbolisiert in das organisierte Gedächtnis aufgenommen werden und daher auch nicht ohne Schwierigkeiten „erinnert“ oder verbalisiert werden können, haben ebenfalls eine wichtige Funktion für die Aufrechterhaltung der psychischen Stabilität eines Traumabetroffenen.

Die Gedächtnisleistung insgesamt kann betroffen sein. Verschiedene Studien zeigen, dass das Erinnerungsvermögen für traumatische Erfahrungen schlechter ist als für nichttraumatische Erfahrungen (vgl. z.B. Loftus, 1993,

530-531). Die Befunde weisen darauf hin, dass beim Erinnern von Traumata z.B. die Erinnerung an die zentralen Details möglich sein kann, sich sogar aufdrängt (Hypermnesie), während die Erinnerung an Begleitumstände wie Zeit, Ort usw. gleichzeitig stark beeinträchtigt ist. Es kann also zu einer Störung des „Zeitgitters“ kommen, was besonders relevant ist, wenn im juristischen Kontext eine „chronologische und widerspruchsfreie Darstellung der Verfolgungsgeschichte“ verlangt wird.

5.1.3 Traumafolgen versus Persönlichkeitseigenschaften: Besonders zu beachten ist, dass die Einschätzung, ob ein Flüchtling traumatisiert wurde oder nicht, mit der weltweit zu beobachtenden Zunahme von subtilen, meist psychologischen Methoden der Gewaltanwendung (s. z.B. Morawe, i.d.Bd., Riquelme, i.d.Bd.) immer schwieriger wird. In unserer Arbeit mit den Betroffenen erleben wir, wie etwa das erzwungene Zusehen bei Folterungen oder Töten von Angehörigen keine sichtbaren Narben hinterlässt, jedoch zu massiven Trauer, Angst, Scham- und Schuldgefühlen führt, die erhebliche Persönlichkeitsveränderungen, häufig einhergehend mit starken aggressiven Impulsen, zur Folge haben können. Ähnlich schwere Veränderungen sind nach Lagerhaft, Isolationshaft und sensorischer Deprivation zu beobachten.

„Das klinische Bild eines Menschen, für den nur noch elementare Überlebensfragen zählen, gilt fälschlicherweise immer noch häufig als Beschreibung seines eigentlichen Charakters. Strukturvorstellungen zur Persönlichkeitsentwicklung unter Normalbedingungen werden ohne Berücksichtigung der Zerstörungen, die über einen längeren Zeitraum ausgeübter Terror anrichtet, auf die Persönlichkeit des Opfers angewandt. So laufen Patienten, die unter den komplexen Nachwirkungen eines chronischen Traumas leiden, immer noch häufig Gefahr, dass man bei ihnen fälschlicherweise Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert. Man beschreibt sie als von Natur aus ‘dependent’, ‘masochistisch’ oder ‘selbstschädigend’.“ (Herman 1994, 161ff)

Demzufolge sucht man das Verhalten des Opfers häufig durch Fehler und Defekte in seiner Persönlichkeit, seinem Charakter zu ‘erklären’. Die Neigung, dem Opfer die Schuld zuzuschieben, hat das psychologische Verständnis und die Diagnose von Traumafolgen und der posttraumatischen Belastungsstörung beeinträchtigt. Statt die Psychopathologie des Opfers als Reaktion auf die Misshandlungssituation zu begreifen, haben Psychiater und Psychologen häufig die Misshandlungssituation auf die mutmaßlich verborgene Psychopathologie des Opfers zurückgeführt (Herman, a.a.O.; Keilson, 1997; Fischer und Riedesser, 1998).

Besondere, krankheitsbedingte Schwierigkeiten chronisch traumatisierter Menschen werden sowohl im persönlichen als auch im professionellen Umgang mit ihnen oft als absichtliches Verhalten (z.B. Bössartigkeit, Verletzung der Mitwirkungspflicht) oder Charaktereigenschaften (z.B. Persönlichkeitsstörungen, Querulanz) fehlinterpretiert, weil Maßstäbe normaler Ent-

wicklung der Beurteilung zugrundegelegt werden. Auch fachliche Beurteilungen oder Diagnosen sind vor diesen Fehleinschätzungen nicht gefeit.

5.2 Folgen von Fehleinschätzungen

Die oben beschriebenen besonderen physiologischen und psychologischen Begleiterscheinungen der Krankheit, wie Störungen der Gedächtnisleistungen, weitreichendes Vermeidungsverhalten, generalisiertes Misstrauen anderen Menschen gegenüber, führen zu typischen Missverständnissen nicht nur im allgemeinen Kontakt, sondern, wie oben ausgeführt, auch im diagnostischen Gespräch mit schwer traumatisierten Menschen, die nur durch besondere Sensibilität und Fachkompetenz vermieden oder aufgelöst werden können. Bei diesen oft bizarr erscheinenden Verhaltensweisen handelt es sich in der Regel um psychische Schutzmaßnahmen des Betroffenen, die mit großer Vorsicht und grundsätzlichem Respekt behandelt werden müssen.

Häufig werden chronisch traumatisierte Menschen über Jahre hinweg, meist mit wenig Erfolg, medikamentös behandelt, jedoch nur für ein Teilsymptom (z.B. chronische Schlafstörungen, Kopfschmerzen etc.). Die traumatische Verursachung kann dabei völlig verborgen bleiben. Solche Fehldiagnosen sind häufig, v.a. wenn der Arzt oder der Psychotherapeut aufgrund mangelnder fachlicher Sensibilisierung und Erfahrung mit dem Störungsbild nicht aktiv nach einer möglichen traumatischen Verursachung sucht. Eine voll ausgebildete posttraumatische Belastungsstörung lässt sich selten mit Medikamenten allein wirksam behandeln (Ballenger et al., 2000).

6. *Verlauf der post-traumatischen Belastungsstörung*

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit Ätiologie und Krankheitsverlauf chronischer traumabedingter Folgeschäden. Es wird versucht, wichtige Begriffe wie „Vulnerabilität“ und „Retraumatisierung“, die bei der Beurteilung der Gesundheitsrisiken bei unfreiwilliger Rückführung traumabedingt erkrankter Flüchtlinge eine wichtige Rolle spielen, zu definieren und zu erklären. Schon 1979 hat Keilson in einer Längsschnittstudie (Keilson, 1979) bei Kindern, die während des zweiten Weltkriegs untergetaucht und z.T. im Konzentrationslager waren, festgestellt, daß die Traumatisierung einen kumulativen und sequentiellen Verlauf nimmt, wobei die Nachkriegsperiode als dritte und letzte Sequenz (nicht die Zeit der akuten Verfolgung während des Krieges) für den weiteren Verlauf ausschlaggebend war. Die neuere psychotraumatologische Forschung, aus der wir nachfolgend Beispiele zitieren, hat in diesem Zusammenhang Befunde erbracht, die zur Beurteilung chronischer Traumafolgen neue Erkenntnisse beitragen. Sie werfen u.E. auch ein anderes Licht auf Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung der Störung. Da etwa bei traumatisierten bosnischen Kriegsflüchtlingen der Aufenthalt in Deutschland bis-

her an die Behandlung geknüpft ist und bislang die Überzeugung herrschte, dass verbesserte Behandlungsmöglichkeiten im Herkunftsland die Rückführung möglich machen würden, erscheint uns der Hinweis auf diese Befunde und ihre Interpretation sehr wichtig. Unserer Ansicht nach muss die Bedeutung von Behandlungsmöglichkeiten bei chronischer Traumatisierung auf ein realistisches Maß korrigiert werden. Sie wird bislang eher überschätzt. Demgegenüber muss das subjektive Sicherheitsempfinden, welches eher eine Determinante des persönlichen Schicksals als eine Qualität der objektiven Sicherheitslage ist, in seiner Bedeutung für das Krankheitsgeschehen erheblich aufgewertet werden.

Ein historisches Beispiel mag dies verdeutlichen. Im Frankreich der Nachkriegszeit entstand eine öffentliche Diskussion darüber, ob man die während des Krieges aus Deutschland geflüchteten Juden wieder in die demokratische Bundesrepublik zurückführen solle. Dieser Schluss schien nahezuliegen, wenn man sich das eher geringe Gefährdungsrisiko für rückkehrende Juden im Nachkriegsdeutschland betrachtete. Dennoch entstand in der französischen Öffentlichkeit breiter, energischer Protest gegen diese Pläne. Man betrachtete die unfreiwillige Rückführung der Geflohenen angesichts von deren Widerstand als „Monstrosität“, weil man in dieser speziellen Situation die erheblichen psychischen Veränderungen bei den Opfern im Verhältnis zu den Menschen und zur Welt in ihrer ganzen Tragweite einschätzen und anerkennen konnte.

Sicherlich ist der Holocaust eine historische Einzigartigkeit. Dennoch bilden sich vergleichbare grausame Erfahrungen auf individueller Ebene auch nach anderen von Menschen verursachten Katastrophen mit hoher Destruktivität ab. In jedem Fall aber ist die Einstellung zur freiwilligen Rückkehr an den Ort, an dem die Grausamkeiten geschehen sind, eine Determinante des persönlichen Schicksals und seiner individuellen Verarbeitung und als solche weitgehend unabhängig von medizinischen oder psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten. Diese an sich sehr einfache Erkenntnis wird überdies durch neuere klinische Befunde gestützt, die im folgenden referiert werden.

6.1. Heilung versus Remission

Es wird in der neueren Forschung immer häufiger darauf hingewiesen, dass bei chronischen posttraumatischen Störungen nicht mehr ohne Einschränkungen von einer „Heilung“, also dem vollständigen Verschwinden der Symptomatik ausgegangen werden kann (z.B. Meichenbaum, 1994, 43; McFarlane & Yehuda, 1996). Dies ist wichtig zu betonen, denn im Sinne der Definition bezeichnet „Heilung“ das Ende einer Episode von Krankheit und man geht dann davon aus, dass eine weitere Krankheitsepisode einem neuerlichen Auftreten der früheren Krankheit entspricht – nicht einem Rückfall.

McFarlane & Yehuda (1996, 169): „In medizinisch-juristischen Kreisen, wo die Prognose von PTBS und ihrer Langzeitfolgen von besonderer Bedeutung sind, gibt es hingegen die verbreitete Annahme, dass wenn sich die Symptome der PTBS einmal zurückgebildet haben, die Krankheit fürderhin nicht mehr auftreten wird. [...] Es erscheint immer wahrscheinlicher, dass dies nicht der Fall ist. Solomon, Garb, Bleich & Grupper (1987a) beschrieben z.B. 35 Soldaten, die mehrere Kampfeinsätze und multiple Episoden von PTBS erlitten hatten. Das Konzept einer Reaktivierung der ursprünglichen PTBS bei einigen Soldaten wurde durch die Befunde unterstützt, wohingegen bei anderen die zweite Episode möglicherweise substantiell unabhängig von der ersten war.“ (Übers. d.Verf.)

In weiteren Studien bei israelischen Soldaten im Libanon stellte Solomon (zit. n. Meichenbaum, 1994) fest, dass Soldaten, die nach Kriegserlebnissen traumatische Reaktionen zeigten, ihr früheres psychisches Anpassungsniveau nicht wieder erreichten. Nach Abklingen wurden ihre PTSD-Symptome häufig nach vielen Jahren wieder reaktiviert. Solomon (1993, zit. n. Meichenbaum, 1994). machte ähnliche Beobachtungen in einer Untersuchung bei israelischen Kriegsgefangenen und Soldaten nach dem Yom-Kippur-Krieg. O'Brien und Hughes (1991, zit. n. ebd.) gaben 5 Jahre nach dem Falkland-Krieg eine PTSD-Prävalenzrate von 22% bei Veteranen an. In einer Studie bei holländischen Widerstandskämpfern stellten Op van der Velde et al. (1996) fast 50 Jahre nach dem Ende des II. Weltkriegs chronische und reaktivierte Formen von PTBS bei 25% (Widerstandsveteranen mit Verdienstkreuz) bis 50% (Widerstandsveteranen mit Kriegsrente) eine aktuelle PTBS fest. Retrospektiv ergab sich für letztere Gruppe eine Lebenszeitprävalenz von 84%. Bei diesen Veteranen zeigten sich zudem über die Lebensspanne hinweg unterschiedliche Verläufe der Störung: 1) chronisch-progressiv, 2) Symptombdauer weniger als 5 Jahre 3) Remissionen und Symptomsteigerungen. Bei über der Hälfte (84 von 147) von ihnen trat die PTBS erstmalig nach einer Latenzzeit von mindestens 5 Jahren auf.

Die neuere Forschung bringt solche langdauernden und rezidivierenden Krankheitserscheinungen nach traumatischen Erfahrungen mit beobachteten neurobiologischen Veränderungen in Verbindung:

„Sowohl klinische als auch biologische Daten legen den Schluss nahe, dass bei einer Reihe von Betroffenen PTBS signifikante psychologische und neurobiologische Veränderungen hervorbringt, die sogar ein Abklingen der Symptome überdauern. Dies mag eine irreversible Änderung der persönlichen Vulnerabilität gegenüber einer ganzen Reihe von psychiatrischen Erkrankungen mit einschließen, die von später auftretenden belastenden Lebensereignissen wieder ausgelöst werden können.“ (McFarlane & Yehuda, 1996; 169; Übers. der Verf.).

Auf die neurobiologische Vulnerabilität wird im folgenden ausführlicher eingegangen.

Zusammengenommen weisen diese Forschungsergebnisse darauf hin, dass – zumindest für chronische posttraumatische Störungen – auch ein Abklingen der Symptome noch keine „Heilung“ im klassischen Sinne bedeuten muss, sondern dass in einem bestimmten Prozentsatz von Fällen lediglich eine *Remission* der Krankheit eintritt, die durch widrige äußere Umstände und traumamimetische Auslöser wieder voll ausbrechen kann. Für die Diagnostik heißt das dann, dass bei wiederholt traumatisierten Menschen oder bei Personen mit chronischer posttraumatischer Erkrankung nach abgeschlossener psychotherapeutischer Behandlung aktuelle *Symptomfreiheit* nicht mit *Gesundheit* gleichgesetzt werden kann. Fazit: Einmalige diagnostische Erhebungen reichen zur sicheren Diagnose von PTBS nicht aus, eher ist in mehr oder weniger größeren Abständen eine erneute Überprüfung notwendig, um Rezidive erkennen zu können (vgl. Fischer, 2000; Fischer & Riedesser, 1998).

6.2 Retraumatisierung und Vulnerabilität

Unter *Retraumatisierung* versteht man die Reaktualisierung der inneren Bilder des traumatischen Erlebens in der Vorstellung sowie die körperlichen und psychischen Reaktionen des betroffenen Individuums darauf, die phänomenologisch wie unter dem unmittelbaren Eindruck des ursprünglichen Traumas erscheinen. Ausgelöst wird dieser Prozess in der Regel durch äußere Ursachen oder Bedingungen („retraumatisierende Hinweisreize“, z.B. die Uniform eines Wachmannes, Blutgeruch), die dem zugrundeliegenden traumatischen Erlebnis gleichen, ähneln oder oft auch nur Anklänge daran haben. Sie geht einher mit dem vollen Auftreten des Symptombildes der ursprünglichen traumatischen Reaktion, auf der körperlichen, psychischen und sozialen Ebene. Ein bisher noch weitgehend hypothetisches Erklärungsmodell für dieses häufig beobachtete Phänomen postuliert bleibende neurobiologische Anpassungsprozesse durch die Traumatisierung und den auch weitgehend autonomen Prozess des wiederholten Wiedererlebens des Traumas.

McFarlane & Yehuda (1996, 157-158): „Wenn Menschen PTBS entwickeln, führt das Wiedererleben des Traumas zu einer Sensibilisierung, und mit jeder Wiederholung des Traumaerlebens wächst die Schwere der Beschwerden. Das traumatische Ereignis, das als sozialer und zwischenmenschlicher Prozess begann, verursacht im Individuum sekundäre biologische Nachwirkungen, die nur noch schwer rückgängig zu machen sind, wenn sie sich erst einmal etabliert haben. [...] Diese Neuorganisation der Erfahrungen kann man sich als Ergebnis eines Lernprozesses von sich wiederholenden Mustern erklären („kindling“), bei dem traumabezogene Erinnerungen körperlich eingepägt werden. Das bedeutet, dass wiederholte Traumaexposition die pathologische Reaktion nur um so stärker in das Gehirn eingräbt (van der Kolk & Greenberg, 1987; Post, 1992; McFarlane, Yehuda & Clark, i.Dr.). Diese biologische (Fehl-)Anpassung bildet am Ende das Fundament bleibender PTBS-Symptome, wie Probleme mit er-

höher Erregung, gesteigerter Wachsamkeit, Reizunterscheidung und einer Vielzahl psychologischer Verarbeitungen und Abwehrmechanismen“. (Übers. der Verf.)

Der Begriff „*Vulnerabilität*“, wie er allgemein in der medizinischen und psychologischen Diagnostik verwendet wird, kann wörtlich mit „Verwundbarkeit“ oder „Verletzbarkeit“ übersetzt werden und wird meist im Sinne von „Anfälligkeit“ für bestimmte Krankheiten gebraucht.

Neuere Studien an Menschen mit chronischer posttraumatischer Belastungsstörung bzw. andauernder Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung legen den Schluss nahe, dass bei chronischen Verlaufsformen eine pathologische Veränderung neurobiologischer und endokrinologischer Prozesse und u.U. sogar strukturelle Veränderungen des Gehirns stattgefunden haben (Übersichten bei van der Kolk, 1997; van der Kolk et al., 1997; Bremner, 1999; Nutt, 2000). Schon früher hatte van der Kolk darauf hingewiesen, dass

„seitdem man angefangen hat, Reaktionen von Menschen auf überwältigende Belastungen systematisch zu untersuchen, Forscher beobachtet [haben], dass ein Trauma im somatischen Gedächtnis gespeichert wird und in Veränderungen der biologischen Belastungsreaktion ausgedrückt wird. Intensive Emotionen, die zum Zeitpunkt des Traumas erlebt wurden, leiten die langfristigen konditionierten Reaktionen auf Erinnerungen an das Ereignis ein, die sowohl mit *chronischen Veränderungen der physiologischen Stressreaktion*, als auch mit den *Amnesien und dem krankhaft gesteigerten Gedächtnis* einher gehen, die für die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) so charakteristisch sind. Eine fortdauernde *physiologische Übererregung* und eine *veränderte Ausschüttung von Stresshormonen* beeinflussen außerdem die aktuelle Bewertung sensorischer Reize. Während Gedächtnis normalerweise als ein aktiver und konstruktiver Prozess zu sehen ist, kann bei PTBS ein Versagen des deklarativen Gedächtnisses zu einer Organisierung des Traumas auf einer somatosensorischen Ebene führen (in Form visueller Bilder bzw. körperlicher Empfindungen), die für Veränderungen relativ unzugänglich ist. Die Unfähigkeit von Menschen mit (chronischer) PTBS, traumatische Erfahrungen zu integrieren und ihre Tendenz, stattdessen die Vergangenheit ständig wiederzuerleben, spiegelt sich physiologisch und hormonell in der *Fehlinterpretation harmloser Reize als potentielle Bedrohungen wider*“ (van der Kolk 1994b, Übers. u. Hhg d. Verf.).

Van der Kolk betont besonders, dass Menschen mit PTBS eine ständige Aufmerksamkeit und Sensibilität für Anzeichen der Bedrohung in der Umwelt entwickeln (van der Kolk, 1997, 16):

„Sie haben Schwierigkeiten, sensorische Reize richtig zu bewerten und mit einem angemessenen Ausmaß der physiologischen und neurohormonalen Erregung zu reagieren. Die unpassende Mobilisierung biologischer Notfallreaktionen ist Ausdruck einer Unfähigkeit, Erinnerungen an das Trauma richtig zu integrieren und einer Fixierung an die Vergangenheit. Die biologische Fehlsteuerung der PTBS kann auf der physiologischen, der neurohormonalen, der immunologischen und der funktionalen Ebene gemessen werden.“ Übers. der Verf.).

Auch zahlreiche Ergebnisse der Längsschnittforschung zu PTBS und anderen traumabedingten Zuständen legen nahe, dass selbst, wenn die Symptome der unmittelbaren Störung verschwinden, Veränderungen in der individuellen Anfälligkeit gegenüber Störungen des Affekts und der Erregbarkeit zurückbleiben können. Die zugrundeliegende Neurobiologie mag z.T. Ähnlichkeiten mit derjenigen aufweisen, die man bei Affektstörungen gefunden hat. So haben Post und Mitarbeiter (1997) vorgeschlagen, dass das sog. „kindling model“ (wörtlich: „Zündungsmodell“, Anm. d. Verf.) geeignet ist, die Veränderungen auch bei PTBS zu erklären. Analog schlagen Yehuda & Antelman (1993, zit. n. McFarlane & Yehuda, 1996) vor, dass ein Modell der Sensibilisierung die Anomalien der Kortisol-Reaktion bei dieser Störung erklären kann, was gerade die Unterschiede zu den Affektstörungen herausstellt.

Das „*Kindling*“-Konzept bezieht sich auf eine bei Experimental-Tieren beobachtete Reaktion. Dabei wird der Mandelkern (Amygdala, eine bestimmte Hirnregion), systematisch und in regelmäßigen Abständen stimuliert, bis ein epileptischer Anfall ausgelöst wird. Die Reaktion kann durch nachträgliche Stimulierung bei einer anderen Frequenz wieder nachhaltig „gelöscht“ („quenched“) werden, so dass es nicht mehr zu einem Anfall kommt.

Post et al. postulieren, dass die Entwicklung der „kindling“-Reaktion des Mandelkerns in einer komplexen, raumzeitlichen, „wasserfallartigen“ Folge neurobiologischer Ereignisse besteht, bei der auch Veränderungen in der Genexpression stattfinden (Post et al., 1997, 286). Sie vermuten eine ähnlich strukturierte Abfolge neurophysiologischer Ereignisse bei der Entstehung einer PTBS. Aus dieser Annahme ergeben sich interessante Implikationen für die Behandlung, u.a. die Empfehlung zum Einsatz von Interventionen, die eine direkte „Quenching“-Wirkung auf der physiologischen Ebene haben, wie z.B. beruhigende Versicherungen und körperliches Halten in der ersten Phase nach der traumatischen Erfahrung (Foa und Riggs, 1993, zit. n. Post et al., 1997; Petzold et al., i. Dr.). Weiterhin kann das Modell eventuell benutzt werden, um spezifische Interventionen zu entwickeln, die unterhalb der Schwelle der Aktivierung der traumatischen Erlebnisse bleiben.

Das *Modell der Sensibilisierung* ist für die PTBS besser belegt. Dieser Effekt zeigt sich sowohl auf der physiologischen als auch der psychologischen Ebene. *Physiologisch* zeigen sich bei Menschen mit PTBS nachhaltige Veränderungen der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Hormonachse (HPA-Achse) und eine Erhöhung der negativen Rückkoppelung (Übersicht bei Yehuda, 1997). Die Konzentrationen des Nebennierenhormons Kortisol im Blut, im Urin bzw. im Speichel werden als Indikator für den Status der HPA-Achse untersucht. Bei PatientInnen mit PTSD (im Unterschied zu Traumaüberlebenden ohne die Störung) ist der Kortisolspiegel sehr niedrig. Bei Holocaust-Überlebenden und Vietnam-Veteranen wurde ein signifikanter Zusammen-

hang zwischen Kortisolspiegel und der Schwere der PTSD-Symptome gefunden (Yehuda et al., 1990, 1997) Niedrige Kortisolspiegel im Plasma wurden außerdem (ohne dass das Vorhandensein einer PTBS untersucht wurde) bei 29 gerade freigelassenen Inhaftierten eines Kriegsgefangenenlagers in Bosnien (Dekaris et al., 1993, zit. n. Yehuda, 1997) und bei 84 Flüchtlingen aus der ehemaligen DDR in West-Berlin (Bauer et al., 1994) beobachtet. Resnick et al. (zit. n. Yehuda et al., 1993) fanden eine veränderte Kortisolausschüttung bei Frauen, die ein zweites Mal vergewaltigt wurden. Daraus schlossen sie, dass man für den Verlauf von PTSD *kumulative, sensibilisierende Veränderungen der Stressreaktion* in Betracht ziehen muss.

Hinweise auf Sensibilisierungsprozesse bei Kriegsveteranen liefern folgende Studien zu anderen *physiologischen Indikatoren*: In einer Untersuchung an israelischen Veteranen des Yom Kippur-Krieges von 1973 fanden Orr et al. (1997) veränderte physiologische Reaktionen bei Personen mit PTBS. Verglichen mit Personen ohne PTBS zeigten sie bei Experimenten zur Schreckreaktion über die gesamte Versuchsanordnung hinweg im Durchschnitt höhere Herzschlagfrequenzen und ein langsames Abklingen der Hautwiderstandsreaktion. Auch Grillon und Morgan (1999) fanden Hinweise auf eine Sensibilisierung durch Stress bei Veteranen des Golf-Krieges. In dieser Studie zeigten Personen mit PTBS außerdem auf *psychologischer Ebene* eine Tendenz, Angst über verschiedene Stimuli hinweg zu generalisieren.

In einer neueren Untersuchung wurden Hinweise auf Unterschiede im zeitlichen Verlauf der Reaktionen bei Personen mit einer PTBS im Vergleich zu Personen ohne die Störung gefunden: Shalev et al. (2000) stellten bei PatientInnen, die nach einem traumatischen Ereignis die Notaufnahme eines Krankenhauses aufsuchten, von denen einige in der Folge eine PTBS entwickelten, nach einer Woche keinen Unterschied zu PatientInnen ohne PTBS fest. Bei den PTBS-PatientInnen steigerten sich jedoch danach die Schreckreaktionen (gemessen an Herzfrequenz, Hautleitfähigkeitsreaktion und EMG), während bei den PatientInnen ohne PTBS eine Habituation eintrat. (Die letzte Messung fand 4 Monate nach dem traumatischen Ereignis statt.) Die Autoren ziehen daraus den Schluss, dass bei späteren PTBS-Leidenden in den Wochen und Monaten nach einem psychologischen Trauma ein pathologischer Prozess stattfindet und dass das gefundene Reaktionsmuster die Theorien einer *progressiven neuronalen Sensibilisierung* bei der PTBS unterstützt.

6.3 Risiko der Retraumatisierung aufgrund von Sensibilisierung

Solomon & Prager führten 1992 während des Golfkrieges eine Untersuchung über psychologische Belastung bei älteren Holocaust-Überlebenden durch.

Sie fanden, dass Holocaust-Überlebende ein höheres Ausmaß an Gefahr wahrnahmen und mehr akute Belastungssymptome zeigten als Vergleichspersonen. Die Autoren folgerten, dass ihre Befunde die Idee, dass frühere Extrembelastungserfahrungen eine „impfende“ Wirkung haben könnten, die zu höherer Widerstandskraft bei der Verarbeitung anderer Arten von Stress führt, nicht bestätigt. Im Gegenteil, die Erfahrung des Holocaust machte nach ihren Ergebnissen die älteren Überlebenden eher anfälliger.

Robinson et al. (1994) untersuchten nach den Raketenangriffen auf Israel während des Golfkriegs Holocaust-Überlebende auf Retraumatisierung. Die vierzehn klinisch gesunden Untersuchungsteilnehmer, deren Wohnungen durch die Raketen beschädigt wurden, zeigten eine Reaktivierung bzw. Verschlimmerung des Überlebenden-Syndroms. Sechs von Ihnen zeigten ein volles PTBS-Syndrom.

Während des Golfkrieges fanden Kaplan et al. (1992) bei Soldaten mit PTBS, dass es sich bei 70 von 72 behandelten Fällen um Reaktivierungen vorangegangener Stressreaktionen handelte. Selbst bei scheinbar remittierten Fällen besteht daher Anlass zur Annahme bleibender Vulnerabilität.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich in neuerer Zeit aufgrund der oben berichteten und einer Reihe ähnlicher Forschungsergebnisse die Erkenntnis durchsetzt, dass wiederholte Traumaexposition bei chronischer posttraumatischer Belastungsstörung nicht zur Gewöhnung an die Stressoren führt, sondern im Gegenteil zu einer erhöhten *physiologischen Sensibilisierung* und zu einer Verstärkung der Symptomatik.

Auf der *psychologischen Ebene* zeigt sich, dass sich mit der Dauer der traumabedingten Störung die Auslösereize für den Ausbruch einer vollen Symptomatik immer weiter vom direkten Zusammenhang mit dem eigentlichen Trauma lösen und die auslösenden Reize immer weiter generalisiert werden. Dieser Prozess kann bis hin zu alltäglichen Reizen reichen (s. Neuner, Schauer & Elbert, i.d.Bd.).

Der Verlauf einer PTBS ist typischerweise durch Remissionen, abwechselnd mit Phasen stärkerer Symptombelastung, manchmal durch eine ununterbrochene Progression gekennzeichnet. Die Störung kann auch erst nach einer Latenzzeit von mehreren Jahren auftreten. Die Unterschiede im Verlauf der Symptome sind auch eng mit den weiteren Lebensverhältnissen verbunden. Einerseits wird die Bedeutung weiterer Belastungen nach dem Trauma, die negativen Auswirkungen chronischer Übererregung und die damit verbundene fortschreitende Beeinträchtigung der beteiligten neurobiologischen Systeme für die Entwicklung und den Verlauf chronischer Symptome immer deutlicher, andererseits weisen manche Autoren (z.B. Harel et al., 1988) darauf hin, dass es nicht wenigen Menschen unter guten Voraussetzungen gelingen kann, auch nach schwerer Traumatisierung und trotz ihrer Symptome ein zufriedenstellendes psychisches Wohlbefinden zu

zufriedenstellendes psychisches Wohlbefinden zu erreichen. Zu diesen förderlichen Voraussetzungen gehören das Ausbleiben weiterer Lebenskrisen (nach den traumatischen Erfahrungen), gute Gesundheit, ein ausreichendes Einkommen, weniger Besorgnis über die gesellschaftliche Situation und Sicherheit des Landes und ein insgesamt lösungsorientierter Bewältigungsstil. Dies kann durch einen gesicherten Aufenthalt in einem nicht von Verfolgung, Bürgerkrieg oder Krieg gezeichneten Land bzw. Psychotherapie positiv beeinflusst werden.

Dessen ungeachtet kann einmalige Traumatisierung, auch wenn keine Symptome von PTBS ausgebildet wurden, zu einer signifikanten Vulnerabilität für die Ausbildung einer schweren Symptomatik bei einer späteren, wiederholten Traumatisierung führen und eine chronische traumatische Schädigung eine oft lebenslang wirksame Disposition zur Herausbildung einer schweren Störung im Individuum anlegen, auch wenn es zwischenzeitlich zur Remission (dem gänzlichen oder weitgehenden Abklingen der Symptomatik) gekommen ist. In solchen Fällen ist das Erreichen psychischen Wohlbefindens erheblich erschwert.

7. *Therapie*

Im folgenden Kapitel geht es um die Frage der Therapie bei Psychotrauma. Hinsichtlich traumatisierter Flüchtlinge hat diese Frage in der Vergangenheit in der Fachdiskussion kaum eine Rolle gespielt, fanden doch aufgrund von Sprach- und Kulturbarrieren nur wenige Flüchtlinge den Weg in ärztliche und psychotherapeutische Praxen. Mit Ausnahme der wenigen spezialisierten Einrichtungen in Deutschland waren KollegInnen nur vereinzelt mit der transkulturellen Diagnostik und der Behandlung von Extremtraumatisierung bei Flüchtlingen befasst. Anders in letzter Zeit: Mit der politischen Maßgabe, dass Kriegstraumatisierte gesundheitliche Gründe zur Aufenthaltsverlängerung geltend machen können, wenn sie die Traumatisierung durch ärztliche Atteste oder psychotherapeutische Stellungnahmen nachweisen können, ergab sich eine neue Situation. Mehr und mehr niedergelassene FachkollegInnen wurden mit der Problematik der Diagnostik und Behandlung von Kriegstraumata durch ihre PatientInnen konfrontiert und nahmen dazu Stellung. In jüngster Zeit wurden dann in mehreren Bundesländern zunehmend behördliche Stellen eingeschaltet, um die Atteste und Stellungnahmen behandelnder KlinikerInnen bzgl. des Krankheitswerts der Traumafolgen bei bosnischen Kriegsflüchtlingen zu überprüfen (s. Lucas, Möller & Heckl, i.d.Bd.). Vor allem, wenn dabei ungünstige Therapieprognosen abgegeben wurden, die eine lange Behandlungsdauer in Deutschland erforderten – bei chronischen Traumafolgen ist dies nicht ungewöhnlich –, fanden wir in einzelnen Fällen er-

staunliche fachliche Stellungnahmen von amtlicher Seite. Da war zum Beispiel von der Umstrittenheit über die Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlung die Rede, wohingegen Pharmakotherapie als wesentlich effizienter und noch dazu im Herkunftsland problemlos fortsetzbar beschrieben wurde. Da war die Rede von Verhaltenstherapie als einzig wirksamer Methode zur Behandlung von Psychotrauma, von Gruppenangeboten als nicht geeignet zur Behandlung von Traumafolgen. Solche und ähnlich erstaunliche Feststellungen amtlicherseits waren die Ausgangssituation, die uns veranlasste, den aktuellen Stand zur Frage der Therapie und Behandlung von Traumafolgen zusammenzutragen. Darüber hinaus versuchen wir, die besondere Situation der medizinischen und psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland zu beschreiben.

7.1 Die Frage der geeigneten Therapieform

Für traumaspezifische Behandlungsformen liegen z.Z. etwa 20 empirische Erfolgskontrollen vor. Das sind mit Sicherheit zu wenige, um die komplexe Frage der am besten geeigneten Therapieform bei ausländischen Flüchtlingen in Deutschland auch nur einigermaßen wissenschaftlich fundiert zu beantworten. Die am häufigsten in kontrollierten Studien untersuchte Therapieform ist die verhaltenstherapeutische Konfrontationsbehandlung (Maercker, 1997; Sherman, 1998; Solomon, Gerrity & Muff, 1992; Van Etten & Taylor, 1998), wohl nicht zuletzt deshalb, weil diese Interventionsform besonders gut mit der konventionellen, „objektivierenden“ Methodik der vorherrschenden experimentellen Psychologie kompatibel ist. Weitere kontrollierte Studien liegen zu kognitiven Verfahren (kognitiver Verarbeitungstherapie, Angstbewältigungstraining, Training zur Stressbewältigung (nach Meichenbaum, 1994), Augenbewegungs-Desensibilisierung (EMDR) (Shapiro, 1989), kognitiv-psychodynamischer Therapie nach Horowitz (1976/1986) und hypnotherapeutischen Verfahren (Brom et al., 1989) vor sowie zu psychopharmakologischen Verfahren. Im folgenden werden die Ergebnisse zusammengefasst.

7.1.1 Psychotherapeutische Verfahren zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung: Verhaltenstherapeutische Expositionsverfahren erzielten bisher die höchsten Effektstärken, aber alle unter 7.1. genannten Therapieverfahren erzielten eine signifikante und nachhaltige symptomreduzierende Wirkung. Selbst reine Entspannungsmethoden oder unterstützende Beratung, die als Vergleichsgruppen bei verschiedenen Studien herangezogen wurden (vgl. Marks et al., 1998; zit. n. Ehlers, 1999), erzielten unerwartet positive Werte bei der Symptomreduktion im Vergleich zur Wartelistenkontrollgruppe, wenngleich mit geringeren Effektstärken. In einer kontrollierten

Studie von Brom et al. (1989), in der die systematische Desensibilisierung (eine verhaltenstherapeutische Expositionsmethode), Hypnotherapie und psychodynamische Therapie miteinander verglichen wurden, zeigten die Patienten *aller drei* Behandlungsgruppen größere Verbesserungen als die in der Kontrollgruppe. Von anderen Methoden, die bisher nicht in kontrollierten Studien untersucht wurden, gibt es Wirksamkeitsstudien (nicht randomisiert und/oder ohne Kontrollgruppen), die nachhaltige Wirksamkeit zeigen, z.B. (modifizierte) psychodynamische Therapie (Shalev et al., 1996, zit. n. Maercker, 1997; Foa & Meadows, 1997) sowie Kombinationen und Mischformen aus kognitiven- und Expositionsverfahren (Ehlers, 1999; Marks et al., 1998).

Hinsichtlich der Dauer der Therapie stellte eine zu Fragen der Behandlung von PTBS einberufene Expertengruppe kürzlich fest, daß Psychotherapie über mindestens sechs Monate durchgeführt werden sollte (Ballenger et al., 2000), mit der Möglichkeit einer Folgebehandlung.

7.1.2 Psychopharmakotherapie: Unter allen derzeit gebräuchlichen Psychopharmaka, die signifikante Effektstärken bei der Behandlung der posttraumatischen Symptomatik zeigten, erwiesen sich Präparate aus der Gruppe der *Selektiven-Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI)* als vielversprechendste Mittel (Davidson, 1997; van Etten & Taylor, 1998; Friedman et al., in Druck). Sie scheinen als einzige Mittel alle Symptombereiche der PTBS zu beeinflussen, während andere Mittel (wie z.B. Monoamino-Oxidase-Hemmer, Trizyklische Antidepressiva, Benzodiazepine) wegen zu geringer Effektstärken (1, 2) (van Etten & Taylor, 1998) bzw. erheblicher Nebenwirkungen (3) (Davidson, 1997) als Mittel der Wahl ausscheiden. Die Ziele der Psychopharmakotherapie sind Reduktion der Kernsymptome der PTBS, Reduktion der allgemeinen Funktionsbeeinträchtigung, Verbesserung der Lebensqualität, Verbesserung der Widerstandsfähigkeit gegenüber Stress, Symptomreduktion bei Komorbidität von Depression und Angststörungen sowie zur Überbrückung eines Engpasses bei Dissoziationen. Es ist zu beachten, dass Psychopharmakotherapie als einziges Mittel zur PTBS-Behandlung *nicht ausreichend* ist (z.B. Ballenger et al., 2000) und dass sich SSRI's als „first-line medication“ (ebd.) zur Symptomreduktion insbesondere eignen, um bei hohem Symptomdruck den psychotherapeutischen Zugang überhaupt erst möglich zu machen. Psychotherapie allein wird für leichte Formen von PTSD empfohlen, bei mittelschweren und schweren Formen kann die Psychotherapie durch eine Kombination mit Pharmakotherapie unterstützt werden. Kombinationen werden jedoch nicht als generell notwendig erachtet (Ehlers, 1999; Maercker, 1997). Zur Beantwortung dieser Frage sind jedoch weitere Untersuchungen notwendig. Die relative Wirksamkeit von Pharmakotherapie, kognitiver Verhaltenstherapie und

einer Kombination von beiden ist noch nicht in Vergleichsstudien untersucht worden. Auch ist nicht ausreichend erforscht, in welcher Reihenfolge die medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung eingesetzt werden sollte (Ballenger et al., 2000). Psychotherapeutische Interventionen haben bestimmte Indikationen und Kontraindikationen. Bei Psychosen in der Vorgeschichte, akuter Suizidalität und Abhängigkeit, Komorbidität mit einer Depression bzw. Panikstörung und in der Phase der akuten Belastungsreaktion unmittelbar nach der traumatischen Erfahrung gelten verhaltenstherapeutische Expositionstechniken grundsätzlich als kontraindiziert (z.B. Ehlers, 1999).

7.1.3 Bemerkungen: Viele kontrollierte Studien untersuchen die Behandlung von primärer PTBS nach kurzdauernder, einmaliger Traumatisierung (Typ I), z.B. Vergewaltigung, kriminelle Gewalttaten, Unfälle, allein oder vermischt mit längerdauernder, wiederholter Traumatisierung (Typ II), wie z.B. langdauernden Kampfeinsätzen. Nach Traumata der letztgenannten Art ist der Krankheitsverlauf jedoch häufig komplizierter und schwerer, im Sinne einer „*Komplexen PTSD*“ (Herman, 1994) bzw. *Disorders of Extreme Stress* (van der Kolk et al., 1993; zit. n. Meichenbaum, 1994, siehe 4.2). Da die wenigsten Studien, vielleicht mit Ausnahme solcher, die ausschliesslich an Kriegsveteranen durchgeführt wurden, die beiden Typen von vornherein unterscheiden, sind auch die Ergebnisse nicht ohne weiteres auf andere Gruppen von Überlebenden (inkl. Frauen und Kinder) langdauernder Traumatisierungen oder auf Personen mit PTBS nach z.B. KZ-Haft, Folter, längere Kriegserfahrungen als Zivilist mit und ohne Miterleben von Greuelthaten, übertragbar. Auch die Gruppe der Kriegsflüchtlinge kann in dieser Hinsicht nicht als einheitlich betrachtet werden. Bei der Mehrzahl aller in Deutschland sich in Behandlung befindlicher Fälle dürfte es sich jedoch um Personen handeln, die mehr oder weniger langdauernden traumatischen Situationen ausgesetzt waren und komplexe, chronische Krankheitsverläufe aufweisen, deren traumatischer Hintergrund also eher dem Typ II zuzuordnen ist.

Man weiß darüber hinaus, dass zur komplexen Traumatisierung häufig Komorbidität mit Depression, anderen Angststörungen, Somatisierungsstörungen, andauernder Persönlichkeitsänderung, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Substanzmissbrauch und sozialem Abstieg mit einer ganzen Reihe von begleitenden Problemen in Familie, Partnerschaft und intergenerationeller Natur, hinzutritt (z.B. McFarlane, 2000; Kessler et al., 1995), und dass dies den therapeutischen Zugang schwerwiegend verkomplizieren und die Erfolgswahrscheinlichkeit für verhaltenstherapeutische Konfrontationstechniken stark reduzieren kann. (Pitman et al., 1991, zit. n. Solomon, Gerrity & Muff, 1992; Scott & Stradling, 1997, zit. n. Tarrier et al., 1999) Die letztgenannten Autoren schließen daraus, dass für diese Patienten

ein anderer Ansatz notwendig ist. Ferner beobachteten sie, dass PatientInnen mit einer PTBS (nach kriminellen Überfällen und Unfällen), ähnlich wie PatientInnen mit Schizophrenie, auf den intensiven Ausdruck von Emotionen durch Personen in ihrer Umgebung empfindlich reagieren. Sie schlagen deshalb in solchen Fällen den Einbezug von Familieninterventionen vor.

Die o.a. komorbiden Störungen können nach traumatischen Erfahrungen auch ohne eine PTBS auftreten. Hier erscheint es fraglich, ob Therapiemethoden für diese Störungen, die sich in randomisierten, kontrollierten Studien als effektiv erwiesen haben, bei traumatisierten PatientInnen ebenso wirksam sind, wenn der traumatische Hintergrund der Störung unberücksichtigt bleibt.

Weiterhin ist zu beachten, dass der Verlauf posttraumatischer Störungen von einer großen Anzahl verschiedener Faktoren beeinflusst wird, die bei der Auswertung kontrollierter Studien selten berücksichtigt werden. Dazu gehören: soziale Unterstützung, andere Lebensereignisse, Persönlichkeit, Bewältigungsstile, biologische Eigenschaften, vergangene Erfahrungen, die Familienanamnese und nicht zuletzt die Reaktion der Umwelt (McFarlane & Yehuda, 1996). Es ist nicht bekannt, ob die Stichproben in den bisher durchgeführten kontrollierten Studien in bezug auf diese Merkmale homogen oder heterogen, repräsentativ oder miteinander vergleichbar waren.

Diese methodischen Überlegungen relativieren die Aussage zur Wirksamkeit der verhaltenstherapeutischen Konfrontationstherapie und der kognitiven Psychotherapieverfahren. Während sie zweifelsohne bei bestimmten Menschen wirksam sind, erreichen sie keineswegs in allen Fällen eine volle Remission der PTBS-Symptome und auch nicht bei jedem Patienten eine Verbesserung (20% bis 30% der PatientInnen leiden weiterhin an PTSD (Foa, 2000). Viele Patienten verweigern die Teilnahme an den Studien, erscheinen nicht zu jeder Sitzung oder scheiden vor dem Ende aus. Bisher ist wenig über die Gründe für diese Ausfälle bekannt. Bekannt ist jedoch, dass gute Ergebnisse dann erzielt werden, wenn Patienten die Therapie als glaubwürdig einschätzen, hoch motiviert sind, regelmäßig an den Sitzungen teilnehmen und *keiner andauernden Belastung aus ihrer gegenwärtigen Umwelt ausgesetzt sind* (Foa, 2000).

7.1.4 Schlussfolgerungen: Psychotherapeutische Verfahren können als zentrale Therapieverfahren bei traumabedingten Krankheiten Geltung beanspruchen. Ein Ausschluss bestimmter psychotherapeutischer Verfahren als „nicht wirksam“ wäre auf der Basis der vorliegenden Forschungsergebnisse jedoch voreilig und angesichts der geringen Zahl kontrollierter Studien bei hinreichend ähnlichen Zielgruppen nicht zulässig. Psychopharmakotherapie kann bei bestimmten Indikationen als begleitende Maßnahme hilfreich sein. Als alleinige Therapiemethode bei traumabedingten Erkrankungen scheidet sie aus. Die ökologische Validität der bisherigen kontrollierten Psychotherapiestudi-

en für die Zielgruppe der traumatisierten Flüchtlinge wird durch eine Reihe populations- und gruppenspezifischer Merkmale eingeschränkt. Bei der Wahl der geeigneten therapeutischen Interventionen müssen zusätzlich zur Störungsart eine Reihe weiterer Faktoren traumaspezifischer, kultureller, sozialer und individueller Art berücksichtigt werden., die von den Versuchsansätzen der bisherigen kontrollierten Psychotherapiestudien nicht abgedeckt sind.

7.2 Der therapeutische Zugang bei chronischen und komplexen traumabedingten Erkrankungen

Viele neuere Artikel befassen sich mit den besonderen Herausforderungen der Therapie von chronischen Verlaufsformen der PTBS und komplexen, therapeutisch schwer zu beeinflussenden Formen (z.B. anhaltende Persönlichkeitsänderung nach Extremlastungen, Komplexe PTBS). Es wird darauf hingewiesen, dass ein *multimodales Vorgehen* gerade bei dieser Zielgruppe grösseren therapeutischen Erfolg verspricht (Ehlers, 1999; Fischer & Riedesser, 1998; Maercker, 1997; Petzold et al., i.Dr.). Zudem werden stützende psychotherapeutische Langzeitbehandlungen und Therapien, die speziell auf die Linderung assoziierter Symptomsubgruppen, wie Ärger/Wut und Gewaltausbrüche, zugeschnitten sind, empfohlen (Ballenger et al., 2000, 65). Foa (2000) berichtet, dass gerade PatientInnen, die der Therapie am nötigsten bedürften, diese oft abbrechen oder nicht in vollem Umfang davon profitieren können (30 - 40%). Daher werden auch von führenden Protagonisten der Verhaltenstherapie *psychosoziale Interventionen* gefordert, die u.a. die Therapiemotivation positiv beeinflussen und generalisiertes Misstrauen abbauen helfen. Die Effektivität der Methode allein scheint in diesen Fällen nicht der ausschlaggebende Faktor für den Therapieerfolg zu sein, sondern eher die Art und Weise, wie die TherapeutIn es versteht, das *Vertrauen der PatientInnen in die Therapie* zu stärken und ihre *Kooperationsbereitschaft zu fördern*, was auch *Flexibilität bei der Gestaltung des Therapiesettings* mit einschließt (Foa, 2000).

Meist treten in Fällen von komplexer Traumatisierung eine ganze Reihe von sozialen und ökonomischen Risikofaktoren zur traumabedingten Erkrankung hinzu, die eine Berücksichtigung der sozialen Komponente des psychischen Leidens in der Therapie notwendig machen. Oft bringt das Trauma auch einen tiefen existentiellen Einschnitt in Identität und Lebensweg der Betroffenen mit sich. Diese existentielle Dimension schwerer und komplexer Traumatisierungen und ihre kreative Verarbeitung ist auf das Innigste verbunden mit einer späteren aktiven Rolle in sozialen und gesellschaftlichen Bezügen. In diesem Zusammenhang wird von vielen BehandlerInnen die Notwendigkeit gesehen, dass sich (Psycho-)Therapie solchen *Sinnfindungsprozessen* und existentiellen Fragen öffnet (Agger & Jensen, 1990; Cienfue-

gos & Monelli, 1983; Frankl, 1973; Lifton, 1993; Yalom, 1985/1995). Hier bieten sich u.a. die *therapeutische Gruppe* bzw. die *Selbsthilfegruppe* als geeignetes Medium an. Gruppenangebote eignen sich insbesondere, um krankheitsimmanenten Isolationstendenzen, generalisiertem Misstrauen und existentiellen Entfremdungsgefühl therapeutisch entgegenzuwirken (Fischer & Riedesser, 1998; Maercker, 1997). Auch *familientherapeutische Interventionen* bieten sich präventiv und kurativ zur Behandlung von traumabedingten sekundären Paar- und Familienproblemen an (z.B. Figley, 1987).

Mehrfach ist darauf hingewiesen worden, dass bei der PTBS die weitverbreitete Tendenz, Körper und Psyche als getrennte Entitäten betrachten und behandeln zu wollen („Leib-Seele-Problem“) nicht aufrechterhalten werden kann (z.B. van der Kolk & McFarlane, 1996, 16): Dadurch wird eine Integration bzw. enge Abstimmung von Interventionen auf allen Ebenen (körperlich, seelisch, sozial) erforderlich. Aufgrund der Dissoziationstendenz bei Traumaüberlebenden sind nonverbale Interventionen bei der Rekonstruktion des traumatischen Ereignisses häufig erfolgreicher als verbale (van der Kolk et al., 1997; Post, 1997, s.o.). Hier bietet sich der Einsatz von körpertherapeutischen Methoden und die Arbeit mit verschiedenen Medien (Kunst-, Musiktherapie), auch imaginative Verfahren an. Andererseits ist bei der Rekonstruktion bzw. Konfrontation mit dem traumatischen Ereignis die persönliche Bedeutung des erlittenen Traumas von fundamentaler Wichtigkeit für die Bewältigung (z.B. Herman, 1994).

Bei der Überwindung der entstandenen Identitätsprobleme ist auch die Anerkennung dieser persönlichen Bedeutungsgebung durch die soziale Umwelt für viele Überlebende ein zentrales Anliegen. Dazu ist die symbolische, letztlich auch die verbale Ebene unerlässlich. *Alle* erfolgreichen Therapieformen fördern in irgendeiner Form die bewusste Auseinandersetzung mit der persönlichen Bedeutung der traumatischen Erfahrung und das Schaffen eines zusammenhängenden Narratives (einer „Traumageschichte“), die TherapeutIn ist oft stellvertretend für die Gesellschaft die erste anerkennende Zeugin (Herman, 1994; Meichenbaum, 1994. 102-116).

Bei von Menschen verursachten Traumata handelt es sich um eine schwere Beschädigung der Kommunikation und der Beziehungsfähigkeit an sich. Die Beziehung des Opfers zu sich selbst, zu nahestehenden anderen und zur Gesellschaft gilt es in der Therapie wiederherzustellen. Um Bestand zu haben, müssen persönliche Narrative über das Selbst als Produkt der Lebenserfahrungen auch innerhalb eines gesellschaftlichen und kulturellen Kontextes „ausgehandelt“ werden und Resonanz finden (Gergen & Gergen, 1988; Barclay, 1996). Hieraus erklärt sich auch z.T. die therapeutische Wirkung solcher Verfahren wie der „Testimony-Methode“ (Cienfuegos und Monelli, 1983; Agger und Jensen, 1990; Neuner, Schauer & Elbert, i.d.Bd.).

So erscheint insgesamt gesehen gerade bei chronisch traumatisierten KlientInnen eine integrative, multidisziplinäre Therapie erforderlich. Die deutschen Behandlungszentren für Flüchtlinge und Folteropfer bieten psychotraumatologisch fundierte, psychosoziale und ressourcen-orientierte Psychotherapien verschiedener Richtungen mit umfassender sozialer Beratung, einschließlich der Vermittlung von Rechtsanwälten an. Mitunter gehören ärztliche Leistungen und andere Therapieformen (z.B. Körpertherapie, Kunsttherapie) auch zum Angebot. Begrenzungen des Angebots sind hauptsächlich finanziell bedingt. Große Bedeutung wird der Berücksichtigung der politischen und kontextuellen Bedingungen des Leidens und seiner Überwindung beigemessen (beigemessen (Bittenbinder, 2000; Dhawan & Eriksson-Söder, 2000; Mehari, 2000; Pross, 1996; Steinkopff, 1997; Petzold et al., in Druck).

7.3 Der Einfluss bestimmter Umweltfaktoren auf Krankheitsverlauf und Therapieerfolg bei komplexer PTBS

Es ist seit langem bekannt, dass eine ganze Reihe von Umweltfaktoren als *Risikofaktoren* für einen chronischen Verlauf der PTBS gelten. Wir wollen an dieser Stelle v.a. auf die Bedeutung (des subjektiven Gefühls) von Sicherheit und Abwesenheit der Gefahr der Retraumatisierung oder Reaktivierung der traumatischen Störung hinweisen. Es ist außerdem bekannt, dass Menschen, die an intrusiven Erinnerungen an das ursprüngliche Trauma leiden, ein erhöhtes Risiko für *Retraumatisierung* und Reaktivierung der Störung tragen. Es ist daher wichtig für die BehandlerIn, PatientInnen in Remission, bei denen die akute Symptomatik augenscheinlich zurückgegangen ist und die zu einer gewissen psychischen Stabilität zurückgefunden haben, weiter zu beobachten. Die Notwendigkeit einer Langzeit-follow-up-Behandlung wird daraus ersichtlich (Ballenger et al., 2000). „Die erste Traumaerfahrung verändert die *Vulnerabilität*. Es ist wahrscheinlich, dass Traumaüberlebende bei jeder weiteren Traumaexposition klinisch relevante Folgeschäden entwickeln werden, insbesondere dann, wenn ihre Reaktion auf die erste traumatische Erfahrung mit einem gewissen Kontrollverlust verbunden war oder als persönliches Versagen erlebt wurde. So erleben Menschen mit PTSD in der Anamnese oft mehrere Episoden der Störung, wenn sie erneuten traumatischen Erfahrungen ausgesetzt waren. In Anbetracht der Tatsache, dass die Episoden im Durchschnitt mehr als sieben Jahre dauern, leiden die Betroffenen über eine beachtliche Zeitspanne ihres Lebens an posttraumatischen Symptomen“. (Ballenger et al., 2000) Diese Beobachtungen lassen deutlich werden, dass auf den beschriebenen Personenkreis die bewährten Kurzzeitbehandlungen nach dem Konzept der basalen Traumatisierung nicht übertragen werden können und dass von vereinfachten Krankheits- und Heilungsvorstellungen Abstand zu nehmen ist. Insbesondere die Mitverantwortung der BehandlerIn

für die objektive *Sicherheit des Betroffenen* vor Retraumatisierung ist ein zentrales berufsethisches Problem, und die Sorge für ein subjektives *Gefühl von Sicherheit* ist zentrale Voraussetzung für eine Erholung von traumatischen Folgeschäden.

7.4 Zentrale Problembereiche der gesundheitlichen Versorgung von ausländischen Flüchtlingen in Deutschland

Flüchtlinge in Deutschland beherrschen die deutsche Sprache meist nicht in dem Maße, dass eine Behandlung in deutscher Sprache durchgeführt werden könnte. Es muss also in erster Linie für einen adäquaten Therapiezugang, also ein Therapiesetting in der Muttersprache der PatientInnen/KlientInnen gesorgt werden. Damit scheidet die gesundheitlichen Regeldienste bei der Versorgung der Zielgruppe weitgehend aus. Das Angebot der Krankenversicherungsträger an muttersprachlichen TherapeutInnen ist – wenn überhaupt vorhanden – gemessen am Bedarf absolut defizitär. Umso mehr Bedeutung kommt den wenigen, *doch* vorhandenen Angeboten an ärztlicher/psychotherapeutischer Behandlung und *dem Angebot an psychosozialer Betreuung und Unterstützung* zu. Alle Beiträge zur Verbesserung dieser prekären Ausgangssituation sind unverzichtbar, auch wenn sie die Anforderungen an eine ideale Behandlung vielleicht nicht erfüllen.

Andererseits ist die Schwierigkeit der adäquaten gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung von Psychotrauma nach extremen Gewalterfahrungen nicht allein auf *Sprach- und Kulturbarrieren* zurückzuführen, sondern in erster Linie auf *den Stand der Kunst von Praxis und Forschung* in dieser relativ jungen medizinisch/psychotherapeutischen Spezialdisziplin und auf *den Entwicklungsstand des öffentlichen Gesundheits- und Sozialsystems*. So kann auch nicht jeder Deutsche, der an den Folgen schwerer Traumatisierung erkrankt ist, davon ausgehen, dass er im Rahmen der gesundheitlichen Regelversorgung angemessen diagnostiziert und behandelt wird. (Auch z.B. Opfer des ehemaligen DDR-Regimes wenden sich an das Behandlungszentrum für Folteropfer in Berlin als spezialisierte Einrichtung.) Dies hat auf der einen Seite mit einem großen Bedarf an Grundlagenforschung und Weiterentwicklung geeigneter therapeutischer Verfahren zu tun, auf der anderen Seite mit der Notwendigkeit einer gesamtgesellschaftlich getragenen Anpassungsleistung des medizinisch/psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgungsbetriebs. Unnötig, darauf hinzuweisen, dass eine vom Krieg gezeichnete Region, wie z.B. Bosnien-Herzegowina, die in einem schwierigen sozialen und ökonomischen Rekonstruktionsprozess noch nicht einmal die Sicherung des allgemeinen Existenzminimums garantieren kann, eine derartige Aufgabe bewältigen und derart hochspezialisierte Dienstleistungen anbieten kann, die nicht einmal in Deutschland allgemein zugänglich sind.

8. *Diskussion*

Unsere Rechtsordnung schützt das Leben und die körperliche Unversehrtheit eines jeden sich in Deutschland aufhaltenden Menschen, (Art.2, Abs.2 GG), in enger Verbindung mit dem Grundrecht der Menschenwürde. Die Menschenwürde kann nur als gewahrt angesehen werden, wenn der Staat den Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit für alle Menschen im Geltungsbereich des Grundgesetzes effektiv gewährleistet. Die Rückführung/Abschiebung kranker Menschen in ihre Herkunftsländer hat sich daher an diesen Maßstäben zu orientieren. (Aus dem Bericht einer Delegationsreise des Petitionsausschusses des Landtags Nordrhein-Westfalen in die Türkei im März 1999).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit als „einen Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht bloß als Fehlen von Krankheit und Gebrechlichkeit“. Organisierte Gewalt wird als ernst zu nehmende Gefahr für die Gesundheit des Menschen betrachtet.

Extrem belastende Erfahrungen führen häufig zu einer Reihe ernster psychischer Störungen, die bleibende, therapeutisch schwer zugängliche körperlich-seelische Folgen haben können (vgl. Kessler, 2000; Kessler et al., 1995; Brady, 1997). Bei Opfern organisierter politischer Gewalt sind PTBS-Prävalenzen von über 50% zu erwarten (Langkafel, 2000). So wurde bei 65% der in den USA eingewanderten bosnischen Flüchtlinge und 72.8% kriegstraumatisierter palästinensischer Kinder eine PTBS beobachtet (Kessler, 2000); für PTBS nach Kampfeinsätzen und Folter sind Lebenszeit-Prävalenzen von zwischen 30 und 50% beobachtet worden (Langkafel, 2000). Flüchtlinge mit schweren traumabedingten psychischen Störungen, suizidgefährdete Flüchtlinge und Flüchtlinge mit chronischen posttraumatischen Belastungsstörungen bedürfen in vielerlei Hinsicht des besonderen Schutzes des Staates.

Bei allen Personen, die nach mehr als zwei Jahren Dauer noch Symptome einer behandlungsbedürftigen posttraumatischen Belastungsstörung oder einer anderen traumabedingten psychischen Reaktion zeigen, muss auf der Grundlage internationaler Diagnosestandards von einer chronischen Verlaufsform der PTBS, einer schweren Angststörung ausgegangen werden.

Aus den oben referierten empirischen Ergebnissen sind folgende Erkenntnisse abzuleiten: Therapeutische Behandlung ist nur dann wirklich erfolgversprechend, wenn die betroffene Person sich in Sicherheit fühlt. Dieses Gefühl der Sicherheit korreliert jedoch nur unscharf mit der objektiven Gefährdungssituation, da dieser Einschätzung gemeinhin der Bewertungsmaßstab der gesunden, nicht vorgeschädigten Persönlichkeit zugrundeliegt. Ent-

scheidend für die Symptomatik und den Krankheitsverlauf der posttraumatischen Störung ist jedoch vielmehr die subjektive Einschätzung des Betroffenen. Diese aber ist mehr oder weniger stark durch die Störung selbst verändert. Insbesondere die Reaktionen auf tatsächlich bedrohliche oder auch nur als bedrohlich empfundene Situationen, die an die individuellen Gewalterfahrungen erinnern, sind Ausdruck andauernder Veränderungen der Persönlichkeit und neurobiologischer Anpassungsprozesse im Sinne einer dauerhaft erhöhten Vulnerabilität (Solomon & Prager, 1992; Long, Chamberlain & Vincent, 1994).

Jede Form der Wiederholung einer traumatischen Situation ist geeignet, die Störung zu vertiefen und die Symptomatik zu verschlimmern sowie die Chancen auf eine abschließende Verarbeitung zu verringern. Bei lang andauernden Störungen sind die Auslöser einer traumatischen Reaktion meist generalisiert und immer weniger mit der ursprünglichen Gewalterfahrung verbunden. Es genügen z.T. nur Anklänge an die Ursprungssituation oder Assoziationen daran.

Flüchtlinge und ehemalige Verfolgte mit chronischen posttraumatischen psychischen Störungen sind durch die psychische Krankheit in einem mehr oder weniger starkem Maße dauerhaft und oft irreversibel gesundheitlich beeinträchtigt, bis hin zu teilweiser oder dauerhafter Invalidität. Sie sind hinsichtlich Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit sind nicht mit gesunden Menschen zu vergleichen (z.B. Krystal, 1995; Niederland, 1971; Paul, 1963; Robinson et al., 1991). Ihre Reaktionen auf alltäglichen Stress sind aufgrund von neurobiologischen Anpassungsprozessen pathologisch verändert (van der Kolk, 1996, 1997). Ohne besondere (psycho-)soziale Unterstützung und ggf. medizinisch-psychotherapeutische Behandlung sind die Betroffenen, selbst bei annähernd gesichertem Lebensunterhalt, annehmbaren Wohn- und Arbeitsverhältnissen, oft nicht in der Lage, ein einigermaßen normales Leben zu führen.

Der Grad der Beeinträchtigung oder der besonderen persönlichen Gefährdung (z.B. Suizidalität) bei aufenthaltsbeendenden Maßnahmen ist bei sorgfältiger diagnostischer Arbeit durch erfahrene, spezialisierte Fachleute in einem manifest sicheren und vertrauensfördernden Setting und mit einer für die psychosoziale Arbeit qualifizierten DolmetscherIn hinreichend genau zu ermitteln. In jedem Fall sollte der Rat des autorisierten Spezialisten bei einer zu treffenden Entscheidung herangezogen werden. Wegen der beobachteten Schwankungen im Verlauf der posttraumatischen Belastungsstörung ist eine einmalige, punktuelle Symptomerhebung nicht als ausreichend anzusehen.

Aufgrund der allgemeinen, empirisch belegten Gefahr der Retraumatisierung kann davon ausgegangen werden, daß die Wahrscheinlichkeit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung von Flüchtlingen mit chronischen post-

traumatischen psychischen Reaktionen bei Rückkehr in eine Umgebung, in der die traumatische Erfahrung stattgefunden hat, wenn die betreffende chronisch traumatisierte Person das Risiko der Gefährdung nicht selbst als kalkulierbar einschätzt, sehr hoch ist. Selbst die freiwillige Rückkehr in das Herkunftsland birgt die Gefahr der Selbstüberforderung in sich. Die individuelle Vulnerabilität gegenüber traumatischen Störungen ist bei genauester Prüfung des Einzelfalles durch erfahrene und spezialisierte Fachleute hinreichend zuverlässig abzuschätzen. Doch selbst bei geringer aktueller Symptombelastung der betreffenden Person in Deutschland ist die Wahrscheinlichkeit für eine eventuelle Retraumatisierung im Herkunftsland nicht hinreichend genau zu prognostizieren. Letztlich kann nur die betreffende Person selbst die ausschlaggebende Einschätzung abgeben. Es handelt sich dabei nicht um eine Frage der persönlichen Willenssteuerung. Mit anderen Worten, es geht nicht darum, daß der Mensch einfach nicht zurück *möchte*, sondern daß er nicht die volle Kontrolle über seine eigenen psychischen und körperlich-bedingten Reaktionen hat. Eine hier unter weitgehender Freiheit von unliebsamen Erinnerungsauslösern mühsam errungene Stabilität ist dort bei tagtäglichen Konfrontationen mit der konkreten Umgebung, in der die Traumatisierung stattfand, stark gefährdet.

Unseres Erachtens ist die Wahrscheinlichkeit einer adäquaten Behandlung und einer guten sozialen Unterstützung in Deutschland besser als in Bosnien bzw. anderen von Krieg, organisierter Gewalt und Bürgerkrieg heimgesuchten Ländern, wo die gesamte Bevölkerung mehr oder minder von Gewalterfahrungen betroffen ist und die gegenwärtigen sozialen und ökonomischen Bedingungen sehr belastend sind. Die Erfüllung des Kriteriums „Fehlen der andauernden Belastung in der gegenwärtigen Umwelt“ (Foa, 2000) für ein erfolgreiches Therapieergebnis ist dort nicht gewährleistet. Sie ist allerdings auch in Deutschland nicht gewährleistet, wenn Flüchtlinge ständig mit ihrer baldigen Abschiebung rechnen müssen (Rössel-Cunovic, 1999).

Der Abbruch einer laufenden therapeutischen Behandlung führt bei allen Formen psychischer Störungen erfahrungsgemäß zu einem Rückfall bzw. sogar zu einer Verschlimmerung der Ausgangssymptomatik (s. Lucas, Möller & Heckl, i.d.Bd.). Im Falle der psychischen Störungen in Folge zwischenmenschlicher Gewalterfahrungen wirkt schon jede weitere Form der Einschränkung von Autonomie und jede weitere Gewalterfahrung krankheitsverstärkend. Jede Form behördlicher Zwangsmaßnahmen muss daher aus gesundheitlichen Gründen abgelehnt werden. Auch nach Abschluss einer Therapie bzw. bei weitgehender Symptommfreiheit zum Zeitpunkt der Rückkehr ins Herkunftsland muss eine Behandlungsmöglichkeit vor Ort erreichbar

sein. Der individuelle Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung muss im Einzelfall als sichergestellt gelten.

9. *Schlussbemerkungen*

Der Beweisbarkeit von Menschenrechtsverletzungen sind Grenzen gesetzt, ebenso wie der Objektivierbarkeit des Verursachungszusammenhangs physischer und mehr noch psychischer Folgen extremer Gewalt. Einer vorweggreifenden Skepsis und verbissenen Suche nach einer „letztgültigen juristischen Wahrheit“ sind dagegen keine Grenzen gesetzt. In dieser Diskrepanz zwischen Möglichem und Wünschenswertem geht die Verhältnismäßigkeit der angewandten Mittel häufig verloren. Das gesamte deutsche Asylverfahren zum Beispiel, von der ersten Anhörung beim Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge bis in die gerichtlichen Instanzen hinein, ist zumeist auf Wahrheitssuche fixiert und befindet sich in dem oben beschriebenen ethischen Dilemma. So findet sich mancher, der mit guten Gründen als Opfer von Menschenrechtsverletzungen aus seiner Heimat geflohen war, unversehens einer gerichtlichen Prozedur unterworfen, die ihn zum vermeintlichen „Asylbetrüger“ erklärt. Traumabedingt erkrankte Kriegsflüchtlinge werden beschuldigt, sich mit vermeintlich falschen Gesundheitszeugnissen den widerrechtlichen Aufenthalt in Deutschland erschleichen zu wollen. Es ist in diesem Sinne nur konsequent weitergedacht, wenn Ausländerbehörden, Gerichte oder Behörden für die Asylanerkennung forensische Qualitätsstandards für die Begutachtung von Trauma- oder Folterfolgen fordern und damit den Antrag auf Asyl in der Bundesrepublik in die Nähe eines Straftatbestands rücken. Wenn sich diese Entwicklung durchsetzt – und es sprechen einige Zeichen dafür –, dann wird es in allzu naher Zukunft kaum einem Flüchtling gelingen, ohne ärztlich-psychologische Begutachtung und nur auf bloßen Vortrag seiner Verfolgungsgründe hin, in Deutschland Asyl oder vorübergehenden Aufenthalt zu erlangen. Wir betrachten es daher trotz der Bedeutung wissenschaftlicher Erkenntnisse über die gesundheitlichen Folgen von traumatischen Gewalterfahrungen als prioritäre Aufgabe von Behandlungszentren und Menschenrechtsaktivisten, beharrlich die Verhältnismäßigkeit bei der Prüfung der Glaubhaftigkeit von Asylgründen und Traumafolgen einzufordern.

Das öffentliche Interesse an den gesundheitlichen Folgen extremer Traumatisierung entwickelte sich in engem Zusammenhang mit der Diskussion um den humanitären Umgang mit traumabedingt erkrankten bosnischen Kriegsflüchtlingen. Aus menschenrechts-politischer Sicht ist es überaus begrüßenswert, wenn sich Entscheidungsträger in Verwaltung und Politik mit

der Frage beschäftigen, ob die gesetzlichen Grundlagen und ihre Anwendung ausreichenden Schutz für gesundheitliche und humanitäre Härtefälle unter Überlebenden von Krieg und organisierter Gewalt bieten, wenn diese als Flüchtlinge in Deutschland Aufnahme und Schutz fanden. Allein die öffentliche Aufmerksamkeit, die diese Angelegenheit zur Zeit genießt, gibt Anlass zu vorsichtigem Optimismus, was die zu erwartenden Ergebnisse der Diskussion anbelangt.

Eine Einschränkung muss dabei allerdings gemacht werden: Bei traumatisierten Flüchtlingen, die das Asylverfahren durchlaufen, werden Traumatisierungen und ihre Gesundheitsfolgen ganz anders bewertet als bei Bürgerkriegsflüchtlingen, vor allem, wenn das Asylverfahren nicht zu einer Anerkennung auf politisches Asyl führt. Wer mit den Details des deutschen Asylrechts nicht vertraut ist, kann die Tragweite dieses kleinen Unterschiedes möglicherweise nicht abschätzen. Das deutsche Asylrecht schützt vor einer Wiederholung staatlicher Verfolgung. Das Ausmaß der bereits erfahrenen Verfolgung ist dabei weniger von Belang und führt ohne die konkrete Gefahr für zukünftige Verfolgung nicht zur Gewährung von Asyl. Es leben eine ganze Anzahl von Flüchtlingen in Deutschland, die Folter und extremer Gewalt ausgesetzt waren, die jedoch nicht als asylrelevant eingestuft wurden, weil der Verfolger kein „Staat“ im eigentlichen Sinne war, sondern beispielsweise eine Bürgerkriegspartei (wie z.B. in Somalia, Afghanistan und anderen Ländern), weil man „innerstaatliche Fluchtmöglichkeiten“ postuliert (wie z.B. in der Türkei, Sri Lanka), weil der Verfolgerstaat die Regierungsform wechselte (wie z.B. in Bulgarien, Rumänien u.a.) oder weil die Verfolgung nicht auf persönliche politische Aktivitäten zurückzuführen ist, sondern „lediglich“ auf die Zugehörigkeit zu einer religiösen, ethnischen oder politischen Minderheit, zu einem Geschlecht oder wegen der sexuellen Orientierung. In den meisten dieser Fälle führt das Asylverfahren zu einem negativen Resultat, auch wenn die extremen Gewalterfahrungen erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen mit sich gebracht haben sollten. Die Betroffenen können nur noch hoffen, dass ihre Abschiebung nicht vollzogen wird, weil sie aus technischen oder formal-juristischen Gründen nicht möglich ist. Die Duldung, die in solchen Fällen ausgesprochen wird, ist kein Aufenthaltstitel, der eine Lebensperspektive in Deutschland eröffnen würde, sondern die Aussetzung der Abschiebung auf Zeit, ohne das Recht einer Ausbildungs- oder Arbeitsaufnahme und mit vielen Einschränkungen, die eine Integration verunmöglichen.

Wir halten es für geboten, dass man über die Berücksichtigung gesundheitlicher Folgen und humanitärer Härten im Asylverfahren nachdenkt. Extreme Gewalt wirkt über die eigentliche Erfahrung akuter Bedrohung hinaus fort. Die möglichst weitgehende Rehabilitation der Opfer sollte das Ziel einer offensiven Menschenrechtspolitik sein, nicht nur deren zeitlich befristeter

Schutz. Die verfügbaren Forschungsergebnisse untermauern unseres Erachtens diese Auffassung und geben ausreichend Impulse für die juristisch politische Diskussion aus fachlicher Sicht.

Literatur

- Agger, I. & Buus Jensen, S. (1990). Testimony as ritual and evidence in psychotherapy for political refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 115-130.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. IVth edition. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; dt.: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM IV, übersetzt nach der 4. Aufl. der amerikanischen Fassung/ dt. Bearbeitung und Einführung von Henning Sass. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle
- Aycha, A. (2000). Erstellung von Gutachten/Stellungnahmen bei Flüchtlingen. In: Bundesarbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (Hrsg.). Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern. Erhältlich bei: Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge, 40210 Düsseldorf
- Ballenger, J.C., Davidson, J.R.T., Lecrubier, Y., Nutt, D., Foa, E.B., Kessler, R.C., McFarlane, A.C., Shalev, A.Y. (2000). Consensus statement on posttraumatic stress disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (Suppl. 5), 60-66
- Bauer, M., Priebe, S., Graf, K.F., Kürten, I., Baumgartner, A. (1994). Psychological and endocrine abnormalities in refugees from East Germany: Part II. Serum levels of cortisol, prolactin, luteinizing hormone, follicle stimulating hormone, and testosterone. *Psychiatry Research*, 52, 75-85
- Bittenbinder, E. (2000). Trauma und extreme Gewalt - Systemische Psychotherapie mit Überlebenden von Folter und die Bedeutung „innerer Bilder“. *Psychotherapie im Dialog*, 1, 38-44
- Boulanger, G. (1990). A state of anarchy and a call to arms: the research and treatment of post-traumatic stress disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 20, 5-15
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (2000). Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern. Erhältlich bei: Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge, 40210 Düsseldorf
- Barclay, C.R. (1996). Autobiographical remembering: narrative constraints on objectified selves. In: D.C. Rubin, (Ed.). *Remembering our past. studies in autobiographical memory*. Cambridge: Cambridge University Press
- Baeyer, W. v., Häfner, H., Kisker, K.P. (1964). *Psychiatrie der Verfolgten*. Berlin: Springer
- Becker, D. (1999). Trauerprozesse und Traumaverarbeitung im interkulturellen Zusammenhang. *Zeitschrift für politische Psychologie*, 7. Jahrgang, 1+2, S. 165-181.
- Behrens, C. (1996). Webseite des Hamburger Instituts für Sozialforschung, Information zum Verein „Internationale Erforschung von Trauma, Gewalt und Genozid e.V.“: www.his-online.de/arbeitsb/gewalt/trauma.htm
- Birk, A., Winter, D., Koch, D.F. (2000). Diagnostik psychischer Folgen. In: Bundesarbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (Hrsg.). Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern. Erhältlich bei: Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge, 40210 Düsseldorf
- Brady, K.T. (1997). Posttraumatic stress disorder and comorbidity: recognizing the many faces of PTSD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 (Suppl. 9), 12-15.
- Bremner, J.D. (1999). Does stress damage the brain? *Biological Psychiatry*, 45, 797-805

- Briere, J. (1997). *Psychological Assessment of Adult Posttraumatic States*. Washington, D.C.: American Psychological Association
- Brom, D., Kleber, R.J., Defares, P.B. (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 607-612
- Cienfuegos, A.J. & Monelli, C. (1983). The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53, 43-51
- Dhawan, S., Eriksson-Söder, U. (2000). Trauma und Psychodrama. *Zeitschrift für politische Psychologie*, 7. Jahrgang, 1+2, 201-220
- Davidson, J.R.T. (2000). Pharmacotherapy of Posttraumatic Stress Disorder: Treatment options, Long-term follow-up and predictors of outcome. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2000, 61 (Suppl. 5), 52-59
- Davison, G.C., Neale, J.M. (1996). *Klinische Psychologie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Denis, D., Nowak, M., Priebe, S. (1998). *Psychische Störungen nach politischer Inhaftierung in der DDR*. 2. Auflage. Kostenlose Broschüre, erhältlich bei: Abt. für Sozialpsychiatrie, Freie Universität Berlin, Platanenallee 19, 14050 Berlin.
- de Vries, M.W. (1996) Trauma in cultural perspective. In: B. van der Kolk, A. McFarlane, L. Weisaeth (Hrsg.). *Traumatic stress: the effects of overwhelming stress on mind, body and society*, 398 - 413. New York: Guilford
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10)*. Bern: Huber
- Easton, J.A., Turner, S.W. (1991). Detention of British citizens as hostages in the Gulf - health, psychological, and family consequences. *British Medical Journal*, 303 (6812):1231-4
- Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe
- Figley, C.R. (1987). A five-phase treatment of post-traumatic stress disorder in families. *Journal of Traumatic Stress*, 1, 127-141
- Fischer, G., Riedesser P. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*, München: Reinhardt
- Fisseni, H.-J. (1997) *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik*. Göttingen: Hogrefe
- Foa, E.B. (2000). Psychosocial treatment of Posttraumatic Stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (Suppl. 5), 43-51.
- Foa, E.B., Meadows, E.A. (1997). Psychosocial treatments für posttraumatic stress disorder: a critical review. *Annual Review of Psychology*, 48, 449-480
- Frankl, V. (1973). *Der Mensch auf der Suche nach Sinn*. Freiburg: Herder
- Friedman, M.J., Davidson, J.R.T., Mellman, T.A., Southwick, S.M. (in Druck). Pharmacotherapy. In: E.B. Foa, T.M. Keane & M.J. Friedman (Eds.). *Effective treatments for PTSD: Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford.
- Gergen, K. & Gergen, M. (1988). Narrative and the self as relationship. In: *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol. 21., 17-56. New York: Academic Press.
- Grillon C, Morgan, C.A., 3rd (1999). Fear-potentiated startle conditioning to explicit and contextual cues in Gulf War veterans with posttraumatic stress disorder. *J Abnorm Psychol* 1999 Feb; 108(1):134-42
- Haanel, F. (1998). Spezielle Fragen und Probleme bei der Begutachtung psychischer Folgen von Folter und Haft. In: Ochmichen, M. (Hrsg.) *Maltreatment and Torture*. Lübeck: Schmidt-Römhild
- Harel, Z., Kahana, B., Kahana, E. (1988). Psychological well-being among Holocaust survivors and immigrants in Israel. *Journal of Traumatic Stress*, 1, 413-429

- Haley, S.A. (1978). Treatment implications of post-combat stress response syndromes for mental health professionals. In: C.R. Figley (Ed.). *Stress disorders among Vietnam veterans*. New York: Brunner/Mazel
- Harvey, M. (1996). An ecological view of psychological trauma and trauma recovery. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 3-23
- Herman, J.L. (1994). *Die Narben der Gewalt: Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. Kindler, München. Deutsche Bearbeitung des amerikanischen Originals: *Trauma and Recovery* (1992). New York: Basic Books
- Horowitz, M (1986). *Stress response syndromes*. 2nd ed. Northvale, N.J.: Jason Aronson
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions. Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Jenkins, J.H. (1996). Culture, emotion and PTSD. In: AJ Marsella, MJ Friedman, ET Gerity, RM Scurfield (Hrsg.). *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder. Issues, Research, and Clinical Applications*. S. 165ff. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Jordan, B.K., Marmar, C., Fairbank, J.A., Schlenger, W.E., Kulka, R.A., Hough, R.L., Weiss, D.S. (1992). Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 6, 916-926.
- Kaplan, Z., Singer, Y., Lichtenberg, P., Solomon, Z., Bleich, A. (1988). Post-traumatic stress disorder in Israel during the Gulf War. *British Journal of Clinical Psychology*, 27: 125-35
- Kaplan Z., Singer, Y., Lichtenberg, P., Solomon, Z., Bleich, A. (1992). Post-traumatic stress disorder in Israel during the Gulf War. *Israeli Journal of Psychiatry and Relational Sciences*; 29: 14-21
- Kardiner, A. (1941). *The traumatic neurosis of war*. Paul B. Hoeber, New York
- Keane, T.M., Kaloupek, D.G. (1997). Comorbid psychiatric disorders in PTSD. Implications for research. In: R. Yehuda, A. McFarlane (Hrsg.): *Psychobiology of posttraumatic stress disorder*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821, 285-295. New York: New York Academy of Sciences.
- Keane, T.M., Wolfe, J., Taylor, K.L. (1987). Post-traumatic stress disorder: evidence for diagnostic validity and methods of psychological assessment. *Journal of Clinical Psychology* 43: 32-43
- Keilson, H. (1979). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern*. Stuttgart: Enke
- Keilson, H. (1997). *Psychiatrie und Man-Made Disaster*. In: W. Pödlinger, H.-G. Zapotoczky (Hrsg.): *Der Erstkontakt mit psychisch kranken Menschen*. Wien: Springer
- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., et al. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kessler, R.C. (2000). Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (Suppl. 5), 4-14
- Kilpatrick, D.G., Veronen, L.J., Best, C.L. (1985). Factors predicting psychological distress among rape victims. In C.R. Figley (Ed.) *Trauma and its wake*. (S. 113-141). New York: Brunner/Mazel
- Krystal, H. (1995). Trauma and aging: a thirty-year follow-up. In: C. Caruth (ed.). *Trauma. Explorations in memory*. S. 76-99. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Langkafel, M. (2000). Die posttraumatische Belastungsstörung. *Psychotherapie im Dialog*, 1, 3-12.
- Lifton, R.J. (1993). From Hiroshima to the Nazi doctors. The evolution of psychoformative approaches to understanding traumatic stress syndromes. In: J.P. Wilson &

- B.Raphael (Eds.), *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. New York: Plenum Press
- Loftus, E.F. (1993). The reality of repressed memories. *American Psychologist*, 48, 518-537
- Long, N., Chamberlain, K., Vincent, C. (1994). Effect of the Gulf War on reactivation of adverse combat-related memories in Vietnam veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 138-44
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., et al. (1989). Exposure and cognitive restructuring alone and combined in PTSD: a controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317-325
- Maercker, A. (1997). *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. Berlin: Springer
- McFarlane, A.C. (2000). Posttraumatic stress disorder: a model of the longitudinal course and the role of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (Suppl. 5), 15-23
- McFarlane, A.C., Yehuda, R. (1996). Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions. In: B. van der Kolk, A. McFarlane, L. Weisaeth (Hrsg.). *Traumatic stress: the effects of overwhelming stress on mind, body and society*. S. 155-181. New York: Guilford
- Mehari, F. (2000). Der kulturelle Kontext als Bezugsrahmen des Erlebens und als Ausdruck von Leiden. In: Bundesarbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (Hrsg.). *Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern*. Erhältlich bei: Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge, 40210 Düsseldorf
- Meichenbaum, D. (1994). *A clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder (PTSD)*. Waterloo, Canada: Institute Press
- Möller, B., Regner, F. (1999). Die Verschränkung von äußerer und innerer Realität bei politischer Verfolgung und Folter - Das Unrechtserleben bei den Betroffenen und Möglichkeiten therapeutischer Behandlung. *Zeitschrift für politische Psychologie*, Jahrgang 7, 1+2, 59-86
- Mollica R.F., Wyshak, G., Lavelle, J. (1987). The psychosocial impact of war trauma and torture on Southeast Asian refugees. *American Journal of Psychiatry*, 144: 1567-72
- Nutt, D.J. (2000). The psychobiology of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (Suppl. 5), 24-31
- O'Brien, L.S., Hughes, S.J. (1991). Symptoms of post-traumatic stress disorder in Falklands veterans five years after the conflict. *British Journal of Psychiatry*, 159, 135-141
- Op den Velde, W., Hovens, J.E., Aarts, P.G., Frey Wouters, E. Falger, P.R., Van Duijn, H., De Groen, J.H. (1996). Prevalence and course of posttraumatic stress disorder in Dutch veterans of the civilian resistance during World War II: an overview. *Psychological Reports*, 78, 519-29
- Orr, S.P., Lasko, N.B., Shalev, A.Y., Pitman, R.K. (1995). Physiologic responses to loud tones in Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 75-82
- Orr, S.P., Solomon, Z., Peri, T., Pitman, R.K., Shalev, A.Y. (1997). Physiologic responses to loud tones in Israeli veterans of the 1973 Yom Kippur War. *Biological Psychiatry*, 41, 319-26

- Paul, H. (1963). Psychologische Untersuchungsergebnisse 15 Jahre nach der Verfolgung. In: H. Paul & H.J. Herberg (Hrsg.): Psychische Spätschäden nach politischer Verfolgung. S. 207-245. Basel: Karger
- Post, R.M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American journal of Psychiatry*, 149, 999-1010
- Post, R.M., Weiss, S.R.B., Smith, M., Li, H., McCann, U. (1997). Kindling versus quenching. Implications for the evolution and treatment of posttraumatic stress disorder. In: R. Yehuda, A. McFarlane (Hrsg.): Psychobiology of posttraumatic stress disorder. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821, S. 285-295. New York: New York Academy of Sciences.
- Priebe, S. (1995). Psychiatrische Wissenschaft und posttraumatische psychische Störungen in Deutschland. Unveröffentlichtes Manuskript eines Vortrags gehalten auf dem 2. Bundestreffen der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer in Berlin
- Pross, C. (1996). „Jeder Freispruch eines Täters kostet mich zwei Wochen Schlaf.“ Gesellschaftliche und individuelle Bewältigung des Traumas am Beispiel der DDR. In: Graessner, S., Gurrus, N. & Pross, C. (Hrsg.) Folter. An der Seite der Überlebenden. Unterstützung und Therapien. München: Beck
- Robinson, S., Rapaport, J., Durst, R., Rapaport, M., Rosca, P., Metzger, S., Zilberman, L. (1991). Spätfolgen bei alternden Überlebenden des Holocaust: eine empirisch-statistische Untersuchung. In: H. Stoffels (Hrsg.). Schicksale der Verfolgten. S. 52-70. Berlin: Springer
- Robinson S, Hemmendinger J, Netanel R, Rapaport M, Zilberman L, Gal A (1994). Re-traumatization of Holocaust survivors during the Gulf War and SCUD missile attacks on Israel. *British Journal of Medical Psychology*, 67: 353-62
- Rössel-Cunovic, M. (1999). Kurz-Therapien für Flüchtlinge mit befristeter Duldung? Probleme und ausländerrechtliche Restriktionen der psychotherapeutischen Grundversorgung traumatisierter Flüchtlinge: Erfahrungen mit bosnischen Flüchtlingen. *Zeitschrift für politische Psychologie*, Jahrgang 7, 1+2, 143-150
- Schnurr, P., Jankowski, M.K. (1999). Physical health and posttraumatic stress disorder: review and synthesis. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 4, 295-304
- Shalev, A.Y., Peri, T., Brandes, D., Freedman, S., Orr, S.P., Pitman, R. (2000). Auditory startle response in trauma survivors with posttraumatic stress disorder: a prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 255-261
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199-223
- Sherman, J.J. (1998). Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 413-435
- Solomon, Z. (1993). *Combat stress reactions: the enduring toll of war*. New York: Plenum Press
- Solomon, Z., Prager, E. (1992). Elderly Israeli Holocaust survivors during the Persian Gulf War: a study of psychological distress. *American Journal of Psychiatry*, 149: 1707-1710
- Solomon, S.D., Gerrity, E.T., Muff, A.M. (1992). Efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. An empirical review. *Journal of the American Medical Association*, 268, 633-638.
- Steinkopff, B. (1997). Psychosoziale Behandlung bei traumatisierten Flüchtlingen. *Psychotherapie*, 2, 35-44

- Tarrier, N., Sommerfield, C., Pilgrim, H., Humphreys, L. (1999). Cognitive therapy or imaginal exposure in the treatment of post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 175, 571-575
- Terr, L. (1989). Treating psychic trauma in children. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 3-20
- van Etten, M.L., Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 125-144
- van der Kolk B.A. (1994). The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry* 1: 253-65
- van der Kolk B.A. (1997). The psychobiology of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 1997; 58 Suppl 9: 16-24
- van der Kolk, B.A., Burbridge, J., Suzuki, J. (1997). The psychobiology of traumatic memory. Clinical implications of neuroimaging studies. In: R. Yehuda & A.C. McFarlane (Hg.): *Psychobiology of posttraumatic stress disorder*. S. 99-113. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821, 285-295. New York: New York Acad. of Sciences.
- van der Kolk, B.A., Herron, N., Hostetler, A. (1994). The history of trauma in psychiatry. *Psychiatric Clinics of North America*, 17: 583-600
- van der Kolk, BA & McFarlane, AC (1996) The black hole of trauma. In: B. van der Kolk, A. McFarlane, L. Weisaeth (Hrsg.). *Traumatic stress: the effects of overwhelming stress on mind, body and society*, 3-23, New York: Guilford
- van der Kolk, B.A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F.S., McFarlane, A, Herman, J.L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153 (7 Suppl): 83-93
- van der Kolk, B.A., Roth, S., Pelcovitz, D. Mandel, F.A. (1993). Complex post-traumatic stress disorder. Results from the DSM-IV field trial of PTSD. Unveröffentlichtes Manuskript, Harvard Medical School, Cambridge, Ma. USA
- von der Lühe, S. (2000). Psychotraumatologie - 2.4 Beziehungsdynamik in der diagnostischen Situation. In: Bundesarbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (Hrsg.). *Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern*. Erhältlich bei: Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge, 40210 Düsseldorf
- Wilson, J.P., Keane, T.M. (Hrsg.) (1996). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press.
- Wilson, J.P., Raphael, B. (Eds.) (1993). *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. New York: Plenum Press
- Wirtgen, W., Wigger, P. (2000). Diagnostik somatischer Folgen. In: Bundesarbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (Hrsg.). *Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern*. Erhältlich bei: Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge, 40210 Düsseldorf
- Yalom, I.D. (1985/1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books
- Yehuda, R. (1997). Sensitization of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in posttraumatic stress disorder. In: R. Yehuda & A.C. McFarlane (Hrsg.): *Psychobiology of posttraumatic stress disorder*. S. 57-75. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821, 285-295. New York: New York Academy of Sciences.

Yehuda, R., Resnick, H., Kahana, B., Giller, E.I. (1993). Long-lasting hormonal alterations to extreme stress in humans: normative or maladaptive? *Psychosomatic Medicine*, 55, 287-297